МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ЗАПОРІЗЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

ФАКУЛЬТЕТ СОЦІАЛЬНОЇ ПЕДАГОГІКИ ТА ПСИХОЛОГІЇ
КАФЕДРА ПСИХОЛОГІЇ

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА МАГІСТРА

на тему: ПСИХОЕМОЦІЙНІ ОСОБЛИВОСТІ ДІТЕЙ ХВОРИХ НА ТУБЕРКУЛЬОЗ

Виконала: студентка ІІ курсу,
групи 8.0534-2-з
спеціальності: 053 Психологія
освітньої програми: 053 Психологія
Губернаторова Дар’я Вікторівна
Керівник: к. психол. н., доцент
кафедри психології Малина О.Г.
Рецензент: к. психол. наук., доцент
кафедри психології Грандт В.В.

Запоріжжя 2025

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ЗАПОРІЗЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

Факультет соціальної педагогіки та психології
Кафедра психології
Рівень вищої освіти магістерський
Спеціальність 053 Психологія
Освітня програма Психологія
Спеціалізація Психологія

ЗАТВЕРДЖУЮ
Завідувач кафедри
_____
к. психол. н., доцент Н.О.Губа

«_____»_____2025 року

З А В Д А Н Н Я

НА КВАЛІФІКАЦІЙНУ РОБОТУ СТУДЕНТЦІ

Губернаторової Дар'ї Вікторівни

1. Тема роботи Психоемоційні особливості дітей хворих на туберкульоз керівник роботи Малина О.Г., кандидат психологічних наук, доцент кафедри психології
затверджені наказом ЗНУ від «02»10 2025 року № 1393-с

2 Термін подання студентом роботи _____

3 Вихідні дані до роботи аналіз психолого-педагогічної літератури.

4 Зміст розрахунково-пояснювальної записки: здійснити теоретичний аналіз сучасних наукових досліджень специфіки психічної діяльності дітей, що страждають на туберкульоз; визначити механізми впливу туберкульозу на зміни психоемоційного стану дітей, емпірично виявити специфічні психоемоційні стани, характерні для дітей, що страждають на туберкульоз, розробити методичні шляхи психолого педагогічного супроводу дітей, хворих на туберкульоз в освітньому просторі.

5 Перелік графічного матеріалу: 8 таблиць, 2 рисунка.

6 Консультанти розділів роботи

Розділ	Прізвище, ініціали та посада консультанта	Підпис, дата	
		завдання видав	завдання прийняв
Вступ	Малина О.Г. доцент		
Розділ 1	Малина О.Г. доцент		
Розділ 2	Малина О.Г. доцент		
Висновки	Малина О.Г. доцент		

7. Дата видачі завдання_____

КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН

№ з/п	Назва етапів кваліфікаційної роботи	Термін виконання етапів роботи	Примітка
1	Збір та систематизація матеріалу	січень-лютий 2025 р.	Виконано
2	Робота над вступом	березень 2025 р.	Виконано
3	Робота над першим розділом	квітень–травень 2025 р.	Виконано
4	Робота над другим розділом	червень-серпень2025 р.	Виконано
5	Написання висновків	вересень 2025 р.	Виконано
6	Предзахист	жовтень 2025 р.	Виконано
7	Нормоконтроль	листопад 2025 р.	Виконано

Студент _____ Д. В. Губернаторова

Керівник роботи_____О. Г. Малина

Нормоконтроль пройдено

Нормоконтролер _____ Г. В. Коваль

РЕФЕРАТ

Кваліфікаційна робота магістра: 66 сторінок, 8 таблиць, 2 рисунка, 46 джерел.

Об’єкт дослідження – психічна діяльність дітей, хворих на туберкульоз.

Предмет дослідження – психоемоційні особливості дітей, хворих на туберкульоз.

Мета роботи – дослідити психоемоційні особливості дітей, хворих на туберкульоз.

Гіпотеза дослідження: захворювання на туберкульоз, що має тривалий перебіг і складне лікування у спеціальних умовах закритих освітньо лікувальних закладів, зумовлює формування специфічних особистісних змін і негативних психоемоційних станів у дітей і потребує системного психолого педагогічного супроводу.

Методи дослідження: теоретичні – аналіз, синтез, узагальнення наукових джерел, аналіз наукової літератури з проблеми дослідження; емпіричні: спостереження, клінічна бесіда та психодіагностичне обстеження з використанням комплексу методик: вивчення історії хвороби, напівструктуроване клінічне інтерв’ю, опитувальник Г. Айзенка, адаптований дитячий варіант, особистісна шкала прояву тривоги Дж. Тейлор, опитувальник Спілбергера, статистичний аналіз отриманих даних.

Наукова новизна дослідження полягає у психологічному впливу туберкульозу на формування специфічних психоемоційних особливостей у дитячому віці.

Галузь використання: психологічні служби шкіл інтернатів загального і санаторного типу для дітей, хворих на туберкульоз, реабілітаційні центри, протитуберкульозні санаторії, дитячі відділення фтизіопульмонологічних лікувально-діагностичних центрів.

ТУБЕРКУЛЬОЗ, НЕГАТИВНІ ПСИХОЕМОЦІЙНІ СТАНИ, ТРИВОЖНІСТЬ, ОСБИСТІСТЬ ДИТИНИ, ОБРАЗ Я, ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГІЧНИЙ СУПРОВІД.

SUMMARY

Gubernatorova D. V. Psychoemotional characteristics of children with tuberculosis.

Master's qualification work: 66 pages, 8 tables, 2 figures, 46 sources.

The object of the study is the mental activity of children with tuberculosis.

The subject of the study is the psychoemotional characteristics of children with tuberculosis.

The purpose of the work is to investigate the psychoemotional characteristics of children with tuberculosis.

The hypothesis of the study: tuberculosis, which has a long course and complex treatment in special conditions of closed educational and medical institutions, causes the formation of specific personal changes and negative psychoemotional states in children and requires systematic psychological and pedagogical support.

Research methods: theoretical - analysis, synthesis, generalization of scientific sources, analysis of scientific literature on the research problem; empirical: observation, clinical interview and psychodiagnostic examination using a complex of methods: study of the medical history, semi-structured clinical interview, G. Eysenck questionnaire, adapted children's version, J. Taylor's personal scale of anxiety, Spielberger's questionnaire, statistical analysis of the obtained data.

The scientific novelty of the study lies in the psychological impact of tuberculosis on the formation of specific psycho-emotional characteristics in childhood.

Field of use: psychological services of boarding schools of general and sanatorium type for children with tuberculosis, rehabilitation centers, anti-tuberculosis sanatoriums, children's departments of phthisiopulmonological treatment and diagnostic centers.

Key words: tuberculosis, negative psycho-emotional states, anxiety, child's personality, self-image, psychological and pedagogical support.

ЗМІСТ

ВСТУП 7

РОЗДІЛ 1 ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПСИХІЧНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА ТУБЕРКУЛЬОЗ 11

1.1. Вплив важкої соматичної хвороби на психічний розвиток дитини 11

1.2. Психологічна характеристика дітей, що страждають на туберкульоз 17

1.3. Негативні психоемоційні стани хворих дітей, що зумовлені особливостями перебігу туберкульозу 22

РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЕМОЦІЙНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА ТУБЕРКУЛЬОЗ 30

2.1. Методика та організація дослідження психоемоційних особливостей дітей, хворих на туберкульоз 30

2.2. Психологічний аналіз результатів дослідження психоемоційних особливостей дітей, хворих на туберкульоз 39

2.3. Особливості психолого-педагогічного супроводу дітей, хворих на туберкульоз в освітньому просторі 57

ВИСНОВКИ 65

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ 67

ВСТУП

На даний час в Україні спостерігається епідемія туберкульозу, яка в умовах воєнного часу має тенденцію збільшення масштабів, загострення перебігу і ускладнення клінічних форм особливо серед дітей.

Україна посідає 9 дев'яте місце за поширеністю туберкульозу, що наразі вирує у всьому світі, а ефективність лікування при цьому досить низька і становить лише 29%.

Лікування різних форм туберкульозу у дітей під час війни ускладняються нестабільністю можливостей реалізації усіх видів терапії, догляду і реабілітації та створити необхідні умови для навчання і повноцінного розвитку дитини.

Діти, що хворіють на туберкульоз, мають найнижчий рівень адаптації до ситуації хвороби і вимагає більшої уваги до себе у плані психологічної допомоги. Водночас проблема вивчення внутрішнього світу хворої дитини на цей час в психологічній літературі залишається відкритою.

Ґрунтовних психологічних досліджень присвячених вивченню внутрішнього світу дитини з тяжким соматичним захворюванням наразі недостатньо. Більшість сучасних досліджень психосоматичних співвідношень здійснюється фахівцями у галузі медицини (Є.М. Харченко, О.С. Чабан, А.І. Сердюк, Б. Любан-Плоцца, Н. Пезешкіан, М. Віршинг). У своїх дослідженнях вчені спираються на дані вивчення дорослих (О.В. Квасенко, О.Ш. Тхостов, Г. Аммон, М. Байєр, Х. Фрайбергер, В. Бройтигам, П. Кристіан, М. Рад, Р. Мелзак, П.М. Петтінаті). Психологічні дослідження, пов'язані з важкими соматичними захворюваннями у дітей проводяться не системно (Н.О. Коваленко, Ж. Кламмер).

Аналіз психологічної літератури дає підстави стверджувати, що у хворої дитини формується особливий внутрішній світ, побудований зі складних поєднань специфічних сприйняття, емоцій та конфліктів, психічних

травм, переживань та спогадів. Внутрішня картина хвороби (ВКХ) дитини, хворої на туберкульоз, як і її внутрішній світ, містить у собі та відображає безліч фактів внутрішнього життя і суб'єктивних ставлень дитини до явищ зовнішнього світу.

У випадку тяжкої хвороби внутрішній світ дитини починає викривлятись крізь призму внутрішньої картини хвороби. Знання особливостей внутрішнього світу хворої дитини допоможе ефективно організувати корекцію ставлення дитини до хвороби, поліпшити її психологічний стан та попередити можливе погіршення стану здоров'я. Особливо це має значення у випадку такого тяжкого та важко виліковного захворювання, як туберкульоз, у патогенезі якої важливу роль відіграють психологічні чинники.

Перебіг захворювання, ускладнення клінічних форм туберкульозу у свою чергу призводить до специфічних особистісних змін і формування специфічних психоемоційних станів дитини, суттєво впливаючи на весь психічний і особистий розвиток дитини і зумовлюючи необхідність їх урахування у психолого-педагогічному супроводі дитини, особливо в умовах спеціальних освітньо-лікувальних закладів.

Об'єкт дослідження – психічна діяльність дітей, хворих на туберкульоз.

Предмет дослідження – психоемоційні особливості дітей, хворих на туберкульоз.

Мета роботи – дослідити психоемоційні особливості дітей, хворих на туберкульоз.

Гіпотеза дослідження: захворювання на туберкульоз, що має тривалий перебіг і складне лікування у спеціальних умовах закритих освітньо лікувальних закладів, зумовлює формування специфічних особистісних змін і негативних психоемоційних станів у дітей і потребує системного психолого педагогічного супроводу.

Для реалізації мети дослідження поставлені наступні завдання:

1. здійснити теоретичний аналіз сучасних наукових досліджень специфіки психічної діяльності дітей, що страждають на туберкульоз;

2. визначити механізми впливу туберкульозу на зміни психоемоційного стану дітей;

3. емпірично виявити специфічні психоемоційні стани, характерні для дітей, що страждають на туберкульоз;

4. розробити методичні шляхи психолого педагогічного супроводу дітей, хворих на туберкульоз в освітньому просторі.

Методи дослідження: теоретичні – аналіз, синтез, узагальнення наукових джерел, аналіз наукової літератури з проблеми дослідження; емпіричні: спостереження, клінічна бесіда та психодіагностичне обстеження з використанням комплексу методик: вивчення історії хвороби, напівструктуроване клінічне інтерв'ю, опитувальник Г. Айзенка, адаптований дитячий варіант, особистісна шкала прояву тривоги Дж. Тейлор опитувальник Спілбергера, статистичний аналіз отриманих даних.

Наукова новизна дослідження полягає у психологічному впливу туберкульозу на формування специфічних психоемоційних особливостей у дитячому віці.

Практичне значення результатів дослідження полягає у тому, що його результати можуть бути використані у лікувально-діагностичному процесі лікарями-фтизіатрами; запропонований комплекс методів експериментально-психологічного дослідження дає можливість здійснювати психологічну діагностику психоемоційних особливостей дитини та визначати показники та причини появи неадекватної внутрішньої картини хвороби у дітей різного віку, що страждають на туберкульоз.

Галузь використання: психологічні служби шкіл інтернатів загального і санаторного типу для дітей, хворих на туберкульоз, реабілітаційні центри, протитуберкульозні санаторії, дитячі відділення фтизіопульмонологічних лікувально-діагностичних центрів.

Надійність і вірогідність результатів дослідження забезпечувалися різнобічним теоретичним аналізом проблеми; комплексним використанням методик, що відповідають предмету й завданням дослідження; проведенням

змістовного якісного й кількісного аналізу даних; коректним використанням методів їх математико-статистичної обробки; репрезентативною вибіркою респондентів.

Апробація результатів дослідження. Основні результати дослідження доповідалися на наукових конференціях з психології, були представлені на семінарах.

Структура та обсяг роботи. Магістерська кваліфікаційна робота складається із вступу, двох розділів (теоретичного та емпіричного), висновків, списку використаних джерел (46 найменувань). Загальний обсяг основного тексту становить 73 сторінки.

РОЗДІЛ 1
ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПСИХІЧНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА ТУБЕРКУЛЬОЗ

1.1.Вплив важкої соматичної хвороби на психічний розвиток дитини

Внутрішній світ людини – психологічне явище, що являє собою складне цілісне утворення, відкрите для впливу та змін, та має свою природу, структуру і зміст. Основними характеристиками внутрішнього світу є інтенціональність та динамізм (С.Д. Максименко).

Елементами внутрішнього світу є почуття, переживання, інтереси та задуми людини, її потреби, цінності та прагнення (Г.С. Костюк, С.Д. Максименко, І.Д. Бех, Т.М. Титаренко, В.А. Семиченко).

Як будь-яке психологічне явище, внутрішній світ людини здатен до об’єктивування, тобто може виражатися назовні за допомогою слів та мовленнєвих значень, результатів діяльності (наприклад, творчості), а також через переживання, стани та стосунки людини (С.Д. Максименко, Р.В. Моляко, В.Г. Панок)

У клінічних дослідженнях внутрішній світ людини з соматичним захворюванням розглядається вченими у рамках вивчення суб’єктивної сторони хвороби, застосовуючи поняття «внутрішня картина хвороби».

Туберкульоз, як важке соматичне захворювання, створює особливі умови життя для хворої дитини. Вагомо змінюється її соціальна ситуація розвитку, яку різні автори називають «новою життєвою ситуацією», «психосоматичною ситуацією», «соціальною ситуацією хвороби».

Простір внутрішнього світу дитини, що страждає на соматичне захворювання, наповнюється новими уявленнями, переживаннями та образами, які пов’язані з хворобою та відображаються у внутрішній картині

хвороби. Визначальне значення для формування уявлень про хворобу, її причини, значення та роль в житті дитини відіграє її найближче оточення, у першу чергу батьки, лікар та однолітки [29].

На протязі багатьох сторічь люди вірили в те, що хвороби посилаються людині за її гріхи богами. Можливо, що в своєму науковому нігілізмі, що заперечує усе і зміст якого полягає у забобонах, ми зайшли дуже далеко. Більше довіри викликає припущення, згідно якого хвороба є наслідком вибору людини, принаймні того способу життя, що збільшує вірогідність захворювання.

Тим не менш ми можемо тільки вражатись тому, з якою наполегливістю особистість прагне покарання, при цьому це прагнення зазвичай проявляється ще до початку розвитку органічної патології. Для деяких людей стало звичкою кожен день приймати покарання і біль. З усуненням цих факторів вони починають відчувати себе не досить комфортно і зразу шукають адекватну заміну звичному стражданню. Іноді зовнішня кара замінюється внутрішнім самопокаранням, яке проявляється як органічне захворювання, вражаюче людину то в одному то в іншому ракурсі майже безперервно.

