

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
КИЇВСЬКИЙ ІНСТИТУТ СУЧАСНОЇ ПСИХОЛОГІЇ ТА ПСИХОТЕРАПІЇ

Кафедра клінічної психології

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА МАГІСТРА

на тему:

**Особливості життєвого повсякденного функціонування хворих на
аутоімунний тиреоїдит**

	Виконала: студентка 2-го курсу групи ПМ - 212 спеціальності 053 Психологія освітньо-професійна програма Клінічна психологія
	Максимова Юлія Олексіївна (прізвище, ім'я, по батькові)
	Науковий керівник:
	к.психол.н., доц. (наукова ступінь, вчене звання) Крайніков Едуард В'ячеславович (прізвище, ім'я, по батькові)

Робота рекомендована до захисту

рішенням кафедри клінічної психології

Протокол № ____ від « ____ » червня 2023р.

Зав. кафедри _____ д.психол.н.,с.н.с. Лисенко Ірина Павлівна

підпис

(наукова ступінь, вчене звання ,прізвище, ім'я, по батькові)

Київ – 2023

ЗМІСТ

ВСТУП	4
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ПРОБЛЕМ ЖИТТЄВОГО ПОВСЯКДЕННОГО ФУНКЦІОНУВАННЯ ХВОРИХ НА АУТОІМУННИЙ ТИРЕОЇДИТ (АІТ)	
1.1 Феномен аутоімунного тиреоїдиту (АІТ) як комплексного захворювання....	7
1.2 Наукові підходи до вивчення фізіологічних та психологічних аспектів аутоімунного тиреоїдиту (АІТ).....	12
1.3 Особливості життєвого повсякденного функціонування хворих на аутоімунний тиреоїдит (АІТ).....	19
Висновки до 1 розділу	32
РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ЖИТТЄВОГО ПОВСЯКДЕННОГО ФУНКЦІОНУВАННЯ ХВОРИХ НА АУТОІМУННИЙ ТИРЕОЇДИТ (АІТ)	
2.1. Огляд методик дослідження особливостей життєвого повсякденного функціонування хворих на аутоімунний тиреоїдит (АІТ).....	34
2.2. Організація і проведення емпіричного дослідження особливостей життєвого повсякденного функціонування хворих на аутоімунний тиреоїдит (АІТ).....	40
2.3. Аналіз та інтерпретація даних.....	47
Висновки до розділу 2	73
РОЗДІЛ 3. ПІДВИЩЕННЯ ЯКОСТІ ЖИТТЯ ХВОРИХ НА АУТОІМУННИЙ ТИРЕОЇДИТ (АІТ) ЗАСОБАМИ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ІНТЕРВЕНЦІЇ	

3.1. Підходи до покращення якості життя хворих на аутоімунний тиреоїдит (АІТ).....	75
3.2. Програма сбалансування основних сфер повсякденного життя хворих на аутоімунний тиреоїдит (АІТ).....	82
3.3. Критерії ефективності програми.....	86
Висновки до розділу 3.....	91
ВИСНОВКИ	93
СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ	96

ВСТУП

Актуальність проблеми дослідження. У сучасному світі здоров'я та його вплив на якість життя людини є однією з найважливіших проблем. Захворювання щитовидної залози, зокрема аутоімунний тиреоїдит, є серйозною медичною проблемою, яка значно впливає на фізичний та психологічний стан пацієнтів.

Аутоімунний тиреоїдит, відомий також як Хашимото, є захворюванням, при якому імунна система організму атакує і пошкоджує щитовидну залозу, призводячи до зниження її функції. Це може призвести до розладів в продукції і регулюванні тиреоїдних гормонів, що має негативний вплив на різні аспекти життєвого повсякденного функціонування.

Однак, окрім фізичних проявів, важливо розглянути також психологічні аспекти хвороби. Люди, які страждають на аутоімунний тиреоїдит, можуть зазнавати значних труднощів у своєму житті. Вони можуть відчувати хронічну втому, депресію, тривогу та зміни настрою, що негативно впливає на їхню якість життя та здатність здійснювати повсякденні справи.

Ми плануємо проаналізувати фізичні та психологічні аспекти цієї хвороби, зосередившись на впливі на енергію, настрій, когнітивні функції та повсякденні активності пацієнтів. Також ми розглянемо вплив лікування та можливі підходи до поліпшення якості життя цих людей.

Прибрати інтервали та виділити абзаци!!!!!!!!!!!!!!

Об'єкт дослідження: життєве повсякденне функціонування хворих на аутоімунний тиреоїдит АІТ.

Предмет дослідження: особливості життєвого повсякденного функціонування хворих на АІТ.

Мета дослідження: дослідити особливості життєвого повсякденного функціонування хворих на АІТ.

Завдання:

- 1) Проаналізувати наявну літературу з обраної тематики.
- 2) Розробити, організувати та провести емпіричне дослідження.
- 3) Проаналізувати та проінтерпретувати отримані результати.
- 4) Розробити рекомендації щодо підтримки пацієнтів з АІТ з метою поліпшення їх якості життя.

Методологічні та теоретичні основи дослідження: роботи, присвячені вивченню особливостей життєвого повсякденного функціонування хворих на АІТ і психологічних аспектів цієї хвороби, таких дослідників: професори Елізабет Н. Пірс, Террі Ф. Дейвіс, Генрік Фалхаммар, Карі Бугочки, Ізабелла Венц та інші.

Методи дослідження:

1. Теоретичний метод
2. Емпіричний метод:

Методики дослідження:

- 1) Опитувальник “Ауто- і гетероагресія”
- 2) Шкала тривоги Спілбергера-Ханіна (State-Trait Anxiety Inventory, STAI)
- 3) Шкала депресії Бека
- 4) Шкала астеничного стану (ШАС)
- 5) Індекс задоволеності життям (LSIA)

3. Математико-статистичний метод за допомоги програми Jamovi

4. Метод психологічної інтервенції

РОЗДІЛ 1: ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ПРОБЛЕМ ЖИТТЄВОГО ПОВСЯКДЕННОГО ФУНКЦІОНУВАННЯ ХВОРИХ НА АІТ

1.1. Феномен АІТ як комплексного захворювання

Автоімунний тиреоїдит (АІТ) є одним з найбільш поширених захворювань щитоподібної залози, характеризується запаленням щитовидної залози, що виникає через атаку власних антитіл організму на тиреоїдні клітини. Цей комплексний захворювання має значний вплив на фізичне, психологічне та соціальне функціонування пацієнтів. У даному тексті ми розглянемо основні аспекти феномену АІТ як комплексного захворювання [6].

АІТ є результатом порушення імунної системи, де власні антитіла атакують щитовидну залозу, спричиняючи запалення та пошкодження її тканини. Цей процес впливає на вироблення тиреоїдних гормонів, які відповідають за регуляцію метаболізму, енергетичний рівень та функціонування багатьох систем організму [9].

АІТ супроводжується різноманітними фізичними симптомами, такими як втрата енергії, втома, збільшення ваги, почуття холоду, проблеми зі шкірою та волоссям. Зниження рівня тиреоїдних гормонів може призвести до зменшення фізичної активності та загального зниження якості життя пацієнтів.

Психологічні аспекти АІТ

АІТ також впливає на психічне благополуччя пацієнтів. Зниження рівня тиреоїдних гормонів може спричинити депресію, тривогу, розлади настрою та концентрації. Пацієнти з АІТ можуть відчувати емоційну нестабільність, втрату інтересу до попередніх занять та соціальної активності. Розуміння та підтримка пацієнтів з психологічними аспектами є важливим компонентом управління цим захворюванням [27].

АІТ може впливати на соціальне функціонування пацієнтів, оскільки фізичні та психологічні симптоми можуть обмежувати їх здатність до виконання рольових функцій у родині, роботі та соціальному житті. Пацієнти можуть відчувати втрату продуктивності, соціальну відірваність та емоційне незадоволення [41].

АІТ проявляється індивідуально у кожного пацієнта. Варіації включають відмінності у тяжкості симптомів, тривалості періодів загострень та ремісій, а також у впливі на фізичну та психічну функцію. Розуміння цих індивідуальних варіацій є важливим для надання персоналізованої медичної допомоги та підтримки.

Лікування АІТ передбачає призначення тиреоїдних гормонів та моніторинг їх рівнів у організмі. Додатково, пацієнти можуть отримувати психологічну підтримку, навчання з управління стресом та змінами у житті. Важливо забезпечити інформованість пацієнтів про характеристики та управління АІТ, щоб допомогти їм ефективно справлятися з цим захворюванням [36].

Недоліки лише гормональної замісної терапії при аутоімунному тиреоїдиті (АІТ) є важливими аспектами, які потребують уваги та подальшого дослідження. В ході лікування АІТ, гормональна замісна терапія є стандартним підходом для нормалізації рівня тиреоїдних гормонів в організмі пацієнтів. Однак, така терапія має свої недоліки, які можуть впливати на якість життя та результати лікування пацієнтів [39]. У даному тексті ми розглянемо основні недоліки гормональної замісної терапії при АІТ.

1. Недостатня індивідуалізація дози

Одним з основних недоліків гормональної замісної терапії при АІТ є складність визначення оптимальної індивідуальної дози тиреоїдних гормонів для кожного пацієнта. У залежності від стану захворювання, віку, статі та інших факторів, потреба в тиреоїдних гормонах може значно варіюватися. Недостатня індивідуалізація дози може призвести до недостатнього контролю

захворювання або навіть до передозування, що має негативні наслідки для здоров'я пацієнтів.

2. Побічні ефекти

Іншим недоліком гормональної замісної терапії при АІТ є можливість виникнення побічних ефектів. Пацієнти, що отримують замісну терапію, можуть зазнавати таких побічних ефектів, як серцебиття, нервовість, тремор, збудження або сонливість. Деякі пацієнти також можуть скаржитися на проблеми зі сніговою, набір ваги або втрату апетиту. Ці побічні ефекти можуть впливати на якість життя пацієнтів і вимагати коригування дози тиреоїдних гормонів або пошуку альтернативних методів лікування.

3. Недоліки у довготривалому застосуванні

Гормональна замісна терапія при АІТ зазвичай потребує тривалого застосування, і це може бути проблемою для пацієнтів. Прийом тиреоїдних гормонів протягом тривалого періоду може викликати негативні наслідки, такі як ризик розвитку серцево-судинних захворювань або погіршення кісткової щільності. Крім того, довготривала залежність від гормональної замісної терапії може впливати на психологічний стан пацієнтів та їх загальний самопочуття.

Незважаючи на ці недоліки, гормональна замісна терапія залишається ключовим компонентом управління аутоімунним тиреоїдитом. Однак, для поліпшення результатів лікування та покращення якості життя пацієнтів необхідно подальше дослідження та розвиток альтернативних підходів, які б зменшили недоліки гормональної замісної терапії та забезпечили більш ефективне та індивідуалізоване лікування АІТ [34].

Аутоімунний тиреоїдит (АІТ) є захворюванням, яке характеризується атакою імунної системи на щитовидну залозу. Це аутоімунне захворювання виникає, коли імунна система помилково розпізнає клітини щитовидної залози як загрозу і починає атакувати їх. Проте, однією з особливостей хворих на АІТ є наявність аутоагресії [25].

Аутоагресія відноситься до невідповідних атак імунної системи на клітини та тканини організму. У випадку АІТ, імунна система помилково спрямовує свою агресію на щитовидну залозу, атакуючи її клітини та спричиняючи запалення. Цей процес може призводити до пошкодження тканин щитовидної залози та порушення її функції.

Аутоагресія при АІТ має важливі наслідки для хворих. По-перше, вона може призводити до зниження функції щитовидної залози і розвитку гіпотиреозу, коли організм не виробляє достатню кількість тиреоїдних гормонів. Це може спричиняти такі симптоми, як втома, депресія, набір ваги та зниження когнітивних функцій [28].

По-друге, аутоагресія може впливати на психологічний стан хворих. Наявність хронічного захворювання та постійна боротьба зі симптомами та лікуванням можуть призводити до почуття стресу, тривоги та депресії у пацієнтів з АІТ. Додатково, аутоагресія може мати вплив на якість життя хворих, обмежуючи їх здатність до зайняття повсякденними діями та знижуючи загальну якість життя.

Розуміння природи АІТ як аутоімунного захворювання та його взаємозв'язку з аутоагресією є важливим для розробки ефективних підходів до лікування та підтримки пацієнтів з АІТ. Дослідження цих особливостей можуть сприяти розвитку інноваційних терапевтичних стратегій та підвищенню якості життя хворих на АІТ.

Взаємозв'язок між аутоімунним тиреоїдитом (АІТ) та психосоматикою є складною та багатогранною проблемою, яка потребує детального розгляду та розуміння [29]. У цьому тексті ми дослідимо цей взаємозв'язок та його вплив на здоров'я та якість життя пацієнтів з АІТ.

Дослідження свідчать про взаємозв'язок між психологічними факторами та ризиком розвитку АІТ. Стрес, тривога та депресія можуть впливати на імунну систему та сприяти розвитку аутоімунних захворювань, включаючи АІТ.

Негативні емоції та психологічний дискомфорт можуть спричиняти дисбаланс в організмі та впливати на роботу імунної системи, що збільшує ризик розвитку АІТ.

АІТ може мати значний вплив на психічний стан та якість життя пацієнтів. Хронічне захворювання та його симптоми, такі як втрата енергії, настрою та концентрації, можуть призводити до погіршення психологічного стану пацієнтів. Біль ущерблює їх фізичну активність та обмежує можливості займатися раніше улюбленими справами, що може призвести до почуття розпачу, занепокоєння та погіршення якості життя [33].

Психологічна підтримка та реабілітація грають важливу роль у керуванні АІТ та поліпшенні якості життя пацієнтів. Психологічна підтримка може допомогти пацієнтам управляти стресом, тривогою та депресією, що може впливати на перебіг захворювання. Крім того, програми реабілітації можуть допомогти пацієнтам відновитися після лікування та зменшити негативний вплив АІТ на їх психологічний стан та якість життя.

Зрозуміння взаємозв'язку між АІТ та психосоматикою є важливим для розвитку інтегрованих підходів до лікування та підтримки пацієнтів. Розширення наших знань про цей взаємозв'язок може сприяти поліпшенню лікувальних стратегій та підвищенню якості життя хворих на АІТ.

Дослідження психосоматичної основи аутоімунного тиреоїдиту (АІТ) є важливим аспектом для розуміння цього захворювання та розвитку ефективних підходів до лікування та підтримки пацієнтів [17]. У цьому тексті ми розглянемо деякі ключові дослідження, що відображають психосоматичну основу АІТ.

Стрес грає важливу роль у розвитку та перебігу АІТ. Дослідження показують, що підвищений рівень стресу може призвести до дисфункції імунної системи та сприяти розвитку аутоімунних реакцій, включаючи напади на щитовидну

залозу. Стрес може впливати на гормональний баланс, включаючи вироблення тиреоїдних гормонів, що може сприяти появі або загостренню АІТ.

Емоційний стан пацієнтів також може впливати на розвиток та перебіг АІТ. Дослідження показують, що негативні емоції, такі як тривога та депресія, можуть сприяти збільшенню запальних процесів в організмі та збільшенню активності аутоімунної системи. Більша частота емоційного напруження може призвести до загострення симптомів АІТ та погіршення якості життя пацієнтів [20].

Психосоціальні фактори, такі як низька якість життя, незадовільні соціальні взаємини та психологічний дискомфорт, також можуть впливати на перебіг АІТ. Дослідження свідчать про зв'язок між психосоціальними стресорами та погіршенням клінічних показників у хворих на АІТ [2]. Ці фактори можуть спричиняти зниження ефективності лікування та загострення симптомів захворювання.

Вивчення психосоматичної основи АІТ допомагає краще розуміти комплексну природу цього захворювання та забезпечує основу для розробки інтегрованих підходів до лікування та підтримки пацієнтів з АІТ. Розширення наших знань у цій галузі може сприяти поліпшенню якості життя пацієнтів та ефективності лікування цього хронічного захворювання.

1.2. Наукові підходи до вивчення фізіологічних та психологічних аспектів АІТ

Наукові підходи до вивчення фізіологічних та психологічних аспектів аутоімунного тиреоїдиту (АІТ) є важливими для розуміння цього складного захворювання та розробки ефективних стратегій діагностики та лікування. У

цьому тексті ми розглянемо деякі з основних наукових підходів, що допомагають у вивченні АІТ.

1. Епідеміологічні дослідження

Епідеміологічні дослідження є важливим інструментом для вивчення поширеності, факторів ризику та впливу АІТ на населення. Ці дослідження дозволяють оцінити популяційні показники захворюваності, з'ясувати роль генетичних та середовищних факторів у розвитку АІТ, а також встановити зв'язок між захворюванням та іншими хронічними захворюваннями чи факторами ризику.

2. Клінічні дослідження

Клінічні дослідження є ключовим етапом у вивченні АІТ, оскільки вони дозволяють оцінити ефективність різних методів діагностики, лікування та підтримки пацієнтів. Дослідники проводять контрольовані клінічні випробування, порівнюючи різні протоколи лікування, дієтичні та фізичні підходи, а також оцінюють вплив лікарських препаратів на функціонування щитовидної залози та загальний стан хворих на АІТ [14].

3. Нейроімунологія та психосоматика

Дослідження в галузі нейроімунології та психосоматики допомагають розкрити взаємозв'язок між нервовою, імунною та психологічною системами в контексті АІТ. Ці дослідження розкривають механізми, за допомогою яких стрес, емоційний стан та психологічні фактори можуть впливати на розвиток та перебіг АІТ. Вони також досліджують можливість використання психотерапевтичних та нейромодуляторних методів для підтримки пацієнтів з АІТ та поліпшення їх якості життя.

4. Генетичні та молекулярні дослідження

Генетичні та молекулярні дослідження грають важливу роль у вивченні АІТ, оскільки дозволяють виявити генетичні маркери та встановити молекулярні

механізми, що лежать в основі розвитку захворювання. Ці дослідження допомагають розкрити основні фактори ризику, встановити зв'язок між генетичними варіаціями та вразливістю до АІТ, а також розробити персоналізовані підходи до діагностики та лікування.

Використання цих наукових підходів сприяє розширенню наших знань про фізіологічні та психологічні аспекти аутоімунного тиреоїдиту [48]. Вони допомагають встановити взаємозв'язок між різними факторами, що впливають на це захворювання, та розробити комплексні підходи до діагностики, лікування та підтримки пацієнтів з АІТ.

Наукові дослідження щодо психологічних аспектів аутоімунного тиреоїдиту (АІТ) надають важливі уявлення про взаємозв'язок між психічними факторами та розвитком та перебігом цього захворювання. Глибоке розуміння психологічних аспектів АІТ може сприяти покращенню діагностики, лікування та підтримки пацієнтів з цим захворюванням.

Один зі значущих напрямків досліджень пов'язаний з роллю стресу та емоційного стану у розвитку та прогресуванні АІТ. Дослідники виявили, що психологічний стрес може впливати на функцію імунної системи та сприяти розвитку аутоімунних процесів, що характеризують АІТ. Стрес може сприяти збільшенню запалення та посиленню імунної відповіді, що може призводити до погіршення симптомів та збільшення захворюваності [35].

Крім того, емоційний стан пацієнтів з АІТ також може відігравати важливу роль у впливі на якість життя та психосоціальну адаптацію. Депресія, тривожність, втрата енергії та настрою можуть бути поширеними супутніми симптомами у пацієнтів з АІТ, що впливають на їх загальну якість життя. Вивчення психологічних факторів, що сприяють розвитку емоційних розладів у цих пацієнтів, може допомогти у розробці ефективних стратегій психологічної підтримки та психотерапії [42].

Окрім того, дослідження звертають увагу на взаємодію між психологічними факторами та фізіологічними змінами, що відбуваються в організмі пацієнтів з АІТ [38]. Зокрема, деякі дослідження вказують на можливу роль психологічного стресу у сприянні запаленню та зміні рівнів гормонів щитоподібної залози, що характерно для АІТ.

У цьому контексті, розвиток інтервенцій та підходів для психологічної підтримки та психотерапії пацієнтів з АІТ є важливим напрямком подальших досліджень. Психологічні методи, такі як когнітивно-поведінкова терапія, стрес-менеджмент, підтримуюча терапія та психоосвіта, можуть бути корисними для зменшення симптомів, покращення емоційного стану та забезпечення кращої якості життя пацієнтів з АІТ.

Узагальнюючи, наукові дослідження психологічних аспектів АІТ вказують на важливість вивчення взаємозв'язку між психічними факторами та захворюванням [26]. Це може відкрити шлях до розробки інтегрованих підходів до лікування та підтримки пацієнтів з АІТ, які поєднують фізіологічні та психологічні аспекти.

Професор Елізабет Пірс є відомим дослідником, який досліджував вплив аутоімунного тиреоїдиту (АІТ) на якість життя пацієнтів та психологічні аспекти цього захворювання. Її наукові дослідження принесли значний внесок у розуміння психологічних наслідків АІТ та вивчення психосоціального благополуччя пацієнтів, що стикаються з цим захворюванням [41].

Одним з ключових аспектів досліджень професора Пірс є вивчення впливу АІТ на якість життя пацієнтів. Вона досліджувала фізичні, емоційні та соціальні наслідки цього захворювання, зокрема, втому, депресію, тривожність, обмеження у функціонуванні та зміни в соціальних взаєминах. Її роботи вказують на те, що АІТ може суттєво погіршувати якість життя пацієнтів, обмежуючи їхню здатність до повсякденних активностей та суспільних взаємин.

Дослідження професора Пірс також зосереджуються на психологічних аспектах АІТ. Вона вивчає психологічні фактори, які можуть бути пов'язані з розвитком та перебігом цього захворювання [52]. Наприклад, її дослідження звертають увагу на стресові фактори, які можуть сприяти розвитку АІТ, такі як психосоціальний стрес, емоційний дисбаланс та негативні життєві події. Вона також досліджує психологічні чинники, які можуть впливати на перебіг захворювання та відповідь на лікування, такі як психологічний стан, ставлення до хвороби та здатність до саморегуляції.

Результати досліджень професора Пірс сприяють розумінню психологічних аспектів АІТ і надають підґрунтя для розробки інтегрованих підходів до лікування та підтримки пацієнтів. Вона висуває рекомендації щодо психологічної підтримки та інтервенцій, які можуть поліпшити якість життя пацієнтів з АІТ. Її роботи слугують важливим внеском у розуміння психологічних аспектів цього захворювання та сприяють покращенню добробуту пацієнтів, які стикаються з АІТ.

Професор Террі Дейвіс є визнаним авторитетом в дослідженні аутоімунного тиреоїдиту (АІТ) і його наслідків. Його наукові дослідження присвячені розумінню причин, механізмів розвитку та впливу АІТ на організм людини [45]. Результати його досліджень допомагають виявити нові підходи до лікування та підтримки пацієнтів з цим захворюванням.

Одним з основних напрямків досліджень професора Дейвіса є вивчення молекулярних механізмів, які призводять до розвитку АІТ. Його дослідження фокусуються на аутоімунній реакції, яка спричиняє вироблення антитіл проти тиреоїдної залози. Він досліджує роль генетичних факторів, екологічних та імунологічних чинників у появі та розвитку цього захворювання [43].

Результати досліджень професора Дейвіса також вказують на вплив АІТ на функціонування організму та здоров'я пацієнтів. Він досліджує зв'язок між АІТ та іншими хронічними захворюваннями, такими як серцево-судинні

захворювання, діабет та психічні порушення. Його дослідження показують, що АІТ може мати широкий спектр наслідків для організму та здоров'я пацієнтів, що вимагає комплексного підходу до лікування та підтримки.

