

Заклад вищої освіти «Український католицький університет»

Факультет наук про здоров'я

Кафедра психології та психотерапії

**Магістерська робота**

**ОСОБИСТІСНІ ЧИННИКИ СТАВЛЕННЯ ДО ФАРМАКОТЕРАПІЇ:  
ПСИХОДИНАМІЧНИЙ АСПЕКТ**

Виконала: студентка

6 курсу, групи ЗПП/20М

спеціальності 053 Психологія

освітньої програми «Клінічна

психологія з основами

психодинамічної терапії»

Форова Анастасія Віталіївна

Керівник

Ткачук Т. А.

Рецензент

**Львів – 2022**

## **ЗМІСТ**

<b>ВСТУП</b> .....	3
<b>РОЗДІЛ I</b> .....	5
<b>ОСОБИСТІСНІ ЧИННИКИ СТАВЛЕННЯ ДО ФАРМАКОТЕРАПІЇ: ПСИХОДИНАМІЧНИЙ АСПЕКТ</b> .....	5
<b>1.1. Ставлення до фармакоterapiї та його особливості</b> .....	5
1.1.1. Операціоналізація поняття ставлення до фармакоterapiї .....	5
1.1.2. Аналіз ставлення респондентів різних країн до медикаментозного лікування соматичних, психотичних хвороб та вакцинації .....	8
<b>1.2. Чинники пов'язані зі ставленням до фармакоterapiї</b> .....	14
1.2.1 Соціальні чинники ставлення до фармакоterapiї .....	14
1.2.2. Особистісні характеристики та ставлення до фармакоterapiї .....	16
<b>1.3. Теоритична модель особистісних характеристик ставлення до фармакоterapiї:     психодинамічний аспект</b> .....	20
<b>Висновки до 1 розділу</b> .....	22
<b>РОЗДІЛ II</b> .....	24
<b>ДИЗАЙН ТА МЕТОДОЛОГІЯ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБИСТІСНИХ ХАРАКТЕРСТИК СТАВЛЕННЯ ДО ФАРМАКОТЕРАПІЇ: ПСИХОДИНАМІЧНИЙ АСПЕКТ</b> .....	24
2.1. Дизайн дослідження особистісних чинників ставлення до фармакоterapiї .....	24
2.2. Методологія дослідження ставлення до фармакоterapiї.....	24
2.3. Група досліджуваних .....	27
<b>РОЗДІЛ III</b> .....	28
<b>РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ: ОСОБИСТІСНІ ЧИННИКИ СТАВЛЕННЯ ДО ФАРМАКОТЕРАПІЇ, ПСИХОДИНАМІЧНИЙ АСПЕКТ</b> .....	28
3.1 Ставлення до фармакоterapiї у зв'язку з депресією, психопатією, психастенією та іпохондричністю .....	28
3.2. Ставлення до медикаментозної терапії та нарцисизм .....	33
3.3. Ставлення до фармакоterapiї та рівень психічної організації.....	34
3.4. Дискусія результатів ролі особистісних чинників психодинамічного характеру у визначенні ставлення до фармакоterapiї.....	38
<b>Висновки</b> .....	40
<b>Список використаних джерел:</b> .....	43
<b>Додатки</b> .....	49

## ВСТУП

Прогрес медицини дає можливість щоденно рятувати багато життів, лікувати складні соматичні та психічні захворювання та, загалом, покращувати якість життя людей по всьому світу. Проте далеко не всі готові довіряти сучасній медицині та застосовувати фармакотерапію. За останні два роки, по причині світової пандемії, фармацевтичні компанії Pfizer, Moderna, AstraZeneca, Sinovac Biotech в скорочені терміни досягли значних успіхів у розробленні та тестуванні вакцин проти вірусу COVID-19. Проте реакція суспільства на такий прорив науки була доволі неоднозначною, багато людей з недовірою ставляться до нових розробок та свідомо відмовляються від вакцинації, не зважаючи на ризик захворіти смертельним вірусом [1]. Разом з тим кожному психотерапевту/психіатру знайома недовіра власних клієнтів до вживання психотропних препаратів різних видів для поліпшення психічного стану. Дослідження ставлення батьків до психотропних препаратів показало, що 80% респондентів бояться давати їх власним дітям, у порівнянні з іншими препаратами, навіть у випадку дитячої шизофренії [2]. Тож доцільно звернути увагу на ставлення людей до фармакотерапії загалом: соматичної та психічної.

Наявні дослідження, спрямовані на з'ясування чинників такого ставлення, в основному, вказують на зв'язок таких загальних соціальних факторів та вибору пацієнта щодо застосування фармакотерапії, як обізнаність щодо протікання хвороби та особливостей фармакотерапії [3], віра в теорію змови [4] та в силу інтуїтивного мислення [5]. Серед когнітивних особистісних показників вивчається зв'язок ставлення до фармакотерапії в контексті локусу контролю, суб'єктивного благополуччя та Я-концепції [6, 28]. Також доведена кореляція ставлення до фармакотерапії та деяких шкал Великої П'ятірки, а саме: доброзичливість, сумлінність, емоційна стабільність [7] та екстраверсія

[8]. Водночас психодинамічний аспект ставлення до фармакотерапії практично не беруть до уваги. Лише декілька досліджень вказують на зв'язок ставлення до фармакотерапії з депресією та тривожністю [33; 35]. Тому метою дослідження стало проаналізувати особистісні чинники ставлення до фармакотерапії в психодинамічному контексті.

Результати дослідження можуть бути корисними для кращого розуміння психологами, психотерапевтами та психіатрами причин відмови від допоміжної фармакотерапії та страху до неї, особливо з огляду на психічну структуру особистості.

**Об'єкт дослідження:** ставлення до фармакотерапії.

**Предмет дослідження:** психодинамічні особистісні чинники ставлення до фармакотерапії.

# РОЗДІЛ I

## ОСОБИСТІСНІ ЧИННИКИ СТАВЛЕННЯ ДО ФАРМАКОТЕРАПІЇ: ПСИХОДИНАМІЧНИЙ АСПЕКТ

### 1.1. Ставлення до фармакоterapiї та його особливості

#### 1.1.1. Операціоналізація поняття ставлення до фармакоterapiї

Технологічний розвиток медицини сягнув значних успіхів, що позитивно вплинуло на якість життя людства. Так наприклад, протягом тисячоліть середня тривалість життя людини сягала приблизно 30 років. Проте в другій половині ХІХ століття науковий прорив у лікуванні інфекційних хвороб, дотримання заходів гігієни, призвели до зниження ранньої смертності серед дітей та дорослих. В результаті вже у 1900 році середня тривалість життя у Європі сягнула 42 років, а у 1980-х роках вона вже була 73,7 роки [9]. За даними ВООЗ завдяки впровадженню масового щеплення вдалося повністю побороти натуральну віспу, знизити захворюваність на поліомієліт до 1% та значно скоротити випадки захворюваності на дифтерію, кір, правець і краснуху [10]. Завдяки випробуванням РНК-вакцини від COVID-19 на людині стали можливі подальші тестування вакцини від раку, що в майбутньому може стати головним превентивним методом зменшення онкологічних випадків серед пацієнтів [11]. Досі найбільш дієвою у лікуванні смертельних захворювань залишається наукова медицина. Всі ці досягнення були б неможливі без дотримання приписів лікарів, доцільного вживання фармакологічних препаратів та планового щеплення.

Для аналізу ставлення до фармакоterapiї серед суспільства, спершу необхідно визначити поняття фармакоterapiї, її видів та складників. В медичній науковій літературі **фармакоterapiя** визначається, як наука для профілактики, діагностики та лікування хвороб за використанням лікарських засобів.

**Лікарські засоби** (медикаменти, ліки) - фармакологічна речовина, яка пройшла клінічні дослідження, тестування та отримала дозвіл уповноваженим органом

кожної окремої країни для профілактики, діагностики та лікування хвороб [12]. За даними ВООЗ 90% від усіх видів лікарської допомоги складає саме медикаментозна терапія [13]. Назначити медикаментозне лікування може тільки лікар після збору анамнезу та постановки діагнозу пацієнту [12].

Існують наступні напрями фармакотерапії:

- етіотропна фармакотерапія - спрямована на лікування причин хвороби;
- патогенетична фармакотерапія - націлена на призупинення механізмів розвитку хвороби;
- симптоматична фармакотерапія - лікує прояви конкретних симптомів хвороб;
- замісна фармакотерапія - спрямована на усунення дефіциту біогенних речовин: гормонів, ферментів, вітамінів тощо;
- профілактична фармакотерапія - націлена на попередження захворювання [12]. Раціональний підхід передбачає збалансоване поєднання всіх напрямів для підтримки цілісного здоров'я пацієнта.

Важливо дотримуватись чітких правил призначення лікарських препаратів задля ефективного лікування хворого. Сучасна фармакотерапія передбачає індивідуальний підхід у призначенні медикаментозних препаратів. Проте часто зустрічаються випадки шаблонного лікування, призначення стандартних препаратів у стандартних дозуваннях. Саме для цього необхідно збирати детальний анамнез пацієнта, щоб підібрати дієву фармакотерапію саме під особливості його організму та симптомів. Не існує поганих чи хороших лікарських засобів, існують ті, що підходять чи не підходять конкретному пацієнту [13]. З одного боку стандарт лікування існує для того, щоб уникнути допущення помилок, а з іншого боку саме шаблонне лікування може бути причиною неефективного лікування, що може спричинити недовірливе ставлення пацієнтів до лікарів.

Відповідно до операціоналізації фармакотерапії, **ставлення до фармакотерапії** передбачає сприйняття пацієнтами профілактики, діагностики

та лікування за допомогою лікарських засобів. В літературі також можна зустріти поняття прихильності чи неприхильності до лікарських засобів (medication adherence), або комплаєнсу (medication compliance). На думку доктора К.Шелла головною відмінністю цих понять є те, що неприхильність до лікарських засобів та відповідно назначеного лікування є свідомим та навмисним ухилянням від прописаної терапії, в той час як поняття комплаєнсу свідчить про неготовність приймати назначену фармакотерапію через ненавмисні причини, які пацієнт не контролює [14]. Ближчим до визначення ставлення до фармакотерапії буде прихильність до лікарських засобів, адже це передбачає внутрішні фактори зв'язку з прийнятим рішенням щодо сприйняття медикаментозного лікування, а не зовнішні фактори, які складніше визначити і проконтролювати.

В медичній літературі прийнято вважати, що прихильність до лікарських засобів є неодмінним компонентом для ефективної терапії. Ліки не працюють, якщо пацієнти їх не вживають [15]. Прихильність до медикаментів пов'язана з профілактикою рецидиву та одужання у випадку шизофренії [16]. Втім деякі дослідники вважають, що твердження про те, що чітке слідування режиму медикаментозної терапії пов'язано з кращим контролем захворювання та економії коштів є доволі сумнівним. Адже сліпе слідування медикаментозній терапії, яка приносить шкоду, не може збільшити ефективність лікування, особливо це стосується нових ліків, безпечність яких є недостатньо дослідженою. Більш ефективним для лікарів було б сприймати недотримання фармакотерапії, як можливість вирішити проблему, яку виявив пацієнт: невідповідна ціна, побічні ефекти, відсутність дії препарату [17]. Прихильність до фармакотерапії передбачає, що пацієнт буде охоче приймати ліки відповідно до назначеної терапії, проте також варто враховувати вірогідність, що лікар назначив неправильну терапію, хибне дозування, або пацієнту можуть просто не підходити назначені ліки. Для уникнення таких ризиків корисною буде

довірлива та детальна комунікація лікаря зі своїм пацієнтом, коли будь-які нові відчуття та зміни одразу обговорюються з лікарем.

### **1.1.2. Аналіз ставлення респондентів різних країн до медикаментозного лікування соматичних, психотичних хвороб та вакцинації**

Особливо важливою прихильність до лікарських засобів та лікування є для ефективності лікування туберкульозу. При тому що Україна посідає 9 місце за рівнем захворюваності на туберкульоз, ефективність лікування хвороби сягає лише 29%. Особливо низька прихильність спостерігається на амбулаторному етапі лікування. У 70,6% пацієнтів з туберкульозом легень наявні функціональні нервово психічні порушення. Вони можуть бути зумовлені різними факторами: інтоксикацією внаслідок хвороби, побічним ефектом від назначеної антимікобактеріальної терапії, або повідомленням про постановку діагнозу від лікаря-фтизіатра, який міг бути занадто різким, неемпатійним. Порушена комунікація між лікарем та хворим призводить до значного негативізму по відношенню до терапії, нехтування власним здоров'ям, а також небезпека для оточуючих у вигляді зараження. Враховуючи нестабільний психічний стан пацієнта фтизіатр має вміти знайти підхід до кожного хворого, чітко і детально пояснити чим небезпечний туберкульоз, як буде виглядати фармакотерапія [18]. Таким чином неприхильність до фармакотерапії може бути небезпечною для пацієнта та людей навколо нього у випадку летальних інфекційних захворювань.

Загалом готовність пацієнтів приймати міри задля профілактики прогнозованих хвороб та лікування вже наявних є недостатньо високою. Особливо виражена вона серед хворих з хронічними проблемами, що потребують довготривалої терапії. Наприклад інфаркт міокарда веде за собою додаткову патологію. Прихильність до лікування хворих після інфаркту міокарда складає 64,3%, у жінок вона є вищою, ніж у чоловіків. Понад 35%



хворих виявились неприхильними до подальшого лікування [19]. Навіть серед хворих на сейорзні серцево-судинні захворювання значний відсоток людей не вважає потрібним проходити лікування. Це при тому, що саме серцево-судинні захворювання наразі вважаються головною причиною смертності.

