

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ О.О. БОГОМОЛЬЦЯ

Кваліфікаційна наукова праця
на правах рукопису

БУРДЕЙНИЙ АНДРІЙ ОЛЕКСАНДРОВИЧ

УДК 616.89:159.944.4]-02:[616.98:578.834COV-19]-085.851:004.773.5

ДИСЕРТАЦЯ

**МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ПАЦІЄНТІВ ІЗ ТРИВОЖНИМИ ТА
ДЕПРЕСИВНИМИ ПОСТКОВІДНИМИ ПОРУШЕННЯМИ В УМОВАХ
ДИСТАНЦІЙНОЇ РОБОТИ**

225 «Медична психологія»

22 «Охорона здоров'я»

Подається на здобуття наукового ступеня доктора філософії.

Дисертація містить результати власних досліджень. Використання ідей, результатів і текстів інших авторів мають посилання на відповідне джерело.

_____ А.О. Бурдейний

Науковий керівник: Чабан Олег Созонтович, доктор медичних наук, професор.

Київ – 2025 рік

АНОТАЦІЯ

Бурдейний А.О. Медико-психологічна реабілітація пацієнтів із тривожними та депресивними постковідними порушеннями в умовах дистанційної роботи. – Кваліфікаційна наукова праця на правах рукопису.

Дисертація на здобуття наукового ступеня доктора філософії за спеціальністю 225 «Медична психологія» (галузь знань 22 «Охорона здоров'я»). – Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, Україна, Київ, 2024.

Зміст анотації.

Пандемія COVID-19, викликана поширенням вірусу SARS-CoV-2, залишається однією з основних проблем у системі охорони здоров'я не лише в Україні, а й у всьому світі. Раптовий початок, швидке поширення захворювання, тяжкість перебігу та численні ускладнення призвели до переповнення лікарень пацієнтами, які потребували термінової та якісної допомоги, до чого медична система була не готова.

Прояви постковідного синдрому включають симптоми, які зберігаються більше дванадцяти тижнів з моменту повної ремісії COVID-19, що становить приблизно від 10% до 35% серед загальної популяції. Однак серед пацієнтів, які були госпіталізовані з приводу COVID-19, частка таких випадків сягає близько 85% (Maltezou H.C. та ін., 2021.).

Когнітивні порушення та афективні розлади є найбільш поширеними психічними складовими постковідного синдрому. Згідно з дослідженнями, частота афективних розладів серед тих, хто переніс COVID-19, у віддаленому постковідному періоді становила близько 23% на період від 1 до 180 днів та 16% на період від 90 до 180 днів після хвороби. Частка когнітивних порушень складала близько 8% та 4% відповідно (Taquet M. Та ін., 2021).

Постковідний синдром може включати виснажливі симптоми зниженої аеробної толерантності, тривоги, ПТСР та когнітивної дисфункції (Mayer K.P. та ін., 2021; Khaustova O. та ін., 2021). Тривожні та депресивні постковідні порушення

мають негативний вплив на відновлення адаптаційних механізмів, якість життя, соціальне та сімейне функціонування.

У дослідженні (Kachaner A. та ін., 2022). було визначено, що серед пацієнтів після COVID-19, які не відповідали критеріям DSM-5 щодо функціональних неврологічних симптомів, у 32 (64%) повністю виконувались критерії DSM-5 щодо розладу соматичних симптомів (РСС), а у решти 18 пацієнтів діагноз РСС вважали ймовірним через високий бал за відповідними діагностичними шкалами, причому, що фізикальне обстеження цих осіб не виявило органічної патології. Крім того, 45 (90%) пацієнтів відповідали критеріям синдрому хронічної втоми, а 17 (32%) пацієнтів отримали позитивний результат скринінгу щодо розладів настрою та тривоги.

В результаті пандемії, широкомасштабного вторгнення на території України, телемедицина та телереабілітація, як форми дистанційної медицини, з кожним роком стає міцно укорінюватись в практику нашого суспільства використовуючи інформаційно-комунікаційних технологій, які надають дистанційні послуги, такі як оцінка, профілактика, лікування та освіта (López C. та ін., 2020; Sanchez-Ramirez, D.C. та ін., 2024), тому варто задуматись також про телепсихологічне доповнення, оскільки дана сфера являється не менш важливою для підтримки здоров'я не тільки людини як індивіда, а й як нації, що здатна покращувати рівень психологічного благополуччя.

Створення програми медико-психологічної реабілітації в умовах дистанційної взаємодії є важливим і необхідним кроком для забезпечення доступності та ефективності психологічної допомоги в умовах сучасних викликів, таких як пандемія та війна. В умовах обмеженого фізичного контакту та високого рівня стресу, пов'язаного з війною, дистанційна взаємодія дозволяє підтримувати стабільний зв'язок між пацієнтом та фахівцем у сфері психічного здоров'я, забезпечуючи регулярний моніторинг психоемоційного стану, навіть у випадках, коли доступ до традиційних медичних установ може бути обмежений або неможливий.

Такий формат надає можливість надавати психологічну допомогу без необхідності фізичної присутності, що є важливим для пацієнтів, які знаходяться у складних умовах або перебувають у віддалених районах. Використання засобів

відеозв'язку дозволяє створити комфортну та безпечну атмосферу для проведення сеансів, що знижує рівень тривоги пацієнтів та сприяє відкритості в процесі психотерапевтичного втручання. Це також дозволяє зберігати конфіденційність та забезпечувати доступність підтримки в будь-який час, що є особливо важливим для пацієнтів, які переживають тривожні та депресивні стани, пов'язані з постковідними та посттравматичними порушеннями.

Завдяки такому підходу можна не тільки контролювати стан пацієнтів, але й забезпечити постійну підтримку, що сприяє стабілізації їх психоемоційного стану, а також підвищує ефективність реабілітації за рахунок своєчасного втручання та корекції терапевтичного процесу в реальному часі. Це робить програму медико-психологічної реабілітації доступною, адаптованою до сучасних умов та максимально ефективною для пацієнтів з різними психічними розладами.

Метою дисертаційного дослідження було підвищення ефективності медико-психологічної реабілітації пацієнтів з тривожними та депресивними постковідними порушеннями шляхом створення спеціалізованої програми психологічних інтервенцій з використанням засобів дистанційної взаємодії.

Завдання дослідження:

1. Вивчити структурні компоненти та особливості тривожних і депресивних у пацієнтів з постковідним синдромом.
2. Розробити та провести програму медико-психологічної реабілітації, спрямовану на зниження рівня тривожних та депресивних порушень у пацієнтів з постковідним синдромом у дистанційному форматі.
3. Оцінити ефективність розробленої програми медико-психологічної реабілітації у пацієнтів з тривожними та депресивними постковідними порушеннями.
4. Оцінити прогностичну цінність емоційних змін у процесі дистанційної медико-психологічної реабілітації пацієнтів з тривожними та депресивними постковідними порушеннями.

У ході роботи впродовж 2021-2024 рр. було проведено психодіагностичне обстеження 240 пацієнтів з тривожними та депресивними постковідними порушеннями, що проходили амбулаторну медико-психологічну реабілітацію в Дорожній клінічній лікарні на залізничному транспорті № 1. В подальшому які були розподілені методом простої рандомізації або до групи втручання ($n=122$), яка отримувала допомогу за розробленою програмою медико-психологічної реабілітації в умовах дистанційної взаємодії, або до групи порівняння ($n=118$), яка отримувала стандартний лікування. Психодіагностичне обстеження було проведено тричі: перед початком введення програми медико-психологічної реабілітації, по завершенню програми, а також через 3 місяці з моменту завершення програми медико-психологічної реабілітації.

Для досягнення мети було використано теоретичні методи, соціально-демографічний, клініко-психологічний, психодіагностичний методи та методи статистичної обробки даних.

Дослідження було проведено в 5 етапів.

Етап 1 полягав у аналізі актуальних наукових публікацій та актуальної наукової літератури, що були присвячені тематиці постковідного синдрому, в особливості тривожних та депресивних порушень, а також симптомам посттравматичного стресу, у зв'язку з коморбідністю сучасних реалій широкомасштабного вторгнення в Україні.

Етап 2 полягав у виборі психодіагностичного інструментарію, що дозволить проаналізувати тривожний та депресивний компонент, а також явище посттравматичного стресу, що є коморбідним станом як явище постковідного синдрому, а також як стану внаслідок широкомасштабного вторгнення в Україні. Додатковим критерієм подальшої роботи було обрано методики для діагностики соматичних симптомів, що є невід'ємною частиною синдрому, а також визначення якості життя, як одного з основних компонентів функціонування особистості, задоволеності власних потреб та термінологічного явища «здоров'я».

Подальшим кроком було створення програми медико-психологічної реабілітації, яка мала охопити основні компоненти, такі як: психоосвіта; визначення, розпізнавання та обробка когнітивних процесів, для зміни негативних патернів мислення; аналіз та розуміння емоційних реакцій; усвідомлення взаємозв'язку та управління тілесними реакціями; формування стратегій з підвищення стресостійкості; вплив війни на психічну сферу. Також, важливим елементом при виборі методів психологічної допомоги постало втілення програми з використанням технологій дистанційного зв'язку, в особливості доступності інформації, можливості виконання завдань, розумінні вербальної та невербальної мови, а також прогнозуванні ймовірних труднощів, як з боку технологічного ресурсу, так і з боку психологічного впливу.

Програма медико-психологічної реабілітації в обсязі становила 10-ть сесій, що були тісно взаємопов'язані з когнітивними, емоційними та соматичними компонентами. Зустрічі відбувались раз на тиждень за допомогою використання технологій дистанційного зв'язку, де у повному обсязі загальна тривалість програми сягала 63-и дні.

Етап 3 полягав у формуванні групи дослідження та групи порівняння та початку введення програми медико-психологічної реабілітації тривожних та депресивних постковідних порушеннях в умовах дистанційної взаємодії. Загальна кількість учасників дослідження сягала 240 осіб (статистичний аналіз було виконано по завершенню психологічного втручання). Учасники групи дослідження ($n=122$) проходили, як стандартизовану амбулаторну медико-психологічну реабілітацію згідно з протоколами і клінічними керівництвами, так і програму медико-психологічної реабілітації. Учасники групи порівняння ($n=118$) проходили стандартну амбулаторну медико-психологічну реабілітацію та були включені до листа очікування, маючи можливість доєднатись до сформованої програми медико-психологічної реабілітації по завершенню роботи з групою дослідження.

Етап 4 полягав у оцінці ефективності програми медико-психологічної реабілітації шляхом повторного проходження психодіагностичного інструментарію по її завершенню, для оцінки рівня тривожних та депресивних порушень,

посттравматичного стресу, соматичного компоненту, а також оцінки якості життя за допомогою використання статистичних методів. Відповідно до чого було встановлено ефективність програми на окремих компонентах, що були визначені мішенями допомоги у групі дослідження та групі порівняння: значуще зниження рівня тривоги ($p < 0.001$; $t = 18.355$), значуще зниження рівня депресії ($p < 0.001$; $t = 11.437$), значуще зниження інтенсивності соматичних симптомів ($p < 0.001$; $t = 15.219$), значуще зниження рівня посттравматичного стресу ($p < 0.001$; $t = 10.836$), а також значуще підвищення рівня якості життя ($p < 0.001$; $t = 15.686$).

Етап 5 полягав у дослідженні ефективності програми медико-психологічної реабілітації в умовах дистанційної взаємодії за допомогою психодіагностичного інструментарію через 3-и місяці по завершенню психологічної допомоги. Відповідно до результатів повторного обстеження було визначено статистичну та клінічну зачашу різницю між групою дослідження та групою порівняння ($p < 0.001$). Варто зазначити, що покращення показників у динаміці групи дослідження, дозволяє стверджувати про ефективність програми у віддаленому періоді, а також підвищення рівня стресостійкості в умовах війни в Україні.

Висновки:

1. Тривожні та депресивні постковідні порушення мають суттєвий вплив на якість життя пацієнтів, значно знижуючи їхню соціальну активність і здатність до повноцінного функціонування у повсякденному житті. Це виражається в труднощах з виконанням звичних завдань, що призводить до зниження працездатності та погіршення загального самопочуття. Пацієнти можуть відчувати підвищену тривожність, зниження настрою та апатію, що обмежує їхні можливості у соціальній взаємодії, роботі та активному відпочинку. Це може мати негативні наслідки для фізичного здоров'я, оскільки емоційний стан людини тісно пов'язаний із соматичними проявами.
2. Було виявлено вплив широкомасштабного вторгнення в Україну на психологічний стан населення, що призвело до зростання рівнів тривожності та депресії, особливо серед тих, хто вже мав постковідні симптоми.

Цей негативний контекст підсилює психоемоційне навантаження, що ускладнює процес реабілітації та відновлення.

3. Емпірично було доведено, що інтеграція технік в реабілітаційну програму продемонструвала значне зменшення рівня тривоги та депресії, що підтверджено результатами опитувальників GAD-7 та PHQ-9. 92.6% учасників по завершенню дослідження мали мінімальний рівень тривоги, тоді як у групі порівняння 51.7% учасників зазнали сильної тривоги ($p < 0.001$). Подібна ситуація спостерігалась і щодо депресії: 84.3% учасників групи дослідження показали мінімальні прояви депресії, в той час як у групі порівняння 37.3% мали важку депресію ($p < 0.001$). Ці результати свідчать про ефективність застосованих методів у зниженні тривожності та депресії в контексті постковідного синдрому.
4. Було встановлено, що по завершенню програми та через три місяці, інтенсивність соматичних симптомів значно знизилася у групі дослідження. 91.0% учасників мали мінімальну ступінь вираженості симптомів, тоді як у групі порівняння 39.0% мали середню, а 37.3% – високу інтенсивність ($p < 0.001$). Результати підтверджують, що програма медико-психологічної реабілітації не лише сприяє стабілізації психоемоційного стану, а й зменшує соматичні прояви, що є важливим аспектом комплексного підходу до відновлення здоров'я при постковідному синдромі.
5. Емпірично було доведено позитивну динаміку у зменшенні симптомів посттравматичного стресового розладу у групі дослідження. Через три місяці жоден учасник групи не мав клінічно значущих симптомів ПТСР, тоді як у групі порівняння кількість учасників із симптомами ПТСР зроста з 44 до 47 осіб ($p < 0.001$). Це свідчить про високу ефективність програми у запобіганні хроніфікації посттравматичних станів та сприяння адаптації учасників до повсякденного життя в умовах війни в Україні. Оцінка якості життя за шкалою CQLS показала значне покращення у групі дослідження, де 73.8% учасників досягли дуже високого рівня

якості життя, в той час як у групі порівняння цей показник становив лише 6.8% ($p < 0.001$).

6. Встановлена значуща зміна вже після завершення програми медико-психологічної реабілітації в умовах дистанційної взаємодії, що підтвердили ефективність та динамічність психіки у покращенні психічного стану. Таким чином, було доведено, що процес психологічного втручання в дистанційних умовах дозволяє покращити процес адаптації та прискорити психологічне відновлення у пацієнтів з тривожними та депресивними постковідними порушеннями в сучасних реаліях повномасштабного вторгнення в Україну.

Наукова новизна здобутих результатів. В результаті проведеної кваліфікаційної наукової праці було вирішено науково задачу, яка поглиблює знання про спосіб подолання тривожних та депресивних постковідних порушень в умовах дистанційної взаємодії, тим самим знижуючи інтенсивність соматичних проявів, а також підвищуючи рівень якості життя.

Вперше було комплексно досліджено коморбідність тривожних, депресивних і посттравматичних розладів у контексті постковідного синдрому, обтяженого впливом широкомасштабного вторгнення в Україну.

Було удосконалено діагностичний підхід до оцінки тривожних, депресивних та посттравматичних симптомів у пацієнтів з постковідним синдромом, інтегруючи інструменти для аналізу як психічних, так і соматичних проявів.

Було проаналізовано та сформовано розуміння динаміки тривожних, депресивних і соматичних симптомів у пацієнтів із постковідним синдромом в умовах війни, що дозволило створити більш персоналізований підхід до реабілітації для різних груп пацієнтів, враховуючи складні умови їхнього життя.

Вперше була розроблена програма дистанційної медико-психологічної реабілітації що ефективно знижує рівні тривожності, депресії посттравматичного стресу та соматичних прояви, а також покращує рівень якості життя, що переживають пацієнти не тільки у віддаленому періоді наслідків вірусу SARS-CoV-2, а психологічного дистресу внаслідок широкомасштабного вторгнення в Україну.

Вперше були визначені мішені медико-психологічної реабілітації та виконаний підбір технік та методів медико-психологічної допомоги, як фахових психологічних інтервенцій, так і з можливістю навичок самодопомоги. Відповідно до програми, було здійснено аналіз та обробку психоосвітніх матеріалів, для пацієнтів з тривожними та депресивними постковідними порушеннями з урахуванням психо-соціального компоненту, як війни.

Вперше було інтегровано когнітивні і емоційні компоненти, такі як психоосвіта, управління тілесними реакціями, робота з негативними патернами мислення тощо, які стали ефективними в онлайн форматі, що демонструє інноваційність підходу до дистанційної реабілітації.

Було проаналізовано вплив дистанційного формату реабілітації на емоційне саморегулювання та тілесне усвідомлення у пацієнтів з постковідним синдромом, що дало змогу більш цілісно оцінити дію інтервенцій на різні аспекти самоконтролю та зниження соматичних симптомів.

Вперше було оцінено довгостроковий ефект дистанційної медико-психологічної реабілітаційної програми через три місяці після завершення втручання, що дозволило підтвердити стійкість психологічного впливу у групі дослідження.

Практичне значення здобутих результатів. На основі кваліфікаційної наукової праці, було запропоновано та апробовано інноваційну програму медико-психологічної реабілітації тривожних та депресивних постковідних порушень в умовах дистанційної взаємодії, що дозволяє пацієнтам з постковідним синдромом та коморбідними психічними розладами (тривожні, депресивні та ПТСР-симптоми) отримувати ефективну допомогу незалежно від місця їхнього перебування.

Результати роботи можуть бути використані для створення стандартів дистанційної реабілітації пацієнтів з постковідними розладами, а також у лікуванні пацієнтів, які пережили травматичні події війни, що дозволяє медичним та психологічним фахівцям ефективніше планувати реабілітаційні програми.

Програма реабілітації може бути включена до національних клінічних рекомендацій та протоколів, що значно підвищить доступність та якість допомоги для пацієнтів з постковідним синдромом, особливо тих, хто має коморбідні психічні розлади.

Створені методичні рекомендації, засновані на результатах дослідження, можуть використовуватися для підготовки медичних та психологічних працівників, що працюють з постковідними пацієнтами. Це забезпечить якіснішу підтримку та інтервенції, а також покращить навички фахівців у дистанційному форматі.

Основні положення дисертаційної роботи можуть бути використані у підготовці лекційних курсів та практичних занять для студентів медичних університетів, лікарів-інтернів та аспірантів, що навчаються за спеціальністю 222 «Медицина», 225 «Медична психологія» та 227 «Фізична реабілітація, ерготерапія», що включає у себе не тільки аспект психологічної допомоги, а й правил та умов взаємодії з пацієнтами у дистанційній взаємодії.

Результати дослідження впроваджено у практику роботи Київської клінічної лікарні на залізничному транспорті № 1.

Ключові слова: COVID-19, постковідний синдром, афективні розлади, тривога, депресія, посттравматичний стрес, якість життя, проактивна психосоматична медицина, психокорекція, телепсихологія, психічне здоров'я, реабілітація, пандемія, війна, повномасштабне вторгнення.

SUMMARY

Burdeinyi A.O. Medical and Psychological Rehabilitation of Patients with Anxiety and Depressive Post-COVID Disorders in the Context of Remote Work. – Qualification scientific work in manuscript form.

Thesis for acquiring the degree of Doctor of Philosophy, specialty 225 «Medical Psychology» (knowledge area 22 «Health care»). – Bogomolets National Medical University, Ukraine, Kyiv, 2024.

Summary.

The COVID-19 pandemic, caused by the spread of the SARS-CoV-2 virus, remains one of the major challenges in the healthcare system not only in Ukraine but globally. The sudden onset, rapid spread of the disease, severity of its course, and numerous complications led to overcrowded hospitals with patients in need of urgent and quality care, for which the medical system was unprepared.

Post-COVID syndrome manifestations include symptoms that persist for more than twelve weeks from the complete remission of COVID-19, affecting approximately 10% to 35% of the general population. However, among patients who were hospitalized due to COVID-19, the proportion of such cases reaches about 85% (Maltezou H.C. et al., 2021).

Cognitive impairments and affective disorders are the most common psychological components of post-COVID syndrome. According to studies, the prevalence of affective disorders among those who recovered from COVID-19 in the remote post-COVID period was about 23% from 1 to 180 days and 16% from 90 to 180 days after the illness. The share of cognitive impairments was approximately 8% and 4%, respectively (Taquet M. et al., 2021).

Post-COVID syndrome may include debilitating symptoms of reduced aerobic tolerance, anxiety, PTSD, and cognitive dysfunction (Mayer K.P. et al., 2021; Khaustova O. et al., 2021). Anxiety and depressive post-COVID disorders negatively affect the restoration of adaptive mechanisms, quality of life, and social and family functioning.

In a study (Kachaner A. et al., 2022), it was found that among patients after COVID-19 who did not meet the DSM-5 criteria for functional neurological symptoms, 32 (64%) fully met the DSM-5 criteria for somatic symptom disorder (SSD), while the remaining 18 patients were diagnosed with SSD as probable due to high scores on the relevant diagnostic scales, with physical examinations revealing no organic pathology. Additionally, 45 (90%) of the patients met the criteria for chronic fatigue syndrome, and 17 (32%) had positive screening results for mood and anxiety disorders.

As a result of the pandemic and the large-scale invasion of Ukraine, telemedicine and telerehabilitation, as forms of remote medicine, are becoming increasingly

entrenched in our society, utilizing information and communication technologies that provide remote services such as assessment, prevention, treatment, and education (López C. et al., 2020; Sanchez-Ramirez, D.S. et al., 2024). Therefore, it is worth considering telepsychological support as this area is equally important for maintaining the health of individuals and the nation, capable of improving psychological well-being.

The creation of a medical-psychological rehabilitation program in the context of remote interaction is an important and necessary step to ensure accessibility and effectiveness of psychological assistance in the face of contemporary challenges such as the pandemic and war. In conditions of limited physical contact and high levels of stress related to the war, remote interaction allows for maintaining stable communication between the patient and the mental health professional, ensuring regular monitoring of the patient's emotional state, even in cases where access to traditional medical institutions may be limited or impossible.

This format provides the opportunity to offer psychological assistance without the need for physical presence, which is crucial for patients in difficult circumstances or those located in remote areas. The use of video communication tools allows for creating a comfortable and safe atmosphere for conducting sessions, which reduces the level of anxiety in patients and promotes openness in the process of psychotherapeutic intervention. It also helps maintain confidentiality and ensure the availability of support at any time, which is particularly important for patients dealing with anxiety and depression related to post-COVID and post-traumatic conditions.

Thanks to this approach, it is possible not only to monitor patients' conditions but also to provide continuous support, which helps stabilize their emotional state and enhances the effectiveness of rehabilitation through timely intervention and adjustment of the therapeutic process in real-time. This makes the medical-psychological rehabilitation program accessible, adapted to current conditions, and maximally effective for patients with various mental health disorders.

The aim of the dissertation research was to improve the effectiveness of medical-psychological rehabilitation for patients with anxiety and depressive post-COVID disorders by creating a specialized psychological intervention program using remote interaction tools.

Objectives of the study:

1. To study the structural components and characteristics of anxiety and depression in patients with post-COVID syndrome.
2. To develop and implement a medical and psychological rehabilitation program aimed at reducing anxiety and depressive disorders in patients with post-COVID syndrome in a remote format.
3. To assess the effectiveness of the developed medical and psychological rehabilitation program for patients with anxiety and depressive post-COVID disorders.
4. To evaluate the prognostic value of emotional changes during the remote medical and psychological rehabilitation of patients with anxiety and depressive post-COVID disorders.

During the research conducted from 2021 to 2024, a psychodiagnostic examination was performed on 240 patients with anxiety and depressive post-COVID disorders who underwent outpatient medical and psychological rehabilitation at the Road Clinical Hospital for Railway Transport No. 1. They were subsequently divided using simple randomization into either the intervention group (n=122), which received assistance according to the developed medical and psychological rehabilitation program in a remote interaction format, or the comparison group (n=118), which received standard treatment. The psychodiagnostic examination was conducted three times: before the start of the medical and psychological rehabilitation program, at the end of the program, and three months after its completion.

To achieve the goal, theoretical methods, socio-demographic methods, clinical-psychological methods, psychodiagnostic methods, and statistical data processing methods were used.

The research was conducted in five stages.

Stage 1 involved analyzing relevant scientific publications and current scientific literature dedicated to the theme of post-COVID syndrome, particularly anxiety and depressive disorders, as well as post-traumatic stress symptoms in connection with the comorbidity of the current realities of large-scale invasion in Ukraine.

Stage 2 consisted of selecting psychodiagnostic tools that would allow the analysis of the anxiety and depressive components, as well as the phenomenon of post-traumatic stress, which is a comorbid condition related to post-COVID syndrome and a consequence of the large-scale invasion in Ukraine. An additional criterion for further work was the selection of methods for diagnosing somatic symptoms, which are an integral part of the syndrome, as well as determining quality of life as one of the main components of personality functioning, satisfaction of personal needs, and the terminological phenomenon of "health."

The next step was to create a medical and psychological rehabilitation program that would cover the main components, such as psychoeducation; identifying, recognizing, and processing cognitive processes to change negative thinking patterns; analyzing and understanding emotional reactions; awareness of the connection and management of bodily responses; forming strategies to enhance stress resistance; and the impact of war on the mental sphere. Additionally, an important element in choosing methods of psychological assistance was implementing the program using remote communication technologies, particularly the accessibility of information, the ability to perform tasks, understanding verbal and non-verbal communication, and predicting potential difficulties from both technological resources and psychological influences.

The medical and psychological rehabilitation program consisted of 10 sessions closely interconnected with cognitive, emotional, and somatic components. Meetings were held once a week using remote communication technologies, and the total duration of the program reached 63 days.

Stage 3 involved forming the study group and the comparison group and starting the implementation of the medical and psychological rehabilitation program for anxiety and depressive post-COVID disorders in a remote interaction format. The total number

of participants in the study reached 240 individuals (statistical analysis was performed after the psychological intervention). Participants in the study group (n=122) underwent standardized outpatient medical and psychological rehabilitation according to protocols and clinical guidelines, as well as the medical and psychological rehabilitation program. Participants in the comparison group (n=118) underwent standard outpatient medical and psychological rehabilitation and were included in a waiting list, with the opportunity to join the developed medical and psychological rehabilitation program after completing the work with the study group.

Stage 4 consisted of evaluating the effectiveness of the medical and psychological rehabilitation program by re-administering the psychodiagnostic tool after its completion to assess the level of anxiety and depressive disorders, post-traumatic stress, somatic components, and quality of life using statistical methods. Accordingly, the effectiveness of the program was established on specific components defined as targets for assistance in the study and comparison groups: significant reduction in anxiety levels ($p<0.001$; $t=18.355$), significant reduction in depression levels ($p<0.001$; $t=11.437$), significant reduction in the intensity of somatic symptoms ($p<0.001$; $t=15.219$), significant reduction in post-traumatic stress levels ($p<0.001$; $t=10.836$), and significant increase in quality of life ($p<0.001$; $t=15.686$).

Stage 5 involved investigating the effectiveness of the medical and psychological rehabilitation program in a remote interaction format using the psychodiagnostic tool three months after the psychological assistance. According to the results of the follow-up examination, a statistically and clinically significant difference was determined between the study and comparison groups ($p<0.001$). It is noteworthy that the improvement in indicators over time in the study group allows us to assert the effectiveness of the program in the remote period and the increase in stress resilience during the war in Ukraine.

Conclusions:

1. Anxiety and depressive post-COVID disorders have a significant impact on the quality of life of patients, significantly reducing their social activity and ability to function fully in everyday life. This is manifested in difficulties completing usual tasks, leading to reduced work capacity and worsened

overall well-being. Patients may experience heightened anxiety, mood swings, and apathy, which limits their ability to interact socially, work, and engage in recreational activities. This can have negative consequences for physical health, as a person's emotional state is closely linked to somatic manifestations.

2. The impact of the large-scale invasion of Ukraine on the psychological state of the population has been identified, leading to an increase in anxiety and depression levels, especially among those who already had post-COVID symptoms. This negative context intensifies the psycho-emotional strain, complicating the rehabilitation and recovery process.
3. It has been empirically proven that integrating techniques into the rehabilitation program demonstrated a significant reduction in anxiety and depression levels, confirmed by the results of the GAD-7 and PHQ-9 questionnaires. 92.6% of participants at the end of the study had minimal anxiety levels, while in the comparison group, 51.7% experienced severe anxiety ($p < 0.001$). A similar situation was observed with depression: 84.3% of participants in the study group showed minimal signs of depression, while in the comparison group, 37.3% had severe depression ($p < 0.001$). These results indicate the effectiveness of the applied methods in reducing anxiety and depression in the context of post-COVID syndrome.
4. It was found that at the end of the program and after three months, the intensity of somatic symptoms significantly decreased in the study group. 91.0% of participants had minimal symptom severity, while in the comparison group, 39.0% had moderate, and 37.3% had high intensity ($p < 0.001$). The results confirm that the medical-psychological rehabilitation program not only helps stabilize the psycho-emotional state but also reduces somatic manifestations, which is an important aspect of a comprehensive approach to health recovery in post-COVID syndrome.
5. Empirical evidence showed positive dynamics in reducing symptoms of post-traumatic stress disorder in the study group. After three months, none of the

participants in the study group had clinically significant PTSD symptoms, whereas in the comparison group, the number of participants with PTSD symptoms increased from 44 to 47 ($p < 0.001$). This indicates the high effectiveness of the program in preventing the chronicization of post-traumatic states and promoting the adaptation of participants to everyday life in the conditions of war in Ukraine. Quality of life assessment using the CQLS scale showed significant improvement in the study group, where 73.8% of participants achieved a very high level of quality of life, while in the comparison group, this indicator was only 6.8% ($p < 0.001$).

6. A significant change was established after the completion of the medical-psychological rehabilitation program in the context of remote interaction, confirming the effectiveness and dynamism of the psyche in improving mental health. Thus, it has been proven that the process of psychological intervention in remote conditions improves the adaptation process and accelerates psychological recovery in patients with anxiety and depressive post-COVID disorders in the current realities of the full-scale invasion of Ukraine.

Scientific novelty of the obtained results. As a result of the conducted qualification scientific work, a scientific task has been addressed, deepening knowledge about the ways to overcome anxiety and depressive post-COVID disorders in the context of remote interaction, thereby reducing the intensity of somatic manifestations and improving quality of life.

For the first time, the comorbidity of anxiety, depressive, and post-traumatic disorders in the context of post-COVID syndrome, burdened by the impact of the large-scale invasion in Ukraine, has been comprehensively studied.

The diagnostic approach to assessing anxiety, depressive, and post-traumatic symptoms in patients with post-COVID syndrome has been improved, integrating tools for analyzing both mental and somatic manifestations.

An understanding of the dynamics of anxiety, depressive, and somatic symptoms in patients with post-COVID syndrome in wartime conditions has been analyzed and

formed, allowing for the creation of a more personalized approach to rehabilitation for various patient groups, considering the complex conditions of their lives.

For the first time, a program of remote medical-psychological rehabilitation has been developed that effectively reduces levels of anxiety, depression, post-traumatic stress, and somatic manifestations, as well as improves the quality of life of patients experiencing not only the distant consequences of the SARS-CoV-2 virus but also psychological distress due to the large-scale invasion of Ukraine.

For the first time, targets for medical-psychological rehabilitation have been defined, and a selection of techniques and methods for medical-psychological assistance has been carried out, encompassing both professional psychological interventions and self-help skills. According to the program, an analysis and processing of psychoeducational materials for patients with anxiety and depressive post-COVID disorders have been conducted, taking into account the psychosocial component of the war.

Cognitive and emotional components such as psychoeducation, management of bodily reactions, and working with negative thinking patterns have been integrated for the first time, demonstrating their effectiveness in an online format, showcasing the innovative approach to remote rehabilitation.

The impact of remote rehabilitation formats on emotional self-regulation and bodily awareness in patients with post-COVID syndrome has been analyzed, enabling a more holistic assessment of the interventions' effects on various aspects of self-control and the reduction of somatic symptoms.

For the first time, the long-term effects of the remote medical-psychological rehabilitation program have been evaluated three months after the intervention's completion, confirming the sustainability of the psychological impact within the research group.

Practical significance of the obtained results. Based on the qualification scientific work, an innovative program for the medical-psychological rehabilitation of anxiety and depressive post-COVID disorders in the context of remote interaction has been proposed and tested, allowing patients with post-COVID syndrome and comorbid

mental disorders (anxiety, depressive, and PTSD symptoms) to receive effective help regardless of their location.

The results of the work can be used to create standards for remote rehabilitation of patients with post-COVID disorders, as well as in the treatment of patients who have experienced traumatic events during the war, allowing medical and psychological professionals to plan rehabilitation programs more effectively.

The rehabilitation program may be included in national clinical guidelines and protocols, significantly improving the accessibility and quality of care for patients with post-COVID syndrome, especially those with comorbid mental disorders.

The methodological recommendations developed based on the research results can be used to train medical and psychological personnel working with post-COVID patients. This will ensure higher quality support and interventions, as well as improve professionals' skills in the remote format.

The main provisions of the dissertation can be utilized in preparing lecture courses and practical classes for medical university students, medical interns, and graduate students studying in specialties such as 222 "Medicine," 225 "Medical Psychology," and 227 "Physical Rehabilitation, Ergotherapy," which includes not only aspects of psychological assistance but also rules and conditions for interaction with patients in remote communication.

The research results have been implemented in the practice of Kyiv Clinical Hospital on Railway Transport No. 1.

Keywords: COVID-19, post-COVID syndrome, affective disorders, anxiety, depression, post-traumatic stress, quality of life, proactive psychosomatic medicine, psycho-correction, telepsychology, mental health, rehabilitation, pandemic, war, full-scale invasion.

СПИСОК ПУБЛІКАЦІЙ ЗДОБУВАЧА ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

Наукові праці, в яких опубліковані основні наукові результати дисертації:

1. Бурдейний, А. (2023). Емоційна дисрегуляція при постковідному синдромі: тривожні та депресивні порушення та фактор війни. *Психосоматична медицина та загальна практика*, 8(4). <https://doi.org/10.26766/pmgrp.v8i3.417>
2. Бурдейний, А. (2024). Програма медико-психологічної реабілітації тривожних та депресивних постковідних порушень в умовах дистанційної взаємодії. *Психосоматична медицина та загальна практика*, 9(3). <https://doi.org/10.26766/pmgrp.v9i3.526>
3. Бурдейний, А., & Чабан, О. (2024). Симптоми посттравматичного стресу та їх корекція через дистанційну реабілітацію у пацієнтів з постковідним синдромом під час війни. *Психосоматична медицина та загальна практика*, 9(4). <https://doi.org/10.26766/pmgrp.v9i4.545>
4. Бурдейний, А. (2025). Модель медико-психологічної реабілітації постковідного синдрому: оцінка ефективності програми дистанційної взаємодії в умовах війни. *Психосоматична медицина та загальна практика*, 10(1). <https://doi.org/10.26766/pmgrp.v10i1.546>

Наукові праці, які засвідчують апробацію матеріалів дисертації:

1. Kohut, A. O., Chaban, O. S., Burdeinyi, A. O., Dolynskyi, R. G., Bursa, A. I., Bobryk, M. I., & Gershanov, A. (2022). Post-covid cognitive impairment in patients with type 2 diabetes mellitus. *Wiad Lek*, 75(8 pt 1), 1895-9. <https://doi.org/10.36740/wlek202208113>
2. Khaustova, O. O., Markova, M. V., Driuchenko, M. O., & Burdeinyi, A. O. (2022). Proactive psychological and psychiatric support of patients with chronic non-communicable diseases in a randomised trial: a Ukrainian experience. *General Psychiatry*, 35(5). <https://doi.org/10.1136/gpsych-2022-100881>

ЗМІСТ

АНОТАЦІЯ	1
SUMMARY	10
ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ	23
ВСТУП	24
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ПРОБЛЕМИ ТРИВОЖНИХ ТА ДЕПРЕСИВНИХ ПОСТКОВІДНИХ ПОРУШЕНЬ	33
1.1. Контент-аналіз наукової літератури останніх років та досліджень постковідного синдрому	33
1.2. Аналіз сучасних підходів до психологічної корекції в умовах дистанційної роботи	39
1.3. Взаємозв'язок посттравматичного стресового розладу при постковідному синдромі та реакція психіки на повномасштабне вторгнення	44
Висновки до розділу 1	48
РОЗДІЛ 2. ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ДИЗАЙНУ, КОНТИНГЕНТУ І МЕТОДІВ ДОСЛІДЖЕННЯ	50
2.1. Дизайн та етапи організації дослідження	50
2.2. Характеристика досліджуваної вибірки та процедура залучення	53
2.3. Методи дослідження	57
Висновки до розділу 2	66
РОЗДІЛ 3. КЛІНІКО-ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ТРИВОЖНИХ ТА ДЕПРЕСИВНИХ ПОРУШЕНЬ, ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСУ ТА ЯКОСТІ ЖИТТЯ У ПАЦІЄНТІВ З ПОСТКОВІДНИМ СИНДРОМОМ	68
3.1. Соціально-демографічна характеристика групи дослідження	68
3.2. Аналіз особливості постковідного синдрому за результатами шкал PHQ-9, GAD-7, SSS-8, PCL-5 та CQLS	75
3.3. Багатофакторний регресійний аналіз постковідного синдрому за результатами шкал PHQ-9, GAD-7, SSS-8, PCL-5 та CQLS	83

Висновки до розділу 3	91
РОЗДІЛ 4. ПРОГРАМА МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ТРИВОЖНИХ ТА ДЕПРЕСИВНИХ ПОСТКОВІДНИХ ПОРУШЕНЬ В УМОВАХ ДИСТАНЦІЙНОЇ ВЗАЄМОДІЇ	93
4.1. Структура розробленої програми медико-психологічної реабілітації в умо- вах дистанційної взаємодії	93
4.2. Оцінка ефективності розробленої програми медико-психологічної реабілі- тації в умовах дистанційної взаємодії	134
4.3. Оцінка прогностичної цінності програми медико-психологічної реабіліта- ції в умовах дистанційної взаємодії.....	146
Висновки до розділу 4	160
ВИСНОВКИ.....	162
ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ	165
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	167
ДОДАТОК А.....	195
ДОДАТОК Б	196
ДОДАТОК В	198
ДОДАТОК Г	200

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ

B – коефіцієнт регресії;

COVID-19 – інфекційна хвороба, спричинена коронавірусом SARS-CoV-2;

CQLS – шкала якості життя Чабана О.С.;

df – ступені свободи;

GAD-7 – опитувальник;

n – розмір вибірки для кожної групи;

p – значення імовірності;

PASC – постковідний синдром

PCL-5 – шкала переліку симптомів посттравматичного розладу;

PHQ-9 – опитувальник здоров'я пацієнта – шкала депресії;

Q – квантиль;

r – коефіцієнт кореляції;

SARS-CoV-2 – одноланцюговий РНК-вмісний штам виду SARSr-CoV роду бетако-
ронавірусів;

SD – стандартне відхилення;

SE – стандартна похибка;

SSS-8 – шкала соматичних симптомів;

t – критерій Стюдента;

β – стандартизований коефіцієнт регресії;

χ^2 – критерій Пірсона;

ГТР – генералізований тривожний розлад;

ДІ – довірчий інтервал;

КПТ – когнітивно-поведінкова терапія;

ПЛР-тест – тест полімеразної ланцюгової реакції, що є золотим стандартом діаг-
ностики COVID-19;

ПТСР – посттравматичний стресовий розлад.

ВСТУП

Пандемія Covid-19, що була викликана розповсюдженням вірусу SARS-CoV-2 досі залишається однією із суттєвих проблем в системі охорони здоров'я не лише в Україні, а й в світі (Kokudo N., & Sugiyama H., 2021; Haileamlak A., 2021; Filip R. та ін., 2022; Luru D., & Tiganasu R., 2022). Раптовий початок, швидке поширення захворювання, важкість та різноманітні ускладнення спричинило переповнення лікарень пацієнтами, що потребували термінової та якісної допомоги, до чого медична система була не готова.

Станом на 2021 рік система охорони здоров'я достатньо розвинулася та адаптувалася до можливостей реалізації медичної допомоги у якості діагностики, лікування й попередженні ускладнень та ранньої профілактики Covid-19 у вигляді вакцинації. Однак, незважаючи на підвищення якості лікувального процесу, світ зіштовхнувся із негативними віддаленими наслідками для не тільки для фізичного, а й для психічного здоров'я.

Таким чином за оцінкою електронних медичних записів було виявлено, що кожен 5 пацієнт, який перехворів на Covid-19, виявляв скарги на депресію, тривогу та порушення сну (Sousa, G. M. D., 2021).

Серед тих, хто переніс COVID-19 частота проявів тривожних та депресивних порушень складала (7,88% у період з 1 по 180 день та 15,49% від 90 до 180 дня), що є одними із основних складових постковідного синдрому (Taquet, M., 2021).

Широкомасштабне вторгнення, що розпочалося в лютому 2022 року, додатково наклало вплив на систему охорони здоров'я, яка вже була попередньо перевантажена через пандемію COVID-19. Постійна загроза життю, руйнування інфраструктури, зокрема медичних закладів, евакуація населення та військових поранених — усі ці фактори загострили проблему надання якісної медичної допомоги. Багато лікарів були змушені покинути свої робочі місця або переключитися на надання першої допомоги пораненим, що ще більше ускладнило доступність лікування для інших пацієнтів.

COVID-19 і посттравматичний стресовий розлад взаємопов'язані в складній системі фізіологічних, психологічних та соціальних факторів, які підсилюють вплив один одного (Carmassi C. та ін., 2020; Sfera A. та ін., 2021; Yunitri N. та ін., 2022). Дослідження (Lewis, K. J. S. та ін., 2022; Andhavarapu, S. та ін., 2022) виявили, що значна частина пацієнтів, які перехворіли на COVID-19, особливо ті, хто перебував у відділеннях інтенсивної терапії, мають підвищений ризик розвитку симптомів ПТСР, таких як нав'язливі спогади, тривога, емоційний дисбаланс, безсоння та інші розлади сну (Yuan K. та ін., 2021; Giannopoulou I. та ін., 2021; Greene T. та ін., 2021).

Загальний вплив війни значно поглибив кризу психічного здоров'я, адже тривалі психотравмуючі обставини, небезпека для життя, втрата рідних і постійний стрес призводять до підвищення рівня тривожності, депресії, безсоння та інших психічних розладів у населення України (Chowdhury S.M., & Karmakar S. та ін., 2023; Galan, Y. та ін., 2024; Pavlova, I. та ін., 2024; Guziak, M. та ін., 2024.). Особливо це стосується осіб, які перенесли COVID-19 та зіткнулися з постковідними ускладненнями.

У зв'язку з пандемією COVID-19 все більше людей звертається до онлайн-психотерапії. За результатами дослідження (Giordano, C. та ін., 2022) можна стверджувати, що більшість пацієнтів позитивно оцінюють цю форму психотерапії та відзначають її високу доступність та зручність. Тим не менш, деякі пацієнти зазначають обмеження, такі як відсутність фізичного контакту з психотерапевтом та труднощі зі збереженням конфіденційності під час онлайн-сесій.

Систематичний огляд та мета-аналіз контрольованих рандомізованих досліджень з ефективності інтернет-психотерапії на депресію та тривожність в глобальній популяції під час пандемії COVID-19 дозволяються дійти до висновку, що інтернет-психотерапія є ефективною для зменшення симптомів депресії та тривожності в цій групі пацієнтів (Komariah, M. та ін., 2022).

У систематичному огляді були включені дослідження з проведенням інтернет-психотерапії, проведені у період пандемії COVID-19. Мета-аналіз виявив

статистично значуще зниження рівня депресії та тривожності після проведення інтернет-психотерапії.

Також публікація роботи, де було проведено дослідження ефективності інтернет-заснованої когнітивно-поведінкової терапії (ІКПТ) для лікування депресії та тривоги серед арабомовного населення в Швеції (Lindegaard, T. та ін., 2021). Результати показали, що ІКПТ може бути корисною опцією лікування депресії та тривоги серед цієї популяції. Однак дослідження мало обмежений обсяг вибірки, тому необхідні подальші дослідження для підтвердження результатів.

Незважаючи на розвиток взаємодії з COVID-19, ми вимушені доєднати також і фактор війни, оскільки вона значно ускладнює розвиток системи охорони здоров'я в Україні, змушуючи шукати нові підходи до надання медичних послуг. Руйнування закладів первинної медичної допомоги та обмежений доступ до базових профілактичних медичних послуг залишили багатьох українців без необхідної підтримки (Choudhary, O. P. та ін., 2022). За таких умов особливо важливо розвивати та впроваджувати дистанційні форми медичної допомоги, щоб забезпечити населення необхідною підтримкою незалежно від місця перебування.

Система охорони здоров'я в Україні зазнає значних труднощів через війну, що негативно впливає на всі етапи надання медичної допомоги. Виявлення та діагностика хвороб, зокрема COVID-19, ускладнені бойовими діями, що призводить до затримки вчасного реагування на нові випадки (Chumachenko, D., & Chumachenko, T., 2022; Allam Z. та ін., 2022; Liobikienė G. та ін., 2023). Реєстрація обмежена лише важкими випадками, а лікарні перевантажені, оскільки мають надавати допомогу як цивільним, так і військовим. Протиепідемічні заходи значно скорочені, а вакцинація проти COVID-19 практично зупинилась. Усе це підкреслює критичну потребу у відновленні та підтримці медичних послуг, а також у розширенні можливостей дистанційної допомоги, щоб забезпечити базовий рівень медичного обслуговування для населення в умовах війни.

Війна в Україні значно впливає на систему охорони здоров'я та загальний стан здоров'я населення (Chumachenko D., та ін., 2022; Dhabalia T. та ін., 2022). Порушення енергопостачання у медичних закладах, зниження рівня діагностики

захворювань, таких як COVID-19 та ВІЛ, і нерівний доступ до медичних послуг погіршують можливості лікування та профілактики (Choudhary, O. P. та ін. 2022).

Крім того, через постійні обстріли та ризики, що пов'язані з війною, багато медичних послуг були переведені в онлайн-формат, що посприяло ще більшому віддаленню пацієнтів від медичних працівників (Нікуліна М. та ін., 2022). Зокрема, дистанційна форма лікування стала критичною для пацієнтів із емоційними порушеннями, що є не тільки симптомами постковідного синдрому, а й в цілому фактору війни в Україні, яка охопила не тільки східну територію, а всю частину країни (Dhawan M. та ін., 2022). Проте, враховуючи травматичний досвід військових дій, організація медико-психологічної допомоги та реабілітації у формі дистанційної взаємодії може не завжди бути достатньо ефективною, що потребує розробки більш адаптованих і комплексних підходів.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами.

Дисертаційне дослідження виконано в рамках науково-дослідної роботи «Проактивна трансдіагностична медико-психологічна допомога постраждалому від дистресу війни населенню України (профілактика, діагностика, корекція, реабілітація)», що проводиться на кафедрі медичної психології психосоматичної медицини ім. та психотерапії Навчально-наукового інституту психічного здоров'я Національного медичного університету імені О.О. Богомольця (державний реєстраційний номер: 0122U202016).

Об'єкт дослідження: тривожні та депресивні порушення у пацієнтів з постковідним синдромом.

Предмет дослідження: медико-психологічна реабілітація в умовах дистанційної взаємодії, що спрямована на подолання тривожних та депресивних порушень у осіб з постковідним синдромом.

Мета дослідження: підвищити ефективність медико-психологічної реабілітації пацієнтів з тривожними та депресивними постковідними порушеннями шляхом створення спеціалізованої програми психологічних інтервенцій з використанням засобів дистанційної взаємодії.

Завдання дослідження:

1. Вивчити структурні компоненти та особливості тривожних і депресивних у пацієнтів з постковідним синдромом.
2. Розробити та провести програму медико-психологічної реабілітації, спрямовану на зниження рівня тривожних та депресивних порушень у пацієнтів з постковідним синдромом у дистанційному форматі.
3. Оцінити ефективність розробленої програми медико-психологічної реабілітації у пацієнтів з тривожними та депресивними постковідними порушеннями.
4. Оцінити прогностичну цінність емоційних змін у процесі дистанційної медико-психологічної реабілітації пацієнтів з тривожними та депресивними постковідними порушеннями.

Методи дослідження: у ході роботи впродовж 2021-2024 рр. було проведено психодіагностичне обстеження 240 пацієнтів з тривожними та депресивними постковідними порушеннями, що проходили амбулаторну медико-психологічну реабілітацію в Дорожній клінічній лікарні на залізничному транспорті № 1.

Теоретичні методи: теоретико-методологічний аналіз проблеми, систематизація інформації з літературних джерел, контент-аналіз, аналіз прототипів, порівняння та узагальнення даних.

Соціально-демографічний: вивчення розподілу обстежуваних за віком, статтю, рівнем освіти, сімейним станом та працевлаштованістю.

Клініко-психологічний метод: структуроване інтерв'ю та аналіз медичної документації з метою визначення анамнестичних особливостей життя та здоров'я пацієнта, якісних характеристик психічного стану обстежуваних.

Психодіагностичні методи: для оцінки рівня тривожності було використано опитувальник для визначення генералізованого тривожного розладу GAD-7 (Spitzer, R. L. та ін., 2006), для оцінки рівня депресії було використано Опитувальник про стан здоров'я: Шкала депресії PHQ-9 (Kroenke, K. та ін., 2001), для оцінки ступеню інтенсивності соматичних проявів було використано шкалу соматичних симптомів-8 – SSS-8 (Gierk, B. та ін., 2014), для оцінки ступеню вираженості посттравматичного стресу було використано шкалу переліку симптомів ПТСР – PCL-5

(Blevins та ін., 2015), для оцінки якості життя було використано шкалу якості життя Чабана О.С. – CQLS (Chaban, O. та ін., 2016)

Методи статистичної обробки даних: нормальність розподілу даних оцінювалась за допомогою тестів Колмогорова-Смірнова та Шапіро-Вілکا. Критерій χ^2 використовувався для порівняння частотних ознак між групами. Для перевірки рівності дисперсій груп використовувався тест Бартлетта. У випадках, коли дані підпорядковувались нормальному закону розподілу, для порівняння груп використовувався двосторонній t-критерій Ст'юдента для незалежних вибірок (з модифікацією Велча у випадках неоднакових дисперсій). Кореляційний аналіз було проведено з використанням критеріїв Пірсона та Спірмена у відповідних випадках.

Всі дані зберігалися в Microsoft Excel 365 і проаналізовані в програмі для статистичного аналізу медичних досліджень на основі мови програмування R «EzR» v1.61 (Kanda, Y., 2012), а також «JASP» v0.19.1.0 (Love, J. та ін., 2019). Рівень статистичної значущості був встановлений на рівні $p < 0.05$, а рівень довірчого інтервалу – 95% (95% ДІ).

Наукова новизна здобутих результатів. В результаті проведеної кваліфікаційної наукової праці було вирішено наукову задачу, яка поглиблює знання про способи подолання тривожних та депресивних постковідних порушень в умовах дистанційної взаємодії, тим самим знижуючи інтенсивність соматичних проявів, а також підвищуючи рівень якості життя.

Вперше було комплексно досліджено коморбідність тривожних, депресивних і посттравматичних розладів у контексті постковідного синдрому, обтяженого впливом широкомасштабного вторгнення в Україні.

Було удосконалено діагностичний підхід до оцінки тривожних, депресивних та посттравматичних симптомів у пацієнтів з постковідним синдромом, інтегруючи інструменти для аналізу як психічних, так і соматичних проявів.

Було проаналізовано та сформовано розуміння динаміки тривожних, депресивних і соматичних симптомів у пацієнтів із постковідним синдромом в умовах війни, що дозволило створити більш персоналізований підхід до реабілітації для різних груп пацієнтів, враховуючи складні умови їхнього життя.

Вперше була розроблена програма дистанційної медико-психологічної реабілітації, що ефективно знижує рівні тривожності, депресії посттравматичного стресу та соматичних проявів, а також покращує рівень якості життя, що переживають пацієнти не тільки у віддаленому періоді наслідків вірусу SARS-CoV-2, а психологічного дистресу внаслідок широкомасштабного вторгнення в Україну.

Вперше були визначені мішені медико-психологічної реабілітації та виконаний підбір технік та методів медико-психологічної допомоги, як фахових психологічних інтервенцій, так і з можливістю навичок самодопомоги. Відповідно до програми, було здійснено аналіз та обробку психоосвітніх матеріалів, для пацієнтів з тривожними та депресивними постковідними порушеннями з урахуванням психо-соціального компоненту, як війни.

Вперше було інтегровано когнітивні і емоційні компоненти, такі як психоосвіта, управління тілесними реакціями, робота з негативними патернами мислення тощо, які стали ефективними в онлайн форматі, що демонструє інноваційність підходу до дистанційної реабілітації.

Було проаналізовано вплив дистанційного формату реабілітації на емоційне саморегулювання та тілесне усвідомлення у пацієнтів з постковідним синдромом, що дало змогу більш цілісно оцінити дію інтервенцій на різні аспекти самоконтролю та зниження соматичних симптомів.

Вперше було оцінено довгостроковий ефект дистанційної медико-психологічної реабілітаційної програми через три місяці після завершення втручання, що дозволило підтвердити стійкість психологічного впливу у групі дослідження.

Практичне значення здобутих результатів. На основі кваліфікаційної наукової праці, було запропоновано та апробовано інноваційну програму медико-психологічної реабілітації тривожних та депресивних постковідних порушень в умовах дистанційної взаємодії, що дозволяє пацієнтам з постковідним синдромом та коморбідними психічними розладами (тривожні, депресивні та ПТСР-симптоми) отримувати ефективну допомогу незалежно від місця їхнього перебування.

Результати роботи можуть бути використані для створення стандартів дистанційної реабілітації пацієнтів з постковідними розладами, а також у лікуванні

пацієнтів, які пережили травматичні події війни, що дозволяє медичним та психологічним фахівцям ефективніше планувати реабілітаційні програми.

Програма реабілітації може бути включена до національних клінічних рекомендацій та протоколів, що значно підвищить доступність та якість допомоги для пацієнтів з постковідним синдромом, особливо тих, хто має коморбідні психічні розлади.

Створені методичні рекомендації, засновані на результатах дослідження, можуть використовуватися для підготовки медичних та психологічних працівників, що працюють з постковідними пацієнтами. Це забезпечить якіснішу підтримку та інтервенції, а також покращить навички фахівців у дистанційному форматі.

Основні положення дисертаційної роботи можуть бути використані у підготовці лекційних курсів та практичних занять для студентів медичних університетів, лікарів-інтернів та аспірантів, що навчаються за спеціальністю 222 «Медицина», 225 «Медична психологія» та 227 «Фізична реабілітація, ерготерапія», що включає у себе не тільки аспект психологічної допомоги, а й правил та умов взаємодії з пацієнтами у дистанційній взаємодії.

Впровадження результатів дослідження. Результати дослідження впроваджено у практику роботи Київської клінічної лікарні на залізничному транспорті № 1 (акт про впровадження від 12 лютого 2025 року, Додаток В).

Особистий внесок здобувача. Дисертація є самостійною науковою працею здобувача. З науковим керівником було узгоджено напрямки наукової роботи. Автор самостійно було визначено мету, завдання та методи дослідження, розроблено дизайн дослідження, виконано огляд літературних джерел та теоретичний аналіз проблеми, здійснено відбір пацієнтів для участі в дослідженні, проведено клініко-психологічне та психодіагностичне обстеження пацієнтів, особисто проведено психокорекційну роботу з пацієнтами, обробка та статистичний аналіз результатів дослідження, сформульовано висновки та практичні рекомендації. Усі подані в дисертації наукові результати отримано автором самостійно. Всі розділи дисертації було написано автором особисто. Дисертантом оформлено статті, тези та наукові доповіді по темі дисертації. Із наукових праць, опублікованих в співавторстві, у

дисертації описано ідеї, результати, розробки, положення та пропозиції, що належать автору та становлять його індивідуальний внесок в такі праці.