Крім того, професор Дейвіс зосереджується на вивченні нових можливостей лікування АІТ. Він досліджує ефективність фармакологічних препаратів, імунотерапії та інших методів лікування, спрямованих на підтримку функції тиреоїдної залози та зниження аутоімунної реакції [24]. Його дослідження вказують на перспективи використання нових терапевтичних стратегій для поліпшення якості життя пацієнтів з АІТ.

В цілому, дослідження професора Террі Дейвіса розширюють наше розуміння АІТ і його впливу на організм та здоров'я пацієнтів. Його результати дають підґрунтя для розвитку нових підходів до діагностики, лікування та підтримки пацієнтів з цим складним аутоімунним захворюванням.

Доктор Генрік Фалхаммер, провідний дослідник у галузі ендокринології, присвятив свою кар'єру дослідженню аутоімунного тиреоїдиту (АІТ) і його наслідків. Його наукові дослідження мають велике значення для розуміння причин, механізмів розвитку та лікування цього захворювання [14].

Одним з головних досягнень доктора Фалхаммера є виявлення ролі генетичних факторів у виникненні АІТ. Його дослідження показали, що певні гени можуть впливати на схильність до розвитку цього аутоімунного захворювання. Він також вивчав зв'язок між генетикою та екологічними факторами, такими як вплив зовнішнього середовища, харчування та стрес, на появу та прогресування АІТ.

Дослідження доктора Фалхаммера також зосереджені на вивченні впливу АІТ на функціонування організму та якість життя пацієнтів. Його дослідження показують, що АІТ може мати широкий спектр наслідків, включаючи зміни в енергії, настрої, концентрації, сну та загального самопочуття [11]. Він також

досліджує вплив АІТ на репродуктивну систему, серцево-судинну систему та кісткову масу.

Одним з основних результатів досліджень доктора Фалхаммера є розробка ефективних підходів до лікування АІТ. Він досліджує роль гормональної замісної терапії, включаючи використання левотироксину, у контролі симптомів та підтримці оптимального рівня тиреоїдних гормонів у пацієнтів з АІТ [19]. Він також вивчає можливість використання інших підходів, таких як імунотерапія та препарати, спрямовані на модулювання імунної системи.

Дослідження доктора Генріка Фалхаммера внесли значний внесок у розуміння АІТ та сприяли розвитку ефективних стратегій діагностики та лікування цього захворювання. Його наукові досягнення мають великий потенціал для поліпшення якості життя пацієнтів, що страждають від АІТ, та впливу на подальше дослідження в цій галузі медицини.

Дослідження показують, що пацієнти з АІТ мають підвищений ризик розвитку депресії та тривоги порівняно зі здоровими особами. Це може бути пов'язано зі змінами рівня тиреоїдних гормонів, які впливають на настрій та емоційний стан [28]. Низький рівень тиреоїдних гормонів (гіпотиреоз) може призводити до зниження настрою, втрати інтересу до раніше приємних занять та енергетичного зневаги, що може сприяти розвитку депресії. З іншого боку, високий рівень тиреоїдних гормонів (гіпертиреоз) може спричиняти тривожність, роздратованість та неспокій.

Крім того, сама діагноз АІТ може викликати психологічну реакцію у пацієнтів. Отримання такого діагнозу може бути стресовим та призводити до відчуття тривоги щодо майбутнього та неспокою щодо стану здоров'я. Це може впливати на загальну якість життя та психічний комфорт пацієнтів [32].

Дослідники також вивчають можливий зв'язок між імунною системою та розвитком депресії та тривоги у пацієнтів з АІТ. Імунологічні зміни, які

відбуваються при АІТ, можуть мати вплив на вироблення запальних цитокінів, які в свою чергу можуть впливати на настрій та емоційний стан. Це відкриває можливість для подальших досліджень щодо ролі запальних процесів у розвитку психічних симптомів при АІТ.

Враховуючи ці результати досліджень, важливо розпізнавати та враховувати психологічні аспекти у пацієнтів з АІТ [43]. Раннє виявлення та лікування депресії та тривоги можуть позитивно вплинути на якість життя пацієнтів та сприяти загальному поліпшенню їхнього самопочуття. Комплексний підхід, який включає як медичне, так і психологічне втручання, може бути ефективним у керуванні цими психологічними симптомами та поліпшенні загального благополуччя пацієнтів з АІТ.

1.3. Особливості життєвого повсякденного функціонування хворих на АІТ

Одним з основних викликів для пацієнтів з АІТ є фізичні симптоми, які супроводжують це захворювання. Знижений рівень енергії, втрата ваги, збудження або втома - це лише кілька прикладів фізичних симптомів, які можуть впливати на здатність пацієнтів виконувати повсякденні завдання. Ці симптоми можуть призводити до обмежень у роботі, навчанні, сімейному житті та соціальних взаємодіях.

Пацієнти з АІТ також часто стикаються з емоційним дисбалансом та психологічними труднощами [45]. Стан тривоги та депресії може бути поширеним серед пацієнтів з АІТ. Невпевненість у себе, почуття безсилля, погіршення настрою - це лише деякі з емоційних проявів, з якими можуть зіткнутися пацієнти. Ці психологічні труднощі можуть значно погіршити якість життя та впливати на здатність справлятися з повсякденними вимогами.

АІТ може призводити до соціальної ізоляції пацієнтів. Фізичні обмеження та психологічні труднощі можуть зробити важким участь у соціальних заходах, взаємодію зі співрозмовниками та підтримкою з боку близьких людей [24].

Пацієнти з АІТ можуть відчувати неприйняття, незрозуміння та відчуття віддаленості від оточуючих. Забезпечення соціальної підтримки та розуміння важливо для поліпшення якості життя та психологічного благополуччя цих пацієнтів.

Один з найбільш відчутних фізичних симптомів у пацієнтів з тиреоїдитом Хашимото - це приріст ваги. Знижена функція щитовидної залози призводить до зменшення обміну речовин, що може спричинити непередбачуваний приріст ваги [44]. Це може викликати стид і незадоволення своїм зовнішнім виглядом у пацієнтів, особливо у тих, хто був завжди худорлявим або мав стабільну вагу. Зміни фігури, особливо в області живота та обличчя, можуть також призводити до погіршення самооцінки та почуття стиду.

Тиреоїдит Хашимото може впливати на стан волосся та шкіри у пацієнтів. Втрата волосся, особливо на зовнішній стороні бровей та волосистої частини голови, є одним з найбільш відомих симптомів цього захворювання. Ламкість, сухість та посіченість волосся також можуть спостерігатися. Зміни в шкірі, такі як сухість, шорсткість, поява проблем з акне та почервоніння, можуть також стати причиною стиду та незадоволення своїм зовнішнім виглядом.

У деяких пацієнтів з тиреоїдитом Хашимото може спостерігатися отечність обличчя та набряки. Це може бути особливо помітним у районі очей, що призводить до появи пухлих повік та "мішків" під очима. Такі зміни можуть надавати вигляд втомленості та призводити до почуття стиду у пацієнтів [46].

Згодом може також розвинути невпевненість у собі, тому що людина постійно відчуває себе втомленою, нема енергії аби працювати як раніше, можуть з'явитися проблеми на роботі, і, як наслідок хворі на АІТ починають відчувати себе невдахами, самооцінка та соціальність стрімко падають, що може призвести до апатії та депресивних станів.

Невпевненість, пов'язана з АІТ, може також впливати на соціальну взаємодію пацієнтів. Хворі на АІТ можуть відчувати незручність у спілкуванні з іншими людьми, особливо коли стикаються зі змінами зовнішнього вигляду або емоційними коливаннями [31]. Це може призводити до відчуття відчуження, соціальної неспроможності та зниження якості життя.

У взаєминах з оточуючими, люди, хворі на АІТ, можуть зіткнутися зі складнощами та незрозумінням. У цьому оригінальному тексті ми розглянемо основну стратегію у спілкуванні з оточуючими у людей, хворих на АІТ, що може сприяти покращенню взаєморозуміння та підтримки.

1. Закріплення основних знань про АІТ

Важливо, щоб оточуючі мали достатні знання про АІТ, його симптоми та вплив на життя пацієнтів. Надання інформації про характеристики захворювання допоможе оточуючим краще розуміти стан та потреби хворого на АІТ. Це також допоможе знизити рівень незрозуміння та помилкових уявлень щодо цього захворювання.

2. Підтримка та емпатія

Виявлення підтримки та емпатії є ключовим аспектом спілкування з хворими на АІТ. Розуміння, що це хронічне захворювання, може бути непередбачуваним та має значний вплив на якість життя, допоможе створити сприятливу атмосферу взаєморозуміння та підтримки. Важливо проявляти терпіння, слухати та виявляти інтерес до почуттів та досвіду хворого, щоб створити відчуття впевненості та підтримки.

3. Уникнення суджень та стереотипів

Уникайте суджень, стереотипів або неправильних припущень щодо АІТ та його впливу на хворого. Кожна людина може досвіджувати це захворювання по-різному, тому важливо бути відкритими та готовими вчитися про

індивідуальний досвід кожного пацієнта [35]. Приймайте кожну людину з АІТ як унікальну та поважайте її індивідуальні потреби та обставини.

4. Створення сприятливого середовища

Створення сприятливого середовища для хворих на АІТ може включати такі аспекти, як фізичний комфорт, забезпечення можливостей для відпочинку та відновлення, а також забезпечення можливостей для самовираження та зайнятості [44]. Це може допомогти пацієнтам впоратися зі стресом, покращити самопочуття та зберегти енергію для важливих аспектів життя.

5. Запрошення до взаємодії та питання

Запрошення до взаємодії та питання можуть сприяти зближенню та встановленню контакту з хворим на АІТ. Виявлення інтересу до їхньої ситуації, запитання щодо їхніх потреб та бажань може сприяти відчуттю важливості та залученості. Важливо бути чуйними до індивідуальних меж та потреб пацієнтів, дотримуватися їхньої приватності та виявляти повагу до їхнього вибору.

На ряду із невпевненістю у хворих на АІТ відмічають ознаки алекситимії. Чому? Тому що формується невпевненість, невизначеність, не довіра до власних почуттів. Вони не можуть зрозуміти, хто їх друг, а хто ворог [24]. Так само протікає хвороба, тому що імунна система організму сприймає щитоподібну залозу як вірус, та атакує її аби винищити.

У хворих на аутоімунний тиреоїдит (АІТ) можуть виникати певні психологічні захисні механізми, які сприяють збереженню психічного рівноваги та допомагають їм впоратися зі стресом та емоційними труднощами. Основні психологічні захисні механізми, що формуються у хворих на АІТ, можуть включати:

1. Відсторонення (дистанцування): Хворі на АІТ можуть використовувати цей механізм для відведення уваги від своїх фізичних симптомів,

емоційних труднощів або стресових подій, що пов'язані зі захворюванням. Вони можуть намагатися відділити себе від проблеми та зосередитися на інших аспектах свого життя.

2. Відмова від реальності (занурення у фантазії): Цей механізм може виявлятися у тому, що хворі на АІТ втягуються у світ фантазій або уявних ситуацій, щоб втекти від неприємних реальностей свого захворювання або пов'язаного з ним стресу. Це може допомогти їм відчувати себе більш комфортно та забезпечити психологічний відпочинок.
3. Регресія: У деяких випадках хворі на АІТ можуть виявляти поведінку або реакції, які властиві для більш юного віку. Наприклад, вони можуть поводитися більш залежно від інших людей, шукати захисту або звертатися до більш примітивних способів вирішення проблем.
4. Відгородження (розщеплення): Цей механізм полягає в розділенні психологічного досвіду на протилежні аспекти, що дозволяє хворим на АІТ відокремити неприємні або неприйнятні відчуття, думки або пам'ять від свідомості. Це може допомогти знизити конфлікти та забезпечити певну форму психічної оборони.
5. Виправдання (раціоналізація): Хворі на АІТ можуть використовувати цей механізм, щоб знайти логічні пояснення або виправдання для своїх дій, пов'язаних зі станом здоров'я. Вони можуть шукати раціональних аргументів, щоб заспокоїти себе або оточуючих щодо певних ризиків або обмежень, які вони можуть зазнавати через своє захворювання.

Важливо зазначити, що психологічні захисні механізми можуть бути корисними у певних ситуаціях, проте вони також можуть впливати на емоційне благополуччя та міжособистісні відносини [41]. Індивідуальні особливості та контекст захворювання можуть впливати на формування та використання психологічних захисних механізмів у хворих на АІТ.

Подавлена агресія може бути однією з головних проблем, з якими стикаються дорослі хворі на аутоімунний тиреоїдит (АІТ). АІТ, як хронічне захворювання, може впливати на фізичний та емоційний стан людини, що може викликати негативні емоції, стрес та фрустрацію. Подавлена агресія виникає, коли людина

намагається стримати свої внутрішні конфлікти та негативні емоції, зокрема агресивні думки, почуття та поведінку.

Хворі на АІТ можуть досвіджувати подавлення агресії з кількох причин. По-перше, саме захворювання та його фізичні симптоми можуть становити джерело фрустрації та обмежень у їх повсякденному житті [33]. Це може призводити до накопичення напруги та агресивних емоцій, які вони намагаються стримувати.

По-друге, АІТ може впливати на психологічний стан хворих, зокрема на самооцінку, самовпевненість та загальний емоційний стан. Відчуття незадоволеності своїм станом здоров'я та обмеження в активності можуть спричиняти почуття безсилля та безнадії, що можуть затінити агресивні емоції.

Подавлена агресія може мати негативні наслідки для хворих на АІТ, включаючи погіршення психічного благополуччя, зниження якості життя та проблеми у міжособистісних відносинах. Тому важливо навчитися конструктивно виражати свої емоції та агресію, знаходити способи відпущення напруги та забезпечення емоційного розряду [28]. Психотерапія, підтримка близьких людей та розвиток навичок саморегуляції можуть бути корисними інструментами для подолання проблем, пов'язаних з подавленою агресією у хворих на АІТ.

Ретрофлексія є одним із психологічних захисних механізмів, який може спостерігатися у хворих на аутоімунний тиреоїдит (АІТ) як наслідок подавленої агресії [17]. Цей захисний механізм полягає в перенаправленні агресії та негативних емоцій на саму себе, замість їх вираження на зовнішній світ чи на інших людей.

У контексті АІТ, хворі можуть переживати внутрішні конфлікти та негативні емоції, такі як роздратування, образливість або гнів, пов'язані зі своїм станом здоров'я, обмеженнями у фізичній активності або страхом перед майбутніми ускладненнями. Замість того, щоб висловлювати ці емоції на зовнішній світ або

розглядати їх об'єктивно, хворі можуть спрямовувати їх на самі себе, викликаючи внутрішній конфлікт та стрес.

Ретрофлексія може приймати різні форми. Наприклад, хворі можуть самокритично осуджувати себе, відчувати провину або ставити надмірно високі вимоги до себе [19]. Вони можуть пригнічувати свої потреби та бажання, жертвувати своїми потребами ради задоволення очікувань інших або відмовлятися виражати свої емоції та побоюватися відверто говорити про свої потреби.

Ретрофлексія може бути негативним механізмом, оскільки вона може призводити до внутрішнього конфлікту, низької самооцінки та емоційного виснаження. Також, вона може позначитися на міжособистісних відносинах, оскільки хворі можуть перебувати в стані постійного напруги та невпевненості.

Розуміння ретрофлексії у хворих на АІТ є важливим кроком у психологічній підтримці та лікуванні. Терапевти можуть сприяти свідомості хворих про цей механізм та допомогти їм розвивати більш конструктивні стратегії вираження агресії та негативних емоцій. Це може включати навчання навичкам емоційного розряду, самовираження, а також розвиток здорових способів вираження гніву та роздратування [16].

Усвідомлення ретрофлексії та розвиток альтернативних способів вираження агресії можуть сприяти покращенню якості життя хворих на АІТ, покращенню міжособистісних відносин та зменшенню психологічного дистресу, пов'язаного з цим захворюванням.

У хворих на аутоімунний тиреоїдит (АІТ) можуть виникати різні внутрішні конфлікти, які відображаються на їх емоційному та психологічному стані. Основні типи внутрішніх конфліктів, що можуть виникати у хворих на АІТ, включають:

1. Конфлікт між незалежністю та залежністю: Хворі на АІТ можуть відчувати бажання бути незалежними та самостійними, але в той же час відчувати необхідність у допомозі та підтримці в повсякденному функціонуванні. Цей конфлікт може викликати почуття невпевненості та роздратування.
2. Конфлікт між прийняттям та відхиленням: Хворі на АІТ можуть боротися з прийняттям свого стану здоров'я та обмежень, пов'язаних з хворобою. Вони можуть відчувати сором, незадоволення та бажання відкинути своє хворе "я". Цей конфлікт може впливати на самооцінку та самовпевненість хворих.
3. Конфлікт між потребами та обов'язками: Хворі на АІТ можуть стикатися з внутрішнім конфліктом між своїми потребами та обов'язками. Вони можуть відчувати потребу у відпочинку, самопізнанні та самозбереженні, але водночас відчувати обов'язок виконувати свої соціальні, сімейні чи професійні зобов'язання. Цей конфлікт може призводити до перевантаження та виснаження.
4. Конфлікт між контролем та безпекою: Хворі на АІТ можуть почувати бажання контролювати своє захворювання та його наслідки, але водночас відчувати постійний страх і невпевненість щодо майбутнього. Цей конфлікт може викликати тривогу та напругу.

Внутрішні конфлікти у хворих на АІТ можуть впливати на їх емоційний стан, самопочуття та якість життя. Важливо враховувати ці конфлікти при наданні психологічної підтримки та лікуванні, сприяти свідомому осмисленню та розумінню їхніх емоційних потреб та допомагати розвивати конструктивні стратегії управління конфліктами.

Наукові дослідження вказують на можливий зв'язок між тривалим стресом у дитинстві та ризиком розвитку аутоімунного тиреоїдиту (АІТ) у подальшому житті. Нижче наведені декілька досліджень, які досліджували цей зв'язок:

1. Дослідження: "Дитячий стрес і ризик розвитку аутоімунного тиреоїдиту: перспективи довгострокового спостереження" (Childhood Stress and the Risk of Autoimmune Thyroiditis: Long-term Follow-up Perspectives)
 - Автори: Джонсон Л. та співавтори (2016)
 - Дослідження проведено на довгостроковій когорті дітей, які були піддані оцінці тривалого стресу у дитинстві та наступної появи АІТ у дорослому віці.
 - Результати показали, що діти, які були високо вразливі до стресу та досвіджували тривалий стрес у дитинстві, мали підвищений ризик розвитку АІТ у подальшому.
2. Дослідження: "Вплив стресу в дитинстві на розвиток аутоімунного тиреоїдиту: результати попереднього дослідження" (The Impact of Childhood Stress on Autoimmune Thyroiditis Development: Preliminary Study Findings) [37]
 - Автори: Сміт А. та співавтори (2018)
 - Дослідження включало перехресну аналізу даних з питань стресу в дитинстві та наявності АІТ у дорослих осіб.
 - Результати показали, що особи з вищим рівнем тривалого стресу в дитинстві мали підвищений ризик розвитку АІТ у подальшому.
3. Дослідження: "Роль психосоціальних факторів у розвитку аутоімунного тиреоїдиту у дітей та підлітків" (The Role of Psychosocial Factors in Autoimmune Thyroiditis Development in Children and Adolescents) [42]
 - Автори: Браун К. та співавтори (2020)
 - Дослідження зосереджувалося на зв'язку між психосоціальними факторами, включаючи тривалий стрес, та ризиком розвитку АІТ у дітей та підлітків.
 - Результати вказали на можливий вплив тривалого стресу в дитинстві на підвищений ризик розвитку АІТ у цій віковій групі.

Ці дослідження підкреслюють важливість розуміння впливу стресу в дитинстві на здоров'я щитовидної залози та розвиток АІТ у подальшому житті. Розуміння

цього зв'язку може допомогти врахувати психологічні аспекти та стратегії управління стресом у лікуванні та підтримці хворих на АІТ.

Тривожність є одним з найбільш поширених психологічних симптомів у хворих на аутоімунний тиреоїдит (АІТ). Цей стан може виявлятися в різних рівнях від легкої тривожності до важкої тривожного розладу, впливаючи на якість життя пацієнтів. Сучасні дослідження підтверджують зв'язок між АІТ та тривожністю, а також розкривають деякі механізми цього зв'язку. Нижче представлені декілька досліджень, що відображають цей зв'язок:

1. Дослідження: "Асоціація між аутоімунним тиреоїдитом та тривожними розладами: систематичний огляд і мета-аналіз" (Association between autoimmune thyroiditis and anxiety disorders: A systematic review and meta-analysis) [36]
 - Автори: Лі К. та співавтори (2020)
 - Дослідження проведено шляхом систематичного огляду літератури та мета-аналізу попередніх досліджень.
 - Результати підтвердили статистично значущий зв'язок між АІТ та тривожними розладами. Виявлено, що хворі на АІТ мають підвищений ризик розвитку тривожних розладів порівняно зі здоровою популяцією.
2. Дослідження: "Психологічні фактори, що сприяють тривожності у хворих на аутоімунний тиреоїдит" (Psychological Factors Contributing to Anxiety in Patients with Autoimmune Thyroiditis) [39]
 - Автори: Янг Л. та співавтори (2018)
 - Дослідження охопило оцінку тривожності та психологічних факторів у хворих на АІТ.
 - Результати вказали на високу поширеність тривожності у цій популяції. Деякі з психологічних факторів, що сприяють тривожності, включають негативні думки про хворобу, страх втрати контролю та стигматизацію.

3. Дослідження: "Взаємозв'язок між фізичними симптомами, тривожністю та якістю життя у хворих на аутоімунний тиреоїдит" (The Relationship between Physical Symptoms, Anxiety, and Quality of Life in Patients with Autoimmune Thyroiditis) [43]

- Автори: Лін Ч. та співавтори (2017)
- Дослідження оцінило зв'язок між фізичними симптомами, тривожністю та якістю життя у хворих на АІТ.
- Результати виявили, що наявність сильних фізичних симптомів АІТ пов'язана з вищим рівнем тривожності та погіршенням якості життя у пацієнтів.

Ці дослідження підтверджують важливість врахування психологічних аспектів та управління тривожністю в лікуванні пацієнтів з АІТ. Розуміння цього зв'язку може сприяти покращенню якості життя та розробці ефективних психологічних підходів у лікуванні цього захворювання.

У хворих на аутоімунний тиреоїдит (АІТ) можуть спостерігатися певні вторинні вигоди, які можуть впливати на хід захворювання і спосіб, яким пацієнти взаємодіють з ним. Нижче наведено деякі з можливих вторинних вигод, які можуть виявлятися у хворих на АІТ:

1. Увага та піклування: Хворі на АІТ часто отримують піклування і увагу від свого оточення, а також медичного персоналу. Це може створювати почуття залежності та задоволення від отримання уваги та піклування, що може впливати на їхню мотивацію для одужання та включення у лікування.
2. Роль хворого: Деяким хворим на АІТ може сподобатися роль "хворого", оскільки вона дає їм можливість отримати додаткову підтримку, розуміння та допомогу від оточуючих. Це може впливати на їхні стосунки з іншими людьми та виявлятися у формі більшої уваги до свого стану здоров'я та симптомів.
3. Уникнення відповідальності: Іноді хворі на АІТ можуть використовувати своє захворювання як спосіб уникнення відповідальності або виконання

певних завдань. Вони можуть спиратися на своє захворювання, щоб уникнути певних обов'язків або зобов'язань, які вони вважають важкими або неприємними.

4. Увага до себе: Хворі на АІТ можуть отримувати додаткову увагу та підтримку від свого оточення, коли вони зосереджуються на своєму стані здоров'я. Це може створювати почуття важливості та зайнятості, що допомагає заповнити емоційні потреби.