Так само низька прихильність до лікування спостерігається серед хворих на гіпертонічну хворобу. Дослідження 134 пацієнтів, хворих на гіпертонічну хворобу показало що 90% опитуваних мають низьку прихильність до лікування. 68% пацієнтів вимірювали артеріальний тиск лише після погіршення стану, в той час вони мають вести регулярний щоденник АТ. Особливо невтішні результати прихильності до медикаментозного лікування, адже лише 17,2% хворих приймали антигіпертензивні препарати відповідно до назначеної терапії. Це було обумовлено постійною зміною прописаних препаратів на дешевші аналоги і подальшою відмовою від ліків через побічні ефекти, а також забудькуватістю, що може свідчити про низьку прихильність до лікарських засобів [20]. Отже у випадку серцево-судинних захворювань пацієнти не готові виконувати назначену терапію навіть на стадії гіпертонії, при тому що це є одним з основних предикторів інфаркту та інсульту.

Не менш важливою для розуміння загальної картини ставлення до фармакотерапії є ставлення до вакцинації, як головного методу профілактики багатьох летальних інфекційних захворювань. За даними ВООЗ всесвітня вакцинація запобігає 2-3 млн смертей щорічно. Раніше основною проблемою низького рівня вакцинації була її недоступність вакцин. Наразі більше 80% населення світу забезпечені основними вакцинами, проте рівень вакцинації все ще є недостатнім. Основними показниками для розуміння загального охоплення вакцинації є вакцини проти дифтерії, правеця та кашлюка (АКДС-щеплення). В 2018 році близько 19 млн дітей віком до 1 року не отримали повної імунізації (3 дози АКДС). Взагалі не були вакциновані АКДС у 2018 році 13,5 млн дітей. В добре розвинутих країнах більше 90% пройшли повну імунізацію, а в країнах з низьким розвитком - нижче 50%. Тільки 35%

однорічних дітей отримали ротавірусну вакцину, яка має захищати дітей від діарейних захворювань та 47% від пневмонії, які є головними причинами дитячої смертності [21]. Враховуючи важливість колективного імунітету при інфекційних захворюваннях кожен відсоток невакцинованих може нести небезпеку для розповсюдження вище згаданих хвороб.

У 2020 році на вибірці з 3276 американців було проведено дослідження щодо ставлення до вакцинації. 72% респондентів вважають вакцинацію корисною, тоді як 12% мають певні занепокоєння щодо шкідливості вакцин. 77% респондентів підтримали обов'язкову вакцинацію дітей для відвідування державних шкіл, і тільки 8% виступили проти [7]. Це ще раз підтверджує доволі високу прихильність до вакцинації у добре розвинутих країнах.

В Україні ситуація щодо вакцинування складається набагато гірше, адже за даними ВООЗ вона займає місце серед країн з найнижчими показниками вакцинації, серед яких Сирія, Нігерія, Сомалі та інші. До прикладу, у 2016 році лише 50% дітей пройшло курс повної імунізації. За даними МОЗ у 2017 року було зафіксовано 5 випадків правеця, один з них у Львівській області, жодна дитина серед хворих не була вакцинована. З іншими вакцинами ситуація також є поганою. У 2017 році менше 50% дітей річного віку були вакциновані від кору, від поліомієліту 26%, від туберкульозу - 40,2% [22].

Стосовно вакцинації від COVID-19 то загалом 65,8% світового населення отримали хоча б одну дозу вакцини та 60,6% населення пройшли повну вакцинацію. В Україні 38,24% отримали хоча б одну дозу вакцини, а повністю вакцинувались 36,96% населення країни, 1,76% встигли отримати бустерну дозу, проте цей показник є доволі низьким через початок війни в Україні з 24 лютого 2022 року. Проте все ще загальний показник вакцинації від коронавірусу навіть не охопив половини населення та Україна досі залишається за рівнем вакцинації поряд з такими країнами, як Південна Африка, Гватемала, Палестина та інші [23]. Ці показники можуть свідчати про неприхильне ставлення українців до вакцинації як такої, адже тенденція повторюється як на

прикладі щеплення, так і на прикладі вакцинації від COVID-19. Проте крім особистого вибору на проблеми з вакцинацією довгий час впливала відсутність потрібних вакцин для щеплення дітей. Певний час поліклініки не отримували необхідні вакцини для щеплення через складні корупційні схеми закупівлі вакцин, пізніше Україна перейшла на співпрацю з зарубіжними компаніями. Період нестачі вакцин значно підсилив антивакцинаторський рух в Україні та знайшов нових прихильників через недовіру до Міністерства охорони здоров'я та самих вакцин зокрема [22].

Лікування психотропними препаратами у суспільстві прийнято сприймати особливо скептично та з обережністю. Це підтверджує наступне дослідження, яка проводилось серед 140 батьків дітей 6-12 років з певними психічними розладами. Дані були отримані при заповненні опитувальника, який стосувався знань та позиції щодо лікування психотропними препаратами. Результати показали, що 83% батьків добре ознайомлені з інформацією про те, які існують категорії психотропних препаратів, як вони працюють та наскільки є ефективними. 40% батьків вважають, що вживання психотропних препаратів є цілком доцільним, 20% думають, що психіатри назначають невиправдано великі дози медикаментів. 80% страху батьків до медикаментозного лікування стосується саме психотропних препаратів. Також 56% батьків вірять, що для лікування психічних розладів краще підходить розмовна психотерапія, ніж медикаментозна, навіть у випадку дитячої шизофренії. Вони вважають, що вживання психотропних ліків з раннього віку призведе до розвитку залежності [24]. Таким чином навіть серед людей, які мають дотичний контакт з серйозними психічними розладами, рівень обізнаності у наслідках психотичного лікування є доволі низьким, а стурбованість висока.

В продовження теми стереотипізації лікування психічних розладів, варто згадати про масштабне дослідження ставлення до лікування та фармакотерапії серед дітей з психічними розладами на великій міжнародній вибірці

(N=1062). Результати дослідження показали що майже половина вибірки 45% частково чи повністю погоджуються з тим, що лікування психічних розладів зробить з дитини справжнього аутсайдера у школі та призведе до подальших соціальних проблем у майбутньому. Втім лише 36% батьків погодились що хвороба дітей не робить з батьків невдах. Цілих 85% респондентів повністю або частково погоджуються з тим, що лікарі занадто багато уваги приділяють лікуванню звичайних проблем поведінки серед дітей. Також 68% вважають що медикаментозне лікування розладів поведінки матиме довгострокові порушення розвитку дитини. 66% респондентів вірять в те, що фармакотерапія в ранньому віці заважає вирішенню реальних проблем в житті дитини, а 52% вважають що ліки вбивають особистість та індивідуальність дитини [25]. Тож ставлення до медикаментозного лікування дітей з певними психічними проблемами є переважно негативним, але скорше свідчить про низьку обізнаність опитуваних у деталях розладів поведінки дітей та дії препаратів для лікування таких проблем. Це говорить про те, що варто проводити психоедукацію щодо проявів та наслідків різних психічних хвороб без належного лікування, адже в іншому випадку подібна стигматизація буде зупиняти майбутніх та вже теперішніх батьків від лікування своїх дітей.

Також варто зазначити що ставлення до медикаментозного лікування соматичних хвороб, як правило, є більш соціально-прийнятним, ніж лікування психічних розладів. Німецьке дослідження соціального ставлення до фармакотерапії показує, що люди краще сприймають вживання кардіологічних препаратів, ніж психотропних. Більшість опитуваних схильні вважати, що психотропні препарати призводять до серйозних наслідків та можуть призвести до втрати контролю над вживанням цих ліків [26]. Проте цікавим спостереженням є те, що ставлення до психотропної фармакотерапії у пацієнтів з психічними розладами та пересічних людей може відрізнятись. Серед 270 пацієнтів психіатричної лікарні та 292 респондентів, які не мають до того ніякого відношення було виявлено, що 77% пацієнтів психіатричного

закладу позитивно ставляться до медикаментозного лікування психічних розладів, коли серед загальної популяції цей показник сягнув лише 36% [27]. Ймовірно пацієнти психіатричного закладу пройшли детальне ознайомлення з роботою ліків, які їм прописали та також мали можливість перевірити їхню дію на собі, порівняно із хворим станом, що може сприяти їхньому сприятливому ставленні до фармакотерапії.

Отже, ставлення до фармакотерапії визначається як відповідне сприйняття профілактики, діагностування та лікування хвороб лікарськими засобами, також в літературі часто використовується поняття прихильності до лікарських засобів, медикаментозної терапії. Ввижається що прихильність до фармакотерапії грає значну роль для ефективності лікування, наприклад туберкульозу. Проте існує думка, що сліпе виконання всіх рекомендацій може нести з собою наслідки у вигляді нанесення шкоди ліками при назначені некоректної терапії, особливо у випадку нових, слабо перевірених ліків. Недостатньо серйозним та відповідальним є ставлення до лікування серцево-судинних захворювань, при тому що саме вони займають перше місце серед головних причин смертності. Ставлення до вакцинації у світі покращилось, проте все ще є недосконалим, адже для контролю базових летальних хвороб необхідне здобуття повного колективного імунітету, що можливо лише у випадку максимальної вакцинації. В Україні рівень вакцинації серед громадян є дуже низьким, як серед щеплення дітей, так і серед вакцинування від COVID-19. За рівнем вакцинації Україна знаходяться поряд з малозабезпеченими країнами, як Гватемала, Південна Африка, Нігерія, Сомалі та інші. Ставлення до фармакологічного лікування психічних розладів все ще є доволі стигматизованим та викликає багато переживань і страхів, особливо серед батьків по відношенню до лікування своїх дітей. Втім ставлення до медикаментозного лікування психічних розладів серед пацієнтів, які мали досвід вживання психотропних препаратів є значно позитивнішим, ніж серед пересічних громадян. Це свідчить про низьку проінформаність щодо дії

психотропних препаратів та наслідків байдужого ставлення до лікування психічних проблем, особливо серед дітей.

## **1.2. Чинники пов'язані зі ставленням до фармакотерапії**

### **1.2.1 Соціальні чинники ставлення до фармакотерапії**

Важливе місце у розумінні ставлення до фармакотерапії займають загальні соціальні чинники, які логічно опосередковують прихильність або неприхильність до вживання медикаментозних препаратів. Найбільш широко-відомим фактором є обізнаність хворих щодо хвороби та дії медикаментозних препаратів. Дослідники Бенкерт, Хілліерт та Сандманн вважають що уявлення про дії психотропних препаратів сильно впливають на прихильність пацієнтів до свого лікування. Проведене науковцями дослідження показало що серед респондентів розповсюджена думка про те, що приймати психотропні препарати доволі ризиковано, є вірогідність втратити контроль, мати побічні наслідки. Загальні наукові джерела інформації щодо дії психотропних препаратів є доволі обмеженими, тож пацієнтам доводиться шукати альтернативні джерела у засобах масової інформації, які висвітлюють психотропні препарати в негативному ключі. За статистикою негативні коментарі у ЗМІ мають більший вплив на сприйняття медикаментозної терапії, ніж наукова література [3]. Отже, науковою спільнотою необхідно створювати літературу, статті простою мовою для неспеціалістів, адже пацієнт, як правило, не зможе зрозуміти наукову мову. Також важлива психоедукація у стосунку лікаря та пацієнта.

Одним з основних факторів впливу на ставлення до фармакотерапії є пережитий лікарняний досвід. Це підтверджує дослідження проведене серед пацієнтів, які хворіють на шизофренію. Науковці застерігають, що наслідки неприхильності до фармакотерапії є доволі критичними для пацієнтів з

шизофренією, а саме - ризик рецидиву, госпіталізація та суїцид. Результати дослідження показали, що ключовими драйверами неприхильності до лікування виявились відсутність зрушень, зловживання психоактивними речовинами та фармакологічні переконання. В той же час прихильне ставлення до лікування пов'язане з хорошим і надійним терапевтичним стосунком, а також розуміння переваг медикаментозної терапії [28]. Отже негативний досвід лікування та поганий альянс з лікарем значно впливають на подальше ставлення до медикаментозної терапії, тож необхідно знаходити індивідуальний підхід до повернення віри та мотивації пацієнтів, які розчарувались.

Також варто згадати про теорію змови, як психологічний корінь негативного ставлення до вакцинації. Хорнсі та Харріс провели масштабне дослідження на вибірці 5323 респондентів з 24 різних країн, в яких виміряли рівень антивакцинаторства, віру в теорію змови, реактивність (схильність проявляти низьку терпимість до порушення свободи людини), чутливість до вигляду крові та голок, світобачення (індивідуалістичне або ієрархічне). Основною ідеєю дослідження було те, що загально відомі чинники негативного ставлення до вакцинації, як погана обізнаність, не допомагають у підвищенні мотивації вакцинуватись. Адже більшість людей свідомо робить вибір виступати проти вакцин, тож проблему треба шукати у стійких установках. Результати дослідження показали, що антивакцинаторські установки були найбільшими серед тих респондентів, які мали високий рівень конспірологічного мислення, високу реактивність, високому рівні відрази до вигляду крові та голок. В той час як демографічні показники, навіть рівень світи, пояснювали незначні рівні дисперсії. Саме тому повторення інформації про користь та важливість вакцинації не працює з такою групою людей, тож необхідно шукати нові шляхи впливу, виходячи з отриманих результатів [4]. Отже оцінка соціальних установок важлива для розуміння ставлення до медикаментозного лікування.

