



СТАН ДУХОВНОГО ЗДОРОВ'Я ХВОРИХ ЛЮДЕЙ ТА ЙОГО ЗВ'ЯЗОК З МЕДИЧНИМИ ВИСНОВКАМИ ПРО СОМАТИЧНЕ ЗДОРОВ'Я НА КУРОРТІ

Савченко Валентин ^{1ABC}, Буряк Ольга ^{1D}, Харченко Галина ^{1D}, Полковенко Ольга ^{1D},
Омері Ірина ^{1D}, Яценко Світлана ^{1D}

¹Київський університет імені Бориса Грінченка,
Київ, Україна

Внесок автора: А – дизайн дослідження; В – збір даних; С – статистичний аналіз;
D – підготовка рукопису.

Анотація

Згідно визначення Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) однією зі складових здоров'я людини є душевність. На цей час дуже мало відомостей про взаємовідношення духовного здоров'я та соматичного здоров'я людини. Мета дослідження – оцінити стан духовного здоров'я людей на санаторно-курортному етапі реабілітації, які страждають хронічними хворобами, і встановити його зв'язок з медичними характеристиками соматичного здоров'я.

Мета – оцінити стан духовного здоров'я людей, які страждають на хронічні хвороби, на санаторно-курортному етапі реабілітації і встановити його зв'язок з медичними характеристиками соматичного здоров'я.

Методи. 148 хворих, які страждали хронічними хворобами і надійшли лікуватися на кліматичний курорт. Вивчено біологічні, соціальні та загальномедичні характеристики, а також стан духовного здоров'я обстежених за допомогою спеціальної анкети.

Результати. Всі обстежені на курорті хворі протягом тривалого періоду страждали хронічними хворобами. Основними захворюваннями були: церебральний атеросклероз – в 17.6%, гіпертонічна хвороба – в 17.6%, стенокардія – в 16.9%, дифузний кардіосклероз – в 15.5%, бронхіальна астма – в 14.9%, хронічний необструктивний бронхіт – в 6.1%, хронічна обструктивна хвороба легень – в 4.7%, вегето судинна дистонія – в 2.0%, бронхоектатична хвороба – в 1.4%, хронічний пієлонефрит – в 1.4%, інші хвороби – в 2.1% випадків. Тривалість основного захворювання в середньому становила 9.92 ± 8.38 (Me: 7 (4; 15)) років, а частота його загострень протягом останнього року – 1.43 ± 1.75 (Me: 1 (0; 2)) раз. Ускладнення захворювання були відсутні у 50.0% хворих, були невираженими – у 31.1%, помірно вираженими – у 14.2% і значно вираженими – у 4.7% хворих. У 61.5% обстежених хворих виявлено неблагополучний стан (низький і середній рівні) духовного здоров'я. Стан духовності хронічно хворих людей в певній мірі залежав від стану їх соматичного здоров'я, на що вказувала наявність зв'язку (асоціацій) відповідей на ряд питань анкети, яка описувала духовне здоров'я, з медичними висновками і характеристиками.

Висновки. У 61.5% хворих, що страждали хронічними хворобами і прибули на курортне лікування, виявлено неблагополучний стан (низький і середній рівні) духовного здоров'я. Стан духовності хронічно хворих людей в певній мірі залежить від стану їх соматичного здоров'я. Проведення курортного лікування вимагає застосування програм формування та підтримки духовного здоров'я людини.

Ключові слова: людина, духовність, здоров'я, хвороба, курорт.



Вступ

Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) визначає здоров'я як «стан повного фізичного, душевного і соціального благополуччя, а не просто відсутність хвороб і фізичних вад» [6]. З цього випливає, що здоров'я людини являє собою складне і багатокомпонентне явище. Однією зі складових здоров'я людини є душевність, яку можна подати як духовність, духовне благополуччя [17]. У світському розумінні духовність людини – це особлива її діяльність, спрямована на досягнення сенсу життя і свого місця в ньому, на визначення критеріїв добра і зла, для оцінки людей і подій [4]. Останнім часом, в україно- та російськомовній науковій літературі духовному здоров'ю приділяється багато уваги, особливо у філософському обґрунтуванні основ здоров'я та життя [1, 5, 13, 18, 20], при аналізі стану суспільного здоров'я [8, 10, 11, 21], у трактуванні виникнення та розвитку психічних хвороб [14, 15], у поясненні тривалості життя [9, 13] тощо. Також є поодинокі наукові праці про роль духовності в реабілітації переважно психічного стану людини [2, 3, 22].

На цей час дуже мало відомостей про взаємозв'язок духовного здоров'я та соматичного здоров'я людини. Якщо зв'язок духовного стану суспільства та його здоров'я є майже доведеним [8], то вплив духовності на індивідуальне здоров'я ще потребує вивчення [12]. Ряд клініцистів з філософськими поглядами вважають, що частина хвороб сучасної людини певною мірою залежить від її духовно-душевної організації [4, 5, 13, 20]. В медицині такі хвороби називаються психосоматичними. Проте практичні медичні працівники у своїй більшості ці хвороби не пов'язують з духовним станом людини.

Мета дослідження – оцінити стан духовного здоров'я людей, які страждають на хронічні хвороби, на санаторно-курортному етапі реабілітації і встановити його зв'язок з медичними характеристиками соматичного здоров'я.

Методи

Дослідження виконано в АР Крим в 2012–2013 роках. Обстежено 148 хворих, які страждали на хронічні хвороби і надійшли лікуватися на кліматичний курорт (Південний берег Криму).

