

Міністерство освіти і науки України
Харківський національний університет міського господарства
імені О. М. Бекетова
Кафедра психології, педагогіки та професійної комунікації

Допускається до захисту
Завідувач кафедри



«12» червня 2026 р.

Кваліфікаційна робота
на тему: «ЗВ'ЯЗОК РІВНЯ СТРЕСОСТІЙКОСТІ ТА
ПСИХОСОМАТИЧНИХ СИМПТОМІВ У ПАЦІЄНТІВ ЛІКАРНІ»

Спеціальність: 053 Психологія
Освітня програма «Психологія. Соціально–психологічний супровід у
мегаполісі»

Виконала:
студентка 4 курсу,
групи Псих–2022–1

Кінаш Вікторія Юріївна



Керівник:
д. пед. н., проф.
Резван Оксана Олексіївна



Харків 2026

АНОТАЦІЯ

Тема кваліфікаційної роботи: «Зв'язок рівня стресостійкості та психосоматичних симптомів у пацієнтів лікарні»

Автор: Кінаш В. Ю.

Актуальність теми. Життя у прифронтовому місті постійно супроводжується стресом і напруженням, що впливає на емоційний і фізичний стан людей. Наголошуємо, що є потреба у пошуку підходів психологічної підтримки, які допомагають краще справлятися зі стресом і зберігати внутрішні ресурси для відновлення.

Мета роботи – дослідити зв'язок стресостійкості з психосоматичними проявами та ставленням до здоров'я у пацієнтів прифронтового мегаполіса; розробити програму психологічного супроводу.

Об'єкт дослідження – психологічні особливості особистості пацієнта в умовах стаціонарного лікування під час воєнного стану.

Предмет дослідження – специфіка зв'язків між рівнем стресостійкості та характером прояву психосоматичної симптоматики у хворих.

Методи дослідження. Використано теоретичні методи (аналіз літератури, узагальнення, систематизація підходів, моделювання) та емпіричні методи. Застосовані методики: опитувальник для вимірювання стресу, стресових реакцій та резильєнтності українців в контексті війни (Д. Гудир-Наумова, 2024); україномовна версія «Інструмент дослідження резильєнтності» (ІДР-14) (Л. Колесніченко та О. Бережної, 2023); короткий опитувальник загального стану здоров'я (українськомовна адаптація Л. П'янківська, О. Савченко, 2024); україномовна версія шкали «Багатовимірного локусу контролю здоров'я» (І. Данилюк, А. Курапов, К. Малишева, І. Ягіяєв, О. Льошенко, С. Литвин, 2023); семантичний диференціал «ставлення до тіла» (Т. Хомуленко, Н. Лесніченко, 2024). Обробка даних здійснювалась методами описової статистики та кореляційного аналізу (r-Пірсона) у Microsoft Excel.

Структура роботи: робота складається зі вступу, трьох розділів,

висновків, списку використаних джерел із 41 найменування, з них іноземною мовою – 12. Робота містить 7 рисунків, 2 таблиці. Загальний обсяг роботи 53 сторінки, з них основний зміст – 48 сторінок.

Стислий зміст дослідження. Робота концентрується на тому, як пацієнт суб'єктивно тлумачить власні симптоми. Психологічна стійкість містян у прифронтовій зоні – ключовий об'єкт аналізу. Емпіричні дані, зібрані у стаціонарі, підтвердили специфічний розрив: за зовнішньою здатністю «триматися» часто стоїть граничне психоемоційне виснаження. Хронічний стрес буквально «вимикає» чутливість до сигналів тіла, через що людина втрачає з ним контакт. Чотири етапи розробленої психоедукації спрямовані на те, щоб пацієнт заново «почув» себе. Це не просто інформування, а спосіб повернути людині реальний контроль над процесом одужання та зробити її активним учасником реабілітації.

Отримані результати та висновки. Те, як пацієнт відчувається під час хвороби, на пряму залежить від його внутрішнього сприйняття симптомів. Умовам прифронтового життя притаманна постійна напруга. Зазначене змушує організм працювати на межі виснаження. Ми зафіксували специфічний ефект: висока тривожність та соматизація стають свого роду «фізіологічним запобіжником». Через фізичний біль тіло намагається скинути той колосальний вольовий тиск, у якому людина перебуває тривалий час. При цьому виникає емоційне неприйняття тілесного «Я». Тіло перестає бути ресурсом і починає сприйматися як ворожий об'єкт, що лише заважає одужанню. Стійкість у таких обставинах тримається на двох опорах: вірі людини у власний вплив на стан здоров'я та довірі до лікарів. Саме на цьому побудовано проєкт психоедукації.

Ключові слова: стрес, стресостійкість, психосоматичні симптоми, сприйняття хвороби, внутрішня картина хвороби, ставлення до тіла, воєнний стан.

ЗМІСТ

ВСТУП.....	5
РОЗДІЛ 1. РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ СТРЕСОСТІЙКОСТІ ТА ВНУТРІШНЬОЇ КАРТИНИ ХВОРОБИ В УМОВАХ ВІЙНИ.....	9
1.1. Поняття про внутрішню картину хвороби та здоров'я як чинники стресостійкості пацієнта	9
1.2. Вплив воєнного стану на сприйняття хвороби та психосоматичне здоров'я пацієнтів	15
ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 1.....	19
РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНИЙ АНАЛІЗ РЕСУРСІВ СТРЕСОСТІЙКОСТІ ТА ОСОБЛИВОСТЕЙ ПСИХОСОМАТИЧНОГО СТАНУ ПАЦІЄНТІВ В УМОВАХ ТРИВАЛОГО ВОЄННОГО СТРЕСУ.....	22
2.1. Організація та характеристика вибірки дослідження	22
2.2. Методики дослідження	24
2.3. Аналіз результатів дослідження	26
ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 2.....	36
РОЗДІЛ 3. ПРОЄКТ СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНОГО СУПРОВОДУ ТА ПСИХОЕДУКАЦІЇ ПАЦІЄНТІВ В УМОВАХ ПРИФРОНТОВОГО МЕГАПОЛІСА	39
3.1. Обґрунтування та структура програми психоедукаційної підтримки.....	39
3.2. Зміст та методичне забезпечення занять програми психоедукації.....	41
ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 3.....	44
ВИСНОВКИ.....	46
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	49

ВСТУП

Актуальність теми. Через війну люди в прифронтових містах постійно живуть у стресі. Найважче пацієнтам у лікарнях: до болю від хвороби додається страх через обстріли. Коли людина не може впоратися з цією тривогою, вона починає хворіти ще сильніше фізично. Психічне напруження просто перетворюється на нові тілесні скарги.

У такій ситуації одужання залежить від того, наскільки пацієнт стресостійкий. Але в лікарнях часто лікують тільки тіло, забуваючи про емоції. Без психологічної допомоги пацієнт у шпиталі просто вигорає і не має сил боротися з хворобою під час війни. Нам важливо дослідити, як саме стресостійкість впливає на психосоматичні симптоми. Це допоможе знайти способи стабілізації, щоб стрес не викликав нових тілесних скарг і пацієнту не ставало гірше.

Стан розробки проблеми. Теоретичний фундамент дослідження базується на моделі саморегуляції Г. Левенталя та концепціях «поведінки під час хвороби», які описували Дж. Мюррей, Б. Вільямс та С. С. Білонді. Роль ефективної комунікації медичного персоналу та цифрового середовища у зниженні тривожності хворих досліджували Х. Дургун, Ф. Аксой, К. А. Ле Хо Тхі, О. В. Землянська. Сприйняття хвороби як особистісної кризи та пошук балансу між картиною хвороби й картиною здоров'я вивчали І. Прокопчук, Н. Терлецька, Л. І. Дідковська, О. С. Лісова, М. Б. Гасюк.

Окремим масивом постають сучасні дослідження психосоматичних наслідків воєнного стресу. Специфіку переживання травми війни, розвиток сепараційної тривоги, порушення регулятивної функції психіки та механізми трансгенераційної передачі травми в умовах переміщення чи життя під обстрілами ґрунтовно висвітлено в роботах Р. Карпінської, О. Чабана, М. Маркової, Н. Сохор, О. Нікітіної, М. Хараджи, С. Дембіцького та інших. емпіричного вивчення, що і зумовило вибір теми нашого дослідження.

Об'єкт дослідження – психологічні особливості особистості пацієнта в

умовах стаціонарного лікування під час воєнного стану.

Предмет дослідження – специфіка зв'язків між рівнем стресостійкості та характером прояву психосоматичної симптоматики у хворих.

Мета роботи – дослідити зв'язок стресостійкості з психосоматичними проявами та ставленням до здоров'я у пацієнтів прифронтового мегаполіса; розробити програму психологічного супроводу.

Завдання дослідження:

1. Проаналізувати наукові теорії, що пояснюють вплив воєнного стану на внутрішню картину хвороби та стресостійкість пацієнта.
2. Емпірично дослідити рівень стресостійкості, емоційний стан та показники психологічного дистресу пацієнтів в умовах воєнного стану.
3. Дослідити суб'єктивну картину тілесності та локус контролю здоров'я у хворих, які лікуються стаціонарно.
4. Виявити та пояснити статистичні зв'язки між резильєнтністю особистості та наявними психосоматичними симптомами.
5. Скласти програму соціально-психологічного супроводу для мешканців прифронтового мегаполіса з метою зміцнення їхніх навичок саморегуляції.

Методи дослідження

Теоретичні методи: аналіз наукової літератури для розкриття змісту внутрішньої картини хвороби як особистісного конструкта (на основі моделей Дж. Мюррея та Б. Вільямса); систематизація теоретичних підходів до саморегуляції пацієнтів у стані тривалого стресу (зокрема моделі «здорового глузду» Г. Левенталя); узагальнення та метод моделювання, що використані для теоретичного обґрунтування авторської програми психологічного супроводу. Діагностичний етап дозволив отримати емпіричні результати. Робота охоплювала наступні **методики:**

1. Опитувальник для вимірювання стресу, стресових реакцій та резильєнтності українців в контексті війни (Д. Гудир-Наумова, 2024).
2. Україномовна версія «Інструмент дослідження резильєнтності» (ІДР-14) (Л. Колесніченко та О. Бережної, 2023).

3. Короткий опитувальник загального стану здоров'я (українськомовна адаптація Л. П'янківська, О. Савченко, 2024).

4. Україномовна версія шкали «Багатовимірний локус контролю здоров'я» (І. Данилюк, А. Курапов, К. Малишева, І. Ягіяєв, О. Льошенко, С. Литвин, 2023).

5. Семантичний диференціал «ставлення до тіла» (Т. Хомуленко, Н. Лесніченко, 2024).

Статистична обробка даних охоплювала методи описової статистики. Коефіцієнт кореляції Пірсона допоміг встановити зв'язки між показниками. Всі обчислення проведено в пакеті Microsoft Excel.

Характеристика вибірки: пацієнти, які перебували на стаціонарному лікуванні в «Міській клінічній лікарні № 13» Харківської міської ради (n=30).

Наукова новизна результатів дослідження:

- вперше доведено, що внутрішня інтернальність є головним чинником стійкості пацієнта в прифронтових умовах. Вона напряму пов'язана з позитивним мисленням ($r=0,514$) та вибором дієвих способів подолання стресу ($r=0,478$);

- дістала подальшого розвитку методика швидкої психологічної допомоги в умовах стаціонару. Запропоновано короткі вправи (дихання, заземлення та вправа «Мій ресурсний щит»), які допомагають пацієнту повернути контроль над станом прямо в лікарняній палаті;

- удосконалено підхід до роботи з пацієнтами: замість пасивного очікування лікування пропонується активна роль у власному відновленні. Це дозволяє змінити локус контролю та зменшити фізичні прояви тривоги.

Практичне значення результатів дослідження. Психологи можуть застосовувати ці результати у роботі з пацієнтами. Техніки психоедукації та вправи для саморегуляції дають готовий інструментарій для стабілізації емоційного стану. Ці методи допомагають зменшити психосоматичні скарги людей в умовах війни.

Структура роботи. Робота складається зі вступу, трьох розділів,

висновків, списку використаних джерел із 41 найменування, з них іноземною мовою – 12. Робота містить 7 рисунків, 2 таблиці. Загальний обсяг роботи 53 сторінки, з них основний зміст – 48 сторінок.

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ СТРЕСОСТІЙКОСТІ ТА ВНУТРІШНЬОЇ КАРТИНИ ХВОРОБИ В УМОВАХ ВІЙНИ

1.1. Поняття про внутрішню картину хвороби та здоров'я як чинники стресостійкості пацієнта

Психологія здоров'я осмислює важливість врахування індивідуального сприйняття хвороби. Адже важливо не просто, «де болить», а те, як цей біль змінює життя і що людина вирішує робити далі.

Дж. Мюррей та Б. Вільямс вважають, що таку поведінку варто розглядати з двох боків [35]. Перший – чи п'є людина таблетки, чи дотримується дієти, чи вчасно приходить на огляд до лікаря. Тобто її реальні вчинки. Але є й інший бік, прихований – це постійна робота думок. Хворий ніби перетворюється на дослідника, який день за днем намагається зрозуміти: «Чому це трапилося саме зі мною?» та «Який тепер у всьому цьому сенс?». Виходить, що кожен пацієнт сам собі вигадує теорію власної недуги. І саме від того, що він там собі надумає, врешті-решт і залежатиме, як він житиме далі.

Згідно з дослідженнями С. Х. ван Острома, Р. Гійсена, І. Стірбу, Дж. К. Кореваара, Ф. Г. Шеллевіса, Х. С. Дж. Пікавета та Н. Хоейманса [40], ми маємо справу з тим, що людина відчуває себе хворими ще до офіційного вердикту лікаря. Хронічна хвороба – це не епізод, а форма існування в умовах затяжного стресу. Саме тому сьогодні критично важливо досліджувати внутрішні ресурси пацієнтів, насамперед їхню стресостійкість, яка визначає успіх тривалої адаптації.

