

Титулка

Двостороннє завдання

ЗМІСТ

ВСТУП.....	4
РОЗДІЛ ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ ДЕПРЕСІЇ ТА ХРОНІЧНОГО	
I. ЗАХВОРЮВАННЯ.....	7
1.1. Сутність депресії та її прояви.....	7
1.2. Поняття хронічного захворювання.....	10
1.3. Двосторонній вплив емоційного стану, як аспект перебігу захворювання.....	18
Висновок до I розділу.....	22
РОЗДІЛ ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ДЕПРЕСІЇ У ХРОНІЧНО	
II. ХВОРИХ.....	24
2.1. Характеристика вибірки.....	24
2.2. Методики та методи застосовувані для емпіричного дослідження.....	25
2.3. Кількісний та якісний аналіз депресії у хворих на цукровий діабет I типу.....	27
Висновок до III розділу.....	36
РОЗДІЛ ПОКРАЩЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНОГО СТАНУ У	
III. ДЕПРЕСИВНИХ ХВОРИХ.....	39
3.1. Існуючі методи для покращення психологічного стану у хронічно хворих.....	39
3.2. Визначення напрямів психологічної роботи зі зниженням депресивного стану у хронічно хворих.....	42
3.3. Створення та розробка програми для покращення емоційного стану у хронічно хворих.....	44
Висновок до III розділу.....	49
РОЗДІЛ БЕЗПЕКА ЖИТТЄДІЯЛЬНОСТІ, ОСНОВИ ОХОРОНИ	
IV. ПРАЦІ.....	50
4.1. Надання першої допомоги потерпілим: порушення дихання і серцевої діяльності.....	50
4.2. Надання першої допомоги потерпілим: поранення і кровотечі.....	54
4.3. Охорона праці людей з інвалідністю.....	58
ЗАГАЛЬНІ ВИСНОВКИ.....	60
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	63
ДОДАТКИ.....	67

ВСТУП

Актуальність дослідження.

Протягом останніх десятиріч спостерігається тенденція до збільшення кількості людей з хронічними захворюваннями, у яких в наслідок хвороби розвиваються депресивні та невротичні розлади, що в свою чергу приводить до погіршення загального стану.

Від хронічних неінфекційних захворювань щорічно помирає більше 36 мільйонів людей, що становить 63% випадків від загальної смертності, згідно даних Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ). ВООЗ також прогнозує збільшення смертей до 2030 року до 50 мільйонів на рік від хронічних неінфекційних хворіб. До 60% дорослого, та 20% дитячого населення мають хронічні захворювання.

Хронічні захворювання, такі як серцево-судинні захворювання, діабет, онкологічні захворювання, хронічний біль та інші, значно впливають на якість життя та фізичне самопочуття людей.

Особи, що страждають від хронічних хвороб, часто зазнають серйозного фізичного й емоційного стресу, що може сприяти розвитку депресивних розладів. Дослідження свідчать про те, що люди з хронічними хворобами мають вищий ризик розвитку депресії порівняно зі здоровими особами.

Депресія може негативно впливати на хронічні захворювання через різноманітні механізми. Вона може погіршити прогноз захворювання, збільшити ризик загострень симптомів, вплинути на дотримання лікування та знизити якість життя. Особи, які одночасно стикаються з депресією та хронічними хворобами, можуть виявляти меншу мотивацію брати участь у процесі лікування, некоректно реагувати на побічні ефекти лікарських препаратів та відчувати сильніший фізичний й емоційний дискомфорт.

Важливим є не лише дослідження депресивних розладів у осіб з хронічними хворобами, а також розробка ефективних стратегій попередження, діагностики й лікування, для поліпшення загального стану здоров'я й добробуту

цих осіб. Тому дослідження цієї теми є вкрай актуальною та важливою для сучасного суспільства й медицини.

Це також обґрунтовує необхідність розробити тренінг та виділити основні рекомендації для покращення психологічного стану, і дасть можливість зменшити стрес, фобії, тривожність, депресивні розлади, а також допоможе пацієнтам відновити внутрішні ресурси та сили.

Наукові праці, які було використано в теоретичній частині, включають наступних авторів: К.Л. Кальбаума, Е. Крепеліна, Жак-Йозефа Моро де Ту, Т. Вілліаса, М. Добсона, Йозефа фон Мерінга, О. Мінковського, Дж. Маклеода, Ф. Бантинга, Ч. Герберта Беста, З. Фрейда, Й. Брейера, Ф. Дойча, Ф. Данбара, Ф. Александера та ін.

Мета дослідження: здійснити комплексний психологічний аналіз депресивних розладів у хронічно хворих людей, а саме: у людей з цукровим діабетом I типу.

Задання дослідження:

1. Проаналізувати теоретичну базу депресивних розладів та хронічних хвороб.

2. Проаналізувати теоретичну базу депресії людей з цукровим діабетом I типу (ЦД I типу) та з'ясувати, як діабет впливає на емоційний стан та перебіг захворювання і навпаки.

3. Провести опитування серед людей з ЦД I типу, дослідити рівень депресії її вплив на життя, та оцінити тип реагування на захворювання.

4. Розробити програму для корекції психологічного стану у досліджуваних.

Об'єкт дослідження: люди з цукровим діабетом I типу.

Предметом дослідження є психологічний аналіз депресивних розладів у людей з ЦД I типу.

Методи дослідження. Для дослідження використовувала наступні методи: теоретичні методи (аналіз, порівняння, кореляція, узагальнення та систематизація результатів) та емпіричні методи (анкетування, опитування за

методиками: «шкала депресії Бека» та «ставлення до хвороби ТОБОЛ Вассерман Л. І. з співавт.»).

Експериментальна база. Дослідження було проведено серед людей з ЦД I типу. Кількість респондентів становить 40 осіб у віці від 16 до 40 років.

Наукова новизна. Досліджувалися люди із ЦД I типу так як їх частка становить 10% від усіх пацієнтів із ЦД і найчастіше в дослідження попадає кагорта людей із ЦД II типу. Було виявлено, що з прогресуванням хронічної хвороби, а саме: ЦД I, достовірно зростають невротичні розлади: тривожно-фобічні, депресивні, астеничні, сексуальні, психастеничні, сомато-вегетативні, порушення сну, погіршуються показники якості життя (знижуються фізичне функціонування, рольове фізичне функціонування, життєздатність, психологічне здоров'я; посилюється біль).

Було встановлено, що з прогресуванням хронічної хвороби змінюється тип реагування на захворювання.

У процесі дослідження, виявлено, що виразність депресивних проявів, занепокоєння, розлади сну, істеричних, неврастенічних і сексуальних порушень, а також погіршення всіх показників якості життя зростає з прогресуванням ЦД I типу.

Структура та обсяг роботи. Дипломна робота складається зі вступу, чотирьох розділів, загальних висновків, списку використаних джерел, який включає в себе 30 найменувань, та додатку. Робота викладена на 66 сторінках, містить 16 рисунків та 1 таблицю.

РОЗДІЛ I. ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ ДЕПРЕСІЇ ТА ХРОНІЧНОГО ЗАХВОРЮВАННЯ

1.1. Сутність депресії та її прояви

На сьогоднішній день депресія стала одним з найпоширеніших психічних розладів, при цьому раніше кількість людей, які страждають на депресію, була значно меншою. Так, згідно з даними ВООЗ (Всесвітньої організації охорони здоров'я) на початку 60-х років минулого століття у Європі кількість людей з депресією становила 0,4-0,8%, у 90-х роках – 5-10% [1, с. 7]. Станом на 2023 рік, ВООЗ зазначає: «депресія діагностується у 264 мільйонів людей, а 7% населення всієї планети мали за своє життя хоча б один депресивний епізод» [2].

Станом на сьогодні депресія набула такого поширення, що її вважають не тільки хворобою ХХІ століття, але й «психічною нежиттю» [6], це захворювання виходить за межі психіатрії і зустрічається у лікарів усіх галузей. Депресія може виникнути у хворих та здорових людей.

Аналізуючи трактування поняття депресії варто зазначити що, певний проміжок часу люди вважали – депресія це «хворобою цивілізації». Схожі симптоми можна знайти в написаних древніх текстах Єгипту, Китаю та Вавилону, ця проблематика цікавила людей і раніше, проте поняття «депресія» довгий час позначалася іншими термінами – «меланхолія», «манія», «глибокий смуток» та ін. Термін «депресія» є відносно молодим, оскільки він набув популярності тільки у ХІХ столітті.

Гіпократ першим, ввів термін «меланхолія» та «манія», фактично маючи на увазі під цими термінами поняття «депресії».

Депресія входить до афективних розладів, концепцію вперше розробили Кальбаум та Крепелін. Перший у 1863 році ввів поняття «дистимія», що

фактично є однією з форм хронічної меланхолії, та «циклотимія», яким позначають постійним коливання настрою.

Наприкінці XIX століття Еміль Крепелін об'єднав поняття манії та меланхолії, створивши чітку системну класифікацію психічних розладів та у 1921 році описав біполярний розлад, що стало підставою для розвитку уявлень про форму депресивного розладу [1, с. 9].

Депресія (від лат. «*deprimere*» – «придушити») – це психічний розлад, який проявляється у пригніченому настрої, частій роздратованості, змінні ваги (не є наслідком дієти), втраті або надмірному апетиті, частими думками про суїцид, нездатністю радіти життю, втрата енергії, порушення всіх когнітивних процесів, погіршення чи втрати сну або надмірна сонливість, заторможена реакція, стан туги, безвиході, відчаю, скорботи, відчуття своєї нікчемності та нездорове почуття провини, яке нічим не викликане.

Впродовж XIX століття депресію лікували за допомогою наркотичних препаратів: опіумом, канабісом та іншими опіатами. Це тривало до 60-х років XX століття, аж поки Жак-Йозеф Моро де Ту, паризький лікар, не довів, що депресію можнавилікувати антидепресантами.

Для того, щоб клінічний психолог поставив діагноз «депресія», в пацієнтів має бути наявність двох головних вимірів [18, с. 9]:

1) *якісного*, до якого відноситься: поганий настрій, втрата інтересу до життя, ангедонія (нездатність відчувати задоволення та щастя), самоприниження, невиправдане почуття провини, психомоторна загальмованість організму (важко виконувати рутинну роботу, заторможене мислення, рухи) тощо;

2) *часового*, до якого відноситься: до якого відносяться вище перераховані симптоми (щонаймкнше п'ять) , які тривають щоденно, щонайменше впродовж двох тижнів.

Також можна розглянути додаткові симптоми депресивного розладу, такі як: проблеми зі сном, глікогевзія (поява солодкого присмаку в роті без причини та споживання чогось солодкого перед тим) [21].

У психології розрізняють три причини виникнення депресії: ендогенна, психогенна та соматогенна.

Якщо депресія розвинулася від негативних життєвих подій та постійних стресів, таку депресію називають психогенною, оскільки вона спричинена різними психологічними проблемами.

Ендогенна – це така депресія, яка розвинулася внаслідок психічних розладів, таких як шизофренія, obsesивно-компульсивний розлад (ОКР) та інші.

Соматогенна депресія – вид депресії, який виник внаслідок соматичних захворювань (захворювання внутрішніх органів, а також будь-які захворювання, які спровоковані зовнішніми факторами та які не мають відношення до психічної діяльності).

Існують такі форми депресії: депресивний епізод, періодичний депресивний розлад, дистимія, біполярна депресія I-го типу, біполярна депресія II-го типу, депресивний психотичний епізод, атипова депресія, сезонна депресія, післяпологова депресія, депресія через захворювання та субсиндромальна депресія [13]. Розглянемо їх детально.

Депресивний епізод (класична або клінічна депресія) характеризується зниженням працездатності, відсутність лікування може спровокувати рецидив. Зазвичай ця форма депресії триває від кількох місяців до декількох років та вперше діагностується в дитинстві або підлітковому віці.

Наступний вид характерний менш вираженими симптомами, але за тривалістю вони довші. Він називається дистимією.

Для біполярної депресії першого типу має дві фази: ремісії та маніакальної. На маніакальній фазі спостерігається гіперактивність, хороший настрій, але є занепокоєння і безсоння, тобто ми можемо говорити про збуджену нервову систему. У цій фазі людина втрачає здатність критично мислити. А в фазі ремісії характерні гострі симптоми депресії.

Для біполярної депресії другого типу, так як і в для першого, характерні фази, але різниця у тому, що немає надмірного підвищення настрою, швидше присутня ілюзія одужання під час ремісії.

Галюцинації та марення спостерігається при депресивному психічному епізоді, або, інакше кажучи, при психотичній депресії. При цьому виді депресії необхідна госпіталізація.

Сонливість, переїдання, різкі перепади настрою, панічні атаки, підвищення чутливості – це може свідчити про легкий вид депресії, або, як її ще називають, атипова депресія.

Сезонна депресія пов'язана зі змінами пори року, найчастіше виникає восени або взимку, а після зміни сезону депресія зникає.

Післяпологова депресія виникає, після пологів і може бути спровокована гормональними порушеннями, зміною ваги та тілобудови, втомою та іншими факторами, і супроводжується спробами або нав'язливими думками про те, щоб нашкодити собі або своїй новонародженій дитині.

Субсиндромальна депресія характерна для тих людей, які мають менше п'яти симптомів депресії. Якщо в людини проявляються три-чотири симптоми, або людина в стані депресії один тиждень, а не два, тоді мова йде саме про неї.

Депресія через хворобу. Жити та боротися з хронічними захворюваннями складно та депресивно. Крім того, є певні біологічні особливості організму – наприклад, запалення, яке пов'язане із захворюваннями та відіграє певну роль у виникненні і розвитку депресії [1]. Воно провокує вивільнення хімічних речовин імунною системою, які впливають на мозок і викликають або погіршують депресивний розлад.

Причини депресії можуть бути різноманітні – від спадковості до зовнішніх факторів. До зовнішніх факторів відносять: стресові ситуації, серед яких втрата когось з близьких; втрата постійного місця роботи; закінчення стосунків чи шлюбу тощо.

У зону ризику входять люди з високою тривогою або емоційністю, різноманітними психічними розладами, хронічними захворюваннями.

1.2. Поняття хронічного захворювання

Захворювання або хвороба – це стан, при якому в організмі виникають аномалії або порушення, що призводять до зміни його нормального функціонування, а також впливають на структуру органів, тканин та метаболічні процеси у людини.

Загальні уявлення про хворобу зазнавали постійних змін. До прикладу, Гіппократ (давньогрецький лікар) вважав, що захворювання виникає при неправильному змішуванні рідин в організмі (крові, слизу, жовчі).

Ідеалістичні погляди на хворобу з'являються у Середньовіччі. Згідно з цими поглядами, хвороба була спричинена впливом душі або особливого виду життєвої сили, відомого як "архе". Вважалося, що цей "архе" визначав боротьбу організму зі змінами, що відбуваються внаслідок хвороби.

У Середньовіччі також розвивалися матеріалістичні погляди на хворобу, які були представлені в роботах Ібн Сіні. Він вважав, що хвороба виникає під впливом невидимих істот і грає важливу роль конституція організму.

Краще розуміння причин виникнення захворювання почало формуватися у XVII – XIX століттях, до прикладу, Джованні Баттиста Морганьї пов'язував виникнення хвороби з анатомічними змінами в самому органі; Клод Бернар причиною виникнення хвороби вважав, порушення гомеостазу в організмі людини.

В працях І. В. Давидовського висувається твердження, що між фізіологією та патологією не існує суттєвих розбіжностей. За його точкою зору, патологічні процеси та хвороба є лише варіантами адаптаційних процесів, пов'язаних із суб'єктивним стражданням.

Згідно з концепцією Ганса Сельє про загальний адаптаційний синдром, хвороба розглядається як форма напруги або "стресу", що виникає в організмі під впливом надзвичайного подразника.

Таким чином, ідеї І. В. Давидовського та Ганса Сельє стверджують, що патологічні процеси та хвороба є результатом порушень адаптаційних механізмів організму під впливом стресу або надзвичайних факторів.

До причин розвитку хвороб відносять: біологічні, хімічні, фізичні, генетичні та психосоціальні фактори (стреси, ПТСР, психогенні травми, депресії).

Згідно класифікації хвороб людини МКХ – 10 захворювання поділяються на гострі та хронічні за характером перебігу.

Хронічні захворювання – це медичний термін, який використовується для опису тривалих, прогресуючих станів або хвороб, характеризуються стабільністю симптомів протягом тривалого періоду часу, який зазвичай перевищує 3 місяці. Ці захворювання можуть тривати протягом років або протягом усього життя людини.

Хронічні захворювання характеризуються періодами загострень та ремісії (загальний стан хворого залишається стійким та може супроводжуватися постійними функціональними обмеженнями).

Ці хвороби зазвичай потребують тривалого медичного спостереження, лікування та підтримуючої терапії (в фазі ремісії) для забезпечення кращої якості життя хворих. Також вони можуть впливати на фізичну активність, психологічний стан, соціальні взаємини та загальну життєву задоволеність пацієнтів.

Хронічне захворювання може виникнути у будь-якій системі організму, коли орган більше не здатний виконувати свої функції або погіршується їх виконання, з часом з'являються додаткові симптоми: біль, слабкість, порушення настрою, важкість у виконанні справ та спроможності до праці вони стають частиною повсякденного життя людей.

Через тривалість хвороби виникають різні психологічні розлади: тривога, залежність від інших, депресія, смуток, безпорадність, злість та занижена самооцінка – це симптоми психологічного характеру (притаманні при хронічних захворюваннях).

Отже, хронічне захворювання – це хвороба, яка є тривалою в часі, невиліковною, прогресуючою, може виникати та розвиватися з різних

причинах. Зазвичай такі особи потребують постійного лікування та періодичних госпіталізацій.

Приклади хронічних захворювань: серцево-судинні захворювання, хронічні захворювання дихальних шляхів (хронічна обструктивна хвороба легень), хронічні неврологічні захворювання (розсіяний склероз), хронічні ендокринологічні захворювання, хронічні захворювання шлунково-кишкового тракту (хронічний закріп, хронічний гастрит), хронічні больові синдроми (фіброміалгія) та хронічні психічні розлади (депресія або шизофренія).

Виділяють чотири класи хронічних захворювань: хвороби системи кровообігу, злоякісні новоутворення, хронічні обструктивні захворювання легень та цукровий діабет, смертність від яких вища у порівнянні з іншими.

Хвороби системи кровообігу є групою захворювань, які виникають внаслідок порушень функціонування серця та кровоносно-судинної системи. Інфарти та інсульты становлять основну причину смерті від хвороб системи кровообігу, і ці ускладнення переважно виникають через блокування артерій, що призводить до недостатнього кровопостачання серця або мозку.

За захворювання серцево-судинної системи займають перше місце серед причин смертності у світі, становлячи близько 30% всіх зареєстрованих випадків смерті.

Отже, хвороби системи кровообігу є серйозною загрозою для здоров'я та життя людей і потребують належної уваги та профілактичних заходів.

Рак (злоякісні пухлини, новоутворення) – це велика група хвороб, які виникають внаслідок неконтрольованого швидкого розмноження атипових клітин в організмі людини. Ці новоутворені клітини можуть поширюватись по різних частинах тіла та органах шляхом утворення метастазів, що в кінці-кінців призводить до смерті людини.

При ракових захворюваннях клітини починають рости та ділитися безконтрольно, утворюючи пухлини. Вони можуть бути злоякісними, це означає, що вони мають здатність інвазивного росту і поширення у сусідні тканини. Орім того, ракові клітини можуть відділятися від первинної пухлини

та відправлятися через кровоносну або лімфатичну систему до інших частин тіла, де вони можуть утворювати віддалені метастази.

Навіть при медичній допомозі та лікуванні рак є серйозною загрозою для життя людини, оскільки його прогресивний характер і здатність до розповсюдження ускладнюють процес контролю та видалення пухлин.

Хронічні обструктивна захворювання легень (ХОЗЛ) – представляють собою групу хвороб, що впливають на дихальні шляхи та структури легенів. До цієї групи належать такі захворювання, як астма, хронічна обструктивна хвороба легень (ХОЗЛ), респіраторна алергія, професійні захворювання легень і легенева гіпертензія.

Цукровий діабет – це хронічне ендокринне захворювання, яке пов'язане із порушенням обмінних процесів в організмі людини.

Враховуюче те, що у світі нараховується велика кількість хронічних захворювань, а цукровий діабет посідає одне з перших місць в розвитку ускладнень та причин смертності, саме тому, для дослідження було обрано хворих із цукровим діабетом.

Протягом останніх десятирічч спостерігається тенденція до неспинного зростання кількості хворих на цукровий діабет [13, 10, 19].

Згідно з даними ВОЗ, цукровий діабет входить до п'ятірки найнебезпечніших хронічних неінфекційних захворювань людей [9] та до великої сімки психосоматичних хвороб.

За останні 5 років в Україні спостерігається приріст показника поширеності цукрового діабету на 6,0 відсотки. Варто зазначити, що в осіб внаслідок прогресування захворювання виникають психологічні порушення та депресивний синдром, що істотно погіршує перебіг хвороби та якість життя [16].

Цукровий діабет є однією з найдавніших хвороб, відомих людству. Один із симптомів діабету, «надмірне виділення сечі», вперше був описаний ще в 1550 році до нашої ери, у папірусі Еберса Стародавнього Єгипту. В той же приблизно час, індійські лікарі виявили цю хворобу і назвали її «медовою сечею», зазначивши, що солодка сеча приваблює мурах.

З давньогрецької діабет означає «протікання», а з латинської – «сифон». Вперше цей термін вжили: Аполоній або Аретей, або Деметрій. Назва пішла від уявлення, що під час хвороби через тіло проходять всі рідини. У перше лікування діабету спробували знайти лікарі Індії, Давньої Греції, Китаю, Японії. Згодом симптоми та ускладнення спробували описати арабські дослідники.