Обстеження хворих полягало у вивченні біологічних, соціальних і загальномедичних характеристик, а також складових рівня їх духовного здоров'я за допомогою спеціальної анкети [7]. Респондентам (хворим людям) пропонувалося відповісти на 19 питань цієї анкети. Оскільки опитувані в переважній більшості були російськомовними, пропонувався варіант анкети російською мовою (переклад з української мови авторський) [16]. Кожна відповідь на питання оцінювалася балам: 0 – правильна відповідь, 5 – частково неправильна і 10 – повністю неправильна відповідь. Оцінка рівня духовного здоров'я проводилася шляхом визначення суми балів всіх відповідей. Чим сума балів була більшою, тим стан духовного здоров'я вважався гіршим. За рекомендацією розробників анкети, визначили рівні духовного здоров'я: високий рівень – сума балів від 0 до 69, середній рівень – сума балів від 70 до 149 і низький рівень – сума балів 150 і більше. Високий рівень духовного здоров'я був позначений нами як благополучний, а середній і низький рівні – як неблагополучний стан духовного здоров'я.

Медична оцінка стану здоров'я обстежених проведена шляхом аналізу лікарських діагностичних висновків і деяких медичних даних. Проаналізовано 14 медичних параметрів:

- 1) кількість діагностованих хвороб;
- 2) кількість уражених органів і систем;
- 3) наявність склерозу судин;
- 4) наявність несклеротичних уражень судин;
- 5) наявність хвороб запального характеру;
- 6) наявність алергічних хвороб;
- 7) наявність хвороб нервової системи;
- 8) наявність хвороб кісток і суглобів;
- 9) наявність порушень метаболізму;
- 10) наявність онкологічних хвороб (в т.ч. в анамнезі);
- 11) тяжкість стану хворого (тяжкість прояв хвороби в момент обстеження);
- 12) тяжкість ускладнень;
- 13) тривалість основного захворювання;
- 14) частота загострень основного захворювання.

Якісні медичні параметри кодувалися. Наприклад, наявність хвороб кодувалося за бінар-



ним принципом: хвороби немає – 0, хвороба є – 1. Тривалість основного захворювання була подана у вигляді інтервалів у 10 років з подальшим кодуванням цих інтервалів.

Статистичний опис вибірки здійснили методами оцінки варіаційних рядів. Визначали середнє арифметичне (M), медіану (Me), середнє квадратичне відхилення (σ), інтерквартильний розмах – значення 25-го (Lower Quartile – LQ) і 75-го перцентилів (Upper Quartile – UQ), який містить 50 % значень ознаки у вибірці. Аналіз залежностей показників духовного здоров'я і медичних параметрів здійснено шляхом обчислення критерію χ^2 . Обробка даних дослідження виконана за допомогою програмного продукту STATISTICA 6.6 (фірма StatSoft, США).

Результати та обговорення

У цілому у вибірці було чоловіків 33 (22.3 %), жінок – 115 (77,7 %) осіб. Середній (M $\pm\sigma$) вік хворих склав 59.22 \pm 10.90 (Me: 61 (54; 66)) років. У соціальному аспекті сформована група являла собою вибірку, в якій обстежені в 49.3 % випадків мали середню спеціальну, в 35.1 % випадків – повну вищу освіту. У 42.6 % випадків професійна освіта хворих була технічною. Переважна більшість обстежених (52.7 %) – непрацюючі пенсіонери. Більшість з них працювала в державних установах (64.9 %) і була виконавцями на робочому місці (58.8 %). Середній стаж роботи в цілому склав 32.18 \pm 12.33 років. Рівень доходу хворих у 42.6 % випадків відповідав \$121–235 у місяць протягом останнього року. У 64.9 % випадків основним джерелом доходу була робота на одному місці.

На основі даних лікарського огляду було встановлено, що всі хворі протягом тривалого періоду страждали на хронічні хвороби. Основними захворюваннями були: церебральний атеросклероз – в 17.6 %, гіпертонічна хвороба – в 17.6 %, стенокардія – в 16.9 %, дифузний кардіосклероз – в 15.5 %, бронхіальна астма – в 14.9 %, хронічний необструктивний бронхіт – в 6.1 %, хронічна обструктивна хвороба легень – в 4.7 %, вегето-судинна дистонія – в 2.0 %, бронхоектатична хвороба – в 1.4 %, хронічний пієлонефрит – в 1.4 %, інші хвороби – в 2.1 % випадків. Тривалість основного захворювання в

середньому становила 9.92 \pm 8.38 (Me: 7 (4; 15)) років, а частота його загострень протягом останнього року – 1.43 \pm 1.75 (Me: 1 (0; 2)) раз. Ускладнення захворювання були відсутні у 50.0 % хворих, були невираженими – у 31.1 %, помірно вираженими – у 14.2 % і значно вираженими – у 4.7 % хворих.

Духовне здоров'я хворих оцінювали за частотою наданих правильних і неправильних відповідей на 19 питань анкети, підсумовуючи бали отриманих відповідей. У цілому частота правильних відповідей склала 38.9 %, неправильних – 61,1 %, з яких частково неправильних було 27.1 % і повністю неправильних – 34,0 % (від загального числа відповідей) випадків. Відповідно до рекомендацій розробників анкети визначено 3 рівні духовного здоров'я: низький – у 2 (1.4 %), середній – у 134 (90.5 %) і високий – у 12 (8.1 %) хворих. Майже у всіх хворих було встановлено середній рівень духовного здоров'я. Щоб уникнути такої концентрації хворих у рамках однієї градації рівня духовного здоров'я, нами на основі величини стандартного відхилення середнього арифметичного від суми балів в цілому по вибірці (118.51 \pm 23.38 балів) виділено п'ять градацій цього показника і визначено за ними розподіл хворих: низький – 6 (4.05 %), середньо-низький – 33 (22.3 %), середній – 52 (35.1 %), середньо-високий – 45 (30.4 %) і високий рівень – 12 (8.11 %) хворих. У цьому випадку середній рівень духовності визначено в 35.1 %, а низький і середньо-низький – в 26.4 %, що в сумі склало 61.5 % випадків.