Дані ВООЗ показують реальну картину: у нашому столітті люди помирають здебільшого не від інфекцій, а від тривалих хвороб [41]. Рак, проблеми з серцем чи діабет – це причини 60% смертей сьогодні. На відміну від застуди, такі хвороби тягнуться роками й просто висмоктують із людини всі сили. Виходить, що величезна кількість людей постійно живе у стані важкої кризи. І в такій ситуації саме від того, наскільки людина стресостійка, залежить,

чи зможе вона взагалі адаптуватися і жити далі.

В основу того, як ми сприймаємо власну недугу, зазвичай покладають модель саморегуляції «здорового глузду» Г. Левенталя [33]. Саме завдяки цій моделі ми бачимо, чому люди з тими ж самими хворобами поведуться так несподівано по-різному. Хтось одразу починає активну боротьбу, а хтось просто закривається в собі чи опускає руки. Тут важливо, що пацієнт ніколи не буває лише пасивним спостерігачем, коли чує свій діагноз. Натомість її мозок негайно починає будувати власну теорію того, що сталося. Вона базується на особистому досвіді, почутих історіях та відчуттях у тілі.

Пацієнт сприймає хворобу за рядом напрямків. Перше – це ідентичність. Це те, як пацієнт «впізнає» свою хворобу. Якщо він впізнає її тільки по болю, то він не буде лікуватися, коли не болить. Це величезна проблема для лікарів, бо пацієнти самі собі «скасовують» лікування, як тільки їм стає легше. Наступний напрямок – це часова лінія. Людина оцінює хвороба, що зараз відбувається, є тимчасовою чи постійною. Тож, проблема виникає тоді, коли пацієнт має хронічну хворобу, але сприймає її як гостру. Наприклад, «Зараз проп'ю курс таблеток, цукор впаде, і я знову зможу їсти торти щодня» може подумати пацієнт, якому встановлюють діабет. Тобто, він сприймає цей стан як гострий, а не хронічний.

Наступні два напрямки – це причини й наслідки. Будь-якого пацієнта хвороба може лякати не сама по собі, а через майбутні втрати (фінансів, свободи, активності тощо). З іншого боку, суб'єктивною є і відповідь на питання «Чому я?».

Найважливішим напрямком для стресостійкості постає розуміння напрямку контроль/лікування. Якщо людина вірить, що контроль можливий, вона стає активною [37].

Відтак, згідно з таким поглядом, сприйняття хвороби впливає на вибір стратегій подолання, що у підсумку впливатиме на результат.

І тут ми розділяємо погляд С. Х. ван Остром, Р. Гійсен, І. Стірбу, Дж. К. Кореваар, Ф. Г. Шеллевіс, Х. С. Дж. Пікавет та Н. Хоейманс [40] щодо медицини

майбутнього. Вона має зосередитися не на «лікуванні» (бо часто воно неможливе, бо нема досягнення повного одужання). Замість лікування варто сфокусуватися на тому, як покращити сам досвід життя з хворобою. Тобто головним для нас стає пацієнт, який вже має певні симптоми та вчиться з ними якось ладнати. Такий підхід допомагає нам знайти відповіді на важливі питання: як саме людина сприймає свій біль? Для неї це катастрофа чи просто сигнал, що треба відпочити? Чому одні люди йдуть до лікаря відразу, а інші тягнуть до останнього? Якою є постійна психологічна боротьба з дискомфортом? Наскільки пацієнт здатен дисципліновано виконувати призначення, попри стрес і втому тощо. Все це дає змогу зрозуміти особистісну адаптивність й копінг-стратегії [35].

Поведінка під час хвороби – це спостережувані дії або реакції. Х. Рау, П. Вільямс вказують, що така поведінка виникає як у відповідь на реальну хворобу, так і на сприйняту (тобто, уявну або ж таку, що відчувається суб'єктивно) [38].

Якщо пацієнт усвідомлює, що ліки – це його «рятівний круг», він у 3 рази частіше буде виконувати призначення лікаря. Якщо ж пацієнт має бурхливу емоційну реакцію на хворобу (паніка, страх, гнів), то це заважатиме лікуванню, бо за даними С. Росс, А. Вокер, М. Дж. Маклеод [39], пацієнт виконуватиме приписи гірше (Рис. 1.1).

Дослідження зв'язку між сприйняттям хвороби та дотриманням режиму лікування у пацієнтів з цукровим діабетом II типу виконане С. С. Білонді, А. Д. Ногабі, Х. Ааламі [30], дає змогу визначити, що коли людина перестає сприймати діабет як «несподіванку» і починає бачити в ньому зрозумілий процес, вона стає дисциплінованішою у лікуванні (п'є таблетки та тримає дієту).

Двома головними «важелями», які змушують пацієнта лікуватися є чинник особистого контролю і чинник розуміння хвороби. Щодо останнього, то це інтелектуальний рівень. Це наявність адекватних відповідей на питання: Чи розуміє людина, що цукор у крові – це не магія, а метаболізм? Чи знає вона, як працює інсулін? тощо. Тож, коли пацієнт розуміє механізм, лікування стає для

нього логічним, а не просто «наказом лікаря». Маємо відзначити, що люди значно охочіше роблять те, що їм зрозуміло.

З іншого боку, діє психологічна настанова. Якщо пацієнт думає: «Від мене нічого не залежить, у всьому винна генетика чи погана медицина», він опускає руки. Це шлях до тотальної інвалідизації і у підсумку смерті. Якщо ж він вірить: «Мій вибір їжі прямо впливає на мій зір та здоров'я ніг завтра», він бере на себе відповідальність.



Рис. 1.1. Сприйняття хвороби та переконання щодо лікування (за матеріалами С. Росс, А. Вокер, М. Дж. Маклеод).

Відповідно до розуміння результатів С. С. Білонді, А. Д. Ногабі, Х. Ааламі погоджуємося, що робота психолога з когнітивною сферою пацієнта (пояснення хвороби та повернення відчуття контролю, тобто психоедукаційна складова) є такою ж важливою для виживання, як і сама інсулінотерапія.

Наукова розвідка, виконана Х. Дургун, Ф. Аксой [31], показала зв'язок між сприйняттям хвороби у госпіталізованих пацієнтів та їхньою задоволеністю сестринським доглядом.

У межах роботи було визначено, що майже всі пацієнти відчували біль і втому. Це стресори. Якщо пацієнт не розумів, чому йому болять, він починав тривожитися. Бо є невідомість. Все це поставало психосоматичним підсилювачем. Збільшений рівень страху «затискав» м'язи, тож рівень болю ставав ще гострішим.

Якщо ж персонал, зокрема медсестри, розмовляли з пацієнтами, пояснювали ситуацію, наприклад, «Цей симптом пов'язаний з вашою хворобою», то це допомагало пацієнту привласнити цей біль, зробити його «своїм» і зрозумілим. А це відповідно зменшує стан невизначеності, що своєю чергою зменшує рівень тривожності, страху, і як наслідок біль.

Маємо зазначити, що під час госпіталізації та після виписки всі пацієнти мають справлятися з симптомами та проблемами, пов'язаними з їхнім станом [32]. Симптом – це фізіологія. Тіло страждає. Але у пацієнта, що знаходиться у шпиталі є сприйняття хвороби. Це психологія. Тож, якщо медсестри якісно комунікували, вони «лікували» сприйняття. Пацієнти буквально, привласнюючи свій біль, починали думати: «Біль – не катастрофа, це частина лікування». І це покращувало їх стан в цілому. Зрештою, стає зрозуміло, що така схема справді допомагає прибрати зайву тривогу та психосоматичні прояви, які виникають просто від невідомості. Те, як людина сприймає свою недугу, – річ дуже індивідуальна, і тут немає єдиного шаблону, бо зовнішні обставини часто стають вирішальними.

К. А. Ле Хо Тхі, М. Т. Нгуєн, К. Х. Нгуєн Ву та ін. [34] у своєму дослідженні приходять до висновків, що люди з хронічними хворобами (особливо ті, хто проживають у сільській місцевості) вбачають у віддаленому медичному супроводі телемедичних технологій основу для самоменеджменту та подолання емоційних наслідків хвороби. Телемедицина дає пацієнту цей контроль: він сам міряє тиск/цукор, відправляє лікарю й отримує швидку відповідь. Це знижує тривогу (психосоматичний чинник) і підвищує стійкість.

Маємо у цьому контексті зазначити й вітчизняні практики. Так, портал Health-ua.com (проект Видавничого Дому «Здоров'я України») приклад

величезного сучасного джерела доказової інформації. Для пацієнта (або лікаря, який працює з пацієнтом) це може закрити потребу в «розумінні хвороби» [20].

ІТ-платформа Helsi постає прикладом не просто цифрового середовища, але і інструментом саморегуляції та контролю, які допомагають пацієнтам знизити стрес, бо є електронні рецепти та онлайн-запис [19]. Пацієнт відчуває, що процес лікування підпорядкований йому, а не хаотичній системі.

Онлайн-консультації постають як швидкий спосіб отримати пояснення симптому. Як ми вже знаємо, «названий» симптом викликає менше тривоги, ніж невідомий біль. Це дозволяє пацієнту залишатися в межах адаптивної стресостійкості.

О. В. Землянська, А. С. Страшнова у своїй роботі [7] підіймають зворотний бік медалі, осмислюючи технічні та етичні ризики ШІ в медицині. Так, автори зазначають, що помилка ШІ може травмувати не одного пацієнта (як помилка лікаря), а тисячі одночасно. Саме усвідомлення цього ризику може бути потужним фактором стресу для пацієнта. Якщо людина знає, що її лікує «алгоритм, який може мати баг», її тривожність зростає. Це прямий удар по відчуттю безпеки.

Поряд з цим, ШІ може поставити діагноз і в цьому його користь, пояснити результати аналізів, але підтримати стресостійкість і надати емпатію, яка «лікує» психосоматику, може тільки людина – лікар. Маємо визначити й те, що сприйняття пацієнта системою ШІ як «набору даних» заважає бачити його як цілісну людину з її почуттями. Це створює відчуття відчуженості.

І. Прокопчук осмислює хворобу як нову життєву ситуацію. У пацієнта лікарні повністю змінюється спосіб життя, бо у лікарні діють процедури, наявні розмови з іншими хворими, низка обмежень [18]. Водночас дослідник позначає, що внутрішня картина хвороби – це сплав відчуттів, переживань і ідей людини. Фактично утворюється новий образ, оновлений хворобою.

Н. Терлецька у своїй розвідці визначає, що депресивний пацієнт – це людина, яка "заблукала" у своїх страхах перед хворобою [26]. Вона вважає себе немічною, хоча тіло ще має ресурс. Тобто, життя пацієнтів із депресіями

критично погіршується не через фізичні обмеження, а саме через дезадаптивне ставлення до своєї хвороби.

Дослідження Л. І. Дідковської [6] серед пацієнтів із розсіяним склерозом чітко показують: як тільки людина внутрішньо приймає свою хворобу, її психологічна стійкість одразу зростає. Як тільки людина перестає виснажувати себе безглуздою війною з реальністю, у неї ніби відкривається «друге дихання». Ці сили тепер можна витратити на те, щоб просто навчитися жити в нових обставинах, якими б важкими вони не здавалися. А от почуття повної безпорадності – коли здається, що ти ні на що не впливаєш – це найшвидший спосіб психологічно себе знищити.

Тому вміння по-іншому поглянути на свою біду стає справжнім порятунком. Пацієнти, які знаходять у своїй ситуації бодай якісь точки для росту – наприклад, починають гостріше цінувати час або краще розуміти біль інших, – адаптуються значно швидше. Вони не просто виживають, вони вчаться по-справжньому керувати своїм життям і приймати себе новими, такими, якими вони стали тепер.

О. С. Лісова та М. Б. Гасюк осмислюють внутрішню картину хвороби у контексті картини здоров'я особистості [2, 11]. До складу першої входять означені нами знання про діагноз, страхи, обмеження тощо. До складу другої входять знання про ресурси, сили організму та те, що залишилося здоровим. Відтак, вважаємо, що стійкість – це коли людина бачить свої здорові ресурси навіть під час хвороби.

Для цього важливою є відмова від генералізації хвороби, коли пацієнт каже: «Я – інвалід», «Я – діабетик», «Моє життя – це лікарня». Тоді, хвороба стає всім життям.

1.2. Вплив воєнного стану на сприйняття хвороби та психосоматичне здоров'я пацієнтів

Війна тисне на пацієнта, знижує його рівень стресостійкості, змінює

картину сприйняття лікарні. Як вірно наголошує Р. Карпінська та В. Беляк зовнішні умови такі, як: імовірність обстрілів, гучні повітряні тривоги, необхідність перебування в укриттях, що для пацієнта лікарні є окремим складним процесом, загроза втрати близьких та руйнування життєвих планів, інформаційний стрес, створюють складні умови для підтримки стресостійкості [8].

За умов війни загострюються ціла низка психосоматичних розладів [22].

Поряд з цим, для дорослих пацієнтів у лікарні актуальним стає сепараційний тривожний розлад. Це страх розлучення з тими, до кого людина прив'язана. В умовах госпіталізації це створює додатковий дистрес, бо людина фізично відмежована від родини, яка перебуває в небезпеці. З іншого боку, втрата сенсів, перспективи та омріяного майбутнього, викликає у пацієнтів в лікарні апатичність [8].

О. Чабан, А. Олексієнко підіймаючи тему насильства у часи війни наголошують, що є тісний зв'язок між насильством, яке пережила людина, та її психосоматичним станом [29]. За часів війни ця ситуація стає ще критичнішою, бо травмування здоров'я від насильства сполучається зі стресом, хронічним, що накопичувався і продовжує накопичуватися за умов війни.

М. Маркова, О. Белоусова, Т. Алієва, О. Піонтковська, А. Марков, К. Косенко у дослідженні дистресу війни у дітей прийшли до висновків, що найбільш потужні проблеми з ШКТ отримала група дітей, не тих, хто продовжує жити в Україні, а тих, хто перемістився до інших країн, бо в них стрес від війни посилився стресом адаптації. Наявність проблем з ШКТ, відтак, осмислюється вченими як стрес-відповідь [13].