Пізніше дослідження ЦД продовжилися завдяки працям Парацельса у епосі Відродження, а вже у кінці XVII хвороба набула нової концепції. Вчені стверджували, що це захворювання є системним розладом, який пов'язаний з травленням. Такі зміни відбулися завдяки Томасу Вілліясу, він виявив, що у таких людей солодкий смак присутній і у крові. У 1776 році Метью Добсон довів, що це захворювання характеризується, як солодкою кров'ю так і сечею.

Йозеф фон Мерінг та Оскар Мінковський у 1889 році остаточно встановили причину цукрового діабету, завдяки панкретомії (видаленню підшлункової залози) у собаки. Таким чином вони дійшли висновку, що основною причиною виникненню цукрового діабету є неправильна робота або припинення роботи підшлункової, яка виконує функцію – виділення інсуліну.

У 1921 році, у лабораторії Джона Маклеода, науковці Фредерік Бантинг та Чарльз Герберт Бест спробували створити штучний інсулін. І вже в 1922 році він був випробуваний на 4-х дівчатках, у яких був діабет I типу, це лікування виявилось успішним. Завдяки цьому пацієнти із ЦД отримали лікування і можливість жити довше.

Міжнародна діабетична федерація зазначає, що за останні сорок років кількість хворих на цукровий діабет зросла у 4 рази [9]. Також вони зазначають, що поширеність цього захворювання невинно зростає, приблизно кожні 15 років подвоюється кількість хворих. Так наприклад, у 2011 році кількість хворих становила 366 мільйонів, вчені роблять прогноз, що до кінця 2030 року кількість людей з цим захворюванням буде становити 600 мільйонів. В Україні кількість таких людей становить один мільйон чотириста осіб і на сьогодні ЦД за поширеністю займає третє місце [10].

ВООЗ стверджує, що цукровий діабет вкорочує життя у два – три рази, а якість життя знижується в залежності від форми, стажу та самого захворювання.

Цукровий діабет – це ендокринне хронічне захворювання, причина якого є порушення функції підшлункової залози, інсулін (гормон) не виділяється у потрібній кількості або він використовується організмом не правильно.

Інсулін – це гормон, який відповідає за нормалізацію цукру (глюкози в крові). Якщо цукор високий, то такий стан називається гіперглікемією, коли ж цукор низький то це гіпоглікемія [11, с. 8].

На сьогодні розрізняють три типи діабету. I, II та гестаційний діабет. Перший зазвичай розвивається у дітей та молодих людей. Він виникає тоді коли є деструкція у роботі підшлункової залози: вона не виробляє інсулін або в малій кількості, якого недостатньо для функціонування організму (йдеться про неправильний вуглеводний обмін). Це призводить до постійного збільшення рівня цукру в крові, також для цього типу характерні кетоацидозу. Цей тип є інсулінозалежний і потребує постійних ін'єкцій інсуліну.

Якщо особа, з цим захворюванням, не буде отримувати інсулінової терапії, то настане кома а згодом і смерть. Вважається, що більше 15% людей з ЦД I типу помирають після двадцяти п'яти років після початку захворювання. Він поділяється на дві групи: аутоімунний та ідіопатичний [12 с. 4].

До симптомів ЦД належать: надмірний апетит, спрага, раптова втрата ваги за короткий час, поліурія, хронічна втома та втрата чіткості зору.

Другий тип характеризується поступовістю, часто виникає у старших людей, основною ознакою є те, що інсулін в організмі виробляється, але використовується неефективно. Тобто, це таке порушення вуглеводного обміну при якому тканини організму стають не чутливими до гормону – інсуліну.

До симптомів належать: погане загоєння, нагноєння ран; оніміння, поколювання, погіршення чутливості у кінцівках; спрага; ожиріння; втома; затуманений зір. Зазвичай цей тип діабету діагностується тоді, коли вже є ускладнення, тому до симптомів додаються більшість ускладнень.

Диференціація між діабетом першого та другого типу

Характеристики	Діабет I типу	Діабет II типу
Як починається	Раптово (вперше діагностують без ускладнень, прогресують зі стажем)	Поступово (діагностують зазвичай коли вже є ускладнення)
В якому віці і хто хворіють	Зазвичай хворіють діти або особи в молодому віці	Люди віком від 40 років
Тілобудова	Коли діагностують вперше, то мала маса тіла. Але згодом особа набирає.	Надмірна вага
Кетоацидоз	Часті ацетони з високим цукром	Рідко коли буває високий вміст ацетону в крові.
Аутоантитіла	Зазвичай присутні	Відсутні
Власний інсулін	На початках може вироблятися, але рівень недостатній для функціонування організму	Нормальний, низький або високий
Симптоми	надмірний апетит, неможливість втамувати спрагу, раптова втрата ваги за короткий час, хронічна втома та втрата чіткості зору	Погане загоєння ран (нагноєння ран), оніміння, поколювання, погіршення чутливості у кінцівках, спрага, ожиріння, втома, затуманений зір
Лікування	Інсулінотерапія (ін'єкції)	Інсулінотерапія (таблетований)
Частка хворих	10%	90%

Гестаційний діабет – це такий, який виникає у жінок під час вагітності і може продовжуватися декілька місяців після пологів.

Виділяють також різні класифікації ЦД: за тяжкістю перебігу, за ступенем компенсації та в залежності від ускладнень.

За тяжкістю перебігу захворювання буває: легкого, середнього та важкого ступеня. Перебіг визначається в залежності від рівня глікемічного індексу.

Наступна класифікація залежить від того наскільки добрий у хворого стан, як часто та з яким інтервалом змінюється цукор. Таким чином, існує три фази: компенсована, субкомпенсована та декомпенсована.

Так як ЦД є небезпечний через ускладнення, тому варто зазначити, що в наслідок тривалого захворювання та декомпенсованого діабету виникають ускладнення. До них відносяться: ангіопатія, ретинопатія, полінейропатія, кардіоміопатія, ниркова недостатність, діабетична стопа, деменція, артропатія та офтальмопатія.

1.3. Двосторонній вплив емоційного стану, як аспект перебігу захворювання

Емоційний стан, сприйняття людиною її захворювання – є однією з найважливіших складових протікання хвороби.

Цей вплив залежить від стану хворого, стажу та віку. Одним із найпоширеніших емоційних станів є депресія та тривожний невроз. У зв'язку з цим ризик розвитку ускладнень підвищується. Вчені довели, що у людей, у яких присутня депресія, неврози та негативне ставлення до захворювання, симптоми та протікання захворювання погіршуються. У такому випадку присутня взаємодія: захворювання викликає депресію та загострює її симптоми, а депресія погіршує фізіологічний стан пацієнта та перебіг захворювання. Таким чином утворюється коло, яке нереально розімкнути.

Виникає необхідність згадати про психосоматику, тобто про «напрямок у психотерапії, який вивчає роль психічних факторів в етіології та патогенезі функціональних й органічних розладів організму людини» [18, с. 411]. Психосоматика досліджує як переживання впливають на функціонування організму та викликають різноманітні захворювання.

З виникненням психоаналітичної концепції виникає і поняття психосоматики. З. Фройд разом з Й. Брейером довели, що «подавлені емоції», психічні травми, призводять до появ соматичних симптомів. А вже у 40-х роках

XX ст. психосоматичну концепцію почав розробляти Ф. Дойч з іншими психоаналітиками Ф. Данбар та Ф. Александером.

Вчені зі школи І.П. Павлова, були також близькі до цього, вони займалися розробкою методу експериментального неврозу. В роботах М. Я. Мудрова, Г. А. Захар'їна, С. П. Боткіна була досліджена залежність між фізичним здоров'ям та психікою, було доведено, що емоційні стани та певні властивості особистості впливають на фізіологічний стан. Вони стверджували, що думка, про те, що захворювання є суто біологічною проблемою і немає ніякого відношення до емоційного спектру – є хибною. Натомість вони запропонували нове твердження, що на виникнення та протікання захворювання великий вплив мають емоційні стани, депресивні розлади та переживання хворого [14]. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, 38,0–42,0 % людей, які мають певні захворювання, належать до психосоматичних пацієнтів [20].

Реакції організму на емоції – найпоширеніше відчуття. Суб'єктивні почуття, до яких відносять тривогу, сум, страх, відразу, злість, радість та закоханість, мобілізують тілесні процеси, що приводить до змін серцевого ритму, дихання, роботи шлунково-кишкового тракту, м'язової системи та багато іншого. Ці процеси взаємопов'язані та є психосоматичним явищем: з одного боку суб'єктивні емоції, а з іншого – об'єктивні зміни у конституції тіла [20, 21].

К. Місс та Н. Шилі виділили вісім моделей поведінки людей, які хворіють.

Першу модель пов'язують з присутністю невирішеного емоційного та психологічного стресу. Цей стрес може розвинути ще в дитинстві, в залежності від дитячо-батьківських стосунків:

- чи сприймали батьки, чи не відчували відторгнення та ін;
- або ж може бути наслідком якихось недавніх стресових подій у житті: хвороба, втрата близької людини, розлучення тощо. При цьому стрес не завжди може бути трагічним, але він завжди присутній в житті хворої людини [14, 21].

Другу модель пов'язують з рівнем контролю реальності, підігнану під стандарти негативних стереотипів та переконань. Страхи (наприклад, новизни,

помилки, невизначеності) провокують підвищену тривогу, скутість, депресію, замкнутість. В кожній людині є власна система позитивних та негативних установок, переконань та поглядів. Але те, у що люди вірять, впливає на емоційне реагування [14, 21].

Третю модель, вважають, основною причиною виникнення хвороб. Вона пов'язана з нездатністю проявляти та отримувати любов у відповідь. Якщо в житті людини немає тепла, любові та турботи, вона опиняється у групі ризику хронічного захворювання. Так, наприклад, намагаючись компенсувати незадоволені потреби в любові, людина не відмовляє собі в надмірному споживанні їжі, що призводить до ожиріння, а відтак до розвитку ЦД [21].

Четверта модель безпосередньо пов'язана зі створенням хвороби. Хвороба виникає через відсутність у людини гумору та невмінням розмежовувати серйозні проблеми від незначних. Тому виникає необхідність навчитися відмежовувати та визначати основне, таким чином уникати різких коливань у роботі серцево-судинної, травної, нервової та ендокринної систем [21].

П'ята модель пов'язана з невмінням визначати пріоритети у життєвих подіях, що впливає на якість життя та здоров'я [14, 21].

Шосту модель пов'язують з вмінням «чути» потреби свого тіла та правильно на них відгукуватися, у вигляді збалансованого харчування, дозованого фізичного навантаження, повноцінного сну тощо. Усім відомо, що здоровий спосіб життя покращує якість здоров'я. В залежності від того, наскільки вразлива людина до стресових ситуацій, залежить рівень її енергійності в тілі [21, 8].

Сьому модель пов'язують з стражданнями, внаслідок втрати сенсу життя (так званим «емоційним вакуумом»), які призводять до спустошення, депресії, відчуття меншовартості, нікчемності, та самозвинувачувань в розвитку хвороби. Тіло стає вразливим через психологічні страждання людини, внаслідок яких вона стає байдужою до своїх потреб [20, 21, 23].

В основі восьмої моделі лежить прагнення людей заперечувати своє захворювання. Нездатність зрозуміти та прийняти життєві труднощі викликає сильний внутрішній стрес, що породжує погіршення здоров'я [14, 20, 21].

Сучасні дослідження доводять, що у людей з ЦД часто виникають психічні розлади. Так Rudolf (1970) виділив психосоматичну концепцію виникнення діабету:

1. Невирішені конфлікти та потреби компенсуються їжею, що призводить до ожиріння, викликає тривалу гіперглікемію з подальшим виснаженням інсулярного апарату;

2. Любов та їжа вважаються одним і тим самим, тому коли у людини віднімають любов, паралельно виникає переживання голоду, яке не зникає незалежно від того, скільки людина споживає їжі;

3. Страх викликає постійну готовність до втечі або боротьби з гіперглікемією без скидання психофізичної напруги.

При ЦД частіше спостерігаються психічні травми, ніж соматогенні порушення. Пацієнти долають психологічний стрес і депресію шляхом адаптації, яка може бути ускладнена запереченням, гнівом та депресією. В такому випадку говорять про погану адаптацію, коли процес адаптації є або сповільненим, або незавершеним. Погана адаптація часто зустрічається у юних пацієнтів, які мають ускладнення [24].

Основними порушеннями в таких випадках вважають: високу дратівливість, загальмованість, слабкість, поганий сон, апатію, напруженість, а самі пацієнти стають конфліктними та надто емоційними [24], що веде до зростання депресії. Іноді депресія пов'язується з тривогою, іноді ні. Незалежно від цього, депресія становить небезпекою для пацієнтів з ЦД, адже стає основною причиною виникнення ускладнень [17].

Н. І. Громнацький зазначав, що ставлення пацієнтів до своєї хвороби має важливе значення, яке впливає на систему стосунків.

Дізнаючись про свій діагноз, частина пацієнтів з ЦД піддаються стресу і депресії, яка може тривати протягом всього періоду протікання захворювання.

Люди з ЦД проходять декілька стадій: зневіра, заперечення, гнів та депресія. Діабет також впливає на всі сфери життя людей, тому можуть виникати відчуття обмеження та несправедливості, що загострює фазу депресії [12].

При ЦД виникають такі вторинні переваги:

- захворювання «дає дозвіл» втекти від неприємної ситуації чи від вирішення складної проблеми;
- дає можливість отримати любов, турботу, повагу оточуючих, які так необхідні хворій людині;
- «дарує» умови для того, щоб переорієнтувати необхідну для вирішення проблеми психічну енергію чи переглянути своє розуміння ситуації;
- дає стимул для переоцінки себе як особистості чи зміни звичних стереотипів поведінки;
- «звільняє» від необхідності відповідати тим високим вимогам, які очікують від хворих оточуючі чи вони самі від себе.

Висновок до I розділу

З кожним роком зростає кількість хворих на різноманітні хронічні захворювання. В Україні вони становлять близько 68% (ХОЗЛ, новоутворення, хвороби системи кровообігу та діабет) в структурі загальної захворюваності, та є причиною смерті близько 86%.

Фактори ризику цих захворювань на пряму пов'язані з соціальними, економічними та екологічними чинниками, такими як: освіта, збалансоване харчування, фізичне навантаження, стрес, доступність послуг охорони здоров'я, вчасне лікування гострих захворювань та профілактика рецидивів хронічних захворювань, а також зниження рівнів факторів ризику (гіподинамія, ожиріння, шкідливі звички) та інші чинники які підтримують здоровий спосіб життя.

ЦД входить до великої сімки психосоматичних захворювань ендокринної системи, що характеризується високим цукром у крові внаслідок погіршення

функції виділення інсуліну або відсутність його виділення. Воно є хронічним і небезпечно своїми ускладненнями.

В наслідок ЦД у людей часто виникають психічні проблеми: психічні розлади та депресія. Ці психологічні порушення впливають не тільки на емоційний стан, а ще й на протікання захворювання.

На сьогоднішній день вчені зазначають, що у хворих з ЦД I типу найпоширеніші тривожні розлади, 38% хворих страждають на патологічну тривогу, третє місце посідають депресивні розлади, що складає 32%, та 10% осіб з цим захворюванням мають різні фобії.

При ЦД психологічні травми виникають частіше, ніж порушення соматогенні. До порушень психіки у таких хворих відноситься: швидка втомлюваність, дратівливість, емоційність, часті образи та недовіра. А напад гніву може спровокувати найменша дрібниця.

Це все заганяє в замкнуте коло, де діабет спровоковує різні психологічні розлади, а депресія, стреси призводить до ускладнень та погіршення стану здоров'я.

РОЗДІЛ II. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ДЕПРЕСІЇ У ХРОНІЧНО ХВОРИХ

2.1. Характеристика вибірки

В ході дослідження дотримані етичні та правові питання, дотримані правила безпеки пацієнтів, збережені права та канони людської гідності, а також морально-етичні норми у відповідності до основних положень GSP (1996 р.).

Усі пацієнти були проінформовані про мету дослідження і дали згоду на свою участь в ньому (взявши участь в анонімному анкетуванні). Конфіденційність інформації про особистість і стан здоров'я особи були збережені.

Критерії включення пацієнтів в дослідження: цукровий діабет I типу, згода на участь в дослідженні та особи віком від 16 до 40 років.

Критерії виключення пацієнтів: психічні захворювання, онкологічні захворювання, гострі хвороби, хронічні хвороби в стадії загострення, не здатність пацієнтів до адекватної співпраці, відмова від участі в дослідженні на будь – якому з етапів дослідження.

Існує цілий ряд обов'язкових вимог до процедури психодіагностичного обстеження пацієнтів. Це і стандартизація процедури експерименту, і надійність та валідність методик, і дотримання принципу конфіденційності та етичних правил психологічних досліджень.

Важливо встановити психологічний контакт з обстежуваним, забезпечити його емоційну готовність до виконання завдань.

Необхідно неухильно дотримуватись вимог, передбачених інструкцією до кожної конкретної методики. Вона повинна бути простою, зрозумілою, короткою. Невдало проведений інструктаж може відобразитися на результативності виконання тестових завдань, оскільки опитуваний може не зрозуміти вимогу виконання тесту.

Тестування розпочиналось лише після пересвідчення, що опитуваний правильно зрозумів інструкцію. При цьому повідомлялась мета застосування кожної з методик.

Основними критеріями підбору психодіагностичного інструментарію для проведення нашого дослідження були: практичність, інформативність, висока точність та прогностичність отриманих результатів, можливість автоматизованої обробки даних, що відповідає загальноприйнятим вимогам до організації процедури психодіагностичного обстеження. Тому у виборі методик для проведення психодіагностичного обстеження дотримувались таких принципів, як: надійність та валідність методик, можливість кількісної та якісної оцінки отриманих даних, швидкість обробки та отримання результатів, можливість отримання інтегральної оцінки декількох досліджуваних властивостей.

Анкетування та опитування проводилося серед людей з цукровим діабетом I типу. В емпіричній частині взяло участь 40 досліджуваних віком від 16 до 40 років. Чоловіки (15), жінки (25).

2.2. Методики та методи застосовувані для емпіричного дослідження.

Для даного дослідження було застосовано анкетування та два опитувальники.

У створеному анкетуванні було поставлено 20 запитань. (Додаток А)

Перший опитувальник який було використано – шкала депресії Бека BDI - II. Він призначений для оцінки депресії. До переваг відноситься можливість оцінити ступень тяжкості, синдрому в цілому, і окремих складових депресії. Заснована методика на клінічних спостереженнях та описах симптомів.

Методика має високий рівень дискримінативної валідності. Її можна використовувати для спостереженнями динаміки депресивних проявів.

На основі клінічних спостережень авторів була розроблена шкала, яка визначає найбільш значущі симптоми депресії та найчастіші скарги людей.

Шляхом порівняння, був розроблений опитувальник, який включає 21 категорію симптомів і скарг. Ці категорії включають такі симптоми: сум, песимізм, відчуття невдач, незадоволеність собою, почуття провини, відчуття покарання, самозаперечення, самозвинувачення, думки про суїцид, плаксивість, дратівливість, почуття соціальної відчуженості, нерішучість, дисморфофобія, труднощі в роботі, розлади сну, стомлюваність, втрата апетиту, втрата ваги, заклопотаність станом здоров'я та втрата сексуального потягу.

Кожна категорія включає 4-5 тверджень, які відображають конкретні прояви і симптоми депресії. Ці твердження були ранжовані відповідно до важливості симптомів для загального ступеня важкості депресії. Деякі категорії містять альтернативні твердження, які мають однакову важливість. При аналізі даних береться до уваги загальний бал, отриманий по всіх категоріях шкали.

Другий опитувальник, який було використано в дослідженні, спрямований на діагностику ставлення до хвороби: «Діагностика типів ставлення до хвороби (ТОБОЛ)». Він був сконструйований в інституті клінічної психології ім. В. М. Бехтерева, та співавтори: Вассерман Л. І., Вукс А. Я., Іовлев Б. В., Карпова Е. Б. У ньому використовувалася класифікація ставлення до хвороби, запропонована А. Е. Личко і Н. Л. Івановим.

За допомогою розробленого опитувальника можна визначити різні варіанти особистісних реакцій на захворювання і встановити тип ставлення до хвороби у пацієнтів з різними соматичними та неврологічними захворюваннями. При розробці опитувальника було використано концепцію психології відносин, запропоновану В. Н. Мясищевим, а також типологію реакцій особистості на хворобу, розроблену А. Е. Личко і Н. Я. Івановим.

Основу діагностичного тесту складають уявлення і методи теорії розпізнавання образів. Діагностичне правило опитувальника розроблялося як алгоритм, який з високою точністю відображає діагностику типів ставлення до хвороби, яку зазвичай встановлюють кваліфіковані фахівці.

Існують наступні тринадцять типів, які дана методика дозволяє продіагностувати: тривожний, дисфоричний, неврастенічний, іпохондричний,

ергопатичний, меланхолійний, егоцентричний, сенситивний, паранойяльний, апатичний, анозогнозичний і гармонійний. І вони об'єднані в три блоки. Об'єднавши блоки було вибрані дві категорії: «адаптивність- дезадаптивність».

У цій методиці врахований фактор: що при різних захворюваннях, інтелектуальний, чуттєво-емоційний компоненти змінюють в гіршу сторону.

Методика охоплює такі сфери: настрої, апетит та ставлення до їжі, ставлення до хвороби, ставлення до лікарів, самопочуття, ставлення до майбутнього, ставлення до оточуючих, сон, ставлення до роботи або навчання, ставлення до рідних, до лікування та самотності.

2.3. Кількісний та якісний аналіз

В дослідження було включено 40 осіб із ЦД I типу.