Апробація матеріалів дисертації. Положення та результати дисертаційної роботи оприлюднено та обговорено на наступних конференціях, конгресах, симпозіумах та семінарах (Додаток №): IV Науково-практична конференція з міжнародною участю «Психосоматична медицина: наука та практика» (5-6 листопада 2021 року, Київ, Україна); Науково-практична конференція «Війна і люди: як зберегти психічне здоров'я» (25-26 травня 2022 року, Київ, Україна); III Конгрес з міжнародною участю «Психосоматична медицина XXI століття: реалії та перспективи» (4-6 листопада 2022 року, Київ, Україна); II науково-практична конференція з міжнародною участю «Психіатрія, наркологія, клінічна психологія та загальна медична практика: міждисциплінарні питання сучасності» (20-21 квітня 2023 року, Київ, Україна); V Науково-практична конференція з міжнародною участю «Психосоматична медицина: наука та практика» (21-22 квітня 2023 року, Київ, Україна); VI Науково-практична конференція з міжнародною участю «Психосоматична медицина: наука та практика» (02-03 листопада 2023 року, Київ, Україна); III Науково-практична конференція з міжнародною участю «Психіатрія, наркологія, клінічна психологія та загальна медична практика: міждисциплінарні питання сучасності» (22 – 23 березня 2024 року, Київ, Україна); Симпозіум «Мультидисциплінарний підхід як ефективна парадигма надання психіатричної, неврологічної та наркологічної допомоги під час війни» (17-18 жовтня 2024 року, Харків, Україна); IV Конгрес з міжнародною участю «Психосоматична медицина XXI століття: реалії та перспективи» (14-16 листопада 2024 року, Київ, Україна).

Структура та обсяг дисертації. Дисертацію викладено українською мовою на 205 сторінках друкованого тексту, з яких 142 сторінки основного тексту, що включає: вступ, 4 розділи власних досліджень здобувача, висновки, практичні рекомендації. Список використаних джерел містить 214 найменування. Робота містить 25 таблиць, 33 рисунки та має 4 додатки.

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ПРОБЛЕМИ ТРИВОЖНИХ ТА ДЕПРЕСИВНИХ ПОСТКОВІДНИХ ПОРУШЕНЬ

1.1. Контент-аналіз наукової літератури останніх років та досліджень постковідного синдрому

Постковідний синдром, також відомий як PASC (Post-Acute Sequelae of SARS-CoV-2 infection), являє собою групу порушення фізичного та психічного здоров'я, що зберігаються або розвиваються після реконвалесценції захворювання спричиненого коронавірусною хворобою (COVID-19) (Higgins, V. та ін., 2021; Xu, E., Xie, Y., & Al-Aly, Z., 2022; Parotto, M. та ін., 2023). Однак, для становлення постковідного синдрому, варто зауважити, що симптоматична картина повинна зберігатись більше 12 тижнів, а ознаки та симптоми не повинні бути пов'язаними з альтернативними діагнозами (Shah, W. та ін., 2021; Sharp, S. та ін., 2023).

Постковідний синдром може впливати на різні системи організму, включаючи дихальну (Montani D. та ін., 2022), серцево-судинну (Chatzis D. та ін., 2022; Naeem A. та ін., 2023), неврологічну (Visco V. та ін., 2022; Dotan A. та ін., 2022; Stefanou M. та ін., 2022), шлунково-кишкову систему (Schmulson M., та ін., 2021; Ghoshal U. та ін., 2022) та опорно-руховий апарат (Domingo F. R. та ін., 2021; Heightman, M. та ін., 2021). Синдром охоплює широкий спектр симптомів, таких як хронічна втома, задишка, біль у суглобах, проблеми з пам'яттю та проблеми з психічним здоров'ям, такі як тривога та депресія (Роенару, S. та ін., 2021; Almas, T. та ін., 2022 Marchi, M. та ін., 2023). Механізми, що лежать в основі даного синдрому досі, залишаються достатньо не визначеними, але вважається, що вони включають як прямі вірусні наслідки (наприклад, стійка присутність вірусу, порушення імунної регуляції, нейротропізм), так і непрямі наслідки, пов'язані з психологічним стресом, соціальною ізоляцією та економічними наслідками (Sherif, Z. A. та ін., 2023; Mohandas S. та ін., 2023).

Патофізіологія постковідного синдрому може бути викликана пошкодженням тканин через вірус, тривалою запальною відповіддю, порушеннями імунної

регуляції та аутоімунними реакціями. та ін., 2019; Ehrenfeld M. та ін., 2020; Ye G. та ін., 2020; Nalbandian A. та ін., 2021; Stratton C. та ін., 2021).

Ця складність ще більше посиленістю різноманітністю визначень і методології, які використовуються в різних дослідженнях, що призводить до проблем у розумінні та комплексному управлінні постковідного синдрому.

Тривога при постковідному синдромі є помітним і складним симптомом для багатьох людей, що відображає як прямий фізіологічний вплив вірусу на мозок, так і непрямі наслідки, пов'язані з досвідом хвороби. Механізми, що лежать в основі тривоги при постковідному синдромі, складні та багатогранні. Прямий вплив вірусу SARS-CoV-2 на нервову систему включає нейрозапалення та зміни функції нейро-медіаторів, що може призвести до тривоги, депресії та когнітивних порушень (Uzunova, G. та ін., 2021; Woodward, S. F. та ін., 2022).

Дослідження показують, що значна частина пацієнтів після перенесеного COVID-19 стикається з тривожними розладами. Метааналіз, що охоплював 132 дослідження з понад 9 мільйонами учасників, виявив, що поширеність тривоги серед пацієнтів із постковідним синдромом становить 23%-36% (Abulsaad A. та ін., 2023; Seighali N. та ін., 2024).

Розвиток тривожних розладів після перенесеного COVID-19 може бути обумовлений декількома факторами:

1. SARS-CoV-2 може проникати в центральну нервову систему, спричиняючи запальні процеси та впливаючи на нейрональні структури, що відповідають за регуляцію емоцій (Несен А., та ін., 2021);

2. Інфекція може призводити до тривалого запального стану, який впливає на нейротрансмітерні системи, пов'язані з настроєм та тривогою (Mohamed M. та ін., 2022; Goldstein D., 2024);

3. Ізоляція, страх перед хворобою, невизначеність щодо майбутнього та соціально-економічні наслідки пандемії можуть посилювати тривожні стани (Fernández-de-Las-Peñas C. та ін., 2023; Seighali N. та ін., 2024).

Систематичний огляд (Renaud-Charest, O. та ін., 2021) депресії в пост-COVID-19-синдромі розкриває складну картину проблем психічного здоров'я, з

якими стикаються люди, які одужують від COVID-19. Високі показники поширеності симптомів депресії серед цієї групи населення — від 13% до 65% — підкреслюють необхідність цілеспрямованого моніторингу психічного здоров'я та стратегій втручання. Такі фактори, як стать, попередня психіатрична історія та тривалі фізичні симптоми, такі як хронічна втома або постійний біль, значною мірою пов'язані з вищими показниками депресії.

Одним із найпоширеніших його психоневрологічних ускладнень є депресія, яка часто характеризується тривалою емоційною пригніченістю, втратою мотивації, підвищеною втомлюваністю та когнітивними порушеннями. Дослідження свідчать, що депресія при постковідному синдромі має більш виражену та стійку симптоматику порівняно з класичними формами депресивного розладу, що ускладнює її терапію (Дуда О. К. та ін., 2020).

Клінічна картина депресії у пацієнтів із постковідним синдромом включає не лише афективні розлади (пригнічений настрій, ангедонія, емоційна лабільність), але й виражені соматичні симптоми. Часто спостерігаються порушення сну, зміни апетиту, м'язова слабкість, хронічний біль та постійне відчуття втоми (Mazza M.G. та ін., 2022; Кантарьова Н.В та ін., 2024; Vota A.V та ін., 2024). Пацієнти відзначають «мозковий туман» – когнітивний дефіцит, що проявляється зниженням уваги, труднощами у прийнятті рішень та уповільненим мисленням. Такі симптоми суттєво знижують якість життя та працездатність, посилюючи соціальну ізоляцію.

Патогенез депресивного синдрому при постковідному стані залишається предметом активних наукових досліджень. Гіпотезується, що системне запалення, гіперкортизолемія та нейродегенеративні процеси відіграють ключову роль у розвитку психічних порушень (Berlińska A. та ін., 2021; Jensterle M. та ін., 2022; Geslot A. та ін., 2022). Встановлено, що у пацієнтів із довготривалими постковідними симптомами спостерігається дисбаланс прозапальних цитокінів (IL-6, TNF- α), що може спричиняти дисфункцію нейрональних мереж, зокрема в лімбічній системі (Schultheiß C. та ін., 2022; Mińko A. та ін., 2024). Порушення роботи гіпоталамо-гіпофізарно-наднирникової осі також сприяє стійкому відчуттю стресу та тривожності.

Під час пандемії COVID-19 багато людей відчували широкий спектр негативних емоцій, таких як страх, тривога та депресія. Відповідно, коли вичерпується резерв емоційного реагування, негативні емоції починають змінювати стан вегетативної нервової системи та активності окремих ділянок головного мозку, викликаючи психосоматичні та соматичні симптоми. Багато досліджень (Bocheliuk, V.Y. та ін., 2021) показали значний зв'язок між відчуттям стресу та психосоматичними скаргами.

У дослідженні Kachaner, A et al. було визначено, що серед пацієнтів після COVID-19, які не відповідали критеріям DSM-5 щодо функціональних неврологічних симптомів, у 32 (64%) повністю виконувались критерії DSM-5 щодо розладу соматичних симптомів (РСС), а у решти 18 пацієнтів діагноз РСС вважали ймовірним через високий бал за відповідними діагностичними шкалами, причому, що фізикальне обстеження цих осіб не виявило органічної патології. Крім того, 45 (90%) пацієнтів відповідали критеріям синдрому хронічної втоми, а 17 (32%) пацієнтів отримали позитивний результат скринінгу щодо розладів настрою та тривоги (Kachaner, A. та ін., 2022).

Варто зазначити, що прояви соматичних симптомів можуть спричинити значні психологічні страждання, тому врахування у лікувальному процесі як соматичних, так і психологічних скарг дозволяє поєднати ретельне медичне обстеження та догляд, психологічну консультацію та корекцію що формує є найбільш перспективний варіантом лікування. Крім того, компаративна комплексна оцінка тяжкості постковідного стану та пов'язаних з ним обмежень пацієнтів, які перенесли COVID-19 із психосоматичними пацієнтами та тими, хто має фізичні та психологічні симптоми, підтверджує доцільність такої мультидисциплінарної реабілітаційної установки (Kupferschmitt, A. та ін., 2023).

Поширеність важкого постковідного синдрому становить 80%, що вказує на значне симптоматичне навантаження протягом 22 місяців після інфікування. Депресія, тривога та соматичні симптоми залишаються поширеними та мають значущо підвищені рівні. Хоча їх тяжкість з часом зменшується, що свідчить про

самообмеження перебігу хвороби, прояв симптомів все ще значно вищий, ніж у звичайній популяції (Schäfer, I. C. та ін., 2023).

Окрім тривоги, депресії та проявів соматичних симптомів, багато пацієнтів із COVID-19 також страждають від посттравматичного стресового розладу після виписки (Wu, L. та ін., 2021). Симптоми ПТСР у цих пацієнтів можуть включати страх смерті, нав'язливі думки, безсоння, відчуття відчуженості та труднощі зосередження. Дослідження, проведене в Китаї, показало, що до 96,2% стабільних пацієнтів із COVID-19 демонстрували клінічно значущі симптоми ПТСР, що відображає високу поширеність психологічного дистресу серед цієї групи населення. Однак, італійське дослідження 238 пацієнтів з COVID-19 показало нижчу поширеність: лише 17,2% повідомили про симптоми ПТСР через чотири місяці після виписки (Woolf, S. H. та ін., 2020). Ця розбіжність підкреслює складність і мінливість результатів психічного здоров'я після COVID-19.

Високий рівень невизначеності пандемічної ситуації, страх за власне життя та близьких, світова ізоляція і тривале лікування, що не має чіткої фармакологічної протидії можуть спровокувати розвиток посттравматичного стресового розладу, навіть у тих осіб, хто не мав травматичних подій у минулому (Janiri, D. та ін., 2021). Пацієнти з тривожними та депресивними постковідними порушеннями є особливо вразливими, оскільки ці стани поглиблюють ризик виникнення повторної травматизації та ускладнюють відновлення психічного здоров'я (Wang, X. та ін., 2022; Danquah, J., & Mante, P. K., 2022; Saltzman, L. Y. та ін., 2023).

Спостерігався також особливий зв'язок психічного стану та імунної відповіді, оскільки вірусне захворювання COVID-19, що було викликано збудником SARS-CoV-2, передусім постає інтенсивним стресом для власне організму, чим саме висуває гіпотезу не лише психологічної травматизації, а травматизації на фоні імуносупресивної дії вірусу, що надалі провокує появу нав'язливих спогадів, нічних кошмарів та підвищену тривожність, створюючи комплекс симптомів посттравматичного стресового розладу (Зубченко С. та ін., 2023).

Посттравматичний стрес впливає на всі аспекти життя, зокрема на здатність особи до соціальної взаємодії, професійної діяльності та емоційної стійкості, що

ускладнює процес відновлення і реінтеграції (Karatzias, T. та ін., 2023; Eshel, Y. та ін., 2023).

Пацієнти, які одужують від COVID-19, часто стикаються зі значними психологічними труднощами, включаючи такі стресові фактори, як фізична та соціальна ізоляція, втрата близьких, занепокоєння щодо зараження інших або зіткнення зі стигмою (Pedrosa, A. L. та ін., 2020; Кос, Н. С. та ін., 2022). Уявна стигматизація, пов'язана з інфекцією COVID-19, разом із історією психіатричного лікування може посилити симптоми ПТСР. Багато пацієнтів висловили потребу в постійній підтримці з боку родини, друзів і медичних працівників, наголошуючи на важливості регулярного подальшого спостереження для моніторингу та вирішення цих проблем психічного здоров'я.

Поширеність таких розладів психічного здоров'я, як посттравматичний стресовий розлад, депресія, тривога та безсоння, залишається значною серед тих, хто пережив COVID-19 (Tarsitani L. та ін., 2021; Pudlo R., та ін., 2022; Badinlou F. та ін., 2022; Kotzalidis G.D. та ін., 2023). Італійське дослідження показало, що через місяць після виписки 28% пацієнтів мали посттравматичний стресовий розлад, 31% відчували депресію, 42% мали тривогу, 20% стикалися з obsесивно-компульсивним розладом і 40% мали безсоння (Mazza, M. G. та ін., 2020). Довгостроковий вплив цих симптомів психічного здоров'я узгоджується з результатами досліджень попередніх вірусних спалахів, таких як SARS та MERS, що свідчить про те, що люди, які пережили COVID-19, можуть продовжувати відчувати значний психологічний стрес навіть через місяці після одужання (Rogers, J. P. та ін., 2020). Це вимагає постійного зосередження уваги на підтримці психічного здоров'я та втручаннях, щоб допомогти цим особам впоратися зі своїми симптомами та покращити якість життя.

Значний тягар симптомів і зниження рівня функціонування означають, що багато пацієнтів із COVID-19 стикаються зі стійким погіршенням якості життя протягом кількох місяців після інфікування (Daher A. та ін., 2020; Chen K.Y та ін., 2020; Halpin, S.J та ін., 2020). Фізичні симптоми, такі як хронічна втома, задишка, біль у м'язах і суглобах, можуть значно обмежувати повсякденну активність, знижуючи здатність до самообслуговування, виконання робочих завдань та соціальної

взаємодії. Крім того, когнітивні порушення, відомі як «мозковий туман», негативно впливають на концентрацію уваги, пам'ять і здатність приймати рішення, що створює додаткові труднощі у професійній та особистій сферах життя.

Окрім фізичних та когнітивних обмежень, багато пацієнтів із постковідним синдромом відчувають емоційні труднощі, такі як підвищена тривожність, депресивні стани та зниження мотивації (Malik P та ін., 2022). Втрата енергії та емоційне виснаження можуть призводити до соціальної ізоляції, оскільки люди уникають спілкування через втому чи відчуття непорозуміння з боку оточуючих. Це, у свою чергу, поглиблює почуття самотності та безнадії, що ще більше знижує якість життя. Особливо важливо враховувати, що пацієнти, які мали високий рівень активності до хвороби, можуть відчувати значний психологічний дискомфорт через неможливість повернутися до звичного способу життя (Tabascof L. та ін., 2022; Kim Y. та ін., 2023) Ida F.S. та ін., 2024; Kerling A. та ін., 2024).

Зниження якості життя у пацієнтів із постковідними порушеннями також пов'язане з обмеженим доступом до медичної допомоги та недостатньою підтримкою з боку соціального середовища. Багато пацієнтів стикаються з нерозумінням своїх проблем навіть у медичних закладах, що може призводити до запізнілої діагностики та неефективного лікування. Комплексний підхід до реабілітації, що включає як медикаментозну, так і психологічну підтримку, є необхідним для покращення їхнього стану та поступового відновлення якості життя (Bota A.V. та ін., 2024).

1.2. Аналіз сучасних підходів до психологічної корекції в умовах дистанційної роботи.

Роль дистанційної медико-психологічної допомоги в контексті постковідного синдрому є надзвичайно важливою, звертаючи увагу до локдаунів, соціальної ізоляції, економічних наслідків для кожного, а також небезпекою поширеності вірусу SARS-CoV-2, оскільки надає можливість відкрити для медичних працівників та пацієнтів нові можливості взаємодії. Відповідно до цього важливість та необхідність доступних ефективних втручань не тільки щодо фізичного здоров'я, а й

психічного, набуває вагомого значення, звертаючи увагу на наслідки, що проявляються у постковідному синдромі. Дистанційний взаємозв'язок є цінним рішенням, пропонуючи свою зручність, доступність та адаптивність для кожного пацієнта.

Дослідження (Karlsson-Good, M. та ін., 2023), показали, що Інтернет-когнітивно-поведінкова терапія (іCBT) може бути такою ж ефективною, як і терапія обличчям до обличчя, у зменшенні симптомів тривоги та депресії серед осіб, які одужали від COVID-19, що робить її важливим інструментом для управління психічним здоров'ям у цій ситуації.

Однак, ми маємо зауважувати, що складність постковідного синдрому часто вимагає мультидисциплінарного підходу. З одного боку, дистанційна взаємодія дозволяє комбінувати психотерапевтичні втручання, такі як когнітивно-поведінкова терапія, арт-терапія, тілесно-орієнтована психотерапія, майндфулнес і т.д., а з іншого, підтримка лікарів інших спеціальностей, можуть консультувати знаходячись на відстані, забезпечуючи комфорт для пацієнтів, або навпаки, направити на прицільну діагностику, у разі підозри на складне порушення умов життєдіяльності людини. Така інтеграція гарантує, що пацієнти отримають комплексний догляд, який стосується як психологічних, так і фізичних аспектів їх одужання. Також, звертаючи увагу на психічні аспекти постковідного синдрому, таких як тривога, депресія, посттравматичний стресовий розлад дистанційна взаємодія може забезпечити комплексний психологічний підхід, який включає психоосвіту, моніторинг симптомів та індивідуальні психологічне втручання, покращуючи результати якості здоров'я пацієнтів, які перенесли COVID-19.

Згідно з дослідженнями до пандемії, власний досвід надання онлайн-терапії зазвичай зменшує або навіть зменшує занепокоєння щодо її ефективності (Reese R.J. та ін., 2016 ; Tonn P. та ін., 2017) і призводить до більш позитивного ставлення до онлайн-психотерапії, ніж раніше (Donovan C. L. та ін., 2015). Таким чином, можливо, що досвід використання онлайн-терапії під час пандемії може так само позитивно вплинути на проблеми та ставлення терапевтів до онлайн-терапії.

Крім того, виклики різкого переходу, а також загальний стрес, пов'язаний із глобальною кризовою ситуацією, можуть зробити онлайн-терапію під час пандемії

неприємним досвідом для багатьох терапевтів, від якого вони навряд чи отримають позитивний досвід або вироблять більш позитивні погляди на онлайн-терапію (Messina I. and Loffler-Stastka H., 2021).

Останні дослідження підтверджують ефективність дистанційних психологічних втручань у лікуванні депресивних розладів, зокрема телефонної когнітивно-поведінкової терапії та телефонної міжособистісної психотерапії. Ці методи довели свою результативність у різних клінічних групах, особливо серед пацієнтів, які стикаються з обмеженим доступом до традиційної очної психотерапії. Наприклад, дослідження (Simon G.E. та ін., 2004) показало, що вісім сеансів телефонної КПТ значно покращили результати лікування для пацієнтів первинної ланки, які починали прийом антидепресантів. У вибірці з 600 осіб такий підхід не лише підвищував ефективність медикаментозного лікування, а й сприяв кращому контролю симптомів депресії.

Ще одним напрямком дистанційної терапії є телефонна міжособистісна психотерапія, яка також демонструє значний терапевтичний ефект. Дослідження (Heskman T.G. та ін., 2017) виявило, що дев'ять сеансів такої терапії призводили до більш стійкого зниження симптомів депресії порівняно зі стандартною допомогою. Це особливо актуально для соціально вразливих груп, таких як мешканці сільської місцевості, які живуть з ВІЛ. Учасники дослідження (N=132) мали обмежений доступ до спеціалізованої медичної допомоги, тому дистанційна психотерапія стала ефективним засобом підтримки їхнього психічного здоров'я.

Подібні результати отримані й у контексті післяпологової депресії. Дослідження (Dennis C.L. та ін., 2020) довело, що 12 сеансів телефонної міжособистісної психотерапії, проведених медсестрами, мали значний вплив на зниження депресивної симптоматики у матерів після пологів (N=241). Це свідчить про те, що дистанційні методи психотерапії можуть бути ефективною альтернативою традиційним підходам, особливо для тих груп пацієнтів, які мають труднощі з відвідуванням очних сеансів через фізичні або соціальні обмеження. Таким чином, телефонна терапія відкриває нові можливості для забезпечення психологічної допомоги, підвищуючи доступність та ефективність лікування депресії у різних популяціях.

Докази ефективності відеотерапії, яка зараз захопила поле, менш надійні, ніж для телефонної терапії. Berryhill M.B. та ін., (2019) проаналізували 33 відеотерапевтичних дослідження депресії, які фактично включали змішані психіатричні діагнози, причому лише дев'ять були зосереджені головним чином на депресії; 14 досліджень були рандомізовані, а розмір вибірки коливався від 1 до 243 із середнім розміром ефекту від середнього до дуже великого для зменшення симптомів депресії. Типи лікування та порівняння були різними: КПТ була найпоширенішою модальністю, і дослідження, як правило, знаходили еквівалентні результати для особистої КПТ та відеоКПТ.

На щастя, надзвичайний розвиток інформаційно-комунікаційних технологій і розширення Інтернету забезпечили повсюдне проникнення електронних технологій у всі сфери нашого життя, тим самим сприяючи більшій толерантності та взаємодії з технологіями, в тому числі все більше у сфері психічного здоров'я та психотерапії (Weitz P., 2018). Останні дані показують, що приблизно 56% населення світу користується Інтернетом (Roser, Ritchie, & Ortiz-Ospina, 2020)

Спалах COVID-19 вимагає вжиття надзвичайних заходів стримування, включаючи сувору необхідність обмеження міжособистісних контактів. Психотерапія віч-на-віч суперечить цій вимозі і, перш за все, може поставити під загрозу безпеку як терапевтів, так і пацієнтів. Телепсихотерапія може прийти на допомогу, забезпечуючи безперервність терапії та можливість охопити людей, які можуть отримати користь від додаткової психологічної підтримки. Інфекційні спалахи справді пов'язані з серйозними психопатологічними наслідками. Результати дослідження (Poletti B. та ін., 2021) показують, що, незважаючи на скептицизм терапевтів і громадськості, телепсихотерапія є надійною альтернативою, яку можна прийняти, і її можна ефективно використовувати для лікування поширених розладів психічного здоров'я, таких як тривога, депресія та посттравматичний дистрес.

В дослідженні (Moghimi E. та ін., 2023) електронно-когнітивно поведінкової психотерапії Учасники продемонстрували значне покращення симптомів тривоги ($p=0,023$) і депресії ($p=0,029$) після втручання. Подібні тенденції спостерігалися в

аналізі намірів лікування, проте, жодних суттєвих відмінностей у показниках стійкості та якості життя не спостерігалось.

Останні дослідження підкреслюють значні досягнення у використанні цифрових і автоматизованих інструментів для надання КПТ. Ці інструменти, включаючи програми для смартфонів і онлайн-платформи, еволюціонували, щоб забезпечити більш персоналізоване втручання та зворотній зв'язок у реальному часі (Gros D.F. та ін., 2018; Tng G.Y.Q. та ін., 2024). Дослідження (Andersson G. та ін., 2019) продемонстрували ефективність цих інструментів у виконанні основних методів КПТ, таких як когнітивна реструктуризація. Ці інструменти є особливо цінними для підвищення доступності та підтримки ефективності лікування після терапії, що є критичним аспектом у лікуванні хронічних захворювань, таких як посттравматичний стресовий розлад та інші важкі психічні захворювання.

Крім того, за систематичним оглядом (Laurito L.D. та ін., 2024) було оцінено здійсненність, прийнятність та ефективність цифрових втручань щодо зміни поведінки здоров'я (НВС) для людей з важкими психічними захворюваннями (SMI). Огляд виявив, що цифрові втручання не тільки здійсненні, але й ефективні для покращення як психологічного, так і фізичного здоров'я цієї групи населення. Це підкреслює потенціал автоматизованої електронної КПТ для більш складних психіатричних захворювань, які традиційно вимагали більш ресурсомістких втручань віч-на-віч.

Використання майндфулнесу в онлайн-терапії є ефективним підходом для зниження рівня тривожності, стресу та депресії, особливо в умовах дистанційної роботи та ізоляції. Дослідження (Duran É.P. та ін., 2022; Chi D. та ін., 2022; Liu J. та ін., 2024) показують, що практики усвідомленості сприяють саморегуляції, допомагаючи клієнтам краще розпізнавати та приймати свої емоційні реакції. Онлайн-формат дозволяє впроваджувати майндфулнес через відеосесії, аудіогіди для медитацій, інтерактивні вправи та мобільні додатки, що підсилює ефект терапії. Онлайн-терапія з використанням майндфулнесу також сприяє розвитку психологічної гнучкості та емоційної стійкості.

Клієнти вчаться регулювати свій емоційний стан у реальному часі, що особливо важливо для людей з постковідними тривожно-депресивними розладами. Впровадження щоденних коротких практик, таких як 5-хвилинні медитації або техніка «стоп-спостерігай-дихай», допомагає створити звичку, яка підтримує психоемоційне благополуччя в довготривалій перспективі (Shapiro S. L. та ін., 2005; Creswell J.D., 2017; Treves I.N. та ін., 2024; Fan L., & Cui F., 2024).

Станом на 2023 рік, публікацій щодо ефективності медико-психологічної реабілітації постковідного синдрому в умовах дистанційної взаємодії не було опубліковано, зважаючи на важливість даної проблеми, слід розглянути можливість актуалізації даних та впровадженні нових можливостей для пацієнтів з постковідним синдромом, забезпечуючи комплекс психотерапевтичних інтервенцій для зменшення симптомів тривоги, депресії та посттравматичного стресового розладу, а також підвищуючи рівень якості життя.

1.3. Взаємозв'язок посттравматичного стресового розладу при постковідному синдромі та реакція психіки на повномасштабне вторгнення

Повномасштабне вторгнення росії в Україну в 2022 році сильно вплинуло на психічне здоров'я населення, війна спричинила низку психологічних наслідків для українців, впливаючи як на безпосередніх жертв, військовослужбовців, так і на цивільних громадян.

Війна призвела до значного зростання пацієнтів з такими станами, як тривога, депресія та посттравматичний стресовий розлад, адже стресори, що пов'язані з війною – це страх за безпеку, втрата близьких людей, внутрішнє та зовнішнє переміщення, руйнування домівок, селищ та міст, посприяли зрушенню психічного здоров'я громадян України. Дослідження вказують на те, що війна погіршила існуючі умови та створила новий психологічний стрес серед багатьох людей, у тому числі тих, хто пережив травму безпосередньо або був свідком цього у своїх громадах (Kalaitzaki, A. E., & Tamiolaki, A., 2022).

Чимало українців були змушені покинути свої домівки всередині країни або в інші країни. Це переміщення призвело до виникнення таких проблем як соціальна ізоляція та почуття відчуженості, обидва з яких є значними факторами ризику розладів психічного здоров'я. Відсутність підтримки та незнайомість з новим середовищем може посилити тривогу та депресивні симптоми (Ventriglio, A., & Ricci, F., 2023). Вплив переміщення не обмежується фізичним здоров'ям, але також має довгострокові наслідки для емоційного та психологічного благополуччя.

Вторгнення, що супроводжується постійними обстрілами, втратою членів родини та насильства, призводить до виникнення травматичного досвіду, що в свою чергу може призвести до посттравматичного стресового розладу. Постійна загроза насильства та необхідність адаптації до нестабільного середовища сприяють стійкості та тяжкості симптомів, ускладнюючи подальше формування психологічного благополуччя для громадян України, але ще перед усім до кінця не оговталось від пандемії COVID-19 (Khan, A. R., & Altalbe, A., 2023).

Цивільні громадяни годинами ховалися в бомбосховищах, підвалах і метро (de Alencar Rodrigues та ін., 2022). Також українці зі сходу переселялися в центральні та західні регіони чи інші країни, таким чином попередні огляди свідчать про зростання ризику ПТСР, тривоги та депресії під час війни (Morina та ін., 2018; Mesa-Vieira та ін., 2022).

Дослідження показало, що під час війни 52,7% дорослих українців відчувають стрес, 54,1% - тривогу, 46,8% - депресію і 12,1% - безсоння (Xu W., 2023). Де відповідно вплив травматичної події може спричинити стресові кошмари та безсоння, що сприяє тяжкості ПТСР (Slavish D.C. та ін., 2022; Slavish D.C. та ін., 2023).

Дослідження (Pavlova I., & Rogowska A.M., 2023) показало високий рівень безсоння та симптомів ПТСР серед українських студентів. Аналіз також виявив, що війна окремо впливає на безсоння і кошмари, посилюючи посттравматичний стресовий розлад, пов'язаний з війною.

Психологічний вплив війни також важливий для розуміння наслідків для дітей та підлітків. Травма війни, вплив насильницького середовища, порушення навчання та повсякденного життя призвели до підвищення рівня стресу, тривоги та

депресивних симптомів у дітей. Відповідно до чого ми вже спостерігаємо порушення концентрації уваги, соціальної взаємодії та проблемами поведінки, що ще більше ускладнює їх психічне здоров'я (Osokina, O. та ін., 2023).

Для багатьох українців доступ до психіатричної підтримки залишався обмеженим навіть до війни. Військовий конфлікт посилив ці проблеми, створивши нові труднощі в наданні медичних послуг, оскільки пошкоджена інфраструктура, брак кваліфікованих фахівців, а також погіршення безпеки та економічні труднощі стали основними бар'єрами для людей, які потребують психологічної допомоги (Deas, A. A. та ін., 2023). У віддалених районах, на сході та півдні України, доступ до клінік і медичних установ став значно важчим, що створило додаткові труднощі для осіб, які стикаються з психічними розладами.

Тим не менш, рішенням для цих проблем можуть стати дистанційні послуги психічного здоров'я, зокрема через телемедицину. Дистанційна медико-психологічна допомога дозволяє пацієнтам отримувати консультації, терапію та підтримку від кваліфікованих фахівців, не покидаючи власних домівок (Velykodna M. & Frankova I., 2020; Каплуненко, Я.Ю. 2022). Важливо, що такі послуги можуть бути доступні навіть у віддалених або небезпечних зонах, де фізична присутність лікаря або психолога є неможливою або надзвичайно складною (Лазос Г.П., 2022 Ковальов М., & Мітченко К., 2024). Крім того, завдяки мобільним додаткам та онлайн-платформам, люди можуть отримати допомогу в зручний для них час, що особливо важливо для людей, які пережили травму.

Таким чином, телемедичні послуги мають кілька переваг, серед яких зручність доступу, анонімність, а також можливість швидко реагувати на психологічні кризи. Це важливо, адже багато людей, що пережили війну, можуть мати труднощі в тому, щоб звернутися за допомогою безпосередньо до медичних установ через страх, сором або недовіру в умовах сучасних реалій війни (Nelson E.L. та ін., 2011; Maheu M.M. та ін., 2012; Рябков С.О., 2025). Дистанційна терапія може стати важливим інструментом у боротьбі з такими бар'єрами. Водночас, варто зазначити, що для ефективного впровадження телемедичних послуг важливо забезпечити

відповідну інфраструктуру, яка дозволяє гарантувати якість послуг та конфіденційність даних пацієнтів.

Загалом, дистанційна медико-психологічна допомога, реалізована через телемедичні платформи, може стати важливою частиною системи підтримки психічного здоров'я для українців, що постраждали від війни. Вона дозволяє зменшити навантаження на традиційні медичні заклади та забезпечити більш широкий доступ до кваліфікованої психологічної допомоги. Однак для її ефективного впровадження необхідні інвестиції в технології, навчання фахівців і постійна робота над удосконаленням платформи, аби підтримка була доступною, ефективною та безпечною для всіх користувачів.

Висновки до розділу 1.

1. Постковідний синдром є складним та багатофакторним станом, що впливає на фізичне та психічне здоров'я людини протягом тривалого часу після перенесеної інфекції SARS-CoV-2. Його прояви варіюються від хронічної втоми, задишки та когнітивних порушень до виражених психоемоційних розладів, таких як тривога, депресія та посттравматичний стресовий розлад. Дослідження підтверджують, що поширеність психічних розладів серед осіб із постковідним синдромом є високою, що підкреслює необхідність своєчасної діагностики та мультидисциплінарного підходу до лікування.
2. Одним із ключових напрямів реабілітації постковідного синдрому є використання дистанційних методів психологічної допомоги. Дослідження свідчать, що когнітивно-поведінкова терапія в онлайн-форматі є ефективним засобом для зменшення симптомів тривоги та депресії. Впровадження комплексного підходу, який включає психотерапевтичні інтервенції, моніторинг психічного стану та індивідуалізовані методи корекції, може значно покращити якість життя осіб, що пережили COVID-19.
3. Окрім наслідків пандемії, психічне здоров'я українців значно постраждало внаслідок повномасштабного військового вторгнення, що створило додатковий тягар для системи охорони здоров'я. Війна поглибила проблеми тривожних і депресивних розладів, сприяла зростанню випадків ПТСР та соціальної ізоляції, що особливо відчутно серед вимушених переселенців. Наявність двох масштабних стресогенних чинників — пандемії та війни — зумовлює необхідність удосконалення системи дистанційної психологічної підтримки, зокрема розвитку телемедицини та програм психосоціальної реабілітації.
4. З огляду на комплексність проблеми, майбутні дослідження мають зосередитися на вивченні довгострокових наслідків постковідного синдрому у поєднанні з війною, ефективності дистанційних психологічних

інтервенцій та розробці персоналізованих підходів до корекції психічних розладів. Інтеграція сучасних технологій у сфері психічного здоров'я може стати ключовим інструментом для надання доступної та ефективної допомоги постраждалим.

Результати, викладені в даному розділі, опубліковано в наступних наукових працях автора:

1. Бурдейний, А. (2023). Емоційна дисрегуляція при постковідному синдромі: тривожні та депресивні порушення та фактор війни. *Психосоматична медицина та загальна практика*, 8(4). <https://doi.org/10.26766/pmgp.v8i3.417>
2. Бурдейний, А., & Чабан, О. (2024). Симптоми посттравматичного стресу та їх корекція через дистанційну реабілітацію у пацієнтів з постковідним синдромом під час війни. *Психосоматична медицина та загальна практика*, 9(4). <https://doi.org/10.26766/pmgp.v9i4.545>

РОЗДІЛ 2. ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ДИЗАЙНУ, КОНТИНГЕНТУ І МЕТОДІВ ДОСЛІДЖЕННЯ

2.1. Дизайн та етапи організації дослідження

Дослідження можна умовно поділити на 5 етапів, що відповідали вирішенню поставлених задач (*Рис 2.1.*)

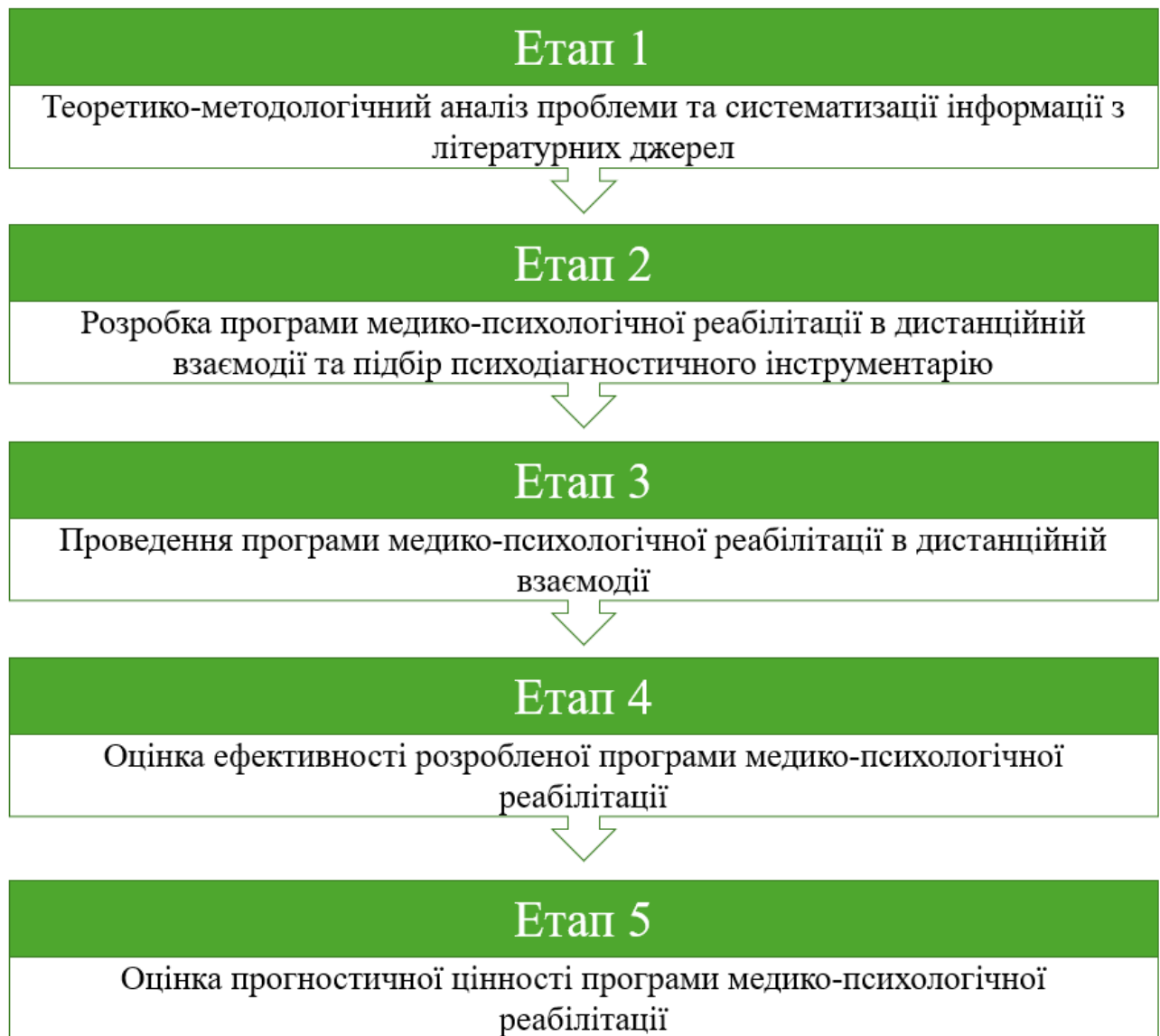


Рис. 2.1. Етапи дослідження

Етап 1 полягав у аналізі актуальних наукових публікацій та актуальної наукової літератури, що були присвячені тематиці постковідного синдрому, в особливості тривожних та депресивних порушень, а також симптомам посттравматичного

стресу, у зв'язку з коморбідністю сучасних реалій широкомасштабного вторгнення в Україні. Аналіз актуальної та наукової літератури представлений у Розділі 1.

Етап 2 полягав у виборі психодіагностичного інструментарію, що дозволить проаналізувати тривожний та депресивний компонент, а також явище посттравматичного стресу, що є коморбідним станом як явище постковідного синдрому, а також як стану внаслідок широкомасштабного вторгнення в Україну. Додатковим критерієм подальшої роботи було обрано методики для діагностики соматичних симптомів, що є невід'ємною частиною синдрому, а також визначення якості життя, як одного з основних компонентів функціонування особистості, задоволеності власних потреб та термінологічного явища «здоров'я».

Подальшим кроком було створення програми медико-психологічної реабілітації, яка мала охопити основні компоненти, такі як: психоосвіта; визначення, розпізнавання та обробка когнітивних процесів, для зміни негативних патернів мислення; аналіз та розуміння емоційних реакцій; усвідомлення взаємозв'язку та управління тілесними реакціями; формування стратегій з підвищення стресостійкості; вплив війни на психічну сферу. Також, важливим елементом при виборі методів психологічної допомоги постало втілення програми з використанням технологій дистанційного зв'язку, в особливості доступності інформації, можливості виконання завдань, розумінні вербальної та невербальної мови, а також прогнозуванні ймовірних труднощів, як з боку технологічного ресурсу, так і з боку психологічного впливу.

Програма медико-психологічної реабілітації в обсязі становила 10-ть сесій, що були тісно взаємопов'язані з когнітивними, емоційними та соматичними компонентами. Зустрічі відбувались раз на тиждень за допомогою використання технологій дистанційного зв'язку, де у повному обсязі загальна тривалість програми сягала 63-и дні. Матеріали представлені у Розділі 3.

Етап 3 полягав у формуванні групи дослідження та групи порівняння та початку введення програми медико-психологічної реабілітації тривожних та депресивних постковідних порушеннях в умовах дистанційної взаємодії. Загальна кількість учасників дослідження сягала 240 осіб (статистичний аналіз було виконано по

завершенню психологічного втручання). Учасники групи дослідження ($n=122$) проходили, як стандартизовану амбулаторну медико-психологічну реабілітацію згідно з протоколами і клінічними керівництвами, так і програму медико-психологічної реабілітації. Учасники групи порівняння ($n=118$) проходили стандартну амбулаторну медико-психологічну реабілітацію та були включені до листа очікування, маючи можливість доєднатись до сформованої програми медико-психологічної реабілітації по завершенню роботи з групою дослідження.

Етап 4 полягав у оцінці ефективності програми медико-психологічної реабілітації шляхом повторного проходження психодіагностичного інструментарію по її завершенню, для оцінки рівня тривожних та депресивних порушень, посттравматичного стресу, соматичного компоненту, а також оцінки якості життя за допомогою використання статистичних методів. Відповідно до чого було встановлено ефективність програми на окремих компонентах, що були визначені мішенями допомоги у групі дослідження та групі порівняння: значуще зниження рівня тривоги ($p<0.001$; $t=18.355$), значуще зниження рівня депресії ($p<0.001$; $t=11.437$), значуще зниження інтенсивності соматичних симптомів ($p<0.001$; $t=15.219$), значуще зниження рівня посттравматичного стресу ($p<0.001$; $t=10.836$), а також значуще підвищення рівня якості життя ($p<0.001$; $t=15.686$). Аналіз отриманих результатів представлений у Розділі 4.

Етап 5 полягав у дослідженні ефективності програми медико-психологічної реабілітації в умовах дистанційної взаємодії за допомогою психодіагностичного інструментарію через 3-и місяці по завершенню психологічної допомоги. Відповідно до результатів повторного обстеження було визначено статистичну та клінічну значущу різницю між групою дослідження та групою порівняння ($p<0.001$). Варто зазначити, що покращення показників у динаміці групи дослідження, дозволяє стверджувати про ефективність програми у віддаленому періоді, а також підвищення рівня стресостійкості в умовах війни в Україні. Аналіз отриманих результатів представлений у Розділі 4.

2.2. Характеристика досліджуваної вибірки та процедура залучення

Всього було досліджено 316 пацієнтів із тривожними та депресивними постковідними порушеннями, що проходили амбулаторну медико-психологічну реабілітацію здійснено на базі Київської клінічної лікарні на залізничному транспорті № 1. Залучення учасників відбувалося в період з жовтня 2022 року по грудень 2023 року.

Пацієнти могли бути залучені в дослідження в разі відповідності всім наступним критеріям включення:

1. На момент вступу досягли віку від 18 до 70 років;
2. Хворіли на COVID-19 незалежно від місця та обсягу отримання медичної допомоги;
3. Тривалість постковідного синдрому 12 тижнів і більше з моменту повної ремісії Коронавірусної хвороби (COVID-19);
4. Відповідали порушенням емоційного стану, що відповідають діагностичним критеріям R45.0 відповідно до МКХ-10.

Пацієнти не включалися в дослідження в разі, якщо відповідали хоча б одному з наступних критеріїв:

1. Тривалість симптомів, що характерні для постковідного синдрому менше 12 тижнів з моменту повної ремісії Коронавірусної хвороби (COVID-19);
2. Вагітні жінки або мали пологи протягом останніх шести місяців;
3. Зловживали алкоголем або наркотиками протягом останніх шести місяців;
4. Діючі або демобілізовані учасники бойових дій;
5. Відповідали всім критеріям будь-якого психотичного розладу;
6. Були включені в інше дослідження на момент скринінгу.

На етапі залучення було виключено 68 учасників за критеріями виключення, а саме:

1. Тривалість симптомів, що характерні для постковідного синдрому менше 12 тижнів з моменту повної ремісії Коронавірусної хвороби (COVID-19) – 37 осіб;
2. Зловживали алкоголем або наркотиками протягом останніх шести місяців – 9 осіб;
3. Діючі або демобілізовані учасники бойових дій – 17 осіб;
4. Відповідали всім критеріям будь-якого психотичного розладу – 5 осіб.

З моменту рандомізації 6 учасників достроково вийшли з дослідження:

1. Через втрату зв'язку з учасником дослідження – 2 особи з групи дослідження та 4 особи з групи порівняння;
2. Через відмову від прийняття участі у дослідженні – 2 особи з групи порівняння.

Кількість учасників та причини не включення/виключення учасників на різних етапах дослідження представлені на діаграмі (**Рис 2.2.**) згідно Консолідованих стандартів звітності про дослідження (CONSORT, Schulz та ін., 2010).

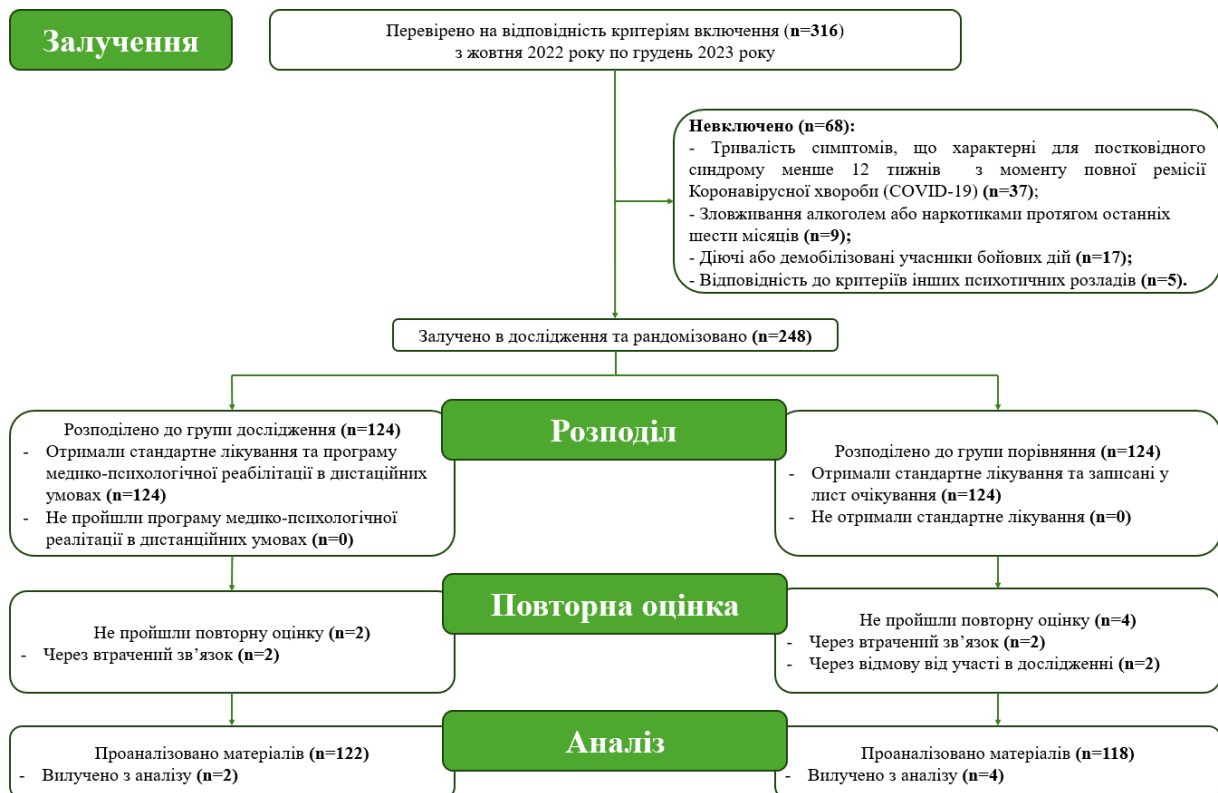


Рис. 2.2. Діаграма залучення/виключення учасників в дослідження згідно рекомендацій CONSORT

Попередній діагноз Коронавірусної хвороби було встановлено у гострому інфекційному періоді за допомогою клінічної та лабораторної діагностики (використання ПЛР тесту на COVID-19). Оцінку психічного стану пацієнта на момент залучення до протоколу дослідження та підтвердження діагнозу виконував лікар-психіатр, психоневрологічного відділення Київської клінічної лікарні на залізничному транспорті № 1, шляхом огляду, клінічної бесіди та ознайомлення з медичною документацією.

Середній вік учасників дослідження становив 33.31 ± 8.63 років. Мінімальний вік склав 19 років, максимальний 48 років. З них 132 (55%) були жінками, а 108 (45%) — чоловіками, що відповідає співвідношенню 1:0.81. Серед учасників, 160 осіб (66.7%) перебувають у шлюбі, тоді як 80 осіб (33.3%) є неодруженими, зі співвідношенням 2:1. Переважна більшість учасників дослідження працюють — 175 осіб (72.9%), а 65 осіб (27.1%) є непрацюючими, що відповідає співвідношенню 1:0.96. За рівнем освіти, 148 осіб (61.7%) мають вищу освіту, тоді як 92 особи (38.3%) мають середню або середньо-спеціальну освіту, зі співвідношенням 1:0.62. Вихідна демографічна інформація представлена в *табл. 2.1*.

Таблиця 2.1.

Базові демографічні дані. Дані представлені середнім значенням $\pm$ SD / медіана [Q1-Q3] для кількісних даних або N (%) для якісних.

Змінні	Група дослідження (n=122)	Група порівняння (n=118)	t / χ^2	P value
Вік (роки)	33.49 ± 8.88	33.12 ± 8.40	t=0.084	0.744
Стать				
Жіноча	71 (58.2%)	61 (51.69%)	$\chi^2=0.311$	0.313
Чоловіча	51 (41.8%)	57 (48.31%)		
Шлюбний статус				
В шлюбі	82 (67.21%)	78 (66.1%)	$\chi^2=0.855$	0.856
Не в шлюбі	40 (32.79%)	40 (33.9%)		
Статус роботи				
Працевлаштований	92 (75.41%)	83 (70.34%)	$\chi^2=0.377$	0.379
Безробітний	30 (24.59%)	35 (29.66%)		
Освіта				
Вища	74 (60.66%)	74 (62.71%)	$\chi^2=0.743$	0.745
Середня спеціальна	48 (39.34%)	44 (37.29%)		

Усі учасники надали свою інформовану згоду в письмовій формі після повного пояснення процедур. Дане дослідження виконано відповідно до Гельсінської декларації та перед початком набору учасників було схвалено Комітетом з біоетичної експертизи та етики наукових досліджень Національного медичного університету імені О.О. Богомольця, надаючи висновок, що дослідження не буде містити підвищеного ризику для суб'єктів дослідження та буде виконано з урахуванням існуючих біоетичних норм та наукових стандартів щодо проведення клінічних досліджень із залученням пацієнтів (протокол №151 від 25.10.2021 р.).

Особливості процедури заповнення «Поінформованої згоди» та «Пацієнтської карти» при залученні до дослідження.

Пацієнтів було запрошено до участі в дослідженні, обов'язково надаючи для ознайомлення поінформовану згоду, що була сформована зрозумілою мовою щодо факторів, які могли вплинути на їхнє рішення про участь. Після ознайомлення з інформацією, вони надали письмову згоду на участь. Процедура отримання «Поінформованої згоди» проводилась у психоневрологічному відділенні Київської клінічної лікарні на залізничному транспорті № 1, де пацієнти відвідували лікаря-психіатра, для визначення постковідного синдрому та призначення лікувально-реабілітаційного процесу в амбулаторних умовах. Для забезпечення психологічного комфорту згоду оформляли в окремому приміщенні, без присутності інших пацієнтів або медперсоналу, з можливістю поставити будь-які запитання.

Деякі питання інтерв'ю та діагностичних шкал, а також деякі обговорювані при психокорекції проблеми могли торкатися особистих та/або емоційно-тяжких тем, що могло призвести до виникнення дистресу, агресивної поведінки, фрустраційного дискомфорту та посиленнями тривожних станів, а також у разі виявлення подібних станів — буде проведена психокорекція та метод релаксації головним дослідником. Дане дослідження не передбачає надзвичайних ситуацій, однак у випадку виникнення таких пацієнтові була б надана необхідна допомога.

Також для відслідковування стану пацієнта, було розроблено «Карту пацієнта». «Карта пацієнта» (ДОДАТОК Г) була необхідна для збору та збереження ключової інформації про учасника дослідження. Вона включає як основні дані про

пацієнта, так і результати діагностичних шкал, які заповнюються на початку дослідження, після завершення програми медико-психологічної реабілітації з використанням дистанційної взаємодії, а також через три місяці, для відслідковування прогностичних змін забезпечувати довгостроковий моніторинг результатів.

Переваги для пацієнтів полягають у тому, що учасники дослідження отримують детальну інформацію про свої психологічні особливості, розвивають навички поведінки та мислення, які сприяють ефективному подоланню труднощів і стресу, знижують рівень тривожності та депресії. Також покращується їхнє когнітивне функціонування, зменшуються прояви стресових та нейроповедінкових симптомів, підвищується якість життя. Після завершення дослідження учасниці мали можливість ознайомитися з його результатами, що допомогло їм глибше зрозуміти себе та інших.

Дане дослідження є виконувалось в рамках науково-дослідницької програми «Проактивна трансдіагностична медико-психологічна допомога постраждалому від дистресу війни населенню України (профілактика, діагностика, корекція, реабілітація)», яку проводить кафедра медичної психології психосоматичної медицини ім. та психотерапії Навчально-наукового інституту психічного здоров'я Національного медичного університету імені О.О. Богомольця Державний реєстраційний номер: 0122U202016.

2.3. Методи дослідження

Теоретичні методи: теоретико-методологічний аналіз проблеми, систематизація інформації з літературних джерел, контент-аналіз, аналіз прототипів, порівняння та узагальнення даних.

Методологія контент-аналізу. Під час формування теми дослідження, а також подальших психологічних інтервенцій для медико-психологічної реабілітації, було проведено якісний та кількісний контент-аналіз наукової україномовної та англійськомовної літератури, опублікованої за період з 1 січня 2019 року по 31 грудня 2021 року, в якій було представлено розуміння COVID-19, постковідного синдрому та

віддалених наслідків COVID-19 з точки зору медичного та психологічного аспекту. Пошук відбувався із використанням баз даних PubMed та Google Scholar.