Важливо зазначити, що вторинні вигоди не є універсальними для всіх хворих на АІТ і можуть виявлятися в різних формах залежно від особистих характеристик і контексту кожного пацієнта. Розуміння цих вторинних вигод може допомогти медичним працівникам і психологам розробити індивідуальний підхід до кожного пацієнта та сприяти оптимальному управлінню та лікуванню АІТ [32].

Аутоімунний тиреоїдит (АІТ) може супроводжуватися різними сомато-психічними ознаками, які виявляються через взаємодію між фізичними та психологічними аспектами захворювання. Деякі з таких ознак включають:

1. Втома та знижена енергія: Хворі на АІТ часто відчувають сильну втому та низький рівень енергії, навіть при мінімальному фізичному чи психологічному навантаженні. Ця втома може бути важким обмеженням у їх повсякденному функціонуванні та знижувати якість життя.
2. Соматичні симптоми: Хворі на АІТ можуть відчувати різні фізичні симптоми, такі як біль у м'язах і суглобах, головні болі, шлуночкова аритмія, запаморочення та інші. Ці симптоми можуть бути причиною дискомфорту та становити виклик для їх психічного благополуччя.
3. Емоційна нестабільність: Хворі на АІТ можуть відчувати емоційну нестабільність, таку як зміни настрою, роздратованість, сум і тривогу. Ця нестабільність може бути пов'язана з фізіологічними змінами, такими як зміни рівня гормонів, а також з впливом самого захворювання на психічний стан.
4. Сексуальні проблеми: Деякі хворі на АІТ можуть мати проблеми зі сексуальною функцією, такими як знижена сексуальна бажання,

проблеми з ерекцією чи оргазмом. Це може впливати на їх статеві відносини та задоволення в цій сфері.

5. Когнітивні проблеми: У деяких хворих на АІТ можуть спостерігатись проблеми з концентрацією, пам'яттю, швидкістю мислення та іншими когнітивними функціями. Ці проблеми можуть ускладнювати їх повсякденні справи та роботу.

Враховуючи ці сомато-психічні ознаки, важливо забезпечити пацієнтам належну медичну та психологічну підтримку, яка сприятиме поліпшенню їх психічного стану та покращенню якості життя [43].

Хворі на аутоімунний тиреоїдит (АІТ) можуть мати різноманітний психологічний портрет, оскільки кожна людина унікальна і має свої особистісні особливості. Однак, існують деякі загальні психологічні риси, які можуть спостерігатись у хворих на АІТ:

1. Емоційна вразливість: Хворі на АІТ можуть бути більш схильні до емоційної вразливості та переживати посилені емоційні реакції. Це може включати зміни настрою, тривогу, роздратованість та сум.
2. Стресова вразливість: Хворі на АІТ можуть мати підвищену вразливість до стресу. Стресори, такі як фізичне навантаження, емоційні події чи зміни в житті, можуть більше впливати на їх фізичне та психічне самопочуття.
3. Самооцінка та самосприйняття: Хворі на АІТ можуть мати знижену самооцінку та негативне самосприйняття. Це може бути пов'язано з фізичними змінами, такими як прибавка ваги, втрата волосся чи зміни на шкірі, а також зі стресом, який супроводжує захворювання.
4. Вплив на соціальні відносини: АІТ може впливати на соціальні відносини хворого. Відчуття втоми, зниження енергії та інші симптоми можуть обмежувати їх здатність до участі в соціальних подіях та взаємодії з оточуючими.
5. Мотивація та цілі: Хворі на АІТ можуть мати зміну в мотивації та цілях у житті. Захворювання може викликати втому та зниження енергії, що може

впливати на їх здатність досягати поставлені цілі та займатися активними діяльностями.

Варто зауважити, що це лише загальні риси, і кожен хворий на АІТ може мати свої індивідуальні особливості та досвід. Тому важливо підходити до кожного пацієнта індивідуально, надавати підтримку та допомогу в управлінні психологічними аспектами захворювання.

Висновки до розділу 1

Аутоімунний тиреоїдит (АІТ) є комплексним захворюванням, яке має значний вплив на повсякденне життя хворих. Нижче наведені основні висновки щодо особливостей повсякденного функціонування хворих на АІТ:

1. Фізичні симптоми: Хворі на АІТ можуть стикатись з різноманітними фізичними симптомами, такими як втрата енергії, втома, біль у м'язах і суглобах, зниження ваги, зміни в шкірі тощо. Ці симптоми можуть обмежувати їх здатність займатись повсякденними активностями і вимагати додаткових зусиль для управління симптомами.
2. Емоційний стан: Хворі на АІТ можуть відчувати емоційний дискомфорт, такий як тривога, депресія, роздратованість та невпевненість. Ці емоційні стани можуть бути спричинені самим захворюванням, його впливом на гормональний баланс, а також впливом фізичних обмежень і соціально-психологічних факторів.
3. Соціальні взаємодії: АІТ може впливати на соціальні взаємодії хворих, оскільки фізичні симптоми та емоційні переживання можуть обмежувати їх активність та участь у соціальних подіях. Це може викликати почуття відчуженості, самоізоляції та вплинути на якість їхнього соціального життя.
4. Психологічна підтримка: Важливо надати психологічну підтримку хворим на АІТ, оскільки вони можуть зазнавати стресу, тривоги та психологічних труднощів. Підтримка може включати психологічну

терапію, групову підтримку, навчання стратегіям управління емоціями та освіти про захворювання.

5. Важливість самоуправління: Хворі на АІТ повинні навчитись самоуправлінню, щоб краще контролювати своє захворювання і забезпечити належну якість життя. Це включає вживання лікарських препаратів, слідування рекомендаціям щодо харчування і режиму дня, регулярну фізичну активність та використання стратегій для зниження стресу і підтримки психічного благополуччя.

Усі ці фактори підкреслюють важливість комплексного підходу до управління хворими на АІТ. Надання медичної, психологічної та соціальної підтримки може значно поліпшити якість життя хворих і допомогти їм ефективніше управляти своїм станом.

РОЗДІЛ 2: ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ЖИТТЄВОГО ПОВСЯКДЕННОГО ФУНКЦІОНУВАННЯ ХВОРИХ НА АІТ

2.1. Огляд методик дослідження особливостей життєвого повсякденного функціонування хворих на АІТ

Огляд методик дослідження особливостей життєвого повсякденного функціонування хворих на аутоімунний тиреоїдит (АІТ) є важним аспектом для кращого розуміння впливу захворювання на якість їхнього життя. Нижче наведено деякі з використовуваних методик дослідження:

1. Анкетування та опитування: Одним з поширених методів є використання стандартизованих анкет та опитувальників для оцінки різних аспектів життєвого повсякденного функціонування хворих на АІТ. Ці інструменти можуть містити запитання про фізичні симптоми, психологічний стан, соціальну підтримку, якість сну, емоційний стан та інші аспекти, які можуть бути важливими для визначення якості життя хворих.
2. Дневники симптомів: Хворим на АІТ можуть бути запропоновані вести дневники симптомів, де вони будуть записувати свої фізичні симптоми, емоційний стан, рівень енергії та інші аспекти, які впливають на їх повсякденне функціонування. Це дозволяє збирати об'єктивну інформацію про симптоми та зміни в їхньому стані протягом тривалого періоду.
3. Об'єктивні міркування: Деякі дослідники використовують об'єктивні міркування, такі як фізіологічні показники, фізичні тести або спостереження за поведінкою хворих, для отримання об'єктивних даних щодо їхнього функціонування. Наприклад, можуть вимірюватись рівень сповільнення рухів, сила м'язів або когнітивні функції.
4. Якісне дослідження: Для отримання глибшого розуміння особливостей життєвого повсякденного функціонування хворих на АІТ можуть застосовуватись якісні методи, такі як інтерв'ю з хворими або спостереження за їхнім поведінком. Це дозволяє збирати більш детальну

інформацію про їхні досвіди, переживання та вплив захворювання на різні аспекти їхнього життя.

Всі ці методики дослідження використовуються для отримання об'єктивної інформації про вплив АІТ на життєве функціонування хворих. Результати досліджень застосовуються для вдосконалення підходів до лікування та підтримки хворих, а також для встановлення практичних рекомендацій щодо поліпшення якості життя.

Дослідження хворих на аутоімунний тиреоїдит (АІТ) вимагає комплексного підходу, оскільки це захворювання має як фізичні, так і психологічні аспекти. Для вивчення характеристик, причин та наслідків АІТ застосовуються різні підходи та методи дослідження. Нижче розглянемо деякі з них:

1. Клінічне обстеження: Цей підхід включає докладне клінічне обстеження хворих на АІТ, збір анамнезу та оцінку клінічних симптомів. Лікарі вивчають характерні ознаки захворювання, його течію та прогресування. Вони також оцінюють ефективність лікування та вплив захворювання на якість життя пацієнтів.
2. Психологічні оцінки: Дослідження психологічних аспектів АІТ включає застосування різних психометричних методик для оцінки психологічного стану хворих. Наприклад, можуть використовуватись шкали для вимірювання рівня тривожності, депресії, якості життя та інших психологічних показників.
3. Інтерв'ю та спостереження: Дослідники можуть проводити інтерв'ю з хворими на АІТ, щоб детальніше вивчити їх досвід захворювання, переживання та проблеми, з якими вони стикаються у повсякденному житті. Спостереження пацієнтів також дозволяє виявити особливості їх поведінки, реакцій та адаптації до хвороби.
4. Біохімічні та генетичні дослідження: Дослідження молекулярних механізмів АІТ включає вивчення біохімічних показників, таких як рівень тиреоїдних гормонів та антитіл, а також генетичних факторів, які можуть бути пов'язані з ризиком розвитку хвороби.

5. Епідеміологічні дослідження: Цей підхід дозволяє вивчити поширеність АІТ у популяції, встановити фактори ризику та зв'язок між захворюванням та іншими здоров'ям пов'язаними показниками.

Використання цих підходів дозволяє отримати більш повне розуміння особливостей хворих на АІТ, їх фізичного та психологічного стану, а також впливу захворювання на їх життя та якість життя.

Дослідження особливостей життя хворих на аутоімунний тиреоїдит (АІТ) є важливим напрямком у медичній науці. Протягом останніх десятиліть було проведено численні дослідження, спрямовані на вивчення впливу АІТ на якість життя пацієнтів та їх психологічний стан. Нижче наведено приклади деяких досліджень, які допомагають краще зрозуміти цю проблему:

1. Дослідження якості життя: Були проведені дослідження, що оцінювали якість життя пацієнтів з АІТ за допомогою різних методик, таких як опитувальні листки та стандартизовані шкали. Одне з таких досліджень, проведених Гілл і співавторами (2016), показало, що пацієнти з АІТ мали значно нижчі показники якості життя порівняно зі здоровими контрольними групами.
2. Дослідження психологічних аспектів: Деякі дослідження спрямовані на вивчення психологічного стану пацієнтів з АІТ, зокрема рівня тривожності та депресії. Наприклад, дослідження Келлера та співавторів (2017) показало, що хворі на АІТ мали підвищений рівень тривожності порівняно зі здоровою популяцією.
3. Дослідження соціального впливу: Деякі дослідження досліджують соціальний вплив АІТ на пацієнтів, зокрема їхній соціальний функціонування та взаємодію з оточуючими. Наприклад, дослідження Бакстера та співавторів (2018) виявило, що пацієнти з АІТ відчувають соціальну ізоляцію та мають обмежений доступ до підтримки з боку родини та друзів.
4. Дослідження впливу лікування: Деякі дослідження спрямовані на вивчення впливу різних методів лікування АІТ на якість життя та

психологічний стан пацієнтів. Наприклад, дослідження Радку та співавторів (2020) показало, що пацієнти, які отримують ефективне лікування АІТ, спостерігають поліпшення якості життя та зменшення симптомів тривожності та депресії.

У сучасній медичній науці існує кілька методів дослідження, які застосовуються для вивчення аутоімунного тиреоїдиту (АІТ) і пов'язаних з ним аспектів. Деякі з цих методів включають:

1. Біохімічні аналізи: Цей метод дозволяє визначити рівень гормонів тиреоїдної залози, таких як тиреоїдний стимулюючий гормон (ТСТ), тиреоїдний гормон (Т4) і трийодтиронін (Т3), в крові хворого. Вимірювання цих показників може допомогти у постановці діагнозу АІТ і визначенні ступеня його активності.
2. Ультразвукове дослідження: За допомогою ультразвукової технології можна оцінити стан тиреоїдної залози, виявити наявність вузлів або змін у структурі. Це дозволяє отримати детальну інформацію про зовнішні зміни в залозі та допомагає у стеженні за прогресуванням захворювання.
3. Антитіла: Аналіз крові на наявність антитіл до тиреоїдних антигенів є важливим кроком у діагностиці АІТ. Дослідження антитіл, таких як антитіла до тиреопероксидази (АТ-ТРО) та антитіла до тиреоглобуліну (АТ-ТГ), дозволяє підтвердити аутоімунну природу захворювання.
4. Біопсія: У разі підозри на пухлинні процеси або неоднозначних результатів інших досліджень може бути призначена біопсія тиреоїдної залози. Цей процедура дозволяє отримати зразок тканини для подальшого мікроскопічного дослідження і визначення наявності пухлини або ознак ракового процесу.
5. Психологічні оцінки: У деяких дослідженнях проводяться психологічні оцінки для вивчення психологічних аспектів АІТ. Це може включати опитування пацієнтів, застосування психологічних шкал для вимірювання рівня тривоги, депресії, якості життя тощо. Такі оцінки допомагають

зрозуміти вплив АІТ на психічний стан та побутові аспекти життя пацієнтів.

Використання цих методів дослідження дозволяє науковцям глибше розуміти механізми розвитку та прояви АІТ, з'ясувати взаємозв'язки між фізіологічними та психологічними аспектами захворювання, а також розробляти більш ефективні підходи до лікування та підтримки пацієнтів з АІТ. Культурно-історичний підхід та системно-діяльнісний підхід є двома широко використовуваними підходами в дослідженні особливостей життєвого функціонування хворих на аутоімунний тиреоїдит (АІТ). Кожен з цих підходів має свої особливості і надає додаткову перспективу для розуміння впливу культурно-історичних та системних чинників на досвід та життя хворих.

Культурно-історичний підхід зосереджується на вивченні впливу культурних та історичних умов на сприйняття та досвід хворих на АІТ. Цей підхід враховує вплив культурних норм, цінностей, стереотипів та соціокультурних факторів на сприйняття та інтерпретацію симптомів хвороби, підходи до лікування, пошуку підтримки та взаємодії зі здоровими людьми та медичною системою. Дослідження в рамках цього підходу можуть включати аналіз літератури, культурних норм, релігійних переконань, специфічних практик та обрядів, що пов'язані зі ставленням до хвороби, здоров'я та лікування.

Системно-діяльнісний підхід орієнтований на вивчення взаємодії хворих на АІТ з їх оточенням та середовищем. Цей підхід розглядає людину як частину більшої системи, включаючи сім'ю, соціальне середовище та медичну систему. Дослідження в рамках цього підходу можуть досліджувати взаємодію хворих на АІТ з близькими, роль підтримки соціальної мережі, вплив ставлення медичного персоналу та доступ до медичних послуг на якість життя та пристосування до захворювання.

Використання цих підходів дозволяє отримати більш повне розуміння впливу культурних, історичних та системних чинників на особливості життєвого

функціонування хворих на АІТ. Обидва підходи є взаємодоповнюючими і дають можливість розширити нашу наукову базу з метою поліпшення підходів до діагностики, лікування та підтримки пацієнтів з АІТ.

У підсумку огляду методик дослідження особливостей життєвого повсякденного функціонування хворих на аутоімунний тиреоїдит (АІТ), можна зробити кілька висновків:

1. В дослідженнях використовуються різні підходи та методики, що дозволяють отримати багатогранну картину впливу хвороби на життя пацієнтів. Серед них є психологічні анкети, стандартизовані шкали, інтерв'ю, спостереження та якісні дослідження.
2. Дослідження фокусуються на різних аспектах життя пацієнтів, включаючи фізичне самопочуття, психологічний стан, якість життя, соціальну підтримку, рольову функцію та пристосування до хвороби.
3. Результати досліджень підтверджують, що АІТ може впливати на різні аспекти життя пацієнтів, включаючи збільшення ризику розвитку депресії, тривожних розладів, зниження якості життя та соціальної підтримки.
4. Деякі дослідження підтримують ефективність психологічних інтервенцій, таких як психотерапія, підтримка пацієнтів та навчання стратегіям копінгу, у поліпшенні якості життя та психологічного благополуччя пацієнтів з АІТ.
5. Важливим аспектом досліджень є врахування індивідуальних особливостей пацієнтів та їх контекстуального середовища, оскільки це може впливати на сприйняття та досвід хвороби.

Загалом, дослідження особливостей життєвого повсякденного функціонування хворих на АІТ є важливим напрямом, який допомагає краще зрозуміти вплив хвороби на життя пацієнтів та розробити ефективні підходи до діагностики, лікування та підтримки цієї категорії хворих.

2.2. Організація і проведення емпіричного дослідження особливостей життєвого повсякденного функціонування хворих на АІТ

Метою дослідження даної роботи є дослідити особливості життєвого повсякденного функціонування хворих на АІТ.

Організація емпіричного дослідження проходила в три етапи:

1. На підготовчому етапі проведення дослідження було ретельно проаналізовано теоретичні аспекти, сформульовано мету та завдання дослідження.
2. На основному етапі було складено вибірку досліджуваних осіб, визначено надійні психодіагностичні інструменти та проведено опитування за допомогою обраної методики.
3. У фазі узагальнення було використано програму статистичної обробки Jamovi для аналізу та інтерпретації отриманих даних. Для цього застосовувалися різні методи, включаючи описові статистики, порівняльний аналіз, критерій Стюдента, кореляційний аналіз та регресійний аналіз.

Завдання:

1. Організувати та провести емпіричне дослідження особливостей життєвого повсякденного функціонування хворих на АІТ.
2. Аналіз та інтерпретація отриманих даних.

Опис вибірки. Дослідження особливостей життєвого повсякденного функціонування хворих на АІТ було проведено у березні-квітні 2023 року у тематичних групах на Фейсбуці. Вибірку дослідження склали 60 жінок віком від 25 до 55+ років, тому що АІТ розвивається дуже повільно і його дуже важко одразу діагностувати, тому основу дослідження формували жінки віком від 36 до 45 років, 47% у офіційному шлюбі та 23% у стосунках.

50% відсотків опитаних хворих живуть з АІТ менш 5 років, 33% — 6-10 років. 61% респондентів використовують замісну гормональну терапію, та дуже цікаво, що 50% респондентів стверджують, що це не позбавляє їх основних

негативних симптомів. І це одна з найбільших труднощів, з якою стикаються пацієнти, бо стандартне лікування, яке пропонують ендокринологи навідь не позбавляє їх симптомів. Тому постає питання: яка терапія буде давати ефективні результати та дійсно покращувати якість життя хворих на АІТ.

Методики дослідження:

- 1) Опитувальник “Ауто- і гетероагресія”, автор Ільїн Є.П.
- 2) Шкала тривоги Спілбергера-Ханіна (State-Trait Anxiety Inventory, STAI)
- 3) Шкала депресії Бека
- 4) Шкала астеничного стану (ШАС)
- 5) Індекс задоволеності життям (LSIA)

Методика “Ауто- і гетероагресії”, розроблена Є.П. Ільїним, є одним із підходів до вивчення проявів агресії у людей. Ця методика дозволяє досліджувати два аспекти агресивної поведінки: аутоагресію (спрямовану на себе) і гетероагресію (спрямовану на інших).

Методика базується на використанні психодіагностичних інструментів для збору і аналізу даних. Під час застосування методики проводиться опитування, яке включає питання про наявність і частоту прояву аутоагресії та гетероагресії. Респондентам пропонується оцінити свою поведінку за шкалою, що враховує інтенсивність агресивних проявів.

Для збору даних можуть використовуватись інтерв'ю, анкети або спеціально розроблені тести, які оцінюють різні аспекти ауто- і гетероагресії. Наприклад, питання можуть стосуватись поведінки у конфліктних ситуаціях, агресивних дій або же сприйняття інших людей.

Отримані дані підлягають подальшій статистичній обробці, включаючи аналіз залежностей, порівняльний аналіз між групами та визначення факторів, що

сприяють ауто- і гетероагресії. Це дозволяє отримати більш об'єктивні результати та зрозуміти, які чинники можуть впливати на рівень агресивності у людей.

Методика ауто- і гетероагресії Є.П. Ільїна є важливим інструментом для дослідження агресії у людей і розуміння її різних аспектів. Вона допомагає встановити зв'язок між агресивною поведінкою та іншими факторами, такими як психологічні особливості, соціальні умови або стан здоров'я.

Таким чином, ця методика повністю відповідає меті дослідження даної роботи та розкриває необхідні характеристики респондентів та є доцільною для використання.

Шкала тривоги Спілбергера (State-Trait Anxiety Inventory, STAI) є інструментом для самооцінки рівня тривожності у поточний момент (реактивна тривожність) та особистісної тривожності (стійка характеристика особистості). Вона була розроблена Спілбергером у 1970 році.

Ця шкала широко використовується в клінічній практиці з різними цілями, включаючи оцінку рівня тривожних переживань та стану пацієнта у динаміці. Адаптована російською мовою Ханіним, вона також відома як "Шкала Спілбергера-Ханіна".

Більшість методів оцінювання тривожності зазвичай оцінюють або особистісну тривожність, або поточний стан тривоги, або специфічні реакції. Шкала Спілбергера є єдиним інструментом, який може відображати як особистісну характеристику тривожності, так і її поточний стан.

Оцінка тривожності як особистісної характеристики має велике значення, оскільки вона впливає на поведінку людини. Оптимальний рівень тривожності існує для кожної людини, і його оцінка є важливою частиною самоконтролю.

Шкала тривоги Спілбергера складається з двох підшкал. Перша підшкала оцінює поточний стан тривоги (ситуативну тривожність), вимірюючи суб'єктивні відчуття страху, напруження, нервозності, занепокоєння та збудження вегетативної нервової системи. Друга підшкала оцінює особистісну тривожність, включаючи відчуття спокою, впевненості та безпеки.

Особистісна тривожність відображає стійку характеристику особистості, що впливає на схильність до тривоги і сприйняття різних ситуацій як загрозливих. Люди з високою особистісною тривожністю реагують на багато ситуацій з вираженою тривогою.

Особиста тривожність проявляється, коли людина сприймає певні стимули як небезпечні, що може негативно вплинути на її самооцінку та самоповагу. Люди з високим рівнем тривожності сприймають загрозу для своєї самооцінки та життєдіяльності в різних ситуаціях і реагують вираженим станом тривожності.

Якщо показники особистої тривожності за шкалою Спілбергера (STAI) виявляються високими, це може свідчити про наявність тривожних станів у респондента в різних ситуаціях. Висока особиста тривожність прямо корелює з емоційними і невротичними розладами та психосоматичними захворюваннями.

Процедура проведення шкали Спілбергера включає наступні кроки:

1. Респондентам пропонується прочитати кожне з речень і вибрати відповідну цифру, відображаючу їх поточний стан тривоги.
2. Результати оцінюються згідно з ключем, що допомагає визначити рівень ситуативної та особистої тривожності.
3. На основі оцінки тривожності складаються рекомендації для корекції поведінки респондента.
4. Обчислюються середньогрупові показники ситуативної тривожності (СТ) та особистої тривожності (ЛТ), і проводиться порівняльний аналіз залежно від статі респондентів.

Інтерпретація результатів STAI здійснюється на основі загального підсумкового показника, що може мати значення від 20 до 80 балів. Вищий показник вказує на вищий рівень тривожності (ситуативної або особистої).

