

Національний університет «Чернігівський колегіум»
імені Т.Г.Шевченка
Навчально-науковий інститут психології та соціальної роботи
Кафедра загальної, вікової та соціальної психології

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА
освітнього ступеня «магістр»
на тему
**ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ЛЮДЕЙ З ХРОНІЧНИМИ
СОМАТИЧНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ**

Виконав:
студент II курсу, 61 групи
Перепечай Анастасія Юріївна

Науковий керівник:
Дяченко Вікторія Анатоліївна,
Доцент, кандидат психологічних наук

Захищено з оцінкою _____

Голова ЕК _____

Чернігів
2024

Студент(ка) _____

Підпис

П.І.Б.

Наук. керівник _____

Підпис

П.І.Б.

Рецензент _____

Підпис

П.І.Б.

Кваліфікаційна робота розглянута на засіданні кафедри загальної, вікової та соціальної психології, протокол № _____ від «_____» _____ 2024 року. Студент(ка) допускається до захисту даної роботи в екзаменаційній комісії.

Завідувач кафедри _____

ЗМІСТ

Вступ	4
Розділ 1. <i>Теоретико-методологічний аналіз проблеми психологічних особливостей людей з хронічними соматичними захворюваннями</i>	6
1.1. Сучасні підходи до вивчення проблеми психологічного стану людини з хронічними соматичними захворюваннями у науковій психологічній літературі.....	6
1.2. Психологічні особливості хворих з хронічними соматичними захворюваннями	12
1.3. Методи психологічної допомоги та реабілітації людей з хронічними соматичними захворюваннями	16
Розділ 2. <i>Емпіричне дослідження психологічних особливостей людей з хронічними соматичними захворюваннями</i>	21
2.1. Методика та процедура дослідження.....	21
2.2. Аналіз результатів емпіричного дослідження психологічних особливостей людей з хронічними соматичними захворюваннями	24
2.3. Практичні рекомендації з покращення психологічного благополуччя людей з хронічними соматичними захворюваннями	31
Висновки	40
Перелік використаних джерел.....	42
Додатки.....	46

ВСТУП

Актуальність дослідження. Проблема психологічних особливостей людей з хронічними соматичними захворюваннями є надзвичайно актуальною в сучасній психологічній науці. Це зумовлено, з одного боку, зростанням кількості людей, які страждають на хронічні недуги, а з іншого - недостатньою вивченістю психологічних аспектів цієї проблеми. Хронічні соматичні захворювання суттєво впливають не лише на фізичне, але в тому числі на психічне здоров'я людини, її емоційний стан, соціальне функціонування та якість життя в цілому. Проте, попри важливість цієї проблематики, вона досі залишається на периферії уваги вітчизняних науковців. Більшість досліджень зосереджені на медичних аспектах хронічних недуг, тоді як їхні психологічні наслідки вивчені недостатньо.

Об'єкт дослідження: психічні стани осіб із соматичними захворюваннями.

Предмет дослідження: особливості емоційно-вольової сфери та соціального функціонування людей з хронічними соматичними захворюваннями.

Мета дослідження: теоретично обґрунтувати та емпірично дослідити психологічні особливості людей з хронічними соматичними захворюваннями, розробити практичні рекомендації щодо покращення їхнього психологічного благополуччя.

Для досягнення мети визначені наступні **завдання дослідження:**

1. Здійснити теоретико-методологічний аналіз проблеми психологічних особливостей людей з хронічними соматичними захворюваннями.
2. Емпірично дослідити особливості емоційної сфери, самооцінки, мотивації та соціальної адаптації людей з хронічними недугами.
3. Проаналізувати та узагальнити результати емпіричного дослідження.

4. Розробити практичні рекомендації щодо психологічної допомоги та реабілітації людей з хронічними соматичними захворюваннями.

Гіпотеза дослідження: психологічні особливості людей з хронічними соматичними захворюваннями характеризуються підвищеним рівнем тривожності, депресивності, заниженою самооцінкою та труднощами соціальної адаптації.

Методи дослідження: *теоретичні* – аналіз наукової літератури, що забезпечив розгляд теоретичних питань із проблеми дослідження, методи аналізу та синтезу, індукції та дедукції, узагальнення отриманої інформації; *емпіричні* – опитування за допомогою стандартизованих методик, порівняння, класифікація, систематизація отриманих результатів дослідження; *статистичні:* методи математичної обробки даних за допомогою лінійної кореляції Пірсона, кількісний та якісний аналіз результатів діагностики).

Теоретико-методологічна основа дослідження. Дослідження іноземних та вітчизняних науковців щодо психологічних аспектів хронічних соматичних захворювань стали концептуальною основою для проведення даної роботи: І. Аршава, Т. Єрошкіна [1], Г. Бекетова та ін. [25], Т. Говорун, О. Кікінеджі, Н. Тавровецька та ін. [6], Л. Дяченко [4], І. Коцан та ін. [7], О. Лісова [11], С. Максименко, О. Гришко, Н. Шевченко [13; 12], О. Масік [14], Г. Мозгова та ін. [15], Т. Титаренко [20], S. Garland et al. [32], L. Hughes et al. [29], S. Hempel et al. [28], E. Davies et al. [23], C. Lejuez et al. [26] та інші.

Структура роботи. Робота складається зі вступу, двох розділів, загальних висновків, списку використаних джерел з 32 найменувань та додатків. Основна частина роботи викладена на 37 сторінках. Загальна кількість сторінок в роботі 54. У першому розділі здійснено теоретико-методологічний аналіз проблеми психологічних особливостей людей з хронічними соматичними захворюваннями. Другий розділ присвячено емпіричному дослідженню цієї проблеми. У висновках підсумовано результати дослідження та надано практичні рекомендації.

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНИЙ АНАЛІЗ ПРОБЛЕМИ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ЛЮДЕЙ З ХРОНІЧНИМИ СОМАТИЧНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ

1.1. Сучасні підходи до вивчення проблеми психологічного стану людини з хронічними соматичними захворюваннями у науковій психологічній літературі

Проблема психологічних особливостей людей з хронічними соматичними захворюваннями привертає дедалі більшу увагу дослідників у галузі психології здоров'я. Це зумовлено, з одного боку, невинним зростанням кількості хронічних недуг у світі, а з іншого – усвідомленням того, що ці захворювання мають не лише медичний, але також глибокий психологічний вимір.

За даними ВООЗ, неінфекційні захворювання (НІЗ), до яких належать серцево-судинні (32,3%), онкологічні (16,3%), хронічні респіраторні (6,5%) та цукровий діабет (5,8%), є провідною причиною смертності та інвалідності у світі. Вони зумовлюють 71% усіх смертей, з яких 15 млн. припадають на вік 30-70 років. Основними факторами ризику НІЗ є куріння, нездорове харчування, надмірне вживання алкоголю та низька фізична активність. Найбільшого тягара зазнає населення країн з низьким і середнім рівнем доходу [16, С. 10-11].

В Україні за період 2017-2021 рр. смертність зросла на 28%, зокрема від хвороб системи кровообігу – на 15,5%, органів травлення – на 19,4%, дихання – на 99,3%. Значна частка смертей є передчасними (до 65 років) [22, С. 5-6]. За твердженням Л. Дяченко, багатьох летальних випадків можна було б уникнути шляхом зниження захворюваності, яка, втім, зростає серед усіх груп населення країни. Помітно збільшилась вага травматизму, ендокринних, алергічних, спадкових та інших хвороб складної етіології, що віддзеркалює негативний вплив умов життя на здоров'я людей [4, С. 35].

Соматичні хвороби (від др. – греч. σῶμα – тіло) – це захворювання, в основі яких лежать анатомо-фізіологічні зміни в організмі, тобто це група

патологій різної етіології, не пов'язаних із психічною діяльністю людини [18]. Соматичні захворювання призводять не лише до зниження працездатності, а й до інвалідності чи смерті [1, С. 3]. Психологія здоров'я приділяє все більшу увагу дослідженню психологічних особливостей людей, які страждають на хронічні соматичні недуги. Це пояснюється як зростанням поширеності таких захворювань у світі, так і усвідомленням їх глибокого впливу не лише на фізичне, але й на психічне благополуччя особистості.

С. Максименко та О. Гришко наголошують, що хронічне соматичне захворювання є потужним і тривалим стресором, який зачіпає всі аспекти життєдіяльності людини – фізичне та психічне здоров'я, професійне функціонування, соціальні стосунки, суб'єктивне благополуччя. Воно кидає особистості численні виклики: потребу адаптуватися до змін та обмежень, боротися з больовими відчуттями, приймати непрості рішення щодо лікування, переживати невизначеність майбутнього. Все це вимагає значних психологічних ресурсів і може спричиняти різноманітні емоційні та поведінкові розлади. Дослідники зазначають: «В умовах захворювання настає компенсація, під якою треба розуміти боротьбу організму за гомеостаз, коли включаються додаткові захисні механізми адаптації, які протидіють виникненню і прогресуванню патологічного процесу» [13, С. 64].

На думку О. Білик, яка спирається на погляди провідних фахівців у галузі психічного здоров'я, різні важкі недуги об'єднує їхня здебільшого психосоматична природа, тобто активна участь соціально-психологічних чинників у їх розвитку та перебігу. Звідси можна вивести формулу взаємодії психічного і соматичного: психічні порушення викликають зміни у вегетативній та ендокринній системах, які, своєю чергою, призводять до соматичних розладів [2, С. 1-2].

Загальновизнаним, як підкреслює С. Кошова є факт, що будь-яка хвороба та пов'язані з нею обставини відображаються у психіці хворого, викликаючи певну особистісну реакцію на недугу. Ця реакція, своєю чергою, впливає на перебіг захворювання та його результат. Зміни особистості при важких

соматичних хворобах можна трактувати як новоутворення, що виникають у кризовий період розвитку, в ситуації серйозного хронічного захворювання. Об'єктивна ситуація небезпечної соматичної недуги, відрив від звичного соціального оточення, перспектива операції з подальшою інвалідністю призводять до зміни об'єктивного становища людини в соціальному середовищі та її внутрішньої «позиції» стосовно ситуації в цілому [8, С. 81].

Водночас зростає захворюваність і поширеність психічних розладів, зумовлених скаргами психосоматичного характеру в аспекті непсихотичних патологічних станів, невротичних розладів соматоформного типу, що потребують медико-психологічної допомоги. За твердженням українських дослідників цієї проблематики (Г. Бекетова, Г. Мозгова, О. Шекера, І. Вознюк, С. Кошова), спостерігається більш виражена негативна динаміка в розвитку соматичних захворювань, етіопатогенез яких базується на психосоматичних та психогенних механізмах [25; 15; 8].

Саме тому останніми десятиліттями проблема психологічного стану людей з хронічними соматичними недугами привертає дедалі більше уваги науковців. У сучасній психологічній літературі представлено різноманітні теоретичні та емпіричні підходи до вивчення цього питання.

Одним з найвпливовіших напрямків є біопсихосоціальна модель хвороби, яка трактує захворювання як результат складної взаємодії біологічних, психологічних та соціальних факторів (G. Engel, 1977) [27]. На відміну від традиційної біомедичної моделі, зосередженої переважно на фізіологічних аспектах недуги та не залишає місця в межах своєї структури для соціальних, психологічних і поведінкових вимірів хвороби, біопсихосоціальний підхід враховує також особистість пацієнта, його емоційні реакції, копінг-стратегії, соціальне оточення. Це дозволяє глибше зрозуміти суб'єктивний досвід хвороби та розробити ефективніші стратегії психологічної допомоги.

Іншими словами, психосоматичний погляд на здоров'я людини бере до уваги біопсихосоціальні чинники та взаємозв'язки (взаємозалежності) психічного і соматичного в нормі та при патології. Нерідко лікарі стикаються з

ситуаціями, коли неможливо точно встановити причини виникнення того чи іншого захворювання. Часто зустрічаються випадки, коли фізіологічних передумов для розвитку хвороби немає, але вона прогресує. Тоді й починають говорити про психосоматичні захворювання [8, С. 76].

О. Лісова розглядає внутрішню картину здоров'я як психологічний феномен у контексті сучасного холістичного підходу до трактування здоров'я людини, який став особливо актуальним в останні роки у медичній психології. Водночас авторка констатує брак досліджень внутрішньої картини здоров'я у хворих осіб [11, С. 6]. Вона також наголошує на необхідності реалізації суб'єктного підходу в лікувальному процесі, врахування переживань пацієнта та його особистого впливу на ефективність лікування.

Тобто, як підтверджує О. Дроботун, спираючись на дослідження провідних українських вчених, «внутрішня картина хвороби» визначає відображення недуги у психіці людини (синонімічні терміни: апопластична картина хвороби, аутопластична картина хвороби, переживання хвороби, ставлення до хвороби, реакція адаптації тощо) [3, С. 85].

У межах когнітивно-поведінкового підходу основний акцент робиться на тому, як люди інтерпретують свою хворобу та реагують на неї. Згідно з теорією самоефективності А. Бандури, віра людини у власну здатність впоратися з викликами хронічного захворювання є потужним предиктором її психологічної адаптації та якості життя (А. Bandura, 1997) [24]. Дослідження R. Marks, J. Allegrante, K. Lorig показують, що пацієнти з вищою самоефективністю демонструють кращу прихильність до лікування, ефективніше долають біль та обмеження, мають нижчий рівень тривоги та депресії [31].

