

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ  
ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ В.Н.КАРАЗІНА

ФАКУЛЬТЕТ ПСИХОЛОГІЇ

КАФЕДРА ПРИКЛАДНОЇ ПСИХОЛОГІЇ

**КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА**

на тему: "Особливості соціально-психологічної адаптації пацієнтів в залежності від ставлення до хронічного захворювання"

---

Студента 2 курсу групи ЗПС-62  
другого (магістерського) рівня  
вищої освіти освітньо-професійної  
програми «Психологія» за  
спеціальністю 053 – ПСИХОЛОГІЯ  
Золочевського Ігоря  
Владиславовича

Керівник: доцент, кандидат  
психологічних наук Крейдун Н. П.

Чотирьохрівнева шкала  
оцінювання \_\_\_\_\_

Кількість балів: \_\_\_\_\_

Члени комісії:

|          |                        |
|----------|------------------------|
| _____    | _____                  |
| (підпис) | (прізвище та ініціали) |
| _____    | _____                  |
| (підпис) | (прізвище та ініціали) |
| _____    | _____                  |
| (підпис) | (прізвище та ініціали) |

| <b>ЗМІСТ</b>                                                                                                                                           | <b>Стр.</b> |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|
| <b>ВСТУП .....</b>                                                                                                                                     | <b>4</b>    |
| <br><b>РОЗДІЛ 1. Теоретичні засади вивчення ставлення до хвороби як чинника адаптації</b>                                                              |             |
| 1.1. Внутрішня картина хвороби: психологічна природа, сутність і структура.....                                                                        | 7           |
| 1.2. Типи ставлення до хвороби як прояви ВКХ.....                                                                                                      | 11          |
| 1.3. Фактори соціально-психологічної адаптації.....                                                                                                    | 16          |
| 1.4. Внутрішня картина хвороби і динаміка адаптації до цукрового діабету 1 типу.....                                                                   | 17          |
| <b>Висновки до розділу 1 .....</b>                                                                                                                     | <b>23</b>   |
| <br><b>РОЗДІЛ 2. Методологія дослідження ставлення до хвороби у пацієнтів з цукровим діабетом І типу</b>                                               |             |
| 2.1. Визначення і основні компоненти .....                                                                                                             | 24          |
| 2.2. Завдання дослідження .....                                                                                                                        | 26          |
| 2.3. Характеристика психодіагностичних методик .....                                                                                                   | 26          |
| 2.4. Кількісна і якісна характеристика вибірки.....                                                                                                    | 33          |
| 2.5. Методи математико-статистичної обробки даних .....                                                                                                | 34          |
| <b>Висновки до розділу 2 .....</b>                                                                                                                     | <b>36</b>   |
| <br><b>РОЗДІЛ 3. Емпіричне дослідження ставлення до хронічної хвороби у дорослих пацієнтів з цукровим діабетом І типу з різним стажем захворювання</b> |             |
| 3.1. Аналіз особливостей ставлення до хвороби в різних групах пацієнтів.....                                                                           | 38          |
| 3.2. Вплив ставлення до хвороби на рівень соціально-психологічної адаптації..                                                                          | 43          |

|                                                                                   |           |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| 3.3. Інтерпретація результатів та рекомендації щодо психологічного супроводу..... | 56        |
| <b>Висновки до розділу 3 .....</b>                                                | <b>64</b> |
| <b>ВИСНОВКИ .....</b>                                                             | <b>65</b> |
| <b>СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ .....</b>                                           | <b>68</b> |
| <b>ДОДАТКИ .....</b>                                                              | <b>77</b> |

## **ВСТУП**

### **Актуальність теми**

Актуальність дослідження зумовлена потребою у цілісному баченні пацієнта не лише як носія діагнозу, а як особистості з власним унікальним сприйняттям хвороби, яке впливає на перебіг адаптації. Зростаюча поширеність цукрового діабету I типу, необхідність позиттивного співіснування з цим діагнозом, а також психологічні труднощі, що супроводжують хворобу, роблять важливим розуміння того, як саме внутрішнє сприйняття хвороби впливає на здатність людини адаптуватися. Це дозволить краще підтримувати таких пацієнтів у психологічному сенсі.

### **Об'єкт дослідження**

Соціально-психологічна адаптація дорослих пацієнтів з хронічною хворобою.

### **Предмет дослідження**

Особливості соціально-психологічної адаптації пацієнтів в залежності від ставлення до свого захворювання.

### **Мета дослідження**

Виявити особливості соціально-психологічної адаптації дорослих пацієнтів з цукровим діабетом I типу в залежності від ставлення до хвороби і як ці показники змінюються залежно від тривалості захворювання.

## **Основна гіпотеза**

Існує статистично значущий зв'язок між особливостями внутрішньої картини хвороби та рівнем соціально-психологічної адаптованості пацієнтів із цукровим діабетом 1 типу.

## **Додаткова гіпотеза**

Залежно від стажу захворювання змінюються як характер внутрішньої картини хвороби, так і особливості адаптації: пацієнти з більшим досвідом життя з діабетом демонструють вищий рівень адаптованості за умови конструктивного ставлення до хвороби.

## **Завдання дослідження**

1. Теоретичний аналіз проблеми зв'язку особливостей соціально-психологічної адаптації з внутрішньою картиною хвороби.
2. Вивчити ставлення до хвороби у хронічно хворих на цукровий діабет 1 типу.
3. Проаналізувати особливості соціально-психологічної адаптації хворих на цукровий діабет.
4. Проаналізувати особливості соціально-психологічної адаптації в залежності від ставлення до захворювання.

## **Методи дослідження**

- теоретичний аналіз психологічної літератури;
- психодіагностичні методики (методика соціально-психологічної адаптації К. Роджерса -Р. Даймонда, опитувальник для визначення адаптованості/неадаптованості особистості, діагностика типів ставлення до хвороби, опитувальник локусу контролю здоров'я);
- кількісна обробка даних (методи математичної статистики: кореляційний аналіз; множинна лінійна регресія; дисперсний, факторний та кластерний аналіз,).

## **Вибірка**

58 дорослих осіб з діагнозом цукровий діабет 1 типу, розподілених на групи за стажом хвороби:

- до 15 років (25 осіб);
- понад 15 років (33 особи);
- + контрольна група умовно здорових (27 осіб).

Всього в дослідженні взяло участь 85 осіб.

## **Практична значущість**

Отримані результати можуть бути використані у сфері охорони здоров'я. Вони сприятимуть створенню індивідуалізованих програм психологічної підтримки та покращенню процесу адаптації осіб, які живуть із хронічними захворюваннями.

## РОЗДІЛ 1

### Теоретичні засади вивчення внутрішньої картини хвороби як чинника соціально-психологічної адаптації

#### 1.1. Психологічна природа, сутність і структура внутрішньої картини хвороби (ВКХ)

Психологічне ставлення людини до власного здоров'я є важливою складовою її загального психоемоційного стану та соціального функціонування. Особливого значення це питання набуває у випадку хронічних захворювань, що вимагають постійної уваги, змін у способі життя та внутрішнього переосмислення себе. Одним із ключових понять, що дозволяє зрозуміти механізми особистісного реагування на хронічну хворобу, є – внутрішня картина хвороби. **Внутрішня картина хвороби (ВКХ)** у психології визначається як індивідуальна система уявлень, емоційних переживань і ставлення людини до свого захворювання[12]. Це суб'єктивний образ хвороби, який включає уявлення про її природу, причини, наслідки, можливості контролю, а також пов'язані з цим почуття й очікування. Таким чином, ВКХ не обмежується медичними знаннями пацієнта про свій стан, а є глибоко особистісним феноменом.

З точки зору психологічної природи, **ВКХ є комплексним, багатовимірним особистісним утворенням**, що виконує адаптаційну функцію в умовах захворювання. З одного боку, це — усвідомлена система уявлень пацієнта про хворобу, її причини, перебіг, наслідки та можливості контролю. З іншого боку, це — емоційне ставлення до свого стану, яке може варіюватися від страху і тривоги до прийняття або навіть психологічної вигоди. Поведінковий (мотиваційний) компонент проявляється у тому, як особа реагує на хворобу: дотримується рекомендацій лікаря, шукає допомоги, уникає думок про хворобу тощо.

Деякі українські дослідники розглядають внутрішню картину хвороби як частину ширшого поняття «**внутрішня картина здоров'я**» хронічно хворого[5] . Вона обіймає психологічні чинники, що дозволяють зберігати та покращувати фізичне здоров'я[10], [22].

Історично перше наукове обґрунтування цього поняття належить німецькому психіатру **А. Гольдшейдеру**, який ще у 20-х роках ХХ століття описав «аутопластичну картину хвороби», розуміючи під цим власні уявлення і емоції щодо неї пацієнта. Дослідник підкреслював, що не існує “чисто медичної” реакції хворого – завжди присутній суб'єктивний пласт, який або допомагає адаптації, або ускладнює її. За століття його ідеї претворились на сучасну **внутрішню картину хвороби (ВКХ)** як багаторівневу систему суб'єктивних уявлень людини про своє захворювання, яка включає наступні складові[32]:

- a. сенситивна (неприємні відчуття, пов'язані із хворобою: біль, нудота, безсоння, тощо)
- b. когнітивна (сприйняття симптомів, уявлення про причини перебіг, тяжкість, наслідки хвороби)
- c. емоційна (страх, гнів, заперечення, прийняття, тощо)
- d. мотиваційна (поведінкові реакції: самодисципліна, дотримання рекомендацій лікаря тощо).

Внутрішня картина хвороби формується під впливом індивідуальних особливостей (характер, самооцінка, тривожність), попереднього життєвого досвіду, соціального оточення та особливостей самої хвороби (тривалість, ступінь тяжкості, можливість самостійного контролю).

З погляду психології, ВКХ виконує адаптаційну функцію: вона допомагає людині інтегрувати досвід хвороби у власну життєву історію, зберегти відчуття цілісності «Я», знайти нові смисли та життєві орієнтири. ВКХ є не статичним утворенням, а динамічним процесом, його компоненти здатні змінюватись під впливом тривалості хвороби, підтримки оточення, особистісних властивостей та досвіду лікування.



Розглянемо роль окремих компонентів внутрішньої картини хвороби з точки зору провідних вітчизняних і закордонних вчених.

Ще А. Гольдшейдер розглядав важке захворювання не лише як «медичний» факт, а й особистісну травматичну подію в житті пацієнта. З ним повністю згодні сучасні психологи [17]. Внутрішня картина хвороби завжди має емоційний вимір, адже будь-яка соматична патологія викликає збільшення тривоги та відбивається на загальному психофізіологічному тонусі організму. Саме тому у психології окреслилися цілі групи дослідників, які зосереджуються переважно на емоційних і психофізіологічних компонентах ВКХ.

Хвороба, як зазначав ще А. Гольдшейдер є травматичною подією в житті пацієнта і в першу чергу відбивається на його емоційній сфері. Тому природньо, що більшість робіт на цю тему присвячено саме емоційним розладам у соматичних хворих. **Емоційний компонент ВКХ** є одним з найважливіших предикторів адаптації. **С. П. Кошова [13]** зазначає, що хронічні соматичні захворювання часто супроводжуються: тривожними станами, депресивними реакціями, емоційною нестабільністю і, навіть, зміною образу «Я». Саме емоційні фактори визначають готовність пацієнта взаємодіяти з лікарями, дотримуватися лікування та не уникати інформації про хворобу. Проте, тривога може виконувати не лише дезадаптивну функцію (хронічний дистрес), а й адаптивну (підвищення пильності)[12].

**Когнітивний компонент** внутрішньої картини хвороби включає уявлення про природу захворювання, причини його виникнення, можливі наслідки, контрольованість, а також стратегії поведінки, що впливають із цих уявлень. Дослідники приділяють належну увагу цьому компоненту внутрішньої картини хвороби. Найбільш шанованою у світі є модель американського психолога Говарда Левенталя, який разом із колегами представив коммонсенсуальну модель саморегуляції хвороби (*Common-Sense Model of Self-Regulation, CSM*) [38], що найчастіше перекладається як **модель саморегуляції на основі здорового глузду**.

Згідно цієї моделі людина у відповідь на загрозу здоров'ю формує власне її представлення, яке включає когнитивну та емоційну складову.

Модель включає п'ять когнитивних складових:

1. **Ідентичність (identity):** назва хвороби та пов'язані з нею симптоми.
2. **Причинність (cause):** уявлення про причини виникнення хвороби.
3. **Тривалість (timeline):** очікувана тривалість хвороби (гостра, хронічна, циклічна).
4. **Наслідки (consequences):** очікуваний вплив хвороби на життя.
5. **Керованість (control/cure):** віра в можливість контролю або лікування хвороби.

Окрім когнитивних уявлень, модель враховує **емоційні реакції** на хворобу, такі як страх, тривога або депресія. Ці емоції можуть впливати на вибір стратегій подолання та на ефективність адаптації до хвороби. Але найбільше уваги модель приділяє саме когнитивно-мотиваційним аспектам.

Саморегуляція пацієнта як конструктивна реалізація **мотиваційного (поведінкового) компоненту ВКХ** відбувається у декілька етапів:

1. **Сприйняття загрози:** людина стикається з симптомами або діагнозом.
2. **Формування репрезентацій:** створюються когнитивні та емоційні уявлення про хворобу.
3. **Вибір стратегій подолання:** на основі репрезентацій обираються поведінкові або емоційні стратегії.
4. **Оцінка результатів:** людина оцінює ефективність обраних стратегій.
5. **Корекція репрезентацій:** за потреби уявлення про хворобу та стратегії подолання коригуються.

Модель Левенталю широко використовується для розуміння поведінки пацієнтів при різних хронічних захворюваннях, включаючи цукровий діабет 1 типу. Вона допомагає пояснити когнитивні, емоційні та мотиваційні аспекти уявлень про хворобу та як вони впливають на адаптацію.

Різні аспекти внутрішньої картини хвороби діагностує “*The Illness Perception Questionnaire (IPQ)*” (Опитувальник сприйняття хвороби), але вони стосуються лише когнитивного її компоненту[40].

Внутрішня картина хвороби є психофізіологічним феноменом, тому ВКХ пацієнтів зі схожими соматичними порушеннями можуть мати типові ознаки. Це підтверджує, наприклад, дослідження **А. Ю. Гільман та І. В. Карпович [21]**, яке містить детальний аналіз типових емоційних станів, які супроводжують соматичні захворювання різних систем організму — серцево-судинної, травної, дихальної. Дослідники не лише описують характерні емоційні реакції, а й пропонують профілі емоційних станів, які дозволяють диференціювати ступінь адаптивності переживань. Є дослідження особливостей ВКХ онкохворих[2]. Ці роботи дають підстави припустити існування значущих особливостей внутрішньої картини хвороби й у хворих на цукровий діабет 1 типу і доцільність їх дослідження.

## 1.2. Типи ставлення до хвороби як прояви ВКХ

Особливостям ВКХ, поведінковим патернам, що допомагають людині подолати цю кризу, приділялась значна увага в психології. На підставі клініко-психологічного аналізу описано 12 типів, «блоків» відношення. Приводимо їх за навчальним посібником з клінічної психології[19]:

1. **Гармонійний (Г)** (реалістичний, виважений). Оцінка власного стану без перебільшення або недооцінки його важкості. Намагання всебічно активно допомагати процесу лікування. Бажання не завдавати клопоту близьким. У разі розуміння зменшення своїх можливостей через хворобу – переключення уваги на доступні хворому заняття, увага на справах, допомозі рідним.
2. **Ергопатичний (Р)**. «Втеча від хвороби в роботу». Характерно надмірно стенічне ставлення до роботи, яке виражене ще більш, ніж до захворювання. Навіть при важкій хворобі та тяжких стражданнях зберігається прагнення будь що продовжувати роботу.

Вибіркове ставлення до обстежень та лікування, що зумовлене насамперед намаганням попри тяжкість хвороби утримати фаховий статус і можливість продовжувати активну трудову діяльність у звичній ролі.

3. **Анозогнозичний (З).** Цей тип реагування характеризується активним запереченням факту хвороби та її можливих наслідків, інколи — навіть очевидних проявів. Якщо наявність захворювання все ж визнається, то повністю нівелюється ймовірність ускладнень. Типовими є спроби трактувати симптоми як ознаки «незначних» порушень або випадкових змін самопочуття. Через це пацієнт може відмовлятися від медичного обстеження й лікування, намагаючись «розібратися сам» або «обійтися власними методами», сподіваючись, що стан покращиться без втручання. Такому ейфорійному варіанту реакції властиві безпідставно підвищений настрій, легковажне та недбале ставлення до хвороби й терапії. Зберігається прагнення вести попередній спосіб життя, ігноруючи обмеження, що супроводжується частими порушеннями режиму та рекомендацій лікаря, що, у свою чергу, негативно впливає на перебіг захворювання.
4. **Тривожний (Т).** Для цього типу характерні постійне відчуття неспокою та недовіра щодо можливого ускладнення перебігу хвороби, потенційної неефективності або навіть небезпечності лікування. Пацієнт активно шукає нові методи терапії, прагне до отримання додаткової інформації про захворювання, часто змінює лікарів, орієнтуючись на пошук «авторитетних» джерел. На відміну від іпохондричного ставлення, інтерес більшою мірою зосереджений на об'єктивних показниках — результатах аналізів, думках фахівців — ніж на власних суб'єктивних відчуттях. Через це пацієнт охочіше слухає про симптоми інших, аніж постійно скаржиться на свої. Емоційний фон переважно тривожний; тривога може призводити до зниження настрою і загальної психічної активності. У разі obsesивно-фобічного варіанту спостерігається недовірливість, спрямована насамперед на малоімовірні ускладнення, можливу неуспішність лікування та гіпотетичні труднощі в особистому житті, професійній діяльності чи взаєминах, пов'язані із захворюванням. Уявні загрози турбують більше, ніж реальні, а захисною реакцією стає звернення до прикмет, ритуалів чи «магічного» мислення.