В даному випадку ми маєм справу з незгасним прагненням саморуйнування, певною аутоагресією, зумовлене тиранічною свідомістю (муками сумління). З психологічної точки зору це можна позначити як гіпертрофовану совість, що породжує почуття провини, яке викликає депресію і як результат - деструктивні дії.

Лікарська практика свідчить про те, що «при виявленні туберкульозу у того, хто захворів, може розвинутися реактивний субдепресивний стан. При вивченні психологічних особливостей хворих на туберкульоз виявляється неадекватне ставлення до свого захворювання і негативне ставлення до лікування.

Віра простих людей у те, що хвороба є покаранням, до певної міри знаходить наукове підтвердження. Так, підсвідоме відчуття провини є

достатньою мотивацією для формування хвороби. Однак агресивні тенденції не такі очевидні. І все ж наполегливе прагнення до покарання повинно мати причину або бути спровокованим. Диму без вогню не буває. У деяких формах соматичних захворювань чітко проглядається присутність лютої, але штучно пригніченої ненависті. Аналогічна картина спостерігається при захворюванні на туберкульоз. Будь яка проникліва людина здатна це зрозуміти.

«Світ, на порозі якого вони (страждаючі на туберкульоз.) знаходяться - навіть якщо самі про це не підозрюють, - це світ, створений уявою. Їхні плани набагато численніші їх спогадів. Врятовані від дрібних негараздів одним великим нещастям, розчаровані відразу, замість того, щоб поступово втрачати ілюзії, вони, як ніхто інший, підходять на роль мрійника. Відкинувшись на своїх кушетках, вони цілими днями будують ілюзорні плани і спокушаються власними уявними достоїнствами. Їх здібності воістину неозорі, бо їм немає потреби їх демонструвати. Ніякі інші пацієнти не здатні до такого польоту фантазії, як вони. Туберкульоз - це не стільки хвороба і розпад плоті, скільки жар, обпалюючий душу, стан духовної одержимості. Чарівні картини і захват душі були запропоновані знедоленому людству як дар тих, хто хворий на туберкульоз.

Вони саме такі у своєму прагненні до любові. «Як і всі інші», - скажуть мені. Але таких, як вони, немає. По-перше, тому що вони нескінченно самотні, сумні і нерідко всіма забуті. Труси з їхніх лав шукають жалості, розчаровані -розуміння.

Позбавлені цього, вони розриваються між минулим і майбутнім, між спогадами і очікуванням. Вони живуть серцем. А серце - втомлене і спустошене - все більше загострюється» [24].

Крім усього іншого, туберкульоз - це спосіб витонченого самознищення - повільного, драматичного, часто в умовах відносного комфорту і пристойного харчування, мирного і супроводжуваного співчутливими сльозами на обличчях оточуючих. До захворювання

туберкульозом схильні люди, для яких любити значить жити. До цієї категорії належить сумнозвісний тип жінок - витончені, ефемерні красуні не від світу цього.

Художня література відкриває перед нами цілу галерею образів таких жінок. Один з них, чи не найвідоміший, - це образ страждаючої туберкульозом Патриції Хольман, героїні роману Еріха Марії Ремарка «Три товариші», написаного в 1938 р. «Я подивився на неї. Якась істота з іншого світу, - передає автор враження, яке справила Патриція Хольман на головного героя роману. - Я начисто не міг собі уявити, яка вона і як живе ... Стіни бару розсунулися, і раптом бар перестав існувати, а замість нього виник якийсь куточок світу, якесь пристановище, напівтемне укриття, де причаїлися ми, незбагненно зведені воєдино, занесені сюди невиразним вітром часу. Зіщулившись, дівчина сиділа на своєму стільці, чужа й таємнича, ніби її прибило сюди з іншого боку життя» А трохи далі: «Вона зовсім не виглядала хворою чи виснаженою. Навпаки, її очі ніколи ще не здавалися мені такими великими і сяючими, обличчя порожевіло, а рухи були м'якими, як у гнучкої, гарної тварини» [11].

Є думка, характерна для багатьох, хто подолав туберкульоз, що штучна жвавість і навмисний оптимізм, горезвісна spes phthisica (лат. - надія туберкульозника), які демонструють туберкульозні пацієнти, є ні що інше як ширма, за якою ховається відчай. Іншими словами, це такий стан, при якому душа, як пише детрит, всіма силами прагне до любові. Як тільки лікарі і візитери залишають лікарняну палату, там запановує гнітюча атмосфера зневіри.

Ще на початку 20-х років минулого століття Ернст Кречмер висловив думку про те, що схильність до названого захворювання «особливо стосується астенічних типів, які туберкульозом акцентовані сильніше і, можливо, виникають безпосередньо під впливом його дії. Навпаки, атлетичні та пікнічні картини можуть, зрозуміло, бути сильно затушовані ними» [24]. В образі Патриції Хольман ця думка піонера конституціональної психології знайшла своє підтвердження. Зберігає вона свою актуальність і в даний час.

Кілька випадків цього захворювання були вивчені у межах психоаналізу. В деяких звітах наполеглива потреба в любові, яка була потоптана і на зміну якій прийшла хвороба, просто вражає уяву Джелліф і Еванс вивчили історію хвороби 43-річного чоловіка [25]. У сім'ї він був молодшим з шести дітей. Мати вважала його хворобливою дитиною. За її словами, він став таким з 2-річного віку, коли хворів на коклюш. Сам він не вважав себе хворобливим, але думка про те, що під цим приводом мати звільняла його від важкої роботи на фермі, зігрівала йому душу. У віці десяти років він сильно застудився, що дозволило йому ухилитися від прополки городу і зробило його об'єктом загальної уваги і турботи. Він звик якомога частіше і натужно кашляє в присутності батька, і цей кашель звільняв його від польових робіт. Єдиною незручністю була заборона залишати ферму, так як він хотів відвідувати школу. У віці 26 років він вступив до коледжу, де, вільний від домашніх заборон і обмежень, став вести новий, здоровий спосіб життя. Три роки по тому гроші закінчилися, і йому довелося повернутися додому, де він знову захворів, а напади кашлю набули характеру хронічного захворювання. Ще через два роки він повертається в коледж, а потім отримує стипендію для навчання за кордоном. Під час навчання кашель його не турбував, а загальне самопочуття було хорошим, за винятком туги по любові і турботі, подібної до тієї, якою його оточувала мати. Він вирішив одружитися і був заручений, але кілька місяців по тому розлучився зі своєю нареченою, і застаріла печаль, а разом з нею і напади кашлю повернулися. Двічі він перехворів легкою формою запалення легень. Повторні аналізи мокроти на наявність туберкульозної палички дали негативний результат, але бажання віднайти турботу і догляд не покидало його. Незабаром він стає своєю людиною в сім'ї дослідної доглядальниці, де відчуває себе як вдома. Часті напади нетравлення шлунку і висока температура укладають його в ліжко. Через рік в його мокроті були виявлені туберкульозні палички.

Психоаналіз виявив інфантильну оральну залежність пацієнта від своєї матері. З цього приводу автори висловлюються так: «У зрілому віці він

кашляв для того, щоб привернути її увагу до власної персони». Під час сеансів прийшло розуміння власного інфантильного комплексу, від якого він зумів відмовитися. Подумки звільнившись від колишньої материнської опіки, він перестав ухилятися від неприємних обов'язків і навчився дивитися в обличчя життєвим обставинам.

Органічне захворювання є результатом взаємодії багатьох факторів, і не тільки таких, як інфекційне зараження, а й обумовлених внутрішніми процесами, включаючи психологічні. Як зазначає Р. Процюк, «у хворих на туберкульоз у передморбідному періоді нерідко зустрічаються неврози, у ході ж захворювання ця невротизація посилюється. Останнє пов’язане з відривом від звичайного середовища (оточення), з навантаженням, що виникло з необхідністю пристосування до нового середовища, та ін.» [32]. Підвищена увага, що приділяється психологічним факторам захворювання, може створити невірне враження, від якого не залишиться й сліду при погляді на нескінченні черги біля дверей лікарень. Не менш переконливі медичні дослідження в галузі бактеріології, травматології, токсикології, онкології, а також самі руйнівні процеси, що відбуваються в тілі людей і тварин. Ніхто не стане заперечувати той факт, що плоть вразлива і людина може піддатися зовнішньої агресії без жодного приводу з його боку. У той же час зовнішня агресія нерідко провокується особистими якостями, які можна позначити узагальненим терміном - «саморуйнування». З іншого боку, не слід забувати про те, що в будь-якій угоді беруть участь дві сторони. Іншими словами, ми маємо справу з імунітетом і його ослабленням, інокуляцією і вірулентентністю. Загальновідомо, що ми живемо в середовищі, що буяє туберкульозними паличками і пневмококами, і тим не менш імунітет більшості людей успішно протистоїть цим бактеріям. Кожному з нас траплялося підчепити застуду в критичний період свого життя. Отже, є всі підстави вважати, що емоційний стан зумовлює опірність організму агресивного зовнішнього середовища. З незапам'ятних часів на нашій землі існує приказка, згідно з якою рани у переможців заживають швидше. Адже

перемога, незалежно від того, де вона здобута - в бою або в процесі боротьби із захворюванням, завжди викликає у переможця інтенсивні позитивні емоції.

Дані літератури останніх років переконливо демонструють зв'язок клінічних, психологічних і соціальних характеристик у хворих на туберкульоз легень. Роботу з соціальними та психологічними аспектами захворювання при організації лікувально-оздоровчих заходів слід розглядати як суттєвий фактор підвищення ефективності комплексної терапії в умовах стаціонару.

1.2. Психологічна характеристика дітей, що страждають на туберкульоз

Туберкульоз (застаріла назва «сухоти») - інфекційне захворювання, що викликається кількома різновидами мікобактерій.

За даними Всесвітньої Організації Охорони здоров'я, близько 2 мільярдів людей, тобто кожен третій у нашому з вами оточенні, інфіковані мікобактерією туберкульозу. Поки людина здорова, організм справляється з цією бактерією, і туберкульоз ніяк себе не проявляє. При несприятливих умовах: важке захворювання, погані умови життя, погане харчування, - хвороба в організмі може «прокинутися». Крім того, розвиток захворювання можливо (особливо це стосується людей з ослабленим імунітетом) і при тісному контакті з хворими на активну форму туберкульозу.

Дитячий туберкульоз в Україні залишається нагальною проблемою сьогодення. І ситуація не сприяє появі оптимістичних прогнозів - із року в рік туберкульоз набуває все більш небезпечних форм і ставить під загрозу життя і здоров'я дітей, віком до 4 років. Одним з можливих шляхів вирішення цієї проблеми є підвищення уваги до неї, зокрема, поліпшення матеріально-технічного забезпечення протитуберкульозних закладів, стан яких на сьогоднішній день далекий від ідеального [17].

Туберкульоз залишається ахіллесовою п'ятою України, незважаючи на те, що сьогодні навколо цієї проблеми спостерігається набагато менший

ажіотаж, ніж, скажімо, п'ять - десять років тому. Не дивно, адже пік захворюваності на туберкульоз в нашій країні спостерігався ще в 1998 році, після чого хвиля зараження почала повільно спадати, а з нею - занепокоєння і обережність українських громадян. Між тим проблема, на жаль, від цього не втратила своєї актуальності і небезпеки. Фахівці констатують: в нашій країні на сьогоднішній день зберігається стан епідемії туберкульозу. На кінець 2020 року кількість померлих від цієї хвороби перевищила 10 тисяч осіб, а кількість вперше виявлених хворих - 37 тисяч хворих.

На превеликий жаль, ця проблема подвоюється, коли мова заходить про дитячий туберкульоз. У минулому році загальна кількість дітей, уражених хворобою, склала 2,5 тисячі. Кількість маленьких українців дошкільного віку з уперше виявленим активним туберкульозом - 621 дитина, а число захворілих підлітків - 603. Можливо, на перший погляд, в загальнодержавних масштабах ці показники не вражають, однак, за словами експертів, статистика захворюваності та смертності дітей від туберкульозу навмисне занижена, оскільки над цією групою встановлено подвоєний контроль та відповідальність. «Проблема туберкульозу серед дітей є надзвичайно актуальною, оскільки діти в десятки разів вразливіші за дорослих з точки зору ризику зараження і захворювання на цю недугу. За своїми анатомо-фізіологічними особливостями вони є найбільш чутливими до туберкульозної інфекції контингентом населення», - наголошує професор Ольга Білогорцева, головний науковий співробітник відділення захворювань органів дихання у дітей Національного інституту фтизіатрії і пульмонології ім. Ф.Г. Яновського АМН України. За словами спеціаліста, щорічний ризик розвитку туберкульозу у дорослої людини, інфікованої мікобактеріями (паличка Коха), складає 0,4%, а у дітей віком від одного до чотирьох років - 23% [17].

Збудник - мікобактерія туберкульозу (МТ), головним чином людського. Основне джерело зараження - хворі люди або домашні тварини, переважно корови. Заражаються зазвичай аерогенним шляхом при вдиханні з повітрям що виділяються хворими найдрібніших крапельок мокроти, в яких містяться МТ.

Крім того, можливе проникнення в організм інфекції при вживанні молока, м'яса, яєць від хворих тварин і птахів. У цих випадках мікроби заносяться в легені або з глоткових мигдаликів, або по лімфатичних і кровоносних шляхах з кишечника. У переважної більшості вперше захворілі в мокроті виявляють МТ, чутливі, а у 5-10% - стійкі до різних протитуберкульозних препаратів.

Імунітет, який захищає від цієї хвороби, падає при глибокому, тривалому, приголомшливому всі сторони життя стражданні. Це може бути тривалий, тернистий пошук роботи або партнера, перебування у виправно-трудовій колонії і т.п. Цієї хвороби більше схильні люди, які відчувають «незвичайну потребу в любові» і ранимі до всякого її відібрання. Тут захворювання можна розглядати як еквівалент вирішення проблеми «свободи» в цілому, якої бракує. І коли у грудях не вистачає «повітря» («не вистачає кисню») - стихії волі, то гору бере «вода».

І дійсно, хвороба часто і проходить з прийняттям цього, серйозного рішення, при звільненні з «ув'язнення» (морального або фізичного). Так, і в процесі одужання відзначається користь від прихильності до лікаря, регулярного відвідування санаторію та реабілітаційних груп і пр. У цьому випадку можна говорити про зростання внутрішньої свободи людини, де має місце позитивна прихильність до «близьким по духу» людям.

Процес лікування будь-якого захворювання відбиває певною мірою дії низки психологічних факторів, що роблять позитивний або негативний вплив на його ефективність. Психологічні фактори, що впливають на дієвість терапії, можуть бути різними залежно від застосування в комплексному лікуванні загально псіхотерапевтічного підходу або спеціальних методів психотерапії.

У процесі лікування туберкульозу легенів, як і будь-якого іншого захворювання, можуть виявлятися психологічні чинники, що визначають успішність терапії: інформація, емоційна підтримка, очікування, подібність позицій психотерапевта або психолога і хворого засудженого щодо хвороби та лікування. Ці чинники відображають особливості психотерапевтичного

процесу. Багато важких соматичних захворювань супроводжуються тими чи іншими нервово-психічними порушеннями, нерідко що зачіпає сферу особистості хворого [6].

Значною мірою це відноситься до туберкульозу легень: «Немає ні однієї хвороби, де б психіка у всіх її проявах грала таку роль, як при цьому захворюванні». Порушення проявляються підвищеною чутливістю і дратівливістю, зниженням працездатності, нестійкістю настрою, фобіями, депресією, що переходить на більш пізніх етапах захворювання в ейфорію. Відрізняється також ослаблення пам'яті та інтелекту, епізодичні галюцинації, схильність до резонерству, патологічна замкнутість.

Велике місце в психологічній картині при туберкульозі займають іпохондричні порушення - фіксування хворих на своїх фізичних функціях, велика кількість скарг на здоров'я, тенденції до відходу в хворобу, схильність до істеричних реакцій в умовах стресу. Характерні для них і порушення з соціальною дезадаптацією: асоціальні тенденції, зневага загальноприйнятими нормами, ригідність психічних процесів.