Серед обстежених було 15 (37,5%) чоловіків та 25 (62,5%) жінок (див. рис.2.1). Вік обстежуваних коливався у межах від 16 до 40 років з яких 31-40 років – 18 людей (45%), 21-30 років – 11 людей (28%), 19-20 років – 9 (22%) та 16-18 років – 2 (5%) (див. рис. 2.2).

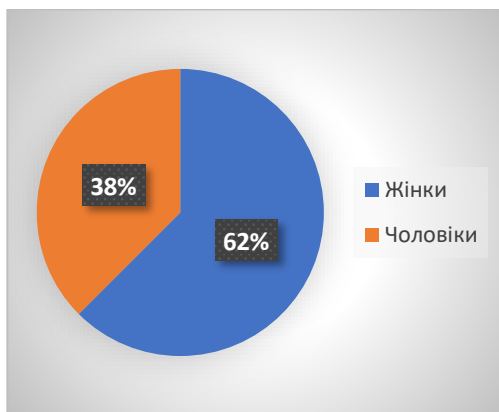


Рис. 2.1. Розподіл в залежності від статі

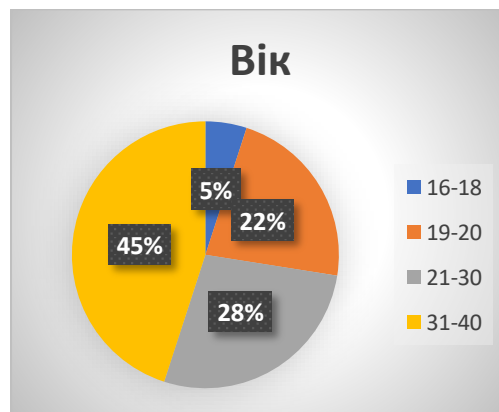


Рис. 2.2. Вік опитуваних

На основі отриманих даних було визначено наявність або відсутність ускладнень у досліджуваних (див. рис. 2.3).

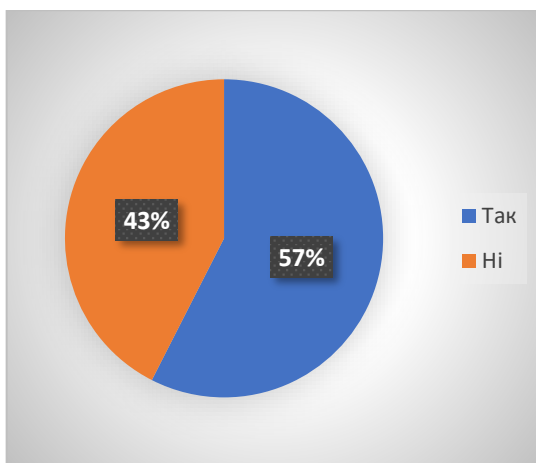


Рис. 2.3. Розподіл в залежності від ускладнень

Серед обстежених осіб – 23 опитаних мають ускладнення, а це становить 57% і відповідно 17 людей ускладнень не мають, що становить 43%.

Згідно наукових даних відомо, що перші ускладнення при цукровому діабеті виникають вже після п'яти років захворювання, проте слід зазначити, що це відбувається не завжди й залежить від способу життя індивіда, його емоційного стану, ставлення до хвороби, оточення, насиченості життя та інших факторів. Розподіл обстежених із ЦД I типу в залежності від тривалості захворювання представлений на рис. 2.4.

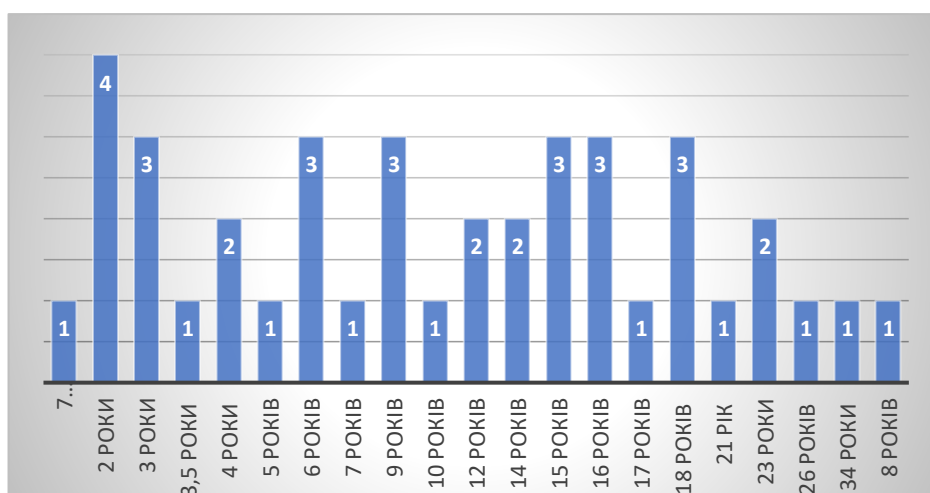


Рис. 2.4. Тривалість захворювання

Серед зазначених осіб тривалість захворювання до року була в однієї людини, з 2 до 5 років у 11 осіб, з 6 до 10 років у 9, з 11 до 15 років у 7, з 16 до 20 у 7 досліджуваних, з 21 до 25 в 3 осіб та 26 до 40 у 2. Найактивнішу участь у досліджувані взяли люди у яких тривалість захворювання найменша, до п'яти

років. В подальшому виявлено закономірність, що чим довша тривалість захворювання тим менший інтерес до опитування вони проявляють.

Проаналізувавши отримані дані дослідження нами було встановлено, що негативні події впливають на розвиток ускладнень (див. рис. 2.5), а хвороба в свою чергу погіршує емоційний стан, що згодом призводить до депресії, а та, в свою чергу, погіршує фізіологічний стан (див. рис. 2.6).

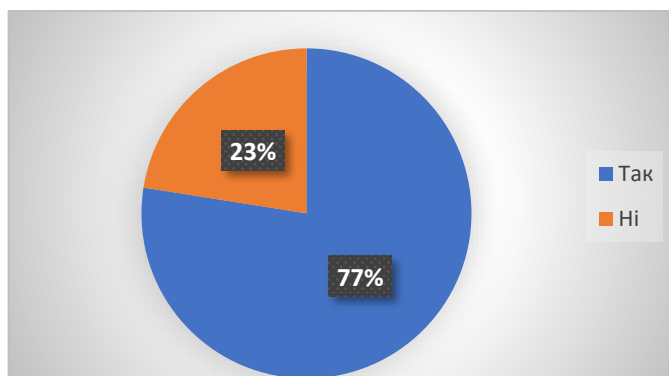


Рис. 2.5. Негативний вплив тривалості захворювання на емоційний стан

У більшості досліджуваних, а саме 31 (77%) (див. рис. 2.5) відмічаються погіршення емоційного стану, яке залежить від тривалості їх захворювання. 7 осіб (23%) зазначають, що їх стан не змінюється й вони не мають ніяких ускладнень.

Якщо проводити кореляцію між тривалістю захворювання, ускладненнями та емоційними змінами, то у 65% зі зростанням тривалості захворювання погіршується емоційний стан і з'являються ускладнення, нами було встановлено прямий кореляційний зв'язок. А у 35% випадків емоційний стан не змінюється в залежності від тривалості захворювання, проте досліджувані, які входять у цю групу, хворіють не так довго як досліджувані в першій групі, й у них відсутні ускладнення.

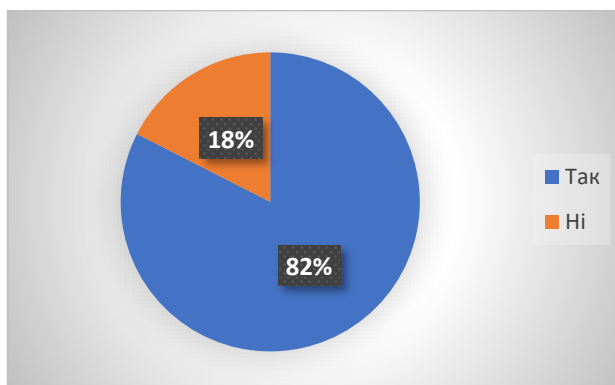


Рис. 2.6. Вплив стресів, негативних подій на стан здоров'я

82% опитаних стверджують, що стан їхнього здоров'я погіршується з стресами, негативними подіями та переживаннями (див. рис. 2.6). Відомо, що під час стресу печінка виділяє глюкозу, щоб забезпечити організмові енергію. Але при цукровому діабеті додаткова глюкоза, яку виділяє печінка, підвищує рівень цукру в крові, тому необхідна додаткова ін'єкція інсуліну. Також при стресі гіпоталамус дає сигнал наднирникам, які починають виробляти адреналін, і це додає роботи ниркам, які при цукровому діабеті й так страждають. Решта опитуваних 18% зазначають, що стрес абсолютно ніяк не впливає на протікання захворювання.

З отриманих даних можна простежити таку кореляцію: у 70% випадків стрес і негативні події впливають на стан здоров'я та погіршують його. Прямий кореляційний зв'язок. а у 30% – не впливають. Тому можна зробити висновки, що у більшості випадків стрес пришвидшує розвиток ускладнень та погіршує стан здоров'я.

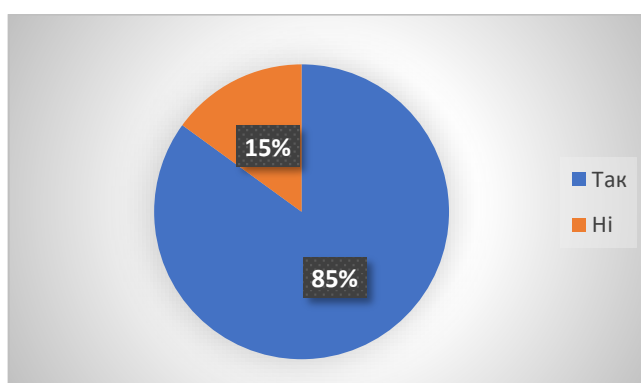


Рис. 2.7. Швидка втомлюваність як наслідок захворювання

Більшість респондентів 34 особи (85%) зазначають, що внаслідок хвороби вони швидше втомлюються, а у 6 (15%) нічого не змінилося (див. рис. 2.7). З теоретичної частини відомо, що одним з симптомів діабету є втомлюваність, що спровокована високим або низьким цукром, тобто декомпенсованим діабетом.

Можна простежити кореляцію між тривалістю захворювання, втомлюваністю та ускладненнями. З отриманих даних ми робимо висновки, що чим довша тривалість захворювання і чим важчий перебіг хвороби, тим швидше настає відчуття втоми. У 75% випадків помітно, що зі зростанням тривалості захворювання та зі зростанням чисельності ускладнень, зростає й рівень втомлюваності. Тому досліджуваним складніше прокидатися вранці та робити щоденні справи.

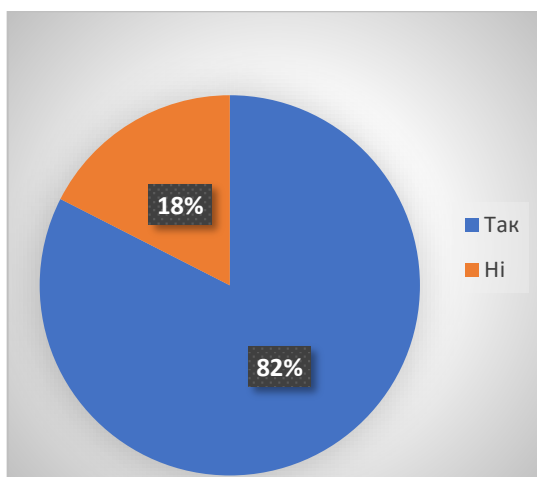


Рис. 2.8. Не вистачає енергії на роботу

У зв'язку з втомою, ускладненнями та самим захворюванням у 82% опитаних простежується відсутність енергії на навчання чи роботу. Прямий кореляційний зв'язок.

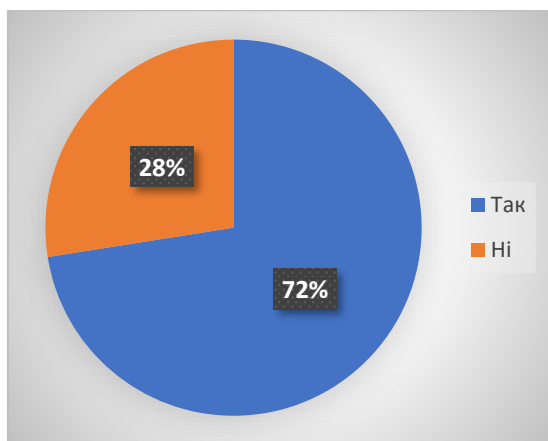


Рис.2.9. Труднощі зі сном

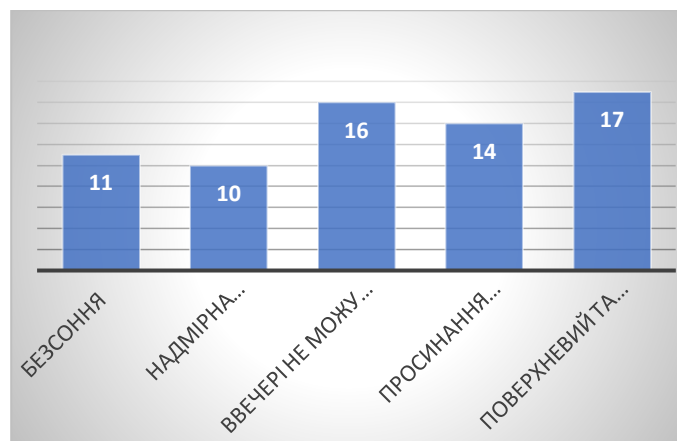


Рис. 2.10. Які труднощі зі сном виникають

В ході дослідження вдалося встановити, що у 29 осіб (72%) респондентів виникають проблеми зі сном (див. рис. 2.8). Аналізуючи те, які саме труднощі зі сном виникають у досліджуваних, вдалося встановити (див. рис. 2.9): поверхневий і неспокійний сон спостерігався у 25%, що свідчить про психоемоційну напруженість, постійні стреси, депресію, больовий синдром, що при діабеті може виникати внаслідок лікування, гіпоглікемії та гіперглікемії; неможливість заснути ввечері та прокинутися зранку у 23,5%, що свідчить про перезбуджену нервову систему; просинання серед ночі у 20,5%, може свідчити як про нічні гіпоглікемії, так і про депресію, тривожність та емоційну напругу; безсоння у 16,3% виникає внаслідок постійних стресів, спраги або діурезу, що викликається зростанням цукру; надмірна сонливість у 14,7% може виникати через втому, стрес або ж бути захисним механізмом, коли мозок відключається прагнучи втекти від реальності, яка його не влаштовує.

Одже нам вдалося дослідити, прогресування цукрового діабету провокує порушення сну, а порушення сну – прогресування ЦД. Це відбувається внаслідок змін гормонального балансу.

За даними опитувальника «Ставлення до хвороби» ТОБОЛ отримано наступні результати: у всіх досліджуваних є проблеми зі сном (часті нічні кошмари про різні хвороби та ускладнення, поганий сон вночі та сонливість протягом дня, часті прокидання серед ночі та ін).

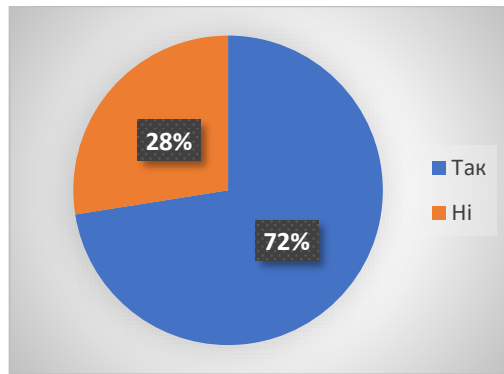


Рис. 2.11. Погіршення стану здоров'я з часом

У 29 осіб (72%) опитаних присутні песимістичні погляди на життя (див. рис. 2.11). Песимістичні погляди на життя створюють негативні переконання, підвищують рівень тривожності, впливають на стрес і призводять до безсоння. В сукупності це також призводить до погіршення фізичного стану людини. Песимістичний настрій свідчить й про рівень та глибину депресії – людям важко помічати радісні події, а отже, отримувати ресурс.

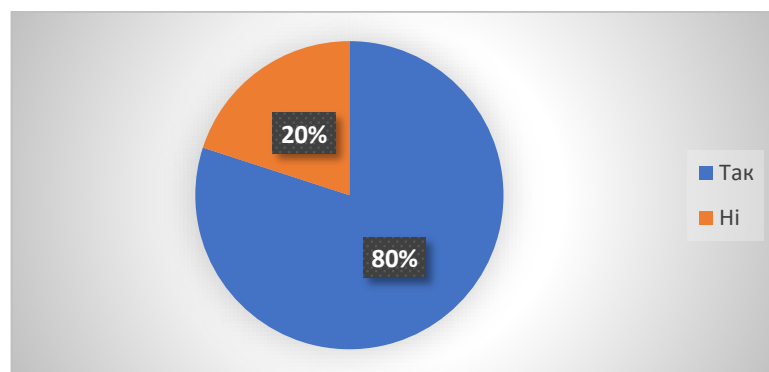


Рис. 2.12. Зниження якості життя в наслідок захворювання

Ще одним важливим показником, який впливає на обстежуваного з ЦД є якість життя. У більшості досліджуваних (80%), якість життя погіршується з тривалістю захворювання та розвитком ускладнень (див. рис. 2.11). Виявлено обернутий кореляційний зв'язок між тривалістю захворювання людини, емоційним станом та показниками якості життя, тобто чим довше хворіє людина і чим гірший її емоційний стан, тим нижчі показники якості її життя.

Якість життя – це поняття, яке складається з факторів психологічного та фізіологічного здоров'я, соціального, матеріального та емоційного благополуччя. З отриманих результатів можна зробити висновки, що якість життя при ЦД є незадовільна, й з роками цей показник тільки погіршується.

Наступне запитання: «Чи помітили ви, що вам складніше турбуватися про своє здоров'я та контролювати свій цукор, коли у вас присутні симптоми депресії?» свідчить про психоендокринний синдром. Переважна більшість опитаних 30 (75%) помічають за собою цей синдром, що також засвідчує про байдужість до свого здоров'я, а ця байдужість та відсутність бажання піклуватися про себе, є одним з проявів депресії. У людей з ЦД байдужість до стану свого здоров'я може призвести до розвитку декомпенсованого діабету, утворення нових ускладнень, що призводить до швидкої смерті.

Отже, нам вдалося встановити, що зі зростанням ускладнень та з тривалістю захворювання зростає втрата інтересу до свого здоров'я та зникає бажання піклуватися про нього.

Наступний симптом депресії, який, до того ж, є її захисною реакцією, – агресія. Було виявлено, що 37,5% досліджуваних стали агресивнішими, їх легше вивести з рівноваги.

Наступна методика, яку ми аналізували – «Шкала депресії Бека». З її допомогою вдалося дослідити рівень депресії досліджуваних (див. рис. 2.13).



Рис. 2.13. Рівні депресії у досліджуваних

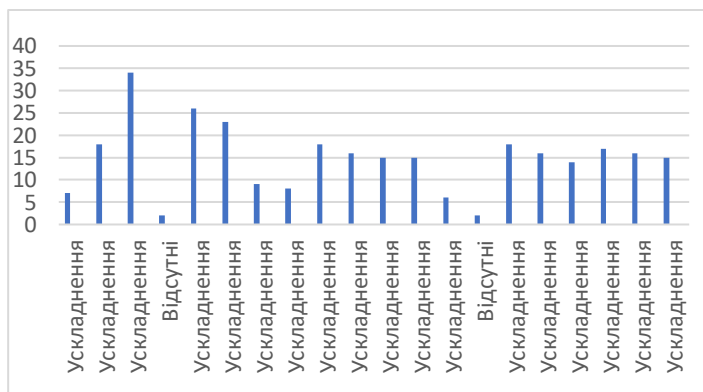


Рис. 2.14. Тяжка депресія, тривалість і ускладнення

Проаналізувавши шкалу депресії Бека ми встановили, що найпоширенішим видами депресії серед досліджуваних є високий рівень (50%) та депресія середньої тяжкості (35%) (див. рис. 2.14). У 10% досліджуваних вона відсутня, а у 5% спостерігається легка депресія.

Аналізуючи рис. 2.15. можна зазначити, що у людей з всіх людей з тяжкою депресією присутні ускладнення. Також помітно, що фактично всі вони хворіють більше 5 років.

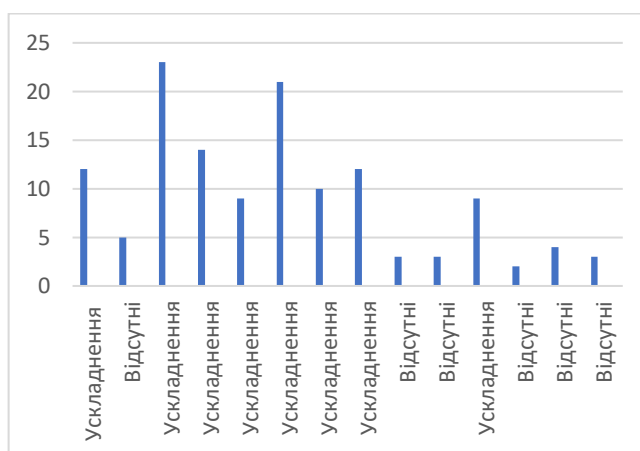


Рис. 2.15. Депресія середньої тяжкості, стаж та ускладнення

Аналізуючи рис. 2.15. можна зазначити, що у людей з великою тривалістю захворювання та ускладненнями відмічається депресія середньої тяжкості. Можна відмітити, що у людей, які не давно захворіли і у них відсутні ускладнення також відмічається депресія середньої тяжкості. Це можна пояснити тим, що вони все ще не можуть адаптуватися, до того, що їх життя змінилося.