Важка соматична хвороба може змінювати біологічні умови протікання діяльності. Сама по собі біологічна зміна організму не входить у зміст соціальної ситуації розвитку, а є лише передумовою перебігу психічної діяльності. Однак вплив цієї умови відображається на динаміці діяльності, стійкості людини до навантажень (фізичних і психічних), збереженості її операційного складу тощо. Всі ці психологічні наслідки впливу біологічної

патології (пов'язаної з соматичною недугою) можуть увійти до змісту соціальної ситуації розвитку, яка складається в умовах хвороби [8, С. 79-80].

Іншим важливим компонентом соціальної ситуації розвитку соматичного хворого є той факт, що людина входить у нову життєву ситуацію з уже сформованими у попередні періоди особливостями психічної організації: певним рівнем преморбідних пізнавальних можливостей, мотиваційною структурою особистості, усталеним рівнем оцінки своїх можливостей та очікувань. Аналіз преморбідних особливостей психіки особистості становить один з напрямків вивчення соціальної ситуації розвитку хворого на тяжке соматичне захворювання [8, С. 80].

Ще один аспект аналізу соціальної ситуації розвитку в умовах соматичної хвороби – вивчення соціальних наслідків недуги, серед яких найважливішими є зміни професійного та сімейного статусу людини. Вимушена відмова від звичної професійної діяльності (необхідність зміни професії у зв'язку з хворобою чи перехід на інвалідність), перетворення на об'єкт сімейної опіки, ізоляція від звичного соціального оточення (наприклад, тривале стаціонарне лікування) – все це в сукупності істотно змінює весь психічний «вигляд» хворого. Нова соціальна ситуація розвитку стає предметом активної внутрішньої «роботи» самого хворого, у результаті якої формується нова внутрішня позиція людини, зміст і динаміка якої відображають основні смислові зміни у структурі особистості [8, С. 80].

Своєю чергою, хронічні захворювання є важкою психічною травмою не лише для людини, але й для всієї сім'ї. Психологічна реакція хворого і членів родини проходить низку послідовних стадій, протягом яких проявляється регресивна поведінка, необґрунтовані страхи, заперечення хвороби. Можливі відчуття провини, депресія, гнів, смуток [14, С. 25].

Однак, в межах моделі позитивної психології, за твердженням Т. Титаренко, «травма може стати і своєрідною суворою Музою, натхненницею посттравматичного життєтворення. Травма нерідко активізує здатність людини змінювати своє життя на краще, примушує діяти задля досягнення вищого

рівня психологічного здоров'я, підвищення суб'єктивного задоволення повсякденністю та усвідомлення себе щасливою людиною» [20, С. 7].

Посттравматичне життєтворення потребує від особистості постійного додавання у власне життя нових барв, цінностей і смислів, відкриття в собі нових потенцій та горизонтів. Переосмислення свого життя, створення нової розповіді про себе, своє минуле, теперішнє і майбутнє, про дорогі серцю стосунки, про пережиті страждання розкривають ще не залучені внутрішні ресурси особистості, розвиваючи життєстійкість, перетворюючи найсміливіші надії на реальність [20, С. 7]. З цієї перспективи хронічне захворювання розглядається не лише як стресор, але і як потенційний каталізатор особистісного зростання, переосмислення життєвих цінностей та пріоритетів, розвитку нових сильних сторін.

Як наголошують українські вчені (І. Коцан., Г. Ложкін, М. Мушкевич), виокремлення у структурі здоров'я людини фізичного, соціального, психологічного та духовного компонентів є досить умовним, оскільки всі ці складові тісно взаємопов'язані, і серйозні порушення в одній з них неминуче спричиняють розлади в інших [7, С. 31]. Водночас як зауважує С. Кошова, свідомість також впливає на зовнішні, тілесні прояви емоцій. З погляду психосоматики зовнішнє відповідає внутрішньому, тобто зовнішня форма прояву відповідає внутрішньому змісту. Хвороба підказує людині напрям, в якому потрібно змінюватися [8, С. 86].

Отже, аналіз сучасних підходів до вивчення психологічного стану людей з хронічними соматичними захворюваннями свідчить про багатогранність та складність цієї проблеми. Проблема психологічних особливостей людей з хронічними соматичними недугами є багатовимірною і вимагає врахування різних теоретичних перспектив. Сучасна наукова психологічна література пропонує низку підходів – від традиційних психосоматичних концепцій до моделей позитивної психології, кожен з яких робить свій внесок у розуміння суб'єктивного досвіду хвороби.

1.2. Психологічні особливості хворих з хронічними соматичними захворюваннями

Хронічне соматичне захворювання є потужним стресором, який впливає на всі сфери життя людини. Воно не лише порушує звичний ритм життя, але й ставить перед особою нові виклики та завдання. Адаптація до хвороби вимагає мобілізації фізичних, психологічних та соціальних ресурсів, що відображається на емоційному стані, самооцінці, мотивації та соціальному функціонуванні хворих.

С. Кошова вважає, що психічні зміни у хворих на хронічні соматичні захворювання доречно розглядати, спираючись на уявлення про закономірності розвитку психіки у нормі, які склалися у психології. Тяжка хронічна соматична хвороба істотно змінює насамперед усю соціальну ситуацію розвитку людини. Вона знижує рівень її психічних можливостей виконання діяльності, звужує коло спілкування з оточенням, часто з об'єктивних чи суб'єктивних причин призводить до обмеження діяльності в цілому, тобто змінює об'єктивне місце, яке людина займає у житті, а тим самим її «внутрішню позицію» стосовно усіх життєвих обставин [8, С. 79].

Реакції на хронічне захворювання варіюються від адекватного сприйняття до патологічних проявів. Тривале обмеження соціальної та професійної активності може призвести до формування нових, часто негативних, рис характеру. Ці зміни ускладнюють лікування, підвищують ризик інвалідизації та погіршують стосунки з оточенням [17, С. 77].

Реакції особистості на соматичну хворобу можуть мати патологічний характер і виявлятися у вигляді психогенних невротичних тривожно-депресивних реакцій. У інших хворих ці реакції виражаються психологічно адекватними переживаннями факту хвороби. Нервовопсихічні порушення при соматичних захворюваннях звичайно складаються з психічних соматогенних розладів і з реакції особистості на хворобу. Індивідуальність реагування на хворобу зумовлює необхідність врахування таких факторів як психологічний

вплив недуги, ставлення до діагнозу, характер взаємодії з медичним персоналом та реакція на побічні ефекти лікування. Особливу увагу слід приділяти пацієнтам з рецидивуючими захворюваннями, схильним до розвитку депресивних станів [13, С. 118-119].

У зв'язку з цим при певних соматичних захворюваннях і залежно від важкості, тривалості і характеру хвороби можуть спостерігатися різні психічні порушення, які виражаються різними симптомами. При соматичних захворюваннях зміна психічної діяльності виражається найчастіше невротичними симптомами [17, С. 77]. Психосоматичні прояви при хронічних захворюваннях різноманітні і можуть включати конверсійні симптоми, соматоформні розлади, функціональні синдроми та ідисморфофобічні реакції [25, С. 65]. Характер та інтенсивність психічних порушень залежать від тяжкості, тривалості та специфіки соматичного захворювання.

У цьому контексті концепція «внутрішньої картини хвороби» охоплює когнітивний, емоційний та мотиваційно-поведінковий аспекти сприйняття захворювання пацієнтом. *Когнітивний компонент* включає знання про етіологію, патогенез та лікування хвороби. *Емоційний* – відображає зміни настрою та переживання, пов'язані з захворюванням. *Мотиваційно-поведінковий* визначає стратегії подолання хвороби та адаптації [17, С. 77].

С. Максименко та О. Гришко підкреслюють важливість диференціації між реактивною депресією, що потребує психіатричного втручання, та дисфоричними емоційними реакціями, які є пропорційними тяжкості фізичного стану. Дисфоричні реакції часто резистентні до фармакотерапії та психотерапії, їх динаміка тісно пов'язана з загальним клінічним станом пацієнта [13, С. 119].

Нозогенії, що виникають як реакція на стрес від важкого соматичного захворювання та необхідності тривалого лікування, можуть проявлятися у формі різних психічних розладів або невротичних станів [13, С. 119].

Ставлення пацієнтів до свого захворювання варіює від уникнення до ігнорування, включаючи такі стратегії як заміщення, компенсація та невротичні

реакції. Тип реагування часто корелює з інтелектуальним рівнем та особистісними характеристиками хворого.

При тяжких соматичних порушеннях можуть виникати різноманітні патологічні зміни емоційної сфери [13, С. 120]:

1. Емоційна нестабільність (характеризується мінливістю настрою під впливом незначних подразників).

2. Гіпертимія (проявляється піднесеним, оптимістичним настроєм, відчуттям енергійності та завищеною оцінкою власних можливостей).

3. Ейфорія (виражається в безтурботному, благодушному настрої та відчутті повного задоволення своїм станом).

4. Гіпотимія (проявляється зниженим настроєм, переживаннями безнадійності та зосередженістю уваги виключно на негативних аспектах).

5. Дисфорія (злобно-похмурий настрій, невдоволення собою та оточенням, часто супроводжується агресивними проявами).

6. Тривожність (виражається у постійному внутрішньому неспокої та очікуванні негативних подій).

7. Патологічна емоційна індиферентність (проявляється втратою здатності до емоційного реагування).

8. Апатія (характеризується загальною байдужістю, відсутністю бажань та повною бездіяльністю).

9. У когнітивній сфері, окрім загального сповільнення мисленнєвих процесів, труднощів концентрації та нерішучості, депресивні стани часто супроводжуються песимістичною оцінкою власної особистості, ідеями самозвинувачення та знеціненням навколишнього світу.

10. Феномен дисимуляції найчастіше спостерігається при захворюваннях, які пацієнт сприймає як потенційно не вигідні для себе, і є більш характерним для психотичних станів.

11. Реакції на хворобу, які більшою мірою залежать від характеру захворювання, ніж від особистісних особливостей пацієнта, включають:

– Гіпернозогнозію (надмірно драматичне сприйняття хвороби), яка частіше виникає при раптовому початку захворювання, різкому зниженні працездатності та кардинальній зміні життєвих планів.

– Глибокі депресивні реакції, що призводять до значних змін зовнішності. У таких випадках нерідко виникають суїцидальні думки та наміри.

– Паранояльні стани (марення) – іпохондрична фіксація на власному стані та відчуттях.

Психосоматичні порушення можуть проявлятися у вигляді загострення наявної соматичної патології, формування комплексних симптомокомплексів, що виникають при взаємодії соматичних і психічних факторів, а також розвитку психічних розладів як реакції на соматичне захворювання. При різних соматичних захворюваннях можуть спостерігатися реакції страху, тривоги, депресії та іпохондрії, клінічна картина яких відображає індивідуальні психологічні особливості пацієнта. При емоційно насичених подіях, особливо у осіб з підвищеною чутливістю в афективній сфері, можуть виникати специфічні соматичні симптоми [14, С. 21].

С. Максименко та О. Гришко пропонують класифікацію реакцій на захворювання залежно від особистісних характеристик пацієнта [13, С. 118]:

1. Депресивно-астенічний тип характеризується зниженням мотивації, емоційною виснаженістю та загальним відчуттям слабкості).

2. Психастенічний тип (проявляється надмірною тривожністю щодо майбутнього, песимістичними прогнозами та нав'язливими страхами).

3. Іпохондричний тип (виражається у надмірній зосередженості на найдрібніших проявах захворювання, самостійній інтерпретації симптомів, постійному зверненні за медичною допомогою).

4. Істеричний тип (характеризується перебільшенням тяжкості свого стану, прагненням привернути увагу оточення до своєї хвороби).

5. Ейфорично-анозогнозичний тип (проявляється в ігноруванні факту захворювання, недотриманні лікарських рекомендацій).

Сприйняття пацієнтом свого захворювання є ключовим фактором, що визначає його поведінку та реакції під час хвороби. Адекватність реагування на захворювання значною мірою залежить від рівня особистісної зрілості та когнітивних здібностей пацієнта. Зокрема, особи з незрілими, інфантильними рисами особистості схильні або до витіснення факту хвороби, або до «втечі у хворобу» [17, С. 77].

Отже, психологічні особливості осіб з хронічними соматичними захворюваннями формуються в результаті складної взаємодії біологічних, психологічних та соціальних факторів. Врахування цих особливостей є необхідною умовою для розробки ефективних програм психологічної допомоги та реабілітації даної категорії пацієнтів.

1.3. Методи психологічної допомоги та реабілітації людей з хронічними соматичними захворюваннями

Надання психологічної допомоги людям з хронічними соматичними захворюваннями є невід'ємною складовою їхнього лікування та реабілітації. Сучасна психологія пропонує широкий спектр методів та технік, спрямованих на покращення емоційного стану, підвищення адаптивності та якості життя цієї категорії пацієнтів.