Такі характерологічні особливості можуть ускладнювати контакти хворих у сфері спілкування, приводити до додаткових стресових і конфліктних ситуацій. Хворих на туберкульоз відрізняють також дефекти в адаптивній системі: загальна погана пристосовність, недостатня стійкість структури особистості зі зниженням здатності протидії дезорганізуючим явищам - імпульсивності, потягам, неусвідомлена тенденція трансформувати психічну напруженість в умовах стресу в соматичні симптоми, як засіб зняття психічної напруженості.

Сюди ж відносяться і проблеми хворих на туберкульоз, що виникають у зв'язку з проявом рівня домагань і визначенням значущості власного авторитету в очах значущих для них людей.

В даний час для підвищення якості протитуберкульозної роботи серед дітей та підлітків фахівцями визнається необхідність поєднання лікувально-діагностичних заходів з психокорекційної та виховною роботою, що

забезпечує інтеграцію медичного, психологічного та соціального аспектів лікування.

Традиційно до провідних факторів ризику розвитку туберкульозу у дітей та підлітків відносять епідемічні, медико-біологічні, а також соціальні фактори. Розробка біопсихосоціальної моделі захворювання передбачає глибоке вивчення і психологічної складової захворювання як істотного фактора оптимізації терапії, підвищення ефективності проведених реабілітаційних заходів [16].

Однак питання про психологічні особливості дітей різного віку, хворих на туберкульоз органів дихання або перебуваючих у групі ризику щодо захворювання, не розроблено у фтизіатрії в достатній мірі.

Можна припустити, що у дітей, хворих на туберкульоз органів дихання, більш виражені невпевненість у собі, нестійкість настрою, тривожність, дратівливість, труднощі у пристосуванні до нових умов. У порівнянні з соматично здоровими однолітками дітям в цілому більш властиві конформність та інфантильність на тлі більш зниженого рівня розвитку інтелектуальних якостей, меншого обсягу знань. Вікова динаміка не виявляє статистично значущих відмінностей, тобто для підлітків, хворих на туберкульоз органів дихання, в тій же мірі, що і для дітей більш молодшого віку, характерні відокремленість, образливість, упертість і негативізм. Також хворі підлітки залишаються залежними, чутливими, схильними до впливів зовнішнього середовища, які потребують підтримки.

Таким чином, хворі на туберкульоз органів дихання діти і підлітки відрізняються від соматично здорових однолітків наступними характеристиками: емоційною нестійкістю, сензитивністю, інфантильністю і конформністю, а також більш вираженою нормативною поведінкою. Виявлені психологічні особливості можуть посилювати патогенність стресових впливів, приводити до виникнення пролонгованої емоційної напруги, зниження адаптаційних можливостей і сприяти розвитку захворювання у дітей та підлітків.

Завдання вивчення специфічних особливостей особистості дітей пацієнтів фтизіатричного профілю вимагає розширених психологічних досліджень, спрямованих на уточнення ролі порушених елементів їх системи відносин у розвитку захворювання.

Аналіз психогенних впливів, виявлення психологічних джерел захворювання, які визначають патогенні емоційні реакції дітей, зможе забезпечити вибір найбільш ефективних психокорекційних впливів і «психотерапевтичних мішеней» у роботі з даною нозологічної групою. Психологічні дослідження у фтизіатрії спрямовані в основному на вивчення психологічних характеристик хворих на туберкульоз легень та особливостей їх пристосувальної поведінки на фоні захворювання [35].

Встановлено, що хронічний перебіг туберкульозу супроводжується емоційними розладами, порушенням міжособистісних відносин пацієнтів, розвитком «соціальної фобії», що призводить до стійкого порушення індивідуального і соціального функціонування особистості.

Вже у хворих з вперше виявленим туберкульозом легенів виявляють порушення психологічного статусу, не зумовлені давністю захворювання або туберкульозною інтоксикацією, які можуть розглядатися в якості одного з патогенетичних механізмів прогресування туберкульозу. Питання про психологічні фактори етіології та патогенезу захворювання, будучи одним з основоположних в будь реабілітаційній програмі, стосовно фтизіатрії вимагає дослідження преморбідних особливостей особистості хворих на туберкульоз легенів, виділення домінуючих емоцій, що визначають виникнення і ступінь психоемоційних порушень у хворих.

1.3. Негативні психоемоційні стани хворих дітей, що зумовлені особливостями перебігу туберкульозу

Захворювання на туберкульоз може супроводжуватися нервово-психічними порушеннями, виникнення яких залежить від різних причин. Умовно їх можна розділити на наступні групи [22]:

- психогенні реакції, що виникають у зв'язку з діагностикою туберкульозного захворювання або з наявністю фізичних або косметичних дефектів при ураженні шкіри, кісток і суглобів;

- нервово психічні розлади, викликані туберкульозної інтоксикацією;

- нервово психічні порушення, пов'язані з прийомом деяких специфічних антибактеріальних препаратів.

Нервово психічні розлади, викликані самим туберкульозним процесом, можуть бути пов'язані із загальною інтоксикацією організму та із локальним поразкою тих або інших органів і систем.

Найбільш типовим проявом впливу туберкульозу на психіку дитини є соматогенна астенія. Вона виявляється значно раніше будь-який інший симптоматики і, отже, передує розпізнавання захворювання.

Основні скарги в цей час - млявість, слабкість, підвищена втомлюваність, наростаюче зниження працездатності, як розумової, так і фізичної. Досить характерні і такі явища, як підвищена дратівливість і запальність з невеликою силою афекту, яка змінюється астенізованістю (дратівливою слабкістю), виражена лабільність емоцій, вегетативні порушення [28].

Астенічний синдром, випереджаючи всю іншу симптоматику, може служити діагностичною ознакою. Інша його особливість - регрес з поліпшенням загального стану - може бути використана як вже деякий прогностичний критерій, бо поступове зникнення астенічного симптомокомплексу нерідко наголошується раніше, ніж рентгенологічно констатоване поліпшення.

Поряд з астенією у страждаючих туберкульозним процесом дітей досить часто описується ейфорія - невмотивовано гарний настрій, не відповідне важкому загальному стану людини. Хворі стають добродушним, надзвичайно товариськими, багатослівними, рухливими, будують нереальні плани. Їм властива переоцінка своєї особистості, своїх здібностей і можливостей, відсутність критики до власного хворобливого стану.

Досить типово, що такі стани можуть змінюватися дратівливістю аж до злобно-агресивних спалахів або ж байдужістю, так само як і руховий неспокій - швидкою стомлюваністю і виснаженням.

Спостерігаються також (особливо при інтоксикації) апатія, байдужість. Такі хворі майже весь час лежать, не проявляють ніяких бажань і прагнень, ні до кого не звертаються, односкладово відповідають на питання, справляють враження людей, глибоко байдужих як до свого стану, так і до оточуючих.

Нервово психічні порушення, пов'язані з туберкульозом, зазвичай відповідають тяжкості і тривалості перебігу хвороби (ступінь інтоксикації, поширеність і характер локальних поразок).

Разом з тим виявляється значна диференційованість негативних психоемоційних станів дітей хворих на туберкульоз в залежності від форми захворювання:

1) слабо виражені і, як правило, скороминущі розлади при інфільтративному туберкульозі;

2) поліморфні, масивні, з схильністю до хронічного перебігу і прогресуванню - при фіброзно-кавернозному туберкульозі.

Поліпшення загального стану дає зворотний розвиток цих синдромів (нерідко вже протягом 1 місяця після початку специфічної терапії). Однак астенічний сидром у вигляді гіпостеничної симптоматики і дратівливої слабкості може триматися ще деякий час. У цей період хворі на туберкульоз бувають дуже вразливі, вразливі та схильні фіксувати будь-яке зауваження, слово оточуючих.

Некоректна поведінка медичного персоналу може сприяти не тільки зайвій іпохондричній фіксації хворих на своєму стані, але й стати причиною ятрогенних захворювань.

В клініці межових нервово психічних порушеннь немає нічого конкретного, властивого саме хворим на туберкульоз. Подібні зміни особистості можуть виникати у зв'язку з іншими причинами. Хворі на туберкульоз при його багаторічному хронічному перебігу стають

нестриманими, схильними до конфліктів, або загальмованими, надзвичайно вразливими, боязкими і сором'язливий.

Іноді спостерігається так званий госпіталізм, прагнення постійно бути під наглядом лікарів, не виписуватися з лікарні.

Нервово психічні розлади, викликані застосуванням антибактеріальних препаратів, проявляються у вигляді дратівливості, запальності, плаксивості, підвищеної стомлюваності, поганого сну. В інших випадках спостерігаються виражені психотичні розлади: синдроми потьмарення свідомості, порушення сенсорного синтезу, важкі афективні розлади [15].

Побічні дії від антибактеріальних препаратів, як правило, виникають при лікуванні тубазидом (ізоніазідом), этионамидом і циклосерином. Профілактика і лікування нервово-психічних порушень у туберкульозних хворих перебувають у прямому зв'язку з гостротою і тривалістю основного захворювання. Профілактикою їх є раннє виявлення туберкульозного процесу та комплексне лікування, розпочате негайно після встановлення діагнозу.

Правильно проведена антибактеріальна терапія досить швидко знімає інтоксикацію і, зокрема, інтоксикацію центральної і вегетативної нервової систем [25].

Велике значення має психотерапія в перший період хвороби, особливо коли захворювання стало для людини несподіванкою, викликало розгубленість і страх перед наслідками для нього. У цих випадках лікар повинен уміти витлумачити симптоми туберкульозу, спокійно і переконливо пояснити хворому, що, використовуючи сучасні методи лікування, можливо не тільки обмежити патологічний процес, але й домогтися повного одужання [13].

В психотерапії важлива роль належить середньому медичного персоналу - медичній сестрі. В її спілкуванні з хворим повинно бути багато такту і щирості, щоб завоювати довіру. Сестра виконує призначення лікаря і повинна бути впевнена, що хворий їх не порушить.

Нерідко маніпуляції болючі, ліки, прийняті в рот, об'ємні, мають неприємний смак. Деякі хворі прислухаються до розмов про недостатню користь того чи іншого препарату і за власною ініціативою припиняють лікування. Відновлення прийому ліків далеко не так ефективно, як безперервне їх застосування.

Лікар і медсестра повинні передбачити такі реакції і, враховуючи особистісні особливості кожного хворого, не залякуючи і не ображаючи недовірою, направляти планомірне, раціональне лікування, розповідаючи хворому про всі сприятливі зрушення в його стані під впливом проведених заходів.

У разі пізнього виявлення хвороби, недостатнього позитивного результату від лікування і особливо при опорі хворого (особи з далеко зайшовши процесом і важкими психоневротичними реакціями та ін.) необхідно проводити комплексне протитуберкульозного лікування і вплив на психопатологію [7].

Нерідко з гарним результатом застосовуються психотропні засоби - малі транквілізатори. Ці препарати в комплексі з антибіотиками вимагають постійного лікарського спостереження і суворого контролю над дозуванням, тому їх слід призначати в стаціонарних умовах.

Психогенні реакції найчастіше виявляються:

1) депресивним станом, нерідко супроводжується почуттям тривоги, занепокоєння, пов'язаних із захворюванням;

2) думками про безнадійності, приреченість свого стану;

3) страхом і занепокоєнням не тільки за своє здоров'я, але і за здоров'я близьких людей, особливо дітей.

У таких випадках депресивні реакції можуть супроводжуватися ідєю самозвинувачення і самознищення. Іноді ці реакції досягають рівня вираженої реактивної депресії з суіцидальними думками і спробами. Іноді у хворих виникають психічні розлади за типом: нав'язливих думок; сумнівів і страхів; абсолютно необґрунтованого страху смерті [10].

Відзначається також виникнення істериформних реакцій:

1) вимога до себе підвищеної уваги («інакше не видужаю»);

2) вимога негайного виконання будь-яких прохань і примх;

3) підкреслення тяжкості власного стану, непереносимості переживань;

4)постійне опис всіх відчуттів;

5) нескінченне повторення скарг з метою викликати співчуття.

Можуть спостерігатися і такі реакції, як страх поганого ставлення з боку оточуючих, особливо тих, кому відомо про захворювання. У подібних випадках у хворого можуть виникнути думки, що навколишнім неприємно їх суспільство, відчуття огиди, принизливого жалю, поблажливого терпіння.

Виникнення психогенних реакцій у відповідь на виявлення туберкульозу можливо при наявності основних ситуаційних факторів [14]:

1) діагностика захворювання з перспективою тривалого стаціонарного лікування;

2) можливість інвалідизації;

3) неможливість якийсь час займатися улюбленою справою, вести звичний спосіб життя і т.д.;

5) неправильне ставлення рідних хворої дитини, які не проявляють д достатнього співчуття, уваги і турботи;

6) з боку родичів прояв неприхованої огиди, грубість, відчуження.

Появі психогенних реакцій можуть сприяти і неправильні взаємини медичного персоналу.

Можуть бути також і явища іншого характеру:

1) невизнання факту захворювання;

2) небажання рахуватися з висновками лікарів;

3) заперечення або ігнорування хвороби.

У зв'язку з негативним ставленням до факту захворювання, хворі не виконують розпоряджень лікаря, не дотримуються правил особистої гігієни, не бажають лікуватися [11].

Психогенні реакції іноді виникають у відповідь на формування тих чи інших фізичних дефектів. В динаміці цього симптомокомплексу нічого суто специфічного для туберкульозного процесу немає, і він нічим не відрізняється від іншого у фізичних дефекти процесу, не туберкульозної етіології.

Психічні розлади особливо виразно виступають при міліарному туберкульозі, туберкульозному менінгіті, підгострому диссемінованному і далеко зайшовшому фіброзно-кавернозному туберкульозі. Однак власне психічні порушення в сучасних умовах комплексної терапії зустрічаються досить рідко. Значно частіше виявляються прикордонні нервово психічні порушення, наприклад, у вигляді астенічного симптомокомплексу і афективних розладів.

Справжні психози при туберкульозі досить рідкісні і виникають у зв'язку з великою вагою туберкульозного процесу. У таких випадках спостерігаються синдроми потьмарення свідомості, амнестичний симптомокомплекс, галлюцинаторні і маячні явища. Останні можуть носити характер ідей величі, ревнощів, відносини і переслідування.

Зустрічаються шизофреноподібні стани. Поява шизофреноподобної симптоматики необхідно диференціювати з власне шизофренічним процесом. При туберкульозному менінгіті на різних стадіях захворювання можуть спостерігатися нервово психічні порушення [12].

Продромальний період менінгіту характеризується млявістю, плаксивістю, дратівливістю, пригніченістю. У розпалі захворювання свідомість змінюється найчастіше за типом оглушення з тієї або іншої глибиною вираженості цього синдрому. Можливі епилептиформні явища, а також потьмарення свідомості у вигляді делірію, аменції або онейроіда.

Подібні стани супроводжуються вираженими афективними розладами і руховим порушенням. За вихід із хворобливого стану в осіб, які перенесли туберкульозний менінгіт, досить тривалий час тримається астенодепрессивний стан.

У дітей це захворювання може призвести до затримки психічного розвитку або розвитку психопатоподібних особливостей особистості.

При явищі психозу, викликаного непереносимістю або передозуванням, необхідно скасувати всі антибактеріальні препарати. Відновлювати їх застосування слід з обережністю, переконавшись, що всі явища психозу ліквідовані.

Захворюваність і смертність від туберкульозу в психіатричних лікарнях вище, ніж серед психічно здорового населення. Велику вразливість туберкульозом психічно хворих слід пояснити сукупністю причин, з яких найбільш важливою розлад вищої нервової діяльності.

У психічно хворих з ослабленням діяльності кори головного мозку туберкульоз протікає особливо важко. Це обумовлено значними змінами всієї життєдіяльності організму і, як наслідок, зниження опірності інфекції. Такі хворі, втрачаючи інтерес до навколишнього, перебувають у стані апатії, адинамії.

В основному це особи, які страждають на шизофренію, та різні види слабоумства, а також тривалим кататонічним станом. Зрештою хворі гинуть від важкого туберкульозного процесу: казеозної пневмонії, фіброзно-кавернозного і генералізованого туберкульозу.

У тому випадку, коли психічно хворі перебувають у стані збудження, фізичної активності, туберкульоз протікає більш благоприємно. Хворі, які не втратили адекватного ставлення до навколишнього світу, що зберегли ініціативу і, найголовніше, інтерес до корисної праці, справляються з туберкульозом набагато легше [6, 12].

