МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ

Херсонський державний університет

Медичний факультет

Кафедра фізичної терапії та ерготерапії

ПСИХОЛОГІЧНА ПІДТРИМКА В РЕАБІЛІТАЦІЙНОМУ МЕНЕДЖМЕНТІ ЦИВІЛЬНИХ ПАЦІЄНТІВ ІЗ ТРАВМАМИ ОПОРНО-РУХОВОГО АПАРАТУ

Кваліфікаційна робота (проєкт)

на здобуття ступеня вищої освіти «магістр»

Виконав: здобувачка ІІ курсу
спеціальності 227 Терапія та реабілітація
спеціалізація 227.01 Фізична терапія
Освітньо-професійної програми
«Фізична реабілітація»
Хан Алія Юсафівна

Керівниця кандидатка медичних .наук, доцентка Данильченко Світлана Іванівна
Рецензент кандидат медичних наук, доцент, в.о. завідувача кафедри фізичної та реабілітаційної медицини Полтавського державного медичного університету
Рябушко Микола Миколайович

Івано-Франківськ, 2026

ЗМІСТ

ВСТУП……2

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ПІДТРИМКИ У РЕАБІЛІТАЦІЇ……4

1.1. Поняття психологічної підтримки, її значення…..……...4

1.2. Види психологічної підтримки у процесі реабілітації…….5

1.3. Основні психологічні теорії, що стосуються реабілітації……....7

РОЗДІЛ 2. ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК МІЖ ПСИХІЧНИМ ТА ФІЗИЧНИМ ЗДОРОВ'ЯМ……..……..10

2.1. Визначення понять "психічне здоров'я" та "фізичне здоров'я".....10

2.2. Вплив психоемоційного стану на фізичну реабілітацію……11

2.3. Дослідження, що підтверджують взаємозв'язок між психічним і фізичним здоров'ям……..……13

РОЗДІЛ 3. ПРАКТИЧНІ АСПЕКТИ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ПІДТРИМКИ У РЕАБІЛІТАЦІЇ ПАЦІЄНТІВ ПІСЛЯ ТРАВМ……..19

3.1. Методи психологічної підтримки в реабілітації……19

3.2. Роль психолога в мультидисциплінарній команді …….23

3.3. Успішні приклади використання психологічної підтримки в реабілітації…….26

РОЗДІЛ 4. ДОСЛІДЖЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ПІДТРИМКИ У РЕАБІЛІТАЦІЇ…….……..…33

4.1. Організація та методика власного дослідження…….33

4.2. Обговорення результатів дослідження…….41

ВИСНОВКИ……..……45

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ…….47

ВСТУП

Актуальність теми. У сучасному світі кількість пацієнтів із травмами опорно-рухового апарату значно зростає, і усі вони потребують комплексної реабілітації. Однак у більшості випадків процес відновлення на жаль, зосереджений на фізичному аспекті, залишаючи психологічний чинник поза увагою.

Багато досліджень свідчать про що те що наявність психологічної підтримки сприяє зменшенню рівня тривожності та депресивних проявів, тим самим підвищує мотивацію пацієнта до відновлення, що в свою чергу може зробити тривалість фізичної реабілітації меншою. Усвідомлення тісного зв'язку між психічним та фізичним здоров'ям обумовлює необхідність інтеграції психологічного супроводу у реабілітації, що і робить дану тему актуальною як з наукової точки зору, так і у практичному вимірі.

Мета і завдання дослідження. Метою даного дослідження є вивчення та доведення ефективності використання психологічної підтримки у реабілітації пацієнтів після травм опорно-рухового апарату.

Відповідно до мети поставлено такі *завдання:*

1. Проаналізувати такі поняття як психологічна підтримка, встановити які є її види у процесі фізичної реабілітації, дізнатися які є основні психологічні теорії що стосуються реабілітації.
2. Визначити який вплив має психічний стан на хід фізичної реабілітації, розглянути дослідження які підтверджують даний взаємозв'язок.
3. Сформувати які є основні методи психологічної підтримки в реабілітації, вказати якою є роль психолога в мультидисциплінарній команді та навести успішні приклади використання терапії.

4. Визначити методологію власного дослідження і провести його, обговорити отримані результати.

Об'єкт дослідження - процес фізичної реабілітації після травм.

Предмет дослідження - роль психологічної підтримки у відновленні пацієнтів після травм, взаємозв'язок психічного та фізичного стану.

РОЗДІЛ 1.
ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ПІДТРИМКИ У РЕАБІЛІТАЦІЇ

1.1. Поняття психологічної підтримки її значення

Термін “Психологічна підтримка” може мати багато визначень, але я проаналізувала що саме він означає, якщо це стосується фізичної терапії.

Психологічна підтримка - це ряд процес, під час якого реабілітолог визначає і подальшому працює над психологічними та емоційними реакціями пацієнта, це можуть бути його сприйняття хвороби чи травми. Усі заходи повинні бути направлені на подолання тривоги, стресу та труднощів, щоб процес реабілітації був більш ефективним, і пацієнт мав змогу отримати кращі результати.

Психологічна підтримка має невід’ємне значення для пацієнтів, оскільки після травм, операцій або інших травматичних подій, людина знаходиться у вразливими стані. Такі фактори як обмежена рухливість, біль, втрата працездатності та підвищена залежність від сторонньої допомоги, можуть легко викликати відчуття страху, безпорадності або тривоги. У багатьох пацієнтів підвищується ризик розвитку депресивних станів, тривожних розладів, зниженої мотивації або втрата віри у власне відновлення. Такий стан пацієнта в свою чергу негативно впливає на те як він дотримується рекомендацій, або наскільки він відчуває себе залученим під час заняття з фізичним терапевтом. Саме тому психологічна підтримка допомагає: зменшити рівень тривоги, запобігти розвитку депресивних і соматичних розладів, підвищити мотивацію та залученість пацієнта під час терапії, сформувати позитивне ставлення до лікування та підвищити його віру в можливість відновлення, і загалом покращити адаптацію людини до нових умов життя.

1.2. Види психологічної підтримки у процесі реабілітації

Види психологічної підтримки яку можуть застосовуватися у процесі реабілітації можуть бути досить різні але я б хотіла більш докладно розібрати наступні напрямки: консультування, корекція, кризове втручання, тренінги, групова терапія та індивідуальний сеанс. Розглянемо кожен з пунктів більш детально:

1. *Консультування (психологічне консультування)* – це форма психологічної допомоги, яка спрямована на вирішення актуальних проблем пацієнта, осмислення нового досвіду, постановку цілей та складання стратегій для подолання труднощів. Допомагає людині розібратися у власних емоціях, у ситуації, та знайти власне сили та ресурси для адаптації до цих змін. У реабілітації консультування допомагає усвідомити ті зміни що відбуваються з тілом, та життям загалом, зрозуміти свої емоційні реакції та прийняти той факт що деякі зміни можуть бути незворотні.
2. *Корекція (психологічна корекція)* – це ряд заходів які мають цілеспрямований вплив на психічні функції, поведінку та емоційні реакції пацієнта, усе це спрямоване на усунення або зменшення відхилень від психологічної норми, тобто дослівно корекція. У реабілітації корекція допомагає зміцнити самовладання, подолати негативні емоції на біль чи обмеження, і загалом відновити соціальні звички й сприяти більш лекцій адаптації у повсякденному житті.
3. *Кризове (екстрене) втручання* – форма психологічної допомоги, яка проводиться у надзвичайних або критичних ситуаціях, щоб зменшити гострий стрес, стабілізувати стан пацієнта та не допустити розвитку довготривалих психічних розладів. У контексті фізичної терапії є необхідним при гострих реакціях на травмування чи серйозний діагноз, якщо пацієнт перебуває в кризового стані під час адаптації, і для нагальної стабілізації емоційного стану.

4. *Психологічні тренінги (групові тренінги)* – це сесії які включають в себе розвиток навичок самопізнання, саморозвиток та подолання якихось конкретних психологічних труднощів. У реабілітаційному середовищі тренінги можуть включати навчання навичкам подолання стресу та болю, заняття які сприяють емоційній регуляції та комунікації, а також важливими є звісно тренінги направлені на самомотивацію та адаптацію.
5. *Групова терапія* – є видом психотерапевтичної допомоги, у межах якої один або кілька терапевтів працюють із групою пацієнтів одночасно. Учасники групи мають можливість обмінюватися власним досвідом, отримувати підтримку та засвоювати нові стратегії подолання труднощів у спільному середовищі. У реабілітації групова терапія сприяє зменшенню почуття ізоляції та самотності, формуванню відчуття приналежності та покращенню соціальної адаптації.
6. *Індивідуальний сеанс терапії (психотерапія / індивідуальна підтримка)* – це робота один на один з терапевтом, де пацієнт знаходиться у безпечному середовищі, і може краще опрацювати свої переживання, думки, страхи, поведінку та емоції. В ключі фізичної реабілітації це допомагає працювати з глибокими переживаннями травм, розвивати індивідуальні стратегії для подолання труднощів, і здобувати особистісні ресурси для кращого відновлення.

