

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ВІННИЦЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ім. М. І. ПИРОГОВА
НАВЧАЛЬНО-НАУКОВИЙ ІНСТИТУТ ПСИХОЛОГІЇ ТА МЕНТАЛЬНОГО
ЗДОРОВ'Я
Кафедра педагогіки та психології**

Кваліфікаційна праця на правах рукопису

ФЕДОРЕНКО АНАСТАСІЯ ВІКТОРІВНА

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

**«ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ СУБ'ЄКТИВНОГО
БЛАГОПОЛУЧЧЯ ОСІБ,
ЯКІ ПРОХОДЯТЬ ФІЗИЧНУ РЕАБІЛІТАЦІЮ ПІСЛЯ ТРАВМИ»**

Освітньо-професійна програма «Психологія»

Спеціальність 053 «Психологія»

Науковий керівник: кандидат
психологічних наук, доцент
Рисинець Тетяна Петрівна

Вінниця 2025

ЗМІСТ

Вступ.....	4
Розділ 1. ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПРОБЛЕМИ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ СУБ'ЄКТИВНОГО БЛАГОПОЛУЧЧЯ ОСІБ, ЯКІ ПРОХОДЯТЬ ФІЗИЧНУ РЕАБІЛІТАЦІЮ ПІСЛЯ ТРАВМИ.....	8
1.1. Суб'єктивне благополуччя в фокусі наукової уваги.....	8
1.2. Підходи до визначення сутності фізичної реабілітації в структурі реабілітаційного процесу.....	18
1.3. Категоризація феномену травми у сучасній науці.....	27
Висновки до першого розділу.....	36
Розділ 2. КОНСТАТУВАЛЬНИЙ ЕТАП ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ СУБ'ЄКТИВНОГО БЛАГОПОЛУЧЧЯ ОСІБ, ЯКІ ПРОХОДЯТЬ ФІЗИЧНУ РЕАБІЛІТАЦІЮ ПІСЛЯ ТРАВМИ...	38
2.1. Характеристика процесу і методів проведення експериментального дослідження психологічних особливостей суб'єктивного благополуччя осіб, які проходять фізичну реабілітацію після травми на констатувальному етапі.....	38
2.2. Інтерпретація результатів констатувального етапу експериментального дослідження психологічних особливостей суб'єктивного благополуччя осіб, які проходять фізичну реабілітацію після травми.....	48
Висновки до другого розділу.....	68
Розділ 3. ФОРМУВАЛЬНИЙ ЕТАП ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ	

СУБ'ЄКТИВНОГО БЛАГОПОЛУЧЧЯ ОСІБ, ЯКІ ПРОХОДЯТЬ ФІЗИЧНУ РЕАБІЛІТАЦІЮ ПІСЛЯ ТРАВМИ.....	70
3.1. Обґрунтування системи консультативно-розвивальної роботи щодо досягнення позитивної динаміки суб'єктивного благополуччя осіб, які проходять фізичну реабілітацію після травми	70
3.2. Аналіз результатів апробації системи консультативно- розвивальної роботи щодо досягнення позитивної динаміки суб'єктивного благополуччя осіб, які проходять фізичну реабілітацію після травми	88
Висновки до третього розділу.....	95
ВИСНОВКИ.....	97
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	101
ДОДАТКИ.....	110

ВСТУП

Актуальність дослідження. Складні умови сучасної нестабільності підвищують рівень емоційної нестійкості, впливають на можливості адаптації громадян, їх здатність виконувати повсякденні завдання й підтримувати необхідний ритм життєдіяльності для досягнення бажаного. Це позначається на відчутті суб'єктивного благополуччя, задоволеності життям і власним функціонуванням в непростих умовах сьогодення. Більш гострою ця проблема постає для осіб, в житті яких трапилися складні обставини, що вплинули на стан їхнього здоров'я й можливості підтримання життєдіяльності організму на належному рівні після отриманих травм.

Дослідження проблеми суб'єктивного благополуччя осіб, які проходять фізичну реабілітацію після травми, є актуальним на часі. В українському контексті актуальність дослідження цієї проблеми підсилюється зростанням кількості осіб (військових і цивільних), які потребують фізичної реабілітації після травм. Травми, незалежно від їхнього характеру й міри тяжкості, не лише порушують ритм життєдіяльності людини, але й суттєво впливають на її емоційний стан, відчуття контролю за власним життям, бачення життєвих перспектив тощо.

Відновлення фізичного здоров'я є частиною реабілітаційного процесу, адже справжнє одужання потребує також і повернення психологічної рівноваги, почуття цінності й сенсу життя, самоцінності, позитивного ставлення до свого майбутнього тощо. Для осіб у процесі фізичної реабілітації суб'єктивне благополуччя стає важливим ресурсом, що спонукає підсилення мотивації до відновлення, впливає на ефективність реабілітаційних заходів, полегшує адаптацію до зміни життєвих умов. Таким чином, дослідження психологічних особливостей суб'єктивного благополуччя осіб, які проходять фізичну реабілітацію після травми, є важливим для комплексного розуміння детермінації процесів одужання, розроблення ефективних психокорекційних і реабілітаційних програм, які сукупно орієнтовані на гармонійне поєднання процесів фізичного, психічного й соціального відновлення особистості.

Окремі аспекти проблематики суб'єктивного благополуччя особистості представлені у наукових публікаціях українських і зарубіжних учених: пояснення змісту й структури суб'єктивного благополуччя особистості, зокрема в умовах війни (О. Абрамюк, І. Коробка, А. Липецька, С. Мащак, К. Мілютіна, Е. Помиткін, А. Харитинський, Е. Diener та ін.); характеристика складових суб'єктивного благополуччя різних груп (І. Горбаль, Н. Єзерська, Л. Карамушка, О. Кобець, Є. Лойко, Л. Лойко, Ю. Оляницька, Д. Отич, І. Потоцька, Т. Рисинець та ін.); категоризація супутніх психологічних феноменів (Н. Волинець, Н. Володарська, О. Креденцер, Є. Кушмирук, О. Никоненко, І. Петухова, Р. Попелюшко, С. Ruff та ін.); окреслення ключових засад реабілітації для різних груп населення (Ю. Бриндіков, В. Волошина, В. Осьодло та ін.). Розуміння контексту фізичної реабілітації представлено в працях Н. Белікової, О. Бісмак, І. Григус, В. Мухін; впливу травми на організм і життєдіяльність людини – Дж. Герман, В. Грандт, Л. Заграй, В. Климчук, Д. Паливода та ін. Пояснення зв'язку суб'єктивного благополуччя і фізичного здоров'я особи розкрито у публікації Т. Кирпенко.

Не зважаючи на наявність наукових публікацій у контексті проблеми суб'єктивного благополуччя особистості, вважаємо доцільним й вчасним звернути увагу на дослідження психологічних особливостей суб'єктивного благополуччя осіб, які проходять фізичну реабілітацію після травми, що й вплинуло на вибір і формулювання теми кваліфікаційної роботи.

Об'єкт дослідження – суб'єктивне благополуччя осіб, які проходять фізичну реабілітацію після травми.

Предмет дослідження – психологічні особливості суб'єктивного благополуччя осіб, які проходять фізичну реабілітацію після травми.

Мета дослідження – здійснити теоретико-експериментальне дослідження психологічних особливостей суб'єктивного благополуччя осіб, які проходять фізичну реабілітацію після травми.

Завдання дослідження:

1) забезпечити системний теоретичний аналіз проблеми психологічних особливостей суб'єктивного благополуччя осіб, які проходять фізичну

реабілітацію після травми, на основі вивчення вітчизняних і зарубіжних джерел; визначити ключові поняття дослідження;

2) провести діагностику й на її основі інтерпретувати результати дослідження психологічних особливостей суб'єктивного благополуччя осіб, які проходять фізичну реабілітацію після травми, на констатувальному етапі експериментального дослідження;

3) обґрунтувати й апробувати на формувальному етапі експериментального дослідження систему консультативно-розвивальної роботи щодо досягнення позитивної динаміки суб'єктивного благополуччя осіб, які проходять фізичну реабілітацію після травми.

Методи дослідження:

1) **теоретичні методи** – аналіз, синтез, узагальнення, моделювання для системного осмислення й створення структурної моделі розуміння сутності й складових суб'єктивного благополуччя осіб, які проходять фізичну реабілітацію після травми;

2) **емпіричні методи** – експеримент, анкетування, психодіагностика («Модифікована шкала суб'єктивного благополуччя БіБіСі» Р. Pontin, M. Schwannauer, S. Tai, M. Kinderman; адаптація Л. Карамушки, К. Терещенко, О. Креденцер; «Шкала позитивного ментального здоров'я» J.Lukat, J. Margraf, R. Lutz, W. M. Van der Veld, E.S. Becker; адаптація Л. Карамушки, О. Креденцер, К. Терещенко; «Короткий опитувальник якості життя» (SF-12) J.E.Ware; «Госпітальна шкала тривоги і депресії» (HADS) A.S. Zigmond, R.P. Snaith; «Опитувальник сенсу життя» (MLQ) для безпосереднього вивчення психологічних особливостей суб'єктивного благополуччя й з'ясування успішності апробації системи консультативно-розвивальної роботи щодо досягнення позитивної динаміки суб'єктивного благополуччя осіб, які проходять фізичну реабілітацію після травми;

3) **методи обробки й інтерпретації даних** – кількісний і якісний аналіз, застосування методів математичної статистики (критерій Пірсона, критерій

Стьюдента) для пояснення одержаних експериментальних даних, формулювання висновків й прогнозу подальшого розроблення досліджуваної проблеми.

Новизна отриманих результатів полягає в обґрунтуванні структурної моделі взаємозв'язку між рівнем суб'єктивного благополуччя й індивідуальними аспектами впливу травми на його переживання в умовах фізичної реабілітації на основі системного аналізу досліджуваної проблеми; виділенні й характеристиці психологічних особливостей суб'єктивного благополуччя осіб, які проходять фізичну реабілітацію після травми, в результаті проведення порівняльного дослідження; обґрунтуванні, апробації й доведені ефективності системи консультативно-розвивальної роботи щодо досягнення позитивної динаміки суб'єктивного благополуччя осіб, які проходять фізичну реабілітацію після травми.

Апробація матеріалів дослідження відбувалася під час участі у науково-практичній конференції «Current Trends in Scientific Research Development» (1–3 серпня 2025 р., Бостон, США). Опубліковано тези «THEORETICAL ASPECTS OF THE PROBLEM OF SUBJECTIVE WELL-BEING OF THE INDIVIDUAL». Опубліковано тези «Теоретичні аспекти проблеми суб'єктивного благополуччя особистості» (0,2 д.а.).

Структура та обсяг кваліфікаційної роботи. У кваліфікаційній роботі представлено вступ, 3 розділи, висновки, список використаних джерел із 80 найменувань (із них 10 іноземною мовою). В основному тексті кваліфікаційної роботи розміщено 9 таблиць і 19 рисунків. Загальний обсяг кваліфікаційної роботи 118 сторінок. Додатки представлені на 9 сторінках.

РОЗДІЛ 1 ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПРОБЛЕМИ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ СУБ'ЄКТИВНОГО БЛАГОПОЛУЧЧЯ ОСІБ, ЯКІ ПРОХОДЯТЬ ФІЗИЧНУ РЕАБІЛІТАЦІЮ ПІСЛЯ ТРАВМИ

1.1 Суб'єктивне благополуччя в фокусі наукової уваги

Вивчення проблем суб'єктивного благополуччя особистості знаходиться у фокусі уваги зарубіжних та вітчизняних науковців й привертає їхню увагу через вагомі причини, зокрема й через те, що вона стосується різних аспектів життя й життєдіяльності. Варто говорити про те, що проблематика суб'єктивного благополуччя (англомовний термін – SWB – subjective well-being) почала розроблятися у ХХ ст., коли у фокусі уваги зарубіжних учених (М. Аргайл, А. Ватерман, Е. Дінер, М. Селігман, К. Ріфф та ін.) постали проблеми психології щастя, позитивного функціонування, задоволеності життям людини. У вітчизняних наукових дослідженнях (О. Абрамюк, Н. Волинець, І. Горбаль, І. Коробка, Є. Кушмирук, С. Мащак, Д. Отич, А. Харитинський та ін.) проблематика суб'єктивного благополуччя досліджується і розкривається починаючи з кінця ХХ – початку ХХІ ст.

Витоки вивчення проблеми суб'єктивного благополуччя особистості можна шукати у публікаціях Н. Бредбурн (N. Bradburn), Е. Дінера (Ed. Diner), які виділили й намагалися пояснювати нову категорію «суб'єктивне благополуччя» в рамках гедоністичного підходу. Власне гедоністичний підхід розкриває сутність суб'єктивного благополуччя особистості крізь її прагнення до позитивних емоцій, отримання можливості для максимального задоволення й проведення приємного життя в цілому, у наявності шансів для реалізації власних миттєвих бажань та потреб.

Як представник гедоністичного підходу у контексті проблеми суб'єктивного благополуччя, Н. Бредбурн вказує на те, що суб'єктивне благополуччя пов'язане з проявами активного прагнення людини до того, щоб переживати позитивні емоції,

відчувати стан задоволеності життям й баланс взаємодії двох афектів - позитивного і негативного [70].

Е. Дінер, у свою чергу вказував на те, що суб'єктивне благополуччя особистості асимілює дві взаємопов'язані складові: когнітивне оцінювання за визначеними критеріями різних сфер власного життя, а також особливості емоційно забарвленого самоприйняття власного «Я» в реаліях свого життя.

Е. Дінер, таким чином, співвідносив переживання особистістю суб'єктивного благополуччя з переживанням стану щастя [48, с.140]. Е. Дінер також вказував, що компонентом суб'єктивного благополуччя є рівень задоволеності життям [52, с. 35].

Згодом Е. Дінер з колегами (S. Griffin, R.A. Emmons) більш чітко прописали об'єднання поняттям «суб'єктивне благополуччя особистості» трьох взаємопов'язаних компонентів: позитивного і негативного впливу (афектів) й задоволеності власним життям. На думку дослідників, високий рівень суб'єктивного благополуччя особистості визначається переважанням саме позитивних впливів (афектів) над негативними, а також когнітивно пропрацьованим вираженням почуттям задоволеності власним життям. Крім того, Е. Diener згодом було запропоновано диференціювати задоволеність життям особистості за окремими сферами, а також вивчати й пояснювати глобальну задоволеність життям (унаслідок такої диференціації з'явився опитувальник PWI (personal well-being index) [52, с. 33].

Також слід сказати про те, що у Е. Дінер з'явилася компонентна модель суб'єктивного благополуччя. Зважаючи на власне визначення поняття «суб'єктивне благополуччя», Е. Дінер виділив два компоненти суб'єктивного благополуччя, а саме: 1) баланс афектів (баланс позитивних і негативних впливів), 2) особистісний рівень задоволеності життям; він вказав на те, що загальний рівень суб'єктивного благополуччя особистості визначатиметься саме індивідуальною оцінкою цих компонентів особистістю як суб'єктом життєдіяльності. На думку Е. Дінера, разом елементи (задоволеність, позитивний і негативний афект) формують індивідуальний рівень суб'єктивного благополуччя особистості. У дослідженнях

цього науковця було констатовано, що чим частіше особа відчуває позитивний афект, тим рідше вона переживає негативний і навпаки [72].

М. Аргайл прирівняв суб'єктивне (психологічне) благополуччя до категорії «щастя». М. Аргайл, крім того, до компонентного складу суб'єктивного благополуччя запропонував включити ефективність особистісної поведінки та результати її діяльності, а також міру задоволеності спілкуванням та контактами з оточеннями [77]. Думки М. Аргайла підтримав С. Любомирські, досліджуючи особистісне щастя саме як тривале переважання позитивного афекту.

М. Аргайл вивів структуру суб'єктивного благополуччя особистості, яка включає таких два компоненти: афективний і когнітивний. Афективний компонент (або афективний баланс (affective balance), гедоністичний рівень афекту (hedonic level of affect); емоційний комфорт. Емоційний комфорт об'єднує два незалежні параметри – частоту переживання позитивних емоцій (буквально - радості) й відсутність негативного афекту (буквально – тривоги, пригніченості) [79, с. 45].