Легку депресію діагностовано у двох людей зі стажем 6 та 7 років без ускладнень. Отже ми робимо висновки, що стаж впливає на виникнення депресії, але так як ще нема ускладнень, то депресія не є тяжкою. Також варто відмітити, що на питання де потрібно було вказати про вплив стресів на здоров'я, вони зазначили, що стрес та негативні події на них не впливають.

А ось депресія відсутня у людей з малою тривалістю захворювання і без ускладнень, таких у дослідженні є лише 4. Тобто ми розуміємо, що від швидкості розвитку ускладнень та від стажу захворювання залежить і тяжкість депресії.

Проаналізувавши отримані дані з методики ТОБОЛ, можна відмітити, що зі зростанням тривалості захворювання, змінюється тип реагування на захворювання.

Виділяють 3 типи реагування на захворювання: монотип (8 опитаних), поєднаний (14) та змішаний (18) типи реагування. Коли у людини переважає 1

із 13-ти типів реагування можемо говорити про Монотип. Поєднаний тип ми визначаємо, коли реєструється 2 типи із 13-ти. Найбільш складним в плані лікування є Змішаний. Він визначається тоді, коли у особи є одночасно 3 та більше типів реагування на захворювання.

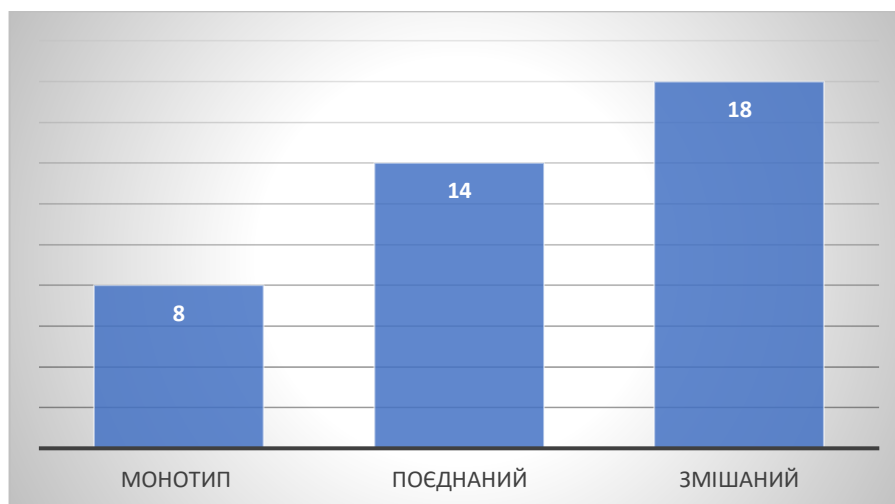


Рис. 2.16. Тип реагування на захворювання у людей з ЦД

Монотип зустрічається у 8 людей з тривалістю захворювання від 0 до 5 років, Поєднаний тип зустрічається у 14 осіб (4 особи з тривалістю від 0 до 5 років: 4 особи з тривалістю захворювання 6 – 10, 4 з тривалістю 11 – 15 та 2 з тривалістю 16 – 20). Змішаний тип зустрічається у 18 (5 осіб з тривалістю 6 – 10 років, з тривалістю захворювання 11 – 15 років 3 респондентів, 16 – 20 5 осіб, та 21 – 40 років 5 людей).

З цього ми бачимо пряму кореляцію, що зі збільшенням тривалості захворювання тип реагування змінюється, стає складнішим.

Висновок до II розділу

В даному дослідженні ми встановили, що до депресії більше схильні люди, в яких депресію було діагностовано в дитячому або ранньому віці. А ось люди віком 30+, в яких діагностували ЦД, мають нижчий рівень депресії.

Також встановлено кореляцію між тривалістю захворювання та погіршенням емоційного стану – емоційна незадоволеність зростає разом з ускладненнями та стажем.

Наступний важливий фактор, який погіршує стан здоров'я, – стреси та негативні події. Вони пришвидшують ускладнення та значно погіршують емоційний стан. Аналізуючи шкалу депресії Бека та анкету, можна зробити висновки, що при частих стресах та негативних подіях у людей з ЦД починають розвиватися ускладнення, крім того виникає депресія, яка, в свою чергу, погіршує фізичний стан.

Нами було встановлено, що внаслідок захворювання у досліджуваних втомлюваність настає швидше. Вони вказують, що бувають випадки, що вони прокидаються, готують сніданок після цього вже відмічають втому. Отже, тепер їм важче виконувати будь-які справи, бо хронічна втома не дає змогу робити буденні справи. У людей з тривалістю захворювання більше 20 років та наявністю ускладнень, виникають проблеми на роботі чи у навчальному закладі, у них розсіюється концентрація уваги, погіршується пам'ять та когнітивні функції.

Відслідковується взаємозв'язок між сном та тривалістю захворюванням і ускладненнями – відмічено прямий кореляційний зв'язок.

Також при депресії у людей присутні нав'язливі негативні думки, помітно що чим більше ускладнень та чим довше триває захворювання, тим більша переконаність у тому, що не має майбутнього, далі буде тільки гірше. Такі постійні думки у свою чергу призводять до стресу, а стрес, як ми вже знаємо, пришвидшує розвиток ускладнень.

З розвитком захворювання у досліджуваних підвищується рівень агресії. Їх легше роздратувати. Найчастіше агресія виникає внаслідок незадоволеності своїм життям та як захисний механізм. З прогресуванням захворювання задоволеність життям зменшується.

Зневіра у майбутньому, не бажання піклуватися про своє здоров'я, також свідчать про депресію. Усі досліджувані зазначають, що вони вже є покарані життям. І це все погіршує стан їхнього ментального здоров'я.

Також ми помітили залежність стажу захворювання та ускладнень на вид депресії. Тобто у людей з численними ускладненнями і великим стажем від 15 років до 34 важка депресія, депресія середньої тяжкості у людей з ускладненнями але стажем від 9 до 23 роки, легку депресію діагностовано у людей без ускладнень але зі стажем 6 та 7 років.

За допомогою проведеного дослідження було визначено, що тривалість захворювання та події, які відбуваються у житті обстежуваних, впливають на їх емоційний стан, а він в свою чергу впливає на протікання захворювання.

Нами було відмічено, що зі збільшенням тривалості захворювання змінюється тип реагування на нього.

РОЗДІЛ III. ПОКРАЩЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНОГО СТАНУ У ДЕПРЕСИВНИХ ХВОРИХ

3.1. Існуючі методи для покращення психологічного стану у хронічно хворих

Існує кілька методів, які можуть допомогти покращити психологічний стан у хронічно хворих людей а саме:

психотерапія: різні форми психотерапії, такі як когнітивно-поведінкова терапія (КПТ), психодинамічна терапія, групова терапія або сімейна терапія, можуть бути корисними для хронічно хворих людей. Ці методи допомагають виражати емоції, займатися самопізнанням, розробляти стратегії управління стресом та виробляти позитивні зміни в житті;

релаксація та медитація: техніки релаксації, такі як глибоке дихання, прогресивна м'язова релаксація або йога, можуть допомогти знизити рівень стресу та покращити самопочуття. Медитація також може бути корисною для заспокоєння розуму, підвищення уваги та зменшення негативних думок;

підтримка соціальної мережі: важливо мати підтримку соціального оточення. Регулярний контакт з друзями, родиною або групою підтримки може зменшити почуття самотності та покращити настрій. Важливо шукати розуміння та спілкуватися з тими, хто розуміє вашу ситуацію;

фізична активність: виконання фізичних вправ або регулярних тренувань може покращити настрій та знизити рівень депресії. Фізична активність сприяє виділенню ендорфінів - природних антидепресантів, які сприяють поліпшенню настрою;

хобі та творчість: зайняття хобі або творчими діяльностями, такими як живопис, музика, писання або готування, може бути джерелом задоволення та допомагати забути про біль і стрес. Вони сприяють самовираженню та підвищують позитивні емоції;

управління стресом: навчання ефективним стратегіям управління стресом, таким як планування часу, встановлення меж, практика самопідтримки та використання релаксаційних технік, може допомогти знизити стрес і поліпшити загальний психологічний стан.

Важливо пам'ятати, що ефективні методи можуть варіюватися в залежності від потреб і індивідуальних особливостей кожної людини. Розмова з психологом або психіатром може допомогти вибрати найбільш ефективні методи і стратегії для конкретної ситуації.

Методи, які можуть бути корисними для покращення психологічного стану у хронічно хворих:

психоосвіта: навчання пацієнтів про характеристики їх хвороби, управління симптомами та розуміння взаємозв'язку між фізичним і психологічним станом може допомогти знизити страхи, покращити самоуправління та психологічну пристосованість;

діагностування та лікування супутніх розладів: у хронічно хворих людей можуть супроводжуватися інші психічні розлади, такі як тривожність або інсомнія. Важливо виявити і лікувати ці розлади, оскільки вони можуть посилювати симптоми депресії;

соціальна підтримка: будучи хронічно хворим, людина може відчувати відчуження та ізоляцію. Забезпечення соціальної підтримки шляхом участі у групах підтримки, підключення до спільноти людей з подібними проблемами або залучення до родинних та друзівських взаємин може допомогти зменшити почуття самотності та поліпшити настрій;

фармакотерапія: у деяких випадках, особливо при важкій депресії, лікар може призначити антидепресанти або інші ліки для покращення психологічного стану. Психіатр або лікар-терапевт здатний визначити, які ліки найкраще підходять для конкретного випадку.

Важливо звернутися до професійних фахівців, таких як психолог або психіатр, для отримання індивідуальної оцінки та рекомендацій. Вони можуть

надати додаткову підтримку, інформацію та настанови, щоб допомогти покращити психологічний стан хронічно хворих людей.

Ось кілька додаткових методів, які можуть бути корисними для покращення психологічного стану у хронічно хворих:

художня терапія: це форма терапії, в якій використовуються художні матеріали та креативний процес для вираження емоцій та самовираження. Художня терапія може сприяти розумінню себе, знайти способи вираження внутрішнього досвіду та працювати над певними труднощами чи емоційними переживаннями;

підтримка від психологічних груп: участь у групах підтримки або груповій терапії з іншими хронічно хворими людьми може бути корисною. Це надає можливість обмінюватися досвідом, отримувати підтримку, розуміння та відчуття, що ви не самотні в своїй ситуації;

позитивна психологія: підхід, який акцентує увагу на позитивних емоціях, силах та ресурсах людини. Включає практики, такі як вдячність, вироблення оптимістичного способу мислення, розвиток позитивних взаємовідносин та зосередження на здоровому житті;

когнітивна перебудова: це підхід, спрямований на перегляд та зміну негативних думок, переконань та відчуттів. За допомогою цього методу можна навчитися впізнавати нереальні або деструктивні мислі, замінити їх більш реалістичними та позитивними альтернативами;

музикотерапія: використання музики та музичних інструментів як засобу для вираження емоцій, релаксації та самовираження. Музикотерапія може сприяти зниженню рівня стресу, поліпшенню настрою та підтримувати емоційний баланс.

Це лише кілька з численних методів, які можуть бути застосовані у роботі з хронічно хворими людьми. Кожна людина унікальна, тому важливо знайти ті методи, які найкраще відповідають конкретній особі і допомагають їй покращити психологічний стан.

3.2. Визначення напрямів психологічної роботи зі зниженням депресивного стану у хронічно хворих

Діабет це невиліковне захворювання, тому люди з цим діагнозом потребують психологічної підтримки. Варто зазначити, що у них часто підіймається тривожність стосовно майбутніх ускладнень, тому психологу варто переконати хворого, що все у його руках і навіть з цим діагнозом можна жити нормально.

При цукровому діабеті важливим також є ставлення особи до їжі. Через те що хвороба пов'язана з дієтою вони змушені постійно себе контролювати і стримувати. Не зважаючи на заборону, бажання до солодощів залишається. Від цього вони часто знаходяться в стані фрустрації та мріях, надмірної тривожності, напруженості що призводить до негативних переживань.

Роль психотерапевта у подоланні цієї проблеми є дуже великою: йому потрібно переробити стереотипи стосовно їжі. Тут йдеться не тільки про дотримання дієти ай про те що здорова їжа може бути смачною, насиченою та приносити задоволення.

У цьому питанні гарно допомагає тактика навіювання. Вона полягає в тому, щоб минулі звички і вподобання в їжі стали неприязні. Натомість нелюбима їжа починає подобатися та приносити задоволення.

Важкість роботи з такими людьми полягає у тому що їхнє життя і так складається зі заборон. Отримати задоволення їм складніше аніж здоровим людям. І тому у них часто виникає депресія. Тому психотерапія має бути підтримуючою та ресурсною.

Отже, основне значення психотерапії є робота з тривогою, депресією, страхом та фактом того, що це захворювання є не виліковним і має здатність прогресувати.

Робота з депресією у хронічно хворих є важливою галуззю психологічної практики, оскільки хронічні захворювання можуть суттєво погіршувати якість життя людини та спричиняти психологічні проблеми, включаючи депресію.

Основними напрямками психологічної роботи з депресією у хронічно хворих є такі:

психоосвіта та інформування: психологи надають пацієнтам інформацію про характеристики депресії та її зв'язок з хронічними захворюваннями. Це допомагає пацієнтам зрозуміти, що вони не самі у своїй ситуації та надає їм навички управління своїми емоціями;

когнітивно-поведінкова терапія (КПТ): цей підхід зосереджений на зміні негативних мислей та поведінки, які можуть посилювати симптоми депресії. Пацієнти навчаються впізнавати шаблони негативних думок і замінити їх на більш позитивні та реалістичні;

підтримка соціальної підтримки: хронічні хвороби можуть впливати на соціальне функціонування пацієнта, і підтримка від родини, друзів та груп підтримки може бути важливою складовою психологічної роботи з депресією. Це може включати в себе надання можливості висловлення емоцій, розвиток навичок комунікації та планування соціальних активностей;

управління стресом: хронічні хвороби можуть викликати стрес, що може посилити симптоми депресії. Психологи навчають пацієнтів технікам релаксації, медитації та іншим стратегіям для ефективного управління стресом;

приспособлення до змін: хронічні хвороби можуть суттєво змінити життя людини, і психологічна робота спрямована на навчання пацієнтів приймати зміни та знаходити нові способи задоволення та радості в житті.

Важливо пам'ятати, що підхід до роботи з депресією у хронічно хворих може варіюватися в залежності від потреб і індивідуальних особливостей кожної людини. Співпраця з медичним персоналом та іншими фахівцями здоров'я також може бути важливою частиною комплексного підходу до лікування депресії у хронічно хворих людей.

Ось ще один важливий напрямок психологічної роботи з депресією у хронічно хворих:

самоуправління та розвиток навичок: Психологи працюють з пацієнтами над розвитком навичок самоуправління, які допоможуть їм краще керувати своїм

станом та емоціями. Це може включати планування діяльностей, встановлення реалістичних цілей, управління симптомами, регулювання стресу та використання позитивних стратегій справляння.

Крім цих напрямків, важливо враховувати індивідуальні потреби та особливості пацієнта. Психологи можуть використовувати різноманітні підходи та методики, такі як групова терапія, музикотерапія, творчі техніки або психодрама, щоб відповідати конкретним потребам кожного пацієнта.

Важливо зазначити, що психологічна робота з депресією у хронічно хворих повинна бути інтегрованою в загальний план лікування, співпрацюючи з медичними фахівцями та іншими членами здоров'я команди. Спільна робота допомагає забезпечити комплексний підхід та оптимальні результати для пацієнтів.

Методи які успішно працюють з такими клієнтами: символ драма, транзакційний аналіз, арт-терапія, візуалізація, фокусовано на рішенні, позитивна терапія, мак-карти.

3.3. Створення та розробка програми для покращення емоційного стану у хронічно хворих

Створення та розробка програми для покращення емоційного стану у хронічно хворих може бути корисним інструментом для поліпшення якості життя цієї групи пацієнтів. Така програма може включати в себе різні компоненти, спрямовані на зниження стресу, поліпшення настрою та забезпечення психологічної підтримки. Ось кілька можливих напрямків розробки такої програми:

Медитація та релаксація: Розробка програми, яка містить медитаційні вправи, глибоке дихання та техніки релаксації, може допомогти знизити рівень стресу та тривоги. Вона може включати аудіозаписи з інструкціями для пацієнтів, а також надавати можливість відстежувати прогрес.

Психологічна підтримка: Програма може містити розділ, присвячений психологічній підтримці, який може включати текстові повідомлення, онлайн-консультації з психологами або форуми, де пацієнти можуть обмінюватися досвідом і підтримувати один одного.

Фізична активність: Включення розділу з фізичними вправами або рекомендаціями щодо активного способу життя може бути корисним для поліпшення настрою та загального самопочуття. Програма може містити ілюстрації або відео з демонстрацією вправ і можливістю відстежувати активність пацієнта.

Журналінг: Розділ програми, де пацієнти можуть вести щоденник своїх емоцій, думок та подій, може допомогти їм виразити свої почуття та зрозуміти свої емоції. Програма може також надавати можливість відстежувати певні показники, наприклад, рівень енергії або настрою.

Нагадування та планування: Включення функцій нагадування про прийом ліків, відвідування лікарів або проведення важливих процедур може допомогти пацієнтам керувати своїм лікуванням та подіями, що впливають на їх емоційний стан.

Щоб залучити людину з діабетом в терапію потрібно проявити розуміння і співчуття. На початках роботи потрібно знайти ресурсні точки та те на що можна опертися. Згодом коли ресурсу буде досить варто встановити зв'язок між тим коли росте рівень цукру і погіршується стан і зовнішніми подіями, емоційним дистресом. У випадку з такими клієнтами конфронтація не завжди є корисною. Вона може погіршувати стан. Успіх у роботі з такими клієнтами стабільне протікання захворювання, усунення різних психологічних порушень.

В емпіричній частині вдалося дослідити, що цукровий діабет спровоковує депресивний, тривожний стан і чим довше триває захворювання тим гірший стає емоційний стан, та якість життя. Люди відчувають, що у них нема майбутнього, вони покарані своїм життям, відчувають себе тягарем, апатія, зневіра, постійні стреси, погіршення сну та когнітивних функцій.

Усе це на додачу до діагнозу та життєвих проблем викликають погіршення фізіологічного стану та депресії. Тому такі люди потребують підтримуючої терапії, профілактики. Ось декілька рекомендацій для покращення стану та якості життя:

1. Потрібно знайти ресурс. Отже, ресурс – це справи, речі, події, які змушують людину усміхатися, надають внутрішніх сил, бажання боротися, вставати з ліжка, додають енергію, життєвих сил. Варто знайти власні ресурси, які будуть підтримувати, надавати сил.
2. Важливо пам'ятати про здоровий сон. У сні організм відновлюється. Всі процеси під час сну сповільнюються, м'язи розслабляються, навіть мозок змінює свою роботу: він переробляє всю інформацію, зберігає всю необхідну інформацію та позбувається всієї не потрібної, тобто мозок звільняється від нагромадженої інформації. Сон особливо важливий для хронічно хворих та при депресії. При хронічних хворобах організм витрачає додаткову енергію для підтримки життєвих функцій, тому якщо людина позбавляє себе сну, організм перебуває у постійному стресі, через що виникають погіршення, як фізіологічного стану так і ментального. Вчені з питання здоров'я зазначають, що нестача, неякісний сон викликають ризик виникненню цукрового діабету та ряду інших захворювань.
3. Важливо пам'ятати про раціон та здорову їжу. Правильне та збалансоване харчування схильне покращувати стан здоров'я та емоційний стан. З їжею в наш організм потрапляють різні мікроелементи, речовини, які надають нам сил та енергії. Для забезпечення нормального функціонування організму потрібна їжа. Споживання їжі також впливає на вироблення дофаміну та ендорфіну (гормонів щастя), тому після у людини виникає відчуття піднесеності. Вона має прямий вплив на мозок, вважається, що їжа полегшує протікання деяких психічних розладів. У психології існує думка, що людина яка відмовляється їсти – відмовляється від життя. Адже, енергію ми отримуємо саме звідти.

4. Наступною важливою складовою протидії депресії та підтримки здоров'я – спорт. Важливо знайти саме той вид фізичної діяльності, який буде приносити найбільше задоволення. Наш мозок під час фізичних вправ виділяє гормони “щастя”, що покращує емоційний стан, а це в свою чергу позитивно впливає на протікання діабету. Так як депресія це фіксування негативних емоцій у тілі, то спорт хороший метод вивільнення цієї енергії.
5. Важливо дбати про емоційну гігієну. Постійна тривога, стреси виснажують, як морально так і фізично людину. Для цього варто вчитися справлятися з цим. Тут можуть допомогти: групова терапія, консультування, різні техніки психотерапії: малювати, ввести емоційний щоденник, проєктивні карти, ресурсна терапія. Важливо якісно проводити свій час, урізноманітнювати своє життя, наповнювати його позитивними подіями.
6. Наступний фактор який важливий для запобігання розвитку депресії – оточення. Важливо, щоб поряд були друзі, близькі, які розуміють, готові співчувати, прийти на допомогу, підтримати. Щоб спілкування з ними дарувало впевненість, ресурс.
7. Читайте менше про наслідки і можливі ускладнення стосовно свого захворювання. Жахливі прогнози призводять до того, що людина починає себе накручувати, самонавіювання. Це призводить до виникненню депресії і погіршенню фізичного здоров'я. На томість можна почитати щось що можна зробити корисного для свого організму, щоб покращити стан, прочитати щось хороше.
8. Не бійтеся попросити про допомогу, підтримку, поділитися своїми переживаннями. Ви не будете виглядати слабкими. Не думайте, що ваша хвороба робить вас нікчемними чи тягарем. Варто зрозуміти, що це просто ваша особливість.
9. Подбайте про фінанси. Фінансові проблеми можуть спровокувати депресію, а так як при хронічних захворюваннях велика сума витрачається на постійне лікування, то відповідно виникають фінансові труднощі.