5. **Іпохондричний (І).** Для цього типу характерна надмірна увага до власних неприємних фізичних відчуттів та їх постійне обговорення з медичними працівниками й близькими. Пацієнт схильний перебільшувати наявні симптоми та приписувати собі неіснуючі хвороби чи страждання. Неприємні реакції на ліки або діагностичні процедури також сприймаються як надзвичайно значущі та небезпечні. Водночас поєднується сильне прагнення до лікування з недовірою щодо його можливого успіху: людина наполягає на багаторазових і детальних обстеженнях у «кращих» спеціалістів, але при цьому боїться потенційної шкоди, болючості та ризиків, пов'язаних із медичними втручаннями. Поєднання бажання лікуватися та невіри в успіх, постійних вимог ретельного обстеження у авторитетних фахівців та остраху шкоди та болючості процедур.
6. **Неврастенічний (Н)** Цей тип проявляється поведінкою, що нагадує стан «дратівливої слабкості». Для нього характерні раптові спалахи роздратування, особливо під час болю, дискомфорту чи невдалих результатів лікування. Емоційні вибухи часто спрямовуються на випадкових людей і нерідко завершуються почуттям провини та жалем. Пацієнтові властива низька толерантність до болю та незручностей, нетерплячість щодо тривалих обстежень або лікування та нездатність спокійно чекати на покращення. Надалі формується критична оцінка власних імпульсивних дій і висловлювань та схильність до вибачень.
7. **Меланхолійний (М)** Відзначається глибоким пригніченням, спричиненим захворюванням, і переконаністю у відсутності перспектив одужання чи покращення. Пацієнт не вірить у результативність лікування, часто висловлює депресивні думки, які можуть сягати суїцидальних. Світ сприймається крізь призму песимізму; сумніви в успіху лікування зберігаються навіть тоді, коли об'єктивні показники та самопочуття є сприятливими.
8. **Апатичний (А)** Цей тип характеризується повною байдужістю до власного стану, перспектив і результатів лікування. Пацієнт пасивно погоджується на терапію лише під зовнішнім тиском. Втрачає інтерес до життя та діяльності, яка раніше

мала значення, що проявляється у загальмованості, емоційній та поведінковій апатії, зниженій залученості у міжособистісні взаємини та повсякденну активність.

**9. Сенситивний (С)** Цей тип вирізняється підвищеною вразливістю та схильністю надмірно перейматися тим, яке враження інформація про хворобу може справити на інших. Пацієнт побоюється, що його почнуть жаліти, сприймати як менш повноцінного, ставитимуться зневажливо чи насторожено або поширюватимуть плітки щодо причин та характеру захворювання. Значною є також тривога, що через хворобу він стане тягарем для близьких і зіткнеться з їхнім неприйняттям чи охолодженням у стосунках.

**10. Егоцентричний (Е)** Для цього варіанту типовим є своєрідне «прийняття» хвороби як можливості отримати певні вигоди. Пацієнт активно демонструє свої страждання, прагнучи викликати співчуття й привернути до себе максимальну увагу. Він очікує виняткової турботи та підтримки, часто нехтуючи потребами інших. Розмови легко переводяться на власні відчуття та переживання, а люди, які також потребують уваги, сприймаються як конкуренти. Властиві емоційна нестабільність, непередбачуваність та прагнення підкреслити власну «особливість» у контексті захворювання.

**11. Паранойяльний (П)** Основою цього типу є переконання, що хвороба виникла не випадково, а внаслідок зовнішнього впливу чи злого наміру. Пацієнт проявляє крайню підозріливість у розмовах про свій стан, насторожено ставиться до лікування, процедур, медикаментів. Будь-які ускладнення або побічні реакції схильний пояснювати помилками, недбалістю або зловмисними діями медичного персоналу. Часто пред'являє звинувачення та вимагає покарання «винних».

**12. Дистрофічний (Д).** Для цього типу характерне переважання похмурого, агресивно забарвленого настрою, що проявляється у постійно незадоволеному, суворому виразі обличчя. Пацієнт може відчувати заздрість і навіть ворожість до здорових людей, включно з найближчим оточенням. Спостерігаються часті спалахи роздратування та озлоблення, супроводжувані схильністю покладати відповідальність за власне захворювання на інших. Властиві наполегливі вимоги до підвищеної уваги, підозріливе ставлення до лікувальних заходів і процедур. У

взаєминах з близькими може проявлятися агресивність і тенденція до деспотичної поведінки, прагнення отримувати безумовне догодження та підкорення.

Ці типи відображають різні способи інтеграції досвіду хвороби в Я-концепцію особистості та мають різну прогностичну цінність щодо перебігу захворювання. У працях українських дослідників (О.С. Кочарян та ін., 2015)[12] наголошується, що **формування конструктивної ВКХ** мобілізує внутрішні ресурси пацієнта, допомагає краще дотримуватись лікарських рекомендацій, адаптуватись до змін. Натомість **дезорганізована чи дисгармонійна ВКХ** спричиняє зниження комплаєнсу, тривалі негативні емоційні стани та зменшення ефективності терапії.

Спосіб, у який людина переживає хронічний стан, як інтерпретує симптоми, реагує на обмеження та будує поведінкові стратегії визначають риси його характеру і тип темпераменту, набутих навичок і копінг-стратегій. Внутрішня картина хвороби є відображенням не лише медичного стану, а й структури особистості, її ресурсів, стилів реагування та життєвих принципів. Тип ставлення до хвороби нерозривно пов'язаний із характерологічними особливостями особистості. Так, іпохондричний тип зазвичай корелює з тривожно-недовірливими рисами, сенситивний — з емоційною вразливістю, параноїдальний — з ригідністю мислення та високою підозріливістю[19].

Темперамент також визначає, як формуються емоційні реакції на хворобу: холеричний темперамент пов'язаний з вибуховими реакціями й труднощами саморегуляції; меланхолійний — із тривогою та внутрішньою напруженістю; сангвінічний сприяє адаптації завдяки емоційній гнучкості.

На думку Ю.П. Никоненко тип ставлення — це не риса особистості, а реактивний стиль, який може змінюватися залежно від етапу хвороби та супровідних психологічних умов. Тому, особливо в разі хронічного захворювання треба враховувати ще й фактор часу, бо психологічний стан людини, її особистої ВКХ може змінюватись протягом подальшого життя та співіснування з хворобою.

### 1.3. Фактори соціально-психологічної адаптації

Соціально-психологічна адаптація трактується як процес пристосування особистості до змін у життєвій ситуації. У контексті хронічної хвороби соціально-психологічна адаптація означає формування здатності жити повноцінно попри обмеження, пов'язані з діагнозом. Успішна адаптація передбачає не лише прийняття факту хвороби, а й побудову реалістичних планів, збереження активності, підтримку контактів і самоповаги.

Формування адаптивного ставлення до хвороби відбувається за участі ряду психологічних чинників: особистісні риси (тривожність, самооцінка, відповідальність), соціальна підтримка (родина, спільнота), життєвий досвід.

Але, головну роль, на думку більшості авторів відіграє **характер ВКХ**. Саме через внутрішню картину хвороби пацієнт визначає значущість свого стану, рівень контролю, очікування, що безпосередньо впливає на його соціальну включеність і психологічну стабільність. Гармонійна внутрішня картина хвороби може сприяти конструктивному прийняттю ситуації та успішній соціально-психологічній адаптації, тоді як дисгармонійна ВКХ часто асоціюється з емоційною дестабілізацією, униканням, відчуттям безсилля. Зв'язок адаптації зі ставленням до хвороби демонструє **Р. Федоренко [28]**, яка показує, що перебудова життєвого шляху під впливом хвороби — це передусім перебудова внутрішнього образу хвороби.

На формування індивідуальної ВКХ також впливає низка соціальних факторів. Хвороба завжди має соціальний контекст. Саме соціум визначає, яку підтримку отримує хворий, як оточення реагує на його діагноз, які можливості для адаптації доступні. На **соціальні аспекти адаптації** звертають увагу група дослідників з Дніпровського медуніверситету [31], які виявили, що: молодий вік, проживання у місті та вища освіта є чинниками успішної соціальної реінтеграції пацієнтів із хронічними хворобами. Це означає, що соціальний контекст може або підтримувати



адаптацію, або стати додатковим тягарем. На вищу освіту, як змінну, що позитивно впливає на когнитивний компонент внутрішньої картини хвороби, вказують і деякі дослідження закордонних колег [33].

Продовжує тему соціальних факторів адаптації, **Р. Федоренко [28]**. Дослідниця підкреслює, що саме соціальне оточення задає «рамки» того, як людина інтерпретує свою хворобу: як випробування, як загрозу чи як виклик. В її роботі запропоновано концептуальну модель адаптації, де соціально-психологічні процеси (взаємини, підтримка, значущість ролей) виступають основою для інтеграції хвороби у структуру особистості.

**Адаптацію як динамічну перебудову всієї особистості** розглядає **О. В. Макаренко [15]**, який вважає її як цілісною системою внутрішніх змін у відповідь на тривалий хронічний стрес. Він підкреслює, що адаптація залежить не лише від медичних факторів, а й від здатності особи реалізувати внутрішні ресурси, знаходити нові життєві смисли та формувати зріле ставлення до хвороби.

#### **1.4. Внутрішня картина хвороби і динаміка соціально-психологічної адаптації при цукровому діабеті 1 типу.**

Психофізіологічні аспекти особливо важливі при ендокринних порушеннях, які безпосередньо впливають на психіку. У роботі **Н. С. Карвацької [11]** детально описано несприятливі психічні розлади, що супроводжують ендокринну патологію, зокрема і цукровий діабет 1 типу. Авторка наголошує, що ці розлади можуть

потребувати фармакологічної корекції, і тому психологу необхідно розуміти взаємозв'язок між соматичним станом, гормональним фоном і психічними проявами.

Дослідження **Ф. І. Хаїта і Н. М. Манухіної [29]** повністю узгоджується з підходом попереднього автора: виявлено, що загострення ендокринних хвороб супроводжується: підвищеною тривожністю, емоційною лабільністю, зниженням волевої регуляції, депресивними реакціями. Ці емоційні порушення істотно впливають на ставлення до лікування, дотримання рекомендацій і формування гармонічної ВКХ.

Питанням психологічної адаптації пацієнтів з інсулінозалежним цукровим діабетом присвячена значна кількість психологічних досліджень. Так, у статті М. А. Тітової і У.Б. Михайлишин (2024)[27] зазначається, що у хворих часто спостерігається високий рівень тривожності, депресивні прояви, емоційна лабільність і зниження адаптаційних можливостей. Психологічні труднощі зумовлені як фізичними обмеженнями та постійною необхідністю контролювати стан здоров'я, так і страхом ускладнень та зниженням якості життя.

Цій темі також присвячена стаття Орос М. М. (2018)[20], де автор звертає увагу на феномен тривожності, що часто викликається тривалим співіснуванням з діабетом, та підкреслює його негативний вплив на здатність ефективно управляти хворобою і якість життя, а отже, на соціально-психологічну адаптацію.

В той же час тривале перебування в стані тривоги з будь-яких причин має негативний зворотній вплив на здоров'я діабетика [4]. Нажаль, військові події негативно впливаючи на психологічний стан суспільства в цілому[16], наносить сильний удар не лише по психологічному, а й по фізичному здоров'ю хронічно хворих[18].

На XX Всеукраїнської наукової конференції молодих учених (Черкаси, 19 квітня 2018 р.) оприлюднена доповідь на тему «Особливості психоемоційного стану та якості життя пацієнтів з цукровим діабетом»[1] присвячена впливу цукрового діабету

на психологічне благополуччя хворих. Пацієнти часто стикаються з тривожними, депресивними та астеничними синдромами, що ускладнює адаптацію до цього захворювання. Тривалість психотравмуючих факторів, необхідність здійснювати щоденний самоконтроль та медичні процедури може привести до дистесу і потребує певних заходів для його подолання[39].

Трапляються більш запущені емоційні порушення, що зачіпають також і мотиваційно-поведінкову сферу. У статті **Суркової Є. В. та колег [30]**, присвяченій депресіям при діабеті, наведено дані про те, що депресивні стани поширені серед пацієнтів із цукровим діабетом. Вони часто не діагностуються вчасно, погіршують якість лікування, контроль глікемії, суттєво збільшуючи ризик ускладнень. Все це негативно впливає на соціально-психологічну адаптацію і знижує якість життя діабетиків.

У дослідженні групи вчених «Особливості перебігу цукрового діабету при різних типах загальних неспецифічних адаптаційних реакцій»[25] показано, що пацієнти з переважно стресовим (дезадаптивним) типом реагування гірше переносять хворобу, мають нестійкий перебіг та частіше потребують індивідуалізованої терапії та психологічної підтримки. У той час як особи з адаптивними типами реакцій демонструють стабільніший контроль глікемії та кращу якість життя. Ця робота підкреслює важливість урахування індивідуального психофізіологічного профілю пацієнта з цукровим діабетом і є цінною для розуміння механізмів адаптації хворих до хронічного захворювання.

Отже, емоційні розлади при цукровому діабеті, як і при більшості інших патологічних станів, є одним із ключових модифікаторів адаптації.

Цукровий діабет 1 типу є однією з найбільш психологічно складних хронічних патологій, оскільки потребує щоденного контролю, високої відповідальності та глибокого розуміння механізмів лікування. Саме тому багато авторів приділили увагу аналізу специфіки ВКХ у цих пацієнтів.

Так, **І. Буровська [3]** зазначає, що саме порушення мотиваційно-смислової сфери — одна з причин емоційної дезадаптації хворих на діабет. Особи, чия поведінка мотивована зовнішнім контролем (проханнями родичів, тиском лікарів), частіше демонструють тривогу, нестійкість і низьку самооцінку. Навпаки, наявність внутрішніх смислів (бажання уникнути ускладнень, прагнення до самореалізації) є чинником стійкої адаптації.

У дослідженні **І. Буровської та Л. Крупельницької [14]** на вибірці пацієнтів з діабетом 1 типу було виявлено п'ять профілів мотиваційно-смилових стратегій, серед яких: «типові», «осмислені», «заклопотані самозбереженням», «суперечливі ізоляціоністи» та «беззмістовні». Кожен профіль відрізняється рівнем цілей, осмисленості життя, локусу контролю та стійкістю до стресу.

Окрема глава посібника Никоненка з клінічної психології присвячена цукровому діабету. Автор детально описує психологічні порушення, які зустрічаються у діабетиків, що дозволяє говорити про “діабетичну особистість”. Серед таких порушень є й психоемоційні (тривога, депресії, астенії, тощо), які ведуть до зниження адаптації до хвороби, що цікавить нас у даному дослідженні. Дуже побіжно автор зазначає, що на думку деяких (не названих) дослідників такі порушення маніфестують на початку хвороби.

Стаття **нідерландських дослідників [35]** виявляють деякі цікаві особливості когнитивного компоненту ВКХ при діабеті. Так, пацієнти з ЦД 1 типу частіше ототожнюють себе з хворобою, вважаючи себе "діабетиками", тоді як пацієнти з ЦД 2 типу схильні говорити про "наявність діабету", що свідчить про меншу інтеграцію хвороби в їхню особисту ідентичність. Деяки з пацієнтів навіть сприймають хворобу як джерело особистісного зростання та знаходять у ній позитивні аспекти, демонструючи кращу психологічну адаптацію та нижчі рівні тривожності та депресії.

Практичний аспект проблеми представлено також у статті **П. О. Голдобіна [6]**, який підкреслює, що успішна психологічна допомога пацієнту з діабетом повинна включати:

- інформаційну і просвітницьку діяльність щодо механізму діабету, розпізнавання його симптомів, ускладнень і можливостям їх запобігання;
- корекцію способу життя;
- роботу з харчовою поведінкою;
- зміну неадаптивних когнітивних схем;
- зменшення тривоги;
- формування внутрішньої мотивації.

На думку автора, модифікація стилю життя є однією з ключових умов переосмислення хвороби і формування збалансованої ВКХ.

Досвід роботи з пацієнтами з діабетом показує, що прихильність до лікування є критичним чинником успішної адаптації. На це наголошують автори статті **«Психологічні аспекти довготривалого лікування хронічних захворювань» [24]**, зазначаючи, що низька прихильність часто пов'язана з: запереченням хвороби, катастрофізацією стану, недостатнім рівнем знань, емоційною нестабільністю. Автори підкреслюють, що психологічна корекція повинна включати роботу з установками на лікування, оскільки медикаментозний контроль без адекватного ставлення не забезпечує стабільного стану пацієнта. Звичайно, все це можливо тільки в разі формування у пацієнта гармонічної внутрішньої картини хвороби.

Стійкості особистості до психотравмуючих факторів при хронічних соматичних станах присвячено і дослідження **В. В. Ткач [26]**. Авторка встановила, що внутрішня картина хвороби значною мірою визначається: рівнем самоконтролю, відповідальності, смисложиттєвих орієнтацій, здатністю до планування майбутнього, саморефлексєю. Дослідження турецьких колег доводить позитивну роль релігійної віри у зменшенні впливу психотравмуючих факторів на пацієнтів із діабетом[34].

В оглядовій статті, присвяченій психологічним факторам самоконтролю при діабеті[36], автори зі США визначають, що психологічне благополуччя є визначальним чинником у становленні відповідального ставлення до свого здоров'я і здатності самостійно керувати хворобою у осіб з діабетом. Водночас відсутність гармонійної ВКХ часто знижує ефективність лікування. Зазначається, що моделі поведінки повинні враховувати не лише когнітивні, а й емоційні реакції пацієнтів на хворобу. В той же час внутрішня мотивація та віра у власні сили (самоефективність) підвищують успішність адаптації і управління діабетом. Пацієнти з високим рівнем самоефективності мають кращі результати в контролі захворювання.