Засновник позитивної психології М. Селігман співвідносив благополуччя з особливостями людської поведінки й рисами характеру, що властиві щасливим і задоволеним життям людям [78]. Досягнення суб'єктивного благополуччя і щастя він розкриває через концепцію розквіту особистості. Сам розквіт особистості складається з п'яти компонентів: позитивні емоції, взаємодії, стосунки, сенс і досягнення [77]. М. Аргайл і М. Мартін зазначили, що якщо людина досягла бажаної задоволеності життям, вона швидше готова опиратися на позитивну інформацію при оцінці свого життя.

Принагідно скажемо, що в наукових публікаціях інших дослідників проблеми суб'єктивного благополуччя, в якості його компонентів виділено такі три:

- когнітивний компонент суб'єктивного благополуччя розкриває уявлення особистості про окремі аспекти свого життя та їх рефлексію, що дозволяє особистості створити цілісну картину світу, його розуміння й оцінку актуальної життєвої ситуації;

- емоційний компонент суб'єктивного благополуччя більше вказує на ставлення особистості до різних аспектів свого життя й переважаючий емоційний тон, що символізує відчуття життя й функціонування всіх життєвих сфер людини (позитивні – негативні, успішні – неуспішні);

- мотиваційно-поведінковий компонент суб'єктивного благополуччя, що відображає наявність чіткої мети життєдіяльності особистості та її спроби контролювати процеси власного життя [52, с. 35].

Окремі учені також наголосили, що дисгармонія у будь-якій із життєвих сфер особистості, може спонукати одночасно появу емоційного дискомфорту, і як наслідок, - знижує якість її функціонування.

Крім гедоністичного, виокремився й розвивався т.зв. евдемонічний підхід до пояснення суб'єктивного благополуччя особистості. У ньому більше зверталася увага на самоактуалізації особистості й реалізації власного потенціалу у житті. У рамках евдемонічного підходу більше підкреслювалася специфіка людських потреб, задоволення яких і призводить до переживання суб'єктивного (психологічного) благополуччя особистості.

Представники евдемонічного підходу розглядають суб'єктивне благополуччя особистості у контексті розвитку особистісного потенціалу. Важливою тезою евдемонічного підходу є також акцент на прагненні особистості до досягнення сенсу життя й користання всіма можливостями самореалізації. Відповідно суб'єктивне благополуччя особистості не може зводитися просто до отримання задоволення (задоволення життям) або уникнення болю. Глибокі цілі, усвідомленість життя, внутрішнє прагнення особистості до розвитку є важливими для суб'єктивного благополуччя (може трапитися навіть так, що життєдіяльність не завжди супроводжується позитивними емоціями).

Представник евдемоністичного підходу А. Ватерман (A.S. Waterman) у своїх публікаціях найбільшою мірою звертав увагу на те, що стан суб'єктивного благополуччя особистості розкривається саме через такі якості, як самоактуалізація та самореалізація. На його переконання, саме відчуття

здійсненності (особистісної здійсненності, суб'єктивної здійсненності) підсилює особистісне переживання благополуччя [70].

А. Ватерман звертає увагу на важливість вивчення у контексті суб'єктивного благополуччя саме особливостей соціального життя людини. Науковець вказував на те, що соціальний ритм і результативність соціального життя безпосередньо впливають на стан суб'єктивного благополуччя особистості. А. Ватерман зазначав, що соціальне середовище може позначатися позитивним або негативним чином на стані суб'єктивного благополуччя особистості, зокрема, може підсилювати можливості або перешкоди у спілкуванні та соціальній взаємодії, праці й трудовій діяльності тощо; спонукати її до формування ідентичності або блокувати і применшувати такі зусилля тощо. Крім соціального середовища, важливе значення у процесах пошуку себе має власна активність особистості, її спрямування на набуття й збагачення суб'єктивного досвіду, систематична робота з розвитку компетентності, покращення потенціалу адаптації та психологічної ресурсності [67].

У рамках евдемоністичних концепцій суб'єктивного благополуччя Р. Раян (R. Ryan), Е. Десі (E. Deci) висловили міркування про можливість появи відчуття наповненості (сповненості) життя в процесі тривалого й напруженого досягнення значущої для особистості мети. Важливим є саме досягнення об'єктивних цілей, задоволення обґрунтованих потреб, що виступають у якості сутнісного начала людини, сприяють її розвитку. Учені висловлювали переконання, що саме діяльність, яка супроводжується переживанням залученості, відчуттям справжності й самовираження, призводить до переживання суб'єктивного благополуччя [74].

Р. Раян, Е. Десі розробили т.зв. теорію самодетермінації та виділили три базові потреби (потреби в автономії, у компетентності, в зв'язках з іншими людьми), задоволення яких дуже важливе для відчуття контакту з власним «Я», цілісності, життєстійкості, психологічного зростання та благополуччя. Отже, суб'єктивне благополуччя детермінується як внутрішніми особистісними мотивами щодо втілення власного життєвого покликання, так і суспільними

нормами, вимогами й стандартами, до яких доводиться адаптуватися в процесі життєдіяльності. Самодетермінація відбувається у процесі задоволення основних потреб (в автономії, компетентності, приналежності), що визначає здатність особистості до внутрішньо умотивованого зростання «Я», інтегрованості в спільноту (інтерналізація, прийняття культури, засвоєння правил поведінки, керування суспільними нормами), переживання благополуччя (задоволеність життям, психологічне здоров'я), самоконгруентності [74, с. 146-147].

Важливі для розуміння суб'єктивного благополуччя погляди належать також К. Ріфф (C. Ryff). К. Ріфф у рамках евдемоністичного підходу до структури суб'єктивного благополуччя виділила шість компонентів позитивного функціонування особистості:

«прийняття себе» (позитивна оцінка себе, свого життя);

«особистісне зростання»;

«мета в житті»;

«позитивні відносини з іншими»;

«контроль над навколишнім середовищем» (здатність ефективно керувати своїм життям і навколишнім середовищем);

«автономія» (самодетермінація).

У концепції К. Ріфф суб'єктивне благополуччя тлумачиться як емоційний прояв психологічного благополуччя. Важливим є також індивідуальний вплив цінностей і культурних норм на різні аспекти життя, впливаючи на загальний рівень переживання суб'єктивного благополуччя. Крім того, концепція К. Ріфф репрезентує благополуччя є багатовимірний конструкт, який поєднує як гедоністичні (задоволеність життям, суб'єктивне благополуччя), так і евдемоністичні (психологічний благополуччя) компоненти.

К. Ріфф, таким чином, психологічне благополуччя характеризує як складний інтегральний феномен, що розкриває міру позитивного функціонування особистості й виражається в її суб'єктивному відчутті задоволеністю життям, реалізацією власного потенціалу, залежить від якості комунікацій і взаємодії з оточенням [75, с.19].

Водночас, суб'єктивне благополуччя залежить від сприйняття особистістю власного досвіду як загалом, так і в кожному конкретному моменті, а тому окремі аспекти (складові) задоволеності життям особистості можуть варіюватися. Так само вони можуть залежати від індивідуальних особливостей і якостей особистості. Крім того, деякі вчені вважають суб'єктивне благополуччя статичним у плані домінуючого настрою, що виступає своєрідним механізмом психологічного захисту, підпадає під контроль і підтримується як один зі способів саморегуляції. Це означає, що особистість прагнучиме до підтримання позитивної саморепрезентації для переживання суб'єктивного благополуччя (R.A. Cummins).

Підсумуємо, що евдемоністичний підхід зосереджений саме на важливості ефективної взаємодії особистості з оточенням із дотриманням самоцінності, успішності у плані власного цілеспрямованого перетворення із одночасним збереженням власної неповторності [77]. Гедоністичний підхід до пояснення суб'єктивного благополуччя більше зосереджений на соціальних обставинах життя та впливі соціуму на те, як особистість оцінює зміст власного функціонування. Позитивне функціонування пов'язується з задоволеністю особистісних потреб (соціально-психологічний контекст). Евдемоністичний підхід до пояснення суб'єктивного благополуччя зосереджує увагу на індивідуальних особливостях особистості, які необхідні для досить високого рівня позитивного функціонування, на безперервності розвитку, на задоволенні суб'єктивно значущих потреб (особистісно-психологічний контекст).

У доробку українських учених також предметно досліджується проблематика суб'єктивного благополуччя. В наукових публікаціях дано визначення суб'єктивного благополуччя, виокремлені його чинники, здійснено спроби охарактеризувати його вікові особливості.

О. Абрамюк й А. Липецька, суб'єктивне благополуччя особистості схильні вважати інтегральним динамічним утворенням, в основі якого є критичне оцінювання, накопичення й рефлексія власного досвіду [1, с.14]. Значущими вимірами і компонентами суб'єктивного благополуччя особистості О. Абрамюк й А. Липецька вважають когнітивний (позитивна оцінка та задоволеність життям);

афективний (прояв позитивних переживань й переважаючий емоційний стан); евдемонічний (особливості цінностей і мотивації, міра самореалізації особи в житті).

Ж. Вірна також зазначає, що важливою для забезпечення бажаної якості життя та задоволеності ним, а також різних аспектів суб'єктивного благополуччя особистості є її система цінностей [11, с.107]. Саме цінності визначають можливості й спрямованість задоволення базових потреб особистості та міру позитивності її функціонування, особистої та професійної самореалізації, успішності міжособистісних стосунків, наповненості життя позитивними емоціями.

Н. Волинець важливими складовими психологічного благополуччя визначила цілі, смисли, актуалізовані потреби, особистісну позицію, рівень переживання гармонії в житті, особливості соціального середовища, сприймання часу життя в єдності [13, с.52]. Н. Волинець виділила кілька ознак психологічного благополуччя, серед яких зокрема:

- індивідуальний характер суб'єктивного благополуччя і його особливостей, проявів, характеристик, властивостей, чинників тощо;
- розповсюджується на різні сфери життєдіяльності і може по-різному в них проявлятися;
- базується на різних видах пізнання особистості (логіко-аналітичному, порівняльному, об'єктивно-раціональному тощо), відображається у чуттєвому досвіді (радість, натхнення, пристрасть, задоволеність тощо);
- пов'язане із вольовою сферою (якщо блага отримані, цілі досягнуті, то з'являється констатація про задоволеність життям, а тому знижується бажання і потреба докладати вольові зусилля, з'являється пасивна споживацька позиція, особистісний розвиток гальмується) [12, с.94-95].

У свою чергу кілька груп чинників суб'єктивного благополуччя особистості виокремила І. Горбаль. До таких чинників було віднесено: інтерперсональні (якості – нейротизм, екстраверсія, інтернальність, впевненість, відкритість новому досвіду, самоствалення, оптимізм, лідерські прояви, самооцінка тощо); зовнішні

(представлені в середовищі життєдіяльності: економічні ресурси, міра зайнятості, суспільно-політичний устрій країни, культурні й етнічні особливості тощо); соціально-психологічні (диференціюються на рівні спільноти: залученість у життя соціальних груп, отримання соціального схвалення, наявність соціальної підтримки тощо) [18, с.44].

Н. Єзерська суб'єктивне благополуччя трактує як «складову настанови на життя» [22, с.39]. Воно виступає як когнітивно-емоційне оцінювання особистістю якості свого життя загалом й окремих його сфер зокрема. Це оцінювання формується на основі розуміння міри задоволеності власних потреб (у першу чергу соціальних), сформованих у процесі соціалізації еталонних уявлень, , та об'єктивних чинників (умови життя й діяльності, задоволеність базових потреб, стан здоров'я тощо). Суб'єктивне благополуччя виступає як диспозиція до моделювання подальшої «життєвої стратегії», побудови поведінки, руху до самореалізації. Н. Єзерська також наголошує, що суб'єктивне благополуччя може стати результатом втілення особистістю життєвих цілей.

І. Коробкою також наголошено, що суб'єктивне благополуччя особистості варто розуміти як емоційно-оцінне ставлення до свого життя, до свого «Я», до стосунків з оточенням. Сукупність емоційно-оцінних ставлень проявляється через задоволеність життям загалом та його окремими сферами. Суб'єктивне благополуччя, на думку І. Коробки, є базою для досягнення автономії, розкриття потенціалу й самореалізації особистості [35, с.89].

Л. Карамушка та співавт. суб'єктивне благополуччя пояснюють з позицій самооцінки власного благополуччя, благополуччя навколишнього середовища та взаємодії людини і середовища в різних ситуаціях, зокрема критичних [27; 29, с.18].

Учена Є. Кушмирук вважає, що психологічне благополуччя – це процес індивідуальної оцінки міри досягнення особистістю гармонійності у різних важливих сферах свого життя й за важливими власними критеріями [37, с.37]. Особливості психологічного благополуччя зумовлюються різними чинниками:

мірою соціального прийняття; соціальною актуалізацією; рівнем узгодженості з суспільством; соціальним внеском у спільність; соціальною інтеграцією.

Науковці С. Мащак, Х. Кучвара в умовах воєнного часу суб'єктивне благополуччя особистості визначили як «психологічний феномен, що демонструє особистісне ставлення людини до себе як особистості, її задоволеність життям та процесами, що мають важливе значення для неї з точки зору засвоєних нормативних уявлень про зовнішнє та внутрішнє середовище» [40, с.7].

А. Харитинський у публікаціях і дисертації суб'єктивне благополуччя визначив як інтегративний і багатоаспектний феномен, що поєднує змістовні характеристики комплексного переживання міри задоволеності особистістю оптимальністю самореалізації. При чому у цій оцінці важливими є саме індивідуальні ціннісно-сміслові настанови, відчуття стану «творця свого життя», успішність професійного самоздійснення, вдалість виконання соціальних ролей, повномірність розкриття творчого потенціалу, розуміння унікальності самоідентичності [68, с.190].

Отже, суб'єктивне благополуччя у сучасних дослідженнях розкривається через унікальну для кожної людини задоволеність життям, переживання стану щастя, можливості самоактуалізації й самореалізації, усвідомлення цінностей і сенсів тощо. Суб'єктивне благополуччя пов'язане з індивідуальними критеріями когнітивної та емоційної оцінки особистістю реалій життя, порівняння наявного стану задоволення потреб із бажаним, ідеальним. Оскільки критерії якості життя у різних осіб будуть різними, той рівень задоволеності функціонуванням за схожих обставин може відрізнятись. Висока оцінка особистістю власного функціонування в окремих сферах життя й у житті загалом вказує переважно на вищий рівень суб'єктивного благополуччя.

Суб'єктивне благополуччя як комплексне утворення, охоплює і відображає оцінку на особистісному і соціальному рівні, залежить від того, наскільки в діяльності реалізовано потреби особистості. Воно має зумовленість культурними нормативами, цінностями, рівнем домагань та іншими якостями особистості.

1.2 Підходи до визначення сутності фізичної реабілітації в структурі реабілітаційного процесу

Складні умови сьогодення, зокрема пов'язані з одержаними людьми травмами внаслідок війни, призводять до появи стійких порушень у стані їхнього здоров'я й обмежень у життєдіяльності. Відповідно, існує стійка потреба у проведенні реабілітаційних заходів закладами, установами, іншими уповноваженими інституціями з метою відновлення потенціалу або компенсації втрачених функцій.

Власне поняття «реабілітація» (латин. – «rehabilitatio») у перекладі означає «відновлення придатності до чогось», «відновлення», «повернення до чогось» тощо [42, с.177]. Як спеціальний термін поняття «реабілітація» почало використовуватися у медичній галузі у ХІХ ст. для позначення різних процесів відновлення суб'єкта життєдіяльності. Більш широке вживання цього поняття в міжнародній практиці співвідноситься із часом після першої світової війни, що пояснювалося значним збільшенням кількості осіб з різними каліцтвами, отриманими в бойових діях [7, с.52]. Існує також думка про те, що поняття «реабілітація» вперше почало використовуватися Г. Раском у США у 1940-х рр. щодо процесу відновлення хворих на туберкульоз, або Д. МакМерті (директор Інституту Червоного Хреста у Нью-Йорку) щодо осіб з інвалідністю.

У другому звіті Всесвітньої організації охорони здоров'я поняття «реабілітація» було витлумачено як процес координації та поєднання медичних, соціальних, просвітницьких та професійних дій і заходів, що зорієнтовані на сприяння особам з інвалідністю у досягненні досить високого рівня функціонування [8, с.83]. У такому розумінні реабілітація спрямовується на надання допомоги хворому для того, щоб він досягнув достатньої дієздатності у різних сферах власної життєдіяльності з урахуванням особливостей і обмежень конкретного захворювання. ВООЗ робить особливий акцент на важливості медичної складової реабілітації хворих (Community-Based Rehabilitation) [39, с.5]. Крім того, саме ВООЗ було схвалено міжнародну класифікацію медичних і

соціальні наслідків травм або хвороб (наприкінці 1980-х р.), що враховується під час планування й проведення процесу реабілітації. До таких наслідків травм або хвороб відносяться: 1) ушкодження на рівні фізіологічних або психологічних функцій особи; 2) порушення життєдіяльності особи унаслідок ушкоджень, що призводять до переживання відчуття втрати і/або обмеження індивідуальних можливостей виконувати конкретну діяльність в умовах, нормальних для більшості спільноти. Вказані соціальні обмеження є наслідком порушення життєдіяльності особи й призводять до зміни виконання соціальних ролей.