Патогенез і форми туберкульозу у психічно хворих не відрізняються від таких у психічно здорових людей. Однак своєчасне виявлення туберкульозу у психічно хворих ускладнюється відсутністю скарг, трудністю збору анамнезу, стертими клінічними симптомами внаслідок зниження реактивності організму.

РОЗДІЛ 2.
ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЕМОЦІЙНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА ТУБЕРКУЛЬОЗ

2.1. Методика та організація дослідження психоемоційних особливостей дітей, хворих на туберкульоз.

В останнє десятиріччя спостерігається зростання розповсюдження туберкульозу та смертності від нього у дитячому віці [8]. Відома роль у перебігу туберкульозу психоемоційних і психосоціальних чинників та особистих особливостей хворих. Туберкульоз, являючи собою тяжке захворювання, відбивається не тільки на соматичному стані дитини, але й на психологічному: змінюється характер, настрій, емоційний фон, вольова схема, особливості реагування на хворобу — іншими словами, формується внутрішня картина хвороби (ВКХ).

Структура ВКХ, таким чином, визначається особливостями, пов'язаними як з самим пацієнтом (особисті особливості, ситуаційні впливи, соціальні характеристики, конституційні риси), так і з важкістю перебігу туберкульозу.

Аналогічних змін зазнає і структура, внутрішній зміст образу «Я» хворої дитини , якщо захворювання у неї співпадає по часу з періодом формування та «розкриття» свого «Я», формування особистості і світогляду [29].

Це призводить, в силу викривленої біопсихосоціальної ситуації розвитку, до порушення процесу становлення образу «Я» і появи образу, цілком відмінного від аналогічного у здорових дітей і підлітків [29]. Кожний з компонентів, що складають в цілому внутрішню картину хвороби, вносить свій вклад у феноменологію та механізм психологічного реагування, адаптації до хвороби.

Дослідниками була виявлена певна динаміка змін структури внутрішньої картини хвороби в залежності від тривалості і важкості перебігу захворювання та комплексу особистих особливостей кожної хворої дитини. Водночас з сенситивним, одержував розвиток і емоційний рівень внутрішньої картини хвороби, спрямований на суб'єктивно-емоційне сприймання туберкульозу. Інтелектуальний рівень у хворих на туберкульоз дітей відповідав за уяву дитини про суттєвість захворювання і застосовані в зв'язку з цим засоби терапії.

Іншою особливістю формування даних рівнів внутрішньої картини хвороби є схильність хворих змінювати критерії самооцінки за зміною свого стану і самопочуття. Для цього характерно використання хворими дітьми як «вигідних», так і «невигідних» критеріїв самооцінки свого соматичного статусу, вибір яких здійснювався ними в залежності від кожної конкретної ситуації.

Так, за подальшим прогресуванням захворювання та його лікуванням, домінуюче положення в структурі внутрішньої картини хвороби займає мотиваційний рівень. Це по суті процес перетворення ситуаційно зумовлених соматичних, емоційних і інтелектуальних рівнів в головний, психологічно зумовлений мотив необхідності збереження здоров'я, як на соматичному («тілесному»), так і на психологічному («духовному») рівнях [27].

Ми відзначали наявність деяких закономірностей у формуванні внутрішньої картини хвороби при туберкульозі: структура і співвідношення її рівнів залежали від тривалості захворювання, етапу і вигляду протитуберкульозної терапії, та рівня знань хворих про туберкульоз.

Найбільш динамічним формування мотиваційного рівня внутрішньої картини хвороби спостерігається у дітей, які одержували курс комбінованої медикаментозно-психологічної терапії, коригованої спеціальними навчальними програмами, ніж серед хворих, в терапії яких використовувалося тільки базисне лікування туберкульозу.

Водночас з формуванням структури внутрішньої картини хвороби у хворих на туберкульоз дітей відбувалося і формування образу власного «Я», що являє, з позицій сучасної психосоматики, структурне утворення самосвідомості, образно кажучи, «залишковий продукт» діяльності всіх його сторін.

Спостерігаються зміни в структурі особистості хворих дітей, пов'язані з тяжкістю перебігу туберкульозу, що змінює всю соціальну ситуацію розвитку, знижує рівень психологічних можливостей та психічного захисту хворих дітей, обмежує контакти з перевесниками і т. п.

Величезний вплив на формування та становлення особистості дитини, хворої на туберкульоз, спричинає і викривлена соціальна і родинна ситуація. В кінцевому підсумку все вище зазначене призводить до зміни структури і появі образу «Я», відмінного від образу у здорових дітей аналогічного віку і статі, з’являються специфічні особистісні і психоемоційні особливості у дітей, що страждають на туберкульоз.

Таким чином, мета роботи полягає у дослідженні психоемоційних особливостей дітей, хворих на туберкульоз.

Об’єкт дослідження – психічна діяльність дітей, хворих на туберкульоз.

Предмет дослідження – психоемоційні особливості дітей, хворих на туберкульоз.

Гіпотеза дослідження: захворювання на туберкульоз, що має тривалий перебіг і складне лікування у спеціальних умовах закритих освітньо лікувальних закладів, зумовлює формування специфічних особистісних змін і негативних психоемоційних станів у дітей і потребує системного психолого педагогічного супроводу.

Для реалізації мети дослідження поставлені наступні завдання:

1. здійснити теоретичний аналіз сучасних наукових досліджень специфіки психічної діяльності дітей, що страждають на туберкульоз;

2. визначити механізми впливу туберкульозу на зміни психоемоційного стану дітей;

3. емпірично виявити специфічні психоемоційні стани, характерні для дітей, що страждають на туберкульоз;

4. розробити методичні шляхи психолого педагогічного супроводу дітей, хворих на туберкульоз в освітньому просторі.

Представлене дослідження спрямоване на вивчення впливу активного туберкульозного процесу на спрямованість особистості, рівень нейротизму і тривоги у дітей, хворих на туберкульоз, оцінку характер психоемоційних реакцій і їх динамівку при лікуванні туберкульозного процесу, вивчення особливостей психоемоційного реагування дітей у різні періоди туберкульозної інфекції. У дослідженні для діагностики дітей хворих на туберкульоз ми використовували наступні методики: бесіда, багатофакторний опитувальник Р. Кеттелла (дитячий варіант), опитувальник Г. Айзенка (адаптований дитячий варіант), особистісна шкала прояву тривоги Дж. Тейлор, шкала тривони Спілбергера [17].

В процесі її проведення дітям, хворим на туберкульоз, пропонували відповісти на питання: Чи заважає тобі хвороба спілкуватись з однолітками? На скільки хвороба заважає тобі жити? Чи являється хвороба відторгненням, непорозумінням з боку однолітків? Існує послаблення уваги або грубе відношення з боку рідних? Чи впливає твій стан здоров’я на навчання? Часто буваєш дратівливим, безрадісним, незадоволеним собою?

Дослідження основних особистісних особливостей проводилося з допомогою багатофакторного опитувальника Р. Кеттелла в модифікації для дітей. Дана методика спрямована на діагностику найбільш сутнісних поведінкових і психічних проявів, незалежних від мотиваційних чинників і зовнішньої ситуації. Опитувальник Кеттелла є багатовимірною методикою, що оцінює властивості нормальної особи, він описує особову структуру людини, допомагає знайти корекційні механізми для вирішення особових проблем.

Основою методики Кеттелла служить «теорія особистісних рис», при цьому осбистість описується сукупністю первинних властивостей

особистості, які визначають її внутрішній зміст і поведінку. Ця методика є модифікацією дорослого варіанту 16-факторного особистісного опитувальника Р. Кеттелла, і була спеціально розроблена і адаптована для дітей молодшого шкільного віку (8 - 12 років). Питання в опитувальнику спеціально підібрані так, щоб бути зрозумілі дитині - він простіше і містить меншу кількість питань. У опитувальнику - 12 шкал, що відповідають основним рисам особистості дитини. Кожна з рис може бути як позитивною, так і негативною, наприклад: «урівноваженість-збудливість». Опитувальник по дитячому варіанту тесту Кеттелла містить 120 суджень, які торкаються різних сторін життя дитини і його взаємодії з іншими людьми. Задаються прямі і непрямі питання, що відносяться до самої особистості дитини, його життєвих настанов, її самооцінки і інших якостей. Сума балів за кожною шкалою переводиться в оцінки - стени. У методиці виділяють три рівні розвитку різних рис особи: низький (1 - 3 стени), середній (4 - 7 стенів) і високий (8 - 10 стенів). Максимальна оцінка 10 балів, середнє значення 5, 5 балу.

Описуючи різні риси особистості, згідно з опитувальником Кеттелла, представляють крайні полюси їх розвитку (високий і низький), при цьому даються відповідні кількісні і якісні оцінки.

Для діагностики особистісних особливостей дітей в ми використовували опитувальник EPI Г. Айзенка.

Г. Айзенк, проаналізувавши матеріали, досліджування хворих, страждаючих неврозами, дійшов висновку, що сукупність рис людини можна представити за допомогою двох головних факторів: екстроверсії\ інтроверсії і нейротизму. В основі кожного з чотирьох типів темпераменту лежать особливі співвідношення властивостей нервової системи:

1. У холерика сильна нервова система, він легко переключається з одного на інше, але неврівноваженість його нервової системи зменшує міру толерантності з іншими людьми. Холерик схильний до різких перемін в настрої, запальний, нетерплячий, схильний до емоційних зривів.

2. У сангвініка також сильна нервова система, а значить і добра працездатність, він легко переходить до іншої діяльності, до спілкування з людьми. Сангвінік прагне до частої зміни вражень, легко і швидко пристосовується, порівняно легко переживає невдачі.

3. У флегматика сильна, працездатна нервова система, але він з трудом включається в другу роботу і пристосовується до нової обстановки. У флегматика переважає спокійний, рівний настрій. Почуття зазвичай відмічаються постійністю.

4. Меланхолік характеризується низьким рівнем психічної активності уповільненістю рухів, стриманістю міміки і мовлення швидкою стомлюваністю. Його відрізняє висока емоціональна чутливість до всього що проходить навкруги нього. Чутливість до інших робить меланхоліків універсально толерантними з іншими людьми, але сам меланхолік схильний переживати проблеми в середині себе і, відповідно, схильний до самознищення.

Показник «інтроверсії - екстраверсія» характеризує індивідуальну психологічну орієнтацію людини на світ зовнішніх об’єктів (екстраверсія), або на внутрішній суб’єктивний світ (інтроверсія). Прийнято вважати, що екстравертам притаманні дружелюбність, гнучкість поведінки, велика ініціативність (але мала настирливість) і висока соціальна адаптованість. Для екстравертів найбільш характерні такі риси: товариськість, чуйність, життєрадісність, невимушеність, упевненість в собі, прагнення до лідерства. Вони мають багато друзів, оптимістично налаштовані, добродушно - веселі, але іноді бувають запальні, нестримані.

1. Екстраверти зазвичай мають зовнішню привабливість, прямолінійні в судженнях, як правило, орієнтуються на зовнішню оцінку. Добре справляються з роботою, що потребує швидкого прийняття рішення.

2. Інтровертам притаманні - замкнутість, соціальна пасивність(при достатньо великій настирності).Вони схильні до самоаналізу і мають труднощі в соціальній адаптації. Інтроверти ліпше справляються з

монотонною роботою, вони більш обережні, охайні і педантичні. Інтроверти в більшості спокійні врівноважені розсудливі, обачливі, миролюбні, контролюють свої вчинки, їх дії завжди продумані, раціональні коло друзів невелике, надають перевагу книжкам більш за особисті зустрічі, високо цінують естетичні норми.

Показник нейротизму характеризує людину з боку її емоційної стійкості (стабільності). Показник цей також біполярний і утворює шкалу, на одному полюсі, якої знаходяться люди, які характеризуються надмірною емоційною стійкістю, доброю адаптованістю, а на другому - надзвичайно нервозні, нестійкі і погано адаптовані. Емоційно стійкі (стабільні) - люди, не схильні до тривожності, стійкі по відношенню до зовнішніх подразників, викликають довіру, схильні до лідерства. Емоційно нестабільні (нейротичні) – чуттєві, емоціональні, тривожні, схильні боляче переживати невдачі. Нейротики відрізняються нестабільністю, неврівноваженістю нервово - психічних процесів, емоційною нестійкістю, лабільністю вегетативно нервової системи, легко збуджувальні. Для них характерна зміна настрою, сенситивність, а також тривожність, недовірливість, повільність схильність до песимізму, нерішучість [11].

Кожний тип темпераменту природно обумовлений, не можна говорити про «погані і хороші» темпераменти, можна лише вести мову про різні способи поведінки і діяльності, про індивідуальні особливості людини.

Якщо показники екстраверсії-інтраверсії виявляються достатньо стабільною характеристикою особистості пацієнта і має значення лише для вибору тактики поведінки психолога в процесі спілкування з ним, то показник рівня нейротизму корелює з виразністю його психоемоційної напруги і допомагає об’єктивувати ефективність психотерапії.

Особистісна шкала прояву тривоги Дж. Тейлор - методика призначена для діагностики рівня тривоги. Опитувальник складається з 60 тверджень. Для зручності кожне твердження пропонується випробовуваному на окремій картці. Необхідно розподілити картки на дві групи, залежно від згоди або

незгоди з твердженням. Час тестування 20-25 хвилин. Результати свідчать про низький, середній та високий рівень тривожності. Оцінка 40-50 балів розглядається як показник дуже високого рівня тривожності, 25-40 балів свідчать про високий рівень тривоги, 15-25 балів - про середню (з тенденцією до високого) рівні, 5-15 балів – про середньому (з тенденцією до низького) рівень, 0-5 балів - про низький рівень тривожності.

Шкала реактивної і особистісної тривожності Спілбергера - являє собою досить надійний її інформативний інструмент для вимірювання тривоги, як індивідуальних властивостей особистості і як стан в будь який визначний момент в минулому, теперішньому, майбутньому.

Під особистісною тривожністю розуміють відносно стійку індивідуальну характеристику, риси яка дає уявлення про схильність сприймати достатньо широке коло ситуацій, як погрожуючі і реагувати на ці ситуації появою стану тривожності різного рівня.

Високий показник особистісної тривожності дає уявлення про високу імовірність появи тривожності у суб‘єкта в ситуаціях, де мова йде про оцінку його компетентності, підготованості як він сприймає погрожуючі ситуації. Ця група зазвичай вимагає підвищеної уваги з боку психотерапевта.

Низькотривожні суб‘єкти, навпаки не схильні сприймати погрозу своєму престижу, самооцінці в широкому діапазоні ситуацій. Вірогідність виникнення у них стану тривожності значно нижче, хоча і невиключна в окремих особливо важливих і особисто важливих випадках.

Реактивна тривожність, як стан, характеризується суб‘єктивно відчутними емоціями напруження, неспокою, заклопотаністю, нервозністю, що супроводжуються активаціями вегетативної нервової системи.

Стан тривожності як емоційної реакції на стресову ситуацію може бути різноманітним по інтенсивності і являється достатньо динамічним і мінливим в часі. Високий показник реактивної тривожності посередньо свідчить про виражену психоемоційну капризу пацієнта. Цей показник чуттєво реагує на зміни психоемоційного стану пацієнта в процесі лікування і являється одним із більш зручних для оцінки ефективності психотерапевтичної корекції.

Шкала Спілбергера містить в собі 40 питань, в тому числі 20 із питань, що характеризують особистісну тривожність. В залежності від завдань дослідження кожний із опитувальників може застосовуватись самостійно або разом. В останньому випадку реактивна тривожність вимірюється першою.

Опитування може проводитись індивідуально, або в групах без визначення часу. Для зниження вірогідності утворення установки на позитивні або негативні питання в кожному із опитувальників включено приблизно однакове число міркувань, характеризуючих високий і низький ступень тривожності.