Отже, у процесі реабілітації застосовується широкий спектр видів психологічної підтримки, серед яких психологічне консультування, психологічна корекція, кризове втручання, психологічні тренінги, групова та індивідуальна терапія. З огляду на особливості реабілітаційного процесу, а також психоемоційний стан пацієнтів на різних його етапах, доцільним є зосередження уваги на тих формах психологічної підтримки, які найбільш ефективно сприяють стабілізації емоційного стану, підвищенню мотивації,

адаптації до нових життєвих умов та активному залученню пацієнтів до відновлювального процесу. У даному дослідженні буде розглянуто всі зазначені види психологічної підтримки, із більшим акцентом на індивідуальні сеанси терапії як ефективний метод психологічної допомоги у реабілітації.

1.3. Основні психологічні теорії, що стосуються реабілітації

Загально реабілітаційний процес ґрунтується не лише на медичних або фізіотерапевтичний методах, а також і на психологічних підходах, які можуть пояснити особливості поведінки, емоційних реакцій та мотивації пацієнтів. Тому ми розглянемо основні психологічні теорії, що стосуються реабілітаційної практики. А саме, розглянемо наступні теорії: Особистісно-орієнтована теорія, соціально-когнітивна теорія, теорія екологічних систем, когнітивно-поведінкова теорія, та підхід, орієнтований на сильні сторони, та наративна терапія.

1. *Особистісно-орієнтована теорія (Person-Centered Theory)* дана теорія зосереджується на створення довірливих і підтримуючих стосунків між пацієнтом та лікарем. Фахівець демонструє безумовне прийняття, емпатію та щирість, які допомагають людині самостійно усвідомлювати свої почуття та приймати якісь рішення. Якщо казати про реабілітацію, то дана теорія допомагає пацієнтам відчути цінність, безпеку та контроль над власним життям після травми або хвороби, що є дуже важливим для людини.
2. *Соціально-когнітивна теорія (Social Cognitive Theory)* дана теорія була розроблена Альбертом Бандурою, вона підкреслює важливість ефективності віри людини, у здатність досягати своїх цілей. Саме тому в реабілітації приділяється особлива увага підтримці впевненості пацієнта, бо він бачить поступові успішні кроки,

позитивний зворотний зв'язок та приклад інших людей, що і може сприяти підвищенню мотивації до відновлення.

3. *Теорія екологічних систем (Ecological Systems Theory)* наступна теорія базується на моделі Урі Бронфенбреннера, вона розладами людину у взаємодії з її соціальним та фізичним середовищем. Тобто, можна зробити висновок що процес реабілітації залежить не лише від індивідуальних зусиль пацієнта, а й від впливу родини, соціальних зв'язків, умов праці, культури або інших факторів.
4. *Когнітивно-поведінкова теорія (Cognitive Behavioral Theory)* вона виходить з того, що думки, емоції та поведінка пацієнта тісно пов’язані між собою. У реабілітаційному середовищі КПТ використовують для виявлення негативних або неадаптивних переконань, наприклад “я ніколи не одужаю”, і ціллю є змінити ці думки на більш реалістичні та підтримуючі, що навпаки покращують емоційний стан, і спонукають до активного залучення у терапію.
5. *Підхід, орієнтований на сильні сторони, та наративна терапія (Strength-Based & Narrative Approaches)* дана сфокусована не на обмеженнях, а саме на ресурсах, сильних сторонах людини, і її життєвому потенціалі. Наративна терапія направлена на те щоб допомогти пацієнтам переосмислити власне життя і історію, і це направлене на те щоб зменшити вплив хвороби або травми, саме на самоідентичність і допомагає формуванню образа людини, як активного учасника власного відновлення.

Отже, розглянуті психологічні теорії формують цілісне теоретичне підґрунтя для розуміння ролі психологічної підтримки у процесі реабілітації. Вони дозволяють пояснити психоемоційні реакції, поведінкові особливості та мотиваційні чинники пацієнтів, а також підкреслюють значення індивідуальних ресурсів і соціального контексту у відновлювальному процесі.

Поєднання різних теоретичних підходів забезпечує комплексний погляд на реабілітацію, у межах якого пацієнт розглядається не лише як об’єкт медичного впливу, а як активний учасник власного відновлення. Такий інтегративний підхід створює основу для ефективного застосування психологічних методів, спрямованих на стабілізацію психоемоційного стану, підвищення мотивації та адаптацію до нових життєвих умов. Саме ці положення будуть враховані при подальшому аналізі ефективності психологічної підтримки у реабілітаційній практиці.

РОЗДІЛ 2.
ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК МІЖ ПСИХІЧНИМ ТА ФІЗИЧНИМ ЗДОРОВ'ЯМ

2.1. Визначення понять "психічне здоров'я" та "фізичне здоров'я".

Вище вже було розглянуто поняття про психологічну підтримку, її види та загальні теорії, тепер треба зрозуміти що таке психічне та фізичне здоров'я, якщо підсумувати інформацію що було отримано із різних джерел, то можна дійти наступних висновків щодо цих визначень:

Психічне (ментальне) здоров'я є комплексним і багатовимірним конструктом, який виходить далеко за межі простої констатації відсутності психічних розладів. Згідно з визначенням Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), психічне здоров'я — це стан благополуччя, при якому людина може реалізувати свій власний потенціал, справлятися зі звичайними життєвими стресами, продуктивно та плідно працювати, а також робити внесок у життя своєї спільноти. Узагальнюючи інформацію, отриману з різних наукових джерел, можна стверджувати, що психічне здоров'я визначається не лише оптимальним функціонуванням особистості, але й складною динамічною рівновагою між людиною та середовищем.

Воно формується та підтримується під впливом цілої низки різнорівневих чинників:

1. Біологічні чинники: генетична схильність, нейрохімічний баланс, стан центральної нервової системи, загальний фізичний стан організму.
2. Психологічні чинники: емоційний інтелект, копінг-стратегії (способи подолання стресу), самооцінка, ціннісно-смислова сфера особистості.
3. Соціально-економічні та середовищні чинники: соціальна підтримка, рівень освіти та доходу, умови праці та проживання, культурні традиції, безпека навколишнього середовища.

Ключовими критеріями сформованого та стійкого психічного здоров'я виступають: здатність людини до рефлексії та усвідомлення

власних емоційних станів; адекватність сприйняття навколишньої дійсності; здатність встановлювати та підтримувати конструктивні міжособистісні стосунки, тобто усвідомлювати свій зв'язок із соціумом та ефективно з ним взаємодіяти; а також здатність до саморегуляції та адаптації в мінливих умовах.

Фізичне здоров'я **-** це природний стан тіла, який обумовлений нормальним функціонуванням усіх його органів та систем. Загально, фізичне здоров'я є одним з дуже важливих компонентів у загальній структурі здоров'я людини. Воно обумовлене властивостями організму як біологічної системи. Організм складається з різних окремих структур, але без взаємозв'язку вони функціонувати не можуть, хоча і мають свої окремі функції, але тілу характерна саме інтеграція роботи усіх його компонентів. Організм має властивість зберігати самостійне існування, за допомогою самоорганізації.

Розгляд цих двох категорій буде неповним без аналізу їхнього діалектичного взаємозв'язку. Сучасна наука, зокрема психосоматика та нейропсихологія, переконливо доводить, що психічне та фізичне здоров'я є нерозривними та взаємообумовленими складовими цілісного стану здоров'я людини. Психічне здоров'я забезпечує емоційну стабільність, мотивацію до здорового способу життя, здатність до адаптації, ефективної взаємодії з соціальним середовищем і прийняття відповідальних життєвих рішень. Воно є тією "керуючою інстанцією", яка впливає на соматичні процеси.

Фізичне здоров'я, своєю чергою, відображає узгоджене функціонування органів і систем та слугує матеріальною базою для психічної діяльності. Будь-яке порушення фізичного стану, особливо хронічні захворювання або травми, неминуче позначається на психоемоційній сфері, призводячи до підвищеної тривожності, депресивних станів, зниження самооцінки та соціальної ізоляції. І навпаки, хронічний стрес, тривога або депресія (порушення психічного здоров'я)

можуть призводити до соматичних захворювань, а саме серцево-судинних, ендокринних, шлунково-кишкових, а також значно уповільнювати процеси одужання та реабілітації.

Цей взаємовплив набуває особливого значення у процесі реабілітації після травм або важких захворювань. Ефективність фізичної терапії, медикаментозного лікування чи хірургічного втручання безпосередньо залежить від психологічного стану пацієнта, його віри в одужання, мотивації дотримуватися призначень лікаря та здатності долати біль.

Отже, психічне та фізичне здоров'я є взаємопов'язаними складовими цілісного стану здоров'я людини. Психічне здоров'я забезпечує емоційну стабільність, здатність до адаптації, ефективної взаємодії з соціальним середовищем і прийняття життєвих рішень, тоді як фізичне здоров'я відображає узгоджене функціонування органів і систем організму та його здатність до саморегуляції й підтримання життєдіяльності. Порушення одного з цих компонентів неминуче впливає на інший, що особливо проявляється у процесі реабілітації після травм або захворювань. Таким чином, збереження та відновлення здоров'я потребує комплексного підходу, у межах якого психологічна підтримка виступає важливим чинником поряд із медичними та фізіотерапевтичними методами.