10. Важливо знайти людей з таким самим захворюванням. Ви зможете поділитися досвідом, переживаннями та підтримати один одного, адже ви краще розумієте людину з такою ж проблемою. Корисним може бути і групи, де можна ділитися своїми переживаннями стосовно проблеми.

11. Якщо ви помітили, що ваш психологічний стан погіршується, то варто звернутися до психолога чи психотерапевта. Це потрібно для покращення як фізичного так і ментального здоров'я.

На фоні емпіричного дослідження був розроблений тренінг кваліфікаційної роботи рівня бакалавр на тему: «Дослідження депресивних розладів у хронічно хворих».

Тренінг призначений для людей з хронічними захворюваннями у яких є депресія, для підтримки їх емоційно-позитивного фону.

Метою тренінгу є знайти точки опори, ресурс, зрозуміти свою хворобу, навчитися справлятися з депресивними станами та з обмеженнями які виникають в наслідок захворювання. Навчитися міняти свої стереотипи та упереджене ставлення до хвороби.

Тренінгова програма складається з 6 денної роботи тривалість тренінгу в середньому становить 15 годин, а тривалість одного заняття в середньому від двох до двох з половиною годин.

Основні завдання тренінгу:

1. Зрозуміти свою хворобу, причини її виникнення, її вплив, найбільші страхи.
2. Навчитися справлятися з депресією, тривожністю, яка виникає в наслідок хвороби.
3. Робота з стереотипами та упередженнями стосовно захворювання.
4. Знайти ресурс, навчитися його використовувати та знаходити у складні часи.

Основний акцент був на розумінні свого захворювання, емоційній саморегуляції та пошуках ресурсів. Перший день стосувався більше ознайомчих моментів: знайомство з групою, розповідь про себе, про захворювання, про

емоційний стан. Пропозиція на проєктивну методику: «Якби моя хвороба говорила», з маскою. Друге заняття, на тему: «Ставлення до свого тіла та здоров'я». Пропонується робота з проєктивними картами. Завершується тренінг ресурсною колодою. Третє заняття, робимо акцент, на тому що дає людині його захворювання, робота з стереотипами та упередженнями. Використовуються проєктивні карти. На наступному занятті використовується казкотерапія, та катативно-імегативна терапія. Акцент цих методик на несвідомому уявленні людини про захворювання. П'яте заняття створене для роботи з емоціями, пошук ресурсів та опорів. І на останньому занятті пропонуються суто ресурсні вправи зі застосуванням символ драми та проєктивних карт.

Висновок до III розділу

Найефективнішими у роботі з такими клієнтами, вважаються наступні напрямки: поведінкова, ресурсна, позитивна, катативно-імегативна терапії, різні проєктивні методики які налаштовані на пошук ресурсу, до таких можна віднести МАК-карти, арт терапія, казкотерапія.

Створений лист рекомендацій, який можна застосовувати при роботі з хронічно хворими людьми в яких на фоні захворювання розвинулася депресія. До таких рекомендацій належать: пошук ресурсу, емоційна гігієна, здоровий сон, режим харчування, заняття спортом, підтримуюче оточення, знайти людей з цією ж проблемою, збагачувати свій світ позитивною літературою або тою яка допоможе з вашим діагнозом, просити про допомогу при потребі, не тримати все в собі, подбати про фінанси.

Також розроблені тренінгові шестиденне заняття для покращення емоційного стану, пошуку ресурсів та розуміння свого захворювання.

РОЗДІЛ ІV. БЕЗПЕКА ЖИТТЄДІЯЛЬНОСТІ, ОСНОВИ ОХОРОНИ ПРАЦІ

4.1. Надання першої допомоги потерпілим: порушення дихання і серцевої діяльності.

Іноді можуть траплятися катастрофи, в яких виникає необхідність надавання першої медичної допомоги. Якщо у потерпілих людей порушується дихання й серцева діяльність (внаслідок закупорювання трахеї та бронхів блювотними масами, згустками крові або водою, а також внаслідок втрати свідомості через різноманітні травми), у потерпілого з'являється спочатку блідість, потім синюшність шкірних покривів обличчя. Дихальні рухи прискорюються, стають нерегулярними (іноді рідшають), а через деякий час, якщо не буде подано потрібної допомоги, припиняються зовсім.

Розглянемо спочатку порушення дихальної системи. Перша допомога в таких випадках: перевірити порожнину роті й спробувати відновити прохідність верхніх дихальних шляхів. Для цього вказівним пальцем, обмотаним бинтом чи носовою хусточкою, звільняють рот від блювотних мас, слизу, згустків крові, виймають знімні зубні протези. Коли запав язик, голову потерпілого слід повернути набік і підтримати щелепу.

Коли ж потерпілий не дихає, треба перевірити, чи не припинилася в нього серцева діяльність, і негайно розпочати штучне дихання. Для цього його кладуть спиною на жорстку поверхню (на підлогу автомашини, на дорогу), підмостивши під лопатки зроблений з одягу валик. Потерпілого розгинають і закидають його голову назад так, щоб максимально відвести підборіддя від грудної клітки, розстібають комір і пояс, що утруднюють дихання.

Найефективнішим способом штучного дихання є вдування повітря в ніс або рот потерпілого. Такий спосіб називають «рот до рота» або «рот до носа».

Штучне дихання способом «рот до рота»: той, хто надає допомогу, стає на коліна біля голови потерпілого, краще з правого боку, і кладе ліву руку на його лоб, затискуючи пальцями йому ніс; прикривши рот потерпілого марлею або носовою хусточкою, робить глибокий вдих, а потім, притиснувши рот до рота потерпілого, вдуває в нього повітря, роблячи енергійний видих. Згодом завдяки еластичності легеневої тканини і грудної клітки настає пасивний видих. При цьому рот потерпілого повинен бути відкритий. Вдувати повітря слід ритмічно, з однаковим інтервалом, 15-20 разів на хв.

Те ж стосується штучного дихання способом «рот до носа», тільки повітря вдувають через ніс, а рот потерпілого закривають. Ефективність штучного дихання підвищується, коли застосовувати спеціальні S-подібні повітроводи, що забезпечують прохідність верхніх дихальних шляхів.

Штучне дихання слід виконувати доти, доки у потерпілого не відновиться самостійне ритмічне дихання. Якщо штучне дихання розпочинають робити своєчасно і проводять його правильно, то самостійне дихання відновлюється через 1-2 хв. Однак часом штучне дихання потрібно проводити 1-1,5 год, або доти, доки на місце аварії не прибудуть медичні працівники.

Той, хто надає допомогу, особливо при надто енергійному вдуванні повітря, може навіть відчувати запаморочення, слабкість і знепритомніти. Тому бажано, щоб приблизно через кожні 60 с. особи, які виконують штучне дихання, змінювали одна одну. Це підвищить ефективність допомоги потерпілому.

Іноді може трапитися й так, що одночасно з диханням припиняється й серцева діяльність. Тоді у потерпілого настає клінічна смерть – у нього не промацується пульсація сонної артерії на шиї, не прослуховується серцебиття, припиняється дихання, зіниці розширюються, шкірні покриви й слизові оболонки губ синюшні. Через 5-6 хв. після настання клінічної смерті відбуваються необоротні зміни в нервових клітинах центрів головного мозку, що керують життєво важливими функціями організму. Внаслідок цього настає біологічна смерть.

Перша допомога в таких випадках: робити штучне дихання і непрямий масаж серця. Роблячи непрямий масаж серця, потерпілого кладуть спиною на тверду поверхню (шосе, до рога та ін.). Той, хто на дає допомогу, стає на коліна збоку (краще справа) біля потерпілого і, поклавши кисті рук одну на другу в нижній частині груднини, робить непрямий масаж серця, тискуючи на груднину так, щоб вона зміщувалася приблизно на 4-5 см. у напрямі до хребта. При цьому стискується серце між грудниною і хребтом, кров із порожнини серця виштовхується в кровоносні судини. Поштовхи слід робити ритмічно, близько 60 разів на хвилину.

Дітям, особливо молодшого віку, непрямий масаж серця можна робити однією рукою або навіть двома пальцями, але частоту поштовхів треба збільшити до 100-120 разів на хвилину.

Іноді непрямий масаж серця поєднують із штучним диханням, але в таких випадках бажано, щоб потерпілим у стані клінічної смерті допомогу надавали двоє: один робить непрямий масаж серця, другий — штучне дихання. Після кожного вдування повітря в легені потерпілого чотири рази натискають на груднину, а під час вдування повітря не можна стискувати грудну клітку.

Непрямий масаж серця і штучне дихання звичайно може робити й одна людина. У такому разі після кожного вдування повітря в рот або в ніс натискають чотири рази на груднину.

Непрямий масаж серця і штучне дихання слід проводити до відновлення серцевої діяльності й дихання. Коли вони не дають ефекту, то їх припиняють тільки після огляду потерпілого медичним працівником.

Нерідко у потерпілих під час тяжких і численних ушкоджень виникає травматичний шок, який становить загрозу для життя і потребує невідкладних заходів, щоб підтримати дуже пригнічені найважливіші функції організму. Травматичний шок звичайно настає безпосередньо після ушкодження й є складний комплекс змін, у походженні яких основну роль відіграють надмірні больові подразнення, втрата великої кількості крові, порушення функцій нервової системи, дихання, ендокринних залоз тощо.

Травматичний шок може розвинутися і через деякий час після ушкодження внаслідок виснаження захисних реакцій організму. Це буває звичайно тоді, коли потерпілому не надали своєчасно першої допомоги або коли він одержав додаткову травму під час невмілого перенесення чи перевезення його непристосованим транспортом.

Шок найчастіше виникає при великих ранах, що супроводжуються значною втратою крові, при переломах кісток таза, гомілки, стегна, особливо відкритих, ушкодженнях черепа, грудної клітки і живота, ускладнених розривом внутрішніх органів і кровотечею, а також при великих опіках тощо.

Дуже важливо своєчасно розпізнати травматичний шок. Тому треба знати його основні ознаки. Дехто відразу ж після травми стає неспокійним, збудженим, голосно стогне, скаржиться на сильний біль. При цьому загальний стан хворого може бути задовільним. Збудження триває недовго і нерідко лишається непоміченим.

Частіше потерпілі, в яких розвинувся травматичний шок, пригнічені, не звертають уваги на людей, які оточують їх, малорухливі, на запитання відповідають дуже тихо. Шкірні покриви в них бліді, іноді вкриті липким потом, риси обличчя загострені, кінцівки на дотик холодні. Незважаючи на тяжкий загальний стан, свідомість, як правило, не затьмарена. Дихання швидке, поверхнєве, пульс прискорюється й слабне внаслідок порушення серцевої діяльності й зниження кров'яного тиску. Якщо хворому не надати допомоги, то він досить швидко може вмерти.

Отже, потерпілому при травматичному шоку потрібно терміново зупинити кровотечу, в разі потреби накласти шину, стерильну пов'язку на рану або обпечену ділянку тіла. Потерпілого треба зручно покласти, не піднімаючи високо голови, якомога тепліше вкрити. Якщо немає підозри на ушкодження органів черевної порожнини, хворому можна дати випити трохи теплого чаю.

Внаслідок недостатнього кровопостачання головного мозку потерпілий часом раптово непритомніє, при цьому він блідне, на обличчі в нього виступає піт. Дихання поверхнєве, сповільнене, пульс — швидкий, важко промацується,

Іноді перед цим настають запаморочення, слабкість, шум у вухах. У хворого темніє в очах, йому бракує повітря.

Причинами знепритомніння бувають нервово-психічні потрясіння (страх, переляк тощо), гострий біль внаслідок травми. Хоча знепритомніння триває недовго, слід вжити невідкладних заходів для поліпшення кровопостачання головного мозку. Для цього потерпілого кладуть так, щоб голова була опущена, а ноги трохи підняті догори, розстібають комір і пояс, що утруднюють дихання. Обличчя хворого збризкують холодною водою, дають йому понюхати ватний тампон або шматочок марлі, змочений нашатирним спиртом. Коли потерпілий довго не приходить до пам'яті чи знову непритомніє і стан його погіршується, можна вважати, що маємо справу з ушкодженням черепа або органів черевної порожнини, що супроводжуються внутрішньою кровотечею [29, с. 330-335].

4.2. Надання першої допомоги потерпілим: поранення і кровотечі.

Залежно від виду предмета, яким поранено людину, форми і характеру ушкодження тканин рани поділяють на колоті, різані, рвані, забиті тощо. Вони можуть бути забруднені клаптиками одягу, піском, уламками скла та ін. При цьому в рану іноді потрапляють збудники гнійного зараження, газової гангрени, правця. Буває, що різні предмети проникають у черевну або грудну порожнину, всередину черепа, що може призвести до ушкодження внутрішніх органів (печінки, легень, мозку та ін.).

Будь-яке поранення викликає гострий біль, у ділянці травми починається кровотеча, краї уражених тканин розходяться.

Найбільшу загрозу для життя потерпілого становить кровотеча з ушкодженої кровоносної судини.

Кровоносні судини поділяють на артерії, вени і капіляри. При ушкодженні артерій з рани витікає яскраво-червона кров — іде переривчастою цівкою. Коли поранено великі артерії, наприклад шиї, плеча, стегна, кровотеча може бути масивною. І якщо негайно не зупинити її, людина вмирає.

Венозна кров темно-червона, витікає рівномірно, не пульсуючи, і швидко заповнює рану. Венозна кровотеча так само, як і артеріальна, може бути значною і становити серйозну небезпеку.

Капілярна кровотеча найчастіше спостерігається при поверхових ранах і саднах. Рана поступово заповнюється краплями крові. У людей з нормальною здатністю крові зсідатися така кровотеча припиняється сама собою. Трапляються кровотечі й змішаного характеру, особливо при глибоких і великих за обсягом пораненнях, коли ушкоджуються різні кровоносні судини.

У потерпілих внаслідок ушкодження внутрішніх органів (наприклад, легень, печінки, селезінки) виникає внутрішня кровотеча: кров збирається у порожнинах тіла, просякає тканини.

Внутрішню кровотечу виявити нелегко. Як при зовнішній, так і внутрішній кровотечі спостерігаються певні ознаки великої крововтрати: блідість обличчя і слизових оболонок губ; швидке, прискорене дихання; пульс 100 ударів на хвилину та більше; похолодіння кінцівок, запаморочення, позіхання, слабкість, короткочасна непритомність.

Надаючи першу допомогу потерпілому, слід, не гаючи часу, зупинити кровотечу. Застосовують різні способи тимчасового зупинення кровотечі (остаточно кровотечу зупиняють звичайно в лікувальній установі):

1. Якщо поранено руку або ногу, то, наклавши пов'язку, поранену кінцівку треба підняти догори або надати їй підвищеного положення. При невеликих венозних і капілярних кровотечах ці заходи досить ефективні.

2. Притиснення артерій до кістки вище від місця ушкодження. Артерії притискають там, де вони розташовані ближче до поверхні тіла. Роблять це великим або чотирма іншими пальцями. Стискування артерій пальцями потребує певних зусиль. Під час транспортування потерпілого стискувати артерії досить незручно, тому, якщо є змога, накладають джгут або стискуючу пов'язку.

3. Надання кінцівкам певного положення. Коли дуже зігнути ногу в колінному суглобі, то можна зупинити кровотечу із судин стопи й гомілки. Максимально зігнувши руку, зупиняють кровотечу з рани в ділянці передпліччя

й ліктьового суглоба. Зігнуті кінцівки перев'язують бинтом, косинкою, ременем тощо, поклавши перед цим в підколінну ямку або в ліктьовий згин невеликий валик з бинта чи вати. Кровотечу з рани в пахвовій ділянці можна зупинити, якщо максимально відвести за спину і зв'язати обидві руки, зігнуті в ліктьових суглобах. При цьому ключиці наближаються до першого ребра і стискають підключичну артерію.

4. Накладання джгута. У разі ушкодження великих кровоносних судин кінцівок найбільш надійним способом зупинення кровотечі є накладання гумового еластичного або пневматичного джгута, а також зробленого джгута-закрутки. Джгут накладають на кінцівку вище від місця ушкодження кровоносної судини. Перед тим бажано кінцівку трохи підняти догори, щоб прискорити відплив венозної крові. Під гумовий джгут треба обов'язково покласти щось м'яке — хустку, рушник, вату та ін. Джгут розтягають з певним зусиллям і накладають так, щоб витки його лягали поряд і не залишалося проміжків між ними. Кінці джгута закріплюють гачком, ланцюжком або зав'язують.

Ознаками правильно накладеного джгута є припинення кровотечі й пульсу в місцях промацування артерій нижче від накладення джгута, воскувата блідість шкіри кінцівки. Джгут, накладений слабо, не стискає артерій, а тільки перешкоджає відпливу венозної крові. При цьому кровотеча не припиняється, іноді навіть посилюється, кінцівка стає синюшною. В такому разі джгут замінюють іншим або тимчасово накладають той самий знову, але трохи вище або нижче. Надмірне перетягування кінцівки джгутом може ушкодити м'які тканини, в тому числі й нервові стовбури.

Стискувати кінцівку джгутом можна не більш як 1,5-2 год., оскільки тривале знекровлення призводить до стійкого порушення функції і навіть до змертвіння тканин кінцівки. Транспортуючи потерпілого із джгутом у лікувальну установу, до одежі або до бинта прикріплюють записку, в якій зазначають час накладення джгута.

Тривале стискування кінцівки джгутом нерідко викликає значні больові відчуття. Тому бажано через кожні 30-40 хв. послаблювати джгути на 2-3 хв., спочатку притиснувши артерію пальцями до кістки. Потім джгут знову затягують або перекладають його, трохи відступивши від попереднього місця.

Якщо в аптечці немає стандартного джгута, то застосовують джгут-закрутку – гумовий шланг, косинку, рушник, шарф, краватку тощо. Кінці саморобного джгута міцно зав'язують, вставляють під нього дерев'яну чи іншу паличку і закручують петлю до повного зупинення кровотечі. Щоб джгут не розкрутився, паличку прив'язують до кінцівки.

Закрутку, так само як і джгут, можна накладати на стегно, гомілку, плече або передпліччя. Оскільки закрутка тисне сильніше, ніж еластичний джгут, то не варто застосовувати її в ділянці середньої третини плеча, де існує найбільша небезпека ушкодження нерва. Закрутку можна залишити на кінцівці не більш як 1,5.-2 год. Якщо після перетягування кінцівки джгутом, особливо закруткою, з'являється сильний біль, хворого треба негайно доставити в лікарню.

Після того як вдалося зупинити кровотечу, слід ужити відповідних заходів, щоб запобігти додатковому забрудненню рани мікробами та її травмуванню під час транспортування потерпілого. Шкіру навколо рани протирають спиртом, одеколоном і змазують йодом або розчином брильянтової зелені. Поверхню рани очищають. Будь-яку рану, крім садна або подряпини, перев'язують. Для цього найкраще використовувати спеціальні пакети, що складаються із стерильних ватно-марлевих подушечок і бинта, а також стерильні бинти і марлеві серветки.

Під час накладання пов'язки треба дотримувати певних правил. Насамперед потерпілого кладуть або садовлять у зручній позі.

Накладаючи пов'язку на ділянку суглобів, нозі чи руці надають такого положення, в якому вона буде під час транспортування. Наприклад, бинтуючи ділянку ліктювого суглоба, руку хворого згинають у цьому суглобі під кутом, близьким до прямого.

Пов'язка має вкривати всю рану і рівномірно охоплювати ділянку ушкодження. Якщо пов'язка накладена слабо, то вона сповзе. Коли рану

забинтувати дуже тісно, то потерпілий невдовзі відчуватиме біль, зумовлений стискуванням кінцівки і порушенням кровообігу в ній.

Накладаючи пов'язку на кінцівку, пальці звичайно лишають відкритими, що дає змогу контролювати стан кровообігу в перев'язаній кінцівці за забарвленням нігтів. Якщо пов'язка накладена правильно, вони рожевого кольору, коли нога чи рука перев'язана дуже тісно, нігті стають синюшними.

Індивідуальний пакет розкривають безпосередньо перед накладанням пов'язки. Стерильний бинт виймають так, щоб руками не торкатися тих його місць, які потім вкриватимуть рану [29, с. 336-340].

4.3. Охорона праці людей з інвалідністю.

Люди з інвалідністю – це особи зі стійким розладом функцій організму, який обумовлюється захворюванням, є наслідком травм або природженими дефектами, які призводять до обмеження життєдіяльності та до необхідності у соціальній допомозі та захисту.

В Україні люди з інвалідністю володіють всією повнотою соціально – економічних, політичних, особистих прав і свобод (ст. 1 Закону України „Про основи соціальної захищеності інвалідів України”).

Підприємства, які використовують працю людей з інвалідністю, зобов'язані створювати умови праці з урахуванням рекомендацій медико-соціальної експертної комісії та індивідуальних програм реабілітації, вживати додаткових заходів безпеки праці, які відповідають специфічним особливостям цієї категорії працівників (ст. 12 Закону України „Про охорону праці”).

У випадках, передбачених законодавством, на власника або уповноважений ним орган покладається обов'язок організувати навчання, перекваліфікацію і перевлаштування людей з інвалідністю відповідно до медичних рекомендацій, встановити на їх прохання неповний робочий день або неповний робочий тиждень та створити пільгові умови праці.

Залучення людей з інвалідністю до надурочних робіт та робіт у нічний час без їх згоди не допускається [30, с. 30].