Перший етап. Початковий пошук наукових публікацій відбувався за ключовими словами «Post-COVID syndrome», що були опубліковані за період з 1 січня 2019 року по 31 грудня 2021 року. Відповідно до чого результат був представлений у кількості 2 070 публікаціях, однак, для формування прицільного контент-аналізу було додатково застосовано фільтр «Anxiety», «Depression», «PTSD», що дозволило зменшити кількість потрібних джерел для проведення літературного огляду до 130 наукових публікацій. Варто зазначити, що у даний період з застосуванням додаткового фільтру «Psychological rehabilitation» кількість публікацій виявились нульовою, що сформувало практичну необхідність у створенні медико-психологічної реабілітації для пацієнтів з постковідним синдромом. Однак, у той же час, у 2021 році було сформовано загальні принципи організації психологічної реабілітації у пацієнтів із коронавірусною інфекцією (COVID-19) (Хаустова, О. та ін., 2021).

Другий етап. Подальший пошук був зосереджений на можливостях медико-психологічної реабілітації, які техніки та методи психологічних інтервенцій можна використовувати при дистанційній взаємодії, а також публікацій, що засвідчують наукову доказовість запропонованих методів. Аналіз публікацій проводився за період з 1 січня 2019 року по 31 грудня 2022 року за ключовими словами «Online psychotherapy», відповідного до якого було запропоновано 1 430 літературних джерел. Звертаючи увагу на основні прояви психічним порушень постковідного синдрому, було додатково застосовано фільтр «Anxiety», «Depression», «PTSD», що дозволило зменшити кількість потрібних джерел для проведення літературного огляду до 273 наукових публікацій.

Третій етап. Беручи до уваги широкомасштабне вторгнення в Україну, важливо було зрозуміти психологічну картину реакцій на війну, оскільки є надзвичайно важливим для комплексного підходу до підтримки як індивідуального, так і колективного психічного здоров'я. У зв'язку з війною, багато людей стикаються з екстремальним стресом, втратою близьких, домівок та звичного способу життя, що може призвести до різних психологічних наслідків, таких як тривожні розлади,

депресія та ПТСР. Аналіз публікацій проводився за період з 1 січня 2019 року по 31 вересня 2024 року за ключовими словами «War», «Post Traumatic Stress Disorder», «Acute Stress Disorder» застосовуючи фільтри «Review», «Meta analysis» та «Systematic Reviews», відповідно до чого кількість публікацій сягала 3 240. Беручи до уваги реалії війни на території України, було прийнято рішення застосувати додатковий фільтр «Ukraine» до попереднього пошуку наукових публікацій, відповідно до чого кількість джерел обмежилась до 125 наукових статей.

Четвертий етап. У зв'язку з постійним оновленням інформації, публікацією наукових досліджень, а також ситуацією війни в Україні, було прийнято рішення включити критерії включення та критерії виключення.

Критерії включення статей в аналіз:

1. Публікації, опубліковані з 2019 року по теперішній час, щоб охопити період, що включає пандемію COVID-19 та повномасштабне вторгнення в Україну.
2. Літературні огляди, мета-аналізи, систематичні огляди та емпіричні дослідження з високим рівнем доказовості (рандомізовані контрольовані дослідження, когортні дослідження тощо).
3. Статті, що розглядають психологічні реакції на пандемію COVID-19, постковідний синдром, методи психологічної реабілітації, особливо дистанційні методи, а також вплив війни на психічне здоров'я, такі як розвиток тривожних розладів, депресії, ПТСР.
4. Публікації, що аналізують вплив війни в Україні, щоб врахувати специфіку та потреби українського населення.

Критерії виключення статей з аналізу:

1. Публікації, що не стосуються пандемії COVID-19, постковідного синдрому, психологічних аспектів війни, або теми, що безпосередньо не пов'язані з психологічними реакціями на ці події.
2. Статті, доступні лише як анотації або які не можуть бути повністю переглянуті для детального аналізу.

3. Публікації, що не враховують специфіку українського контексту або мають узагальнені висновки, що не можуть бути застосовані до умов війни та постковідного відновлення в Україні.
4. Дослідження, що детально розглядають аспекти COVID-19, які не є безпосередньо пов'язаними з психічним здоров'ям (наприклад, дослідження виключно біологічних чи вірусологічних аспектів), не будуть враховані.
5. Роботи, опубліковані до 2019 року або такі, що не враховують новітні події (пандемія COVID-19 та вторгнення в Україну), можуть бути виключені, оскільки вони не відповідають поточним викликам та обставинам.
6. Публікації, що використовують методи, які наразі вважаються недостовірними або неактуальними для дослідження психологічних реакцій на кризові ситуації, будуть виключені.
7. Публікації, які мають обмежені або ненадійні дані, що не дають можливості зробити статистично значущі висновки (наприклад, тематичні дослідження на дуже малих вибірках без репрезентативності), будуть виключені.

Враховуючи контекст пандемії, війни та специфіки психічних розладів в українському суспільстві дані критерії дозволили сформулювати науково обґрунтовану програму медико-психологічної реабілітації в дистанційних умовах. Схема етапів пошуку та узагальнення інформації представлена у *рис. 2.3*. Результати контент-аналізу, що представлені у Розділі 1.

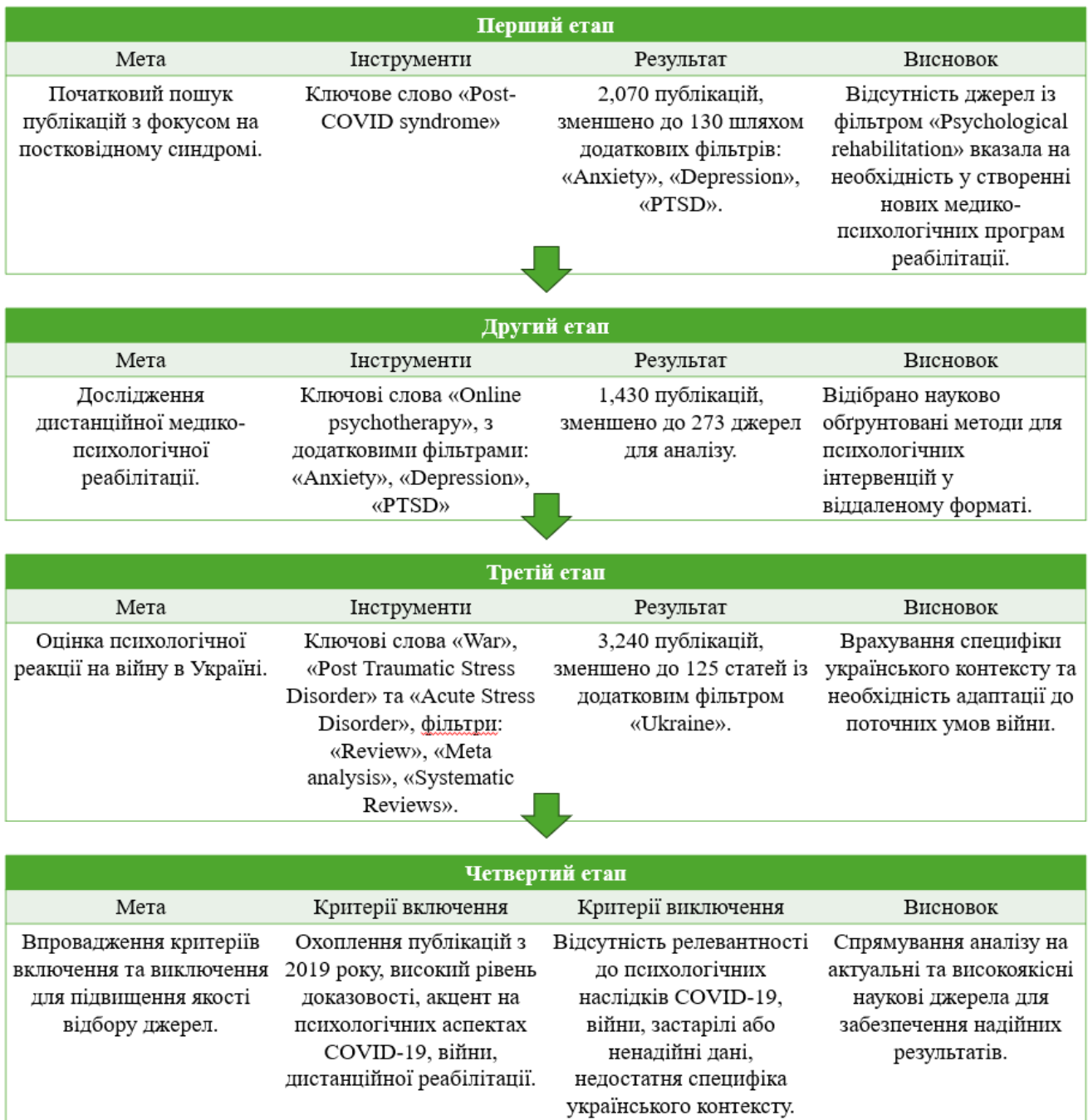


Рис. 2.3. Етапи пошуку та узагальнення інформації.

Соціально-демографічний: вивчення розподілу обстежуваних за віком, статтю, рівнем освіти, сімейним станом та працевлаштованістю.

Клініко-психологічний метод: структуроване інтерв'ю та аналіз медичної документації з метою визначення анамнестичних особливостей життя та здоров'я пацієнта, якісних характеристик психічного стану обстежуваних.

Психодіагностичні методи: для оцінки рівня тривожності було використано опитувальник для визначення генералізованого тривожного розладу GAD-7, для оцінки рівня депресії було використано Опитувальник про стан здоров'я: Шкала депресії PHQ-9 для оцінки ступеню інтенсивності соматичних проявів було використано шкалу соматичних симптомів-8 – SSS-8, для оцінки ступеню вираженості посттравматичного стресу було використано шкалу переліку симптомів ПТСР – PCL-5 для оцінки якості життя було використано шкалу якості життя Чабана О.С. – CQLS.

Опитувальник про стан здоров'я: Шкала депресії (PHQ-9) є блоком № 2 опитувальника PHQ (Опитувальник здоров'я пацієнта) та застосовується для діагностики депресії за основними (1, 2) та додатковими (3-9) симптомами; охоплює часовий інтервал «останні 2 тижні» та визначає частотність появи скарги (жодного разу — 0 балів, декілька днів — 1 бал, понад половину днів — 2 бали, майже щодня — 3 бали). Шкала заповнюється самим пацієнтом за 1-2 хвилини, складається з 10 стверджень. Оцінка внутрішньої узгодженості (α Кронбаха) становить 0,89 серед 3000 пацієнтів первинної ланки. Тест-ретестова надійність оцінювалася під час особистого та телефонного інтерв'ю з цими ж особами і становить 0,84 (Kroenke, K. та ін., 2001). Отримані результати дозволяють припускати наявність депресії й оцінити ефективність терапії. Переклад українською мовою був виконаний Українським інститутом когнітивно-поведінкової психотерапії у 2012 році.

Опитувальник для визначення генералізованого тривожного розладу (GAD-7) є блоком № 5 опитувальника PHQ (Опитувальник здоров'я пацієнта), що є самоопитувальником для оцінки рівня тривожності і скринінгу генералізованого тривожного розладу (ГТР). Шкала являє собою тест із 7 запитань, охоплює часовий інтервал «останні 2 тижні» та визначає частотність появи скарги (ніколи — 0 балів, декілька днів — 1 бал, більше половини днів — 2 бали, майже щодня — 3 бали). Шкала заповнюється самим пацієнтом за 1-2 хвилини, складається з 7 стверджень. Оцінка внутрішньої узгодженості (α Кронбаха) становить 0,92, тест-ретестова надійність становить 0,84 (Spitzer, R. L. та ін., 2006). Отримані результати дозволяють припускати наявність тривоги та оцінити ефективність терапії. Українська

адаптація опитувальника була виконана Алексіною Н., Герасименко О., Лавриненком Д. та Савченко О. у 2024 році.

Шкала соматичних симптомів-8 (SSS-8) є коротким самоопитувальником соматичних проявів депресії, розроблений Gierk та ін. Він складається з восьми запитань, кожне з яких оцінюється від 0 до 4 балів, де 0 = «не турбує», а 4 = «дуже хвилює». Соматичні симптоми оцінюються шляхом підрахунку сумарної оцінки, яка варіювала від 0 до 32 балів. Ступінь інтенсивності прояву, виміряний балами соматичних симптомів, оцінювався наступним чином: 0–3 – мінімальний, 4–7 – легкий, 8–11 – помірний, 12–15 – важкий і 16–32 – дуже важкий. Оцінка внутрішньої узгодженості (α Кронбаха) становить 0,81, тест-ретестова надійність становить 0,7 (Gierk, B. та ін. 2014). Отримані результати дозволяють визначити наявність та інтенсивність соматичних проявів та оцінити ефективність терапії. Переклад українською мовою був представлений у посібнику «Практична психосоматика: діагностичні шкали» за редакцією Чабана О.С. та Хаустової О.О. у 2021 році.

Опитувальник симптомів ПТСР (PCL-5). Розроблена Blevins, C.A. та ін., PCL-5 має гарну внутрішню узгодженість ($\alpha=0.94$), надійність ($r=0.82$), конвергентну ($r_s=0.74-0.85$) та дискримінантну ($r_s=0.31-0.60$) валідність (Blevins та ін., 2015). Опитувальник PCL-5 містить 20 тверджень, кожне з яких досліджуваний оцінює по 5-бальній шкалі від 0 (зовсім не турбувало) до 4 балів (дуже турбувало). Твердження за цією шкалою відображають такі кластери симптомів ПТСР, як опис травматичної події, симптоми інтрузії, симптоми уникнення, негативні думки та емоції, симптоми надмірної реактивності. Оцінки усіх тверджень підсумовуються та вираховується загальний бал: мінімальний можливий — 0 балів, максимальний — 80 балів. Симптоми вважаються клінічно значущими, якщо при підрахунку загального балу результат становить 33 бали або вище (Blevins, C.A. та ін., 2015). Отримані результати дозволяють визначити наявність симптомів посттравматичного стресу та оцінити ефективність терапії. Переклад та адаптація українською виконані Безшейко В.Г. (Безшейко, 2016).

Шкала оцінки рівня якості життя Чабана О.С. (CQLS). Розроблена Чабаном О.С. та ін. шкала містить 10 питань щодо задоволеності різними аспектами

життя, кожне з яких слід оцінити за 11-бальною шкалою від 0 (зовсім не задоволений) до 10 (надзвичайно задоволений) (Chaban та ін., 2016). Є самоопитувальником. Кількість балів по кожному твердженню підсумовується та вираховується загальний бал. Мінімально можливий бал – 0 б., максимально можливий – 100 б. Шкала має 5 ступенів задоволеності якістю життя: вкрай низький (0-56 балів), низький (57-66 балів), середній (67-75 балів), високий (76-82 бали), дуже високий (83-100 балів). Має гарну внутрішню узгодженість ($\alpha=0.905$), надійність ($r=0.923$), конвергентну та дискримінантну валідність (Chaban та ін., 2016). Отримані результати дозволяють визначити якість життя у пацієнтів та оцінити ефективність терапії.

Розрахунок розміру вибірки. Виходячи з останніх даних, що були представлені на момент формування дисертаційного дослідження, частота тривожних та депресивних порушень у віддаленому постковідному періоді складає 15,49% (Taquet, M. та ін., 2021). Виходячи з цього, необхідний об'єм вибірки було розраховано за формулою (Г.Ф. Лакин, 1990).

$$n=(t^2 p(100-p))/\Delta^2, \text{ де}$$

p – частка варіант, що мають дану ознаку,

Δ – максимальна припустима похибка для заданого рівня значущості,

t – нормоване відхилення, з яким пов'язаний вибраний рівень значущості.

Якщо вважати припустимою похибку, що не перевищуватиме 5% для рівня значущості 0,05 і відповідного значення $t = 1,96$, $n \approx 201$.

Враховуючи можливість виключення деяких пацієнтів з дослідження, будл підвищено отриману чисельність вибірки ще на 5%, таким чином, було сформовано необхідний об'єм вибірки, який оцінювався в 210 осіб, що в свою чергу дозволило розділити учасників на групу дослідження та групу порівняння у кількості по 105 осіб.

Методи статистичної обробки даних: нормальність розподілу даних оцінювалась за допомогою тестів Колмогорова-Смірнова та Шапіро-Вілکا. Дані з нормальним розподілом були представлені як середнє значення та стандартне відхилення [$\mu \pm SD$]. Дані з розподілом, відмінним від нормального, були представлені як медіана, перший і третій квантілі, $Me [Q1-Q3]$. Критерій χ^2 використовувався

для порівняння частотних ознак між групами. Для перевірки рівності дисперсій груп використовувався тест Бартлетта. У випадках, коли дані підпорядковувались нормальному закону розподілу, для порівняння груп використовувався двосторонній t-критерій Ст'юдента для незалежних вибірок (з модифікацією Велча у випадках неоднакових дисперсій). Кореляційний аналіз було проведено з використанням критеріїв Пірсона та Спірмена у відповідних випадках. Також було використано дисперсійний аналіз (ANOVA).

Всі дані зберігалися в Microsoft Excel 365 і проаналізовані в програмі для статистичного аналізу медичних досліджень на основі мови програмування R «EzR» v1.61 (Kanda, Y., 2012), а також «JASP» v0.19.1.0 (Love, J. та ін., 2019). Рівень статистичної значущості був встановлений на рівні $p < 0.05$, а рівень довірчого інтервалу – 95% (95% ДІ).

Висновки до розділу 2.

Для досягнення мети та вирішення поставлених завдань дослідження було поділене на 5 етапів та було застосовано 5 груп методів:

5. Теоретико-методологічні методи дали можливість глибоко проаналізувати наукову літературу та сформулювати ключові припущення, на яких ґрунтується подальша робота.
6. Обрані методи дослідження спрямовані на всебічне вивчення тривожних та депресивних порушень, інтенсивності соматичних симптомів, прояву посттравматичного стресу та рівня якості життя у пацієнтів з постковідним синдромом, дозволили оцінити особливості, компоненти, ефективність розробленої програми медико-психологічної реабілітації в умовах дистанційної взаємодії, а також прогностичну значущість змін у віддаленому періоді після проходження програми.
7. Використані методи забезпечили формування рівнозначних за соціально-демографічними та клінічними показниками груп на етапі дорадмізації.
8. Методи статистичної обробки даних відповідали їх природі, дозволили впорядкувати інформацію, встановити рівень достовірності та підтвердити отримані результати.
9. Підхід до оцінки результатів із перевіркою як статистичної, так і клінічної значущості дозволив точніше інтерпретувати результати, враховуючи відсутність значущого клінічного ефекту для деяких показників, попри їхню статистичну значущість.
10. Отже, застосовані методи відповідають меті та завданням дослідження і є повністю адекватними для їх реалізації.

Результати, викладені в даному розділі, опубліковано в наступних наукових працях автора:

1. Бурдейний, А. (2023). Емоційна дисрегуляція при постковідному синдромі: тривожні та депресивні порушення та фактор війни. *Психосоматична медицина та загальна практика*, 8(4). <https://doi.org/10.26766/pmgrp.v8i3.417>
2. Бурдейний, А. (2024). Програма медико-психологічної реабілітації тривожних та депресивних постковідних порушень в умовах дистанційної взаємодії. *Психосоматична медицина та загальна практика*, 9(3). <https://doi.org/10.26766/pmgrp.v9i3.526>
3. Бурдейний, А., & Чабан, О. (2024). Симптоми посттравматичного стресу та їх корекція через дистанційну реабілітацію у пацієнтів з постковідним синдромом під час війни. *Психосоматична медицина та загальна практика*, 9(4). <https://doi.org/10.26766/pmgrp.v9i4.545>
4. Бурдейний, А. (2025). Модель медико-психологічної реабілітації постковідного синдрому: оцінка ефективності програми дистанційної взаємодії в умовах війни. *Психосоматична медицина та загальна практика*, 10(1). <https://doi.org/10.26766/pmgrp.v10i1.546>

РОЗДІЛ 3. КЛІНІКО-ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ТРИВОЖНИХ ТА ДЕПРЕСИВНИХ ПОРУШЕНЬ, ПОСТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСУ ТА ЯКОСТІ ЖИТТЯ У ПАЦІЄНТІВ З ПОСТКОВІДНИМ СИНДРОМОМ

3.1. Соціально-демографічна характеристика групи дослідження

Середній вік учасників дослідження становив 33.31 ± 8.63 років. Мінімальний вік склав 19 років, максимальний 48 років. З них 132 (55%) були жінками, а 108 (45%) — чоловіками, що відповідає співвідношенню 1:0.81. Серед учасників, 160 осіб (66.7%) перебувають у шлюбі, тоді як 80 осіб (33.3%) є неодруженими, зі співвідношенням 2:1. Переважна більшість учасників дослідження працюють — 175 осіб (72.9%), а 65 осіб (27.1%) є непрацюючими, що відповідає співвідношенню 1:0.96. За рівнем освіти, 148 осіб (61.7%) мають вищу освіту, тоді як 92 особи (38.3%) мають середню або середньо-спеціальну освіту, зі співвідношенням 1:0.62. Вихідна демографічна інформація представлена в *табл. 3.1*.

Таблиця 3.1.

Базові демографічні дані. Дані представлені середнім значенням $\pm$ SD / медіана [Q1-Q3] для кількісних даних або N (%) для якісних.

Змінні	Учасники до- слідження (n=240)		Група дослі- дження (n=122)	Група порі- вняння (n=118)	t / χ^2	P value
Вік (роки)	33.31±8.63		33.49 ± 8.88	33.12 ± 8.40	t=0.084	0.744
Стать						
Жіноча	132 (55%)		71 (58.2%)	61 (51.69%)	$\chi^2=0.311$	0.313
Чоловіча	108 (45%)		51 (41.8%)	57 (48.31%)		
Шлюбний статус						
В шлюбі	160 (66.7%)		82 (67.21%)	78 (66.1%)	$\chi^2=0.855$	0.856
Не в шлюбі	80 (33.3%)		40 (32.79%)	40 (33.9%)		
Статус роботи						
Працевлаштований	175 (72.9%)		92 (75.41%)	83 (70.34%)	$\chi^2=0.377$	0.379
Безробітній	65 (27.1%)		30 (24.59%)	35 (29.66%)		
Освіта						
Вища	148 (61.7%)		74 (60.66%)	74 (62.71%)	$\chi^2=0.743$	0.745
Середня спеціальна	92 (38.3%)		48 (39.34%)	44 (37.29%)		

Загальна тривалість постковідного синдрому з моменту повної ремісії COVID-19 відповідно до критеріїв включення повинна була сягати ≥ 12 тижнів з моменту повної ремісії COVID-19. Враховуючи 240 учасників дослідження було виявлено середню тривалість постковідного синдрому 16.366 ± 2.966 , мінімальний термін сягав 12 тижнів, а максимальний 24 тижні з моменту повної ремісії Коронавірусної хвороби. Тривалість постковідного синдрому відповідно до кількості учасників дослідження зображено на *рис. 3.1*.

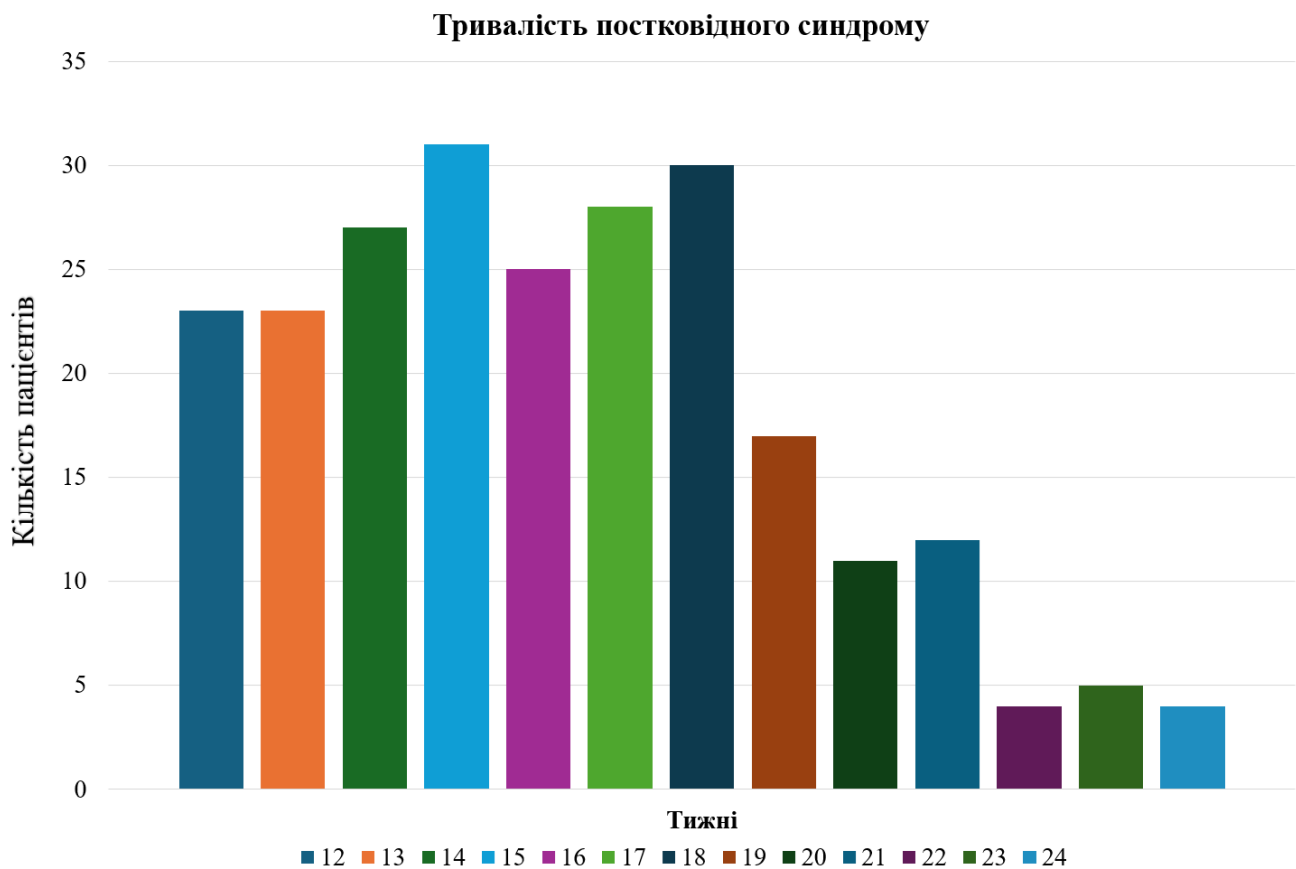


Рис. 3.1. Стовпчаста діаграма кількості учасників дослідження відповідно до тривалості постковідного синдрому.

Зв'язок між статтю та впливом постковідного синдрому у період до 24 місяців після перенесеного COVID-19. Жінки (0) та чоловіки (1) демонструють суттєві відмінності у впливі, особливо у пізні періоди. Наприклад, на 24-му місяці (рожевий стовпець) спостерігається найбільша різниця між статями: вплив для чоловіків є суттєво позитивним, тоді як для жінок — помітно слабшим або навіть негативним.

Динаміка протягом часу показує, що найбільші зміни в симптомах постковідного синдрому припадають на середні та пізні етапи (16, 18, 20 і 24 місяці). Це вказує на критичні моменти у процесі одужання, які потребують додаткової уваги з боку медичних фахівців. Зв'язок між тривалістю постковідного синдрому та статтю зображено на *рис. 3.2*.

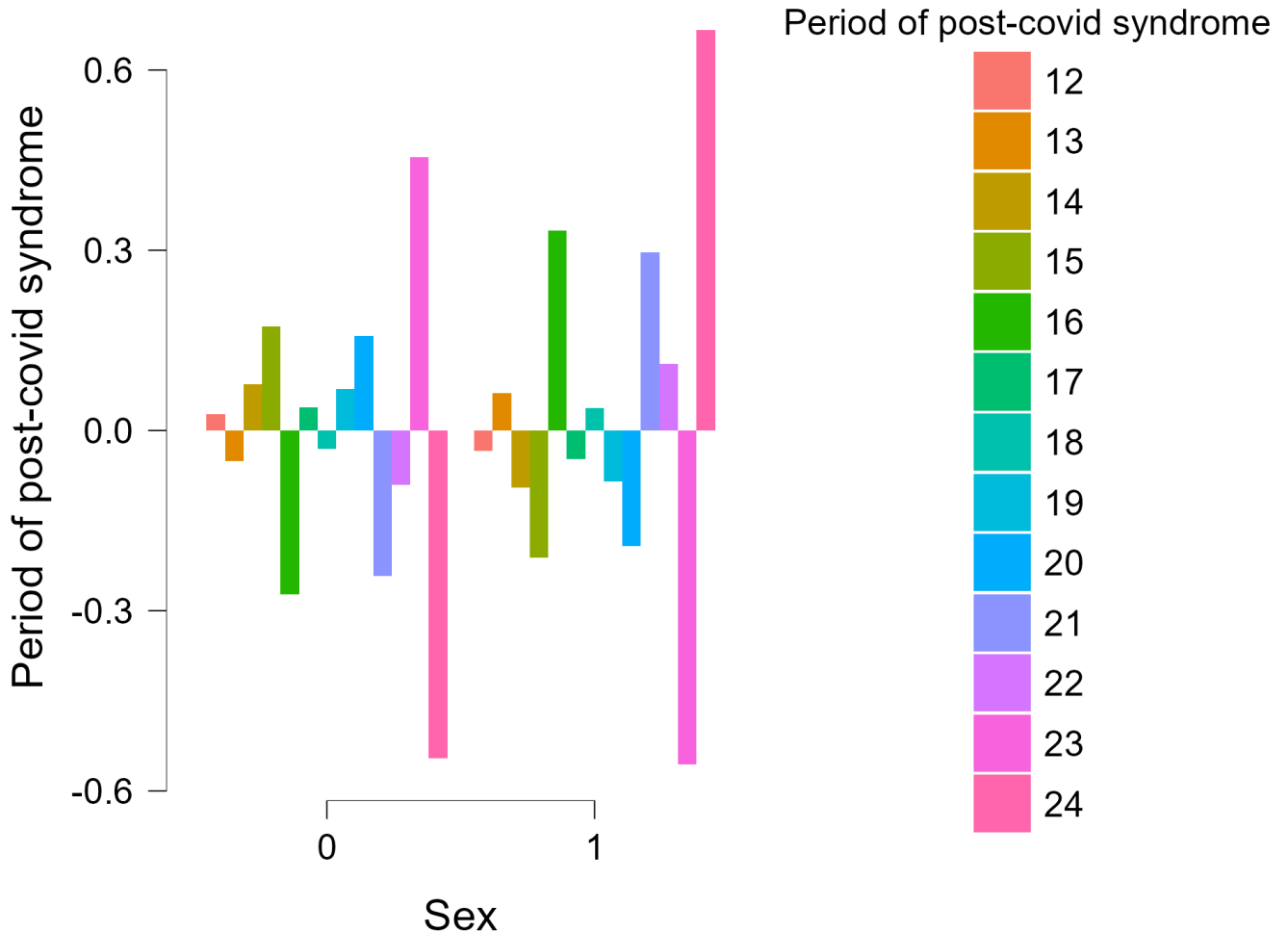


Рис. 3.2. Горизонтальний стовпчастий графік взаємозв'язку між тривалістю постковідного синдрому та статтю.

Зв'язок між статусом шлюбу та впливом постковідного синдрому у період до 24 місяців після перенесеного COVID-19. Загалом спостерігається, що як одружені, так і неодружені мають змішані результати: у деяких періодах прояви синдрому більш виражені (позитивні значення), а в інших — менш (негативні значення).

Для неодружених (0) значення розподіляються доволі рівномірно між позитивними та негативними відхиленнями. Це може свідчити про те, що вплив

постковідного синдрому на цю групу менш залежний від часових періодів і не має значних коливань. У той же час для одружених (1) видно кілька різко виражених періодів. Наприклад, у періодах 22 і 24 (відповідно фіолетовий і рожевий кольори) спостерігаються дуже високі позитивні відхилення, що може вказувати на сильніший вплив синдрому у цих часових рамках.

Таким чином, можна зробити висновок, що статус одруження певним чином впливає на вираженість постковідного синдрому. У одружених осіб в окремих періодах спостерігається значно сильніший прояв синдрому, ніж у неодружених, що може бути пов'язано з соціальними, психологічними або фізіологічними факторами. Неодружені, навпаки, демонструють більш стабільний рівень впливу. Зв'язок між тривалістю постковідного синдрому та статусом шлюбу зображено на **рис. 3.3**.

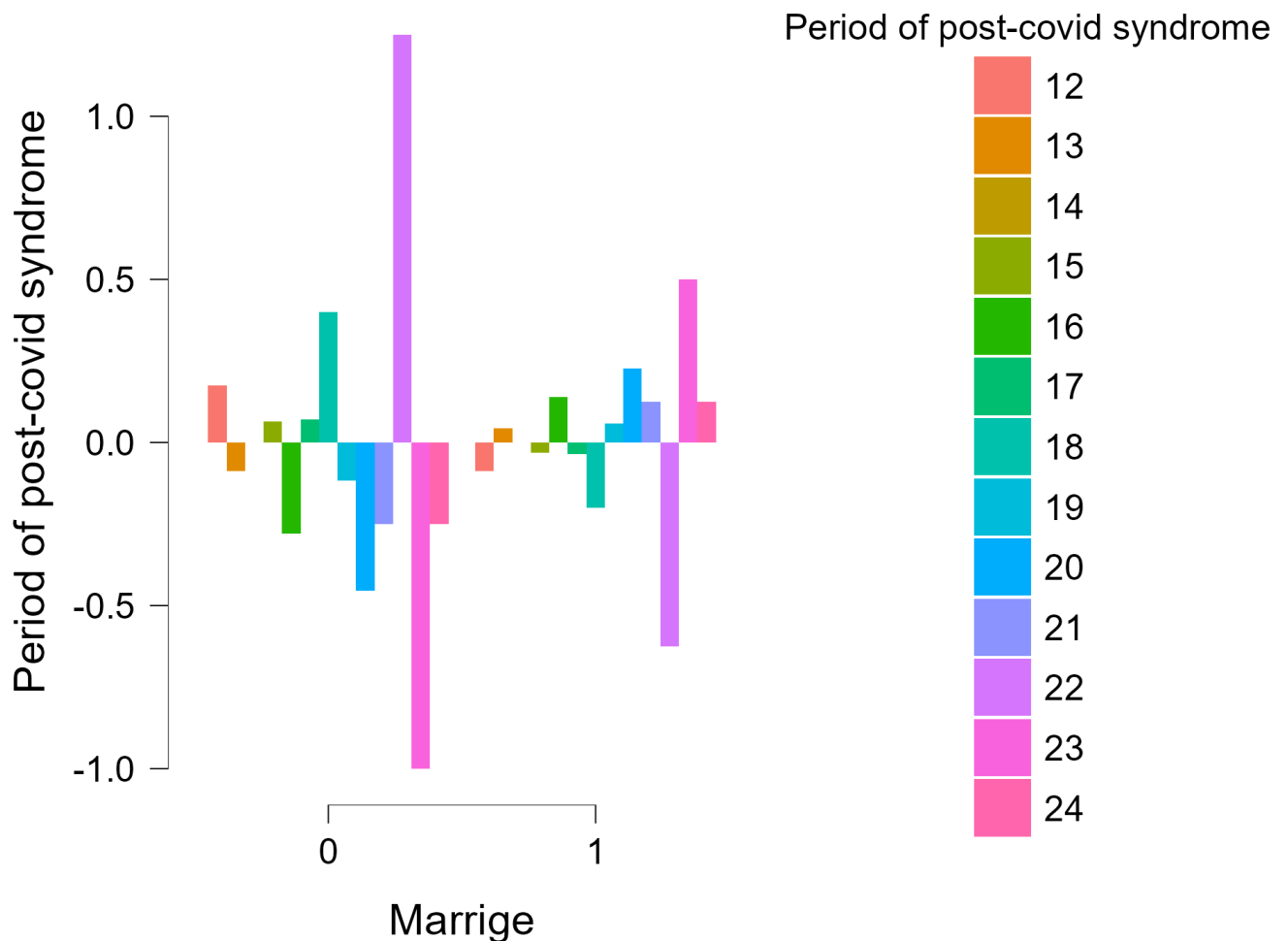


Рис. 3.3. Горизонтальний стовпчастий графік взаємозв'язку між тривалістю постковідного синдрому та статусом шлюбу.

Зв'язок між статусом освіти та впливом постковідного синдрому у період до 24 місяців після перенесеного COVID-19. Люди з повною середньою або спеціалізованою освітою (0) демонструють переважно негативний вплив постковідного синдрому у середні періоди (наприклад, 18-20 місяців), тоді як у пізні періоди цей вплив є значно слабшим. Натомість для людей із вищою освітою (1) вплив постковідного синдрому частіше позитивний, особливо в кінцеві етапи (22-24 місяці). Зокрема, у період 24 місяці спостерігається найбільша різниця: для осіб із вищою освітою вплив є максимально позитивним, тоді як для групи із середньою освітою — найбільш негативним.

Це може свідчити про те, що рівень освіти впливає на відновлення після COVID-19. Вищий рівень освіти, ймовірно, пов'язаний із кращим доступом до ресурсів, медичних послуг чи обізнаністю щодо профілактики й реабілітації. Ці дані підкреслюють необхідність врахування соціально-освітніх факторів у процесі лікування й підтримки пацієнтів із постковідним синдромом, особливо для груп із нижчим рівнем освіти. Зв'язок між тривалістю постковідного синдрому та рівнем освіти зображено на *рис. 3.4*.

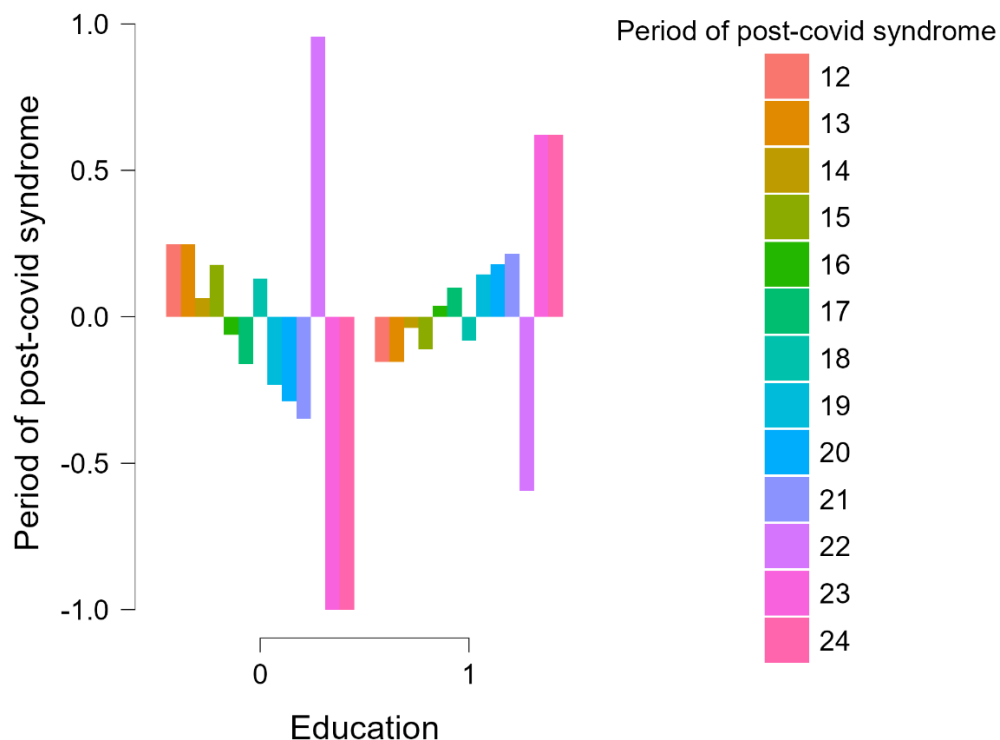


Рис. 3.4. Горизонтальний стовпчастий графік взаємозв'язку між тривалістю постковідного синдрому та рівнем освіти.

Зв'язок між статусом працевлаштування та впливом постковідного синдрому у період до 24 місяців після перенесеного COVID-19. Учасники, які працевлаштовані (1), у переважній більшості періодів демонструють позитивний вплив порівняно з тими, хто не працює (0). Особливо це помітно в пізніх періодах, таких як 22-24 місяці, де працюючі показують значне покращення, тоді як у непрацюючих вплив залишається негативним, з максимальним падінням у 24 місяці.

У середні періоди (16-20 місяців) негативний вплив постковідного синдрому більше проявляється у непрацюючих, тоді як працюючі демонструють стабільніший або менш негативний перебіг. Це може свідчити про те, що активний спосіб життя, соціальна інтеграція та регулярна зайнятість можуть сприяти кращому відновленню після COVID-19. Зв'язок між тривалістю постковідного синдрому та працевлаштованістю зображено на *рис. 3.5*.

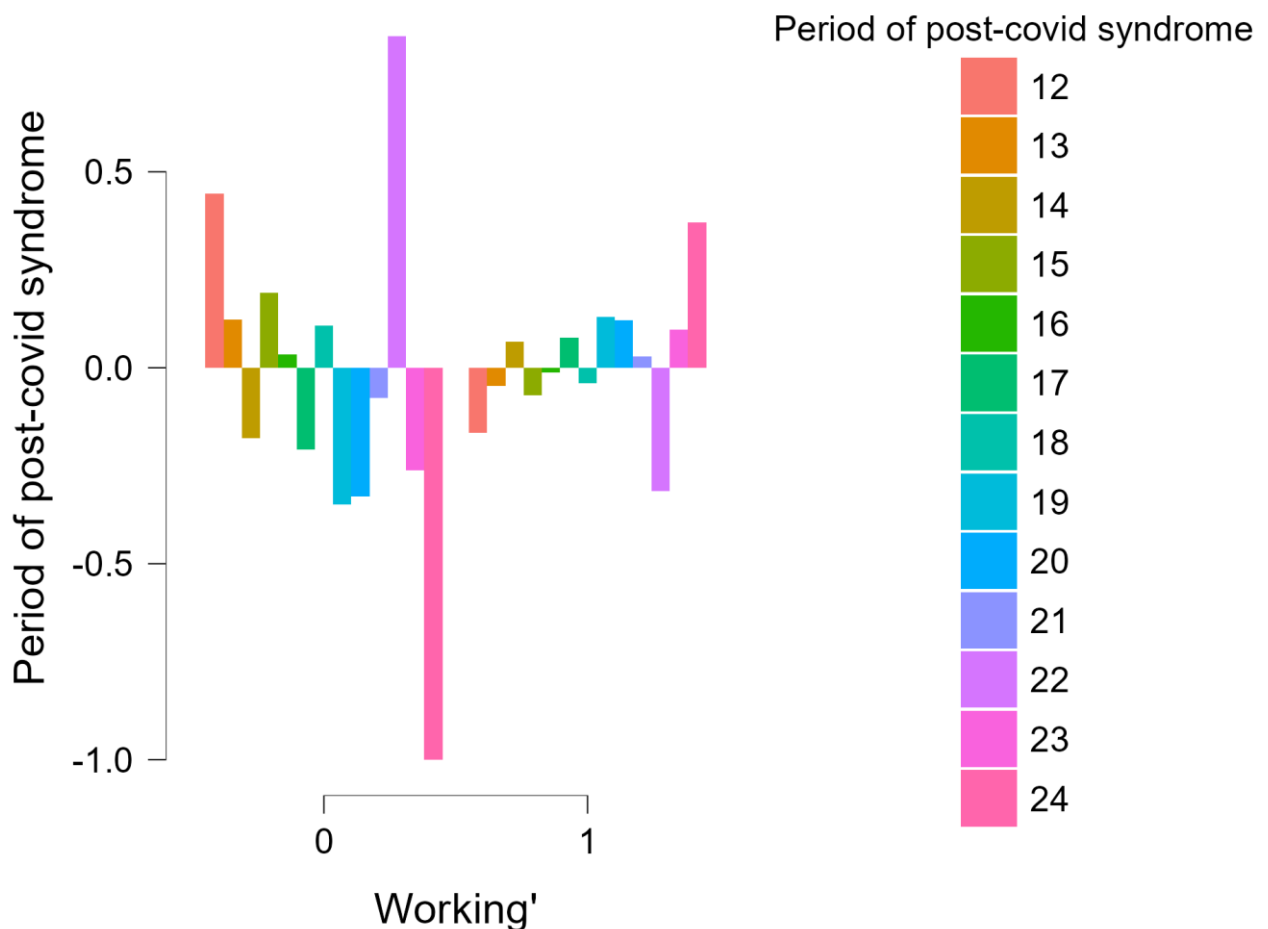


Рис. 3.5. Горизонтальний стовпчастий графік взаємозв'язку між тривалістю постковідного синдрому та працевлаштованістю.

Стать відіграє значну роль у впливі постковідного синдрому. У період до 24 місяців після перенесеного COVID-19 спостерігаються суттєві відмінності між чоловіками та жінками, особливо у пізні періоди. На 24-му місяці чоловіки демонструють значно позитивний вплив, тоді як у жінок цей вплив слабший або навіть негативний. Найбільші зміни симптомів спостерігаються у середні та пізні етапи (16–24 місяці), що свідчить про критичні моменти у процесі одужання, які потребують додаткової уваги медичних фахівців.

Статус шлюбу також впливає на вираженість постковідного синдрому. Одружені демонструють більш різкі коливання впливу з сильними позитивними відхиленнями у пізні періоди (22–24 місяці). Натомість у неодружених результати більш стабільні, з рівномірним розподілом позитивних і негативних відхилень. Це може свідчити про те, що соціальні та психологічні фактори, пов'язані із сімейним життям, відіграють роль у процесі відновлення.

Рівень освіти також впливає на перебіг постковідного синдрому. Люди з вищою освітою частіше демонструють позитивний вплив, особливо у пізні періоди (22–24 місяці). У той же час для людей із середньою освітою вплив є переважно негативним, з найбільшими труднощами у середні періоди (18–20 місяців). Це може бути пов'язано з доступом до ресурсів, медичних послуг та обізнаністю про реабілітацію.

Працевлаштування сприяє кращому відновленню після COVID-19. Працюючі люди демонструють позитивний вплив протягом усього періоду, особливо у пізні терміни (22–24 місяці). Непрацюючі, навпаки, мають більш негативний вплив у середні та пізні періоди, що свідчить про важливість активного способу життя, соціальної інтеграції та регулярної зайнятості у процесі реабілітації.

3.2. Аналіз особливості постковідного синдрому за результатами шкал PHQ-9, GAD-7, SSS-8, PCL-5 та CQLS.

Дослідження за шкалою PHQ-9 показало, що серед 240 учасників лише 27 осіб (11,3%) мали мінімальні прояви депресії, що свідчить про відносно низький рівень депресивної симптоматики.

Легку депресію зафіксовано у 54 осіб (22,5%), що становить значну частку вибірки. Ці учасники мають помірні труднощі, які впливають на їхній емоційний стан, але здатні функціонувати у повсякденному житті. Найбільшу групу становлять учасники з депресією середньої важкості — 101 особа (42,0%), що свідчить про серйозні проблеми, які значно впливають на якість їхнього життя. Важка депресія виявлена у 58 учасників (24,2%), відповідно у яких, депресивні симптоми суттєво обмежують повсякденне життя, роблячи його надзвичайно складним.

Таким чином, більше двох третин учасників (66,2%) мають помірну або важку форму депресії, що підкреслює необхідність посиленої уваги до цієї проблеми, відповідні результати опитування представлені на *рис.3.6*.

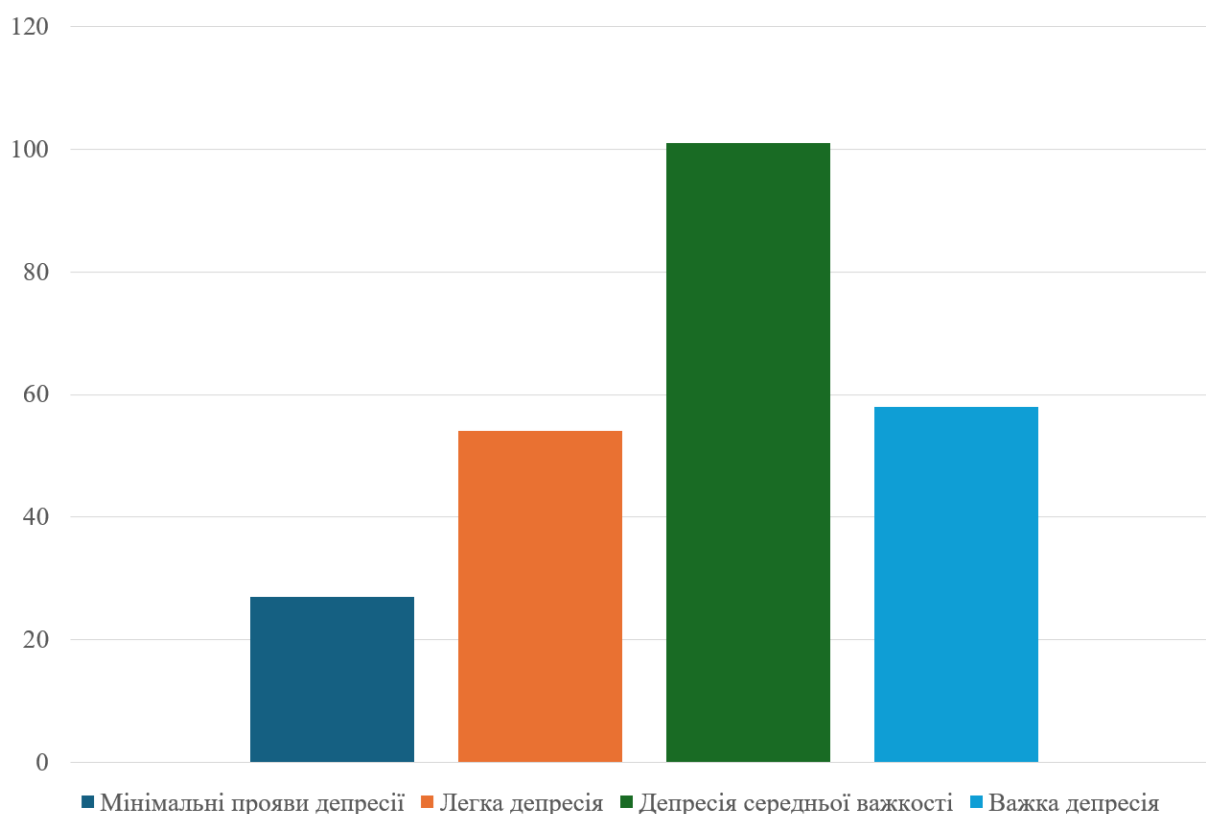


Рис. 3.6. Стовпчаста діаграма результатів оцінювання за опитувальником PHQ-9.

Критерій Д'Агостіно-Пірсона перевірки розподілу на нормальність нормальність за показниками опитувальника PHQ-9: Коефіцієнт асиметрії= -0.024. Коефіцієнт ексцесу= 0.080. Об'єм вибірки N=240. Число ступенів вільності k=2. Chi-square = 0.177, рівень значимості $p \geq 0,9$. Розподіл не відрізняється від нормального на рівні значимості $p \geq 0,9$, результати представлені у *табл. 3.2*.

Таблиця 3.2.

Результати опитувальника PHQ-9 відповідно до розподілу, що не відрізняється від нормального на рівні значимості.

Середнє	С.к.в.	Пох. середнього	Мінімум	Максимум	Лів. (95% ВІ)	Прав. (95% ВІ)
16.36	6.701	0.4326	0	33	15.51	17.21

Дослідження за шкалою GAD-7 показало, що серед 240 учасників 36 осіб (15,0%) мали легкий рівень тривоги. Цей стан був обумовлений періодичними відчуттями занепокоєння або нервозності, які не мають значного впливу на повсякденне життя. Учасники з даним рівнем тривоги, стикаються з короткочасними труднощами, які вони здатні долати самостійно або за підтримки свого соціального оточення.

Чверть учасників, а саме 62 особи (25,8%), мали помірний рівень тривоги. Для них було характерно частіші або більш виражені прояви тривожності, які створюють перешкоди у звичних щоденних справах, наприклад, у роботі чи соціальних контактах. Ці відчуття тривоги можуть бути постійними або загострюватися під час стресових ситуацій, впливаючи на емоційний стан та продуктивність.

Найбільша частка учасників — 142 особи (59,2%) — виявили сильний рівень тривоги. Цей стан супроводжується постійним і неконтрольованим занепокоєнням, яке значно обмежує здатність концентруватися, приймати рішення та функціонувати у повсякденному житті. Сильна тривога може також проявлятися у вигляді фізичних симптомів, таких як напруження у м'язах, прискорене серцебиття чи труднощі зі сном, що додатково впливає на загальний стан здоров'я.

Таким чином, майже 60% учасників демонструють сильну тривогу, яка суттєво переважає в загальній вибірці, що вказує на поширеність інтенсивних емоційних переживань серед досліджуваних осіб, відповідні результати опитування представлені на *рис.3.7*.

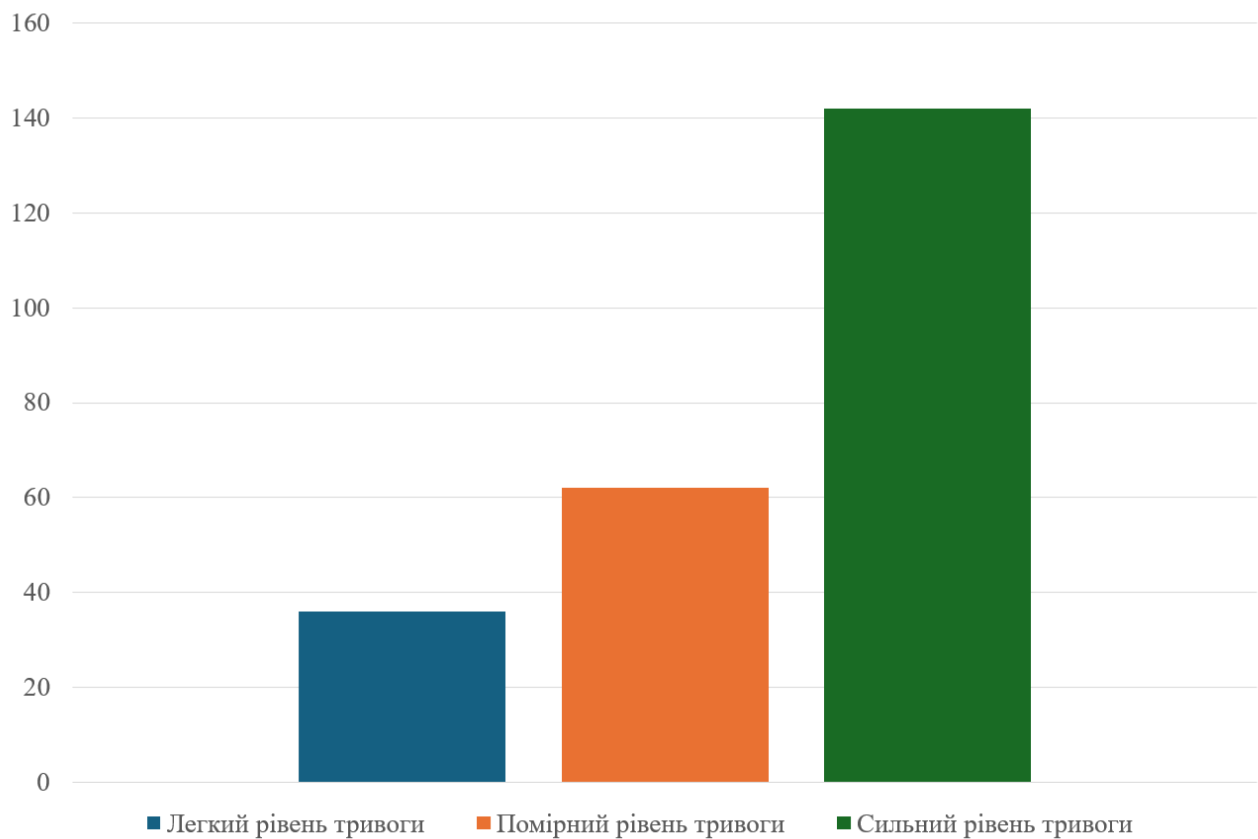


Рис. 3.7. Стовпчаста діаграма результатів оцінювання за опитувальником GAD-7 (n=240).

Критерій Д'Агостіно-Пірсона перевірки розподілу на нормальність за показниками опитувальника GAD-7: Коефіцієнт асиметрії= -0,435. Коефіцієнт ексцесу= -0,818. Об'єм вибірки N=240. Число ступенів вільності k=2. Chi-square=26,500, рівень значимості $p \leq 0,001$. Розподіл відрізняється від нормального на рівні значимості $p \leq 0,001$, результати представлені у *табл. 3.3*.