Враховуючи твердження науковців (Н. Терлецька, М. Терлецька), важка соматична хвороба характеризується не лише ступенем ураження та локалізацією, а в тому числі рівнем емоційних реакцій, які вона провокує: погіршення фізичного стану стає наслідком неврівноваженого емоційного стану. Сум і пригніченість, почуття скороченої перспективи, безпорадності – така сукупність емоційних реакцій хворого створює умови для прогресування захворювання, більш-менш замаскований гнів із запереченням хвороби є спробами повстати проти цього «страшного діагнозу» і медицини загалом [19, С. 271]. Водночас сполучення соматичних та психічних розладів провокує значну інвалідизацію та «скоріше є правилом, а не виключенням» [21, С. 2].

Виходячи з цього, як свідчать численні дослідження іноземних та українських науковців, психологічні інтервенції не лише покращують емоційний стан та якість життя пацієнтів, але й можуть суттєво впливати на перебіг самого захворювання, підвищувати прихильність до лікування, зменшувати кількість ускладнень та госпіталізацій [5; 32; 29; 28].

Значну ефективність в роботі з хронічним болем та пов'язаними з ним емоційними розладами демонструє терапія прийняття та відповідальності (Acceptance and Commitment Therapy, АСТ). Ця форма КПТ навчає пацієнтів приймати свої негативні думки та почуття, не намагаючись їх контролювати чи придушувати, та водночас діяти у відповідності до своїх цінностей та життєвих цілей. Дослідження показують, що АСТ може значно зменшувати інтенсивність болю, покращувати фізичне та психологічне функціонування пацієнтів з різними хронічними захворюваннями (L. Hughes et al., 2017) [29].

Наприклад, однією з найбільш перспективних психологічних інтервенцій для людей з хронічними соматичними захворюваннями, які страждають на безсоння, є когнітивно-поведінкова терапія безсоння (КПТ-I). Ця методика рекомендована провідними медичними асоціаціями, такими як Американська асоціація медицини сну та Американська психіатрична асоціація, і має доведену ефективність у лікуванні як первинного безсоння, так і безсоння, пов'язаного з іншими розладами. Численні дослідження (S. Garland, J. Johnson, J. Savard, P. Gehrman et al.) показують, що КПТ-I дає кращі результати порівняно зі звичайним лікуванням, контрольними групами, фармакотерапією та іншими психологічними втручаннями. Додавання КПТ-I до стандартної антидепресивної терапії майже подвоює показники відповіді та ремісії при великому депресивному розладі. Це свідчить про важливість включення КПТ-I до комплексних програм допомоги пацієнтам з хронічними соматичними захворюваннями, які часто страждають на супутні розлади сну та настрою [32].

Перспективним напрямком психологічної допомоги при хронічних недугах є також майндфулнес-орієнтовані інтервенції (Mindfulness-Based Interventions, MBI). Майндфулнес (усвідомленість) - це практика безоцінного

усвідомлення своїх думок, почуттів та тілесних відчуттів в теперішньому моменті. Як зазначають науковці (S. Hempel et al., 2021) регулярні заняття майндфулнес допомагають пацієнтам розвинути більшу саморегуляцію, емоційну стабільність, здатність справлятися зі стресом. Дослідження свідчать, що МВІ можуть ефективно знижувати тривогу, депресію, втому, покращувати сон та якість життя при різних хронічних станах - онкологічних захворюваннях, серцево-судинних хворобах, розладах травлення тощо [28].

Значний терапевтичний потенціал в роботі з хронічними захворюваннями мають також методи арттерапії. Малювання, ліплення, створення колажів та інші форми творчого самовираження дозволяють пацієнтам у символічній формі відобразити свої переживання, пов'язані з хворобою, дослідити свої ресурси та сильні сторони. Арттерапія є особливо цінною для людей, яким важко вербалізувати свої почуття (D. Abdulah, B. Abdulla, 2020). Вона допомагає зменшити рівень стресу, тривоги, болю, покращити настрій та самооцінку пацієнтів [23].

Окрім індивідуальної артпсихотерапії, важливу роль в психологічній підтримці пацієнтів з хронічними недугами відіграє групова робота. Участь в терапевтичних групах та групах взаємодопомоги дозволяє хворим подолати почуття ізолюваності та стигматизації, отримати емоційну підтримку та розуміння від людей зі схожими проблемами, обмінятися корисною інформацією та досвідом. Групова динаміка сприяє розвитку комунікативних навичок, асертивності, здатності приймати допомогу та підтримку інших [23].

Перспективною формою психологічної допомоги при хронічних захворюваннях, як вважають сучасні науковці (C. Lejuez et al., 2021) є також поведінкова активація. Це психологічне втручання спрямоване на збільшення рівня значущої діяльності в житті пацієнта, попри обмеження, які накладає хвороба. Поведінкова активація допомагає подолати пасивність, уникнення, відновити відчуття задоволення від життя. Дослідження показують, що вона може бути настільки ж ефективною, як і складніші форми психотерапії, при лікуванні депресії у пацієнтів з хронічними захворюваннями [30].

Новим трендом в психологічній допомозі при хронічних захворюваннях є застосування цифрових технологій – мобільних додатків, онлайн-консультацій, засобів віртуальної реальності тощо. Ці інструменти дозволяють зробити психологічну підтримку більш доступною, персоналізованою та інтерактивною. Наприклад, мобільні додатки можуть нагадувати пацієнтам про необхідність приймання ліків, заохочувати їх до здорової поведінки, надавати інформацію про методи самопомоги (E. Davies et al., 2020). Онлайн-інтервенції на основі КПТ, майндфулнес та інших підходів демонструють ефективність, порівняну з традиційною психотерапією, при лікуванні тривоги, депресії, безсоння у пацієнтів з хронічними захворюваннями [26].

Українські дослідники інноваційних технологій розвитку психологічних ресурсів особистості (Н. Тавровецька, Т. Говорун, О. Кікінеджі, А. Чхаїдзе та інші) зауважують, що «гострі реакції особистості на соматичне захворювання, обумовлені низькою толерантністю до психотравмувальних впливів, виявляються, як правило, в фокусі уваги психіатрії» [6, С. 44]. Своєю чергою, цілеспрямована робота психолога здатна знизити рівень травматизації особистості в тому разі, коли ситуація хвороби не сприймається як психотравмувальна, і природні компенсаторні можливості психіки виявляються достатніми для запобігання виникнення патологічних реакцій з її боку [6].

Психотерапія є специфічною областю застосування психодіагностики, яка, з огляду на ригідне уявлення про наявність дисциплінарної дихотомії в межах «пато психології – психопатологія», часто помилково ототожнюється виключно з експериментально-психологічними дослідженнями (в клініці або поза нею). Психотерапевтична співбесіда є основним методом отримання інформації про пацієнта, джерелом та одночасно способом пізнання і усвідомлення психо/патологічних явищ на основі вербальної та емфатико-інтонаційної комунікації слугує психотерапевтична співбесіда. До її основних функцій можна віднести комунікативну, інформативну, діагностичну та куративну [13, С. 286-287]. Водночас дії психотерапевта у виконанні професійної діяльності становлять певну гностичну стратегію, наділену

вираженою, неповторною специфікою, вказало на відмінність клініко-психофеноменологічного методу психотерапії від методу клініко-психопатологічного, а також методів інших психодисциплін [13, С. 295].

Управління емоціями, або регуляція емоцій, є синонімом емоційної саморегуляції, і важливим шляхом для їхнього здійснення є саме процес усвідомлення. Саморегуляція є когнітивною характеристикою людини, яка забезпечує здатність оцінювати і корегувати власну поведінку на основі внутрішніх стандартів. Емоційна саморегуляція є різновидом психічної саморегуляції. Вона забезпечує емоційне регулювання життєдіяльності людини та її корекцію з урахуванням актуального стану. Вона є необхідною умовою успішної адаптації людини до навколишнього середовища і залежить як від індивідуально-психологічних особливостей людини, так і від соціального контексту ситуації [9, С. 146].

Українські науковці (О. Чабан, О. Хаустова, Є. Тимошук) стверджують, що задля підвищення ефективності системи охорони психічного здоров'я «необхідно доповнювати її розвитком психолого-психіатричної служби шляхом широкого залучення консультативно-зв'язкових психіатрів та медичних психологів, які володіють навичками інтегративної курації соматично хворих з коморбідними психічними розладами [21, С. 3].

Підсумовуючи огляд методів психологічної допомоги людям з хронічними соматичними захворюваннями, можна зробити висновок про їхнє різноманіття та спрямованість на різні аспекти психологічного функціонування особистості. Дедалі більше дослідників підкреслюють необхідність інтегративного підходу, який би враховував складну взаємодію біологічних, психологічних та соціальних чинників у розвитку та перебігу хронічних хвороб. Врахування різних теоретичних ракурсів дозволяє створити цілісну картину психологічних особливостей цієї категорії пацієнтів та окреслити напрямки подальших досліджень. Вибір конкретних методів та технік має ґрунтуватися на індивідуальних потребах та особливостях кожного пацієнта, а також на специфіці його захворювання.

РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ЛЮДЕЙ З ХРОНІЧНИМИ СОМАТИЧНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ

2.1. Методика та процедура дослідження

Мета проведення емпіричного дослідження полягає у вивченні психологічних особливостей людей з хронічними соматичними захворюваннями.

Відповідно до мети вирішувалися такі *завдання*:

1. Оцінити рівень функціонального стану (самопочуття, активність, настрій) людей з хронічними соматичними захворюваннями.
2. Визначити особливості психічних станів (тривожність, фрустрація, агресивність, ригідність) у респондентів.
3. Дослідити рівень соціально-психологічної адаптації респондентів.
4. Проаналізувати отримані результати та сформулювати висновки щодо психологічних особливостей людей з хронічними соматичними захворюваннями.

База та вибірка дослідження. Дослідження проводилося на базі медичного закладу, військового госпіталю. У дослідженні взяли участь 40 респондентів віком від 25 до 60 років, військовослужбовці – пацієнти бази дослідження, які зверталися до лікаря-терапевта та мають хронічні соматичні захворювання різного типу (серцево-судинні, ендокринні, захворювання опорно-рухового апарату тощо). Участь у дослідженні була добровільною та анонімною. Серед учасників дослідження 35 чоловіків та 5 жінок.

Етапи проведення дослідження визначені наступні:

Організаційний етап: Визначення мети та завдань дослідження. Підбір методик відповідно до завдань дослідження. Пошук та залучення респондентів через соціальні мережі.

Діагностичний етап: Проведення онлайн-опитування респондентів. Збір та первинна обробка отриманих даних. Формування бази даних для подальшого аналізу.

Узагальнювальний етап: Статистична обробка отриманих даних. Аналіз та інтерпретація результатів. Формулювання висновків та рекомендацій.

Для виконання мети та завдань емпіричного дослідження було обрано діагностичні методики:

1. Методика самооцінки функціонального стану «САН» [10, с. 78] (Додаток А).

Мета застосування: визначення рівня змін ключових показників функціонального стану хворих (самопочуття, активності, настрою) під впливом значної травматизації в умовах наявності хронічного захворювання.

Методика самооцінки функціонального стану «САН» розроблена В.А. Доскіним та іншими дослідниками і призначена для оперативної оцінки самопочуття, активності та настрою військовослужбовців - саме тих параметрів, які найбільше зазнають впливу стресових чинників участі у бойових діях.

Методика являє собою 30 пар протилежних за змістом тверджень і 7-бальну шкалу між ними, за якою досліджуваний має оцінити міру вираженості того чи іншого стану у нього на момент діагностування:

- 10 тверджень стосуються самопочуття;
- 10 – рівня активності;
- 10 – відображають параметри настрою.

Застосування цієї методики дозволить комплексно оцінити функціональний стан людей з хронічними соматичними захворюваннями, включаючи їхнє самопочуття, активність та настрій. Отримані дані стануть підґрунтям для розробки заходів психокорекції, спрямованих на покращення загального психоемоційного стану пацієнтів, підвищення їхньої життєвої активності та оптимізацію настрою.

2. Методика самооцінки психічних станів за Г. Айзенком [10, с. 76].
(Додаток Б).

Мета застосування: оцінка рівнів інтро/екстраверсії, нейротизму, оцінити деякі стани (тривога, фрустрація, агресія) і властивості особистості (тривожність, фрустрація, агресивність і ригідність), які можуть негативно впливати на процес соціалізації.

Методика була розроблена відомим британським психологом Гансом Айзенком і призначена саме для визначення рівня та проявів таких психічних станів, що є важливими показниками адаптивних можливостей людини:

- Тривожність;
- Фрустрація;
- Агресивність;
- Ригідність.

Методика являє собою 40 тверджень, об'єднаних в 4 блоки по 10 тверджень у кожному. Ці блоки відповідають певним психічним станам. Респондент оцінює наскільки часто той чи інший стан йому притаманний за 3-бальною шкалою. Підрахунок суми балів за кожним блоком дає кількісну та якісну оцінку вираженості певного психічного стану.

3. Методика дослідження соціально-психологічної адаптації К. Роджерса та Р. Даймонда (СПА) [10, с. 85] (Додаток В).

Мета застосування: визначення рівнів адаптації та дезадаптації в умовах значного стресу щодо наявності хронічного соматичного захворювання.