Далі нами визначено залежності (зв'язки) розподілу показників духовного здоров'я (відповідей на питання анкети) від розподілу 14-ти медичних параметрів, що характеризували соматичне здоров'я людини. Результати цієї роботи представлені в табл. 1. Відзначимо, перш за все, що шість питань анкети таких залежностей не мали. Такими питаннями були: 5-е – про допустимість жертвності заради духовності, 7-е – про виконання духовної місії, 8-е – про подібність між собою вуха і руки, 10-е – про приводи, через які найбільше переживаємо, 11-е – про ставлення до свого минулого, 12-е – про заняття самооцінкою.

Таблиця 1
Залежність (спряженість) розподілу показників духовного здоров'я хворих від розподілу медичних висновків і характеристик соматичного здоров'я

Номер питання	Суть питання анкети з оцінки духовного здоров'я	Медичний показник	Хі-квадрат	Статистична значимість (p)
1	Вибір основних якостей, які є основними проявами людського духу	Кількість уражених органів	32.56	0.00844
2	Вибір людських якостей, які поєднані з духовністю	Наявність хвороб нервової системи Наявність онкологічних хвороб Частота загострень основного захворювання	15.57 26.83 78.25	0.04891 0.00075 0.02643
3	Співвідношення понять «інтелектуальність» і «духовність»	Наявність метаболічних порушень	5.82	0.01582
4	У чому проявляється духовність (мистецтво, література, приготування їжі)	Наявність хвороб нервової системи Наявність метаболічних порушень Частота загострень основного захворювання	6.75 8.61 23.68	0.03409 0.01347 0.05001
5	Чи припустима жертвовність заради духовності	—	—	—
6	Вибір мотиву покупок речей	Кількість уражених органів Наявність хвороб нервової системи Тяжкість стану хворого	23.5 13.21 22.23	0.00277 0.00135 0.01396
7	Про виконання духовної місії (що це і як про це дізнатися)	—	—	—
8	Чи подібні між собою вухо і рука	—	—	—
9	Про вдалі і невдалі явища життя (ставлення до них)	Кількість хвороб Наявність хвороб нервової системи	24.74 6.03	0.00585 0.04892
10	Про приводи, через які найбільше переживаємо	—	—	—
11	Про ставлення до свого минулого	—	—	—
12	Заняття самооцінкою (як часто)	—	—	—
13	Про щастя (ставлення до нього)	Наявність склерозу судин Тривалість основного захворювання Частота загострень основного захворювання	5.87 12.85 23.76	0.05288 0.04540 0.04896
14	Що робити перед початком нової необхідної роботи	Наявність онкологічних хвороб Частота загострень основного захворювання	7.58 52.14	0.02252 0.00001
15	Про таємниці (зберегти або розповісти)	Тяжкість стану хворого	21.9	0.01561
16	Про рух руками при поясненні інформації	Наявність хвороб нервової системи	5.991	0.04999
17	Про ставлення до погоди	Наявність алергічних хвороб Тривалість основного захворювання	6.734 31.6	0.03448 0.00002
18	Про духовність у жінок (вибір основних якостей)	Кількість уражених органів Наявність хвороб запального характеру Наявність хвороб нервової системи Наявність онкологічних хвороб Наявність ускладнень Частота загострень основного захворювання	26.25 8.26 15.72 16.18 25.84 42.55	0.00988 0.04085 0.00129 0.00104 0.00216 0.00357
19	Про духовність у чоловіків (вибір основних якостей)	Тяжкість стану хворого	26.13	0.03660
20	Рівень духовного здоров'я (5 градаций)	Наявність хвороб нервової системи	12.18	0.01602

Примітка. Подовжений дефіс – відсутність статистично значущих залежностей.



Розподіл відповідей на 1-е питання анкети (про вибір основних якостей, які є основними проявами людського духу) залежав від розподілу кількості уражених органів ($\chi^2 = 32.56$; $p = 0.00844$) у хворих. У переважній більшості хворих було уражено від 1-го до 3-х органів. Таких осіб, що надали правильні відповіді на це питання, було 11.49 %, що дали неправильні відповіді – 72.97 %. Особи з ураженням 4 і більше органів надали переважно неправильні відповіді на це питання анкети – в 12.85 % випадків (правильних відповідей було лише 1.36%).

Відповіді на 2-е питання анкети (про вибір людських якостей, які поєднують з духовністю) були пов'язані з наявністю хвороб нервової системи ($\chi^2 = 15.57$; $p = 0.04891$), онкологічних хвороб ($\chi^2 = 26.83$; $p = 0.00075$) і частотою загострень основного захворювання ($\chi^2 = 78.25$; $p = 0.02643$) у обстежених. За відсутності хвороб нервової системи правильні відповіді на це питання було надано хворими в 41.22 %, неправильні – в 31.75 % випадків; при наявності цих хвороб правильні відповіді були надані в 6.08 %, неправильні – в 15.55 % випадків. За відсутності онкологічних хвороб правильні відповіді були надані в 45.95 %, неправильні – в 42.56 % випадків; за наявності цих хвороб правильні відповіді відзначені в 1.35 %, неправильні – в 3.39 % випадків. Хворі з відсутністю загострень основного захворювання або з частотою 1–2 рази на рік дали правильні відповіді в 39.46 % і неправильні відповіді – в 46.24 % випадків. Отже, хворі за відсутності хвороб нервової системи давали переважно правильні відповіді, а за наявності цих хвороб – переважно неправильні відповіді на 2-е питання анкети.