Це доводить, що стрес адаптації до чужого середовища (нова мова, школа, відсутність звичного кола спілкування тощо) може бути сильнішим для організму, ніж життя під загрозою обстрілів, але вдома.

Робота Н. Сохор, О. Ясній, О. Смашна, Н. Гашімова визначає криваву «ціну» війни для психічного здоров'я українців та вказує на головний механізм, через який руйнується стійкість – порушення регулятивної функції психіки [25].

Зокрема дослідники визначають масштаб, що відповідає колективній травмі. Саме травма війни б'є по регуляції й психіка перестає «керувати» емоціями та реакціями. Як результат – людина провалюється в соціально-психологічну дезадаптацію, де нормальна робота, навчання чи навіть просте спілкування стають майже неможливими. Варто згадати, що психосоматичне здоров'я прямо залежить від того, чи вміє людина опановувати власні стани [17]. Без елементарних навичок емоційного контролю пацієнт просто «спалює» внутрішні ресурси, залишаючись беззахисним перед хворобою. Це призводить до того, що психічне напруження «переходить» у тілесні хвороби (соматизацію), стаючи причиною хронічних розладів.

Дослідницька група під керівництвом О. Кокуна, до якої увійшли І. Візнюк, М. Пайкуш, С. Долинний, А. Ордатій та Р. Карімулін, доводить: перед викликами війни пасують не лише студенти. Навіть підготовлені люди, залучені до волонтерства, стикаються з аналогічними кризами [9]. Цифри говорять самі за себе: майже у кожного четвертого респондента (близько 24%) фіксують ознаки ПТСР. Людина ніби замикається в собі: з'являється глибока апатія, потяг до ізоляції та виснажливе, фонове відчуття небезпеки. Ці дані зайвий раз доводять – війна запускає психосоматичні механізми навіть у тих, хто за фахом мав би бути стійким. Постійний тиск травматичних факторів просто не залишає шансів «відсидітися» за професійною підготовкою.

О. Нікітіна, О. Резван, О. Романовська, М. Марусинець продовжуючи міркування Н. Сохор, О. Ясній, О. Смашна, Н. Гашімова наголошують на проблемі трансгенераційної передачі травми у ВПО [36]. Автори наголошують, що травма не зупиняється на одному члені родини. Через глибокий емоційний зв'язок хронічний стрес та посттравматичні симптоми батьків «трансляються» дітям, формуючи замкнене коло трансгенераційної передачі.

Ключова ідея авторів полягає в тому, що покращити стан дитини можна лише через супровід батьків. Зміна того, як батьки сприймають стрес і як вони керують сімейною динамікою, є головним інструментом зупинки передачі травми.

Ця робота фактично ставить «діагноз» не окремій людині, а сімейній системі, яка постраждала від переміщення, і пропонує лікувати її через психоедукацію та розвиток копінг-стратегій.

М. Хараджи, А. Федоренко розривають портрет емоційно-психологічного стану та стійкості жінок-ВПО, наголошуючи, що вони відчують сильну «втому від стресу», що веде до емоційної дезорганізації [27]. Це той стан, коли психіка перестає ефективно впорядковувати внутрішній світ.

Результати вказують на те, що жінки-переселенки часто опиняються у своєрідному емоційному вакуумі. Навіть коли фізична небезпека залишається позаду, на перший план виходять тотальна самотність та соціальна відірваність. Саме цей прихований тиск стає тим "тихим" стресором, що виснажує психіку не менше за відкриту загрозу.

М. Хараджи, А. Федоренко вказують, що комплексний тиск (втрата близьких, загроза безпеці, зміна умов життя) неминуче призводить до розвитку не лише ПТСР чи депресії, а й психосоматичних захворювань [27].

Доповнюючи картину вразливості різних соціальних груп, І. Візнюк, О. Дзекан, Д. Юсупова акцентують на психосоматичному здоров'ї студентської молоді [1]. Дослідники фіксують: у студентів воєнний стрес швидко «переходить» у тіло, провокуючи безсоння та проблеми з серцем. Завдяки опитувальникам SCL-90-R та HADS вдалося підтвердити критичний рівень психоемоційного дистресу. Це вже не просто тривога, а стан, що потребує негайної допомоги – від звичайної психоедукації до сучасних цифрових платформ підтримки.

Але є й інший бік – мешканці прифронтових міст. Через життя під обстрілами їхні особистісні межі стають буквально «оголеними» [24]. Це виливається у постійну дратівливість та гостре відчуття несправедливості. Часто така внутрішня напруга перетворюється на відкриту злість до тих, хто обрав евакуацію або продовжує жити «нормальним» життям у тилу.

Характерною рисою таких пацієнтів є невизнання стресу: удавана безтурботність і відмова помічати жахи війни («зараз не час хворіти»). Організм

при цьому неминуче проходить стадії тривоги та резистентності, зрештою переходячи до виснаження. І тут ігнорування стресу призводить до раптової активізації хронічних захворювань, які пацієнт тривалий час вважав «вторинними», незначущими, порівняно з війною.

Водночас С. Дембіцький (модератор круглого столу «Травма війни: наслідки та виклики») визначає, що ЗМІ та соціальні мережі можуть виконувати як терапевтичну, так і травмувальну функції [5]. Це може поставати «інформаційним стресом», який безпосередньо впливатиме на емоційну стабільність особистості. Поряд з цим, замість того, щоб фокусуватися лише на патології, С. Дембіцький та колеги закликають досліджувати чинники, що допомагають долати кризу: соціальну довіру, солідарність та вчасну професійну допомогу.

Враховуючи специфіку нашої роботи вважаємо, що стресостійкість пацієнта може бути регульована впливом цифрового середовища, соціальної солідарності та якісного надання психологічного супроводу.

ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 1

1. Осмислення теоретичних джерел дозволяє нам стверджувати: сьогодні хвороба вже не сприймається як суто медичний факт. Це глибокий особистісний конструкт. Коли ми говоримо про «поведінку під час хвороби» (illness behavior), то маємо на увазі не просто візити до лікаря, а те, як пацієнт шукає сенс у своєму стані. Дж. Мюррей та Б. Вільямс дуже влучно розділяють це на функціональні дії та когнітивну роботу мозку. Саме ця внутрішня інтерпретація симптомів стає фундаментом для всієї подальшої адаптації. Людина не просто хворіє – вона «проживає» діагноз, і від того, які копінг-стратегії вона вибере, залежить успіх навіть найскладнішої терапії. Центральне місце тут посідає модель саморегуляції Г. Левенталя. Суть її проста, але водночас геніальна: кожен пацієнт – це «стихийний дослідник», який сам будує теорію своєї недуги. Через сприйняття симптомів (ідентичність), оцінку тривалості хвороби та віру в можливість одужання формується той самий суб'єктивний образ, що керує діями

людини. С. Росс, А. Вокер та М. Дж. Маклеод довели: якщо в цій системі панує страх чи гнів, приверженість до лікування падає. Але як тільки пацієнт починає бачити в ліках «інструмент порятунку», його дисципліна зростає в геометричній прогресії.

2. С. С. Білонді переконливо довів: коли людина з хронічним діагнозом (наприклад, діабетом) бере на себе роль активного учасника лікування, її психологічний стан стає набагато стабільнішим. Це перехід від позиції «жертви обставин» до позиції «менеджера власного здоров'я».

3. Важливим є й те, як ми взаємодіємо з медициною сьогодні. Х. Дургун та Ф. Аксой акцентують: нормальна комунікація з лікарем, де пояснюється кожен симптом, знімає левову частку тривоги. Сюди ж додається і «цифрова медицина». Платформи Helsi чи Health-ua.com, як зазначають К. А. Ле Хо Тхі та колеги, дають пацієнту відчуття впорядкованості. Проте не все так однозначно. О. В. Землянська та А. С. Страшнова справедливо застерігають: надмірне покладання на ІІІ може призвести до «знеособлення» медицини. Брак емпатії від машини часто провокує нову хвилю стресу, бо пацієнт хоче бути почутим людиною, а не алгоритмом.

4. Війна в Україні додає до цього більш трагічний рівень. Р. Карпінська та В. Беляк пишуть про те, як інформаційний хаос та страх розлуки з рідними під час госпіталізації підривають ресурси стійкості. О. Чабан та А. Олексієнко чітко простежують зв'язок: пережите насильство «б'є» по соматичці, витягуючи на світ старі хронічні хвороби.

5. Ми також бачимо, як по-різному реагують різні групи. М. Маркова виявила феномен: стрес адаптації за кордоном може «бити» по ШКТ дитини сильніше, ніж життя під обстрілами вдома. Н. Сохор пояснює це як глобальний збій регулятивної функції. Тут же працює і трансгенераційна травма (за О. Нікітіною): страх матері автоматично стає страхом дитини, формуючи її майбутню картину хвороби. Мешканці ж прифронтових міст, за спостереженнями О. Резван, часто впадають у «емоційну анестезію», яка потім вибухає важким виснаженням. А жінки-ВПО, як зазначають М. Хараджи та А. Федоренко, просто «втомлюються від стресу», що робить їхні хвороби хронічно затяжними.

6. Фіналізуючи, підкреслимо: стресостійкість сьогодні – це не про «не хворіти». Це про баланс між внутрішньою картиною хвороби та картиною здоров'я (О. С. Лісова, М. Б. Гасюк). Стійкість живиться через позитивну переоцінку (Л. І. Дідковська) та соціальну підтримку (С. Дембіцький). Головне – це інтегрувати досвід хвороби в життя, не даючи йому знищити особистість, особливо в часи війни.

РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНИЙ АНАЛІЗ РЕСУРСІВ СТРЕСОСТІЙКОСТІ ТА ОСОБЛИВОСТЕЙ ПСИХОСОМАТИЧНОГО СТАНУ ПАЦІЄНТІВ В УМОВАХ ТРИВАЛОГО ВОЄННОГО СТРЕСУ

2.1. Організація та характеристика вибірки дослідження

Метою нашої емпіричної роботи стало вивчення того, як у пацієнтів під час війни поєднуються реакції на стрес, їхня внутрішня стійкість, установки щодо здоров'я та сприйняття власного тіла.

Завдання дослідження:

1. Оцінити, як пацієнти реагують на стресові події та який у них запас «міцності» (резильєнтності) зараз, коли йде війна.
2. Вивчити загальний емоційний стан людей, щоб виявити перші ознаки дистресу ще на початкових етапах.
3. Визначення локусу контролю здоров'я пацієнтів.
4. Виявити, що саме пацієнти відчують щодо власного тіла і як хвороба змінює це ставлення.
5. Простежити, як між собою взаємопов'язані стійкість людини, її реакція на стрес та установки стосовно здоров'я.

До виконання емпіричного блоку ми підійшли поетапно, спираючись на план переддипломної практики (ОК 37). Такий підхід допоміг реально зрозуміти стан пацієнтів. Сама діагностика проходила в стаціонарі лікарні. Звісно, найскладнішим було знайти підхід до людей і створити той самий безпечний простір для розмови. Без довіри не було б сенсу розраховувати на щирі відповіді, а отже – і на валідність всього дослідження. При цьому ми суворо витримували всі етичні норми та гарантували людям повну анонімність. Обраний пакет методик дозволив нам комплексно оцінити не лише рівень резильєнтності, а й те, як війна змінила ставлення людей до власного тіла. Результатом стала база реальних протоколів, на основі якої й будувався подальший аналіз.

База дослідження. «Міська клінічна лікарня № 13» Харківської міської

ради.

Загальна характеристика вибірки. Наше дослідження проходило безпосередньо в стінах лікарняного стаціонару. До підсумкової вибірки увійшли 33 особи, кожна з яких на момент нашої зустрічі була пацієнтом закладу.

Склад групи. Жіноча частина є значно більшою – це 28 респонденток (майже 85% від загалу). Чоловіків у цьому дослідженні було лише п'ятеро.

Середній вік учасників є на позначці 37 років. Втім, це лише узагальнений показник, оскільки до вибірки потрапили як 18-річні юнаки та дівчата, так і пацієнти з солідним життєвим багажем (найстаршому респонденту – 74 роки). Прикметно, що лікарняне ліжко не стало перепорою для справ: 27 осіб (а це понад 80% групи) продовжують працювати. Решта ж розподілилася між пенсіонерами (3 особи), студентами (2 особи) та одним учасником, який наразі шукає роботу (Рис. 2.1).

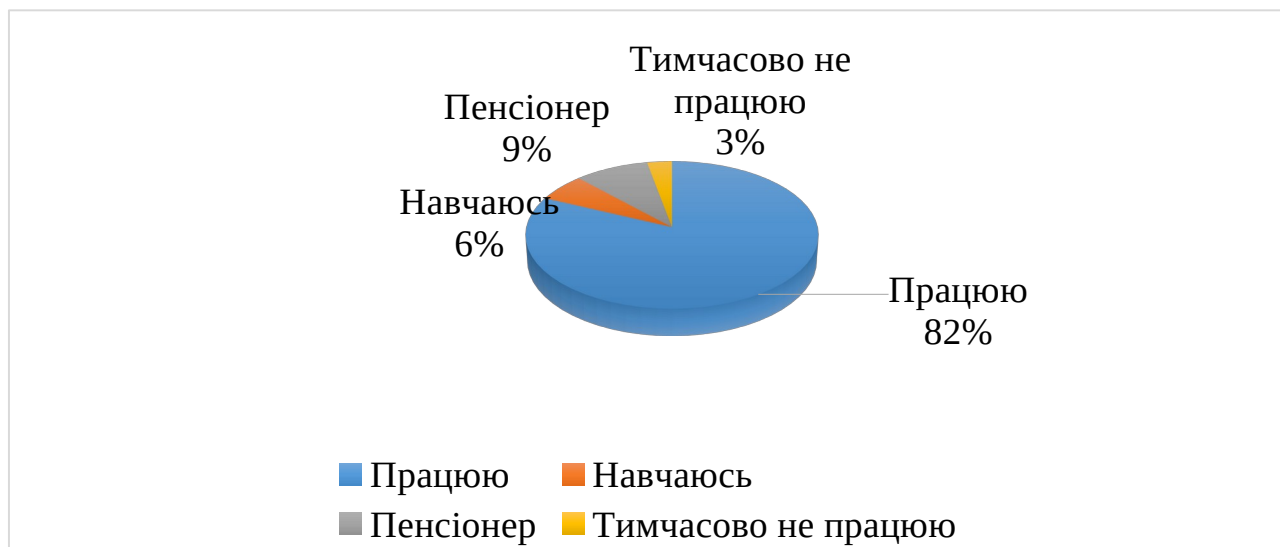


Рис. 2.1. Склад вибірки за статусом зайнятості (в %).