Обстежуваному пропонується відповісти на питання зазначивши, як він себе почуває в даному випадку (реактивна тривожність питання 1-20) і як він себе почуває звичайно (особистісна тривожність, питання 21- 40). Ми в нашому дослідженні використовували шкалу, що вимірює особистісну тривожність. Опитувальник складається з 50 тверджень. Для зручності користування кожне затвердження пропонується обстежуваній на окремій картці. Відповідно інструкції, обстежуваний відкладає праворуч і ліворуч картки, залежно від того, згоден він або не згоден з твердженнями які в них містяться. Тестування триває 15-30 хвилин. Методика Спілбергера для вивчення тривожності застосовувалася нами для вивчення особистісної тривожності наших досліджуваних і також є складовою батареї методик, підібраних нами для вирішення завдань нашого дослідження [11].

З метою вивчення психологічних особливостей дітей, хворих на туберкульоз, нами підібрані адекватні методики і методи, які включають спостереження, бесіди (індивідуальні й групові), анкети, опитувальники для вивчення прояву тривожності, емоційної нестабільності та нейротизму.

Для вивчення рівня емоційної лабільності та нейротизму ми використовували тест Айзенка, що складається з 60 питань. Ми використовували реєстраційні бланки звичайного зразка для проведення процедури тестування. Тестування проводилось частково індивідуально, а частково для групи. Така особливість проведення процедури дослідження

пояснюється особливостями розпорядку дня у дитячому відділенні стаціонару, та дітей в санаторній школі інтернаті та відсутності умов і приміщення, придатного для одночасного тестування великої групи дітей та підлітків.

Після вивчення медичної документації нами була відібрана група дітей, що хворіють на туберкульоз або перенесли якусь з його форм. Зважаючи на необхідність дотримуватись принципу добровільності участі в тестуванні, під час першого етапу нашого дослідження, ми відібрали дітей що виявили бажання в співпраці з психологом .

Під час проведення групової бесіди з метою їх інформування щодо тестування, ми відібрали групу зацікавлених можливістю пізнати свої індивідуально психологічні особливості учасників. Таким чином ми сформували експериментальну групу, до якої увійшло 90 дітей віком 9 – 12 років, які перебували на лікування у Дитячому протитуберкульозному санаторій № 7, м Дніпро та Запорізькій загальноосвітній санаторній школа-інтернат №7 для дітей із затухаючими формами туберкульозу.

Слід зазначити, що навіть за результатами попередньої бесіди, ми виявили стурбованість дітей своїм здоров'ям та подальшими життєвими перспективами. Серед дітей були такі, що виразили прохання провести з ними заняття, спрямовані на формування у них певних навичок, що дозволило б їм самостійно знімати емоційну напругу і подолати страхи [9].

Контрольну групу склали соматично здорові діти - 90 учнів Криворізької загальноосвітня школа-інтернат I-II ступенів № 1 та загальноосвітньої школи-інтернату №4 Криворізької міської ради Дніпропетровької області.

2.2. Психологічний аналіз результатів дослідження психоемоційних особливостей дітей, хворих на туберкульоз

Вивчення психосоматичних характеристик пацієнтів при різних, захворюваннях дозволяє більш глибоко осмислити як причини патологічних

процесів, так і шляхи їх подолання. Сьогодні такий підхід стає особливо затребуваним при лікуванні туберкульозу - хвороби, що вийшла за рамки соціальної [12, 8]. За даними сучасних дослідників, більше 80% хворих з вперше виявленим туберкульозом легень мають значні невротичні розлади або реактивні психопатологічні стани, які негативно позначаються на лікуванні [5, 23].

З метою вивчення особистісних особливостей було проведено психологічне обстеження дітей, хворих на туберкульоз органів дихання, найбільш частою клінічною формою туберкульозу був туберкульозний плеврит.

Дослідження проводилося згідно складеної програми у 2 етапи:

На першому етапі проводилося спостереження, бесіди (групові й індивідуальні) ознайомчого характеру з метою створення атмосфери довіри й відвертості, а також проведено анкетування.

На другому етапі запропонували досліджуваним тестові опитувальники з метою виявлення їхніх особистісних якостей, зокрема проявів особистісної тривожності, емоційної вразливості та особливостей стосунків з найближчим оточенням.

Під наглядом знаходилося 90 дітей 9-12 років. Істотних відмінностей за віком та статтю в досліджуваних групах не було.

З урахуванням клінічного діагнозу всі діти були розподілені на групи:

1-а група – 39 дітей з віражем туберкулінових реакцій та з гиперергічною реакцією на туберкулін, тобто в початковому періоді туберкульозної інфекції. У 13,2% дітей був встановлений туберкульозний контакт;

2-а група – 51 дитина з різними формами активного туберкульозу різної локалізації. У групі дітей, хворих на туберкульоз, найчастішою клінічною формою туберкульозу був туберкульозний плеврит – 29,9% Контакт із хворим на туберкульоз виявлений більш ніж у половини пацієнтів – 64,7%. При цьому 47% дітей мали контакт з зовнішніми джерелами виділення бактерій.

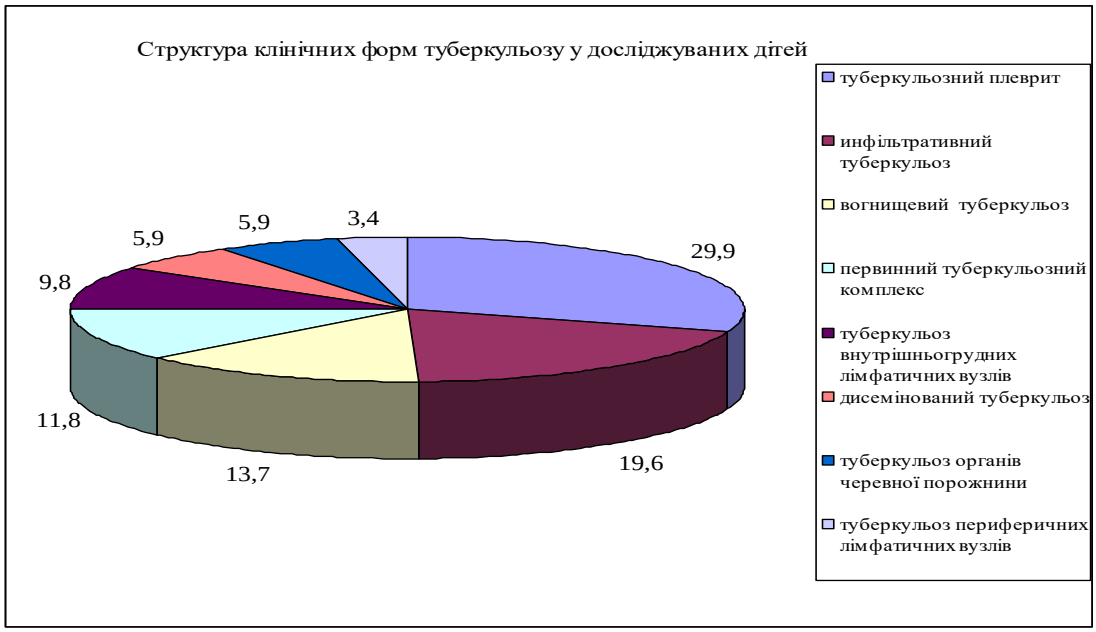


Рисунок 2.1. - Структура клінічних форм туберкульозу у досліджуваних дітей

Найбільш відповідальним етапом туберкульозної інфекції є її ранній період - віраж, що визначає подальший перебіг інфекції і вірогідність розвитку захворювання [6]. Віраж туберкулінових реакцій - це ранній період первинної туберкульозної інфекції, виявляється інфекційної алергією при відсутності локальних проявів туберкульозу і функціональних порушень [5]. Активний туберкульоз у дітей, в порівнянні з дорослими хворими, має переваги але мізерну клінічну картину, часто вражає невідповідністю скарг і об'єктивних даних обсягом органоспецифічних об’єднань.

Щодо задовільного самопочуття, глибока прихильність до сім'ї, будинку, оточення і соціальна «організованість» дітей зумовлюють більш важкі психоемоційні та невротичні реакції на факт встановлення діагнозу туберкульоз і необхідність тривалого стаціонарного лікування.

Психоемоційні переживання займають центральне місце, тобто емоційно вкрай значуще, в системі відносин людини до об'єктивної реальності, частиною якої стає хвороба. У проведеному дослідження було важливим вивчення ставлення дітей о раннього періоду інфікування туберкульозом та дітей з активним туберкульозу до хвороби.

Психоемоційний стан та його зміни, поведінкові реакції вивчали за допомогою методу звичайного клінічного спостереження, співбесіди з батьками у вигляді напівструктурованого інтерв'ю.

У пацієнтів із локальними формами туберкульозу дослідження проводили до і після основного курсу лікування. У дітей із віражем туберкулінових реакцій – до і після профілактичного лікування.

Тривалість основного курсу лікування в середньому склала 10 місяців. Інтенсивна фаза в середньому тривала 2 - 4 місяці, а підтримувальна – 6 - 8 місяців.

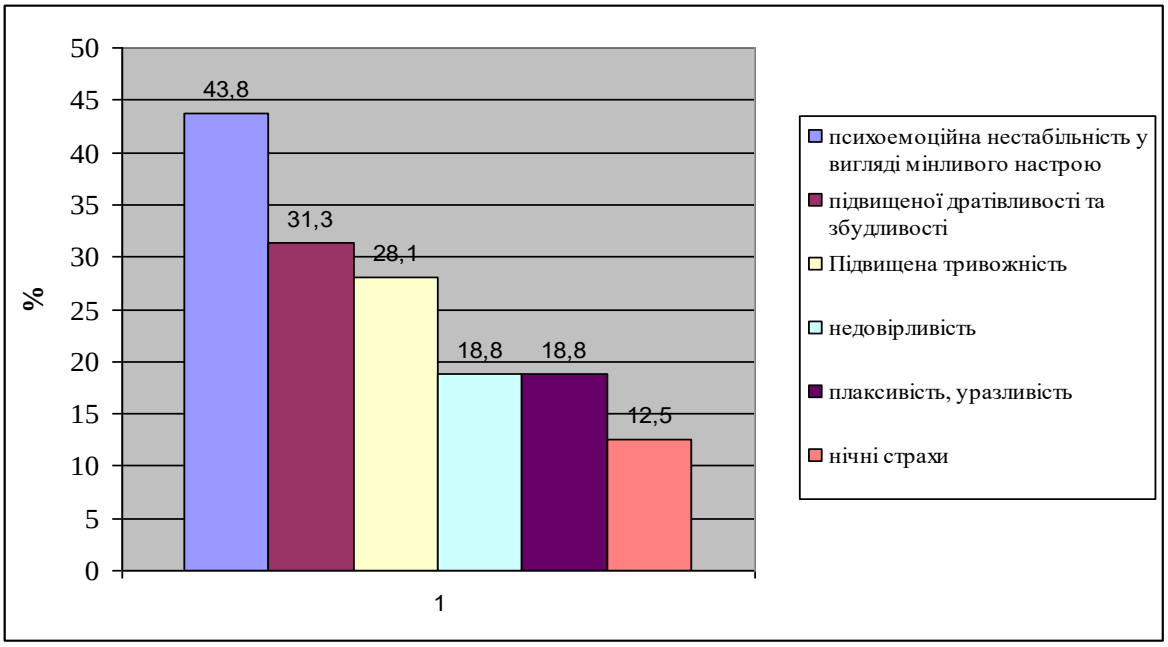


Рисунок 2.2 - Психоемоційні прояви туберкульозної інфекції в ранньому періоді

У ранньому періоді туберкульозної інфекції у дітей переважала психоемоційна нестабільність у вигляді мінливого настрою у 43,8%, підвищеної дратівливості та збудливості у 31,3% .

Підвищена тривожність, за оцінками батьків, мала місце у 28,1% дітей, недовірливість у 18,8%, що проявлялося у вигляді плаксивості, уразливості – 18,8% випадків, нічних страхів – 12,5%.

Астенічний синдром не мав повноти вияву і поширеності: швидка стомлюваність виявлена у 12,5% пацієнтів, виснажуваність у 6,3%.

Поведінковий патерн характеризувався підвищеним прагненням до спілкування в 43,8% випадків, гіперсоціальними формами поведінки в 46,9% (рис. 2.2).

Однаково часто відмічалися соматовегетативні скарги – головний біль і диспептичні розлади (повторний біль у животі, відрижка повітрям) по 43,8%.

Таблиця 2.1 - Прояви психоемоційних та поведінкових порушень у дітей у різні періоди туберкульозної інфекції (у відсотках)

Симптоми	Віражі		Активний туберкульоз	
	до лікування	після лікування	до лікування	після лікування
Психоемоційна нестабільність:				
мінливість настрою	43,8	42,9	59,5	30,0*
підвищена дратівливість	31,3	33,3	46,9	20,0*
Зниження психічної активності:				
швидка стомлюваність	12,5	9,5	65,6	6,7***
виснажуваність	6,3	4,8	46,9	-
Тривожно-боязке реагування:				
тривожність	28,1	28,6	28,1	20,0
недовірливість	18,8	9,5	12,5	10,0
уразливість	18,8	4,8	40,6	23,3
наявність страхів	12,5	9,5	25,0	20,0
Рухлива активність:				
знижена	6,3	4,8	28,1	3,3**
підвищена	25,0	23,8	18,8	26,7
Поведінковий патерн:				
підвищене прагнення до спілкування	43,8	61,9	43,8	30,0
порушення комунікативних відносин	3,1	9,5	37,5	10,0
ригідність	28,1	33,0	31,3	20,0
гіперсоціальні форми поведінки	46,9	42,9	43,8	30,0
асоціальні форми поведінки	6,3	4,8	6,3	3,3
Дисбаланс вищої нервової діяльності:				
підвищена збудливість	31,3	28,6	31,3	23,3
некерованість	15,6	19,0	18,8	20,0
розгальмованість	-	-	9,4	-

Продовження таблиці 2.1

Соматовегетативні скарги:				
головний біль	43,8	9,5*	56,3	23,3*
запаморочення	9,4	9,5	37,5	10,0*
серцебиття	-	-	21,9	3,3*
диспепсичні розлади	43,8	19,0*	34,4	8,7*

Примітка:

* - вірогідність відмінностей:

* - $p < 0,05$; ** - $p < 0,01$; *** - $p < 0,001$

Після профілактичного лікування у дітей з віражем туберкулінових реакцій суттєво змінилася лише частота соматовегетативних скарг. Головний біль відмічали лише 9,5% респондентів ($p<0,05$), диспептичні розлади – 19% ($p<0,05$).

Під час активного туберкульозного процесу виявлені психоемоційні порушення належали до непсихотичного реєстру та в цілому характеризувалися поліморфною астеноподібною картиною.

Ступінь їхнього прояву був різним: від окремих симптомів до сформованих синдромів. На першому плані були прояви зниження психічної активності у вигляді швидкої стомлюваності - 65,6% і виснажуваності – 46,9% пацієнтів (табл.2.1.).

Досить часто у хворих дітей відмічалася підвищена дратівливість (емоційні порушення у вигляді спонтанних коливань афекту) – в 46,9% випадках, що можна пояснити загальною гіперстезією на фоні туберкульозної інтоксикації.

Настрій у більшості – 59,5% осіб – був лабільним. Гіпотимія (знижений настрій) була виявлена у 15,7% пацієнтів, а у 9,4% з них супроводжувалася дисфорічними афективними розрядами, протестними формами поведінки.

Лише у 3,1% дітей загальний емоційний фон був ейфоричним і не мав тісного зв'язку з туберкульозним процесом, а був зумовлений преморбідним резидуально-органічним фоном та відставанням в емоційному розвитку за рахунок «соціального сирітства». Тривожно-боязке реагування, що

проявлялося у вигляді плаксивості, уразливості, мало місце в 40,6% випадків і в 25% випадках поєднувалося з невротичними проявами – страхами.

Майже у 1/3 хворих дітей дисбаланс вищої нервової діяльності розвивався по збудливому колу. Підвищена збудливість спостерігалася у 31,3% дітей, в поєднанні з некерованістю – у 18,8%, некерованістю і розгальмованістю – у 9,4%.

Вищевказані психоемоційні порушення супроводжувалися змінами поведінки: зниженням у 28,1% або підвищенням у 18,8% пацієнтів рухової активності, порушенням комунікативних відносин у 37,5%, ригідністю у 31,3%, як компенсаторна реакція – гіперсоціальними формами поведінки – у 43,8%, при психопатоподібному розвитку особи – грубістю, агресією, асоціальними формами поведінки у 6,3%.