Таблиця 3.3.

Результати психодіагностичних шкал GAD-7, SSS-8, PCL-5 та CQLS відносно до розподілу, що відрізняється від нормального на рівні значимості.

Назва шкали	Медіана	Q1-Q3	Мінімум	Максимум	Пох. Медани	Лів.(95% ВІ)	Прав.(95% ВІ)
GAD-7	16	12-18	6	21	0.333	15	17
SSS-8	9	6-13	0	19	0.3274	8	10
PCL-5	30	16-41	0	69	1.392	27	34
CQLS	59	45-68	21	82	1.156	57	61

Дослідження за шкалою SSS-8 показало, що серед 240 учасників лише 9 осіб (3,6%) мали мінімальний ступінь інтенсивності соматичних симптомів. У таких людей фізичні відчуття, пов'язані зі станом їхнього здоров'я, майже не викликають дискомфорту і не впливають на їхню повсякденну активність. Ці симптоми, якщо й виникають, сприймаються як несуттєві і швидко минають.

У 73 осіб (30,4%) був виявлений низький ступінь інтенсивності соматичних симптомів. У цій групі фізичні симптоми можуть проявлятися помірно і бути дещо помітними в житті, але рідко стають причиною значних незручностей чи порушень у діяльності. Люди з таким рівнем симптоматики можуть відчувати час від часу невеликий дискомфорт, однак зазвичай вони здатні адаптуватися до цього стану.

Середній ступінь інтенсивності соматичних симптомів виявлено у 70 осіб (29,2%). Ці симптоми можуть бути регулярними і відчутними, значно впливаючи на самопочуття. Для людей із середнім рівнем симптоматики характерні скарги, які можуть знижувати продуктивність, соціальну активність та загальне задоволення життям.

Найбільша частка учасників, 83 особи (34,6%), мала високий ступінь інтенсивності соматичних симптомів. Цей стан супроводжується стійким дискомфортом, що може обмежувати здатність виконувати повсякденні обов'язки. Висока інтенсивність симптомів зазвичай асоціюється з постійними або тривалими фізичними проявами, такими як біль, втома або інші відчуття, які важко ігнорувати.

Лише у 5 осіб (2,1%) спостерігався дуже високий ступінь інтенсивності соматичних симптомів. У цих випадках симптоматика настільки виражена, що може повністю поглинати увагу людини, суттєво обмежуючи її функціонування та впливаючи на якість життя. Такий стан зазвичай асоціюється з сильною емоційною та фізичною напругою.

Таким чином, більшість учасників (63,8%), мають середній або високий ступінь інтенсивності соматичних симптомів, що свідчить про значний вплив фізичних проявів на їхнє самопочуття та повсякденну активність, відповідні результати опитування представлені на *рис.3.8*.

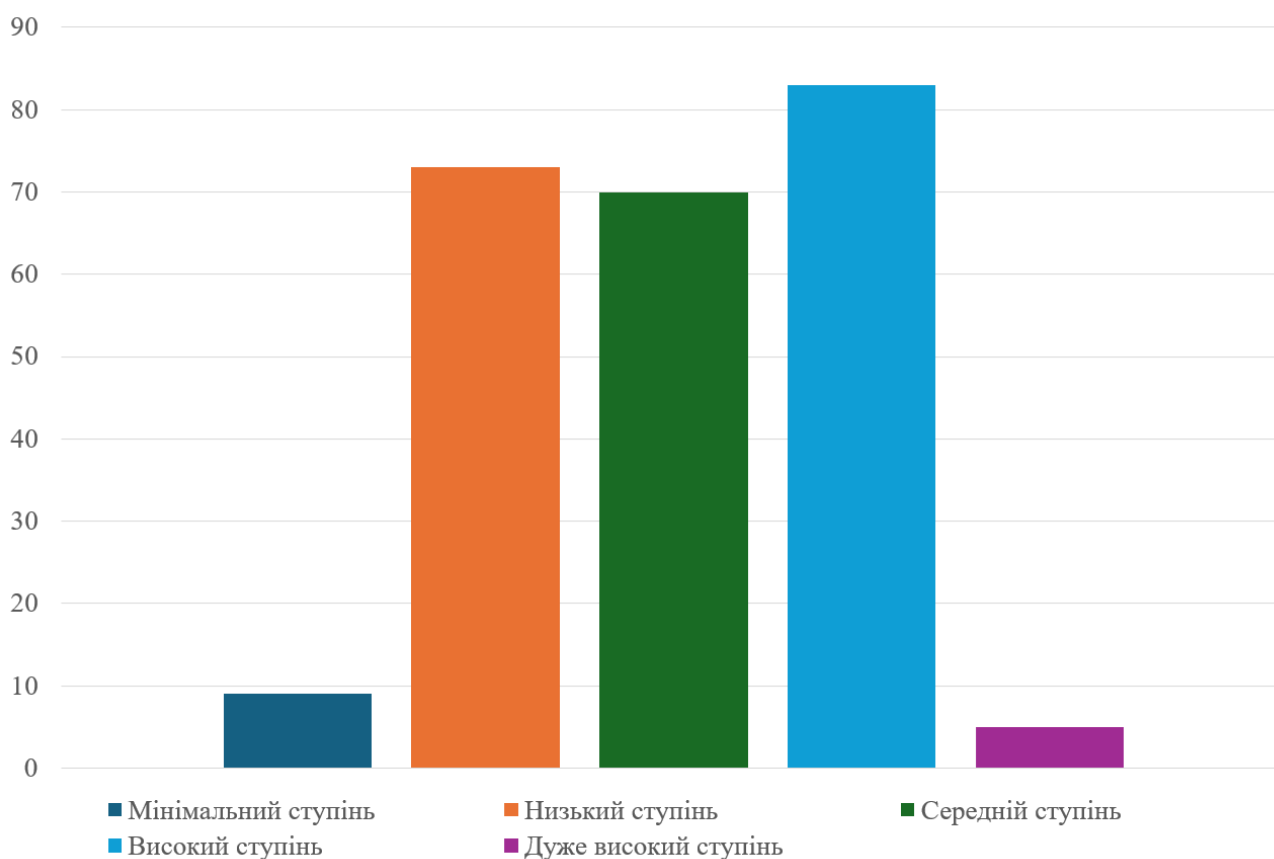


Рис. 3.8. Стовпчаста діаграма результатів оцінювання за опитувальником GAD-7 (n=240).

Критерій Д'Агостіно-Пірсона перевірки розподілу на нормальність за показниками шкали SSS-8: Коефіцієнт асиметрії= -0,054. Коефіцієнт ексцесу= -0,992. Об'єм вибірки N=240. Число ступенів вільності k=2. Chi-square=42,000, рівень

значимості $p \leq 0,001$. Розподіл відрізняється від нормального на рівні значимості $p \leq 0,001$, результати представлені у *табл. 3.3*.

Дослідження за шкалою PCL-5 показало, що у 111 осіб (46,3%) спостерігалися симптоми посттравматичного стресу. Ці симптоми включають тривалі емоційні переживання, пов'язані з травматичними подіями, такими як раптові втрати, відчуття небезпеки для життя чи свідчення насильства. У контексті війни в Україні ці симптоми часто обумовлені тривалим перебуванням у зоні бойових дій, постійними обстрілами, евакуацією з рідних домів, втратами близьких або майга. Нав'язливі спогади про травматичні події, підвищена пильність і емоційна напруженість стають звичним супутником життя, значно знижуючи здатність до адаптації і впливаючи на повсякденне функціонування.

У 129 осіб (53,7%) клінічно значущі симптоми посттравматичного стресу були відсутні. Це свідчить про відносно збережену здатність до емоційної регуляції та адаптації до важких умов війни. Проте, деякі учасники знаходили способи впоратися з викликами завдяки соціальній підтримці, внутрішній стійкості чи особливостям свого досвіду. Однак навіть у цій групі спостерігались періодичні спогади або емоційні реакції, пов'язані з травматичними подіями, які не досягають інтенсивності, характерної для клінічно значущих симптомів, відповідні результати опитування представлені на *рис.3.9*.

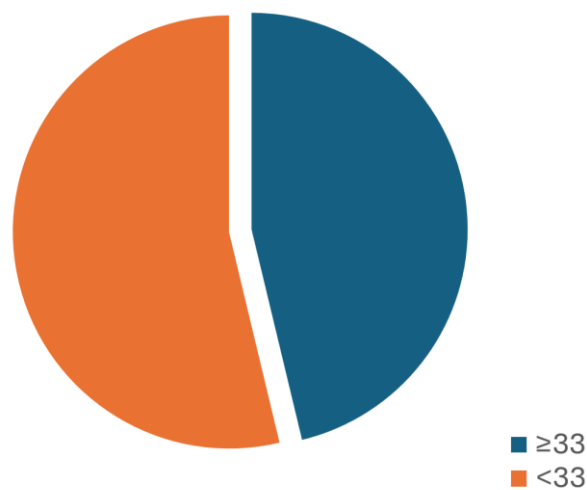


Рис. 3.9. Секторна діаграма результатів оцінювання за опитувальником PCL-5 (n=240).

Критерій Д'Агостіно-Пірсона перевірки розподілу на нормальність за показниками шкали PCL-5: Коефіцієнт асиметрії= 0,210. Коефіцієнт ексцесу= -0,677. Об'єм вибірки $N=240$. Число ступенів вільності $k=2$. Chi-square=11,900, рівень значимості $p=0,003$. Розподіл відрізняється від нормального на рівні значимості $p=0,003$, результати представлені у *табл. 3.3*.

Дослідження якості життя за шкалою CQLS серед 240 учасників показало, що лише 10 осіб (4,2%) мали високий рівень якості життя. Ці люди відчують емоційне та фізичне благополуччя, задоволені своїм станом і здатні реалізовувати свої потреби й цілі. Висока якість життя свідчить про їхню адаптованість, позитивне сприйняття навколишнього світу та внутрішню стійкість, незважаючи на обставини.

У 60 осіб (25,0%) якість життя була оцінена на середньому рівні. Це означає, що учасники можуть справлятися з базовими життєвими завданнями, проте відчують певні обмеження або труднощі, які впливають на їхнє емоційне чи фізичне самопочуття. Цей рівень якості життя може свідчити про те, що люди знаходяться у стані балансування між зовнішніми викликами та власними ресурсами.

Низький рівень якості життя був зафіксований у 72 осіб (30,0%). У цій групі значно частіше спостерігається дискомфорт, викликаний фізичними, емоційними чи соціальними проблемами. Такі люди можуть відчувати труднощі у щоденному житті, обмеження у своїх можливостях або постійний стрес, що знижує їхнє задоволення від життя.

Найбільша частка учасників, 98 осіб (40,8%), мала вкрай низький рівень якості життя. Це свідчить про значні труднощі в їхньому повсякденному існуванні, які впливають на всі аспекти їхнього життя — фізичний, емоційний і соціальний. У таких людей може бути відчуття безнадії, зниження енергії, обмеження можливостей для соціальної взаємодії та самореалізації.

Ці результати демонструють, що більшість учасників дослідження (70,8%) стикаються із серйозними викликами, які впливають на їхню якість життя, що може бути пов'язано з тривалим впливом стресових факторів, зокрема постковідного синдрому, а також в умовах війни та її наслідків, відповідні результати опитування представлені на *рис.3.10*.

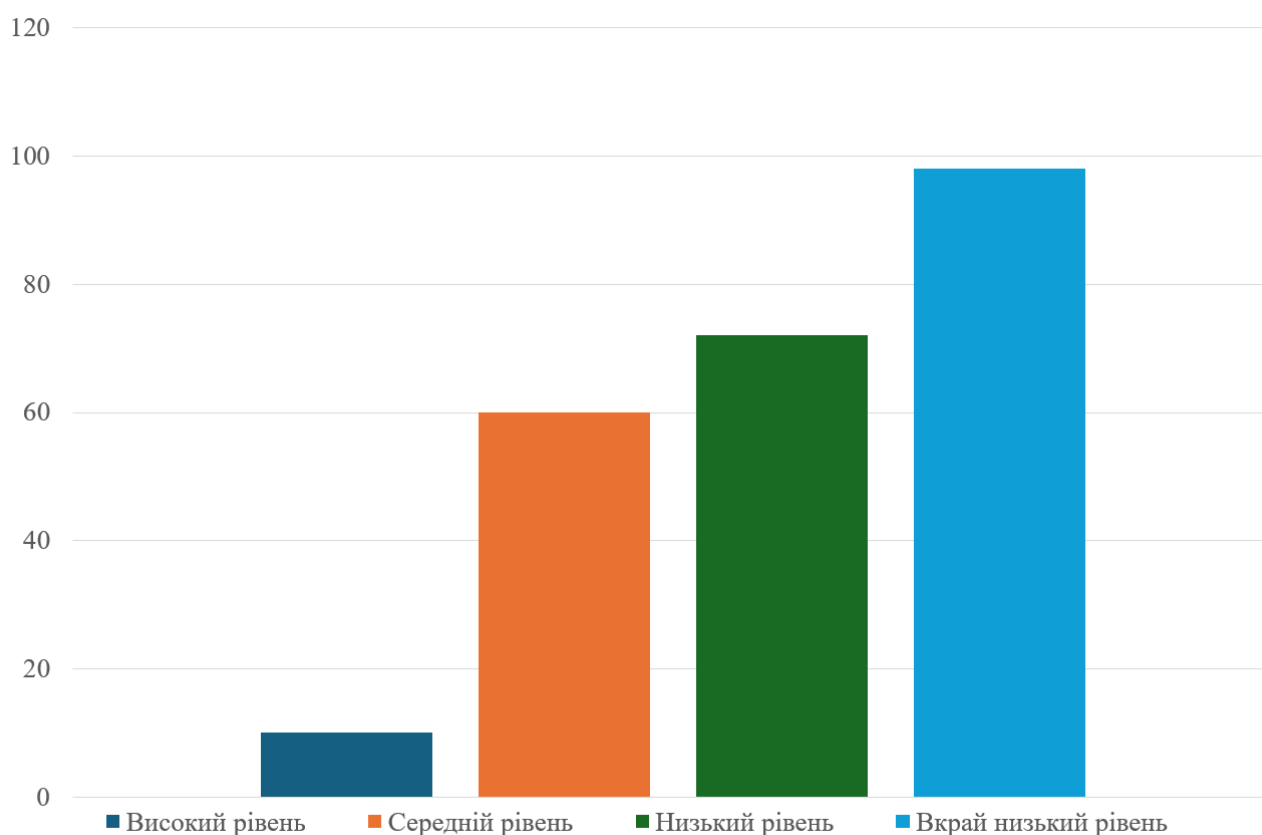


Рис. 3.10. Стовпчаста діаграма результатів оцінювання за шкалою CQLS (n=240).

Критерій Д'Агостіно-Пірсона перевірки розподілу на нормальність за показниками шкали CQLS: Коефіцієнт асиметрії= -0,522. Коефіцієнт ексцесу= -0,623. Об'єм вибірки N=240. Число ступенів вільності k=2. Chi-square=18,000, рівень значимості $p \leq 0,001$. Розподіл відрізняється від нормального на рівні значимості $p \leq 0,001$, результати представлені у **Таблиці 3.3**.

3.3. Багатофакторний регресійний аналіз постковідного синдрому за результатами шкал PHQ-9, GAD-7, SSS-8, PCL-5 та CQLS.

Оскільки кореляційний аналіз дозволяє оцінити силу зв'язку між постковідним синдромом та однією змінною, його буде недостатньо для побудови максимально повної моделі та структури даного явища. Тому, після проведення кореляційного аналізу було проведено багатофакторний лінійний регресійний аналіз із постковідного синдрому як залежною змінною та оцінено значення різних факторів (незалежних змінних).

На основі отриманих результатів можна зробити декілька висновків.

1. Вік і соціальні фактори. Вік має помітний позитивний зв'язок із сімейним станом (0.51) та рівнем освіти (0.402). Це може свідчити про те, що старші люди частіше перебувають у шлюбі або мають вищий рівень освіти. Інші зв'язки, наприклад, з якістю життя (0.066) чи соматичними симптомами (-0.01), є слабкими або відсутніми, що свідчить про мінімальний вплив віку на ці показники.

2. Стать і психосоціальні змінні. Стать демонструє відсутність значущих кореляцій з більшістю змінних. Наприклад, зі шкалами депресії (PHQ-9: -0.025), тривожності (GAD-7: 0.114) чи посттравматичних симптомів (PCL-5: 0.021) кореляції дуже слабкі. Це свідчить про те, що стать у цій вибірці не має суттєвого впливу на психічний стан або соціальні фактори.

3. Сімейний стан і робота. Сімейний стан демонструє сильний зв'язок із віком (0.51) та помірний із рівнем освіти (0.333), що підтверджує соціальні тенденції щодо старших і більш освічених осіб, які перебувають у шлюбі. Робота має слабкий позитивний зв'язок із якістю життя (0.154), що вказує на можливий вплив зайнятості на покращення самопочуття.

4. Рівень освіти і психосоціальні показники. Рівень освіти помірно корелює з віком (0.402) і сімейним станом (0.333), але демонструє слабкі або відсутні зв'язки з психічними показниками, наприклад, депресією (0.117) чи тривожністю (-0.101). Це свідчить про те, що освіта впливає переважно на соціальні аспекти, а не на психічне здоров'я.

5. Тривалість постковідного синдрому. Тривалість постковідного стану має слабкий позитивний зв'язок із рівнем освіти (0.15) та роботою (0.088), але слабкий негативний зв'язок із соматичними симптомами (-0.14). Це може вказувати на те, що постковідні симптоми менше проявляються у більш освічених і працюючих осіб, хоча цей ефект незначний.

6. Депресія (PHQ-9) і тривожність (GAD-7). Шкала депресії має слабкі кореляції з іншими змінними, наприклад, із соматичними симптомами (-0.134) чи якістю життя (0.05). Подібно до цього, шкала тривожності демонструє слабкий негативний зв'язок із якістю життя (-0.074). Це вказує на те, що депресія і тривожність мають обмежений вплив на соціальні та демографічні фактори.

7. Соматичні симптоми (SSS-8). Соматичні симптоми мають слабкий зв'язок із депресією (-0.134) та тривожністю (0.044), але майже не корелюють із віком, освітою чи іншими соціальними факторами. Це може свідчити про те, що соматичні прояви не залежать від соціально-демографічного статусу.

8. Якість життя (CQLS). Якість життя має слабкий позитивний зв'язок із роботою (0.154) та слабкі зв'язки із психічними показниками, такими як депресія (0.05) та тривожність (-0.074). Це свідчить про те, що якість життя визначається переважно іншими факторами, ніж ті, що були оцінені в цій вибірці.

Кореляційна матриця показує, що більшість зв'язків між змінними є слабкими або відсутніми, що свідчить про те, що психічні показники (депресія, тривожність, соматичні симптоми) не залежать значною мірою від соціально-демографічних характеристик. Найбільш виражені зв'язки спостерігаються між віком, сімейним станом та освітою, що відображає загальні соціальні тенденції. Сила і напрямки кореляції між соціально-демографічними та клінічними змінними представлені на *рис. 3.11*.

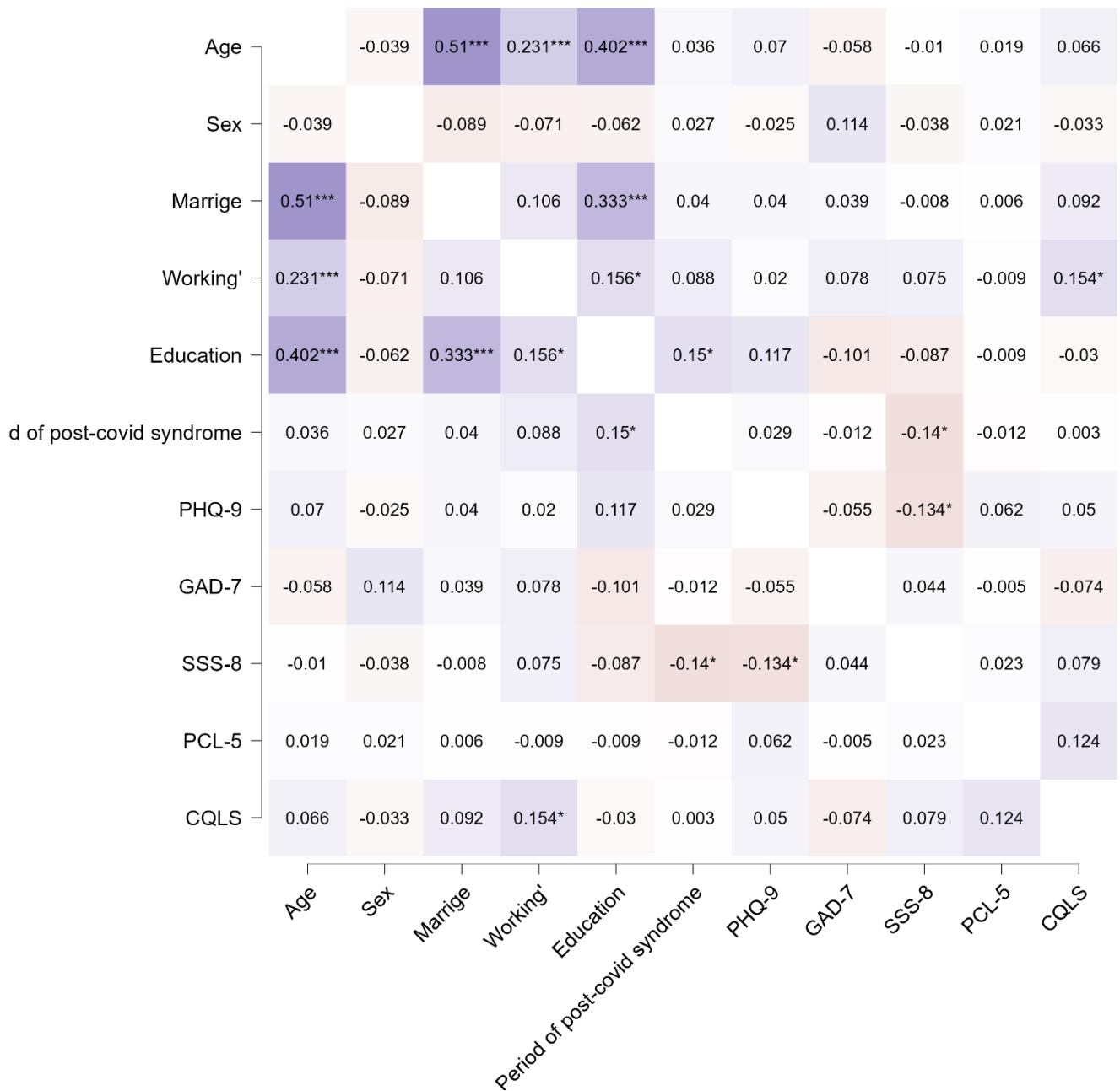


Рис. 3.11. Теплова кореляційна матриця сили та напрямку кореляції між соціально-демографічними та клінічними змінними.

Після того, як було розпочато виконання покрокової прямої регресії та додано лише блок соціально-демографічних факторів **Модель 1** (вік, стать, сімейний статус, освіта та тривалість постковідного синдрому) було виявлено:

1. Рівень освіти має статистично значущий вплив на залежну змінну (постковідного синдрому). Стандартизований коефіцієнт для освіти становить 0.157, а значення $p=0.029$ свідчить про те, що вплив є статистично значущим. Це

означає, що вищий рівень освіти пов'язаний із покращенням стану або зменшенням симптомів постковідного синдрому. Можливим поясненням є те, що люди з вищим рівнем освіти можуть краще розуміти стан свого здоров'я, мати доступ до більш якісної інформації та ефективніше управляти своїм станом.

2. Інші незалежні змінні (вік, стать, сімейний стан і зайнятість) не мають статистично значущого впливу на залежну змінну в цій моделі, оскільки їхні значення p перевищують стандартний поріг значущості ($p < 0.05$). Наприклад, для змінної «вік» значення $p = 0.559$, що свідчить про відсутність статистично значущого впливу.

3. Модель показала високий рівень впливу константи (intercept), яка становить 15.801. Це може свідчити про те, що основний рівень залежної змінної залишається досить високим навіть за відсутності значного впливу інших змінних.

Загалом, результати вказують на важливу роль освіти в управлінні або полегшенні симптомів постковідного синдрому. Внесок окремих змінних Моделі 1 представлено у **Таблиці 3.4**.

Таблиця 3.4.

Моделі лінійної регресії із постковідним синдромом як залежною змінною та соціально демографічними незалежними змінними (n=240).

Показник	Моделі 1: Соціально-демографічні змінні				
	B	SE	β	t	p
Інтерцепт	15.801	0.811		19.481	< .001
Вік (роки)	-0.016	0.027	-0.046	-0.585	0.559
Стать [Жіноча]	0.241	0.386	0.041	0.625	0.532
Сімейний статус [Одружений]	0.042	0.478	0.007	0.088	0.930
Працевлаштованість [Працевлаштований]	0.510	0.443	0.077	1.152	0.251
Освіта [Середня]	0.955	0.436	0.157	2.192	0.029

$F(5, 234) = 1.442$, $p = 0.210$, $R = 0.173$, $R^2 = 0.030$, Скорегований $R^2 = 0.009$, $VIF < 2$, $AIC = 1208.806$

Після додавання блоку клінічних факторів (тривога, депресія, посттравматичний стрес, інтенсивність соматичних провів та якість життя) до моделі лінійної регресії (**Модель 2**) було виявлено:

1. Значущий інтерцепт ($p < 0.001$) свідчить про те, що середнє значення залежної змінної, коли всі предиктори дорівнюють нулю, є статистично відмінним від нуля. Це вказує на те, що базовий рівень залежної змінної є важливим компонентом моделі.

2. Серед предикторів значущий вплив на залежну змінну має лише SSS-8. Негативний стандартизований коефіцієнт (-0.134) і статистично значуще значення ($p = 0.043$) вказують на те, що вищі рівні соматичних симптомів асоціюються зі зниженням значення залежної змінної. Це може свідчити про важливість фізичних симптомів у прогнозуванні результату, що потребує подальшого аналізу для визначення точного характеру цього зв'язку.

3. Рівень освіти також показав тенденцію до впливу на залежну змінну ($p = 0.052$), хоча цей показник лише наближається до статистичної значущості. Позитивний стандартизований коефіцієнт (0.143) вказує на те, що вищий рівень освіти потенційно пов'язаний із покращенням значення залежної змінної, проте для підтвердження цього результату необхідно використовувати більшу вибірку.

4. Інші предиктори, включаючи вік, стать, шлюбний статус, працевлаштування, PHQ-9 (депресія), GAD-7 (тривожність), PCL-5 (посттравматичний стрес) і CQLS (якість життя), не показали статистично значущого впливу ($p > 0.05$).

Внесок окремих змінних Моделі 2 представлено у **табл. 3.5**.

Таблиця 3.5.

Модель лінійної регресії із постковідним синдромом як залежною змінною та соціально демографічними та клінічними незалежними змінними (n=240).

Показник	Модель 2: Соціально-демографічні та клінічні змінні				
	B	SE	β	t	p
Інтерцепт	16.747	1.476		11.348	< .001
Вік (роки)	-0.016	0.027	-0.046	-0.576	0.565

Стать [Жіноча]	0.217	0.390	0.036	0.556	0.579
Сімейний статус [Одружений]	0.052	0.484	0.008	0.107	0.915
Працевлаштованість [Працевлаштований]	0.583	0.454	0.087	1.284	0.200
Освіта [Середня]	0.868	0.444	0.143	1.955	0.052
PHQ-5	-0.002	0.029	-0.004	-0.058	0.954
GAD-7	-0.004	0.048	-0.005	-0.081	0.935
SSS-8	-0.098	0.048	-0.134	-2.035	0.043
PCL-5	-0.001	0.011	-0.008	-0.117	0.907
CQLS	0.002	0.014	0.009	0.129	0.897

$F(10, 229)=1.142$, $p=0.332$, $R=0.218$, $R^2=0.048$, Скорегований $R^2= 0.006$, $VIF<2$, $AIC=1214.409$

Також було проведено окрему модель лінійної регресії (**Модель 3**) клінічних факторів тривога, депресія, посттравматичний стрес, інтенсивність соматичних провів та якість життя, було виявлено:

1. Інтерсепт є високозначущим ($p<0.001$), що свідчить про суттєвий базовий рівень залежної змінної за відсутності впливу предикторів. Це вказує на наявність важливого початкового значення, яке не залежить від включених змінних.

2. Серед усіх предикторів лише шкала соматичних симптомів (SSS-8) показала статистично значущий вплив ($p=0.035$). Негативний стандартизований коефіцієнт (-0.139) вказує на те, що збільшення соматичних симптомів асоціюється зі зменшенням залежної змінної. Цей результат підкреслює важливість фізичних симптомів у моделі, що може бути важливим для практичної інтерпретації.

3. Інші змінні, такі як депресія (PHQ-9), тривожність (GAD-7), посттравматичний стрес (PCL-5) та якість життя (CQLS), не продемонстрували статистично значущого впливу ($p>0.05$). Це свідчить про те, що їхній прямий вплив на залежну змінну у межах цієї моделі є слабким або відсутнім. Можливо, ці змінні впливають на результат опосередковано чи за участі інших факторів.

У підсумку, результати вказують на ключову роль соматичних симптомів у прогнозуванні залежної змінної. Внесок клінічних змінних Моделі 3 представлено у *табл. 3.6.*

Таблиця 3.6.

Модель лінійної регресії із постковідним синдромом як залежною змінною та клінічними незалежними змінними (n=240).

Показник	Модель 3: Клінічні змінні				
	B	SE	β	t	p
PHQ-5	-0.002	0.029	-0.004	-0.058	0.954
GAD-7	-0.004	0.048	-0.005	-0.081	0.935
SSS-8	-0.098	0.048	-0.134	-2.035	0.043
PCL-5	-0.001	0.011	-0.008	-0.117	0.907
CQLS	0.002	0.014	0.009	0.129	0.897

$F(5, 234)=0.956$, $p=0.446$, $R=0.141$, $R^2=0.020$, Скорегований $R^2= -0.001$, $VIF<2$, $AIC=1211.238$

Додатково, виключення соціально-демографічних і клінічних змінних з моделі не призвело до істотного зниження R^2 . Коефіцієнт інфляції дисперсії (VIF) для всіх змінних у всіх 3 моделях був менше 2, що вказує на відсутність мультиколінеарності.

Проведений багатфакторний регресійний аналіз дозволив оцінити вплив соціально-демографічних та клінічних факторів на прояви постковідного синдрому. Результати аналізу свідчать, що більшість соціально-демографічних змінних, таких як вік, стать, сімейний стан та працевлаштування, не мають значущого впливу на рівень постковідного синдрому. Єдиним соціальним фактором, який наближався до статистичної значущості, був рівень освіти, що може вказувати на його роль у покращенні стану або зменшенні симптомів. Особи з вищим рівнем освіти, ймовірно, мають більше знань про свій стан здоров'я та кращий доступ до ресурсів, що допомагають справлятися з наслідками COVID-19.

Аналіз клінічних факторів виявив, що лише соматичні симптоми мали статистично значущий вплив на залежну змінну у всіх моделях. Негативний вплив соматичних симптомів вказує на те, що їх підвищена інтенсивність асоціюється зі зниженням рівня залежної змінної, що підкреслює важливість фізичних проявів у загальній картині постковідного синдрому. Інші клінічні показники, такі як депресія, тривожність, посттравматичний стрес та якість життя, не показали значущого впливу, що може свідчити про їхній менш важливий або опосередкований внесок.

Високозначущий інтерсепт у всіх моделях свідчить про те, що базовий рівень залежної змінної залишається вагомим навіть за відсутності значного впливу інших факторів. Це може означати наявність додаткових змінних, які не були включені в аналіз, або сильний вплив базових характеристик популяції.

Відсутність мультиколінеарності, підтверджена низькими показниками VIF, забезпечує надійність отриманих результатів. Загалом, результати підкреслюють важливість інтеграції клінічних характеристик, зокрема соматичних симптомів, у підходи до діагностики та лікування постковідного синдрому, тоді як соціально-демографічні фактори відіграють другорядну роль.

Висновки до розділу 3.

1. Стать, статус шлюбу, рівень освіти та працевлаштування мають значний вплив на вираженість постковідного синдрому. Чоловіки, одружені, люди з вищою освітою та працевлаштовані демонструють кращі результати в процесі відновлення, особливо в пізні періоди після перенесеного COVID-19. Це підкреслює важливість соціальних, психологічних та освітніх факторів у реабілітації пацієнтів з постковідним синдромом.
2. Багатофакторний регресійний аналіз показав, що соціально-демографічні фактори, зокрема вік, стать, сімейний стан та працевлаштування, не мають значного впливу на прояви постковідного синдрому, за винятком рівня освіти, який може покращувати стан пацієнтів. Соматичні симптоми продемонстрували статистично значущий вплив на рівень постковідного синдрому, що підкреслює їх важливість у процесі відновлення. Інші клінічні показники, такі як депресія та тривожність, не мали істотного впливу, що свідчить про їхній менш значущий внесок у загальний стан пацієнтів.
3. Дослідження показало високий рівень депресії та тривоги серед учасників, зокрема більше двох третин мають помірну або важку форму депресії, а майже 60% страждають від сильної тривоги. Соматичні симптоми також мають значний вплив на повсякденне життя, з 63,8% учасників, у яких виявлено середній або високий ступінь інтенсивності таких симптомів. Порівняно з іншими групами, значний відсоток учасників (46,3%) має симптоми посттравматичного стресу. Більшість досліджуваних мають низький або дуже низький рівень якості життя, що вказує на серйозні труднощі в адаптації до стресових ситуацій. Ці результати підкреслюють необхідність комплексної підтримки для покращення психічного та фізичного благополуччя учасників.

Результати, викладені в даному розділі, опубліковано в наступних наукових працях автора:

1. Бурдейний, А. (2024). Програма медико-психологічної реабілітації тривожних та депресивних постковідних порушень в умовах дистанційної взаємодії. *Психосоматична медицина та загальна практика*, 9(3). <https://doi.org/10.26766/pmgrp.v9i3.526>
2. Бурдейний, А., & Чабан, О. (2024). Симптоми посттравматичного стресу та їх корекція через дистанційну реабілітацію у пацієнтів з постковідним синдромом під час війни. *Психосоматична медицина та загальна практика*, 9(4). <https://doi.org/10.26766/pmgrp.v9i4.545>
3. Бурдейний, А. (2025). Модель медико-психологічної реабілітації постковідного синдрому: оцінка ефективності програми дистанційної взаємодії в умовах війни. *Психосоматична медицина та загальна практика*, 10(1). <https://doi.org/10.26766/pmgrp.v10i1.546>

РОЗДІЛ 4. ПРОГРАМА МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ТРИВОЖНИХ ТА ДЕПРЕСИВНИХ ПОСТКОВІДНИХ ПОРУШЕНЬ В УМОВАХ ДИСТАНЦІЙНОЇ ВЗАЄМОДІЇ

4.1. Структура розробленої програми медико-психологічної реабілітації в умовах дистанційної взаємодії

Протокол медико-психологічної реабілітації тривожних та депресивних постковідних порушень в умовах дистанційної взаємодії охоплює 10 сесій, кожна з яких тримає 60 хвилин, які спрямовані на психоосвіту, розвиток навичок емоційної саморегуляції, опанування технік майндфулнесу, а також інтеграцію технік тілесно-орієнтованої терапії та наративних методів. Кожна сесія надає учасникам конкретні інструменти для роботи з стресом, тривогою та депресією, дозволяючи їм краще зрозуміти свої переживання та розвивати стійкість до викликів повсякденного життя.

Програма проводиться виключно в онлайн-форматі, використовуючи засоби сервіси відеодзвінку, забезпечуючи доступність і комфорт для пацієнтів в режимі реального часу. Завдяки індивідуальному підходу та інтеграції сучасних методів терапії, програма спрямована на довгострокове поліпшення психологічного стану учасників та їх адаптацію до нових умов життя. Даний формат являється одним з можливостей реалізації проактивного підходу психолого-психіатричної допомоги для пацієнтів, реалізуючи можливості не тільки у стаціонарній допомозі, а й дистанційній взаємодії, з залученням фахівців у комплексній мультидисциплінарній команді. Зміст та структура сесії психологічного втручання представлено в *табл. 4.1.*

Наприкінці кожної сесії, за винятком першої та останньої підсумкової, учасники отримували спеціально розроблені короткі домашні завдання, що були спрямовані на закріплення матеріалу, який було опрацьовано під час заняття, та включали практичні вправи для розвитку навичок саморегуляції. Учасникам рекомендувалося виконувати ці завдання між сесіями, щоб інтегрувати отримані знання та навички у повсякденне життя.

Таблиця 4.1.

Програма медико-психологічної реабілітації в умовах дистанційної взаємодії

Сесія	Зміст сесії	Структура сесії
Сесія № 1. Психосвіта про постковідний синдром, стрес тривоги та депресію	Введення в програму, формування базового розуміння постковідного синдрому, тривоги, депресії та стресу.	• Обговорення мети та структури програми. • Визначення, що таке постковідний синдром і як він впливає на психічне здоров'я. • Введення в поняття тривоги, депресії та стресу, їх симптоми та вплив на життя. • Обговорення очікувань від програми та встановлення цілей для кожного учасника.
Підсумок: на завершення <i>сесії № 1</i> буде сформоване базове розуміння учасниками того, що таке постковідний синдром та як він впливає на їхнє психічне здоров'я, а також усвідомлення симптомів тривоги, депресії та стресу та їх впливу на повсякденне життя. Учасники також матимуть чітке уявлення про цілі та структуру програми і зможуть визначити особисті цілі та очікування від програми. Це закладе основу для подальшої роботи та підготує їх до ефективного проходження наступних етапів програми.		
Сесія № 2. Когнітивна реактивація	Визначення апарату когнітивних процесів для розпізнавання та зміни негативних патернів мислення.	• Визначення негативних патернів мислення, таких як катастрофізація та поляризоване мислення. • Практичні вправи на розпізнавання автоматичних негативних думок. • Стратегії заміни негативних думок на більш раціональні. • Домашнє завдання: ведення щоденника думок, де пацієнт записує

		негативні думки та їх альтернативи.
Підсумок: на завершення <i>сесії № 2</i> учасники навчатимуться розпізнавати свої негативні патерни мислення, такі як катастрофізація та поляризоване мислення, і зможуть ідентифікувати автоматичні негативні думки. Вони також опанують стратегії заміни цих негативних думок на більш раціональні та конструктивні. Домашнє завдання у вигляді ведення щоденника думок дозволить їм закріпити навички, отримані під час сесії, та практикувати їх у повсякденному житті. Це сприятиме поступовій зміні деструктивних когнітивних схем на більш здорові й підтримуючі.		
Сесія № 3. Майндфулнес та медитація	Навчання учасників базовими навичками майндфулнесу та медитації для зменшення рівня тривоги та стресу, а також підвищення емоційної стабільності.	• Ознайомлення з концепцією майндфулнесу та його перевагами. • Вправи на зосередження уваги на теперішньому моменті. • Введення в медитаційні практики, дихальні вправи. • Практичні заняття з короткими медитаціями на сесії. • Домашнє завдання: щоденна практика майндфулнесу та короткі медитації.
Підсумок: на завершення <i>сесії № 3</i> учасники ознайомляться з концепцією майндфулнесу, зрозуміють його переваги для зменшення тривоги та стресу, а також почнуть освоювати базові техніки майндфулнесу та медитації. Вони отримають практичний досвід медитаційних вправ і дихальних технік під час сесії, що сприятиме підвищенню їхньої емоційної стабільності. Домашнє завдання у вигляді щоденної практики майндфулнесу та коротких медитацій допоможе закріпити навички та інтегрувати їх у повсякденне життя для підтримання психічного здоров'я.		
Сесія № 4. Психологічна гнучкість та відповідальність	Формування прийняття важких емоцій і думок, визначення своєї цінності та застосування їх для	• Практика прийняття неприємних емоцій та думок без спроби їх змінити.

	керування своєю поведінкою.	• Вправа на визначення особистих цінностей та зосередження на них. • Розробка плану дій, заснованого на цінностях, для подолання викликів. • Домашнє завдання: написання особистого маніфесту цінностей та спроби діяти відповідно до них у повсякденному житті.
--	-----------------------------	--

Підсумок: на завершення *сесії № 4* учасники навчаться приймати важкі емоції та думки без спроби їх змінити, що сприятиме розвитку психологічної гнучкості. Вони визначать свої особисті цінності, зосередяться на них і розроблять план дій, заснований на цих цінностях, для ефективного подолання життєвих викликів. Домашнє завдання у вигляді написання особистого маніфесту цінностей та спроби діяти відповідно до них у повсякденному житті допоможе учасникам інтегрувати ці знання та навички у свої повсякденні практики, що сприятиме більш свідомому та осмисленому життю.

Сесія № 5. Тілесна реактивація	Робота з усвідомленням та управлінням тілесними відчуттями для регуляції емоційного стану.	• Пояснення взаємозв'язку між тілесними відчуттями та емоціями. • Практика усвідомлення своїх тілесних відчуттів у відповідь на стресові ситуації. • Вправи на релаксацію та зменшення напруги в тілі. • Домашнє завдання: ведення щоденника тілесних реакцій на стрес та впровадження технік релаксації у повсякденному житті.
---------------------------------------	--	--

Підсумок: на завершення *сесії № 5* учасники усвідомлять взаємозв'язок між своїми тілесними відчуттями та емоціями, навчаться розпізнавати та керувати

тілесними реакціями на стресові ситуації. Вони освоюють техніки релаксації для зменшення напруги в тілі та зможуть застосовувати їх у повсякденному житті для регуляції емоційного стану. Домашнє завдання у вигляді ведення щоденника тілесних реакцій на стрес допоможе закріпити ці навички та інтегрувати їх у щоденні практики, що сприятиме покращенню загального психофізичного стану.

Сесія № 6. Переосмислення та нові сенси

Переписування особистої історії для формування позитивного переосмислення минулих травм.

- Обговорення особистих історій учасників, визначення ключових подій.
- Вправи на переписування своєї історії з акцентом на позитивних змінах та розвитку.
- Домашнє завдання: написання альтернативної версії своєї життєвої історії, де учасник виступає в ролі активного творця свого життя.

Підсумок: на завершення *сесії № 6* учасники зможуть переосмислити свої минулі травматичні події, знайти в них позитивні аспекти та нові смисли, які сприяють їх особистісному розвитку. Вони навчаться переписувати свою життєву історію з акцентом на власному активному впливі на події та зміни в житті. Домашнє завдання у вигляді написання альтернативної версії своєї історії дозволить учасникам закріпити цей підхід, бачити себе як активних творців свого життя і сприяти відновленню внутрішньої гармонії та впевненості в собі.

Сесія № 7. Арт-терапія та письмові вправи

Використання творчості для вираження та обробки емоцій.

- Ознайомлення з принципами арт-терапії.
- Практика вираження емоцій через малювання, колажі або інші форми творчості.
- Обговорення творчих робіт як інструменту для самовираження та подолання важких емоцій.
- Домашнє завдання: створення арт-об'єкта або написання розповіді, яка

		відображає внутрішній стан.
Підсумок: на завершення <i>сесії № 7</i> учасники навчатися використовувати творчі методи, такі як малювання, створення колажів або написання текстів, для вираження та опрацювання своїх емоцій. Вони зрозуміють, як арт-терапія може слугувати ефективним інструментом для самовираження та подолання важких емоцій. Домашнє завдання, яке включає створення арт-об'єкта або написання розповіді, дозволить учасникам поглибити своє розуміння внутрішнього стану та інтегрувати творчість у процес власного емоційного покращення.		
Сесія № 8. Підтримуюча терапія	Надання емоційної підтримки та створення безпечного простору для обговорення поточних труднощів.	• Обговорення поточних викликів учасників програми. • Створення атмосфери підтримки та розуміння. • Практика активного слухання та емпатії. • Домашнє завдання: розробка стратегії самопідтримки та застосування її на практиці.
Підсумок: на завершення <i>сесії № 8</i> учасники отримають емоційну підтримку та створять безпечний простір для обговорення своїх поточних труднощів. Вони навчатися практикувати активне слухання та емпатію, що сприятиме глибшому розумінню один одного. Домашнє завдання у вигляді розробки стратегії самопідтримки допоможе учасникам створити індивідуальні механізми для подолання труднощів і застосовувати їх у повсякденному житті, що підтримає їхню емоційну стійкість і розвиток.		
Сесія № 9. Формування стресостійкості	Формування стратегій для підвищення стійкості до стресу.	• Ознайомлення з основними техніками стресостійкості. • Розробка плану дій для управління стресовими ситуаціями. • Практика моделювання стресових ситуацій та впровадження стратегій у відповідь на них.

		• Домашнє завдання: тестування розроблених стратегій у реальних життєвих ситуаціях.
Підсумок: на завершення <i>сесії № 9</i> учасники ознайомляться з основними техніками стресостійкості та розроблять індивідуальні плани дій для управління стресовими ситуаціями. Вони також відпрацюють впровадження цих стратегій через моделювання стресових ситуацій. Домашнє завдання у вигляді тестування розроблених стратегій у реальних життєвих ситуаціях допоможе їм перевірити ефективність своїх підходів і закріпити навички стресостійкості на практиці.		
Сесія № 10. Підтримка під час війни та завершення програми	Обговорення впливу війни на психіку, підведення підсумків програми та формування планів подальших дій.	• Обговорення впливу війни на психічне здоров'я, адаптаційні механізми. • Розробка індивідуального плану підтримки на випадок загострення ситуації. • Підведення підсумків програми: аналіз прогресу, досягнутих цілей. • Планування подальшої самостійної роботи після завершення програми. • Встановлення контактів для подальшої підтримки у разі потреби.
Підсумок: на завершення <i>сесії № 10</i> учасники отримають розуміння впливу війни на психічне здоров'я та адаптаційні механізми, що можуть допомогти їм у складних ситуаціях. Вони розроблять індивідуальні плани підтримки на випадок загострення ситуації і підведуть підсумки програми, оцінюючи досягнуті цілі та прогрес. Учасники також спланують подальшу самостійну роботу після завершення програми і встановлять контакти для можливого отримання підтримки в майбутньому.		

«Психоосвіта про постковідний синдром, стрес тривогу та депресію».

Перша сесія психоосвіти є критично важливим етапом реабілітаційної програми,

оскільки вона закладає основу для подальшої роботи та забезпечує учасників необхідними знаннями про постковідний синдром, тривогу, депресію та стрес. Розуміння цих аспектів сприяє зниженню невизначеності, підвищенню контролю над власним станом і покращенню ефективності подальших інтервенцій.

Однією з ключових функцій психоосвіти є формування у пацієнта глибшого розуміння власного стану, що має критичне значення для його подальшої реабілітації, так як постковідний синдром є складним явищем, оскільки поєднує в собі як соматичні, так і психічні прояви, які можуть значно варіюватися від людини до людини. Деякі пацієнти стикаються з вираженою фізичною втомою, м'язовими болями, проблемами з концентрацією уваги та пам'яттю, тоді як інші відчують глибоку тривогу або депресивні стани, які значно впливають на їхню повсякденну активність та емоційний добробут. Оскільки цей синдром охоплює широкий спектр проявів, багато людей не можуть чітко визначити причину свого стану, що часто призводить до нерозуміння природи симптомів, сприйняття їх як чогось незрозумілого чи навіть небезпечного. Відсутність цієї базової обізнаності нерідко викликає додатковий стрес, підвищує рівень тривожності та може навіть посилювати як фізичні, так і психологічні симптоми, що лише ускладнює процес одужання.

Одним із найбільших ризиків, які виникають через недостатнє розуміння постковідного синдрому, є розвиток когнітивних викривлень, що мають безпосередній вплив на емоційний стан пацієнта. Найпоширенішим серед них є катастрофізація, коли людина починає сприймати свої симптоми як щось надзвичайно небезпечне, незворотне або навіть таке, що загрожує її життю. Відповідно, це створює замкнене коло, коли тривога посилює фізичний дискомфорт, а фізичний дискомфорт, у свою чергу, підсилює тривогу. Інше поширене когнітивне викривлення — це відчуття безпорадності, коли пацієнт починає вважати, що він не здатен вплинути на свій стан, що його симптоми є неконтрольованими і що жодне втручання не принесе результату. Такий підхід значно знижує мотивацію до активного відновлення та посилює емоційне виснаження, саме тому надзвичайно важливо надавати пацієнтам науково обґрунтовану інформацію про механізми розвитку постковідного синдрому, взаємозв'язок між фізичним і психічним здоров'ям, а також основні

принципи регуляції тривоги та депресії. Це допомагає не лише знизити рівень невизначеності та страху, але й сформувати у людини більш адаптивне сприйняття власного стану, що сприяє відновленню почуття контролю над собою та значно покращує ефективність реабілітаційного процесу.

Окрім цього, психоосвіта сприяє зниженню рівня дистресу та підвищенню почуття контролю над симптомами. Згідно з когнітивно-поведінковою моделлю (Beck A., 1976), розуміння механізмів формування тривоги та депресії дозволяє людині краще керувати своїми емоційними реакціями та формувати ефективні стратегії подолання. Інформація про симптоми тривожності та депресії допомагає пацієнтам ідентифікувати власні тригери, знижує страх перед невідомістю та сприяє формуванню адаптивних способів саморегуляції.

Важливим компонентом першої сесії є також мотивація учасників та встановлення індивідуальних цілей. Визначення очікувань та цілей на початку програми підвищує рівень залученості та відповідальності за власний процес відновлення. Використання SMART-критеріїв (Doran, 1981) для постановки цілей допомагає пацієнтам чіткіше розуміти свої завдання та оцінювати прогрес у лікуванні та реабілітації, що посприяє більшій ефективності програми та підвищить ймовірність того, що учасники дійдуть до завершального етапу медико-психологічної реабілітації. Цілі програми медико-психологічної реабілітації, що були обговорені з учасниками дослідження представлені у *табл.4.2*.

Таблиця 4.2.

Цілі програми медико-психологічної реабілітації в умовах дистанційної взаємодії за S.M.A.R.T. критеріями.

Ціль	S.M.A.R.T. критерії
Зменшити рівень тривоги	S: Знизити симптоми тривоги за допомогою програми медико-психологічної реабілітації в умовах дистанційної взаємодії. M: Зменшити показник за опитувальником GAD-7 до рівня «Мінімальна тривога». A: Протягом 10-ти тижнів застосовуючи методи, що будуть представлені у програмі.

	R: Покращити емоційну стабільність для повернення до роботи або активного життя після постковідного синдрому. T: Зменшити рівень тривоги за 10-ть тижнів в умовах програми медико-психологічної реабілітації в умовах дистанційної взаємодії.
Зменшити депресивні симптоми	S: Знизити симптоми депресії за допомогою програми медико-психологічної реабілітації в умовах дистанційної взаємодії. M: Зменшити показник за опитувальником PHQ-9 до рівня «Мінімальні депресивні прояви». A: Протягом 10-ти тижнів застосовуючи методи, що будуть представлені у програмі. R: Покращити емоційну стабільність для повернення до роботи або активного життя після постковідного синдрому. T: Зменшити рівень депресії за 10-ть тижнів в умовах програми медико-психологічної реабілітації в умовах дистанційної взаємодії.
Зменшити симптоми посттравматичного стресового розладу	S: Знизити симптоми посттравматичного стресового розладу за допомогою програми медико-психологічної реабілітації в умовах дистанційної взаємодії. M: Знизити показник за шкалою PCL-5 до рівня ≤ 33 балів. A: Протягом 10-ти тижнів застосовуючи методи, що будуть представлені у програмі. R: Покращити здатність до нормального функціонування і адаптації до повсякденного життя. T: Зменшити рівень посттравматичного стресу за 10-ть тижнів в умовах програми медико-психологічної реабілітації в умовах дистанційної взаємодії.
Зменшити інтенсивність соматичних симптомів	S: Зменшити інтенсивність соматичних симптомів за допомогою програми медико-психологічної реабілітації в умовах дистанційної взаємодії. M: Знизити показник за шкалою SSS-8 до рівня «Мінімальний ступінь інтенсивності прояву». A: Протягом 10-ти тижнів застосовуючи методи, що будуть представлені у програмі.

	R: Полегшити інтенсивність соматичних симптомів, що допоможе покращити якість життя. T: Зменшити рівень інтенсивності соматичних симптомів за 10-ть тижнів в умовах програми медико-психологічної реабілітації в умовах дистанційної взаємодії..
Покращити якість життя	S: Покращити якість життя за допомогою програми медико-психологічної реабілітації в умовах дистанційної взаємодії. M: Збільшити показник за шкалою CQLS до рівня «Високий рівень якості життя» та «Дуже високий рівень якості життя». A: Протягом 10-ти тижнів застосовуючи методи, що будуть представлені у програмі. R: Зниження рівня стресу, тривоги, депресії, інтенсивності соматичних симптомів, покращуючи якість життя. T: Покращити рівень якості життя за 10-ть тижнів в умовах програми медико-психологічної реабілітації в умовах дистанційної взаємодії.
Забезпечити адаптацію до травматичних переживань	S: Допомогти пацієнтам адаптуватися до травматичних переживань за допомогою програми медико-психологічної реабілітації в умовах дистанційної взаємодії. M: Досягти покращення в адаптації до травм через оцінку самопочуття та зміни в сприйнятті пережитих подій. A: Протягом 10-ти тижнів застосовуючи методи, що будуть представлені у програмі. R: Адаптація до сучасних реалій війни в країні до подальшого відновлення і покращення якості життя. T: Покращити адаптацію за 10-ть тижнів в умовах програми медико-психологічної реабілітації в умовах дистанційної взаємодії.

Таким чином, перша сесія психоосвіти виконує кілька ключових функцій, вона надає базові знання про постковідний синдром, тривогу, депресію та стрес, що допомагає пацієнтам краще орієнтуватися у власному стані. Під час цієї сесії пацієнти дізнаються про природу та симптоми цих станів, що дає змогу зменшити їхню

невизначеність і страх, крім того, психоосвіта має на меті знизити рівень дистресу, формуючи адаптивні стратегії подолання та підвищуючи мотивацію до активної участі в програмі.

Без цього етапу подальші інтервенції можуть бути менш ефективними, оскільки пацієнти не матимуть достатнього рівня розуміння та готовності до роботи з власним станом, тому психоосвіта є важливим початковим кроком у процесі медико-психологічної реабілітації, забезпечуючи основу для подальших терапевтичних методів і підходів, допомагаючи пацієнтам усвідомити власні ресурси та можливості для покращення якості життя.

«Когнітивна реактивація». В основі когнітивної реактивації постає процес, що спрямовується на залучення власне когнітивних функцій (пам'яті, уваги та мислення), дозволяючи відновити та посилити ослаблені, або навпаки послабити перенавантажені функції через спеціальні техніки, терапевтичні підходи та методи. Використовуючи систематичну стимуляцію головного мозку за допомогою когнітивних операцій, ми можемо активізувати та підвищити рівень роботи нейропластичності, дозволяючи покращити аналітичні здібності людини, якісно концентрувати увагу та розвивати здатність до запам'ятовування (Secer M.B., 2024).

Відповідно до когнітивних процесів, важливо відокремити саме негативні патерни мислення, таких як, наприклад, «катастрофізація» та «поляризоване мислення», які можуть бути не тільки наслідками життєвого досвіду, але й результатом тривожних та депресивних постковідних порушень і посттравматичного стресу. Натомість однією з основних цілей постає розпізнавання цих автоматичних думок та розробка стратегій для їх раціоналізації.

Завдяки навчанню з використанням **«Щоденника думок»**, який представлено у *табл. 4.3*, має ціль допомогти пацієнтам стежити за своїми думками, аналізувати їх та вносити корективи, що дозволяє їм краще справлятися зі своїми емоціями та зменшувати рівень стресу. Ведення такого щоденника сприяє підвищенню самосвідомості та розвитку навичок раціонального мислення, що є ключовими в подоланні негативних патернів мислення.

Таблиця 4.3.

Метод психологічного втручання «Щоденник думок», що направлений на усвідомлення та раціоналізацію власних мисленнєвих процесів.