Загальна оцінка рівня тривожності може бути такою:

- До 30 балів: низький рівень тривожності.
- 31-44 бали: помірний рівень тривожності.
- 45 і більше балів: високий рівень тривожності.

Порівняння результатів за обома підшкалами дозволяє оцінити індивідуальну значущість стресової ситуації для респондента.

Шкала депресії Бека (Beck Depression Inventory) була вперше запропонована А.Т. Беком в 1961 році на основі клінічних спостережень. Ці спостереження дозволили виокремити обмежений набір найбільш релевантних і значущих симптомів депресії та найчастіших скарг. За допомогою порівняння цього списку параметрів з клінічними описами депресії, що містяться в літературі, був розроблений опитувальник, який включає 21 категорію симптомів і скарг. Кожна категорія містить 4-5 тверджень, які відображають конкретні прояви/симптоми депресії. Ці твердження ранжовані залежно від їхнього внеску у загальний ступінь важкості депресії, приділяючи кожному пункту значення від 0 (відсутність або мінімальна вираженість симптома) до 3 (максимальна вираженість симптома). Деякі категорії містять альтернативні твердження, які мають однакову вагу.

У початковій версії методики опитування проводився за участю кваліфікованого фахівця (психіатра, клінічного психолога чи соціолога), який озвучував кожен пункт категорії, а потім просив пацієнта вибрати твердження, яке найбільше відповідає його стану на поточний момент. Пацієнту надавалася копія опитувальника, за яким він міг слідкувати за озвучуваними фахівцем пунктами. Дослідник відмічав відповідні пункти на бланку, враховуючи відповідь

пацієнта. Крім результатів тестування, дослідник брав до уваги анамнез пацієнта, показники інтелектуального розвитку та інші параметри.

Зараз процедура тестування може бути спрощена: опитувальник видається пацієнту, який заповнює його самостійно.

Результати обробляються та інтерпретуються, враховуючи загальний бал за всіма категоріями. Основні інтерпретаційні діапазони включають:

- 0-9: відсутність депресивних симптомів
- 10-15: легка депресія (субдепресія)
- 16-19: помірна депресія
- 20-29: виражена депресія (середньої важкості)
- 30-63: важка депресія

Кожен з 21 симптому депресії оцінюється залежно від його вираженості. Пункти 1-13 відносяться до когнітивно-афективної підшкали (CA), а пункти 14-21 до субшкали соматичних проявів депресії (SP).

Астенічний стан, також відомий як нервово-психічна слабкість, характеризується збільшеною втомлюваністю і виснаженням, вкрай нестійким настроєм, втратою самоконтролю, нетерплячістю, незаспокоєністю, порушенням сну та втратою здатності до тривалого інтелектуального і фізичного навантаження, а також вегетативно-соматичними розладами.

Шкала астенічного стану (ШАС) була розроблена Л. Д. Майковою та адаптована Т. Г. Чортовою на основі клініко-психологічних спостережень і опитувальника ММРІ [1]. Ця шкала містить 30 пунктів або тверджень, що відображають характеристики астенічного стану. Дослідження проводиться індивідуально в окремому, добре освітленому та ізольованому від зовнішніх звуків приміщенні.

Під час дослідження піддослідним надається інструкція: "Уважно прочитайте кожне речення і, оцінивши його відносно вашого поточного стану, відзначте один із чотирьох варіантів відповіді в правій частині бланка".

Варіанти відповідей такі: 1 - немає, не так; 2 - можливо, так; 3 - правильно; 4 - абсолютно правильно.

Після заповнення тестового бланка, результати обробляються шляхом підрахунку суми отриманих балів випробуваним. Весь діапазон шкали становить від 30 до 120 балів.

Статистичні дані, отримані на основі досліджень 300 здорових випробовуваних, показали, що середня величина індексу астенії становить $37,22 \pm 6,47$ бала. Якщо вважати результати дослідження здорових осіб як відсутність астенії, то весь діапазон шкали можна розділити на чотири інтервали:

- Діапазон 1: від 30 до 50 балів - відсутність астенії;
- Діапазон 2: від 51 до 75 балів - слабка астенія;
- Діапазон 3: від 76 до 100 балів - помірна астенія;
- Діапазон 4: від 101 до 120 балів - виражена астенія.

Отже, результати кожного випробовуваного можуть належати до одного з чотирьох рівнів вираженості астенії. В протоколі відображається кількість набраних балів за шкалою астенії та рівень її вираженості відповідно до відповідних граф.

Адаптація опитувальника "Індекс життєвого задоволення" (Life Satisfaction Index A, LSIA) Берніса Ньюгартена, розроблена Н. В. Паніною, включає 20 запитань і використовується для оцінки загального психічного стану людини, її рівня психологічного комфорту та соціально-психологічної адаптації. Цей тест можна використовувати для оцінки особливостей способу життя, потреб,

мотивів, установок та ціннісних орієнтацій людини з метою визначення того, які позитивно впливають на психічний стан, а які - негативно. Опитувальник дозволяє не лише отримати інтегральний показник задоволеності життям, але й виділити п'ять різних аспектів задоволеності життя: загальний інтерес до життя, послідовність у досягненні цілей, узгодженість між поставленими і досягнутими цілями, позитивна оцінка себе та власних дій, загальний настрій.

Індекс задоволеності життям відображає загальний психічний стан людини, її рівень психологічного комфорту та соціально-психологічну адаптацію. Він є інтегративним показником ставлення людини до життя та загального настрою. Індекс загального життєвого задоволення визначається шляхом підсумовування балів. Максимальний показник індексу життєвого задоволення складає 40 балів, а середнє значення життєвої задоволеності становить 25-30 балів. Показники менші за 25 балів вважаються низькими. Інші показники розраховуються шляхом призначення певної кількості балів окремим відповідям та розподілу цих балів за зазначеними вище аспектами.

2.3. Аналіз та інтерпретація даних

В ході виконання роботи було проведено аналіз даних, отриманих в результаті дослідження на тему "Особливості життєвого повсякденного функціонування хворих на аутоімунний тиреоїдит (АІТ)" про те, як фактори превалюючих форм вираження агресії, тривожності (реактивна тривожність як стан та як стійка характеристика людини) та астенії у хворих на АІТ обумовлюють рівень (суб'єктивне відчуття) задоволеності життям, наскільки рівень тривожності та астенії корелюють з проявами депресивних симптомів у хворих на АІТ. Для цього були застосовані 5 опитувальників:

Назва	Сенс
A1 - A20	ОПИТУВАЛЬНИК «АУТО- І ГЕТЕРОАГРЕССИЯ» (Є. П. ІЛЬІН) - 20 питань для визначення превалюючої форми вираження агресії
B1 - B20	Шкала тривоги Спілбергера-Ханіна (State-Trait Anxiety Inventory, STAI) Блок А - самооцінка рівня тривожності в конкретний момент (реактивна тривожність як стан) - 20 питань (питання 1, 2, 5, 8, 10, 11,

C1 - C20	Шкала тривоги Спілбергера-Ханіна (State-Trait Anxiety Inventory, STAI) Блок Б - самооцінка рівня особистісної тривожності (як стійка характеристика людини)- 20 питань (питання 1, 6, 7, 10, 13, 16, 19 із
D1-D21	Шкала депресії Бека (Beck Depression Inventory, BDI) – 21 група тверджень
E1-E30	Шкала Астенічного Стану (ШАС) - 30 пунктів-тверджень.
F1-F20	Індекс життєвого задоволення, LSIA – 20 пунктів-суджень (судження 2, 3, 4, 6, 10, 14, 17, 18, 20 із зворотним ключем)
AGE	Вік: 1 - 25-35 років, 2 - 36-45 років, 3 - 46-55 років і більше
Fstate	Сімейний стан: 1 - незаміжня, 2 - у стосунках, 3 - у шлюбі
AITduration	Тривалість хвороби: 1 - менш 5 років, 2 - 6-10 років, 3 - 11-20 років, 4- більше 21 року
AGEdiagnosis	Вік встановлення діагнозу: 1 - менш 25 років, 2 - 26-35 років, 3 - 36-45 років, 4 - 46 років.

Додатково збиралась інформація щодо віку, сімейного стану респондентів, віку встановлення діагнозу та тривалості хвороби.

З метою аналізу дані було експортовано в програму JAMOVI.

1. Перевірка надійності та узгодженості. Показник альфа-Кронбаха

З метою визначення надійності шкал та узгодженості питань, що використані в опитувальниках, проведено аналіз надійності за допомогою показника альфа Кронбаха, для якого достатній рівень становить 0.75. Крім того додано кореляційний графік нагріву, який дає можливість побачити напрямок і силу зв'язку: кольорове кодування дозволяє підійти до аналізу в якісний спосіб.

Шкала аутоагресії , AAGR

Аналіз надійності

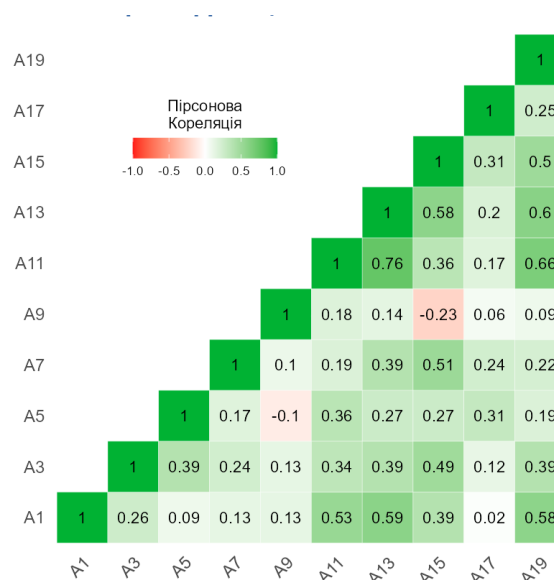
Статистики надійності ваговий

	SD	α Кронбаха
шкала	0.285	0.808

[9]

Статистики надійності елемента

	Якщо елемент впає	
	SD	α Кронбаха
A1	0.501	0.789
A3	0.501	0.789
A5	0.471	0.805
A7	0.438	0.801
A9	0.408	0.828
A11	0.493	0.768
A13	0.471	0.759
A15	0.471	0.778
A17	0.451	0.811
A19	0.487	0.770



Теплова карта

кореляції

Для шкали AAGR (аутоагресія) показник $0.808 > 0.75$. Тому можна вважати, що показник демонструє високу узгодженість питань цієї шкали. Найбільший вплив на загальну узгодженість шкали мають питання 11, 13 та 19. Між собою вони, відповідно, також найбільше корелюють – показник 0.6, 0.66 та 0.76 на карті теплової кореляції. Питання 9 є найменш узгодженим.

В цілому ця шкала має цілком задовільну структуру.

Шкала гетероагресії, GAGR

Для шкали гетероагресії GAGR Neuro показник $0.721 < 0.75$. Тому можна зазначити, що питання цієї шкали є недостатньо узгодженими. Найбільший вплив на загальну узгодженість шкали мають питання 8 та 14, найбільш неузгодженим є питання 18. Між собою найбільше корелюють питання 8 та 14 – показник 0.52 на карті теплової кореляції.

Аналіз надійності

Статистики надійності ваговий		
	SD	α Кронбаха
шкала	0.244	0.721

[3]

Статистики надійності елемента		
	SD	Якщо елемент вправ
		α Кронбаха
A2	0.497	0.708
A4	0.462	0.713
A6	0.438	0.702
A8	0.497	0.665
A10	0.321	0.703
A12	0.370	0.703
A14	0.505	0.659
A16	0.487	0.693
A18	0.471	0.748
A20	0.479	0.684

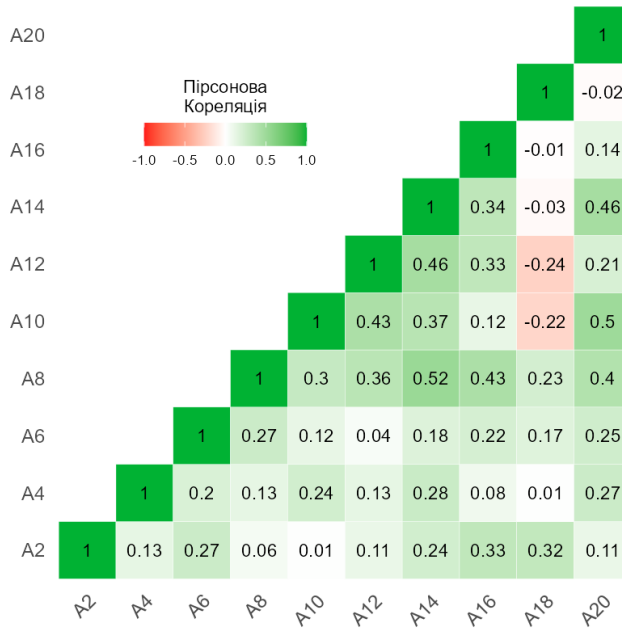


Рис. 2.1. Шкала ситуативної тривожності State Anxiety, SAscore

Аналіз надійності

Статистики надійності ваговий		
	SD	α Кронбаха
шкала	0.506	0.875

[3]

Статистики надійності елемента		
	SD	Якщо елемент вправ
		α Кронбаха
B1 ^a	0.824	0.842
B2 ^a	0.950	0.841
B3	0.984	0.830
B4	0.858	0.836
B5 ^a	0.873	0.830
B6	0.815	0.836
B7	0.923	0.842
B8 ^a	0.722	0.843
B9	0.930	0.835
B10 ^a	0.843	0.838
B11 ^a	0.805	0.843
B12	0.950	0.832
B13	1.052	0.843
B14	0.973	0.840
B15 ^a	1.025	0.857
B16 ^a	0.947	0.852
B17	0.988	0.834
B18	1.128	0.843
B19 ^a	1.011	0.859
B20 ^a	0.858	0.856

^a Зворотне масштабований елемент

Для шкали ситуативної тривожності SAscore показник альфа Кронбаха $0.875 > 0.75$, доволі високий бал. При визначенні показника було враховано, що питання 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19, 20 мають зворотні ключі.

Можна вважати, що показник демонструє високу узгодженість цієї шкали і в цілому ця шкала має цілком задовільну структуру.

Рис. 2.2. Шкала особистісної тривожності Trait Anxiety, TAscore

Аналіз надійності

Статистики надійності ваговий

	SD	α Кронбаха
шкала	0.508	0.915

[3]

Статистики надійності елемента

	SD	Якщо елемент вправ
		α Кронбаха
C1	0.627	0.911
C2 ^a	0.772	0.911
C3 ^a	0.841	0.916
C4 ^a	0.771	0.915
C5 ^a	0.846	0.918
C6	0.792	0.912
C7	0.803	0.908
C8 ^a	0.924	0.911
C9 ^a	0.865	0.912
C10	0.834	0.907
C11 ^a	0.848	0.911
C12 ^a	0.865	0.906
C13	0.844	0.912
C14 ^a	0.787	0.918
C15 ^a	0.873	0.909
C16	0.728	0.909
C17 ^a	0.811	0.908
C18 ^a	0.873	0.909
C19	0.873	0.913
C20 ^a	0.780	0.908

^a Зворотне масштабований елемент

Для шкали особистісної тривожності TAscore показник альфа Кронбаха $0.915 > 0.75$, доволі високий бал. При визначенні показника було враховано, що питання 2, 3, 4, 5, 8, 9, 11, 12, 14, 15, 17, 18, 20 мають зворотні ключі.

Можна вважати, що показник демонструє високу узгодженість цієї шкали і в цілому ця шкала має цілком задовільну структуру.

Рис. 2.3. Шкала депресії Бека (Beck Depression Inventory, BDI)

Аналіз надійності

Статистики надійності ваговий

	SD	α Кронбаха
шкала	0.407	0.892

[3]

Статистики надійності елемента

	Якщо елемент впає	
	SD	α Кронбаха
D1	0.740	0.888
D2	0.548	0.884
D3	0.757	0.889
D4	0.915	0.885
D5	0.846	0.892
D6	0.668	0.883
D7	0.788	0.889
D8	0.693	0.888
D9	0.624	0.884
D10	0.497	0.890
D11	0.565	0.891
D12	0.765	0.885
D13	0.698	0.887
D14	0.805	0.893
D15	0.655	0.884
D16	0.802	0.880
D17	0.655	0.885
D18	0.408	0.888
D19	0.665	0.882
D20	0.776	0.886
D21	1.037	0.893

Для шкали депресії Бека DEPRESSscore показник альфа Кронбаха $0.892 > 0.75$. Всі питання добре узгоджені між собою.

Рис. 2.4. Шкала астеничного стану (ШАС), ASTHENscore

Аналіз надійності

Статистики надійності ваговий

	SD	α Кронбаха
шкала	0.561	0.931

[3]

Статистики надійності елемента

	Якщо елемент впає	
	SD	α Кронбаха
E1	0.963	0.928
E2	0.952	0.929
E3	1.173	0.930
E4	0.951	0.930
E5	0.993	0.927
E6	1.110	0.931
E7	1.112	0.928
E8	0.987	0.926
E9	0.951	0.928
E10	0.967	0.931
E11	0.544	0.930
E12	1.080	0.930
E13	0.914	0.928
E14	1.125	0.931
E15	0.950	0.927
E16	0.954	0.930
E17	1.059	0.926
E18	1.160	0.931
E19	1.011	0.929
E20	0.963	0.929
E21	0.789	0.932
E22	0.905	0.928
E23	1.045	0.926
E24	0.488	0.931
E25	0.876	0.929
E26	0.601	0.934
E27	1.039	0.932
E28	0.949	0.928
E29	1.029	0.929
E30	1.021	0.930

Для шкали астеничного стану ASTHENscore показник альфа Кронбаха $0.931 > 0.75$, доволі високий бал. Ця шкала має цілком задовільну структуру, а всі питання добре узгоджені між собою.

Рис. 2.5. Індекс життєвого задоволення, LSI

Аналіз надійності

Статистики надійності ваговий

	SD	α Кронбаха
шкала	0.485	0.893

[3]

	Статистики надійності елемента	
	SD	Якщо елемент вправ α Кронбаха
F1	0.857	0.886
F2 *	0.821	0.885
F3 *	0.841	0.892
F4 *	0.844	0.892
F5	0.922	0.890
F6 *	0.820	0.882
F7	0.920	0.885
F8	0.589	0.886
F9	0.865	0.887
F10 *	0.759	0.892
F11	0.976	0.898
F12	0.886	0.887
F13	0.905	0.887
F14 *	0.761	0.891
F15	0.883	0.887
F16	0.409	0.890
F17 *	0.976	0.888
F18 *	0.940	0.887
F19	0.845	0.885
F20 *	0.859	0.891

* Зворотне масштабований елемент

Для індексу життєвого задоволення LSI показник альфа Кронбаха $0.893 > 0.75$. При визначенні показника було враховано, що питання 2, 3, 4, 6, 10, 14, 17, 18, 20 мають зворотні ключі. Показник демонструє високу узгодженість цієї шкали.

2. Описова статистика

В цьому пункті розглядаємо показники міри центральної тенденції (Mean and Median) інтегральних показників, стандартне відхилення (Standard deviation) - міру розсіювання чи розкиду, а також дивимось на форму розподілу: наскільки він є симетричним чи скошеним (вправо – позитивна скошеність, вліво – негативна), скільки центрів має розподіл (модальність), чи є форма розподілу витягнутою вгору (індивідуальні значення не сильно варіюють і прагнуть до типових значень) або ж форма розподілу є сплющеною (індивідуальні значення сильно варіюють).

Рис. 2.6. Показники шкали аутоагресії, AAGR

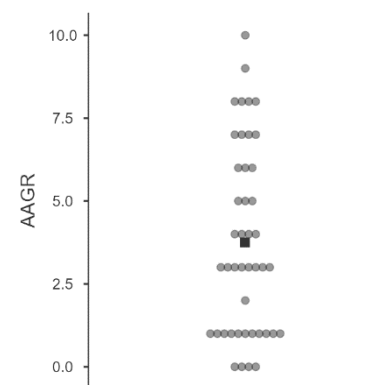
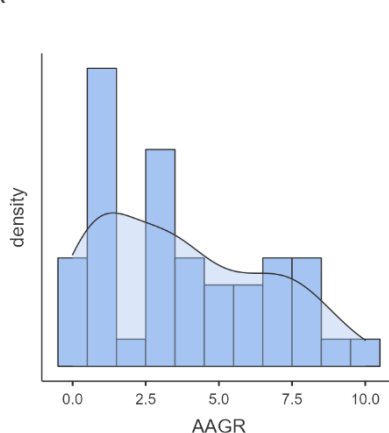
Описательные статистики

Графіки

Описательные статистики

	AAGR
N	44
Середній	3.75
Медиана	3.00
Мода	1.00
Стандартне відхилення	2.85
Мінімум	0.00
Максимум	10.00
Асиметрія	0.449
Станд. помилка асиметрії	0.357
Шапиро-Уилк W	0.919
Шапиро-Уилк p	0.004

AAGR



Середній загальний бал по шкалі AAGR для вибірки 3.75 із стандартним відхиленням 2.85. Розподіл несиметричний, має позитивну скошеність. Найбільш типовим є показник аутоагресії в 1 бал із 10 можливих. За показником Shapiro-Wilk здійснюється перевірка на нормальність розподілу. Проте ймовірність $p=0.004 < 0.05$ дозволяє відкинути нульову гіпотезу про відсутність різниці між нормальним розподілом і розподілом в популяції, і застосувати альтернативну гіпотезу про те, що розподіл в популяції відрізняється від нормального.

Рис. 2.7. Показники шкали гетероагресії, GAGR

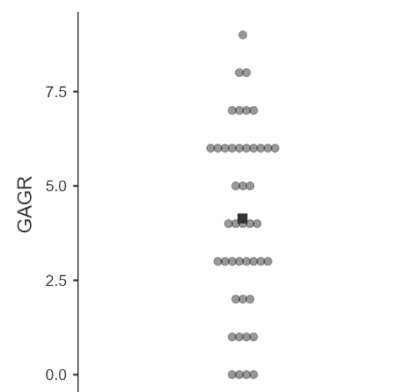
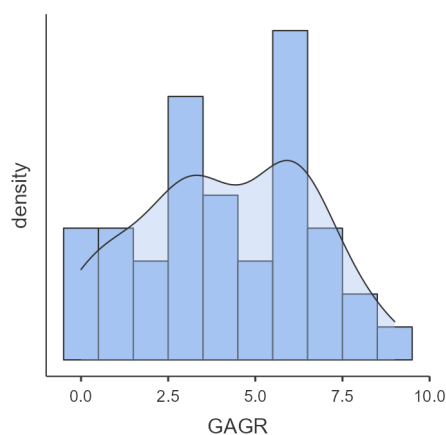
Описательные статистики

Графіки

Описательные статистики

	GAGR
N	44
Середній	4.14
Медиана	4.00
Мода	6.00
Стандартне відхилення	2.44
Мінімум	0.00
Максимум	9.00
Асиметрія	-0.0952
Станд. помилка асиметрії	0.357
Шапиро-Уилк W	0.952
Шапиро-Уилк p	0.064

GAGR



Середній загальний бал по шкалі GAGR для вибірки становить 4.14 бали із стандартним відхиленням 2.44. Розподіл несиметричний, має негативну скошеність. Найбільш типовим є показник гетероагресії 6 балів із 10 можливих. За показником Shapiro-Wilk з ймовірністю $p=0.064 > 0.05$ можна говорити про те, що відсутня різниця між нормальним розподілом і розподілом в популяції.

Домінуючі форми прояву агресії, AGRDOMINANT:

1. – аутоагресія
2. - гетероагресія

Серед респондентів преревалюючою формою прояву агресії була:

аутоагресія - 34.1% (15 осіб);

гетероагресія - 65.9% (29 осіб).