Соматовегетативні порушення були різноманітними: головний біль зустрічався в 56,3%випадках, запаморочення – в 37,5%, серцебиття – в 21,9%, диспептичні розлади (повторний біль у животі, відрижка повітрям, здуття живота) – в 34,4% випадків.

Всі ці симптоми були пов'язані з тяжкістю і вираженістю туберкульозної інтоксикації, гострою фазою туберкульозного запалення.

Психоемоційні порушення у дітей з активним туберкульозом чітко виділилися в астенічний синдром у 31,2% дітей, астенодепресивний – у 25%, гиперстенічний варіант астенічного синдрому спостерігався у 18,7%.

На момент виписки значно покращився психоемоційний статус дітей. Частота таких симптомів, як стомлюваність, знизилася в 10 разів і склала 6,7% випадків ($p<0,001$), виснажуваність не реєструвалася, загальна дратівливість зменшилася в 2,5 разу, з 46,9% до 20% випадків ($p<0,05$). Змінився настрій: в 2 рази зменшилася емоційна лабільність, з 59,5% до 30% ($p<0,05$).

Астенодепресивний синдром зустрічався в 3 рази рідше і не мав повноти вияву. Порушення вищої нервової діяльності по збудливому колу були більш стійкими: підвищена збудливість зберігалася в ¾ випадках -

23,3%, некерованість залишалась у всіх випадках, розгальмованість не була зареєстрована.

Зниження рухової активності (млявість) відмічалося лише в 3,3% випадків, даний симптом зменшився у 8 разів ($p<0,01$). Підвищилася рухова активність на 7,9%.

Соматовегетативні порушення зменшилися: головний біль зустрічався більш ніж в 2 рази рідше, 23,3% у порівнянні з 56,3%, запаморочення та серцебиття майже в 4 рази, диспептичні розлади в 4 рази ($p<0,05$).

У процесі лікування туберкульозу, як і будь-якого іншого захворювання, можуть виявлятися психологічні чинники, що визначають успішність терапії: інформація, емоційна підтримка, очікування, подібність позицій психотерапевта або психолога і хворого. Ці чинники відображають особливості психотерапевтичного процесу.

Порушення проявляються підвищеною чутливістю і дратівливістю, зниженням працездатності, нестійкістю настрою, фобіями, депресією, що переходить на більш пізніх етапах захворювання в ейфорію. Відрізняється також ослаблення пам'яті та інтелекту, епізодичні галюцинації, схильність до резонерства, патологічна замкнутість.

Дослідження основних особистісних особливостей проводилося з допомогою багатофакторного опитувальника Р. Кеттелла в модифікації для дітей і підлітків. Дана методика спрямована на діагностику найбільш істотних поведінкових і психічних проявів, щодо незалежних від мотиваційних факторів і зовнішньої ситуації.

Обстежено 90 дітей і підлітків у віці 9 - 12 років, хворих на туберкульоз органів дихання, з них 47 (52%) дівчаток і 43 (48%) хлопчика.

Контрольну групу склали 90 (50%) соматично здорових дітей і підлітків - 48 (53%) дівчаток і 42 (47%) хлопчика.

Аналіз отриманих даних проводився за допомогою пакету стандартних статистичних програм SPSS-11.0 [10]. Значимість міжгрупових відмінностей оцінювалася за t-критерієм Стьюдента; достовірність якісних міжгрупових відмінностей оцінювалася за критерієм Фішера.

У ході порівняльного аналізу отриманих за допомогою опитувальника Р.Кеттелла даних, у дітей 9 - 12 років в ОГ (основної групи) і КГ (контрольної групи) виявлені статистично значущі відмінності за факторами «Нормативність поведінки», «Емоційна стійкість», «Інтелект» (таблиця 2.2.).

Таблиця 2.2 - Виразність особистісних особливостей у хворих на туберкульоз органів дихання і здорових дітей за шкалами опитувальника Р. Кеттелла

Показники	**Середнє значення по ЕГ (n = 50)**	**Середнє значення по КГ (n = 51)**	**t- критерій Стьюдента**
Фактор В «Інтелект»	5,37 ± 2,31**	6,82 ± 1,91	3,05
Фактор С «Емоційна стійкість»	4,60 ± 1,91*	5,56 ± 1,95	2,23
Фактор G «Нормативність поведінки»	6,03 ± 1,81*	5,16 ± 1,93	2,11

Де:

* - Міжгрупові відмінності з рівнем значущості p <0,05;

** - Міжгрупові відмінності з рівнем значущості p <0,01;

*** - Міжгрупові відмінності з рівнем значущості p <0, 001.

Отримані результати свідчать про те, що у дітей ЕГ (експериментальної групи), на відміну від соматично здорових однолітків, в більшій мірі виражені сумлінність, відповідальність, чесність, усвідомлене дотримання загальноприйнятих моральних правил і норм, схильність до моралізації (фактор G - «Нормативність поведінки») (таблиця 2.3.).

Таблиця 2.3 - Розподіл хворих на туберкульоз легень і соматично здорових дітей за показниками факторів B, C, G опитувальника Р. Кеттелла

Показники	Кількість по ЕГ (%) (n = 50)	Кількість по КГ (%) (n = 51)	φ критерій Фішера (%) (n = 50)
Високі значення фактора В	40**	82,2	4,00
Низькі значення фактора В	42,9**	11,1	3,33
Високі значення фактора С	22,9*	42,2	1,84
Низькі значення фактора С	40	28,9	1,03
Високі значення фактора G	65,7**	40	2,31
Низькі значення фактора G	17,1*	35,6	1,89

У дітей 9 -12 років хворих на туберкульоз органів дихання, більш виражені невпевненість у собі, нестійкість настрою, тривожність, дратівливість, труднощі у пристосуванні до нових умов, низька толерантність по відношенню до фрустраційних станів, про що свідчать достовірні різниці в показниках по фактору З - «Емоційна стійкість» (таблиця 2.4.).

Порівняльний аналіз розподілу отриманих значень показує, що в ЕГ достовірно рідше зустрічаються високі значення з цього фактору, властиві емоційно стабільним, спокійним і впевненим у собі дітям.

Порівняно з соматично здоровими однолітками дітям ЕГ в цілому більш властиві конформність і інфантильність на тлі зниженого рівня розвитку інтелектуальних якостей, меншого обсягу знань, менш ефективного їх засвоєння (фактор - «Інтелект»).

Оцінки високого полюса, що відрізняють активних, схильних до домінування, з розвиненим абстрактним мисленням випробовуваних, виявляються в ЕГ порівняно рідше.

При порівнянні особистісних особливостей дітей в ЕГ і КГ виявлені розбіжності по фактору I («Суворість - Чутливість»), що свідчить про більш

виражену сензитивність, вразливість, а також залежність від інших, потреби в підтримці у дітей, хворих на туберкульоз органів дихання, порівняно з соматичними здоровими (ЕГ - 6,25 КГ; - 5,23; $p < 0,05$).

Аналіз отриманих даних по дитячих групам дозволив виявити наявність як загальних, так і специфічних особливостей особистісного розвитку в ЕГ і КГ.

Так, більш старші за віком діти як основної, так і в контрольній групах, стають більш емоційно стабільними (фактор), врівноваженими (фактор D), впевненими в собі і оптимістичними (фактор O), стійкими до фрустрацій (фактор Q4), наполегливими і незалежними (фактор E), сміливими і невимушеними в соціальних контактах, зокрема, з дорослими (фактор H), що обумовлено загальними закономірностями формування особистості в онтогенезі.

Виявлені і специфічні вікові відмінності особистісних особливостей ЕГ і КГ за факторами A («Сердечність») і I («Суворість - Чутливість»).

Соматично здорові діти стають більш відкритими, доброзичливими, готовими до співпраці, набувають такі особистісні риси, як практичність, реалістичність, незалежність, що відображає підвищення їх соціального пристосованості в цілому.

Вікова динаміка по вказаним чинникам в ЕГ не виявляє статистично значної різниці, тобто для більш старших дітей, хворих на туберкульоз органів дихання, в тій же мірі, що і для дітей молодшого віку, характерні відособленість, уразливість, упертість і негативізм (фактор A).

Також хворі діти залишаються залежними, чутливими, схильними до впливів зовнішнього середовища, що потребують підтримки (фактор I) .

Таблиця 2.4 - Виразність особистісних особливостей у дітей, хворих на туберкульоз органів дихання, за шкалами опитувальника Р. Кеттелла

Показники	Середнє значення по групі дітей 9-10 років (n = 50)	Середнє значення по групі 11-12 років (n = 40)	t- критерій Стьюдента
Фактор А «Сердечність»	5,46 ± 1,96	6,39 ± 2,15	1,79
Фактор С «Емоційна стійкість»	4,6 ± 1,91	6,42 ± 1,9***	3,99
Фактор D «Врівноваженість»	5,66 ± 2,35	6,42 ± 4,09**	2,88
Фактор Е «Наполегливість»	4,57 ± 2,00	6,06 ± 1,87**	3,21
Фактор Н «Сміливість»	5,14 ± 2,3	6,21 ± 2,1*	2,03
Фактор І «Суровість-чутливість»	6,23 ± 1,66	6,25 ± 2,43	0,04
Фактор О «Схильність до побоювань»	6,4 ± 1,67	4,45± 1,52***	5,1
Фактор Q «Фрустрованість»	5,74 ± 1,95	4,39 ± 2,00**	2,85

Таблиця 2.5 - Виразність особистісних особливостей у соматично здорових дітей за шкалами опитувальника Р. Кеттелла

Показники	Середнє значення по групі дітей 9 - 10 років (n = 51)	Середнє значення по групі 11- 12 років (n = 39)	t- критерій Стьюдента
Фактор А «Сердечність»	5,51± 2,17	6,53 ± 1,72*	2,4
Фактор С «Емоційна стійкість»	5,56± 1,95	6,8 ± 2,19**	2,76
Фактор D «Врівноваженість»	5,47± 2,11	4,1 ± 2,47**	2,73
Фактор Е «Наполегливість»	4,87 ±2,14	6,28 ± 2,51**	2,77

Продовження таблиці 2.5

Фактор H «Сміливість»	5,11 ± 1,9	6,38 ± 2,48*	2,62
Фактор I «Суровість-чутливість»	6,02± 1,83	5,23 ± 2,4*	2,11
Фактор O «Схильність до побоювань»	6,07± 1,95	4,85 ± 2,35*	2,58
Фактор Q4 «Фрустрованість»	5,51± 2,21	4,2 ± 2,84*	2,35

Таким чином, завдання вивчення специфічних особливостей особистості дітей - пацієнтів фтизіатричного профілю вимагає розширених психологічних досліджень, спрямованих на уточнення ролі порушених елементів їх системи відносин у розвитку захворювання.

Аналіз психогенних впливів, виявлення психологічних джерел захворювання, які визначають патогенні емоційні реакції дітей, зможе забезпечити вибір найбільш ефективних психокорекційних впливів і «психотерапевтичних мішеней» у роботі з даною нозологічною групою.

Для діагностування особистісних особливостей дітей ми використовували тест - опитувальник EPI (Г. Айзенка).

Мета дослідження - вивчити вплив активного туберкульозного процесу на спрямованість особистості. Так як в даній віковій групі неможливо визначити структуру особистості, ми вивчили спрямованість особистості за допомогою психометричного тесту Айзенка, адаптованого дитячого варіанту.

Встановлено, що в групі здорових дітей значно превалює екстравертована спрямованість особистості - 69%, порівну представлена екстравертами з ознаками емоційної стабільності і нестабільності - по 34,5%.

У здорових дітей інтровертів емоційна нестабільність зустрічається в 2 рази частіше, ніж стабільність - 20,7% і 10,3%, відповідно. Такі співвідношення по досліджуваним ознаками в популяції здорових дітей відповідають нормі.

У групі вперше виявлених, хворих туберкульозом дітей, інтровертів на 7% більше, а екстравертів - на 7% менше. У хворих з інтровертованою спрямованістю особистості майже в 2 рази збільшується емоційна стабільність в порівнянні зі здоровими (19% і 10,3% відповідно).

На тлі активного туберкульозного процесу виявлені нами психоемоційні порушення були не психотичного регістра і в цілому характеризувалися поліморфною астеноподібною картиною. Міра вираженості їх була різною: від окремих симптомів – до сформованих.

На перший план виступали прояви зниження психічної активності у вигляді швидкої стомлюваності у 65,6% у виснаження у 46,9% пациентів. Дуже часто у хворих дітей відзначалась підвищена дратівливість (емоційні порушення у вигляді спонтанних коливань афекту) - в 46,9% випадках, що можна пояснити загальною гіперстезією на тлі туберкульозної інтоксикації.

Настрій у більшості (59,5% чоловік, був лабільним. Гіпотимія відзначалася у 15,7% пациентів, а у 9,4% з них супроводжувалася дисфоричними афективними розрядами, реакціями протесту. Лише у 3,1% дітей загальний емоційний фон був ейфоричним і не мав тісного зв'язку з туберкульозним процесом, а був обумовлений преморбідним резидуально - органічним фоном і відставанням в емоційному розвитку за рахунок «соціального сирітства».

Тривожнобоязке реагування, що проявляється плаксивістю, уразливістю, мало місце в 40,6 % випадків і в 25% випадків поєднувалося з невротичними проявами - страхами. Майже у 1/3 хворих дітей дисбаланс вищої нервової діяльності розвивався по збудливому кругу.

Підвищена збудливість спостерігалась у 31,3% дітей, в поєднанні з некерованістю - у 18,8% некерованість і розгальмованість - у 9,4%. Вищезгадані психоемоційні порушення супроводжувалися змінами поведінки : зниженням (28,1% або підвищенням 18,8%) рухової активності, порушенням комунікативних стосунків – у 37,5%, ригідністю - у 31,3%, як компенсаторна реакція - гіперсоціальними формами поведінки – у 43,8% при

психопатоподібному розвитку особистості грубістю, агресією, асоціальними формами поведінки - 6,3%.

Вегетативні порушення були різноманітними: головний біль зустрічався в 56,3% випадках, головокружіння - в 37,5% ,серцебиття - в 21,9%, задишка – в 15,6% диспептичні розлади (вторинний білі в животі, відрижка повітрям, здуття живота) - в 34,4% випадків.

Усі ці симптоми були зв'язані з тяжкістю і вираженістю туберкульозної інтоксикації, інфільтративно-ексудативною фазою туберкульозного запалення.

Психоемоційні порушення у дітей з активним туберкульозом виразно виділилися в астенічний синдром у 31,2% дітей, астенодепресивний - у 25%, гіперстенічний варіант астенічного синдрому у - 18,7% . Встановлено, що в групі здорових дітей значно переважає екстравертована спрямованість особистості і порівну представлена екстравертами з ознаками емоційної стабільності і нестабільності - по 34,5%.

У здорових дітей інтровертів емоційна нестабільність зустрічається в 2 рази частіше, ніж стабільність - 20,7% та 10,3% відповідно.

Таке співвідношення за ознаками, що вивчаються, в популяції здорових дітей відповідають нормі. У групі вперше виявлених хворих туберкульозом дітей інтровертів на 7% більше, а екстравертів - на 7% менше.

У досліджуваних групах співвідношення по цій ознаці міняється від 1% до 3% у здорових дітей до 2% до 3% у хворих. У хворих з інтровертованою спрямованістю особи майже в 2 рази збільшується емоційна стабільність в порівнянні із здоровими (19 % и 10,3 % відповідно).

Серед хворих дітей з екстравертованою направленістю особистості емоційно стабільних виявилось дещо більше – 38% а емоційно нестабільних менше на 10,5%, що складає 24% від загального числа.

В цілому у хворих дітей показник емоційної стабільності збільшується на 20% і складає 57% від загального числа. Це можна пояснити зниженням психічної активності у рамках астенічного синдрому (чи його варіантів) на

фоні туберкульозної інтоксикації, зануренням у світ внутрішніх страхів і переживань, втратою або значним зниженням інтересу до навколишнього світу.