2.2. Вплив психоемоційного стану на фізичну реабілітацію.

Розглянувши багато досліджень можна прийти до висновку що психоемоційний стан є дуже важливим фактором у фізичній реабілітації. Процес відновлення у осіб з травмами опорно-рухового апарату не може бути обмежений лише покращенням фізичних функцій. Наукові джерела переконливо доводять, що психоемоційний стан має дуже суттєвий вплив на ефективність відновлювальних заходів, швидкість функціонального відновлення, а також рівень повернення до активного повсякденного життя.

Тому використання психологічної допомоги є дуже доцільним, для комплексного підходу.

Ушкодження опорно-рухового апарату може часто супроводжуватись не лише болем в ділянці травми і обмеженою рухливістю, але й розвитком негативних психологічних реакцій, таких як тривога, депресивні стани, страх повторної травматизації, і загально вони відчувають зниження мотивації і зневіру у власні можливості. За даними багатьох досліджень, пацієнти з високим рівнем стресу або ті хто має депресивні симптоми демонструють гірші показники відновлення, і нижчу прихильність до реабілітаційних програм, саме тому і повільніший прогрес у лікуванні.

Головну роль у реабілітаційному процесі відіграє самооцінка пацієнта та його самоефективність. Якщо казати про віру у власну здатність впливати на процес одужання, то вона позитивно корелює з активною участю у терапії, регулярним виконанням фізичних вправ та дотримання рекомендацій які дає фізичний терапевт. Натомість при негативних переконаннях, наприклад очікування невдачі, або впевненості вже у незворотності фізичних обмежень, може значно знизитися ефективність реабілітаційних втручань.

Підтвердженням значущості психоемоційного стану у процесі фізичної реабілітації може слугувати клінічний приклад повторного ушкодження опорно-рухового апарату. Так, у пацієнта Г. протягом відносно короткого періоду часу (близько восьми місяців) двічі виникав вивих одного й того ж суглоба. Незважаючи на подібний характер травми, перебіг реабілітації у другому випадку був більш сприятливим. Це пояснювалося сформованим позитивним налаштуванням пацієнта, кращим розумінням процесу відновлення, а також готовністю до активної взаємодії з фахівцями та виконання реабілітаційних рекомендацій. У порівнянні з першим випадком, пацієнт демонстрував вищий рівень мотивації, усвідомлене ставлення до реабілітаційного процесу та більшу

відповідальність за власне відновлення, що позитивно позначилося на темпах і якості функціонального відновлення.

Психоемоційний стан також має вплив на сприйняття болю. Доведено, що при таких розладах як депресія або тривожність, больові відчуття можуть сприйматися викривлено, і більш посилено, тоді як стабільний емоційний стан, наявність соціальної підтримки і позитивна мотивація сприяють легкому сприйняттю болю. У цьому контексті психологічна підтримка стає інструментом для оптимізації фізичного відновлення.

Також значний вплив мають соціальні фактори, зокрема підтримка з боку родини, медичного персоналу та оточення. Позитивне соціальне середовище сприяє зменшенню емоційного напруження, підвищує мотивацію, формує відчуття безпеки і тим самим робить залученість пацієнта до процесу відновлення краще. Водночас соціальна ізоляція або відсутність підтримки можуть навпаки погіршуватися стан, і негативно впливати на результати реабілітації, бо формується відчуття непотрібності, і пацієнт не розуміє в чому сенс щось робити далі.

Таким чином, психоемоційний стан пацієнтів з травмами опорно-рухового апарату є одним із ключових чинників, що визначає успішність фізичної реабілітації. Врахування психологічних аспектів, своєчасне виявлення емоційних труднощів та застосування відповідних психологічних інтервенцій дозволяють підвищити ефективність відновлювального процесу, покращити якість життя пацієнтів і сприяти їхній повноцінній соціальній адаптації.

2.3 Дослідження, що підтверджують взаємозв'язок між психічним і фізичним здоров'ям.

Є багато досліджень що підтверджують взаємозв'язок між психічним і фізичним здоров'ям, і даному підрозділі буде розглянуто більш детально кожну статтю що було знайдено.

Розглянемо для початку дослідження **Sutherland, Alexander та Hutchison**, опубліковане в **The Journal of Trauma: Injury, Infection, and Critical Care (2006)**. Автори даної статті взяли за мету з'ясувати, наскільки психоемоційний стан після травми опорно-рухового апарату може бути пов'язаний з фізичним відновленням. Для цього було проведено когортне дослідження, у ньому взяли участь 200 пацієнтів із травмами опорно-рухового апарату.

Дослідниками оцінювалося наступне:

1. Розвиток посттравматичної психопатології (за допомогою опитувальника General Health Questionnaire)
2. Функціональні результати (з використанням Short Form-36, Sickness Impact Profile та Musculoskeletal Function Assessment). Дані показники вимірювались через 2 і 6 місяців після травми.

Результати:

1. Початкові фізичні порушення були виявлені у 11% спостережуваних, але через 2 місці їх кількість зросла до 46%, а вже на 6 місяць знизилась до 22%. Дана тенденція свідчить про те що психологічні реакції на травму розвиваються у значної частини пацієнтів, а не лише у поодиноких випадках.
2. Порушення фізичного стану дуже тісно корелювали з гіршими результатами ща всіма трьома інструментами, що були використані. Тобто, це означає, що ті пацієнти у яких були сильніші психологічні порушення, мали також гірший результат у відновлені фізичного стану ($p < 0,05$).

Висновки авторів:

Дослідження підтвердило, що вплив на психоемоційного стану на на фізичну реабілітацію після травм опорно-рухового апарату є значним: посттравматичні психопатології (стрес, тривога, емоційні порушення) були пов'язані з гіршими функціональними наслідками, тобто зниженням якості життя та загально повільніший відновленням. Саме це, ще раз підкреслює що фізичне лікування має бути доповнене психоемоційною підтримкою, і не може розглядатися ізольовано.

Також, авторами було зазначено необхідність проведення наступних досліджень, щоб визначити, чи може комбінований підхід (мультидисциплінарна команда) покращити результати пацієнтів після травм.

Наступним розглянемо дослідження **Yang, Peek-Asa, Corlette, Cheng та Foster,** опубліковане у журналі **Clinical Journal of Sport Medicine (2007)**. Метою даного дослідження було з'ясувати, чи існує зв’язок між наявністю травм опорно-рухового апарату спортсменів та розвитком у них депресивних симптомів.

Для досягнення цієї мети автори провели перехресне дослідження, у ньому брали участь спортсмени із різних видів спорту. Основна увага була приділена психоемоційному стану спортсменів із наявними або перенесеними травмами, і тих хто травм не мав.

Дослідниками оцінювалося наступне:

1. Наявність травм опорно-рухового апарату, яка визначалась на основі звіту спортсменів (поточні або перенесені травми, локалізація та тривалість).
2. Рівень депресивних симптомів, їх оцінювали за допомогою стандартизованого опитувальника **Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D).** Дана шкала допомагає визначити емоційні

порушення, такі як пригнічений стан, зниження інтересу до повсякденних привіт, втома та порушення сну.

Результати:

У ході даного дослідження в було визначено що спортсмени які вже мали травми опорно-рухового апарату демонстрували вищий рівень депресивних симптомів, у порівнянні з тими хто травм не мав.

Було встановлено значущий зв'язок між фактом травматизації та показниками за шкалою CES-D ($p < 0,05$). Зокрема, у спортсменів які мають поточну або травму, що нещодавно загоїлась, частіше спостерігалися ознаки емоційного виснаження, зниження мотивації і загально психоемоційного благополуччя. Отже, отримані дані свідчать про те що травми можуть опорно-рухового апарату мають вплив не лише на фізичну працездатність, але й можуть позначатися на психічному стані.

Висновки авторів:

Автори дійшли висновку, що є тісний зв'язок між травмами опорно-рухового апарату та депресивними симптомами у спортсменів. Наявність травми може значно підвищувати ризик виникнення психологічних порушень, що може негативно впливати на сам процес відновлення і повернення до спортивної діяльності. Дослідження наголошував на необхідності саме комплексного підходу до реабілітації, тобто психологічна підтримка є невід'ємною складовою. Також було підкреслено необхідність робити подальші дослідження щоб розробити ефективні реабілітаційні програми.

Останнім буде розглянуто дослідження **Wiese-Bjornstal, Smith, Shaffer та Morrey,** опубліковане у **Journal of Applied Sport Psychology (1998).** Метою даної роботи було узагальнити наявні наукові дані щодо психологічних факторів, які впливають на процес відновлення спортсменів

після травм, зокрема травм опорно-рухового апарату, а також описати механізми взаємодії психоемоційного стану та фізичної реабілітації.