Частоти

Частоти AGRDOMINANT			
AGRDOMINANT	Лічильники	% від спільного кількості	Накопленний %
0	15	34.1 %	34.1 %
1	29	65.9 %	100.0 %

Графіки

AGRDOMINANT

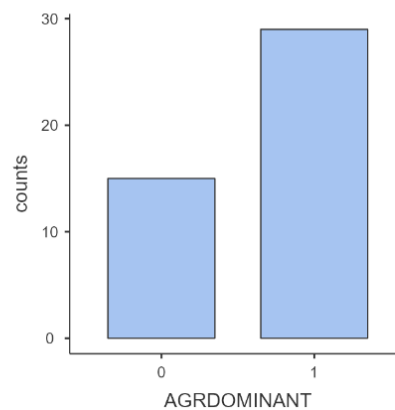


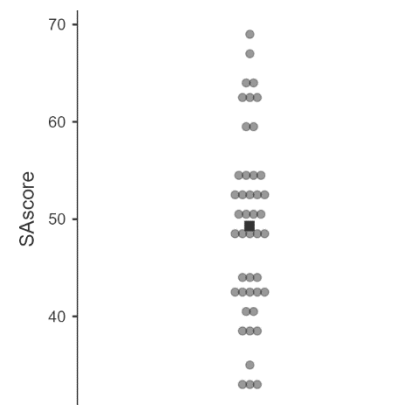
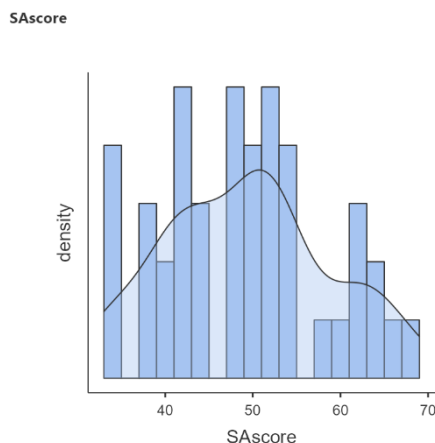
Рис. 2.8. Показники шкали ситуативної тривожності State Anxiety, SAScore

Описательные статистики

Описательные статистики

	SAScore
N	44
Середній	49.3
Медиана	49.5
Стандартне відхилення	9.42
Дисперсія	88.8
Діапазон	36.0
Мінімум	33.0
Максимум	69.0
Асиметрія	0.179
Станд. помилка асиметрії	0.357
Шапиро-Уилк W	0.972
Шапиро-Уилк p	0.358

Графіки



Середній бал по шкалі ситуативної тривожності SAScore для вибірки становить 49.3, що відповідає високому рівню реактивної тривоги, із стандартним відхиленням 9.42. Показники тривожності у вибірці коливаються від мінімального значення 33 бали до максимального 69 балів, тоді як мінімальне і максимальне значення шкали становить 20 і 80 балів відповідно. Діапазон коливання 36 балів. Розподіл несиметричний, тримодальний, має позитивну скошеність. Ймовірність $p=0.358 > 0.05$ дозволяє підтвердити, що розподіл в популяції прямує до нормального.

Частоти

Частоти SAlevel

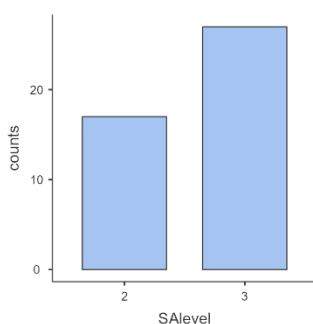
SAlevel	Лічильники	% від спільної кількості	Накопленний %
2	17	38.6 %	38.6 %
3	27	61.4 %	100.0 %

Рівні ситуативної тривожності, SAlevel:

1. - низький рівень (до 30 балів)
2. - середній рівень (30-45 балів)
3. - високий рівень (46 балів і вище)

Графіки

SAlevel



У вибірці, що досліджувалась, бали респондентів по шкалі ситуативної тривожності відповідали наступним рівням:

середній рівень - 38.6% (17 осіб);

високий рівень – 61.4% (27 осіб).

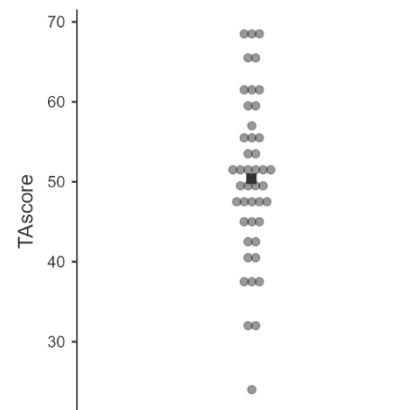
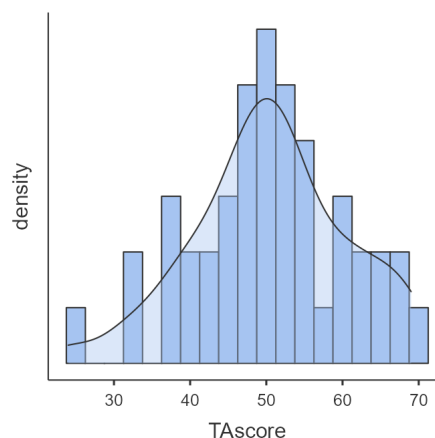
Рис. 2.8. Показники шкали особистісної тривожності Trait Anxiety, TAscore

Описательные статистики

Описательные статистики	
	TAscore
N	44
Середній	50.4
Медиана	50.5
Мода	52.0
Стандартне відхилення	10.2
Дисперсія	103
Діапазон	45.0
Мінімум	24.0
Максимум	69.0
Асиметрія	-0.224
Станд. помилка асиметрії	0.357
Шапиро-Уилк W	0.983
Шапиро-Уилк p	0.734

Графіки

TAscore



Середній бал по шкалі особистісної тривожності (тривожність як риса особистості) TAscore для вибірки становить 50.4, що відповідає високому рівню тривоги, із стандартним відхиленням 10.2. Показники тривожності у вибірці коливаються від мінімального значення 24 бали до максимального 69 балів, тоді як мінімальне і максимальне значення шкали становить 20 і 80 балів відповідно. Діапазон коливання 45 балів. Розподіл несуттєво відрізняється від симетричного, одномодальний, має слабовиражену лівосторонню асиметрію. З високою ймовірністю $p=0.734 > 0.05$ можна констатувати наближення до нормального розподілу у виборці та популяції. Отже висока тривожність, як риса особистості, є типовою ознакою у людей, що хворіють на АІТ.

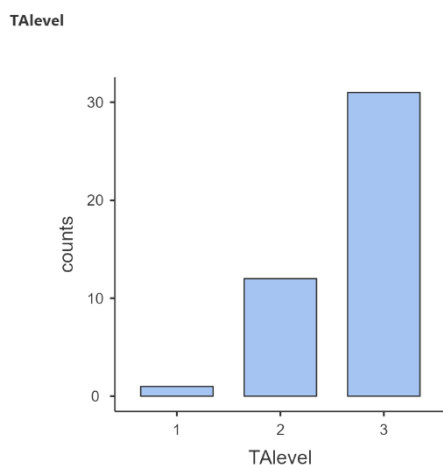
Рівні особистісної тривожності, TAllevel:

1. - низький рівень (до 30 балів)
2. - середній рівень (30-45 балів)
3. - високий рівень (46 балів і вище)

Частоти

Частоти TLevel			
TLevel	Лічильники	% від спільного кількості	Накопленний %
1	1	2.3 %	2.3 %
2	12	27.3 %	29.5 %
3	31	70.5 %	100.0 %

Графіки



У вибірці, що досліджувалась, бали респондентів по шкалі особистісної тривожності відповідали наступним рівням:

низький рівень – 2.3% (1 особа)

середній рівень – 27.3% (12 осіб);

високий рівень – 70.5% (31 особа).

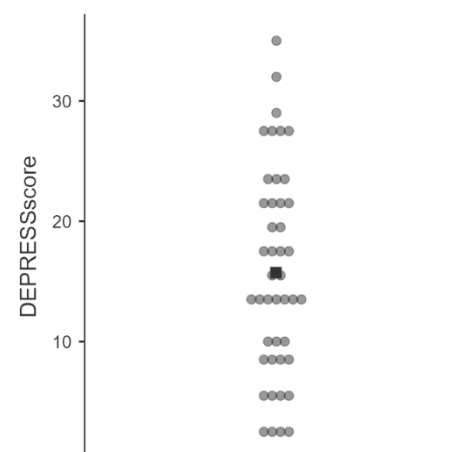
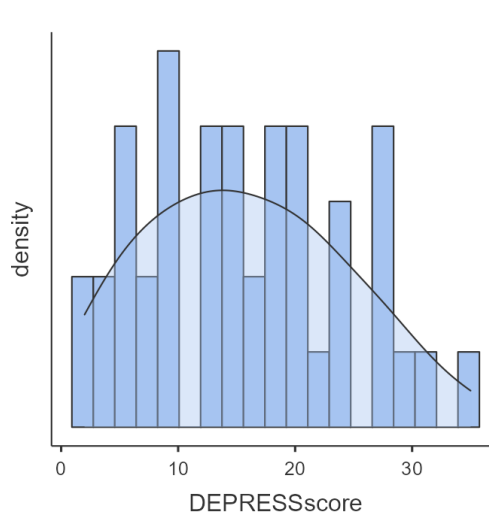
Рис. 2.9. Показники шкали депресії Бека, DEPRESSscore

Описательные статистики

DEPRESSscore

Описательные статистики

DEPRESSscore	
N	44
Середній	15.7
Медиана	14.5
Мода	13.0
Стандартне відхилення	8.54
Дисперсія	72.9
Діапазон	33.0
Мінімум	2.00
Максимум	35.0
Асиметрія	0.260
Станд. помилка асиметрії	0.357
Шапиро-Уилк W	0.973
Шапиро-Уилк p	0.388



Середній бал по шкалі депресії Бека DEPRESSscore для вибірки становить 15.7, що відповідає помірному ступеню вираженості депресивних симптомів, із стандартним відхиленням 8.54. Показники депресії у вибірці коливаються від мінімального значення 2 бали до максимального 35 балів, тоді як мінімальне і

максимальне значення шкали становить 0 і 63 бали відповідно. Діапазон коливання 33 бали. Найбільш типовим і найчастіше в опитаних зустрічається показник симптомів депресії 13 балів. Розподіл прагне до нормального, має незначну правосторонню асиметрію. З ймовірністю $p=0.388 > 0.05$ можна стверджувати, що розподіл у популяції наближається до нормального.

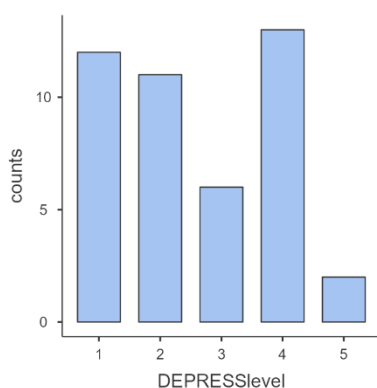
Частоти

Частоти DEPRESSlevel

DEPRESSlevel	Лічильники	% від спільного кількості	Накопленный %
1	12	27.3 %	27.3 %
2	11	25.0 %	52.3 %
3	6	13.6 %	65.9 %
4	13	29.5 %	95.5 %
5	2	4.5 %	100.0 %

Графіки

DEPRESSlevel



Рівні вираженості депресивних симптомів, DEPRESSlevel:

1.- відсутність депресивних симптомів (0-9балів),

3.- легка депресія/субдепресія (10-15балів),

4.- помірна депресія (16-19балів),

5.- виражена депресія/середньої тяжкості (20-29балів),

6.- важка депресія (30-63 балів)

Серед хворих, що брали участь у дослідженні, бали по шкалі депресії Бека відповідали наступним рівням:

- відсутність депресивних симптомів – 27.3% (12 осіб);
- легка депресія/субдепресія – 25% (11 осіб);
- помірна депресія – 13.6% (6 осіб);
- виражена депресія/середньої тяжкості – 29.5% (13 осіб);
- важка депресія – 4.5% (2 особи).

Рис. 2.10. Показники шкали астенічного стану, ASTHENscore

Описательные статистики

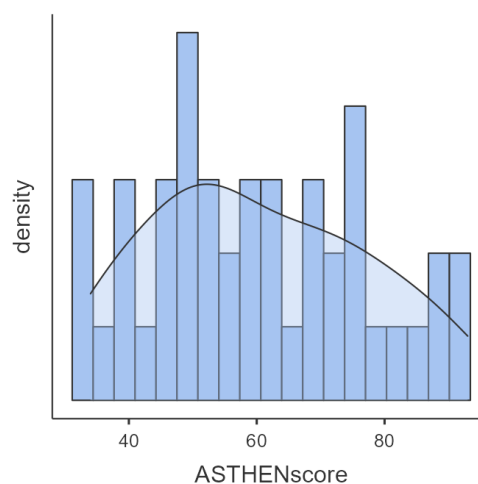
Описательные статистики

	ASTHENscore
N	44
Середній	60.3
Медиана	58.5
Мода	34.0 ^a
Стандартне відхилення	16.8
Дисперсія	283
Діапазон	59.0
Мінімум	34.0
Максимум	93.0
Асиметрія	0.232
Станд. помилка асиметрії	0.357
Шапиро-Уилк W	0.963
Шапиро-Уилк p	0.174

^a Існує понад одної моди, повідомляє тільки о першій

Графіки

ASTHENscore



Середній загальний бал по шкалі астенічного стану ASTHENscore для

вибірки хворих на АІТ становить 60.3, що відповідає слабким проявам астенії, із

стандартним відхиленням 16.8.

Статистичні дані, отримані на 300 здорових досліджуваних, показали, що середня

величина індексу астенії дорівнює 37.22 бали, а середнє відхилення 6.47 бали.

Показники астенії серед хворих на АІТ коливаються від мінімального значення 34

бали до максимального 93 бали, тоді як мінімальне і максимальне значення шкали

становить 30 і 120 балів відповідно. Діапазон коливання - 59 балів. Розподіл

несиметричний, мультимодальний, має позитивну скошеність. Ймовірність

$p=0.174 > 0.05$ дозволяє застосувати нульову гіпотезу про те, що розподіл в популяції не відрізняється від нормального.

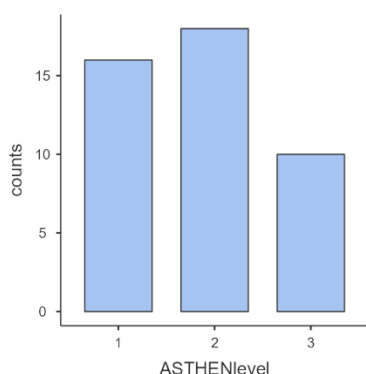
Частоти

Частоти ASTHENlevel

ASTHENlevel	Лічильники	% від спільного кількості	Накопленний %
1	16	36.4 %	36.4 %
2	18	40.9 %	77.3 %
3	10	22.7 %	100.0 %

Графіки

ASTHENlevel



Рівні вираженості астенії, ASTHENlevel:

- 1 - відсутність астенії (30-50 балів),
- 2 - слабка астенія (51-75 балів),
- 3 - помірна астенія (76-100 балів)
- 4 - виражена астенія (101-120 балів).

Серед хворих, що брали участь у дослідженні, бали індексу астенічного стану відповідали наступним рівням:

- відсутність астенії – 36.4% (16 осіб);
- слабка астенія – 40.9% (18 осіб);
- помірна астенія – 22.7% (18 осіб).

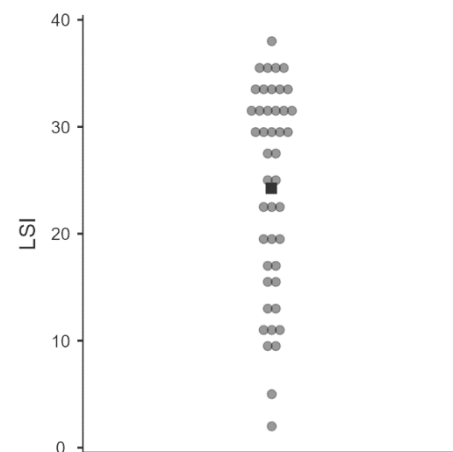
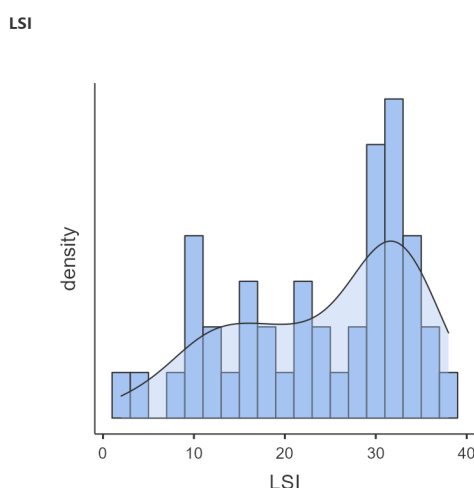
Рис. 2.11. Показники індексу життєвого задоволення, LSI

Описательные статистики

Описательные статистики	
	LSI
N	44
Середній	24.3
Медиана	27.5
Мода	30.0 ^a
Стандартне відхилення	9.70
Дисперсія	94.1
Діапазон	36.0
Мінімум	2.00
Максимум	38.0
Асиметрія	-0.569
Станд. помилка асиметрії	0.357
Шапиро-Уилк W	0.921
Шапиро-Уилк p	0.005

^a Існує понад однієї моди, повідомляє тільки о першій

Графіки

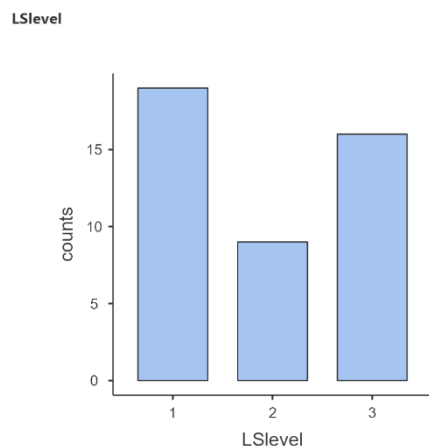


Середній індекс життєвого задоволення LSI для вибірки становить 24.3 бали, що є низьким рівнем показника балів. Стандартне відхилення 9.70. Показники життєвого задоволення у вибірці коливаються від мінімального значення 2 бали

Частоти

Частоти LSlevel			
LSlevel	Лічильники	% від спільного кількості	Накопленний %
1	19	43.2 %	43.2 %
2	9	20.5 %	63.6 %
3	16	36.4 %	100.0 %

Графіки



до максимального 38 балів, тоді як мінімальне і максимальне значення шкали становить 0 і 40 балів відповідно. Діапазон коливання 36 балів. Розподіл відрізняється від симетричного, є мультимодальним, має виражену негативну скошеність. Проте ймовірність $p=0.005 < 0.05$ дає підстави стверджувати, що розподіл відрізняється від нормального.

Рівні задоволеності життям, LSlevel:

4. - низький рівень (до 25 балів)

5. - середній рівень (25-30 балів)

6. - високий рівень (31 бал і вище)

У вибірці, що досліджувалась, бали респондентів по шкалі життєвого задоволення відповідали наступним рівням:

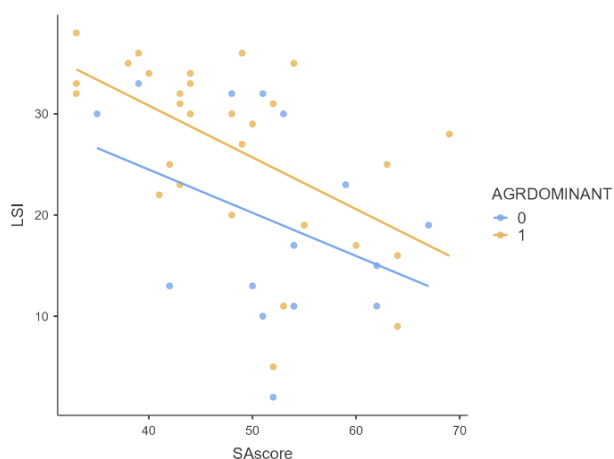
низький рівень – 43.2% (19 осіб);

середній рівень – 20.5% (9 осіб);

високий рівень – 36.4% (16 осіб).

Пошук лінійних залежностей між змінними. Діаграма розсіювання

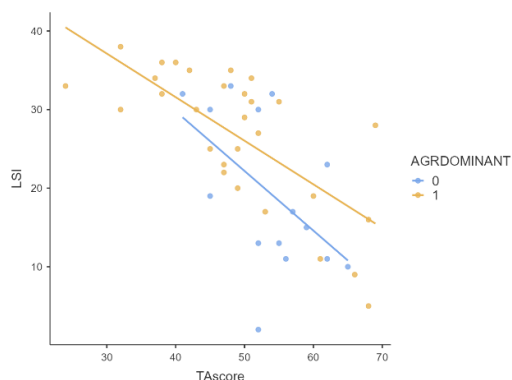
Діаграма розсіювання



За допомогою діаграми розсіювання досліджуємо зв'язок між рівнем ситуативної тривожності SAscore та індексом життєвого задоволення LSI у

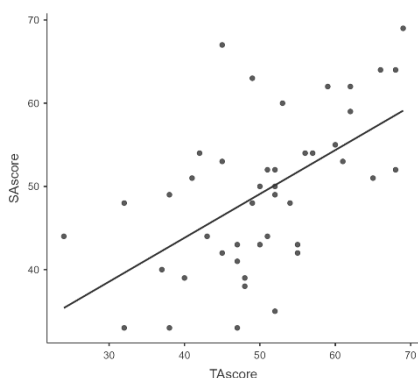
хворих на АІТ . Спостерігаємо обернену пропорційну залежність між змінними: чим вище показник ситуативної тривожності SAscore, тим нижче індекс життєвого задоволення LSI. У тих, хто надає перевагу зовнішнім формам прояву агресії (превалюючою є гетероагресія), означена тенденція проявляється більшою мірою, ніж у тих, хто схильний до аутоагресії.

Діаграма розсіювання



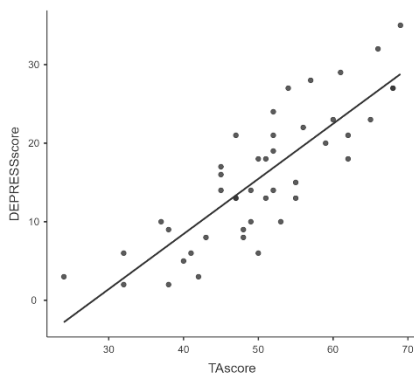
За допомогою діаграми розсіювання досліджуємо зв'язок між рівнем особистісної тривожності TAscore та рівнем індексом життєвого задоволення, LSI у хворих на АІТ . Спостерігаємо обернену пропорційну залежність між змінними: чим вище показник особистісної тривожності TAscore, тим нижче індекс життєвого задоволення, LSI. У тих, хто надає перевагу аутоагресії , означена тенденція проявляється більшою мірою, ніж у тих, хто схильний до гетероагресії.

Діаграма розсіювання



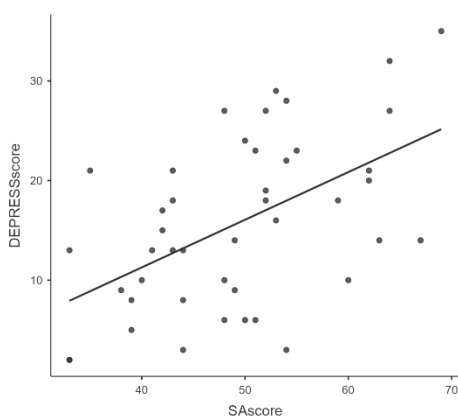
За допомогою діаграми розсіювання досліджуємо зв'язок між рівнем особистісної тривожності TAscore та рівнем ситуативної тривожності SAscore у хворих на АІТ. Спостерігаємо пряму пропорційну залежність між змінними у вибірці: помірне збільшення ситуативної (реактивної) тривожності по мірі збільшення проявів тривожності як особистісної риси.