ЗАГАЛЬНІ ВИСНОВКИ

Проаналізувавши теоретичну базу депресивних розладів та хронічних хвороб спостерігається зростання кількості хворих на хронічні захворювання. Фактори ризику захворювань включають соціальні, економічні та екологічні чинники, такі як рівень освіти, харчування, рівень фізичної активності, стресові ситуації, доступність медичних послуг, своєчасне лікування гострих захворювань та профілактика хронічних захворювань та ін. Цукровий діабет (ЦД) належить до групи психосоматичних захворювань ендокринної системи, характеризується високим рівнем цукру в крові внаслідок дефіциту або відсутності інсуліну. У хворих на ЦД часто спостерігаються психічні проблеми, такі як психічні розлади та депресія. Ці психологічні відхилення впливають не лише на емоційний стан, але й на перебіг захворювання. Така взаємодія між діабетом та психологічними розладами веде до замкнутого кола, де діабет впливає на психологічний стан, а депресія та стреси сприяють ускладненню та загостренню захворювання.

Поширеність психічних розладів при ЦД становить 71-92,7%. Саме захворювання у комбінації з психічними проблемами називається психоендокринний синдром. Він може виражатися в швидкій втомлюваності, дратівливості, виснаженні, відсутності бажання піклуватися про себе, проблемами зі сном, знижені інтересів до будь-якої діяльності та до життя в цілому, харчових розладах, обмежені в спілкуванні, рухова загальмованість, проблемами в інтимній сфері. Часто при цукровому діабеті спостерігаються змішані стани: депресивний синдром який чергується з запеклістю, ейфорія яка поєднується з депресивними станами.

Найчастіше ментальні проблеми проявляються у людей з діабетом в яких присутні ускладнення. Психоорганічні розлади розвиваються на фоні декомпенсованого діабету і проявляються в наступних симптомах: порушення пам'яті, сповільнення мислення та його поверхневості, порушення осмислення та критичності стосовно свого здоров'я, погіршення концентрації уваги,

сповільнення мови, здатності швидко реагувати, заповільнення рухів, погіршується функція пізнання.

У дослідженні вдалося дослідити, наступні моменти:

- Стрес впливає на погіршення фізіологічного стану, тобто на виникнення ускладнень та гірше протікання захворювання.
- Депресія притаманна людям з ускладненнями та великим стажем, винятком є тільки діагностований або діабет який діагностували недавно.
- Проблеми зі сном, астения, розлади харчової поведінки, песимістичне налаштування, присутність нав'язливих негативних думок притаманні для людей з важким перебігом захворювання та з тривалістю. Тобто з цими двома факторами симптоми депресії загострюються.
- У переважній більшості у досліджуваних зустрічається тяжка депресія (50%).

Отже аналіз депресивних розладів у людей з ЦД I типу в рамках моєї дипломної роботи включає наступні елементи:

1. Фактор стажу, згідно мого дослідження це один з найважливіших причин виникнення депресії у таких людей. Фактично у всіх з тяжкою депресією присутній великий стаж. При цукровому діабеті великим визначається стаж від 10 років протікання захворювання і більше.
2. Наступний фактор який впливає на розвиток депресії є ускладнення. Усі досліджувані у кого діагностовано тяжка депресія або депресія середньої важкості ускладнення присутні.
3. Фактор стресу, згідно дослідження доведено, що стресові ситуації, негативні переживання та події негативно впливають на фізіологічний стан людини. Пришвидшує розвиток ускладнень і робить діабет декомпенсованим. А з теорії і що є затверджене проведеним дослідженням, ускладнення сприяють виникненню депресії.
4. Фактор сну, в роботі доведено, що з стажем та важким протіканням захворювання, сон стає гіршим, він більше не дає бажаного результату,

часті прокидання серед ночі, важко заснути і неможливість прокинутися вранці.

5. Втома, цей фактор зустрічається у багатьох досліджуваних, що ускладнює перебіг хвороби, та погіршує якість життя: важче виконувати щоденні справи, концентрувати увагу, сповільнене мислення та реакція на подразники та ін.
6. Фактор агресивності, респонденти зазначають, що з тривалістю хвороби та важкістю протікання вони стають агресивнішими, їм важче стримуватися та контролювати спалахи агресії. Це провокується незадоволеністю своїм життям.

На основі даного дослідження було розроблено тренінг та рекомендації для покращення ментального стану людей з цукровим діабетом.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. 12 типів депресії: що вам потрібно знати про кожен з них. Одеський обласний центр громадського здоров'я. URL: <https://healthcenter.od.ua/2022/05/03/12-typiv-depresiyyi-shho-vam-potribno-znaty-pro-kozhen-z-nyh/> (дата звернення: 15.05.2023).
2. Грибан В.Г., Негодченко О.В. Охорона праці: навч. Посібник для студентів вищ. навч. закл. Київ: Центр учбової літератури, 2009. С. 30.
3. Депресія. Значення терміну, статистика, симптоми. Національна академія медичних наук України. URL: <https://amnu.gov.ua/depresiya-znachennya-terminu-statystyka-symptomu/> (дата звернення: 15.05.2023).
4. Депресія: обличчя та маски / ред. Н. Долішньої. Львів : Вид-во Мс, 2006. С. 9-21.
5. Дудар І.О. Лікування артеріальної гіпертензії при хворобах нирок. Артеріальна гіпертензія. 2016. № 4 (48). С. 13-20.
6. Журавльова Л.В. Основи діагностики, лікування і профілактики основних хвороб ендокринної системи. Харків : Харків. нац. мед. ун-т, 2012. С. 4-10.
7. За даними Міжнародної діабетичної федерації та Всесвітньої організації охорони здоров'я, захворюваність на цукровий діабет у світі зросла у чотири рази за останні 30-40 років. Вінницька обласна військова адміністрація. URL: <https://www.vin.gov.ua/departament-okhorony-zdorovia/29640-za-danymy-mizhnarodnoi-diabetychnoi-federatsii-ta-vsesvitnoi-orhanizatsii-okhorony-zdorovia-zakhvoriuvanist-na-tsukrovyyi-diabet-u-sviti-zroslo-u-chotyry-razy-za-ostanni-30-40-rokiv-2> (дата звернення: 15.05.2023).
8. Кайдашева І.П. Зміна способу життя, порушення енергетичного метаболізму та системне запалення як фактори розвитку хвороб цивілізації. Український медичний часопис, 2013. № 5 (97). С. 103-107.
9. Камінський А.В. Цукровий діабет: нові погляди и старі упередження. Частина 2. Профілактика цукрового діабету 2-го типу. Міжнародний ендокринологічний журнал, 2012. № 4. С. 42-45.

10. Колесник Н.А. Корекція дефіциту заліза у хворих хронічних захворювань почок V ГД с анемією. Український журнал нефрології та діалізу. 2016. № 1 (49). С. 66-70.
11. Коли виник термін депресія?. Dush.biz.ua. URL: <https://dush.biz.ua/kolivinik-termin-depresiya/> (дата звернення: 15.05.2023).
12. Копачов В.В. Психосоматичні та гормонально-метаболічні порушення у чоловіків з цукровим діабетом 2-го типу: метаболічні аспекти корекції. Український медичний журнал, 2016. № 1. С. 88-91.
13. Кулик М. С., Тарасенко О. В. Депресія: симптоми, причини, види. MEDIKOM Приватна багатопрофільна клініка в Києві. URL: <https://medikom.ua/depressiya-simptomu-prichiny-vidy/> (дата звернення: 16.06.2023).
14. Кутько І.І. Стрес та психічне здоров'я (психопатологія и психосоматика психогенного дистресу). Новини медицини и фармації, 2013. № 3 (444). С. 20-25.
15. Мартинюк Л.П., Вонс Л.З. Фактори, які впливають на якість життя у хворих із цукровим діабетом. Здобутки та перспективи внутрішньої медицини: кардіоваскулярний ризик при коморбідній патології : матеріали всеукраїнської наук.-практ. конф. (Тернопіль, 20-21 березня 2014 р.). Тернопіль, 2014. С. 26.
16. Морі Є. Що таке депресія: симптоми, причини, наслідки і лікування. Суспільне Новини. URL: <https://suspilne.media/9022-so-take-depresia-i-comu-v-nij-ne-soromno-ziznatisa/> (дата звернення: 15.05.2023).
17. Мошняга Е.Н. Особливості протікання цукрового діабету при тривожних розладах. Міжнародний ендокринологічний журнал, 2011. № 8 (40). С. 59-68.
18. Напрєєнко О.К., Логановська Т.К., Куц К.В. Депресія: історичний нарис, походження, діагностика та лікування на початку III століття. Антропологія. 2019. № 4. С. 9.
19. Національний реєстр хворих на хронічну хворобу нирок та пацієнтів з гострим пошкодженням нирок: 2016 рік / уклад. Н.І. Козлюк, С.С. Ніколаєнко, О.О. Розважаєва; Державна установа «Інститут нефрології НАМН України»; гол. ред. М.О. Колесник. Київ, 2017. С. 201.

20. Оцінка якості життя у хворих із вперше виявленим цукровим діабетом / Мартинюк Л.П., Якубишина І.Г., Вонс Л.З., Гах Т.Т. Людина та ліки – Україна : тези доп. Національного конгресу. Київ, 2014. С. 7-8.
21. Паньків В.И. Психіатричні аспекти сахарного діабету. Новини медицини та фармації. Психіатрія. URL: <http://www.mif-ua.com/archive/article/20568> (дата звернення 16.05.2023).
22. Пеньковська Н.М. Психологічні аспекти психосоматики. Збірник наукових праць. Київ: НПУ ім. М. П. Драгоманова, 2009. Вип. 27 (51). С. 15-22.
23. Сегеда О.О. Психосоматичні захворювання як предмет психологічної експертизи. Вісник Харківського національного педагогічного університету ім. Г. С. Сковороди. № 43 (1). С. 156-163.
24. Скобло Ю. С., Соколовська Т. Б., Мазоренко Д. І., Тіщенко Л. М., Троянов М. М. Безпека життєдіяльності: навч. посібник для вищ. навч. закл. III-IV рівнів акредитації. Київ: Кондор, 2003. С. 330-340.
25. Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги. Депресія (легкий, помірний, тяжкий депресивні епізоди без соматичного синдрому або з соматичним синдромом, рекурентний депресивний розлад, дистимія. Наказ МОЗ України від 25 грудня 2014 року № 1003. Новини медицини та фармації, неврологія. нейрохірургія. психіатрія (528). URL: <http://www.mif-ua.com/archive/article/40355> (дата звернення 16.06.2023).
26. Франкл В. Людина в пошуках сенсу. Психолог в концтаборі / ред. О. Саврук. Харків : Книжк. Клуб "Клуб Сімейн. дозвілля", 2020. С. 173.
27. Центр медичної освіти: 14 листопада всесвітній день боротьби з цукровим діабетом. Комунальна установа "Обласний інформаційно-аналітичний центр медичної статистики" Запорізької обласної ради. URL: <https://zoiacms.zp.ua/2021/11/12/14-lystopada-vsesvitnii-den-borotby-z-tsukrovym-diabetom/> (дата звернення: 15.05.2023).
28. Шапар В.Б. Сучасний тлумачний психологічний словник. Харків: Прапор, 2004. С. 411.

29. Що таке депресія та як її розпізнати?. Центр громадського здоров'я України | МОЗ. URL: <https://phc.org.ua/news/scho-take-depresiya-ta-yak-ii-rozpoznati> (дата звернення: 15.05.2023).
30. IDF Diabetes Atlas First edition. International Diabetes Federation. URL: <https://web.archive.org/web/20121220104344/http://www.idf.org/diabetesatlas/5e/the-global-burden> (дата звернення: 15.05.2023).

ДОДАТКИ

Додаток А

1. Вкажіть свій вік
 - 16 – 18
 - 19 – 21
 - 22 – 30
 - 31 – 40

2. Оберіть стать
 - Чоловік
 - Жінка

3. Вкажіть стаж захворювання

4. Чи присутні у вас ускладнення?
 - Так
 - Ні

5. Якщо у попередньому запитанні ви обрали відповідь "так", то які ускладнення у вас присутні?
 - Безсоння
 - Надмірна сонливість
 - Ввечері не можу заснути, вранці прокинутися
 - Просинання серед ночі
 - Поверхневий та неспокійний сон

6. Чи помітили ви, що ваш емоційний стан погіршується з тривалістю захворювання?
 - Так
 - Ні

7. Чи помічаєте ви, що стреси та негативні події сприяють погіршенню стану здоров'я (виникненню ускладнень)?
 - Так
 - Ні

8. Чи погоджуєтеся ви із твердженням, що з тривалістю захворювання ви почали швидше втомлюватися?
 - Так
 - Ні

9. Чи виникають у вас труднощі зі сном?
 - Так

- Ні

10. Якщо так , то оберіть які

11. Чи помітили ви, що чим довше ви хворієте, тим менше ви отримуєте задоволення від того що колись вас цікавило (хобі, діяльність і.т.д)?

- Так
- Ні

12. Чи важко вам адаптуватися до стану свого здоров'я?

- Так
- Ні

13. Чи відчуваєте ви симптоми депресії, навіть коли ваш стан покращується?

- Так
- Ні

14. Чи здається вам, що стан здоров'я з часом буде ставати тільки гіршим?

- Так
- Ні

15. Чи помітили ви, що вам складніше турбуватися про своє здоров'я та контролювати свій цукор, коли у вас присутні симптоми депресії?

- Так
- Ні

16. Чи помічаєте ви, що останнім часом стали агресивні?

- Так
- Ні

17. Чи помітили ви, що в наслідок хронічного захворювання, погіршується якість вашого життя?

- Так
- Ні

18. Чи помітили ви, що вам все менше хочеться спілкуватися з людьми?

- Так
- Ні

19. Чи помічаєте ви, що внаслідок хронічного захворювання у вас зменшилося бажання до інтимної близькості?

- Так

- Ні

20. Чи помітили ви, що з розвитком захворювання у вас все менше сил та енергії на роботу та навчання?

- Так
- Ні

Додаток Б

Шкала депресії Бека (Beck's Depression Inventory, BDI) – один з перших тестів, що відрізняються високою релевантністю та специфічністю, створених для використання у клінічній практиці з метою діагностики та оцінки рівня депресивних розладів. Незважаючи на дату розробки, шкала депресії Бека не застаріла і широко застосовується в психіатричній та психотерапевтичній практиці навіть сьогодні. Усього існує три варіанти цього опитувальника: BDI, BDI-1A, BDI-II. Окремо застосовується опитувальник депресії Бека для підлітків. Версія шкали депресії Бека поширена в адаптації М. В. Тарабріної.

З кожної групи потрібно обрати твердження яке вам найбільше підходить.

- Я не сумую
- Мені погано і сумно
- Мені весь час сумно, і я нічого не можу з собою вдіяти
- Мені так погано і сумно, що я не в змозі більше терпіти

- Майбутнє не лякає мене
- Я боюся майбутнього
- Нічого хорошого в майбутньому мене не чекає
- Моє майбутнє безпросвітне

- Я не відчуваю себе невдахою
- У моєму житті невдач і провалів було більше, ніж у будь-кого іншого
- Коли я оглядаюся на своє життя, я бачу в ньому багато невдач
- Я відчуваю, що я – цілковитий невдаха

- Я цілком задоволений своїм життям
- Я не так задоволений життям, як раніше
- Я не можу отримувати задоволення від життя
- Мене не задовольняє абсолютно все

- Я не відчуваю себе винуватим

- Може, я і образив когось, сам того не бажаючи, але мені про це нічого не відомо
- Більшість часу я відчуваю себе винуватим
- Я постійно відчуваю провину

- Я задоволений собою
- Іноді я відчуваю себе нестерпним
- Я постійно відчуваю власну неповноцінність
- Я абсолютно нікчемна людина

- Я не відчуваю, що заслужив покарання
- Я зробив щось варте осуду, і готовий до покарання
- Я знаю, що заслуговую на суворе покарання
- Я відчуваю себе вже покараним життям

- Я знаю, що я не гірший за інших
- Іноді я роблю помилки, за які потім себе критикую
- Я увесь час звинувачую себе у своїх прорахунках
- Я відчуваю себе винуватим у всіх бідах

- Я ніколи не розчаровувався в собі
- Я часто відчуваю розчарування в собі
- Я не люблю себе
- Я себе ненавиджу

- Я ніколи не думав про самогубство
- Іноді мені спадає на думку самогубство, але я не буду цього робити
- Я хотів би накласти на себе руки
- Я вб'ю себе, як тільки трапиться нагода

- Я ніколи не плачу
- Іноді мені хочеться плакати
- Я плачу майже постійно
- Раніше я плакав, а тепер не можу, навіть якщо дуже хочеться

- Я спокійний
- Мене легко роздратувати
- Я постійно відчуваю роздратування
- Мені все байдуже, навіть те, що раніше дратувало мене

- Я легко приймаю рішення
- Буває, що я відкладаю прийняття рішення на потім
- Мені важко приймати рішення
- Я взагалі не можу нічого вирішувати

- Я маю вигляд, як зазвичай
- Я маю вигляд гірший, ніж зазвичай
- Я почав виглядати набагато гірше, ніж зазвичай
- Я огидний

- Я можу працювати так само добре, як і раніше
- Мені доводиться робити зусилля, щоб змусити себе працювати
- Я насилу можу виконувати звичайну роботу
- Я взагалі не можу виконувати ніякої роботи

- Я сплю так само добре, як раніше
- Я почав гірше спати і прокидаюся втомленим
- Я рано прокидаюся і відчуваю, що не виспався
- Я прокидаюся кілька разів за ніч і більше не можу заснути

- Я втомлююся не більше, ніж зазвичай
- Тепер я втомлююся більше, ніж завжди
- Майже все викликає в мене втому
- Я взагалі нічого не можу робити через втому

- У мене хороший апетит
- Мій апетит гірший, ніж раніше
- Мій апетит набагато гірший, ніж раніше
- У мене взагалі немає апетиту

- Мені легко спілкуватися з людьми
- Мені доводиться змушувати себе спілкуватися з людьми
- Мені дуже важко спілкуватися з людьми
- Я абсолютно не спілкуюся з людьми

- Я відчуваю себе цілком здоровим
- Мене турбують проблеми, пов'язані з моїм здоров'ям (запор, пронос, біль і т.п.)
- Я постійно думаю про проблеми, пов'язані з моїм здоров'ям
- Я вважаю, що моє здоров'я безнадійно підірване

- Мій сексуальний потяг зберігся на колишньому рівні
- Мій сексуальний потяг знизився
- Зараз я міг би спокійно обходитися без сексу
- Секс мене абсолютно не цікавить

Додаток В

Текст опитувальника Тобол. Методика Тобол призначена для психологічної діагностики типів ставлення до хвороби.

Із запропонованих тверджень вам потрібно відзначити всі які вам підходять.