Показник	Пояснення	Поле для заповнення
Дата та час	Напишіть дату, або день тижня, а також годину, о котрій виникла думка.	
Ситуація	Опишіть конкретну подію яка з Вами трапилась.	
Думка	Опишіть думки чи уявлення що у Вас виникли. Наскільки ці думки являються правдивими по відношенню до Вас та ситуації?	
Емоція	Що Ви відчували в даний момент (злість, сум, тривогу, образу і т.д.)? Наскільки вираженою була кожна з емоцій (оцініть від 1 до 10, де 1 – зовсім не виражено, а 10 – максимально сильно)?	
Тілесні реакції	Опишіть чи була відповідна реакція тіла на дану ситуацію (наприклад, головний біль, біль у животі, печіння, свербіж і т.д.)	
Поведінка	Що Ви зробили в даній ситуації? Опишіть Ваші дії.	
Моя думка та поведінка були вірними	Опишіть аргументи, чому думка та дія були вірними в даній ситуації.	
Моя думка та поведінка були НЕ вірними	Опишіть аргументи, чому думка та дія були НЕ вірними в даній ситуації. Прокритикуйте їх так, щоб переконати себе в її ірраціональності.	
Рефлексія	Опишіть, як Ви себе відчуваєте наразі.	

Очікування:

- Навчання ідентифікації негативних автоматичних думок і патернів мислення, таких як катастрофізація або поляризоване мислення.
- Заміна негативних патернів мислення на більш конструктивні та раціональні.
- Навчання ідентифікації емоцій та їх інтенсивності, а також контролю через зміну сприйняття ситуацій.
- Підвищення усвідомлення – збільшення поля для аналізу шляхом взаємозв'язку між думками, емоціями, реакціями та тілесними відчуттями.

Прогноз:

- Зниження інтенсивності тривожних та депресивних порушень, завдяки усвідомленню зв'язку між думками, емоціями та поведінкою.
- Розвиток стійкості до стресу, шляхом виявлення ірраціональних думок, корекції когнітивних викривлень та раціональній реакції на стресові ситуації.
- Покращення якості життя, завдяки врівноваженню психоемоційного стану, поліпшенню сну, концентрації уваги, раціоналізації думок, підвищенню стресостійкості та емоційної стабільності.

«Майндфулнес та медитація». Практики медитації чинять позитивний вплив на зменшення соматичних проявів тривожних та депресивних порушень, що виникли в комплексі постковідного синдрому. Дана психологічна інтервенція здатна впливати на нервову систему за рахунок регулювання емоційних реакцій, а також сприяє розслабленню тіла та тілесних реакцій. Коли психіка зіштовхується зі стресовими факторами, то наше тіло вимушене активізувати симпатичну нервову систему, що відповідальна за реакцію «бий або тікай», а при тривалій дії тривожних та депресивних постковідних порушеннях даний компонент переходить в пролонгований ефект, підтримуючи таким чином хронічне напруження, втому та постійний рівень емоційного дисбалансу, що впливає на тіло. В той же самий час техніки майндфулнесу та медитації направлені на активацію парасимпатичної нервової системи, котра є відповідальною за стан розслаблення організму, знижуючи частоту серцевих скорочень та артеріального тиску, розслаблення м'язової структури та зменшення фізичного навантаження, а також покращення регуляції шлунково-кишкового тракту. (Alpart, J.M., 2019; Shanok, N. A. та ін., 2019; Williams, M., 2024).

Техніки медитації чинять позитивний вплив на зниження рівня кортизолу, що в свою чергу може посприяти зменшенню головного болю, м'язової напруги і покращення ритму сну, тим самим покращуючи фізичне та психічне відновлення (Carlson, L.E., та ін., 2004; Black, D. S., та ін., 2015). Феномен медитації, зокрема усвідомленої медитації (майндфулнес), дозволяє навчити особистість краще відчувати власне тіло та помічати, які емоції та як вони впливають на фізичний стан, що в свою чергу допомагає розпізнавати ранні ознаки стресу або тривоги і вчасно застосовувати методи саморегуляції, задля запобігання психосоматичних проявів. (Hölzel, B.K., та ін., 2011; Mehling, W.E., та ін., 2011; Weinstein, R., 2021). Поетапне проведення рекомендованої медитації представлено у **табл. 4.4**.

Таблиця 4.4.

Методи психологічного втручання, що направлені на усвідомлення та налагодження взаємозв'язку між психікою та тілом.

Назва етапу	Основні елементи	Опис
I. «Підготовка до медитації»	Простір та час	Оберіть тихе місце, де Вас не будуть відволікати. Сядьте в зручній позі — це може бути крісло, диван або подушка на підлозі. Ви можете також лягти, якщо це не викличе сонливості. Закрийте очі або зосередьте погляд на одному місці перед собою.
	Налаштування дихання	Спочатку зробіть кілька глибоких вдихів і видихів, щоб розслабити тіло та зняти напруження. Вдих через ніс, видих через рот.
II. «Усвідомлене дихання»	Спостереження за диханням	Розпочніть з звернення уваги на власному диханні. Не намагайтеся змінити його ритм, просто спробуйте спостерігати за тим, як повітря входить і виходить з Вашого тіла.
	Зосередження на відчуттях	Відчуйте, як повітря проходить через ніс, наповнює Ваші легені і виходить назад. Зосередьте увагу на відчуттях у животі —

		як він піднімається під час вдиху і опускається під час видиху.
III. «Заспокоєння розуму»	Фокус на теперішньому моменті	Якщо Ви помітите, що Ваша увага намагається відволіктись на думки, плани чи спогади, просто м'яко повертайте увагу назад до дихання. Не оцінюйте свої думки і не критикуйте себе за відволікання — це нормально.
	Техніка «Якоря»	Якщо складно утримати увагу, можете використовувати техніку «Якоря» — кожен раз, коли відчуваєте, що увага намагається переключитись на думки, просто промовляйте подумки «Вдих» на вдиху та «Видих» на видиху.
IV. «Усвідомлення відчуттів»	Тілесне сприйняття	Перейдіть до усвідомлення власного тіла. Уявіть, що Ваше дихання проходить через кожну частину тіла. Спочатку зверніть увагу на свої ноги — які відчуття вони викликають? Тепло, холод, напруга або розслаблення? Поступово піднімайте увагу вгору — до живота, грудей, рук, плечей і обличчя.
	Розслаблення через дихання	На кожному видиху уявляйте, що напруження з кожної частини тіла залишає вас, розслабляючи м'язи.
V. «Тут і тепер»	Спостереження за власним станом	Залишайтеся в теперішньому моменті, фокусуючись на диханні або відчуттях в тілі. Якщо з'являються думки, просто спостерігайте їх, не заглиблюючись у них. Дозвольте їм проходити повз Вас.
	М'який фокус	Не намагайтеся досягти якогось конкретного результату чи почуття — просто залишайтеся спостерігачем за тим, що відбувається в Вашому тілі і розумі.
VI. «Завершення медитації»	Поступове повернення	Коли відчуєте, що хочете завершити медитацію (або після встановленого часу, наприклад, 10-15 хвилин), зробіть кілька глибоких вдихів. Поступово розширюйте

		фокус уваги, знову відчуйте своє тіло — ноги на підлозі, руки на колінах.
	Не поспішайте	Перш ніж відкрити очі або змінити позу, повільно потягніться, рухайте пальцями рук і ніг, щоб знову «прокинутися» у фізичному світі.
	Заключні відчуття	Зверніть увагу на своє самопочуття — чи відчуваєте Ви себе більш розслабленим, спокійним або просто усвідомленим.

Очікування:

- Зниження рівня фізичних симптомів – зниження м'язового напруження, нормалізація серцебиття, поліпшення дихання.
- Покращення настрою та емоційної стійкості – зниження рівня тривоги, покращення здатності управляти стресом.
- Підвищення усвідомленості – підвищення здатності бути присутнім в моменті та свідомо реагувати на стресові ситуації.

Прогноз:

- Зниження рівня тривоги та депресії – підвищення здатності регулювати власні емоційні реакції та зменшення негативного впливу стресових ситуацій.
- Підвищення емоційної стійкості – покращення здатності відокремлювати власні емоції від думок дозволить більш конструктивно реагувати на стресові ситуації та знижувати їхній вплив на психічне і фізичне здоров'я.
- Зменшення психосоматичних симптомів – зниження м'язового напруження, нормалізація дихання та серцевого ритму допоможе зменшити соматичні симптоми, пов'язані з тривогою і депресією, такі як головний біль, болі в м'язах, серцево-судинні проблеми та порушення травлення.
- Покращення якості життя – покращення психоемоційного стану та зменшення рівня стресу, поліпшенню сну, концентрації уваги, підвищенню стресостійкості та емоційної стабільності.

«Психологічна гнучкість та відповідальність». Дана сесія спрямована на розвиток здатності пацієнтів приймати складні емоції та думки без спроби їх змінити чи уникнути, що є основою психологічної гнучкості. Цей підхід дозволяє людям адаптуватися до труднощів, зберігаючи психічне здоров'я і знижуючи стрес. Психологічна гнучкість визначається як здатність зберігати відкритість до

емоційних і когнітивних переживань, не дозволяючи їм контролювати поведінку або впливати на якість життя (Hayes S. та ін., 2012).

Прийняття важких емоцій та думок є ключовим аспектом цього процесу. Прийняття дозволяє зменшити негативні емоції, що виникають через спроби змінити або уникнути неприємні відчуття. Практика прийняття допомагає людині сприймати емоції як тимчасові і непостійні, тим самим знижуючи їхній вплив на поведінку і психічний стан. Важливо, щоб пацієнти зрозуміли, що емоції не обов'язково повинні призводити до негативних дій або реакцій.

Одним із найважливіших елементів цієї сесії є **визначення особистих цінностей**. Під час цього етапу пацієнти повинні чітко усвідомити, що для них є важливим у житті, а також як ці цінності можуть допомогти у вирішенні життєвих труднощів. Згідно з дослідженнями (Rokeach M., 1973; Hayes S. та ін., 2012; Schueller, S., & Parks, A., 2014), цінності формують основу для прийняття рішень і поведінки, тому чітке усвідомлення власних цінностей дозволяє краще орієнтуватися у життєвих ситуаціях та забезпечувати більш здорові реакції на стресові фактори.

Розробка плану дій на основі цінностей є важливим кроком для того, щоб застосувати виявлені цінності у реальному житті. Планування допомагає пацієнтам створити конкретні, реалістичні кроки для подолання викликів, що виникають в їхньому житті, і дає змогу знизити тривогу, яка може виникати при намаганні знайти вихід із стресових ситуацій. Цей підхід підтримується теорією КПТ, яка передбачає, що зміна поведінки можливе через зміни в когнітивних процесах, таких як ставлення до проблем і визначення їх пріоритетності.

Домашнє завдання у вигляді **написання особистого маніфесту цінностей** дозволяє пацієнтам закріпити отриману інформацію та стратегії у повсякденному житті. Маніфест є інструментом для формулювання конкретних цілей і планів, заснованих на власних життєвих пріоритетах, що сприяє психологічній стійкості та саморегуляції (Schwartz S., 2011). Методи психологічного втручання відповідно до даної сесії представлені у *табл. 4.5*.

Таблиця 4.5.

Методи психологічного втручання, що направлені на визначення викликів, аналіз їх через призму цінностей та розробку плану дій для досягнення психологічної гнучкості та відповідальності

Метод	Опис психологічної інтервенції
«Спостереження за емоціями»	• Визначення емоцій. Перший крок – це визнання наявності емоцій. Це може бути відчуття тривоги, гніву, смутку або будь-яка інша емоційна реакція, яку пацієнт може відчувати. Важливо не відкидати ці емоції, а саме їх визнати, не судячи. • Називання емоцій. Після того, як емоція буде виявлена, важливо намагатися дати їй чітке ім'я: «Це страх», «Це гнів», «Це сум». Визнання емоції і її ідентифікація допомагає знизити її силу та вплив. • Оцінка інтенсивності. Це допомагає усвідомити, наскільки сильно ви відчуваєте емоцію в цей момент. Наприклад, Ви може сказати собі: «Я відчуваю помірний рівень тривоги, на шкалі від 1 до 10, де 10 — це найбільша тривога, я б поставив 6». Це допомагає побачити емоцію як процес, що має рівні інтенсивності. • Визначення локалізації в тілі. Часто емоції мають фізичні прояви в тілі, такі як напруження в м'язах, прискорене серцебиття або важкість в животі. Важливо звернути увагу на те, де саме ці відчуття виникають. Це дозволяє змістити фокус з емоції на фізичні відчуття, допомагаючи дистанціюватися від емоції. • Відокремлення емоцій від думок. Важливо зрозуміти, що емоції — це лише відчуття, а не думки. Спостереження за емоціями допомагає зберігати відстань від них, щоб вони не впливали на прийняття рішень чи поведінку.
«Відокремлення від думок»	• Усвідомлення думок. Перший крок — це усвідомлення думок, які виникають в розумі. Ви маєте визнати, що ці думки є лише ментальними образами чи переконаннями, а не фактами. Наприклад, замість того,

	щоб казати «Я не впораюсь», Ви може сказати «Я маю думку, що не впораюсь». • Відстеження думок. Далі важливо визначити, які саме думки виникають. Це допомагає створити дистанцію між собою і думкою. Ви може використовувати такі вирази, як «Я думаю, що...», «Мені спадає на думку...» для того, щоб створити відстань між своєю особистістю і думкою. • Перехід від ідентифікації до спостереження. Важливо не ідентифікувати себе з думкою (наприклад, «Я поганий»), а просто спостерігати за нею як за мимохідним ментальним процесом. Ви може використати метафори, як-от «Я спостерігаю за своїми думками, як за хмарами, що проходять по небі». • Розділення думок і фактів. Один із методів відокремлення думок — це розпізнавання думок як припущень, а не як істини. Наприклад, замість думки «Я не впораюсь», Ви може сформулювати її як «Я маю думку, що я не впораюсь, але це ще не факт». • Переосмислення думок. Після того як Ви навчитесь спостерігати за своїми думками без автоматичних реакцій, можна переходити до їх переосмислення. Це не означає боротьбу з думками, а пошук більш гнучких та корисних переконань, що можуть допомогти у ситуаціях стресу.
«Складання списку цінностей»	1. Підготовка. Спершу необхідно створити умови для саморефлексії, коли Ви може відволіктися від зовнішніх факторів і сконцентруватися на власному внутрішньому світі. Це може бути в тихій обстановці, під час медитації або після практики усвідомленості. Важливо, щоб Ви блив у стані спокою і міг поглянути на своє життя без зовнішнього тиску. 2. Запитання для рефлексії. Вам пропонується серія запитань, які допомагають виявити його особисті цінності. Це можуть бути питання, що сприяють роздумам про важливість тих чи інших аспектів життя. Ось кілька прикладів: • Що для мене є найважливішим у житті?

- Які якості я найбільше ціную в собі і інших людях?
- Чому я хочу досягти своїх цілей? Що я вважаю важливим у цьому процесі?
- Якими принципами я керуюсь у своїх рішеннях і діях?
- Як я хочу, щоб інші мене сприймали?

3. **Складання списку цінностей.** Після того як Ви дасте відповідь на ці питання, він має скласти список з 5-10 основних цінностей, які є для нього важливими. Цінності можуть бути різними і охоплювати такі сфери, як:

- Відносини (любов, підтримка, повага).
- Професійний розвиток (успіх, досягнення, відповідальність).
- Здоров'я (фізична активність, харчування, психічне здоров'я).
- Духовність або релігійність.
- Освіта та саморозвиток.
- Особисті переконання (повага до інших, чесність, доброта).

4. **Пріоритизація цінностей.** Наступним кроком є пріоритизація цінностей. Ви має оцінити, які з них є найважливішими в його житті на даний момент. Це допомагає зосередитися на тих аспектах, які мають найбільше значення. Це також дозволяє краще зрозуміти, які цінності повинні визначати його дії і поведінку в складних ситуаціях.

5. **Перевірка відповідності.** Після того як цінності визначені, важливо перевірити, чи узгоджуються вони з поточною поведінкою та рішеннями. Це може бути зроблено через питання, які сприяють саморефлексії:

- Чи відповідає моя поведінка моїм цінностям?
- Чи є ситуації, де я діяв в суперечності зі своїми цінностями?
- Як я можу змінити своє ставлення або поведінку, щоб діяти відповідно до своїх цінностей?

	6. Розробка плану дій. На основі визначених цінностей Ви може створити план дій, що сприятиме їх реалізації. Це може включати в себе конкретні кроки, спрямовані на зміцнення певних цінностей у повсякденному житті. Наприклад, якщо цінність — це здоров'я, план дій може включати регулярні фізичні вправи, правильне харчування або зменшення стресу.
«Визначення викликів та розробка плану»	1. Визначення викликів і труднощів. На початку Ви маєте визначити основні труднощі, з якими він стикається на даний момент. Це можуть бути як внутрішні, так і зовнішні виклики: • <i>Внутрішні виклики</i> - стрес, тривога, депресія, емоційні труднощі, внутрішні конфлікти. • <i>Зовнішні виклики</i> - проблеми на роботі, у стосунках, фінансові труднощі або соціальна ізоляція. Питання які Ви можете задати собі для визначення викликів: • Які найбільші труднощі я переживаю зараз? • Що заважає мені почуватися добре чи діяти ефективно? • Які ситуації чи люди викликають у мене стрес чи занепокоєння? 2. Аналіз викликів через призму цінностей. Після того, як Ви визначите труднощі, необхідно проаналізувати їх з точки зору цінностей. Важливо зрозуміти, як ці проблеми співвідносяться з основними життєвими переконаннями та що вони означають для Вас. Питання для аналізу: • Як ці виклики можуть впливати на мої цінності? • Чи є в цих ситуаціях можливість діяти відповідно до моїх цінностей? • Як мої цінності можуть допомогти мені подолати ці труднощі? 3. Розробка плану дій, орієнтованого на цінності. Після аналізу викликів Вам необхідно розробити конкретний план дій, заснований на його цінностях. Це допомагає сформулювати чіткі кроки, які Ви можете

зробити для вирішення проблем і досягнення гармонії в житті.

План дій має бути: *конкретним, досяжним, релевантним та з термінами.*

Питання для формулювання плану дій:

- Які конкретні кроки я можу зробити для того, щоб діяти відповідно до своїх цінностей у цих ситуаціях?
- Як я можу подолати свої труднощі, залишаючись вірним своїм переконанням?
- Які ресурси мені потрібні для того, щоб реалізувати свій план?

4. Перевірка й корекція плану: Важливо, щоб Ви регулярно перевіряли, чи відповідає його план дій його цінностям і реаліям життя. Під час терапії або в кінці певного періоду Ви може оцінити, наскільки ефективно Вам вдалося слідувати своєму плану і чи потребує він корекції.

Питання для оцінки:

- Чи був мій план дій ефективним?
- Як мої цінності допомогли мені в реалізації цього плану?
- Що я можу змінити в своєму плані, щоб він став більш ефективним?

Очікування:

- Пацієнт має навчитися приймати складні емоції та думки як частину свого досвіду, не намагаючись їх змінити або уникати.
- Пацієнт отримає чітке уявлення про свої цінності та навчитиметься використовувати їх для більш свідомого прийняття рішень.
- Виконання домашнього завдання сприятиме інтеграції цінностей у реальні життєві ситуації, що допоможе пацієнту досягти більшої психологічної гнучкості та відповідальності за свою поведінку.

Прогноз:

- Здатність приймати неприємні емоції та думки без спроби їх змінити дозволить зменшити емоційний дискомфорт і відчувати більшу контрольованість над власним станом.

- Розробка плану дій, заснованого на цінностях, дозволить зменшити невідзначеність і тривогу, що часто виникають під час подолання життєвих труднощів.
- Виконання домашнього завдання – написання маніфесту цінностей та подальша практична реалізація цього маніфесту в реальному житті – дозволить пацієнтам закріпити отримані навички та стратегії, що сприятиме тривалому психологічному зростанню.
- В результаті пацієнти можуть очікувати значного покращення в рівні психологічної гнучкості, здатності справлятися з негативними емоціями і більш свідомому ставленні до своїх вчинків і вибору в повсякденному житті.

«Тілесна реактивація». Метою цієї психологічної інтервенції є досягнення усвідомлення взаємозв'язку між фізичними (тілесними) та психічними реакціями, з якими зіштовхуються пацієнти. Багато учасників програми, особливо після перенесеного постковідного синдрому або психічних травм, відчують труднощі у регуляції емоційного стану, що проявляються через соматичні симптоми, такі як біль, напруга в тілі, головний біль, м'язова слабкість тощо. Важливим аспектом цієї інтервенції є допомога пацієнтам у тому, щоб вони могли розпізнавати ці зв'язки між тілесними відчуттями та емоційними станами, а також навчалися ефективно їх регулювати.

Протягом сесій, за допомогою спеціальних психологічних технік, пацієнти вчаться усвідомлювати свої фізичні відчуття, розуміти їх зв'язок з емоційними реакціями і знаходити способи зменшення напруги або дискомфорту через управління тілесними відчуттями.

Дані про використані матеріали представлені у *табл. 4.6*. Кожен з методів психологічного втручання виконувався на сесії у скорченій формі за часовими обмеженнями, а також був наданий у електронному варіанті для самостійного виконання у домашніх умовах, для можливого індивідуального використання.

Таблиця 4.6.

Методи психологічного втручання, що направлені на усвідомлення та налагодження взаємозв'язку між психікою та тілом.

Назва	Опис	Очікування	Прогноз
«Концентрація на диханні»	Ціль: зниження напруги, заспокоєння розуму і зосередження на теперішньому моменті. Інструкція виконання: 1. Сядьте або ляжте в зручній для Вас позі та закрийте очі. 2. Зосередьтеся на власному диханні, повільно та глибоко вдихайте та видихайте. Спостерігайте за вдихами і видихами. 3. Спробуйте помітити, як повітря входить через ніс, наповнюючи Ваші легені, а потім виходить. 4. Якщо Ваша думки починають заважати Вам, намагайтеся повернути увагу до дихання. 5. Виконуйте цю вправу протягом 5-10 хвилин.	Учасники можуть відчувати зниження напруги та зменшити рівень тривоги після кількох хвилин концентрації на диханні. Це посприє можливості стати більш усвідомленими відносно своїх дихальних патернів та вчитися використовувати дихання для регуляції емоцій.	Регулярна практика може посприяти зниженню рівня стресу та тривожності і покращення здатності контролювати емоції в стресових ситуаціях.
«Концентрація на тілі»	Ціль: звернути увагу на відчуття напруження або дискомфорту у кожній частині тіла, виявляючи, де накопичується напруга. Інструкція виконання: 1. Сядьте або ляжте в зручній для Вас позі та закрийте очі. 2. Розпочніть аналізувати свої відчуття у тілі, починаючи з верхівки голови і поступово спускайтесь до кінчиків пальців ніг.	Учасники зможуть виявляти напруження, що накопичується в різних частинах тіла, яке раніше ігнорували (наприклад голова, спина, руки і т.д.). Це може посприє кращому усвідомленню взаємозв'язку між емоційним станом і	Регулярна практика дозволить учасникам навчитися краще розуміти і реагувати на власні тілесні сигнали, що у свою чергу посприє до покращення емоційної регуляції.

	3. Спробуйте звертати увагу на кожную частину Вашого тіла. Що Ви відчуваєте, в різних ділянках: розслаблення, напруження чи дискомфорт? 4. Якщо Ви відчули у певній ділянці напруження або дискомфорт, поверніться до вправи «<i>Концентрація на диханні</i>» та спробуйте відпустити напруження разом із видихом. 5. Виконуйте цю вправу протягом 10-15 хвилин.	фізичними відчуттями.	
«Рухова експресія»	Ціль: знизити емоційну та фізичну напругу виражаючи та висловлюючи свої емоції через фізичну активність. Інструкція виконання: 1. Оберіть простір, де Вам буде зручно та Ви зможете вільно рухатися. 2. Ввімкніть улюблену музику або якщо Вам буде краще у тиші то обирайте її, а тепер почніть вільно переміщуватись по простору та виконуйте довільні рухи, не концентруючи увагу на їх чіткості та правильності виконання. 3. Дозвольте собі вільно рухатися, танцювати або стрибати, висловлюючи власні емоції через рух. 4. Намагайтеся не думати про те, як Ви виглядаєте, це виключно Ваш простір та час, просто віддавайте руху.	Учасники зможуть відчути емоційне звільнення, розслаблення і підвищити настрій через рухову активність. Це дозволить допомогти у зменшенні внутрішньої напруги та покращенні самопочуття.	Регулярне використання даної вправи посприє розвитку творчого та емоційного самовираження, а також підвищенню емоційної стійкості.

	5. Виконуйте цю вправу протягом 10-20 хвилин.		
«Прогресивна м'язова релаксація за Джекобсоном»	Ціль: зниження рівня фізичного та емоційного напруження. Інструкція виконання: 1. Приляжете на ліжко або підлогу у зручній для Вас позі та закрийте очі. 2. Давайτε розпочнемо з рук: зажміть Ваші кулаки зі всієї сили протягом 5 секунд, а потім розслабте їх. 3. Продовжте так з іншими частинами тіла: руки, ноги, живіт, спина, шия та обличчя. 4. Відзначайте різницю між напруженням та розслабленням. 5. При завершенні вправи, не підіймайтесь одразу, полейте та зосередьте свою увагу на зальному відчутті розслаблення протягом 5-10 хвилин.	Учасники зможуть відчувати на початку сильне напруження, проте після завершення вправи значне полегшення і зниження рівня фізичного напруження. Це дозволить дізнатися, як постійно можна виявляти і розслабляти напружені м'язи.	Регулярне використання даної вправи дозволить учасникам зменшити рівень стресового навантаження і покращити можливості самостійної релаксації.
«Візуалізація та релаксація»	Ціль: покращити рівень усвідомленості та зменшити рівень тривожності. Інструкція виконання: 1. Сядьте або ляйте в зручній для Вас позі та закрийте очі. 2. Уявіть собі заспокійливий для Вас образ (це може бути ліс, гори, пляж і т.д.). 3. Спробуйте уявити деталі цих образів, кольори, звуки, навіть запахи. Для більшого понурення можете ввімкнути аудіозапис	Учасники зможуть відчувати емоційне розслаблення і покращення настрою через створення позитивних уявлень. Це дозволить зменшити рівень тривожності, стресу та емоційного напруження.	Регулярна практика дозволить посприяти змінам у сприйнятті стресових ситуацій, зменшуючи їх рівень катастрофізації та негативного сприйняття.

	зі звуками природи, що доповнять Ваш образ. 4. Проведіть декілька хвилин у даному образі, не поспішайте, дозвольте собі відчутти емоційне розслаблення та спокій. 5. Поступово повертайтеся до реальності, відкриваючи очі.		
«Сенсорна чутливість»	Ціль: зосередитися на фізичних відчуттях і відволіктися від негативних думок. Інструкція виконання: 1. Оберіть декілька різних предметів, що будуть не схожими за структурою та текстурою (м'яка іграшка, камінчик, дерев'яний виріб). 2. Візьміть один з предметів у руки. 3. Спробуйте зосередитись на наступних відчуттях: як матеріал виглядає, який у нього запах, текстура, температура. 4. Досліджуйте предмет, граючи з ним та постарайтесь звертати увагу на емоції, які виникають у Вас виникають. 5. Виконуйте цю вправу протягом 5-10 хвилин.	Учасники зможуть підвитити рівень чутливості до власних тілесних відчуттів, а також емоцій, використовуючи різні текстури та предмети. Це дозволить посприяти покращенню настрою і заспокоєнню.	Регулярне використання вправи дозволить ефективно зменшити рівень тривоги та стресу у повсякденному житті.
«Зниження напруги через тілесний контакт»	Ціль: покращити рівень усвідомленості тіла і знизити фізичну та емоційну напругу. Інструкція виконання: 1. Сядьте або ляжте в зручній для Вас позі та закрийте очі.	Учасники зможуть покращити усвідомлення власного тіла і зниження рівня напруження через дотики і самомасаж. Це до-	Регулярне виконання може призвести до кращого розуміння своїх тілесних потреб і зменшення

	2. Поступово почніть обережно доторкатися до різні частини свого тіла (наприклад, руки, плечі, обличчя). 3. Спробуйте зосередитися на відчутті власних дотиків: тепло, текстура. 4. Дозвольте собі відчувати емоції, які виникають у відповідь на дотики. 5. Виконуйте цю вправу протягом 5-10 хвилин.	зволить знизити фізичну і емоційну напругу.	соматичних симптомів.
«Емоційне самовираження»	Ціль: зменшити рівень емоційного та фізичного напруження і розслабитися. Інструкція виконання: 1. Оберіть простір, де Ви зможете вільно виражати свої емоції. 2. Розпочніть з глибокого вдиху, а потім висловіть свої почуття через звук (крик, сміх, плач і т.д.). 3. Не варто соромитися своїх дій та емоцій, просто дайте вихід. 4. Можна також використовувати рухи, щоб виразити свої почуття. 5. Виконуйте цю вправу протягом 5-10 хвилин.	Учасники зможуть відчувати емоційне розслаблення та зниження внутрішнього напруження через вільне вираження своїх почуттів.	Регулярне виконання може покращити та підвищити рівень емоційної стійкості та посприяти зниженню тривожних та депресивних симптомів.

«Переосмислення та нові сенси». Дана частина психологічного втручання спрямована на допомогу подивитись на власний життєвий досвід під іншим кутом і знайти в ситуаціях не тільки біль та втрату, але і нові джерела сили для зростання та розвитку, оскільки після травматичних подій, не тільки як захворювання, а й

війни в країні, люди часто залишаються у негативних інтерпретаціях власного досвіду, чим самим перешкоджаючи їхньому психічному одужання та руху вперед.

Контекстом даної сесії постає усвідомлення, що людина є не лише пасивною жертвою обставин, а і є тим активним творцем, що переосмислює минуле з погляду нових сенсів, не заперечуючи труднощів чи уникання болючих емоцій, формуючи вміння бачити, як найскладніші моменти можуть стати основою для зростання стійкості, емоційної стабільності та більш оптимістичного погляду на майбутнє.

Очікування:

— Підвищення усвідомленості – формування глибшої усвідомленості про свою історію власного життя, визначаючи ключові події, які вплинули на їх формування та становлення як особистості.

— Зміна ставлення до травматичного досвіду – формування бачення у травматичних та болючих подіях джерело сили та нових можливостей, зростання відчуття власного контролю.

— Покращення емоційного стану – зниження інтенсивності тривожних та депресивних реакцій, а також впливу посттравматичного стресу шляхом переосмислення життєвих подій.

Прогноз:

— Покращення психологічного добробуту – зменшення негативного впливу травматичних подій на емоційний стан.

— Формування стресостійкості – удосконалення системи адаптації до ймовірних подальших стресових ситуацій.

— Формування або закріплення цінностей – формування глибшого усвідомлення власних цінностей та пріоритетів для подальшого життя.

«Арт-терапія та письмові вправи». Дана сесія має на меті допомогти пацієнтам виразити свої емоції та переживання через творчі процеси, що дозволяє працювати з підсвідомими та складними емоціями, які можуть бути важко усвідомленими через традиційні методи комунікації. Творчість, як інструмент

самовираження, дає можливість безпечного і відкритого вираження внутрішніх переживань, а також сприяє емоційному очищенню та зменшенню стресу.

Ознайомлення з принципами арт-терапії. Першим кроком сесії є введення в основні принципи арт-терапії. Арт-терапія — це форма психологічної допомоги, що використовує творчі методи, такі як малювання, ліпка, створення колажів або інших мистецьких об'єктів, щоб допомогти пацієнтам розуміти свої емоції і працювати з ними (Malchiodi C., 2007). Важливим аспектом є те, що в арт-терапії немає "правильних" чи "неправильних" робіт — це не конкурс чи оцінювання, а спосіб вираження себе. Творчість дозволяє людині позбутися бар'єрів, що зазвичай існують при усній комунікації, і може бути шляхом до глибшого розуміння себе.

Практика вираження емоцій через малювання, колажі або інші форми творчості. Під час сесії пацієнти мали можливість виразити свої емоції через різні форми творчості, це можуть бути малюнки, колажі, ліплення чи інші методи, які дозволяють за допомогою матеріалів та образів візуалізувати свої переживання (Levine P., 2010). Процес творення в межах дистанційної взаємодії був задіяний з попередньою домовленістю, про підготовку елементів для арт-терапії попередньо до зустрічі. Даний процес допомагає відчувати контроль над емоціями і виступає як інструмент самовираження, що сприяє зниженню стресу і тривоги. Творчість також відкриває нові способи переживання складних емоцій, даючи можливість віднайти баланс і гармонію.

Обговорення творчих робіт як інструменту для самовираження та подолання важких емоцій. Після виконання творчих вправ, важливим етапом є обговорення створених робіт. Це обговорення дає можливість пацієнтам глибше зрозуміти свої внутрішні переживання, а також побачити, як вони можуть бути виражені через мистецтво (Pennebaker J. & Seagal J., 1999). Крім того, це допомагає зняти стигматизацію важких емоцій, роблячи їх більш доступними для розуміння та обробки.

Домашнє завдання: створення арт-об'єкта або написання розповіді, яка відображає внутрішній стан. Для закріплення результатів сесії пацієнти отримують домашнє завдання, яке може включати створення арт-об'єкта або написання

розповіді. Це завдання має на меті ще раз звернутися до внутрішнього світу пацієнта і використати творчість для глибшого розуміння та вираження власних емоцій (Radcliffe A. та ін., 2008). Написання історії або створення арт-об'єкта дозволяє пацієнтам розглянути своє внутрішнє переживання, вивести його на поверхню і спробувати знайти нові шляхи для його подолання. Це також дає можливість звернутися до власних ресурсів та сили для того, щоб адаптуватися до труднощів, які зустрічаються на шляху.

Очікування:

- У результаті використання арт-терапії та письмових вправ пацієнти можуть відчувати зниження рівня тривоги та стресу.
- Техніки арт-терапії дозволяють пацієнтам краще усвідомлювати свої емоції, стани та переживання.
- Використання малюнків, колажів, письмових вправ дозволяє пацієнтам знайти нові способи вираження своїх почуттів.
- Учасники, які активно використовують творчі методи в процесі реабілітації, мають більші шанси розвинути психологічну стійкість, оскільки арт-терапія допомагає зберегти внутрішню гармонію навіть у важких ситуаціях.

Прогноз:

- Покращення емоційного самовираження – розвиток здатності відкрито виражати складні емоції через творчість, що допомагає знижувати емоційну напругу та зменшувати рівень тривоги і стресу.
- Підвищення самосвідомості – удосконалення здатності усвідомлювати власні емоції та внутрішні переживання через творчі вправи, що сприяє кращому розумінню свого емоційного стану та його контролю.
- Зміцнення психологічної стійкості – розвиток ресурсів для більш ефективної адаптації до труднощів та стресових ситуацій завдяки підвищенню здатності до саморегуляції емоцій та розв'язування внутрішніх конфліктів через творчі методи.

— Зменшення наслідків травмуючого досвіду – полегшення переживання травматичних подій через творчі вправи, які допомагають виразити та переробити емоційно важкі ситуації, що знижує їхній вплив на психоемоційний стан.

— Покращення психоемоційного благополуччя – підвищення рівня внутрішньої гармонії та задоволення завдяки творчим практикам, що сприяють зниженню рівня стресу та покращенню емоційного фону.

«Підтримуюча терапія». Обговорення поточних викликів учасників програми є важливим етапом у психотерапевтичному процесі, оскільки воно дозволяє пацієнтам відчути підтримку і бути почутими. У ході сесії пацієнти отримують можливість відкрито поділитися своїми переживаннями та труднощами, які виникають під час реабілітаційного процесу. Це обговорення може стосуватися як емоційних труднощів, так і практичних бар'єрів, які виникають у повсякденному житті. З одного боку, пацієнти можуть висловлювати свої страхи, тривоги, сумніви чи відчуття безпорадності, що часто є природною реакцією на труднощі, з якими вони стикаються під час відновлення після травм чи захворювань. З іншого боку, це може бути також можливістю виявити ті невирішені проблеми або внутрішні бар'єри, які, можливо, не були усвідомлені до цього.

Процес відкритого обговорення труднощів в терапевтичному контексті сприяє зниженню емоційної напруги та полегшенню психологічного стану пацієнта (Rogers С., 1980). Такі обговорення дозволяють пацієнтам відчувати підтримку та безпеку, що є критично важливим для розвитку довіри до терапевта і самого процесу реабілітації. Крім того, це допомагає активізувати внутрішні ресурси пацієнтів для подолання труднощів, створюючи основу для подальшої роботи з їх емоціями та поведінкою.

Завдяки такому обговоренню також можна виявити індивідуальні потреби пацієнтів, що можуть не бути очевидними на перший погляд. Наприклад, деякі учасники можуть мати особливі страхи або переконання, що заважають їхньому прогресу, або, навпаки, вони можуть потребувати додаткових рекомендацій щодо самопомоги. Така відкрита комунікація також допомагає ідентифікувати ті бар'єри, які

можуть заважати пацієнтам ефективно долати труднощі, що виникають у процесі реабілітації. Це може бути як фізичні бар'єри, так і психологічні – відсутність мотивації, страх перед невдачею, переживання з приводу майбутнього.

Загалом, обговорення поточних викликів надає пацієнтам можливість не лише поділитися своїми переживаннями, але й отримати зворотний зв'язок, відчувати підтримку та розуміння з боку терапевта (Geldard D. & Geldard K., 2012). Це допомагає формувати позитивне ставлення до процесу реабілітації і дозволяє краще адаптуватися до змісту та методів лікування, оскільки кожен учасник може отримати індивідуальний підхід до своїх труднощів.

Розробка стратегії самопідтримки є важливим етапом у процесі терапії, оскільки вона сприяє розвитку незалежності пацієнта, покращенню його здатності справлятися з труднощами без постійної підтримки терапевта. Така стратегія допомагає пацієнтам відчувати себе більш впевненими у своїх силах і ресурсах, що значно підвищує їхню мотивацію до реабілітаційного процесу та сприяє емоційному відновленню.

Розробка індивідуальної стратегії самопідтримки передбачає визначення конкретних технік, які пацієнт може застосовувати для зниження стресу, подолання труднощів та управління емоціями в повсякденному житті. Це можуть бути техніки релаксації, практики усвідомленості, самопідтримуючі розмови або когнітивно-поведінкові стратегії. Крім того, це може включати створення плану дій на випадок стресових ситуацій, щоб пацієнт міг швидко звернутися до перевірених методів самопідтримки.

Важливим елементом є розвиток відчуття контролю за своїм емоційним станом та ситуаціями, що виникають у повсякденному житті. Коли пацієнт починає самостійно застосовувати ці методи, він поступово формує більш стійке ставлення до стресу та змінює своє сприйняття ситуацій, що раніше здавалися важкими або неконтрольованими.

Очікування:

— Пацієнти отримують можливість відкрито поділитися своїми переживаннями та труднощами, що сприяє зменшенню емоційної напруги. Це також допомагає знизити рівень стресу і тривоги, сприяючи емоційному полегшенню.

— Створення підтримуючої атмосфери і застосування активного слухання дозволяє пацієнтам відчувати себе почутими та прийнятими, що позитивно впливає на їхній емоційний стан.

— Розробка стратегії самопідтримки дає пацієнтам можливість набути навичок саморегуляції та ефективного управління своїм емоційним станом поза сесіями.

Прогноз:

— Пацієнти можуть відчувати зниження тривоги, депресії та стресу через регулярну підтримку та можливість відкрито говорити про свої переживання.

— Пацієнти почують підтримку від терапевта, яку відповідно в подальшому можуть реалізувати з іншими людьми, що покращить їхнє відчуття приналежності і зменшить соціальну ізоляцію.

— Внаслідок виконання домашнього завдання, пацієнти зможуть застосовувати стратегії самопідтримки в реальних ситуаціях, що допоможе їм краще справлятися з емоційними труднощами та стресами у повсякденному житті.

— Завдяки формуванню стратегій самопідтримки та їх застосуванню на практиці, пацієнти можуть відчувати більше контролю над своїм емоційним станом і життєвими труднощами, що призведе до підвищення самовпевненості.

— Створення підтримуючого простору для обговорення труднощів і пошуку стратегії самопідтримки дозволяє пацієнтам відчувати більшу стійкість до майбутніх стресових ситуацій.

«Формування стресостійкості». Одним з важливих етапів боротьби з тривожним та депресивними порушеннями, які є залишковими явищами коронавірусної хвороби, а також посттравматичного стресу, що є домінуючим в країні з військовими діями, постає головним компонентом - стресостійкість, що дозволяє

ефективного адаптуватись до екстремальних умов життя, які пов'язані з психологічними та фізичними навантаженнями, втратою, невизначеністю та загрозою власне життю (Southwick S. & Charney D., 2012; Fletcher D. & Sarkar M., 2013; Bozdağ F. & Ergün N., 2021; Troy A. та ін., 2023).

Важливою складовою стресостійкості є здатність не лише переживати стресові ситуації, а й ефективно управляти ними, перетворюючи їх на можливості для розвитку та зміцнення. Люди, які мають високу стресостійкість, здатні розпізнавати свої емоційні реакції на стрес і регулювати їх, замість того щоб піддаватися негативному впливу стресорів. Вони розвивають гнучкість в сприйнятті ситуацій, шукають рішення, зберігають позитивне ставлення до життя, а також можуть швидше відновлюватися після пережитих труднощів.

Відповідно, ціль психологічного втручання полягає у навчанні основних технік стресостійкості, що наведені у *табл. 4.7*, дозволяючи отримати можливість усвідомити що стрес є основою нашого психологічного здоров'я, здатності ефективно реагувати на труднощі та підтримувати баланс навіть у складних умовах, сприяючи зниженню його негативного впливу, а також зберігати внутрішню стабільність, ухвалюючи більш зважені рішення та відновлюватись після стресу швидше та ефективніше.

Ключовим є також усвідомлення того, що стрес — це не завжди негативний фактор. В помірних кількостях він може стимулювати активність, підвищувати уважність, а також сприяти особистісному розвитку. Розуміння природи стресу та навчання його конструктивного використання дозволяє не тільки знижувати негативний вплив на психічне й фізичне здоров'я, а й формувати більш стійке ставлення до життєвих випробувань.

Керування стресом включає розвиток навичок саморегуляції, таких як усвідомленість, техніки глибокого дихання, фізична активність, медитація та підтримка соціальних зв'язків. Формування усвідомленого підходу до стресових ситуацій допомагає трансформувати їх у можливості для розвитку, зміцнення особистісних ресурсів та підвищення загального рівня психологічного благополуччя.

Таблиця 4.7.

Методи психологічного втручання, що направлені на зниження реагування на стресі та формування стресостійкості.

Назва	Опис	Очікування	Прогноз
«Заземлення»	Ціль: підвищення самосвідомості, зменшення напруги та стресу. Інструкція виконання: 1. Присядьте у зручному для Вас положенні. 2. Озирніться навколо. 3. Опишіть П'ЯТЬ речей, які Ви бачите навколо себе. 4. Торкніться ЧОТИРЬОХ речей, опишіть їх. 5. Прислухайтеся до ТРЬОХ звуків, опишіть їх. 6. Понюхайте ДВА елементи, опишіть їх. 7. Спробуйте на смак ОДНУ річ, опишіть її.	Покращення концентрації, зниження стресу і підвищення емоційної стійкості.	Зниження рівень стресу та тривоги, усвідомлення «тут і тепер», підвищення стресостійкості.
«Знімаємося з «Гачка»»	Ціль: зменшити вплив негативних емоцій та автоматичних реакцій Інструкція виконання: Почніть з того, щоб чітко усвідомити ситуацію або фактор, який вас «висить на гачку». Визначте автоматичні думки, що виникають через цей «гачок». Які переконання та реакції ви сприймаєте як невід'ємну частину цієї ситуації? Як ці	Зниження емоційного стресу, зростання впевненості та автономії	Об'єктивна оцінка своїх емоцій, що в свою чергу постає бар'єром до обставин чи негативних думок «висіти» на емоційному «гачку», покращення саморегуляції.

	думки впливають на ваші емоції? Задайте собі низку запитань, щоб перевірити обґрунтованість цих думок. Це допоможе побачити ситуацію з іншого боку та зняти «гачок». Пошук альтернативних, більш конструктивних думок або варіантів сприйняття ситуації. Після змінили негативних думок, зосередьтеся на можливих діях для покращення ситуації.		
«Точка фокусу»	Ціль: підвищення концентрації, зменшення стресу і тривоги. Інструкція виконання: 1. Знайдіть об'єкт, на якому ви можете зосередитися (наприклад, красива картинка або предмет). 2. Сядьте в спокійній позі і сконцентруйте увагу на цьому об'єкті. 3. Вивчайте деталі об'єкта, його колір, форму, текстуру. 4. Проводьте 2-5 хвилин, зосереджуючи всю свою увагу на об'єкті.	Підвищення концентрації та зменшення негативних думок.	Зниження рівень стресу та тривоги, усвідомлення «тут і тепер», підвищення стресостійкості.
«STOP»	Ціль: підвищення самосвідомості, зменшення напруги та стресу. Інструкція виконання:	Покращення концентрації, зниження стресу і підвищення	Зниження рівень стресу та тривоги, усвідомлення «тут і

	1. S — Stop (Зупиніться): Визнайте, що потрібен момент перерви. 2. T — Take a breath (Зробіть вдих): Один або кілька усвідомлених вдихів і видихів. 3. O — Observe (Спостерігайте): Що ви відчуваєте зараз (емоції, тіло, думки)? 4. P — Proceed (Продовжіть): З ясністю та свідомістю поверніться до дії.	емоційної стійкості.	тепер», підвищення стресостійкості.
«RAIN»	Ціль: підвищення самосвідомості, зменшення напруги та стресу. Інструкція виконання: 1. R — Recognize (Розпізнати): Визнайте, що ви відчуваєте. 2. A — Allow (Дозвольте): Дайте цій емоції простір, не пригнічуючи її. 3. I — Investigate (Дослідіть): Що ця емоція говорить про ваші потреби чи стан? 4. N — Nurture (Підтримайте): Ставтеся до себе з добротою, ніби підтримуючи друга.	Покращення концентрації, зниження стресу і підвищення емоційної стійкості.	Зниження рівень стресу та тривоги, усвідомлення «тут і тепер», підвищення стресостійкості.
«П'ять пальців»	Ціль: підвищення самосвідомості, зменшення напруги та стресу. Інструкція виконання:	Покращення концентрації, зниження стресу і підвищення	Зниження рівень стресу та тривоги, усвідомлення «тут і тепер»,

	1. Великий палець: Що я зараз чую? 2. Вказівний палець: Що я зараз бачу? 3. Середній палець: Що я відчуваю на дотик? 4. Безіменний палець: Що я відчуваю на смак? 5. Мізинець: Що я зараз відчуваю в тілі?	емоційної стійкості.	підвищення стресостійкості.
«Рефреймінг»	Ціль: зміна негативної інтерпретації на позитивну або нейтральну, пошук нових можливостей Інструкція виконання: 1. Опишіть ситуацію чи подію, що викликає негативні емоції або стрес. 2. Запишіть автоматичні думки, що виникають у вас у зв'язку з цією ситуацією. 3. Проаналізуйте свої автоматичні думки, визначаючи їхню доказовість. 4. Змініть погляд на ситуацію, підбиваючи підсумки, знайдіть альтернативну, більш оптимістичну думку. 5. Використовуйте позитивні твердження для підтримки зміни в мисленні.	Покращення концентрації, зниження стресу і підвищення емоційної стійкості та контролю.	Зміна ставлення до негативних подій, зниження рівень стресу та тривоги і сприяння більш конструктивному підходу до проблем.

«Підтримка під час війни та завершення програми». Дана сесія має на меті не лише підсумувати отримані результати та досягнення в рамках програми, а

й підготувати учасників до подальшої самостійної роботи. Вона також сприяє зміцненню стійкості та адаптації до нових умов, пов'язаних з війною, надаючи учасникам інструменти для самопідтримки і забезпечуючи підтримку у разі необхідності.

Дана сесія має на меті інтегрувати всі аспекти психоемоційної підтримки, що були розглянуті протягом програми, і допомогти учасникам підсумувати отриманий досвід, а також розробити індивідуальні стратегії підтримки для подальшого психічного здоров'я. У її рамках обговорюється важливий вплив війни на психічне здоров'я учасників, зокрема такі складні аспекти, як посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), депресія, тривога, емоційне виснаження та адаптація до стресових ситуацій.

Під час сесії пацієнти отримують можливість усвідомити, як війна сформувала їхній психоемоційний стан, що дозволяє глибше розібратися в пережитих труднощах і забезпечити правильне розуміння того, як ці проблеми впливають на їхнє повсякденне життя. Психологічна підтримка під час цієї сесії зосереджена на підвищенні стійкості учасників до стресових ситуацій, а також на формуванні індивідуальних стратегій самопідтримки для боротьби з наслідками війни в майбутньому.

Особливу увагу на сесії приділяється розробці індивідуальних планів підтримки, що допоможуть пацієнтам справлятися з можливими загостреннями їхнього стану після завершення програми. Завершення програми дає пацієнтам шанс усвідомити свої досягнення, зміцнити впевненість у своїх силах і підготуватися до самостійної роботи з подолання труднощів.

Отже, суть цієї сесії полягає в тому, щоб об'єднати всі здобуті знання, розвинути стратегії адаптації та психоемоційної підтримки, а також наділити учасників інструментами для ефективної роботи над своїм психічним здоров'ям після завершення програми.

4.2. Оцінка ефективності розробленої програми медико-психологічної реабілітації в умовах дистанційної взаємодії

Для оцінки ефективності нами розробленої програми медико-психологічного втручання в умовах дистанційної взаємодії ми розподілили усіх залучених у дослідження учасників на дві групи – групу дослідження, яка отримувала, як стандартизовану амбулаторну медико-психологічну реабілітацію згідно з протоколами і клінічними керівництвами, так і програму медико-психологічної реабілітації. Учасники групи порівняння проходили стандартну амбулаторну медико-психологічну реабілітацію та були включені до листа очікування, маючи можливість доєднатись до сформованої програми медико-психологічної реабілітації по завершенню роботи з групою дослідження.

Після первинного психодіагностичного обстеження учасники були рандомізовані в групу дослідження або групу порівняння та отримували відповідне лікування (*табл. 4.8*).

Таблиця 4.8.

**Соціально-демографічні показники групи дослідження та групи порівняння
(День 1)**

Змінні	Група дослідження (n=122)	Група порівняння (n=118)	t / χ^2	P value
Вік (роки)	33.49 ± 8.88	33.12 ± 8.40	t=0.084	0.744
Стать				
Жіноча	71 (58.2%)	61 (51.69%)	$\chi^2=0.31$ 1	0.313
Чоловіча	51 (41.8%)	57 (48.31%)		
Шлюбний статус				
В шлюбі	82 (67.21%)	78 (66.1%)	$\chi^2=0.855$	0.856
Не в шлюбі	40 (32.79%)	40 (33.9%)		
Статус роботи				
Працевлаштований	92 (75.41%)	83 (70.34%)	$\chi^2=0.377$	0.379
Безробітний	30 (24.59%)	35 (29.66%)		
Освіта				
Вища	74 (60.66%)	74 (62.71%)	$\chi^2=0.743$	0.745
Середня спеціальна	48 (39.34%)	44 (37.29%)		

Відповідно до статистичного аналізу клініко-психологічних показників між групами дослідження та порівняння не було виявлено значущої різниці, що свідчить про однорідність груп не тільки за соціально-демографічними, а й клініко-психологічними показниками (*табл. 4.9*).

Таблиця 4.9.

**Клініко-психологічні показники групи дослідження та групи порівняння
(День 1)**

Показник	Група дослідження (n=122)	Група порівняння (n=118)	t	P value
GAD-7	14.926 ± 4.108	14.644 ± 4.137	-0.530	0.597
PHQ-9	16.590 ± 6.612	16.127 ± 6.811	-0.534	0.594
SSS-8	9.237 ± 4.148	9.550 ± 3.949	-0.598	0.550
PCL-5	30.42 ± 17.866	29.822 ± 16.574	-0.271	0,786
CQLS	54.418 ± 15.041	56,347 ± 15.535	-0.038	0.970

Згідно результатів опитувальника GAD-7 у групи дослідження було визначено, що у 18 осіб (14.7%) легка тривога, у 30 (24.6%) помірне занепокоєння та у 74 осіб (60.7%) сильна тривога, в той же час у групи порівняння: у 18 осіб (15.3%) легка тривога, у 32 осіб (27.1%) помірне занепокоєння та у 68 осіб (57.6%) сильна тривога (*рис. 4.1*).

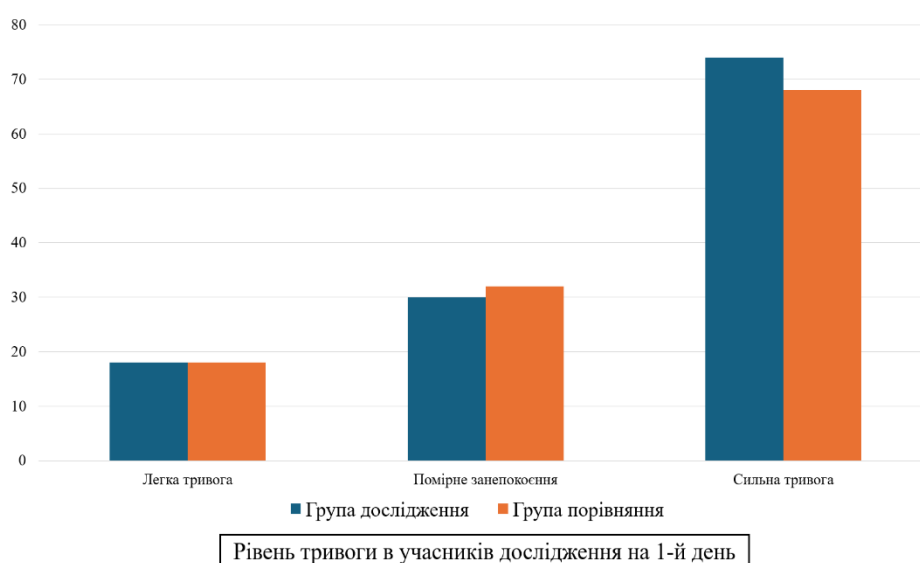


Рис. 4.1. Якісні значення опитувальника для визначення генералізованого тривожного розладу (GAD-7) учасників групи дослідження та групи порівняння (День 1).

Згідно результатів опитувальника PHQ-9 у учасників досліджуваної групи у 12 осіб (9.8%) мінімальні прояви депресії, у 29 осіб (23.8%) легка депресія, у 50 осіб (41.0%) депресія середньої важкості та у 31 особи (25.4%) важка депресія, в той же час у групи порівняння у 15 осіб (12.7%) мінімальні прояви депресії, у 25 осіб (21.2%) легка депресія, у 51 особи (43.2%) депресія середньої важкості та у 27 осіб (22.9%) важка депресія (*рис. 4.2*).