Пояснення змісту поняття «реабілітація» як процесу, покликаного допомогти особам з інвалідністю досягнути максимально оптимального фізичного й інтелектуального, психологічного та соціального рівнів особистої життєдіяльності, формувати необхідні засоби життєдіяльності, розширювати межі їх незалежності представлено у «Стандартних правилах забезпечення рівних можливостей для інвалідів», визначених Генеральною Асамблеєю ООН [39, с.11]. Водночас, Міжнародна організація праці реабілітацію категоризує з позиції відновлення здоров'я осіб з обмеженими фізичними і/або психічними можливостями з метою сприяння у досягненні максимальної дієздатності у фізичній, психічній, соціальній, економічній і професійній сферах. Крім того, звучить теза про те, що реабілітація має допомогти попередити або запобігти інвалідності в період лікування з урахуванням особливостей захворювання або інших станів втрати здоров'я [7, с.55].

Певною мірою схожі контексти визначення поняття «реабілітація» знаходимо у різних джерелах, зокрема:

- комплекс спланованих і реалізованих заходів (медичних, педагогічних, професійних, юридичних заходів) для відновлення (компенсації) порушених функцій організму та працездатності хворих й осіб з інвалідністю [10, с. 71];

- система медичних і фізичних, педагогічних і психологічних, професійних і трудових заходів для надання цілеспрямованої допомоги особам з відновлення та/або компенсації порушених або втрачених функцій, усунення обмежень

життєдіяльності, сприяння в досягненні й підтриманні соціальної й матеріальної незалежності, трудовій адаптації, інтеграції у спільноту [59];

- процес надання індивідуальної допомоги й необхідних засобів реабілітації для досягнення особою оптимального рівня життєдіяльності в різних сферах (фізичній, психічній, інтелектуальній, соціальній), оптимальної зміни меж незалежності у житті [41, с.39];

- система організованих на рівні держави й науково обґрунтованих соціально-економічних, психологічних, медичних, професійних і педагогічних заходів задля відновлення індивідуального здоров'я, працездатності, соціального статусу особи [42, с.10] тощо.

Проведений аналіз джерел показує наявність тлумачення поняття «реабілітація» у низці законів України й підзаконних актах, а саме:

- комплекс організованих заходів для осіб, які зазнають або можуть зазнати обмежень у власному повсякденному функціонуванні через стан здоров'я («Основи законодавства України про охорону здоров'я» [50]);
- комплекс заходів щодо конкретної особи, яка зазнає або може зазнати обмежень у повсякденному функціонуванні у зв'язку зі станом власного здоров'я, або через старіння у взаємодії з навколишнім середовищем (закон України «Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я» [57]).

У законі України «Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я» зазначено вимоги до професійної компетентності фахівців, які надають реабілітаційні послуги (щодо освіти, професійних знань й навичок, підвищення кваліфікації тощо) та послідовність здійснення реабілітації як процесу (реабілітаційне обстеження, реабілітаційний прогноз, реабілітаційна допомога). Призначення кожного етапу реабілітаційного процесу представлено на рис.1.1.

У законі України «Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я» суб'єктами реабілітаційної допомоги визначено фахівців із відповідною кваліфікацією (лікарі фізичної та реабілітаційної медицини, фізичні терапевти, ерготерапевти, протезисти, психологи й психотерапевти, медичні сестри з реабілітації, асистенти

та ін.), а отримувачами реабілітаційної допомоги – осіб з обмеженнями повсякденного функціонування та членів їх сімей.



Рис.1.1 Сутність процесу реабілітації у сфері охорони здоров'я.

Відповідно й засобами медичної реабілітації виступають фізіотерапевтичні (бальнеотерапія, рефлексотерапія, лікувальна фізкультура, фізіотерапія, масаж тощо), фармакотерапія (призначення лікарських препаратів) тощо [7, с.76]. Варіантами засобів медичної реабілітації також можуть бути також протезування, реконструктивна хірургія, санаторно-курортне лікування та ін.

Наведені вище визначення дають можливість розуміти реабілітацію як систему заходів щодо особи, яка зазнала втрати здоров'я і набула певних обмежень функціонування внаслідок цього, спрямованих на відновлення й компенсацію можливостей організму, інтелектуального та соціального потенціалу й незалежності у соціумі.

З огляду на обраний аспект вивчення проблем фізичної реабілітації у нашому дослідженні, більшою мірою спрямоване на розуміння складових фізичної реабілітації визначення процесу реабілітації дає О. Бісмак, а саме: «реабілітація – це відновлення здоров'я, функціонального стану та працездатності, порушених хворобами, травмами або фізичними, хімічними та соціальними

факторами» [51, с.6]. Відповідно й одне з головних завдань реабілітації цей дослідник визначає як функціональне відновлення (повне відновлення або компенсація при недостатньому відновленні чи відсутності відновлення) [51, с.6].

Варто зазначити, що фізична реабілітація у наукових та інших джерелах подекуди розглядається як інтегрована частина медичної реабілітації, або ж як окремий вид реабілітації осіб, які мають проблеми зі здоров'ям. Зокрема, у праці В. Мухіна фізична реабілітація розглядається як складова медичної реабілітації [45, с.19]; О. Бісмак також вважає, що фізичну реабілітацію варто відносити до медичної реабілітації як її частину [51, с.10].

Фактично під фізичною реабілітацією розуміють відновлення стану фізичного здоров'я, стабілізацію здоров'я і працездатності, здоровий спосіб життя шляхом використання спеціально дібраних фізичних вправ, потенціалу природного середовища [2; 3, с.316]. До засобів фізичної реабілітації, таким чином, відносяться фізичні вправи, засоби фізичної культури, елементи спорту, рухова активність, природні засоби та ін.

О. Бісмарк вказує на те, що реабілітаційні заходи розпочинаються з першого дня перебування хворого в закладі охорони здоров'я, зважаючи на індивідуальну програму, й продовжуються в реабілітаційних центрах, інших спеціалізованих закладах тощо [51, с.7]. Найбільш ефективною фізичну реабілітацію О. Бісмарк вважає у реабілітаційних центрах (ортопедичних, неврологічних, судинних та ін.), адже за форматом мультидисциплінарної команди такі реабілітаційні центри в штаті мають лікарів відповідних спеціальностей, інструкторів з лікувальної оздоровчої фізкультури, фізіотерапевтів, психологів, логопедів, протезистів та інших фахівців. Після терапії у закладах охорони здоров'я, у реабілітаційні центри хворі потрапляють для завершення лікування і проходження реабілітації з огляду на наявне захворювання.

О. Бісмарк також визначає категорії осіб, які у зв'язку зі станом здоров'я і особливостями функціонування органів та систем організму мають стосунок до реабілітаційного процесу, а саме:

- особи з травмами та деформаціями опорно-рухового апарату;

- особи з серцево-судинними, неврологічними та психічними захворюваннями;

- особи з набутими та вродженими дефектами;

- особи з інфекційними та хронічними захворюваннями;

- особи після хірургічних втручань та ін.

Крім того, включеними у процес реабілітації можуть бути ті особи, які через особливості свого функціонування мають необхідність у поступовій адаптації до фізичних і психічних навантажень різного характеру (наприклад, професійного і побутового); потребують умов і виконання праці з меншим обсягом робочих навантажень; потребують перекваліфікації через неможливість виконувати трудову діяльність, яка виконувалася до отриманої травми; потребують сприяння у розвитку навичок самообслуговування; потребують допомоги у набутті можливостей постійної компенсації при негативній динаміці й незворотних змінах у стані здоров'я тощо.

Важливими аспектами, які враховуються при проектуванні реабілітаційного процесу є організаційні, індивідуальні, функціональні та ін. (рис.1.2). Крім того, важливими для врахування є принципи ефективної реабілітації:

1) ранній початок реабілітації – сприяє швидшому відновленню функцій, попередженню ускладнень тощо;

2) безперервність і наступність реабілітаційних заходів – є запорукою скорочення часу лікування, зниження деструктивних впливів на органи і системи інвалідності, урахування застосованих засобів реабілітації та міри їх ефективності на наступних етапах реабілітаційного процесу;

3) комплексність заходів реабілітації – вимагає спільної командної діяльності різних фахівців залежно від причин, стану хворого, динаміки реабілітаційного процесу;

4) індивідуальність заходів реабілітації – при розробленні реабілітаційних програм ураховується загальний стан, особливості хвороби, вихідний рівень фізичних показників та ін.;



Рис.1.2 Проектування реабілітаційного процесу [51, с.7].

5) реабілітація у колективі – заходи реабілітації відбуваються поруч із іншими особами зі схожими запитами, що створює моральну підтримку, наснажує, підсилює впевненість у можливостях одужання, покращенні тощо;

6) соціальна спрямованість реабілітації – створення можливостей для соціальної інтеграції, адаптації до побутових і трудових процесів, відновлення якостей, необхідних для цього;

7) контроль – вимагає якісної і повномірної оцінки й медичної діагностики стану особи, яка буде включена в реабілітаційні заходи, моніторингу за станом особи в процесі реабілітації, психологічної діагностики та ін.

Як згадувалося вище, О. Бісмак фізичну реабілітацію вважає частиною медичної реабілітації. При чому, призначення медичної реабілітації автор вбачає у відновленні здоров'я хворої особи. Для цього застосовується комплекс різних засобів, використання яких потенційно може призвести до відновлення порушених і/або втрачених фізіологічних функцій організму (або до стимулювання компенсаторних та замісних пристосувань (функцій) організму [51, с.10]

У свою чергу, фізична реабілітація тлумачиться як система заходів для відновлення або компенсації індивідуальних фізичних можливостей, інтелектуальних здібностей особи, поліпшення функціонального стану її організму, покращення фізичних якостей, стимулювання психоемоційної стійкості й адаптаційних резервів організму. У цьому виді реабілітації використовуються засоби фізичної культури, елементи спорту й спортивної підготовки, масаж, фізіотерапія, фактори природного середовища. О. Бісмак вказує на той факт, що фізичну реабілітацію можна також пояснювати як лікувально-педагогічний і освітній процес. До засобів фізичної реабілітації науковець відносить, як і інші дослідники: лікувальну фізкультуру, фізіотерапію, лікувальний масаж, трудотерапію, механотерапію [51, с.10].

Для прикладу, лікувальна фізкультура як метод неспецифічної терапії може бути корисною хворим для підвищення психоемоційного тону, покращення стану серцево-судинної і дихальної систем, тренування дихання; профілактики ускладнень; поліпшення життєво важливих функцій (кровообіг, дихання, травлення); зміцнення м'язів й стимуляції процесів регенерації в області втручання; адаптації всіх систем організму до зростаючого фізичного навантаження [51, с.22]. Лікувальна фізкультура корисна при травматичних ушкодженнях опорно-рухового апарату.

У лікувальній фізкультурі можуть використовуватися різні вправи: гімнастичні, ідеомоторні, спортивно-прикладні; вправи для нетравмованих частин тіла; дихальні вправи; активні фізичні вправи для суглобів; вправи для м'язів живота; ідеомоторні вправи; напруження м'язів під іммобілізацією тощо. Крім того, під час лікувальної фізкультури практикуються спортивно-прикладні вправи;

тренування на тренажерах; дозований біг, стрибки, лазіння, повзання, ходьба (теренкур), катання, лікувальне плавання, гідрокінезитерапія, їзда на велосипеді, вправи на велоергометрі; загартовування організму, сонячні ванни тощо.

Масаж як метод функціональної терапії на різних етапах реабілітації використовується у комплексному відновному лікуванні хвороб серцево-судинної, дихальної та нервової систем, проблем опорно-рухового апарату, внутрішніх органів, шкірних захворюваннях. Він цілеспрямовано змінює функціональний стан органів і систем, завдяки чому відновлюється нормальна діяльність організму. Дозовані дії на тіло хворого також застосовують після травм. При хірургічних масаж втручаннях може мати досить важливе значення у післяопераційний період для попередження ускладнень; стимулювання регенераційних процесів; скорочення термінів видужання. Масаж позитивно впливає на діяльність нервової системи, діє беззаспокійливо; покращує кровопостачання й кровообіг, активізує шкірно-м'язовий тонус; покращує працездатність м'язів, нормалізує їх тонус і еластичність; позитивним чином впливає на кровопостачання суглобів і оточуючих суглоби тканин, упереджує зміни й пошкодження хрящів; покращує швидкість кровообігу, обмін речовин і кисню в тканинах організму; сприяє швидкому виведенню молочної кислоти з організму унаслідок фізичного навантаження; сприяє розсмоктуванню продуктів запалення, стимулює регенеративні процеси, зрощення тканин (у т.ч. кісткової) [51, с.86].

Фізіотерапія може використовуватися при ущільненні тканин, гнійних запаленнях, утвореннях спайок тощо. Вона зосереджена на використанні потенціалу природних (вода, повітря, сонце, світло) і штучних фізичних факторів (електричний струм, магнітне поле) для фізичної реабілітації хворих. У фізіотерапії використовуються бальнеотерапія (мінеральні води, грязі); кліматерапія (гірське повітря, печери); водолікування, термічне лікування; інгаляції; електро- і фототерапія (промені, світло, імпульсний струм) тощо. Механотерапія передбачає використання апаратів для відновлення рухливості суглобів, сили м'язів, підсилення лімфо і кровообігу, покращення еластичності зв'язок, якщо була тривала іммобілізація та в інших випадках. Нині створені також

спеціальні комп'ютеризовані реабілітаційні комплекси, які об'єднують різні апарати.

Працетерапія через трудові рухи і трудові процеси спонукає перебіг фізіологічних процесів, покращує рухливість суглобів, силу м'язів, координацію рухів. Працетерапія використовується у реабілітаційних центрах, центрах професійної реабілітації тощо. Вона показана при травмах і захворюваннях опорно-рухового апарату, ушкодженнях м'яких тканин, опіках, хірургічних втручаннях і реконструктивних операціях, захворюваннях серцево-судинної, дихальної, нервової системи, психічних захворюваннях тощо.

Таким чином, реабілітація є спланованою й регламентованою на рівні чинного національного законодавства системою, орієнтованою на підтримку осіб, які зазнають обмежень у повсякденній життєдіяльності у зв'язку з погіршенням стану здоров'я з різних причин (зокрема, й унаслідок травми), можливостей матеріального й іншого самозабезпечення й соціальної інтеграції та задоволення інших суспільних потреб. Фізичну реабілітацію варто розглядати як складову медичної реабілітації, багатогранний процес відновлення здоров'я людини. Фізична реабілітація спрямовується на усунення відхилень від нормального морфофункціонального статусу організму, внаслідок якого з'являється зниження працездатності й соціальна дезадаптація.

1.3 Категоризація феномену травми у сучасній науці

Слово травма (грец. τραῦμα «рана») використовується для означення ситуацій, які пов'язані з порушеннями цілісності або окремих функцій організму, органів, його функцій внаслідок раптової дії певного зовнішнього чинника (фізичне ушкодження, термічний або хімічний опік, психологічний шок внаслідок війни чи насильства, через вплив надзвичайної ситуації природного чи техногенного походження тощо [17]). У наукових і довідникових джерелах для означення міри шкоди, нанесеної людині, використовуються зазвичай поняття

«психічна травма», «емоційна травма», «психотравма», «фізична травма» тощо. Розглянемо їх сутність.

Проблематика психічної травми (власне як і саме поняття) було використано в науковій літературі наприкінці XIX ст. Згодом більшою мірою інтерес до цієї проблематики знайшов відображення у дослідженнях З. Фрейда. Натепер існують і різні підходи, і різні визначення поняття «психічна травма», є спроби класифікації її видів [38]. Наприкінці 1980-х років XX ст. дослідження травми набули розповсюдження в контексті розроблення теорії посттравматичного стресового розладу (ПТСР), в рамках якої ключовими характеристиками психологічної травми було визначено переживання специфічної взаємодії людини й навколишнього світу, що призводить до емоційної дестабілізації, виражається у занепокоєнні, потрясінні та інших симптомах [20, с.7].