Майже всі учасники – це місцеві жителі Харкова та області. Оскільки статус внутрішньо переміщеної особи мав лише один пацієнт, ми не стали виокремлювати переселенців у спеціальну підгрупу. Ми аналізували вибірку як цілісну спільноту людей із прифронтового регіону, які зараз разом проходять через медичну реабілітацію та воєнний стрес.

2.2. Методики дослідження

Під час підбору методик ми робили ставку на валідизований інструментарій, який уже пройшов апробацію в сучасних українських умовах. Використання саме офіційних україномовних адаптацій було для нас принциповим моментом. Це дозволило відсікти будь-які труднощі зі сприйняттям запитань, які неминуче виникають при використанні "сирих" перекладів. Зрештою, такий підхід гарантує нам чистоту отриманих показників, адже пацієнт реагує на зміст тесту, а не намагається вгадати значення неточних формулювань.

У дослідженні були використані:

1. Опитувальник для вимірювання стресу, стресових реакцій та резильєнтності українців в контексті війни (Д. Гудир-Наумова, 2024) [3].
2. Україномовна версія «Інструмент дослідження резильєнтності» (ІДР-14) (Л. Колесніченко та О. Бережної, 2023) [10].
3. Короткий опитувальник загального стану здоров'я (українськомовна адаптація Л. П'янківська, О. Савченко, 2024) [23].
4. Україномовна версія шкали «Багатовимірний локус контролю здоров'я» (І. Данилюк, А. Курапов, К. Малишева, І. Ягіяєв, О. Льошенко, С. Литвин, 2023) [4].
5. Семантичний диференціал «ставлення до тіла» (Т. Хомуленко, Н. Лесніченко, 2024) [28].

1. Опитувальник для вимірювання стресу, стресових реакцій та резильєнтності українців в контексті війни (Д. Гудир-Наумова, 2024) [3].

Використання цієї методики у нашій роботі науково обґрунтоване високими показниками внутрішньої узгодженості (альфа Кронбаха) та стабільності результатів у часі (тест-ретест), що гарантує точність вимірювання станів пацієнтів лікарні. Доведена конвергентна валідність через зв'язок із шкалами IES-R та CD-RISC-10 підтверджує, що методика фокусується саме на психосоматичних аспектах стресу та ресурсах відновлення, які є ключовими для

нашого дослідження. Оскільки методика успішно апробована на українській вибірці в умовах війни, вона дозволяє отримати об'єктивні дані про те, як саме стресостійкість пацієнта виступає буфером проти соматизації травматичного досвіду.

2. Україномовна версія «Інструмент дослідження резильєнтності» (ІДР-14) (Л. Колесніченко та О. Бережної, 2023) [10].

Методика ІДР-14 базується на інструменті Resilience Research Tool (RRT), який свого часу розробили тайванські науковці (Fan-Wen Hu, Chen-Huan Lin та ін.). Вона цікава тим, що фокусується саме на здатності людини «тримати удар» і гнучко виходити з кризових станів.

3. Короткий опитувальник загального стану здоров'я (українськомовна адаптація Л. П'янківська, О. Савченко, 2024) [23].

Для швидкої перевірки того, як пацієнти справляються зі стресом, ми взяли опитувальник GHQ-16 (це скорочена версія тесту GHQ-28, яку адаптували Л. П'янківська та О. Савченко). Ми зупинилися саме на ньому, бо в лікарняних умовах довгі тести лише втомлюють, а ці 16 питань дозволяють за лічені хвилини зрозуміти загальну картину самопочуття людини.

Методика показує реальний стан справ за чотирма напрямками: від суто тілесних скарг і проблем зі сном до тривоги та здатності просто виконувати щоденні справи. Для нас це важливо, бо результати чітко підсвічують зони найбільшого напруження. Це дає нам об'єктивну основу, щоб побачити, як хвороба "тисне" на психіку пацієнта і де він найбільше потребує підтримки.

4. Україномовна версія шкали «Багатовимірного локусу контролю здоров'я» (І. Данилюк, А. Курапов, К. Малишева, І. Ягіяєв, О. Льошенко, С. Литвин, 2023) [4].

Для нашого дослідження ми обрали українську версію шкали "Локусу контролю здоров'я" (MHLC), яку у 2023 році адаптували І. Данилюк та колеги. Цей тест допомагає зрозуміти, у що саме вірить пацієнт: що його одужання залежить від нього самого, від лікарів чи просто від везіння.

Ми включили цю методику, щоб побачити прямий зв'язок: чи допомагає

віра у власні сили менше хворіти "на нервовому ґрунті". Це дозволить з'ясувати, чи стає впевненість у собі захистом від стресу, чи, навпаки, пацієнт відчуває безпорадність, що лише посилює його психосоматичні симптоми.

5. Семантичний диференціал «ставлення до тіла» (Т. Хомуленко, Н. Лесніченко, 2024) [28].

Також ми додали семантичний диференціал "Ставлення до тіла" (Т. Хомуленко, Н. Лесніченко, 2024). Цей тест потрібен нам, щоб зрозуміти, що саме пацієнт відчуває до свого тіла зараз. Він набагато глибший за звичайне опитування, бо допомагає оцінити стан за трьома шкалами: 1. Оцінка (чи подобається пацієнту власне тіло, чи воно викликає у нього лише неприємні почуття); 2. Сила (наскільки людина почувається впевненою і захищеною фізично); 3. Активність (чи є у пацієнта сили та інтерес до себе, чи він відчуває лише втому та пригнічення).

Ми використали цю методику, щоб побачити, чи стає тіло "підказкою" для пацієнта, або ж він сприймає його як джерело проблем. Це допомагає розібратися, як ставлення до себе впливає на розвиток психосоматики.

2.3. Аналіз результатів дослідження

Передусім зазначимо, що у пацієнтів середній бал за шкалою соціальної бажаності Опитувальника для вимірювання стресу, стресових реакцій та резильєнтності українців в контексті війни (Д. Гудир-Наумова, 2024) становить 0,91 (з 4 можливих), що свідчить про високу щирість респондентів та вірогідність отриманих результатів.

Отримані результати дають змогу визначити, що пацієнти вказують на помірне травматичне навантаження. Середній бал за шкалою стресових подій дорівнює 2,61 бала (Рис. 2.2).

Результати, отримані за Шкалою дій, спрямованих на відновлення, вказують на те, що пацієнти не просто «терплять» стрес, а мають активну позицію. Вони знають, як собі допомогти (спілкування, вправи, віра, природа). У

психосоматиці ці дії для відновлення можуть працювати як буфер. Чим вищий цей показник, тим менша ймовірність, що стрес «вдарить» по тілу і виразиться у хворобах.

Згідно середнього значення за шкалою нормального рівня адаптації, що дорівнює 4,70 бали, визначаємо високий суб'єктивний рівень стійкості. Тож, пацієнти здебільшого почуваються добре й стабільно.

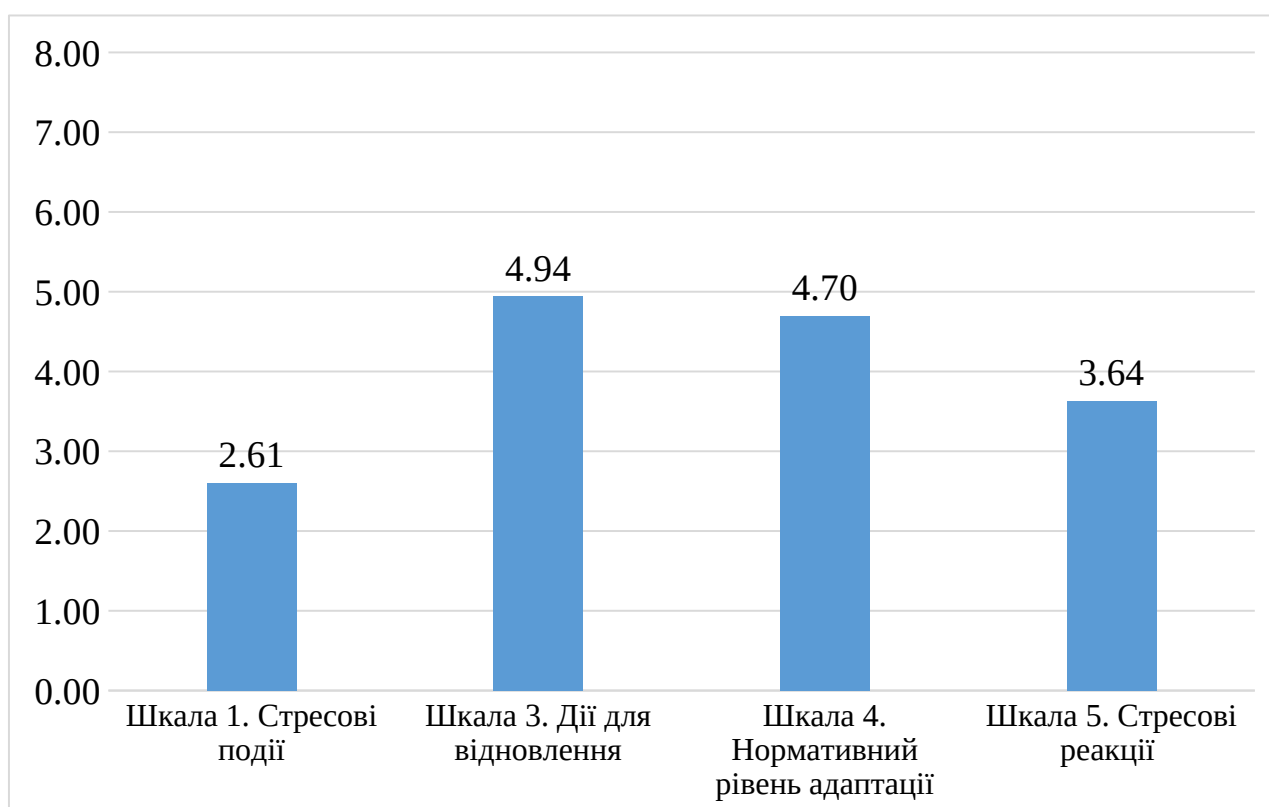


Рис. 2.2. Результати діагностування пацієнтів за окремими шкалами Опитувальника для вимірювання стресу, стресових реакцій та резильєнтності українців в контексті війни (Д. Гудир-Наумова, 2024) (за середнім значенням).

Водночас за шкалою стресових реакцій середній бал у пацієнтів становить 3,64. Тож, дистрес не є тотальним. Він помірний. Пацієнти відчують окремі реакції (наприклад, порушення сну чи роздратування), але вони не «розсипаються» повністю.

Важливо підкреслити, що за шкалою дій, спрямованих на відновлення, ми маємо середній бал 4,94. На нашу думку, саме цей ресурс стає для пацієнтів тим

«щитом», який стримує трансформацію психологічного стресу у важку соматику. Цікаво виглядає і динаміка швидкості відновлення: більшість респондентів ніби «перемикаються» після стресового удару в дуже короткий проміжок – від однієї ночі до трьох діб.

Це вказує на неабияку пластичність психіки. Навіть при досить високій екстернальності (2,67 з 4 балів), що в умовах фронтового міста та непередбачуваності завтрашнього дня є майже нормою, люди примудряються зберігати внутрішню опору. Попри відчуття неможливості впливати на глобальні події, їхній персональний «стрижень» залишається функціональним. Зокрема, рівень інтернального контролю у групі тримається на позначці 3,00 з 5 балів, що виступає важливим ресурсом для саморегуляції (Рис. 2.3).

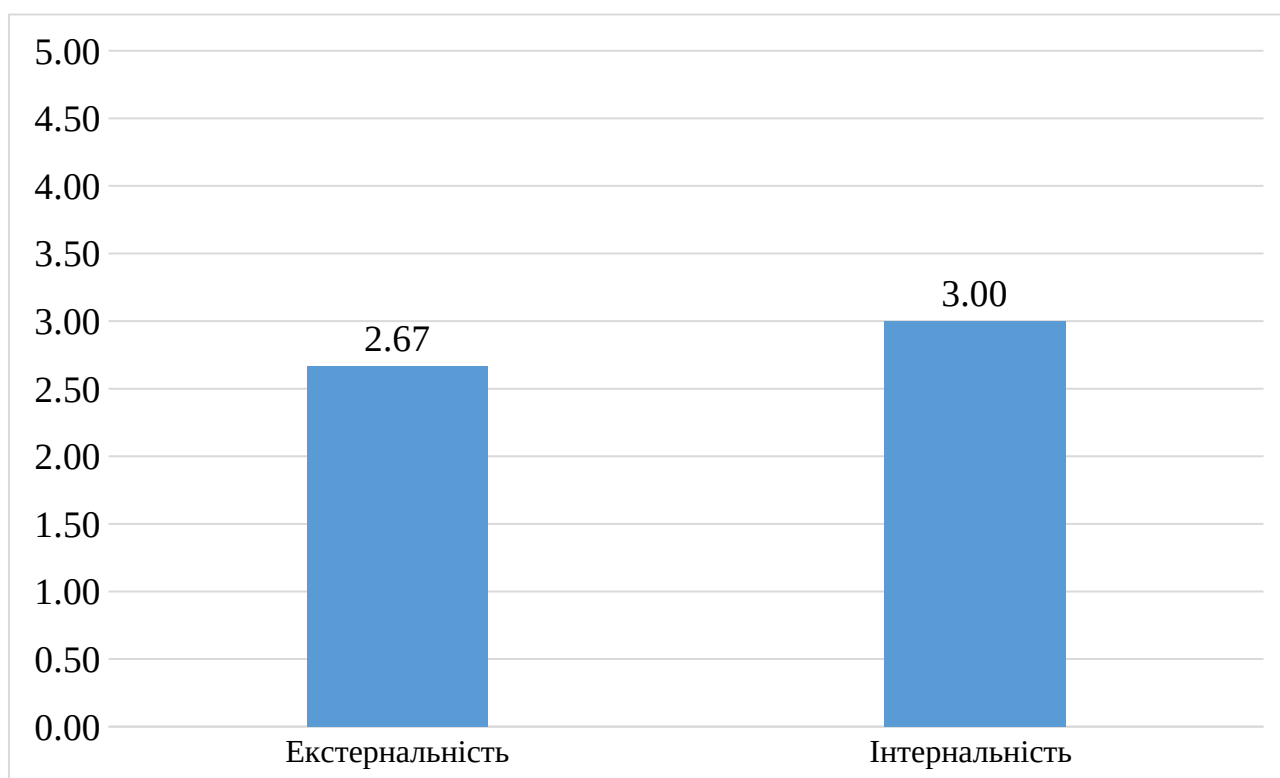


Рис. 2.3. Результати діагностування пацієнтів за шкалою Локус контролю Опитувальника для вимірювання стресу, стресових реакцій та резильєнтності українців в контексті війни (Д. Гудир-Наумова, 2024) (за середнім значенням).