Опитувальник Роджерса та Даймонда (Rogers and Diamond) є методом вимірювання адаптивності особистості. Він відомий як СПА (Шкала Психологічної Адаптивності) і розроблений для оцінки, наскільки добре людина може адаптуватися до різних ситуацій у житті. Опитувальник створений на основі теорії особистості Карла Роджерса, який вважав, що адаптивність є одним з ключових факторів успіху в житті.

СПА складається з ряду висловлювань, на які респонденти повинні відповісти, вказуючи свою згоду або незгоду на п'ятибальній шкалі (від

«абсолютно не згоден» до «абсолютно згоден»). Ці висловлювання відображають різні аспекти адаптивності, такі як емоційна стабільність, соціальна адаптивність, самопізнання та саморозвиток. Щоб забезпечити більш диференційовану шкалу відповідей, стимульний матеріал містить 101 твердження, сформульованих у третій особі однини без використання займенників. Основні індикатори, на яких наголошує цей опитувальник, – це адаптація, прийняття інших, інтернальність, самосвідомість, емоційний комфорт та прагнення до домінування.

Після завершення опитувальника, результати обчислюються і видаються у вигляді загального показника адаптивності особистості. Такий показник може бути використаний для визначення, наскільки добре людина адаптується до різних ситуацій у житті, а також для виявлення можливих проблем або областей, які вимагають уваги або розвитку. Цей метод забезпечує досить диференційовану шкалу відповідей.

Таким чином, вибір діагностичного інструментарію було здійснено з урахуванням предмета емпіричного дослідження, показників валідності та надійності кожної методики, а також їх адекватності для обраної групи досліджуваних.

2.2. Аналіз результатів емпіричного дослідження психологічних особливостей людей з хронічними соматичними захворюваннями

Проведена діагностика за зазначеними методиками та зроблений кількісний і якісний аналіз отриманих показників. Отримані загальні результати кожного з досліджуваних представлені у вигляді таблиць та діаграм. Результати кожного респондента представлені у таблицях Г.1-Г.3 у Додатку Г.

Результати опитування за методикою №1 — *Методика самооцінки функціонального стану «САН»* представлені у таблиці 2.1 та на рис. 2.1.

Таблиця 2.1

Результати діагностування респондентів за методикою №1

(вибірка n= 40)

№	Методика №2 САН Шкали	Рівні					
		Кількість учасників (%)					
		Високий		Середній		Низький	
		Кількість учасників	%	Кількість учасників	%	Кількість учасників	%
1	Самопочуття	3	7%	22	55%	15	38%
2	Активність	5	12%	24	60%	11	28%
3	Настрій	6	15%	21	52%	13	33%

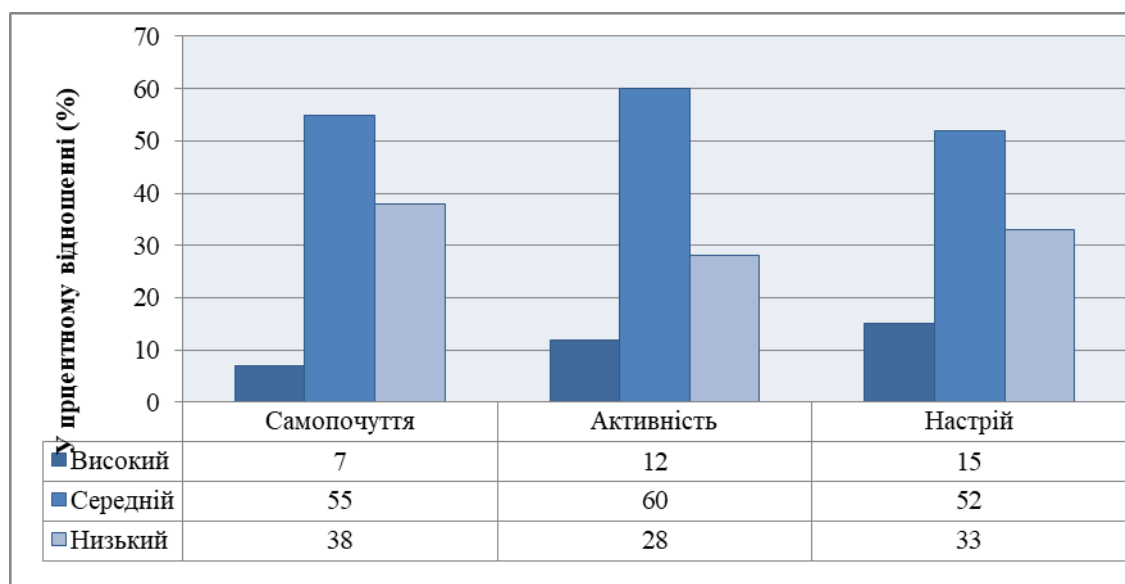


Рис. 2.1. Результати діагностування за методикою №1 (%)

Результати дослідження функціонального стану пацієнтів з хронічними соматичними захворюваннями виявили загальну тенденцію до зниження показників самопочуття, активності та настрою.

Найбільш суттєве зниження спостерігається у показниках самопочуття, де значна частина респондентів демонструє низький рівень (38%). Це може бути безпосереднім наслідком впливу хронічного захворювання на фізичний стан пацієнтів, що відображається у їхньому суб'єктивному сприйнятті власного

здоров'я. При цьому, більшість респондентів все ж оцінюють своє самопочуття як середнє (55%), що може свідчити про певну адаптацію до свого стану.

Показники активності виявилися найбільш збереженими серед трьох параметрів, з найвищим відсотком респондентів, які демонструють середній рівень (60%). Це може свідчити про намагання пацієнтів підтримувати звичний рівень діяльності, попри обмеження, пов'язані з хворобою. Варто відзначити, що відсоток осіб з високим рівнем активності (12%) є вищим, ніж для самопочуття та настрою. Настрій респондентів також демонструє тенденцію до зниження, хоча і менш виражену, ніж самопочуття. Значна частка респондентів (33%) має низький рівень настрою, що може вказувати на емоційні труднощі, пов'язані з прийняттям свого стану та необхідністю адаптації до життя з хронічним захворюванням. Проте, більшість все ж зберігає середній рівень настрою (52%).

Співвідношення показників САН у досліджуваній групі (де активність дещо перевищує самопочуття та настрій) є характерним для осіб, які перебувають у стані хронічного стресу, спричиненого тривалим захворюванням. Ці дані свідчать про те, що хронічні соматичні захворювання суттєво впливають на функціональний стан пацієнтів.

Результати діагностування за методикою №2 **Методика самооцінки психічних станів за Г. Айзенком** представлені в таблиці 2.2 та на рис. 2.2.

Таблиця 2.2

Результати діагностування за методикою №2 Айзенка

(вибірка $n = 40$)

№	Методика №5 Айзенка Шкали	Рівні					
		Високий		Середній		Низький	
		Кількість учасників	%	Кількість учасників	%	Кількість учасників	%
1	Тривожність	12	30%	22	55%	6	15%
2	Фрустрація	19	47%	18	45%	3	8%
3	Агресивність	11	28%	24	60%	5	12%
4	Ригідність	10	25%	26	65%	4	10%

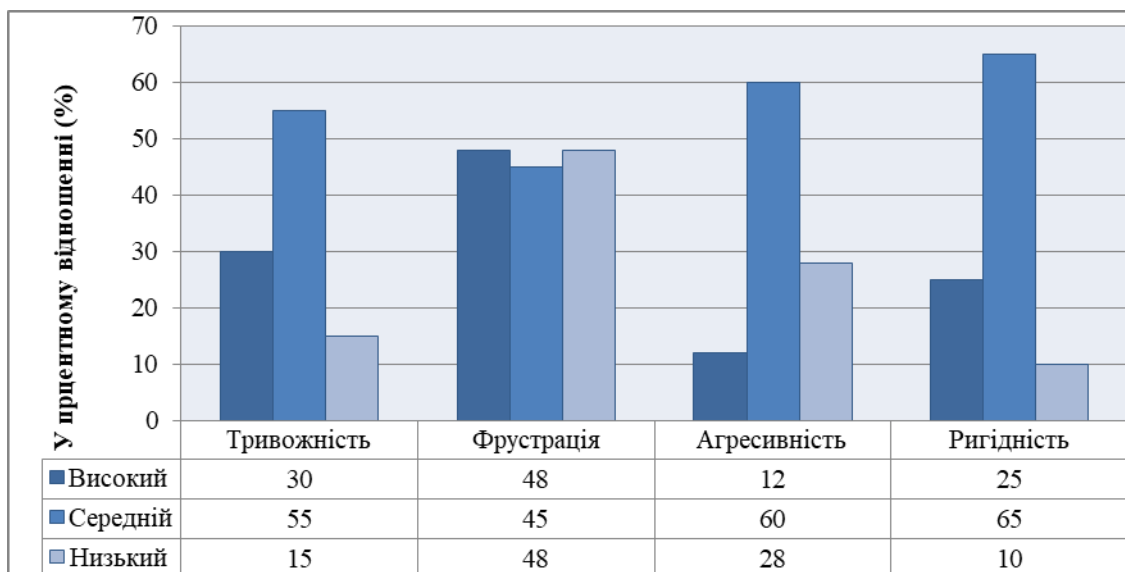


Рис. 2.2. Результати діагностування за методикою №2 (%)

На основі отриманих показників можна зробити наступні висновки: тривожність у досліджуваній групі демонструє тенденцію до підвищення. Значна частка респондентів має високий (30%) або середній (55%) рівень тривожності, що може бути пов'язано з постійним занепокоєнням щодо свого стану здоров'я та невизначеністю прогнозу захворювання. Найбільш виражені зміни спостерігаються у рівні фрустрації. Майже половина респондентів (47%) демонструє високий рівень фрустрації, що може вказувати на значні труднощі у досягненні цілей та реалізації потреб через обмеження, пов'язані з хронічним захворюванням. Середній рівень фрустрації спостерігається у 45% опитаних, що свідчить про загальну тенденцію до підвищеної фрустрованості у цієї категорії пацієнтів.

Показники агресивності розподілилися більш рівномірно, з переважанням середнього рівня (60%), що може свідчити про те, що хронічне захворювання не обов'язково призводить до підвищення агресивності, хоча певна частка респондентів (12%) все ж демонструє високий рівень цього показника. Ригідність у досліджуваній групі також має тенденцію до підвищення, з переважанням середнього (65%) та високого (25%) рівнів, що може

відображати труднощі пацієнтів у адаптації до змін, пов'язаних з хронічним захворюванням та необхідністю модифікації способу життя.

Результати діагностування за методикою №3 *Методика діагностики соціально-психологічної адаптації К. Роджерса, Р. Даймонд (СПА)* представлені в таблиці 2.3, на рис. 2.3.

Таблиця 2.3.

Результати діагностування за методикою №3 (вибірka n= 40)

№	Шкали	Рівні					
		низький		середній		високий	
		Кількість учасників	%	Кількість учасників	%	Кількість учасників	%
1	Адаптивність	-	-	22	55%	18	45%
2	Деадаптивність	14	35%	21	53%	5	12%
3	Прийняття себе	18	40%	19	48%	3	12%
4	Неприйняття себе	5	12%	22	55%	13	33%
5	Прийняття інших	-	-	19	48%	21	52%
6	Неприйняття інших	12	30%	24	60%	4	10%
7	Емоційний комфорт	14	35%	21	53%	5	12%
8	Емоційний дискомфорт	6	15%	19	48%	15	37%
9	Домінування	9	23%	23	58%	8	20%

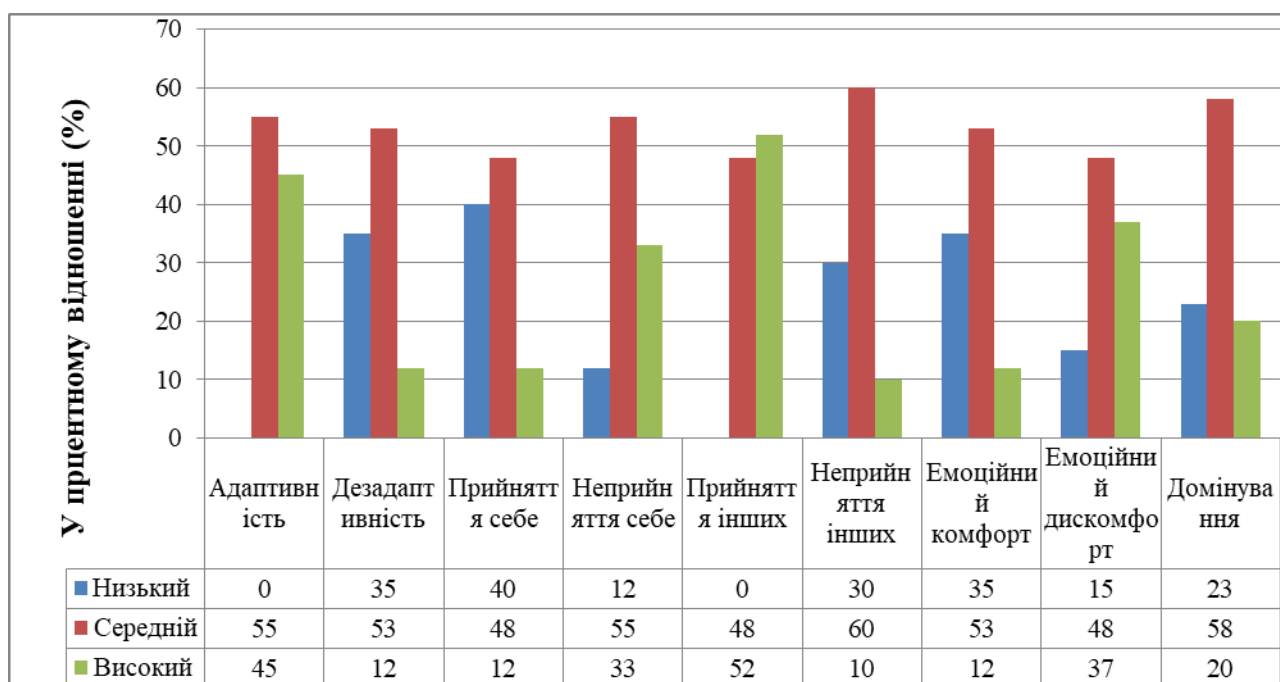


Рис. 2.3. Результати діагностування за методикою №3 (%)