Доволі вагомою у визначенні ставлення до фармакотерапії може бути тип мислення людини, наприклад інтуїтивний може мати значний вплив на вибір людини, адже тоді він має емоційний характер. Дж. Та С. Шиндлер провели дослідження, яке мало на меті перевірити цю гіпотезу. Результати дослідження показали, що чим вища віра в інтуїцію, тим менш прихильним буде ставлення людини до вакцинації. Вони вважають, що відносно велика розповсюдженість інформації щодо можливих побічних ефектів від вакицнації формують інтуїцію, яка через стурбованість схильна негативно сприймати вакцину. Це також підтверджує той факт, що учасники з сильною вірою в інтуїцію повідомляли про те, що вважають вакцині непотрібними та небезпечними [5]. Інтуїція передбачає довіру до власних відчуттів та емоцій, саме цим найчастіше апелюють популярні статті в соціальних мережах, які виступають проти вакцинації. В таких статтях є багато тривоги та страху, які дуже легко формують інтуїтивно обережне ставлення до вакцин. Це ще раз підтверджує, що на теренах Інтернету не вистачає достанься кількості науково-підтвердженої інформації щодо багатьох фармакологічних препаратів, вакцини зокрема, яка буде подана простою мовою та оприлюднена в популярних джерелах інформації. Це би могло позитивно вплинути на емоційне ставлення людей до вакцинації та позбавило зайвих страхів.

### **1.2.2. Особистісні характеристики та ставлення до фармакотерапії**

Особливо велику роль у визначенні ставлення до медикаментозного лікування дослідники приділяють когнітивним особистісним чинникам. Слабка прихильність може бути пов'язана з високими інтернальними та екстернальними переконаннями про контроль здоров'я (пацієнти які вірять що їхнє здоров'я контролюється одночасно зовнішніми факторами та власними віруваннями); високою психологічною реактивністю; фармакофобією; скептицизмом щодо медикаментів (невпевненість в тому що їх необхідно приймати) [29]; а також низьким суб'єктивним благополуччям [30]. Проте інші



дослідження стверджують, що зв'язку прихильності до фармакоterapiї з локусом контролю та суб'єктивним благополуччям не було знайдено. Також відсутній зв'язок з таким, розповсюдженим серед науковців, особистісним чинником, як Я-концепція [6]. Тож когнітивні особистісні характеристики потребують детальнішого вивчення.

Найбільш розповсюдженою методикою для вивчення особистісних характеристик у зв'язку зі ставленням до фармакоterapiї серед дослідників є Велика п'ятірка. В США було проведено велике дослідження, яке мало на меті оцінити ефект особистості на індивідуальне ставлення до вакцинації. Вибірку складало 3276 американців від 18 років, серед яких дві треті підтримують вакцинацію та вважають її корисною, а одна десята має певну стурбованість щодо небезпеки вакцинації. Результати показали, що показники високої доброзичливості, сумлінності та емоційної стабільності асоціюються зі ставленням до вакцинації [7]. Дослідження серед 495 пацієнтів з діабетом другого типу в Ірані також показало що існує прямий зв'язок між ставленням до фармакоterapiї та сумлінністю. Крім того був виявлений позитивний вплив екстраверсії та погоджуваності та негативний вплив нейротизму на сприйняття медикаментозної терапії [31]. Крос-секційне дослідження 123 респондентів похилого віку також доводить, що неприхильність до лікування пов'язана з високим показником нейротизму, а високі погоджуваність та сумлінність з прихильністю до фармакоterapiї [32]. Отже на прикладі багатьох досліджень простежується загальна тенденція зв'язку нейротизму з неприхильністю до медикаментозного лікування та зв'язок прихильності з погоджуваністю, сумлінністю і екстраверсією. З відкритістю до нового ніяких кореляцій не було виявлено. Тож загальна картина виглядає так, що людина прихильна до фармакоterapiї мала б бути активною, енергійною, частіше в доброму настрої, з вмінням ставити та досягати власні цілі, працююча, привітлива та надійна. Тоді як неприхильна до лікування людина мала б бути сумною, емоційно нестабільною, тривожною та з схильністю в усьому сумніватись. Так виглядає,

що першому типу людей було б легше з усім погоджуватись і не перейматись зайвими тривогами про ризики прийому ліків, недовіру до назначеної терапії, тоді як другий тип більш мав би бути багато чим незадоволений, переймався б через малі дрібниці та був схильний до самонакручування.

Втім серед науковців достатньо слабо дослідженими є різні аспекти психіки людини, як стійкі особистісні характеристики, які можуть опосередковано впливати на ставлення до фармакотерапії. Боговін, Платонкіна та Пелерман провели дослідження з цілю оцінити вплив особистісних характеристик пацієнтів з астмою на ставлення до фармакотерапії. Персональні характеристики було вирішено вимірювати за допомогою ММРІ. В опитуванні прийняли участь 93 пацієнта від 18 до 58 років (85% жінки). Результати показали що шкали депресії, психастенії та соціальної інтроверсії мають негативний вплив на прихильність до медикаментозного лікування [33]. Також було проведено дослідження серед 75 хворих на хронічне обструктивне захворювання легень, яке показало переважно більша кількість обстежуваних з високою прихильністю до лікування мали високий рівень тривожності та достаньте виражений рівень депресії. У групі респондентів з низькою прихильністю до лікування спостерігається низький рівень тривожності та помірно виражений та високий рівень депресії [34]. Розрахунок, що пацієнт з депресією не виконує режим лікування у 1,76 разів вищий, ніж у пацієнта, який не страждає на депресію [35]. Отже можна зробити висновок що депресивність є важливою особистісною характеристикою для пояснення ставлення до фармакотерапії, а також тривожність та соціальна інтроверсія.

Не менш важливу роль у негативному ставленні до фармакотерапії може грати нарцисизм, опосередкований надмірною самовпевненістю щодо того, що пацієнт краще за лікаря знає що йому треба. Це підтверджує дослідження, яке взяло за мету вивчити взаємозв'язок теорій змови про COVID-19, бажанням вакцинуватись та психопатією, Маккіавелізмом та колективним нарцисизмом. В дослідженні прийняло участь 406 учасників з Великобританії, які проходили

опитування онлайн. Результати дослідження показали, що Маккіавелізм, психопатія та колективний нарцисизм позитивно пророкували ідеї змови навколо Covid-19. В свою чергу негативні уявлення опосередковували небажання пройти вакцинацію [36]. Колективний нарцисизм передбачає віру в те, що певна група є особливою та кращою за інші, в такому випадку будь-які аргументи за вакцинацію будуть лише підсилювати віру в своє через приналежність до групи антивакцинаторів. Психопатія та Маккіавелізм передбачають відсутність як такої емпатії та нехтування потребами інших, у випадку вакцинації таких людей може слабо хвилювати питання колективного імунітету та безпеки інших. Також наврядчи люди з такими рисами будуть сприймати авторитет лікаря, особливо у разі назначення терапії, яка якось суперечить їхньому комфорту.

Деякі дослідники пов'язують ставлення до медикаментозної терапії з незалежністю особистості та самовпевненістю. К. С. Інсель, Ш. Л. Ремінгер, Чао-Пін Као дослідили ці характеристики на вибірці з 58 учасників похилого віку, які мали різні соматичні хвороби, відповідно до віку. Результати дослідження показали, що незалежність та самовпевненість негативно асоціюються з прихильністю до медикаментозного лікування [37]. Автори дослідження вважають що цей результат є доволі дивним, адже незалежність передбачає вміння брати на себе відповідальність, відповідати за свої дії та доводити справи до кінця. Проте також ці дані можна сприймати як вплив надмірної незалежності та самовпевненості на сприйняття авторитету лікаря та його терапії. Наприклад це може породжувати певний скептицизм щодо назначеної терапії, бажання розібратися в своєму діагнозі самостійно, самому собі підібрати лікування. Надмірну впевненість можна сприймати як рису нарцисизму та ставити питання про зв'язок ставлення до фармакотерапії та нарцисизму.

Отже, серед основних чинників ставлення до фармакотерапії дослідники виділяють соціальні фактори зв'язку. Серед них важливу роль відіграє

обізнаність пацієнтів щодо перебігу хвороби та дії медикаментозних препаратів; пережитий досвід лікування; установки щодо медицини та інтуїція. Для підвищення рівня обізнаності та розвіювання міфів щодо хвороб необхідно створювати більше наукових джерел простою мовою, адже в більшості випадків люди обирають дізнаватися інформацію про медицину з неперевіраних джерел в соціальних мережах, що може негативно впливати на ставлення до фармакотерапії. Серед когнітивних особистісних чинників зв'язку зі ставленням до фармакотерапії науковці виділяють локус контролю здоров'я, висока реактивність та низьке суб'єктивне благополуччя. Найбільш розповсюдженими особистісними характеристиками для дослідження є шкали Великої п'ятірки. Результати різних досліджень демонструють зв'язок неприхильності до фармакотерапії та нейротизму, а також прихильності з екстраверсією, сумлінністю та доброзичливістю. Також доведеним є зв'язок ставлення до фармакотерапії з підвищеною тривожністю, депресивністю, соціальною інтроверсією, психопатією, Маккіавелізмом, колективним нарцисизмом, незалежністю та самовпевненістю.

### **1.3. Теоритична модель особистісних характеристик ставлення до фармакотерапії: психодинамічний аспект**

Ставлення до фармакотерапії визначає оцінку сприйняття профілактики, діагностики та лікування хвороб медикаментозними препаратами [12]. Це поняття може охоплювати різні рівні медикаментозної лікарської допомоги: вакцинація, лікування соматичних хвороб різної важкості або психотропну фармакотерапію психічних розладів [18;19;21;23;24;25]. Основними критеріями оцінки є прихильність (регулярне прийняття ліків за призначенням лікаря, планове щеплення та вакцинування) або неприхильність до медикаментозної терапії (небажання приймати лікарські засоби, недовіра до назначеної терапії, низька мотивація щодо терапії) [14].

Важливими предикторами ставлення до фармакотерапії є особистісні характеристики. Детально вивченим та доведеним є зв'язок з такими особистісними рисами, як нейротизм, екстраверсія, сумлінність та доброзичливість. Нейротизм - обернено корелює з прихильністю до медикаментозної терапії, а сумлінність, доброзичливість та екстраверсія - прямо [7; 31; 32]. Водночас особистісні чинники психодинамічного характеру вивчені достатньо слабо. Передбачається зв'язок неприхильності ставлення до медикаментозного лікування з депресивністю, високою тривожністю, соціальною інтроверсією [33; 34; 35] та психопатією [36]. Зокрема ці стани можуть продукувати переживання щодо побічних ефектів; низьку мотивацію до будь-яких дій; байдужість до свого самопочуття; орієнтованість на бажання, а не реальність; пригнічений або нестабільний настрій; та певну замкнутість, що впливатиме на контакт з лікарем. Також припускається зв'язок іпохондрії з прихильністю до фармакотерапії через схильність перебільшувати важкість свого стану та відповідне бажання часто обстежуватись і приймати ліки.

Також передбачається зв'язок неприхильності до фармакотерапії з нарцисизмом, через перебільшення власних якостей [36] та самовпевненість [37]. Це може призвести до самолікування, нехтування авторитетом лікаря та його терапії.

Також можна припустити, що високий рівень психічної організації має зв'язок з прихильністю до фармакотерапії. Хороше тестування реальності може впливати на краще розуміння переваг медикаментозної терапії, реальну оцінку ризиків нелікування хвороб науково-перевіреними методами. В той час як нижчий рівень психічної організації міг би продукувати непослідовну поведінку та ірраціональність сприйняття.



Рис. 1.1. Теоретична модель чинників ставлення до фармакотерапії

Отже, в ході теоретичного дослідження були сформовані наступні гіпотези:

1. Прихильне ставлення до фармакотерапії прямо корелює з іпохондрією та обернено з депресією, психопатією та психастенією.
2. Існує зв'язок між нарцисизмом та ставленням до медикаментозної терапії.
3. Існує зв'язок між рівнем психічної організації та ставленні до фармакотерапії.

### Висновки до 1 розділу

Отже, дослідження, які вивчають ставлення до фармакотерапії є доволі розповсюдженими в науковій літературі. Проте, як правило, дослідників в своїх роботах найбільше цікавить загальна статистика прихильності до медикаментозного лікування. Серед чинників зв'язку ставлення до фармакотерапії найбільш дослідженими є різні соціальні фактори. Зв'язок з особистісними характеристиками в основному обмежується методикою Великої п'ятірки або одних тих самих когнітивних особистісних чинників (локус контролю, рівень благополуччя). Водночас психодинамічний аспект

особистісних чинників представлений в літературі малою кількістю досліджень. Трапляються роботи зв'язку депресії, психастенії та інтроверсії, психастенії та Маккіавелізма. Тим часом досліджень присвячених зв'язку рівня психічної організації та ставлення до фармакотерапії взагалі немає.

Більшість згаданих досліджень є крос-секційними, зрідка якісними, проте присутня велика нестача експериментальних робіт на цю тему. Головні обмеження полягають в нестачі методологічного інструментарію, адже більшість дослідників використовують авторські анкети для вимірювання ставлення до фармакотерапії. В той же час більшість авторів використовують одні ті ж самі методики для вимірювання чинників зв'язку, наприклад Велика п'ятірка. Тому метою дослідження є визначення зв'язку ставлення до фармакотерапії з особистісними характеристиками психодинамічного аспекту.

## **РОЗДІЛ II**

### **ДИЗАЙН ТА МЕТОДОЛОГІЯ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБИСТІСНИХ ХАРАКТЕРСТИК СТАВЛЕННЯ ДО ФАРМАКОТЕРАПІЇ: ПСИХОДИНАМІЧНИЙ АСПЕКТ**

#### **2.1. Дизайн дослідження особистісних чинників ставлення до фармакотерапії**

Основною метою дослідження постає визначення психодинамічних особистісних аспектів у формуванні ставлення до фармакотерапії українських респондентів. Об'єктом дослідження є ставлення до фармакотерапії, а предметом - психодинамічні особистісні чинники ставлення до фармакотерапії. Дослідження має кількісний кореляційний дизайн.