Для досягнення поставленої мети автори використали теоретико-аналітичний підхід, проаналізувавши результати попередніх емпіричних досліджень у сфері спортивної медицини, психології та реабілітації. У межах статті було запропоновано інтегративну модель психологічної реакції на спортивну травму, яка пояснює динаміку відновлення спортсменів.

Дослідниками оцінювалося наступне:

1. Психоемоційні реакції спортсменів на травму, зокрема тривога, страх повторного ушкодження, фрустрація, гнів та депресивні прояви, які описувалися в попередніх дослідженнях.
2. Когнітивна оцінка травми, а саме сприйняття її серйозності, очікування щодо термінів відновлення та віра у власну здатність повернутися до спортивної діяльності.
3. Поведінкові фактори, пов’язані з реабілітацією, включно з рівнем мотивації, дотриманням реабілітаційних програм та активністю участі спортсменів у відновлювальному процесі.
4. Роль соціальної підтримки, зокрема вплив підтримки з боку тренерів, медичного персоналу, команди та близького оточення на психоемоційний стан і перебіг відновлення.

(У статті не застосовувалися конкретні психометричні шкали, оскільки дослідження має узагальнювальний характер і базується на аналізі результатів інших емпіричних робіт.)

Результати:

У ході аналізу наукових джерел автори встановили, що психологічні фактори мають суттєвий вплив на перебіг фізичної реабілітації після травм опорно-рухового апарату. Зокрема, було показано, що:

1. негативні емоційні стани (підвищена тривожність, страх повторної травми, депресивні симптоми) асоціюються з повільнішим функціональним відновленням та зниженням ефективності реабілітаційних заходів;
2. позитивна когнітивна оцінка травми та високий рівень мотивації сприяють кращому дотриманню реабілітаційних програм і більш швидкому поверненню до спортивної діяльності;
3. соціальна підтримка виступає важливим захисним чинником, який знижує рівень стресу та покращує психоемоційний стан спортсменів у період відновлення.

Отримані дані свідчать про те, що психологічні реакції на травму можуть як сприяти відновленню, так і значно його ускладнювати, навіть за однакових фізичних ушкоджень.

Висновки авторів:

Автори дійшли висновку, що відновлення після спортивних травм опорно-рухового апарату є комплексним процесом, у якому психологічні чинники відіграють не менш важливу роль, ніж фізіологічні. Ігнорування психоемоційного стану спортсмена може негативно впливати на результати реабілітації та процес повернення до спортивної діяльності.

У статті підкреслюється необхідність інтеграції психологічної підтримки у програми фізичної реабілітації, а також важливість міждисциплінарної взаємодії між лікарями, фізичними терапевтами та спортивними психологами. Автори також наголошують на доцільності подальших досліджень для більш глибокого вивчення психологічних механізмів відновлення після травм.

РОЗДІЛ 3.
ПРАКТИЧНІ АСПЕКТИ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ПІДТРИМКИ У РЕАБІЛІТАЦІЇ ПАЦІЄНТІВ ПІСЛЯ ТРАВМ

3.1. Методи психологічної підтримки в реабілітації.

Трохи вище було вже розглянуто види психологічної підтримки, які можуть використовуватися в реабілітації, тому буде доцільним розглянути які саме методи можуть бути використані в кожному з цих видів. Методів психологічної підтримки існує багато, але ми розглянемо найбільш поширені, такі як: Когнітивно-поведінкова терапія, травмофокусована КПТ, діалектична поведінкова терапія, емоційно-фокусована терапія, психоедукція, формування цілей, релаксаційні техніки, позитивне самообговорення, емоційне/письмове вираження, контроль поведінки *моделюванням.*

1. *Когнітивно-поведінкова терапія* – це метод який спрямований на зміну негативних думок, які можуть посилювати больові відчуття, знижувати мотивацію та загально уповільнювати відновлення. КПТ допомагає пацієнтам формувати адаптивні мисленні конструкцією та поведінкові навички для кращої залученості до реабілітації.

   Приклад застосування: Пацієнт після травми колінного суглоба уникає фізичних вправ через думку: «Якщо я буду навантажувати ногу, я знову її зламаю». Під час сесій КПТ психолог допомагає пацієнту ідентифікувати цю автоматичну негативну думку та перевірити її реалістичність, спираючись на медичні рекомендації фізичного терапевта. Далі формується альтернативне переконання: «Помірне навантаження є безпечним і необхідним для відновлення». Це сприяє зменшенню страху руху та підвищує активну участь у реабілітації.
2. *Травмофокусована КПТ* – це спеціалізований варіант вже згаданої когнітивно-поведінкової терапії, що орієнтований на симптоми після

травм, зокрема на тривогу та страх, які пов'язані з фізичними ушкодженнями.

Приклад застосування: Пацієнт після серйозної дорожньо-транспортної травми відчуває сильну тривогу та нав’язливі спогади, пов’язані з моментом травми, що заважає проходженню реабілітаційних процедур. У рамках ТФ-КПТ психолог поступово працює з травматичними спогадами, допомагає пацієнту знизити емоційну інтенсивність цих переживань і сформувати відчуття контролю над власним станом, що полегшує участь у фізичному відновленні.

3. *Діалектична поведінкова терапія* – метод який застосовується для розвитку навичок емоційної регуляції, толерантності до стресу та загально контролю імпульсних реакцій. У реабілітації після травм опорно-рухового апарату ДПТ є корисною для пацієнтів, у яких є сильні емоційні коливання, якщо вони відчувають фрустрацію, або є труднощі з прийняттям власних обмежень, пов'язаних з травмою.

   Приклад застосування: Пацієнт після перелому хребта демонструє різкі емоційні реакції, злість та роздратування через повільний темп відновлення. У рамках ДПТ він навчається навичкам регуляції емоцій, зокрема технікам усвідомлення (mindfulness) та толерантності до стресу. Це допомагає зменшити імпульсивні реакції, покращує співпрацю з медичним персоналом і сприяє більш стабільному перебігу реабілітації.

4. *Емоційно-фокусована терапія* – даний вид терапії спрямований на усвідомлення, прийняття та опрацювання емоційних переживань, які пов'язані з травмою та втратою фізичних можливостей. У процесі фізичної реабілітації даний метод допомагає зменшити внутрішній емоційний конфлікт, подолати почуття безпорадності та відновити

позитивне ставлення до власного тіла. Загально ЕФТ сприяє психологічній адаптації та покращенню загального самопочуття.

Приклад застосування: Пацієнт після ампутації або тяжкої травми кінцівки переживає втрату та сильне почуття безпорадності. Під час емоційно-фокусованої терапії увага зосереджується на усвідомленні та прийнятті цих емоцій, їх вербалізації та поступовому формуванні нових способів емоційного реагування. Це сприяє адаптації до зміненого фізичного стану та покращує психологічне благополуччя.

5. *Психоедукція* – є важливим методом підтримки, він полягає в тому що пацієнту надається інформація про психологічні реакції на травму, також етапи відновлення і можливі труднощі, які виникають під час реабілітаційного процесу. Розуміння взаємозв'язку між психічним станом і фізичним одужання може знизити ризик тривожності, і допомагає сформулювати у пацієнта більш реалістичні очікування, і загально сприяє більш активній участі пацієнта у лікуванні.

   Приклад застосування: Психолог або фізичний терапевт пояснює пацієнту, що підвищена тривожність, страх болю та зниження настрою є нормальними реакціями на травму. Пацієнту надається інформація про етапи фізичного та психологічного відновлення, що знижує невизначеність і страх, а також формує реалістичні очікування щодо реабілітації.

6. *Формування цілей (goal setting)* – даний метод передбачає спільне встановлення короткострокових та довгострокових цілей реабілітації, які є досягнути для пацієнта і є підбираються індивідуально. Чіткі цілі підвищують мотивацію, структурують процес відновлення і сприяють відчуттю контролю над власним станом. Це має позитивний вплив на психологічну стійкість.

   Приклад застосування: Пацієнт після травми плечового суглоба відчуває зневіру через повільний прогрес. Психолог разом із

фізичним терапевтом допомагає сформувати короткострокові цілі (наприклад, збільшення амплітуди руху на певну кількість градусів протягом двох тижнів) та довгострокову мету (повернення до побутової або професійної діяльності). Досягнення кожної проміжної цілі підкріплюється позитивним зворотним зв'язком, що підвищує мотивацію пацієнта та зміцнює віру у власні можливості.

7. *Релаксаційні техніки та керована уява (guided imagery)* – це методи психологічної підтримки, спрямовані на зниження психоемоційного та фізіологічного напруження, зменшення рівня тривожності та болю, а також покращення загального самопочуття пацієнта. Вони включають глибоке дихання, прогресивну м'язову релаксацію та використання позитивних уявних образів. У реабілітації після травм опорно-рухового апарату ці техніки допомагають зменшити страх руху, напруження м'язів і сприяють кращій адаптації до фізичних навантажень.

   Приклад застосування: Під час реабілітаційного заняття пацієнт виконує вправи глибокого дихання, після чого психолог пропонує техніку керованої уяви, у якій пацієнт уявляє, як ушкоджена кінцівка поступово відновлюється і рухається легко та без болю. Такі вправи можуть виконуватися перед або після фізичних тренувань і сприяють зменшенню тривожності та напруження.