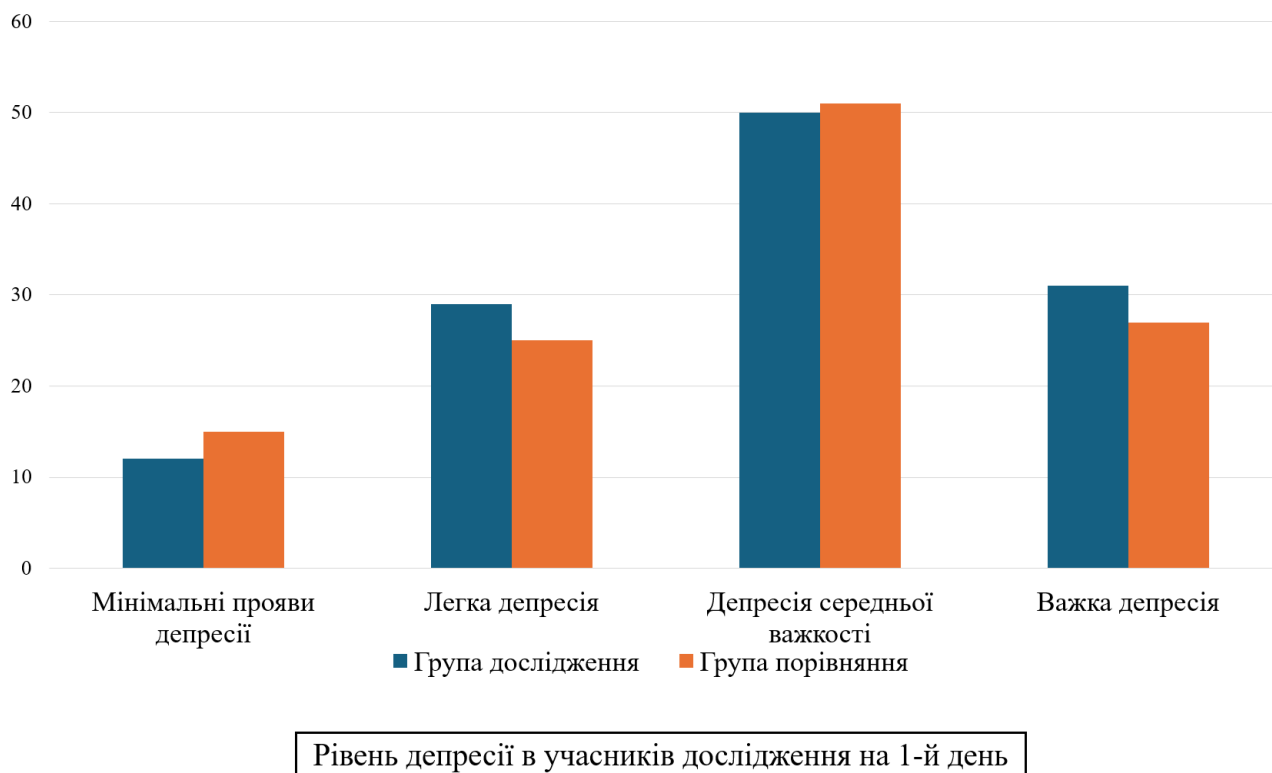
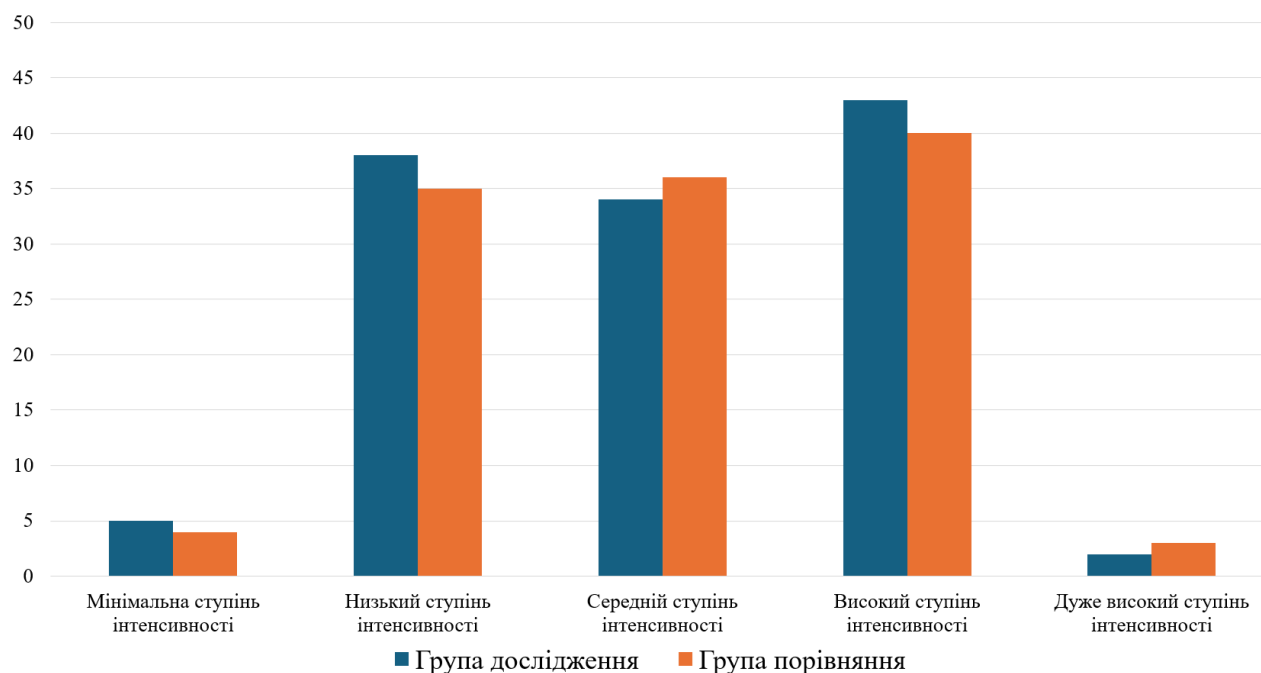


Рис. 4.2. Якісні значення опитувальника стану здоров'я - 9 (PHQ-9) учасників групи дослідження та групи порівняння (День 1).

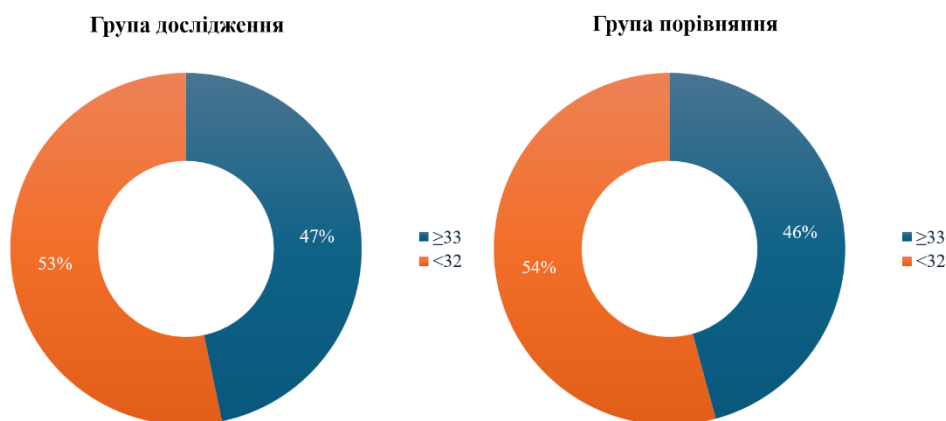
Початкові вимірювання за шкалою SSS-8 за ступенем прояву соматичних симптомів досліджуваної групи становили у 5 учасників (4.1%) мінімальна ступінь, у 38 учасників (31.2%) низький ступінь, у 34 учасників (27.9%) середній ступінь, у 43 учасників (35.2%) високий ступінь та у 2 учасників (1.6%) дуже високий ступінь інтенсивності проявів, в той же час у групі порівняння у 4 учасників (3.4%) мінімальна ступінь, у 35 учасників (29.7%) низький ступінь, у 36 учасників (30.5%) середній ступінь, у 40 учасників (33.9%) високий ступінь та у 3 учасників (2.5%) дуже високий ступінь інтенсивності проявів (*рис. 4.3*).



Ступінь інтенсивності соматичних симптомів в учасників дослідження на 1-й день

Рис. 4.2. Якісні значення шкали соматичних симптомів (SSS-8) учасників групи дослідження та групи порівняння (День 1).

Грунтуючись на інтерпретацію результатів шкали PCL-5, кількість балів що становить ≥ 33 свідчить про наявну клінічну картину, що відповідає критеріям посттравматичного стресового розладу, згідно з якою у 57 (46.7%) з 122 учасників з групи дослідження та у 54 (45.7%) з 118 учасників групи порівняння наявний симптоматичний комплекс посттравматичного стресу, що представлено на **Рис. 4.3**.



Симптоми посттравматичного стресу в учасників дослідження на 1-й день

Рис. 4.3. Якісні значення шкали переліку симптомів ПТСР (PCL-5) учасників групи дослідження та групи порівняння (День 1).

Вимірювання за шкалою CQLS було виявлено, що якість життя в учасників досліджуваної групи становила у 6 учасників (4.9%) високий рівень, у 29 учасників (23.9%) середній рівень, у 38 учасників (31.1%) низький рівень та у 49 учасників (40.1%) дуже низький рівень якості життя, в той же час у групі порівняння групи: у 4 учасників (3.4%) високий рівень, у 31 учасників (26.3%) середній рівень, у 34 учасників (28.8%) низький рівень та у 49 учасників (41.5%) дуже низький рівень якості життя, що представлено на *рис. 4.4*.

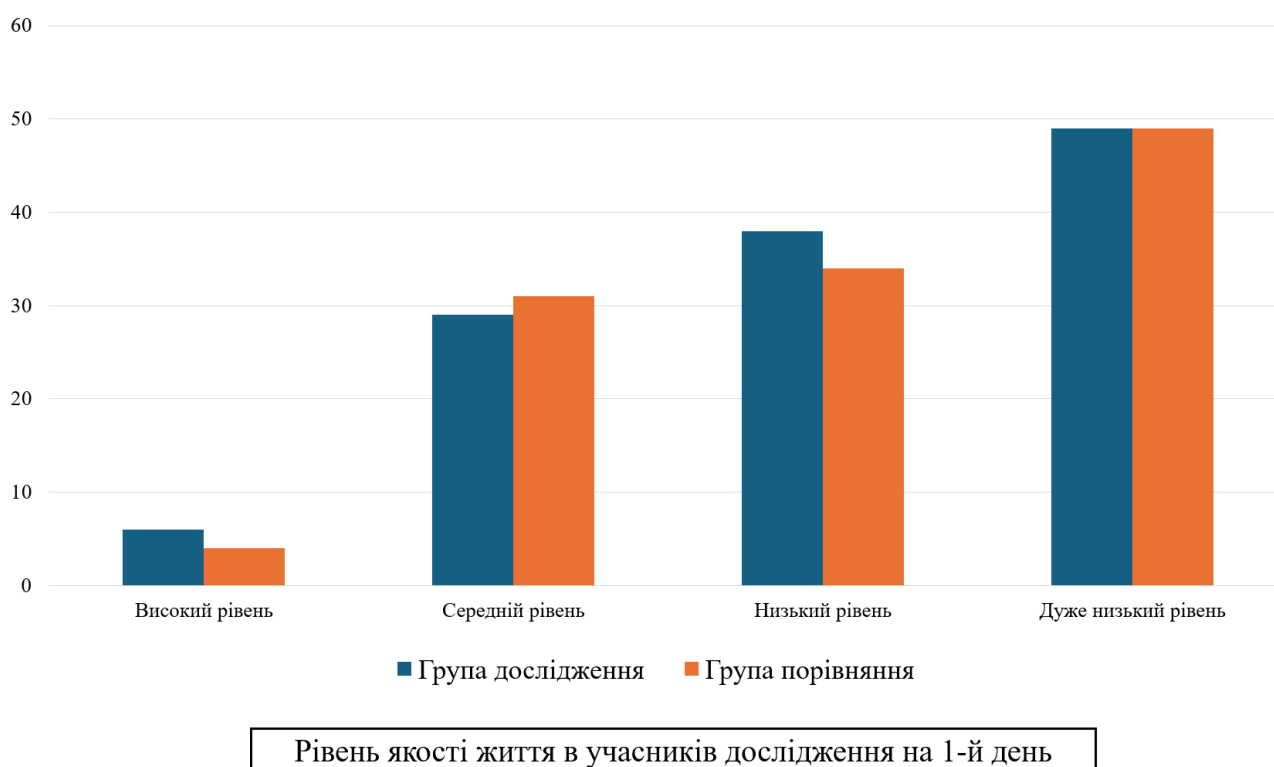


Рис. 4.4. Якісні значення шкали якості життя Чабана (CQLS) учасників групи дослідження та групи порівняння (День 1).

Таким чином, можна стверджувати, що група дослідження та група порівняння не відрізнялись між собою за кількісними та якісними показниками первинного психодіагностичного обстеження (День 1).

Середні значення та стандартні відхилення для результатів за різними шкалами під час повторного психодіагностичного обстеження по завершенню проходження програми медико-психологічної реабілітації в умовах дистанційної взаємодії (День 63) з t-тестами для незалежних вибірок представлені в *табл. 4.10*.

Таблиця 4.10.

Описова статистика результатів групи дослідження та групи порівняння за психодіагностичними шкалами по завершенню проходження програми медико-психологічної реабілітації в умовах дистанційної взаємодії (День 63) із t-тестами для незалежних вибірок

Показник	Група дослідження (n=122)	Група порівняння (n=118)	t	P value
GAD-7	3.991 ± 3.589	12.966 ± 3.980	18.355	<0.001
PHQ-9	6.942 ± 5.073	15.567 ± 6.540	11.437	<0.001
SSS-8	2.885 ± 3.059	9.491 ± 3.648	15.219	<0.001
PCL-5	13.295 ± 8.728	29.178 ± 13.542	10.836	<0.001
CQLS	78.786 ± 9.379	57.025 ± 9.374	15.686	<0.001

Таким чином результати вказують на статистично значущу різницю між групою дослідження та групою порівняння, що додатково підтверджено за допомогою дисперсійного аналізу для повторних вимірювань (Repeated-Measures ANOVA), що представлено у *табл. 4.11*.

Таблиця 4.11.

Результати ANOVA з повторними вимірюваннями для групи дослідження та групи порівняння за психодіагностичними шкалами по завершенню проходження програми медико-психологічної реабілітації в умовах дистанційної взаємодії (День 1 – День 63)

PHQ-9					
	SS	Error SS	df	F value	P value
Intercept	91478	16877.7	1	1289.966	<0.001
Group	1998	16877.7	1	28.175	<0.001
Time	4771	1962.5	1	378.931	<0.001
Group×time	2477	1962.5	1	300.423	<0.001
GAD-7					
	SS	Error SS	df	F value	P value
Intercept	64928	6473.6	1	2387.056	<0.001
Group	2266	6473.6	1	83.307	<0.001
Time	4771	984.6	1	1153.199	<0.001
Group×time	2570	984.6	1	621.154	<0.001
SSS-8					
	SS	Error SS	df	F value	P value

Intercept	29130.2	5457	1	1270.484	<0.001
Group	1436	5457	1	62.628	<0.001
Time	1233	1140.2	1	257.364	<0.001
Group×time	1187.8	1140.2	1	247.928	<0.001
PCL-5					
	SS	Error SS	df	F value	P value
Intercept	316462	90622	1	831.12	<0.001
Group	7001	90622	1	18.387	<0.001
Time	9476	10813	1	208.565	<0.001
Group×time	8152	10813	1	179.432	<0.001
CQLS					
	SS	Error SS	df	F value	P value
Intercept	1853213	66012	1	6681.61	<0.001
Group	14295	66012	1	51.54	<0.001
Time	15930	10278	1	368.88	<0.001
Group×time	14111	10278	1	326.75	<0.001

По завершенню програми медико-психологічної реабілітації в умовах дистанційної взаємодії (День 63) за опитувальником GAD-7 було відзначено зниження рівня тривоги у групі дослідження, а саме у 84 учасників (68.9%) мінімальна тривога, у 21 учасників (17.2%) легка тривога та у 17 учасників (13.9%) помірне занепокоєння, відповідно в учасників групи порівняння на 63 день був таким: у 22 учасників (18.6%) легка тривога, у 47 учасників (39.8%) помірне занепокоєння та у 49 учасників (41.6%) сильна тривога. Різниця у співвідношеннях була статистично значущою ($t=18.355$; $p<0.001$) (*табл. 4.10*). На початку дослідження рівень тривоги в обох групах був порівняно схожим, проте на 63-й день учасники дослідницької групи демонстрували значне зниження показників GAD-7. У групі порівняння, навпаки, рівень тривоги залишився майже незмінним. На графіку видно, що розподіл показників на 63-й день практично повторює початковий стан із концентрацією вищих значень GAD-7. Таким чином, програма медико-психологічної реабілітації має значний вплив на зниження рівня тривоги у дослідницькій групі (*Рис. 4.5*).

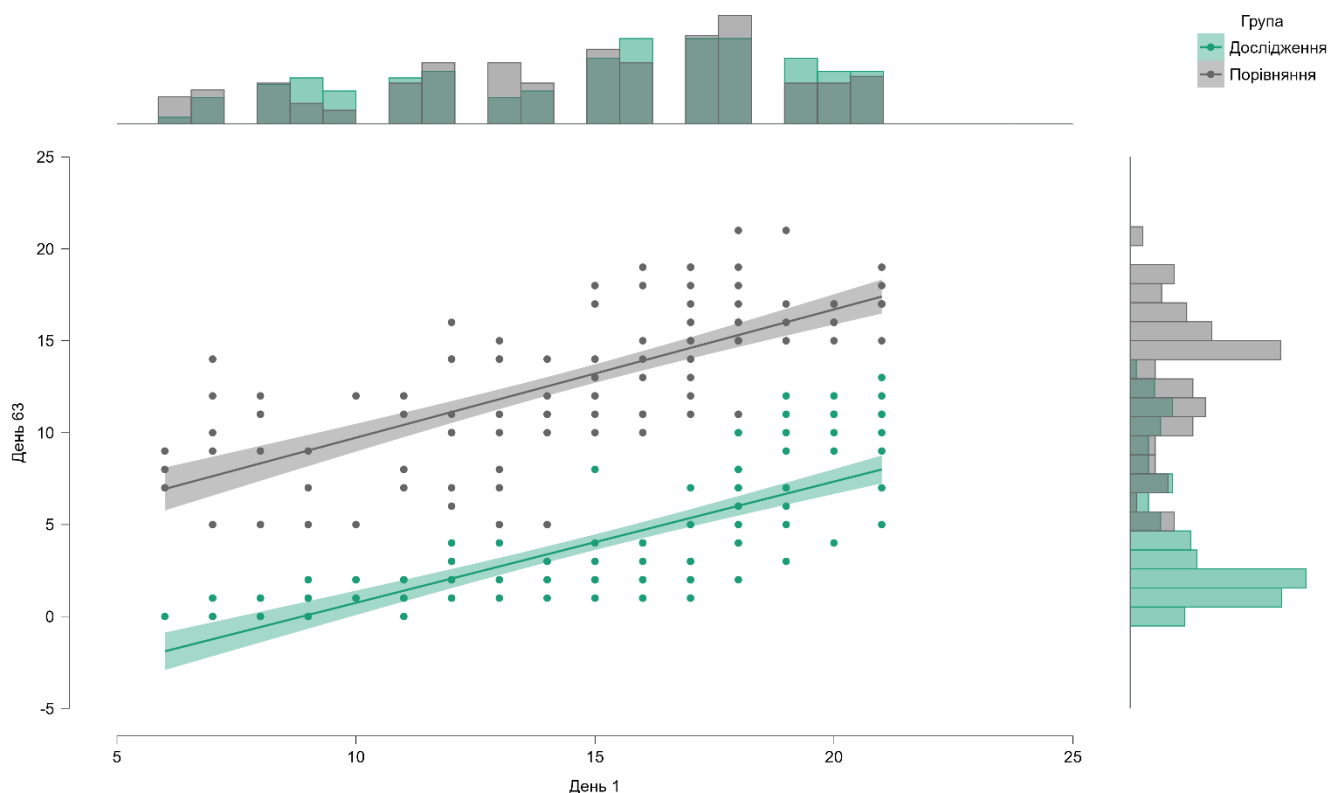


Рис. 4.5. Динаміка змін показників у групах дослідження та порівняння в порівнянні результатів на 1-й день та 63-й день з розподілом даних за GAD-7.

За опитувальником PHQ-9, по завершенню програми медико-психологічної реабілітації в умовах дистанційної взаємодії, у групи дослідження рівень депресії значно знизився, було визначено, що у 79 учасників (64.7%) мінімальні прояви депресії, у 28 учасників (23.0%) легка депресія та у 15 учасників (12.3%) депресія середньої важкості, в той же час у групі порівняння у 18 учасників (15.3%) мінімальні прояви депресії, у 20 учасників (16.9%) легка депресія, у 56 учасників (47.5%) депресія середньої важкості та у 24 учасників (20.3%) важка депресія. Різниця у співвідношеннях була статистично значущою ($t=11.437$; $p<0.001$) (*табл. 4.10*). Досліджувана група демонструє значне зниження показників PHQ-9, що вказує на зменшення вираженості депресивних симптомів до 63-го дня. Група порівняння, навпаки, має незначні зміни, і рівень депресивних симптомів залишається стабільно вищим. Таким чином, програма медико-психологічної реабілітації має значний вплив на зниження рівня депресії у дослідницькій групі (*рис. 4.6*).

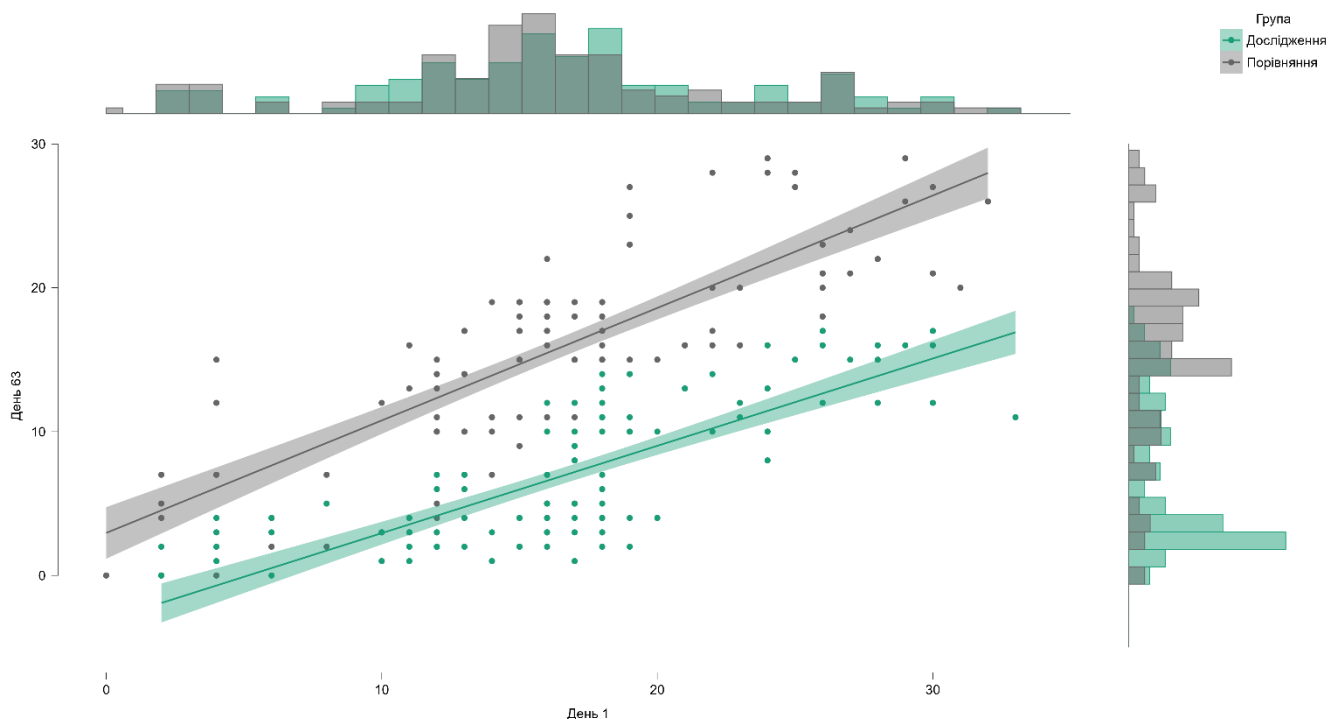


Рис. 4.6. Динаміка змін показників у групах дослідження та порівняння в порівнянні результатів на 1-й день та 63-й день з розподілом даних за PHQ-9.

За результатами програми медико-психологічної реабілітації в умовах дистанційної взаємодії на 63 день, рівень інтенсивності соматичних симптомів за шкалою SSS-8 в групі дослідження був мінімальним у 82 осіб (67.3%), низького ступеню - у 29 осіб (23.8%), середнього ступеню – у 7 осіб (5.7%) та високого ступеню - у 4 осіб (3.2%), відповідно, у групі порівняння за інтенсивністю соматичних симптомів був наступним: у 7 осіб (5.9%) мінімальний ступінь, у 38 осіб (32.3%) - низький ступінь, у 40 осіб (33.9%) середній ступінь, у 31 особи (26.2%) високий ступінь та у 2 осіб (1.7%) - дуже високий ступінь інтенсивності соматичних проявів. Різниця у співвідношеннях була статистично значущою ($t=15.219$; $p<0.001$) (*табл. 4.10*). Досліджувана група демонструє значне зниження інтенсивності соматичних проявів, що вказує на зменшення вираженості соматичних симптомів до 63-го дня. Група порівняння, навпаки, має незначні зміни, інтенсивність соматичних симптомів залишається стабільно вищою. Таким чином, програма медико-психологічної реабілітації має значний вплив на зниження інтенсивності соматичних симптомів у дослідницькій групі (*рис. 4.7*).

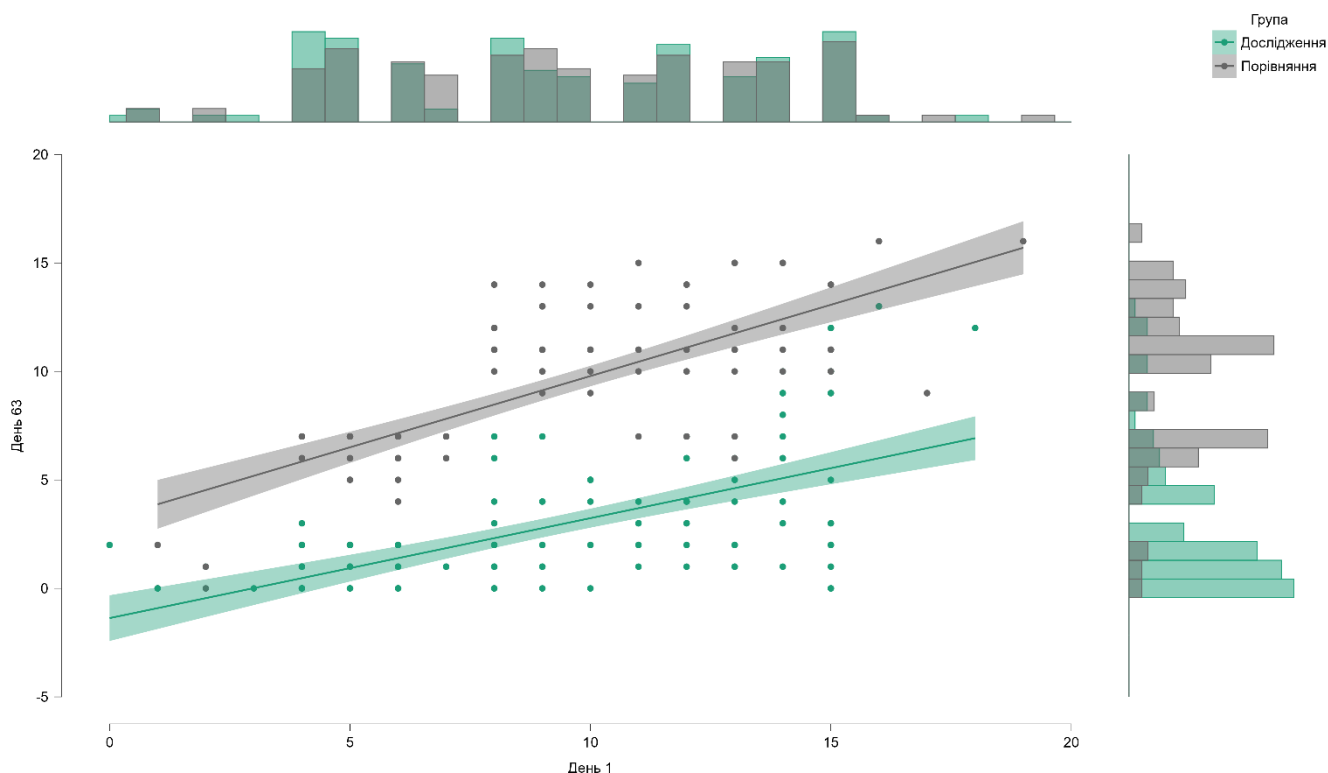


Рис. 4.7. Динаміка змін показників у групах дослідження та порівняння в порівнянні результатів на 1-й день та 63-й день з розподілом даних за SSS-8.

По завершенню програми медико-психологічної реабілітації на 63-й день дослідження за результатами шкали PCL-5, спостерігається тенденція до зниженню симптомів посттравматичного стресового розладу у групі дослідження, де у 5 (4.0%) учасників з 122 зберігся симптоматичний комплекс посттравматичного стресу, а відповідно у групи порівняння показники залишились майже незмінними, проте, варто відмітити, що симптоматичний комплекс посттравматичного стресу зменшився від 54 до 44 (36.0%) з 118 учасників. Різниця у співвідношеннях була статистично значущою ($t=10.836$; $p<0.001$) (*табл. 4.10*). Таким чином, програма медико-психологічної реабілітації має значний вплив на зниження симптомів посттравматичного стресу у дослідницькій групі (*рис. 4.8*).

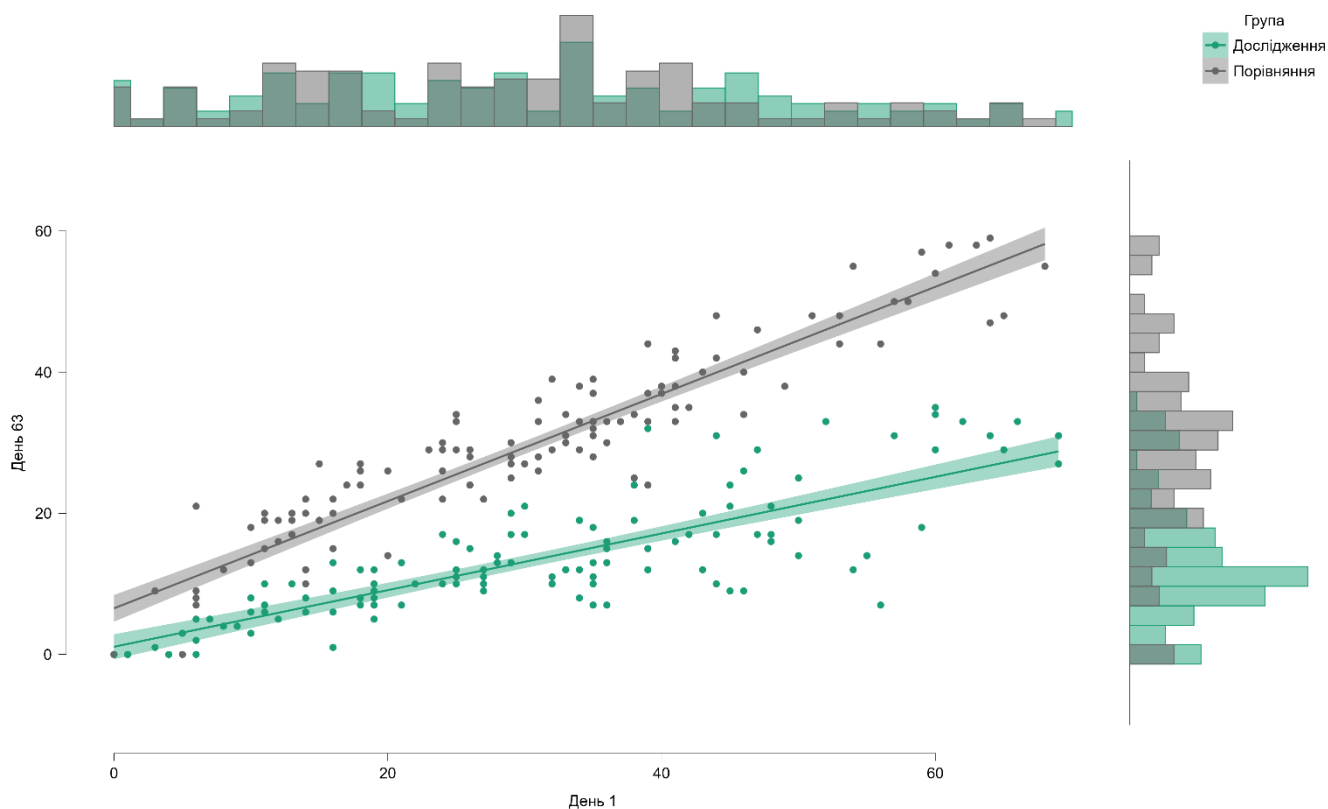


Рис. 4.8. Динаміка змін показників у групах дослідження та порівняння в порівнянні результатів на 1-й день та 63-й день з розподілом даних за PCL-5.

За результатами шкали CQLS на 63-й день дослідження було виявлено, що у досліджуваної групи у 40 осіб (32.8%) мали вкрай високий рівень якості життя, у 36 (29.5%) високий рівень, у 32 особи (26.2%) - середній рівень та у 14 осіб (11.5%) низький рівень якості життя, в той же час у групі порівняння тільки у 2 осіб (1.7%) мали високий рівень якості життя, у 35 осіб (29.6%) середній рівень, у 33 особи (28.0%) низький рівень та у 48 осіб (40.7%) дуже низький рівень якості життя. Різниця у співвідношеннях була статистично значущою ($t=15.686$; $p<0.001$) (*табл. 4.10*). Таким чином, програма медико-психологічної реабілітації має значний вплив на зростання рівня якості життя у дослідницькій групі (*рис. 4.9*).

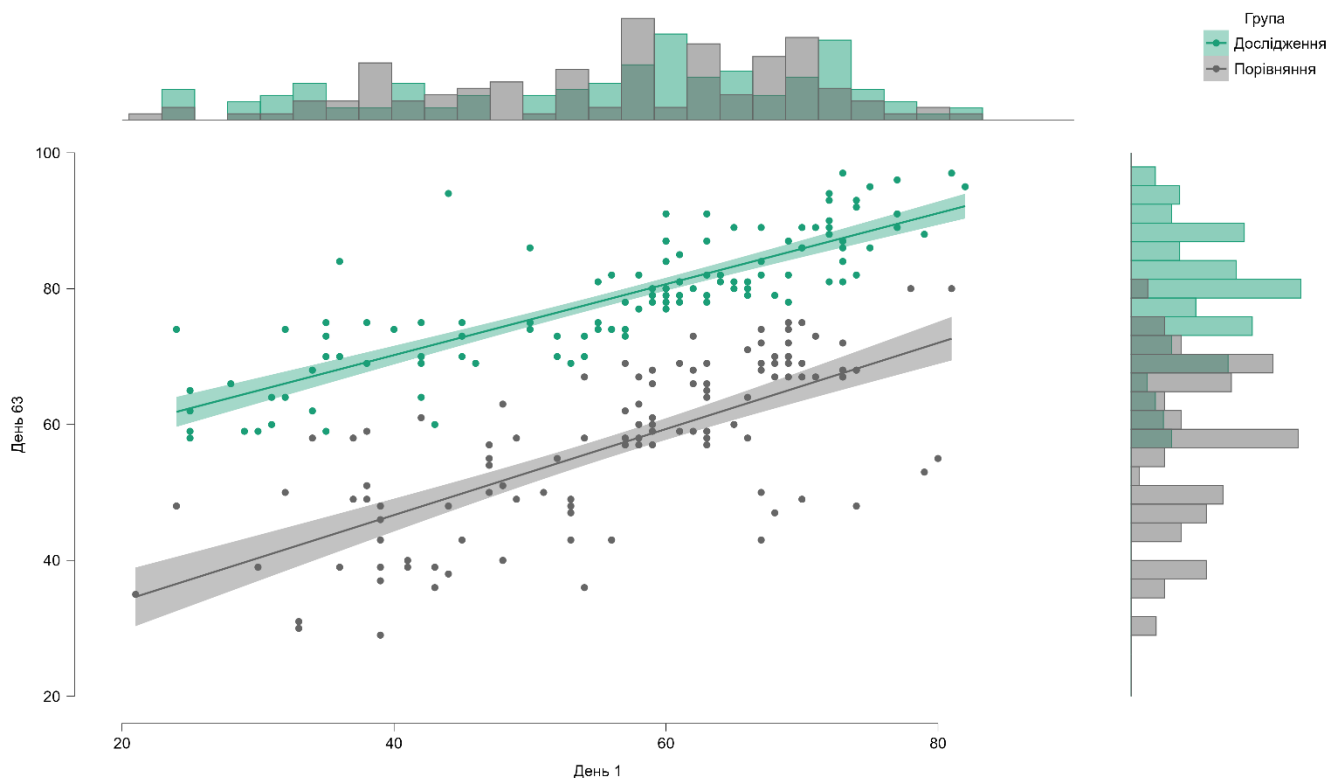


Рис. 4.9. Динаміка змін показників у групах дослідження та порівняння в порівнянні результатів на 1-й день та 63-й день з розподілом даних за CQLS.

Програма медико-психологічної реабілітації в умовах дистанційної взаємодії продемонструвала високу ефективність у зниженні рівня тривоги, депресії та соматичних симптомів серед учасників дослідницької групи. На 63-й день дослідження за шкалою GAD-7 у групі дослідження, тоді як у групі порівняння більшість учасників залишалися з помірним або високим рівнем тривожності. Подібна тенденція спостерігалася і щодо депресивних проявів за шкалою PHQ-9, де дослідницька група продемонструвала зменшення симптомів, у той час як у групі порівняння депресія залишалася значною проблемою.

Оцінка соматичних симптомів за шкалою SSS-8 також вказує на суттєве покращення стану учасників дослідницької групи, де більшість мали мінімальну або низьку інтенсивність симптомів. У групі порівняння ситуація залишалася малозмінною, з високим рівнем вираженості соматичних скарг. Крім того, результати за шкалою PCL-5 засвідчили, що кількість учасників із симптомами посттравматичного

стресового розладу в дослідницькій групі суттєво зменшилася, на відміну від групи порівняння, де лише незначні зміни були помітні.

Важливим підсумком дослідження є також покращення якості життя за шкалою CQLS серед учасників, які пройшли програму реабілітації в умовах дистанційної взаємодії. Більшість із них мали високий або середній рівень якості життя, у той час як у групі порівняння значна частина учасників продовжувала відзначати низький або дуже низький рівень. Отже, отримані результати свідчать про значний позитивний вплив програми медико-психологічної реабілітації на психоемоційний стан, соматичні симптоми та загальну якість життя учасників групи дослідження.

4.3. Оцінка прогностичної цінності програми медико-психологічної реабілітації в умовах дистанційної взаємодії

Для оцінки прогностичної цінності та ефективності програми медико-психологічної реабілітації в умовах дистанційної взаємодії усі учасники пройшли повторне психодіагностичне обстеження (День 153) із використанням тих же шкал, що й на етапах «День 1» та «День 63». Відповідно до результатів обстеження за допомогою t-критерію Стьюдента для пов'язаних вибірок було виявлено, що учасники групи дослідження зберегли кращі результати по всіх патопсихологічним шкалам порівняно з початковим рівнем ($p < 0.001$) та й через три місяці.

Показники групи дослідження через 3 місяці статистично значущо відрізнялися й від показників групи порівняння. Середні значення та стандартні відхилення для результатів групи дослідження та групи порівняння за різними шкалами під час психодіагностичного обстеження через 3 місяці (День 153) з t-тестами для незалежних вибірок представлені в *табл. 4.12*.

Таблиця 4.12.

Описова статистика результатів групи дослідження та групи порівняння за психодіагностичними шкалами через три місяці (День 153) із t-тестами для незалежних вибірок

Показник	Група дослідження (n=122)	Група порівняння (n=118)	t	P value
GAD-7	1.114 ± 1.632	13.144 ± 4.595	27.197	<0.001
PHQ-9	2.311 ± 3.141	16.177 ± 7.897	17.98	<0.001
SSS-8	1.057 ± 1.506	9.652 ± 3.855	22.887	<0.001
PCL-5	3.442 ± 2.709	24.347 ± 13.214	17.108	<0.001
CQLS	86.040 ± 6.060	59.974 ± 14.758	18.003	<0.001

Таким чином результати вказують на статистично значущу різницю між групою дослідження та групою порівняння, що додатково підтверджено за допомогою дисперсійного аналізу для повторних вимірювань (Repeated-Measures ANOVA) через три місяці з моменту завершення програми медико-психологічної реабілітації в умовах дистанційної взаємодії, що представлено у *табл. 4.13*.

Таблиця 4.13.

Результати ANOVA з повторними вимірюваннями для групи дослідження та групи порівняння за психодіагностичними шкалами по завершенню проходження програми медико-психологічної реабілітації в умовах дистанційної взаємодії та через 3 місяці (День 63 – День 153)

PHQ-9					
	SS	Error SS	df	F value	P value
Intercept	50416	15137.7	1	792.649	<0.001
Group	15172	15137.7	1	238.539	<0.001
Time	485	1473.2	1	78.337	<0.001
Group×time	824	1473.2	1	133.103	<0.001
GAD-7					
	SS	Error SS	df	F value	P value
Intercept	29226.4	5002.6	1	1390.456	<0.001
Group	13230.9	5002.6	1	629.463	<0.001
Time	218.5	1203.2	1	43.218	<0.001
Group×time	279.9	1203.2	1	55.369	<0.001
SSS-8					
	SS	Error SS	df	F value	P value
Intercept	15985.4	3956.6	1	961.572	<0.001
Group	6930.6	3956.6	1	416.896	<0.001
Time	83.3	746.7	1	26.561	<0.001
Group×time	118.6	746.7	1	37.816	<0.001
PCL-5					
	SS	Error SS	df	F value	P value

Intercept	148066	44320	1	795.129	<0.001
Group	40589	44320	1	217.966	<0.001
Time	6466	7670	1	200.637	<0.001
Group×time	756	7670	1	23.471	<0.001
CQLS					
	SS	Error SS	df	F value	P value
Intercept	2382147	50626	1	11198.876	<0.001
Group	68606	50626	1	322.529	<0.001
Time	3122	6781	1	109.581	<0.001
Group×time	556	6781	1	19.507	<0.001

Учасники групи дослідження мали покращення клінічних показників наприкінці програми медико-психологічної реабілітації в умовах дистанційної взаємодії (День 63), проте в подальшому досягли кращих результатів у стабілізації психоемоційної сфери, рівню інтенсивності соматичних симптомів та покращенню якості життя.

По завершенню (День 153) за опитувальником GAD-7 було відзначено зниження рівня тривоги у групі дослідження, а саме у 113 учасників (92.6%) мінімальна тривога та у 9 учасників (7.4%) легка тривога, відповідно в учасників групи порівняння на 153 день був таким: у 1 учасника (0.8%) мінімальна тривога, у 33 учасників (28.0%) легка тривога, у 23 учасників (19.5%) помірне занепокоєння та у 61 учасників (51.7%) сильна тривога (*рис. 4.10*). Різниця у співвідношеннях була статистично значущою ($t=27.197$; $p<0.001$) (*табл. 4.12*).

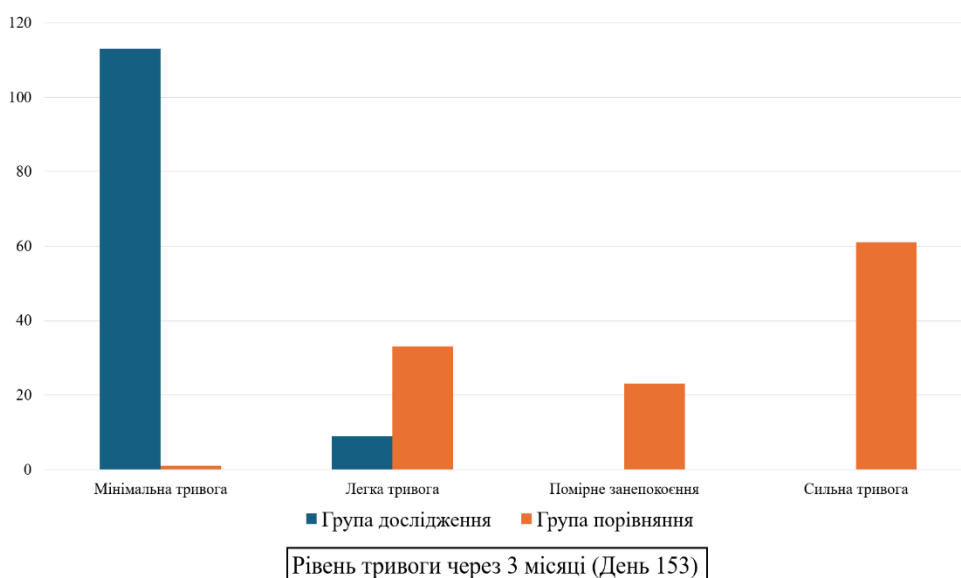


Рис. 4.10. Якісна оцінка рівня тривоги групи дослідження та групи порівняння через 3 місяці за GAD-7.

Результати дослідження за опитувальником GAD-7 продемонстрували значущу різницю між групою дослідження та групою порівняння у динаміці симптомів тривоги в порівнянні з 1 днем та відповідно 153 днем (через 3 місяці по завершенню втручання), які підтверджено за допомогою дисперсійного аналізу для повторних вимірювань, що представлено у *табл. 4.14*.

Таблиця 4.14.

Результати ANOVA з повторними вимірюваннями для групи дослідження та групи порівняння за GAD-7 на перший день дослідження та через 3 місяці (День 1 – День 153)

GAD-7					
	SS	Error SS	df	F value	P value
Intercept	57614	5085.2	1	2696.44	<0.001
Group	4139	5085.2	1	193.70	<0.001
Time	7031	1753.1	1	954.57	<0.001
Group×time	4546	1753.1	1	617.16	<0.001

Учасники групи дослідження показали суттєве зниження симптомів тривоги через три місяці після завершення дослідження де показники тривоги досягли «Мінімальної» та «легкої» тривоги, що свідчить про ефективність використаних підходів у зменшенні тривожного компоненту. Натомість, у групі порівняння на 153 день було відзначено двобічну тенденцію, звертаючи увагу на адаптаційні процеси та самостійні підходи до вирішення власного психоемоційного стану, у певної частки учасників симптоми тривоги були знижені, однак, інша частина відзначила хроніфікацію тривожного стану, де показники рівня тривоги повернулись до початкового значення «сильної» тривоги, попри невеликий спад на 63 день (*Рис. 4.11*). Зважаючи на отримані результати, можна зробити висновок, що програма медико-психологічної реабілітації, впроваджена в дистанційному форматі, має значний і позитивний вплив на зниження рівня тривоги у дослідницькій групі.

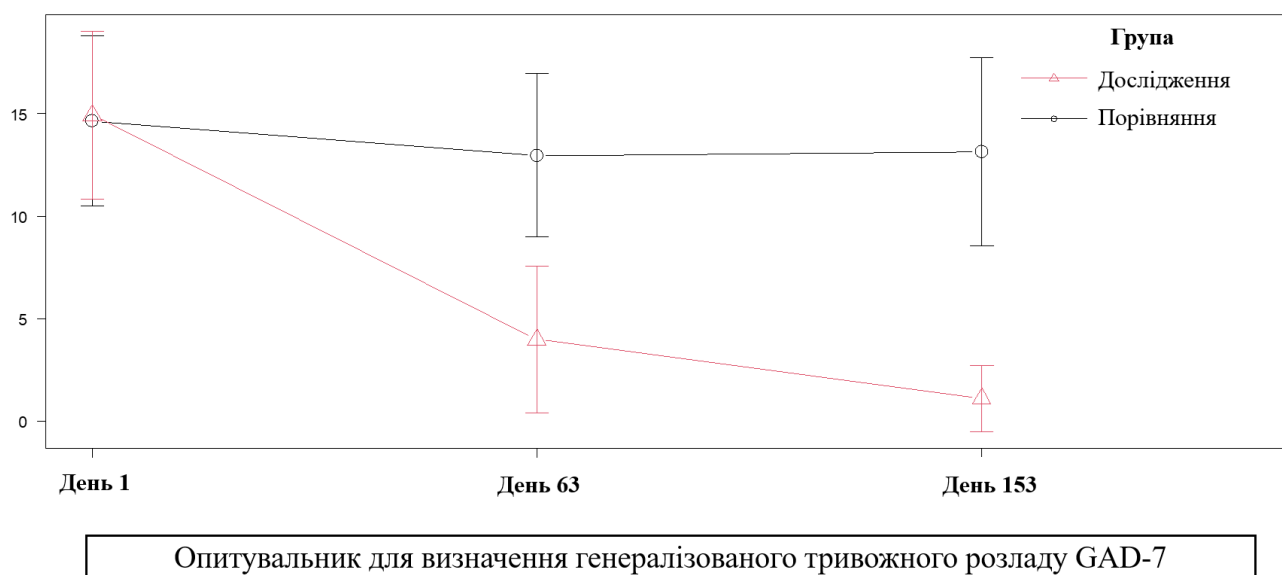


Рис. 4.11. Середні бали та 95% ДІ за GAD-7 при первинному обстеженні (День 1), після медико-психологічної реабілітації (День 63) та через три місяці (День 153).

За результатами опитувальника PHQ-9 через 3 місяці було відзначено зниження рівня депресії у групі дослідження, а саме у 115 учасників (84.3%) мінімальні прояви депресії та у 7 учасників (5.7%) легка депресія, відповідно в учасників групи порівняння на 153 день був таким: у 22 учасників (18.7%) мінімальні прояви депресії, у 13 учасників (11.0%) легка депресія, у 39 учасників (33.0%) депресія середньої важкості та у 44 учасників (37.3%) важка депресія (*рис. 4.12*). Різниця у співвідношеннях була статистично значущою ($t=17.98$; $p<0.001$) (*табл. 4.12*).

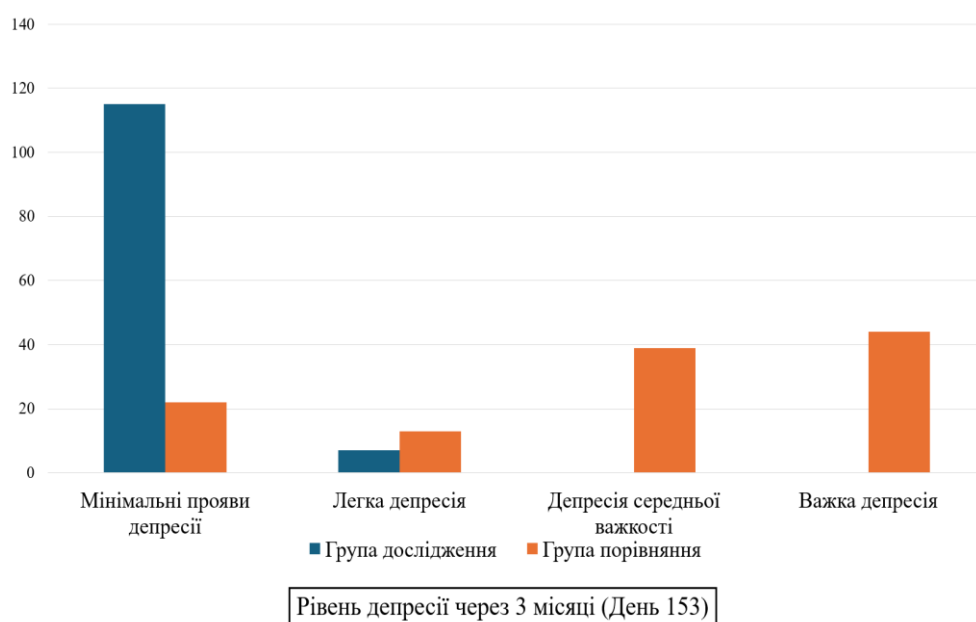


Рис. 4.11. Якісна оцінка рівня депресії групи дослідження та групи порівняння через 3 місяці за PHQ-9.

Результати дослідження за опитувальником PHQ-9 продемонстрували значущу різницю між групою дослідження та групою порівняння у динаміці симптомів депресії в порівнянні з 1 днем та відповідно 153 днем (через 3 місяці по завершенню втручання), які підтверджено за допомогою дисперсійного аналізу для повторних вимірювань, що представлено у *табл. 4.15*.

Таблиця 4.15.

Результати ANOVA з повторними вимірюваннями для групи дослідження та групи порівняння за PHQ-9 на перший день дослідження та через 3 місяці (День 1 – День 153)

PHQ-9					
	SS	Error SS	df	F value	P value
Intercept	78642	15730.9	1	1189.810	<0.001
Group	5388	15730.9	1	81.519	<0.001
Time	6071	3481.1	1	415.086	<0.001
Group×time	6158	3481.1	1	421.041	<0.001

Учасники групи дослідження показали суттєве зниження симптомів депресії через три місяці після завершення дослідження, де показники депресії досягли «Мінімальної» та «легкої» депресії, що свідчить про ефективність використаних підходів у зменшенні депресивного компоненту. Натомість, у групі порівняння на 153 день було відзначено двобічну тенденцію, звертаючи увагу на адаптаційні процеси та самостійні підходи до вирішенню власного психоемоційного стану, у певної частки учасників симптоми тривоги були знижені, однак, інша частина відзначила хроніфікацію депресивного стану, де показники збільшились в особливості до «важкої депресії» на відмінну від значення показників на початку дослідження (*Рис. 4.12*).

Ці результати свідчать про ефективність дистанційної медико-психологічної реабілітації як важливого інструменту для зниження рівня депресії у пацієнтів, що переживають постковідний синдром, а також підкреслюють її потенціал у забезпеченні доступу до якісної психологічної допомоги навіть у складних умовах.

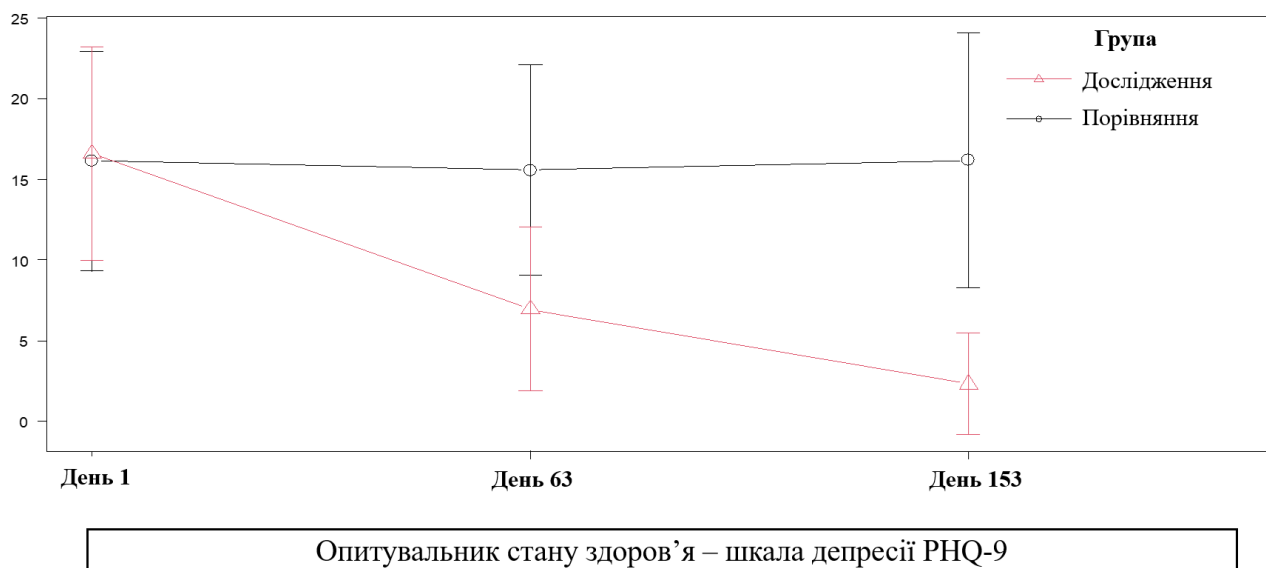


Рис. 4.12. Середні бали та 95% ДІ за PHQ-9 при первинному обстеженні (День 1), після медико-психологічної реабілітації (День 63) та через три місяці (День 153).

За результатами шкали соматичних симптомів SSS-8 через 3 місяці було відзначено зниження інтенсивності соматичних симптомів у групі дослідження, а саме у 111 учасників (91.0%) мінімальна ступінь та у 11 учасників (9.0%) низька ступінь інтенсивності соматичних симптомів, відповідно в учасників групи порівняння на 153 день був таким: у 13 учасників (11.0%) мінімальна ступінь, у 15 учасників (12.7%) низька ступінь, у 44 учасників (39.0%) середній ступінь та у 46 учасників (37.3%) високий ступінь інтенсивності соматичних симптомів (*рис. 4.13*). Різниця у співвідношеннях була статистично значущою ($t=22.887$; $p<0.001$) (*табл. 4.12*).