I. Самопочуття

- З тих пір як я захворів, у мене майже завжди погане самопочуття
- Я майже завжди відчуваю себе бадьорим і повним сил
- Погане самопочуття я намагаюся перебороти
- Погане самопочуття я намагаюся не показувати іншим
- У мене майже завжди щось болить
- Погане самопочуття у мене виникає після прикростей
- Погане самопочуття з'являється у мене від очікування неприємностей
- Я намагаюся терпляче переносити біль і фізичні страждання
- Моє самопочуття цілком задовільно
- З тих пір як я захворів, у мене буває погане самопочуття з нападами дратівливості і почуттям туги
- Моє самопочуття дуже залежить від того, як до мене ставляться оточуючі
- Жодне з визначень мені не підходить

II. Настрій

- Як правило, настрій у мене дуже гарне
- Через хворобу я часто буваю нетерплячим і дратівливим
- У мене настрій псується від очікування можливих неприємностей, занепокоєння за близьких, невпевненості в майбутньому
- Я не дозволяю собі через хворобу вдаватися до смутку і сумтку
- Через хворобу у мене майже завжди поганий настрій
- Моє поганий настрій залежить від поганого самопочуття
- У мене стало абсолютно байдуже настрої
- У мене бувають напади похмурої дратівливості, під час яких дістається оточуючим
- У мене не буває зневіри і смутку, але може бути запеклість і гнів
- Найменші неприємності сильно засмучують мене
- Через хворобу у мене весь час тривожний настрій
- Жодне з визначень мені не підходить

III. Сон і пробудження від сну

- Прокинувшись, я відразу змушую себе встати
- Ранок для мене - найважчий час доби
- Якщо мене щось засмутить, я довго не можу заснути

- Я погано сплю вночі і відчуваю сонливість вдень
- Я сплю мало, але встаю бадьорим. Сни бачу рідко
- З ранку я більш активний і мені легше працювати, ніж увечері
- У мене поганий і неспокійний сон і часто бувають болісно-тужливі сновидіння
- Вранці я встаю бадьорим і енергійним
- Я прокидаюся з думкою про те, що сьогодні треба буде зробити
- Ночами у мене бувають напади страху
- З ранку я відчуваю повну байдужість до всього
- Ночами мене особливо переслідують думки про свою хворобу
- У сні мені бачаться всякі хвороби
- Жодне з визначень мені не підходить

IV. Апетит і ставлення до їжі

- Нерідко я соромлюся їсти при сторонніх людях
- У мене хороший апетит
- У мене поганий апетит
- Я люблю ситно поїсти
- Я їм із задоволенням і не люблю обмежувати себе в їжі
- Мені легко можна зіпсувати апетит
- Я боюся зіпсованої їжі і завжди ретельно перевіряю її доброякісність
- Їжа мене цікавить насамперед як засіб підтримати здоров'я
- Я намагаюся дотримуватися дієти, яку сам розробив
- Їжа не доставляє мені ніякого задоволення
- Жодне з визначень мені не підходить

V. Ставлення до хвороби

- Моя хвороба мене лякає
- Я так втомився від хвороби, що мені байдуже, що зі мною буде
- Намагаюся не думати про свою хворобу і жити безтурботним життям
- Моя хвороба найбільше гнітить мене тим, що люди стали цуратися мене
- Без кінця думаю про всіх можливих ускладненнях, пов'язаних з хворобою
- Я думаю, що моя хвороба невиліковна і нічого хорошого мене не чекає
- Вважаю, що моя хвороба запущена через неухважність та невміння лікарів
- Вважаю, що небезпека моєї хвороби лікарі перебільшують
- Намагаюся перебороти хворобу, працювати як раніше і навіть ще більше

- Я відчуваю, що моя хвороба набагато важче, ніж це можуть визначити лікарі
- Я здоровий, і хвороби мене не турбують
- Моя хвороба протікає абсолютно незвично, не так, як у інших, і тому потребує особливої уваги
- Моя хвороба мене дратує, робить нетерплячим, запальним
- Я знаю, з чієї вини я захворів, і не пробачу цього ніколи
- Я всіма силами намагаюся не піддаватися хвороби
- Жодне з визначень мені не підходить

VI. Ставлення до лікування

- Уникаю усякого лікування, сподіваюся, що організм сам переборе хворобу, якщо про неї менше думати
- Мене лякають труднощі і небезпеки, пов'язані з майбутнім лікуванням
- Я був би готовий на саме болісне і навіть небезпечне лікування, тільки б позбутися хвороби
- Я не вірю в успіх лікування і вважаю його марним
- Я шукаю нові способи лікування, але, на жаль, у всіх них постійно розчаровуюсь
- Вважаю, що мені призначають багато непотрібних ліків і процедур, умовляють мене на нікчемну операцію
- Всякі нові ліки, процедури та операції викликають у мене нескінченні думки про ускладнення і небезпеки, з ними пов'язаних
- Ліки та процедури нерідко чинять на мене таке незвичайне дію, що це дивує лікарів
- Вважаю, що серед застосовуються способів лікування є настільки шкідливі, що їх варто було б заборонити
- Вважаю, що мене лікують неправильно
- Я ні в якому лікуванні не потребую
- Мені набридло нескінченне лікування, хочу, щоб мене тільки залишили в спокої
- Я уникаю говорити про лікування з іншими людьми
- Мене дратує і озлоблює, коли лікування не дає поліпшення
- Жодне з визначень мені не підходить

VII. Ставлення до лікарів та медперсоналу

- Головним у всякому медичному працівнику я вважаю увагу до хворого
- Я хотів би лікуватися у такого лікаря, у якого велика популярність
- Вважаю, що я захворів насамперед з вини лікарів

- Мені здається, що лікарі мало що розуміють в моєї хвороби і тільки роблять вигляд, що лікують
- Мені все одно, хто і як мене лікує
- Я часто турбуюся про те, що не сказав лікарю щось важливе, здатне вплинути на успіх лікування
- Лікарі та медперсонал нерідко викликають у мене неприязнь
- Я звертаюся то до одного, то до іншого лікаря, оскільки не впевнений в успіху лікування
- З великою повагою я ставлюся до медичної професії
- Я не раз переконувався, що лікарі та персонал неухважні і несумлінно виконують свої обов'язки
- Я буваю нетерплячим і дратівливим з лікарями і медперсоналом і потім шкодую про це
- Я здоровий і допомоги лікарів не потребую
- Вважаю, що лікарі та медперсонал попусту витрачають на мене час
- Жодне з визначень мені не підходить

VIII. Ставлення до рідних і близьких

- Я настільки поглинений думками про мою хворобу, що справи близьких перестали хвилювати мене
- Я намагаюся рідним і близьким не показувати виду, що я хворий, щоб не затьмарювати їм настрою
- Близько марно хочуть зробити з мене важкохворого
- Мене долають думки, що через мою хворобу моїх близьких чекають труднощі і негаразди
- Мої рідні не хочуть зрозуміти тяжкість моєї хвороби і не співчують моїм стражданням
- Близькі не рахуються з моєю хворобою і хочуть жити в своє задоволення
- Я соромлюся своєї хвороби навіть перед близькими
- Через хворобу я втратив всякий інтерес до справ і хвилювань близьких і рідних
- Через хворобу я став в тягар близьким
- Здоровий вигляд і безтурботне життя близьких викликає у мене неприязнь
- Я вважаю, що захворів через моїх рідних
- Я намагаюся поменше доставляти тягот і турбот моїм близьким через свою хворобу
- Жодне з визначень мені не підходить

IX. Ставлення до роботи (навчання)

- Хвороба робить мене нікуди непридатним працівником (нездатним вчитися)
- Я боюся, що через хворобу я втрачу хорошої роботи (доведеться піти з хорошого навчального закладу)
- Моя робота (навчання) стала для мене абсолютно байдужою
- Через хворобу мені тепер стало не до роботи (не до навчання)
- Весь час турбуюся, що через хворобу можу допустити помилку на роботі (не впоратися з навчанням)
- Вважаю, що захворів через те, що робота (навчання) заподіяла шкоду моєму здоров'ю
- На роботі (за місцем навчання) абсолютно не рахуються з моєю хворобою і навіть чіпляються до мене
- Не вважаю, що хвороба може перешкодити моїй роботі (навчанні)
- Я намагаюся, щоб на роботі (за місцем навчання) поменше знали і говорили про мою хворобу
- Я вважаю, що, незважаючи на хворобу, треба продовжувати роботу (навчання)
- Хвороба зробила мене непосидючим і нетерплячим на роботі (у навчанні)
- На роботі (за навчанням) я намагаюся забути про свою хворобу
- Усі дивуються і захоплюються тим, як я, незважаючи на хворобу, успішно працюю (учусь)
- Моє здоров'я не заважає мені працювати (вчитися) там, де я хочу
- Жодне з визначень мені не підходить

Х. Ставлення до оточуючих

- Мені тепер все одно, хто мене оточує і хто біля мене
- Мені хочеться, щоб оточуючі тільки залишили мене в спокої
- Здоровий вигляд і життєрадісність оточуючих викликають у мене роздратування
- Я намагаюся, щоб оточуючі не помічали моєї хвороби
- Моє здоров'я не заважає мені спілкуватися з оточуючими, скільки мені хочеться
- Мені б хотілося, щоб оточуючі на собі відчули, як важко хворіти
- Мені здається, що оточуючі цураються мене через мою хворобу
- Оточуючі не розуміють моєї хвороби і моїх страждань
- Моя хвороба і те, як я її переносю, дивує і вражає навколишніх
- З оточуючими я намагаюся не говорити про свою хворобу
- Моє оточення довело мене до хвороби, і я цього не прощу
- Спілкування з людьми тепер стало мені швидко набридати і навіть дратувати мене
- Моя хвороба не заважає мені мати друзів
- Жодне з визначень мені не підходить

XI. Ставлення до самотності

- Волю самотність, бо одному мені стає краще
- Я відчуваю, що хвороба прирікає мене на повну самотність
- На самоті я прагну знайти якусь цікаву або потрібну роботу
- На самоті мене починають особливо переслідувати нерадісні думки про хворобу, ускладненнях, майбутніх стражданнях
- Часто, залишившись наодинці, я швидше заспокоююсь: люди стали мене сильно дратувати
- Соромлячись хвороби, я намагаюся віддалитися від людей, а на самоті сумую за людям
- Уникаю самотності, щоб не думати про свою хворобу
- Мені стало все одно - бути серед людей або залишатися на самоті
- Моє бажання побути одному залежить від обставин і настрою
- Я боюся залишатися на самоті через побоювання, пов'язаних з хворобою
- Жодне з визначень мені не підходить

XII. Ставлення до майбутнього

- Хвороба робить моє майбутнє сумним і похмурим
- Моє здоров'я поки не дає жодних підстав турбуватися за майбутнє
- Я завжди сподіваюся на щасливе майбутнє, навіть у найвідчайдушніших положеннях
- Акуратним лікуванням та дотриманням режиму я сподіваюся домогтися поліпшення здоров'я в майбутньому
- Не вважаю, що хвороба може істотно відбитися на моєму майбутньому
- Своє майбутнє я цілком пов'язую з успіхом в моїй роботі (навчанні)
- Мені стало байдуже, що стане зі мною в майбутньому
- Через мою хворобу я в постійній тривозі за своє майбутнє
- Я впевнений, що в майбутньому розкриються помилки і халатність тих, через кого я захворів
- Коли я думаю про своє майбутнє, мене охоплюють туга і роздратування на інших людей
- Через хворобу я дуже тривожуся за своє майбутнє
- Жодне з визначень мені не підходить

Додаток г

Тренінг на тему: «Покращення емоційного стану у хронічно хворих»

Тренінг розроблений на основі емпіричного дослідження кваліфікаційної роботи рівня бакалавр на тему: «Дослідження депресивних розладів у хронічно хворих».

Тренінг призначений для людей з хронічними захворюваннями у яких є депресія, а також для підтримки їх емоційно-позитивного фону.

Метою тренінгу є знайти точки опори, ресурс, зрозуміти свою хворобу, навчитися справлятися з депресивними станами та з обмеженнями які виникають в наслідок захворювання. Навчитися міняти свої стереотипи та упереджене ставлення до хвороби.

Основні завдання тренінгу:

1. Зрозуміти свою хворобу, причини її виникнення, її вплив, найбільші страхи.
2. Навчитися справлятися з депресією, тривожністю, яка виникає в наслідок хвороби.
3. Робота з стереотипами та упередженнями стосовно захворювання.
4. Знайти ресурс, навчитися його використовувати та знаходити у складні часи.

	Тема заняття	Мета заняття	Час
1.	Ознайомлення	Познайомитися з групою. Ознайомлення з захворюванням і емоціями стосовно нього.	2 години
2.	Ставлення до свого тіла та здоров'я	Дізнатися, як людина ставить для свого тіла та як це впливає на стан здоров'я	2 години 30 хвилин
3.	Що мені дає моє захворювання	Пошук позитивних сторін захворювання.	2 години
4.	Робота з хворобою	Розуміння захворювання, самооцінка	2 години 30 хвилини
5.	Робота з негативними емоціями	Робота з негативними емоціями, пошук ресурсу та опорів	3 години
6.	Ресурс	Ресурсна терапія	3 години

Заняття 1. «Знайомство»

Мета: Познайомитися з групою, та встановити теплі зв'язки, ознайомлення з захворюванням, емоціями та переживаннями стосовно нього.

Тривалість: 2 години

Обладнання: ручка, папір.

Вступна частина

1. Вітання та повідомлення теми й мети першого заняття тренінгу.

2. Вправа «Моє ім'я» (5-10 хв)

Мета: знайомство учасниць одна з одною.

Ресурси: ручка, папір.

Учасниці потрібно написати своє ім'я на аркуші, розташували букви по вертикалі. Після цього по горизонталі вписуються риси характеру, притаманні кожній учасниці, які починаються на літери, які складають ім'я. Коли всі закінчать писати, психолог просить їх зачитати.

3. Ознайомлення учасниць з правилами роботи групи (7-10 хв)

Психолог демонструє правила. Це допоможе групі ефективніше працювати. Важливо обговорити всі правила. Як ви думаєте, які правила існують? Є якісь варіанти?». Чекає відповідей учасниць, потім питає чи згодні інші учасниці групи з запропонованим правилом. Правила можуть записатися на плакаті, щоб учасниці краще їх запам'ятали.

Психолог перераховує неназвані правила:

1. Правило конфіденційності.
2. Правило «Стоп»
2. Правило поваги одне до одного, толерантності.
3. Правило активності.
4. Правило «тут і тепер».
5. Правило персоніфікації висловлювань: говорити лише від свого імені.
6. Правило щирості та відвертості.
7. Правило критики та обговорення: критикувати висловлювань й дій, а не людини як особистості.

Після чого психолог пояснює кожне правило та для чого воно.

4. Вправа «Мої очікування» (5-7 хв)

Мета: визначення очікувань від заняття.

Психолог просить учасниць подумати про те, що вони очікують від заняття та по черзі в довільному порядку озвучити їх. Потім відбувається обговорення очікувань.

5. Вправа-розминка «Австралійський дощ» (10 хв)

Мета: налаштувати учасниць на подальшу роботу.

Психолог просить всіх встати та промовляє: «Чи знаєте ви що таке австралійський дощ? Послухаємо його разом. Зараз я попрошу вас повторювати за мною рухи ланцюжком. Як тільки вони повернуться до мене, я дам нові рухи на повторення й так поки вправа не закінчиться».

Рухи такі:

- У Австралії здійнявся вітер (психолог тре долоні).
- Починає накрапувати дощ (клацає пальцями).
- Дощ посилюється (почергове плескання долонями по грудях).
- Починається справжня злива (плескання по стегнах).
- А ось і град – справжня буря (тупіт ногами).
- Але що це? Буря стихає (плескання по стегнах).
- Дощ стихає (плескання долонями по грудях).
- Чутно як краплі накрапують на землю (клацає пальцями).
- Тихий шелест вітру (тре долоні).
- Сонце! (долоні ввєрх).

Основна частина

6. Вправа «Внутрішній стан»

Мета: визначити внутрішній стан людини та що актуально для неї на теперішній момент.

Вам потрібно на аркуші у вертикальному порядку написати один за одним 16 слів, які перші прийшли в голову, потім візуально об'єднати по два слова. І так поки не вийде одне слово. Це слово це те що є актуальне для людини на даний момент.

Приклад:

1.Лікарня	Сум	Вітя	Невідомість	Кінець
2.Капаня				
3.Вітя	Сім'я			
4.Втрата				
5.Цукор	Реальність	Втома		
6.Біль				
7.Життя				
8.Лікарі	Злість			
9.Агресія	Захист	Життя	Відчай	
10.Втома				
11.Сон	Відсутність			
12.Гроші				
13.Відчай	Страх	Правда		
14.Аналізи				
15.Кінець				
16.Смерть	Життя			

Після потрібно все обговорити.

7. Вправа «Якби моя хвороба вмiла говорити»

Мета: дізнатися трішки більше про своє захворювання.

Людині потрібно візуалізувати хворобу. Спочатку вигляді чого ви це уявляєте, що це, якого кліру, детально опишіть, всі якості розмір і.т.д. Що ця річ може робити. Тепер уявіть що воно вмiє говорити, що б воно вам сказало, покомонікуйте. Які у вас емоції, переживання.

Заклучна частина

8. Релаксаційна вправа «Танення льоду» (10 хв)

Мета: релаксація.

Психолог звертається до учасниць: «Сядьте зручно. Постарайтеся максимально розслабитися. Уявіть своє тіло у вигляді брили льоду, що лежить під променями весняного, ласкавого сонця. З кожним вдихом тіло наповнюється теплом і свіжістю, а з кожним видихом по ньому проноситься теплий вітерець. Зосередьтеся на видиху і відчуйте, як хвилі тепла поширюються по всьому тілу. Воно розслабляється і тоненькі цівки танучого льоду течуть по очах, щоках, лобі, шії, рук, по грудях, по животу, стегнах, ступень ніг. Тіло розчиняється, розливаючись чистими світлими струмочками, повними свіжості і легкості. Побудьте в цьому стані. Відчуйте перетікання цих потічків. А тепер, поступово роблячи глибокі вдихи і повільні, плавні видихи, за готовністю, відкрийте очі». Обговорити все:’ відчуття, переживання.

10. Вправа на завершення (10 хв)

Мета: створити позитивну атмосферу в групі.

На завершення пропонується розповісти про враження, емоції, переживання та що нового вони дізналися.

Заняття 2. «Пізнання себе та захворювання, як ключ до себе»

Мета: профілактика стресу; зниження рівня стресу та навчання ефективним способам послаблення стресу; навчання технікам, які повернуть відчуття безпеки.

Тривалість: 2 години 30 хвилин.

Обладнання: проєктивні карти, аркуш та ручки, олівці.

Вступна частина

1. Вітання та повідомлення теми й мети першого заняття тренінгу.

2. Вправа «Про себе» (3 хв)

Мета: допомогти учасницям пригадати імена одна одної.

Потрібно описати себе декількома словами, при тому що ім'я не казати.

3. Повторення групових правил (2 хв).

4. Вправа «Компліменти» (5 хв)

Мета: настановлення на позитивний настрій.

Психолог може зробити це в двох варіантах: Варіант 1 – Учасники стають в коло. Один з них говорить комплімент і кидає м'яч тій людині, кому цей комплімент був сказаний. Комплімент повинен отримати кожен учасник; Варіант 2 – Кожен учасник отримує компліменти, які б починались з букви його імені (наприклад: Віта - вродлива, ввічлива, витончена і тощо).

Основна частина

5. Проективна методика «Глечик»

Мета: дізнатися ставлення до свого тіла

Обладнання: проективні карти «Глечик»

Потрібно в сліпу вибрати одну картку. Після того як всі розглянуть свої картки по черзі розпочинаємо обговорення. Учасники повинні дати відповідь на наступні запитання:

- Що ви бачите?
- Який цей глечик? (він пустий чи породній)
- Чим він наповнений?
- Які у вас підіймаються емоції?

Задаються додаткові запитання від психолога в залежності від теми і того, що говорить учасник.

6. Проективна методика: «Внутрішній стан та тіло»

Мета: з'ясувати як тіло реагує на внутрішній стан

Обладнання: проективні картки «це все в мені»

Картки складаються з 3 частин, учасникам пропонується в закриті обрати з кожної колоди («голова», «тіло» і «ноги») по картці. Після чого учасника складають повне тіло. Потім йде обговорення. Психолог задає запитання в залежності від того що говорить учасник.

7. Проективна методика: «Майстерня стосунків»

Мета: «з'ясувати які в людини стосунки з своїм тілом»

Обладнання: проєктивні карти «Майстерня стосунків»

Потрібно в закриту вибрати картку з колоди даючи відповідь на питання: «Які у мене стосунки з тілом». Після чого ми все обговорюємо. Психолог задає питання.

Заключна частина

Вправа 8 «Вправа на зняття напруги та розслаблення»

Станьте прямо, ноги поставте нарізно, різко видихніть. Піднімаючи руки вперед долонями догори, зробіть повільний, але повний вдих і затримайте дихання. Стисніть пальці в кулаки. Швидко наблизивши їх до плечей і начебто переборюючи опір, з великим зусиллям розкрийте кулаки. Потім з видихом опустіть руки та розслабте їх, нахилившись уперед. Ця вправа знімає тремтіння рук, викликає впевненість у собі.

Наступну вправу можна робити у будь-якому місці. Потрібно сісти зручніше, скласти руки на колінах, поставити ноги на землю й знайти очима предмет, на якому можна зосередити увагу.

Почніть рахувати від 10 до 1, на кожному рахунку роблячи вдих і повільний видих. (Видих має бути значно довший, ніж вдих.)

Заплющте очі. Знову порахуйте від 10 до 1, затримуючи подих на кожному рахунку. Повільно видихайте, уявляючи, як з кожним видихом зменшується й нарешті зникає напруження.

Якщо ситуація напружена, якщо ви відчуваєте, що важко себе контролювати, непомітно для інших можете зробити вправу «Напруження – розвантаження». Її кроки наступні:

Так сильно, як можете, напружте пальці ніг. Потім розслабте їх.

Напружте, а потім розслабте ступні ніг.

Напружте, а потім розслабте гомілки.

Напружте, а потім розслабте коліна.

Напружте, а потім розслабте стегна.

Напружте, а потім розслабте сідничні м'язи.

Напружте, а потім розслабте живіт.

Розслабте спину й плечі.

Розслабте кисті рук.

Розслабте передпліччя.

Розслабте шию.

Розслабте лицьові м'язи.

Посидьте спокійно кілька хвилин, насолоджуючись повним спокоєм. Коли вам здасться, що повільно пливете, ви повністю розслабилися.

Дуже корисними є точкові масажі. Знаючи антистресові точки та натискаючи на них, можна покращити свій психоемоційний стан. Для зняття головного болю потрібно натискати на точки, які знаходяться у впадинах скронь, розміщені на рівні верхнього краю вушної раковини на 1-1,5 см вперед від неї. Якщо відчують біль у потиличній частині голови, то масажують всю нижню потиличну частину від вух до потилиці. При головному болю в лобній частині ефективним може бути натискання точки між бровами і носом.

Дуже дієвим є масаж кисті руки горіхом або двома горіхами, масаж кисті рук олівцем.

Вправа 9 Релаксаційна вправа «Пустеля»

Мета: релаксація при стресовій ситуації.

Психолог говорить тихим, спокійним голосом: «Розслабтеся, сядьте так, як вам зручно, закрийте очі, зробіть глибокий вдих і повільний видих. Дихання спокійне і рівне. А зараз уявіть пустелю. Яка вона? Якого вона кольору? Чи є сонце і що ще знаходиться в пустелі? Постарайтесь подумки утримувати цей образ пустелі і все те, що буде в ній відбуватися. Тепер уявіть в ній куб, зверніть увагу на його розмір, положення. Він стоїть на землі чи завис у повітрі? З якого матеріалу він зроблений, якого він кольору? Тепер уявіть сходи. З якого матеріалу вони зроблені? Їх місце розташування в загальній картині пустелі? Вони довгі чи короткі? Намагайтеся утримати ці образи. А зараз в пустелі з'являється кінь, що він робить? Який він? Це кінь або кобила? Тепер уявіть квіти або одну квітку. Де він знаходиться у вашій пустелі? Як виглядає? А зараз ви піднімаєте погляд до

горизонту і бачите, що на пустелю насувається буря і ось уже все навколо у владі цієї бурі. Відстежите, що відбувається з усім, що перебуває в пустелі. Що робить кінь? Що відбувається з кубом, сходами і квіткою? Поступово буря заспокоюється, проходить. Ви робите глибокий вдих, повільний плавний видих і відкриваєте очі».