Маємо визначити, що це є потужним психологічним ресурсом, що стримує

розвиток соматичних захворювань через збереження почуття особистої ефективності.

Наступним етапом було опрацювання даних щодо резильєнтності за україномовною версією «Інструмент дослідження резильєнтності» (ІДР-14) (Л. Колесніченко та О. Бережної, 2023), отриманих на нашій вибірці (Рис. 2.4).

Для зручності візуалізації й аналізу показників, результати були приведені до єдиного нормалізованого значення (середнього бала на одне твердження).

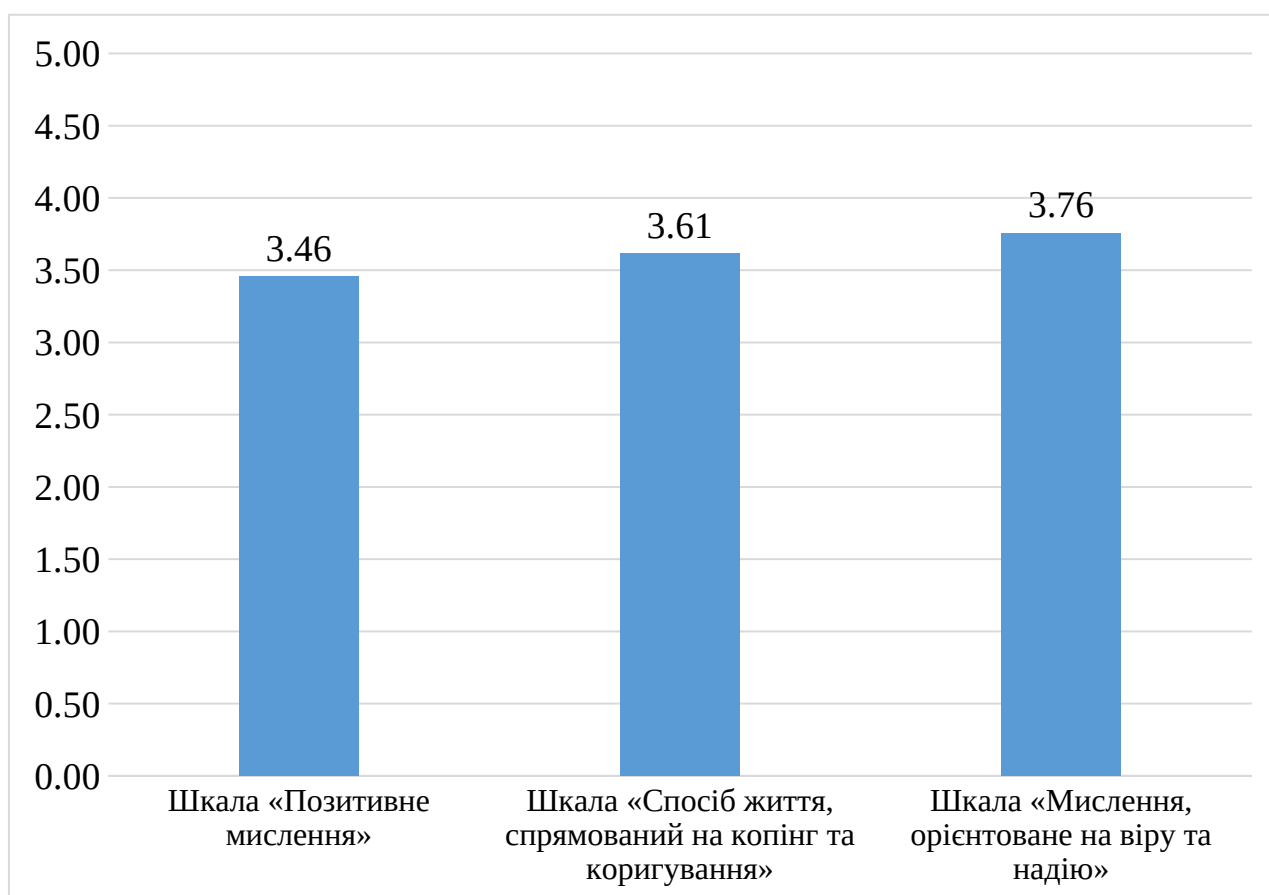


Рис. 2.4. Результати діагностування пацієнтів за україномовною версією «Інструмент дослідження резильєнтності» (ІДР-14) (Л. Колесніченко та О. Бережної, 2023) за стандартизованими значеннями за шкалами.

Як видно з Рис. 2.4, всі три шкали резильєнтності знаходяться на рівні вище середнього. Зокрема найвищий результат виявлено за шкалою «Мислення, орієнтоване на віру та надію». Пацієнти мають віру в одужання і справляються з щоденними викликами.

Прояв на рівні вище середнього Шкал «Спосіб життя, спрямований на копінг та коригування» та «Мислення, орієнтоване на віру та надію» дає змогу визначити, що пацієнти вміють пристосовуватися до змін, спричинених стресом чи хворобою. Вони не опускають руки, а шукають власні, зручні способи, як налагодити побут, спілкування та самопочуття. Це про талант керувати своїм життям навіть тоді, коли обставини тиснуть. Водночас у респондентів простежується здатність знаходити певні «плюси» навіть у кризових обставинах, що підкріплюється вірою в успішний результат. Ми бачимо, як пацієнти намагаються спиратися на внутрішні ресурси, перетворюючи життєві виклики на конкретні завдання. Для них це вже не просто непереборні бар'єри, а ситуації, які вимагають вирішення.

Така установка на активне подолання, а не на пасивне прийняття долі, є ключовим моментом для їхнього психологічного відновлення в умовах стаціонару.

Середній результат загального показника резильєнтності у 51 бал свідчить про те, що група знаходиться на верхній межі норми. Це фактично "переддвер'я" високої резильєнтності.

Попри наявність внутрішнього фундаменту для відновлення, результати за методикою (українськомовна адаптація Л. П'янківська, О. Савченко, 2024) змушують серйозно замислитися. Отриманий середній показник у 19,48 бала – це тривожна цифра, адже вона значно «відривається» від нормативного порогу в 12 балів.

По суті, результати прямо вказують на занурення пацієнтів у стан дистресу.

Якщо розібрати скарги детальніше, то найбільш критичними виявляються проблеми з тривожністю та сном (5,48 бала). Майже на тому ж рівні зафіксована соціальна дезадаптація (5,45 бала), а замикає цей список виражена соматизація стресу з показником 5,09 (Рис. 2.5).

Видно, що психологічна напруга вже настільки висока, що вона починає системно руйнувати як режим дня, так і соціальні зв'язки пацієнтів.

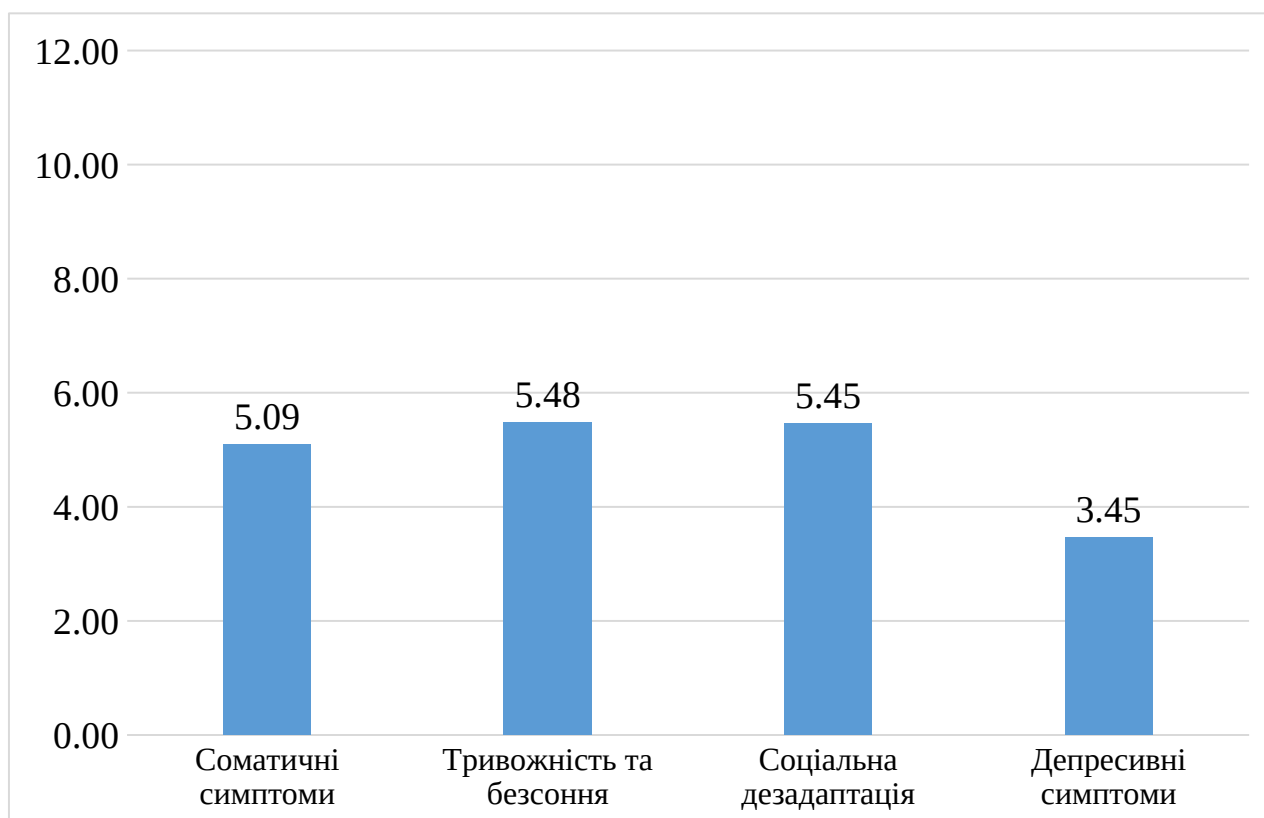


Рис. 2.5. Результати діагностування пацієнтів за Коротким опитувальником загального стану здоров'я (українськомовна адаптація Л. П'янківська, О. Савченко, 2024).

Пацієнтам стає дедалі важче виконувати елементарні щоденні справи. Окремо варто виділити депресивні прояви (3,45 бала). Навіть такий, на перший погляд, помірний результат для умов стаціонару є тривожним, адже він суттєво перетинає межу безпечного рівня. Тут ми фіксуємо чіткий розрив між внутрішньою стійкістю та реальним станом організму. Виходить парадоксальна ситуація: психологічно пацієнти намагаються триматися, демонструючи нормальну резильєнтність і пошук сенсів, але їхнє тіло вже починає «здаватися». Можна сказати, що психосоматичні розлади – це та ціна, яку люди платять за свою зовнішню незламність. Ми бачимо цей конфлікт наочно: вольових зусиль вистачає, щоб не зламатися ментально, проте стрес все одно «проривається» назовні через фізичне виснаження та конкретні симптоми.

Перейдемо до аналізу результатів за україномовної версії шкали «Багатовимірний локус контролю здоров'я» (І. Данилюк, А. Курапов, К.

Малишева, І. Ягіяєв, О. Льошенко, С. Литвин, 2023) (Рис. 2.6).