Перед початком опитування була складена Google-форма на основі однієї авторської анкети та 5 методик, одна з яких потребувала авторського перекладу, адже не мала адаптації на українській вибірці. Дослідження проводилось у формі опитування в електронному режимі, адже проходило в період всесвітньої пандемії і, в подальшому, в період воєнного стану в Україні протягом 4 тижнів. Були залучені різні соціальні мережі для збору даних: Facebook, Instagram, Telegram, а також здійснювалась розсилка електронною поштою. З огляду на значний об'єм опитувальника деякі респонденти не змогли пройти його до кінця, тож в аналіз даних були задіяні тільки дані тих, хто повністю пройшов опитувальник.

#### **2.2. Методологія дослідження ставлення до фармакотерапії**

Для вивчення структурної організації особистості було обрано Опитувальник особистісної організації (ІРО) Кернберга. Методика була обрана для дослідження психодинамічних чинників ставлення до фармакотерапії. Шкала особистісної організації визначає рівень організації особистості за такими критеріями, як типи примітивних захистів, інтеграція ідентичності та



порушення здатності тестувати реальність [38]. Дірк Дж. М. Смітс з колегами на основі опитувальника Кернберга розробили корочшу версію опитувальника (The Inventory of Personality Organization–Revised) на 41 питання [39]. Ця версія була успішно адаптована на українській вибірці Коваль А. В. [40]. Адаптована методика також включає в себе 41 питання, 11 з яких вимірюють тестування реальності, а 30 примітивні захисти та інтеграцію ідентичності, на які треба дати позитивну або негативну відповідь.

Для виявлення особистісних радикалів було обрано скорочений Міннесотський багатопрофільний опитувальник особистості (MMPI) - Міні-мульти. Методика включає в себе 71 твердження, серед яких 9 базових шкал: іпохондрія (14) - антено-невротичний тип; істерія (19) - особи яким притаманні захисні неврологічні реакції конверсійного типу; депресія (26) - схильні до чутливості, тривоги, страху та сенситивності; психопатія (19) - певна безадаптація, агресивність, неприйняття соціальних норм та конфліктність; паранояльність (14) - люди з розвитком надцінних ідей; психастенія (16) - тривожний, недовірливий, нерішучий; шизоїдність (20) - певна відчуженість в стосунку, при тому підвищена емоційна чутливість; гіпоманія (12) - активний, енергійний, радісний незалежно від обставин та 3 оціночних (брехня, вірогідність, корекція), які необхідно оцінити позитивно або негативно [41]. Головними недоліками методики є застарілість та великий обсяг питань. Оскільки інших методик для вивчення особистісних психодинамічних радикалів не було знайдено, було прийняте рішення зупинитись саме на цьому опитувальнику.

Також було прийнято рішення додати показник нарцисизму, як важливий психодинамічний чинник. Оскільки методика MMPI не включає такого показника, для дослідження нарцисизму було обрано методику нарцистичний опитувальник особистості (NPI-16) та шкалу сензитивного нарцисизму (HSNS). Нарцистичний опитувальник особистості (Narcissistic Personality Inventory, NPI-16) був створений у 2006 році на основі більшої варіації NPI-40 для

вимірювання грандіозного нарцисизму [42]. В подальшому методика була скорочена до 16 пар тверджень, з яких респондент має вибрати варіант, який краще описує його особистість. З кожної пари одне твердження відповідає нарцисизму та оцінюється в 1 бал, та в 0 балів, якщо не відповідає. Відповідно вираховується сума всіх тверджень, чим вищий бал, тим вищий показник нарцисизму. Для дослідження було обрано українську версію опитувальника в адаптації Кривенко І., Пилат Н., Сенік О., яка включає в себе таку ж кількість тверджень [43].

Для вимірювання сензитивних рис було обрано шкалу сенситивного нарцисизму (Hypersensitive Narcissism Scale, HSNS). Методика була створена в 1997 році науковцями Х. М. Хендіном і Дж. М. Чіком для оцінки прихованої сторони нарцисизму, щоб глибше розкрити його значення [44]. Шкала складається з 10 тверджень, які треба оцінити за п'ятибальною системою, де 1 - дуже нехарактерно, 2 - не характерно, 3 - нейтрально, 4 - характерно, 5 - дуже характерно. Результат вираховується як сума всіх відповідей в діапазоні мінімум 10 балів - максимум 50 балів. Чим вищий бал, тим вищий показник сенситивного нарцисизму. Оскільки української адаптації не було знайдено, був зроблений авторський переклад тексту методики. Обидві методики на вимірювання нарцисизму є доволі простими у виконанні і займають мало часу, що підвищує їх цінність.

Оскільки жодних комплексних опитувальників для виявлення ставлення до фармакотерапії не було знайдено, було прийнято рішення створити авторську анкету, яка має на меті дослідити ставлення досліджуваних до соматичної, психотичної фармакотерапії, а також вакцинації. Анкета включає в себе 11 запитань та умовно поділена на чотири блоки: 1) загальне ставлення до фармакотерапії (якій медицині респондент надає перевагу; як часто приймає ліки); 2) ставлення до соматичної фармакотерапії (наявність серйозних хвороб, готовність приймати ліки сильної дії); 3) ставлення до вакцинації (вакцинація загалом, наявність щеплення в дитинстві, вакцинування від COVID-19); 4)

психотична фармакотерапія (наявність психічних розладів, проходження фармакологічної терапії, готовність приймати психотропні ліки в майбутньому) (Додаток А ). Далі відповіді респондентів кодуються та аналізуються в контексті з іншими опитувальниками.

### **2.3. Група досліджуваних**

Групу досліджуваних складають 90 учасників віком від 18 до 55 років, з них 60 (66,7 %) жінок та 29 (32,2 %) чоловіків, 1 учасник відмовився вказувати стать. 73,3% опитуваних мають повну вищу освіту, 21,1% неповну вищу освіту, 4,4% повну середню освіту та 1,1% неповну середню освіту. До дослідження допускались тільки повнолітні учасники незалежно від власного ставлення до фармакотерапії, також важливим було мати досліджуваних, які мають діагностовані соматичні, психічні хвороби та тих які є цілком здоровими.

Для статистичного аналізу були обрані методи порівняльного, кореляційного та регресійного аналізу. Були обрані як параметричні, так і непараметричні методи статистичного аналізу, оскільки після перевірки узгодженості розподілів шкал опитувальників із нормальним було виявлено, що шкали за цим показником різняться між собою.

Отже, було проведене кількісне кореляційне дослідження для визначення ролі психодинамічних особистісних чинників у ставленні до фармакотерапії. Дослідження проводилось за допомогою Google-форми в електронному форматі та складалось з однієї авторської анкети на вимірювання ставлення до фармакотерапії, опитувальника особистісної організації (IPO), Міні-мульта, шкала особистісного нарцисизму (NPI-16), шкала сенситивного нарцисизму (HSNS). Групу досліджуваних складають 90 учасників від 18 до 55 років, серед яких 60 жінок та 29 чоловіків. Для статистичного аналізу були використані методи порівняльного, кореляційного та регресійного аналізу.

## РОЗДІЛ III

### РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ: ОСОБИСТІСНІ ЧИННИКИ СТАВЛЕННЯ ДО ФАРМАКОТЕРАПІЇ, ПСИХОДИНАМІЧНИЙ АСПЕКТ.

#### **3.1 Ставлення до фармакотерапії у зв'язку з депресією, психопатією, психастенією та іпохондричністю**

Для вимірювання ставлення до фармакотерапії використовувалась авторська анкета з 11 питань. Для оцінки особистісних характеристик: іпохондрія, депресія, істерія, психопатія, паранояльність, психастенія, шизоїдність, гіпоманія використовувалась методика Міні-мулт.

Анкетування учасників показало що 93,3% досліджуваних вважають себе прихильниками доказової медицини (науково обґрунтована медична практика, діагностика, лікування) та тільки 6,7% обирають альтернативну медицину (народні методи, гомеопатія, хіропрактика, акупунктура, рейкі, Аюрведа, тощо) (Рис. 2.1). Серед всіх опитуваних 2,2% ніколи не вживають лікарських препаратів, 43,3% вживають не кожен місяць, 15,6% щомісячно приймають медичні препарати, 7,8% щотижнево, 24,7% щоденно, а 4,4% кілька разів на день (Рис 2.2). Тож в загальному група досліджуваних вживає медичні препарати за потребою, без особливих зловживань, або відповідно до назначеної терапії. 61,1% опитуваних не мали ніяких діагностованих хвороб, які потребують серйозного медичного втручання, 38,9% мали такі хвороби (Рис. 2.1). 88,9% респондентів готові б були приймати фармакологічні препарати сильної дії у разі серйозного соматичного діагнозу, 10% стали б шукати альтернативні методи лікування, а 1,1% не стали би лікуватись взагалі (Рис. 2.1).

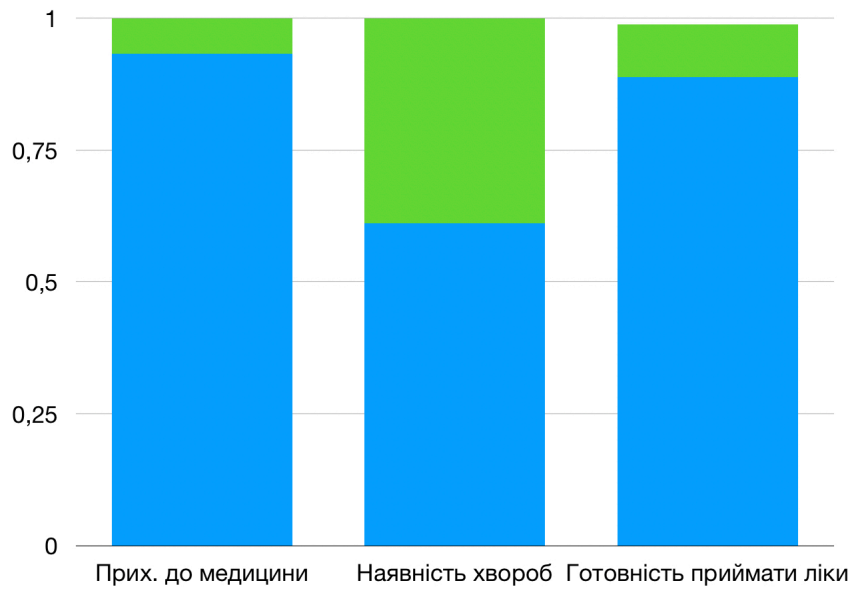


Рис. 3.1. Середні значення прихильності до певної медицини; наявність серйозних соматичних хвороб; готовність приймати ліки сильної дії

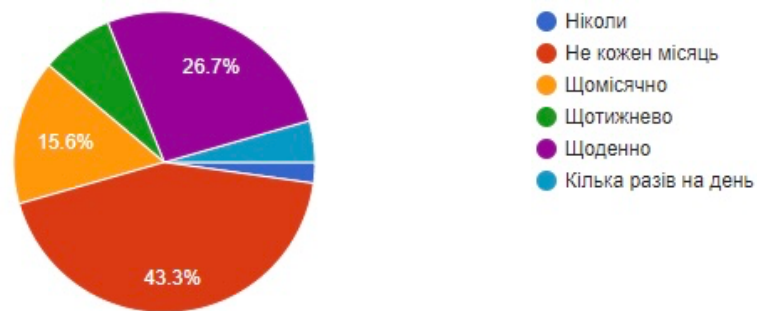


Рис. 3.2. Частота вживання лікарських препаратів

88,9% позитивно ставляться до вакцинації як методу розвитку імунітету до інфекційної хвороби, 11,1% - ставляться негативно. 96,7% опитуваних робили в дитинстві щеплення, а 3,3% - не робили. Серед всіх опитуваних 86,7% вакцинувались від COVID-19, в той час як 13,3% не вакцинувались (Рис 2.3).

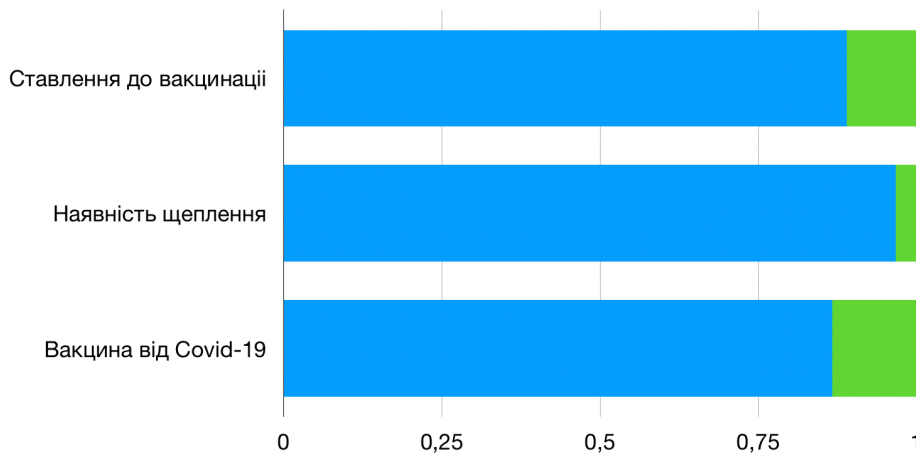


Рис. 3.3. Середні значення ставлення до вакцинації; наявності щеплення в дитинстві; вакцини від COVID-19

93,3% не мають діагностованих психічних розладів, 6,7% - мають. 88,9% не приймають жодних психотропних препаратів, 11,1% приймають, що може означати що деякі опитувані приймають психотропні препарати без наявності психічних розладів. 85,6 % готові б були приймати психотропні препарати у разі діагностування психічних розладів, 12,2% шукали би допомогу в альтернативних джерелах, а 2,2% не стали би лікуватись взагалі (Рис. 2.4).