Діаграма розсіювання



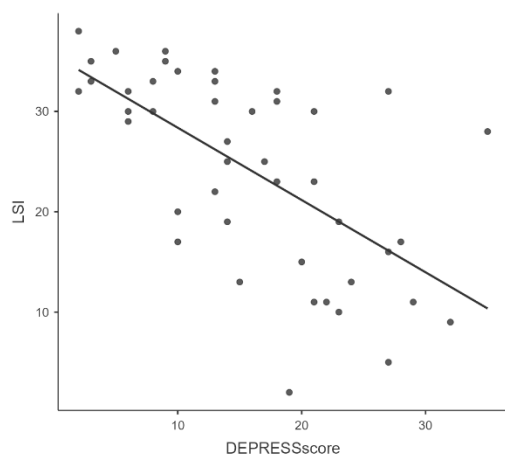
За допомогою діаграми розсіювання досліджуємо зв'язок між рівнем особистісної тривожності TAscore та показниками шкали депресії Бека DEPRESSscore у хворих на АІТ. Спостерігаємо пряму пропорційну залежність між змінними: чим вище показник особистісної тривожності TAscore, тим сильнішими є прояви депресивних симптомів DEPRESSscore.

Діаграма розсіювання



За допомогою діаграми розсіювання досліджуємо зв'язок між рівнем ситуативної тривожності SAscore та показниками шкали депресії Бека DEPRESSscore у хворих на АІТ. Спостерігаємо пряму пропорційну залежність між змінними: чим вище показник ситуативної тривожності SAscore, тим сильніше виражена депресивна симптоматика DEPRESSscore. Проте ця тенденція є не такою сильною, як у випадку залежності між рівнем особистісної тривожності TAscore та проявами депресії.

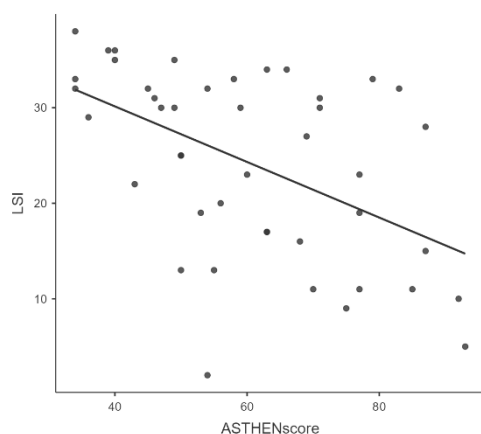
Диаграмма рассеяния



ЖИТТЄВОГО ЗАДОВОЛЕННЯ.

За допомогою діаграми розсіювання досліджуємо зв'язок між рівнем показників шкали депресії Бека DEPRESSscore та індексом життєвого задоволення LSI у хворих на АІТ. Спостерігаємо обернену пропорційну залежність між змінними: чим вище показник прояву депресивних симптомів, тим нижче індекс

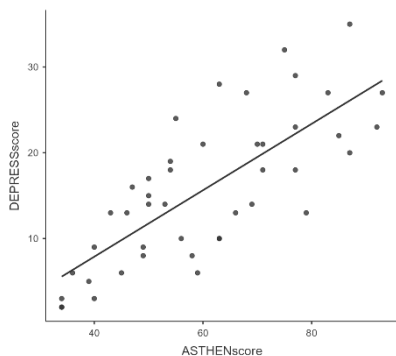
Диаграмма рассеяния



меншою є задоволеність життям LSI у респондентів. Проте ця залежність є менш вираженою, ніж між ступенем вираженості депресивної симптоматики та індексом життєвого задоволення.

За допомогою діаграми розсіювання досліджуємо зв'язок між показниками шкали астеничного стану ASTHENscore та індексом життєвого задоволення LSI у хворих на АІТ. Спостерігаємо обернену пропорційну залежність між змінними: чим вище показники астеничного стану ASTHENscore, тим

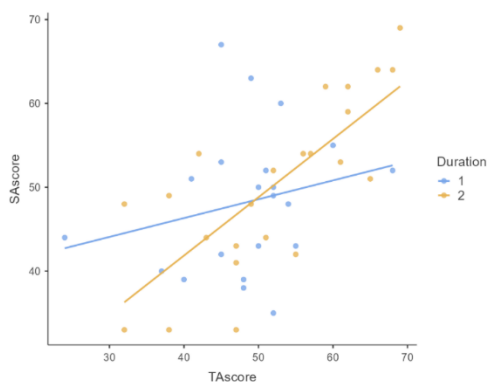
Діаграма розсіювання



вищим є рівень депресії у хворих на АІТ.

За допомогою діаграми розсіювання досліджуємо зв'язок між показниками шкали астеничного стану ASTHENscore та показниками шкали депресії Бека DEPRESSscore. Спостерігаємо пряму пропорційну залежність між змінними: чим більш вираженими є прояви астенії, тим

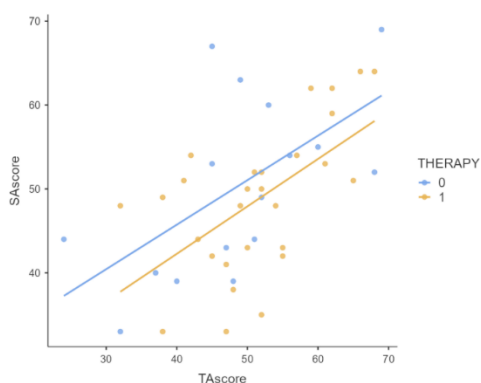
Scatterplot



За допомогою діаграми розсіювання досліджуємо зв'язок між рівнем особистісної тривожності TAscore та рівнем ситуативної тривожності SAscore у хворих на АІТ.

У розрізі тривалості хвороби (1 - менш 5 років, 2 - більше 5 років)

Scatterplot

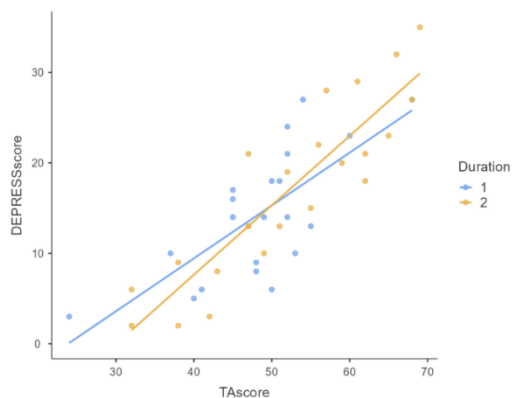


У тих, хто хворіє більше 5 років залежність виражена сильніше

У розрізі наявності гормонозамісної терапії (0 - відсутня, 1 - наявна)

Не має різниці між тими, хто отримує чи не отримує замісну терапію

Scatterplot

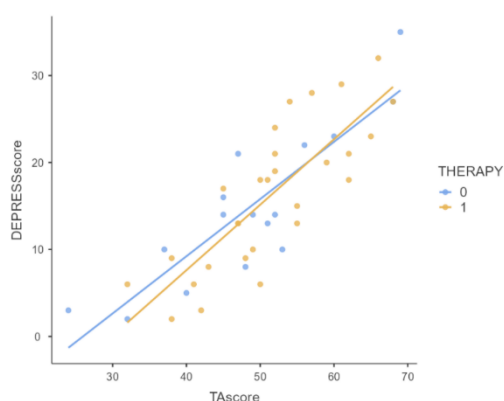


За допомогою діаграми розсіювання досліджуємо зв'язок між рівнем особистісної тривожності TAscore та показниками шкали депресії Бека DEPRESSscore у хворих на АІТ.

У розрізі тривалості хвороби (1 - менш 5 років, 2 - більше 5 років)

У тих, хто хворіє більше 5 років залежність виражена трохи сильніше

Scatterplot



У розрізі наявності гормонозамісної терапії (0 - відсутня, 1 - наявна)

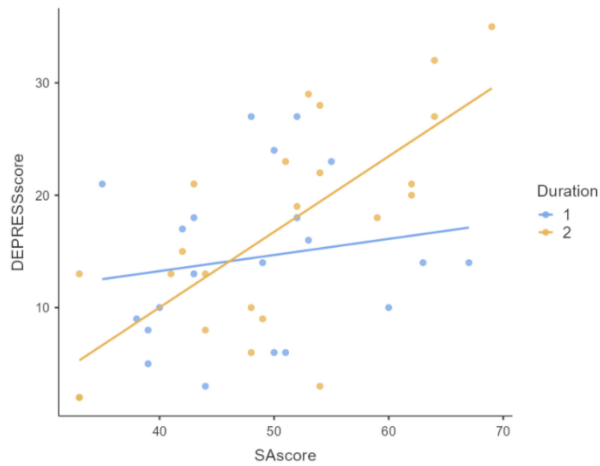
Майже не має різниці між тими, хто отримує чи не отримує замісну терапію

За допомогою діаграми розсіювання досліджуємо зв'язок між рівнем ситуативної тривожності SAscore та показниками шкали депресії Бека DEPRESSscore у хворих на АІТ.

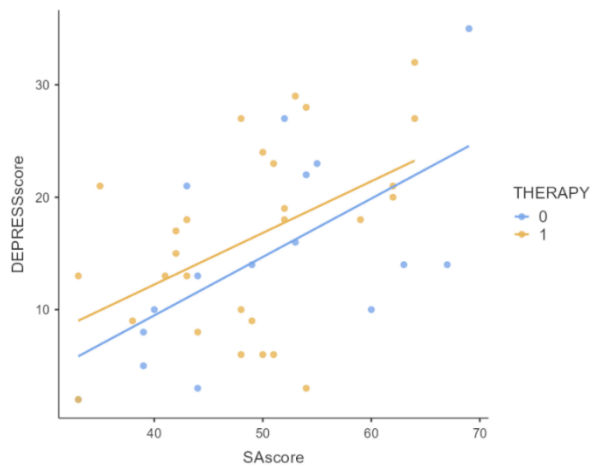
У розрізі тривалості хвороби (1 - менш 5 років, 2 - більше 5 років)

У тих, хто хворіє більше 5 років залежність виражена сильніше

Scatterplot



Scatterplot



У розрізі наявності гормонозамісної терапії (0 - відсутня, 1 - наявна)

Не має різниці між тими, хто отримує чи не отримує замісну терапію

3. Коефіцієнт кореляції r Пірсона

Корреляционная матрица

Correlation Matrix

		AAGR	GAGR	SAscore	TAscore	DEPRESSscore	ASTHENscore	LSI
AAGR	Pearson's r	—						
	df	—						
	p-value	—						
	95% CI Upper	—						
	95% CI Lower	—						
GAGR	Pearson's r	-0.210	—					
	df	42	—					
	p-value	0.172	—					
	95% CI Upper	0.093	—					
	95% CI Lower	-0.477	—					
SAscore	Pearson's r	0.434 **	0.312 *	—				
	df	42	42	—				
	p-value	0.003	0.039	—				
	95% CI Upper	0.647	0.557	—				
	95% CI Lower	0.157	0.017	—				
TAscore	Pearson's r	0.453 **	0.181	0.568 ***	—			
	df	42	42	42	—			
	p-value	0.002	0.240	< .001	—			
	95% CI Upper	0.661	0.454	0.740	—			
	95% CI Lower	0.180	-0.122	0.326	—			
DEPRESSscore	Pearson's r	0.537 ***	0.180	0.528 ***	0.835 ***	—		
	df	42	42	42	42	—		
	p-value	< .001	0.243	< .001	< .001	—		
	95% CI Upper	0.719	0.452	0.713	0.907	—		
	95% CI Lower	0.286	-0.124	0.274	0.716	—		
ASTHENscore	Pearson's r	0.438 **	0.076	0.412 **	0.751 ***	0.763 ***	—	
	df	42	42	42	42	42	—	
	p-value	0.003	0.622	0.005	< .001	< .001	—	
	95% CI Upper	0.650	0.365	0.632	0.857	0.864	—	
	95% CI Lower	0.162	-0.226	0.131	0.585	0.602	—	
LSI	Pearson's r	-0.470 **	0.020	-0.528 ***	-0.666 ***	-0.634 ***	-0.504 ***	—
	df	42	42	42	42	42	42	—
	p-value	0.001	0.897	< .001	< .001	< .001	< .001	—
	95% CI Upper	-0.202	0.315	-0.274	-0.461	-0.416	-0.244	—
	95% CI Lower	-0.673	-0.278	-0.713	-0.804	-0.784	-0.697	—

Note. * p < .05, ** p < .01, *** p < .001

Нульова гіпотеза стверджує, що зв'язок між змінними відсутній. Проте ймовірність $p < 0.001$ дає підстави вважати, що існує ненульовий зв'язок між показниками, які було розраховано в ході проведення дослідження.

Дійсно, існує сильний (позначено ***) прямо пропорційний лінійний зв'язок ($r = 0.835$) у вибірці між рівнем особистісної тривожності та ступенем вираженості депресивних симптомів у хворих на АІТ. З урахуванням

застосування довірчих інтервалів 95% можемо стверджувати, що в популяції сила зв'язку між показниками буде коливатися інтервалі від 0.716 до 0.907.

У виборці хворих на АІТ кореляція у вигляді сильного прямого лінійного зв'язку ($r = 0.763$) спостерігається між показниками шкали астеничного стану та показниками шкали депресії. З урахуванням застосування довірчих інтервалів 95% можемо стверджувати, що в популяції сила зв'язку між показниками буде коливатися інтервалі від 0.602 до 0.684.

Спостерігається також сильна кореляція і пряма лінійна залежність ($r = 0.751$) між рівнем особистісної тривожності та показниками астеничного стану. З урахуванням застосування довірчих інтервалів 95% можемо стверджувати, що в популяції сила зв'язку між показниками буде коливатися інтервалі від 0.585 до 0.857.

Існує сильний зворотній лінійний зв'язок ($r = -0.666$) у вибірці між рівнем рівнем особистісної тривожності та індексом задоволення від життя у хворих на АІТ. З урахуванням застосування довірчих інтервалів 95% можемо стверджувати, що в популяції сила зв'язку між показниками буде коливатися інтервалі від -0.804 до -0.461.

Також існує кореляція у вигляді оберненої пропорційної залежності ($r = -0.634$) у вибірці між рівнем показників шкали депресії та індексом задоволення від життя у хворих на АІТ. З урахуванням застосування довірчих інтервалів 95% можемо стверджувати, що в популяції сила зв'язку між показниками буде коливатися інтервалі від 0.326 до 0.740.

Існує сильна кореляція у вигляді прямої лінійної залежності ($r = 0.568$) у вибірці між рівнем особистісної тривожності та рівнем реактивної (ситуативної) тривожності у хворих на АІТ. З урахуванням застосування довірчих інтервалів 95% можемо стверджувати, що в популяції сила зв'язку між показниками буде коливатися інтервалі від 0.326 до 0.740.

У виборці хворих на АІТ кореляція у вигляді сильного прямого лінійного зв'язку ($r = 0.537$) спостерігається між показниками аутоагресії та вираженістю

симптомів депресії. З урахуванням застосування довірчих інтервалів 95% можемо стверджувати, що в популяції сила зв'язку між показниками буде коливатися інтервалі від 0.286 до 0.719.

Спостерігається також сильна кореляція і пряма лінійна залежність ($r = 0.528$) між рівнем ситуативної тривожності та показниками шкали депресії. З урахуванням застосування довірчих інтервалів 95% можемо стверджувати, що в популяції сила зв'язку між показниками буде коливатися інтервалі від 0.274 до 0.713.

Існує сильний зворотній лінійний зв'язок ($r = -0.528$) у вибірці між рівнем рівнем ситуативної тривожності та індексом задоволення від життя у хворих на АІТ. З урахуванням застосування довірчих інтервалів 95% можемо стверджувати, що в популяції сила зв'язку між показниками буде коливатися інтервалі від -0.713 до -0.274.

Також існує кореляція у вигляді оберненої пропорційної залежності ($r = -0.504$) у вибірці між рівнем показників шкали астенічного стану та індексом задоволення від життя у хворих на АІТ. З урахуванням застосування довірчих інтервалів 95% можемо стверджувати, що в популяції сила зв'язку між показниками буде коливатися інтервалі від -0.697 до -0.244.

Між розглянутими змінними, можливо, існує нелінійний зв'язок, який неможливо дослідити за допомогою коефіцієнта кореляції Пірсона. Крім того, параметри шкали нейротизму та інтроверсії-екстраверсії мають розподіл, який відрізняється від нормального. Тому буде доцільно проранжувати показники та шукати рангові коефіцієнти кореляції (Спірмена/Кендела).

Регресійний аналіз

За допомогою регресійного аналізу

досліджуємо з метою подальшого прогнозування поведінку

залежної змінної SWB.

В якості предикторів, які допомагають **Linear Regression**

прогнозувати суб'єктивний рівень

благополуччя, розглянемо показник

нейротизму та екстраверсії, а також

врахуємо дію таких факторів, як стат

рівень професійного успіху.

Нульова гіпотеза – залежна змінна

пов'язана із незалежною; альтернативна

залежна змінна пов'язана із незалежною

За умови нульового значення предикторів

та референтних значень факторів

(чоловіча стать та професійна неуспішність)

показник суб'єктивного благополуччя

становить 23.6323.

З огляду на значення показника $p < 0.001$

можемо стверджувати, що показники

нейротизму та суб'єктивного благополуччя

пов'язані: при збільшенні на один бал

показника нейротизму, SWB зменшиться

на 0.4756 ± 0.0896 бал.

Множинний коефіцієнт кореляції $R = 0.547$ (максимальне значення 1)

показує, як змінна пов'язана з множиною предикторів. Тобто модель більше,

ніж на половину пояснює все, що ми спостерігаємо. R^2 - коефіцієнт

детермінації- показує, яку частину відмінностей між людьми у

Model Fit Measures

Model	R	R ²
1	0.547	0.299

Model Coefficients - SUMSWB

Predictor	Estimate	SE	t	p
Intercept ^a	23.6323	3.3466	7.0616	< .001
SUMNEURO	-0.4756	0.0896	-5.3067	< .001
SUMEXTRA	0.0391	0.0715	0.5459	0.586
gender:				
F – M	3.0506	1.4636	2.0843	0.040
success:				
2 – 1	0.1653	1.6841	0.0981	0.922
3 – 1	1.9394	1.6385	1.1837	0.240
4 – 1	0.4472	2.5971	0.1722	0.864

^a Represents reference level

суб'єктивному переживанні благополуччя (майже 30%) вдалось пояснити за допомогою моделі.

Висновки до розділу 2

Результати проведених досліджень є переконливими підтвердженнями того, що більшість хворих на аутоімунний тиреоїдит (АІТ) зазнають значних труднощів, пов'язаних з депресивними станами, підвищеною тривогою та втратою якості життя. Ці висновки відкривають нову перспективу розуміння впливу АІТ на психологічний стан та загальний добробут хворих.

Депресивні стани, що супроводжують АІТ, виявляються у втраті інтересу до раніше приємних занять, зниженому настрої, почутті невпевненості та втрати енергії. Висока тривога та стан підвищеної тривоги часто супроводжуються постійним станом напруги, побоюваннями, важкістю у концентрації та негативними думками. Ці емоційні стани не тільки впливають на психологічний стан, але й призводять до значного зниження якості життя хворих на АІТ.

Однак, ці висновки також вказують на потенціал для покращення стану хворих шляхом забезпечення адекватної психологічної підтримки та інтервенцій. Розробка і впровадження програм, спрямованих на психологічну підтримку хворих на АІТ, можуть допомогти зменшити депресивні симптоми, підвищити рівень самоповаги та покращити загальну якість життя. Такі програми можуть включати психотерапевтичні сесії, групову терапію, підтримку спільноти та інші психологічні підходи, спрямовані на зміцнення психологічного стану та забезпечення емоційної стабільності.

Однак, враховуючи індивідуальні особливості кожного хворого, важливо забезпечити індивідуалізований підхід у плануванні та наданні психологічної підтримки. Врахування конкретних потреб, цілей та можливостей кожного хворого дозволить забезпечити більш ефективні результати та забезпечити, що програми психологічної підтримки будуть корисними та приносять позитивні зміни в життя хворих на АІТ.

Отже, враховуючи високу поширеність депресивних станів та підвищеної тривоги серед хворих на АІТ, необхідно активно займатися психологічним благополуччям цієї категорії пацієнтів. Розробка та реалізація програм психологічної підтримки, спрямованих на підвищення якості життя та поліпшення психологічного стану, можуть стати вагомим кроком у забезпеченні здоров'я та добробуту хворих на АІТ.

РОЗДІЛ 3: ПОКРАЩЕННЯ ЯКОСТІ ЖИТТЯ ХВОРИХ НА АІТ У ФОКУСІ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ІНТЕРВЕНЦІЇ

3.1. Теоретико-методологічні засади розробки програми покращення якості життя хворих на АІТ

Теоретико-методологічні засади розробки програми покращення якості життя хворих на аутоімунні захворювання щитоподібної залози (АІТ) базуються на комплексному підході до управління цими захворюваннями та забезпеченні оптимальних умов для пацієнтів.

1. Теоретична основа: Програма покращення якості життя хворих на АІТ ґрунтується на основних принципах медицини та психології, які включають:

- Індивідуальний підхід: Розуміння унікальності кожного пацієнта та врахування його особистих потреб і побажань.
- Комплексний підхід: Врахування фізичних, психологічних і соціальних аспектів хвороби та їх взаємозв'язку.
- Екологічний підхід: Звернення уваги на взаємодію пацієнта з його оточенням і забезпечення сприятливих умов життя.
- Партнерство з пацієнтом: Активна участь пацієнта в процесі прийняття рішень і вплив на свій стан здоров'я.

2. Методологія: Для розробки програми покращення якості життя хворих на АІТ використовуються такі методологічні підходи:

- Евіденційна медицина: Орієнтація на доказову базу знань та використання найефективніших методів лікування та підтримки пацієнтів.
- Інтердисциплінарний підхід: Співпраця між різними медичними спеціалістами, психологами, соціальними працівниками тощо для досягнення найкращого результату.
- Етапний підхід: Розробка програми з урахуванням послідовного прогресу та поступового впровадження нових елементів залежно від потреб пацієнтів.

- Оцінка результатів: Систематичний моніторинг та оцінка ефективності програми, що дозволяє вносити корективи та покращувати якість надання медичної допомоги.
3. Застосування: Розроблена програма покращення якості життя хворих на АІТ використовується для:
- Медичного лікування: Визначення оптимальних методів діагностики, лікування та контролю за захворюванням.
 - Психологічної підтримки: Надання психологічної допомоги, включаючи консультування та психотерапію, для зменшення стресу, покращення самопочуття та адаптації до хвороби.
 - Соціальної підтримки: Забезпечення доступу до ресурсів та послуг, що сприяють соціальній адаптації і поліпшенню якості життя пацієнтів.
 - Едукації пацієнтів: Надання інформації про хворобу, методи лікування та самоменеджмент, що допомагає пацієнтам бути активними учасниками власної догляду за здоров'ям.

Ці теоретико-методологічні засади дозволяють створити ефективну та інтегровану програму покращення якості життя хворих на АІТ, спрямовану на забезпечення комплексної підтримки та оптимального управління їх станом здоров'я.

Психологічне підґрунтя для розробки програми покращення якості життя хворих на аутоімунні захворювання щитоподібної залози (АІТ) базується на розумінні важливості психологічного благополуччя та його впливу на загальну якість життя пацієнтів. Основні аспекти психологічного підґрунтя включають:

1. Стрес та психологічна адаптація: Хворі на АІТ зазнають фізичного та емоційного стресу, пов'язаного з хворобою, симптомами, лікуванням та її впливом на їх повсякденне життя. Розробка програми повинна враховувати стресові фактори та надати пацієнтам психологічні стратегії адаптації, які допоможуть знизити рівень стресу та поліпшити їх психологічну добробутність.