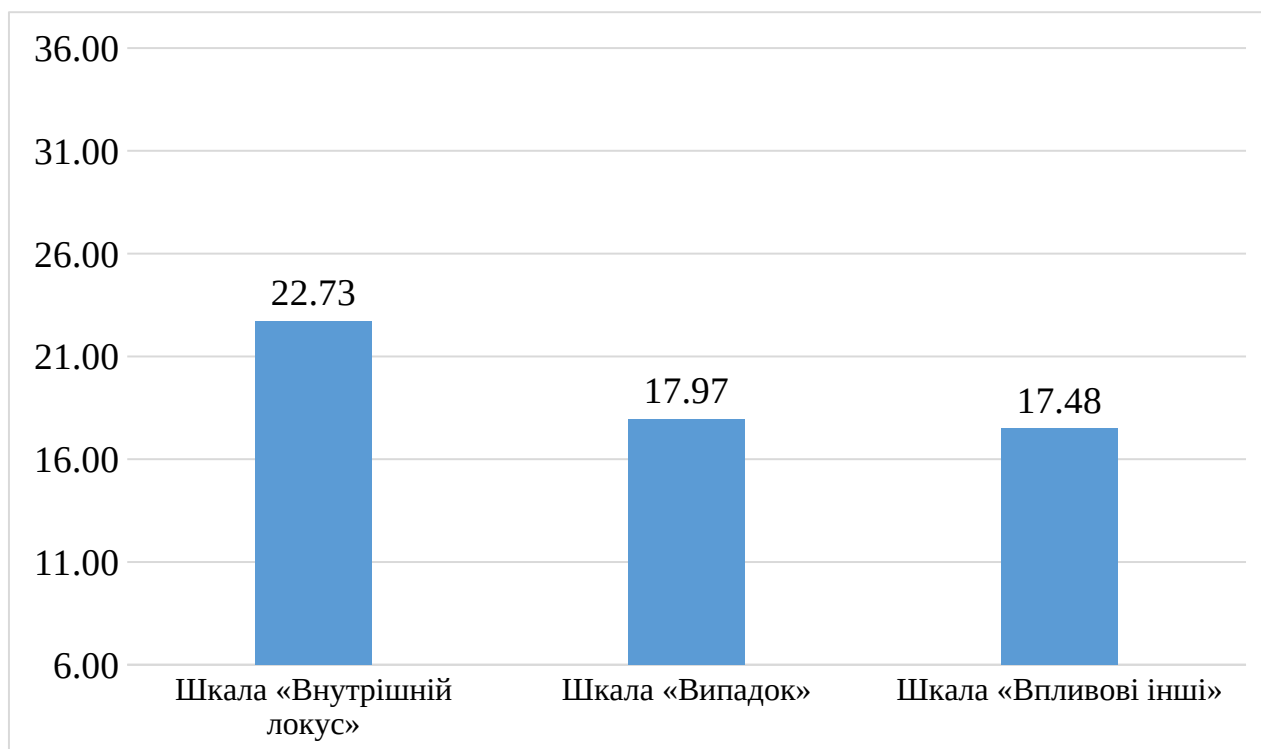


Рис. 2.6. Результати діагностування пацієнтів за україномовною версією шкали «Багатовимірний локус контролю здоров'я» (І. Данилюк, А. Курапов, К. Малишева, І. Ягіяєв, О. Льошенко, С. Литвин, 2023).

Ця діагностика дає нам чітке розуміння того, на кого або на що пацієнти покладаються у процесі свого одужання. Найвищий показник у групі має внутрішній локус контролю (22,73 бала). Тож, попри хворобу та стрес, пацієнти не "опускають руки" і вірять, що їхнє здоров'я – це результат їхніх власних зусиль, рішень та способу життя.

Цікаво, що віра у "Випадок" (17,97) та авторитет "Впливових інших" (17,48) – тобто лікарів та медперсоналу – виражені майже на одному рівні. Це свідчить про здоровий баланс у світосприйнятті. Пацієнти не впадають у фаталізм, чекаючи на диво, і водночас не перекладають усю відповідальність виключно на медицину. Вони довіряють фахівцям, але залишають за собою головну роль у боротьбі за власне самопочуття.

Якщо поєднати ці цифри з нашими даними про дистрес, то ми бачимо

підтвердження "феномену стійкості". Навіть коли організм виснажений (як показав Короткий опитувальник загального стану здоров'я (українськомовна адаптація Л. П'янківська, О. Савченко, 2024)), психологічно пацієнти намагаються тримати контроль у своїх руках. Ця внутрішня установка на самодопомогу є тим самим ресурсом, який дозволяє їм витримувати тривале навантаження і продовжувати лікування, попри всі труднощі

Осмислимо результати, отримані за допомогою семантичного диференціалу «ставлення до тіла» (Т. Хомуленко, Н. Лесніченко, 2024). Значення в Таблиці 2.1 підтверджують – хвороба буквально виснажує людей. Усі показники в мінусі, і це не просто статистика, а реальний стан пацієнтів, які зараз не відчують у своєму тілі жодної опори.

Найбільше просіла шкала Оцінки (Е), вона впала до -4,48. Тут ми бачимо справжній розлад. Люди ставлять низькі бали в парах «любов – ненависть» (-1,33) та «дружелюбність – ворожість» (-1,27). Це означає, що пацієнт зараз сприймає своє тіло як щось вороже. Він ніби ображений на свій організм за те, що той «підвів» і приносить тільки біль.

Таблиця 2.1

Результати пацієнтів, отримані за допомогою семантичного диференціала «ставлення до тіла» (Т. Хомуленко, Н. Лесніченко, 2024)

Пари прикметників	Середнє значення
1. любов - ненависть	-1,33
2. дружність - ворожість	-1,27
3. відраза - захоплення	-1,00
4. задоволеність - незадоволеність	-0,88
5. розслаблення - напруженість	-0,79
6. турбота - безтурботність	-1,24
7. захищеність - незахищеність	-1,00
8. впевненість - невпевненість	-1,00
9. інтерес - нудьга	-1,18
10. зацікавленість - байдужість	-1,06
11. натхнення - розчарування	-0,97
12. піднесеність - пригнічення	-1,09

Зі шкалою Сили (Р) теж проблема – маємо -4,03. Пацієнти почуваються

повністю беззахисними. Це чітко видно по парах «захищеність – незахищеність» (-1,00) та «впевненість – невпевненість» (-1,00). У людини зникло відчуття контролю; тіло здається слабким і напруженим, на нього важко покластися.

Шкала Активності (А) на рівні -4,30 лише підтверджує цей занепад сил. Особливо це помітно в парах «інтерес – нудьга» (-1,18) та «піднесеність – пригнічення» (-1,09). Ресурсів на активність просто немає, пацієнт зациклений на своєму стані й апатії.

Якщо коротко: хвороба руйнує зв'язок із собою. Тіло стає «ворогом», а це забирає останню енергію, яка потрібна для боротьби зі стресом».

Останнім кроком постала перевірка зв'язків показників резильєнтності, стресових реакцій та ставлення до здоров'я у пацієнтів (Таблиця 2.2). Для аналізу було застосовано коефіцієнт лінійної кореляції Пірсона. Було визначено низку статистично значущих зв'язків. Так, Шкала «Терміни відновлення» опитувальника для вимірювання стресу, стресових реакцій та резильєнтності українців в контексті війни (Д. Гудир-Наумова, 2024), що відображає скільки часу пацієнти «перетравлюють» стресову подію позитивно корелює з результатом діагностування пацієнтів за Коротким опитувальником загального стану здоров'я (українськомовна адаптація Л. П'янківська, О. Савченко, 2024) за показником тривожності й безсоння ($r_{xy}=0,418$, $p\leq 0,05$). Високий бал за тривожність при швидкому відновленні може вказувати на те, що пацієнти намагаються повернутися до норми «через силу», на тлі внутрішнього напруження.

Водночас показники шкали «Терміни відновлення» опитувальника для вимірювання стресу, стресових реакцій та резильєнтності українців в контексті війни (Д. Гудир-Наумова, 2024) позитивно корелюють з Шкалою оцінки ставлення до тіла ($r_{xy}=0,390$, $p\leq 0,05$).

Фактично, здатність пацієнтів швидко «оговтатися» після стресу стає фундаментом для доброго ставлення до себе. Ми бачимо: що активніше працює цей механізм відновлення, то більше в людини з'являється внутрішнього прийняття власного тіла та навіть любові до нього. Звісно, такий шлях до

гармонії не дається просто – він часто йде пліч-о-пліч із тривожністю та збоями в режимі сну.

Таблиця 2.2

Взаємозв'язки показників резильєнтності, стресових реакцій та ставлення до здоров'я у пацієнтів

Змінні	Соматичні симптоми	Тривожність та безсоння	Шкала «Внутрішній локус»	Шкала «Впливові інші»	Шкала E
Шкала «Терміни відновлення»	0,042	0,418*	-0,028	0,063	0,390*
Шкала «Стресові реакції»	0,092	0,158	-0,120	-0,384*	-0,120
Підшкала «Екстернальність»	0,172	0,029	-0,237	-0,386*	-0,074
Шкала «Позитивне мислення»	0,184	0,162	0,514*	0,231	-0,066
Шкала «Спосіб життя, спрямований на копінг та коригування»	0,036	0,088	0,478*	0,282	-0,061
Шкала «Мислення, орієнтоване на віру та надію»	0,076	0,081	0,494*	0,236	-0,093
Загальний показник резильєнтності	0,113	0,121	0,519*	0,258	-0,076

Примітка. * $p < 0,05$

Показник авторитету «Впливових інших» за результатами діагностування пацієнтів за україномовною версією шкали «Багатовимірного локусу контролю здоров'я» (І. Данилюк, А. Курапов, К. Малишева, І. Ягієв, О. Льошенко, С. Литвин, 2023) від'ємно корелює зі шкалами опитувальника для вимірювання стресу, стресових реакцій та резильєнтності українців в контексті війни (Д. Гудир-Наумова, 2024): Шкала «Стресові реакції» ($r_{xy}=-0,384$, $p \leq 0,05$), Підшкала «Екстернальність» ($r_{xy}=-0,386$, $p \leq 0,05$). Це свідчить про те, що чим менше пацієнти довіряють лікарям та медичному персоналу, тим гостріше вони переживають стресові реакції та частіше відчувають безпорадність перед зовнішніми обставинами. Означене співзвучно з нашим теоретичним оглядом.

Найбільшу кількість статистично значущих взаємозв'язків встановлено

між показником Шкали «Внутрішній локус» за результатами діагностування пацієнтів за україномовною версією шкали «Багатовимірний локус контролю здоров'я» (І. Данилюк, А. Курапов, К. Малишева, І. Ягіяєв, О. Льошенко, С. Литвин, 2023) та всіма шкалами «Інструменту дослідження резильєнтності» (ІДР-14) (Л. Колесніченко та О. Бережної, 2023): Шкала «Позитивне мислення» ($r_{xy}=0,514$, $p\leq 0,05$), Шкала «Спосіб життя, спрямований на копінг та коригування» ($r_{xy}=0,478$, $p\leq 0,05$), Шкала «Мислення, орієнтоване на віру та надію» ($r_{xy}=0,494$, $p\leq 0,05$), Загальний показник резильєнтності ($r_{xy}=0,519$, $p\leq 0,05$).

Віра людини у власні сили та її внутрішня стійкість працюють як один злагоджений механізм. Ми бачимо, що висока резильєнтність буквально «підштовхує» пацієнта до впевненості, що він може реально впливати на своє одужання. По суті, ці якості зливаються в такий собі єдиний ресурсний щит. Саме він дозволяє людям пристосовуватися до хвороби, попри те, що війна постійно тисне на психіку.

ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 2

1. Результати свідчать про специфічний стан пацієнтів: воєнний час змушує їх максимально мобілізувати внутрішні сили, але це відбувається на тлі очевидного тілесного виснаження. Показник соціальної бажаності на рівні 0,91 за методикою опитувальника для вимірювання стресу, стресових реакцій та резильєнтності українців в контексті війни (Д. Гудир-Наумова, 2024) підтверджує щирість респондентів та валідність отриманих даних.

2. Об'єктивна картина за цією методикою свідчить про наявність у пацієнтів стресових реакцій на рівні 3,64 бала, що межує з помірним дистресом, хоча самі особи оцінюють власну стійкість значно вище – 4,70 бали. Більшість опитаних вказують на здатність до відновлення за 1–3 доби, а переважання внутрішньої інтернальності (3,00) над екстернальністю (2,67) виступає дієвим механізмом, що через відчуття особистої ефективності стримує подальшу соматизацію стресу.

3. Загальний рівень резильєнтності групи за україномовною версією «Інструмент дослідження резильєнтності» (ІДР-14) (Л. Колесніченко та О. Бережної, 2023) становить 51 бал, що відповідає верхній межі норми. Проте дані за Коротким опитувальником загального стану здоров'я (українськомовна адаптація Л. П'янківська, О. Савченко, 2024) вказують на критичне перевищення порогу психологічного дистресу (19,48 бала при нормі 12).

4. Отриманий профіль психосоматичних скарг свідчить про граничне навантаження на ментальну сферу пацієнтів. Цифри говорять самі за себе: тривожність разом із розладами сну сягають 5,48 бала, соціальна дезадаптація фіксується на позначці 5,45, а рівень прямої соматизації становить 5,09. На особливу увагу заслуговують і депресивні прояви (3,45), які вже перетнули межу безпечного діапазону. Така симптоматика фактично виконує роль фізіологічного запобіжника – організм через тілесні страждання намагається компенсувати колосальну вольову напругу, що витрачається на підтримку внутрішньої незламності за будь-яку ціну.

5. Дослідження за допомогою україномовної версії шкали «Багатовимірний локус контролю здоров'я» (І. Данилюк та ін., 2023) виявило домінування внутрішнього локусу (22,73 бала), що свідчить про віру пацієнтів у власну здатність впливати на одужання.

6. Окремої уваги заслуговує діагностика за семантичним диференціалом «ставлення до тіла» (Т. Хомуленко, Н. Лесніченко, 2024), результати якої вказують на розрив із власним тілесним «Я». Глибоке емоційне неприйняття тіла підтверджується від'ємними показниками в парах «любов – ненависть» (-1,33), «дружність – ворожість» (-1,27) та «інтерес – нудьга» (-1,18). Такі результати позначають тіло як ворожий або «чужий» об'єкт, що лише обтяжує стан пацієнта, а не стає для нього ресурсом.

7. Проведений кореляційний аналіз за Пірсоном допоміг встановити, що швидкість відновлення взаємопов'язана з показником тривожності й безсоння ($r_{xy}=0,418$, $p\leq 0,05$) та суб'єктивної оцінки тілесності ($r_{xy}=0,390$, $p\leq 0,05$), що в черговий раз підсвічує феномен «мобілізації через силу». Водночас

виявлено важливий стабілізаційний чинник – довіра до медичного персоналу («Впливові інші») здатна суттєво гасити гостроту стресових реакцій ($r_{xy}=-0,384$, $p\leq 0,05$). Фундаментом же всієї системи резильєнтності пацієнтів виступає саме внутрішня інтернальність, яка демонструє найтісніші зв'язки з позитивним мисленням ($r_{xy}=0,514$, $p\leq 0,05$), копінг-стратегіями ($r_{xy}=0,478$, $p\leq 0,05$) та загальним вектором життєвої стійкості ($r_{xy}=0,519$, $p\leq 0,05$).