Таблиця 2.6 - Спрямованість особи і рівень нейротизму за результатами тесту Айзенка у хворих на туберкульоз дітей

№ п/п	Варіанти спрямованості особистості	Група порівняння		Хворі діти на початку лікування		Хворі діти в кінці лікування	
		Абсол. число	%	Абсол. число	%	Абсол. число	%
1	Інтроверт з ознаками емоційної стабільності	3	10,3	4	19,0	4	20,0
2	Інтроверт з ознаками емоційної нестабільності	6	20,7	4	19,0	4	20,0
3	Екстроверт з ознаками емоційної стабільності	10	34,5	8	38,0	5	25,0
4	Єкстроверт з ознаками емоційної нестабільності	10	34,5	5	24,0	7	35,0
	Всього :	29	100	21	100	20	100
	Вірогідність :	0,69		0,65		0,67	

Примітка: Коефіцієнт брехливості по тесту Айзенка 2,81±0,278, ст. відх. 1,575.

При дослідженні рівня тривоги (таблиця 2.7.) можна відмітити, що середній з тенденцією до високого рівень тривоги зустрічається однаково часто у здорових дітей і у осіб, хворих на туберкульоз (47,8% ; 46,6%) .

Факт встановлення туберкульозу у дітей 10-14 років, приводить до наростання випадків високого рівня тривоги в 1,5 разу. Найчастіше це обумовлено неусвідомленим відношенням до свого стану здоров’я, захворюванню або переходом в якісно кращі умови життя і міжособистісного спілкування для дітей з соціально дезадаптованих верств населення.

У групі дітей, що завершили основний курс лікування (30 чоловік) туберкульозний процес був у фазі розсмоктування - у 40% пацієнтів, розсмоктування і ущільнення - у 46,7% ущільнення і звапненя - у 13,3%.

В результаті лікування у 66,6 % дітей сформувались малі залишкові зміни. Великих залишкових явищ було в 4 рази менше - 16,7 %. Повне розсмоктування процесу досягнуто в 16,7% випадків.

До моменту виписки значно покращився психоемоційний статус дітей. Частота зустрічаємості таких симптомів, як стомлюваність знизилась в 10 разів і склала 6,7% випадків($p<0,001$), виснажуваність не реєструється ($p<0,001$), загальна дратівливість - зменшилася в 2,5 рази, 20 % випадків ($p<0,05$).

Змінився настрій: удвічі зменшилася емоційна лабільність - 30 % випадків ($p<0,05$), експлозивні реакції відзначалися в 3 рази рідше - 3,3 %. Астенодепресивний синдром зустрічався в 3 рази рідше і не мав повноти виразності.

Порушення вищої нервової діяльності були більш стійкими: підвищена збудливість зберігалася в 3/4 випадках - 23,3 %, некерованість зберігалася у всіх випадках, розгальмування не реєструвалася.

Зниження рухової активності (млявість) наголошувалося лише 3,3 % випадків, цей симптом зменшився в 8 разів ($p<0,01$). Підвищилася рухова активність на 7,9 %. Вегетативні порушення зменшилася в 4 рази ($p<0,05$).

По закінченню основного курсу лікування група дітей, які перенесли туберкульоз, розподілилась на 40 % інтровертів і 60 % екстравертів.

У групі інтровертів ознаки емоційної стабільності і нестабільності розподілялися порівну (по 20 % від загального числа випадків) і залишалися незмінними як на момент формування, так і на момент стабілізації туберкульозного процесу.

У пацієнтів з экстравертованою спрямованістю особистості до закінчення основного курсу лікування рівень нейротизму зростав на 10 % і ставав таким же, як і у здорових дітей (35 % від загального числа).

Отже, туберкульозний процес не міняє спрямованість навіть особистості, що формується. Це властивість генетично детермінована. Інволюція туберкульозної інтоксикації і пов'язаного з нею астенічного синдрому (або його варіантів) лише у екстравертів викликає зростання ознак емоційної нестабільності.

Таблиця 2.7 - Результати тесту «Рівень тривоги» Дж.Тейлор

№ п/п	Варіанти спрямованості особистості	Група порівняння		Хворі діти при надходженні		Хворі діти при виписці	
		абс. число	%	абс. число	%	абс. число	%
1	Середній з тенденцією до низького	8	34,9	4	26,7	6	35,3
2	Середній з тенденцією до високого	11	47,8	7	46,6	6	35,3
3	Високий	4	17,4	4	26,7	5	29,4
	Всього :	23	100	15	100	17	100
	Вірогідність:	0,55		0,46		0,56	

Примітка: Коефіцієнт брехливості по тесту Рівень тривоги 3,0±0,351, статистичне відхилення 1,984.

Після основного курсу лікування в групі з середнім рівнем тривоги відбувався перерозподіл випадків у бік низького на 11,3 %. Але поза всяких очікувань, продовжувала зростати частота високого рівня тривоги на 12 % порівняно зі здоровими і на 2,4 % з знову хворими. Це пов'язано з переживаннями повернення до активного життя, майбутнім встановленням втрачених міжособистісних контактів, прийняття значущим для них соціумом.

Вивчення рівня тривожності визначалося за методикою Спилбергера. Достовірно більш високим по порівнянню із здоровими дітьми рівень тривожності виявився у 68,8 % тубінфікованих і хворих дітей, при цьому

показовим є помірний рівень тривожності, що свідчить про підвищену чутливості перших і других до стресів. І тільки у 7,8 % дітей рівень тривожності був низьким (таблиця 2.8).

Таблиця 2.8 - Результати дослідження рівня тривожності (%, M ± m)

Тривожність (особиста і ситуативна)	Здорові діти n - 50	Діти хворі на туберкульоз n - 60	Відмінності
Низька	44,9 ±0,2	7,8 ± 0,4	$p < 0,001$
Помірна	46,0 ± 0,3	23,4 ± 0,2	$p < 0,001$
Висока	9,1 ± 0,2	68,8 ± 0,4	$p < 0,001$

Таким чином, інфіковані туберкульозом діти усіх досліджених груп є високо тривожними особами, оскільки виховувалися, як правило, в неблагополучних сім'ях, дитячих будинках і інтернатах, тобто мають обтяжений соціальний анамнез. Цей факт звужує їх поведінковий діапазон, призводить до високої схильності дії стресогенних чинників, створює умови для зриву адаптації і підвищує ризик виникнення захворювання.

2.3. Особливості психолого-педагогічного супроводу дітей, хворих на туберкульоз в освітньому просторі

Різка зміна умов життя в Україні внаслідок війни, особливо на прифронтових територіях Запорізької і Дніпропетровської областей, призвела до загострення стану фізичного здоров’я дітей, ослаблення їх імунітету і збільшення ризику захворювання на туберкульоз та ускладнення клінічних форм та перебігу вже хворих дітей. Внаслідок чого значних модифікацій потребує система освіти і охорони здоров’я.

Наразі потрібен пошук нових підходів, орієнтованих на створення необхідних умов, що забезпечують повноцінний розвиток особистості дитини, в тому числі з ослабленим здоров'ям, і її самореалізацію в життя.

Таким чином, сучасна ситуація суспільного розвитку стимулювала введення в освітню середу особливого процесу, який в різних джерелах отримав назву «підтримка» або «супровід» [14].

У зв'язку з цим ідея супроводу дитини в освітньому середовищі є актуальною проблемою психолого- педагогічної теорії і практики. З усіх соціальних інститутів суспільства, таких як сім'я, церква, школа, дитячий садок саме освітні установи є тим інститутом, що в існуючих умовах покликані виступати в ролі організатора освітнього середовища.

Ефективним методом вирішення актуальних завдань збереження здоров’я, розвитку і освіти дітей є організація безперервного комплексного супроводу дитини на всьому шляху розвитку особистості дитини.

Тим не менше, проблема психолого-педагогічного супроводу дитини з ослабленим здоров'ям, а саме дітей групи ризику по туберкульозу, не була предметом спеціальних досліджень.

Необхідність організації психолого-педагогічного супроводу викликана тим, що діти з порушеннями здоров'я можуть виявитись частково не здатними до традиційних форм освітнього простору. Сказане стало підставою для виявлення таких суперечностей, що актуалізують проблему психолого-педагогічного супроводу дитини з послабленим здоров'ям в освітньому середовищі:

- між наявною загальною теорією супроводу особистості дитини в освітньому середовищі і слабкою розробкою механізмів реалізації супроводу дитини з проблемами здоров'я;

- між запитом на психолого-педагогічний супровід дитини з ослабленим здоров'ям і недостатньої розробкою його змістовних і технологічних аспектів;

- між потребою системи освіти в комплексному, спеціально організованому супроводі дитини і реальної підготовленістю фахівців до спадкоємної супровідної роботі з дітьми з ослабленим здоров'ям в освітньому середовищі.

Під педагогічної підтримкою розуміють діяльність професійних педагогів і психологів з надання превентивної та оперативної допомоги дітям у вирішенні їхніх індивідуальних проблем [7]. Крім того необхідно розглядати підтримку не тільки з наданням допомоги, що передбачає сприяння дитині, але і створенням умов для подолання труднощів у навчанні та вирішенні проблем.

Таким чином, ці два поняття – «супровід» і «підтримка» - можуть виступати як синоніми. Ми ж вважаємо, що супровід включає в себе підтримку. Ґрунтуючись на тому, що підтримка означає надання допомоги, а допомога - це система заходів, реалізація яких має метою принести полегшення в чомусь, підтримка є здійсненням цієї системи заходів, цієї допомоги, тобто це діяльність з надання допомоги.

У той час, супровід означає не тільки створення умов, що сприяють утворенню і розвитку дітей, але і передбачають надання допомоги та розробки індивідуальної траєкторії освіти і розвитку. Таким чином, супровід включає в себе і підтримку і допомогу.

В цілому, під психолого-педагогічним супроводом дитини ми розуміємо систему професійної діяльності фахівців, що працюють з дітьми (вихователів/вчителів, вихователів-спеціалістів, педагогів-психологів та ін.), створення оптимальних умов для успішної освіти й розвитку дитини в ситуаціях взаємодії в освітньому середовищі і надання допомоги в ході реалізації цих процесів.

Суть психолого-педагогічного супроводу дитини в освітньому середовищі полягає в наданні їй максимальної можливості для реалізації себе як суб'єкта освітнього процесу, власного життя, діяльності, спілкування і самосвідомості з урахуванням своїх психофізіологічних особливостей, навчальних потенціалів і інтересів.

Мета психолого-педагогічного супроводу дитини в освітньому середовищі має як зовнішню так і внутрішню спрямованість.

Зовнішня мета психолого-педагогічного супроводу дитини, як суспільного явища полягає в створенні умов в освітньому середовищі, що

сприяють поліпшенню відносин дитини з світом, дорослими, однолітками в ситуаціях взаємодії, оптимального вирішення різних життєвих, освітніх проблем з урахуванням особливостей, інтересів і можливостей кожної дитини.

Внутрішня цільова спрямованість психолого-педагогічного супроводження дитини полягає у створенні умов і надання допомоги, що дозволяє суб'єкту самореалізуватися, визначитися з прийняттям оптимальних рішень в різних ситуаціях життєвого і освітнього вибору, самостійно долати перешкоди, які заважають йому в успішному самостійному просуванні в навчанні, самовихованні, спілкуванні, розвитку і здоровому способі життя.

На нашу думку, мають бути розроблені також і інші види супроводу в системі освіти, а саме, за характером взаємодії з об'єктом (дитиною) супроводу, за характером взаємодії із зовнішнім середовищем, за характером управління, за рівнем застосування, по області застосування, за обсягом застосування, на часовій характеристиці.

У зв'язку з тим, що ця робота спрямована на дітей перехворілих туберкульозом та дітей групи ризику, необхідно розглянути особливості допомоги саме цим дітям.

До цієї групи відносяться наступні категорії дітей:

1) діти з туберкульозним контактом, тобто хтось з членів їх сім'ї хворіє на туберкульоз;

2) діти з діагнозом віраж туберкульозної проби;

3) діти, які перехворіли на туберкульоз;

4) діти з гиперергічною реакцією.

Крім соматичної слабкості діти групи ризику по туберкульозу відрізняються підвищеною чутливістю до погіршенням екологічних умов життєдіяльності, порушенням психічних функцій, менш стійкою адаптацією в соціумі, швидкою стомлюваністю, меншими можливостями захисту від стресових ситуацій, зниженою навчаємістю, підвищеною тривожністю, загальмованістю.

Дані проблеми виникають через часте невідвідування дитиною освітньої установи за станом здоров'я, а також є наслідком хвороби. Все це говорить про те, що діти групи ризику по туберкульозу потребують не тільки допомоги з боку фахівців, але і в особливих умов перебування в освітньому закладі.

У зв'язку з цим, особливостями психолого-педагогічного супроводу дитини групи ризику по туберкульозу є:

— на рівні взаємодії фахівців - єдинонаправленість і спадкоємність;

— на рівні принципів супроводу - поєднання організаційно-педагогічних принципів з принципами здоров'я лікувальної педагогіки;

— на рівні організації - це побудова адаптивного і розвиваючого освітнього середовища установи;

— на рівні спрямованості супроводу - тісний зв'язок з медичним супроводом;

— на рівні тривалості - довготривалий супровід (протягом усього періоду перебування дитини в освітній установі);

— на рівні змісту освіти - висунення тих завдань, які зазвичай не є пріоритетними в змісті освіти чи нормально розвивається дитина, а саме розділи по цілеспрямованому соціально-емоційному розвитку вихованців, формування основ валеологічної свідомості та культури здоров'я, організації особливої фізкультурно-оздоровчої діяльності;

— на рівні взаємодії з дітьми - оптимістична, емоційно-комфортна атмосфера, стратегія і тактика діяльності по супроводу;

— на рівні кордонів супроводу - максимальне розширення освітнього простору і обов'язкове включення батьків дітей в процес супроводу.

Для реалізації завдань здійснюються наступні види діяльності: диагностико-аналітична; лікувально-оздоровча; профілактична; корекційно-розвиваюча; координаційно-методична; консультаційно-просвітницька; формування здорового способу життя.

При цьому, психодіагностична діяльність є стартовим майданчиком супроводу і спрямована на його інформаційне забезпечення [4]. В цілому, психолого-медико-педагогічне обстеження передбачає дослідження стану соматичного та психічного здоров'я, соціальних і сімейно-побутових умов життя і розвитку, психологічних і педагогічних особливостей дитини, умов, форм і змісту навчання, виховання і розвитку в освітньому закладі.

Лікувально-оздоровча діяльність спрямована на відновлення і зміцнення здоров'я вихованців. Профілактична діяльність сприяє попередженню виникнення негативних факторів і явищ в розвитку і освіту дітей. Корекційно-розвиваюча робота являє собою процес спрямованого психолого-педагогічного впливу на пізнавальну, емоційну і поведінкову структуру особистості з метою її повноцінного розвитку і функціонування. Координаційно-методична діяльність орієнтована на розробку стратегії, методичної схеми реалізації загальної концепції супровід дитини групи ризику по туберкульозу в освітньому середовищі шкільної установи, забезпечення науково-методичної та інформаційної бази з проблеми супроводу дитини та координацію діяльності всіх фахівців супроводу.

Консультаційно-просвітницька діяльність передбачає надання фахівцями служби супроводу допомоги дитині або іншому суб'єкту освітнього середовища в спеціально організованому процесі спілкування, в ході якого дитина отримує орієнтири і підвищує свою обізнаність, що допомагають їй впоратися зі складною ситуацією, забезпечити особистісний ріст.

Діяльність з формування здорового способу життя спрямована на здійснення валеологічної підходу в цілісному педагогічному процесі, у тому числі що передбачає формування у дитини основ культури здоров'я.

Отже, технологічно забезпечення супроводу дитини групи ризику по туберкульозу в освітньому середовищі має формуватися як послідовне розгортання 8 етапів: підготовчий, діагностичний, аналітично-пошуковий, проектний, консультативно-методичний, діяльнісний, рефлексивний, підсумково-перспективний.

Також виявлені й інші організаційно-змістовні умови, що сприяють ефективності психолого-педагогічного супроводу дитини. До них можна віднести:

— високий рівень майстерності фахівців, що працюють з дітьми,

— особистісну орієнтацію і підготовленість до реалізації процесу супроводу;

— достатній ступінь гармонії колективу, що виражається в змісті взаємодії супроводжуючих;

— сприятливий психологічний клімат у колективі;

— здійснення тісної взаємодії з батьками вихованців, які допомагають співробітникам продовжити корекційно-розвивальну діяльність з дітьми в домашніх умовах;

— ведення «Паспорта супроводу»;

— створення особливого режиму життєдіяльності для таких дітей;

— здійснення диференційованого підходу в навчанні дітей та індивідуалізація засвоєння програмного матеріалу;

— організація інтегрованих занять;

— використання характерних для дитини видів діяльності;

— сприятливість соціально-психологічної обстановки в навчально виховному процесі.