Відповіді на 3-є питання (про співвідношення понять «інтелектуальність» і «духовність») були пов'язані з наявністю метаболічних порушень ($\chi^2 = 5.82$; $p = 0.01582$) у хворих. Пацієнти з відсутністю метаболічних порушень давали правильні відповіді на це питання анкети в 34.46 %, неправильні відповіді – в 50.68 % випадків, за наявності цих порушень правильні відповіді виявлені в 2.03 %, неправильні – в 12.84 % випадків. Отже, тут встановлено переважання неправильних відповідей на 3-є питання

анкети за наявності у хворих метаболічних порушень.

Відповіді на 4-е питання (про те, в чому проявляється духовність) були пов'язані з наявністю хвороб нервової системи ($\chi^2 = 6.75$; $p = 0.03409$), метаболічних порушень ($\chi^2 = 8.61$; $p = 0.01347$) і частотою загострень основного захворювання ($\chi^2 = 23.68$; $p = 0.05001$) у обстежених. За відсутності хвороб нервової системи правильні відповіді на це питання було надано хворими в 60.14 %, неправильні – в 18.25 % випадків, за наявності цих хвороб правильні відповіді були надані в 14.86 %, неправильні – в 6.76 % випадків. Хворі з відсутністю метаболічних порушень давали правильні відповіді в 67.57 %, неправильні відповіді – в 17.57 % випадків, за наявності цих порушень правильні відповіді виявлені в 7.43 %, неправильні – в 7.48 % випадків. Хворі з відсутністю загострень основного захворювання або з частотою 1-2 рази на рік надали правильні відповіді в 67.35 % і неправильні відповіді – в 18.36 % випадків. Отже, переважно правильні відповіді на 4-е питання анкети були надані хворими за відсутності хвороб нервової системи, метаболічних порушень і за відсутності або з частотою 1–2 рази на рік загострень основного захворювання.

Відповіді на 6-е питання (про вибір мотиву покупок речей) були пов'язані з кількістю уражених органів ($\chi^2 = 23.5$; $p = 0.00277$), наявністю хвороб нервової системи ($\chi^2 = 13.21$; $p = 0.00135$) і тяжкістю стану ($\chi^2 = 22.23$; $p = 0.01396$) у хворих. Хворі з ураженням від 1-го до 3-х органів включно дали правильні відповіді на це питання в 5.41 % і неправильні відповіді – у 80.40 % випадків, з ураженням 4 і більше органів відповіли правильно в 3.38 % і неправильно – в 10.81 % випадків. За відсутності хвороб нервової системи правильні відповіді були надані хворими в 4.05 %, неправильні – в 74.33 % випадків, за наявності цих хвороб правильні відповіді були надані в 4.73 %, неправильні – в 16.90 % випадків. За відсутності проявів хвороби або при незначній тяжкості стану хворих правильні відповіді на 6-е питання були надані хворими в 1.35 %, неправильні – в 18.92 % випадків, при помірній тяжкості стану правильні відповіді відзначені в 5.40 %, неправильні – в 52.7 % ви-



падків, при вираженій тяжкості стану правильні відповіді виявлені в 2.03 %, неправильні – в 19.6 % випадків. Отже, на 6-е питання хворі давали переважно неправильні відповіді при наявності хвороб нервової системи, при ураженні 4-х і більше органів і при вираженій тяжкості свого стану.

Відповіді на 9-е питання (про вдалі і невдалі явища життя) були пов'язані з кількістю діагностованих хвороб ($\chi^2 = 24.74$; $p = 0.00585$) і наявністю хвороб нервової системи ($\chi^2 = 6.03$; $p = 0.04892$) у обстежених. При визначенні у хворих 1–2 хвороб правильні відповіді на це питання було надано в 23.65 %, неправильні – в 20.25 % випадків, при діагностуванні одночасно 3–4 хвороб правильні відповіді встановлені в 23.65 %, неправильні – в 18.25 % випадків, при 5 і більше діагностованих хворобах правильні відповіді визначені в 8.78 %, неправильні – в 5.42 % випадків. За відсутності хвороб нервової системи правильні відповіді були надані хворими в 42.57 %, неправильні – в 35.37 % випадків, за наявності цих хвороб правильні відповіді були надані в 13.51 %, неправильні – в 8.11 % випадків.

Відповіді на 13-й питання (про щастя) були пов'язані з наявністю склерозу судин ($\chi^2 = 5.87$; $p = 0.05288$), тривалістю основного захворювання ($\chi^2 = 12.85$; $p = 0.04540$) і частотою загострень основного захворювання ($\chi^2 = 23.76$; $p = 0.04896$) у обстежених. За відсутності склерозу судин правильні відповіді на це питання були надані хворими в 4.05 % і неправильні – в 35.81 % випадків, при наявності склерозу судин у хворих правильні відповіді виявлені в 8.11 % і неправильні – в 52.03 % випадків. Хворі з тривалістю основного захворювання до 5 років включно дали правильні відповіді на це питання в 1.36 % і неправильні відповіді – в 38.09 % випадків, з тривалістю основного захворювання 6–20 років відповіли правильно в 7.48 % і неправильно – в 44.9 % випадків, з тривалістю основного захворювання 21 і більше років відповіли правильно в 2.72 % і неправильно – в 5.44 % випадків. Хворі з відсутністю загострень основного захворювання або з частотою загострень 1–2 рази на рік дали правильні відповіді в 7.48 % і неправильні відповіді – 78.23 % випадків, з частотою заго-

стрень основного захворювання 3 і більше разів на рік відповіли правильно в 4.08 % і неправильно – в 10.20 % випадків. Отже, на 13-е питання хворі давали переважно неправильні відповіді за наявності склерозу судин, при більш тривалому перебігу і при більшій частоті загострень основного захворювання.