Про психічну травму (психологічну травму, психотравму, емоційну травму) зазвичай йдеться у тому випадку, якщо особа переживає глибоку душевну рану, емоційне потрясіння внаслідок кризової/ стресової події, яка може провокуватися війнами, конфліктами, насильством, стихійними лихами, втратою близької людини, серйозним нещасним випадком тощо.

Із впливом медичного контексту досліджень цієї проблеми поняття «психічна травма» пояснюється крізь призму переживання травматичного стресу, тобто сприйнятої як загроза існуванню і безпеці особи травмівної події, що виходить за межі досвіду і призвела до порушення її нормальної життєдіяльності, стала особливим потрясінням і руйнівним переживанням, викликала почуття жаху, переляку, страху, неконтрольованості та безпорадності [53, с.69].

У психологічних наукових публікаціях психічна травма більше вважається порушенням цілісності функціонування психіки унаслідок суб'єктивно інтерпретованої ситуації як непереборної і незвичайної внаслідок недостатності/обмеженості захисних механізмів й появи глибоких емоційних переживань. Крім того, у сучасних джерелах при визначенні психічної травми згадується й той факт, що її може спонукати не лише сама подія, а й суб'єктивно значуща інформація про неї, або індивідуально емоційно забарвлена реакція, що

вплинула на стан психічного здоров'я, викликала сильне психічне потрясіння, могла призвести до посттравматичного стресового розладу, психічного захворювання через недостатність механізмів психічного захисту і наявності певних особистісних рис [61, с. 311]. У зв'язку з цим складові впливу кризових ситуацій на емоційне благополуччя особистості почали активно досліджуватися українськими й зарубіжними вченими, зокрема, в контексті впливу пандемії та появи карантинних обмежень [58; 80].

З огляду на силу впливу травми на психіку людини почали також диференціювати поняття «психологічна травма» і «психічна травма», беручи до уваги той факт, що травмуюча подія потенційно може викликати або може й не викликати травму залежно саме від суб'єктивної значущості цієї події та її інтерпретації, а також арсеналу системи механізмів психологічного захисту.

Варто наголосити, що спільною ознакою у медичному й психологічному контекстах пояснення травми є те, що саме її виникнення пов'язане з непересічними, нетиповими, надзвичайними подіями в житті людини, появою інтенсивних та негативних емоційних переживань. Це, на нашу думку, відображено й у визначенні психологічної травми Т. Титаренко, яка психологічну травму пояснює з позицій наявності залишкових явищ афективних переживань особистості, які з'явилися через вплив зовнішніх подразників і спричинили виражений психічний дискомфорт і патогенний вплив на особистість. Йдеться про будь-яке потрясіння психіки людини, яке суттєво вплинуло на її функціонування й подальший розвиток [64, с. 102].

Свідчення такої спільності представленні й у дослідженнях проблеми психотравматизації особистості Д. Калшеда («Внутрішній світ травми»), який наголошує, що «психотравма» використовується для позначення будь-якого переживання, що викликає величезні душевні страждання [73]. Він наголосив на факті, який свідчить про виникнення психічної травми не лише унаслідок зовнішнього впливу травмівних подій, а й унаслідок внутрішньої нестабільної роботи людської психіки. Власне психіка реагує на діючу зовнішню травмівну подію специфічним чином: спочатку відбувається трансформація зовнішньої

травми у внутрішню «самотравмуючу силу», потім відбувається т.зв. «злоякісне переродження» психологічних захистів із системи самозбереження психіки на систему її самознищення. Психіка регресує і продовжує травмувати сама себе через флешбеки, синдром «нав'язливого» повторення, з'являється повторна травматизація оскільки людина в життєвих ситуаціях вже проявляється не своєю справжньою частиною, а травмованою часткою.

Цікавою для роздумів нам також вважається думка Д. Калшеда про наявність несумісних з життям психічних і фізичних травм. Автор свідчить, що в такому випадку особистості, яка була до травми, після травми вже не існує. Проте, на відміну від не сумісної з життям фізичної травми, втрата на рівні психіки не безповоротна, може бути відпрацьована у психотерапії. У якості паралелі до такого стану психіки можна використати метафору про прорив захисного бар'єру людини, що супроводжується сильними станами тривоги, невизначеності, безпорадності, обмеженнями саморегуляції, втратою сенсу подальшої життєдіяльності.

Схоже пояснює сутність травми П. Левін, вказуючи на те, що психологічну травму можна вважати своєрідним проривом захисного бар'єру людини, що супроводжується ще й сильними відчуттями страху, пригніченості й безпорадності. На думку автора, психологічна травма проявляється через відсутність особистісних ресурсів, які необхідні для подолання травматичної події. Також звучить теза про те, що сила руйнівного впливу психологічної травми напряму залежить від індивідуальної значущості травматичної події для особи, міри її психологічної захищеності, а також її здатності до саморегуляції (у т.ч. емоційної саморегуляції) [66, с. 16].

В публікації української ученої Л. Заграй також простежується думка про важливість звернення уваги саме на реакцію людини на травматичну подію. Психологічна травма, як засвідчує Л. Заграй, ґрунтується саме на реакції людини на життєві обставини і суб'єктивній інтерпретації ситуації. У такій ситуації можуть з'явитися досить тривалі й інтенсивні емоційні негативні переживання, й, водночас, людина має можливість контролювати і/або регулювати ситуацію,

знижувати її невизначеність і свою вразливість. У будь-якому разі переживання пов'язані з суб'єктивною інтерпретацією і рефлексією травматичної події або ситуації [23, с.109]. Такими травматичними подіями, що викликають особистісну реакцію зі стресовими ознаками є війна, терористичний акт, стихійне лихо, аварії, насильство, складні хвороби й медичні втручання, втрата, горе тощо. Крім того, до уваги слід брати й віддалені наслідки травматичної події або ситуації не лише на розвиток реакцій особи на саму подію або ситуацію, але й на все те, що вона зумовила.

В. Грант поняттям «психологічна травма» окреслює «певне специфічне переживання й відповідний спосіб організації життя, який має місце через деякий час після участі людини у фруструючій події, що зумовила появу стресу» [20, с. 8]. Унаслідок тривалої дії стресу після травматичної події, інтенсивного впливу несприятливих факторів середовища з'являється заподіяна психічному здоров'ю людини шкода, яка вимагає нагальної терапії. Таким чином, поруч із травмою фігурує стрес, вивчається вплив і наслідки впливу еустресу на міру травматизації.

Стрес у ситуації отримання травми може мати різні т.зв. «буденні» прояви, зокрема, варто вказувати на наявність ознак: фізіологічного стресу, що викликає порушення гомеостазу організму й фізіологічних механізмів підтримання його життєдіяльності; психологічного (емоційного й інформаційного) стресу, що є наслідком дисбалансу між процесами оцінки ймовірної загрози безпеці, соціальному статусу, економічному благополуччю і міжособистісним стосункам людини та її пошуком адекватної відповіді на такі в ситуації, особливо коли мають місце інформаційні перевантаження й бракує часу та ресурсів для ухвалення продуманих відповідальних рішень. Але окрім «буденного стресу» може проявитися й така його форма, як травматичний стрес, що негативним чином позначається на психологічних, фізіологічних, адаптаційних можливостях людини та руйнує захист організму [20, с.11-12].

Поняття «травматичний стрес» використовують для означення особливої форми загальної стресової реакції людини, її особливих переживань, які виходять за межі звичайного набутого суб'єктивного досвіду. До таких чинників, що

провокують «нормальну реакцію на ненормальні події», вчені відносять загрозу власному життю або життю близької людини, загрози фізичному здоров'ю, смерть, поранення іншої людини, участь у бойових діях, насильство, стихійні лиха й катастрофи тощо.

Травматичний стрес як розгорнутий у часі процес включає кілька фаз, що варто враховувати при проектуванні реабілітаційного процесу:

- 1) фаза психологічного шоку – відносно короткочасно відбувається пригнічення особистісної активності, з'являються порушення орієнтування в навколишньому середовищі, можливі дезорганізація діяльності й заперечення того, що сталося;
- 2) фаза впливу – проявляються інтенсивно виражені емоційні реакції на травмівну подію та її наслідки (наприклад, страх, жах, тривога, гнів, заперечення, звинувачення тощо), але згодом з'являється реакція критики або сумнівів у собі («що було б, якби...»), що супроводжується болючим усвідомленням незворотності моменту, визнанням особистого безсилля й самозвинуваченням (інколи це може призвести до глибокої депресії);
- 3) третя фаза – може мати два полюси: або фаза нормального реагування, або фіксації на травмі з подальшою хроніфікацією постстресового стану; у першому випадку потенційно можливим є процес одужання (відреагування травмівної події, прийняття реальності, поступова адаптація до нових обставин на фізіологічному, особистісному, міжособистісному рівнях); однак слід брати до уваги той факт, що наслідки травми можуть проявитися раптово й через тривалий час на тлі загального благополуччя людини; інколи травматичні переживання можуть стати причиною появи посттравматичного стресового розладу [17].

У межах цього підрозділу зупинимося також на короткій характеристиці деяких видів психологічної травми. Гостру психологічну травму констатують у випадках, коли психіка переживає сильний (як правило не тривалий) стрес через

раптову подію (наприклад, автомобільна аварія). Хронічна травма виникає під впливом постійного і/або повторюваного перебування людини в стресових умовах (жорстоке поводження, булінг, насилля). Комплексну травму констатують за наявності послідовного і неперервного впливу на людину багатьох стресових подій, яких не можна уникнути небезпека для життя під час війни, вимушені втрати, горе, насильство). Вторинна травма – це травма внаслідок вимушеного спостереження за стражданнями інших людей («травма втоми від співчуття і емпатії№). Травма дитинства з'являється в тому випадку, коли дитина стає свідком або учасником складних життєвих ситуацій, навички впорювання з якими у неї ще не розвинуті через особливості віку.

Унаслідок впливу надзвичайно потужної кризової ситуації – повномасштабного вторгнення в Україну – більшість населення переживає колективну травму, яка ще й матиме вплив на ментальність наступних поколінь. Щодо осіб, які брали участь в бойових діях, використовується поняття «бойова травма», що має симптоматику на рівні фізичних ушкоджень (поранення, каліцтва, контузії тощо) і психічних розладів унаслідок впливу чинників бойової обстановки (т.зв. бойова психічна травма).

Справедливо зауважити, що психічна травма може проявлятися й через фізичні симптоми, серед яких найрозповсюдженішими є:

- головний біль (гострий або хронічний);
- астенія, втома, пітливість, несподівані напади слабкості, брак енергії;
- пришвидшене серцебиття та тремтіння;
- порушення сну (безсоння, тривожні сни, кошмари);
- м'язова напруга, порушення координації, розгальмованість;
- розлади травлення;
- зниження імунітету й часті хвороби тощо.

Власне фізична травма констатується у випадку порушення структури різних тканин і органів через механічні ушкодження (удар, перелом, вивих, рана, забиття); термічні впливи (опік, обмороження); хімічні опіки; електротравми; ушкодження внаслідок впливу радіації; побутові травми тощо.

З огляду на завдання реабілітації загалом і фізичної реабілітації зокрема можна говорити про досить поширені фізичні травми, а саме відкриті й закриті різного ступеня тяжкості травми м'яких тканин (розриви, забої, струси, розтягнення і розриви м'язів, сухожиль і зв'язок).

Фізична реабілітація у сукупності з нормалізацією психоемоційного стану може проводитися за різних об'єктивних підстав (зокрема й у доопераційний та післяопераційний періоди), для прикладу може супроводжувати:

- травми суглобів й операції на суглобах (підготовка м'яких тканин до оперативного втручання, покращення кровообігу, тонуси і сили м'язів; сприяння загоєнню швів, зростанню кісток, відновлення м'яких тканин і рухів; упередження інвалідності; покращення фізичного тонусу);

- травми хребта й операції на хребті – міжхребцева грижа, затиснення нерва, прогресуючі викривлення хребта, сколіоз, переломи, компресійні, уламкові, змішані та інші травми хребта (покращення кровообігу, зменшення набряку й больових відчуттів, відновлення фізіологічних рухів у хребті, прискорення загоєння швів, м'яких тканин і зростання кісток, покращення сили й еластичності м'язів, синхронізація роботи всіх частин тіла, збільшення амплітуди руху, попередження виникнення вторинних захворювань);

- захворювання опорно-рухового апарату унаслідок інтоксикацій, аутоімунних проблем, порушення обміну речовин, запальних процесів, паралічів, травм, гіподинамії;

- спортивні травми (хронічні, первинні, повторні, травми від перенавантажень, гострі травми);

- побутові травми (падіння, переломи, поранення, ураження електричним струмом);

- бойові травми (черепно-мозкові, проникаючі поранення хребта, ушкодження хребців, ушкодження спинного мозку, переломи тазу, верхніх і нижніх кінцівок та ін.).

У будь-якому випадку фізична реабілітація після травм (фізичних травм) є комплексом заходів для відновлення функціональних можливостей організму,

сили, рухливості, координації, працездатності органів і систем, мінімізації ризику повторних травм, повернення особи до повноцінного активного життя, стабілізації її психоемоційного стану.

З огляду на сформульовані мету й завдання, з опорою на проведений теоретичний аналіз досліджуваної проблеми, вважаємо необхідним візуалізувати у вигляді структурної моделі взаємозв'язок між рівнем суб'єктивного благополуччя й індивідуальними аспектами впливу травми на його переживання в умовах фізичної реабілітації (рис. 1.3).

зниження якості життя, пов'язаної зі станом фізичного здоров'я, відчуття втрати повноцінності життєдіяльності

зниження якості життя, пов'язаної зі станом психічного здоров'я, впевненості в собі, ймовірність песимізму щодо майбутнього



Рис.1.3 Структурна модель взаємозв'язку між рівнем суб'єктивного благополуччя й індивідуальними аспектами впливу травми на його переживання в умовах фізичної реабілітації.

Таким чином, фізична реабілітація після травми має бути комплексним процесом, що зорієнтований на відновлення здоров'я, можливостей і працездатності організму; на повернення й гармонізацію способу життя особи в сім'ї, колективі, громаді; на підвищення її адаптивності; на її підтримку щодо пошуку нових сенсів, що впливатиме на критерії особистісного благополуччя.

Висновки до першого розділу

Проведений у першому розділі теоретичний аналіз вітчизняних і зарубіжних джерел за проблемою дослідження дозволяє зробити такі висновки.

Суб'єктивне благополуччя осіб, які проходять фізичну реабілітацію після травми – це інтегральний показник, що відображає міру задоволеності якістю власного життя у контексті наявних особливостей стану здоров'я і фізичних обмежень. Суб'єктивне благополуччя осіб, які проходять фізичну реабілітацію після травми, включає оцінку власного фізичного стану, емоційного самопочуття, соціальних зв'язків і соціальної підтримки, здатності адаптуватися до змінених умов життєдіяльності з урахуванням ставлення до отриманого досвіду, зберігаючи відчуття цінності й сенсу життя. Фактично, можна говорити про певний баланс між фізичними обмеженнями й внутрішніми ресурсами, завдяки відчуттю якого здається можливим відчувати цінність життя, знаходити сенс у теперішньому й майбутньому.

Суб'єктивне благополуччя осіб, які проходять фізичну реабілітацію після травми, відображає систему особистісних оцінок і ставлень на рівні різних компонентів: фізичного (сприйняття і ставлення до власного здоров'я і виниклих обмежень, болю, змін мобільності, можливостей вести активний спосіб життя); емоційного (переживання стресу, тривоги, страху, безнадії, депресії, а також здатність відчувати позитивні емоції, наявність віри, надії, оптимізму в теперішній життєвій ситуації і на перспективу); когнітивного (оцінка власного життя, переосмислення цінностей, мотивів, пошук нових / інших сенсів і цілей, налаштованість на самореалізацію); соціального (відчуття достатності соціальної

підтримки від сім'ї, друзів, колег, інших осіб з громади, можливість брати участь у соціальних взаємодіях, активно пристосовуючись до змінених умов).