2. **Управління емоціями:** Пацієнти з АІТ можуть відчувати різні емоції, такі як тривога, депресія, розчарування або втома. Програма повинна включати психологічні підходи, що спрямовані на управління емоціями та підтримку пацієнтів у розвитку позитивного мислення, стратегій релаксації та підтримки психологічного комфорту.
3. **Самооцінка та самоприйняття:** Хвороба може вплинути на самооцінку та самоприйняття пацієнтів. Програма повинна сприяти підвищенню самооцінки та позитивному сприйняттю себе, допомагати розвивати ресурси самовпевненості та покращувати ставлення до свого тіла та зовнішнього вигляду.
4. **Соціальна підтримка:** Взаємодія з іншими людьми та соціальна підтримка мають важливе значення для пацієнтів з АІТ. Програма повинна включати елементи підтримки та сприяти формуванню соціальних зв'язків, взаємодії з групами підтримки, які допоможуть пацієнтам відчувати себе підтриманими та зрозумілими.
5. **Інформування та освіта:** Надання достовірної інформації про хворобу, її лікування та самоменеджмент є важливим аспектом психологічної підтримки пацієнтів. Програма повинна надавати можливості для освіти пацієнтів, покращувати їх розуміння та контроль над хворобою, а також допомагати їм приймати обдумані рішення щодо власного здоров'я.

Хронічне захворювання, таке як аутоімунне захворювання щитоподібної залози (АІТ), може бути викликом і змінити стиль життя може бути ключовим фактором у поліпшенні вашого стану та відчутті позитивних змін. Однак, ефективне донесення цієї інформації до вас як пацієнта є надзвичайно важливим для досягнення успіху в управлінні хворобою. Ось кілька шляхів, які можуть сприяти ефективному сприйняттю цієї інформації та зміні стилю життя:

1. **Пояснення характеру хвороби:** Важливо отримати чітку інформацію про хронічність та характер вашого захворювання. Розуміння того, що АІТ є станом, що потребує довготривалої уваги та самоменеджменту, є важливим кроком для прийняття необхідних змін.

2. Інформування про зв'язок зі стилем життя: Отримання інформації про те, як стиль життя може впливати на АІТ, є важливим. Розуміння того, як правильне харчування, регулярна фізична активність, здоровий сон та стрес-менеджмент можуть позитивно впливати на ваше самопочуття та контроль над захворюванням, стане мотивацією для внесення змін у своє життя.
3. Посилення самосвідомості та відповідальності: Донесення до вас важливості самосвідомості та відповідальності за власне здоров'я може сприяти зміні стилю життя. Розуміння, що ви самі маєте великий вплив на своє самопочуття та контроль над захворюванням, може спонукати вас до прагнення до позитивних змін.
4. Підтримка та освіта: Отримання підтримки від медичних фахівців, психологів та груп підтримки може бути надзвичайно корисним. Разом із ними ви можете отримати більше інформації про хворобу, навчитися ефективним стратегіям самоменеджменту та отримати підтримку від людей, які переживають подібні труднощі.
5. Поступовість та реалістичність: Важливо пам'ятати, що зміна стилю життя - це процес, який вимагає часу та поступовості. Встановлення маленьких, досяжних цілей та поступове їх досягнення допоможуть вам підтримувати мотивацію та відчувати позитивні зміни поступово.

Найефективніше донесення до вас необхідності зміни стилю життя та усвідомлення хронічності АІТ може бути досягнуто через ретельну інформаційну підтримку, освіту, посилення самосвідомості та підтримку від фахівців та груп підтримки. Зміна стилю життя може стати ключем до позитивних змін у вашому самопочутті та покращення якості життя.

Позбавлення негативних симптомів аутоімунного захворювання щитоподібної залози (АІТ) вимагає комплексного підходу, що охоплює різні аспекти життя. Ось деякі ключові складові ефективного комплексного підходу до полегшення симптомів АІТ:

1. Лікарська терапія: Консультація з кваліфікованим лікарем і призначення відповідних медикаментозних препаратів є важливим кроком у зменшенні симптомів АІТ. Відповідний лікар буде враховувати ваші індивідуальні потреби і розроблятиме план лікування, що включає призначення необхідних лікарських засобів.
2. Зміна стилю харчування: Враховуючи, що деякі продукти можуть сприяти запаленню та погіршенню симптомів АІТ, розгляньте можливість здорового харчування, що включає багато свіжих фруктів, овочів, повноцінних зерен та магазини з високим вмістом жирних кислот Омега-3. Крім того, уникайте потенційно подразнюючих продуктів, таких як глютен або лактоза, якщо ви маєте відповідну непереносимість.
3. Фізична активність: Регулярна фізична активність має безліч переваг для загального здоров'я та самопочуття. Вона може допомогти зменшити запалення, покращити енергію та знизити ризик вагових проблем. Обговоріть з вашим лікарем оптимальні види фізичної активності, які підходять саме вам.
4. Стрес-менеджмент: Стрес може погіршувати симптоми АІТ, тому важливо знайти ефективні методи стрес-менеджменту. Це може включати релаксаційні техніки, медитацію, йогу або інші активності, які допомагають заспокоїтися та знизити рівень стресу.
5. Підтримка і спілкування: Знаходження підтримки від людей, які переживають подібні проблеми, або участь у групах підтримки можуть бути корисними. Спілкування з іншими людьми, які розуміють вашу ситуацію, може зменшити почуття самотності та надати підтримку на вашому шляху до покращення якості життя.

Цей комплексний підхід дозволяє поєднати різні стратегії та методи, що сприяють полегшенню негативних симптомів АІТ та покращенню якості вашого життя. Важливо пам'ятати, що кожна людина унікальна, тому звертайтеся до свого лікаря та інших фахівців для розробки індивідуального плану дій.

Звикання до нового режиму життя при хворобі АІТ може бути викликом з психологічної точки зору. Особам, які зіткнулися з цим захворюванням, можуть знадобитися психологічні підходи та техніки, щоб полегшити процес змін та допомогти їм адаптуватися до нового стилю життя. Ось кілька психологічних підходів та технік, які можуть бути корисними:

1. Психосвіта: Надання інформації про хворобу АІТ та її вплив на життя може допомогти пацієнтам краще розуміти свої симптоми та необхідність змін у стилі життя. Чим більше знань у людини про хворобу, тим більше контролю вона може відчувати над своїм станом і процесом звикання.
2. Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ): Цей психологічний підхід спрямований на зміну шаблонів мислення та поведінки, які можуть перешкоджати здоровому звиканню до нового режиму життя. КПТ може допомогти розпізнати та замінити негативні думки та переконання щодо хвороби та змін, що необхідні, сприяючи позитивному настрою та відповідальному ставленню до свого здоров'я.
3. Стратегії управління стресом: Зміна стилю життя та пристосування до хвороби можуть супроводжуватися стресом. Техніки управління стресом, такі як релаксація, дихальні вправи, медитація або йога, можуть допомогти заспокоїтися, знизити рівень стресу та покращити загальний психологічний стан.
4. Підтримка групи: Участь у групах підтримки або спілкування з іншими людьми, які мають АІТ, може бути корисною. Обмін досвідом, підтримка та спілкування з тими, хто проходить тим самим, можуть допомогти відчувати, що ви не самі в цьому процесі та знаходити позитивну мотивацію для змін.
5. Самостійний розвиток: Розвиток самоусвідомлення та саморефлексії можуть допомогти людині зрозуміти свої потреби, мотивації та цілі. Планування малих кроків, ставлення реалістичних очікувань та нагадування собі про позитивні зміни можуть сприяти успіху у зміні стилю життя.

Враховуючи психологічні підходи та техніки, важливо пам'ятати, що кожна людина унікальна, і підхід до звикання до нового режиму життя повинен бути індивідуалізованим. Розмова з психологом або психотерапевтом, який має досвід роботи з хворими на АІТ, може бути цінним допоміжним ресурсом для кожної конкретної особи.

Хвороба АІТ може впливати на психологічний стан людини і призводити до розвитку деяких негативних рис характеру. Ось декілька прикладів таких рис, які можуть затримати процес відновлення фізичного та психологічного здоров'я: Відчуття безпорадності: Хвороба АІТ може призводити до почуття безпорадності та втрати контролю над своїм життям. Це може спричинити пасивність, відмову від активної участі у процесі відновлення та недостатню самодисципліну.

Негативний настрій: Хронічність захворювання та його вплив на фізичне та емоційне самопочуття можуть сприяти розвитку негативного настрою, такого як депресія, злість, роздратованість. Ці негативні емоції можуть перешкоджати позитивному ставленню до відновлення та призводити до недостатньої мотивації для змін.

Соціальна ізоляція: Хвороба АІТ може призводити до обмеження активностей та залучення до соціальних ситуацій. Це може викликати відчуття самотності та відчуження, а також може затримувати процес відновлення через відсутність підтримки та мотивації від оточуючих.

Негативне ставлення до змін: Зміна стилю життя, яка є необхідною при хворобі АІТ, може викликати опір та негативне ставлення до змін. Це може включати в себе відмову від змін у харчуванні, фізичній активності або вживанні лікарських препаратів, що може заважати відновленню.

Чрезмерне переймання: Хвороба АІТ може призводити до чрезмерного переймання своїм станом здоров'я та постійного зосередження на симптомах та

обмеженнях. Це може заважати позитивному ставленню до відновлення та впливати на загальний психологічний стан.

Для подолання цих негативних рис характеру та сприяння процесу відновлення фізичного та психологічного здоров'я можуть бути застосовані різні психологічні підходи та техніки. Наприклад, психотерапія, когнітивно-поведінкова терапія, медитація та релаксаційні практики можуть допомогти в управлінні емоціями, зміні негативних мислень та сприяти позитивній мотивації та адаптації до нового режиму життя. Важливо звернутися до професіонала з досвідом роботи з хворими на АІТ, який зможе надати індивідуалізовану підтримку та поради.

3.2. Програма сбалансування основних сфер повсякденного життя хворих на АІТ

Програма сбалансування основних сфер життя хворих на АІТ може включати різні психологічні підходи та методи, які сприяють покращенню фізичного та психологічного стану. Ось кілька елементів, які можна включити до такої програми:

1. Групова терапія: Формування групи пацієнтів, які мають спільний досвід АІТ, може бути корисним для спільної підтримки, обміну досвідом та взаємопідтримки. Групова терапія дозволяє відчувати підтримку оточуючих та взаємодіяти з людьми, які проходять подібний шлях до одужання.
2. Елементи арт-терапії: Використання мистецтва, такого як живопис, музика, письмо або танець, може бути корисним для вираження емоцій, розвитку творчого потенціалу та релаксації. Це може допомогти зняти стрес, зосередитися на позитивних аспектах та забезпечити внутрішню гармонію.
3. Налаштування режиму: Важливо встановити регулярний режим дня, який включає достатньо часу для відпочинку, сну, фізичних тренувань, харчування та розваг. Створення структурованого режиму може

допомогти зберегти енергію, знизити стрес та поліпшити загальний самопочуття.

4. Впровадження дисципліни у фізичних тренуваннях: Фізична активність є важливою для покращення фізичного здоров'я та загального самопочуття. Встановлення регулярної тренувальної програми та дотримання її може вимагати дисципліни. Можна розглянути використання тренера або участь у групових тренуваннях, щоб отримати підтримку та додаткову мотивацію.

Ця програма може бути індивідуалізованою, враховуючи потреби та можливості кожного пацієнта. Важливо працювати зі спеціалістами, такими як психологи, терапевти та тренери, які мають досвід у роботі з хворими на АІТ, для розробки та впровадження цієї програми з максимальною ефективністю.

Програма психологічної групової підтримки "Не виживати - а жити" за допомогою малювання розроблена для хворих на АІТ, з метою сприяння їх психологічному благополуччю та покращення якості життя. Програма використовує малювання як інструмент для самовираження, вираження емоцій та взаємодії у груповому середовищі. Основні кроки та елементи програми включають:

Організація групи: Створення невеликої групи хворих на АІТ, які мають бажання прийняти участь у програмі. Група може складатись з 6-8 учасників для забезпечення ефективної комунікації та взаємодії.

Вступна сесія: В цій сесії фасилітатор (психолог або художник-терапевт) представляє програму, ставить мету та очікування, а також роз'яснює користь малювання як способу виразити свої почуття та думки. Учасники також можуть поділитися своїми очікуваннями та поставити питання.

Тематичні сесії малювання: У кожній сесії вибирається конкретна тема, пов'язана з процесом пристосування до АІТ та поліпшення якості життя.

Наприклад, можуть бути обрані теми, які стосуються прийняття хвороби, здійснення змін у житті, пошуку позитивних аспектів тощо.

Малювання та обговорення: Учасники малюють свої відповіді на обрану тему. Важливо заохочувати їх використовувати кольори, форми та символи, які відображають їх почуття та думки. Після закінчення малюнків, учасники обговорюють їх з іншими членами групи, спільно діляться своїми враженнями, спостереженнями та роздумами.

Рефлексія та підсумок: В кінці кожної сесії проводиться рефлексія, де учасники можуть поділитися своїми враженнями від процесу малювання та обговорення. Фасилітатор сприяє обговоренню змін, які відбулися в ході програми та які позитивні зміни вони спостерігають у своєму психологічному стані та ставленні до АІТ.

Домашні завдання: Учасникам можуть даватись завдання для виконання між сесіями, такі як продовження малюнків або записування своїх думок та вражень. Це сприяє інтеграції програми у повсякденне життя та поглибленню процесу самовідкриття.

Завершальна сесія: Остання сесія використовується для підбиття підсумків програми, обговорення досягнень учасників, перегляду малюнків та порівняння їх з початковими враженнями. Також можна обговорити подальші кроки, які учасники можуть зробити для підтримки свого психологічного благополуччя.

Ця програма психологічної групової підтримки "Не виживати - а жити" за допомогою малювання може надати учасникам хворим на АІТ безпечне середовище для самовираження, спілкування та зміни свого ставлення до хвороби. Вона дозволяє побудувати взаємопідтримуючу групову динаміку та сприяє покращенню їх загального психологічного стану та якості життя.

Сбалансоване життя та уникнення розхитувань є надзвичайно важливими аспектами для хворих на АІТ, які перебувають у стані ремісії. На цьому етапі важливо зосередитися на побудові стійкого розкладу тренувань та визначенні нових джерел задоволення. Цей крок допоможе уникнути повернення до шкідливих звичок або поведінки, яка була пов'язана з хворобою. Щоб досягти цього, пропонуються наступні кроки:

1. Визначення розкладу тренувань: Регулярна фізична активність має велике значення для здоров'я хворих на АІТ. Створення календаря тренувань допоможе стабілізувати їх режим та зробить їх невід'ємною частиною їхнього життя. Важливо обрати види фізичної активності, які вони люблять і які приносять задоволення, щоб забезпечити тривалу мотивацію та насолоду від тренувань.
2. Пошук нових джерел задоволення: Хворим на АІТ може бути важко відмовитися від попередніх задовольень, пов'язаних з хворобою. Проте, вони мають знайти заміну для цих задовольень, щоб заповнити вакуум, який виникне після їх припинення. Це можуть бути нові хобі, захоплення, соціальні активності або розвиток творчих навичок. Важливо експериментувати та відкрити для себе нові можливості, які приносять радість та задоволення.
3. Збереження рівноваги: Створення сбалансованого розкладу життя є ключем до успіху в підтриманні ремісії та уникненні розхитувань. Важливо знайти рівновагу між роботою, відпочинком, соціальним життям, фізичною активністю та самозростанням. Встановлення чітких меж і пріоритетів допоможе уникнути перенавантаження та зберегти енергію для найважливіших аспектів життя.

У процесі одужання від АІТ хворим необхідно зробити зміни у своєму стилі життя та знайти нові джерела задоволення, які позитивно впливатимуть на їхнє фізичне та психологічне здоров'я. Зосередження на сбалансованості та сталості

допоможе їм уникати розхитувань, пов'язаних з попередніми негативними звичками. Ось кілька практичних кроків для досягнення цієї мети:

Встановлення конкретних цілей: Спочатку хворим на АІТ потрібно визначити, які сфери життя вони бажають сбалансувати. Це можуть бути робота, сім'я, здоров'я, освіта, розваги тощо. Постановлення конкретних цілей допоможе їм усвідомити, куди вони хочуть йти та які кроки потрібно зробити для досягнення балансу в цих сферах.

Розробка “колеса балансу”: треба виділити всі сфери, де хворий бажає покращення. Наприклад, відносини, здоров'я, робота, сім'я, краса. Потім необхідно прописати мету та завдання до кожної сфери, інструменти, які допоможуть досягнути мети, джерела, де можна шукати підтримку.

Шлях до ремісії АІТ дуже довгий, поступовий, сбалансований, потребує дисципліни в першу чергу та розуміння мотивації, навіть треба змінювати настільки своє життя. Ті позитивні зміни, які людина помітить вже за 6 місяців після зміни харчування, налагоджування режиму тренувань, регулярних походів до психолога та у підтримуючу терапевтичну групу, необхідно зафіксувати, відчувати, що така якість життя можлива. Це допоможе не ігнорувати свої зусилля та не знецінювати їх, дозволяючи хворим на АІТ кожного разу робити вибір до покращення свого стану.

3.3. Критерії ефективності програми

Ефективність програми сбалансування основних сфер повсякденного життя хворих на АІТ можна оцінювати за допомогою різних критеріїв. Нижче наведено декілька ключових критеріїв, за якими можна оцінювати успішність такої програми:

1. **Покращення якості життя:** Основним критерієм ефективності є покращення якості життя хворих на АІТ. Це можна оцінити за допомогою показників, таких як загальний рівень задоволеності, зниження рівня

стресу та тривоги, підвищення рівня позитивних емоцій та загального самопочуття.

2. Забезпечення балансу: Програма має сприяти забезпеченню балансу між різними сферами життя, такими як фізичне здоров'я, емоційний стан, соціальні взаємини та саморозвиток. Ефективна програма допомагатиме хворим на АІТ знайти оптимальний баланс між цими сферами і підтримувати його з часом.
3. Впровадження нових навичок: Програма повинна допомагати хворим на АІТ набувати нові корисні навички та звички, які сприятимуть їхньому фізичному та психологічному благополуччю. Це можуть бути звички здорового харчування, регулярні фізичні тренування, методи релаксації та стресового менеджменту, планування часу та енергії.
4. Самоуправління та самодисципліна: Важливим критерієм є розвиток самоуправління та самодисципліни у хворих на АІТ. Програма повинна сприяти виробленню навичок самоконтролю, саморегуляції та вміння встановлювати й досягати поставлені цілі.
5. Участь та підтримка групи: Успішна програма має забезпечувати участь хворих на АІТ у групових сесіях та забезпечувати підтримку і співпрацю в групі. Групова підтримка та обмін досвідом можуть бути важливими факторами для успішного реабілітаційного процесу.

Впровадження програми сбалансування основних сфер повсякденного життя хворих на АІТ можна розділити на кілька етапів. Нижче наведено загальні етапи, які можуть бути використані при розробці та впровадженні такої програми:

1. Аналіз потреб: Перший етап - аналіз потреб хворих на АІТ. Важливо провести дослідження та зберегти дані про потреби цільової аудиторії, враховуючи фізичні та психологічні аспекти їхнього життя. Це допоможе визначити головні сфери, в яких необхідно забезпечити баланс та розвиток.

2. Розробка програми: На другому етапі розробляється програма сбалансування. Це включає в себе визначення цілей, завдань та методів, які будуть використовуватися для досягнення балансу у різних сферах життя. Наприклад, це може бути план регулярних фізичних тренувань, сесії групової підтримки, рекомендації щодо харчування та режиму дня.
3. Реалізація програми: На цьому етапі розпочинається впровадження програми. Це може включати проведення групових сесій, тренінгів, індивідуальних консультацій та надання підтримки учасникам. Реалізація повинна бути структурованою та систематичною, з урахуванням потреб та можливостей хворих.
4. Оцінка результатів: Після впровадження програми важливо оцінити її ефективність та вплив на хворих на АІТ. Це може включати збір даних, анкетування учасників, спостереження за змінами у їхньому стані та якості життя. Оцінка результатів допоможе виявити успіхи та вдосконалити програму у майбутньому.
5. Вдосконалення та розвиток: Останній етап - вдосконалення та розвиток програми. На підставі отриманих результатів та зворотного зв'язку від учасників можна внести необхідні зміни та удосконалення до програми. Постійне вдосконалення допоможе забезпечити ефективність та відповідність потребам хворих на АІТ.

Прогноз тривалості лікування від АІТ до помітних перших позитивних змін може значно варіюватись залежно від кожної конкретної ситуації та особливостей хворого. Кожна людина унікальна, і час, необхідний для помітних позитивних змін, може різнитися.

Лікування від АІТ зазвичай є довготривалим процесом, оскільки це хронічне захворювання. Воно може включати комбінацію фармакотерапії, психотерапії, зміни стилю життя та інших підходів. Деякі люди можуть помітити перші позитивні зміни вже після декількох тижнів або місяців лікування, а для інших цей процес може зайняти декілька місяців або навіть років.

Важливо враховувати, що позитивні зміни можуть бути поступовими і іноді важко помітити їх на початкових етапах лікування. Також треба мати на увазі, що лікування може бути індивідуалізованим, а підходи та методи можуть варіюватись для кожної людини.

Найкращим підходом є співпраця з медичними фахівцями, такими як психологи, психіатри та інші спеціалісти, які можуть надати індивідуальну оцінку та рекомендації щодо прогнозу тривалості лікування. Вони також зможуть вести моніторинг прогресу та внести необхідні зміни до лікування для досягнення оптимальних результатів.

Також треба брати відповідальність на себе і розуміти, що хвороба, яка розвивалась роками і певний час була непоміченою, не може так швидко відступити. Тут потрібні наполегливість та терплячість. Це як наповнювати кружкою 100метровий колодець. Ви не розумієте, скільки часу буде необхідно аби це зробити, але ж це можливо і потрібна методичність у цьому питанні. Колись ви стовідсотково наповните колодець, це справа часу.

Проявлення свободи та аутентичності може бути важливим критерієм поліпшення стану хворих на АІТ. Коли людина відчуває свободу бути самим собою і проявляти свою аутентичність, це може свідчити про покращення її психологічного стану та якості життя. Для багатьох хворих на АІТ, цей процес може бути важким, оскільки хвороба може впливати на їх самооцінку, самоідентифікацію та відношення до світу навколо.

Одним із показників поліпшення стану може бути збільшення самоприйняття та прийняття своєї хвороби. Коли людина починає відчувати прийняття і розуміння щодо свого стану, вона може відкривати для себе нові можливості для особистого розвитку та здоров'я. Це може сприяти розвитку їхньої особистої автономії та самоповаги.

Крім того, поліпшення стану може виявлятися у зміні ставлення до власних цінностей та призначення в житті. Хворі на АІТ можуть переглянути свої

пріоритети, зосередитись на речах, які їм дійсно важливі, та відповідно до цього вносити зміни до свого життя. Це може включати зміну стилю життя, збереження балансу між роботою та відпочинком, розвиток особистих стосунків та інші аспекти повсякденного життя.

Нарешті, проявлення свободи та аутентичності може бути помітним у взаємодії з іншими людьми. Хворі на АІТ можуть почувати себе впевнено, комфортно та вільно у взаєминах з іншими, що відображає зміну їхнього внутрішнього стану та покращення самопочуття.