Відповіді на 14-е питання (про те, що робити перед початком нової необхідної роботи) були пов'язані з наявністю онкологічних хвороб ($\chi^2 = 7.58$; $p = 0.02252$) і частотою загострень основного захворювання ($\chi^2 = 52.14$; $p = 0.00001$) у обстежених. За відсутності онкологічних хвороб правильні відповіді на це питання було надано хворими в 67.57 % випадків, неправильні – в 24.70 % випадків, при наявності цих хвороб правильні відповіді відзначені в 4.05 % випадків, неправильні – в 0.68 % випадків. Хворі з відсутністю загострень основного захворювання або з частотою загострень 1–2 рази на рік надали правильні відповіді в 60.55 % і неправильні відповіді – в 25.16 % випадків, з частотою загострень основного захворювання 3 і більше разів на рік відповіли правильно в 10.88 % і неправильно – в 3.40 % випадків.

Відповіді на 15-е питання (про таємницю) були пов'язані з тяжкістю стану хворих ($\chi^2 = 21.9$; $p = 0.01561$). За відсутності проявів хвороби або при незначній тяжкості стану правильні відповіді на це питання було надано хворими в 12.17 %, неправильні – в 8.11 % випадків, при помірній тяжкості стану правильні відповіді відзначені в 46.95 %, неправильні – в 12.16 % випадків, при вираженій тяжкості стану хворих правильні відповіді виявлені в 17.57 %, неправильні – в 4.06 % випадків.

Відповіді на 16-е питання (про рух руками при поясненні інформації) були пов'язані з наявністю хвороб нервової системи ($\chi^2 = 5.991$; $p = 0.04999$) у обстежених. За відсутності хвороб нервової системи правильні відповіді на це питання були надані хворими в 18.24 %, неправильні – в 60.14 % випадків, за наявності цих хвороб правильні відповіді були надані в 4.05 %, неправильні – в 17.57 % випадків. Отже, на 16-е питання хворі давали переважно неправильні відповіді при наявності хвороб нервової системи.



Відповіді на 17-е питання (про ставлення до погоди) були пов'язані з наявністю алергічних хвороб ($\chi^2 = 6.734$; $p = 0.03448$) і тривалістю основного захворювання ($\chi^2 = 31.6$; $p = 0.00002$) у обстежених. За відсутності алергічних хвороб правильні відповіді на це питання були надані хворими в 61.49 %, неправильні – в 20.27 % випадків, за наявності цих хвороб правильні відповіді були надані в 9.46 %, неправильні – в 8.79 % випадків. Хворі з тривалістю основного захворювання до 5 років включно надали правильні відповіді на це питання в 30.61 % і неправильні відповіді – в 8.84 % випадків, з тривалістю основного захворювання 6–20 років відповіли правильно в 38.78 % і неправильно – в 13.60 % випадків, з тривалістю основного захворювання 21 і більше років відповіли правильно в 1.36 % і неправильно – в 6.80 % випадків. Отже, на 17-е питання хворі давали переважно правильні відповіді при відсутності алергічних хвороб та у випадках меншої тривалості перебігу хвороби.

Відповіді на 18-е питання (про духовність у жінок) були пов'язані з кількістю уражених органів ($\chi^2 = 26.25$; $p = 0.00988$), наявністю хвороб запального характеру ($\chi^2 = 8.26$; $p = 0.04085$), хвороб нервової системи ($\chi^2 = 15.72$; $p = 0.00129$) і онкологічних хвороб ($\chi^2 = 16.18$; $p = 0.00104$), з ускладненнями ($\chi^2 = 25.84$; $p = 0.00216$) та частотою загострень основного захворювання ($\chi^2 = 42.55$; $p = 0.00357$) у обстежених. Хворі з ураженням від 1-го до 3-х органів включно надали правильні відповіді на це питання в 2.70 % і неправильні відповіді – 83.11 % випадків, з ураженням 4 і більше органів відповіли правильно в 2.03 % і неправильно – у 12.06 % випадків. За відсутності хвороб запального характеру правильні відповіді були надані хворими в 0.68 %, неправильні – в 62.15 % випадків, за наявності цих хвороб правильні відповіді були надані в 4.05 %, неправильні – в 33.11 % випадків. За відсутності хвороб нервової системи правильні відповіді на це питання були надані хворими в 1.35 %, неправильні – в 77.02 % випадків, за наявності цих хвороб правильні відповіді були надані в 3.38 %, неправильні – в 18.24 % випадків. За відсутності онкологічних хвороб правильні

відповіді були надані в 4.05 %, неправильні – в 91.21 % випадків, за наявності цих хвороб правильні відповіді відзначені в 0.68 %, неправильні – в 4.05 % випадків. За відсутності ускладнень захворювань правильні відповіді були надані хворими в 3.38 % і неправильні відповіді – в 46.62 % випадків, за наявності помірно виражених ускладнень правильні відповіді виявлені в 1.35 % і неправильні відповіді – в 43.92 % випадків, при наявності значно виражених ускладнень правильні відповіді були відсутні, а неправильні відповіді зустрічалися в 4.73 % випадків. Хворі з відсутністю загострень основного захворювання або з частотою загострень 1–2 рази на рік надали правильні відповіді в 3.40 % і неправильні відповіді – 82.30 % випадків, з частотою загострень основного захворювання 3 і більше разів на рік відповіли правильно в 1.36 % і неправильно – у 12.92 % випадків. Отже, на 18-е питання хворі давали переважно неправильні відповіді при ураженні 4-х і більше органів, за наявності хвороб запального характеру і хвороб нервової системи, при більш частих загостреннях основного захворювання.

Відповіді на 19-е питання (про духовність у чоловіків) були пов'язані з тяжкістю стану хворих ($\chi^2 = 26.13$; $p = 0.03660$). За відсутності проявів хвороби або при незначній тяжкості стану правильні відповіді на це питання були відсутні, а неправильні відповіді були надані в 20.28 % випадків, при помірній тяжкості стану правильні відповіді відзначені в 0.68 %, неправильні – в 57.43 % випадків, при вираженій тяжкості стану правильні відповіді виявлені в 1.36 %, неправильні – 20.28 % випадків. Отже, на 19-е питання хворі давали переважно неправильні відповіді при більш виражених ступенях тяжкості свого стану.