Фізична реабілітація осіб після травми тлумачиться нами як комплекс медичних, фізіотерапевтичних, психологічних та інших доцільних заходів, спрямованих на підтримання здоров'я і відновлення / компенсацію функцій організму, зменшення наслідків ушкоджень, адаптацію до повсякденного життя та підвищення його якості. Фізична реабілітація осіб після травми включає необхідність поєднання: медичної допомоги (лікування ускладнень, контроль болю, профілактика повторних ушкоджень тощо); фізіотерапії та лікувальної фізкультури (для відновлення сили, гнучкості, координації тощо); ерготерапії (навчання виконанню різних завдань з урахуванням можливостей); психологічної допомоги (стабілізація психоемоційного стану, психологічна робота з ресурсами, покращення адаптаційних можливостей, підвищення життєстійкості тощо); соціальної адаптації (соціальна підтримка, відновлення соціальної активності й інтеграції у спільноту). Фактично, фізична реабілітація після травми – це не лише відновлення фізичних функцій, а й комплексний процес повернення людини до максимально можливої активності й незалежності як суб'єкта власної життєдіяльності.

Зроблені висновки й розроблена структурна модель взаємозв'язку між рівнем суб'єктивного благополуччя й індивідуальними аспектами впливу травми на його переживання в умовах підвищення ефективності фізичної реабілітації стали підґрунтям для проектування процесу експериментального дослідження психологічних особливостей суб'єктивного благополуччя осіб, які проходять фізичну реабілітацію після травми, на констатувальному й формувальному етапах.

Розділ 2 КОНСТАТУВАЛЬНИЙ ЕТАП ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ СУБ'ЄКТИВНОГО БЛАГОПОЛУЧЧЯ ОСІБ, ЯКІ ПРОХОДЯТЬ ФІЗИЧНУ РЕАБІЛІТАЦІЮ ПІСЛЯ ТРАВМИ

2.1 Характеристика етапів і методів проведення експериментального дослідження психологічних особливостей суб'єктивного благополуччя осіб, які проходять фізичну реабілітацію після травми, на констатувальному етапі

Експериментальне дослідження психологічних особливостей суб'єктивного благополуччя осіб, які проходять фізичну реабілітацію після травми, на констатувальному етапі переслідувало кілька важливих завдань. По-перше, було важливо діагностувати рівень і особливості складових суб'єктивного благополуччя осіб, які проходять фізичну реабілітацію після травми. По-друге, слід було виявити й охарактеризувати вплив певних чинників на переживання суб'єктивного благополуччя осіб, які проходять фізичну реабілітацію після травм. По-третє, доречно було б здійснити порівняння досліджених складових і чинників суб'єктивного благополуччя для вибірки осіб зі схожими демографічними характеристиками, але яка не проходить фізичну реабілітацію після травми.

З огляду на такі сформульовані завдання спроектовано логіку дослідницьких дій на констатувальному етапі психологічного експерименту, а саме:

- 1) визначення ключових діагностичних індикаторів експериментального дослідження психологічних особливостей суб'єктивного благополуччя осіб, які проходять фізичну реабілітацію після травми;
- 2) підбір валідних, надійних і адаптованих для використання на вітчизняній популяції діагностичних інструментів, завдяки яким стало б можливим розкриття психологічних особливостей суб'єктивного благополуччя осіб, які проходять фізичну реабілітацію після травми;
- 3) створення вибірки для проведення констатувального етапу експериментального дослідження психологічних особливостей

- суб'єктивного благополуччя осіб, які проходять фізичну реабілітацію після травми;
- 4) проведення на констатувальному етапі експериментального дослідження діагностики створеної вибірки для виділення психологічних особливостей суб'єктивного благополуччя осіб, які проходять фізичну реабілітацію після травми;
 - 5) проведення кількісної та якісної обробки одержаних на констатувальному етапі даних діагностики, порівняння й узагальнення результатів вибірки;
 - 6) визначення перспектив для проектування формувального етапу психологічного експерименту.

Проведений теоретичний аналіз обраної проблеми дозволив нам виділити ключові діагностичні індикатори експериментального дослідження психологічних особливостей суб'єктивного благополуччя осіб, які проходять фізичну реабілітацію після травми, а саме:

- рівень і складові суб'єктивного благополуччя;
- міра позитивності ментального здоров'я;
- оцінка якості життя, пов'язана зі станом фізичного і психічного здоров'я;
- рівень тривоги і депресії;
- виміри сенсу життя;
- цінності й міра контрольованості життя (див. рис.2.1).

Як видно з рис. 2.1, головний діагностичний індикатор для нашого дослідження – рівень суб'єктивного благополуччя – вивчався з використанням *«Модифікованої шкали суб'єктивного благополуччя БіБіСі»* (The Modified BBC Subjective Well-being Scale (BBC-SWB) (P. Pontin, M. Schwannauer, S. Tai, M. Kinderman; адаптація Л. Карамушки, К. Терещенко, О. Креденцер) [43, с.23-26].

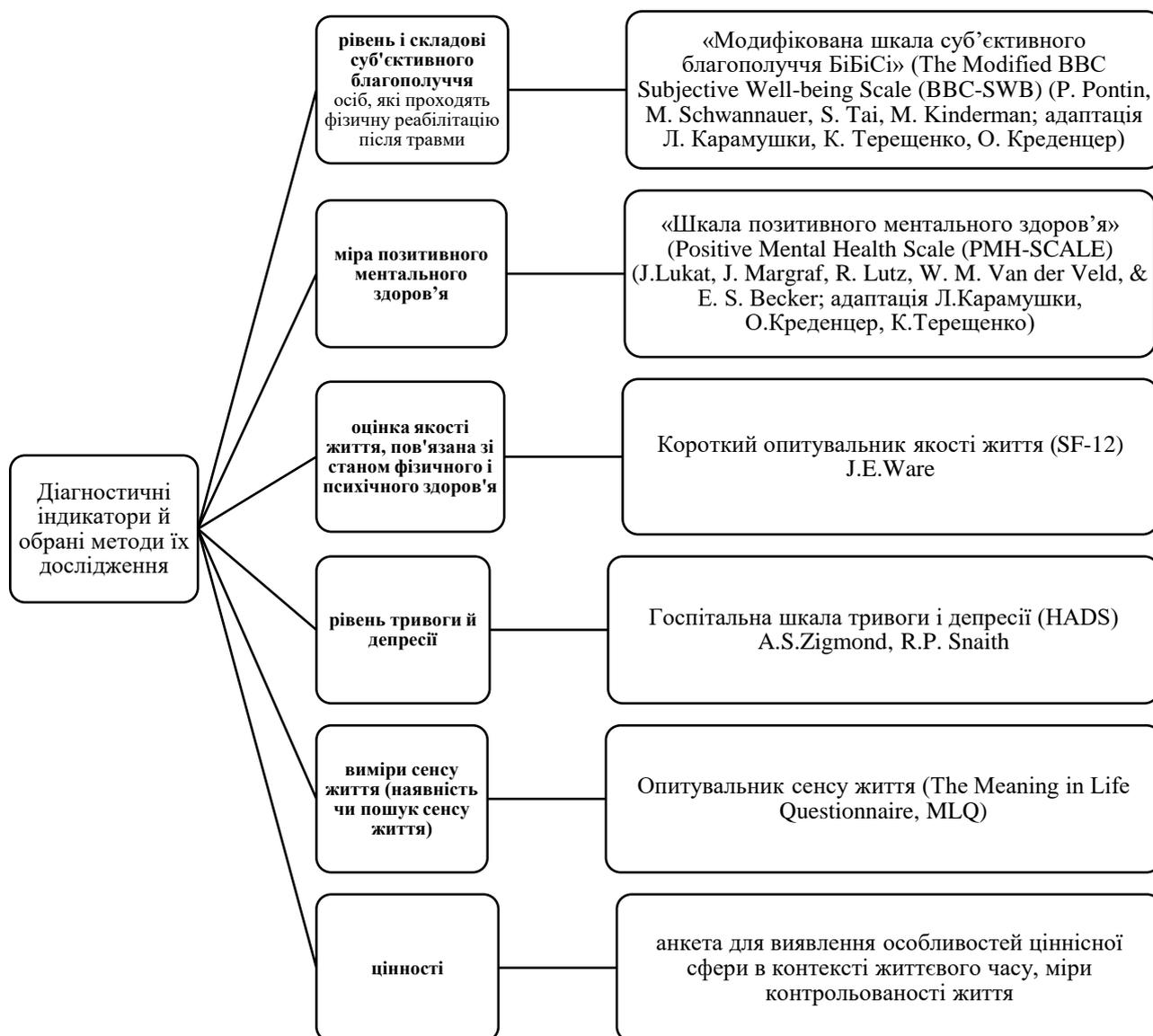


Рис.2.1 Діагностичні індикатори для характеристики психологічних особливостей суб'єктивного благополуччя осіб, які проходять фізичну реабілітацію після травми, й обрані методи/інструменти їх дослідження.

Методика BBC-SWB діагностує 3 складових суб'єктивного благополуччя (субшкали), що відповідає нашим вихідним теоретичним положенням, оголошеним у першому розділі:

- 1) психологічне благополуччя – це складова суб'єктивного благополуччя, яка означає здатність особистості до контролю за власним життям, наявність оптимізму щодо майбутнього, присутність впевненості у своїх думках і переконаннях, наміри до особистісного зростання тощо);
- 2) фізичне здоров'я та благополуччя – це складова суб'єктивного благополуччя, що відображає міру задоволеності своїм фізичним здоров'ям, обсягом і якістю сну; розкриває здатність здійснювати повсякденну життєву активність і працювати, займатися спортом, мати відпочинок; означає відсутність депресії і тривоги тощо);
- 3) стосунки – це складова суб'єктивного благополуччя, що вказує на комфортність у спілкуванні з оточенням, наявність позитивного ставлення, щасливих і довірчих дружніх та особистих відносин, на можливість і здатність звернутися за допомогою до інших, задоволеність сексуальним життям тощо).

Ця методика налічує 24 запитання, відповіді на які передбачають використання одного з запропонованих п'яти варіантів відповідей: «зовсім ні», «трохи», «середньо», «дуже сильно», «надзвичайно сильно».

Обробка отриманих даних за цією методикою передбачає знаходження суми балів за окремими шкалами й загальним рівнем суб'єктивного благополуччя. При цьому враховується тип запитання – пряме чи зворотне.

Субшкала «психологічне благополуччя» вміщує запитання №4-15; «фізичне здоров'я та благополуччя» - запитання №1-3, 21-24; «стосунки» - запитання №16-20. Для визначення загального рівня суб'єктивного благополуччя беруться до уваги всі запитання методики (сумарний показник може варіюватися від 24 до 120 балів).

Для визначення рівнів суб'єктивного благополуччя і його складових за субшкалами пропонується використовувати спеціальні нормативні показники (див. таблицю 2.1).

Таблиця 2.1 – Нормативні показники суб'єктивного благополуччя та його складових

Субшкали й загальний показник	Рівні		
	низький	середній	високий
Психологічне благополуччя	12–39	40–47	48–60
Фізичне здоров'я та благополуччя	7–20	21–25	26–35
Стосунки	5–16	17–20	21–25
Суб'єктивне благополуччя	24–76	77–91	92–120

«Шкала позитивного ментального здоров'я» (Positive Mental Health Scale (PMH-SCALE) (J. Lukat, J. Margraf, R. Lutz, W. M. Van der Veld, & E. S. Becker; адаптація Л. Карамушки, О. Креденцер, К. Терещенко) [43, с.19-20]. Її призначення – визначення міри позитивної спрямованості ментального здоров'я, що означає задоволеність життям, підсилення життєвої активності, збереження стресостійкості й досить високого рівня соціальної контактності.

«Шкала позитивного ментального здоров'я» складається з 9 тверджень, які оцінюються досліджуваними за такими варіантами відповідей: «не вірно», «скоріше не вірно», «скоріше вірно», «вірно».

Обробка «Шкала позитивного ментального здоров'я» передбачає знаходження загальної кількості балів за всіма твердженнями. Мінімальний показник за цією шкалою – 9 б., максимальний – 36 б. У загальному, градації за рівнями позитивного ментального здоров'я представлені у таблиці 2.2.

Таблиця 2.2 – Рівні позитивного ментального здоров'я

Загальний показник	Рівні		
	низький	середній	високий
Позитивне ментальне здоров'я	9-24	25-29	30-36

Короткий опитувальник якості життя (SF-12) J. E. Ware є скороченою версією опитувальника якості життя SF-36. Він вміщує 12 тверджень, вибраних з опитувальника SF-36, що дозволяють скласти враження про оцінку якості життя щодо критеріїв фізичного (Physicalhealth - PH) і психічного (MentalHealth - MH) здоров'я [6, с.88-100]. При роботі з опитувальником досліджуваному слід перечитувати запитання, відповідати на них, користуючись запропонованими варіантами відповідей (залежно від запитання для вибору пропонується або 3, або 5 варіантів відповідей). Усі відповіді щодо запитань опитувальника досліджуваним пропонують давати з огляду на стан здоров'я за останні 4 тижні.

Перші 6 питань опитувальника досліджують показник якості життя, пов'язаного з фізичним здоров'ям; наступні шість тверджень – показник якості життя, пов'язаного з психічним здоров'ям.

При оцінюванні кожного показника якості здоров'я береться до уваги набрана досліджуваним сума балів. Чим вона вища, тим вища оцінка якості життя досліджуваного щодо критеріїв фізичного або психічного здоров'я.

Госпітальна шкала тривоги і депресії (HADS) A.S.Zigmond, R.P.Snaith призначена для роботи з пацієнтами після операцій, травм, перенесених складних захворювань [24, с.157-159]. Вона дозволяє виявити міру переважання стану депресії і тривоги як наслідок складнощів у реагуванні на ситуацію хвороби (нездоров'я). Шкала містить 14 тверджень (по 7 тверджень для діагностики рівня вираженості депресії і тривоги), завдяки яким можна оцінити міру наростання певної симптоматики. У якості варіантів для вибору відповіді досліджуваним пропонуються 4 варіанти, які змінюються залежно від формулювання твердження.

При обробці відбувається знаходження суми балів окремо за показниками депресії і тривоги. Для інтерпретації даних зважають на задані тестові норми показників (див. таблицю 2.3).

Таблиця 2.3 – Тестові норми для оцінювання рівня тривоги і депресії

Рівень депресії і/або тривоги	Кількість балів
Норма (відсутність достовірно виражених симптомів)	0-7
Субклінічно виражена тривога і/або депресія (межовий стан)	8-10
Помірно виражена тривога і/або депресія	11-15
Важка форма тривоги і/або депресії	понад 16 балів

Опитувальник сенсу життя (*The Meaning in Life Questionnaire, MLQ*) був створений для діагностики двох вимірів сенсу життя – наявність сенсу життя чи пошук сенсу життя. У першому випадку йдеться про визначення суб'єктивного розуміння особистості, що життя має сенс; у другому випадку – наскільки особистість умотивована на розуміння сенсу власного життя [24, с. 182]. В опитувальнику сенс життя трактується як ознака психологічного здоров'я, адже посттравматичне відновлення якраз і полягає у пошуку нового сенсу власного життя.

Опитувальник складається з 10 тверджень, оцінка яких відбувається за такими варіантами відповідей: «абсолютно згоден», «переважно згоден», «частково згоден», «складно відповісти», «більше незгоден», «переважно незгоден», «абсолютно незгоден».

При обробці даних зважають на те, що п.9 є зворотним. Знаходиться сума балів за всіма твердженнями опитувальника згідно з кожною шкалою окремо: наявність сенсу життя (1,4,5,6,9); пошук сенсу життя (2,3,7,8,10). Загальний діапазон кількості балів може варіюватися від 5 до 35 б.

Крім обраних діагностичних інструментів, потенціал яких для нашого дослідження був проаналізований вище, для дослідження на констатувальному етапі експерименту було розроблено анкету, до якої було включено такі запитання:

1. У минулому рейтинг 5 ключових цінностей (ідеалів, орієнтирів, важливостей) мого життя виглядав так... (від найбільш значущого до найменш значущого).
2. У теперішньому рейтинг 5 ключових цінностей (ідеалів, орієнтирів, важливостей) мого життя виглядає так... (від найбільш значущого до найменш значущого).
3. У майбутньому рейтинг 5 ключових цінностей (ідеалів, орієнтирів, важливостей) мого життя виглядатиме так... (від найбільш значущого до найменш значущого).
4. Чи можете Ви сказати з упевненістю, що можете вважати себе володарем свого життя (буквально, «Я маю можливість всім керувати і всім опікуватися без сторонньої допомоги»).
5. Як Ви можете оцінити фразу: «Моє життя керує мною. Від мене менше залежить те, що трапилося, й може ще трапитися» (додаток А).