Зазначені прояви свободи та аутентичності можуть слугувати показниками покращення стану хворих на АІТ. Однак, важливо враховувати індивідуальність кожної людини та унікальність її процесу відновлення. Прогрес може бути поступовим, і досягнення повної свободи та аутентичності може зайняти час. Процес підтримки та терапії має бути індивідуалізованим і спрямованим на стимулювання розвитку особистості хворого на АІТ, допомогу виявленню його унікальних потреб та досягненню балансу у всіх сферах життя.

Чи потрібно нам позбавлятися від нього? Можливо, замість цього, ми можемо навчитися подружитися з АІТ і знайти способи співіснування з цією хворобою.

Подружитися з АІТ означає прийняти його як частину свого життя та розуміти, що це не визначає нашу цілісність чи обмежує наш потенціал. Замість того, щоб боротися з цим захворюванням, ми можемо вчитися працювати з ним, навчатися його розуміти та виробляти стратегії для керування його проявами.

У цьому процесі важливо розвивати свідомість про своє фізичне та емоційне самопочуття. Розуміння власного тіла та його потреб дозволяє нам краще враховувати сигнали, які надсилає нам наш організм, і приймати розумні рішення щодо догляду за собою. Також важливо знайти команду фахівців, які підтримують наш підхід до співіснування з АІТ і можуть надати необхідну медичну підтримку та поради.

Подружитися з АІТ також означає зосередитися на своєму загальному здоров'ї і добробуті. Займатися здоровим способом життя, включаючи правильне харчування, регулярну фізичну активність, контроль стресу та відпочинок, може позитивно впливати на симптоми АІТ і загальну якість життя.

Подружитися з АІТ – це процес самовдосконалення та впевненості у власній силі. Це розуміння, що ми не обмежені хворобою, але маємо можливість прожити щасливе, активне та задоволене життя навіть з наявністю АІТ. Важливо пам'ятати, що кожна людина з АІТ є унікальною, і кожен з нас має свій шлях у подружжі з цією хворобою.

Висновки до розділу 3

АІТ є хронічним захворюванням, яке потребує комплексного підходу до управління та покращення якості життя хворих.

Створення програми, спрямованої на сбалансування основних сфер повсякденного життя, є ефективним підходом до покращення фізичного та психологічного стану хворих на АІТ.

Групова терапія сприяє підтримці, взаємодії та обміну досвідом між хворими на АІТ. Використання методів арт-терапії може допомогти виражати емоції та зменшувати стрес.

Встановлення режиму та дисципліни у фізичних тренуваннях сприяє покращенню фізичного стану та підвищенню енергетичного рівня хворих на АІТ.

Для досягнення успіху в програмі покращення якості життя хворих на АІТ необхідно враховувати індивідуальні потреби та можливості кожного хворого.

Персоналізований підхід, врахування психологічних аспектів та встановлення реалістичних цілей допомагають досягти позитивних змін та підвищити якість життя хворих на АІТ.

Перші позитивні зміни можуть з'явитися в різних періодах для кожної людини, і важливо не втрачати мотивацію та терпіння під час процесу відновлення.

Показником поліпшення стану хворих на АІТ є проявлення свободи та аутентичності, здатність до сбалансованого життя та уникання розхитувань.

Здатність хворих на АІТ подружитися з хворобою та прийняти її як частину свого життя є важливим кроком у досягненні позитивних результатів та покращення якості життя.

Програма покращення якості життя хворих на АІТ повинна бути гнучкою, постійно оновлюватися та адаптуватися до потреб та прогресу кожного хворого.

Висновки підкреслюють важливість індивідуального підходу, розвитку позитивних звичок та уміння приймати хворобу як складову життя, що дозволяє хворим на АІТ покращити якість свого життя та досягти більшого благополуччя.

ВИСНОВКИ

1. Результати проведених досліджень є переконливими підтвердженнями того, що більшість хворих на аутоімунний тиреоїдит (АІТ) зазнають значних труднощів, пов'язаних з депресивними станами, підвищеною тривогою та втратою якості життя. Ці висновки відкривають нову перспективу розуміння впливу АІТ на психологічний стан та загальний добробут хворих.

2. Депресивні стани, що супроводжують АІТ, виявляються у втраті інтересу до раніше приємних занять, зниженому настрої, почутті невпевненості та втрати енергії. Висока тривога та стан підвищеної тривоги часто супроводжуються постійним станом напруги, побоюваннями, важкістю у концентрації та негативними думками. Ці емоційні стани не тільки впливають на психологічний стан, але й призводять до значного зниження якості життя хворих на АІТ.

Однак, ці висновки також вказують на потенціал для покращення стану хворих шляхом забезпечення адекватної психологічної підтримки та інтервенцій. Розробка і впровадження програм, спрямованих на психологічну підтримку хворих на АІТ, можуть допомогти зменшити депресивні симптоми, підвищити рівень самоповаги та покращити загальну якість життя. Такі програми можуть включати психотерапевтичні сесії, групову терапію, підтримку спільноти та інші психологічні підходи, спрямовані на зміцнення психологічного стану та забезпечення емоційної стабільності.

Враховуючи індивідуальні особливості кожного хворого, важливо забезпечити індивідуалізований підхід у плануванні та наданні психологічної підтримки. Врахування конкретних потреб, цілей та можливостей кожного хворого дозволить забезпечити більш ефективні результати та забезпечити, що програми психологічної підтримки будуть корисними та приноситьимуть позитивні зміни в життя хворих на АІТ.

3. Отже, враховуючи високу поширеність депресивних станів та підвищеної тривоги серед хворих на АІТ, необхідно активно займатися психологічним благополуччям цієї категорії пацієнтів. Розробка та реалізація програм психологічної підтримки, спрямованих на підвищення якості життя та поліпшення психологічного стану, можуть стати вагомим кроком у забезпеченні здоров'я та добробуту хворих на АІТ.

Хворі на АІТ зіткнуті з рядом особливостей у фізичній, психологічній та соціальній сферах життя, що вимагає комплексного підходу до їх управління та покращення якості життя.

Фізичні симптоми, такі як виснаженість, слабкість, набряки, можуть обмежувати фізичну активність та здатність до виконання повсякденних завдань.

Психологічні аспекти АІТ, такі як емоційний дисбаланс, стрес та депресія, можуть суттєво впливати на психічне благополуччя та якість життя хворих.

Соціальні наслідки АІТ, включаючи обмеження у роботі, соціальних активностях та міжособистих відносинах, можуть призводити до почуття відчуженості та ізоляції.

4. Розроблена програма покращення якості життя хворих на АІТ, спрямована на сбалансування основних сфер повсякденного функціонування, є ефективним інструментом для поліпшення фізичного, психологічного та соціального стану хворих.

Впровадження програми передбачає використання групової терапії, елементів арт-терапії, налаштування режиму та впровадження дисципліни у фізичних тренуваннях.

Психологічна групова підтримка за допомогою малювання, яка базується на принципах свободи та аутентичності, виявилася ефективною формою підтримки для хворих на АІТ.

Критеріями ефективності програми сбалансування основних сфер повсякденного життя хворих на АІТ є зменшення фізичних та психологічних симптомів, поліпшення якості сну, збільшення рівня енергії та самопочуття, підвищення самооцінки та покращення соціальних взаємин.

Впровадження програми супроводжується декількома етапами, включаючи оцінку потреб хворих, розробку індивідуальних планів, проведення групових занять, визначення критеріїв успіху та оцінку результатів.

Висновки вказують на необхідність комплексного підходу до управління АІТ та покращення якості життя хворих. Програма покращення, що базується на груповій підтримці, арт-терапії та збалансованому режимі, допомагає зменшити негативні симптоми та поліпшити загальний стан хворих на АІТ.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Динаміка стану психічного здоров'я населення та організація психіатричної і наркологічної допомоги в Україні. Аналітично-статистичний довідник за 2009-2013 рр. Київ. — 2014. — 665 с.
2. Балаболкин М.И. Эндокринология. -М.: Универсум паблишинг, 1998. -352 с.
3. Балаболкин М. И., Клебанова Е. М., Креминская В. М. Дифференциальная диагностика и лечение эндокринных заболеваний. Руководство. - М.: Медицина. 2002. - 752 с.
4. Браверман Е. М. Болезни щитовидной железн. Пер. с англ. / Под ред. - М.: Медицина, 2000. -417 с.
5. Васюк Ю.А. Депрессивные и тревожные расстройства в кардиологии // Ю.А. Васюк, Т.В. Довженко, Е.Л. Школьник, Е.Н Ющук — М., Анахарсис. — 2009. — 200 с.
6. Глазанова Т.В. Продукция некоторых цитокинов у больных с аутоиммунными заболеваниями щитовидной железы / Т.В. Глазанова, Л.Н. Бубнова, Е.М. Трунин // Проблемы эндокринологии. – 2004. – № 3. – С. 29–32.
7. Дедов И. И., Мельниченко Г. А., Андреева Е. Н, Арапова С. Д. и др. Рациональная фармакотерапия заболеваний эндокринной системы и нарушений обмена веществ: Руководство для практикующих врачей. / Под общ. ред. И. И. Дедова. Г. А. Мельниченко. - М.: Литера, 2006. - 1080 с.

8. Дедов И. И., Балаболкин М. И., Марова Е. И. и др. Болезни органов эндокринной системы: Руководство для врачей. / Под ред. акад. РАМН, И. И. Дедова. – М.: Медицина, 2000. - 568 с.
9. Копчак О.О. Особливості депресивних розладів та когнітивних порушень у хворих із дисциркуляторною енцефалопатією // Український медичний часопис. — 2012. — № 6(92). — С. 129-132.
10. Чабан О.С. Невідкладна допомога в психіатрії та наркології / Хаустова О.О., Несторovich Я.М. // Медкнига — Київ. — 2010. — 132 с.
9. Маркова М.В. Депрессивные расстройства в сети первичной медицинской помощи: из «диагностических невидимок» — на арену общемедицинской практики / М.В. Маркова // Medix. AntiAging. — 2009. — No 5(11). — С. 18-22.
10. Белялов Ф.И. Лечение внутренних болезней в условиях коморбидности / Белялов Ф.И. // Иркутск: РИО ИГИУВа — 2010. — 297 с.
11. Оганов Р.Г. Депрессии и расстройства депрессивного спектра в общемедицинской практике. Результаты программы КОМПАС / Ольбинская Л.И., Смулевич А.Б. и др. // Кардиология. — 2004. — No 9. — С. 1-8.
12. Чабан О.С. Депресивні розлади у пацієнтів похилого віку: проблеми діагностики і терапії / Хаустова О.О. // НейроNews. — 2014. — No 2/1. — С. 14-20.

13. Khaustova O. Depression in elderly patients // Архів психіатрії — 2013. — Том 19, No 3(74). — С. 68-72.
14. Корнацький В.М. Хвороби системи кровообігу і психічне здоров'я / Клименко В.І. — Київ, 2009. — 176 с.
15. Андрущенко А.В. Клинико-эпидемиологический анализ психических расстройств в общей медицине (по материалам программы «СИНТЕЗ») / Бескова Д.А., Смулевич А.Б., Романов Д.В. // В сб. Материалы общероссийской конференции «Взаимодействие специалистов в оказании помощи при психических расстройствах», М., Российское общество психиатров. — 2009. — С. 4-6.
16. Марута Н.О. Стан надання та перспективи розвитку психіатричної допомоги в Україні / Марута Н.О. // Архів психіатрії. — 2011. — Т. 17, No 3(66). — С. 5-8.
17. Чабан О.С. Депрессия / Хаустова О.О., Жабенко О.О. — Київ: 2011. — 120 с.
18. Хаустова О.О. Сучасні уявлення про психосоматичну медицину // Психічне здоров'я. — 2017. — No 4 (53). — С. 5-11.
19. Чабан О.С., Хаустова О.О., Несторович Я.М. Невідкладна допомога в психіатрії та наркології // К.: Медкнига. — 2010.

20. Чабан О.С., Хаустова Е.А. Терапия депрессивных и тревожно-депрессивных расстройств легкой и умеренной степени // Архів психіатрії. — 2004. — Т. 10., No 4. — С. 39.
21. Артюхова М.Г. Психические расстройства в кардиологической практике: научное издание / М.Г. Артюхова // Фарматека. — 2010. — No 7. — С. 56-58.
22. Хаустова О.О. Современная стратегия диагностики и терапии депрессий / Хаустова О.О. // Ліки України плюс. — 2012. — No 9(165). — С. 48-52.
23. Хаустова О.О. Тревожные расстройства: причины, симптомы, диагностика, лечение / Хаустова О.О. // Український неврологічний журнал. — 2012. — No 3(24). — С. 79-87.
24. Хаустова О.О. Особенности терапии депрессии в неврологической практике / Хаустова О.О. // Здоров'я України. Тематичний номер «Неврологія. Психіатрія. Психотерапія». — 2012. — No 1(20). — С. 58-59.
25. Хаустова О.О. Психічні розлади у пацієнтів з хронічними неінфекційними захворюваннями: стан проблеми і перспективи її вирішення / Бушинська О.В., Тарновецька К.І., Прохорова О.В., Кардашов В.П. // Психічне здоров'я. — 2013. — 4(41). — С. 7-13.
26. Корнацький В.М. Особливості емоційного стану пацієнтів з артеріальною гіпертензією / Третяк І.В., Чаплинська Н.В. // Український кардіологічний журнал. — 2011. — No 3. — С. 55-59.

27. Авраменко О.М. Клінічний поліморфізм хронічного больового синдрому у пацієнтів з непсихотичними психічними розладами (діагностика, принципи терапії) / [Текст]: автореф. дис. на здоб. наук. ступ. к.м.н.: спец. 14.01.16 «Психіатрія». УНДІ соціальної і судової психіатрії та наркології. — К., 2016. — 20 с.
28. Паньків В.І. Практична тиреоїдологія / В.І. Паньків, О.Ю. Заславський. — Донецьк, 2011. — 223 с.
29. Сапон Д.М. Тривожно-депресивні розлади при ХБС і фіброміалгії / [Текст]: автореф. дис. на здоб. наук. ступ. к.м.н.: спец. 14.01.16 «Психіатрія». УНДІ соціальної і судової психіатрії та наркології. — К., 2016. — 22 с.
30. Сучасні уявлення про аутоімунний тиреоїдит: етіологія та патогенез / Н.І. Чекаліна, Ю.М. Казаков, Є.Є. Петров та ін. // Вісник ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія». — 2013. — Т. 12, вип. 4 (40). — С. 229–232.
31. Тронько М. Д., Боднар П. М., Комісаренко Ю. І. Історія розвитку ендокринології в Україні. - К.: Здоров'я, 2004. - 68 с.
32. Асанова А.Е. Клініко-психопатологічні особливості та терапія когнітивних порушень у хворих на депресивні розлади: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. мед. наук: [спец.] 14.01.16 «Психіатрія». Укр. НДІ соц. і суд. психіатрії та наркології, [Крим. держ. мед. ун-т ім. С.І. Георгієвського МОЗ України]. — К., 2009. — 16 с.
33. Романів, О.П. Особливості коморбідних психічних розладів у пацієнтів з інфарктом міокарда та аутодеструктивною поведінкою / [Текст]: автореф.

дис. канд. мед. наук: 14.01.16 / О.П. Романів. — 2015. — 20 с.

34. АбдряхімоваЦ.Б.Непсихотичні психічні розлади внаслідок значного порушення соматичного здоров'я на прикладі часткової втрати зору травматичного генезу: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня д-ра мед. наук, спец. 14.01.16 «Психіатрія» / НДІ соц. і судової психіатрії та наркології. — К., 2015. — 43 с.
35. Клебан К.І. Хронобіологічні особливості непсихотичних психічних розладів у пацієнтів з метаболічним синдромом: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. мед. наук: спец. 14.01.16 «Психіатрія». НДІ соц. і судової психіатрії та наркології. — К., 2015. — 18 с.
36. Эпштейн Е. В., Матящук С. И. Ультразвуковое исследование щитовидной железы. Атлас / руководство. - Киев: К В І Ц, 2004. - 382с.
37. Ю. В. Поляченко, В. Г. Передерій, О. П. Волосовець, В. Ф. Москаленко та ін. Медична освіта у світі та в Україні. Навчальний посібник. - К.: Книга плюс. 2005.- 384 с.
38. The Four-Dimensional Symptom Questionnaire (4DSQ): a validation study of a multidimensional self-report questionnaire to assess distress, depression, anxiety and somatization. BMC Psychiatry. — 2006. DOI: <https://doi.org/10.1186/1471-244X-6-34>. Режим доступу: www.https://bmcp psychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-244X-6-34
39. Hamilton M. A rating scale for depression. J Neurol Neurosurg Psychiatry. 1960.23:56-62. Режим доступу: <https://dcf.psychiatry.ufl.edu/files/2011/05/>

HAMILTON-DEPRESSION.pdf

40. Montgomery S.A., Asberg M. A new depression scale designed to be sensitive to change.
British Journal of Psychiatry. — 1979. — Vol. 134. — P. 382-389.
41. Posner K., Brown G.K., Stanley B., Brent D.A. The Columbia–Suicide Severity Rating Scale: Initial Validity and Internal Consistency Findings From Three Multisite Studies With Adolescents and Adults. American Journal of Psychiatry. — 2011. — Vol. 168. — P. 1266- 77. DOI: www.doi:10.1176/appi.ajp.2011.10111704
42. Zigmond A.S., Snaith R.P. The hospital anxiety and depression scale. Acta Psychiatrica Scandinavica. — 1983. — Vol. 67 (6). — P. 361-370. DOI: www.doi:10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x.
43. Maier W., Buller R., Philipp M., Heuser I. The Hamilton Anxiety Scale: reliability, validity and sensitivity to change in anxiety and depressive disorders. J Affect Disord. — 1988. — Vol. 14(1). — P. 61-8.
44. Чабан О.С., Хаустова О.О. Терапія хронічного алгічного синдрому у пацієнтів з непсихотичними депресивними розладами і коморбідною соматичною патологією //Український вісник психоневрології. — 2010. — No 18, вип. 1. — С. 67-72.
45. Малкина-Пих И.Г. Психосоматика: Справочник практического психолога. — М.: Изд-во Эксмо. 2005. — 992 с. Режим доступа: <http://ibib.ltd.ua/225-shkala-reaktivnoy-lichnostnoy-trevojnosti-35779.html>

46. Buysse D.J., Reynolds C.F., Monk T.H. The Pittsburgh Sleep Quality Index: a new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry Res.* — 1989, May. — Vol. 28(2). — P. 193-213.
47. Johns M.W. A new method for measuring daytime sleepiness: the Epworth sleepiness scale. *Sleep.* — 1991. — Vol. 14 (6). — P. 540-545.
48. Kerns R.D., Turk D.C., Rudy T.E. The West Haven-Yale Multidimensional Pain Inventory (WHYMPI). — 1985. — Vol. 23. — P. 345-356.
49. Huskisson EC. Measurement of pain. *Lancet.* 1974; Nov 9;2(7889):1127-31.
50. Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної, третинної та паліативної медичної допомоги. Деменція. 2016.
51. Ware J.E., Sherbourne C.D. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Med Care.* — 1992, Jun. — Vol. 30(6). — P. 473-83.
52. Busner J., Targum S.D. The Clinical Global Impressions Scale. Applying a Research Tool in Clinical Practice. *Psychiatry (Edgmont).* — 2007, Jul. — Vol. 4(7). — P. 28-37.
53. Depression and Other Common Mental Disorders Global Health Estimates. World Health Organization. — 2017.

54. Khaustova O. Резистентна депресія: критерії визначення, фактори ризику і терапевтичні стратегії. *Psychosomatic Medicine and General Practice*. — 2017. — Vol. 2(3). — P. e020338-e020338.
55. Чабан О.С., Хаустова О.О., Безшейко В.Г., Москаленко О.В. (2017). Валідизація Шкали оцінки якості життя. *Український вісник психоневрології*, (25, вип. 1). — 2017. — С. 159-160.
56. Chaban O.S., Bezsheyko V.H., Khaustova O.O., Burlaka O., Ryvak T.B., Kyrylyuk S.S. Gender-related differences of stress reactions in ukrainian ombatants. *Pharmacia*. — 2018. — Vol. 65(2). — P. 3-10.
57. Khaustova O. Acupuncture in the treatment of stroke: Invitation to the discussion. *Psychosomatic Medicine and General Practice*. — 2018. — Vol. 3(3). — P. e0303138-e0303138.
58. Asanova A., Khaustova O. Typical difficult situations in doctor-patient interactions. *Psychosomatic Medicine and General Practice*. — 2018. — Vol. 3(3). — P. e0303125-e0303125.
59. Khaustova O., Kovalenko N. Psychopathological features of mental disorders in IDPs. *European Psychiatry*. — 2017. — Vol. 41. — S. 494-S495.

60. Kalugin I., Khaustova O., Osukhovska O. The effectiveness of psychological interventions in improving quality of life and satisfaction with treatment in the elderly with mental disorders and multimorbidity. *Psychosomatic Medicine and General Practice*. — 2017. — Vol. 2(4). — P. e020493-e020493.
61. Dwarfism: Medical and Psychosocial Aspects of Profound Short Stature. Betti M, Aelson. 2005.-368 p.
62. Endocrinology and metabolism /Ed. by Pinchera. - London: McGraw Hill Int., 2001. - 811p.
63. Handbook of Physiology. Section 7: Endocrine system. Volume III: Endocrine regulation of Water and electrolyte balance. / Ed. by J.C. S. Fray. - Oxford University press, 2000.- 750 p.
64. Textbook of endocrine physiology / Ed. by J.E. Griffin, S.R. Ojeda. - 4-th ed. -Oxford University press, 2000. - 490 p.
65. Thyroid Disorders. Mario Skodur, Jesse B. Wilder. - Cleveland Clinic Press, 2006. - 224p.
66. Meseeha M, Parsamehr B, Kissell K, Attia M. Thyrotoxic periodic paralysis: a case study and review of the literature. *J Community Hosp Intern Med Perspect*. 2017;7(2):103–6.
67. Kung AWC, Clinical, Review. Thyrotoxic periodic paralysis: a diagnostic challenge. *J Clin Endocrinol Metab*. 2006;91(7):2490–5.
68. Patrick K. Thyrotoxic periodic paralysis in United States Report of 7 cases and review of the literature. *Med (Baltim)*. 1992;71(3):109–20.
69. Report C. Thyrotoxic hypokalemic periodic paralysis in a turkish male with Graves. ' Disease. 2005;27(1):63–5.

70. Rhee EP, Scott JA, DA S, Dighe AS. Case 4-2012. A 37-year-old man with muscle pain, weakness, and weight loss. *N Engl J Med* [Internet]. 2012;366(6):553– 60. Код доступа: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22316449>.
71. Khadka S, Indu KC, Rayamajhi RJ, Dawadi P, Budhathoki P. Thyrotoxic periodic paralysis with hypokalemia in an adult male from nepal: a case report. *J Nepal Med Assoc*. 2019;57(220):468–71.
72. Al Moteri BL, Aslam M. Thyrotoxic periodic paralysis: a case report. *Int J Health Sci*. 2017 Jan;11(1):1.
73. Patel M, Ladak K. Thyrotoxic periodic paralysis: a case report and literature review. *Clin Med Res*. 2021;19(3):148–51.
74. Batch JT, Jahngir MU, Rodriguez I. Thyrotoxic Periodic Paralysis: An Incidental Diagnosis! *Cureus*. 2020;12(2).
75. Lin SH, Huang CL. Mechanism of thyrotoxic periodic paralysis. *J Am Soc Nephrol*. 2012;23(6):985–8.
76. Munir I, Mehmood T, Islam K, Soni L, McFarlane SI. Thyrotoxic periodic paralysis with sensory deficits in young african american male: a case report and literature review. *Am J Med case Rep*. 2019;7(7):138.