Нарешті, рівень духовного здоров'я (5 градацій) був асоційований з наявністю хвороб нервової системи ($\chi^2 = 12.18$; $p = 0.01602$) у обстежених. Особи з відсутністю хвороб нервової системи в 21.62 % випадків мали дуже низький і низький рівні духовності, в 27.70 % випадків – середній рівень духовності і в 29.06 % випадків – високий і дуже високий рівні духовності. За наявності хвороб нервової системи у 4.73 %



хворих визначено дуже низький і низький рівні духовності, у 7.43 % хворих – середній рівень духовності і 9.46 % хворих – високий і дуже високий рівні духовності.

В узагальненому вигляді клінічна інтерпретація виявлених залежностей розподілу показників духовного здоров'я хворих від розподілу їх медичних параметрів представлена в табл. 2.

Таблиця 2

Клінічна інтерпретація виявлених залежностей розподілу показників духовного здоров'я хворих від розподілу медичних висновків і характеристик соматичного здоров'я

Номер питання	Суть питання анкети з оцінки духовного здоров'я	Клінічна інтерпретація виявлених залежностей
1	Вибір основних якостей, які є основними проявами людського духу	Неправильні відповіді на це питання частіше дають хворі з ураженням 4-х і більше органів
2	Вибір людських якостей, які поєднуювані з духовністю	Неправильні відповіді на це питання частіше дають хворі з наявністю хвороб нервової системи
3	Співвідношення понять «інтелектуальність» і «духовність»	Неправильні відповіді на це питання частіше дають хворі з наявністю метаболічних порушень
4	У чому проявляється духовність (мистецтво, література, приготування їжі)	Правильні відповіді на це питання частіше дають хворі при відсутності хвороб нервової системи, метаболічних порушень і при відсутності або з частотою загострень основного захворювання 1-2 рази на рік
6	Вибір мотиву покупок речей	Неправильні відповіді на це питання частіше дають хворі з наявністю хвороб нервової системи, при ураженні 4-х і більше органів і при вираженій тяжкості свого стану
9	Про вдалі і невдалі явища життя (ставлення до них)	Виявлені залежності від розподілу кількості хвороб і наявності хвороб нервової системи клінічно інтерпретувати важко
13	Про щастя (ставлення до нього)	Неправильні відповіді на це питання частіше дають хворі з наявністю склерозу судин, при більш тривалому перебігу і при більш частих загостреннях основного захворювання
14	Що робити перед початком нової необхідної роботи	Виявлені залежності від розподілу наявності онкологічних хвороб і частоти загострень основного захворювання клінічно інтерпретувати важко
15	Про таємниці (зберегти або розповісти)	Виявлену залежність від розподілу тяжкості стану хворого клінічно інтерпретувати важко
16	Про рух руками при поясненні інформації	Неправильні відповіді на це питання частіше дають хворі з наявністю хвороб нервової системи
17	Про ставлення до погоди	Правильні відповіді на це питання частіше дають хворі при відсутності алергічних хвороб і у випадках меншої тривалості перебігу хвороби
18	Про духовність у жінок (вибір основних якостей)	Неправильні відповіді на це питання частіше дають хворі при ураженні 4-х і більше органів, з наявністю хвороб запального характеру і хвороб нервової системи, при більш частих загостреннях основного захворювання
19	Про духовність у чоловіків (вибір основних якостей)	Неправильні відповіді на це питання частіше дають хворі при більш виражених ступенях тяжкості свого стану
20	Рівень духовного здоров'я (5 градацій)	Виявлену залежність від розподілу наявності хвороб нервової системи клінічно інтерпретувати важко

Примітка. Питання з відсутністю статистично значущих залежностей з проаналізованими медичними параметрами вилучені.



Узагальнюючи отримані результати, підкреслимо, що найбільша кількість асоціацій з медичними параметрами мали відповіді хворих на такі п'ять питань анкети: про духовність у жінок – 6, про щастя – 3, про вибір людських якостей, які поєднані з духовністю, – 3, про те, в чому проявляється духовність – 3 і про вибір мотиву покупок речей – 3 статистично значущі залежності.

У цілому відповіді хворих на 19 питань анкети були пов'язані 29 разів з 14-ма вивченими медичними характеристиками хворих. Найбільша кількість асоціацій відповідей на питання анкети була з наявністю хвороб нервової системи (6 залежностей), частотою загострень основного захворювання (5 залежностей), кількістю уражених органів (3 залежності), наявністю онкологічних хвороб (3 залежності), тяжкістю стану хворого (3 залежності), тривалістю основного захворювання (2 залежності) і наявністю метаболічних порушень (2 залежності).

Отримані результати вказують на те, що проведення курортного лікування вимагає застосування програм формування та підтримки духовного здоров'я людини.

Зіставити і обговорити отримані результати не виявилось можливим через відсутність наукових публікацій у вітчизняній літературі на позначену тему (вивчення духовного здоров'я у хронічно хворих людей), хоча підкреслюється важливість врахування духовності в соматичній клініці [6]. Порівняння з зарубіжними джерелами

також не проведене в силу можливих різних уявлень і трактувань про духовне здоров'я людини.

Висновки

На курорті у 61.5 % хворих, що страждають на хронічні хвороби, виявлено неблагополучний стан (низький і середній рівні) духовного здоров'я.

Стан духовності хронічно хворих людей певною мірою залежить від стану їх соматичного здоров'я, на що вказує наявність залежностей відповідей на ряд питань анкети, яка описує духовне здоров'я, з медичними висновками і характеристиками. Відповіді на 13 питань запропонованої анкети 29 разів пов'язані з 14-ма вивченими медичними характеристиками хворих.