8. *Емоційне та письмове вираження (emotional / written expression)* – метод психологічної підтримки, який полягає у вербалізації або письмовому описі емоцій, переживань і думок, пов'язаних із травмою. Такий підхід допомагає знизити емоційне напруження, усвідомити власні почуття та сприяє кращій психологічній адаптації до травматичного досвіду.

   Приклад застосування: Пацієнту пропонується вести щоденник, у якому він описує свої емоції, страхи та труднощі, що виникають у

процесі реабілітації. Обговорення цих записів із психологом допомагає пацієнту усвідомити власний емоційний стан, зменшити внутрішню напругу та знайти більш конструктивні способи подолання стресу.

9. *Контроль поведінки шляхом моделювання (behavioral modeling)* – метод, що ґрунтується на навчанні через спостереження за іншими людьми, які успішно справляються з подібними труднощами. У реабілітації після травм опорно-рухового апарату моделювання допомагає зменшити страх, підвищити впевненість та сформувати адаптивні поведінкові стратегії.

   Приклад застосування: Пацієнту демонструють приклади інших осіб (через відеоматеріали або особисті зустрічі), які успішно пройшли реабілітацію після аналогічної травми. Спостерігаючи за їхнім прогресом і поведінкою, пацієнт починає вірити у можливість власного відновлення та активніше долучається до реабілітаційного процесу.

Отже, розглянуті методи психологічної підтримки демонструють практичні можливості їх застосування в реабілітаційному менеджменті цивільних пацієнтів із травмами опорно-рухового апарату. Кожен із описаних підходів спрямований на подолання конкретних психологічних труднощів, що можуть виникати під час відновлення: страху руху, тривожності, зниження мотивації, емоційної нестабільності чи фрустрації.

Інтеграція таких методів у процес реабілітації дозволяє підвищити активну залученість пацієнта, покращити його психологічну адаптацію до травми та створити більш сприятливі умови для фізичного відновлення. У межах даного дослідження частина зазначених методів буде використана як інструмент психологічної підтримки з метою оцінки їх практичної доцільності та впливу на перебіг реабілітаційного процесу.

3.2. Роль психолога в мультидисциплінарній команді.

Сучасна система медичної та фізичної реабілітації ґрунтується на біопсихосоціальній моделі, і дана модель розглядає здоров'я людини як результат взаємодії різних чинників, таких як біологічні, психологічні та соціальні. У межах даного підходу ефективне відновлення пацієнта можливе лише за умови злагодженої роботи фахівців різного профілю, які і формулюють мультидисциплінарну команду. До складу команди зазвичай входять лікарі, фізичні терапевти, соціальні працівники, ерготерапевти, медичний персонал та психолог. Саме психолог допомагає забезпечити інтеграцію психоемоційних і поведінкових аспектів у загальну систему лікувально-реабілітаційних заходів, що є дуже важливим, бо психологічне благополуччя є настільки ж важливим, як і фізичне.

Однією з провідних функцій, що виконує психолог, це комплексна оцінка психоемоційного стану пацієнта. У процесі первинної та подальшої діагностики можна виявити який рівень тривоги, чи наявні депресивні прояви, чи є страх повторної травматизації, також особистості самооцінки, мотиваційна спрямованість, які присутні очікування щодо результатів лікування та яке суб’єктивне сприйняття має пацієнт щодо власного стану. Виявлення зазначених чинників дозволяє своєчасно ідентифікувати психологічні проблеми, що можуть перешкоджати ефективному відновленню, зокрема через уникання фізичної активності, зниження прихильності до лікування або формування дезадаптивних переконань щодо власних можливостей до відновлення.

Важливим напрямом діяльності психолога є формування та підтримка мотивації до участі у реабілітаційному процесі. Після травми або тяжкого захворювання пацієнти часто переживають фрустрацію, втрату контролю над ситуацією та зниження віри у власні ресурси. Психолог сприяє розвитку активної позиції щодо відновлення, допомагає встановлювати реалістичні цілі та підтримує внутрішню мотивацію до систематичного виконання

рекомендацій фахівців. Робота в цьому напрямі позитивно впливає на рівень дотримання реабілітаційної програми та сприяє досягненню кращих функціональних результатів.

Окрему роль психолог відіграє у регуляції емоційних станів пацієнта. Реабілітаційний період часто супроводжується підвищеною тривожністю, дратівливістю, відчуттям безпорадності або депресивними реакціями. Психологічні інтервенції, спрямовані на зниження рівня стресу, розвиток навичок емоційної саморегуляції та формування адаптивних копінг-стратегій, сприяють стабілізації психоемоційного стану та створюють сприятливі умови для фізичного відновлення.

Крім індивідуальної роботи з пацієнтом, психолог виконує координаційну функцію в межах мультидисциплінарної взаємодії. Він бере участь у спільних обговореннях клінічних випадків, надає інформацію про психологічні особливості пацієнта та допомагає узгодити лікувальні та реабілітаційні цілі з його індивідуальними ресурсами й обмеженнями. Така взаємодія сприяє формуванню єдиного підходу до ведення пацієнта та знижує ризик фрагментарності допомоги.

Психолог також може виступати консультантом для інших членів команди щодо особливостей ефективної комунікації з пацієнтом. Нерідко саме стиль спілкування медичного персоналу впливає на рівень довіри, прихильність до лікування та загальну задоволеність процесом реабілітації. Психолог допомагає оптимізувати комунікаційні стратегії, враховуючи індивідуальні особливості особистості пацієнта та його емоційний стан.

У довготривалій перспективі участь психолога в роботі мультидисциплінарної команди сприяє не лише фізичному відновленню, але й соціальній реінтеграції пацієнта. Адаптація до нових умов життя, зміна професійної ролі або повернення до спортивної діяльності потребують психологічної підтримки та формування нової системи

цінностей і цілей. У цьому контексті психолог допомагає пацієнтові переосмислити досвід хвороби чи травми та інтегрувати його у власну життєву історію без втрати особистісної цілісності.

Таким чином, роль психолога в мультидисциплінарній команді є багатовимірною та охоплює діагностичний, корекційний, консультативний і координаційний напрями діяльності. Його участь забезпечує реалізацію біопсихосоціального підходу, підвищує ефективність реабілітаційного процесу та сприяє досягненню більш стабільних і довготривалих результатів відновлення.

3.3. Успішні приклади використання психологічної підтримки в реабілітації.

Як вже було згадано сучасні підходи до реабілітації пацієнтів із травмами опорно-рухового апарату базуються на психосоціальній моделі,вона розглядає обмеження як результат взаємодії різних чинників, а саме біологічних, соціальних та психологічних. Концепція, яка була запропонована Джорджем Л. Енгелем, стала основою для формування саме мультидисциплінарних реабілітаційних програм, у яких психологічна підтримка грає невід'ємну роль у повноцінному лікуванні. Давайте розглянемо приклади успішного застосування психологічної підтримки.

1. *Когнітивно-поведінкова терапія при хронічному болю*

   Одним із найбільш досліджених напрямів психологічної підтримки у пацієнтів із травмами та захворюваннями опорно-рухового апарату є когнітивно-поведінкова терапія (КПТ). За результатами систематичних оглядів, опублікованих у **The Clinical Journal of Pain**, включення КПТ у програму лікування хронічного болю в попереку, шиї чи суглобах сприяє статистично значущому зниженню інтенсивності болю, рівня депресії та тривожності.

Механізм дії КПТ полягає у зміні дисфункціональних переконань пацієнта щодо болю та руху. Після травм опорно-рухового апарату нерідко формується феномен катастрофізації, це перебільшене сприйняття небезпеки болю та очікування погіршення стану. Це призводить до уникаючої поведінки, зниження фізичної активності та поступової втрати функції. КПТ спрямована на корекцію таких переконань, формування адаптивних копінг-стратегій та поступову поведінкову активацію. Внаслідок цього зменшується страх руху (кінезіофобія), підвищується рівень самооефективності та прихильність до реабілітаційної програми.

Дослідження демонструють, що пацієнти, які отримують КПТ паралельно з фізичною терапією, мають кращі функціональні показники та нижчий ризик хронізації болю порівняно з тими, хто проходить лише фізичну реабілітацію.

2. Acceptance and Commitment Therapy у лікуванні стійкого болю

Окремий напрям психологічної підтримки представлений Acceptance and Commitment Therapy (ACT). У публікаціях журналу **Pain** зазначається, що ACT демонструє ефективність у зниженні функціональних обмежень у пацієнтів із хронічними больовими синдромами опорно-рухового апарату.

ACT не орієнтована на повне усунення болю як основну мету. Натомість вона спрямована на розвиток психологічної гнучкості, прийняття наявного дискомфорту та відновлення активності відповідно до особистісних цінностей пацієнта. Такий підхід є особливо важливим у випадках, коли біль зберігається навіть після завершення гострої фази ушкодження.