Дослідники з Індії.[37] пропонують **модель "піраміди психологічних потреб"**, яка ілюструє різні рівні емоційної підтримки — від базової інформаційної допомоги до спеціалізованої психотерапії, залежно від тяжкості психологічного стану пацієнта. Підкреслюється необхідність інтеграції психологічного скринінгу та підтримки в стандартну медичну практику, а також міждисциплінарної співпраці між ендокринологами, психологами та іншими фахівцями.

Цукровий діабет 1 типу потребує позитивних ін'єкцій інсуліну, постійного самоконтролю та дисципліни, докорінної зміни способу життя (Лікарі часто кажуть: “Діабет – не хвороба, а спосіб життя”). Тому, можна припустити, що формування внутрішнього локусу контролю за здоров'ям і навичок самоконтролю та самодопомоги стає ключовим чинником у процесі адаптації.

Таке припущення повністю підтверджується у роботі **І. Буровської [3]:**

- **внутрішній локус** сприяє відповідальній поведінці, реалістичності ВКХ;
- **зовнішній локус (менш алаптивний)** пов'язаний із перекладанням відповідальності на лікарів, родичів, обставини.

Ці особистісні настанови визначають і якість саморегуляції. Саморегуляція – одна з найважливіших складових адаптації при ЦД 1 типу, і її порушення одразу проявляється у поведінкових патернах (пропуски інсуліну, ігнорування симптомів).

## Висновки до розділу 1

Внутрішня картина хвороби (ВКХ) є багатовимірною психологічною структурою, яка включає емоційні, когнітивні, мотиваційні, поведінкові та соціальні компоненти. Згідно з дослідженнями українських та зарубіжних авторів, ВКХ є основою для формування поведінкових стратегій, прийняття рішень, рівня психологічної адаптації та психологічного благополуччя. Вона виступає своєрідною психологічною призмою, через яку індивід сприймає захворювання, себе, майбутнє. Саме характер цієї картини значною мірою визначає тип адаптації – конструктивний чи дезадаптивний. Детально описані сенситивний, емоційний, когнітивний та поведінковий (мотиваційний) компоненти ВКХ.

Типи ставлення до хвороби (за Никоненком [19]) слугують прогностичними індикаторами характеру перебігу хвороби, прихильності до лікування та рівня саморегуляції. У випадку хворих на цукровий діабет 1 типу, коли тривалість хвороби дорівнює тривалості життя після її виявлення, формування зрілої, стабільної та ресурсної ВКХ є ключовим для психологічної адаптації. Подальше емпіричне дослідження має на меті виявити, як саме змінюється ВКХ залежно від стажу захворювання, та як ці зміни впливають на соціально-психологічну адаптованість пацієнтів.

Ефективна психологічна допомога хворим ґрунтується на розумінні їх внутрішньої картини хвороби, корекції неадаптивних установок, зниженні тривоги та розвитку життєстійкості.

## РОЗДІЛ 2

### Психодіагностичні методики і математичні методи дослідження соціально-психологічної адаптації до хронічної хвороби

#### 2.1. Визначення і основні компоненти

Об'єктом нашого дослідження є соціально-психологічна адаптація особистості до хронічної хвороби. Її можна визначити як процес перебудови системи відносин людини із собою, оточенням та соціальним середовищем у зв'язку з виникненням і перебігом захворювання, який забезпечує відновлення або підтримання психологічної рівноваги, збереження особистісної цілісності та можливість ефективного функціонування в умовах обмежень, зумовлених хворобою. Цей процес відбувається на кількох рівнях:

- 1) **особистісний рівень** — прийняття факту хвороби, формування нових установок, копінг-стратегій, перебудову ціннісно-сміслової сфери;
- 2) **міжособистісний рівень** — зміни у стосунках в близькому оточенні (рідні, друзі, колеги);
- 3) **соціальний рівень** — здатність зберігати соціальні ролі, інтегруватися в суспільство, незважаючи на обмеження.

Ключові компоненти цього процесу зазвичай розглядають як взаємопов'язані елементи, які забезпечують людині здатність пристосовуватися до нових умов життя, зумовлених обмеженнями та змінами у функціонуванні організму. Найчастіше виділяють такі компоненти:

1. **Когнітивний (усвідомлювальний)** - знання про хворобу, її перебіг, можливості лікування та прогноз; розуміння власних обмежень і ресурсів; сформованість когнітивної складової внутрішньої картини хвороби (уявлення про причини, значення



та наслідки захворювання); адекватність сприйняття ризиків та необхідності змін у способі життя.

**2. Емоційний** - рівень емоційної стабільності; наявність або відсутність тривожності, депресивності, емоційного вигорання; здатність регулювати емоції у зв'язку зі станом здоров'я; прийняття хвороби як частини життєвого досвіду без тотальної ідентифікації з нею («Я — не тільки хвороба»).

**3. Мотиваційний** - внутрішня мотивація до лікування і поведінки, спрямованої на збереження здоров'я; готовність дотримуватися режиму, рекомендацій лікаря; орієнтація на збереження та розвиток життєвих цілей, а не лише на уникнення загострень.

**4. Поведінковий** - використання ефективних копінг-стратегій (проблемно-орієнтованих, а не уникаючих чи деструктивних); зміна способу життя, харчування, фізичної активності; формування навичок самоконтролю стану (наприклад, у разі діабету — контроль рівня глюкози).

**5. Соціальний** - підтримка з боку сім'ї, друзів, колег; збереження або відновлення соціальних ролей (працівник, батько/мати, друг тощо); вміння спілкуватись з приводу свого стану без приховування або навпаки надмірного наголошення на хворобі; доступ до соціальних ресурсів і спільнот пацієнтів.

**6. Екзистенційно-ціннісний** - пошук і знаходження сенсу в житті попри наявність хвороби; переоцінка цінностей, формування більш стійкої життєвої філософії; інтеграція досвіду хвороби у власну ідентичність без її домінування.

## 2.2. Завдання дослідження: встановити зв'язок між типом ставлення до хвороби (через ВКХ) та рівнем адаптації

Предметом даного дослідження ми обрали вплив внутрішньої картини хвороби на соціально-психологічну адаптованість (на прикладі дорослих пацієнтів з цукровим діабетом 1 типу). Згідно з гіпотезою існує статистично значущий зв'язок між особливостями внутрішньої картини хвороби та рівнем соціально-психологічної адаптованості. Тобто пацієнти, які сформували гармонійну ВКХ, демонструють кращі показники адаптованості.

Ми припускаємо, що залежно від стажу захворювання змінюються як характер внутрішньої картини хвороби, так і особливості адаптації: пацієнти з більшим досвідом життя з діабетом демонструють вищий рівень адаптованості за умови конструктивного ставлення до хвороби.

Для того, щоб дослідити наявність чи відсутність вказаних зв'язків запланована низка емпіричних досліджень за методиками, визнаними та апробованими в Україні та за кордоном.

## 2.3. Характеристика психодіагностичних методик

Стимульним матеріалом виступили такі чотири методики: Методика соціально-психологічної адаптації К. Роджерса-Р. Даймонда, Опитувальник К.Роджерса для визначення адаптованості/неадаптованості особистості, Діагностика типів ставлення до хвороби, Опитувальник для вимірювання локус контролю здоров'я.

**Методика соціально-психологічної адаптації К. Роджерса та Р. Даймонда** (англ. *Social-Psychological Adaptation Questionnaire* або *Social-Psychological Adjustment Scale*) була опублікована у 1954 році. Вона спрямована на вимірювання рівня адаптації особистості в соціальному середовищі, зокрема її здатності до

ефективної взаємодії із соціальним оточенням, прийняття себе та інших, самоприйняття, емоційної стабільності та внутрішнього комфорту. Вона створена у межах гуманістичної парадигми особистості К. Роджерса, де адаптація розглядається як гармонійне узгодження між «Я-реальним» та «Я-ідеальним», що забезпечує внутрішню цілісність і відкритість досвіду. Вона спирається на уявлення про самоактуалізацію, емпатію, прийняття інших і толерантність як ключові риси адаптованої особистості.

Опитувальник містить **101 твердження**, на які респондент висловлює ступінь згоди або незгоди за 7-бальною **шкалою Лайкерта** (від «це мене зовсім не стосується» до «це точно я»). З них приблизно 37 тверджень відповідають критеріям адаптації, інші 37 — дезадаптації, 26 — нейтральні (включаючи «шкалу брехні»). **Інструкція** пропонує досліджуваному прочитати твердження та визначити, наскільки вони відповідають його поведінці та відчуттям і щиро відповісти на питання, бо вірних або невірних відповідей немає [23].

Методика містить **8 основних шкал**:

1. **Рівень особистісної адаптованості**
2. **Ступінь самоприйняття**
3. **Прийняття інших людей**
4. **Емоційний комфорт**
5. **Інтернальний локус контролю**
6. **Схильність до домінування**
7. **Контроль та регуляція поведінки**
8. **Ставлення до змін**

**Індекс загальної адаптованості** розраховується як інтегральний показник, що відображає загальний рівень соціально-психологічної адаптації особистості. **Обробка результатів** проводиться наступним чином. Для кожної шкали підраховується сумарний бал відповідно до ключа (позитивні й негативні твердження). Отримані показники переводяться у стандартні оцінки (від низького до

високого рівня адаптації). Високі показники за шкалами «Адаптація», «Самоприйняття», «Прийняття інших» і «Емоційна комфортність» свідчать про гармонійну соціально-психологічну адаптацію. Низькі — про труднощі у взаємодії, внутрішню напруженість, схильність до тривоги чи конфліктності.

Методика була обрана через її підтверджену надійність (коефіцієнт  $\alpha = 0,81-0,87$ ) і валідність у вимірюванні соціально-психологічної адаптації та можливість порівняння показників хронічно хворих і умовно здорових осіб. Хоча в Україні методика не стандартизована, вона досить широко застосовується в наукових дослідженнях, наприклад [9].

Другою методикою став опитувальник К.Роджерса для визначення адаптованості/неадаптованості особистості. Оригінальна назва: Q-sort Technique for the Measurement of Self-Concept (скорочено — Rogers' Q-Sort, або Self-Ideal Q-Sort). Методика розроблена **К. Роджерсом** (1954 р.) і також спирається на його гуманістичний підхід до особистості. Її мета — **виявлення ступеня особистісної адаптованості чи неадаптованості людини**, тобто наскільки гармонійно вона взаємодіє з навколишнім світом, соціумом і власним «Я». В основі лежить концепція **узгодженості (конгруентності)** — відповідності між досвідом людини, її самосприйняттям і поведінкою. **Адаптована (гармонійна) особистість** — це особа, у якої реальне «Я» відповідає ідеальному образу «Я», прийняття себе високе, ставлення до інших — позитивне, сприйняття світу — адекватне. **Неадаптована (дезадаптована) особистість** характеризується невідповідністю між досвідом і самосприйняттям, низькою самооцінкою, ворожістю, напругою у спілкуванні, униканням труднощів.

Опитувальник містить **80 тверджень**, з якими респондент може **погодитися або не погодитися**. Висловлювання відображають типові реакції людини у соціальних ситуаціях, рівень прийняття себе та інших, життєву активність, емоційну стабільність. Частина тверджень — пряма, частина — інверсна (зворотна оцінка). Досліджуваному пропонується прочитати всі твердження і відповісти на них «так» чи «ні». Оскільки

опитувальник розрахований на молодь, ми в гугл-формі пропонуємо від себе в необхідних випадках замінити слова «однолітки» і «однокурсники» на «колеги», слова «дівчата» та «хлопці» на «чоловіки» та «жінки», а «дорослі» та «педагоги» на «керівники» і «начальники».

**Адаптовану особистість характеризують:** висока самооцінка, прийняття себе, толерантність, доброзичливість, гнучкість, задоволення життям. **Неадаптована** – це особистість з підвищеною тривожністю, ворожістю, емоційною нестабільністю, соціальною ізоляцією, відчуттям невідповідності «Я».

Оцінка результатів проводиться наступним чином. Кожна відповідь оцінюється у балах (1 – 0 залежно від відповідності ключу). Підраховується **загальний показник адаптованості** (сума балів). Чим він **вищий**, тим **вищий рівень адаптації**; низький бал — свідчить про дезадаптацію, внутрішні конфлікти, труднощі у взаєминах. У деяких варіантах подається **інтерпретаційна шкала**:

- 80–101 бал — висока адаптованість;
- 60–79 — середня;
- < 60 — неадаптовані.

**Валідність і надійність** підтверджені зарубіжними дослідженнями, оскільки методика створена на основі дослідження ступеню узгодженості між «Я-реальним» і «Я-ідеальним» у концепції Роджерса. Методика привертає простотою застосування (може проводитися індивідуально або в групі), підходить для підлітків і дорослих. У вітчизняній практиці (як і в даній роботі) найчастіше використовується **переклад і скорочена версія опитувальника Роджерса**, виконана в Україні на початку 2000-х років.

Для дослідження особливостей внутрішньої картини хвороби пацієнтів застосовувалась «Діагностика типів ставлення до хвороби»[23]. Методика застосовується для виявлення стилю реагування на хворобливий стан — ставлення до лікарів, медичного персоналу, до близьких, до своєї хвороби, до життєвих функцій

(сон, настрій, апетит), до навчання/роботи, самотності, майбутнього. **Метою є класифікація пацієнтів за типами реагування (адаптивні/дезадаптивні),** що знадобиться нам для співставлення особливостей соціально-психологічної адаптації цих типів. Тому ця методика є єдиною в нашому дослідженні, яка не застосовується щодо групи умовно здорових респондентів.

Методика спирається на клініко-психологічну класифікацію ставлення до захворювання, яка базується на критеріях «адаптивність-дезадаптивність» та «інтра- або екстра-пунітивна спрямованість». Типологія розроблена з урахуванням реакцій хворих: тривожних, іпохондричних, сенситивних, ейфоричних, гармонійних тощо.

Методика складається з **12 блоків (наборів тверджень-фраз)**, які описують різні аспекти ставлення до хронічної хвороби: фізичний і психічний стан пацієнта, його емоційний настрій, якість сну та пробудження, апетит і харчова поведінка, а також ставлення до власного захворювання, лікування, лікарів і медичного персоналу. Крім того, враховується взаємодія з родиною та близькими, ставлення до професійної діяльності, соціальні контакти з оточуючими, сприйняття самотності та очікування щодо майбутнього.

В кожному блоці — кілька варіантів тверджень; респондент вибирає ті, що найбільше відповідають його/її ставленню.

Діагностуються такі типи ставлення: гармонійний, тривожний (депресивний), іпохондричний, меланхолійний, апатичний, неврастенічний, obsесивно-фобічний, сенситивний, егоцентричний, ейфоричний, анозогнозичний, ергопатичний, параноїдальний.

**Інструкція для досліджуваного** пропонує ознайомитись з усіма твердженнями в кожному блоці. Потім обрати до трьох тверджень, які найбільш точно описують ставлення пацієнта до певних аспектів хвороби. У бланку кожне твердження належить до певного типу ставлення; після вибору відповіді підраховують суму вибраних тверджень за типами. Тип ставлення з найвищим балом визначається як

провідний. Додатково типи можуть бути класифіковані за блоками «умовно-адаптивні» / «дезадаптивні» (наприклад гармонійний – адаптивний; тривожний, сенситивний – дезадаптивні). Можливий графічний профіль-карта, що показує співвідношення типів.

До **переваг** методики можна віднести те, що вона дає чітку класифікацію ставлення до захворювання, що корисною як для теоретичної дослідницької роботи, так і для практичного психологічного супроводу пацієнтів. За її допомогою можна виділити групи ризику (дезадаптивні типи) і планувати корекційну роботу. Методика може застосовуватись у клінічному, соціально-психологічному та медичному контексті.

Методика застосовується в клінічних вибірках і дослідницьких роботах. Проте, **до недоліків та обмежень у застосуванні** даного опитувальника можна віднести формат вибору (не більше трьох ствердних відповідей з блоку), що може обмежувати глибину відповіді; можливі соціально-бажані відповіді. Типологія — класифікаційна, менш кількісна; порівняння між групами можуть бути обмежені. Автор не знайшов офіційних українських даних про підтверджену надійність та валідність.

Останньою методикою, яку ми застосували в гугл-формі, є **опитувальник для визначення локус контролю здоров'я** (оригінальна назва «Multidimensional Health Locus of Control Scales (MHLC)»), опублікований у 1978 році. Автори: Kenneth A. Wallston, Barbara S. Wallston і Robert F. DeVellis. Розроблена на основі ідей із загального «локусу контролю» — зокрема теорії Джуліан Б. Роттер. Методика офіційно адаптована та сертифікована в Україні[7].

**Метою** цього опитувальника є вимірювання вірувань людини щодо контролю власного здоров'я: чи вона вірить, що здоров'я залежить від власних дій (внутрішній локус контролю), чи від зовнішніх чинників (медичних фахівців, інших людей) або випадковості/фатуму. Українські дослідження показують, що внутрішній локус контролю здоров'я пов'язаний з ментальним і психологічним благополуччям[10]

серед здорових людей. Наше дослідження допоможе з'ясувати, як локус контролю впливає на хворих на діабет 1 типу.

**Теоретично ця методика виходить із теорії локусу контролю** — в загальному розумінні: наскільки особистість вважає, що події в її житті залежать від неї чи від зовнішніх сил. У контексті здоров'я ця методика моделює три (іноді чотири) виміри:

1. **Внутрішнє розташування локусу контролю здоров'я (IHLC)** — віра, що здоров'я контролюється власними діями (в нашому варіанті – блок А).
2. **Локус контролю здоров'я знаходиться у могутніх інших (PHLC)** — віра, що здоров'я контролюється впливом інших значущих осіб - лікарів, родичів, тощо (блок Б).
3. **Локус контролю в руках випадку (CHLC)** — віра, що здоров'я залежить від удачі, долі чи випадкових чинників (блок В).

Методика демонструє, що локус контролю у здоров'ї має багатовимірну природу, а не просту внутрішній/зовнішній дихотомію.

Опитувальник містить 18 тверджень, по шість тверджень в кожному блоці (блоки А, Б, В). Відповіді за шкалою Лайкерта, зазвичай 6-бальною шкалою від «1 - категорично не згоден» до «6 - повністю згоден». Загальна сума балів за певною шкалою дає показник віри в відповідний тип контролю.