Специфіка особливостей психічної діяльності і фізичного здоровя дітей, що страждають на туберкульоз потребують внесення певних корективв організацію фізкультурно-оздоровчої роботи, яка передбачає: індивідуально-диференційований підхід до дитини з урахуванням його фізичних і психологічних особливостей; поступове підвищення фізичних навантажень і зростання труднощів у виконуваних навчальних завдання; оптимізацію режиму рухової активності дітей з комплексним використанням різних засобів, форм і методів фізичного виховання; проведення оздоровчих процедур в режимі дня; пріоритетність розвиваючих форм роботи з дітьми; створення розвивального предметно-рухового середовища; активне

використання психогігієнічних і психопрофілактичних методів і засобів в роботі з дітьми (казкотерапія, релаксація, музикотерапія, психогімнастика, аромотерапія та ін.) [33].

Узагальнюючи, можна зазначити, що психолого-педагогічний супровід дитини групи ризику по туберкульозу в освітньому середовищі є невід'ємною частиною професійної діяльності фахівців, що працюють з дітьми, що веде до позитивних змін у розвитку, освіті та соціалізації вихованців.

Оздоровчу основу змісту психолого-педагогічного супроводу дітей групи ризику по туберкульозу складають:

а) фізкультурно-оздоровча діяльність, що передбачає індивідуально-диференційований підхід до дитини з урахуванням його фізичних і психологічних особливостей; б) впровадження психогігієнічних і психопрофілактичних методів і засобів у практику роботи з дітьми [13].

Збереження фізичного і ментального здоров’я дітей передбачає впровадження різних моделей впровадження валеологічного компонента у зміст освіти дітей, хворих на туберкульоз, спрямований на формування у них основ культури здоров'я та залучення їх до ведення здорового способу життя.

ВИСНОВКИ

Психологічний аналіз психоемоційних особливостей дітей, хворих на туберкульоз, виявив характерні для них в цілому психоемоційну нестабільність та різноманітні соматовегетативні функціональні порушення. Причому повноцінне профілактичне лікування зменшує лише прояви вегетативної дисфункції. Тому вкрай важливим є аналіз психогенних впливів, виявлення психологічних джерел захворювання, які визначають патогенні емоційні реакції дітей, що зможе забезпечити вибір найбільш ефективних психокорекційних впливів в роботі з даною нозологічною групою.

У період активного туберкульозного процесу у дітей розвиваються психоемоційні порушення, що належать до непсихотичного реєстру і в цілому характеризуються поліморфною астеноподібною картиною (астенічний синдром, астенодепресивний синдром, гіперстенічний варіант астенічного синдрому).

Після основного курсу лікування прояви астенії значно слабшають, а ознаки психоемоційної нестабільності зберігаються в ¾ випадків.

Діти, що хворіють на туберкульоз, відрізняються від соматично здорових однолітків наступними психоемоційними характеристиками: емоційною нестійкістю, сензитивністю, інфантильністю і конформністю, а також більш вираженою нормативною поведінкою.

Виявлені психологічні особливості обумовлюють формування несприятливих типів реагування на життєві ситуації, виникнення пролонгованої емоційної напруги, що у свою чергу зумовлює зниження адаптаційних можливостей дітей, хворих на туберкульоз.

Під час активного туберкульозного процесу відбувається зниження психічної активності, занурення у світ внутрішніх страхів і переживань, втрата або значне зниження інтересу до навколишнього світу.

У дітей, хворих на туберкульоз, частота випадків високого рівня тривоги в 1,5 рази вище, ніж у здорових. І продовжує зростати аж до завершення основного курсу лікування. Це пов'язано з переживаннями повернення до активного життя, майбутнім відновленням міжособистісного спілкування, поверненням до взаємодії у референтній групі.

Для допомоги дітям, хворим на туберкульоз, необхідна розробка комплексної системи психологічної реабілітації, що поєднує медикаментозну терапію з корекційними заходами, спрямованими на формування навичок саморегуляції, розширення поведінкових діапазонів дітей.

Ефективність розвитку і освіти дитини групи ризику по туберкульозу обумовлена організацією психолого-педагогічного супроводу дітей в освітньому середовищі, що зумовлює необхідність створення необхідних умов і надання психологічної допомоги, що дозволяють самореалізуватися, визначитися з ухваленням оптимальних рішень в різних ситуаціях життєвого і освітнього вибору, самостійно долати перешкоди, що заважають йому в успішному просуванні в навчанні, самовихованні, спілкуванні, розвитку і здоровому способі життя.

До особливостей психолого-педагогічного супроводу дитини групи ризику по туберкульозу слід віднести: спрямованість і спадкоємність в діяльності фахівців супроводу; поєднання організаційно-педагогічних принципів з принципами лікувальної педагогіки; побудова адаптивного і розвиваючого освітнього середовища; тісний зв'язок з медичним супроводом; довготривалий характер супроводу (впродовж усього періоду знаходження дитини в освітньому закладі); висунення завдань з приорітетності цілеспрямованого соціально-емоційного розвитку вихованців, формування основ культури здоров'я, організації особливої фізкультурно-оздоровчої діяльності; оптимістичної, емоційно-комфортної атмосфери; максимальне розширення освітнього простору і обов'язкове включення батьків дітей в процес супроводу.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Агарков О. А., Арабаджиєв Д. Ю., Єрохіна Т. В., Кузьмін В. В., Мещан І. В., Попович В. М. Технології соціальної роботи : навчальний посібник з грифом МОН України. Запоріжжя : вид. комплекс АТ «Мотор Січ», 2015. 487 с.

2. Бондаревич С.М. Аналіз ролі психологічних особливостей та відношення до хвороби особистості у психогенезі формування туберкульозу. *Вчені записки ТНУ імені В.І. Вернадського*. Серія : Психологія. 2022. Т.33972, № 3. С. 1-9.

3. Валецький Ю. М. Психологічні особливості та психоневротичні розлади у хворих на туберкульоз легенів *Журнал клінічних та експериментальних досліджень* : електронне періодичне видання СумДу. 2015. №4. С. 366–372.

4. Валецький Ю. М. Психологічні особливості та психоневротичні розлади у хворих на туберкульоз легенів. *Журнал клінічних та експериментальних досліджень* : електронне періодичне видання СумДу 2015. №4. С. 366–372. URL : https://surl.li/mnnopc. (дата звернення: 03.03.2025).

5. Валецький, Ю. М. Психоневрологічні розлади та особливості психології у хворх на туберкульоз. *Інфекційні хвороби*. Вип. 4. DOI : https://doi.org/10.11603/1681-2727.2005.4.1468.

6. Гупаловська В. А. Особливості внутрішньої картини хвороби пацієнтів із набутими захворюваннями зору. *Медична психологія*. 2013. Вип. 3. С. 20-24.

7. Динаміка інфраструктури протитуберкульозної служби в Україні за період виконання «Загальнодержавної цільової соціальної програми протидії захворюванню на туберкульоз на 2012–2016 роки». *Український пульмонологічний журнал*. 2019. № 2. С. 33-36.

8. Дужий І.Д. Порівняння ефективності лікування хворих на туберкульоз легень в умовах реорганізації фтизіатричної служби. *Туберкульоз. Легеневі хвороби. ВІЛ інфекція*. 2020. № 2 (41). С. 37-44.

9. Кирильчук І.В. Особливості роботи над професійно-орієнтованим завданням з курсу «Психологія управління». 2012. С. 211-242.

10. Курпіта В., Рябченко К., Терлеєва Я. та ін. Аналітично-статистичний довідник. Туберкульоз в Україні. Київ, 2019. 45 с. URL : https://surl.li/vvhxqf

11. Ластік Ю.К. Особливості моделювання дослідження диференційованих форм страху у хворих на ендокринні захворювання. *Моделювання та інформаційні технології.* 2010. С. 64-67.

12. Лінська К.І. Хронометричний профіль хворих на депресію при використанні тесту Спілбергера-Ханіна. *Український вісник психоневрології*. 2019. Т. 27, Вип 1 (98). С. 46-56.

13. Мельник В.М. Причини неефективного лікування хворих на туберкульоз легень. *Український пульмонологічний журнал*. 2020. № 1. С. 5–9.

14. Мельник В.М. Проблема низької ефективності лікування хворих на туберкульоз легень.*Український пульмонологічний журнал.* 2019. № 1. С. 25–32.

15. Мельник В.М. Психологічна допомога хворим на туберкульоз. *Український пульмонологічний журнал.* 2019. № 2. С. 63-71.

16. Мельник Л. А. Соціо-психологічна підтримка хворих на туберкульоз для формування прихильності до лікування : навчальний посібник для студентів і лікарів-інтернів ВНМЗ IV рівня акредитації та лікарів. Київ : Бурнос С. О., 2017. 111 с.

17. Оптимальні методики психологічної підтримки у хворих на мультирезистентний туберкульоз легень та їхній вплив на прихильність до лікування. *Туберкульоз, легеневі хвороби, ВІЛ-інф*екція. 2021. № 1. С. 67-75.

18. Островерха Ю. А., Дуб Р. Ю. Протидія туберкульозу на рівні місцевих громад : метод. посіб. Львів, 2016. 98 с.

19. Патоморфоз туберкульозу – реалії сьогодення, хіміорезистентність, як ознака прогресування / Ю.І. Фещенко, Л.Д. Тодоріко, М.М. Кужко, М.І. Гуменюк. *Український пульмонологічний журнал*. 2018. № 2. С. 6-10.

20. Поліщук Л. М., Радаєва І. М., Устянська О. В. Туберкульоз – соціальна проблема в Україні. *Молодий вчений*. № 11 (51). 2017. С. 92–95.

21. Поліщук О.Т. Психологічні особливості особистості та внутрішня картина захворювання у пацієнтів з різними видами порушення ритму серця. *Буковинський медичний вісник.* Вип. 2 (98). 2021. С. 96-102.

22. Психологічна допомога постраждалим внаслідок кризових травматичних подій : методичний посібник / З. Г. Кісарчук, Я. М. Омельченко, Г. П. Лазос, Л. І. Литвиненко, Царенко Л. Г.; за ред. З. Г. Кісарчук. Київ : ТОВ “Видавництво “Логос”, 207 с.

23. Савула М. М., Зінчук Н. І. Оцінка хворими на туберкульоз легень соціальних і психологічних аспектів якості життя. *Інфекційні хвороби:* електрон. наук. фахове вид. 2008. №1. С. 52–54. DOI : https://doi.org/10.11603/1681-2727.2008.1.859. (дата звернення: 08.03.2025).

24. Сакальська О.П., А.Г. Гусєв. Вплив особливостей функціонування емоційної сфери особистості на ставлення до хвороби у пацієнтів з туберкульозом. Збірник затверджено рішенням вченої ради Навчально-наукового інституту менеджменту та психології ДЗВО «Університет менеджменту освіти». 2022. С. 207-212.

25. Сенько Ю.О. Психологічний супровід пацієнтів, хворих на мультирезистентний туберкульоз легень. *Український пульмонологічний журнал.* 2019. № 1. С. 71-74.

26. Сливка В. І. Особливості взаємовідносин хворого і лікаря в клініці туберкульозу. *Туберкульоз, легеневі хвороби, ВІЛ-інфекція*. 2024. № 1(32). С. 64-68.

27. Соціально-психологічні аспекти лікування хворих на туберкульоз на стаціонарному етапі. *Туберкульоз, легеневі хвороби, ВІЛ інфекція.* 2019. № 4. С. 30-35.

28. Фещенко Ю. І. Сучасна стратегія боротьби з туберкульозом в Україні. Київ : Здоров'я, 2007. 664 с.

29. Фещенко Ю. І. Сучасні методи діагностики, лікування і профілактики туберкульозу Київ : Здоров'я, 2002. 904 с

30. Фещенко Ю. І., Мельник В. М., Матусевич В. Г., Антоненко Л. Ф. Епідеміологія туберкульозу у світі, сучасні підходи до організації протитуберкульозних заходів. *Український пульмонологічний журнал*. № 4, 2003. С. 5–10.

31. Фещенко Ю.І. Сучасні тенденції вивчення проблем туберкульозу. *Український пульмонологічний журнал*. 2019. № 1. С. 8-24.

32. Хаустова О.О. Особливості внутрішньої картини хвороби у пацієнтів зхронічними неінфекційними захворюваннями. *Архів психіатрії*. Вип. 19. № 3, 2013. С. 131-131.

33. Храмцова В.В. Особистісні предиспозиції та внутрішня картина хвороби інвалідів унаслідок захворювань гепатобіліарної системи та підшлункової залози. *Український вісник медико-соціальної експертизи*. Вип. 4 (18). 2015. С. 29-33.

34. Ясінський Р.М. Відношення до хвороби у пацієнтів із вперше діагностованим туберкульозом легень із різними результатами лікування туберкульозу. *Літні наукові читання – 2022* : збірник наукових матеріалів XCI міжнародної науково-практичної інтеренет-конференції (6 червня 2022 р., м. Рівне.). С. 531-534.

35. Ясінський Р.М. Відношення до хвороби у пацієнтів із вперше діагностованим туберкульозом легень із різною поширеністю туберкульозу. Science and industry. *Abstracts of XXXIV International Scientific and practical conference*. Germany, Berlin, 2022. С. 177-179.

36. Health-related quality of life, depression and anxiety in hospitalized patients with tuberculosis / Dos Santos, Ana Paula Cere, Tássia Kirchmann Lazzari, Denise Rossato Silva. *Tuberculosis and respiratory diseases*. 2017. Vol. 80.1. P. 69-76.

37. Interventions to improve adherence to tuberculosis treatment: systematic review and meta-analysis / A.M. Müller et al. *The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*. 2018: Vol. 22.7. P. 731-740.

38. Lara-Espinosa. Psychiatric problems in pulmonary tuberculosis: depression and anxiety / Lara-Espinosa, V. Jacqueline, Rogelio Hernández-Pando. *Journal of Tuberculosis Research*. 2021. № 9.01. P. 31.

39. Pshuk N.G. Особливості внутрішньої картини хвороби у хворих на професійну патологію органів дихання та периферичної нервової системи / N.G. Pshuk, O.O. Belov. *Reports of Vinnytsia National Medical University*. 2015. № 19.2.C. 391-393.

40. Psycho-socio-economic issues challenging multidrug resistant tuberculosis patients: a systematic review / Thomas, Beena Elizabeth, et al. PloS one 11.1, 2016. e0147397.

41. Psychotherapy improves compliance with tuberculosis treatment / A.K. Janmeja et al. Respiration. 2005. Vol. 72.4. P. 375-380.

42. Rizvi, Nadeem. Frequency of depression and anxiety among tuberculosis patients / Rizvi, Nadeem. *Journal of Tuberculosis Research*. 2016. Vol. 4.04. P. 183.

43. Social, Economic, and Psychological Impacts of MDR-TB Treatment in Tijuana, Mexico: A Patient's Perspective / Morris DM, Quezada L, Bhat P, Moser K, Smith J, Perez H, et al. *Int J Tuberc Lung Dis*. 2013. Vol. 17(7). P. 954–960.

44. The Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) and the 9-item Patient Health Questionnaire (PHQ-9) as screening instruments for depression in patients with cancer. *J. Tim Hartung et al. Cancer*. 2017. Vol. 123.21. P. 4236-4243.

45. Treatment of isoniazid-resistant tuberculosis with first-line drugs: a systematic review and meta-analysis / M. Gegia, et al. *Lancet Infectious diseases*. 2017. Vol. 17, Iss. 2. P. 223-234.

46. Zenebe T. Tuberculosis treatment outcome and associated factors among smear-positive pulmonary tuberculosis, patients in Afar, Eastern Ethiopia: a retrospective study / T. Zenebe, E. Tefera. *Brazilian journal of infectious diseases*. 2016.Vol. 20, Iss. 6. P. 635-636.