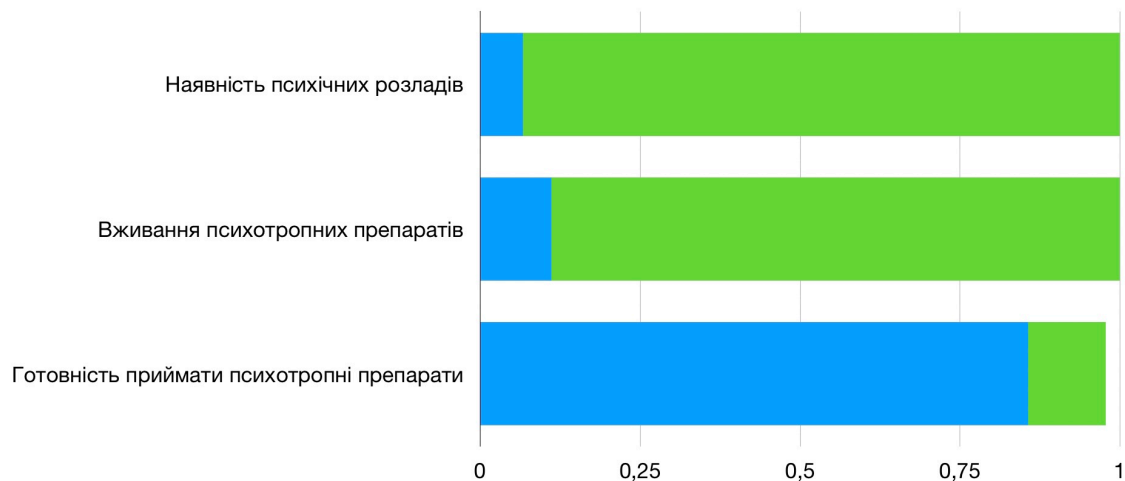


Рис 3.4. Середні значення наявності психічних хвороб; вживання психотропних препаратів; готовності приймати психотропні препарати

Загалом досліджувана група продемонструвала доволі помірні або низькі показники за всіма особистісними характеристиками. Середні значення депресії дорівнює 44,9 балів; істерії - 43,2; паранояльність - 43,8; гіпоманія - 42,8; іпохондрія - 35,4; психопатія - 33,7; психастенія - 15,5; шизоїдність - 18,5 (нижче 40 - низький показник, 70 і вище - високий). Очікувано найбільшим виявився рівень депресії, проте він все ще знаходиться в межах норми, дивним є дуже низький показник психастенії, тож дану групу можна описати як дуже спокійну. Можливо це специфіка того, що вибірка не була обмежена тільки хворими, а переважну більшість складала здорові люди без серйозних захворювань.

Кореляційний аналіз за критерієм Пірсона не показав жодних статистично значущих даних між ставленням до фармакотерапії та показниками депресії, іпохондрії, гіпоманії, істерії, психопатії, паранояльності, психастенії та шизоїдності (Додаток Б). Пізніше був проведений порівняльний аналіз за критерієм Манна-Уїтні, проте він також показав не значущі відмінності в межах кожної окремої характеристики (Додаток В). Отже 1 гіпотеза щодо зв'язку депресії, психастенії та ставлення до фармакотерапії не

підтвердилась. Такий результат є доволі дивним, адже не одне дослідження вказує на тісний зв'язок депресії та психастенії з неприхильністю до фармакотерапії [33; 34; 35]. Це наводить на думку про те, що якісь інші фактори могли вплинути на результат. В першу чергу варто зазначити, що розподіл досліджуваних за запитаннями анкети ставлення до фармакотерапії, не є рівномірним. В середньому лише близько 10% опитуваних обирали варіанти відповіді, які можуть свідчити про низьку прихильність до фармакотерапії. Тож це могло значно вплинути на відсутність статистичних результатів, особливо у порівняльному аналізі. Також викликають сумніви низькі значення по психастенії та депресії серед опитуваних.

З огляду на відсутність будь-яких результатів було прийнято рішення додатково провести множинний регресійний аналіз. За результатами цього аналізу регресійна модель особистісних чинників прихильності до певної медицини дає змогу описати 13% мінливості значень за цією шкалою (при рівні значущості  $p < 0,06$ ) (Табл 3.1). Причому, основними змінними у цій моделі є показники психопатії та істерії, психопатія - в більшій мірі. Хоч відсоток мінливості не є дуже великим, проте він підтверджує, що психопатія та істерія детермінують прихильність до певної медицини. Психопатія - має прямий зв'язок, чим більше рівень психопатії, тим більша прихильність до альтернативної медицини. Істерія - обернений, чим більший рівень істерії тим більша вірогідність бути прихильним до доказової медицини, і більша до альтернативної. Ці результати підтверджують попередні дослідження, які свідчать про зв'язок психопатії з негативним ставленням до фармакотерапії, вакцинації зокрема [36]. Проте особливо цінною є кореляція істерії із прихильністю до певної медицини, адже в науковій літературі немає згадок про зв'язок цих понять.

Отже, 1 гіпотеза підтвердилась частково, адже ніяких зв'язків між депресією, психастенією, іпохондрією не було виявлено. Був присутній зв'язок лише з психопатією.



Регресійна модель особистісних чинників зміни рівня ставлення до  
фармакотерапії

Regression Summary for Dependent Variable: 1. Прихильником якої медицини Ви є? (Spreadsheet2_(Recovered))						
R= ,36311176 R <sup>2</sup> = ,13185015 Adjusted R <sup>2</sup> = ,10156586						
F(3,86)=4,3537 p<,00664 Std.Error of estimate: ,23776						
N=90	Beta	Std.Err. of Beta	B	Std.Err. of B	t(86)	p-level
Intercept			1,317261	0,131878	9,98849	0,000000
Психопатія	0,285969	0,140483	0,005846	0,002872	2,03562	0,044867
Істерія	-0,480345	0,146458	-0,012342	0,003763	-3,27973	0,001501
Шизоїдність	0,249210	0,153087	0,004647	0,002854	1,62790	0,107205

### 3.2. Ставлення до медикаментозної терапії та нарцисизм

Для вимірювання нарцисизму були використані дві методики: шкала сенситивного нарцисизму (Hypersensitive Narcissism Scale, HSNS) та нарцистичний опитувальник особистості (NPI-16), який оцінює рівень грандіозного нарцисизму.

Група досліджуваних продемонструвала середній, ближчий до високого, рівень вразливого нарцисизму - 30,5 балів (при min=10, max=50) та низький рівень грандіозного нарцисизму - 4 бали (при min=1, max=10). Це може свідчити про те, що групі респондентів більш притаманні вразливі риси нарцисизму - замкнутість, чутливість, невпевненість, ніж грандіозного нарцисизму - самозакоханість, самовпевненість.

Проведений порівняльний аналіз за критерієм Манна-Уїтні не показав жодних статистично значущих відмінностей (Додаток В). Був також проведений кореляційний аналіз за критерієм Пірсона, проте він також не показав жодних статистично значущих кореляцій (Додаток Г).

Тому було вирішено провести множинний регресійний аналіз. За результатами аналізу регресійна модель чинників прихильності до певної медицини дає змогу описати 6% мінливості значень за цією шкалою (при рівні

значущості  $p < 0,05$ ) (Табл. 3.2). При тому передбачається детермінація як вразливим нарцисизмом, так і грандіозним, вразливим в більшій мірі. Обидва показники нарцисизму мають прямий зв'язок з прихильністю до певної медицини. Це означає, що чим вищий рівень грандіозного чи вразливого нарцисизму, тим вища вірогідність бути прихильником альтернативної медицини. Це підтверджують попередні дослідження, в яких згадується зв'язок ставлення до фармакоterapiї та грандіозного нарцисизму (Маккіавелізм, самовпевненість) [36; 37].

Отже, другу гіпотезу можна вважати частково підтвердженою, адже нарцисизм дійсно відіграє роль у визначенні прихильності до лікування, проте не велику. Також важливо зазначити, що нарцисизм описував детермінацію лише одного питання з переліку всіх питань про ставлення до фармакоterapiї.

Табл. 3.2.

Регресійна модель нарцисизму як чинника зміни рівня прихильності до певної медицини

Regression Summary for Dependent Variable: 1. Прихильником якої медицини Ви є? (Spreadsheet2_(Recovered))						
R= ,25151555 R <sup>2</sup> = ,06326007 Adjusted R <sup>2</sup> = ,04172582						
F(2,87)=2,9376 p<,05827 Std.Error of estimate: ,24555						
N=90	Beta	Std.Err. of Beta	B	Std.Err. of B	t(87)	p-level
Intercept			0,722012	0,149493	4,829731	0,000006
Сенсит. Нарцис.	0,219207	0,103841	0,009946	0,004712	2,110980	0,037643
Гранд. нарцис.	0,115200	0,103841	0,009804	0,008838	1,109382	0,270323

### 3.3. Ставлення до фармакоterapiї та рівень психічної організації

Для вимірювання рівня психічної організації використовувався Опитувальник особистісної організації (ІРО). Середні значення вказують на середню дифузність ідентичності - 74 бали (при max=150), середнє порушення здатності тестувати реальність - 24,8 балів (при max=55) та середні значення по

шкалі особистісної структури - 99 балів (при max 205), що може свідчити про певну межовість даної групи досліджуваних.

За результатами порівняльного аналізу за критерієм Манна-Уїтні рівня особистісної організації та ставлення до фармакотерапії було виявлено статистично значущі результати серед показників рівня тестування реальності (Рис. 3.5.) та особистісної структури особистості (Рис. 3.6). За результатами аналізу було виявлено, що у прихильників альтернативної медицини вищий рівень тестування реальності та особистісної структури, що є доволі неочікуваним результатом. Адже передбачалось що високе тестування реальності продукує реалістичне сприйняття навколишнього світу та відповідно підтримку доказової медицини. Так само з особистісною структурою. В підтвердження цих даних варто згадати про те, що середній бал рівня особистісної організації та тестування реальності був доволі посереднім і при тому близько 90% респондентів мали високу прихильність до фармакотерапії.

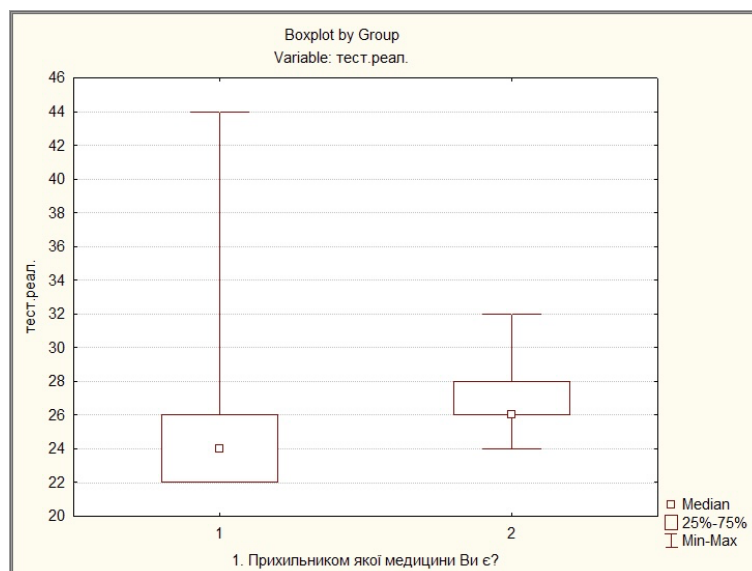


Рис. 3.5. Порівняльний аналіз за критерієм Манна-Уїтні показника прихильності до певної медицини в залежності від рівня тестування реальності

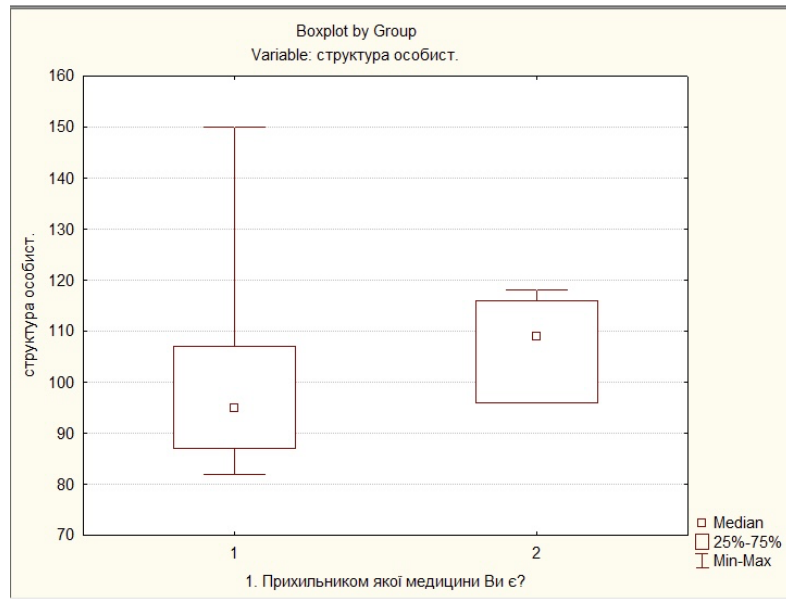


Рис. 3.6. Порівняльний аналіз за критерієм Манна-Уїтні показника прихильності до певної медицини в залежності від особистісної структури

Також був проведений кореляційний аналіз за критерієм Пірсона, який показав наявність статистично значущих результатів. За даними аналізу прихильність до певної медицини прямо корелює з тестуванням реальності ( $r=0,23$ ,  $p<0,05$ ), а також із структурою особистості ( $r=0,21$ ,  $p<0,05$ ) (Рис. 3.7). Також була виявлена пряма кореляція між особистісною структурою та готовністю приймати препарати сильної дії у разі важкого захворювання ( $r=0,21$ ,  $p<0,05$ ) (Рис. 3.8). Ці результати ще раз доводять, що чим вищий рівень тестування реальності та особистісної структури, тим більша вірогідність прихильності до альтернативної медицини. Відповідно у прихильників доказової медицини нижчий рівень тестування реальності та структурної організації особистості. Також був виявлений зв'язок між тестуванням

реальності та неготовністю приймати ліки сильної дії для лікування тяжких хвороб.