**Обробка результатів** полягає у підрахунку суми балів за кожним підмасивом. Вищий бал у відповідній шкалі означає сильнішу віру в цю форму контролю (наприклад, високий IHLC - сильна віра у власний контроль). Не існує чітко встановлених «порогових» нормативів для рівнів (в класичному варіанті). Високий IHLC (блок А) + низькі PHLC (блок Б) та CHLC (блок В) можуть свідчити про адаптивний стиль управління здоров'ям; високий CHLC (блок В) чи PHLC (блок Б) — можуть вказувати на віру в зовнішні/випадкові чинники, що може бути менш сприятливим для активної профілактики чи лікування.



**Існує українська версія MHLC. Вона має попередню психометричну перевірку.** Українська адаптація проведена Данилюком І. та співавт. (2023) з вибіркою 392 осіб;  $\alpha = 0,72$ ; структура — трифакторна[7].

Методика широко широко використовувана, багато адаптацій різними мовами, що дозволяє порівняння між культурами. Дає корисну інформацію для досліджень у сфері охорони здоров'я, профілактики, лікування і психологічної підтримки. Відносно проста в адмініструванні і підрахунку.

У дослідженні взяли участь 58 **респондентів**, хворих на цукровий діабет I типу. Вибірку було сформовано за критерієм тривалості захворювання, що дало змогу виокремити дві групи для порівняння. До **першої групи** увійшли пацієнти зі стажем хвороби до 15 років ( $n = 25$ ), до **другої групи** — понад 15 років ( $n = 33$ ). Учасники дослідження були віком від 18 до 68 років, середній вік склав 43 роки. За статевим складом вибірка розподілилася наступним чином 37 жінок (56,7%) та 21 чоловік (43,3%).

## 2.4. Кількісна і якісна характеристика вибірки

**Критеріями включення до вибірки були:** наявність медично підтвердженого діагнозу цукрового діабету I типу, вік від 18 років, здатність адекватно сприймати інструкцію та **добровільна згода на участь** у дослідженні. Усі респонденти заповнювали надіслані їм на пошту або телефон гугл-форми з опитувальниками.

Крім того у дослідженні на тих самих умовах приймали участь умовно здорові (без діагнозу ЦД-1) респонденти в кількості 27 осіб. Ця група була необхідна для порівняння показників соціально-психологічної адаптації.

## 2.5. Методи математико-статистичної обробки даних

У процесі емпіричного дослідження для перевірки гіпотез, виявлення відмінностей між групами та встановлення взаємозв'язків між психологічними показниками планується застосувати комплекс методів багатовимірної математичного аналізу (кореляційний метод, множинна лінійна регресія, дисперсний аналіз). Використання кількох взаємодоповнюючих підходів дозволяє отримати цілісну картину взаємозв'язку між внутрішньою картиною хвороби та соціально-психологічною адаптацією пацієнтів із хронічним захворюванням (цукровим діабетом 1 типу) та забезпечує достовірність і наукову обґрунтованість отриманих результатів. Застосування математичних методів відбуватиметься у чіткій послідовності, що відповідає логіці наукового аналізу.

**Першим кроком** буде проведення **описової статистики**, яка дасть змогу отримати базові характеристики вибірки. На цьому етапі будуть визначені абсолютні та відносні частоти ( $n$ , %), середні значення ( $M$ ), а також рівні вираженості показників за кожною шкалою методик. Це дозволяє описати структуру вибірки за статтю, віком, тривалістю перебігу хвороби та іншими релевантними параметрами. Описова статистика також дає можливість оцінити загальну закономірність прояву психологічних показників — адаптованості, прийняття себе, емоційного комфорту, локусу контролю та ін.

**На другому етапі** для підвищення наочності результатів застосовуються **графічні методи** — діаграми, гістограми та графіки середніх значень. Ці засоби дозволяють візуально порівняти групи респондентів, відобразити розподіл основних змінних і продемонструвати динаміку окремих показників залежно від стажу хвороби або статевих відмінностей. Графічна інтерпретація полегшує аналіз і є важливим додатковим інструментом при поданні результатів у науковій роботі.

**На третьому етапі** з метою встановлення впливу психологічних характеристик на адаптацію до хвороби застосовується **множинний регресійний аналіз**. Цей метод

дозволяє оцінити, які змінні (домінування, емоційний комфорт, самоприйняття, типи локусу контролю) є предикторами певних залежних показників. Регресійний аналіз дає можливість визначити внесок кожного чинника в загальну модель і виявити ті характеристики, що статистично значуще впливають на адаптивність та особливості внутрішньої картини хвороби. Застосування цього методу забезпечує комплексне розуміння структури психологічних механізмів реагування на хронічне захворювання.

Перш ніж перейти до міжгрупового порівняння, буде проведено **тест Левена** для перевірки гомогенності дисперсій. Цей крок є обов'язковим перед застосуванням дисперсійного аналізу, оскільки дозволяє визначити, який саме варіант ANOVA використовувати. Якщо тест Левена продемонструє рівність (гомогенність) дисперсій ( $p > 0.05$ ), буде застосовуватись класичний однофакторний дисперсійний аналіз. Якщо дисперсії будуть нерівними ( $p < 0.05$ ), буде використаний його адаптований варіант — Welch's ANOVA. Застосування тесту Левена забезпечить коректність порівняльного аналізу та урахування статистичних обмежень.

На **четвертому етапі** математичної обробки застосовується **однофакторний дисперсійний аналіз (ANOVA та Welch's ANOVA)**, який дозволяє виявити відмінності між групами пацієнтів залежно від тривалості перебігу хвороби. ANOVA дає змогу порівняти групи за такими показниками, як адаптованість, емоційний комфорт, самоконтроль, рівень ескапізму та іншими.

Наступним **п'ятим етапом** є **кореляційний аналіз за коефіцієнтом Пірсона ( $r$ )**. Цей метод застосовується для виявлення взаємозв'язків між основними психологічними змінними. Він дозволяє ідентифікувати структуру взаємопов'язаних характеристик і визначає, які показники посилюють або послаблюють один одного. Кореляційний підхід дає змогу встановити: зв'язки між компонентами адаптивності; взаємозв'язки між емоційним комфортом, локусом контролю та самоприйняттям; асоціації між дезадаптивністю, ескапізмом і зовнішнім контролем; загальну структуру психологічного реагування на хронічне захворювання. Кореляційний

аналіз є важливим інструментом для формування цілісної моделі переживання захворювання.

Таким чином, застосування різних математично-статистичних методів дозволить провести всебічний аналіз характерних рис ставлення дорослих пацієнтів до цукрового діабету I типу. Послідовність використання описових, регресійних, дисперсійних та кореляційних процедур забезпечує наукову валідність отриманих результатів і дає змогу виявити закономірності, що є основою теоретичних висновків та практичних рекомендацій.

## **Висновки до 2 розділу**

У другому розділі було представлено методологічні засади емпіричного дослідження ставлення до захворювання у пацієнтів із хронічним захворюванням (на прикладі цукрового діабету I типу). Визначено теоретичні підходи до розуміння феномену ставлення до хронічного захворювання, його когнітивних, емоційних і поведінкових компонентів, а також роль внутрішньої картини хвороби в адаптації до тривалого соматичного стану.

Розроблено програму дослідження, що передбачає поетапне вирішення поставлених завдань і добір адекватного психодіагностичного інструментарію. Для досягнення мети було використано комплекс валідних психодіагностичних методик:

- **Методику соціально-психологічної адаптації К. Роджерса – Р. Даймонда** для визначення рівня психологічної адаптованості;

- **Опитувальник К. Роджерса для визначення адаптованості / неадаптованості особистості** для оцінки узгодженості між «Я-реальним» та «Я-ідеальним»;

- **Методику «Діагностика типів ставлення до хвороби»** для визначення домінуючого типу реакції на захворювання;

– **Опитувальник локусу контролю здоров'я (MHLC, K. A. Wallston, B. S. Wallston, R. DeVellis)** для оцінки суб'єктивного контролю над станом здоров'я.

Описано вибірку дослідження, що охоплює пацієнтів із діагнозом цукровий діабет I типу, із урахуванням вікових, гендерних та клінічних характеристик. Наведено способи кількісної та якісної обробки даних, застосовані математичні методи, які забезпечують достовірність і надійність отриманих результатів.

Таким чином, розділ визначає логіку, структуру та методичне забезпечення емпіричного дослідження, що дає можливість на наступному етапі здійснити кількісний та якісний аналіз ставлення до захворювання у пацієнтів із цукровим діабетом I типу та простежити взаємозв'язки між особливостями адаптації, типом ставлення до захворювання і локусом контролю здоров'я.

## РОЗДІЛ 3

### **Емпіричне дослідження ставлення до хронічної хвороби у дорослих пацієнтів з цукровим діабетом 1 типу з різним стажом захворювання**

#### **3.1. Аналіз особливостей ставлення до захворювання в різних групах пацієнтів**

У межах проведеного емпіричного етапу дослідження було здійснено аналіз ставлення дорослих пацієнтів до хронічного захворювання – цукрового діабету I типу – з урахуванням тривалості хвороби та індивідуально-психологічних чинників адаптації. Метою цього етапу було виявлення закономірностей емоційного, когнітивного та поведінкового прийняття власного захворювання, а також розуміння того, як різний стаж хвороби впливає на ставлення до неї та загальне психологічне самопочуття пацієнтів. До дослідження було залучено 85 дорослих респондентів, які мають офіційно встановлений діагноз цукрового діабету I типу. Вибірка була сформована за принципом добровільної участі, із дотриманням етичних норм психологічного дослідження, зокрема інформованої згоди, а також забезпеченням конфіденційності та анонімності отриманих результатів.

За статтю вибірка є нерівномірною, проте така нерівномірність має певне теоретичне підґрунтя. Серед респондентів жінки становили 64 особи, а чоловіки – 21 особу. Переважання жінок у вибірці є цілком очікуваним: відповідно до сучасних клініко-психологічних спостережень, саме жінки частіше беруть участь у наукових і терапевтичних програмах, що пов'язано з вищим рівнем усвідомленості власного стану здоров'я, більшою відкритістю до психологічної взаємодії та схильністю до саморефлексії. Крім того, низка досліджень (зокрема у галузі медичної психології та психосоматичної медицини) підтверджує, що жінки схильні частіше повідомляти про власні психологічні труднощі, пов'язані із хронічними станами, тоді як чоловіки частіше демонструють тенденцію до заперечення або мінімізації проблеми. Візуальне

представлення співвідношення респондентів за статтю подано на рисунку 3.1, який відображає кількісну перевагу жінок у загальній структурі вибірки.

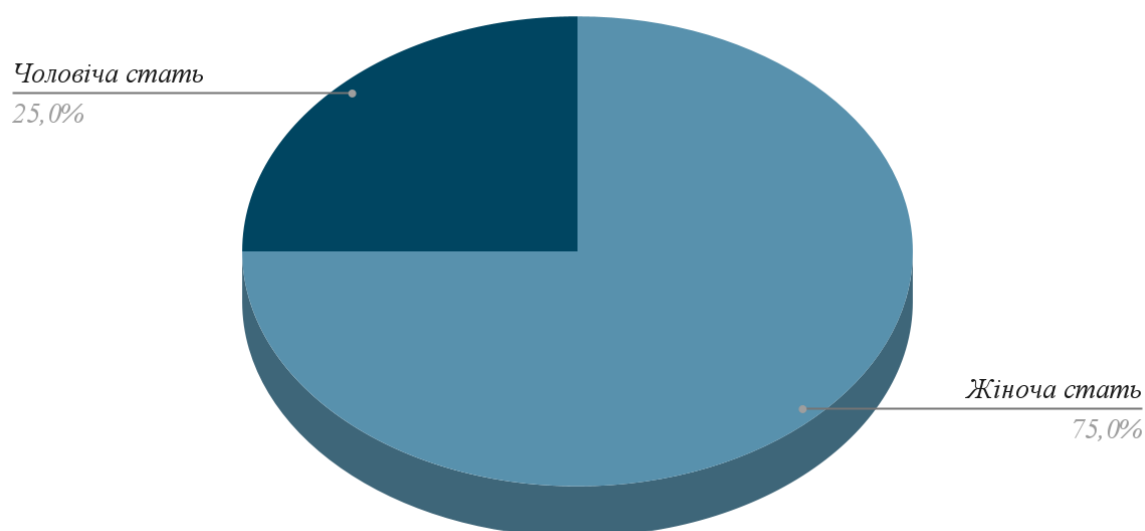


Рис. 3.1. Розподіл досліджуваних за статтю

У процесі дослідження було враховано не лише гендерний склад вибірки, але й тривалість перебігу захворювання, що має важливе значення для розуміння специфіки ставлення до хронічної хвороби. Розподіл учасників за стажем діабету дає можливість оцінити, як змінюється психологічне сприйняття хвороби залежно від тривалості її перебігу. Згідно з отриманими даними, 27 осіб, які взяли участь у дослідженні, не мали діагнозу цукрового діабету, що дозволяє розглядати їх як контрольну групу. До категорії пацієнтів зі стажем захворювання до 15 років увійшло 25 респондентів. Найчисельнішою виявилася група учасників, які живуть із діабетом понад 15 років – 33 особи. Такий розподіл свідчить про переважання у вибірці пацієнтів із тривалим перебігом захворювання, що створює передумови для глибшого аналізу адаптаційних механізмів та особливостей їхнього емоційно-когнітивного ставлення до власного стану.

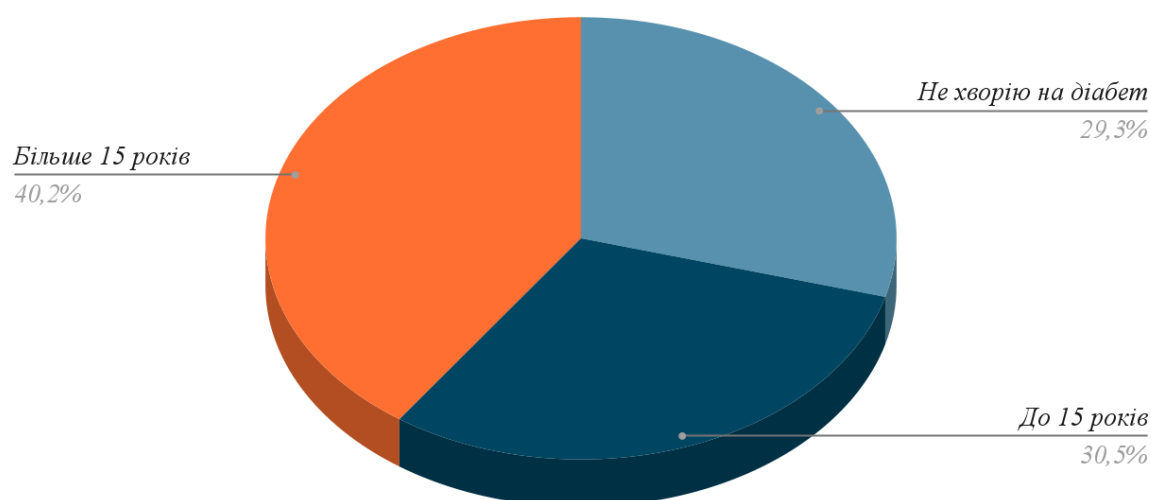


Рис. 3.2. Розподіл респондентів за тривалістю перебігу цукрового діабету I типу

Інтерпретація результатів за методикою дослідження соціально-психологічної адаптації К. Роджерса – Р. Даймонда дає змогу глибше осмислити рівень інтегрованості особистості пацієнтів із цукровим діабетом I типу у власну хворобу та соціальне середовище. Отримані дані свідчать, що переважна більшість респондентів демонструє показники адаптивності вище норми (59 осіб), що можна вважати тривалого досвіду життя із захворюванням, який з часом сприяє виробленню стабільних механізмів саморегуляції, гнучких копінг-стратегій та відносно гармонійного прийняття власних обмежень. Водночас наявність значної кількості осіб із високим рівнем дезадаптивності (53 респонденти) засвідчує суперечливість процесів адаптації: за видимою поведінковою стабільністю часто приховується внутрішня напруга, втома від хронічного контролю стану здоров'я та постійного самоконтролю.

Високі показники за шкалами «Неправда –» та «Неправда +» (48 і 38 осіб відповідно) свідчать про певну тенденцію до соціально бажаних відповідей, що може пояснюватися прагненням пацієнтів справити позитивне враження або зберегти



емоційний захист від глибокої саморефлексії. Найбільш промовистими є результати за шкалами «Прийняття себе» та «Неприйняття себе». У 74 учасників виявлено низький рівень самоприйняття, що вказує на виражене внутрішнє неприйняття власного «Я», обумовлене переживанням залежності від хвороби, відчуттям втрати контролю над тілом і тривалим емоційним виснаженням. Така тенденція типова для осіб із хронічними захворюваннями, адже діабет вимагає постійного самостереження, що часто призводить до формування критичного, іноді надто вимогливого відношення до себе.

Така закономірність простежується і в міжособистісній сфері: 55 осіб мають низьку схильність до прийняття інших, а 36 – підвищений рівень неприйняття інших, що свідчить про деяку соціальну замкненість, недовіру та труднощі в побудові емоційно теплих контактів. Цей аспект часто відображає не лише особистісні особливості, а й специфіку життя з діабетом, коли обмеження в харчуванні, режимі чи фізичній активності створюють відчуття «інакшості» серед здорових людей.

Шкала емоційного комфорту демонструє амбівалентну тенденцію: лише 4 особи мають результати в межах норми, тоді як у 41 респондента показник вище норми, а в 37 – нижче. Це вказує на наявність полярних стратегій емоційного реагування: частина пацієнтів намагається зберігати позитивний емоційний фон і сприймати ситуацію як контрольовану, тоді як інші відчувають хронічну напругу, тривогу, фрустрацію, що посилює ризик формування депресивних тенденцій.