За результатами діагностування засобами методики СПА: показники адаптивності розподілилися між високим (45%) та середнім (55%) рівнями, що свідчить про наявність певних адаптаційних ресурсів у пацієнтів. Водночас значна частка респондентів демонструє середній (53%) та високий (12%) рівні деадаптивності, що вказує на наявність труднощів у процесі пристосування до життя з хронічним захворюванням. Прийняття себе у досліджуваній групі демонструє тенденцію до зниження, з переважанням низького (40%) та середнього (48%) рівнів. Це може бути пов'язано зі змінами у самоприйнятті через обмеження, накладені хворобою, показники неприйняття себе мають тенденцію до підвищення (середнього рівня (55%) та високого (33%)).

Показники прийняття інших розподілилися між високим (52%) та середнім (48%) рівнями, що може свідчити про збереження здатності до позитивних соціальних взаємодій. Проте, неприйняття інших також присутнє, з переважанням середнього рівня (60%). Емоційний комфорт у більшості респондентів знаходиться на середньому рівні (53%), але значна частка демонструє низький рівень (35%), що вказує на наявність емоційних труднощів. Водночас показники емоційного дискомфорту мають тенденцію до підвищення, з переважанням середнього (48%) та високого (37%) рівнів.

Проведений кореляційний аналіз встановлення взаємозв'язку між вимірюваними параметрами за допомогою кореляційного критерію Пірсона.

Результати кореляційного аналізу за шкалами методик №1-№3 представлений у таблицях 2.4 та 2.5.

Таблиця 2.4

Кореляційні зв'язки функціональний стан та психічний стан

Методика №1 САН (самооцінки функціонального стану)	Методика №2 Айзенка (самооцінки психічних станів)			
	Т	Ф	А	Р
Самопочуття	-0,636*	-0,677*	-0,348*	-0,562*
Активність	-0,555*	-0,518*	-0,296*	-0,416
Настрій	-0,639*	-0,583*	-0,364*	-0,473
Критичне значення 0,3 при $p = 0,05$				

Таблиця 2.5

Кореляційні зв'язки функціональний стан та адаптивність

Методика №1 САН (самооцінки функціонального стану)	Методика №3 СПА Адаптивність та дезадаптивність								
	А	ДЗ	ПС	НС	ПІ	НІ	ЕК	ЕД	Д
Самопочуття	0,921*	- 0,799 *	0,757 *	- 0,856 *	0,777	0,125	0,841 *	-0,823*	0,662
Активність	0,823*	- 0,743 *	0,672 *	- 0,823 *	0,640	0,156	0,774 *	-0,788*	0,628
Настрій	0,910*	- 0,820 *	0,723 *	- 0,860 *	0,706	0,120	0,820 *	-0,801*	0,664
Критичне значення 0,3 при $p = 0,05$									

Кореляційний аналіз виявив значущі взаємозв'язки між показниками функціонального стану (САН) та психічними станами (за методикою Айзенка). Зокрема, спостерігаються сильні негативні кореляції між самопочуттям і тривожністю (-0,636), фрустрацією (-0,677) та ригідністю (-0,562). Це свідчить про те, що погіршення самопочуття у людей з хронічними соматичними захворюваннями тісно пов'язане з підвищенням рівня тривожності, фрустрації та ригідності.

Аналогічні тенденції спостерігаються для показників активності та настрою, відповідно за шкалами активності та тривожності (-0,555), активності та фрустрації (-0,518), настрою та тривожності (-0,639) та настрою та фрустрації (-0,583). Водночас кореляційні зв'язки за шкалами самопочуття, активності, настрою зі шкалою агресивності є зворотними, але недостатньо значними, враховуючи специфіку вибірки дослідження (військовослужбовці, які знаходяться на лікуванні та реабілітації), що потребує особливої уваги та психологічної роботи у цьому напрямку.

Також виявлені сильні позитивні зв'язки між показниками САН та адаптивністю (за методикою СПА). Зокрема, самопочуття сильно корелює з адаптивністю (0,921), прийняттям себе (0,757) та емоційним комфортом (0,841). Такі результати вказують на те, що кращий функціональний стан пацієнтів пов'язаний з вищим рівнем адаптації до захворювання, кращим самоприйняттям та емоційним благополуччям. Водночас спостерігаються сильні негативні кореляції з показниками дезадаптивності (-0,799), неприйняття себе (-0,856) та емоційного дискомфорту (-0,823). Аналогічні тенденції спостерігаємо за шкалами активності та настрою.

Отже, результати емпіричного дослідження демонструють, що люди з хронічними соматичними захворюваннями мають переважно середній рівень самопочуття, активності та настрою, з тенденцією до зниження показників. Спостерігається підвищений рівень тривожності та фрустрації, середній рівень агресивності та ригідності. Щодо соціально-психологічної адаптації, більшість респондентів демонструють середній рівень адаптивності, з певними труднощами у прийнятті себе та інших, а також з ознаками емоційного дискомфорту, що вказує на необхідність розробки комплексних програм психологічної підтримки для цієї категорії пацієнтів.

2.3. Практичні рекомендації з покращення психологічного благополуччя людей з хронічними соматичними захворюваннями

Результати проведеного емпіричного дослідження психологічних особливостей людей з хронічними соматичними захворюваннями дозволяють розробити практичні рекомендації щодо покращення їхнього психологічного благополуччя. Ці рекомендації мають комплексний характер і охоплюють різні аспекти життя пацієнтів – від організації медичної допомоги до соціальної підтримки та самодопомоги.

1. *Забезпечення доступу до якісної інформації про захворювання.* Першочерговою умовою покращення психологічного стану людей з хронічними недугами є налагодження ефективної комунікації з лікарями та достатня поінформованість щодо діагнозу, прогнозу, методів лікування та можливих побічних ефектів. Пацієнти потребують регулярного медичного спостереження, своєчасної діагностики загострень та ускладнень, а також кваліфікованих психологічних консультацій щодо способу життя, харчування, фізичних навантажень тощо. Важливо, щоб медична інформація була надана в доступній формі, з урахуванням освітнього та культурного рівня пацієнта.

2. *Формування партнерських відносин з лікарем.* Хронічне захворювання вимагає від пацієнта активної участі в лікувальному процесі та високого рівня прихильності до терапії. Це можливо лише за умови довірливих, партнерських відносин з лікарем, який враховує індивідуальні потреби та побажання пацієнта, залучає його до прийняття рішень та мотивує до дотримання рекомендацій. Тому завдання психологічної служби та лікарів не лише лікування та реабілітація, а також навчання пацієнта навичкам самоконтролю та самодопомоги, обговорення з ним плани на майбутнє та життєві цілі.

3. *Забезпечення психологічної підтримки та консультування.* Невід'ємною складовою допомоги людям з хронічними захворюваннями є професійна психологічна підтримка. Психологічне консультування може здійснюватися як в індивідуальному, так і в груповому форматі, зокрема в форматі терапевтичних груп підтримки. Основні завдання психологічної роботи – допомогти пацієнтам адаптуватися до захворювання, навчитися керувати стресом, подолати негативні емоційні стани (тривогу, депресію,

безпорадність тощо), покращити комунікацію з оточенням, підвищити самооцінку та впевненість у собі. Важливими терапевтичними «мішенями» є також екзистенційні переживання хворих - пошук сенсу життя, подолання страху смерті, прийняття невизначеності майбутнього.

4. *Залучення сім'ї та близького оточення до підтримки пацієнта.* Наявність хронічного захворювання впливає не лише на самого пацієнта, але й на його сім'ю та близьке оточення. З одного боку, рідні та друзі можуть стати потужним ресурсом підтримки, полегшуючи адаптацію до захворювання та покращуючи якість життя хворого. З іншого боку, хронічна хвороба часто стає причиною сімейних конфліктів, непорозумінь та дисбалансу в міжособистісних стосунках. Тому психологічна допомога обов'язково повинна охоплювати сім'ю та близьке оточення пацієнта. Необхідно інформувати родичів про особливості захворювання, навчати їх правильного спілкування з хворим, розподілу обов'язків та збереженню балансу між допомогою і автономією пацієнта. За потреби варто проводити сімейне консультування та психотерапію.

5. *Розширення соціальних зв'язків та підтримка активності пацієнтів.* Хронічне захворювання часто призводить до соціальної ізоляції та зниження активності пацієнтів. Щоб запобігти цьому, необхідно всіляко заохочувати хворих підтримувати соціальні контакти, спілкуватися з друзями, знаходити однодумців та соратників (зокрема в групах взаємодопомоги та пацієнтських організаціях). Дуже корисним є збереження потужної трудової діяльності, хобі, участі в громадському житті. Звичайно, все це вимагає врахування обмежень, які накладає хвороба, та розумного дозування навантажень. Збереження соціальної активності та життєвих ролей дає пацієнтам відчуття потрібності, підвищує самооцінку та покращує психологічне благополуччя.

6. *Використання методів арттерапії, тілесно-орієнтованої та ігрової терапії.* В роботі з людьми, які мають хронічні соматичні захворювання, дуже ефективними є методи арттерапії (ізотерапія, музикотерапія, танцювальна терапія, робота з пластичними матеріалами тощо). Творча діяльність дозволяє пацієнтам виразити свої почуття, переживання та потреби, які важко

піддаються вербалізації. Арттерапевтичні методики сприяють зниженню тривоги та депресії, покращують самопочуття та активізують внутрішні ресурси людини. Іншим цінним напрямком психологічної роботи є тілесно-орієнтована терапія, яка дозволяє відновити порушені хворобою зв'язки між психікою та тілом, навчитися краще розуміти сигнали свого організму та відновити над ним контроль. Ігрова терапія, психодрама та казкотерапія дозволяють пацієнтам програвати та коригувати в символічній формі свої стосунки з хворобою та оточенням людьми.

7. *Навчання навичок самодопомоги та копінг-стратегіям.* Психологічна допомога людям з хронічними захворюваннями повинна бути спрямована не лише на опрацювання актуальних переживань та конфліктів, але й на розвиток адаптивних копінг-стратегій та життєвих навичок. Пацієнтів необхідно навчати методів релаксації, ментальним технікам боротьби зі стресом та болем (зокрема, медитації та візуалізації), раціональній організації режиму дня та розподілу сил, плануванню та досягненню реалістичних цілей, ефективній комунікації тощо. Не менш важливим є розвиток навичок турботи про себе, підвищення самоцінності та само прийняття (таблиця 2.6).

Таблиця 2.6

Техніки психологічної самодопомоги

Назва методу	Характеристика
Прогресивна м'язова релаксація	Полягає в послідовному напруженні та розслабленні різних груп м'язів, що дозволяє зняти фізичне та психічне напруження, покращити самопочуття.
Аутогенне тренування	Метод самонавіювання, який полягає в концентрації на відчуттях тепла, тяжкості та розслаблення в різних частинах тіла, що дозволяє досягти глибокої релаксації.
Медитація усвідомленості (mindfulness)	Практика спостереження за своїми відчуттями, думками та емоціями в теперішньому моменті без оцінок та намагань їх змінити. Дозволяє розвинути навички саморегуляції та подолання стресу.
Керована візуалізація	Полягає в створенні за допомогою уяви позитивних, розслаблюючих або цілющих образів, що дозволяє зменшити біль, тривогу та покращити емоційний стан.
Раціональний розподіл активності (pacing)	Полягає в плануванні діяльності таким чином, щоб уникати як перевантаження, так і недостатньої активності. Дозволяє оптимально розподіляти сили та запобігати загостренням хвороби.
Планування	Передбачає розробку конкретних, вимірюваних, досяжних,

реалістичних цілей (goal setting)	релевантних та визначених у часі цілей, що дозволяє підвищити мотивацію та відчуття контролю над життям.
Ведення щоденника	Полягає в регулярному записуванні своїх думок, почуттів, вражень та подій дня. Дозволяє відстежувати зміни в самопочутті, знаходити тригери стресу та розвивати навички самоаналізу.