Рис. 3.7. Кореляційний аналіз за критерієм Пірсона прихильності до певної медицини з тестуванням реальності та особистісною структурою



Рис. 3.8. Кореляційний аналіз за критерієм Пірсона готовність приймати ліки сильної дії та тестування реальності

Отже, третя гіпотеза підтвердилась. Шляхом порівняльного та кореляційного аналізів був виявлений зв'язок між прихильністю до альтернативної медицини та тестуванням реальності і особистісною організацією, а також тестуванням реальності та неготовністю приймати ліки сильної дії для лікування.

### **3.4. Дискусія результатів ролі особистісних чинників психодинамічного характеру у визначенні ставлення до фармакотерапії**

Перша гіпотеза про те, що ставлення до фармакотерапії прямо корелює з іпохондрією та обернено з депресією, психопатією та психастенією підтвердилась лише частково. Не було виявлено жодних статистично значущих результатів у зв'язку з депресією, іпохондрією та психастенією. Що є доволі дивним, адже багато досліджень як раз вказують на зв'язок депресії та психастенії з неприхильним ставленням до фармакотерапії [33; 34; 35]. Втім був виявлений зв'язок психопатії з прихильністю до альтернативної медицини в ході регресійного аналізу. Попередні дослідження також вказують на зв'язок психопатії з віруваннями, які суперечать прихильності до фармакотерапії, як підтримка теорій змови або антивакцинаторські рухи [36]. Це можна пояснити тим, що люди з високою психопатією схильні нехтувати загально-визначеними правилами, законами, тож логічною буде поведінка направлена проти загально-прийнятими норм лікування, колективної імунізації тощо. Слабке відчуття провини та сорому також може бути причиною байдужості психотичних людей до свого здоров'я, і особливо - до здоров'я оточуючих. Крім того, було виявлено що істерія також детермінує підтримку альтернативної медицини. Це можна пояснити тим, що істерики надають перевагу хворобливому стану, а альтернативна медицина, як раз лікує менш ефективно, проте справляє враження постійного лікування.

Друга гіпотеза про те, що нарцисизм має зв'язок зі ставленням до фармакотерапії також підтвердилась частково. Завдяки результатам

множинного регресійного аналізу було виявлено, що вразливий та грандіозний нарцисизм детермінують прихильне ставлення до альтернативної медицини. Схожі дослідження демонструють зв'язок нарцисизму з установками про теорії змови навколо обов'язкової вакцинації [35], а також самовпевненості з неприхильністю до лікування [36]. Роль грандіозного нарцисизму можна пояснити бажанням все контролювати та переоцінювати свої якості, що може призводити до знецінення авторитету лікаря та подальшого самолікування. Зв'язок з вразливим нарцисизмом ймовірно пояснюється хронічною невпевненості у собі та своєму виборі, надмірній чутливості, страху брати на себе відповідальність, що може бути пов'язано з низькою мотивацією до лікування.

Третя гіпотеза про зв'язок рівня особистісної структури та ставлення до фармакотерапії цілком підтвердилась. Була виявлена кореляція між прихильністю до альтернативної медицини та тестуванням реальності ( $r=0,23$ ) і особистісною структурою ( $0,21$ ); а також готовності приймати сильні ліки у випадку тяжкої хвороби та тестування реальності ( $r=0,21$ ). Оскільки немає ніякої літератури, яка б дослідила рівень структурної організації та прихильність до лікування, неможливо було завчасно передбачати напрям цього зв'язку. Результати виявились неочікуваними, проте нашоухують на нові ідеї. Можливо вищий рівень тестування реальності не стільки формує реалістичне сприйняття, як дозволяє бачити нові межі різних аспектів реальності. Високо організовані люди можуть більш свідомо підходити до своєї терапії, уникнути ризиків та можуть вирішити що для них буде краще.

Головним обмеженням дослідження можна вважати те, що деякі аспекти ставлення до фармакотерапії в ході дослідженні взагалі не були ні з чим пов'язані. Наприклад ставлення до вакцинації та до психотропних препаратів взагалі не було охоплено. Можливо на такі результати вплинув нерівномірний розподіл опитуваних. Вибірка виявилась слабо рандомізованою, адже більше 70% респондентів мали повну вищу освіту, що могло вплинути на здебільшого

прихильне ставлення до всіх аспектів фармакоterapiї. Також авторська анкета мала на меті вимірювати ставлення до фармакоterapiї, опираючись на реальну поведінку людей, як вакцинування, вживання ліків. Проте не завжди реальна поведінка має співпадати із ставленням до якогось явища, адже робити якісь дії можна всупереч своїм переконанням через вплив інших факторів. В майбутніх дослідженнях необхідно буде сконцентрувати увагу на якісній рандомізації вибірки та доопрацюванні анкети. Питання мають бути менш директивними, щоб не навіювати певну правильну відповідь. А також мають стосуватися безпосередньо сприйняття досліджуваними окремих аспектів фармакоterapiї.

Враховуючи деякі виявлені в процесі дослідження недоліки анкети варто зазначити, що результати потребують повторної перевірки достовірності на кращій вибірці та з вдосконаленим інструментарієм. В більшій мірі це стосується результатів, які важко підтвердити попередніми дослідженнями. Важливо продовжити вивчення істерії, вразливого та грандіозного нарцисизму, а також рівня особистісної структури в контексті ставлення до фармакоterapiї для ширшого розуміння психодинамічних механізмів роботи психіки та впровадження цих дітей в охорону здоров'я України та світу.

## **Висновки**

Отже, ставлення до фармакоterapiї це оцінка профілактики, діагностики та лікування медикаментозними препаратами різних хвороб. Ставлення до фармакоterapiї включає в себе багато аспектів лікарської допомоги: медикаментозна терапія соматичних хвороб різної важкості, психічних розладів, вакцинація; може бути прихильним або неприхильним. Ставлення до фармакоterapiї відіграє важливу роль для ефективності лікування та одужання, наприклад для пацієнтів хворих на туберкульоз. Рівень серйозності ставлення до лікування серце-судинних хвороб є доволі низьким, це при тому що такі хвороби є першою причиною смертності у світі. Статистика вакцинації у світі



за останні роки трохи покращилась, наразі 80% дітей до року отримали повний курс імунізації. Тим часом Україна за рівнем дитячого щеплення знаходиться на рівні з такими країнами, як Сирія, Південна Африка, Палестина та інші. Так само всього 36% населення вкололи дві дози вакцини в Україні, при світовій статистиці в 60%. Ставлення до лікування психотичними препаратами все ще залишається доволі стереотипним, особливо серед батьків.

Серед найбільш розповсюджених чинників формування ставлення до фармакоterapiї вважаються соціальні фактори зв'язку. Серед яких найбільш важливими вважаються обізнаність пацієнтів щодо перебігу хвороби та дії медикаментозних препаратів; пережитий досвід лікування, установки та інтуїція. Для підвищення рівня обізнаності необхідно підвищувати обсяг доступних науково-перевіраних джерел простою мовою. Також доволі розповсюдженими є когнітивні риси зв'язку: локус контролю, висока реактивність, низьке суб'єктивне благополуччя. Найбільш дослідженими серед особистісних факторів зв'язку є риси Великої п'ятірки. Серед багатьох джерел спостерігається обернена кореляція з нейротизмом та пряма з доброзичливістю, сумлінністю та екстраверсією. Серед особистісних характеристик психодинамічного аспекту досліджень не так багато. Доведеним є зв'язок депресії, психастенії та психопатії зі ставленням до фармакоterapiї, а також з колективним нарцисизмом та Маккіавелізмом.

Дизайн дослідження має крос-секційний характер та проводилось в онлайн формі за допомогою Google-форми на основі авторської анкети ставлення до фармакоterapiї; опитувальника особистісної організації (IPO) Кернберга; Міні-мульты; нарцисичний опитувальник особистості (NPI-16); шкалу сенситивного нарцисизму (HSNS). Групу досліджуваних склали 90 учасників від 18-55 років, 60 жінок та 29 чоловіків. 73,3% опитуваних мали повну вищу освіту. Для статистичного аналізу були використані методи порівняльного, кореляційного та регресійного аналізу.

В результаті дослідження були отримані наступні результати. Існує зв'язок між прихильністю до альтернативної терапії з психопатією та істерією. Зв'язок між прихильним ставленням до альтернативної медицини та сенситивним та грандіозним нарцисизмом. А також між прихильним ставленням до альтернативної медицини з тестуванням реальності та рівня особистісної організації. Крім того був знайдений зв'язок неготовності приймати ліки сильної дії при тяжких хворобах та тестуванням реальності.

Тема потребує подальшого вивчення, адже психодинамічний аспект особистісних рис у ставленні до фармакотерапії взагалі не досліджений. В майбутніх роботах необхідно підібрати хорошу рандомізовану групу учасників різних верств населення та модифікувати наявну методику з акцентом на суб'єктивному ставленні до медикаментозного лікування.

Результати дослідження можуть бути корисними серед кола психологів, психотерапевтів та психіатрів для кращого розуміння причин відмови, кидання та небажання продовжувати допоміжну фармакотерапію.

### Список використаних джерел:

1. Мельник Л.М., Грек І. М. Антивакциноворотство як рух: короткий історичний екскурс. Біла Церква, 2021. URL:  
<http://193.138.93.8/bitstream/BNAU/6989/1/Antyvaktsynatorstvo.pdf>.
2. Lazaratou H., Anagnostopoulos D. C., Alevizos E. V., Haviara F., Ploumpidis D. N. Parental attitudes and opinions on the use of psychotropic medication in mental disorders of childhood, 2007. URL:  
<https://link.springer.com/article/10.1186/1744-859X-6-32>.
3. Benkert O., Graf-Mergensern M., Hillert A., Sandmann J., Ehmgig S. Public Opinion on Psychotropic Drugs: An Analysis of the Factors Influencing Acceptance or Rejection, 1997. URL:  
[https://journals.lww.com/jonmd/Abstract/1997/03000/Public\\_Opinion\\_on\\_Psychotropic\\_Drugs\\_An\\_Analysis.4.aspx](https://journals.lww.com/jonmd/Abstract/1997/03000/Public_Opinion_on_Psychotropic_Drugs_An_Analysis.4.aspx).
4. Hornsey M. J., Harris E. A., Fielding K. S. The psychological roots of anti-vaccination attitudes: A 24-nation investigation, 2018. URL:  
<https://psycnet.apa.org/buy/2018-03974-001>.
5. Schindler J., Schindler S., Pfattheicher S. The role of intuition in vaccination attitudes, 2020. URL:  
<https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1359105320925160>.
6. Sibitz I., Katschnig H., Goessler R., Unger A., Amering M. Pharmacophilia and Pharmacophobia: determinants of patients' attitudes towards antipsychotic medication. URL: <https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/abstract/10.1055/s-2005-864119>
7. Fang-Yu Lin, Ching- Hsing Wang. Personality and individual attitudes toward vaccination: a nationally representative survey in the United States, 2020. URL:  
<https://link.springer.com/article/10.1186/s12889-020-09840-w>.
8. Beyer A. R., Fasolo B., de Graeff P. A., Hillege H.L. Risk Attitudes and Personality Traits Predict Perceptions of Benefits and Risks for Medicinal

- Products: A Field Study of European Medical Assessors, 2015. URL: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1098301514047378>
9. Палієнко О. Історичні аспекти становлення та розвитку вітчизняної геронтології: внесок академіка В.В. Фролькіса у наукові пошуки механізмів старіння та засобів продовження тривалості життя. URL: [http://www.irbis-nbuv.gov.ua/cgi-bin/irbis\\_nbuv/cgiirbis\\_64.exe?C21COM=2&I21DBN=UJRN&P21DBN=UJRN&IMAGE\\_FILE\\_DOWNLOAD=1&Image\\_file\\_name=PDF/eine\\_2013\\_40\\_27.pdf](http://www.irbis-nbuv.gov.ua/cgi-bin/irbis_nbuv/cgiirbis_64.exe?C21COM=2&I21DBN=UJRN&P21DBN=UJRN&IMAGE_FILE_DOWNLOAD=1&Image_file_name=PDF/eine_2013_40_27.pdf)
  10. Зверева В. В. Вакцины и вакцинация : национальное руководство / под ред. В. В. Зверева, Б. Ф. Семенова, Р. М. Харитова. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2011. – 880 с.
  11. Василенко К. А., Поліщук В. Ю. Вакцини на основі РНК у лікуванні раку, 2021. URL: [https://books.google.com.ua/books?hl=uk&lr=&id=xz0xEAAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA91&dq=вакцина+від+раку&ots=1UwAp1nZOU&sig=0u0mmqXTrQV22KJkFlxDSRpY0Zg&redir\\_esc=y#v=onepage&q&f=false](https://books.google.com.ua/books?hl=uk&lr=&id=xz0xEAAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA91&dq=вакцина+від+раку&ots=1UwAp1nZOU&sig=0u0mmqXTrQV22KJkFlxDSRpY0Zg&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false)
  12. Крайдашенко О. В., Свинтозельский О. О., Фармакотерапія, 2014. URL: [http://dspace.zsmu.edu.ua/bitstream/123456789/1979/1/14Farmak\\_2.pdf](http://dspace.zsmu.edu.ua/bitstream/123456789/1979/1/14Farmak_2.pdf)
  13. Фармакотерапія: підручник для студентів фарм. ф-тів / Крайдашенко О. В., Купновицька І. Г., Кліщ І. М., Лизогуб В. Г., Яковлева О.О. Вінниця: Нова Книга, 2013. 644 с.
  14. S.Michael Ross MD. Key differences between treatment adherence and compliance, 2019. URL: <https://blog.cureatr.com/key-differences-between-treatment-adherence-vs-compliance>.
  15. Pina I.L., Johnson J., Medication adherence: Importance, issues and policy: A policy statement from the American Heart Association, 2020. URL: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0033062020301559>