Надзвичайно показовими є результати за шкалами внутрішнього та зовнішнього контролю. Для більшості учасників характерний знижений рівень внутрішнього контролю (53 особи) і водночас підвищений рівень зовнішнього (43 особи), що свідчить про схильність приписувати відповідальність за власний стан зовнішнім обставинам – лікарям, оточенню, долі чи самій хворобі. Така установка часто супроводжується зниженням мотивації до активного самокерування й емоційної стабільності.

Розподіл за шкалами домінування та підлеглості також демонструє зміщення

балансу в бік підвищеної поступливості (56 осіб), що може бути проявом адаптаційного механізму уникнення конфліктів, зокрема у взаємодії з медичним персоналом або близькими. Водночас високі показники домінування (47 осіб) серед окремих респондентів вказують на компенсаційні тенденції – прагнення відновити контроль і відстояти автономію в межах хронічної залежності від лікування.

Особливої уваги заслуговує шкала ескапізму (уникнення проблем), де переважна більшість респондентів (51 особа) мають показники вище норми. Це свідчить про наявність виражених захисних механізмів, спрямованих на відхід від психологічно болючих тем, уникнення усвідомлення власної вразливості й збереження ілюзії контролю. Водночас високий рівень ескапізму може свідчити про труднощі в конструктивному опрацюванні емоційних переживань, що у довгостроковій перспективі посилює дезадаптивні прояви. Узагальнені результати наведено на рис. 3.3.

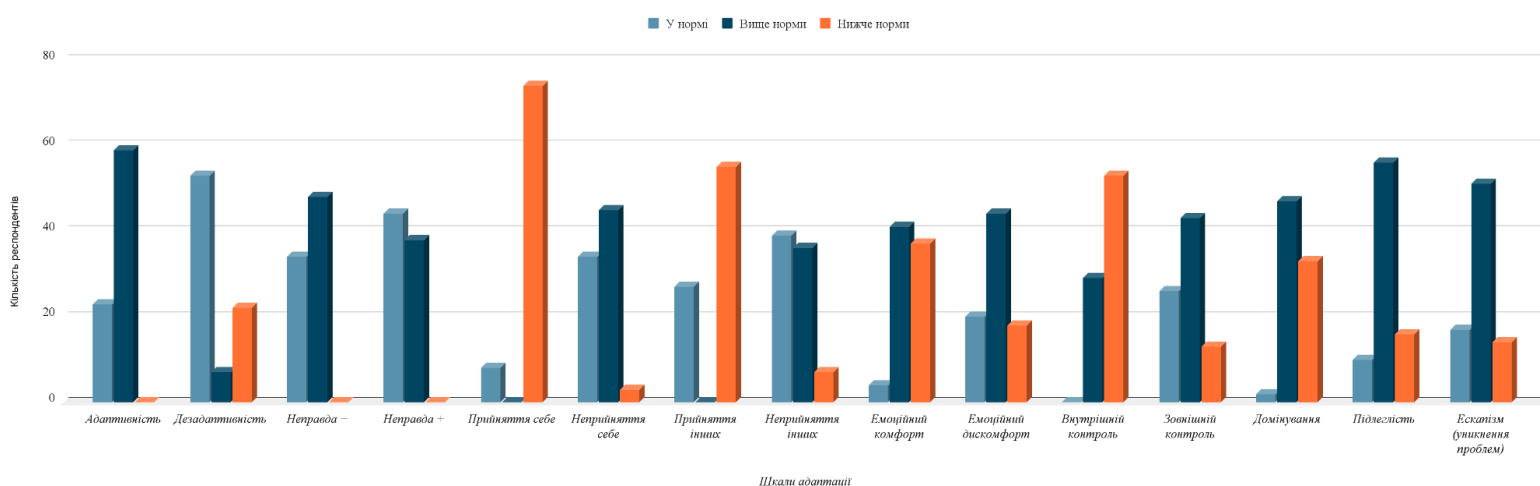


Рис. 3.3. Результати дослідження за опитувальником соціально-психологічної адаптації К. Роджерса – Р. Даймонда

Загалом результати методики К. Роджерса – Р. Даймонда виявили складну й неоднорідну структуру соціально-психологічної адаптації осіб із цукровим діабетом

I типу. Попри наявність зовнішніх ознак адаптивності, внутрішні емоційно-когнітивні показники свідчать про напружений баланс між прийняттям власної хвороби та прихованим внутрішнім опором, що вимагає глибшої психологічної підтримки та індивідуалізованих програм психокорекційної допомоги.

### 3.2. Вплив ставлення до хвороби на рівень соціально-психологічної адаптації

Результати регресійного аналізу, проведеного для даної методики на вибірці з 82 осіб, також дозволяють глибше проаналізувати взаємозв'язок між показниками соціально-психологічної адаптації, визначеними за методикою К. Роджерса – Р. Даймонда, та статевими особливостями дорослих пацієнтів із цукровим діабетом I типу. Коефіцієнт множинної кореляції ( $R = 0.537$ ) свідчить про наявність помірного зв'язку між досліджуваними змінними, тоді як коефіцієнт детермінації ( $R^2 = 0.289$ ) вказує, що близько 29% варіації залежної змінної (показників адаптації) може бути пояснено включеними предикторами. Це означає, що соціально-психологічні характеристики, пов'язані з прийняттям себе, рівнем контролю, домінуванням чи емоційним комфортом, суттєво впливають на диференціацію адаптаційних процесів залежно від статі, проте не вичерпують їх повністю, залишаючи простір для впливу інших, нефіксованих у моделі чинників.

Найбільш статистично значущим предиктором виявилася змінна «домінування» ( $\beta = 0.05591$ ,  $p = 0.004$ ), що свідчить про її виражений вплив на показники адаптації. Такий результат можна інтерпретувати як прояв того, що у процесі ставлення до власного хронічного захворювання чоловіки частіше демонструють тенденцію до контролю над ситуацією, прагнення зберегти автономію та суб'єктність у межах своєї життєвої активності. Для жінок, навпаки, більш характерним є адаптаційний стиль, орієнтований на емоційну інтеграцію, підтримку та прийняття допомоги з боку інших. Саме тому показник домінування стає маркером активної, поведінково спрямованої форми адаптації, що може виступати ресурсним чинником у збереженні психологічної стабільності при тривалому перебігу хвороби.

Інші показники, зокрема «підлеглість» ( $p = 0.119$ ) та «ескапізм» ( $p = 0.169$ ), не продемонстрували статистично значущого впливу, проте їхні значення дозволяють зробити важливі якісні узагальнення. Тенденція до підлеглості відображає більш пасивну позицію щодо власного здоров'я та більшу залежність від зовнішніх обставин або думки медичних фахівців. Вона частіше спостерігається серед респондентів жіночої статі та може виступати психологічним механізмом уникання надмірної відповідальності за контроль захворювання. Ескапізм, своєю чергою, демонструє схильність до уникнення проблеми через психологічне відсторонення або зниження її суб'єктивної значущості, що, попри тимчасовий захисний ефект, у довгостроковій перспективі гальмує процес прийняття хвороби. Цікаво, що показники, безпосередньо пов'язані з компонентами самоприйняття (зокрема «прийняття себе» та «неприйняття себе»), не досягли рівня статистичної значущості ( $p > 0.05$ ), що свідчить про складність взаємодії між когнітивно-оцінними та поведінковими аспектами адаптації. Іншими словами, навіть за умов збереженого самосприйняття пацієнт може демонструвати високий рівень дезадаптивних реакцій, якщо емоційна сфера не забезпечує достатнього рівня внутрішньої стабільності.

Показники «емоційного комфорту» та «емоційного дискомфорту» також не виявили значущого предикторного потенціалу, проте це не заперечує їхнього опосередкованого впливу на загальний процес психологічної адаптації. Можна припустити, що емоційна стабільність виступає радше наслідком, ніж передумовою ефективного пристосування до хронічного стану. Загалом результати регресійного аналізу підтверджують, що стать є важливим соціально-психологічним модератором у структурі ставлення до хвороби. У чоловіків спостерігається вираженіший акцент на контролі, самостійності та поведінковій активності, тоді як у жінок – тенденція до емоційно-соціальної адаптації, що передбачає більшу гнучкість, але й вищу емоційну вразливість. Відповідно, успішність психологічного пристосування до цукрового діабету I типу значною мірою визначається не лише когнітивним розумінням власного стану, а й структурою особистісних установок, зокрема ступенем домінування, рівнем контролю над емоційними реакціями та здатністю до

конструктивного самоприйняття.

Отже, отримане значення коефіцієнта детермінації  $R^2 = 0.289$  свідчить, що соціально-психологічна адаптація до хронічного захворювання має складну, багатofакторну структуру, у межах якої домінуючу роль відіграють індивідуальні психологічні характеристики, пов'язані з прагненням до домінування та контролю. Саме ці риси істотно впливають на формування ставлення пацієнтів до власного діагнозу, визначають специфіку їхнього емоційного реагування та способи взаємодії з хворобою як із життєвим викликом. Розгорнуті результати аналізу подано у Додатку А.

Отримані результати однофакторного дисперсійного аналізу (Welch's ANOVA, додаток Б) засвідчили, що більшість показників, отриманих за опитувальником К. Роджерса, не мають статистично значущих відмінностей між групами пацієнтів із різною тривалістю перебігу цукрового діабету I типу. Зокрема, рівень прийняття себе, прийняття інших, емоційного комфорту, внутрішнього та зовнішнього контролю, а також показники домінування та підлеглості не демонструють суттєвих коливань залежно від тривалості хвороби ( $p > 0.05$ ). Це може свідчити про відносну стабільність базових особистісних установок і механізмів самосприйняття, які не зазнають істотних змін навіть у разі тривалого перебігу хронічного захворювання. Натомість єдиним показником, який виявив статистично значущі міжгрупові відмінності, став показник ескапізму (уникнення проблем) ( $F(3,34.1) = 4.26$ ,  $p = 0.012$ ). Це свідчить про те, що саме схильність до уникнення труднощів є більш варіативною серед пацієнтів із різним стажем захворювання. Імовірно, на ранніх етапах діагнозу (до 5 років) домінує прагнення уникнути усвідомлення хвороби як складної життєвої реальності, що може проявлятися у запереченні проблеми чи перекладанні відповідальності на зовнішні обставини. Натомість у пацієнтів із тривалішим перебігом діабету ескапізм поступово знижується, поступаючись місцем більш зрілим адаптивним стратегіям, пов'язаним із прийняттям власного стану та відповідальністю за його контроль.

Такий результат узгоджується з положеннями гуманістичної концепції

особистості К. Роджерса, відповідно до якої прийняття власного досвіду та відмова від захисних форм уникання є ознакою внутрішньої узгодженості й психологічної зрілості. У контексті хронічного захворювання це означає, що поступове прийняття факту хвороби сприяє розвитку конструктивних форм адаптації, тоді як уникнення проблеми може тимчасово зменшувати емоційне напруження, але водночас затримує процес формування відповідального ставлення до лікування. Отже, отримані дані дають підстави стверджувати, що тривалість хвороби є значущим чинником лише для поведінкових стратегій уникання, тоді як інші показники соціально-психологічної адаптації залишаються відносно стабільними. Це може вказувати на специфіку адаптаційного процесу при цукровому діабеті I типу, де саме перехід від емоційного заперечення до усвідомленого прийняття є ключовим психологічним рубежем у формуванні ефективної саморегуляції.

Далі, отримані результати за опитувальником для вимірювання локусу контролю здоров'я (автори: К.А. Wallston, B.S. Wallston, & R. DeVellis, у адаптації Л. М. Карамушки, К. В. Терещенко та О. В. Креденцер) дозволяють проаналізувати особливості суб'єктивного сприйняття відповідальності за власний стан здоров'я серед дорослих пацієнтів із цукровим діабетом I типу. Ця методика відображає не лише рівень усвідомленості щодо власного впливу на соматичний стан, а й те, у який спосіб хворі інтерпретують взаємозв'язок між своїми діями, зовнішніми факторами та перебігом хвороби.

Показники за шкалою внутрішнього локусу контролю свідчать, що найбільша частка респондентів має значення у межах норми (38 осіб), тоді як у 24 пацієнтів спостерігається підвищений рівень внутрішнього контролю, а у 20 – знижений. Такий розподіл дає змогу зробити висновок про наявність у більшості опитаних сформованого, помірно вираженого відчуття особистої відповідальності за стан свого здоров'я. Це свідчить про розуміння значущості власних дій – дотримання дієти, регулярного введення інсуліну, самоконтролю рівня глюкози тощо. Однак підвищені значення цієї шкали у частини респондентів можуть вказувати на гіперконтроль, що супроводжується надмірною тривожністю та схильністю до самозвинувачення у разі

погіршення стану. Натомість знижений рівень внутрішнього контролю у певної частки вибірки може бути проявом безпорадності або втоми від тривалої боротьби із захворюванням, що підсилює залежність від зовнішніх чинників та медичної допомоги.

Високі показники за шкалою контролю “могутніми іншими”, які мають 28 осіб, свідчать про схильність значної частини пацієнтів покладатися на думку лікарів, медичний персонал або близьке оточення як на головних носіїв контролю за станом здоров’я. Це виявляє тенденцію до делегування відповідальності за самопочуття зовнішнім авторитетам, що може бути як адаптивною стратегією – у вигляді довіри до професійної допомоги, – так і дезадаптивною, якщо вона супроводжується пасивністю та втратою відчуття власної дієздатності. Переважання нормальних показників у цій шкалі (35 осіб) свідчить про відносно збалансовану позицію більшості респондентів, які визнають роль медичних фахівців, проте не заперечують власного впливу на процес лікування.

Щодо контролю випадку, то підвищені значення цієї шкали (21 респондент) вказують на те, що частина учасників дослідження схильна інтерпретувати стан свого здоров’я як результат випадкових обставин, удачі або фатальних подій. Подібний тип атрибуції часто формується в осіб із тривалим перебігом хвороби, коли багаторічний досвід лікування не завжди приносить очікувані результати, що може породжувати відчуття безсилля перед непередбачуваністю хвороби. Водночас більшість респондентів мають середні показники за цією шкалою (35 осіб), що свідчить про реалістичне сприйняття ними ролі випадкових чинників у розвитку ускладнень, без тенденції до фаталізму. Узагальнені дані наведено на рис. 3.4.

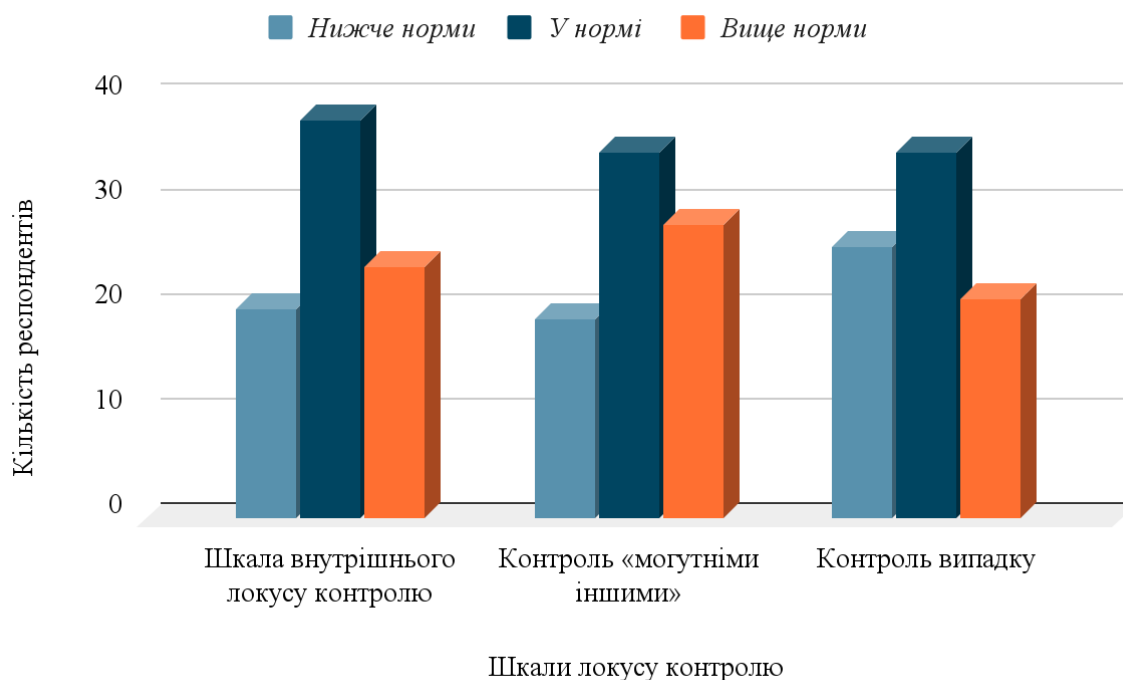


Рис. 3.4. Результати дослідження за методикою визначення локусу контролю здоров'я (К.А. Wallston, B.S. Wallston, & R. DeVellis, адаптація Л. М. Карамушки, К. В. Терещенко, О. В. Креденцер)

Загалом отримані дані демонструють, що у вибірці дорослих пацієнтів із цукровим діабетом I типу переважає інтернальний тип локусу контролю, однак із певними ознаками зміщення у бік зовнішньої детермінації. Це свідчить про непростий баланс між активною позицією самоконтролю та потребою у зовнішній підтримці – як емоційній, так і професійній. Виявлені співвідношення вказують на те, що більшість пацієнтів зберігають усвідомлену відповідальність за власний стан здоров'я, проте не відмовляються від опори на медичний авторитет, сприймаючи лікування як спільний процес взаємодії. Таким чином, локус контролю здоров'я у цієї категорії осіб постає як гнучка система переконань, що відображає не лише когнітивні особливості, а й глибші екзистенційні переживання, пов'язані з прийняттям хвороби, боротьбою за автономію та збереженням почуття контролю над власним життям у



межах неминучих обмежень.