Відповіді на питання анкети частіше за все асоціюються з наявністю хвороб нервової системи (6 залежностей), частотою загострень основного захворювання (5 залежностей), кількістю уражених органів (3 залежності), наявністю онкологічних хвороб (3 залежності), тяжкістю стану хворого (3 залежності), тривалістю основного захворювання (2 залежності) та наявністю метаболічних порушень (2 залежності).

Проведення курортного лікування вимагає застосування програм формування та підтримки духовного здоров'я людини.

Конфлікт інтересів

Автори заявляють про відсутність.

References

1. Apanasenko GL. Valeology: theoretical and methodological foundations. Human health. Kolbanov VV, editor. *Materials of the VII International Scientific Valeologists' Congress*. Saint Petersburg: Publisher of the St. Petersburg State Medical University; 2014. p. 13-18. Апанасенко ГЛ. Валеология: теоретико-методологические основы. Здоровье человека – 7: Колбанов ВВ, редактор. Материалы VII Международного научного конгресса валеологов. СПб.: Издательство СПб ГМУ; 2014. с.13-18.
2. Berestov AI, Kakliugin NV. Spiritual and religious aspects of the rehabilitation of persons with mental and behavioral disorders, including due to substance abuse (Part I). *Narkologiya*. 2013; 4:79-97. (In Russian) Берестов АИ, Каклюгин НВ. Духовно-религиозные аспекты реабилитации лиц с психическими и поведенческими расстройствами, обусловленными в том числе злоупотреблениями психоактивными веществами. Часть 1. Наркология. 2013; 4:79-97.
3. Berestov AI, Kakliugin NV. Spiritual and religious aspects of the rehabilitation of persons with mental and behavioral disorders, including due to substance abuse (Part II). *Narkologiya*. 2013; 5:81-96. (In Russian)



- Берестов АИ, Каклюгин НВ. Духовно-религиозные аспекты реабилитации лиц с психическими и поведенческими расстройствами, обусловленными в том числе злоупотреблениями психоактивными веществами. Часть 2. Наркология. 2013; 5:81-96.
4. Botulu AD. Medicine of spirituality - alternative to orthodox medicine. *Iakutskiy meditsinskiy zhurnal*. 2008; 2(22):64-7.
Ботулу АД. Медицина духовности – альтернатива ортодоксальной медицине (Часть I). *Якутский медицинский журнал*. 2008; 2(22):64-7.
5. Botulu AD. Medicine of spirituality - alternative to orthodox medicine. *Iakutskiy meditsinskiy zhurnal*. 2008; 3(23):62-5.
Ботулу АД. Медицина духовности – альтернатива ортодоксальной медицине (Часть II). *Якутский медицинский журнал*. 2008; 3(23):62-5.
6. Constitution of the World Health Organization. New York, 1946 [Internet]. 2006 [cited 2019 Feb. 18]. Available from: http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_ru.pdf.
Устав (Конституция) Всемирной организации здравоохранения. Нью-Йорк, 1946 [Интернет]. 2006 [цитировано 2019 Фев. 18]. Доступно на: http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_ru.pdf.
7. Goncharenko MS, Karachins'ka ET, Novikova VE. Diagnostic approaches to determination of the state of spiritual and moral health of the individual: a manual for practical classes. Kharkiv: V.N. Karazin Kharkiv National University; 2009. p. 41-42.
Гончаренко МС, Карачинська ЕТ, Новикова ВЕ, укладачі. Діагностичні підходи до визначення стану духовного і морального здоров'я особистості: Навчальний посібник для проведення практичних занять. Харків: Харківський національний університет ім. В.Н. Каразіна; 2009. с.41-42.
8. Gundarov IA. Spiritual adversity and demographic catastrophe. *Obshchestvennye nauki i sovremennost'*. 2001; 5:58-65.
Гундаров ИА. Духовное неблагополучие и демографическая катастрофа. *Общественные науки и современность*. 2001; 5:58-65.
9. Hecht K. Maintenance of Juvenility During the Life Span: Good Wish or reality? *Vestnik Mezhdunarodnoy akademii nauk (russkaia sektsiia)*. 2006; 1:15-21. (In Russian)
Гехт К. Сохранение молодости на протяжении жизни: благое пожелание или реальность? *Вестник Международной академии наук (русская секция)*. 2006; 1:15-21.
10. Khudonogov IY. Indicators' model the spiritual component of public health. [Internet]. 2015 [cited 2019 Feb. 18]. Available from: <https://cyberleninka.ru/article/n/indikatornaya-model-duhovnoy-sostavlyayushey-obschestvennogo-zdorovya>.
Худоногов ИЮ. Индикаторная модель духовной составляющей общественного здоровья. *Здоровье – основа человеческого потенциала: проблемы и пути их решения* [Интернет]. 2015 [цитировано 2019 Фев. 18]. Доступно на: <https://cyberleninka.ru/article/n/indikatornaya-model-duhovnoy-sostavlyayushey-obschestvennogo-zdorovya>.
11. Kompaniets VV. The demographic crisis in ukraine in Spiritually-moral education and socio-economic dimensions. *Ekonomika. Upravlinnia. Innovatsii. Zhytomyr's'kyu derzhavnyy universytet imeni Ivana Franka* [Internet]. 2013 [cited 2019 Feb. 18]; 1(9). Available from: http://nbuv.gov.ua/UJRN/eui_2013_1_27
Компанієць ВВ. Демографічна криза в Україні в духовно-моральному та соціально-економічному вимірах. *Економіка. Управління. Інновації. Житомирський державний університет імені Івана Франка*. [Интернет]. 2013 [цитовано 2019 Лют. 18]; 1(9). Доступно на: http://nbuv.gov.ua/UJRN/eui_2013_1_27.
12. Lafi NM, Lafi SG. Spirituality in the somatic clinic. *Vestnik Soveta molodykh uchenykh i spetsialistov Chelyabinskoi oblasti*. 2014;1(4):37-43. (In Russian).
Лафи НМ, Лафи СГ. Духовность в соматической клинике. *Вестник Совета молодых учёных и специалистов Челябинской области*. 2014; 1(4):37-43.
13. Malyarchuk NN. Individual health as human corporal, mental and spiritual nature reflection.