Послідовний переказ побаченого і відчутого, спільна інтерпретація:

- Пустеля – це уявлення про життя. Якою ви її уявляли? Так як всі ми різні у кожного своє уявлення про життя і прагнення до свого способу життя — рівному, спокійному, безтурботному або з перешкодами, напружено.
- Кінь або кобила це наше уявлення про людину протилежної статі. У когось — це образ активного людини (пробігає кінь), у кого-то більш спокійний (кінь стоїть на місці). Можливо ви цінуєте саме ці якості в людях, а вам їх не вистачає.
- Куб — це наше уявлення про самих себе. Місце його розташування — наші відносини в житті, і до життя. Якщо куб — дуже стійкий і лежить на землі, то ця людина реаліст і міцно стоїть на ногах, але негативною рисою може бути його консерватизм. Такій людині важко прийняти щось нове, переглянути свої погляди на життя. Якщо куб перебувати над землею, про цю людину можна сказати, що він більше романтична, мрійлива натура і не завжди може прийняти рішення або відповідальність.
- Велике значення має і місце розташування всіх предметів по відношенню один одного.
- Сходи – це наші друзі, ті люди на кого ми спираємося в життя, можемо покластися. Де вона, поруч чи з кубом, можливо куб підтримує її, а можливо сходи підпирає куб.
- Квіти. Всім відомий вислів «діти це квіти життя», так ось квіти це наше ставлення до своїх дітей (вже наявними або ще немає), наші уявлення про них, яке місце ми відвели для них в нашому житті. Поруч з чим вони знаходяться поруч з кубом або з конем, а може бути, вони є чудовою частиною гармонійної «композиції» кінь, куб і сходи. А може бути квіти, представляються нам що

знаходяться далеко, в оазисі, — можливо, ми ще не дозріли до батьківства в силу віку.

▪ Буря в пустелі це стресова ситуація. Дії в пустелі під час бурі, це ваша поведінка в стресовій ситуації. Те, як поведуться предмети, як вони протистоять бурі, або піддаються цій стихії, це і є елементи поведінки в стресовій ситуації.

Вправа 10: «Вправа на завершення (10 хв)»

Мета: створити позитивну атмосферу в групі.

На завершення пропонується розповісти про враження, емоції, переживання та що нового вони дізналися.

Заняття 3. «Що мені дає моє захворювання»

Мета: знайти плюси свого захворювання

Тривалість: 2 години

Обладнання: аркуші А4.

Вступна частина

1. Всі учасники розповідають про те, як вони себе почувають, що вони очікують від сьогоднішнього дня.

2. Вітання та повідомлення теми й мети першого заняття тренінгу.

3. Вправа «Три слова про себе»

Мета: допомогти учасницям пригадати імена одна одній.

Психолог просить кожну учасницю описати себе трьома словами, при тому що ім'я не рахується.

3. Повторення групових правил.

4. Вправа «Моя буква»

Мета: впровадження: розтопити лід, краще пізнати учасників та налаштувати їх на подальшу роботу.

Ресурси: аркуші А4.

Психолог пояснює, що кожна учасниця може вибрати собі будь-яку букву алфавіту й озвучує її всій групі. Потім їм дається 2 хвилини для того, щоб підібрати якомога більше слів, які описують їх і починаються на обрану літеру. Коли всі закінчили, учасник ділиться своїми словами з групою. (наприклад, мене звуть Олена й моя буква П: я практична, пунктуальна і прямолінійна).

Основна частина

5 Вправа «Проективна методика з картками Соре»

Мета: дізнатися про найбільші страхи стосовно хвороби та в цілому про причини виникнення ...

Обладнання дві колоди карт: «Соре» та «Джерело».

З колоди Соре на кожне з наступних тверджень витягуємо по одній картці.

1. Я спричиняю хворобу тим що...
2. Я хворію, намагаючись уникнути...
3. Коли я хворію, я завжди хочу...
4. Коли я хворіла в дитинстві, мої батьки завжди...
5. Мій найбільший страх, коли я хворію...

На кожне твердження потрібно в закриту витягнути по картці. І обговорити все.

Після витягнуті з колоди «Джерело» одну картку, це ресурсна колода.

6 Вправа «Робота з стереотипами»

На аркуші потрібно написати всі стереотипи, які стосуються захворювання.

Після чого прочитати їх на групу. Далі негативні стереотипи потрібно замінити позитивними.

Заключна частина

7.Мотив: «Подарунок ангела»

Детальна схема релаксації

(розслаблення за Х.Лейнером, символдрама)

Сядьте, будь ласка, зручніше.

Відчуйте опору під собою, кожну точку зіткнення з опорою.

Відчуйте спинку крісла (стула), на яку можна спертися.

Поставте зручніше ноги. Відчуйте ногами підлогу
Руки розташуйте зручніше (відчуйте підлокітники).
Шию, голову розташуйте так, щоб вам було зручно та приємно представляти образи.
Закрийте, будь ласка, очі та постарайтеся розслабитися.
Розслабитися, зняти напругу, що накопичилася,
Так, ніби вам хотілося б трохи подрімати.
Почніть розслаблятися з м'язів плечей
Намагайтеся відчутти, як плечі стають важкі, теплі та розслаблені. Плечі важкі та теплі. Важкі та теплі.
Уявіть, як приємне тепло поширюється із плечей по всьому тілу.
Відчуйте, як тепло опускається з плечей до рук
Розслаблюється верхня частина рук. Розслабляються лікті
Ваші зап'ястки розслабляються
Розслабляються кисті рук – долоні стають важкі та теплі.
Долоні важкі та теплі. Важкі та теплі.
Розслабляє кожен палець на руках. Руки розслаблені, провисли, аж до кінчиків пальців.
А тепер зверніть увагу на те, як ви дихаєте – дихання стає вільним та рівним, вільним та рівним.
Вам добре і приємно дихається.
Намагайтеся відчутти приємне тепло в грудях, тепло в області сонячного сплетення, тепло в животі.
Уявіть, як тепло з живота опускається у ноги
Відчуйте, як розслабляється верхня частина ніг, розслаблюються коліна, розслаблюються гомілки
Стопи стають важкі та теплі. Стопи важкі та теплі, важкі та теплі.
Відчуйте п'яти. Пальці ніг. Усі ноги розслаблені.
Тепер зверніть увагу на спину. Відчуйте як розслабляється поперек, відчуйте хребет. Відчуйте лопатки.

Відчуйте як розслабляється середина спини між лопатками.

Розслаблюється шия, потилиця. Уся голова розслаблена.

Розслаблено темрява, віскі. Розслабляється чоло, обличчя.

Відчуйте свої щоки, відчуйте вилиці, підборіддя. Нижня щелепа стає важкою.

Губи розслаблені, язик теплий, розслабляється ніс та очі.

Повіки важчають, вії злипаються. Очі розслаблені.

Далі спробуйте уявити собі, будь яке місце, де вам затишно та добре, все що ви уявите це добре ми може працювати зі всім, що уявите. Роздивіться це місце яке воно? Що тут є? Що вас оточує? Яка пора року? Яка температура? В чому ви одягнені? Скільки вам тут років? А тепер уявіть, що до вас наближається ангел. Який цей ангел? В що він одягнений? Опишіть його якнайдетальніше? Що ви відчуваєте дивлячись на нього? Які переживання? Що б вам хотілося? Це ваш образ у вашому образі можна все. Що б вам хотілося запитати в ангела, про що поговорити? Ангел ніколи не приходять без подарунка, тому він вам приніс подарунок. Що це за подарунок? Як найдетальніше опишіть його, який він? Що з ним можна робити? Для чого він?...Коли ви зробите все що бажаєте і будете готові попрощатися віддаліть образ, розплющіть очі і потягніться як після довго сну.

Обговорити мотив.

Вправа 8: «Вправа на завершення»

Мета: створити позитивну атмосферу в групі.

На завершення пропонується розповісти про враження, емоції, переживання та що нового вони дізналися.

Заняття 4 Розумій свою хворобу

Мета: порозумітися з своїм захворюванням

Тривалість: 2 години 30 хвилин

Вступна частина

1. Учасники розказують про свій настрій, діляться станом та очікуваннями.

2. Вітання та повідомлення теми й мети першого заняття тренінгу.

3. Повторення групових правил.

4. Вправа «Якби я була погода, то яка...»

Мета: саморозкриття, поглиблення емоційного самоусвідомлення за допомогою метафор, формування інтересу до емоційних переживань.

Психолог просить учасниць описати найбільш відповідну до їхнього характеру погоду або назвати тваринку, з якою вони себе ідентифікують, і пояснити чому.

Основне в цій вправі – розповісти якомога більше про себе через опис погоди або тваринки. Після вправи спитати про враження учасниць від вправи, пояснити, що використання метафор при описі поведінки помагає зрозуміти себе та свої емоції.

Основна частина

Вправа 5 «Казка про хворобу»

Мета: зрозуміти чому виникло захворювання, порозумітися з ним.

Вам потрібно створити казку про своє захворювання. Зі всіма емоціями переживаннями які у вас викликає ваше захворювання. Почнемо з того, що це за герой, де він взявся, історія його народження. Далі розкажіть про всі його особливості, хто його оточує, хоббі все що важливо знати про нього.

Казка повинна закінчуватися на позитивній ноті, тому придумайте хорошу кінцівку.

Заклучна частина

Вправа 6 Релаксаційна вправа «Занедбаний сад»

Психолог говорить: «Сядьте зручно, зніміть затиски, заплющте очі. Дихання спокійне та рівне. Уявіть великий білий екран. Поставте перед екраном фільтр вашого улюбленого кольору і тепер весь екран такого кольору, який вам подобається. Поступово він віддаляється від вас, стає меншим і меншим, і ось зовсім розчиняється у повітрі... А ви розслаблені і спокійні, готові вирушити у велику подорож стародавнього таємничого, покинутого замку. Ви бачите високу

кам'янисту стіну, обвиту плющем, у якій є невеликі дерев'яні дверцята. Відкрийте їх і загляньте всередину. Ви бачите чудову природу: шовкові трави, чудернацькі квіти, дивні дерева, які своїми м'якими голосами запрошують вас зайти, тихо нашіптуючи: заходь, заходь, заходь..., і ви опиняєтесь в прекрасному, але занедбаному садку. Рослини так розрослися, що не видно землі і складно знайти стежку. Вам хочеться довести тут все до ладу, і ви починаєте полоти бур'ян, підрізати гілки, виносити суху траву, все, що вважаєте зайвим, обкопуєте, поливаєте, словом – наводите лад в садку. Через деякий час оглядаєте те, що зробили, і порівнюєте з тою частиною саду, якої не торкалися. Ви задоволені результатом своєї праці, і таємничі голоси шепчуть: як гарно, як чисто, як дивовижно добре. Ви чуєте слова подяки, із задоволенням зазначаєте, що все і завжди потребує догляду, турботи і уваги. І навіть сама по собі чудова природа, щоб милувати око, потребує дбайливих рук, терпіння і любові. Ви із задоволенням оглядаєте ще і ще раз цю дивовижну красу й повертаєтесь в кімнату впевнені: все в цьому світі створене для краси, і ви також».

Вправа 5: «Вправа на завершення»

Мета: створити позитивну атмосферу в групі.

На завершення пропонується розповісти про враження, емоції, переживання та що нового вони дізналися.

Заняття 5

Мета: вплинути на негативні емоції

Тривалість 3 години

Вступна частина

- 1. Учасники розказують про свій настрій, діляться станом та очікуваннями.**
- 2. Вітання та повідомлення теми й мети першого заняття тренінгу.**
- 3. Повторення групових правил (2 хв).**
- 4. Вправа дзеркало**

Всім учасникам по одному потрібно підійти до дзеркала і сказати в голос 5 компліментів.

Основна частина

Ефективні техніки контролю вираження емоцій (5 хв)

Ресурси: ручки та аркуш А4.

Психолог просить записати декілька наступних технік:

1. Розслаблення мимічної мускулатури, оскільки навчившись розслабляти лицьові м'язи, можна навчитися керувати емоціями. Техніка впливу на емоційний стан за допомогою усмішки.

▪ Техніка «Усмішка Будди»: повністю розслабте м'язи обличчя, уявляючи, що вони наливаються теплом, стають важкими. Зосередьтесь на куточках губ, відчуваючи лише їх. Уявіть (не докладаючи м'язових зусиль), ніби губи починають злегка розтягуватися в сторони, утворюючи ледь помітну усмішку. Цей вираз обличчя називають «подихом вітерця радості», коли лише народжується усмішка, а мимічні м'язи рефлекторно викликають легке відчуття блаженства і спокою усередині. Запам'ятайте цей емоційний стан, викликаний «усмішкою Будди», і повертайтеся до нього для створення позитивного настрою, а також коли схвильовані, напружені та скуті.

2. Дихання. Навчившись впливати на своє дихання, можна набути ще один спосіб емоційної саморегуляції. Значення дихальних вправ полягає у свідомому контролі за ритмом, частотою, глибиною дихання.

3. Візуалізація – це створення внутрішніх образів у свідомості людини, тобто активізація уяви за допомогою слухових, зорових, смакових, нюхових, дотикових відчуттів, а також їх комбінацій. Відтворивши у свідомості образи зовнішнього світу, можна швидко відійти від напруженої ситуації, відновити емоційну рівновагу. Позитивне мислення послаблює емоційну напругу.

4. У складній ситуації допомагає розбір ситуації на складові та поетапне вирішення, при цьому важливо концентруватися на поступових кроках.

5. Пауза в розмові. Коли ви відчуваєте, що емоції беруть гору, попросіть співрозмовника пригальмувати та дати вам час заспокоїтись.

6. Фізична активність дозволяє зняти напругу тіла. Написати емоційного листа та порвати його. Медитуйте, рефлексуйте.

5. Вправа «Повторення позитивних та коротких, простих тверджень»

Мета: впоратися з емоційною напругою.

Психолог промовляє: «Ви можете собі сказати (повторювати, а інколи рекомендують навіть писати такі твердження):

- зараз я почуваюся краще;
- я можу повністю розслабитися, а потім швидко зібратися;
- я можу управляти своїми емоціями;
- я впораюся з ситуацією, якщо захочу;
- моя допомога потрібна людині, я можу це зробити, не зашкодивши собі;
- я відчуваю, що все буде в порядку.

Коли виникають негативні думки, наприклад, що ви не зможете впоратися з ситуацією, уявіть, що ви збираєте цю думку в кулак і викидаєте (для цього зробіть різкий, такий, що «відрізує», жест лівою рукою та уявіть, як ви відрізаєте і відкидаєте цю думку). Пропонують також інші вправи, де ключовою є уява, візуалізація. Наприклад, уявити в собі, на рівні грудей, могутній прес, який рухається згори вниз і виштовхує вниз небажану негативну енергію. Або уявити, що у вашій голові виникає світлий промінь, який поволі послідовно рухається згори вниз і освітлює зсередини всі деталі обличчя, шиї, плечей, рук теплим і рівним, розслаблюючим світлом. За рухом променя розгладжуються зморшки, зникає напруга у потилиці, розгладжується складка на лобі, заспокоюються очі, опускаються плечі, звільняються шия і груди. Внутрішній промінь ніби формує нову зовнішність людини, спокійної і задоволеної собою, своїм життям».

6. Техніка позитивного опрацювання неприємної ситуації «Чарівні запитання»

«Пригадайте складну негативну ситуацію. Зараз ми спробуємо поглянути на неї

з іншого боку. Згадайте ресурсне прислів'я, наприклад: «Не було б щастя, та нещастя допомогло», «Все минає» тощо. Подумайте про позитивні моменти, які

можна знайти у цій ситуації. Навіть у неприємних емоціях прихована цінність. Три чарівних запитання допоможуть опрацювати ситуацію, здобути з неї досвід.

- Що доброго у тому, що трапилося?
- Чого я можу навчитися завдяки цій ситуації?
- Як я можу виправити ситуацію?

Виробіть звичку кожного разу, коли відбувається щось негативне, знаходити

хоча б три позитивних наслідки, які можна витягнути з цієї неприємності.

Заключна частина

Вправа 7 «Ресурсна методика»

Мета: отримати ресурс, та знайти його

Обладнання: колода «Джерело»

Потрібно в закриті витягнути картики (скільки хочете) з відповіддю на питання якого ресурсу мені зараз не вистачає? Обговорити їх. Після чого знову в закриті витягнути з відповіддю на запитання, що мені потрібно щоб отримати ресурс? Обговорити це. І ще раз витягнути в закриті з відповіддю на питання, де я можу отримати, взяти свій ресурс.

Вправа 8: «Вправа на завершення»

Мета: створити позитивну атмосферу в групі.

На завершення пропонується розповісти про враження, емоції, переживання та що нового вони дізналися.

Заняття 6 Ресурс

Мета: знайти та отримати ресурс (ресурсна терапія)

Тривалість 3 години

Вступна частина

- 1. Учасники розказують про свій настрій, діляться станом та очікуваннями.**
- 2. Вітання та повідомлення теми й мети першого заняття тренінгу.**
- 3. Повторення групових правил (2 хв).**

4. Вправа «Двері»

Мета: пізнати себе та внутрішній стан

Обладнання: проєктивні карти

В сліпу обираєте одну картку. Потім розпоинаємо обговорення.

Що це за двері?

Скільки їм років?

Від чого ці двері?

Чи є хтось хто піклується про них?

Як про них піклуються?

Якби вони вміли говорити, щоб вони сказали?

Обговорюємо все.

Основна частина

Вправа 5 «актуальна проблема та шляхи вирішення»

Мета: знайти ресурс для вирішення проблеми

Обладнання 2 колоди

Потрібно з колоди Соре в закриту обрати картку (можна таку кількість яку хочете). Даючи відповідь на запитання. Яка проблема для мене зараз найактуальніша. Після чого обговорюємо все. Потім з колоди Джерело витягуємо картки з відповідю на питання, який мені потрібен ресурс для вирішення проблеми? Обговорюємо. Потім знову тягнемо в закриту з тієї ж колоди, з відповідю на запитання, де я можу отримати потрібний мені ресурс? Обговорюємо. В кінці тягнемо з відповідю на запитання, який ресурс в мене вже є, тільки я його не помічаю. Обговорюємо.

Заключна частина

Вправа 6 «Мотив безпечне місце»

Сядьте, будь ласка, зручніше.

Відчуйте опору під собою, кожную точку зіткнення з опорою.

Відчуйте спинку крісла (стула), на яку можна спертися.

Поставте зручніше ноги. Відчуйте ногами підлогу

Руки розташуйте зручніше (відчуйте підлокітники).

Шию, голову розташуйте так, щоб вам було зручно та приємно представляти образи.

Закрийте, будь ласка, очі та постарайтеся розслабитися.

Розслабитися, зняти напругу, що накопичилася,

Так, ніби вам хотілося б трохи подрімати.

Почніть розслаблятися з м'язів плечей

Намагайтеся відчутти, як плечі стають важкі, теплі та розслаблені. Плечі важкі та теплі. Важкі та теплі.

Уявіть, як приємне тепло поширюється із плечей по всьому тілу.

Відчуйте, як тепло опускається з плечей до рук

Розслаблюється верхня частина рук. Розслабляються лікті

Ваші зап'ястки розслабляються

Розслабляються кисті рук – долоні стають важкі та теплі.

Долоні важкі та теплі. Важкі та теплі.

Розслабляє кожен палець на руках. Руки розслаблені, провисли, аж до кінчиків пальців.

А тепер зверніть увагу на те, як ви дихаєте – дихання стає вільним та рівним, вільним та рівним.

Вам добре і приємно дихається.

Намагайтеся відчутти приємне тепло в грудях, тепло в області сонячного сплетення, тепло в животі.

Уявіть, як тепло з живота опускається у ноги

Відчуйте, як розслабляється верхня частина ніг, розслаблюються коліна, розслаблюються гомілки

Стопи стають важкі та теплі. Стопи важкі та теплі, важкі та теплі.

Відчуйте п'яти. Пальці ніг. Усі ноги розслаблені.

Тепер зверніть увагу на спину. Відчуйте як розслабляється поперек, відчуйте хребет. Відчуйте лопатки.

Відчуйте як розслабляється середина спини між лопатками.

Розслаблюється шия, потилиця. Уся голова розслаблена.

Розслаблено темрява, віскі. Розслабляється чоло, обличчя.

Відчуйте свої щоки, відчуйте вилиці, підборіддя. Нижня щелепа стає важкою.

Губи розслаблені, язик теплий, розслабляється ніс та очі.

Повіки важчають, вії злипаються. Очі розслаблені.

Далі спробуйте уявити собі, будь яке місце, де вам затишно та добре, все що ви уявите це добре ми може працювати зі всім, що уявите. Роздивіться це місце яке воно? Що тут є? Що вас оточує? Яка пора року? Яка температура? Як ви себе відчуваєте? В чому ви одягнені? Скільки вам тут років? Щоб вам хотілося зробити? У вашому образі ви можете зробити все, що забажаєте. Як ви себе відчуваєте. Коли насолодитесь місцем сповна, розплющіть очі, потягніться як після довгого сну. Обговорити все, можна намалювати малюнок, а потім обговорити ще малюнок.

Вправа 7: «Вправа на завершення»

Мета: створити позитивну атмосферу в групі.

На завершення пропонується розповісти про враження, емоції, переживання та що нового вони дізналися.

Вправа 8 «Дерево підсумків»

Мета: усвідомити наскільки виправдались очікування учасниць.

Психолог просить кожну учасницю промовити що їй найбільше сподобалось, що викликало труднощі та що не сподобалось (і чому). На обговорення можуть винестись наступні питання:

- Чи виправдались очікування від тренінгу?
- Як ви плануєте використовувати ті знання, які отримали впродовж наших тренінгових зустрічей?
- Яке заняття вам найбільше запам'яталося? Чому?