16. Beck E. M., Vauth R. Are we addressing the ‘right stuff’ to enhance adherence in schizophrenia? Understanding the role of insight and attitudes towards medication, 2011. URL: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0920996411003902>
17. Scialli A. R., Saavedra K., Fugh-Berman A. The benefits and risks of adherence to medical therapy, 2021. URL: <https://www.jospi.org/article/21386-the-benefits-and-risks-of-adherence-to-medical-therapy>
18. П’ятночка І. Т., Корнага С. І., Тхорик Н. В. Про прихильність до лікування хворих на туберкульоз, 2015. URL: [http://www.irbis-nbuv.gov.ua/cgi-bin/irbis\\_nbuv/cgiirbis\\_64.exe?C21COM=2&I21DBN=UJRN&P21DBN=UJRN&IMAGE\\_FILE\\_DOWNLOAD=1&Image\\_file\\_name=PDF/Tlkhvil\\_2015\\_1\\_19.pdf](http://www.irbis-nbuv.gov.ua/cgi-bin/irbis_nbuv/cgiirbis_64.exe?C21COM=2&I21DBN=UJRN&P21DBN=UJRN&IMAGE_FILE_DOWNLOAD=1&Image_file_name=PDF/Tlkhvil_2015_1_19.pdf)
19. Ягенський А. В., Січкарук І. М. Прихильність до лікування пацієнтів у віддалений період після інфаркту міокарда, 2019. URL: <https://rpht.com.ua/ua/archive/2019/1-2%2850-51%29/pages-24-27/prihilnist-do-likuvannya-pacientiv-u-viddaleniy-period-pislya-infarktu-miokarda->
20. Качан І. С. Прихильність до лікування та якість життя хворих на гіпертонічну хворобу, 2012. URL: [http://www.irbis-nbuv.gov.ua/cgi-bin/irbis\\_nbuv/cgiirbis\\_64.exe?C21COM=2&I21DBN=UJRN&P21DBN=UJRN&IMAGE\\_FILE\\_DOWNLOAD=1&Image\\_file\\_name=PDF/Zmzh\\_2012\\_3\\_21.pdf](http://www.irbis-nbuv.gov.ua/cgi-bin/irbis_nbuv/cgiirbis_64.exe?C21COM=2&I21DBN=UJRN&P21DBN=UJRN&IMAGE_FILE_DOWNLOAD=1&Image_file_name=PDF/Zmzh_2012_3_21.pdf)
21. Vanderslott S., Dadonaite B., Roser M. Vaccination, 2019. URL: <https://ourworldindata.org/vaccination#vaccines-save-lives>
22. Чому Україна опинилася серед країн з найгіршими показниками вакцинації. URL: <https://www.dw.com/uk/чому-україна-опинилася-серед-країн-з-найгіршими-показниками-вакцинації/a-40043935>
23. Coronavirus (COVID-19) vaccinations. 2022. Our World in Data: веб-сайт. URL: [https://ourworldindata.org/covid-vaccinations?country=OWID\\_WRL](https://ourworldindata.org/covid-vaccinations?country=OWID_WRL)

24. Lazaratou H., Anagnostopoulos D. C., Alevizos E. V., Haviara F., Ploumpidis D. N. Parental attitudes and opinions on the use of psychotropic medication in mental disorders of childhood, 2007. URL:  
<https://link.springer.com/article/10.1186/1744-859X-6-32>.
25. Percosolido B. A. Ph.D., Perry B. L., Jack M. A., Martin K. Ph. D., McLeod J. D. Ph. D. Stigmatizing attitudes and beliefs about treatment and psychiatric medications for children with mental illness, 2007. URL:  
<https://ps.psychiatryonline.org/doi/10.1176/ps.2007.58.5.613>
26. Benkert O., Graf-Mergensern M., Hillert A., Sandmann J., Ehmgig S. Public Opinion on Psychotropic Drugs: An Analysis of the Factors Influencing Acceptance or Rejection, 1997. URL:  
[https://journals.lww.com/jonmd/Abstract/1997/03000/Public\\_Opinion\\_on\\_Psychotropic\\_Drugs\\_An\\_Analysis.4.aspx](https://journals.lww.com/jonmd/Abstract/1997/03000/Public_Opinion_on_Psychotropic_Drugs_An_Analysis.4.aspx).
27. C. De las Cuevas, Emilio J. Sanz. Attitudes toward psychiatric drug treatment: the experience of being treated, 2007. URL:  
<https://link.springer.com/article/10.1007/s00228-007-0358-5>
28. Higashi K., Medic G., Littlewood K. J., Diez T., Granström O., De Hert M. Medication adherence in schizophrenia: factors influencing adherence and consequences of nonadherence, a systematic literature review. URL:  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3805432/>
29. C. De las Cuevas, de Leon J. Reviving research on medication attitudes for improving pharmacotherapy: focusing on adherence, 2017. URL:  
<https://www.karger.com/Article/Abstract/450830>
30. Lama A., Baruah A., Medication adherence and its association with subjective well-being among persons with schizophrenia, 2019. URL:  
<https://ijpn.in/article.asp?issn=2231-1505;year=2019;volume=16;issue=2;spage=61;epage=66;aualast=Lama>
31. Hazrati-Meineh Z., Zamanian H. The impact of personality traits on medication adherence and self-care in patients with type 2 diabetes mellitus: the

- moderating role of gender and age, 2020. URL:  
<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0022399920307406>
32. Melo Linkievicz N., Sgnaolin V., Engroff P. Association between Big Five personality factors and medication adherence in the elderly, 2020. URL:  
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33834686/>
33. Bogovin L. V., Platonkina T. V., Pelerman J.M. Influence of personal characteristics of patients with bronchial asthma on their medication adherence, 2018. URL: [https://erj.ersjournals.com/content/52/suppl\\_62/PA4433](https://erj.ersjournals.com/content/52/suppl_62/PA4433)
34. Шумко Г. І., Рева Т. В., Шупер В. О. Вплив клініко-анамнестичних та психологічних факторів на прихильність до лікування пацієнтів з хронічним обструктивним захворюванням легень, 2021. URL:  
<https://jmbs.com.ua/pdf/6/6/jmbs0-2021-6-6-158.pdf>
35. Grenard J. L., Munjas B.A., Adams J. L., Suttorp M. Depression and medication adherence in the treatment of chronic diseases in the United States: a meta-analysis, 2011. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3181287/>
36. Hughes S., Machan L. It's a conspiracy: COVID-19 conspiracies link to psychopathy, Macchiavellism and collective narcissism, 2020. URL:  
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0191886920307509>
37. Kathleen C. Insel, Sheryl L. Reminger, Chao-Pin Hsiao. The negative association of independent personality and medication adherence, 2006. URL:  
<https://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.951.7277&rep=rep1&type=pdf>
38. Lenzenweger M. F., Clarkin J. F., Kernberg O. F., Foelsch P. A. The Inventory of Personality Organization: psychometric properties, factorial composition, and criterion relations with affect, aggressive dyscontrol, psychosis proneness, and self-domains in a nonclinical sample. URL:  
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11793901/>

39. Smiths J. M., Vermote R., Claes L., Vertommen H. The inventory of personality organization-revised. URL:  
[https://ppw.kuleuven.be/okp/\\_pdf/Smits2009TIOPO.pdf](https://ppw.kuleuven.be/okp/_pdf/Smits2009TIOPO.pdf)
40. Коваль А. В., Адапція опитувальника структури особистості на клінічній вибірці, 2020. URL:  
[https://er.ucu.edu.ua/bitstream/handle/1/2284/Koval\\_Adaptatsiia%20opytuvalnyka%20struktury.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://er.ucu.edu.ua/bitstream/handle/1/2284/Koval_Adaptatsiia%20opytuvalnyka%20struktury.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
41. Збірник методик для діагностики психологічної готовності військовослужбовців військової служби за контрактом до діяльності у складі миротворчих підрозділів / Кокун О. М., Пішко І., О., Лозінська Н. С., Копаниця О. В., Малхазов О. Р., 2011. - 281 с.
42. Ames, D. R., Rose, P., & Anderson, C. P. (2006). The NPI-16 as a short measure of narcissism. *Journal of research in personality*, 40(4), 440–450.
43. Пилат Н. І., Сеник О. М., Кривенко І. С. Україномовна адаптація короткої версії версії опитувальника особистісного нарцисизму (NPI-16): Аналіз психометричних показників. URL:  
<https://ssppj.org/index.php/ssj/article/download/240/252>
44. Cheek J. M., Hendin H. M., Wink P. M. An expanded version of the hypersensitive narcissism scale (The Maladaptive Covert Narcissism Scale). 2013, URL:  
[https://www.researchgate.net/publication/281624968\\_An\\_Expanded\\_Version\\_of\\_the\\_Hypersensitive\\_Narcissism\\_Scale\\_The\\_Maladaptive\\_Covert\\_Narcissism\\_Scale](https://www.researchgate.net/publication/281624968_An_Expanded_Version_of_the_Hypersensitive_Narcissism_Scale_The_Maladaptive_Covert_Narcissism_Scale)



## Додатки

### Додаток А

#### Авторська анкета ставлення до фармакотерапії

1. Прихильники якої медицини Ви є?

- Доказової медицини (науково обґрунтована медична практика: діагностика, профілактика, лікування)
- Альтернативна медицина (народні методи, гомеопатія, хіропрактика, акупунктура, рейкі, Аюрведа)

2. Як часто Ви приймаєте лікарські препарати?

- ніколи
- Не кожен місяць
- Щомісячно
- Щотижнево
- Щоденно
- Кілька разів на день

3. Чи мали/єте Ви діагностовані хвороби, які потребують серйозного медичного втручання?

- Так
- Ні

4. Чи готові Ви б були приймати фармакологічні препарати сильної дії у разі серйозного соматичного діагнозу (захворювання тіла)?

- Так, буду виконувати приписи лікарів та приймати необхідні ліки
- Шукатиму альтернативних способів вирішення проблеми, бо не дуже вірю в силу класичної фармакотерапії (наприклад, вдаватимусь до прийому

гомеопатичних препаратів чи медичних процедур альтернативної медицини замість прийому медикаментів сильної дії

- Ні, не буду лікуватись

5. Як Ви ставитесь до вакцинації як методу розвитку імунітету до інфекційної хвороби?

- Позитивно
- Негативно

6. Чи робили Вам щеплення у дитинстві?

- Так
- Ні

7. Чи вакцинувались Ви від COVID-19?

- Так
- Ні

8. Чому ви прийняли рішення вакцинуватись (не вакцинуватись)?

9. Чи мали/єте Ви діагностовані психічні розлади?

- Так
- Ні

10. Чи приймали/єте Ви будь-які психотропні препарати?

- Так
- Ні

11. Чи готові Ви б були приймати психотропні препарати у випадку діагностування психічного розладу?