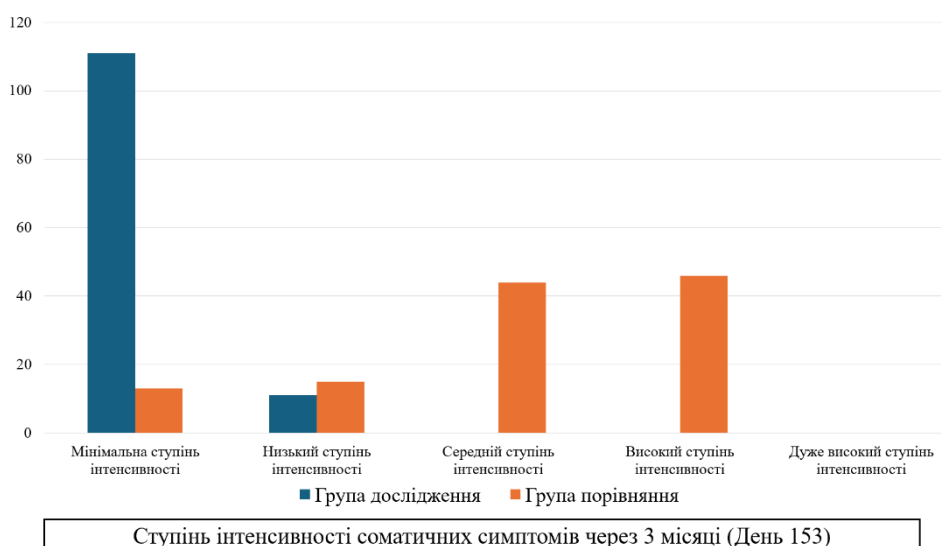


Рис. 4.13. Якісна оцінка рівня депресії групи дослідження та групи порівняння через 3 місяці за SSS-8.

Результати дослідження за опитувальником SSS-8 продемонстрували значущу різницю між групою дослідження та групою порівняння у динаміці інтенсивності соматичних симптомів в порівнянні з 1 днем та відповідно 153 днем (через 3 місяці по завершенню втручання), які підтверджено за допомогою дисперсійного аналізу для повторних вимірювань, що представлено у **табл. 4.16**.

Таблиця 4.16.

Результати ANOVA з повторними вимірюваннями для групи дослідження та групи порівняння за PHQ-9 на перший день дослідження та через 3 місяці (День 1 – День 153)

SSS-8					
	SS	Error SS	df	F value	P value
Intercept	26097.5	4321.2	1	1437.37	<0.001
Group	2380.1	4321.2	1	131.09	<0.001
Time	1957.4	1599.4	1	291.27	<0.001
Group×time	2057.2	1599.4	1	306.12	<0.001

Учасники групи дослідження показали суттєве зниження ступені інтенсивності соматичних симптомів через три місяці після завершення дослідження, показники інтенсивності соматичних симптомів досягли межі «мінімального» та «низького» ступенів, що свідчить про ефективність використаних підходів у зменшенні соматичного компоненту. Натомість, у групі порівняння на 153 день було помічену незначну тенденцію до покращення стану, у відсутності показника «дуже високий ступінь», однак, в більшій мірі зберіглась тенденція, до «середнього» та «високого» ступенів інтенсивності соматичних симптомів (**Рис. 4.14**).

Таким чином, ми відзначили, що програма медико-психологічної реабілітації в дистанційних умовах має значний вплив на зниження ступеню інтенсивності соматичних симптомів у дослідницькій групі, що є важливим аспектом відновлення психофізичного здоров'я учасників, особливо після перенесеного COVID-19.

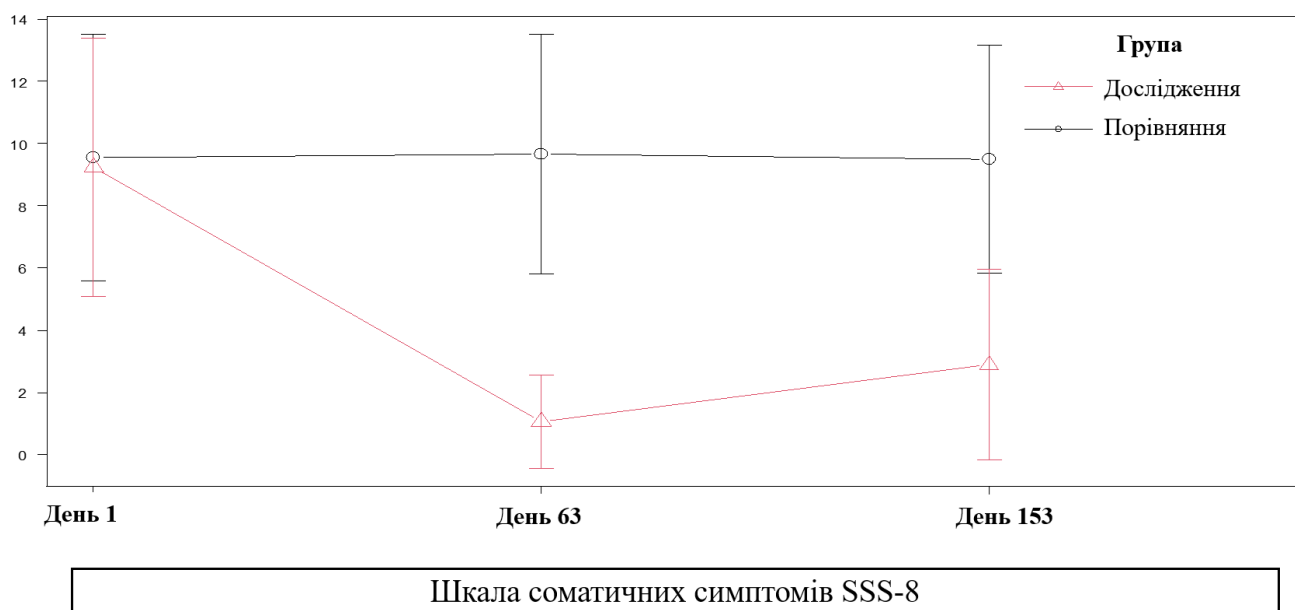


Рис. 4.14. Середні бали та 95% ДІ за SSS-8 при первинному обстеженні (День 1), після медико-психологічної реабілітації (День 63) та через три місяці (День 153).

За результатами шкали PCL-5, було виявлено подальшу тенденцію до зниження симптомів посттравматичного стресового розладу у групі дослідження, де клінічно позитивні симптоми посттравматичного стресу не спостерігалось у жодного учасника, а відповідно у групи порівняння показники залишились майже незмінними, проте, симптоматичний комплекс посттравматичного стресу через 3 місяці зріс від 44 до 47 з 118 учасників, що представлено на **Рис. 4.15**. Дані свідчать про різниця у співвідношеннях була статистично значущою ($t=17.108$; $p<0.001$) **табл. 4.12**).

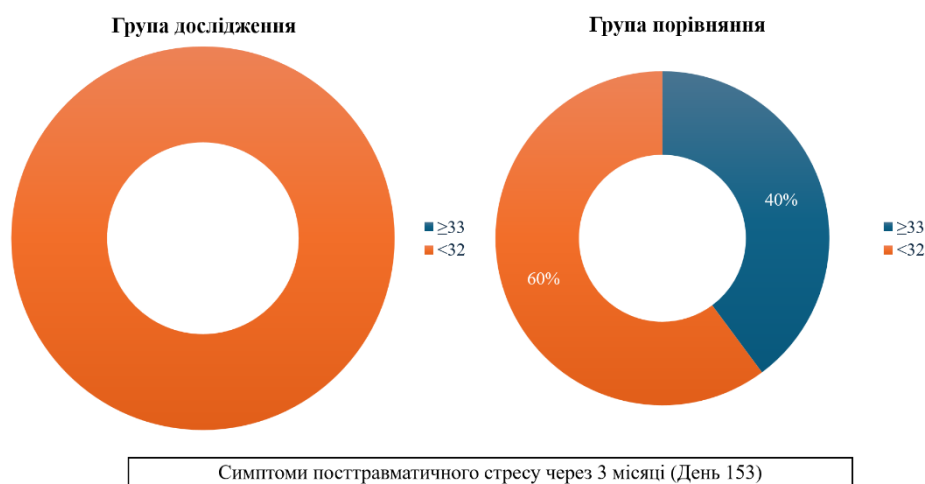


Рис. 4.13. Якісна оцінка симптомів посттравматичного стресового розладу групи дослідження та групи порівняння через 3 місяці за PCL-5.

Результати дослідження за шкалою PCL-5 демонструють значущу різницю між групами дослідження та контролю у динаміці посттравматичних симптомів в порівнянні з 1-м днем та відповідно 153-м днем дослідження що представлено у *табл. 4.17*.

Таблиця 4.17.

Результати ANOVA з повторними вимірюваннями для групи дослідження та групи порівняння за PCL-5 на перший день дослідження та через 3 місяці (День 1 – День 153)

PCL-5					
	SS	Error SS	df	F value	P value
Intercept	232458	67897	1	814.834	<0.001
Group	12360	67897	1	43.326	<0.001
Time	31597	24183	1	310.972	<0.001
Group×time	13875	24183	1	136.577	<0.001

Учасники групи дослідження показали суттєве зниження симптомів посттравматичного стресового розладу через три місяці після завершення дослідження, що свідчить про ефективність використаних підходів у зменшенні симптомів посттравматичного стресу. Натомість, у групі порівняння на 153 день було помічену тенденцію до покращення стану, зі зменшенням симптоматичної картини посттравматичного стресу, однак, в порівнянні з 63 днем показник позитивного підтвердження симптомів ПТСР зріс у меншій частки учасників (*Рис. 4.16*).

Таким чином, ми відзначили, що програма медико-психологічної реабілітації в дистанційних умовах має значний вплив на зниження симптомів посттравматичного стресу у дослідницькій групі, що відкриває нові можливості для підтримки осіб, які пережили травматичні події, зокрема в умовах війни та інших екстремальних ситуацій.

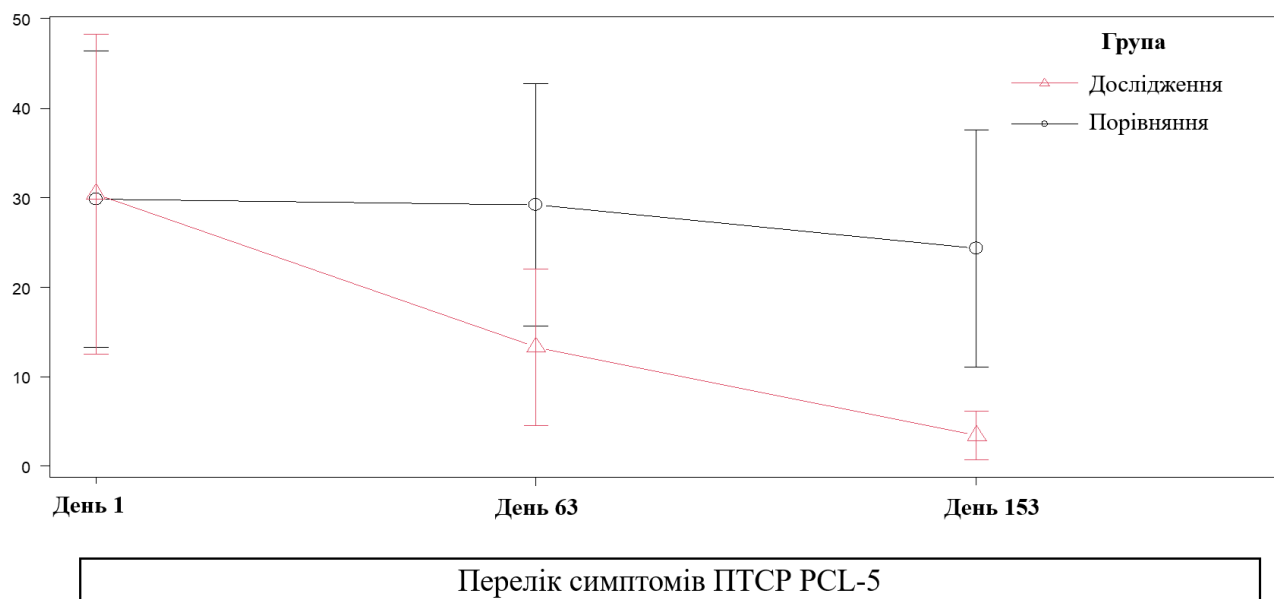


Рис. 4.16. Середні бали та 95% ДІ за PCL-5 при первинному обстеженні (День 1), після медико-психологічної реабілітації (День 63) та через три місяці (День 153).

За результатами шкали якості життя CQLS через 3 місяці було відзначено підвищення показників якості життя у групі дослідження, а саме у 90 учасників (73.8%) дуже високий рівень, у 18 учасників (14.8%) високий рівень та у 14 учасників (11.4%) середній рівень якості життя, відповідно в учасників групи порівняння на 153 день був таким: у 8 учасників (6.8%) дуже високий рівень, у 14 учасників (11.9%) високий рівень, у 19 учасників (16.1%) середній рівень, у 30 учасників (25.4%) низький рівень та у 47 учасників (39.8%) дуже низький рівень якості життя (*рис. 4.17*). Різниця у співвідношеннях була статистично значущою ($t=18.003$; $p<0.001$) (*табл. 4.12*).

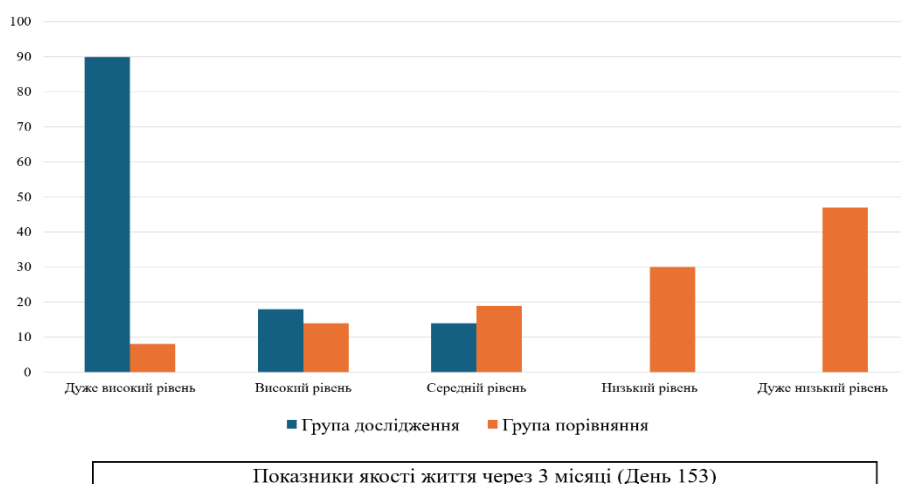


Рис. 4.17. Якісна оцінка рівня якості життя групи дослідження та групи порівняння через 3 місяці за CQLS.

Результати дослідження за шкалою CQLS продемонстрували значущу різницю між групою дослідження та групою порівняння у динаміці інтенсивності соматичних симптомів в порівнянні з 1 днем та відповідно 153 днем (через 3 місяці по завершенню втручання), які підтверджено за допомогою дисперсійного аналізу для повторних вимірювань, що представлено у *табл. 4.18*.

Таблиця 4.18.

Результати ANOVA з повторними вимірюваннями для групи дослідження та групи порівняння за CQLS на перший день дослідження та через 3 місяці (День 1 – День 153)

SSS-8					
	SS	Error SS	df	F value	P value
Intercept	2008471	58839	1	8124.133	<0.001
Group	20489	58839	1	82.875	<0.001
Time	33158	19903	1	396.498	<0.001
Group×time	20268	19903	1	242.362	<0.001

Учасники групи дослідження показали суттєве підвищення рівня якості життя через три місяці після завершення дослідження, переважна більшість досягла «дуже високого» та «високого» рівня якості життя, що свідчить про ефективність використаних підходів у підвищенні компоненту якості життя. Натомість, у групі порівняння на 153 день було помічену незначну тенденцію до покращення стану, обумовлюючи стабілізацією та адаптацією до власного життя, а також покращенням стану (*Рис. 4.18*).

Такий підхід не лише покращив психоемоційний стан учасників, але й сприяв загальному поліпшенню якості їхнього життя, що є важливим фактором для підтримки стійкості та відновлення після фізичних і психічних навантажень. Таким чином, ми відзначили, що програма медико-психологічної реабілітації в дистанційних умовах має значний вплив на підвищення рівня якості життя у дослідницькій групі, що особливо важливо для осіб, які пережили постковідний синдром або інші стресові ситуації, зокрема військові травми.

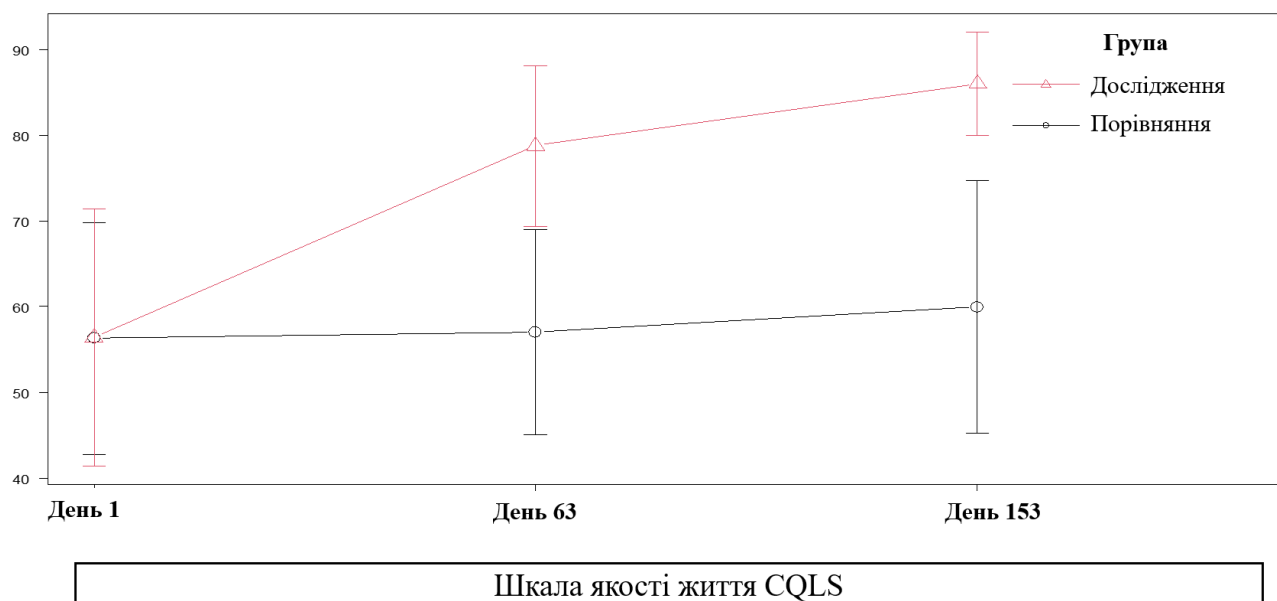


Рис. 4.19. Середні бали та 95% ДІ за CQLS при первинному обстеженні (День 1), після медико-психологічної реабілітації (День 63) та через три місяці (День 153).

Підсумовуючи, можна ствердити, що програма медико-психологічної реабілітації в умовах дистанційної взаємодії є не тільки ефективним, а й важливим елементом для реабілітації пацієнтів з тривожними та депресивними постковідними порушеннями. Через три місяці з моменту завершення психокорекції було виявлено покращення психоемоційного стану у групі дослідження, що виразилось у зменшенні рівня тривоги, депресії та посттравматичного стресу. Це також супроводжувалось зниженням ступеня інтенсивності соматичних симптомів, що в свою чергу сприяло покращенню соматичного стану учасників дослідження.

Такі позитивні зміни були зафіксовані не лише на рівні психологічного та емоційного благополуччя, але й у поліпшенні якості життя учасників. Це відобразилось у різких якісних та кількісних відмінностях між групою дослідження та групою порівняння, де спостерігалась тенденція як до покращення стану через адаптацію, так і до погіршення в результаті хроніфікації порушень.

Результати нашого дослідження підкреслюють необхідність подальшого впровадження програми медико-психологічної реабілітації для пацієнтів з тривожними та депресивними постковідними порушеннями. Важливо продовжувати

впроваджувати нові механізми та структуру дистанційної взаємодії, щоб забезпечити ефективну телепсихологічну допомогу. Окрім того, необхідно сприяти розвитку психологічної допомоги за допомогою засобів дистанційного зв'язку, що відкриває нові можливості для діагностики, лікування та реабілітації в умовах дистанційної взаємодії. Такий підхід дозволить досягти кращих результатів у реабілітації пацієнтів та забезпечити доступ до якісної психологічної підтримки навіть у складних умовах.

Такий підхід дозволить досягти кращих результатів у реабілітації пацієнтів, забезпечуючи комплексну підтримку, що враховує індивідуальні потреби кожного учасника. Це дозволить не тільки покращити психоемоційний стан пацієнтів, а й забезпечити стійкість до стресу та травматичних переживань. Дистанційна взаємодія робить реабілітацію доступною для більшої кількості людей, забезпечуючи гнучкість у виборі часу та місця занять. Це особливо важливо для пацієнтів, які мають обмежені можливості для відвідування лікувальних закладів або проживають в умовах, де фізичні контакти складні або небажані.

Забезпечення доступу до якісної психологічної підтримки в таких умовах дозволяє зберегти високий рівень ефективності допомоги, знижуючи ризики погіршення стану пацієнтів, а також підвищуючи їхній потенціал до самовідновлення та адаптації. Враховуючи потребу у гнучких та інклюзивних підходах до психотерапевтичної допомоги, такий формат стає важливим інструментом у системі медико-психологічної реабілітації.

Висновки до розділу 4.

1. Результати дослідження підтвердили ефективність програми медико-психологічної реабілітації в умовах дистанційної взаємодії. За допомогою повторного психодіагностичного обстеження було встановлено, що учасники групи дослідження досягли кращих результатів за всім діагностичним інструментарієм порівняно з початковим рівнем ($p < 0.001$). Це свідчить про довготривалий та позитивний ефект застосованих методів при дистанційній взаємодії, що забезпечують стабільність психоемоційного стану навіть через три місяці після завершення активної фази програми.
2. Учасники групи дослідження мали значне зменшення рівня тривоги та депресії, що підтверджено результатами опитувальників GAD-7 та PHQ-9. Зокрема, 92.6% учасників групи дослідження продемонстрували мінімальний рівень тривоги, тоді як у групі порівняння значна частина учасників (51.7%) мала сильну тривогу ($p < 0.001$). Аналогічна тенденція спостерігалася щодо рівня депресії: 84.3% учасників групи дослідження мали мінімальні прояви, тоді як у групі порівняння 37.3% мали важку депресію. Це свідчить про значну ефективність застосованих методів у зниженні тривожного та депресивного компонента постковідного синдрому.
3. По завершенню програми та через три місяці інтенсивність соматичних симптомів суттєво знизилася у групі дослідження. Зокрема, 91.0% учасників мали мінімальну ступінь вираженості симптомів, тоді як у групі порівняння 39.0% мали середню, а 37.3% – високу інтенсивність ($p < 0.001$). Отримані результати підтверджують, що програма медико-психологічної реабілітації сприяє не лише стабілізації психоемоційного стану, а й зменшенню соматичних проявів, що є важливим аспектом у комплексному підході до відновлення здоров'я при постковідному синдромі.

4. Дослідження також показало позитивну динаміку у зменшенні симптомів посттравматичного стресового розладу у групі дослідження. Через три місяці було виявлено, що жоден з учасників групи дослідження не мав клінічно значущих симптомів посттравматичного стресу, тоді як у групі порівняння кількість учасників із симптомами ПТСР зросла з 44 до 47 осіб ($p < 0.001$). Це вказує на високу ефективність програми у запобіганні хроніфікації посттравматичних станів та сприянні адаптації учасників до повсякденного життя в умовах війни в Україні.
5. Оцінка рівня якості життя за шкалою CQLS засвідчила значне покращення у групі дослідження, де 73.8% учасників досягли дуже високого рівня, де відповідно у групі порівняння цей показник становив лише 6.8%, а 39.8% учасників мали дуже низький рівень якості життя ($p < 0.001$). Це свідчить про значний позитивний вплив реабілітаційної програми на загальне самопочуття, соціальне функціонування та адаптаційні механізми учасників групи дослідження.

Результати, викладені в даному розділі, опубліковано в наступних наукових працях автора:

1. Бурдейний, А. (2024). Програма медико-психологічної реабілітації тривожних та депресивних постковідних порушень в умовах дистанційної взаємодії. *Психосоматична медицина та загальна практика*, 9(3). <https://doi.org/10.26766/pmgrp.v9i3.526>
2. Бурдейний, А., & Чабан, О. (2024). Симптоми посттравматичного стресу та їх корекція через дистанційну реабілітацію у пацієнтів з постковідним синдромом під час війни. *Психосоматична медицина та загальна практика*, 9(4). <https://doi.org/10.26766/pmgrp.v9i4.545>
3. Бурдейний, А. (2025). Модель медико-психологічної реабілітації постковідного синдрому: оцінка ефективності програми дистанційної взаємодії в умовах війни. *Психосоматична медицина та загальна практика*, 10(1). <https://doi.org/10.26766/pmgrp.v10i1.546>

ВИСНОВКИ

У даному дослідженні наведено теоретичне обґрунтування та запропоновано нове практичне розв'язання актуальної наукової задачі – підвищення ефективності медико-психологічної реабілітації пацієнтів із тривожними та депресивними постковідними порушеннями в умовах дистанційної взаємодії.

1. Тривожні та депресивні постковідні порушення мають суттєвий вплив на якість життя пацієнтів, значно знижуючи їхню соціальну активність і здатність до повноцінного функціонування у повсякденному житті. Це виражається в труднощах з виконанням звичних завдань, що призводить до зниження працездатності та погіршення загального самопочуття. Пацієнти можуть відчувати підвищену тривожність, зниження настрою та апатію, що обмежує їхні можливості у соціальній взаємодії, роботі та активному відпочинку. Це може мати негативні наслідки для фізичного здоров'я, оскільки емоційний стан людини тісно пов'язаний із соматичними проявами.

2. Було виявлено вплив широкомасштабного вторгнення в Україну на психологічний стан населення, що призвело до зростання рівнів тривожності та депресії, особливо серед тих, хто вже мав постковідні симптоми. Цей негативний контекст підсилює психоемоційне навантаження, що ускладнює процес реабілітації та відновлення.

3. Емпірично було доведено, що інтеграція технік в реабілітаційну програму продемонструвала значне зменшення рівня тривоги та депресії, що підтверджено результатами опитувальників GAD-7 та PHQ-9. 92.6% учасників по завершенню дослідження мали мінімальний рівень тривоги, тоді як у групі порівняння 51.7% учасників зазнали сильної тривоги ($p < 0.001$). Подібна ситуація спостерігалась і щодо депресії: 84.3% учасників групи дослідження показали мінімальні прояви депресії, в той час як у групі порівняння 37.3% мали важку депресію ($p < 0.001$). Ці результати свідчать про ефективність застосованих методів у зниженні тривожності та депресії в контексті постковідного синдрому.

4. Було встановлено, що по завершенню програми та через три місяці, інтенсивність соматичних симптомів значно знизилася у групі дослідження. 91.0% учасників мали мінімальну ступінь вираженості симптомів, тоді як у групі порівняння 39.0% мали середню, а 37.3% – високу інтенсивність ($p < 0.001$). Результати підтверджують, що програма медико-психологічної реабілітації не лише сприяє стабілізації психоемоційного стану, а й зменшує соматичні прояви, що є важливим аспектом комплексного підходу до відновлення здоров'я при постковідному синдромі.

5. Емпірично було доведено позитивну динаміку у зменшенні симптомів посттравматичного стресового розладу у групі дослідження. Через три місяці жоден учасник групи не мав клінічно значущих симптомів ПТСР, тоді як у групі порівняння кількість учасників із симптомами ПТСР зросла з 44 до 47 осіб ($p < 0.001$). Це свідчить про високу ефективність програми у запобіганні хроніфікації посттравматичних станів та сприяння адаптації учасників до повсякденного життя в умовах війни в Україні. Оцінка якості життя за шкалою CQLS показала значне покращення у групі дослідження, де 73.8% учасників досягли дуже високого рівня якості життя, в той час як у групі порівняння цей показник становив лише 6.8% ($p < 0.001$).

6. Встановлена значуща зміна вже після завершення програми медико-психологічної реабілітації в умовах дистанційної взаємодії, що підтвердили ефективність та динамічність психіки у покращенні психічного стану. Таким чином, було доведено, що процес психологічного втручання в дистанційних умовах дозволяє покращити процес адаптації та прискорити психологічне відновлення у пацієнтів з тривожними та депресивними постковідними порушеннями в сучасних реаліях повномасштабного вторгнення в Україну.

Серед сильних сторін дослідження можна виділити кілька ключових аспектів. По-перше, наявність групи порівняння дозволяє оцінити ефективність програми в контексті порівняння з іншими підходами. По-друге, рандомізація як механізм поділу на групи забезпечує випадковий розподіл учасників, що зменшує потенційні упередження та підвищує внутрішню валідність дослідження. Третім аспектом є достатній розмір вибірки, який дозволяє отримати надійні та статистично значущі

результати. Нарешті, проведення оцінки на трьох точках, включаючи контрольну, дозволяє не тільки оцінити ефективність програми, але й відстежити зміни в часі, що підвищує точність висновків щодо довгострокових результатів.

Перспективами подальших досліджень є визначення нових методів психокорекції, а також можливість доповнення чи заміни вже досліджених нами методик, з урахуванням їх ефективності та потреб пацієнтів. Важливою метою є вивчення стійкості отриманих ефектів від психокорекції на більших часових проміжках, таких як через 6, 12 місяців або навіть рік. Це дозволить оцінити довгострокову ефективність терапевтичних інтервенцій, а також уточнити, які методи можуть забезпечити найкращі результати в довгостроковій перспективі.

Завершуючи, це дослідження підкреслює важливість та ефективність проведення медико-психологічної реабілітації та психологічної корекції в умовах дистанційної взаємодії. Воно демонструє потенціал таких підходів для допомоги пацієнтам з постковідними порушеннями та відкриває нові можливості для розробки інноваційних методів психологічної допомоги. Це дослідження закладає основу для подальших розробок у сфері психологічної підтримки, що можуть бути застосовані не тільки для лікування тривожних і депресивних постковідних порушень, але й для широкого спектру інших психічних станів.

ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

1. Рекомендується впровадження розробленої програми медико-психологічної реабілітації для пацієнтів з постковідними порушеннями, яка показала високу ефективність у зниженні рівнів тривожності, депресії, посттравматичного стресу та соматичних проявів. Особливу увагу слід приділяти дистанційному формату реабілітації, що забезпечує доступність програми незалежно від місця перебування пацієнта.

2. Враховуючи результати дослідження, рекомендується використовувати інтегровані методи психокорекції, що включають когнітивні та емоційні компоненти, як психоосвіта, управління тілесними реакціями та робота з негативними патернами мислення. Ці методи демонструють свою ефективність в онлайн форматі, що є інноваційним підходом до реабілітації в умовах дистанційної взаємодії.

3. Враховуючи значення тривожних, депресивних і посттравматичних симптомів у пацієнтів з постковідним синдромом, рекомендується здійснити удосконалення діагностичних підходів до оцінки таких симптомів, інтегруючи інструменти для аналізу як психічних, так і соматичних проявів.

4. Необхідно приділяти увагу формуванню персоналізованих підходів до реабілітації, які враховують як психосоціальний компонент, пов'язаний з війною, так і індивідуальні особливості пацієнтів. Це дозволить ефективніше реагувати на різноманітні потреби пацієнтів у складних умовах.

5. Розроблені методичні рекомендації можуть бути використані для підготовки медичних і психологічних фахівців, що працюють з постковідними пацієнтами, а також для удосконалення навичок дистанційної роботи з пацієнтами, що сприятиме підвищенню якості психологічної підтримки та допомоги в умовах війни.

6. Результати дослідження можуть стати доповнення для національних клінічних рекомендацій і протоколів для реабілітації пацієнтів з постковідними розладами, зокрема тих, які мають коморбідні психічні розлади, що дозволить підвищити доступність та якість медичної допомоги в Україні.

Основні положення дисертаційної роботи можуть бути використані у підготовці лекційних курсів та практичних занять для студентів медичних університетів, лікарів-інтернів та аспірантів, що навчаються за спеціальністю 222 «Медицина», 225 «Медична психологія» та 227 «Фізична реабілітація, ерготерапія», що включає у себе не тільки аспект психологічної допомоги, а й правил та умов взаємодії з пацієнтами у дистанційній взаємодії.

Результати дослідження впроваджено у практику роботи Київської клінічної лікарні на залізничному транспорті № 1 Філії «Центр охорони здоров'я» Акціонерного товариства «Українська залізниця» від 12 лютого 2025 року (ДОДАТОК В).

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Abulsaad, A.M., Sonbol, H.M., Elwasify, M.A. *et al.* Anxiety and depression among COVID-19 survivors: a cross-sectional study. *Middle East Curr Psychiatry* 30, 78 (2023). <https://doi.org/10.1186/s43045-023-00351-z>
2. Acierno, R., Knapp, R., Tuerk, P., Gilmore, A. K., Lejuez, C., Ruggiero, K., ... & Foa, E. B. (2017). A non-inferiority trial of Prolonged Exposure for posttraumatic stress disorder: In person versus home-based telehealth. *Behaviour Research and Therapy*, 89, 57-65. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2016.11.009>
3. Aleksina, N., Gerasimenko, O., Lavrynenko, D., & Savchenko, O. (2024). Українська адаптація шкали для оцінки генералізованого тривожного розладу GAD-7: досвід діагностики в умовах воєнного стану. *Insight: the psychological dimensions of society*, (11), 77-103. <https://doi.org/10.32999/2663-970X/2024-11-5>
4. Allam, Z., Bibri, S. E., & Sharpe, S. A. (2022). The rising impacts of the COVID-19 pandemic and the Russia–Ukraine war: energy transition, climate justice, global inequality, and supply chain disruption. *Resources*, 11(11), 99. <https://doi.org/10.3390/resources11110099>
5. Almas, T., Malik, J., Alsubai, A. K., Zaidi, S. M. J., Iqbal, R., Khan, K., ... & Al-Ani, L. (2022). Post-acute COVID-19 syndrome and its prolonged effects: an updated systematic review. *Annals of Medicine and Surgery*, 80, 103995. <https://doi.org/10.1016/j.amsu.2022.103995>
6. Alpart, J. M. (2019). *Effects of Mindfulness Meditation on Parasympathic Nervous System Measures, Anxiety, Stress and Coping in Adults* (Doctoral dissertation, Chestnut Hill College).
7. Andersson, G., Titov, N., Dear, B. F., Rozental, A., & Carlbring, P. (2019). Internet-delivered psychological treatments: from innovation to implementation. *World Psychiatry*, 18(1), 20-28. <https://doi.org/10.1002/wps.20610>
8. Andhavarapu, S., Yardi, I., Bzhilyanskaya, V., Lurie, T., Bhinder, M., Patel, P., Pourmand, A., & Tran, Q. K. (2022). Post-traumatic stress in healthcare workers during

the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Psychiatry research*, 317, 114890. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2022.114890>

9. Badinlou, F., Lundgren, T. & Jansson-Fröjmark, M. Mental health outcomes following COVID-19 infection: impacts of post-COVID impairments and fatigue on depression, anxiety, and insomnia — a web survey in Sweden. *BMC Psychiatry* **22**, 743 (2022). <https://doi.org/10.1186/s12888-022-04405-0>

10. Bandeira I.P., Schlindwein M.A.M., Breis L.C. et al. Neurological Complications of the COVID-19 Pandemic: What Have We Got So Far?. *Adv Exp Med Biol.* 2021;1321:21-31. https://doi.org/10.1007/978-3-030-59261-5_2

11. Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. International Universities Press.

12. Berlińska, A., Świątkowska-Stodulska, R., & Sworczak, K. (2021). Old problem, new concerns: Hypercortisolemia in the time of COVID-19. *Frontiers in Endocrinology*, 12, 711612. <https://doi.org/10.3389/fendo.2021.711612>

13. Berryhill, M. B., Culmer, N., Williams, N., Halli-Tierney, A., Betancourt, A., Roberts, H., & King, M. (2019). Videoconferencing Psychotherapy and Depression: A Systematic Review. *Telemedicine journal and e-health : the official journal of the American Telemedicine Association*, 25(6), 435–446. <https://doi.org/10.1089/tmj.2018.0058>

14. Bezsheiko, V. (2016). Адаптація Шкали для клінічної діагностики ПТСР та опитувальника" Перелік симптомів ПТСР" для української популяції. *Psychosomatic Medicine and General Practice*, 1(1), e010108-e010108.

15. Black, D. S., O'Reilly, G. A., Olmstead, R., Breen, E. C., & Irwin, M. R. (2015). Mindfulness meditation and improvement in sleep quality and daytime impairment among older adults with sleep disturbances: a randomized clinical trial. *JAMA internal medicine*, 175(4), 494-501. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2014.8081>

16. Bocheliuk, V. Y., Spytska, L. V., Mamicheva, O. V., Panov, M. S., & Kordonets, V. V. (2021). Psychological features of post-COVID syndrome

course. *International Journal of Health Sciences*, 5(3), 276-285.
<https://doi.org/10.37275/bsm.v6i13.650>

17. Bota, A. V., Bogdan, I., Razvan, D. V., Ilie, A. C., Tudor, R., Indries, M. F., ... Marincu, I. (2024). A Three-Year Cross-Sectional Analysis of Depression, Anxiety, and Quality of Life in Patients with Post-COVID-19 Syndrome. *International Journal of General Medicine*, 17, 751–762. <https://doi.org/10.2147/IJGM.S453247>

18. Bota, A. V., Bratosin, F., Bogdan, I., Septimiu-Radu, S., Ilie, A. C., Burtic, S. R., ... & Marincu, I. (2024). Assessing the quality of life, coping strategies, anxiety and depression levels in patients with long-COVID-19 syndrome: a six-month follow-up study. *Diseases*, 12(1), 21. <https://doi.org/10.3390/diseases12010021>

19. Bozdağ, F., & Ergün, N. (2021). Psychological resilience of healthcare professionals during Covid-19 Pandemic. *Psychological reports*, 124(6), 2567-2586. <https://doi.org/10.1177/0033294120965477>

20. Bryant S.E., McNabb K. Postintensive Care Syndrome. *Crit Care Nurs Clin North Am*. 2019;31(4):507-516. doi:10.1016/j.cnc.2019.07.006.

21. Cabarkapa, S., Nadjidai, S. E., Murgier, J., & Ng, C. H. (2020). The psychological impact of COVID-19 and other viral epidemics on frontline healthcare workers and ways to address it: A rapid systematic review. *Brain, behavior, & immunity - health*, 8, 100144. <https://doi.org/10.1016/j.bbih.2020.100144>

22. Carlson, L. E., Speca, M., Patel, K. D., & Goodey, E. (2004). Mindfulness-based stress reduction in relation to quality of life, mood, symptoms of stress and levels of cortisol, dehydroepiandrosterone sulfate (DHEAS) and melatonin in breast and prostate cancer outpatients. *Psychoneuroendocrinology*, 29(4), 448-474. [https://doi.org/10.1016/S0306-4530\(03\)00054-4](https://doi.org/10.1016/S0306-4530(03)00054-4)

23. Carmassi, C., Foghi, C., Dell'Oste, V., Cordone, A., Bertelloni, C. A., Bui, E., & Dell'Osso, L. (2020). PTSD symptoms in healthcare workers facing the three coronavirus outbreaks: What can we expect after the COVID-19 pandemic. *Psychiatry research*, 292, 113312. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113312>

24. Chaban, O., Khaustova, O., & Bezsheyko, V. (2016). New quality of life scale in Ukraine: reliability and validity. *Indian J Soc Psychiatry*, 32(4), 473.

25. Chatzis, D. G., Magounaki, K., Pantazopoulos, I., & Bhaskar, S. M. M. (2022). COVID-19 and the cardiovascular system-current knowledge and future perspectives. *World journal of clinical cases*, 10(27), 9602. <https://doi.org/10.12998/wjcc.v10.i27.9602>
26. Chen, K. Y., Li, T., Gong, F. H., Zhang, J. S., & Li, X. K. (2020). Predictors of health-related quality of life and influencing factors for COVID-19 patients, a follow-up at one month. *Frontiers in Psychiatry Frontiers Research Foundation*, 11, 668. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2020.00668>
27. Chi, D., Zhang, Y., Zhou, D., Xu, G., & Bian, G. (2022). The effectiveness and associated factors of online psychotherapy on COVID-19 related distress: A systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Psychology*, 13, 1045400. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.1045400>
28. Choudhary, O. P., Saied, A. A., Ali, R. K., & Maulud, S. Q. (2022). Russo-Ukrainian war: An unexpected event during the COVID-19 pandemic. *Travel Medicine and Infectious Disease*, 48, 102346. <https://doi.org/10.1016/j.tmaid.2022.102346>
29. Chowdhury, S. M., & Karmakar, S. (2023). The interrelationship between the COVID-19 pandemic and conflict behavior: A survey. *Journal of Economic Surveys*. <https://doi.org/10.1111/joes.12587>
30. Chudzicka-Czupala, A., Hapon, N., Chiang, S. K., Żywiołek-Szeja, M., Karamushka, L., Lee, C. T., ... & Chen, Y. L. (2023). Depression, anxiety and post-traumatic stress during the 2022 Russo-Ukrainian war, a comparison between populations in Poland, Ukraine, and Taiwan. *Scientific Reports*, 13(1), 3602. <https://doi.org/10.1038/s41598-023-28729-3>
31. Chumachenko D, Chumachenko T. Impact of war on the dynamics of COVID-19 in Ukraine. *BMJ Global Health* 2022;7:e009173. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2022-009173>
32. Chumachenko, D., Pyrohov, P., Meniailov, I., & Chumachenko, T. (2022). Impact of war on COVID-19 pandemic in Ukraine: the simulation study. <https://doi.org/10.32620/reks.2022.2.01>

33. Creswell, J. D. (2017). Mindfulness interventions. *Annual review of psychology*, 68(1), 491-516. <https://doi.org/10.1146/annurev-psych-042716-051139>
34. Daher, A., Balfanz, P., Cornelissen, C., Muller, A., Bergs, I., Marx, N., Müller-Wieland, D., Hartmann, B., Dreher, M., & Müller, T. (2020). Follow up of patients with severe coronavirus disease 2019 (COVID-19): Pulmonary and extrapulmonary disease sequelae. *Respiratory Medicine*, 174, 106197. <https://doi.org/10.1016/j.rmed.2020.106197>
35. Danquah, J., & Mante, P. K. (2022). Post-illness anxiety, depression and PTSD symptoms in COVID-19 survivors. *International Journal of Mental Health*, 51(2), 131-141. <https://doi.org/10.1080/00207411.2022.2028057>
36. de Alencar Rodrigues, J. A. R., Lima, N. N. R., Neto, M. L. R., & Uchida, R. R. (2022). Ukraine: War, bullets, and bombs-millions of children and adolescents are in danger. *Child Abuse & Neglect*, 128, 105622. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2022.105622>
37. Deac, A. A., Zaviryukha, I., Rozanova, J., Zeziulin, O., Kiriazova, T., Sheno, S., ... & Yariy, V. (2023). Treatment system adaptations during war: lessons from Ukrainian addiction treatment providers. *Substance Use & Misuse*, 58(11), 1447-1450. <https://doi.org/10.1080/10826084.2023.2212377>
38. Dennis, C. L., Grigoriadis, S., Zupancic, J., Kiss, A., & Ravitz, P. (2020). Telephone-based nurse-delivered interpersonal psychotherapy for postpartum depression: nationwide randomised controlled trial. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*, 216(4), 189–196. <https://doi.org/10.1192/bjp.2019.275>
39. Dhabalia, T. J., Roslycky, L. L., Hansen, J. C., Hulchiy, O., Golubovskaya, O., Buriachyk, M., ... & McElligott, J. E. (2022). COVID-19 at war: The joint forces operation in Ukraine. *Disaster medicine and public health preparedness*, 16(5), 1753-1760. <https://doi.org/10.1017/dmp.2021.88>
40. Dhawan, M., Choudhary, O. P., & Saied, A. A. (2022). Russo-Ukrainian war amid the COVID-19 pandemic: global impact and containment strategy. *International journal of surgery*, 102, 106675. <https://journals.lww.com/international-journal-of-surgery/toc/2022/06000>

41. Domingo, F. R., Waddell, L. A., Cheung, A. M., Cooper, C. L., Belcourt, V. J., Zuckermann, A. M., ... & Garcia, A. J. (2021). Prevalence of long-term effects in individuals diagnosed with COVID-19: an updated living systematic review. *MedRxiv*, 2021-06. <https://doi.org/10.1101/2021.06.03.21258317>
42. Donovan, C. L., Poole, C., Boyes, N., Redgate, J., and March, S. (2015). Australian mental health worker attitudes towards cCBT: what is the role of knowledge? Are there differences? Can we change them? *Internet Interv.* 2, 372–381. <https://doi.org/10.1016/j.invent.2015.09.001>
43. Doran, G. T. (1981). There's a S.M.A.R.T. Way to Write Management's Goals and Objectives. *Management Review*, 70, 35-36.
44. Dotan, A., David, P., Arnheim, D., & Shoenfeld, Y. (2022). The autonomic aspects of the post-COVID19 syndrome. *Autoimmunity reviews*, 21(5), 103071. <https://doi.org/10.1016/j.autrev.2022.103071>
45. Duran, É. P., Hemanny, C., Vieira, R., Nascimento, O., Machado, L., de Oliveira, I. R., & Demarzo, M. (2022). A randomized clinical trial to assess the efficacy of online-treatment with trial-based cognitive therapy, mindfulness-based health promotion and positive psychotherapy for post-traumatic stress disorder during the COVID-19 pandemic: a study protocol. *International journal of environmental research and public health*, 19(2), 819. <https://doi.org/10.3390/ijerph19020819>
46. Ehrenfeld, M., Tincani, A., Andreoli, L., Cattalini, M., Greenbaum, A., Kanduc, D., Alijotas-Reig, J., Zinserling, V., Semenova, N., Amital, H., & Shoenfeld, Y. (2020). Covid-19 and autoimmunity. *Autoimmunity reviews*, 19(8), 102597. <https://doi.org/10.1016/j.autrev.2020.102597>
47. Eshel, Y., Kimhi, S., Marciano, H., & Adini, B. (2023). Predictors of PTSD and psychological distress symptoms of Ukraine civilians during war. *Disaster medicine and public health preparedness*, 17, e429. <https://doi.org/10.1017/dmp.2023.69>
48. Fan, L., & Cui, F. (2024). Mindfulness, self-efficacy, and self-regulation as predictors of psychological well-being in EFL learners. *Frontiers in Psychology*, 15, 1332002. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2024.1332002>

49. Fekete, M., Fazekas-Pongor, V., Balazs, P., Tarantini, S., Nemeth, A. N., & Varga, J. T. (2021). Role of new digital technologies and telemedicine in pulmonary rehabilitation: Smart devices in the treatment of chronic respiratory diseases. *Wiener Klinische Wochenschrift*, 133(21), 1201-1207. <https://doi.org/10.1007/s00508-021-01930-y>
50. Fernández-de-Las-Peñas, C., Martín-Guerrero, J. D., Cancela-Cilleruelo, I., Moro-López-Menchero, P., Rodríguez-Jiménez, J., & Pellicer-Valero, O. J. (2023). Trajectory curves of post-COVID anxiety/depressive symptoms and sleep quality in previously hospitalized COVID-19 survivors: the LONG-COVID-EXP-CM multicenter study. *Psychological medicine*, 53(9), 4298–4299. <https://doi.org/10.1017/S003329172200006X>
51. Filip, R., Gheorghita Puscaselu, R., Anchidin-Norocel, L., Dimian, M., & Savage, W. K. (2022). Global Challenges to Public Health Care Systems during the COVID-19 Pandemic: A Review of Pandemic Measures and Problems. *Journal of personalized medicine*, 12(8), 1295. <https://doi.org/10.3390/jpm12081295>
52. Fletcher, D., & Sarkar, M. (2013). Psychological resilience: A review and critique of definitions, concepts, and theory. *European Psychologist*, 18(1), 12–23. <https://doi.org/10.1027/1016-9040/a000124>
53. Forte, G., Favieri, F., Tambelli, R., & Casagrande, M. (2020). COVID-19 pandemic in the Italian population: validation of a post-traumatic stress disorder questionnaire and prevalence of PTSD symptomatology. *International journal of environmental research and public health*, 17(11), 4151. <https://doi.org/10.3390/ijerph17114151>
54. Fouad, H. A., Amer, M. A. M., Farhan, K. A. A., Fahad Inad, M. A., Khalid, A. B. A., Ibrahim, H. A. A., Ali, M. Q. A., Abdulrazzak, M. A. S., Saud, A. A.-S. M., Mohammed, Y. K. R., Abdulhalim, M. Q. A., & Mishal, H. A. T. (2021). Post-traumatic Stress Disorder Following COVID-19 Pandemic: A Review. *Journal of Pharmaceutical Research International*, 33(56B), 37–42. <https://doi.org/10.9734/jpri/2021/v33i56B33929>

55. Galan, Y., Moseychuk, Y., Dotsyuk, L., Kushnir, I., Moroz, O., Kurnyshev, Y., ... & Beshlei, O. (2024). Impact of war in Ukraine and post-pandemic COVID-19 period on the psychophysiological state of Ukrainian schoolchildren aged 12-13. *Retos*, 58, 727-736.
56. Gehred A. P. (2020). Canva. *Journal of the Medical Library Association : JMLA*, 108(2), 338–340. <https://doi.org/10.5195/jmla.2020.940>
57. Geldard, K., & Geldard, D. (2012). *PERSONAL COUNSELING SKILLS: An Integrative Approach*. (Rev. Charles C Thomas Publisher.
58. Geslot, A., Chanson, P., & Caron, P. (2022, April). Covid-19, the thyroid and the pituitary—The real state of play. In *Annales D'endocrinologie* (Vol. 83, No. 2, pp. 103-108). Elsevier Masson. <https://doi.org/10.1016/j.ando.2021.12.004>
59. Ghoshal, U. C., Ghoshal, U., Rahman, M. M., Mathur, A., Rai, S., Akhter, M., ... & Ahmed, F. (2022). Post-infection functional gastrointestinal disorders following coronavirus disease-19: a case–control study. *Journal of gastroenterology and hepatology*, 37(3), 489-498. <https://doi.org/10.1111/jgh.15717>
60. Giannopoulou, I., Galinaki, S., Kollintza, E., Adamaki, M., Kypmpouropoulos, S., Alevyzakis, E., ... & Rizos, E. (2021). COVID-19 and post-traumatic stress disorder: The perfect ‘storm’ for mental health. *Experimental and Therapeutic Medicine*, 22(4), 1162. <https://doi.org/10.3892/etm.2021.10596>
61. Gierk, B., Kohlmann, S., Kroenke, K., Spangenberg, L., Zenger, M., Brähler, E., & Löwe, B. (2014). The somatic symptom scale–8 (SSS-8): a brief measure of somatic symptom burden. *JAMA internal medicine*, 174(3), 399-407. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2013.12179>
62. Giordano, C., Ambrosiano, I., Graffeo, M. T., Di Caro, A., & Gullo, S. (2022). The transition to online psychotherapy during the pandemic: a qualitative study on patients' perspectives. *Research in psychotherapy (Milano)*, 25(3), 638. <https://doi.org/10.4081/ripppo.2022.638>
63. Goldstein, D. S. (2024). Post-COVID dysautonomias: What we know and (mainly) what we don't know. *Nature Reviews Neurology*, 20(2), 99-113. <https://doi.org/10.1038/s41582-023-00917-9>

64. Greene, T., Harju-Seppänen, J., Adeniji, M., Steel, C., Grey, N., Brewin, C. R., ... & Billings, J. (2021). Predictors and rates of PTSD, depression and anxiety in UK frontline health and social care workers during COVID-19. *European Journal of Psychotraumatology*, 12(1), 1882781. <https://doi.org/10.1080/20008198.2021.1882781>
65. Gros, D. F., Lancaster, C. L., López, C. M., & Acierno, R. (2018). Treatment satisfaction of home-based telehealth versus in-person delivery of prolonged exposure for combat-related PTSD in veterans. *Journal of telemedicine and telecare*, 24(1), 51–55. <https://doi.org/10.1177/1357633X16671096>
66. Guziak, M., Walkiewicz, M. How COVID-19 pandemic and Ukrainian crisis shaped mental health services for medical students in Poland?. *BMC Med Educ* 24, 1201 (2024). <https://doi.org/10.1186/s12909-024-06224-1>
67. Haileamlak A. (2021). The impact of COVID-19 on health and health systems. *Ethiopian journal of health sciences*, 31(6), 1073–1074. <https://doi.org/10.4314/ejhs.v31i6.1>
68. Halpin, S. J., McIvor, C., Whyatt, G., Adams, A., Harvey, O., McLean, L., Walshaw, C., Kemp, S., Corrado, J., Singh, R., & Collins, T. (2020). Postdischarge symptoms and rehabilitation needs in survivors of COVID-19 infection: A cross-sectional evaluation. *Journal of Medical Virology*. <https://doi.org/10.1002/jmv.26368>
69. Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2012). *Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change* (2nd ed.). The Guilford Press.
70. Heckman, T. G., Heckman, B. D., Anderson, T., Lovejoy, T. I., Markowitz, J. C., Shen, Y., & Sutton, M. (2017). Tele-Interpersonal Psychotherapy Acutely Reduces Depressive Symptoms in Depressed HIV-Infected Rural Persons: A Randomized Clinical Trial. *Behavioral medicine (Washington, D.C.)*, 43(4), 285–295. <https://doi.org/10.1080/08964289.2016.1160025>
71. Heightman, M., Prashar, J., Hillman, T. E., Marks, M., Livingston, R., Ridsdale, H., ... & Banerjee, A. (2021). Post-COVID assessment in a specialist clinical service: a 12-month, single-centre analysis of symptoms and healthcare needs in 1325 individuals. *medRxiv*, 2021-05. <https://doi.org/10.1101/2021.05.25.21257730>

72. Higgins, V., Sohaei, D., Diamandis, E. P., & Prassas, I. (2021). COVID-19: from an acute to chronic disease? Potential long-term health consequences. *Critical reviews in clinical laboratory sciences*, 58(5), 297-310. <https://doi.org/10.1080/10408363.2020.1860895>
73. Hölzel, B. K., Lazar, S. W., Gard, T., Schuman-Olivier, Z., Vago, D. R., & Ott, U. (2011). How does mindfulness meditation work? Proposing mechanisms of action from a conceptual and neural perspective. *Perspectives on psychological science*, 6(6), 537-559. <https://doi.org/10.1177/174569161141967>
74. Horn, M., Wathélet, M., Amad, A., Martignène, N., Lathiere, T., Khelfaoui, K., ... & D'Hondt, F. (2023). Persistent physical symptoms after COVID-19 infection and the risk of Somatic Symptom Disorder. *Journal of Psychosomatic Research*, 166, 111172. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2023.111172>
75. Ida, F. S., Ferreira, H. P., Vasconcelos, A. K. M., Furtado, I. A. B., Fontenele, C. J. P. M., & Pereira, A. C. (2024). Post-COVID-19 syndrome: persistent symptoms, functional impact, quality of life, return to work, and indirect costs-a prospective case study 12 months after COVID-19 infection. *Cadernos de Saúde Pública*, 40, e00022623. <https://doi.org/10.1590/0102-311XEN026623>
76. Inoue, S., Hatakeyama, J., Kondo, Y., Hifumi, T., Sakuramoto, H., Kawasaki, T., ... & Nishida, O. (2019). Post-intensive care syndrome: its pathophysiology, prevention, and future directions. *Acute medicine & surgery*, 6(3), 233-246. <https://doi.org/10.1002/ams2.415>
77. Janiri, D., Carfi, A., Kotzalidis, G. D., Bernabei, R., Landi, F., Sani, G., ... & Post-Acute Care Study Group. (2021). Posttraumatic stress disorder in patients after severe COVID-19 infection. *JAMA psychiatry*, 78(5), 567-569. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2021.0109>
78. Jeftić, A., Ikizer, G., Tuominen, J., Chrona, S., & Kumaga, R. (2023). Connection between the COVID-19 pandemic, war trauma reminders, perceived stress, loneliness, and PTSD in Bosnia and Herzegovina. *Current psychology (New Brunswick, N.J.)*, 42(10), 8582–8594. <https://doi.org/10.1007/s12144-021-02407-x>

79. Jensterle, M., Herman, R., Janež, A., Mahmeed, W. A., Al-Rasadi, K., Al-Alawi, K., ... & Rizzo, M. (2022). The relationship between COVID-19 and hypothalamic–pituitary–adrenal axis: a large spectrum from glucocorticoid insufficiency to excess—the CAPISCO International Expert Panel. *International Journal of Molecular Sciences*, 23(13), 7326. <https://doi.org/10.3390/ijms23137326>

80. Kachaner, A., Lemogne, C., Dave, J., Ranque, B., de Broucker, T., & Meppiel, E. (2022). Somatic symptom disorder in patients with post-COVID-19 neurological symptoms: a preliminary report from the somatic study (Somatic Symptom Disorder Triggered by COVID-19). *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, 93(11), 1174-1180. <https://doi.org/10.1136/jnnp-2021-327899>

81. Kalaitzaki, A. E., & Tamiolaki, A. (2022). Russia-Ukraine War: Jeopardizing the mental health gains already been obtained globally. *Asian journal of psychiatry*, 78, 103285. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2022.103285>

82. Kanda, Y. (2012). Investigation of the freely available easy-to-use software ‘EZR’ for medical statistics. *Bone Marrow Transplantation*, 48(3), 452-458. <https://doi.org/10.1038/bmt.2012.244>

83. Karatzias, T., Shevlin, M., Ben-Ezra, M., McElroy, E., Redican, E., Vang, M. L., ... & Hyland, P. (2023). War exposure, posttraumatic stress disorder, and complex posttraumatic stress disorder among parents living in Ukraine during the Russian war. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 147(3), 276-285. <https://doi.org/10.1111/acps.13529>

84. Karlsson-Good, M., Kaldö, V., Lundberg, L., Kraepelien, M., Anthony, S. A., & Holländare, F. (2023). Increasing accessibility to iCBT for depression: A randomised controlled trial of condensed versus standard length treatment. In *The 12th Swedish Congress on internet interventions (SweSRII), Uppsala, Sweden, May 22-23, 2023.*

85. Kerling, A., Beyer, S., Dirks, M., Scharbau, M., Hennemann, A. K., Dopfer-Jablonka, A., ... & Haufe, S. (2024). Effects of a randomized-controlled and online-supported physical activity intervention on exercise capacity, fatigue and health related

quality of life in patients with post-COVID-19 syndrome. *BMC Sports Science, Medicine and Rehabilitation*, 16(1), 33. <https://doi.org/10.1186/s13102-024-00817-5>

86. Khan, A. R., & Altalbe, A. (2023). Potential impacts of Russo-Ukraine conflict and its psychological consequences among Ukrainian adults: the post-COVID-19 era. *Frontiers in public health*, 11, 1280423. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1280423>

87. Khaustova, O. O., Markova, M. V., Driuchenko, M. O., & Burdeinyi, A. O. (2022). Proactive psychological and psychiatric support of patients with chronic non-communicable diseases in a randomised trial: a Ukrainian experience. *General Psychiatry*, 35(5). <https://doi.org/10.1136/gpsych-2022-100881>

88. Khaustova, O., Assonov, D., & Asanova, A. (2021). Проактивний психосоматичний підхід до терапії постковідної депресії. *Psychosomatic Medicine and General Practice*, 6(3).