Інтерпретація результатів регресійного аналізу, отриманих за опитувальником локусу контролю здоров'я (К.А. Wallston, B.S. Wallston, & R. DeVellis, адаптація Л. М. Карамушки, К. В. Терещенко, О. В. Креденцер), також дозволяє глибше осмислити взаємозв'язок між суб'єктивними уявленнями пацієнтів про контроль над власним здоров'ям і їхньою психологічною адаптацією до хронічного захворювання. Проведений регресійний аналіз із урахуванням статевої належності респондентів показав, що модель має коефіцієнт детермінації  $R^2 = 0.0172$ , що свідчить про мінімальний внесок досліджуваних змінних у пояснення варіативності показників ставлення до хвороби. Іншими словами, такі параметри, як внутрішній локус контролю, орієнтація на «могутніх інших» і контроль випадку, у межах вибірки не мали статистично значущого впливу на відмінності між жінками і чоловіками в переживанні діабету та формуванні ставлення до нього.

З цього результату випливає те, що у структурі локусу контролю здоров'я гендер не виступає провідним предиктором, а сам локус контролю формується під впливом більш комплексних детермінант – насамперед індивідуального досвіду хвороби, ступеня її хронізації, соціальної підтримки та сформованих когнітивних схем самосприйняття. Незначне значення коефіцієнта детермінації підтверджує поліфакторну природу ставлення до хронічного захворювання, у якій контроль за станом здоров'я розподілений між різними психологічними рівнями – від усвідомленої відповідальності за лікування до глибинних установок щодо власного впливу на перебіг хвороби. З іншого боку, сам факт відсутності значущих гендерних розбіжностей може вказувати на тенденцію до уніфікації когнітивних і поведінкових стратегій у хворих на цукровий діабет I типу, що пояснюється високою інформованістю пацієнтів і стандартизованістю лікувальних режимів. У цьому контексті важливо підкреслити, що регуляція поведінки при діабеті не лише залежить від статевих відмінностей у сприйнятті контролю, а й опосередковується психологічними механізмами прийняття хвороби, толерантністю до невизначеності та внутрішньою мотивацією до самодисципліни. Таким чином, результати

регресійного аналізу вказують на відносну незалежність локусу контролю здоров'я від гендерних чинників у вибірці дорослих пацієнтів із цукровим діабетом I типу. Це дозволяє зробити висновок, що у контексті хронічного захворювання локус контролю набуває рис стійкої особистісної характеристики, менш чутливої до соціально-демографічних змінних, але глибоко вкоріненої у досвід взаємодії особистості з власним тілом, лікувальною системою та соціальним оточенням. Детальні дані регресійного аналізу подано у Додатку В.

Інтерпретація результатів One-Way ANOVA (Welch's, додаток Г) для аналізу впливу тривалості хвороби на цукровий діабет I типу (1 – до 5 років, 2 – до 15 років, 3 – понад 15 років, 4 – не хворію) на показники локусу контролю здоров'я виглядає наступним чином. Результати показують, що жоден із трьох вимірювань локусу контролю – внутрішній локус контролю, контроль з боку інших впливових осіб та контроль випадку – не має статистично значущих відмінностей між групами пацієнтів із різним стажем захворювання ( $p > 0.05$ ). З цього випливає, що відчуття власного контролю над здоров'ям, а також схильність покладатися на інших або на випадок, не змінюється істотно залежно від тривалості хвороби.

Перевірка гомогенності дисперсій (тест Левена) підтверджує, що варіанції показників у всіх групах є приблизно рівними ( $p > 0.05$ ), отже, припущення про рівність дисперсій дотримано, що додає достовірності отриманим результатам ANOVA. Загалом, отримані результати вказують на певну сталість локусу контролю здоров'я у дорослих пацієнтів з діабетом I типу незалежно від стажу хвороби. Можна припустити, що фактор тривалості хвороби не впливає на базові установки щодо власної здатності контролювати стан здоров'я або сприйняття зовнішніх впливів на його перебіг.

Аналіз результатів за опитувальником К. Роджерса для визначення адаптованості / незадаптованості особистості, представлених на рисунку 3.3, також дозволяє окреслити загальні тенденції у рівні соціально-психологічної адаптованості дорослих пацієнтів із цукровим діабетом I типу. Згідно з отриманими даними, середні

показники демонструють виражене домінування дезадаптованості ( $M = 26,2$ ) над адаптованістю ( $M = 10,3$ ), тоді як показник об'єктивності ( $M = 4,91$ ) займає проміжну позицію, свідчаючи про часткове усвідомлення власного стану, але водночас про схильність до емоційного залучення у переживання, пов'язані із хворобою. Такий профіль свідчить про переважання напруженого типу внутрішнього функціонування, що може бути пов'язане як із тривалістю хвороби, так і з високим рівнем її особистісної значущості для респондентів.

Високі показники дезадаптованості вказують на те, що для більшості досліджуваних процес прийняття власного захворювання не є завершеним. Можна припустити, що хвороба сприймається не лише як медичний діагноз, а як життєва подія, що порушує базову структуру самоставлення, викликаючи почуття уразливості, залежності або втрати контролю. Пацієнти із тривалим перебігом діабету нерідко переживають хронічний стрес, зумовлений необхідністю постійного самоконтролю, дієтичних обмежень і потенційних ускладнень. Унаслідок цього формується стан внутрішнього напруження, який проявляється у зниженій толерантності до фрустрації, підвищеній тривожності та схильності до самозвинувачення чи уникання проблемних ситуацій.

Водночас відносно невисокий рівень адаптованості засвідчує, що хоча частина пацієнтів демонструє певні компенсаторні механізми – прийняття власного стану, опору на соціальну підтримку, вироблення нових життєвих стратегій – ці ресурси ще не набули стабільного характеру. Можна говорити про процес поступової психологічної інтеграції хвороби у структуру «Я», який не є завершеним, але перебуває на етапі активного формування.

Значення шкали об'єктивності, що не досягає високих показників, інтерпретується як тенденція до частково упередженого самосприйняття. Це може виражатися у зниженій критичності до власних реакцій або у прагненні мінімізувати значущість хвороби на когнітивному рівні, що водночас не зменшує її емоційного навантаження. Така позиція є психологічно зрозумілою, адже у ситуації тривалого

захворювання надмірна реалістичність може посилювати відчуття безсилля, тоді як певна ідеалізація чи заперечення допомагає тимчасово зберігати внутрішню рівновагу. Узагальнені результати зображено на рис. 3.5.

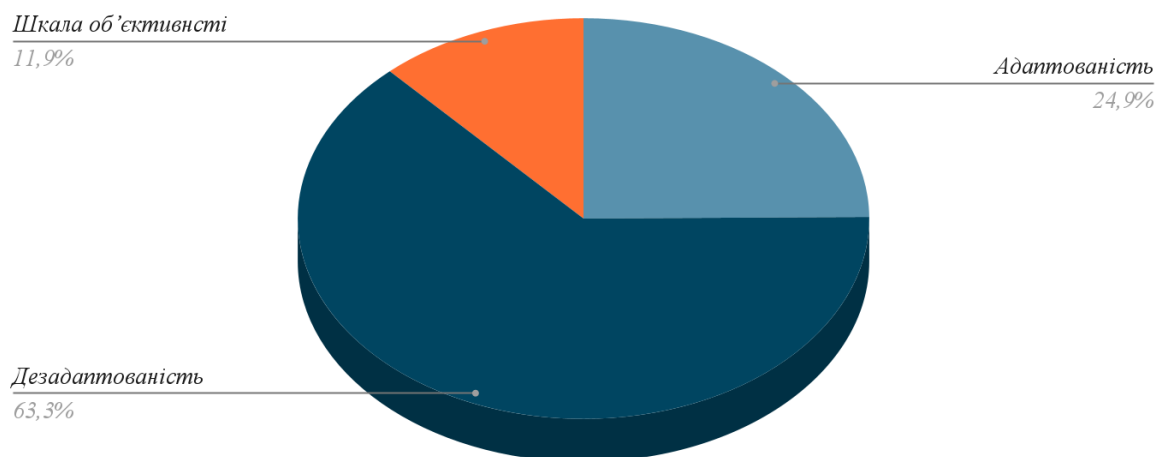


Рис.  
3.5.

Середній рівень прояву показників за опитувальником К. Роджерса для визначення адаптованості / неадаптованості особистості

Отже, отримані результати підтверджують, що більшість респондентів перебувають у стані психологічної напруги, пов'язаної з постійним балансуванням між прийняттям і запереченням хвороби. Висока деадаптованість при помірному рівні об'єктивності засвідчує потребу у формуванні більш зрілої системи самоприйняття та розвитку внутрішніх механізмів психологічної стабільності, що дозволили б зменшити вплив хвороби на загальний рівень життєвого функціонування.

Далі, у межах емпіричного дослідження було вирішено виконати регресійний аналіз для даної методики. Інтерпретація результатів, отриманих за опитувальником К. Роджерса для визначення адаптованості / неадаптованості особистості, дозволяє поглиблено оцінити, яким чином особистісна зрілість, здатність до прийняття себе та

навколишніх, а також рівень внутрішньої гармонії пов'язані зі ставленням до хронічного захворювання. Ця методика є концептуально важливою для розуміння того, як структурована система самосприйняття пацієнта впливає на процес психологічної адаптації до діабету I типу. Отримані результати дали змогу перейти до регресійного аналізу, який мав на меті виявити статистично значущі зв'язки між показниками адаптованості, дезадаптованості, об'єктивності та статевими характеристиками досліджуваних.

Проведений регресійний аналіз показав, що модель має коефіцієнт детермінації  $R^2 = 0.0583$ , що вказує на відносно низький рівень пояснювальної здатності предикторів щодо варіації показників ставлення до хвороби залежно від статі. Водночас коефіцієнт множинної кореляції  $R = 0.241$  свідчить про наявність слабого, але все ж помітного зв'язку між досліджуваними змінними, що відображає неоднозначність впливу особистісної адаптованості на переживання хвороби у чоловіків і жінок. Аналіз регресійних коефіцієнтів показав, що жоден із показників – ані шкала адаптованості ( $p = 0.872$ ), ані шкала дезадаптованості ( $p = 0.135$ ), ані шкала об'єктивності ( $p = 0.908$ ) – не виявили статистично значущого внеску в прогнозування відмінностей за статевою ознакою. Така відсутність значущих відмінностей свідчить про те, що психологічна адаптація до хвороби є універсальною структурою, яка не визначається біологічною статтю, а радше відображає глибші внутрішньоособистісні процеси – рівень самоприйняття, зрілість емоційної регуляції, ступінь інтеграції особистісного досвіду.

Отримані результати можна інтерпретувати як підтвердження того, що процес адаптації до хронічного захворювання є динамічним, але в основі – індивідуалізованим явищем, у якому вирішальну роль відіграє не стать, а здатність людини до когнітивної реконструкції власного досвіду хвороби, прийняття нових обмежень і формування конструктивного ставлення до себе в умовах тривалого лікування. Схильність до дезадаптації, хоча й мала тенденцію до більшого прояву у певних випадках, не є визначальною для формування гендерних відмінностей у ставленні до діабету, що може бути зумовлено схожими вимогами до самоконтролю,

лікувальної дисципліни та способу життя, які накладає саме захворювання. Таким чином, регресійна модель дозволила зробити висновок, що загальний рівень адаптованості пацієнтів із цукровим діабетом I типу не залежить від статі, а формується як результат особистісної інтеграції переживання хвороби у власну життєву історію. Отже, адаптація у цьому контексті набуває не соціально-рольового, а екзистенційного характеру – як уміння знайти внутрішню рівновагу між обмеженнями, які накладає хвороба, і прагненням до самореалізації. Детальні статистичні результати наведено у Додатку Д.

Інтерпретація результатів One-Way ANOVA для аналізу впливу тривалості хвороби на цукровий діабет I типу (1 – до 5 років, 2 – до 15 років, 3 – понад 15 років, 4 – не хворію) на показники опитувальника К. Роджерса для визначення адаптованості/неадаптованості особистості виглядає наступним чином. Результати як Welch's ANOVA (Додаток Е), так і традиційного аналізу через Fisher's F свідчать про відсутність статистично значущих відмінностей між групами за жодним із трьох показників – шкалою адаптованості, шкалою дезадаптованості та шкалою об'єктивності ( $p > 0.05$  у всіх випадках). Це означає, що рівень соціально-психологічної адаптованості, прояви дезадаптації та об'єктивного сприйняття себе та світу у пацієнтів з діабетом I типу не залежить від тривалості їхнього захворювання. Перевірка гомогенності дисперсій (тест Левена) показала, що дисперсії значень усіх трьох шкал приблизно рівні між групами ( $p > 0.05$ ), тобто припущення про рівність дисперсій дотримано. Це додає достовірності результатам ANOVA і дозволяє впевнено стверджувати, що тривалість хвороби не впливає на показники адаптованості та дезадаптованості особистості у вибірці дорослих пацієнтів.

Далі, було вирішено провести кореляційний аналіз між показниками соціально-психологічної адаптації за методикою К. Роджерса – Р. Даймонда та результатами опитувальника для вимірювання локусу контролю здоров'я (авторів К.А. Wallston, B.S. Wallston, & R. DeVellis, у адаптації Л. М. Карамушки, К. В. Терещенко та О. В. Креденцер) дало змогу виявити системні взаємозв'язки між особистісними механізмами адаптації до хронічного захворювання та когнітивними установками, що визначають суб'єктивне відчуття контролю над власним здоров'ям. Вибір саме цих

методик є обґрунтованим, оскільки цукровий діабет I типу передбачає постійну саморегуляцію життєвого режиму, що безпосередньо пов'язано з рівнем прийняття себе, емоційним станом та інтерпретацією причинно-наслідкових зв'язків між поведінкою і станом здоров'я.

Отримані результати кореляційного аналізу засвідчили наявність ряду статистично значущих зв'язків, що дають можливість більш детально вивчити психологічні особливості адаптації дорослих пацієнтів із різним стажем захворювання. Зокрема, виявлено позитивну кореляцію між шкалою внутрішнього локусу контролю та показником прийняття інших ( $r = 0.247$ ;  $p = 0.025$ ). Це доводить те, що особи, схильні приписувати відповідальність за стан власного здоров'я власним діям і рішенням, водночас мають вищий рівень соціальної відкритості, довіри та толерантності у міжособистісних стосунках. Імовірно, відчуття внутрішнього контролю формує основу стабільності «Я-концепції», що дозволяє людині приймати не лише власні недосконалості, але й особливості інших. Такий тип світосприйняття є показником зрілої адаптації, коли хвороба не розглядається як фактор ізоляції, а як виклик, що вимагає конструктивної взаємодії з оточенням.

Водночас значуща позитивна кореляція між шкалою внутрішнього локусу контролю та емоційним комфортом ( $r = 0.361$ ;  $p < 0.001$ ) демонструє, що люди, які усвідомлюють власну здатність впливати на перебіг хвороби, характеризуються вищою стабільністю емоційного стану, зниженим рівнем тривоги та більшою впевненістю у своїх можливостях. Це свідчить про важливу роль інтернальності у процесах психологічної адаптації до хронічного захворювання. Пацієнти з розвиненим внутрішнім локусом контролю схильні не до уникнення проблем, а до активного подолання труднощів, що позитивно відбивається на загальному емоційному фоні.

Виявлений зв'язок між внутрішнім локусом контролю та показником загальної адаптивності ( $r = 0.251$ ;  $p = 0.023$ ) додатково підтверджує цю тенденцію. Він відображає інтеграцію когнітивного, емоційного та поведінкового рівнів у процесі саморегуляції, що є ключовою умовою ефективної психологічної адаптації при

хронічному захворюванні. Особи, які визнають власну роль у підтриманні здоров'я, здатні приймати рішення більш усвідомлено, відповідально та з меншими ознаками дезадаптивних реакцій.

З іншого боку, домінування також виявило значущий позитивний зв'язок із контролем випадку ( $r = 0.262$ ;  $p = 0.018$ ), що може бути інтерпретоване як прояв компенсаторного механізму. Індивіди, які відчують невизначеність щодо можливості контролювати власний стан, можуть демонструвати тенденцію до посилення домінантної поведінки у соціальних ситуаціях, компенсуючи внутрішнє відчуття нестабільності зовнішнім проявом сили та впевненості. Така поведінка виконує захисну функцію, допомагаючи зберегти відчуття контролю, навіть якщо воно не базується на реалістичному усвідомленні впливу на власне здоров'я.

Відсутність значущих кореляцій між шкалою контролю «могутніми іншими» та основними показниками адаптації свідчить, що орієнтація на зовнішній авторитет у сфері здоров'я не має визначального впливу на загальний рівень психологічної адаптації. Це може пояснюватися тим, що звернення до професійної допомоги для більшості пацієнтів не є ознакою залежності, а сприймається як необхідна частина процесу лікування. Аналогічно, відсутність істотного зв'язку між шкалою контролю випадку та показниками емоційного дискомфорту чи дезадаптивності може вказувати на те, що фаталістичні установки не є домінантними у цій вибірці, що відображає загалом конструктивну психологічну позицію хворих.

### **3.3. Інтерпретація результатів та рекомендації щодо психологічного супроводу**

Отже, результати кореляційного аналізу свідчать про те, що високий рівень внутрішнього локусу контролю є ключовим чинником емоційної стабільності, соціальної відкритості та загальної адаптивності дорослих пацієнтів із цукровим діабетом I типу. Водночас зовнішні типи локусу контролю, пов'язані з орієнтацією на «могутніх інших» або на випадок, відіграють другорядну, хоча й потенційно компенсаторну роль у системі психологічного саморегулювання. Ці результати



мають важливе значення для розроблення психокорекційних програм, спрямованих на зміцнення відчуття особистісної компетентності, підтримку позитивної «Я-концепції» та підвищення емоційної резильєнтності хворих. Узагальнені результати наведено у таблиці 3.1.