Відповіді досліджуваних на перші три питання анкети нам були важливі з огляду на те, що варто було охарактеризувати динаміку цінностей досліджуваних, які зіштовхнулися з важкими життєвими ситуаціями й загрозами для стану власного здоров'я. Ми припускали, що існує ймовірність того, що цінності здоров'я та інші цінності будуть займати різні рейтингові позиції в індивідуальній ієрархії та часовій перспективі життя осіб, які проходять фізичну реабілітацію після травми.

Водночас, четверте і п'яте питання анкети мали посприяти можливості з'ясувати, наскільки події життя досліджувани вважають контрольованими (керованими), готові брати на себе відповідальність, або ж навпаки демонструвати схильність до екстернального локусу контролю.

Таким чином, на констатувальному етапі дослідження нами було використано 5 діагностичних інструментів (методик, опитувальників) і анкету, завдяки чому ми отримали змогу охарактеризувати психологічні особливості суб'єктивного благополуччя осіб, які проходять фізичну реабілітацію після травми.

Водночас, було важливим створити вибірку для проведення констатувального етапу експериментального дослідження психологічних особливостей суб'єктивного благополуччя осіб, які проходять фізичну реабілітацію після травми. З огляду на наміри порівняти між собою дві вибірки, що різнилися наявністю травми й проходженням фізичної реабілітації після травми, до участі в дослідженні були запрошені 72 осіб різного вікового діапазону (переважно особи у віці ранньої і середньої дорослості), які дали поінформовану згоду на участь в дослідженні й обробку їх емпіричних даних. Із них групу 1 склали особи, які отримали травму й проходять фізичну реабілітацію (n=38); групу 2 – особи, які не мали травми й не проходять фізичну реабілітацію на даний момент (n=34). Уточнені дані досліджуваної вибірки представлені у таблиці 2.4.

Таблиця 2.4 – Характеристики досліджуваної вибірки (к-ть осіб)

Характеристики	Група 1 (n=38)	Група 2 (n=34)
	Особи, які проходять фізичну реабілітацію після травми	Особи, які не проходять фізичну реабілітацію після травми
Віковий діапазон	15-20 р. – 2 21-39 р. – 30 41-60 р. – 4 понад 61 р. – 2	15-20 р. – 1 21-39 р. – 27 41-60 р. – 3 понад 61 р. – 3
Стать чоловіча	15-20 р. – 0 21-39 р. – 14 41-60 р. – 3 понад 61 р. – 0	15-20 р. – 1 21-39 р. – 13 41-60 р. – 2 понад 61 р. – 1
Стать жіноча	15-20 р. – 2 21-39 р. – 16 41-60 р. – 1 понад 61 р. – 2	15-20 р. – 0 21-39 р. – 14 41-60 р. – 1 понад 61 р. – 2

Крім того, вважаємо доречним зазначити тривалість проходження фізичної реабілітації учасників групи 1 після травми (рис. 2.2).

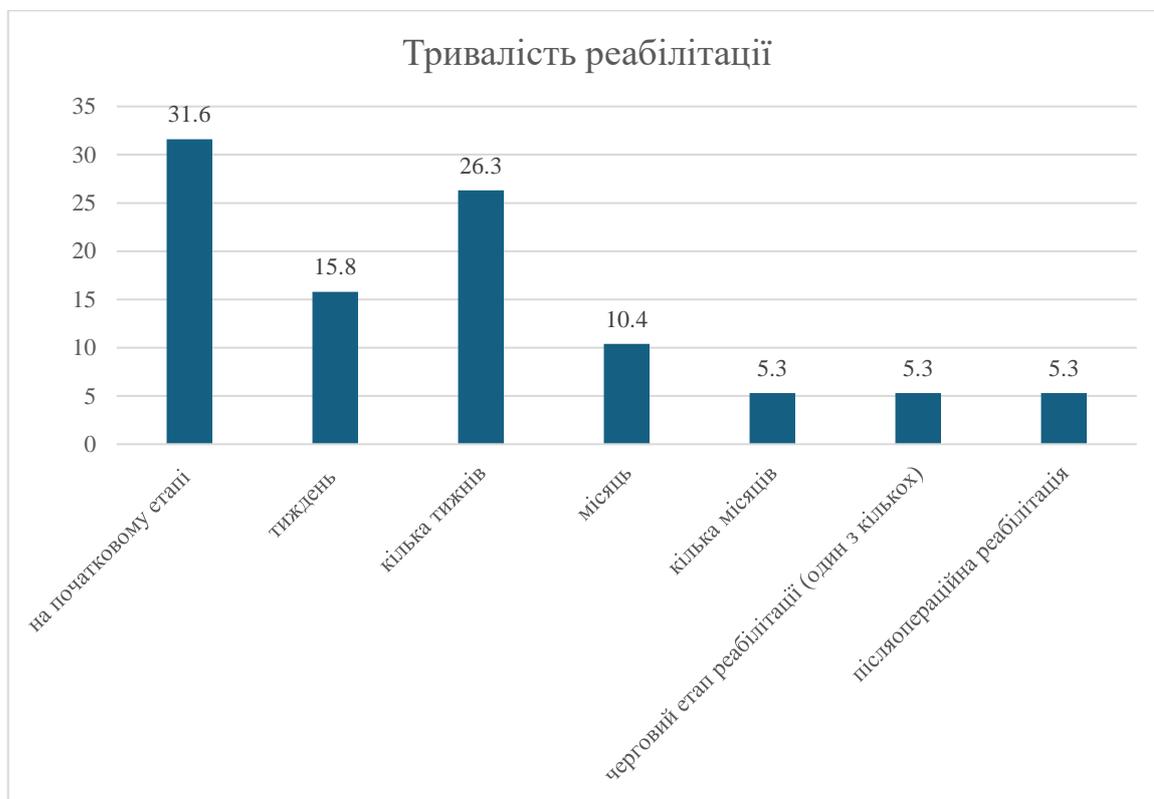


Рис.2.2 Статистика учасників групи 1 щодо тривалості проходження фізичної реабілітації після травми (у %).

Серед травм, які спонукали учасників групи 1 звертатися по послуги фізичної реабілітації, такі: переломи різної складності (ключиці, руки, ребра, ноги, шийки стегна, надколінка); травми (колінного суглоба, спини, коліна); вивихи (плеча, великий палець ноги, надколінка); розтягнення і розрив зв'язок; пошкодження м'язів; оперативне втручання після кульового поранення тощо.

Отже, констатувальний етап експериментального дослідження присвячений діагностиці й характеристиці психологічних особливостей суб'єктивного благополуччя осіб, які проходять фізичну реабілітацію після травми. Отримані результати важливі з огляду на необхідність і доцільність проектування формувального етапу психологічного експерименту.

2.2 Інтерпретація результатів констатувального етапу експериментального дослідження психологічних особливостей суб'єктивного благополуччя осіб, які проходять фізичну реабілітацію після травми

Згідно зі спроектованою логікою дослідницьких дій на констатувальному етапі психологічного експерименту було проведено психодіагностику й анкетування учасників створеної вибірки. Проаналізуємо отримані результати.

Як зазначалося у попередньому підрозділі, ключовий індикатор для нашого дослідження діагностувався з використанням «Модифікованої шкали суб'єктивного благополуччя БіБіСі» (The Modified BBC Subjective Well-being Scale (BBC-SWB) (P. Pontin, M. Schwannauer, S. Tai, M. Kinderman; адаптація Л. Карамушки, К. Терещенко, О. Креденцер). Відповідно, обробка передбачала одержання кількох важливих показників: рівень суб'єктивного благополуччя, рівень психологічного благополуччя, рівень фізичного здоров'я та благополуччя, та рівень задоволеності стосунками (таблиця 2.5).

Таблиця 2.5 – Узагальнені дані досліджуваних за «Модифікованою шкалою суб'єктивного благополуччя БіБіСі» (у %)

№ з/п	Назва показника	Група 1 (n=38)			Група 2 (n=34)		
		Високий	Середній	Низький	Високий	Середній	Низький
1	Психологічне благополуччя	15,8	50	34,2	26,5	50	23,5
2	Фізичне здоров'я та благополуччя	5,3	42,1	52,6	14,7	50	35,3
3	Стосунки	23,7	44,7	31,6	32,4	44,1	23,5
4	Суб'єктивне благополуччя	15,8	47,4	36,8	26,5	47	26,5

Якщо співставляти дані представників обох груп, які порівнювалися за показниками суб'єктивного благополуччя та його складових, можна помітити, що дещо вищі дані за усіма показниками, крім показника «стосунки» мають

представники групи 2, тобто особи, які не мали травми й на тепер не проходять фізичну реабілітацію після травми.

Виявлений у процесі діагностики високий рівень суб'єктивного благополуччя у представників обох груп (група 1 – 15,8%, група 2 – 26,5%) вказує на те, що у них переважаючими є задоволеність життям в цілому, досить стабільний емоційний фон, відчуття психічної рівноваги, відсутні різкі перепади настрою. Їм притаманний оптимістичний настрій, присутня позитивна налаштованість щодо підтримання стосунків з оточенням, а також маючи добрі здібності адаптації такі особи краще вирішують життєві труднощі, проблеми, стреси. Серед притаманних якостей також позитивне ставлення до себе, реалій і перспектив свого життя, адекватна самооцінка, розуміння необхідності роботи над собою у плані розвитку й досягнення нових життєвих цілей.

За низького рівня суб'єктивного благополуччя у представників досліджуваної вибірки (група 1 – 36,8%, група 2 – 26,5%) більше виражена негативна оцінка якості власного життя, переважають негативні емоції, можуть з'являтися відчуття смутку, незахищеності, самотності, внутрішньої порожнечі внаслідок браку задоволеності від поточної діяльності і від життя в цілому. Якщо говорити про осіб, які мають травму і проходять фізичну реабілітацію, їм більше притаманна невпевненість в майбутньому, з'являються думки про можливу безпорадність і обмеження повсякденної життєдіяльності, що знижує самооцінку й рівень домагань, змінює особистісні сенси й ресурси для розвитку.

Зниження рівня суб'єктивного благополуччя в загальному пов'язане із якістю міжособистісних стосунків, можливостями їх підтримувати, переживаннями самотності й відчуженості, або невмінням просити й отримувати соціальну підтримку. Це накладається на труднощі процесу реабілітації після травми, адже спостерігається втомлюваність, зниження активності й працездатності. Тут можна говорити про наявний дисбаланс між наявними потребами особистості й можливостями їх задоволення.

За шкалою «психологічне благополуччя» помітні також схожі відмінності у представників з різними рівнями та з обох порівнюваних груп. Саме в осіб з

високим рівнем переживання психологічного благополуччя в структурі суб'єктивного благополуччя більше виражена впевненість у можливостях досягнення в житті конкретних цілей, у наявності сенсу життя попри різні випробування й труднощі, які трапляються. Присутня позитивна самооцінка, впевненість у собі, у своїх думках та переконаннях, виражені прагнення до розвитку, до відновлення, до особистісного зростання. У таких осіб більше переважає оптимізм, позитивні емоції, вміння отримувати радість від буденних речей, реалізм й оптимізм щодо власного майбутнього. При труднощах і негараздах вони більше стресостійкі й гнучкі при зміні обставин життя, приймають виклики, відкриті до нового досвіду навіть у ситуаціях, які пов'язані із втратою фізичних можливостей, приймаючи себе з перевагами й недоліками. Також варто сказати про добру здатність встановлювати й підтримувати товариські взаємини з оточенням.

У представників обох груп із низьким рівнем психологічного благополуччя (група 1 – 34,2%, група 2 – 24,5%) задоволеність власним життям, досягненнями, особистісним розвитком і якістю функціонування низькі. Присутнє відчуття втрати життєвої гармонії, можливостей для самореалізації й досягнення бажаного через власну безпорадність. Це призводить до домінуючого переживання негативних емоцій, роздратованості й незадоволеності собою, іншими, життям в цілому. Такі особи відчувають нечіткість сенсу власного життя, вони песимістично ставляться до майбутнього, зациклені на обмеженнях сьогодення. Прояви невпевненості в собі, низька самооцінка, надмірна самокритичність можуть закріплювати негативні емоційні стани й негативний формат самоствавлення, а також позначатися на якості й успішності соціальних взаємин. Як наслідок, втрата близьких і довірчих взаємин через небажання нав'язувати свої проблеми, відчуття безсилля, самотності й непотрібності. Через змінені можливості функціонування знижується стресостійкість, мотивація, з'являється апатія, зникає бажання контролювати своє життя й вирішувати різні завдання й проблеми.

Результати проведеної діагностики за шкалою «фізичне здоров'я та благополуччя» також показують наявні відмінності в представників обох груп.

Можемо на рівні емпіричного порівняння стверджувати, що цей компонент суб'єктивного благополуччя у групи осіб, які мають травму й проходять фізичну реабілітацію, має дещо нижчі ознаки за рівнями (5,3%; 42,1%; 52,6%). Особи, які не мають травми і на тепер не проходять фізичну реабілітацію після травми (група 2), почуваються у більшій мірі задоволеними власним фізичним станом, функціонуванням організму, можливостями організму для відновлення фізичних ресурсів, можливостями активності й занять спортом, відпочинком і дозвіллям. Вони менше схильні до депресії та тривоги.

Учасники групи 1 оцінюють своє самопочуття, рівень фізичної активності, больові відчуття, дискомфорт, можливості контролю свого тіла нижче. Їм здається, що бракує фізичної тривалості, енергії і життєвого тону в такій мірі, як це було до одержаної травми. Тому й оцінка якості власного життя у фізичному вимірі у них також нижча (те саме стосується представників групи 1, які також мають низькі значення за цієї шкалою і не почуваються цілком задоволеними своїм фізичним станом).

У «Модифікованій шкалі суб'єктивного благополуччя БіБіСі» у якості складової суб'єктивного благополуччя розглядається також задоволеність стосунками, які склалися з оточенням. За результатами діагностики можемо казати про те, що на основі емпіричного порівняння не помітні суттєві відмінності у рівнях задоволеності стосунками представників обох порівнюваних груп. В цілому досліджуваним комфортно у спілкуванні з власним оточенням, рідними і близькими людьми. Власні стосунки з оточенням більшість з досліджуваних вважає досить позитивними, надійними і довірчими. Представники обох груп в більшості мають до кого звернутися по допомогу, можуть розраховувати на підтримку (у т.ч. емоційну), почуваються соціально включеними. Однак помітне небажання завдавати іншим клопоту, впертість і категоричність у осіб з групи 1, які проходять фізичну реабілітацію після травми, хоча й є розуміння, що допомога сторонніх виявиться доречною.

За середнього й низького рівня благополуччя у сфері стосунків (група 1 – 44,7% і 31,6%; група 2 – 44,1% і 23,5%) спостерігається зниження вмінь і

можливостей будувати здорові стосунки з оточенням, бракує співпереживання, взаєморозуміння й можливостей конструктивного діалогу. Це впливає на відчуття єдності з іншими, на втрату інтересу й довіри до інших, що потенційно може призвести до самотності, відчуженості, коли стосунки перестають бути джерелом підтримки й позитивних емоцій, не допомагають у особистісному зростанні. Подекуди навіть може виникати думка про те, що інші особи надміру втручаються, або надміру ігнорують, що призводить до образ, критики й знецінення, появи відчуття «зайвості», напруги й внутрішнього виснаження.

Узагальнюючи результати діагностики за «Модифікованою шкалою суб'єктивного благополуччя БіБіСі», можемо сказати, що емпірично помітні відмінності у представників групи 1 і групи 2 за загальним рівнем суб'єктивного благополуччя і рівнем психологічного благополуччя; більші відмінності між порівнюваними групами спостерігаємо за рівнем фізичного здоров'я та благополуччя; меншою мірою присутні особливості проявів за рівнем переживання благополуччя у сфері стосунків.

Однак, вважаємо, що зроблені нами емпіричні припущення варто перевірити з використанням математично-статистичних підрахунків. З цією метою було використано критерій Стюдента (комп'ютерна програма обробки даних SPSS V.21.0). Результати обчислення, представлені таблиці Б.1 додатку Б, вказують на існування статистично значущих відмінностей між порівнюваними групами за кількома показниками (рис.2.3).