- Так, буду виконувати приписи психіатра та приймати ліки
- Ні, буду звертатись за допомогою до альтернативної медицини
- Ні, не буду лікуватись

## Додаток Б

### Кореляційний аналіз ставлення до фармакотерапії та особистісних рис за методикою Міні-мульти

Variable	Spearman Rank Order Correlations (Spreadsheet2_(Recovered))							
	Іпохондрія	Депресія	Істерія	Психопатія	Паранояльність	Психастенія	Шизоїдність	Гіпоманія
1. Прихильником якої медицини Ви є?	-0,070674	0,007746	-0,119744	0,158688	0,049406	0,056789	0,102367	0,045586
4. Чи приймали б препарати сильної дії	0,046277	0,069339	-0,002103	0,193897	0,184751	0,069755	0,122073	0,085385
5. Як ставтесь до вакц	-0,111507	-0,039621	-0,175728	0,020648	-0,043342	-0,087418	-0,053940	0,027833
7. Чи вакцинувались Ви від COVID-19?	-0,145463	-0,066312	-0,177000	-0,043269	-0,105581	-0,087132	-0,062492	0,023158
11. Чи готові Ви б були приймати психотро	-0,052552	-0,024491	-0,090319	-0,028915	-0,020387	-0,045780	-0,021777	-0,082712

## Додаток В

Результати порівняльного аналізу ставлення до фармакотерапії та особистісних чинників: психодинамічний аспект

variable	Mann-Whitney U Test (Spreadsheet2_(Recovered)) By variable 7. Чи вакцинувались Ви від COVID-19? Marked tests are significant at p <,05000									
	Rank Sum Group 1	Rank Sum Group 2	U	Z	p-level	Z adjusted	p-level	Valid N Group 1	Valid N Group 2	2*1sided exact p
Прим. зах/диф. ідент.	3563,500	531,5000	453,5000	0,17211	0,863353	0,17257	0,862991	78	12	0,865075
тест.реал.	3472,500	622,5000	391,5000	-0,90802	0,363871	-0,95426	0,339953	78	12	0,368420
структура особист.	3539,500	555,5000	458,5000	-0,11276	0,910221	-0,11298	0,910050	78	12	0,911365
Етика 6-42	3682,500	412,5000	334,5000	1,58458	0,113064	1,58713	0,112485	78	12	0,113859
Фінанси 6-42	3626,500	468,5000	390,5000	0,91989	0,357633	0,92115	0,356974	78	12	0,362149
Здоров'я 6-42	3554,500	540,5000	462,5000	0,06528	0,947949	0,06539	0,947862	78	12	0,948616
Відновлення	3584,500	510,5000	432,5000	0,42137	0,673488	0,42175	0,673210	78	12	0,677221
Соціальний	3489,500	605,5000	408,5000	-0,70623	0,480043	-0,70821	0,478813	78	12	0,484798
Гранд. нарцис.	3427,500	667,5000	346,5000	-1,44214	0,149263	-1,45147	0,146650	78	12	0,150935
Сенсит. Нарцис.	3514,500	580,5000	433,5000	-0,40950	0,682175	-0,41015	0,681695	78	12	0,685833
Іпохондрія	3664,000	431,0000	353,0000	1,36499	0,172257	1,37229	0,169974	78	12	0,176337
Депресія	3601,500	493,5000	415,5000	0,62315	0,533188	0,62559	0,531587	78	12	0,537807
Істерія	3689,000	406,0000	328,0000	1,66173	0,096568	1,66982	0,094957	78	12	0,098160
Психопатія	3583,000	512,0000	434,0000	0,40356	0,686535	0,40820	0,683125	78	12	0,694485
Паранояльність	3632,000	463,0000	385,0000	0,98517	0,324543	0,99605	0,319225	78	12	0,331781
Психастенія	3618,000	477,0000	399,0000	0,81899	0,412790	0,82200	0,411075	78	12	0,420921
Шизоїдність	3598,500	496,5000	418,5000	0,58754	0,556842	0,58955	0,555495	78	12	0,561361
Гіпоманія	3531,000	564,0000	450,0000	-0,21365	0,830820	-0,21847	0,827060	78	12	0,837507

variable	Mann-Whitney U Test (Spreadsheet2_(Recovered)) By variable Готовність приймати препарати сом. Marked tests are significant at p <,05000									
	Rank Sum Group 1	Rank Sum Group 2	U	Z	p-level	Z adjusted	p-level	Valid N Group 1	Valid N Group 2	2*1sided exact p
Прим. зах/диф. ідент.	3592,500	502,5000	352,5000	-0,60984	0,541966	-0,61147	0,540886	80	10	0,547445
тест.реал.	3485,000	610,0000	245,0000	-1,99002	0,046590	-2,09136	0,036496	80	10	0,046180
структура особист.	3557,500	537,5000	317,5000	-1,05920	0,289508	-1,06123	0,288588	80	10	0,294270
Етика 6-42	3659,500	435,5000	380,5000	0,25036	0,802312	0,25076	0,802000	80	10	0,805222
Фінанси 6-42	3680,500	414,5000	359,5000	0,51997	0,603083	0,52069	0,602586	80	10	0,608175
Здоров'я 6-42	3597,000	498,0000	357,0000	-0,55207	0,580901	-0,55300	0,580263	80	10	0,590529
Відновлення	3703,500	391,5000	336,5000	0,81526	0,414921	0,81600	0,414500	80	10	0,420586
Соціальний	3639,500	455,5000	399,5000	-0,00642	0,994878	-0,00644	0,994864	80	10	0,994957
Гранд. нарцис.	3594,500	500,5000	354,5000	-0,58417	0,559109	-0,58794	0,556571	80	10	0,564497
Сенсит. Нарцис.	3518,500	576,5000	278,5000	-1,55992	0,118781	-1,56241	0,118193	80	10	0,119916
Іпохондрія	3606,000	489,0000	366,0000	-0,43652	0,662460	-0,43885	0,660768	80	10	0,671645
Депресія	3585,500	509,5000	345,5000	-0,69972	0,484106	-0,70245	0,482397	80	10	0,489785
Істерія	3641,500	453,5000	398,5000	0,01926	0,984635	0,01935	0,984560	80	10	0,984871
Психопатія	3495,000	600,0000	255,0000	-1,86163	0,062656	-1,88303	0,059697	80	10	0,062941
Паранояльність	3502,000	593,0000	262,0000	-1,77176	0,076436	-1,79133	0,073241	80	10	0,077333
Психастенія	3584,000	511,0000	344,0000	-0,71897	0,472158	-0,72162	0,470531	80	10	0,481815
Шизоїдність	3545,500	549,5000	305,5000	-1,21327	0,225028	-1,21741	0,223448	80	10	0,228784
Гіпоманія	3575,500	519,5000	335,5000	-0,82810	0,407612	-0,84680	0,397108	80	10	0,413258



Mann-Whitney U Test (Spreadsheet2_(Recovered))										
By variable 5. Як ставтесь до вакц.										
Marked tests are significant at $p < .05000$										
variable	Rank Sum Group 1	Rank Sum Group 2	U	Z	p-level	Z adjusted	p-level	Valid N Group 1	Valid N Group 2	2*1sided exact p
<b>Прим. зах/диф. ідент.</b>	<b>3613,500</b>	481,5000	373,5000	-0,34023	0,733685	-0,34114	0,733000	80	10	0,737472
тест.реал.	3508,000	587,0000	268,0000	-1,69472	0,090129	-1,78103	0,074908	80	10	0,091628
структура особист.	3587,000	508,0000	347,0000	-0,68046	0,496216	-0,68176	0,495393	80	10	0,505929
Етика 6-42	3701,000	394,0000	339,0000	0,78317	0,433529	0,78443	0,432790	80	10	0,443010
Фінанси 6-42	3705,000	390,0000	335,0000	0,83452	0,403987	0,83567	0,403342	80	10	0,413258
Здоров'я 6-42	3654,500	440,5000	385,5000	0,18616	0,852317	0,18648	0,852071	80	10	0,854531
Відновлення	3729,000	366,0000	311,0000	1,14265	0,253183	1,14369	0,252755	80	10	0,260147
Соціальний	3679,500	415,5000	360,5000	0,50713	0,612062	0,50855	0,611065	80	10	0,617083
Гранд. нарцис.	3601,000	494,0000	361,0000	-0,50071	0,616573	-0,50395	0,614296	80	10	0,626046
Сенсит. Нарцис.	3580,000	515,0000	340,0000	-0,77033	0,441105	-0,77156	0,440376	80	10	0,450630
Іпохондрія	3721,500	373,5000	318,5000	1,04636	0,295394	1,05196	0,292819	80	10	0,300228
Депресія	3669,000	426,0000	371,0000	0,37233	0,709651	0,37378	0,708567	80	10	0,718449
Істерія	3768,500	326,5000	271,5000	1,64979	0,098987	1,65782	0,097355	80	10	0,099507
Психопатія	3625,000	470,0000	385,0000	-0,19258	0,847286	-0,19480	0,845552	80	10	0,854531
Паранояльність	3671,500	423,5000	368,5000	0,40442	0,685902	0,40889	0,682619	80	10	0,690231
Психастенія	3704,000	391,0000	336,0000	0,82168	0,411257	0,82470	0,409540	80	10	0,420586
Шизоїдність	3679,500	415,5000	360,5000	0,50713	0,612062	0,50887	0,610846	80	10	0,617083
Гіпоманія	3620,000	475,0000	380,0000	-0,25678	0,797352	-0,26257	0,792880	80	10	0,805222

Mann-Whitney U Test (Spreadsheet2_(Recovered))										
By variable Готовність приймати препарат. психотроп.										
Marked tests are significant at $p < .05000$										
variable	Rank Sum Group 1	Rank Sum Group 2	U	Z	p-level	Z adjusted	p-level	Valid N Group 1	Valid N Group 2	2*1sided exact p
<b>Прим. зах/диф. ідент.</b>	<b>3532,000</b>	563,0000	472,0000	0,32711	0,743583	0,32799	0,742921	77	13	0,750731
тест.реал.	3376,500	718,5000	373,5000	-1,45766	0,144935	-1,53190	0,125549	77	13	0,146386
структура особист.	3490,500	604,5000	487,5000	-0,14921	0,881388	-0,14949	0,881163	77	13	0,882780
Етика 6-42	3476,500	618,5000	473,5000	-0,30990	0,756640	-0,31040	0,756261	77	13	0,759360
Фінанси 6-42	3542,000	553,0000	462,0000	0,44189	0,658570	0,44250	0,658130	77	13	0,666268
Здоров'я 6-42	3510,500	584,5000	493,5000	0,08034	0,935964	0,08048	0,935856	77	13	0,936723
Відновлення	3644,500	450,5000	359,5000	1,61835	0,105589	1,61981	0,105274	77	13	0,106143
Соціальний	3610,000	485,0000	394,0000	1,22237	0,221569	1,22579	0,220277	77	13	0,226617
Гранд. нарцис.	3519,500	575,5000	484,5000	0,18364	0,854294	0,18483	0,853363	77	13	0,855991
Сенсит. Нарцис.	3357,000	738,0000	354,0000	-1,68148	0,092672	-1,68416	0,092152	77	13	0,094057
Іпохондрія	3545,000	550,0000	459,0000	0,47632	0,633845	0,47887	0,632032	77	13	0,641660
Депресія	3518,500	576,5000	485,5000	0,17216	0,863308	0,17284	0,862779	77	13	0,864904
Істерія	3576,000	519,0000	428,0000	0,83213	0,405336	0,83618	0,403054	77	13	0,412950
Психопатія	3519,000	576,0000	485,0000	0,17790	0,858799	0,17995	0,857193	77	13	0,864904
Паранояльність	3512,500	582,5000	491,5000	0,10330	0,917726	0,10444	0,916820	77	13	0,918698
Психастенія	3534,000	561,0000	470,0000	0,35007	0,726288	0,35135	0,725322	77	13	0,733565
Шизоїдність	3513,500	581,5000	490,5000	0,11478	0,908622	0,11517	0,908312	77	13	0,909701
Гіпоманія	3568,500	526,5000	435,5000	0,74605	0,455640	0,76289	0,445530	77	13	0,460057

Mann-Whitney U Test (Spreadsheet2_(Recovered))										
By variable 1. Прихильником якої медицини Ви є?										
Marked tests are significant at $p < ,05000$										
variable	Rank Sum Group 1	Rank Sum Group 2	U	Z	p-level	Z adjusted	p-level	Valid N Group 1	Valid N Group 2	2*1sided exact p
Прим. зах/диф. ідент.	3715,500	379,5000	145,5000	-1,72268	0,084948	-1,72728	0,084118	84	6	0,085104
тест реал.	3689,500	405,5000	119,5000	-2,14324	0,032095	-2,25239	0,024298	84	6	0,029495
структура особист.	3699,500	395,5000	129,5000	-1,98148	0,047538	-1,98527	0,047115	84	6	0,045625
Етика 6-42	3869,000	226,0000	205,0000	0,76024	0,447110	0,76147	0,446379	84	6	0,461531
Фінанси 6-42	3963,000	132,0000	111,0000	2,28073	0,022565	2,28386	0,022380	84	6	0,020215
Здоров'я 6-42	3845,500	249,5000	228,5000	0,38012	0,703855	0,38076	0,703379	84	6	0,710713
Відновлення	3836,000	259,0000	238,0000	0,22646	0,820847	0,22666	0,820688	84	6	0,831390
Соціальний	3885,500	209,5000	188,5000	1,02714	0,304357	1,03002	0,303004	84	6	0,312694
Гранд. нарцис.	3767,500	327,5000	197,5000	-0,88156	0,378016	-0,88726	0,374940	84	6	0,387314
Сенсит. Нарцис.	3726,000	369,0000	156,0000	-1,55284	0,120463	-1,55532	0,119872	84	6	0,124579
Іпохондрія	3863,000	232,0000	211,0000	0,66319	0,507209	0,66674	0,504940	84	6	0,521773
Депресія	3817,500	277,5000	247,5000	-0,07279	0,941974	-0,07307	0,941747	84	6	0,943436
Істерія	3891,500	203,5000	182,5000	1,12419	0,260934	1,12966	0,258620	84	6	0,268329
Психопатія	3730,500	364,5000	160,5000	-1,48005	0,138861	-1,49706	0,134378	84	6	0,141844
Паранояльність	3793,500	301,5000	223,5000	-0,46100	0,644800	-0,46609	0,641150	84	6	0,652679
Психастенія	3789,000	306,0000	219,0000	-0,53379	0,593489	-0,53575	0,592132	84	6	0,607631
Шизоїдність	3762,500	332,5000	192,5000	-0,96244	0,335832	-0,96572	0,334183	84	6	0,344671
Гіпоманія	3796,000	299,0000	226,0000	-0,42056	0,674077	-0,43005	0,667156	84	6	0,687286

## Додаток Г

### Кореляційний аналіз ставлення до фармакотерапії та вразливого і грандіозного нарцисизму

Variable	Spearman Rank Order MD pairwise deleted Marked correlations are	
	Гранд. нарцис.	Сенсит. Нарцис.
1. Прихильником якої медицини Ви є?	0,094049	0,164863
4. Чи приймали б препарати сильної дії	0,057104	0,159056
5. Як ставтесь до вакц.	0,053419	0,081785
7. Чи вакцинувались Ви від COVID-19?	0,153855	0,043476
11. Чи готові Ви б були приймати психотро	-0,022481	0,169269