- Istoricheskie, filosofskie, politicheskie i iuridicheskie nauki, kul'turologiia i iskusstvovedenie. Voprosy teorii i praktiki. Tambov: Gramota. 2012; 6 (20) Part I: 141-144.
- Малярчук НН. Индивидуальное здоровье как отражение телесной, душевной и духовной природы человека. Исторические, философские, политические и юридические науки, культурология и искусствоведение. Вопросы теории и практики. Тамбов: Грамота. 2012; 6(20) часть I: 141-144.
14. Nemtsev AV. On the study in spirituality of people suffering from depressive disorders. *Sibirskiy psikhologicheskii zhurnal*. 2010; 37:11-13. (In Russian)
Немцев АВ. К вопросу об изучении духовности у людей, страдающих депрессивными расстройствами. *Сибирский психологический журнал*. 2010; 37:11-13.
 15. Polishchuk YuI, Letnikova ZV. The influence of the mental crisis on the mental health of the population. *Rossiyskiy psikhiatricheskii zhurnal*. 2010; 5 (additional issue 1):25-7.
Полищук ЮИ, Летникова ЗВ. Влияние духовного кризиса в обществе на состояние психического здоровья населения. *Российский психиатрический журнал*. 2010; 5 (дополнительный выпуск 1):25-7.
 16. Savchenko VM. The state of spiritual health in patients with people, Crimeans. *Reabilitatsiini ta fizkul'turno-rekreatsiini aspekti rozvitku lyudini (Rehabilitation & recreation)*. 2017;2:73-78.
Савченко ВМ. Состояние духовного здоровья у больных людей, жителей Крыма. Реабілітаційні та фізкультурно-рекреаційні аспекти розвитку людини (Rehabilitation&recreation). 2017;2:73-78.
 17. Sviatitel' Luka (Voyno-Yasenetsky). *Spirit, soul and body*. Kiev; 2002. p. 144-172. Святитель Лука (Войно-Ясенецкий). Дух, душа и тело. Киев, 2002. с.144-172.
 18. Shchedrina AG. Concept and structure of individual health: methodology of systemic approach. *Journal of Siberian Medical Sciences [Internet]*. 2009 [cited 2019 Feb. 18]; 5. Available from: <https://cyberleninka.ru/article/n/ponyatie-i-struktura-individualnogo-zdorovya-cheloveka-metodologiya-sistemnogo-podhoda>.
 19. Troshin VD. Spiritual dominant and ageing of organism. *Biulleten' sibirskoy meditsiny*. 2009; 8(3-2):67-71.
Трошин ВД. Духовная доминанта и старение организма. *Бюллетень сибирской медицины*. 2009; 8(3-2):67-71.
 20. Trushina IA. Health and spirituality in medicine and philosophy. *Rossiyskaia otorinolaringologiya*. 2009; 1(38):13-20.
Трушина ИА. Здоровье и духовность в медицине и философии. *Российская оториноларингология*. 2009; 1(38):13-20.
 21. Vlasov VI. Theoretical Bases of Spiritual Epidemiology. Part 1. Spiritual Aspects of Contagiosity in the Pathology of Human and Society (View on the Problem by the Side of Theoretical Epidemiology and Christian Anthropology and Psychology). *Rossiyskiy nauchnyy zhurnal*. 2011; 23:246-65.
Власов ВИ. Теоретические основы духовной эпидемиологии: Ч. 1. Духовные аспекты заразности в патологии человека и общества. *Российский научный журнал*. 2011;23:246-65.
 22. Zentsova NI, Kakliugin NV. Dynamics of life meaningful orientations in opiate addicts participating in religious and non-religious rehabilitation programs. *Vestnik Moskovskogo universiteta. Seriya 14. Psikhologiya*. 2012; 3:49-59.
Зенцова НИ, Каклюгин НВ. Динамика смысловых ориентаций у лиц с опиоидной зависимостью, участвующих в реабилитационных программах религиозного и нерелигиозного типа. *Вестник Московского университета. Серия 14. Психология*. 2012; 3:49-59.

**Інформація про авторів:****Савченко Валентин**

<http://orcid.org/http://orcid.org/0000-0002-8483-9748>

Київський університет імені Бориса Грінченка, Київ, Україна
v.savchenko@kubg.edu.ua

Буряк Ольга

<https://orcid.org/0000-0001-7074-5743>

Київський університет імені Бориса Грінченка, Київ, Україна
o.buriak@kubg.edu.ua

Харченко Галина

<http://orcid.org/0000-0002-9281-7338>

Київський університет імені Бориса Грінченка, Київ, Україна
h.kharchenko@kubg.edu.ua

Полковенко Ольга

<https://orcid.org/0000-0002-0903-4069>

Київський університет імені Бориса Грінченка, Київ, Україна
o.polkovenko@kubg.edu.ua

Омері Ірина

<https://orcid.org/0000-0001-6773-4146>

Київський університет імені Бориса Грінченка, Київ, Україна
i.omeri@kubg.edu.ua

Яценко Світлана

<https://orcid.org/0000-0001-8609-0120>

Київський університет імені Бориса Грінченка, Київ, Україна
s.yatsenko@kubg.edu.ua

Отримано: 24.02.2019;

Прийнято: 15.03.2019; Опубліковано: 29.03.2019.