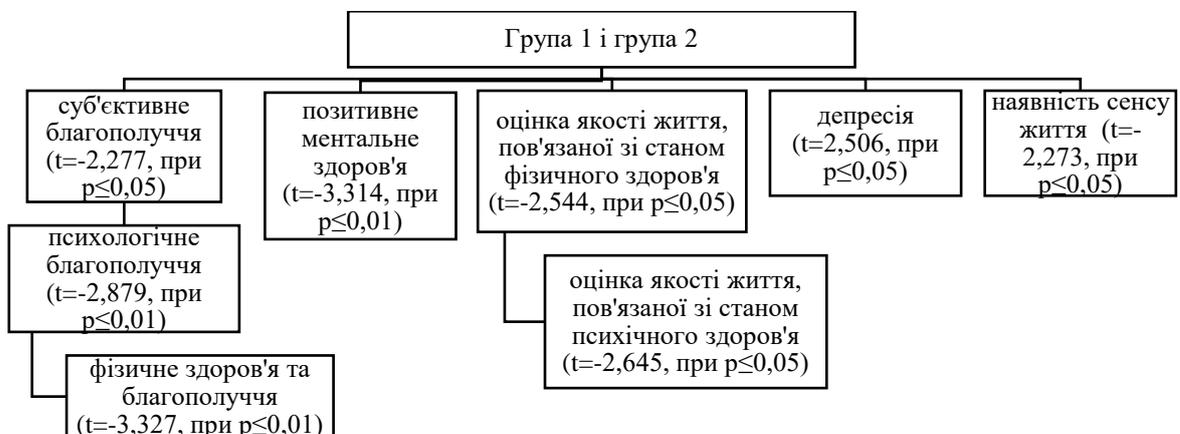


Рис.2.3 Статистично значущі відмінності між обома групами на констатувальному етапі психологічного експерименту.

Присутність окремих відмінностей між представниками груп, що різняться наявністю травми і проходженням фізичної реабілітації після травми, спостерігаємо за «Шкалою позитивного ментального здоров'я» (Positive Mental Health Scale (PMH-SCALE) (J. Lukat, J. Margraf, R. Lutz, W. M. Van der Veld, & E. S. Becker; адаптація Л. Карамушки, О. Креденцер, К. Терещенко). Можна припускати, що існують особливості між двома групами щодо спрямованості ментального здоров'я, як показника високої задоволеності життям, життєвою активністю, збереження стресостійкості й соціальної контактності (таблиця 2.6).

Таблиця 2.6 – Узагальнені дані досліджуваних за «Шкалою позитивного ментального здоров'я» (у %)

№ з/п	Назва показника	Група 1 (n=38)			Група 2 (n=34)		
		Високий	Середній	Низький	Високий	Середній	Низький
1	Позитивне ментальне здоров'я	21	44,7	34,3	29,4	50	20,6

Отже, можна вказувати на те, що для більшості представників обох порівнюваних груп характерний середній рівень позитивного ментального здоров'я, що характеризує помірний рівень гармонійності функціонування психічного життя, за якого є можливості справлятися з труднощами, реалізувати власний потенціал і підтримувати бажаний рівень стосунків з оточенням, але, водночас, присутні ознаки нестабільного психічного реагування. За середнього рівня позитивного ментального здоров'я хоча є загалом задоволеність життям, але вона має періодичні сумніви. Коливається баланс позитивних і негативних емоцій, що не додає представникам цього рівня емоційної стабільності, а також може позначитися на стресостійкості, провокувати появу значного напруження. Частково прийнятним є і сенс життя, нестійкою мотивація до розвитку. Соціальні стосунки наявні, нагадують більше підтримуючий контекст.

У меншій частини представників обох груп (група 1 – 21%, група 2 – 29,4%) виявлено високий рівень позитивного ментального здоров'я тобто оптимальності

психічного функціонування, що вказує на достатньо добре розвинуті внутрішні психологічні ресурси, спроможні підтримувати хороший гармонійний стан функціонування психіки й позитивне самоствавлення. Це забезпечується завдяки емоційному балансу, переважанню позитивних емоцій, наявності сенсу й задоволеності життям, оптимістичному ставленню до теперішнього й майбутнього. За високого рівня позитивного ментального здоров'я більше саме позитивна самооцінка, самоприйняття, саморозуміння, що допомагає краще використовувати свої можливості для досягнення нових цілей, а також долання труднощів і перешкод, підтримки бажаного рівня соціальних контактів у сім'ї, на роботі, під час навчання тощо. Досить високий рівень опірності стресу й можливостей відновлення після складних подій і травм позитивно позначаються на різних сферах життєдіяльності таких осіб, збереженні життєвої енергії, що покращує переживання гармонії із собою і світом.

Водночас у частини (група 1 – 34,3%, група 2 – 20,6%) учасників з обох порівнюваних груп виявлено низький рівень позитивного ментального здоров'я, який свідчить про порушення гармонійності функціонування психіки, зниження відчуття задоволеності якістю свого життя через наявні труднощі в емоційній, когнітивній, соціальній сферах та у діяльності й поведінці. У емоційній сфері спостерігаються неконтрольовані й більш часті емоційні зриви, які знижують здатність тримати баланс і відновлювати рівновагу, зокрема й після стресу, присутні також труднощі із контролем власних переживань. Песимізм і відчуття безнадійності через необхідність реабілітації і зміну формату життя можуть розповсюджуватися й на майбутнє. Помірна або така, яка не задовольняє, життєва активність потенційно може викликати окремі труднощі у самооцінці, стосунках з оточенням й спровокувати відчуття ізольованості, залишеності або відторгнення (що подекуди не має реального підґрунтя), апатії, зниження або втрату мотивації до життя. Тимчасові обмеження функціональної активності впливають і на можливість виконувати повсякденні обов'язки, а через травму й виснаженість можуть значно вплинути й на загальну працездатність та на спроможність самореалізуватися.

Короткий опитувальник якості життя (SF-12) J. E. Ware дозволив оцінити міру задоволення представниками порівнюваних груп станом свого фізичного і психічного здоров'я за останні 4 тижні, що виражаються відповідно у показниках оцінки якості життя, пов'язаного зі станом фізичного здоров'я і оцінки якості життя, пов'язаного зі станом психічного здоров'я (таблиця 2.7).

Таблиця 2.7 – Узагальнені дані досліджуваних за «Коротким опитувальником якості життя (SF-12)» J. E. Ware (у %)

№ з/п	Назва показника	Група 1 (n=38)			Група 2 (n=34)		
		Високий	Середній	Низький	Високий	Середній	Низький
1	Якість життя, пов'язана з оцінкою стану фізичного здоров'я	10,5	50	39,5	20,6	52,9	26,5
2	Якість життя, пов'язана з оцінкою стану психічного здоров'я	18,4	52,6	29	29,4	52,9	17,7

Отримані за цією методикою значення учасників групи 1, представники якої проходять фізичну реабілітацію після травми, відрізняються від отриманих значень групи 2. Можемо підсумовувати, що учасники групи 1 своїми відповідями засвідчили, що впродовж останнього місяця їх якість життя пов'язана зі здоров'ям (Health-Related Quality of Life – HRQOL) була дещо нижчою у плані фізичного здоров'я, оскільки змінився фізичний стан, можливості повсякденного функціонування, був присутній вплив певного обмеження внаслідок отриманої травми на фізичне і психічне самопочуття, активність і настрої.

Для учасників групи 1 більше виражені обмеження щодо здатності виконувати повсякденні дії, зберігати бажаний рівень фізичної активності й мати фізичні навантаження в обсязі, відповідному часу до отримання травми. У них

виявляється сильніше суб'єктивне відчуття дискомфорту, зниження настрою, з'являються больові відчуття й втома, що позначається не лише на загальному стані самопочуття, а й на можливості підтримувати бажаний рівень соціальних зв'язків і міжособистісної комунікації, брати участь у суспільному житті.

Щоправда, і в окремих учасників групи 2 за останні чотири тижні були досить виражені ознаки втоми, фізичного дискомфорту, погіршення сну, з'являвся головний і серцевий біль, що стимулювало необхідність вживання ліків і вплинуло на якість виконання повсякденних завдань, на можливості концентрації уваги, пам'яті й мислення. Крім того, такий стан організму впливав на якість стосунків з рідними й близькими, обмежував різні види повсякденної активності як в домашньому середовищі, так і на навчанні й на роботі. Ці досліджувані сказали також про те, що їм впродовж недавнього часу треба було дещо більше часу на відновлення й відпочинок, на відміну від інших періодів життя.

Обробка даних за «Коротким опитувальником якості життя (SF-12)» J. E. Ware показала також, що є певні особливості у представників двох досліджуваних груп щодо оцінки якості життя, пов'язаної зі станом психічного здоров'я. Можемо спостерігати, що стан психологічного комфорту, емоційного благополуччя й рівень задоволеності життям дещо вищі в групі 2, що вказує на здатність представників цієї групи успішно функціонувати у повсякденному житті. Учасники групи 2 більше задоволені своїм життям, мають відчуття впевненості й віри в себе, вони більш стійкі до стресу й конфліктів, позитивно налаштовані щодо реалізації свого потенціалу, досягнення цілей й розвитку здібностей. У ситуаціях стресу їм властиве більше успішне подолання й використання продуктивних копінгів, вихід з ситуації стресу без значних порушень у самопочутті та з підтриманням хорошої ефективності у справах, спілкуванні, навчанні, інших видах діяльності. Також їм вдається добре розуміти свої емоції й керувати ними, будувати якісні стосунки з оточенням та підтримувати активність у суспільстві. Це більш позитивно впливає на рівень благополуччя й добробуту. Таким чином, між даними обох порівнюваних груп більша відмінність виявлена саме за фізичним компонентом здоров'я, на відміну від психічного компоненту.

Використання «Госпітальної шкали тривоги і депресії (HADS)» *A. S. Zigmond, R. P. Snaith* дозволило нам виявити особливості проявів станів депресії і тривоги, що потенційно можуть розвиватися унаслідок труднощів через індивідуальне реагування особи на ситуацію хвороби, травми, перенесеного хірургічного втручання тощо (таблиця 2.8).

Таблиця 2.8 – Узагальнені дані досліджуваних за «Госпітальною шкалою тривоги і депресії (HADS)» (у %)

№ з/п	Назва показника	Група 1 (n=38)				Група 2 (n=34)			
		Важка форма	Помірно виражена	Межовий стан	Норма (відсутність достовірно виражених клінічних симптомів)	Важка форма	Помірно виражена	Межовий стан	Норма (відсутність достовірно виражених клінічних симптомів)
1	Тривога	2,6	21,1	44,7	31,6	-	11,8	44,1	44,1
2	Депресія	-	5,3	31,5	63,2	-	2,9	14,7	82,4

За результатами діагностики помітно, що присутні відмінності між двома порівнюваними групами за показником «тривога», а також за показником «депресія».

Можна вказувати на те, що стан тривоги характерний обом групам з вибірки констатувального етапу, однак саме в групі 1, тобто групи осіб, які проходять фізичну реабілітацію після травми, він проявляється на більш високому рівні, що в негативному контексті розвитку подій може призвести до афективних розладів. Ознаками тривоги у досліджуваних є стривоженість, відчуття знервованості, стурбованості, перебування у напрузі внаслідок обставин змін у стані здоров'я через отриману травму й необхідність фізичної реабілітації.

У осіб 1 групи прояви тривоги мали значно ширшу представленість з переважанням саме тривожних ознак. Відзначалися прояви неспокою, пригніченого настрою (або навпаки роздратованості в осіб чоловічої статі); слабкості, втоми і втрати енергійності; тривоги й страхів; зниження інтересу до

реалій життя, жаги до життя та незадоволеність життям; порушення сну (безсоння або сонливість); загальмованість і занепокоєння (на рівні рухів – метушливість); труднощі щодо зосередження й концентрації, відчуття «порожнечі» в голові. Інколи досліджувані виказували негативні думки, ірраціональні за характером, з моментами самозвинувачення. У групі 2 прояви депресії і тривоги були нижчими.

За результатами обробки «*Опитувальника сенсу життя (The Meaning in Life Questionnaire, MLQ)*» ми отримали можливість визначитися із співвідношенням в обох групах наявності сенсу життя чи пошуку сенсу життя, що впливає на продуктивність посттравматичного відновлення.

Якщо зважати на виявлені особливості у представників обох порівнюваних груп, можна говорити про те, що у досліджуваних із наявним сенсом життя більше присутні відчуття, що життя має ціль, у них є своє призначення і суб'єктивна цінність в житті. Такі особи більше відчувають повноту, цілісність і розуміння власного місця в світі. Вони мають впевненість, що життя не хаотичне і безцільне, а має наповненість індивідуальними значеннями попри будь-які обставини, випробування й стреси. Унаслідок, такі особи мають більш сталі відчуття щастя, задоволення життям, приймають відповідальність і здатні долати труднощі, відчувають стабільність і впевненість у майбутньому.

Пошук сенсу життя як результат, що переважає у досліджуваних осіб обох груп, більше про намагання знайти чи усвідомити ціль життя, його сенс унаслідок узагальнення переживань, аналізу свого досвіду і рефлексії. Пошук сенсу життя як процес може тривати довгий час, спонукатися кризою, травматичними подіями, зміною і/або втратою і/або переоцінкою цінностей, прагненням до кращого самопізнання, пошуком нового досвіду.

Якщо порівняти кількісне співвідношення щодо відсотка осіб, у яких наявний сенс в житті та які в пошуку сенсу життя, то можемо констатувати, що помітна майже однакова представленість в учасників групи 1 й групи 2. Помітна спрямованість на пошук сенсу життя у 39,5% учасників групи 1 і 38,2% учасників групи 2 (рис. 2.4).

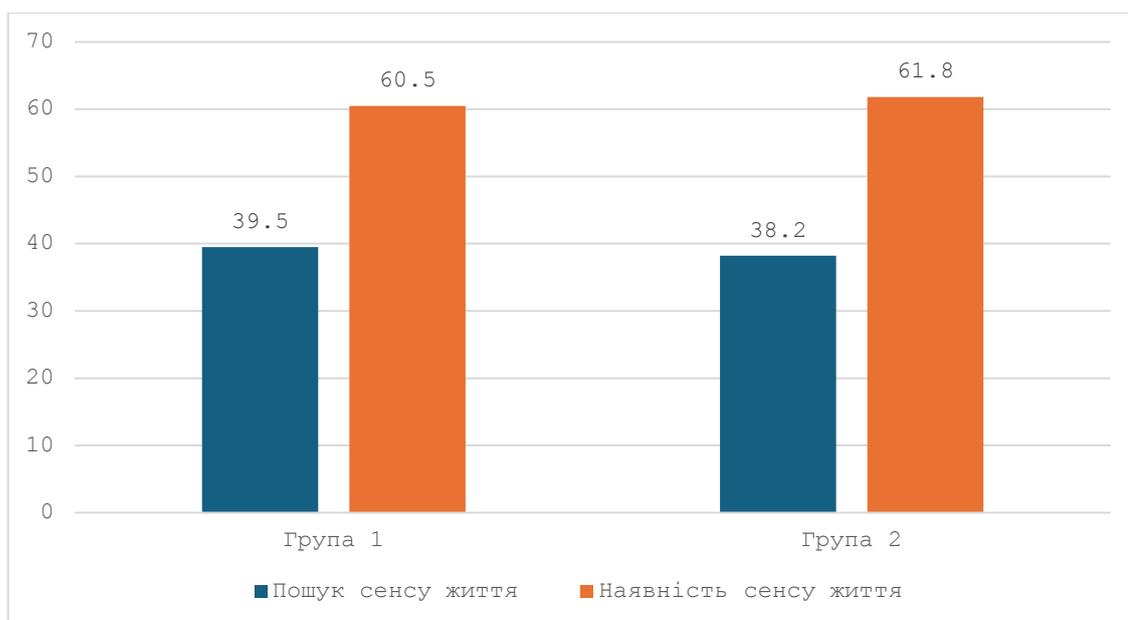


Рис.2.4 Співвідношення в обох групах наявності сенсу життя чи пошуку сенсу життя (у %).

Представимо також аналіз даних досліджуваних учасників обох груп вибірки за питаннями авторської анкети. До анкети було включено два запитання, які мали допомогти нам з'ясувати міру очікувань досліджуваних щодо їх можливостей контролювати власне життя, керувати ним і обходитися без сторонньої допомоги. Відсоткові дані відповідей на ці два питання представників обох груп подано на рис. 2.5.