Дослідження показують, що пацієнти, які проходили ACT у складі мультидисциплінарної програми, демонстрували покращення якості життя, зростання фізичної активності та зменшення рівня

психологічного дистресу. Таким чином, терапія сприяє не лише емоційній стабілізації, але й безпосередньо впливає на функціональне відновлення.

3. Психологічна підготовка до ортопедичних операцій та післяопераційний супровід

Значний обсяг доказів накопичено щодо ефективності психологічної підтримки у пацієнтів, які проходять ендопротезування кульшового або колінного суглоба. У журналі **BMC Musculoskeletal Disorders** опубліковано результати досліджень, які засвідчують, що передопераційне консультування зменшує рівень тривоги, страх руху та негативні очікування щодо результатів лікування.

Психологічна підготовка дозволяє пацієнтові сформувати реалістичні очікування, знизити передопераційний стрес та підвищити мотивацію до активної участі у відновлювальному процесі. Післяопераційний психологічний супровід сприяє кращій прихильності до виконання фізичних вправ та зменшує ризик розвитку депресивних реакцій.

З огляду на те, що післяопераційний біль і страх руху можуть гальмувати реабілітацію, своєчасна психологічна підтримка має прямий вплив на швидкість та якість функціонального відновлення.

4. Психологічні чинники у лікуванні болю в спині

У клінічних рекомендаціях **National Institute for Health and Care Excellence** (NICE) підкреслюється необхідність інтеграції психологічних втручань у лікування хронічного болю в попереку. У документах наголошується, що ізольоване застосування медикаментозної терапії або фізичних методів є недостатнім у випадках хронічного болю.

Згідно з сучасними даними, такі фактори, як тривожність, депресія, низький рівень соціальної підтримки та негативні переконання щодо руху, суттєво впливають на перебіг захворювання. Саме тому

мультидисциплінарні програми, що поєднують фізичну терапію з психологічним консультуванням, демонструють вищу ефективність у зниженні інвалідизації та покращенні функціональної спроможності пацієнтів.

5. Майндфулнесс-орієнтовані втручання

Окрему групу доказових підходів становлять програми на основі усвідомленості. Метааналізи, опубліковані в журналі **JAMA**, засвідчують, що mindfulness-based втручання сприяють зменшенню інтенсивності хронічного болю та психологічного напруження.

Практичне значення таких програм полягає у зниженні реактивності на больові відчуття та формуванні навичок емоційної регуляції. Пацієнти навчаються сприймати біль без надмірної когнітивної оцінки та катастрофізації, що зменшує стресову відповідь організму та покращує результати фізичної реабілітації.

РОЗДІЛ 4.
ДОСЛІДЖЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ПІДТРИМКИ У РЕАБІЛІТАЦІЇ

4.1. Організація та методика власного дослідження.

Щоб перевірити теоретичні положення які було розглянуто у попередніх розділах кваліфікаційної роботи, мною було проведено емпіричне дослідження, воно було спрямоване на визначення ефективності психологічної підтримки у процесі фізичної реабілітації у цивільних пацієнтів з травмами опорно-рухового апарату. При проведенні даного дослідження головна увага приділялася психологічному стану, рівню болю і функціональній незалежності пацієнта, а саме увага була зосереджена на змінах які відбуваються під час реабілітаційного процесу.

Характеристика вибірки дослідження

У даному дослідженні брали участь 6 пацієнтів віком від 30 до 40 років, усі залучені були цивільними особами, вони проходили реабілітацію після легких травм опорно-рухового апарату. Вони були на етапі відновлення після травм верхніх кінцівок або нижніх.

Травми опорно-рухового апарату, які мали дані пацієнти, включали пошкодження м’язів, зв’язок або суглобів, і вони не потребували хірургічного втручання, але була необхідність використання реабілітації, для кращого відновлення фізичного стану.

Всі учасники дослідження були проінформовані про те що буде проведено психологічне тестування, і надали свою добровільну згоду на участь у даному дослідженні. Конкретні цілі даного дослідження на початковому етапі не розкривались повністю, щоб уникнути можливого впливу на результати які будуть отримані після тестування.

Учасників у даному дослідженні було не дуже багато, тому результати будуть показувати попередньо можливий варіант повного

дослідження впливу психологічної підтримки на процес реабілітації пацієнтів.

Розподіл пацієнтів на групи

Для оцінки ефективності психологічної підтримки мені знадобилося дві підгрупи:

- експериментальна група, до якої було розподілено 3 пацієнти;
- контрольна група, теж з 3-ма пацієнтами.

Учасники експериментальної групи, окрім власне фізичної реабілітації отримували також і психологічну підтримку. У контрольній же групі пацієнти проходили стандартний процес реабілітації, у нього не було включено ніяких додаткових втручань.

Даний розподіл дозволив порівняти змінити як фізичного так і психологічного стану пацієнтів, тим самим дозволяє спостерігати чи є можливо вплив психологічної підтримки на процес одужання.

Етапи проведення дослідження

Дослідження проводилося у декілька послідовних етапів, щоб забезпечити систематичність і логічну послідовність емпіричної роботи.

1. *Підготовчий етап.* На даному етапі було здійснено теоретичний аналіз наукової літератури з проблеми психологічної підтримки у пацієнтів із травмами опорно-рухового апарату. На основі отриманих даних під час аналізу було сформовано мету і завдання дослідження, а також визначено його об'єкт і предмет.

   Також під час даного етапу було підібрано діагностичні методи, для оцінки якості психологічного так і фізичного стану пацієнтів, також було розроблено яку саме структуру буде мати дане дослідження, і звісно підібрано програму психологічної підтримки яку будуть впроваджувати для експериментальної групи.

2. *Етап первинної діагностики (констатувальний).* На даному етапі проводилось первинне дослідження метою якого було визначити початковий рівень їхнього фізичного та психологічного стану.

   Діагностику було здійснено за допомогою комплексу обраних методик, дані шкалі і методи дозволили оцінити рівень депресії, тривожності, стресу, інтенсивність больових відчуттів і також рівень функціональної незалежності. Отримані результати стали базовими показниками, з якими у подальшому порівнювались результати повторних вимірювань.

3. *Етап впровадження психологічної підтримки (формувальний).* На цьому етапі з учасники експериментальної групи протягом двох місяців отримували психологічну підтримку, вона буда спрямована на покращення психоемоційного та підвищення ефективності реабілітації.

   Психологічна підтримка включала індивідуальні сеанси, психоедукція, елементи когнітивно-поведінкової техніки, формування позитивного мислення щодо процесу реабілітації та використання релаксаційних вправ.

   Тим часом учасники контрольної групи проходили стандартну реабілітацію без додаткових втручань. Під час даного етапу здійснювались проміжні вимірювання кожні два тижні для оцінки динаміки змін психологічного та фізичного стану пацієнтів.

4. *Етап повторної повторної діагностики та оцінки результатів (контрольний).* На завершальному етапі дослідження було про проведено вже підсумкове обстеження, для якого використовувались ті самі методики, що й на початковому етапі.

   Проведення підсумкового контролю допомогло оцінити зміни у психологічному та фізичному стані пацієнтів, і також було порівняно результати експериментальної та контроль груп. На основі усі

отриманих даних було здійснено остаточний аналіз, щоб дійти висновку, чи є ж все таки психологічна підтримка у фізичній реабілітації важливою.

Діагностичні методики дослідження

Щоб досягти мету дослідження було використано ряд методик, щоб продіагностувати як психологічний так і фізичного стану пацієнтів під час процесу реабілітації після травм опорно-рухового.

1. Методики оцінки психологічного здоров'я.

1.1. Шкала депресії Бека (Beck Depression Inventory)

Методика була розроблена Аароном Беком і вона призначена для визначення рівня депресивних симптомів у дорослих. Сам опитувальник складається з 21-го пункту, кожне питання має декілька варіантів відповідей, і вони відображають різний ступінь прояву симптомів.

Дана шкала допомагає оцінити прояви таких симптомів як пригнічений настрій, зниження інтересу до діяльності, втома, порушення сну і також відчуття провини.

У контексті дослідження дана шкала використовувалась щоб оцінити чи є у пацієнтів депресивні прояви, і наскільки виражені усі симптоми, щоб відстежити який вплив це може мати на процес реабілітації.

1.2. Шкала тривожності Спілбергера (State-Trait Anxiety Inventory)

Методика була розроблена Чарльзом Спілбергом, її використовують щоб оцінити два типи тривоги: ситуативної (реактивної) та особистісної.

Даний опитувальник складається з двох частин, кожна з яких має 20 тверджень, це дозволяє оцінити як поточний емоційний стан, так і стабільність особистісні характеристики.

Дана методика у контексті цього дослідження була використана щоб оцінити чи є у пацієнтів тривожність і її вплив на реабілітацію.

1.3. **Шкала сприйнятого стресу (Perceived Stress Scale)**

Методик розробив Шелдон Коен, вона призначена для оцінки рівня стресу, який суб'єктивно переживає людина. Шкала допомагає визначити як саме людина оцінює своє життя, чи воно напружене, неконтрольоване або перевантажене.