89. Kim, Y., Bae, S., Chang, H. H., & Kim, S. W. (2023). Long COVID prevalence and impact on quality of life 2 years after acute COVID-19. *Scientific Reports*, 13(1), 11207. <https://doi.org/10.1038/s41598-023-36995-4>

90. Kincaid K.J., Kung J.C., Senetar A.J. et al. Postcovid seizure: A new feature of «long-COVID». *EneurologicalSci*. 2021;23:100340. <https://doi.org/10.1016/j.ensci.2021.100340>.

91. Koc, H. C., Xiao, J., Liu, W., Li, Y., & Chen, G. (2022). Long COVID and its Management. *International journal of biological sciences*, 18(12), 4768. <https://doi.org/10.7150/ijbs.75056>

92. Kokudo, N., & Sugiyama, H. (2021). Hospital capacity during the COVID-19 pandemic. *Global Health & Medicine*, 3(2), 56-59. <https://doi.org/10.35772/ghm.2021.01031>

93. Koller, K., Kastel-Hoffmann, S., Herold, R., Morawa, E., Lieb, M., Krehbiel, J., ... & Erim, Y. (2024). A prospective non-randomized controlled trial testing the effectiveness of psychotherapeutic inpatient treatment of Post-COVID-19 syndrome-study protocol. *BMC psychology*, 12(1), 486. <https://doi.org/10.1186/s40359-024-01974-5>

94. Komarevtseva, I. O., Kazakov, V. Y., Verbytskyi, Y. Y., Chernykh, Y. A., Balabanova, K. V., Komarevtsev, V. N., & Cherednichenko, R. V. (2024). Psychometric properties of screening for post-traumatic stress disorder in ukrainian refugees in the context of the russian-ukrainian war during the outbreak of covid-19. *World of Medicine and Biology*, 20(87), 084-089. <https://doi.org/10.26724/2079-8334-2024-1-87-84-89>
95. Komariah, M., Amirah, S., Faisal, E. G., Prayogo, S. A., Maulana, S., Platini, H., Suryani, S., Yosep, I., & Arifin, H. (2022). Efficacy of Internet-Based Cognitive Behavioral Therapy for Depression and Anxiety among Global Population during the COVID-19 Pandemic: A Systematic Review and Meta-Analysis of a Randomized Controlled Trial Study. *Healthcare (Basel, Switzerland)*, 10(7), 1224. <https://doi.org/10.3390/healthcare10071224>
96. Kotzalidis, G. D., Ferrara, O. M., Margoni, S., Ieritano, V., Restaino, A., Bernardi, E., Fischetti, A., Catinari, A., Monti, L., Chieffo, D. P. R., Simonetti, A., & Sani, G. (2023). Are the Post-COVID-19 Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) Symptoms Justified by the Effects of COVID-19 on Brain Structure? A Systematic Review. *Journal of Personalized Medicine*, 13(7), 1140. <https://doi.org/10.3390/jpm13071140>
97. Kroenke, K., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. (2001). The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *Journal of general internal medicine*, 16(9), 606-613. <https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x>
98. Kupferschmitt, A., Langheim, E., Tüter, H., Etzrodt, F., Loew, T. H., & Köllner, V. (2023). First results from post-COVID inpatient rehabilitation. *Frontiers in Rehabilitation Sciences*, 3, 1093871. <https://doi.org/10.3389/fresc.2022.1093871>
99. Kurapov, A., Danyliuk, I., Loboda, A., Kalaitzaki, A., Kowatsch, T., Klimash, T., & Predko, V. (2023). Six months into the war: a first-wave study of stress, anxiety, and depression among in Ukraine. *Frontiers in psychiatry*, 14, 1190465. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2023.1190465>
100. Laurito, L. D., dos Santos-Ribeiro, S., Moreira-de-Oliveira, M. E., Loureiro, C. P., Hühne, V., Torres, B., ... & Fontenelle, L. F. (2024). Online group therapies for anxiety, obsessive-compulsive, and trauma-related disorders: a systematic

review. *Frontiers in Human Neuroscience*, 17, 1286865.
<https://doi.org/10.3389/fnhum.2023.1286865>

101. Levine, P. A. (2010). *In an Unspoken Voice: How the Body Releases Trauma and Restores Goodness*. North Atlantic Books.

102. Lewis, K. J. S., Lewis, C., Roberts, A., Richards, N. A., Evison, C., Pearce, H. A., Lloyd, K., Meudell, A., Edwards, B. M., Robinson, C. A., Poole, R., John, A., Bisson, J. I., & Jones, I. (2022). The effect of the COVID-19 pandemic on mental health in individuals with pre-existing mental illness. *BJPsych open*, 8(2), e59.
<https://doi.org/10.1192/bjo.2022.25>

103. Limone, P., Toto, G. A., & Messina, G. (2022). Impact of the COVID-19 pandemic and the Russia-Ukraine war on stress and anxiety in students: A systematic review. *Frontiers in Psychiatry*, 13, 1081013.
<https://doi.org/10.3389/fpsyt.2022.1081013>

104. Lindegaard, T., Seaton, F., Halaj, A., Berg, M., Kashoush, F., Barchini, R., Ludvigsson, M., Sarkohi, A., & Andersson, G. (2021). Internet-based cognitive behavioural therapy for depression and anxiety among Arabic-speaking individuals in Sweden: a pilot randomized controlled trial. *Cognitive behaviour therapy*, 50(1), 47–66.
<https://doi.org/10.1080/16506073.2020.1771414>

105. Liobikienė, G., Matiiuk, Y., & Krikštolaitis, R. (2023). The concern about main crises such as the Covid-19 pandemic, the war in Ukraine, and climate change's impact on energy-saving behavior. *Energy Policy*, 180, 113678.
<https://doi.org/10.1016/j.enpol.2023.113678>

106. Liu, J., Duan, W., Xiao, Z., & Wu, Y. (2024). The effectiveness of online group mindfulness-based cognitive therapy for outpatients with depression in China. *Journal of Affective Disorders*, 351, 387-391.
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2024.01.223>

107. López, C., Closa, C., & Lucas, E. (2020). Telemedicine in rehabilitation: Post-COVID need and opportunity. *Rehabilitacion*, 54(4), 225-227.
<https://doi.org/10.1016/j.rh.2020.06.003>,

108. Love, J., Selker, R., Marsman, M., Jamil, T., Dropmann, D., Verhagen, J., Ly, A., Gronau, Q. F., Šmíra, M., Epskamp, S., Matzke, D., Wild, A., Knight, P., Rouder, J. N., Morey, R. D., & Wagenmakers, E.-J. (2019). JASP: Graphical Statistical Software for Common Statistical Designs. *Journal of Statistical Software*, 88(2), 1–17. <https://doi.org/10.18637/jss.v088.i02>
109. Lupu, D., & Tiganasu, R. (2022). COVID-19 and the efficiency of health systems in Europe. *Health economics review*, 12(1), 14. <https://doi.org/10.1186/s13561-022-00358-y>
110. Lushchak, O., Velykodna, M., Bolman, S., Strilbytska, O., Berezovskyi, V., & Storey, K. B. (2024). Prevalence of stress, anxiety, and symptoms of post-traumatic stress disorder among Ukrainians after the first year of Russian invasion: a nationwide cross-sectional study. *The Lancet Regional Health–Europe*, 36. <https://doi.org/10.1016/j.lanepe.2023.100773>
111. Lyra E Silva N.M., Barros-Aragão F.G.Q., De Felice F.G. et al. Inflammation at the crossroads of COVID-19, cognitive deficits and depression. *Neuropharmacology*. 2022;209:109023. <https://doi.org/10.1016/j.neuropharm.2022.109023>.
112. Maheu, M. M., Pulier, M. L., McMenamin, J. P., & Posen, L. (2012). Future of telepsychology, telehealth, and various technologies in psychological research and practice. *Professional Psychology: Research and Practice*, 43(6), 613. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/a0029458>
113. Malchiodi, C. A. (2007). *The Art Therapy Sourcebook*. New York: McGraw-Hill.
114. Malik, P., Patel, K., Pinto, C., Jaiswal, R., Tirupathi, R., Pillai, S., & Patel, U. (2022). Post-acute COVID-19 syndrome (PCS) and health-related quality of life (HRQoL)—A systematic review and meta-analysis. *Journal of medical virology*, 94(1), 253-262. <https://doi.org/10.1002/jmv.27309>
115. Maltezou H.C., Pavli A., Tsakris A. Postcovid Syndrome: An Insight on Its Pathogenesis. *Vaccines (Basel)*. 2021;9(5):497. doi:10.3390/vaccines9050497.
116. Marchi, M., Grenzi, P., Serafini, V., Capoccia, F., Rossi, F., Marrino, P., ... & Ferrari, S. (2023). Psychiatric symptoms in Long-COVID patients: a systematic

review. *Frontiers in Psychiatry*, 14, 1138389.
<https://doi.org/10.3389/fpsyt.2023.1138389>

117. Martillo M.A., Dangayach N.S., Tabacof L. et al. Postintensive Care Syndrome in Survivors of Critical Illness Related to Coronavirus Disease 2019: Cohort Study From a New York City Critical Care Recovery Clinic. *Crit Care Med.* 2021;49(9):1427-1438. <https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000005014>.

118. Mayer K.P., Steele A.K., Soper M.K. et al. Physical Therapy Management of an Individual With Postcovid Syndrome: A Case Report. *Phys Ther.* 2021;101(6):pzab098. <https://doi.org/10.1093/ptj/pzab098>.

119. Mazza, M. G., De Lorenzo, R., Conte, C., Poletti, S., Vai, B., Bollettini, I., ... & COVID-19 BioB Outpatient Clinic Study Group. (2020). Anxiety and depression in COVID-19 survivors: Role of inflammatory and clinical predictors. *Brain, behavior, and immunity*, 89, 594-600. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.07.037>

120. Mazza, M. G., Palladini, M., Poletti, S., & Benedetti, F. (2022). Post-COVID-19 depressive symptoms: epidemiology, pathophysiology, and pharmacological treatment. *CNS drugs*, 36(7), 681-702. <https://doi.org/10.1007/s40263-022-00931-3>

121. Mehling, W. E., Wrubel, J., Daubenmier, J. J., Price, C. J., Kerr, C. E., Silow, T., ... & Stewart, A. L. (2011). Body Awareness: a phenomenological inquiry into the common ground of mind-body therapies. *Philosophy, ethics, and humanities in medicine*, 6, 1-12. <https://doi.org/10.1186/1747-5341-6-6>

122. Mesa-Vieira, C., Haas, A. D., Buitrago-Garcia, D., Roa-Diaz, Z. M., Minder, B., Gamba, M., ... & Franco, O. H. (2022). Mental health of migrants with pre-migration exposure to armed conflict: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Public Health*, 7(5), e469-e481. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(22\)00061-5](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(22)00061-5)

123. Messina, I., and Loffler-Stastka, H. (2021). Psychotherapists' perception of their clinical skills and in-session feelings in live therapy versus online therapy during the COVID-19 pandemic: a pilot study. *Res. Psychother. Psychopathol. Process Outcome* 24, 53–59. <https://doi.org/10.4081/ripppo.2021.514>

124. Mińko, A., Turoń-Skrzypińska, A., Rył, A., Mańkowska, K., Cymbaluk-Płaska, A., & Rotter, I. (2024). The Importance of the Concentration of Selected

Cytokines (IL-6, IL-10, IL-12, IL-15, TNF- α) and Inflammatory Markers (CRP, NLR, PLR, LMR, SII) in Predicting the Course of Rehabilitation for Patients after COVID-19 Infection. *Biomedicines*, 12(9), 2055. <https://doi.org/10.3390/biomedicines12092055>

125. Moghimi, E., Omrani, M., Shirazi, A., Jagayat, J., Stephenson, C., & Alavi, N. (2023). Efficacy of an electronic cognitive behavioural therapy program developed and delivered via the Online Psychotherapy Tool for mental health problems related to the COVID-19 Pandemic. *European Psychiatry*, 66(S1), S897-S898. <https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2023.1901>

126. Mohamed, M. S., Johansson, A., Jonsson, J., & Schiöth, H. B. (2022). Dissecting the molecular mechanisms surrounding post-COVID-19 syndrome and neurological features. *International Journal of Molecular Sciences*, 23(8), 4275. <https://doi.org/10.3390/ijms23084275>

127. Mohandas, S., Jagannathan, P., Henrich, T. J., Sherif, Z. A., Bime, C., Quinlan, E., ... & Rehman, J. (2023). Immune mechanisms underlying COVID-19 pathology and post-acute sequelae of SARS-CoV-2 infection (PASC). *Elife*, 12, e86014. <https://doi.org/10.7554/eLife.86014>

128. Montani, D., Savale, L., Noel, N., Meyrignac, O., Colle, R., Gasnier, M., ... & Monnet, X. (2022). Post-acute COVID-19 syndrome. *European Respiratory Review*, 31(163). <https://doi.org/10.1183/16000617.0185-2021>

129. Morina, N., Stam, K., Pollet, T. V., & Priebe, S. (2018). Prevalence of depression and post-traumatic stress disorder in adult civilian survivors of war who stay in war-afflicted regions. A systematic review and meta-analysis of epidemiological studies. *J. Affect. Disord.*, 239, 328–338. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.07.027>

130. Naeem, A., Tabassum, S., Gill, S., Khan, M. Z., Mumtaz, N., Qaiser, Q., ... & Nashwan, A. J. (2023). COVID-19 and cardiovascular diseases: a literature review from pathogenesis to diagnosis. *Cureus*, 15(3). <https://doi.org/10.7759/cureus.35658>

131. Nagarajan, R., Krishnamoorthy, Y., Basavarachar, V., & Dakshinamoorthy, R. (2022). Prevalence of post-traumatic stress disorder among survivors of severe COVID-19 infections: A systematic review and meta-analysis. *Journal of affective disorders*, 299, 52–59. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.11.040>

132. Nalbandian, A., Sehgal, K., Gupta, A., Madhavan, M. V., McGroder, C., Stevens, J. S., Cook, J. R., Nordvig, A. S., Shalev, D., Sehrawat, T. S., Ahluwalia, N., Bikdeli, B., Dietz, D., Der-Nigoghossian, C., Liyanage-Don, N., Rosner, G. F., Bernstein, E. J., Mohan, S., Beckley, A. A., Seres, D. S., ... Wan, E. Y. (2021). Post-acute COVID-19 syndrome. *Nature medicine*, 27(4), 601–615. <https://doi.org/10.1038/s41591-021-01283-z>
133. Nelson, E. L., Bui, T. N., & Velasquez, S. E. (2011). Telepsychology: Research and practice overview. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics*, 20(1), 67-79. <https://doi.org/10.1016/j.chc.2010.08.005>
134. Olesen T.S.W., Kruse M., Pawlowicz-Dworzanska M. et al. Ugeskr Laeger. 2017;179(45):V12160915.
135. Osokina, O., Silwal, S., Bohdanova, T., Hodes, M., Sourander, A., & Skokauskas, N. (2023). Impact of the Russian invasion on mental health of adolescents in Ukraine. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 62(3), 335-343. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2022.07.845>
136. Parotto, M., Gyöngyösi, M., Howe, K., Myatra, S. N., Ranzani, O., Shankar-Hari, M., & Herridge, M. S. (2023). Post-acute sequelae of COVID-19: understanding and addressing the burden of multisystem manifestations. *The Lancet Respiratory Medicine*, 11(8), 739-754. [https://doi.org/10.1016/S2213-2600\(23\)00239-4](https://doi.org/10.1016/S2213-2600(23)00239-4)
137. Pavlova, I., & Rogowska, A. M. (2023). Exposure to war, war nightmares, insomnia, and war-related posttraumatic stress disorder: A network analysis among university students during the war in Ukraine. *Journal of affective disorders*, 342, 148-156. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2023.09.003>
138. Pavlova, I., Rogowska, A.M. & Zhang, S.X. Mental Health and well-being During the COVID-19 Pandemic and After the Russian Invasion of Ukraine. *J Community Health* 49, 173–182 (2024). <https://doi.org/10.1007/s10900-023-01273-x>
139. Pedrosa, A. L., Bitencourt, L., Fróes, A. C. F., Cazumbá, M. L. B., Campos, R. G. B., de Brito, S. B. C. S., & Simões e Silva, A. C. (2020). Emotional, behavioral, and psychological impact of the COVID-19 pandemic. *Frontiers in psychology*, 11, 566212. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.566212>

140. Pennebaker, J. W., & Seagal, J. D. (1999). Forming a story: the health benefits of narrative. *Journal of clinical psychology*, 55(10), 1243–1254. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1097-4679\(199910\)55:10<1243::AID-JCLP6>3.0.CO;2-N](https://doi.org/10.1002/(SICI)1097-4679(199910)55:10<1243::AID-JCLP6>3.0.CO;2-N)
141. Poenaru, S., Abdallah, S. J., Corrales-Medina, V., & Cowan, J. (2021). COVID-19 and post-infectious myalgic encephalomyelitis/chronic fatigue syndrome: a narrative review. *Therapeutic advances in infectious disease*, 8, 20499361211009385. <https://doi.org/10.1177/20499361211009385>
142. Poletti, B., Tagini, S., Brugnera, A., Parolin, L., Pievani, L., Ferrucci, R., ... & Silani, V. (2021). Telepsychotherapy: a leaflet for psychotherapists in the age of COVID-19. A review of the evidence. *Counselling Psychology Quarterly*, 34(3-4), 352-367. <https://doi.org/10.1080/09515070.2020.1769557>
143. Pudlo, R., Jaworska, I., Szczegielniak, A., Niedziela, J., Kułaczowska, Z., Nowowiejska-Wiewióra, A., Jaroszewicz, J., & Gąsior, M. (2022). Prevalence of Insomnia in the Early Post-COVID-19 Recovery Period. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(21), 14224. <https://doi.org/10.3390/ijerph192114224>
144. Radcliffe, A. M., Lumley, M. A., Kendall, J., Stevenson, J. K., & Beltran, J. (2010). Written Emotional Disclosure: Testing Whether Social Disclosure Matters. *Journal of social and clinical psychology*, 26(3), 362–384. <https://doi.org/10.1521/jscp.2007.26.3.362>
145. Rasulo F.A., Piva S., Latronico N. Long-term complications of COVID-19 in ICU survivors: what do we know?. *Minerva Anestesiol.* 2022;88(1- 2):72-79. doi:10.23736/S0375-9393.21.16032-8.
146. Reese, R. J., Mecham, M. R., Vasilj, I., Lengerich, A. J., Brown, H. M., Simpson, N. B., et al. (2016). The effects of telepsychology format on empathic accuracy and the therapeutic alliance: an analogue counselling session. *Counc. Psychother. Res.* 16, 256–265. <https://doi.org/10.1002/capr.12092>
147. Reive, C., Mize, K. D., & Jones, N. A. (2019). Mindfulness meditation intervention alters neurophysiological symptoms of anxiety and depression in

preadolescents. *Journal of Psychophysiology*. <https://doi.org/10.1027/0269-8803/a000244>

148. Renaud-Charest, O., Lui, L. M., Eskander, S., Ceban, F., Ho, R., Di Vincenzo, J. D., ... & McIntyre, R. S. (2021). Onset and frequency of depression in post-COVID-19 syndrome: A systematic review. *Journal of psychiatric research*, 144, 129-137. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2021.09.054>

149. Rogers, C. R. (1980). Experiences in Communication. In C. R. Rogers (Ed.), *A Way of Being* (pp. 5-26). Boston, MA: Houghton Mifflin.

150. Rogers, J. P., Chesney, E., Oliver, D., Pollak, T. A., McGuire, P., Fusar-Poli, P., ... & David, A. S. (2020). Psychiatric and neuropsychiatric presentations associated with severe coronavirus infections: a systematic review and meta-analysis with comparison to the COVID-19 pandemic. *The Lancet Psychiatry*, 7(7), 611-627. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30203-0](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30203-0)

151. Rokeach, M. (1973). *The Nature of Human Values*. Free Press.

152. Roser, M., Ritchie, H., & Ortiz-Ospina, E. (2020). Internet. Retrieved from <https://ourworldindata.org/internet>

153. Saltzman, L. Y., Longo, M., & Hansel, T. C. (2023). Long-COVID stress symptoms: Mental health, anxiety, depression, or posttraumatic stress. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*. <https://doi.org/10.1037/tra0001567>

154. Samara, O., Shkrabiuk, V., Kompanovych, M., Liebiedieva, S., Mateiko, N., & Shelever, O. (2022). Psychological Aid to Victims of War and the Covid Pandemic-19 in Ukraine. *BRAIN. Broad Research in Artificial Intelligence and Neuroscience*, 13(4), 227-241. <https://doi.org/10.18662/brain/13.4/385>

155. Sanchez-Ramirez, D. C., Pol, M., Loewen, H., & Choukou, M. A. (2024). Effect of telemonitoring and telerehabilitation on physical activity, exercise capacity, health-related quality of life and healthcare use in patients with chronic lung diseases or COVID-19: a scoping review. *Journal of telemedicine and telecare*, 30(7), 1097-1115. <https://doi.org/10.1177/1357633X22112212>

156. Schäfer, I. C., Krehbiel, J., Adler, W., Borho, A., Herold, R., Greiner, B., ... & Erim, Y. (2024). Three-Month Follow-Up of the Post-COVID Syndrome after

Admission to a Specialised Post-COVID Centre—A Prospective Study Focusing on Mental Health with Patient Reported Outcome Measures (PROMs). *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 21(8), 1076.

<https://doi.org/10.3390/ijerph21081076>

157. Schmulson, M., Ghoshal, U. C., & Barbara, G. (2021). Managing the inevitable surge of Post–COVID-19 functional gastrointestinal disorders. *Official journal of the American College of Gastroenterology| ACG*, 116(1), 4-7.

<https://doi.org/10.14309/ajg.0000000000001062>

158. Schueller, S. M., & Parks, A. C. (2014). The science of self-help: Translating positive psychology research into increased individual happiness. *European Psychologist*, 19(2), 145–155. <https://doi.org/10.1027/1016-9040/a000181>

159. Schultheiß, C., Willscher, E., Paschold, L., Gottschick, C., Klee, B., Henkes, S. S., ... & Binder, M. (2022). The IL-1 β , IL-6, and TNF cytokine triad is associated with post-acute sequelae of COVID-19. *Cell Reports Medicine*, 3(6).

<https://doi.org/10.1016/j.xcrm.2022.100663>

160. Schwartz, S. H. (2011). Values: Individual and cultural. In F. J. R. van de Vijver (Eds.), A. Chasiotis, & S. M. Breugelmans, *Fundamental questions in cross-cultural psychology* (pp. 463-493). Cambridge: Cambridge University Press.

161. Seçer, M. B. (2024). Exercise and neuroplasticity. *The Science of Neurolearning from Neurobiology to Education*, 59-78.

162. Seighali, N., Abdollahi, A., Shafiee, A., Amini, M. J., Teymouri Athar, M. M., Safari, O., Faghfour, P., Eskandari, A., Rostaii, O., Salehi, A. H., Soltani, H., Hosseini, M., Abhari, F. S., Maghsoudi, M. R., Jahanbakhshi, B., & Bakhtiyari, M. (2024). The global prevalence of depression, anxiety, and sleep disorder among patients coping with Post COVID-19 syndrome (long COVID): a systematic review and meta-analysis. *BMC psychiatry*, 24(1), 105. <https://doi.org/10.1186/s12888-023-05481-6>

163. Sfera, A., Osorio, C., Rahman, L., Zapata-Martín del Campo, C. M., Maldonado, J. C., Jafri, N., ... & Kozlakidis, Z. (2021). PTSD as an endothelial disease: Insights from COVID-19. *Frontiers in Cellular Neuroscience*, 15, 770387. <https://doi.org/10.3389/fncel.2021.770387>

164. Shah, W., Hillman, T., Playford, E. D., & Hishmeh, L. (2021). Managing the long term effects of covid-19: summary of NICE, SIGN, and RCGP rapid guideline. *bmj*, 372. <https://doi.org/10.1136/bmj.n136>
165. Shapiro, S. L., Carlson, L. E., Astin, J. A., & Freedman, B. (2006). Mechanisms of mindfulness. *Journal of clinical psychology*, 62(3), 373-386. <https://doi.org/10.1002/jclp.20237>
166. Sharp, S., Boyce, S., Karpusheff, J., & Glen, F. (2023). Living with Long COVID: Implementing a living approach to the NICE guideline on managing the long-term effects of COVID-19. *medRxiv*, 2023-05. <https://doi.org/10.1101/2023.05.09.23289572>
167. Sher L. Postcovid syndrome and suicide risk. *QJM*. 2021;114(2):95-98. <https://doi.org/10.1093/qjmed/hcab007>.
168. Sherif, Z. A., Gomez, C. R., Connors, T. J., Henrich, T. J., & Reeves, W. B. (2023). Pathogenic mechanisms of post-acute sequelae of SARS-CoV-2 infection (PASC). *Elife*, 12, e86002. <https://doi.org/10.7554/eLife.86002>
169. Simon, G. E., Ludman, E. J., Tutty, S., Operskalski, B., & Von Korff, M. (2004). Telephone psychotherapy and telephone care management for primary care patients starting antidepressant treatment: a randomized controlled trial. *JAMA*, 292(8), 935–942. <https://doi.org/10.1001/jama.292.8.935>
170. Slavish, D. C., Briggs, M., Fentem, A., Messman, B. A., & Contractor, A. A. (2022). Bidirectional associations between daily PTSD symptoms and sleep disturbances: A systematic review. *Sleep medicine reviews*, 63, 101623. <https://doi.org/10.1016/j.smrv.2022.101623>
171. Slavish, D. C., Ruggero, C. J., Briggs, M., Messman, B. A., Contractor, A. A., Miao, J., ... & Kotov, R. (2023). Longitudinal associations between PTSD and sleep disturbances among World Trade Center responders. *Sleep Medicine*, 101, 269-277. <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2022.11.021>
172. Sobczak, E., Swafford, E. P., Samano, D., Bass, D., Ghamasae, P., Kottapally, M., ... Alkhachroum, A. (2023). Posttraumatic Stress Symptoms Among

COVID-19 Survivors After Hospitalization. *The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*, 35(3), 256–261. <https://doi.org/10.1176/appi.neuropsych.20220126>.

173. Sousa, G. M. D., Tavares, V. D. D. O., de Meiroz Grilo, M. L. P., Coelho, M. L. G., Lima-Araújo, G. L. D., Schuch, F. B., & Galvão-Coelho, N. L. (2021). Mental health in COVID-19 pandemic: a meta-review of prevalence meta-analyses. *Frontiers in psychology*, 12, 703838. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.703838>.

174. Southwick, S. M., & Charney, D. S. (2012). *Resilience: The science of mastering life's greatest challenges*. Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/CBO9781139013857>

175. Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. B., & Löwe, B. (2006). A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. *Archives of internal medicine*, 166(10), 1092-1097. <https://doi.org/10.1001/archinte.166.10.1092>

176. Stefanou, M. I., Palaodimou, L., Bakola, E., Smyrnis, N., Papadopoulou, M., Paraskevas, G. P., ... & Tsivgoulis, G. (2022). Neurological manifestations of long-COVID syndrome: a narrative review. *Therapeutic advances in chronic disease*, 13, 20406223221076890. <https://doi.org/10.1177/20406223221076890>

177. Stratton, C. W., Tang, Y. W., & Lu, H. (2021). Pathogenesis-directed therapy of 2019 novel coronavirus disease. *Journal of medical virology*, 93(3), 1320-1342. <https://doi.org/10.1002/jmv.26610>

178. Tabacof, L., Tosto-Mancuso, J., Wood, J., Cortes, M., Kontorovich, A., McCarthy, D., ... & Putrino, D. (2022). Post-acute COVID-19 syndrome negatively impacts physical function, cognitive function, health-related quality of life, and participation. *American journal of physical medicine & rehabilitation*, 101(1), 48-52. <https://doi.org/10.1097/PHM.0000000000001910>

179. Taquet, M., Dercon, Q., Luciano, S., Geddes, J. R., Husain, M., & Harrison, P. J. (2021). Incidence, co-occurrence, and evolution of long-COVID features: A 6-month retrospective cohort study of 273,618 survivors of COVID-19. *PLoS medicine*, 18(9), e1003773. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1003773>

180. Tarsitani, L., Vassalini, P., Koukopoulos, A. *et al.* Post-traumatic Stress Disorder Among COVID-19 Survivors at 3-Month Follow-up After Hospital Discharge. *J GEN INTERN MED* **36**, 1702–1707 (2021). <https://doi.org/10.1007/s11606-021-06731-7>
181. Tng, G. Y., Koh, J., Soh, X. C., Majeed, N. M., & Hartanto, A. (2024). Efficacy of digital mental health interventions for PTSD symptoms: A systematic review of meta-analyses. *Journal of Affective Disorders*. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2024.04.074>
182. Tonn, P., Reuter, S. C., Kuchler, I., Reinke, B., Hinkelmann, L., Stöckigt, S., et al. (2017). Development of a questionnaire to measure the attitudes of laypeople, physicians, and psychotherapists toward telemedicine in mental health. *JMIR Mental Health* **4**:e39. <https://doi.org/110.2196/mental.6802>
183. Torres-Castro, R., Vasconcello-Castillo, L., Alsina-Restoy, X., Solis-Navarro, L., Burgos, F., Puppo, H., & Vilaró, J. (2021). Respiratory function in patients post-infection by COVID-19: a systematic review and meta-analysis. *Pulmonology*, *27*(4), 328-337. <https://doi.org/10.1016/j.pulmoe.2020.10.013>
184. Treves, I. N., Pichappan, K., Hammoud, J., Bauer, C. C., Ehmann, S., Sacchet, M. D., & Gabrieli, J. D. (2024). The mindful brain: A systematic review of the neural correlates of trait mindfulness. *Journal of cognitive neuroscience*, *36*(11), 2518-2555. https://doi.org/10.1162/jocn_a_02230
185. Troy, A. S., Willroth, E. C., Shallcross, A. J., Giuliani, N. R., Gross, J. J., & Mauss, I. B. (2023). Psychological resilience: an affect-regulation framework. *Annual review of psychology*, *74*(1), 547-576. <https://doi.org/10.1146/annurev-psych-020122-041854> +
186. Troyer, E. A., Kohn, J. N., & Hong, S.. Are we facing a crashing wave of neuropsychiatric sequelae of COVID-19? Neuropsychiatric symptoms and potential immunologic mechanisms. *Brain Behav Immun*. 2020 Jul;*87*:34-39 <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.04.027>.
187. Uzunova, G., Pallanti, S., & Hollander, E. (2021). Presentation and management of anxiety in individuals with acute symptomatic or asymptomatic COVID-19 infection, and in the post-COVID-19 recovery phase. *International journal of*

psychiatry in clinical practice, 25(2), 115-131.
<https://doi.org/10.1080/13651501.2021.1887264>

188. Velykodna, M., & Frankova, I. (2020). Психологічна та психотерапевтична допомога під час пандемії COVID-19: сучасні виклики. *Psychosomatic Medicine and General Practice*, 5(1), e0501213-e0501213.
<https://doi.org/10.26766/pmgp.v5i1.213>

189. Ventriglio, A., & Ricci, F. (2023). War, death and displacement in Ukraine: It's time for urgent mental health actions. *International Journal of Social Psychiatry*, 69(7), 1831-1832. <https://doi.org/10.1177/00207640231175608>

190. Visco, V., Vitale, C., Rispoli, A., Izzo, C., Virtuoso, N., Ferruzzi, G. J., ... & Ciccarelli, M. (2022). Post-COVID-19 syndrome: involvement and interactions between respiratory, cardiovascular and nervous systems. *Journal of clinical medicine*, 11(3), 524.
<https://doi.org/10.3390/jcm11030524>

191. Wang, X., Zhang, N., Pu, C., Li, Y., Chen, H., & Li, M. (2022). Anxiety, depression, and PTSD among college students in the post-COVID-19 era: a cross-sectional study. *Brain sciences*, 12(11), 1553. <https://doi.org/10.3390/brainsci12111553>

192. Weathers, F.W., Litz, B.T., Keane, T.M., Palmieri, P.A., Marx, B.P., & Schnurr, P.P. (2013). The PTSD Checklist for DSM-5 (PCL-5). Scale available from the National Center for PTSD at ptsd.va.gov.

193. Weinstein, R. (2021). North American yoga practitioners' lived experiences of mind-body connection: A phenomenological study. *International Journal of Yoga Therapy*, 31(1), Article_12. <https://doi.org/10.17761/2020-D-19-00043>.

194. Weitz, P. (2018). *Psychotherapy 2.0: Where psychotherapy and technology meet*. Routledge.

195. Williams, M. (2024). *Mindfulness meditation for high anxiety individuals: psychological and attentional mechanisms and their role in therapeutic engagement and outcome* (Doctoral dissertation, University of Tasmania).

196. Woodward, S. F., Bari, S., Vike, N., Lalvani, S., Stetsiv, K., Kim, B. W., ... & Katsaggelos, A. K. (2022). Anxiety, post-COVID-19 syndrome-related depression, and

suicidal thoughts and behaviors in COVID-19 survivors: cross-sectional study. *JMIR Formative Research*, 6(10), e36656. <https://doi.org/10.2196/36656>

197. Woolf, S. H., Chapman, D. A., Sabo, R. T., Weinberger, D. M., Hill, L., & Taylor, D. D. (2020). Excess deaths from COVID-19 and other causes, March-July 2020. *Jama*, 324(15), 1562-1564. <https://doi.org/10.1001/jama.2020.19545>

198. Wu, L., Wu, Y., Xiong, H., Mei, B., & You, T. (2021). Persistence of symptoms after discharge of patients hospitalized due to COVID-19. *Frontiers in medicine*, 8, 761314. <https://doi.org/10.3389/fmed.2021.761314>

199. Wu, Y., Xu, X., Chen, Z., Duan, J., Hashimoto, K., Yang, L., Liu, C., & Yang, C.. Nervous system involvement after infection with COVID-19 and other coronaviruses. *Brain Behav Immun*. 2020 Jul;87:18-22. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.03.031>.

200. Xu, E., Xie, Y., & Al-Aly, Z. (2022). Long-term neurologic outcomes of COVID-19. *Nature medicine*, 28(11), 2406-2415. <https://doi.org/10.1038/s41591-022-02001-z>.

201. Xu, W., Pavlova, I., Chen, X., Petrytsa, P., Graf-Vlachy, L., & Zhang, S. X. (2023). Mental health symptoms and coping strategies among Ukrainians during the Russia-Ukraine war in March 2022. *International journal of social psychiatry*, 69(4), 957-966. <https://doi.org/10.1177/00207640221143919>

202. Ye, G., Pan, Z., Pan, Y., Deng, Q., Chen, L., Li, J., Li, Y., & Wang, X. (2020). Clinical characteristics of severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 reactivation. *The Journal of infection*, 80(5), e14–e17. <https://doi.org/10.1016/j.jinf.2020.03.001>

203. Yoon, Y. K., Lee, J., Kim, S. I., & Peck, K. R. (2020). A Systematic Narrative Review of Comprehensive Preparedness Strategies of Healthcare Resources for a Large Resurgence of COVID-19 Nationally, with Local or Regional Epidemics: Present Era and Beyond. *Journal of Korean medical science*, 35(44), e387. <https://doi.org/10.3346/jkms.2020.35.e387>

204. Yuan, K., Gong, Y. M., Liu, L., Sun, Y. K., Tian, S. S., Wang, Y. J., ... & Lu, L. (2021). Prevalence of posttraumatic stress disorder after infectious disease pandemics

in the twenty-first century, including COVID-19: a meta-analysis and systematic review. *Molecular psychiatry*, 26(9), 4982-4998. <https://doi.org/10.1038/s41380-021-01036-x>

205. Yunitri, N., Chu, H., Kang, X. L., Jen, H. J., Pien, L. C., Tsai, H. T., ... & Chou, K. R. (2022). Global prevalence and associated risk factors of posttraumatic stress disorder during COVID-19 pandemic: A meta-analysis. *International journal of nursing studies*, 126, 104136. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2021.104136>

206. Дуда, О. К., Манжелеєва, І. В., & Вега, А. Р. (2020). Постковідний синдром—нова актуальна проблема сучасної медицини. *Інфекційні хвороби*, 4, 5-11. <https://doi.org/10.11603/1681-2727.2020.4.11890>

207. Зубченко С., Кріль І., Надіжко О., Гаєвський В., Гайдучок І., Могильницька Л. (2023). Посттравматичний стресовий розлад: клініко-лабораторні зміни та перспектива імунних порушень. *Праці Наукового товариства імені Шевченка. Медичні науки* 2023, 1 (71). <https://doi.org/10.25040/ntsh>

208. Кантарьова, Н. В., Дикіна, Л. В., & Климець, Г. В. (2024). Порушення настрою в пацієнтів із постковідним синдромом. *Психологія та соціальна робота*, (1), 130-140. <https://doi.org/10.32782/2707-0409.2024.1.12>

209. Каплуненко, Я. Ю. (2022). Особливості надання кризової допомоги онлайн. *Психологічні виміри особистісної взаємодії суб'єктів освітнього простору в контексті гуманістичної парадигми*, 51.

210. Ковальов, М., & Мітченко, К. (2024). Психологічна та соціальна реабілітація населення України з використанням інтернет.

211. Лазос, Г. П. (2022). Психологи і війна: зміна парадигми надання психологічної/психотерапевтичної допомоги та резильєнтність фахівця. *Організаційна психологія. Економічна психологія*, (3 (27)), 37-47. <https://doi.org/10.31108/2.2022.3.27.3>

212. Несен, А. О., Серік, С. А., Копиця, М. П., Коваль, С. М., Рудик, Ю. С., Ісаєва, Г. С., Фадєєнко, Г. Д., Гріднєв, О. Є., Ємельянова, Н. Ю., Комір, І. Р., Колеснікова, О. В., & Запровальна, О. Є. (2021). *COVID-19 та постковідний синдром*. Український інститут когнітивно-поведінкової терапії.

213. Нікуліна, М., Сотник, І., Дериколенко, О., & Стародуб, І. (2022). Unemployment in Ukraine's economy: COVID-19, war and digitalization. *Mechanism of an economic regulation*, (1-2 (95-96)), 25-32. <https://doi.org/10.32782/mer.2022.95-96.04>

214. Рябков С.О. (2025). Медико-соціальне оцінювання впливу дистанційного моніторингу стану здоров'я в пацієнтів із хворобами системи кровообігу на етапі первинної медичної допомоги. *Український медичний часопис. 1 (167) – I 2025*. <https://doi.org/10.32471/umj.1680-3051.261967>.

ДОДАТОК А

СПИСОК ПУБЛІКАЦІЙ ЗДОБУВАЧА ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

Наукові праці, в яких опубліковані основні наукові результати дисертації:

1. Бурдейний, А. (2023). Емоційна дисрегуляція при постковідному синдромі: тривожні та депресивні порушення та фактор війни. *Психосоматична медицина та загальна практика*, 8(4). <https://doi.org/10.26766/pmgrp.v8i3.417>
2. Бурдейний, А. (2024). Програма медико-психологічної реабілітації тривожних та депресивних постковідних порушень в умовах дистанційної взаємодії. *Психосоматична медицина та загальна практика*, 9(3). <https://doi.org/10.26766/pmgrp.v9i3.526>
3. Бурдейний, А., & Чабан, О. (2024). Симптоми посттравматичного стресу та їх корекція через дистанційну реабілітацію у пацієнтів з постковідним синдромом під час війни. *Психосоматична медицина та загальна практика*, 9(4). <https://doi.org/10.26766/pmgrp.v9i4.545>
4. Бурдейний, А. (2025). Модель медико-психологічної реабілітації постковідного синдрому: оцінка ефективності програми дистанційної взаємодії в умовах війни. *Психосоматична медицина та загальна практика*, 10(1). <https://doi.org/10.26766/pmgrp.v10i1.546>

Наукові праці, які засвідчують апробацію матеріалів дисертації:

5. Kohut, A. O., Chaban, O. S., Burdeinyi, A. O., Dolynskyi, R. G., Bursa, A. I., Bobryk, M. I., & Gershanov, A. (2022). Post-covid cognitive impairment in patients with type 2 diabetes mellitus. *Wiad Lek*, 75(8 pt 1), 1895-9. <https://doi.org/10.36740/wlek202208113>
6. Khaustova, O. O., Markova, M. V., Driuchenko, M. O., & Burdeinyi, A. O. (2022). Proactive psychological and psychiatric support of patients with chronic non-communicable diseases in a randomised trial: a Ukrainian experience. *General Psychiatry*, 35(5). <https://doi.org/10.1136/gpsych-2022-100881>

ДОДАТОК Б**ВІДОМОСТІ ПРО АПРОБАЦІЮ РЕЗУЛЬТАТІВ ДИСЕРТАЦІЇ**

Положення дисертаційної роботи оприлюднено та обговорено на наступних конференціях, конгресах, симпозіумах та семінарах:

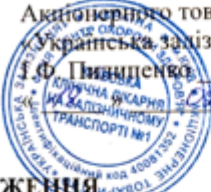
- «Дистанційний формат медико-психологічної реабілітації: принципи, ризики та перспектива». IV Науково-практична конференція з міжнародною участю «Психосоматична медицина: наука та практика» (5-6 листопада 2021 року, Київ, Україна); - стендова доповідь.
- «Дистанційне консультування - рятувальний човен для психіки у часи воєнного стану». Науково-практична конференція «Війна і люди: як зберегти психічне здоров'я» (25-26 травня 2022 року, Київ, Україна); - стендова доповідь.
- «Айсберг дистанційної медико-психологічної реабілітації. Пріоритет сучасності». III Конгрес з міжнародною участю «Психосоматична медицина XXI століття: реалії та перспективи» (4-6 листопада 2022 року, Київ, Україна); - стендова доповідь.
- «Ризилієнтність молоді. Кут погляду on-line взаємодія». II науково-практична конференція з міжнародною участю «Психіатрія, наркологія, клінічна психологія та загальна медична практика: міждисциплінарні питання сучасності» (20-21 квітня 2023 року, Київ, Україна); - стендова доповідь.
- «Постковідні тривожні та депресивні порушення — спіч про онлайн взаємодію». V Науково-практична конференція з міжнародною участю «Психосоматична медицина: наука та практика» (21-22 квітня 2023 року, Київ, Україна); - стендова доповідь.
- «Covid-19 та війна - конгломерат ускладненої терапевтичної взаємодії». VI Науково-практична конференція з міжнародною участю «Психосоматична медицина: наука та практика» (02-03 листопада 2023 року, Київ, Україна); - стендова доповідь.
- «Дистанційна підтримка на фронті стресу: подолання тривоги та депресії в умовах війни в Україні». III Науково-практична конференція з міжнародною

участю «Психіатрія, наркологія, клінічна психологія та загальна медична практика: міждисциплінарні питання сучасності» (22 – 23 березня 2024 року, Київ, Україна); - стендова доповідь.

- «Безбар'єрність XXI століття – дистанційне консультування». Симпозіум «Мультидисциплінарний підхід як ефективна парадигма надання психіатричної, неврологічної та наркологічної допомоги під час війни» (17-18 жовтня 2024 року, Харків, Україна); - усна доповідь.
- «Війна як детермінанта дистанційної психологічної допомоги» – IV Конгрес з міжнародною участю «Психосоматична медицина XXI століття: реалії та перспективи» (14-16 листопада 2024 року, Київ, Україна); - усна доповідь.

ДОДАТОК В

«ЗАТВЕРДЖУЮ»
 Генеральний директор
 Київської клінічної лікарні на
 залізничному транспорті № 1
 Філії «Центру Охорони Здоров'я»
 Акціонерного товариства
 «Українська залізниця»



І.Ф. Пивненко

20 25 р.

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ
 результатів наукових досліджень

1. Назва пропозицій для впровадження: Програма медико-психологічної реабілітації тривожних та депресивних постковідних порушень в умовах дистанційної взаємодії.

2. Ким запропоновано, адреса виконавця: Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, 01601, м. Київ, бульвар Т. Шевченка, 13.

3. Джерела інформації: статті у фахових виданнях:

1. Бурдейний, А. (2023). Емоційна дисрегуляція при постковідному синдромі: тривожні та депресивні порушення та фактор війни. *Психосоматична медицина та загальна практика*, 8(4). <https://doi.org/10.26766/pmgrp.v8i3.417>

2. Бурдейний, А. (2024). Програма медико-психологічної реабілітації тривожних та депресивних постковідних порушень в умовах дистанційної взаємодії. *Психосоматична медицина та загальна практика*, 9(3). <https://doi.org/10.26766/pmgrp.v9i3.526>

3. Бурдейний, А., & Чабан, О. (2024). Симптоми посттравматичного стресу та їх корекція через дистанційну реабілітацію у пацієнтів з постковідним синдромом під час війни. *Психосоматична медицина та загальна практика*, 9(4). <https://doi.org/10.26766/pmgrp.v9i4.545>

4. Бурдейний, А. (2025). Модель медико-психологічної реабілітації постковідного синдрому: оцінка ефективності програми дистанційної взаємодії в умовах війни. *Психосоматична медицина та загальна практика*, 10(1). <https://doi.org/10.26766/pmgrp.v10i1.546>

4. Установа, що проводить впровадження: Київська клінічна лікарня на залізничному транспорті № 1 Філії «Центру Охорони Здоров'я» Акціонерного товариства «Українська залізниця».

5. Строки впровадження: у період 03.10.2022 року по 10.02.2025 року.

6. Ефективність впровадження: підвищення ефективності медико-психологічної реабілітації пацієнтів із тривожними та депресивними постковідними порушеннями.

7. Зауваження та пропозиції: відсутні.

Директор
Навчально-наукового інституту
психічного здоров'я
Національного медичного
університету імені О.О. Богомольця



О.С. Чабан

Генеральний директор
Київської клінічної лікарні на
залізничному транспорті № 1
Філії «Центру Охорони Здоров'я»
Акціонерного товариства
«Українська залізниця»



І.Ф. Пилипенко

ДОДАТОК Г

КАРТА ПАЦІЄНТА

як учасника клінічного дослідження

«Медико-психологічна реабілітація пацієнтів із тривожними та депресивними
постковідними порушеннями в умовах дистанційної роботи»

Дата звернення « ____ » _____ 20 ____ р.

1. Прізвище, ім'я та по-батькові: _____

2. Стать: чоловіча / жіноча
3. Дата народження « ____ » _____ р. Вік ____ роки(-ів)
4. Освіта:

Неповна середня	☐
Повна середня	☐
Професійно-технічна	☐
Вища	☐
5. Житель: міста / області / селища
6. Адреса постійного місця проживання: _____

7. Працевлаштованість: наявна / відсутня
8. Місце роботи: _____

9. Сімейний стан: одружений (-а) / не одружений (-а)
10. Військовий статус: проходжу військову службу / військовослужбовець
запасу / ветеран бойових дій / не проходив (-ла) військову службу
11. Чи було у Вас діагностовано COVID-19: так / ні
 Дата встановленого діагнозу (наявність позитивного тесту): _____
 Дата одужання (наявність негативного тесту): _____
12. Попередній діагноз: _____

13. Мобільний номер: _____
14. Електронна пошта: _____
15. Додаток, якому віддається перевага для відеозв'язку:

Google Meet	☐
Zoom	☐
Skype	☐
Microsoft Teams	☐
Telegram	☐
Viber	☐
WhatsApp	☐

16. Довірена особа:

Прізвище, ім'я та по-батькові: _____

Мобільний номер: _____

Електронна пошта: _____

АНКЕТУВАННЯ

Опитувальник №1. Прочитайте твердження нижче і оцініть, як часто протягом останніх двох тижнів Вас турбували будь-які з перерахованих проблем?

Використовуйте «√» для відповідей.	Ніколи	Декілька днів	Більшу половину часу	Майже щодня
1. Зниження інтересу чи відчуття задоволення від виконаних справ				
2. Поганий настрій, відчуття пригнічення чи безнадії				
3. Труднощі з засинанням, поверхневий сон або, навпаки, надмірна сонливість				
4. Відчуття втоми або зниження енергії				
5. Поганий апетит або переїдання				
6. Негативне відчуття щодо себе – що Ви невдаха або, що Ви підвели себе чи свою родину				
7. Труднощі з концентрацією уваги, наприклад, під час читання газети чи перегляду телевізора				
8. Сповільненість рухів та мовлення, помітна навіть для оточуючих. Або навпаки, надмірна і непритаманна Вам метушливість та активність				
9. Думки, що було б краще, якби Ви померли або думки про те, щоб заподіяти собі шкоду				

Сума _____

Якщо Ви відзначили будь-які проблеми, то наскільки вони ускладнили для Вас виконання Вашої роботи, домашніх обов'язків, або наскільки ускладнили стосунки з людьми?

Зовсім не важко _____ Трохи важко _____ Дуже важко _____ Надзвичайно важко _____

Опитувальник №2. Прочитайте твердження нижче і оцініть, як часто **протягом останніх двох тижнів** Вас турбували будь-які з перерахованих проблем?

Використовуйте « ✓ » для відповідей.	Ніколи	Декілька днів	Більшу половину часу	Майже щодня
1. Ви нервували, відчували тривогу або були дуже напружені				
2. Ви не могли зупинити або контролювати своє хвилювання				
3. Ви занадто хвилювались через різні речі				
4. Вам було важко розслабитись				
5. Ви були настільки неспокійні, що Вам було важко всидіти на одному місці				
6. Вам було легко дошкулити або роздратувати				
7. Ви відчували страх, неначе щось жахливе може статися				

Сума _____

Якщо Ви відзначили будь-які проблеми, то наскільки вони ускладнили для Вас виконання Вашої роботи, домашніх обов'язків, або наскільки ускладнили стосунки з людьми?

Зовсім не важко _____ Трохи важко _____ Дуже важко _____ Надзвичайно важко _____

Опитувальник №3. Прочитайте твердження нижче і оцініть, як часто **протягом останніх семи днів** Вас турбували будь-які з перерахованих проблем?

Використовуйте « ✓ » для відповідей.	Зовсім не турбувало	Трохи	Дещо	Достатньо	Дуже
1. Біль у ділянці шлунку або кишківника					
2. Біль у спині					
3. Біль у руках, ногах чи суглобах					
4. Головний біль					
5. Грудний біль чи задишка					
6. Запаморочення					
7. Відчуття втомленості чи нестачі «енергії»					
8. Порушення сну					

Сума _____

Опитувальник №4. Далі будуть перераховані проблеми з якими інколи стикаються люди, що пережили сильну стресову подію: будь ласка, тримаючи у голові найгіршу подію, уважно прочитай проблеми та відмітьте наскільки вони вас турбувала протягом останнього тижня. Будь ласка, коротко опишіть подію (якщо це викликає сильне занепокоєння, пропустіть цей пункт)

Використовуйте «√» для відповідей. Протягом останнього місяця, як сильно Вас турбували	Зовсім ні	Трохи	Помірно	Відчутно	Дуже
1. Повторювані, хвилюючі та небажані спогади стресового досвіду?					
2. Повторювані, хвилюючі сновидіння про стресовий досвід?					
3. Раптове почуття або події, ніби стресовий досвід знову трапляється?					
4. Почуття засмученості, коли щось нагадує про стресовий досвід?					
5. Сильні фізичні реакції, коли щось нагадувало про стресовий досвід (наприклад, серцебиття, утруднене дихання, потіння)?					
6. Уникання спогадів, думок або почуттів, пов'язаних із стресовим досвідом?					
7. Уникання зовнішніх стимулів (людей, <u>предметів, місць...</u>), які нагадують про стресовий досвід?					
8. Проблеми згадування важливих моментів стресового досвіду?					
9. Сильні негативні переконання про себе, інших людей або навколишній світ (наприклад, « <u>япоганий</u> », «зі мною щось дуже не так», «нікому не можна довіряти», «світ – небезпечне місце»)?					
10. Самозвинувачення або звинувачення інших на рахунок стресового досвіду, або того, що сталося після нього?					

11. Сильні негативні емоції, такі як страх, жах, злість, почуття провини або сором?					
12. Втрата інтересу до тієї активності (діяльності), яка раніше приносила задоволення?					
13. Відчуття віддаленості або відокремленості від інших людей?					
14. Проблеми у переживанні позитивних емоцій (наприклад, незмога у відчутті радості або любові по відношенні до близької людини)					
15. Роздратування, спалахи гніву, агресивна поведінка?					
16. Те, що ви дуже ризикуєте або робите речі, які можуть зашкодити?					
17. Бути «на взводі» або «на сторожі»?					
18. Відчуття постійної напруги?					
19. Труднощі із зосередженістю?					
20. Проблеми із засинанням або нічні прокидання?					

Сума _____

Опитувальник №5. Згадайте, будь ласка, ті події, що відбувались із Вами за останні 30 днів. Враховуючи їх, наскільки Ви були задоволені наступним із нижчепереліченого. Вкажіть ту кількість балів, яка підходить найбільше (від 0 до 10), обвівши її, де:

- 0 – зовсім не задоволений (-а);
- 1-3 – більш незадоволений (-а), ніж задоволений (-а);
- 4-6 – посередньо;
- 7-9 – більш задоволений (-а), ніж не задоволений (-а);
- 10 – надзвичайно задоволений (-а).

1. Своїм фізичним станом?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

2. Настроєм?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

3. Проведенням вільного часу?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

4. Любов'ю, сексуальною активністю?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

5. Повсякденною активністю (хобі, робота по дому та ін.)?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
6. Соціальною активністю (спілкування з рідними, друзями)?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
7. Фінансовим благополуччям?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
8. Умовами проживання?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
9. Роботою, навчанням, іншою зайнятістю?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
10. Загальний рівень задоволеності життям?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Сума _____											

Учасник дослідження

Я згоден (-на) на внесення моїх персоніфікованих даних в базу даних

_____	_____	_____
(Прізвище та ініціали)	(Підпис)	(Дата)

Головний дослідник

_____	_____	_____
(Прізвище та ініціали)	(Підпис)	(Дата)

Науковий керівник

_____	_____	_____
(Прізвище та ініціали)	(Підпис)	(Дата)