8. *Організація просвітницьких заходів та груп підтримки.* Важливим напрямком допомоги людям з хронічними захворюваннями є психологічна просвіта та організація груп взаємопідтримки. В межах психоосвітніх програм пацієнти можуть отримувати інформацію про психологічні аспекти свого захворювання, обмінюватися досвідом подолання труднощів, навчатися методам самодопомоги. Групова робота, побудована на принципах рівності, прийняття та взаємодопомоги, дозволяє хворим подолати почуття ізольованості та безпорадності, отримати емоційну підтримку, розвинути комунікативні навички та активні стратегії подолання хвороби. В групах також можна практикувати техніки релаксації, роботу з негативними емоціями та обмежувальними переконаннями, постановку цілей тощо.

9. *Профілактика емоційного вигорання у фахівців, які працюють з пацієнтами із соматичними захворюваннями.* Важливо пам'ятати, що робота з хронічними соматичними хворими є емоційно виснажливою і може призводити до емоційного вигорання медичних працівників та психологів. Щоб запобігти цьому, необхідно приділяти увагу професійній підтримці фахівців – проводити для них супервізії, групи взаємопідтримки, тренінги з профілактики вигорання. Не менш важливою є культура піклування фахівців про власне психологічне благополуччя, турботи про себе та опанування конструктивних стратегій подолання стресу.

План тренінгових занять психолога з пацієнтами із хронічними соматичними захворюваннями:

Заняття 1. «Керування стресом та негативними емоціями»

1. Вступне слово, знайомство учасників
2. Вправа на визначення актуального емоційного стану (діагностичне малювання «Мій настрій»).

3. Інформаційний блок «Що таке стрес та як він впливає на здоров'я» – міні-лекція.

4. Вправа на прогресивну м'язову релаксацію

Вправа на прогресивну м'язову релаксацію

Мета: зниження м'язового та емоційного напруження, покращення самопочуття.

Хід вправи: Психолог пропонує учасникам сісти зручніше та заплющити очі. Далі він дає інструкцію по черзі напружувати та розслабляти різні групи м'язів - від верхньої частини обличчя до ступнів ніг. Кожне напруження м'язів триває 5-7 секунд, після чого слідує розслаблення на 20-30 секунд. Вправа супроводжується спокійною музикою та навіюваннями психолога про тепло, розслаблення та спокій. Завершується дихальними вправами.

5. Когнітивна техніка. Арттерапевтична вправа «Намалюй свій стрес» з подальшим обговоренням

Вправа «Намалюй свій стрес»

Мета: усвідомлення та вираження переживань, пов'язаних зі стресом, зняття емоційної напруги.

Хід вправи: Учасникам пропонується використовуючи фарби, олівці або пастель намалювати свій стрес - у вигляді абстрактного образу, символу або ж конкретного зображення. Після завершення малюнків учасники по черзі розповідають про свої роботи, діляться думками та почуттями. Психолог допомагає відрефлексувати отриманий досвід, знайти ресурси для подолання стресу.

7. Вправа на візуалізацію безпечного місця

Вправа на візуалізацію безпечного місця

Мета: зниження тривоги, відновлення внутрішньої рівноваги, актуалізація ресурсних станів.

Хід вправи: Психолог пропонує учасникам уявити собі місце, де вони відчуваються абсолютно безпечно, затишно та спокійно. Це може бути реальне або уявне місце. Далі учасники в думках «оглядають» це місце, намагаючись

залучити всі органи чуттів: зір, слух, нюх, смак, дотик. Після цього психолог просить «увійти» в це місце, відчути, як воно «огортає» своїм теплом та турботою. В кінці вправи учасники подумки «приносять» із собою щось важливе з цього місця у реальний світ (силу, впевненість, натхнення тощо).

8. Домашнє завдання, підбиття підсумків заняття.

Питання для обговорення вражень та підбиття підсумків тренінгу:

- Які ваші головні відкриття та висновки щодо можливостей самодопомоги?
- Що нового ви сьогодні дізналися про стрес та його вплив на здоров'я?
- Які вправи на релаксацію вам сподобалися найбільше і чому?
- Як ви плануєте використовувати отримані навички в повсякденному житті?
- Що було для вас найбільш цінним у сьогоднішньому занятті?

Заняття 2. «Використання ресурсів та планування цілей»

1. Обговорення досвіду виконання домашнього завдання
2. Інформаційний блок «Раціональний розподіл активності при хронічному захворюванні»
3. Вправа «Мої ресурси» (методика розвитку усвідомленості)

Вправа «Мої ресурси»

Мета: розвиток саморефлексії, усвідомлення власних сильних сторін та чинників психологічного благополуччя.

Хід вправи: Психолог просить учасників протягом 10 хвилин написати якомога більше своїх особистісних ресурсів: рис характеру, здібностей, досягнень, приємних спогадів, улюблених справ, значущих людей тощо. Потім відбувається обговорення отриманих результатів. Психолог допомагає учасникам усвідомити різноманітність ресурсів та можливість їх використання для подолання життєвих труднощів.

4. Постановка цілей за технологією SMART

Вправа «Постановка цілей за технологією SMART»

Мета: розвиток навичок ефективного планування, підвищення мотивації та самоефективності.

Хід вправи: Психолог знайомить учасників з принципами постановки цілей за технологією SMART (конкретність, вимірюваність, досяжність, значущість, визначеність у часі). Далі учасники обирають одну значущу для них ціль та формулюють її за цими критеріями. Відбувається групове обговорення сформульованих цілей, учасники діляться своїми відкриттями.

5. Арттерапевтична вправа «Я і моя мета» (колаж)

Вправа «Я і моя мета»

Мета: візуалізація бажаного майбутнього, підвищення мотивації на досягнення цілей.

Хід вправи: Учасникам пропонується створити колаж, який би відображав їхні життєві цілі та цінності. Для цього можна використовувати вирізки з журналів, фотографії, кольоровий папір, фломастери тощо. На колажі учасник має розмістити образи, які асоціюються з поставленою ціллю, образ себе в майбутньому, свої ресурси та мрії. Після завершення роботи учасники презентують свої колажі групі, розповідають про свої відчуття. Психолог підкреслює значення цілепокладання для психологічного благополуччя та самореалізації.

6. Техніки медитації.

Вправа на медитацію усвідомленості

Мета: зниження рівня стресу, підвищення концентрації уваги, розвиток навичок саморегуляції.

Хід вправи: Учасники зручно сідають, розслабляються та заплющують очі. Психолог просить їх зосередити увагу на своєму диханні, відзначаючи кожен вдих і видих. При цьому важливо не намагатися контролювати дихання, а просто спостерігати за ним. Коли в голові з'являються відволікаючі думки, їх потрібно відзначити та м'яко повернути увагу до дихання. Медитація триває 10-15 хвилин під спокійну музику.

7. Обговорення вражень, підбиття підсумків тренінгу

- Як сьогоднішнє усвідомлення власних ресурсів вплинуло на ваш емоційний стан?
- Що ви відчували під час візуалізації своєї мети? Які думки та асоціації у вас виникали?
- Яке ваше головне враження від тренінгу? Що важливого ви зрозуміли?
- Як ви оцінюєте свою готовність застосовувати отримані знання та навички в реальному житті?

Отже, проведене емпіричне дослідження психологічних особливостей людей з хронічними соматичними захворюваннями. Результати показали загальну тенденцію до зниження показників самопочуття, активності та настрою у пацієнтів, з найбільш вираженим зниженням у сфері самопочуття. Виявлено підвищений рівень тривожності та фрустрації у значної частки респондентів, що може бути пов'язано з постійним стресом через хворобу та обмеженнями в повсякденному житті. Водночас дослідження показало неоднорідність у рівнях соціально-психологічної адаптації. Розроблені практичні рекомендації включають забезпечення формування партнерських відносин з лікарем, психологічну підтримку та консультування, навчання навичок самодопомоги та копінг-стратегіям, залучення сім'ї до підтримки пацієнта, розширення соціальних зв'язків та підтримку активності. Запропонований план тренінгових занять спрямований на керування стресом, використання ресурсів та планування цілей.

ВИСНОВКИ

У кваліфікаційній роботі теоретично обґрунтовано та емпірично досліджено психологічні особливості людей з хронічними соматичними захворюваннями, розробити практичні рекомендації щодо покращення їхнього психологічного благополуччя. Отримані результати дослідження стали підставою для формулювання наступних висновків:

1. На основі вивчення наукової літератури за темою роботи з'ясовано, що проблема психологічних особливостей людей з хронічними соматичними захворюваннями є багатоаспектною і вимагає комплексного підходу. Сучасні дослідження підкреслюють важливість врахування не лише фізіологічних, але й психологічних та соціальних факторів у розвитку та перебігу хронічних захворювань. Біопсихосоціальна модель хвороби, когнітивно-поведінковий підхід та концепція внутрішньої картини хвороби є ключовими теоретичними основами для розуміння психологічних особливостей цієї категорії пацієнтів. Аналіз літератури також показав, що хронічне соматичне захворювання є потужним стресором, який впливає на всі сфери життя людини, вимагаючи значних психологічних ресурсів для адаптації. Це може призводити до

різноманітних емоційних та поведінкових розладів, змін у самосприйнятті та соціальному функціонуванні пацієнтів.

2. Емпіричне дослідження особливостей емоційної сфери, самооцінки, мотивації та соціальної адаптації людей з хронічними недугами виявило ряд специфічних характеристик. Зокрема, результати показали загальну тенденцію до зниження показників самопочуття, активності та настрою у пацієнтів з хронічними соматичними захворюваннями. При цьому найбільш суттєве зниження спостерігається у показниках самопочуття, де 38% респондентів демонструють низький рівень. Дослідження також виявило підвищений рівень тривожності та фрустрації у значної частки респондентів, що може бути пов'язано з постійним занепокоєнням щодо свого стану здоров'я та труднощами у досягненні життєвих цілей через обмеження, накладені хворобою. Показники соціально-психологічної адаптації демонструють високі показники адаптивності у частини пацієнтів, водночас значна частка респондентів має труднощі з прийняттям себе та емоційним комфортом.

3. Аналіз та узагальнення результатів емпіричного дослідження дозволили виявити ключові психологічні особливості людей з хронічними соматичними захворюваннями. Зокрема, встановлено, що функціональний стан пацієнтів (самопочуття, активність, настрій) тісно пов'язаний з їхнім психоемоційним станом та рівнем адаптації до захворювання. Кореляційний аналіз показав сильні негативні зв'язки між показниками самопочуття та рівнем тривожності, фрустрації та ригідності, а також позитивні кореляції з адаптивністю та емоційним комфортом. Результати підтверджують гіпотезу дослідження про те, що психологічні особливості людей з хронічними соматичними захворюваннями характеризуються підвищеним рівнем тривожності та труднощами соціальної адаптації. Водночас дослідження виявило значну варіативність у психологічних реакціях пацієнтів, що підкреслює важливість індивідуального підходу в психологічній допомозі.

4. На основі отриманих результатів розроблено практичні рекомендації щодо психологічної допомоги та реабілітації людей з хронічними соматичними

захворюваннями. Ці рекомендації включають забезпечення доступу до якісної медичної допомоги та інформації про захворювання, формування партнерських відносин з лікарем, забезпечення психологічної підтримки та консультування, Навчання навичок самодопомоги та копінг-стратегіям, залучення сім'ї та близького оточення до підтримки пацієнта, розширення соціальних зв'язків та підтримку активності пацієнтів. Особлива увага приділяється організації заходів просвіти та груп підтримки, використанню методів арттерапії, тілесно-орієнтованої та ігрової терапії. Запропоновано план тренінгових занять, спрямованих на керування стресом та негативними емоціями, використання ресурсів та планування цілей. Ці рекомендації спрямовані на покращення психологічного благополуччя пацієнтів, підвищення їхньої адаптивності та якості життя.

ПЕРЕЛІК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Аршава І.С., Єрошкіна Т.В. Медико-психологічні аспекти соматичних захворювань. навч. посіб. Дніпро : РВВ ДНУ, 2012. 88 с.
2. Білик О.В. Психіка людини та соматичні захворювання, Національний авіаційний університет. 2019. URL: <https://er.nau.edu.ua/bitstream/NAU/38908/1/Білик.pdf> (дата звернення: 24.06.2024).
3. Дроботун О.С. Вплив хронічного соматичного захворювання на особистісні зміни підлітків. *Психологічні науки: Збірник наукових праць*, 2014. Вип. 2.12(103). С. 85-89.
4. Дяченко Л.О. Медико-соціальне обґрунтування моделі оптимізації первинної медичної допомоги населенню в умовах стресу: дис... докт філософії. 222; 14.02.03; 22. Київ, 2019. 284 с.
5. Зливков В.Л., Лукомська С.О., Федан О.В. Психодіагностика особистості у кризових життєвих ситуаціях. Київ: Педагогічна думка, 2016. 219 с.