РОЗДІЛ 3. ПРОЄКТ СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНОГО СУПРОВОДУ ТА ПСИХОЕДУКАЦІЇ ПАЦІЄНТІВ В УМОВАХ ПРИФРОНТОВОГО МЕГАПОЛІСА

3.1. Обґрунтування та структура програми психоедукаційної підтримки

Емпіричні дані, проаналізовані у другому розділі, підтверджують необхідність впровадження психологічного супроводу для пацієнтів прифронтового міста. Показник дистресу 19,48 бала свідчить, що захворювання протікає на фоні психологічного напруження. Л. Ю. Нянько та В. В. Нянько [15] зазначають, що війна нівелює відчуття безпеки, а для людини в лікарні це означає подвійний тиск: фізична немічність поєднується з неможливістю контролювати зовнішню загрозу (обстріли). Тому пацієнти стаціонару потребують не просто лікування, а навчання навичкам виживання в умовах фронтового міста.

Програма супроводу розроблена на основі теоретичних положень О. П. Макарової [14], яка вказує на «еластичність» особистості. Ми застосовуємо цей підхід до пацієнтів, щоб вони перестали сприймати себе як пасивних хворих. Згідно з О. П. Макаровою [14], важливо знайти внутрішній ресурс, який дозволить пацієнту стаціонару триматися навіть під час атак на місто. Це перегукується з ідеями Л. Ю. Нянько [15] про самоменеджмент психічного здоров'я. Пацієнт має усвідомити, що його спокій – це його власна зона відповідальності. Тому ми обрали психоедукацію: ми не просто підтримуємо, а даємо пацієнту інструменти (техніки), щоб він міг сам регулювати свій стан у палаті.

Н. П. Лук'янчук [12] обґрунтовує принцип нормалізації, який є базовим для нашої роботи. Пацієнти часто лякаються власних реакцій (паніки, тремору, безсоння), вважаючи їх ознакою психічної хвороби. Проте Н. П. Лук'янчук [12] доводить, що це нормальні реакції на ненормальні обставини війни.

Впровадження цього принципу в стаціонарі Харкова дозволяє зняти у пацієнтів страх «зійти з розуму», що значно полегшує соматичне лікування. Також ми залучили досвід психологів щодо саморегуляції [16], що дозволило структурувати програму за чотирма етапами згідно з рекомендаціями ДСНС та Міноборони [14].

Перший етап – інформаційний («Розуміти, щоб контролювати»). Спираючись на тези Л. Ю. Нянько [15] та Н. П. Лук'янчук [12], ми пояснюємо пацієнтам механіку стресу. Якщо людина розуміє, чому в неї при обстрілі «кам'яніють» м'язи або виникає задишка, вона перестає панікувати через ці симптоми. Ми роз'яснюємо ознаки ПТСР та гострої реакції на стрес, що дає пацієнту когнітивний контроль над тілом. Це критично для людей у прифронтовому Харкові, де невідомість лише посилює страх перед хворобою.

Другий етап присвячений стабілізації («Тут і тепер»). Ми використовуємо вправи з Довідника [21], які О. П. Макарова [14] визначає як найбільш безпечні (екологічні). Це дихання 4:8, заземлення та м'язова релаксація. Для пацієнта в лікарні ці техніки є способом самостійно знизити рівень тривоги під час тривоги чи після новин. Коли людина вчиться керувати диханням, вона фактично починає керувати своїм страхом, що прямо впливає на швидкість одужання від основної хвороби.

Третій етап – соціальний («Ми разом»). Л. Ю. Нянько та В. В. Нянько [15] вказують, що соціальна підтримка – це головний фактор виживання в кризі. Ми вчимо пацієнтів стаціонару не закриватися, спілкуватися з рідними та іншими хворими у відділенні. Це допомагає подолати ізоляцію та почуття провини, яке часто виникає у жителів Харкова. Встановлення соціальних зв'язків усередині лікарні створює «ресурсне поле», про яке пишуть автори [14; 15], що значно підвищує резильєнтність групи пацієнтів.

Четвертий етап – смисловий («Гра в довгу»). Блок базується на ідеях О. П. Макарової [14] та Л. Ю. Нянько [15] про трансформацію травми. Ми допомагаємо пацієнтам будувати плани, що виходять за межі лікарняного ліжка. Важливо навчити людей не фіксуватися на датах «кінця війни», бо, як зазначають

автори [15], це призводить до емоційного зриву при невідповідності очікувань. Ми формуємо у пацієнтів налаштування на тривале відновлення та пошук сенсу життя в нових реаліях. Така структура дозволяє системно впливати на пацієнта: від фізичного розслаблення до переосмислення свого стану в умовах війни.

3.2. Зміст та методичне забезпечення занять програми психоедукації

Зміст занять розроблено з урахуванням специфіки перебування пацієнтів у прифронтовому мегаполісі, де стрес має хронічний та інтенсивний характер.

Нижче представлено методичний опис основних вправ.

1. Психоедукація: нормалізація та діагностика станів

Мета – надання пацієнтам знань про природу травми, зниження рівня тривоги через розуміння фізіологічних та психічних процесів.

Вправа-дискусія «Нормальна реакція на ненормальні обставини».

Зміст: Спираючись на дані довідника [21] та тези Н. Лук'янчук [12], пацієнтам пропонується перелік симптомів гострої стресової реакції (ГСР): «ватні ноги», тремтіння, «туман у голові», тахікардія.

Інструкція. Психолог пояснює, що це – мобілізація організму. Пацієнти ідентифікують власні реакції, що допомагає зняти страх перед «втратою розуму».

Інформаційний блок «Межі ПТСР».

Зміст. На цьому етапі ми простою мовою пояснюємо людям, чим звичайна втома та виснаження відрізняються від справжнього ПТСР. Головне тут – заспокоїти пацієнта і дати зрозуміти, що ПТСР можна вилікувати, це не «вирок» і не клеймо на все життя. Ми також даємо список конкретних «тривожних дзвіночків» (це коли сняться нічні жахи, накочують раптові напади паніки або людина просто йде в себе і ні з чим не хоче контактувати).

2. Технології тілесної та інтелектуальної стабілізації

Мета – дати пацієнтам прості й зрозумілі вправи «швидкої допомоги», щоб вони могли самотійно заспокоїтися і зняти напругу в тілі, коли стає важко.

Вправа «Антистресове дихання 4:2:8»

Методика. Ми пропонуємо пацієнтам дуже просту техніку дихання, яку легко запам'ятати: спочатку робимо спокійний вдих, рахуючи про себе до чотирьох, після цього лише на два рахунки затримуємо повітря і потім дуже повільно, плавно видихаємо, рахуючи аж до восьми.

Психологічне обґрунтування. Як пише О. П. Макарова, саме робота з диханням – це найпростіший і найбільш природний спосіб привести себе до ладу під час обстрілу чи коли дуже сильно накриває тривога [14].

Техніка «Інтелектуальне заземлення: Тут і тепер».

Інструкція: У разі виникнення паніки пацієнт має вголос або про себе описати середовище: «Я бачу білу стіну, три стільці, чую звук авто, відчуваю запах кави».

Мета – переорієнтація мозку з внутрішнього жаху на зовнішню реальність. Це сприяє відновленню відчуття контролю, про важливість якого пишуть Л. Ю. Нянько та В. В. Нянько [15].

Вправа «Фізична стабілізація».

Зміст. Використання простих сенсорних дій: вмивання холодною водою, поплескування себе по плечах («Обійми метелика»), втискання п'ят у підлогу. Ці дії допомагають «оживити» залякле тіло та вийти зі стану ступору.

3. Соціальна підтримка та інформаційна гігієна

Мета – зміцнення соціальних зв'язків та захист когнітивного простору від перевантаження.

Методика «Цифрова дієта».

Зміст. Спираючись на поради довідника [21], пацієнти розробляють індивідуальний графік споживання новин (наприклад, тричі на день по 15 хвилин лише з офіційних джерел). Обговорюється шкода «думскролінгу» (безперервного читання негативних новин), що провокує хронічне виснаження.

Вправа «Коло підтримки».

Зміст. Пацієнти складають список осіб, з якими вони можуть поділитися переживаннями. Обговорюються правила «безпечної розмови»: як розповідати

про свій досвід, не травмуючи близьких, і як просити про допомогу, не відчуючи провини. Це реалізує підхід Л. Ю. Нянько та В. В. Нянько щодо важливості ролі громади у відновленні психічного здоров'я [15].

4. Ресурсне планування та трансформація досвіду

Мета – активізація внутрішніх ресурсів для «гри в довгу» та формування перспективного бачення майбутнього.

Вправа «Мій ресурсний щит» (арт-терапевтичний елемент за О. П. Макаровою).

Зміст. Пацієнти візуалізують або прописують чотири сектори свого «щита»: що я вмію (навички), хто мені допомагає (люди), у що я вірю (цінності), що мене радує (дрібні приємності).

Мета – наочна демонстрація «еластичності» особистості пацієнта.

Вправа «План першого дня миру».

Зміст. За методикою В. Франкла (через призму Л. Ю. Нянько та В. В. Нянько [15]), пацієнти формулюють конкретні, навіть дрібні плани на майбутнє.

Психологічне обґрунтування. Пошук сенсу навіть у стражданні є потужним антидотом проти апатії. Важливо вчити пацієнтів не призначати «дат кінця війни», а зосереджуватися на поточному функціонуванні («жити тут і зараз, але мати вектор у завтра»).

Методичне забезпечення програми

Для успішного впровадження програми фахівцю необхідний інструментарій:

1. Пам'ятка для пацієнта: містить короткі інструкції техніки дихання 4:8 та заземлення 5-4-3-2-1.

2. Список перевірених джерел: посилання на платформу «Довідка.інфо» для самостійного опрацювання алгоритмів ППД.

3. Щоденник самоспостереження: де пацієнт фіксує рівень тривоги до та після виконання вправ.

Запропонована структура та зміст занять дозволяють охопити всі рівні

функціонування особистості – від базових фізіологічних реакцій до глибинних екзистенційних сенсів, що відповідає вимогам комплексної психологічної допомоги в умовах воєнного конфлікту.

ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 3

Розробка та впровадження системи психоедукаційної підтримки в межах цього розділу була продиктована не лише теоретичним інтересом, а й критичними показниками дистресу пацієнтів (19,48 бала), що мешкають у прифронтовому Харкові. Ми виходили з того, що перебування у стаціонарі в умовах постійної загрози обстрілів створює специфічний деструктивний фон, де соматичні симптоми нерозривно пов'язані з екзистенційним страхом.

По-перше, теоретичне обґрунтування програми базується на інтеграції сучасних підходів до резильєнтності та самоменеджменту психічного здоров'я. Спираючись на ідеї О. П. Макарової щодо «еластичності» особистості та концепцію нормалізації Н. П. Лук'янчук, ми відмовилися від ролі пацієнта як пасивного об'єкта медичних маніпуляцій. Основний акцент зміщено на психоедукацію – надання людині чітких знань про те, як працює її психіка та тіло під дією стресу. Це дозволяє пацієнту повернути відчуття контролю над власним життям, що є критично важливим в умовах невизначеності прифронтового міста.

По-друге, структурування програми за чотирма етапами (інформаційний, стабілізаційний, соціальний та смисловий) забезпечує комплексний вплив на особистість.

На інформаційному етапі ми знімаємо страх перед «неправильними» реакціями тіла, пояснюючи механіку ГСР та ПТСР.

Стабілізаційний блок озброює пацієнта практичними інструментами саморегуляції (дихання 4:2:8, заземлення), які є екологічними та доступними для виконання безпосередньо в лікарняній палаті.

Головний вектор соціального компонента програми ми спрямували на розрив кола ізоляції, в якому часто опиняються хворі у стаціонарі. Створення так

званого «ресурсного поля» безпосередньо у відділенні лікарні дозволяє задіяти механізми групової солідарності, що в рази підвищує психологічну витривалість кожного окремого пацієнта. Що стосується смислового блоку, то тут ключовим завданням став перехід від пасивного очікування швидкого миру до стратегічного планування «гри в довгу». Ми акцентуємо на тому, що опора на реальні, нехай і дрібні плани, є значно ефективнішою за ілюзії, які при невідповідності очікуванням лише поглиблюють емоційну травму.

Методичний інструментарій, який ми пропонуємо (зокрема вправи-дискусії та арт-терапевтична техніка «Мій ресурсний щит»), пройшов адаптацію під специфічний ритм життя прифронтового мегаполіса. Окремим, критично важливим напрямком ми визначили навчання інформаційній гігієні.

Отже, наша програма – це робочий інструмент для психолога, який допомагає людям у лікарні не просто «лежати», а зберігати адекватний стан.

ВИСНОВКИ

1. Вивчення проблеми вказує на зміну парадигми: сьогодні хвороба виступає не стільки медичним діагнозом, скільки складним особистісним конструктом. У центрі уваги опиняється «поведінка під час хвороби» (illness behavior), де пацієнт самотійно наділяє симптоми певним сенсом. Це перетворює його на активного учасника процесу, чия внутрішня інтерпретація стає основою для подальшої адаптації. Використовуючи модель Г. Левенталя, ми встановили, що пацієнт діє як «стихийний дослідник», конструюючи власний образ недуги через оцінку її тривалості та реальності одужання. Ця суб'єктивне сприйняття регулює реальні дії людини.

2. Взаємодія пацієнта з медициною сьогодні обтяжена як технологічними, так і екзистенційними викликами. З одного боку, цифрові платформи (Helsi, Health-ua.com) впорядковують процес лікування, але з іншого – загрожують «знеособленням» медицини, де брак емпатії від алгоритмів ШІ провокує нові хвилі стресу. Особливо гостро ця проблема постає в умовах війни в Україні. Інформаційний хаос, страх розлуки з близькими та пережите насильство підривають ресурси стійкості, активізуючи старі хронічні хвороби. Ми зафіксували, що різні групи реагують специфічно: від «емоційної анестезії» мешканців прифронтових міст до «втоми від стресу» у жінок-ВПО. Важливим є феномен трансгенераційної травми, де страх матері автоматично транслюється дитині, формуючи її майбутню картину хвороби та психосоматичний профіль.