У контексті даного дослідження оцінювалося який рівень стресу у пацієнта, щоб оцінювати знову ж таки ефективність відновлювальних заходів.

1.4. Госпітальна шкала тривоги і депресії (Hospital anxiety and depression scale)

Методика використовується для одночасної оцінки якості рівня тривоги та депресії у пацієнтів у яких є соматичні захворювання. Вона складається з 14 пунктів, вони поділені на дві підгрупи: тривога і депресія.

Ця шкала відрізняється тим що вона мінімізувати вплив соматичних симптомів на результати, а це є дуже важливим для дослідження пацієнтів які проходять фізичну реабілітацію

2. Методики оцінки фізичного стану

2.1. Шкала функціональної незалежності (Functional Independence Measure)

Дану методику використовують щоб оцінити наскільки пацієнт може самостійно виконувати повсякденні дії. Вона охоплює

різні сфери, такі як самообслуговування, пересування, комутації і також соціальна взаємодія.

Шкала дозволяє визначити наскільки пацієнт залежний від сторонньої допомоги, і оцінити чи є якийсь прогрес у процесі реабілітації. У даному дослідженні використана для того щоб оцінити як саме змінюється функціональний стан пацієнтів протягом усього процесу відновлення.

2.2. Візуальна аналогова шкала болю (Visual Analogue Scale)

Дана шкала виглядає як пряма лінія з десятьма поділками, під якими зображені емоцій, пацієнт позначає самостійно наскільки інтенсивно відчувається біль, тобто 1 це “болю немає” та 10 “нестерпний біль”.

ВАШ є простою але дуже ефективною методикою для оцінки больових відчуттів. У даному дослідженні вона була часто використана, щоб оцінити чи є у пацієнтів біль, і наскільки він інтенсивний, так як він може впливати на те чи погодиться людина виконувати реабілітаційні завдання.

Застосування усіх зазначених методів є ефективним, бо дозволяє отримати цілісну картину стану пацієнтів, при цьому враховуючи як психологічні, так і фізичні показники, що є дуже важливим саме для комплексного відновлення.

Такий підхід дозволяє оцінити який є взаємозв'язок між психоемоційним станом та самим процесом відновлення, і звісно визначити чи є якісь зміни у стані хворого, щоб зрозуміти наскільки ефективною є психологічна підтримка у реабілітації пацієнтів із травмами опорно-рухового.

Процедура проведення дослідження

Дослідження проводилося у декілька послідовних етапів, щоб дотримуватись логіки емпіричного експериментального підходу і включало

насамперед первинну діагностику, впровадження психологічної підтримки і вже в подальшому оцінку змін у стані пацієнтів.

На початковому етапі всі учасники пройшли первинне обстеження з метою визначення вихідного рівня їхнього психологічного та фізичного стану. Діагностика була проведена за допомогою спеціальних методів. Зокрема для оцінки психологічного стану використовувалися: Шкала депресії Бека, шкала тривожності Спілбергера, шкала сприйнятого стресу і госпітальна шкала тривоги і депресії, було використано таку кількість методів щоб бути впевненим що результати схожі у декількох шкал.

Для оцінки фізичного стану було використано шкалу функціональної незалежності, що дозволяє визначити наскільки пацієнт самостійний у повсякденній діяльності, і візуальна аналогова шкала болю, використовувалась щоб контролювали інтенсивність больових відчуттів.

Усі результати були зафіксовані як базові показники, що дозволило визначити початковий стан кожного із учасників дослідження.

Після проведення первинної діагностики, учасники були розподілені на дві групи: контрольну та експериментальну. Учасники експериментальної групи, крім стандартної реабілітації, протягом 2-х місяців отримували також психологічну підтримку, тоді як учасники контрольної групи лише стандартний курс фізичної реабілітації, без якогось додаткового психологічного втручання.

Психологічна підтримка в експериментальній групі здійснювалась у вигляді індивідуальних сесій, вони включали психоедукцію, елементи когнітивно-поведінкової техніки, формування позитивного ставлення до процесу відновлення, а також використовувались релаксаційні методи для зниження емоційного напруження.

З метою відстеження динаміки змін, пацієнтам проводилися регулярні повторні вимірювання. Обстеження здійснювались кожні два

тижні, протягом усього періоду дослідження, що дозволило отримати декілька зрізів даних, і простежити які саме зміни відбулися.

На кожному етапі діагностики застосовувались однакові методи діагностики, що забезпечило можливість конкретного порівняння результатів, і було проведено аналіз динаміки змін як психологічних так і фізичних показників.

Усі методи використовувались у стандартизованих умовах, також в однаковій послідовності для усіх учасників, що підвищувало надійність в подальшому отриманих результатів.

На завершальному етапі було проведено підсумковий аналіз усіх зібраних даних, було порівняно результати експериментальної та контрольної груп. Основна увага приділялася оцінці змін показників у динаміці та визначення ефективності психологічної підтримки у процесі реабілітації пацієнтів із травмами опорно-рухового.

4.2. Обговорення результатів дослідження

З метою визначення визначення ефективності психологічної підтримки у процесі реабілітації пацієнтів із травмами опорно-рухового апарату було проведено порівняльний аналіз змін психологічного та фізичного стану к експериментальній та контрольній групах.

У дослідженні брали участь 6 осіб, віком 30-40 років, вони були розподілені на дві підгрупи: експериментальну (n=3) та контрольну (n=3). Учасники експериментальної групи отримували психологічну підтримку протягом 2-х місяців, а контрольна група проходила лише стандартну фізичну реабілітацію.

Оцінка була проведена за допомогою комплексу психодіагностичних методик (BDI, STAI, PSS, HADS, FIM, VAS) на початку дослідження, і потім послідовно кожні два тижні.

Аналіз змін рівня депресії (BDI)

На початковому етапі середній рівень депресивних симптомів в експериментальній групі становив 17 балів, що відповідає помірному рівню депресії. У контрольній групі це показник був 18 балів.

У процесі дослідження в експериментальній групі спостерігалося поступове зниження показників і становило в середньому: через 2 тижні - 14 балів, через 4 тижні - 11 балів, через 6 тижнів - 9 балів, а наприкінці дослідження показник був 7 балів, що відповідає мінімальному рівню депресії.

У контрольній групі також відзначалось незначне покращення: з 17 до 12 балів наприкінці дослідження, однак динаміка була більш повільною.

Отриманий результат свідчить про те що психологічна підтримка сприяє більш ефективному зниженню депресивних симптомів у процесі реабілітації.

Аналіз змін рівня тривожності (STAI)

Початкові показники тривожності в обох груп були підвищеними, і становили в середньому для експериментальної групи - 52 бали, а у контрольній - 50 балів.

У експериментальної групи відбулося поступове зниження тривожності до 38 балів наприкінці дослідження, що відповідає середньому рівню. У контрольній групі теж знизились, але до 45 балів.

Дані показники свідчать про те що психологічна підтримка дійсно може сприяти зниженню рівня, яка може виступати фактором що може ускладнювати процес відновлення.

Аналіз змін рівня стресу (PSS)

На початку дослідження рівень сприйнятого стресу в експериментальній групі рівень стресу в середньому становив 24 бали, що відповідає високому рівню стресу. У контрольній групі середній показник становив також 24 бали.

Протягом дослідження в експериментальній групі спостерігалося зниження показників до 15 балів, тоді як у контрольній груп до 19 балів. Отримані результати свідчать про те що трохи краще зниження стресу було у пацієнтів які отримували психологічну підтримку.

Аналіз показників за шкалою HADS

Показники тривоги та депресії за шкалою HADS також продемонстрували позитивну динаміку.

В експериментальній групі рівень тривоги в середньому знизився з 11 до 6 балів, а рівень депресії з 10 до 5 балів. У контрольній групі зміни були менш вираженими: тривога з 10 до 8 балів, депресія з 9 до 7 балів.

Даний результат ще раз підтверджує ефективність психологічного втручання у зниженні емоційного напруження.

Аналіз функціональної незалежності (FIM)

Показники функціональної незалежності в експериментальній групі зросли з 87 до 110 балів, дана динаміка свідчить про значне покращення здатності до самостійного виконання повсякденних дій.

У контрольній групі також відзначалось покращеня, але воно було менш виражене і становило на початковому етапі 85 і на кінці 100 балів.

Дана динаміка взазує на те що психологічна підтримка може опосередковано впливати на результати відновлення пацієнта.

Аналіз інтенсивності болю (VAS)

На початковому етапі інтенсивність болю в обох групах в середньому становила 6 балів.

У експериментальної групи показники зменшилися до 2 балів, а у контрольній групі показники знизились до 4 балів. Отримані позники можуть свідчити про позитивний вплив психологічної допомоги на загальний стан, і те що суб'єктивне сприйняття болю змінюється залежно від психологічного стану пацієнта.

Узагальнення результатів

Загалом результати дослідження демонструють що у пацієнтів експериментальної групи спостерігалась більш виражена позитивна динаміка як психологічних так і фізичних показників у порівнянні з контрольною групою.