6. Інноваційні технології розвитку психологічних ресурсів особистості: колективна монографія / Говорун Т. В., Кізь О. Б., Кікінежді О. М. та ін.; відпов. ред. Н.І. Тавровецька. Херсон : Вид-во ФОП Вишемирський В.С., 2019. 354 с.
7. Коцан І. Я., Ложкін Г. В., Мушкевич М. І. Психологія здоров'я людини / За ред. І. Я. Коцана. Луцьк: РВВ «Вежа» Волин. нац. ун-ту ім. Лесі Українки, 2011. 430 с.
8. Кошова С.П. Особливості психічних змін у хворих тяжкими соматичними захворюваннями. Features of mental changes in patients with severe medical diseases. *Journal of Education, Health and Sport*, 2016. 6(7). С. 75-90
9. Кресан О. Усвідомлення як один зі способів управління власними емоціями у професійній діяльності. *Актуальні проблеми психічного здоров'я* : Збірник наукових праць за матеріалами Всеукраїнської студентської інтернет-конференції (25 травня 2023 року). Житомир : Вид-во ЖДУ ім. І. Франка, 2023. С. 145-149.
10. Лемак М.В., Петрище В.Ю. Психологу для роботи: діагностичні методики: методичне видання. Вид. 2-ге виправл. Ужгород : Видавництво Олександра Гаркуші, 2012. 616 с.
11. Лісова О.С. Психологічні особливості внутрішньої картини здоров'я в осіб з виразковою хворобою: дис...канд.. психол. наук. 19.00.04. Чернівецький національний університет імені Юрія Федьковича. Чернівці, 2008. 220 с.
12. Максименко С. Д., Шевченко Н. Ф. Психологічна допомога тяжким соматично хворим. Навч. посіб. Київ: Ніжин, 2007. 115 с.
13. Максименко С.Д., Гришко О.Д. Психічний супровід і психічне здоров'я: навчальний посібник. Том. 2. Київ: Видавництво Людмила, 2024. 468 с.
14. Масік О.І. Клінічні особливості та лікування психічних розладів у підлітків з соматичними захворюваннями: дис..канд. медичн. наук. 14.01.16; 222. Вінниця. 2019. 292 с.

15. Мозгова Г., Візнюк І. Психологічна реабілітація психосоматичних хворих працездатного віку. *Науковий часопис НПУ імені М.П.Драгоманова*, 2021. 16(61). С. 62-73.
16. Проблеми охорони здоров'я України в умовах наслідків пандемії COVID-19 і воєнних дій: посібник. Київ : Національний науковий центр «Інститут кардіології, клінічної та регенеративної медицини імені акад. М. Д. Стражеска, 2023. 178 с.
17. Прошукало І. Соматична хвороба як стресовий чинник порушення сексуального здоров'я людини. *ЛЮГОΣ. Мистецтво наукової думки*, 2020. №9. С. 75-80.
18. Соматичні захворювання у дітей. *Візіум*. URL: <https://visium-clinic.com.ua/ua/uslugi/pediatrica/somaticheskie-zabolevaniya-u-detej/> (дата звернення: 28.06.2024).
19. Терлецька Н. В., Терлецька М. В. Психологічні аспекти соматичних хворих із захворюваннями серцево-судинної системи. *Психічне здоров'я особистості у кризовому суспільстві: збірник матеріалів IV Всеукраїнської науковопрактичної конференції (18 жовтня 2019 року) / уклад. З. Р. Кісіль. Львів: Львівський державний університет внутрішніх справ, 2019. С. 270-275.*
20. Титаренко Т. М. Психологічне здоров'я особистості: засоби самопомоги в умовах тривалої травматизації : монографія. Національна академія педагогічних наук України, Інститут соціальної та політичної психології. Кропивницький : Імекс-ЛТД, 2018. 160 с.
21. Чабан О., Хаустова О., Тимошук Є. Непсихотичні психічні розлади у пацієнтів з хронічними соматичними неінфекційними захворюваннями в умовах перманентного стресу: роль метаболічної терапії. *Психосоматична медицина та загальна практика*, 2023. Т. 8. №4. С. 1-17.
22. Щорічний звіт про стан здоров'я населення України та епідемічну ситуацію за 2022 рік. Міністерство охорони здоров'я України. URL:<https://moz.gov.ua/uploads/ckeditor/документи/Документи%202024/документи%2001-2024/29-01->

2024/1/Щорічн%20звіт%20про%20стан%20здоров%27я%20та%20епідемічну%20ситуацію%20за%202022%20рік.pdf (дата звернення: 27.06.2024).

23. Abdulah D. M., Abdulla B. M. O. Effectiveness of group art therapy on quality of life in paediatric patients with cancer: A randomized controlled trial. *Complementary Therapies in Medicine. Journal of Medical Internet Research*, 2018. (41). P. 180-185.

24. Bandura A. Self-efficacy: Toward a Unifying Theory of Behavioral Change. *Psychological Review*, 1977, Vol. 84, No. 7, P. 191-215.

25. Beketova, G., Mozgova, G., Shekera, O., Beketova N., & Stephania, L. (2019). Neurophysiological characteristics of psychosomatic disorders and psychosomatic pathology in children and adolescents. *Wiadomości Lekarskie is abstracted and indexed in: SCOPUS*, T.LXXII, 12(I), 2282–2288

26. Davies E. B., Morriss R., Glazebrook C. Computer-delivered and web-based interventions to improve depression, anxiety, and psychological well-being of university students: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Medical Internet Research*, 2020. 16(5). e 130.

27. Engel G. L. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Psychodynamic Psychiatry*, 2012. 40(3). P. 377-396.

28. Evidence Map of Mindfulness / Hempel S., Taylor S. L., Solloway M. R., Maki-Lye I. M., Beroes J. M., Shanman R., Shekelle P. G.. *Washington (DC): Department of Veterans Affairs (US)*, 2021. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25577939/> (дата звернення: 28.06.2024).

29. Hughes L. S., Clark J., Colclough J. A., Dale E., McMillan D. Acceptance and Commitment Therapy (ACT) for chronic pain: A systematic review and meta-analyses. *The Clinical Journal of Pain*, 2017. (6). P. 552-568.

30. Lejuez C. W., Hopko D. R., Gholkar R. Behavioral Activation for Depression. In S. C. Hayes & S. G. Hofmann (Eds.). *Beyond the DSM. Oakland, CA: New Harbinger Publications*, 2020. P. 155-171. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11317637/> (дата звернення: 28.06.2024).

11	Щасливий								Нещасний
12	Життєрадісний								Похмурий
13	Напружений								Розслаблений
14	Здоровий								Хворий
15	Збайдужілий								Захоплений
16	Байдужий								Схвилюваний
17	Запальний								Смутний
18	Радісний								Тужливий
19	Відпочилий								Втомлений
20	Свіжий								Виснажений
21	Сонливий								Збуджений
22	Бажання відпочити								Бажання працювати
23	Спокійний								Зклопотаний
24	Оптимістичний								Песимістичний
25	Витривалий								Швидко втомлюється
26	Бадьорий								В'ялий
27	Розуміти важко								Розуміти легко
28	Неуважний								Уважний
29	Повний надій								Розчарований
30	Задоволений								Незадоволений

“Ключ”

Шкала “самопочуття” – 1, 2, 7, 8, 13, 14, 19, 20, 25, 26.

Шкала “активність” – 3, 4, 9, 10, 15, 16, 21, 22, 27, 28.

Шкала “настрій” – 5, 6, 11, 12, 17, 18, 23, 24, 29, 30.

Обробка та інтерпретація результатів. Під час обробки отриманих даних оцінки респондентів необхідно перекодувати таким чином:

- індекс 3, який відповідає незадовільному самопочуттю, низькій активності та поганому настрою, приймається за 1 бал;
- наступний індекс 2 приймається за 2 бали;
- індекс 1 – за 3 бали
- і так до індексу 3 з протилежного боку шкали, який відповідно приймається за 7 балів (увага: полюси шкали постійно змінюються).

При підрахунку граничний ступінь вираження негативного полюсу пари оцінюється в 1 бал, а граничний ступінь вираження позитивного полюсу пари - в 7 балів.

Позитивні функціональні стани завжди отримують високі бали, а негативні – низькі. По цих “приведених балах” і розраховується середнє арифметичне як у цілому, так і окремо з активності, самопочуття та настрою.

При цьому необхідно враховувати, що полюс шкал постійно змінюється, але позитивні стани завжди отримують високі бали, а негативні - низькі.

Отримані бали групуються відповідно до ключа в три категорії і підраховується кількість балів за кожною з них.

Отримані результати кожної категорії діляться на 10.

- Середній бал шкали - 4.
- Оцінки, які перевищують 4 бали, свідчать про нормальний стан досліджуваного,
- Оцінки нижче 4 свідчать про зворотне.
- Оцінка 2,5 та нижче – низький рівень функціонального стану

Слід враховувати, що при аналізі функціонального стану важливе не тільки значення окремих його показників, але і їх співвідношення. У відпочилої людини оцінки активності, настрою та самопочуття зазвичай приблизно рівні. В міру наростання втомленості співвідношення між ними змінюється за рахунок відносного зниження самопочуття й активності в порівнянні з настроєм.

Додаток Б

Методика самооцінки психічних станів за Г. Айзенком

№ з/п	Психічні стани	Підходить	Не дуже підходить	Не підходить
		2	1	0
1	Не відчуваю у собі впевненості			
2	Часто червонію без причини			
3	Мій сон мене непокоїть			
4	Легко починаю нудьгувати			
5	Непокоюся через неприємності, які є тільки в уяві			
6	Мене лякають труднощі			
7	Люблю аналізувати свої недоліки			
8	Мене легко переконати			
9	Я підозріливий			
10	Важко переносити час очікування			
11	Нерідко мені здаються безвихідними ситуації, із яких можна знайти вихід			
12	Неприємності мене сильно засмучують, я падаю духом			
13	У неприємних ситуаціях я схильний без поважних причин звинувачувати себе			
14	Нещастя та невдачі нічому мене не вчать			
15	Я часто відмовляюся від боротьби, вважаю її даремною			
16	Я часто почуваю себе беззахисним			
17	Іноді у мене буває стан відчаю			
18	Відчуваю розгубленість перед труднощами			
19	У важкі хвилини життя іноді поведжуся як дитина, хочу, щоб мене пожаліли			
20	Вважаю недоліки свого характеру невинними			
21	Залишаю за собою право вирішального голосу			
22	Часто при розмові перебиваю співрозмовника			
23	Мене легко розсердити			
24	Люблю робити зауваження іншим			
25	Хочу бути авторитетом для оточення			
26	Не задовольняюсь малим, хочу більшого			
27	Коли розгніваюсь, погано себе стримую			
28	Більше люблю керувати, ніж підкорятися			
29	У мене різка, грубувата жестикуляція			

30	Я злопам'ятний			
31	Мені важко змінювати звички			
32	Нелегко переключати увагу			
33	З обережністю ставлюся до всього нового			
34	Мене важко переконати			
35	Нерідко у мене з голови не виходять думки, яких потрібно позбутися			
36	Нелегко зближуюся з людьми			
37	Мене розчаровує навіть незначні зміни плану			
38	Я проявляю впертість			
39	Неохоче йду на ризик			
40	Різко реагую на відхилення від прийнятого мною режиму			

Методика оцінювання.

Підраховується кількість балів за кожну з чотирьох груп питань:

I - 1-10-те питання - **тривожність**;

II - 11-20-те питання - **фрустрація** (психологічний стан зростаючого емоційно-вольового напруження, що виникає в конфліктній ситуації);

III - 21-30-те питання - **агресивність**;

IV - 31-40-ве питання - **ригідність** (тенденція до збереження своїх стереотипів, способів мислення, нездатність змінити власну позицію).

Інтерпретація результатів.

Тривожність:

0-7 балів - низька тривожність;

8-14 балів - тривожність середня, допустимого рівня;

15-20 балів - висока тривожність.

Фрустрація:

0-7 балів - висока самооцінка, стійкість до невдач, ви не боїтеся труднощів;

8-14 балів - середній рівень самооцінки, має місце фрустрація;

15-20 балів - низька самооцінка, ви уникаєте труднощів, боїтеся невдач.

Агресивність:

0-7 балів - ви спокійні, стримані;

8-14 балів - середній рівень агресії;

15-20 балів - ви агресивні, нестримані, маєте труднощі в стосунках з людьми.

Ригідність:

0-7 балів - ригідності немає;

8-14 балів - середній рівень;

15-20 балів - сильно виражена ригідність, вам протипоказані зміна місця роботи, зміни в сім'ї.

За кожну відповідь

- «Вірно» ставимо 2 бали;
- за відповідь «Не зовсім вірно» - 1 бал;
- за відповідь «Невірно» - 0 балів.

Додаток В

*Методика дослідження соціально-психологічної адаптації (СПА),
запропонована К. Роджерсом і Р. Даймонд*

Процедура дослідження. Психолог пропонує досліджуваному прочитати висловлювання та порівняти їх з власним досвідом. У бланку потрібно зазначити відповідь, базуючись на таких оцінках:

- 0 – це мене зовсім не стосується;
- 1 – це мене не стосується;
- 2 – мабуть, це мене не стосується;
- 3 – не знаю, чи це мене стосується;
- 4 – це схоже на мене, але маю сумніви;
- 5 – це схоже на мене;
- 6 – це точно я.