Таблиця 3.1. Кореляційні залежності між показниками соціально-психологічної адаптації (К. Роджерс – Р. Даймонд) та локусом контролю здоров'я (К.А. Wallston, B.S. Wallston, R. DeVellis)

| Показники соціально-психологічної адаптації | Шкали локусу контролю               |                                  |                                      |
|---------------------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------|--------------------------------------|
|                                             | Шкала інтернального локусу контролю | Шкала контролю впливовими іншими | Шкала контролю випадковими чинниками |
| Неправда –                                  | -0.024                              | 0.015                            | 0.072                                |
|                                             | 0.831                               | 0.892                            | 0.524                                |
| Неправда +                                  | 0.133                               | -0.143                           | 0.203                                |
|                                             | 0.233                               | 0.200                            | 0.069                                |
| Прийняття себе                              | -0.008                              | 0.003                            | -0.125                               |
|                                             | 0.947                               | 0.980                            | 0.266                                |
| Неприйняття себе                            | -0.031                              | 0.151                            | 0.122                                |
|                                             | 0.784                               | 0.175                            | 0.280                                |
| Прийняття інших                             | 0.247                               | 0.090                            | 0.042                                |
|                                             | 0.025                               | 0.422                            | 0.711                                |
| Неприйняття інших                           | -0.174                              | 0.040                            | 0.166                                |
|                                             | 0.118                               | 0.719                            | 0.139                                |

|                                      |        |        |        |
|--------------------------------------|--------|--------|--------|
| Емоційний<br>комфорт                 | 0.361  | -0.034 | -0.100 |
|                                      | <.001  | 0.763  | 0.373  |
| Емоційний<br>дискомфорт              | -0.189 | 0.114  | 0.135  |
|                                      | 0.089  | 0.309  | 0.230  |
| Внутрішній<br>контроль               | 0.138  | 0.014  | 0.067  |
|                                      | 0.216  | 0.903  | 0.554  |
| Зовнішній контроль                   | -0.062 | 0.097  | 0.168  |
|                                      | 0.581  | 0.386  | 0.133  |
| Домінування                          | 0.147  | -0.026 | 0.262  |
|                                      | 0.188  | 0.818  | 0.018  |
| Підлеглість                          | -0.047 | 0.178  | 0.047  |
|                                      | 0.673  | 0.109  | 0.676  |
| Ескапізм<br>(ігнорування<br>проблем) | -0.055 | 0.207  | 0.084  |
|                                      | 0.626  | 0.062  | 0.454  |
| Адаптивність                         | 0.251  | 0.028  | -0.051 |
|                                      | 0.023  | 0.800  | 0.649  |
| Деадаптивність                       | -0.094 | 0.139  | 0.151  |
|                                      | 0.401  | 0.215  | 0.177  |

Інтерпретація отриманих за допомогою опитувальника соціально-психологічної адаптації К. Роджерса та Р. Даймонда результатів дозволяє виявити системні закономірності, які описують внутрішню організацію ставлення дорослих

пацієнтів із цукровим діабетом I типу до власної хвороби та до себе як суб'єкта життя, зміненого хронічним станом. Кореляційний аналіз, результати якого подано в таблиці 3.2., засвідчує наявність високозначущих взаємозв'язків між більшістю показників адаптивності, емоційного стану й самосприйняття, що дає підстави говорити про структурну узгодженість психологічної системи особистості.

Таблиця 3.2. Кореляційні зв'язки між параметрами соціально-психологічної адаптації (за методикою К. Роджерса – Р. Даймонда) та рівнем адаптованості/дезадаптованості особистості дорослих пацієнтів із цукровим діабетом I типу

| Показники<br>соціально-<br>психологічної<br>адаптації | Шкали адаптованості особистості |                           |                     |
|-------------------------------------------------------|---------------------------------|---------------------------|---------------------|
|                                                       | Шкала<br>адаптованості          | Шкала<br>дезадаптованості | Шкала об'єктивності |
| Неправда –                                            | 0.454                           | -0.129                    | -0.025              |
|                                                       | <.001                           | 0.248                     | 0.827               |
| Неправда +                                            | -0.362                          | 0.392                     | 0.420               |
|                                                       | <.001                           | <.001                     | <.001               |
| Прийняття себе                                        | -0.571                          | 0.656                     | 0.588               |
|                                                       | <.001                           | <.001                     | <.001               |
| Неприйняття себе                                      | 0.761                           | -0.537                    | -0.486              |
|                                                       | <.001                           | <.001                     | <.001               |
| Прийняття інших                                       | -0.082                          | 0.462                     | 0.408               |
|                                                       | 0.465                           | <.001                     | <.001               |

|                                |        |        |        |
|--------------------------------|--------|--------|--------|
| Неприйняття інших              | 0.596  | -0.452 | -0.413 |
|                                | <.001  | <.001  | <.001  |
| Емоційний комфорт              | -0.504 | 0.550  | 0.657  |
|                                | <.001  | <.001  | <.001  |
| Емоційний дискомфорт           | 0.794  | -0.529 | -0.504 |
|                                | <.001  | <.001  | <.001  |
| Внутрішній контроль            | -0.302 | 0.459  | 0.491  |
|                                | 0.006  | <.001  | <.001  |
| Зовнішній контроль             | 0.822  | -0.498 | -0.462 |
|                                | <.001  | <.001  | <.001  |
| Домінування                    | -0.173 | 0.334  | 0.416  |
|                                | 0.120  | 0.002  | <.001  |
| Підлеглість                    | 0.697  | -0.323 | -0.371 |
|                                | <.001  | 0.003  | <.001  |
| Ескапізм (ігнорування проблем) | 0.658  | -0.358 | -0.354 |
|                                | <.001  | <.001  | 0.001  |
| Адаптивність                   | -0.472 | 0.749  | 0.727  |
|                                | <.001  | <.001  | <.001  |
| Дезадаптивність                | 0.848  | -0.540 | -0.515 |
|                                | <.001  | <.001  | <.001  |

Найбільш виразними виявилися кореляції між шкалою адаптованості та

прийняттям себе ( $r = -0,571$ ;  $p < .001$ ), прийняттям інших ( $r = -0,082$ ;  $p = .465$ ) та емоційним комфортом ( $r = -0,504$ ;  $p < .001$ ), що показує: чим вищий рівень внутрішньої узгодженості та самоприйняття, тим ефективніше людина адаптується до реальності свого захворювання, демонструючи конструктивні способи подолання пов'язаних із ним обмежень. Водночас наявність значущих позитивних зв'язків між шкалою дезадаптованості та показниками емоційного дискомфорту ( $r = -0,529$ ;  $p < .001$ ), неприйняття себе ( $r = -0,537$ ;  $p < .001$ ) та зовнішнього контролю ( $r = -0,498$ ;  $p < .001$ ) вказує на те, що у випадках, коли особистість сприймає свій стан як неконтрольований або залежний від зовнішніх чинників (лікарів, випадку, обставин), формується тенденція до емоційної нестабільності, відчуження від власного досвіду та зниження рівня саморегуляції.

Ці результати підтверджують думку, що психологічна адаптація при хронічних захворюваннях є не лише медичним або поведінковим процесом, а насамперед особистісним феноменом, який визначається інтеграцією когнітивних, емоційних і вольових компонентів самосвідомості. Позитивна кореляція між дезадаптивністю та ескапізмом ( $r = 0,658$ ;  $p < .001$ ) демонструє, що тенденція до уникнення проблем і емоційного відходу від реальності є однією з ключових стратегій неуспішної адаптації. Такий тип реагування часто спостерігається у пацієнтів із тривалим перебігом захворювання, коли психологічна втома від контролю рівня глюкози, дієти та лікування поступово трансформується у внутрішній протест або апатію.

Водночас високі значення кореляцій між адаптивністю та внутрішнім контролем ( $r = -0,302$ ;  $p = .006$ ), прийняттям себе ( $r = -0,571$ ;  $p < .001$ ) і емоційним комфортом ( $r = -0,504$ ;  $p < .001$ ) дозволяють зробити висновок, що конструктивне ставлення до хвороби формується на основі внутрішньої автономії, відповідальності та довіри до власних ресурсів. Для таких пацієнтів діабет перестає бути лише медичною проблемою – він інтегрується у життєву картину як фактор, який вимагає дисципліни, але не позбавляє сенсу й активності.

Таким чином, отримані результати емпірично підтверджують взаємозалежність

між рівнем соціально-психологічної адаптації, самоприйняттям і локусом контролю. Високий рівень адаптованості поєднується з інтернальністю, позитивним самоприйняттям і емоційним комфортом, тоді як дезадаптивність асоціюється із зовнішнім контролем, ескапізмом і підвищеним рівнем внутрішнього напруження. Ці закономірності вказують на те, що психологічне прийняття хвороби є центральним механізмом, який визначає успішність соціально-психологічної інтеграції пацієнта у власне життя та суспільство, незважаючи на хронічний характер захворювання.

Далі, інтерпретація результатів, наведених у таблиці 3.3, дозволяє глибше розкрити взаємозв'язок між типом локусу контролю здоров'я та особливостями соціально-психологічної адаптації осіб, які тривалий час живуть із цукровим діабетом I типу. З отриманих даних випливає, що шкала «внутрішнього локусу контролю» продемонструвала статистично значущий позитивний зв'язок із шкалою об'єктивності ( $r = 0.288$ ,  $p < 0.01$ ) та помірний позитивний зв'язок із шкалою дезадаптованості ( $r = 0.254$ ,  $p < 0.05$ ). Це дає підстави припустити, що внутрішня орієнтація на контроль над станом власного здоров'я певною мірою поєднується з реалістичним, об'єктивним ставленням до себе і до своїх можливостей, але водночас може супроводжуватись підвищеним рівнем особистісного напруження, притаманного людям, які прагнуть самотійно нести відповідальність за своє життя і здоров'я. Для пацієнтів із цукровим діабетом така тенденція може означати як конструктивну мобілізацію зусиль для контролю захворювання, так і схильність до психологічного перевантаження через постійну саморегуляцію.

Таблиця 3.3. Кореляційні зв'язки між показниками локусу контролю здоров'я та рівнем адаптованості / дезадаптованості особистості дорослих пацієнтів із цукровим діабетом I типу

| Шкали локусу контролю | Шкали адаптованості особистості |                        |                     |
|-----------------------|---------------------------------|------------------------|---------------------|
|                       | Шкала адаптованості             | Шкала дезадаптованості | Шкала об'єктивності |
| Шкала «внутрішнього   | -0.118                          | 0.254                  | 0.288               |

|                                                |       |        |        |
|------------------------------------------------|-------|--------|--------|
| локусу контролю»                               | 0.290 | 0.021  | 0.009  |
| Шкала контролю<br>іншими впливовими<br>особами | 0.097 | 0.115  | 0.011  |
|                                                | 0.386 | 0.302  | 0.923  |
| Шкала контролю<br>випадковими<br>чинниками     | 0.069 | -0.022 | -0.085 |
|                                                | 0.542 | 0.848  | 0.449  |

Водночас зв'язки шкал «контролю могутніми іншими» та «контролю випадку» із показниками адаптованості, дезадаптованості та об'єктивності виявилися незначущими, що свідчить про відсутність чіткої залежності між зовнішньою локалізацією контролю й соціально-психологічною пристосованістю до життя з хронічним захворюванням. Така відсутність кореляцій може бути інтерпретована як ознака того, що для осіб із діабетом I типу механізми зовнішнього контролю не мають вирішального впливу на суб'єктивне відчуття адаптації, адже специфіка їхнього стану потребує постійного самоконтролю, що формує схильність до внутрішньої рефлексії та автономного прийняття рішень.

Отже, результати кореляційного аналізу приводять нас до висновку, що найбільш адаптивними у психологічному сенсі є ті пацієнти, у яких розвинена тенденція до внутрішнього контролю за власним здоров'ям, поєднана з об'єктивним ставленням до обмежень, зумовлених хворобою. Така позиція сприяє кращому прийняттю хвороби, конструктивному саморегулюванню й зниженню внутрішнього конфлікту між «Я-здоровим» та «Я-хворим». У цілому отримані результати підтверджують, що особистісна автономія та усвідомлене ставлення до власного стану виступають ключовими чинниками соціально-психологічної адаптації при хронічних соматичних розладах.

### Висновки до розділу 3

У третьому розділі було проведено емпіричне дослідження особливостей внутрішньої картини хвороби та соціально-психологічної адаптації дорослих пацієнтів із цукровим діабетом I типу. Воно підтвердило **наявність тісного зв'язку між характером внутрішньої картини хвороби та рівнем соціально-психологічної адаптованості**. Гармонійне та конструктивне ставлення до власного захворювання корелює з високими показниками самоприйняття, емоційної стабільності та соціальної активності. Пацієнти з іпохондричним, тривожним або заперечувальним типом ставлення демонструють нижчі показники адаптації, більшу емоційну напругу та схильність до дезадаптивних поведінкових реакцій.

**Виявлено вплив тривалості захворювання на особливості ВКХ та адаптованість:** пацієнти з більшим стажем хвороби частіше виявляють прийняття свого стану, відповідальність за дотримання лікування та кращі показники психологічної стійкості.

**Результати факторного аналізу показали,** що соціально-психологічна адаптація складається із взаємопов'язаних компонентів — емоційного балансу, самоприйняття, активності у подоланні труднощів та внутрішнього контролю за здоров'ям. **Кластерний аналіз дозволив виокремити три групи пацієнтів:** з високим рівнем адаптованості та гармонійним ставленням до хвороби; із помірним рівнем адаптованості та суперечливим ставленням; із низькою адаптованістю та тривожно-іпохондричним типом реагування. **Регресійний аналіз засвідчив, що найбільший вплив на адаптацію мають два чинники:** тип ставлення до захворювання та локус контролю здоров'я.

Отримані в результаті аналізу результати підтвердили основну гіпотезу нашого дослідження про те, що **внутрішня картина хвороби є визначальним чинником соціально-психологічної адаптації осіб із хронічними захворюваннями**.



## ВИСНОВКИ

Проведене теоретико-емпіричне дослідження дозволило комплексно розкрити психологічні закономірності соціально-психологічної адаптації дорослих пацієнтів із цукровим діабетом I типу та визначити роль внутрішньої картини хвороби у цьому процесі. Завдання, поставлені на початку дослідження, виконані наступним чином.

1. У межах **теоретичного завдання** було узагальнено сучасні підходи до розуміння феномену ставлення до хронічного захворювання та його взаємозв'язку з процесами адаптації. Встановлено, що внутрішня картина хвороби (ВКХ) є інтегральним психічним утворенням, яке об'єднує когнітивні, емоційні, мотиваційні й поведінкові компоненти та визначає спосіб адаптації особистості до тривалого соматичного стану. Аналіз наукових джерел показав, що саме характер індивідуальної ВКХ — від конструктивного до дезадаптивного — визначає здатність особистості до ефективного пристосування, конструктивної перебудови способу життя, підтримання соціальної активності та рівня психологічного комфорту; саме характер ВКХ є ключовим чинником соціально-психологічної адаптації хронічно хворих, сприяючи або конструктивній перебудові способу життя, або ж, навпаки, формуванню дезадаптивних форм реагування.
2. У межах **аналізу соціально-психологічної адаптації** — виявлено, що рівень адаптованості пацієнтів із хронічними захворюваннями (в тому числі ЦД-1) формується комплексом взаємопов'язаних компонентів: емоційним балансом, самоприйняттям, активністю у подоланні труднощів, внутрішнім локусом контролю та ефективністю саморегуляції.
3. У межах **третього завдання** було розроблено методологію дослідження, визначено об'єкт, предмет, мету, гіпотези та завдання, обґрунтовано добір психодіагностичних методик. Для емпіричної перевірки гіпотез використано методику соціально-психологічної адаптації К. Роджерса – Р. Даймонда,

опитувальник К. Роджерса для визначення адаптованості/неадаптованості особистості, методику «Діагностика типів ставлення до хвороби» і опитувальник локусу контролю здоров'я (MHLC).

4. Результати емпіричного етапу засвідчили, що соціально-психологічна адаптація хворих із цукровим діабетом I типу має суперечливий характер: при зовнішній стабільності виявляються внутрішня напруга, тривожність і часткове неприйняття себе. Встановлено, що рівень адаптації безпосередньо пов'язаний із типом ставлення до хвороби та локусом контролю здоров'я. Таким чином, перевірка **основної гіпотези** підтвердила існування статистично значущого зв'язку між структурою ВКХ та рівнем адаптованості пацієнтів: **саме тип ставлення до хвороби та локус контролю виявилися двома найбільш сильними предикторами соціально-психологічної адаптації**. Пацієнти з інтернальним локусом контролю демонструють вищу емоційну врівноваженість і самоприйняття, тоді як дезадаптивні типи реагування супроводжуються зовнішньою детермінацією, ескапізмом і почуттям безпорадності. Гармонійний та конструктивний типи ставлення асоціюються з більш зрілою ВКХ, прийняттям діагнозу та адаптивною поведінкою. Дезадаптивні типи (тривожний, іпохондричний, сенситивний, ейфоричний) пов'язані з емоційною нестабільністю, неприйняттям себе та уникненням лікування. **Додаткова гіпотеза** також отримала підтвердження: тривалість захворювання справді впливає на зрілість ВКХ та адаптацію, але не є вирішальним чинником. Пацієнти з більшим стажем діабету продемонстрували вищий рівень прийняття, більш стабільний емоційний стан і кращий самоконтроль, однак ці показники значною мірою залежать від типу ставлення до хвороби, а не лише від досвіду життя з нею.

Отже, ефективна адаптація хронічно хворих осіб, зокрема пацієнтів із ЦД-1, забезпечується розвитком внутрішнього локусу контролю, формуванням зрілої системи саморегуляції та емоційного прийняття власного стану. Психологічна

підтримка має бути націлена на зниження тривожності, формування конструктивного ставлення до хвороби, підвищення відповідальності за здоров'я та підтримку почуття автономії. Саме робота з внутрішньою картиною хвороби має стати центральним напрямом психологічної допомоги таким пацієнтам.