3. Емпіричне дослідження виявило специфічний стан пацієнтів у воєнний час: вимушену максимальну мобілізацію внутрішніх сил на тлі глибокого тілесного виснаження. Результати за методикою Д. Гудир-Наумової свідчать про наявність стресових реакцій на рівні 3,64 бала (помірний дистрес), хоча суб'єктивно пацієнти оцінюють свою стійкість значно вище – 4,70 бала. Цей розрив вказує на феномен «мобілізації через силу». Загальний рівень резильєнтності групи за опитувальником ІДР-14 становить 51 бал (верхня межа норми), проте показники за Коротким опитувальником загального стану

здоров'я демонструють критичне перевищення порогу психологічного дистресу (19,48 бала при нормі 12). Це підтверджує, що зовнішня незламність пацієнтів підтримується ціною значного психосоматичного напруження.

4. Аналіз психосоматичного профілю показав граничне навантаження на ментальну сферу: тривожність та розлади сну (5,48 балів), соціальна дезадаптація (5,45) та пряма соматизація (5,09). Депресивні прояви (3,45) також перетнули межу безпечного діапазону. Така симптоматика фактично виконує роль фізіологічного запобіжника – організм через тілесні страждання намагається компенсувати колосальну вольову напругу. До того, виявлено глибокий розрив із власним тілесним «Я» (за семантичним диференціалом Т. Хомуленко та Н. Лесніченко). Емоційне неприйняття тіла (показники «ненависть», «ворожість», «нудьга») свідчить про те, що тіло сприймається як ворожий об'єкт, що обтяжує стан, а не є ресурсом для одужання.

5. Результати статистичної обробки даних виявили структуру взаємозв'язків. Ми зафіксували, що показник внутрішньої інтернальності виступає стабілізаційним чинником у всій системі резильєнтності. Статистика демонструє позитивну пов'язаність цього локусу контролю з позитивним мисленням ($r_{xy} = 0,514$), вибором дієвих копінг-стратегій ($r_{xy} = 0,478$) та загальним рівнем життєвої стійкості ($r_{xy} = 0,519$). Така взаємозалежність вказує на те, що віра пацієнта у власний вплив на стан здоров'я обмежує процеси соматизації стресу. Окремо зафіксовано, що швидкість відновлення перебуває у кореляції з показниками тривоги та суб'єктивної тілесності, що є ознакою мобілізації на межі ресурсів. Додатковим стабілізатором є довіра до лікарів (шкала «Впливові інші»), яка, за даними аналізу, здатна нівелювати гостроту стресових реакцій ($r_{xy} = -0,384$).

6. В основу проєкту покладено ідею формування активної позиції пацієнта, де він стає не просто об'єктом лікування, а свідомим учасником процесу одужання. Проєкт передбачає не тільки індивідуальні консультації, а й просте спілкування пацієнтів у групах прямо у відділенні. Така взаємна підтримка допомагає людям швидше оптимізувати стан. Також ми додаємо роботу з

плануванням – нехай це будуть дрібні справи на день-два, але це повертає людині контроль над своїм життям. Весь цей набір методів, разом із вправою «Мій ресурсний щит», ми підбирали спеціально для мешканців прифронтових міст, де захист психіки зараз найважливіший.

7. У підсумку варто сказати: стресостійкість зараз – це не стільки відсутність хвороб, скільки вміння балансувати між власним діагнозом і настроєм на одужання. Сама стійкість пацієнта прямо залежить від того, як він оцінює ситуацію, та чи допомагають йому люди поруч. У лікарні психолог має допомогти людині прийняти стан хвороби, щоб стрес не перейшов у нові фізичні симптоми. Головне – перевести пацієнта з пасивної позиції в активну, щоб він сам брав участь у своєму відновленні. В умовах війни це обов’язкова умова для збереження психіки та нормальної реабілітації.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Візнюк І., Дзекан О., Юсупова Д. Психосоматичне здоров'я студентів у закладах вищої освіти під час війни в Україні. *Педагогічні науки: теорія, історія, інноваційні технології*. 2025. № 2 (142). С. 613–625.
2. Гасюк М. Б. Роль внутрішньої картини здоров'я в лікуванні та реабілітації соматичного хворого. *Теорія і практика сучасної психології*. 2019. № 1, Т. 1. С. 124–128.
3. Гудир-Наумова Д. Розробка та валідація методики оцінки стресу і психологічного відновлення: досвід українських громадян у контексті війни. *Київський журнал сучасної психології та психотерапії*. 2024. № 8. С. 28–36. DOI: 10.48020/mpj.2024.02.02.
4. Данилюк І., Курапов А., Малишева К. та ін. Психометричні властивості шкали «Багатовимірна шкала локусу контролю здоров'я»: українська вибірка. *Вісник Київського національного університету імені Тараса Шевченка. Психологія*. 2023. Вип. 1 (17). С. 22–29. DOI: 10.17721/BPSY.2023.1(17).3.
5. Дембіцький С. Круглий стіл «Травма війни: наслідки та виклики» (2025). *Соціологія: теорія, методи, маркетинг*. 2025. № 3. С. 206–223.
6. Дідковська Л. І. Ставлення до хвороби та психологічне благополуччя осіб у ситуації хронічного соматичного захворювання. *Науковий вісник Херсонського державного університету*. 2020. Випуск 1. С. 182–189.
7. Землянська О. В., Страшнова А. С. Наслідки впровадження штучного інтелекту в сучасну медицину. *Проблеми охорони праці, промислової та цивільної безпеки : зб. матеріалів XXVI Всеукр. наук.-метод. конф. (м. Київ, 19 травня 2022 р.)*. Київ : КПІ ім. Ігоря Сікорського, 2022. С. 68–72.
8. Карпінська Р., Беляк В. Невротичні розлади під час війни та шляхи їх подолання. *Вісник Львівського університету. Серія психологічні науки*. 2024. Випуск 19. С. 54–61.
9. Кокун О. М., Візнюк І. М., Пайкуш М. А. та ін. Ментальне здоров'я

волонтерів: генезис психосоматичних порушень в умовах ПТСР. *Медицина невідкладних станів*. 2024. Т. 20, № 8. С. 56–64.

10. Колесніченко Л., Береженна О. Адаптація на українській вибірці методики «Physical Resilience Instrument for Older Adults (PRIFOR)». *Організаційна психологія. Економічна психологія*. 2023. № 30 (4). С. 34–46. DOI: 10.31108/2.2023.4.30.4.

11. Лісова О. С. Внутрішня картина здоров'я. *Психологія : збірник наукових праць НПУ імені М. П. Драгоманова*. Київ, 2002. Вип. 15. С. 69–77.

12. Лук'янчук Н. Психологічна підтримка особистості під час війни в Україні. *Вчені записки Університету «КРОК»*. 2025. № 1 (77). С. 513–520.

13. Маркова М., Белоусова О., Алієва Т. та ін. Психосоматичні кореляти дистресу війни у дітей та підлітків. *Психіатрія, неврологія та медична психологія*. 2025. № 12 (4(30)). С. 472–489. DOI: 10.26565/2312-5675-2025-30-04.

14. Макарова О. П. Психологічна допомога постраждалим від воєнного конфлікту. *Актуальні проблеми психологічного забезпечення службової діяльності працівників правоохоронних органів : зб. матеріалів III міжнар. наук.-практ. конф. (м. Київ, 31 жовт. 2022 р.)*. С. 189-192.

15. Нянько Л. Ю., Нянько В. В. Психологічна підтримка в умовах війни. *Науковий вісник Львівського державного університету внутрішніх справ. Серія психологічна*. 2024. № 1. С. 40–46.

16. Підтримка психологічного здоров'я особистості в умовах війни : матеріали VI Всеукр. психол. читань «Удосконалення професійної майстерності майбутніх психологів» (м. Умань, 21 квітня 2023 р.) / ред. кол.: О. О. Андрусик та ін. Умань, 2023. 182 с.

17. Піонтковський В., Візнюк І., Долинний С. Психосоматична медицина: здоров'я як ключовий елемент сталого життєпідтвердження людини. *Суспільство та національні інтереси*. 2024. № 1. С. 1–9.

18. Прокопчук І. Неадекватне ставлення до хвороби як чинник, що спричиняє порушення соціалізації особистості у хворих на псоріаз. *Вісник Київського національного університету імені Тараса Шевченка. Психологія*.

2014. № 1 (1). С. 62–65.

19. Про HELSI. URL: <https://helsi.me/about> (дата звернення: 10.05.2026).

20. Про health-ua.com. URL: <https://health-ua.com/page/about/> (дата звернення: 10.05.2026).

21. Психологічна підтримка в умовах війни : довідник / Матеріали на всіх ресурсах проєкту dovidka.info підготовлені у співпраці з Державною службою України з надзвичайних ситуацій, Міністерством оборони України, Апаратом Головнокомандувача Збройних сил України та громадськими організаціями. URL : <https://dovidka.info/psychologichna-pidtrymka-v-umovah-vijny/> (дата звернення: 07.05.2026).

22. Психолого-психіатричні наслідки воєнного часу : навч. посіб. / за заг. ред. В. В. Огоренка. Дніпро : ЛІРА, 2023. 312 с.

23. П'янківська Л., Савченко О. Короткий опитувальник загального стану здоров'я (GHQ-16): українськомовна адаптація опитувальника загального стану здоров'я (GHQ-28) серед працівників системи МВС України. *Наукові перспективи*. 2024. № 11 (53). С. 1470–1492.

24. Резван О., Воронько В. Психологія мешканця прифронтового міста. Соціально-психологічний супровід у мегаполісі : кол. монографія / за заг. наук. ред. О. О. Резван. Харків : Видавництво Іванченка І. С., 2024. С. 198–212.

25. Сохор Н., Ясній О., Смашна О., Гашімова Н. Вплив війни та вимушеного переселення на психічне здоров'я дітей і підлітків (огляд літератури). *PMGP*. 2024. № 9 (1). URL: <https://uk.e-medjournal.com/index.php/psp/article/view/471> (дата звернення: 07.05.2026).

26. Терлецька Н. Внутрішня картина хвороби і якість життя хворих із психогенними депресіями невротичного рівня. *Вісник Львівського університету. Серія психологічні науки*. 2021. Випуск 11. С. 195–202.

27. Хараджи М. В., Федоренко А. П. Дослідження особливостей емоційно-психологічного стану вимушено переміщених жінок під час війни. *Слобожанський науковий вісник. Серія Психологія*. 2024. Випуск 2. С. 97–101.

28. Хомуленко Т., Лесніченко Н. Семантичний диференціал «ставлення до тіла». *Вісник ХНПУ імені Г. С. Сковороди. Психологія*. 2024. Вип. 70. С. 183–196. DOI: 10.34142/23129387.2024.70.14.
29. Чабан О., Олексієнко А. Психосоматичні наслідки насильства в умовах війни: аналіз зв'язку з типом травматизації та рівнем стресу. *Психосоматична медицина та загальна практика*. 2025. Т. 10, № 2. С. 1–11. DOI: 10.26766/pmgrp.v10i2.620.
30. Bilondi S. S., Noghabi A. D., Aalami H. The relationship between illness perception and medication adherence in patients with diabetes mellitus type II: illness perception and medication adherence. *The Journal of Preventive Medicine and Hygiene*. 2022. Vol. 62, № 4. P. E966–E971. DOI: 10.15167/2421-4248/jpmh2021.62.4.2277.
31. Durgun H., Aksoy F. The Relationship Between Patients' Perceptions of Illness and Their Satisfaction with Nursing Care. *Journal of Education and Research in Nursing*. 2025. Vol. 22, № 2. P. 116–122.
32. Foxwell R., Morley C., Frizelle D. Illness perceptions, mood and quality of life: A systematic review of coronary heart disease patients. *The Journal of Psychosomatic Research*. 2013. Vol. 75, № 3. P. 211–222.
33. Hagger M. S., Orbell S. A meta-analytic review of the common-sense model of illness representations. *Psychology & Health*. 2003. Vol. 18, № 2. P. 141–184. DOI: 10.1080/088704403100081321.
34. Le Ho Thi Q. A., Nguyen M. T., Nguyen Vu Q. H. et al. Understanding patients' perceptions of chronic illness care, self-management support needs and their relationship with telehealth preferences: a cross-sectional study in Vietnamese primary care. *BMJ Open*. 2025. Vol. 15. e090734. DOI: 10.1136/bmjopen-2024-090734.
35. Murray J., Williams B. The Role of Images on Illness Behaviour: Interdisciplinary Theory, Evidence, and Ideas. *Psychological Reports*. 2021. Vol. 124, № 6. P. 2453–2475. DOI: 10.1177/0033294120945602.
36. Nikitina O., Rezvan O., Romanovska O., Marusynets M. Transgenerational transmission of stress among internally displaced persons:

Empirical analysis and family psychoeducation. *The Bulletin of National Defence University of Ukraine*. 2025. Vol. 20, № 6. P. 68–75. DOI: 10.33099/2617-6858–25–20–6–68-75.

37. Petrie K. J., Weinman J. Why illness perceptions matter. *Clinical medicine (London, England)*. 2006. Vol. 6, № 6. P. 536–539. DOI: 10.7861/clinmedicine.6-6-536.

38. Rau H., Williams P. Illness behavior. Encyclopedia of behavioral medicine / eds. M. D. Gellman, J. R. Turner. Springer, 2013.

39. Ross S., Walker A., MacLeod M. J. Patient compliance in hypertension: role of illness perceptions and treatment beliefs. *Journal of Human Hypertension*. 2004. Vol. 18, № 9. P. 607–613. DOI: 10.1038/sj.jhh.1001721.

40. Van Oostrom S. H., Gijzen R., Stirbu I. et al. Time trends in prevalence of chronic diseases and multimorbidity not only due to aging: Data from general practices and health surveys. *PLoS One*. 2016. Vol. 11, № 8. e0160264.

41. World Health Organization. Report of the global survey on the progress in national chronic diseases prevention and control. 2007. URL: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43774> (дата звернення: 10.05.2026).