Адаптація

$$A = \frac{a}{a+b} * 100;$$

Емоційний комфорт

$$E = \frac{a}{a+b} * 100;$$

Самосприйняття

$$S = \frac{a}{a+1.6b} * 100;$$

Інтернальність

$$I = \frac{a}{a+1.4b} * 100;$$

Прийняття інших

$$L = \frac{1.2a}{1.2a+b} * 100;$$

Прагнення домінування

$$D = \frac{2a}{2a+b} * 100;$$

Ключ

№	Показники	Номери висловлювань	Норми
1	a Адаптивність	4, 5, 9, 12, 15, 19, 22, 23, 26, 27, 29, 33, 35, 37, 41, 44, 47, 51, 53, 55, 61, 63, 67, 72, 74, 75, 78, 80, 88, 91, 94, 96, 97, 98	68-136
	b Деадаптивність	2, 6, 7, 13, 16, 18, 25, 28, 32, 36, 38, 40, 42, 43, 49, 50, 54, 56, 59, 60, 62, 64, 69, 71, 73, 76, 77, 83, 84, 86, 90, 95, 99, 100	68-136
2	a Прийняття себе	33, 35, 55, 67, 72, 74, 75, 80, 88, 94, 96	22-42
	b Неприйняття себе	7, 59, 62, 65, 90, 95, 99	14-28

3	a	Прийняття інших	9, 14, 22, 26, 53, 97	12-24
	b	Неприйняття інших	2, 10, 21, 28, 40, 60, 76	14-28
4	a	Емоційний комфорт	23, 29, 30, 41, 44, 47, 78	14-28
	b	Емоційний дискомфорт	6, 42, 43, 49, 50, 83, 85	14-28
5	a	Домінування	58, 61, 66	6-12

Питання під номерами 1, 3, 20, 24, 31, 39, 46, 93 не використовуються ні за одною зі шкал. Результати до зони невизначеності інтерпретуються як надзвичайно низькі, а після найвищого показника у зоні невизначеності – як високі.

Текст методики

1. Відчуває незручність, коли вступає з кимось у діалог.
2. Не має бажання розкриватися перед іншими.
3. У всьому подобається ризик, боротьба, змагання.
4. Має до себе високі вимоги.
5. Часто сварить себе за те, що зробив.
6. Часто відчуває себе пригнобленим.
7. Має сумніви, що може подобатися особам протилежної статі.
8. Свої обіцянки виконує завжди.
9. Має теплі, добрі стосунки з оточенням.
10. Стримана, замкнута людина; тримається осторонь.
11. У невдачах звинувачує себе.
12. Відповідальна людина, на яку можна покластися.
13. Відчуває, що не у змозі змінити щось, усі зусилля марні.
14. На багато речей дивиться очима однолітків.
15. Приймає в цілому ті правила й вимоги, яких варто дотримуватись.
16. Власних переконань і правил не вистачає.
17. Подобається мріяти, іноді – посеред дня; важко повертається від мрії до реальності.
18. Завжди готовий до захисту і навіть нападу: болісно переживає образи, розмірковує над способами помсти.
19. Уміє керувати собою і власними вчинками, примушувати себе або дозволяти собі; самоконтроль – не проблема.
20. Часто змінюється настрій: настає нудьга.
21. Усе, що стосується інших, не хвилює: зосереджений на собі, зайнятий собою.
22. Люди, як правило, йому подобаються.

23. Не соромиться власних почуттів, відкрито їх виражає
24. Серед великого скупчення людей відчуває себе дещо самотньо.
25. Іноді бажає усе покинути, кудись сховатися.
26. З оточенням зазвичай вільно спілкується.
27. Важко боротися із самим собою.
28. Напружено сприймає доброзичливе ставлення оточуючих, якщо вважає, що не заслуговує на нього.
29. У душі – оптиміст, вірить у найкраще.
30. Людина вперта; таких називають важкими.
31. До людей критичний, засуджує їх, якщо вважає, що вони на це заслуговують.
32. Часто відчуває собі не тим, хто веде, а тим, кого ведуть: йому не завжди вдається думати і діяти самостійно.
33. Більшість знайомих добре до нього.
34. Іноді виникають такі думки, про які не хочеться комусь розповідати.
35. Людина з привабливою зовнішністю.
36. Відчуває себе безпомічним, має потребу відчувати когось поруч.
37. Прийнявши рішення, виконує його.
38. Приймаючи самостійні рішення, не може звільнитися від впливу інших людей.
39. Відчуває почуття провини, навіть коли звинувачувати себе немає сенсу.
40. Відчуває неприязнь до того, що його оточує.
41. Усім задоволений.
42. Погано почувається: не може організувати себе.
43. Відчуває млявість; усе, що раніше хвилювало, стало байдужим.
44. Урівноважений, спокійний.
45. Роздратований, часто не може стриматися.
46. Часто відчуває себе ображеним.
47. Спонтанна, нетерпляча, гарячкова людина, якій бракує стриманості.
48. Буває, що поширює плітки.
49. Не дуже довіряє своїм почуттям: іноді вони підводять його.
50. Досить важко бути самим собою.
51. На першому місці – розум, а не почуття: перед тим, як щось зробити, добре поміркує.
52. Те, що відбувається, тлумачить по-своєму, здатен нафантазувати зайве.
53. Терплячий до інших і приймає кожного таким, яким він є.
54. Намагається не думати про свої проблеми.
55. Вважає себе цікавою людиною, привабливою як особистість, помітною.
56. Сором'язлива людина.
57. Обов'язково потрібно нагадувати, підштовхувати, щоб доводив справу до кінця.
58. У душі відчуває перевагу над іншими.
59. Немає нічого, у чому б виявив індивідуальність, своє «Я».
60. Боїться думок інших про себе.
61. Честолюбний, небайдужий до успіху, схвалення; у тому, що для нього суттєво, намагається бути кращим.
62. Людина, у якої на даний момент багато такого, що викликає

презирство.

63. Діяльна, енергійна, ініціативна людина.

64. Пасує перед труднощами й ситуаціями, що загрожують ускладненнями.

65. Просто недостатньо оцінює себе.

66. Ватажок, уміє впливати на інших.

67. Ставиться до себе в цілому добре.

68. Людина наполеглива, їй завжди важливо зробити усе по-своєму.

69. Не подобається, коли з кимось псуються відносини, особливо, якщо це явно проявляється.

70. Досить довго не може прийняти рішення, потім має сумніви щодо його правильності.

71. Розгублений, невпевнений у собі.

72. Задоволений собою.

73. Йому часто не щастить.

74. Людина приємна, приваблює інших.

75. Можливо, не дуже вродливий, але може подібатись як людина, особистість.

76. З презирством ставитися до осіб протилежної статі й не має контактів із ними.

77. Коли треба щось зробити, його охоплюють страх, сумніви.

78. Легко, спокійно на душі, немає нічого, що сильно хвилювало б.

79. Уміє наполегливо працювати.

80. Відчуває, що росте, дорослішає: змінюється сам і змінює ставлення до навколишнього світу.

81. Іноді говорить про те, про що насправді не має уявлення.

82. Завжди говорить лише правду.

83. Схвильований, напружений.

84. Щоб він щось зробив, потрібно вперто наполягати на цьому.

85. Відчуває невпевненість у собі.

86. Обставини часто змушують захищати себе, виправдовуватись і обґрунтовувати свої вчинки.

87. Поступлива, м'яка людина у ставленні до інших.

88. Людина, якій подобається міркувати.

89. Іноді подобається хизуватися.

90. Приймає рішення і одразу змінює їх; звинувачує себе у відсутності волі, а вдіяти з собою нічого не може.

91. Намагається покладатися на власні сили, не розраховує на сторонню допомогу.

92. Ніколи не запізнюється.

93. Відчуває внутрішню несвободу.

94. Відрізняється від інших.

95. Не дуже надійний, на нього не можна покластися.

96. Добре себе розуміє, усе в собі приймає.

97. Товариська, відкрита людина; легко спілкується з людьми.

98. Сили і здібності відповідають тим завданням, які потрібно вирішувати; усе може виконати.

99. Не цінує себе: ніхто його не сприймає серйозно, у кращому випадку усі до нього ставляться поблажливо, просто терплять.

100. Хвилюється, що забагато переймається особами протилежної статі.

101. Усі свої звички вважає позитивними.

Додаток Г

Узагальнені дані діагностування респондентів

Таблиця Г.1

Результати діагностування за методикою №1 САН

№	Самопочуття	Активність	Настрій
1	3.5	3.7	3.6
2	2.8	3.0	2.7
3	3.6	3.8	3.7
4	3.3	3.5	3.4
5	3.0	3.2	2.9
6	4.1	4.3	4.2
7	3.7	3.5	3.8
8	3.4	3.2	3.5
9	3.5	3.7	3.6
10	3.8	4.0	3.9
11	3.6	3.4	3.7
12	3.9	4.1	4.0
13	2.9	3.4	2.8
14	3.4	3.6	3.5
15	2.7	2.9	2.6
16	3.8	4.0	3.9
17	3.7	3.7	3.8
18	2.8	3.0	2.7
19	3.7	3.9	3.8
20	2.9	3.1	2.8
21	4.0	4.0	4.1
22	2.9	3.1	2.8
23	3.1	3.1	3.0
24	2.8	3.0	2.7
25	3.9	4.1	4.0
26	3.4	3.2	3.5
27	3.3	3.5	3.4
28	3.4	3.6	3.5
29	2.9	3.1	2.8
30	2.8	3.0	2.7
31	3.8	3.8	3.9
32	3.5	3.7	3.6
33	3.7	3.9	3.8
34	3.1	3.3	3.0
35	2.5	2.5	2.4
36	3.9	4.1	4.0
37	3.8	4.0	3.9
38	3.7	3.5	3.8
39	3.9	4.1	4.0

40	3.8	4.0	3.9
----	-----	-----	-----

Таблиця Г.2

Результати діагностування за методикою №2 Айзенка

№	Тривожність	Фрустрація	Агресивність	Ригідність
1	8	7	9	10
2	15	14	16	14
3	7	6	8	9
4	9	8	10	8
5	6	5	7	8
6	5	4	10	10
7	4	3	5	6
8	6	5	6	7
9	8	7	11	10
10	14	10	11	9
11	9	7	13	10
12	7	6	12	8
13	8	5	10	7
14	10	8	11	9
15	13	11	14	12
16	5	4	6	7
17	4	3	5	6
18	11	10	9	13
19	9	10	14	11
20	12	11	13	12
21	8	7	11	10
22	15	13	16	14
23	9	8	10	11
24	11	10	12	11
25	10	11	14	12
26	8	7	11	10
27	7	6	8	9
28	11	9	9	13
29	12	11	14	12
30	13	12	15	13
31	7	6	10	10
32	9	8	10	9
33	8	7	11	10
34	10	9	11	9
35	12	10	13	11
36	6	5	8	9
37	5	4	9	8
38	9	10	14	11
39	8	7	11	10
40	7	6	11	8

Таблиця Г.3

Таблиця зведених емпіричних даних за методикою №2 СПА

№	А	ДЗ	ПС	НС	ПІ	НІ	ЕК	ЕД	Д
1	103	61	28	10	15	12	22	21	11
2	84	128	18	33	12	12	11	29	5
3	101	81	21	19	19	22	15	20	12
4	102	73	21	29	18	22	21	33	10
5	93	147	11	35	15	31	11	30	9
6	159	64	45	12	38	22	31	11	15
7	140	62	44	11	28	21	24	22	12
8	141	81	43	17	35	21	23	22	12
9	105	92	20	16	15	21	22	32	8
10	147	67	43	12	25	19	22	19	19
11	149	82	45	15	32	16	32	21	19
12	152	88	47	15	39	10	22	11	17
13	89	116	19	28	12	12	10	30	12
14	132	73	35	16	25	22	21	23	10
15	87	139	16	29	18	29	12	39	4
16	146	61	43	16	32	14	22	23	19
17	146	67	44	15	29	24	26	20	15
18	88	129	15	29	18	12	11	34	6
19	145	122	19	15	28	28	27	25	10
20	90	123	20	35	25	18	12	31	5
21	163	62	45	18	33	24	26	11	16
22	92	147	16	29	18	31	10	31	11
23	89	116	18	38	19	19	12	21	4
24	87	114	19	39	18	10	12	29	5
25	158	66	37	15	37	31	25	11	17
26	114	92	20	32	29	19	11	31	10
27	102	75	22	29	29	19	11	27	11
28	100	69	29	30	26	17	22	32	14
29	90	86	29	35	23	25	19	30	6
30	90	167	14	30	14	22	12	30	10
31	149	65	38	15	37	12	26	19	5
32	106	83	31	18	29	27	22	16	5
33	145	69	30	21	35	22	20	22	11
34	96	114	18	27	16	14	12	32	4
35	76	126	19	36	18	11	10	32	4
36	156	67	38	12	31	22	31	16	10
37	151	61	33	11	35	24	24	12	9
38	142	101	17	21	37	12	22	24	12
39	152	77	34	11	30	17	36	19	10

40	150	66	49	12	29	22	29	12	18
----	-----	----	----	----	----	----	----	----	----