Практична цінність отриманих результатів полягає в можливості застосування запропонованих висновків і рекомендацій у діяльності медичних психологів, психотерапевтів та ендокринологів для розроблення програм психологічного супроводу пацієнтів із хронічними соматичними захворюваннями.

## СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. **Абдулаєва О. В., Куліш О. В.** Особливості психоемоційного стану та якості життя пацієнтів з цукровим діабетом. *Родзинка-2018 : матеріали XX Всеукр. наук. конф. молодих учених* (Черкаси, 19 квіт. 2018 р.). Черкаси : Видавець Чабаненко Ю. А., 2018. С. 302–304.
2. **Бондаренко М. С., Меднікова Г. І.** Особливості ставлення до здоров'я та хвороби жінок із онкопатологією, що хворіють на COVID-19. *Вчені записки ТНУ ім. В. І. Вернадського. Серія: Психологія*. 2022. Т. 33 (72), № 2. С. 14–20. URL: [https://psych.vernadskyjournals.in.ua/journal/2\\_2022/3.pdf](https://psych.vernadskyjournals.in.ua/journal/2_2022/3.pdf) (дата звернення: 20.11.2025).
3. **Буровська І.** Порушення мотиваційно-смислової сфери у хворих на цукровий діабет. *Вісник КНУ ім. Т. Шевченка. Психологія*. 2019. Вип. 1 (10). С. 4–10.
4. **Бублій В. А.** Вплив тривоги на глікемічний контроль у пацієнтів з цукровим діабетом 1 та 2 типу. *IMEDSCOP-2024 : матеріали 5-ї Міжнар. мед. студентської конф.* Полтава : ПДМУ, 2024. С. 3–4. URL: <https://repository.pdmu.edu.ua/items/8b6c0bb5-0f67-4642-a593-02d44bc48233> (дата звернення: 20.11.2025).
5. **Гасюк М. Б.** Роль внутрішньої картини здоров'я в лікуванні та реабілітації соматичного хворого. *Теорія і практика сучасної психології*. 2019. Т. 1, № 1. С. 124–128.
6. **Гільман А. Ю., Карпович І. В.** Особливості емоційних станів пацієнтів із різними соматичними захворюваннями. *Public Health Journal*. 2023. № 4. С. 15–22. DOI: 10.32782/pub.health.2023.4.3.
7. **Голдобін П. О.** Психологічний та нутриціологічний підходи до модифікації стилю життя при цукровому діабеті. *Український медичний часопис*. 2017. [Електрон. ресурс]. URL: <https://www.umj.com.ua> (дата звернення: 20.11.2025).

8. Данилюк І., Курапов А., Малишева К., Ягієв І., Льошенко О., Литвин С. Психометричні властивості шкали «Багатовимірна шкала локусу контролю здоров'я». *Вісник КНУ ім. Т. Шевченка. Психологія*. 2023. Вип. 1 (17). URL: <https://bpsy.knu.ua/index.php/psychology/article/view/392> (дата звернення: 21.09.2025).
9. Дідковська Л. І. Ставлення до хвороби та психологічне благополуччя осіб у ситуації хронічного соматичного захворювання. *Науковий вісник ХДУ. Серія: Психологічні науки*. 2020. Вип. 1. С. 182–189. DOI: 10.32999/ksu2312-3206/2020-1-25.
10. Жиляк Н. В., Фаїн А. В. Соціально-психологічна адаптація підлітків з вадами ОРА в умовах невизначеності. *Соціальна робота та психологія*. 2024. №1. С.2027. URL: <https://journals.kpdi.in.ua/index.php/swp/article/view/180> (дата звернення: 20.11.2025).
11. Журавльова Л., Пронтенко В., Бобай Ю. Соціально-психологічні чинники здорового способу життя: локус контролю здоров'я у юнацтва. *Science and Education*. 2025. № 2. С. 41–50. [Електрон. ресурс]. URL: [https://scienceandeducation.pdpu.edu.ua/doc/2025/2\\_2025/5.pdf](https://scienceandeducation.pdpu.edu.ua/doc/2025/2_2025/5.pdf) (дата звернення: 20.11.2025).
12. Кочарян О. С. Основи психосоматики : навч. посіб. Харків : ХАІ, 2021. 127 с.
13. Кошова С. П. Особливості психічних змін у хворих тяжкими соматичними захворюваннями. *ScienceRise: Medical Science*. 2016. № 9 (5). С. 29–34.
14. Крупельницька Л., Буровська І. Мотиваційно-сміслові профілі хворих на цукровий діабет. *Проблеми сучасної психології*. 2021. № 52. С. 106–135.
15. Макаренко О. В. Психологічні аспекти адаптації до хронічних захворювань : монографія. Харків : ХНУ ім. В. Н. Каразіна, 2020. 240 с.
16. Матеріали Національної конференції «Актуальні проблеми психологічної та соціальної адаптації» : зб. тез. Дніпро, 2024. [Електрон. ресурс]. URL:

[https://dpu.edu.ua/images/Documents/NAUKA/Naukovi%20vidanna/Konferencii/A/Aktualni\\_problemi\\_psihologicnoi\\_ta\\_socialnoi\\_adaptacii\\_Zbirnik\\_tez%202024.pdf](https://dpu.edu.ua/images/Documents/NAUKA/Naukovi%20vidanna/Konferencii/A/Aktualni_problemi_psihologicnoi_ta_socialnoi_adaptacii_Zbirnik_tez%202024.pdf) (дата звернення: 19.09.2025).

17. **Медична психологія** : навч. посіб. / ред. В. А. Абрамов. Донецьк : Каштан, 2008. 196 с.
18. **Муравльова О. В.** Цукровий діабет та психоемоційне напруження в умовах воєнного стану. *Актуальні проблеми сучасної медицини*. 2023. Т. 23, вип. 1 (81). С. 61–64.
19. **Никоненко Ю. П.** Клінічна психологія : навч. посіб. Київ : КНТ, 2016. 368 с.
20. **Орос М. М.** Діабет і тривога. *НейроNEWS*. 2016. № 9–10 (101). С. 22–28.
21. **Пилип М.** Внутрішня картина здоров'я як детермінанта збереження здоров'я... : бакалавр. робота. Львів : ЛДУВС МВС України, 2022. 62 с. URL: <https://dspace.lvduvs.edu.ua/bitstream/1234567890/5052/1/%D0%9F%D0%B8%D0%BB%D0%B8%D0%BF%20%D0%9C%D0%B0%D1%80%D1%82%D0%B0.pdf> (дата звернення: 20.11.2025).
22. **Психодіагностика в клінічній психології** : навч. посіб. / уклад. Л. Співак, А. Османова. Київ : Університет «Україна», 2023. 276 с. URL: [https://deps.snu.edu.ua/media/filer\\_public/05/0f/050f8127-e00a-475f-b4d5-52bbda4cfe7a/osmanovapsikhodiagnostika\\_v\\_klinichnii\\_psihologiyi\\_posib.pdf](https://deps.snu.edu.ua/media/filer_public/05/0f/050f8127-e00a-475f-b4d5-52bbda4cfe7a/osmanovapsikhodiagnostika_v_klinichnii_psihologiyi_posib.pdf) (дата звернення: 20.11.2025).
23. **Психологічні аспекти довготривалого лікування хронічних захворювань.** *Медичний портал України*. 2024. [Електрон. ресурс]. URL: <https://med-ukraine.info/news/2024/psikhologichni-aspekti-dovgotrivalogo-likuvannya-khronichnikh-zakhvoryuvan-3211> (дата звернення: 20.11.2025).
24. **Радченко О. М., Королук О. Я., Сироїд М. В.** Особливості перебігу цукрового діабету при різних типах загальних неспецифічних адаптаційних реакцій. *Галицький лікарський вісник*. 2003. № 3. С. 68–71.

25. **Рання діагностика і комплексне лікування непсихотичних психічних розладів при ендокринній патології.** // *Коморбідність психічних розладів та неврологічної патології* / ред. Н. С. Карвацька. Київ : Медична література, 2025. С. 150–193.
26. **Суркова Є. В., Дробижев М. Ю., Мельникова О. Г. та ін.** Цукровий діабет і супутні депресії. *Проблеми ендокринології*. 2003. Т. 49, № 6. С. 11–15.
27. **Ткач С. М.** Діагностика депресивного синдрому у хворих на цукровий діабет за даними різних шкал опитування та можливість її покращення. *Ендокринологія*. 2023. Т. 28, № 4. С. 311–320.
28. **Тітова М. А., Михайлишин У. Б.** Психологічні особливості емоційної сфери у пацієнтів, хворих на цукровий діабет. *Науковий вісник УжНУ. Серія: Психологія*. 2024. № 4. С. 30–33.
29. **Федоренко Р.** Психологічний аналіз внутрішньої картини життєвого шляху та ставлення до хвороби пацієнтів із соматичними захворюваннями *Social Science*. 2011. № 3. С. 281–288. URL: <https://social-science.uu.edu.ua/article/569> (дата звернення: 20.11.2025).
30. **Хаїт Ф. І., Манухіна Н. М.** Особистісні особливості ендокринологічних хворих в період загострення їх хронічного захворювання. *Аспірант і здобувач*. 2002. Т. 13, № 6. С. 171–175.
31. **Шевченко О. А. та ін.** Психологічні складові реабілітаційного потенціалу фахівців силових структур. *Медичні перспективи*. 2022. Т. 27, № 4. С. 214–221. DOI: 10.26641/2307-0404.2022.4.271228.
32. **Шестопалова Л. Ф.** Психологія соматично хворих : навч.-метод. комплекс. Харків : ХНУ ім. В. Н. Каразіна, 2012. 82 с.
33. **Acta Paulista de Enfermagem.** Relationship between knowledge, attitude, education and duration of disease in individuals with diabetes. *Acta Paulista de Enfermagem*. 2012. Vol. 25 (5). P. 757–762. DOI: [10.1590/S0103-21002012000200020](https://doi.org/10.1590/S0103-21002012000200020)

34. **Bahcecioglu Turan G., Orhun Dönmez Z., Öztürk Z.** The mediating role of psychological resilience in the effect of strength of religious faith on coping with stress in people with type 2 diabetes: A SEM analysis. 2024. URL: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11405462/> (дата звернення: 20.11.2025).
  
35. **Gois C. J., Ferro A. C., Santos A. L., Sousa F. P., Ouakinin S. R.** Psychological adjustment to diabetes mellitus: highlighting self-integration and self-regulation. *Acta Diabetologica*. 2012. Vol. 49 (Suppl. 1). P. S33–S40.  
  
DOI: [10.1007/s00592-010-0191-7](https://doi.org/10.1007/s00592-010-0191-7)
  
36. **Gonzalez J. S., Tanenbaum M. L., Commissariat P. V.** Psychosocial factors in medication adherence and diabetes self-management: implications for research and practice. *American Psychologist*. 2016. Vol. 71 (7). P. 539–551.  
  
DOI: [10.1037/a0040388](https://doi.org/10.1037/a0040388)
  
37. **Kalra S., Jena B. N., Yeravdekar R.** Emotional and psychological needs of people with diabetes. *Indian Journal of Endocrinology and Metabolism*. 2018. Vol. 22 (5). P. 696–704.  
doi: [10.4103/ijem.IJEM\\_579\\_17](https://doi.org/10.4103/ijem.IJEM_579_17)
  
38. Leventhal, H., Nerenz, D. R., & Steele, D. J. (1984). *Illness representations and coping with health threats*. In A. Baum, S. E. Taylor, & J. E. Singer (Eds.), *Handbook of Psychology and Health* (Vol. 4, pp. 219-252). Hillsdale, NJ: Erlbaum. Отримано з ResearchGate:  
[https://www.researchgate.net/publication/246416053\\_Illness\\_Representations\\_and\\_Coping\\_with\\_Health\\_Threats#fullTextFileContent](https://www.researchgate.net/publication/246416053_Illness_Representations_and_Coping_with_Health_Threats#fullTextFileContent) (дата звернення: 19.11.2025).
  
39. **Tareen R. S., Tareen K.** Psychosocial aspects of diabetes management: Dilemma of Diabetes Distress. 2017. Vol. 6 (4). P. 383–396.  
  
doi: 10.21037/tp.2017.10.04.



40. **Weinman J., Petrie K. J., Moss-Morris R., Horne R.** The Illness Perception Questionnaire (IPQ). *Psychology and Health*. 1996. Vol. 11 (3). P. 431–445.  
DOI: [10.1080/08870449608400270](https://doi.org/10.1080/08870449608400270)
- .

## АНОТАЦІЯ

У кваліфікаційній роботі досліджено особливості соціально-психологічної адаптації дорослих пацієнтів із цукровим діабетом 1 типу залежно від їхнього ставлення до хронічного захворювання. Актуальність теми визначається зростанням поширеності діабету та потребою у розумінні психологічних механізмів, що забезпечують ефективне пристосування людини до тривалого стану хвороби. У центрі аналізу перебуває внутрішня картина хвороби (ВКХ) як комплексне суб'єктивне утворення, що включає когнітивні, емоційні, мотиваційні та поведінкові компоненти й визначає, як пацієнт сприймає свій діагноз і реагує на нього.

У теоретичному розділі узагальнено сучасні підходи до вивчення ВКХ, зокрема моделі Г. Левенталя та українських дослідників. Описано 12 типів ставлення до хвороби, що відображають різні стилі реагування на соматичний стан і мають прогностичне значення щодо перебігу адаптації. Показано, що гармонійна ВКХ сприяє прийняттю, комплаєнсу, емоційній стабільності та високому рівню життєстійкості, тоді як тривожні, іпохондричні, меланхолійні чи анозогнозичні варіанти можуть спричиняти дезадаптацію. Окремо розкрито соціальні та екзистенційні чинники адаптації, роль соціальної підтримки, локусу контролю та особистісних ресурсів.

Емпіричне дослідження здійснено на вибірці з 85 осіб: пацієнтів із цукровим діабетом 1 типу зі стажем захворювання до 15 років, понад 15 років, а також контрольної групи умовно здорових респондентів. Використано методику соціально-психологічної адаптації К. Роджерса – Р. Даймонда, опитувальник особистісної адаптованості К. Роджерса, діагностику типів ставлення до хвороби та опитувальник локусу контролю здоров'я. Математична обробка включала кореляційний аналіз, множинну лінійну регресію, дисперсійний, факторний та кластерний аналіз.

Результати засвідчили наявність статистично значущого зв'язку між характером внутрішньої картини хвороби та рівнем соціально-психологічної адаптації. Пацієнти з гармонійним, ергопатичним та конструктивним типом

ставлення демонстрували вищий рівень адаптованості, емоційної стабільності та внутрішнього контролю. Натомість меланхолійний, тривожний, сенситивний, іпохондричний та анозогнозичний типи асоціювалися з підвищеною тривогою, низьким комплаєнсом та дезадаптивними поведінковими реакціями. Виявлено також, що зі збільшенням тривалості хвороби зростає рівень адаптованості за умови конструктивної ВКХ, тоді як при дезадаптивних типах ставлення тривалість хвороби не компенсує емоційної нестабільності та зниженого самоконтролю.

Практична значущість роботи полягає у можливості використання отриманих результатів у клінічній психології, медичній психології та системі охорони здоров'я для розробки програм психологічного супроводу, спрямованих на формування гармонійної ВКХ, підвищення мотивації до лікування, розвиток навичок саморегуляції та життєстійкості. Дослідження підкреслює необхідність міждисциплінарного підходу в роботі з хронічно хворими пацієнтами та систематичного психологічного моніторингу їхнього стану.

## ANNOTATION

This qualification thesis examines the socio-psychological adaptation of adult patients with type 1 diabetes mellitus, focusing on how individual attitudes toward chronic illness influence adaptation outcomes. The relevance of this research is driven by the increasing incidence of diabetes and the need to understand the psychological mechanisms that determine how individuals adjust to long-term health conditions. Central to this study is the concept of the *illness representation* (internal picture of illness), a multidimensional psychological construct encompassing cognitive, emotional, motivational, behavioral, and social components.

The theoretical part summarizes contemporary approaches to studying illness representations, including the Common-Sense Model of Self-Regulation by H. Leventhal and contributions from Ukrainian researchers. A detailed typology of 12 illness-related attitudes is presented, reflecting adaptive and maladaptive ways of responding to disease. A

harmonious illness representation is shown to promote acceptance, emotional stability, treatment adherence, and psychological resilience, whereas anxious, hypochondriacal, melancholic, apathetic, or denial-based patterns are associated with poorer adjustment and dysfunctional coping. Social factors, personality traits, locus of control, and existential meaning-making are also identified as important determinants of adaptation.

The empirical study involved 85 participants: adults with type 1 diabetes of less than 15 years' duration, more than 15 years' duration, and a control group of conditionally healthy individuals. The research utilized the Social-Psychological Adaptation Scale by Rogers & Diamond, the Rogers Self-Ideal Q-Sort, the diagnostic method for identifying illness-related attitudes, and a health locus of control questionnaire. Statistical processing included correlation analysis, multiple linear regression, ANOVA, factor analysis, and cluster analysis.

The findings confirmed statistically significant relationships between the nature of illness representations and indicators of socio-psychological adaptation. Patients with harmonious, ergopathic, or otherwise constructive attitudes demonstrated higher adaptation, emotional stability, internal locus of control, and better self-regulation. In contrast, anxious, melancholic, hypochondriacal, sensitive, or denial-based attitudes correlated with elevated anxiety, emotional instability, avoidance, and poor adherence to treatment. The study also showed that longer duration of illness may improve adaptation **only if** the patient holds a constructive illness representation; otherwise, maladaptive patterns persist regardless of disease duration.

The practical significance of the work lies in its application to clinical practice and healthcare settings. The results can inform psychological interventions aimed at developing a harmonious illness representation, strengthening internal motivation for treatment, enhancing emotional regulation, and improving patients' quality of life. The thesis emphasizes the importance of interdisciplinary cooperation and ongoing psychological assessment in the management of chronic illnesses such as type 1 diabetes.