Незважаючи на невелику кількість учасників, отримані результати тим не менш свідчать про те що включення психологічної підтримки у процесі реабілітації сприяє зниженню рівня депресії, тривожності та стресу, покращенню функціонального стану пацієнту, і також змінює інтенсивність больових відчуттів, бо змінює їх сприйняття.

Таким чином, результати даного дослідження є підтвердженням ефективності використання психологічної підтримки, як повноцінної частини комплексної фізичної реабілітації для пацієнтів із травмами опорно-рухового апарату.

ВИСНОВКИ

У ході виконання кваліфікаційної роботи було розглянуто питання психологічної підтримки у процесі фізичної реабілітації цивільних пацієнтів із травмами опорно-рухового апарату.

Було встановлено, що ефективність реабілітаційного процесу визначена не лише фізичними факторами відновлення, але й психологічним станом пацієнтів. Такі прояви як рівень тривоги, стресу, больових відчуттів, емоційна стабільність, вони можуть суттєво впливати на те чи є мотивація до відновлення та чи хоче пацієнт залучатися в процес відновлення.

У роботі було проаналізовано сучасні підходи до психологічної підтримки в реабілітації, зокрема такі методи як психоедукація, елементи когнітивно-поведінкової терапії, техніки релаксації та формування адаптивного ставлення до реабілітаційного процесу. Було визначено що використання різних методів сприяє покращенню психоемоційного стану пацієнтів, і може позитивно впливати на перебіг фізичної реабілітації.

У межах емпіричного дослідження було обстежено 6 пацієнтів, віком 30-40 років, у кожного були присутні легкі травми опорно-рухового апарату, вони не потребували хірургічного втручання, але фізична терапія була необхідна. Учасники були розподілені на дві групи: експериментальну та контрольну. Пацієнти експериментальної групи отримували психологічну підтримку в додаток до стандартної реабілітації, тоді як контрольна група проходила відновлення без додаткових втручань.

Для оцінки стану пацієнтів використовувався комплекс психодіагностичних і функціональних методик, спрямованих на визначення рівня депресії, тривожності, стресу, інтенсивності больових відчуттів та рівня функціональної незалежності. Це дозволило простежити динаміку змін у процесі реабілітації та порівняти результати між групами.

Аналіз отриманих даних показав, що у пацієнтів експериментальної групи спостерігалися більш виражені позитивні зміни як у психологічному, так і у фізичному стані порівняно з контрольною групою. Зокрема, відзначалося зниження рівня тривожності та стресу, зменшення больових відчуттів та покращення показників функціональної незалежності.

Водночас слід зазначити, що отримані результати мають попередній характер, оскільки дослідження було проведено на обмеженій вибірці. Це не дозволяє повною мірою узагальнювати висновки на ширшу популяцію пацієнтів, однак дає підстави для формування попередніх висновків щодо ефективності психологічної підтримки у процесі реабілітації.

Отримані результати були частково апробовані у науковій публікації, присвяченій питанням фізичної терапії у геронтології, що підтверджує міждисциплінарний характер роботи та зв’язок між фізичними і психологічними аспектами відновлення.

Таким чином, можна зробити висновок, що психологічна підтримка є важливим компонентом комплексного реабілітаційного процесу та сприяє покращенню як психологічного, так і функціонального стану пацієнтів із травмами опорно-рухового апарату.

Перспективи подальших досліджень полягають у розширенні вибірки, збільшенні тривалості спостереження та більш детальному вивченні ефективності різних форм психологічного супроводу в системі фізичної реабілітації.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Engel G. L. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine // Science. 1977. Vol. 196. P. 129–136.
1. Wiese-Bjornstal D. M., Smith A. M., Shaffer S. M., Morrey M. A. An integrated model of response to sport injury: psychological and sociological dynamics // Journal of Applied Sport Psychology. 1998. Vol. 10(1). P. 46–69.
2. Sutherland A. G., Alexander D. A., Hutchison J. D. The mind does matter: Psychological and physical recovery after musculoskeletal trauma // Journal of Trauma. 2006. Vol. 60(4). P. 884–891.
3. Townsend C. O. et al. The role of mental health professionals in multidisciplinary pain rehabilitation programs // Journal of Clinical Psychology. 2006. Vol. 62(11). P. 1431–1441.
4. Beck J. S. Cognitive Behavior Therapy: Basics and Beyond. New York: Guilford Press, 2011. 391 p.
5. Hayes S. C., Strosahl K. D., Wilson K. G. Acceptance and Commitment Therapy. New York: Guilford Press, 2012. 402 p.
6. Lazarus R. S., Folkman S. Stress, Appraisal, and Coping. New York: Springer, 1984. 445 p.
7. Beck A. T., Steer R. A., Brown G. K. Manual for the Beck Depression Inventory-II. San Antonio, 1996. 38 p.
8. Spielberger C. D. Manual for the State-Trait Anxiety Inventory. Palo Alto, 1983. 76 p.
9. Cohen S., Kamarck T., Mermelstein R. A global measure of perceived stress // Journal of Health and Social Behavior. 1983. Vol. 24(4). P. 385–396.
10. Zigmond A. S., Snaith R. P. The hospital anxiety and depression scale // Acta Psychiatrica Scandinavica. 1983. Vol. 67. P. 361–370.

11. Keith R. A. et al. The Functional Independence Measure: a new tool for rehabilitation // Advances in Clinical Rehabilitation. 1987. Vol. 1. P. 6–18.

12. Huskisson E. C. Measurement of pain // Lancet. 1974. Vol. 2. P. 1127–1131.

13. Wade D. T. Rehabilitation – a new approach // Clinical Rehabilitation. 2015. Vol. 29(2). P. 97–102.

14. Yang J., Peek-Asa C., Corlette J., Cheng G., Foster D., Albright J. Prevalence of and risk factors associated with symptoms of depression in athletes // Clinical Journal of Sport Medicine. 2007. Vol. 17(6). P. 481–487.

15. Psychological Support in Rehabilitation // Physio-Pedia. URL: https://www.physio-pedia.com/Psychological_Support_in_Rehabilitation.

16. Psychosocial support in disability // EnableMe. URL: https://www.enableme.ke/en/topics/5-reasons-why-psychosocial-support-in-the-workplace-is-vital-for-persons-with-disabilities-10367.

17. Psychosocial interventions in musculoskeletal injury recovery // PubMed Central. URL: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9399889/

18. CBT therapy overview // KPT-Therapeut. URL: https://kpt-terapevt.com/cbt

19. DBT therapy overview // Verywell Health. URL: https://www.verywellhealth.com/dbt-therapy-5219576.

20. Support groups in rehabilitation // Verywell Health. URL: https://www.verywellhealth.com/support-group-5205220

21. Psychological interventions in rehabilitation // arXiv. URL: https://arxiv.org/abs/2601.17842).

22. Psychological support and rehabilitation outcomes // EFsupIT. URL: https://efsupit.ro/images/stories/decembrie2021/Art%20482.pdf

23. Legal framework of rehabilitation // Верховна Рада України. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/term/58398

24. Rehabilitation psychology textbook. Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи. Київ, 2018. 240 с.

25. Tkachuk A.V.1, Danylchenko S.I.1, Babkina O.P. 2,3, Golovchenko I.V., Korsunskyy O.Yu.. Integration of psychological rehabilitation into the physical therapy system for military personnel after amputation. Актуальні проблеми сучасної медицини. Вісник УМСА. 2025;2(90):287-292. DOI: https://doi.org/10.31718/2077-1096.25.2.287

Результати досліджень представлені в публікаціях:

1. Khan Aliia Yusafivna, Golovchenko Igor, Danylchenko Svitlana. The role of psychological support in the rehabilitation of patients after injuries: the relationship between mental and physical health. Міжнародний науково-практичний конгрес, присвячений 90-річчю Азербайджанського державного інституту удосконалення лікарів імені Азіза Алієва (ƏZİZ ƏLİYEV adına AZƏRBAYCAN DÖVLƏT HƏKİMLƏRİ TƏKMİLLƏŞDİRMƏ İNSTİTUTUNUN 90 İLLİYİNƏ HƏSR OLUNMUŞ BEYNƏLXALQ ELMİ-PRAKTİKİ KONQRESİN). Азербайджан, Баку; 2025 19-20 листопада. С. 399-401
2. Хан А. Ю. Психологічна підтримка у фізичній реабілітації пацієнтів з травмами опорно-рухового апарату / наук. кер. Данильченко С. І. // International scientific conference “Interdisciplinary research: scientific horizons and perspectives” : conference proceedings. – 2026. – URL: https://archive.liga.science/index.php/conference-proceedings/issue/view/inter-16.01.2026
3. Khan A.Yu.1, Tarasova O.O.[1], Danylchenko S.I.[1], et al. Physical therapy in gerontology: opportunities for enhancing quality of life amid population ageing. Експериментальна і клінічна медицина. 2025;2:41-54. https://doi.org/10.35339/ekm.2025.94.2.ktd https://ecm.knmu.edu.ua/article/view/10.35339.ekm.2025.94.2.ktd