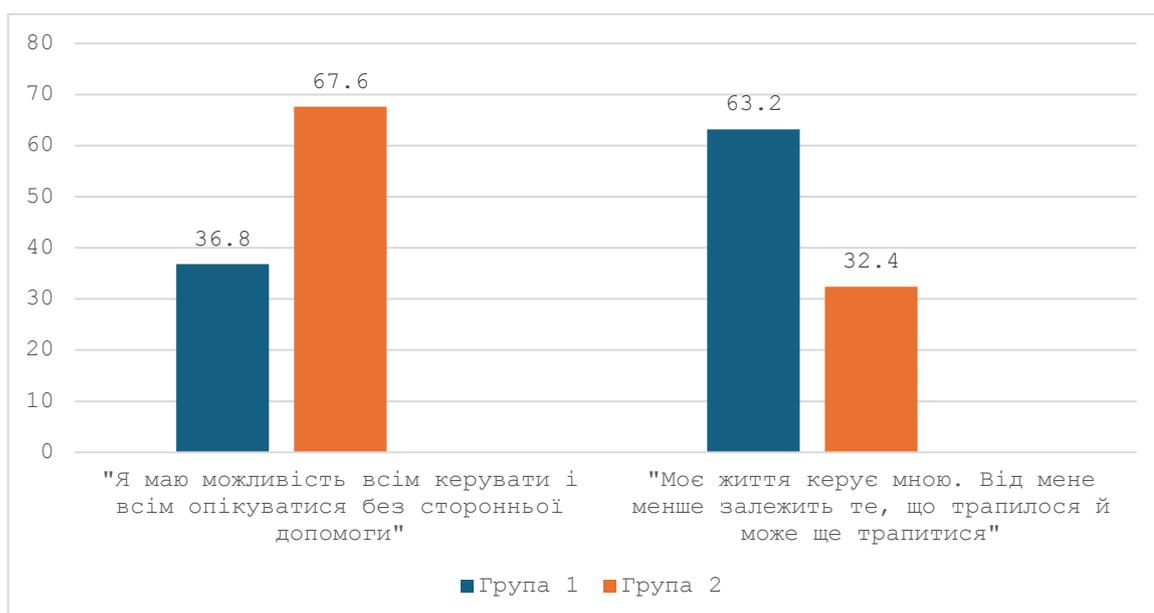


Рис.2.5 Співвідношення в обох групах відповідей на питання анкети (у %).

У групі 1 14 осіб (36,8%) визнали можливість керувати життям і опікуватися вирішенням різних справ без сторонньої допомоги; у групі 2 – 23 осіб (67,6%). Відповідно, інша частина при відповідях визнала більше екстернальність, тобто те, що їх життя менше залежить від власної волі, бажань, можливостей; для реалізації власних потреб таким особам потрібне зовнішнє втручання, допомога оточення.

До анкети також було включено запитання, покликані з'ясувати, чи змінилася система цінностей і ключових індикаторів суб'єктивного благополуччя осіб, які мають досвід фізичної реабілітації після травми, у порівнянні із учасниками групи 2. Питання давали можливість висловитися щодо минулого етапу життя, теперішнього й висловити припущення щодо того, які очікування є з цього приводу на майбутнє (рис. 2.6-2.11). При обробці ми зважали в першу чергу на перші рейтингові місця. Також зауважимо, що попри прохання зазначити 5 позицій, деякі учасники анкетування залишили або менше, або більше варіантів відповідей. Так були варіанти відповідей типу «нічого не змінилося», «цінності такі самі», «важко сказати» тощо.

У минулому рейтинг 5 ключових цінностей (ідеалів, орієнтирів, важливостей) мого життя виглядав так... (від найбільш значущого до найменш значущого)

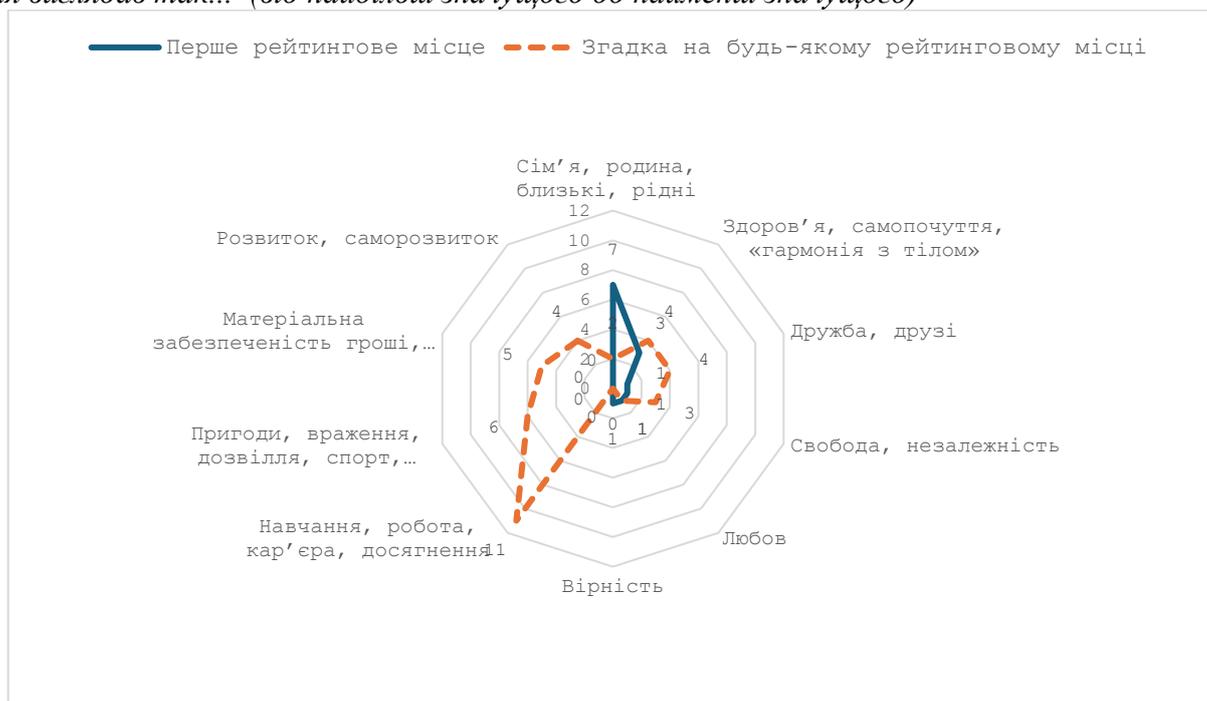


Рис.2.6 Узагальнені частоти відповідей учасників групи 1 щодо суб'єктивної значущості цінностей у минулому з огляду на місця в індивідуальному рейтингу.

Отже, як бачимо, щодо минулого періоду життя представники групи 1 констатують більшу значущість цінності стосунків з сім'єю і рідними (перше рейтингове місце – 7 виборів / на будь-якому іншому рейтинговому місці – 2); уваги до власного стану здоров'я (3/4); підтримання дружніх взаємин (1/4); орієнтації на цінності свободи й незалежності (1/3), любові (1/1), вірності (1/0).

Водночас, щодо частотності виборів представниками групи 1 за іншими (крім першого) рейтинговими місцями бачимо надання переваги можливостям навчання, роботи, побудови кар'єри й досягненням (0/11); отримання позитивних вражень від пригод, подорожей, дозвілля, відпочинку, занять спортом (0/6); достатньому матеріальному забезпеченню й матеріальним благам (0/5); розвитку й саморозвитку (0/4). Серед інших суб'єктивно значущих цінностей представниками групи 1 поодинокі згадувалися (0/1): прийняття, розуміння, доброзичливість, чесність, доброчинність, благочестя; «жити з вірою в Бога»; «відчуття того, що я залишу свій слід після себе» та ін.

У теперішньому рейтинг 5 ключових цінностей (ідеалів, орієнтирів, важливостей) мого життя виглядає так... (від найбільш значущого до найменш значущого)



Рис.2.7 Узагальнені частоти відповідей учасників групи 1 щодо суб'єктивної значущості цінностей у теперішньому з огляду на місця в індивідуальному рейтингу.

З рис. 2.7 можна зробити висновок, що в учасників групи 1 щодо цінностей теперішнього часу відбулося зміщення в бік надання переваги цінності здоров'я і відновлення після травми (8/5), а також важливості підтримки сім'ї і близьких (6/5), любові (1/1) і вірності (1/0). Помічаємо також наміри збереження можливостей роботи, кар'єри, професійної реалізації, досягнення успіху (0/7); подорожей, вражень, занять спортом (0/5); виражена орієнтація на розвиток і саморозвиток (0/5). Представники групи 1 змістили в низ рейтингу матеріальні цінності (матеріальна стабільність, гроші) (0/4); цінності підтримання стосунків із друзями (0/3). На відміну від рейтингового ряду цінностей минулого періоду життя, з'явилася згадка важливості цінностей стабільності й безпеки, досягнення й підтримання спокою і внутрішньої гармонії (0/3), а також важливості самовираження й творчості (0/2). Також як і щодо минулого, окремі представники групи 1 зазначили важливість цінностей доброзичливості, чесності, доброчинності, благочестя (0/1).

У майбутньому рейтинг 5 ключових цінностей (ідеалів, орієнтирів, важливостей) мого життя виглядатиме так... (від найбільш значущого до найменш значущого)

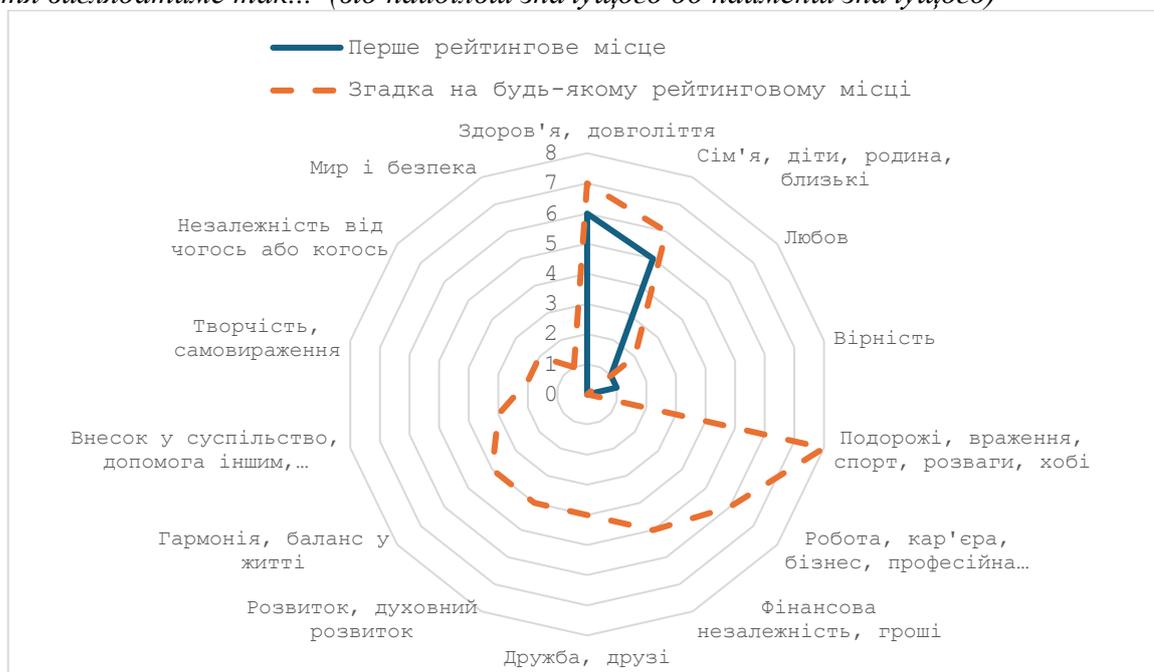


Рис.2.8 Узагальнені частоти відповідей учасників групи 1 щодо суб'єктивної значущості цінностей у майбутньому з огляду на місця в індивідуальному рейтингу.

Узагальнення відповідей учасників групи 1 щодо значущих цінностей майбутнього проміжку власного життя показало, що важливими залишаються цінності підтримання здоров'я (6/7), міцних родинних зв'язків (5/6), що базуються на любові (1/2) і вірності (1/0). Важливим для досліджуваних цієї групи є також реалізація в майбутньому більших можливостей подорожувати, займатися спортом і хобі, мати розваги, отримувати нові враження (0/8), мати достатню фінансову незалежність (0/5). Для майбутнього періоду життя представники групи 1 визначають важливість спілкування з друзями (0/4), опіки свої розвитком і саморозвитком (0/4), можливостей для творчості і самовираження (0/2). Водночас, саме стосовно майбутнього в учасників групи 1 з'явилися установки щодо цінності й необхідності досягнення гармонії і балансу у житті (0/4), особистого внеску у суспільну справу, допомогу іншим, служіння людям (0/3), підтримання незалежності від будь-чого (0/2) і цінність миру й безпеки, благочестя тощо (0/1).

Проаналізуємо також відповіді на питання анкети щодо цінностей минулого, теперішнього і майбутнього учасників групи 2 (особи, які не проходять фізичну реабілітацію після травми).

У минулому рейтинг 5 ключових цінностей (ідеалів, орієнтирів, важливостей) мого життя виглядав так... (від найбільш значущого до найменш значущого)

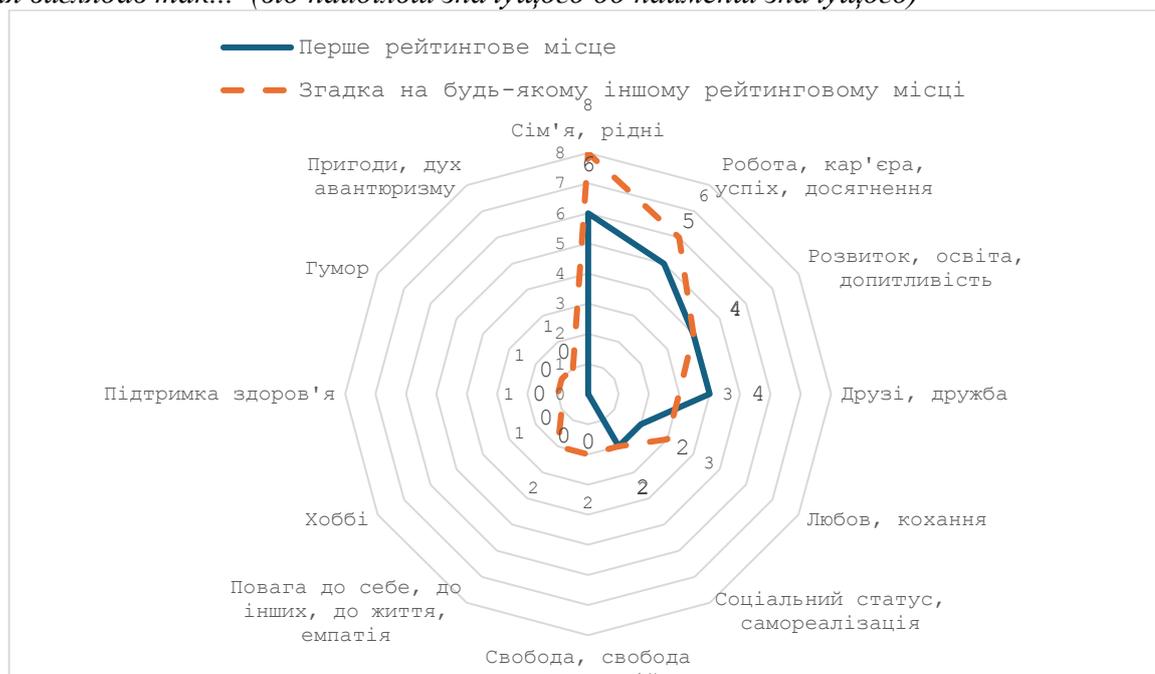


Рис.2.9 Узагальнені частоти відповідей учасників групи 2 щодо суб'єктивної значущості цінностей у минулому з огляду на місця в індивідуальному рейтингу.

Узагальнені відповіді учасників групи 2 показують, що в минулому представники цієї групи вибірки у якості цінностей і пріоритетів свого життя визнавали стосунки в сім'ї і з рідними (6/8), орієнтованість на роботу, кар'єру, досягнення успіху (5/6) й соціального статусу (2/2), освіту й розвиток (4/4), дружні стосунки (4/3) й кохання (2/3). Для порівняння з групою 1, можемо сказати, що цінність здоров'я щодо минулого періоду життя у представників групи 2 виражена значно менше (0/1). За частотою згадок близькими виявилися цінності свободи (0/2), поваги до себе (0/2), можливості займатися хобі (0/1), почуття гумору (0/1), пригоди й дух авантюризму (0/1).

У теперішньому рейтинг 5 ключових цінностей (ідеалів, орієнтирів, важливостей) мого життя виглядає так... (від найбільш значущого до найменш значущого)

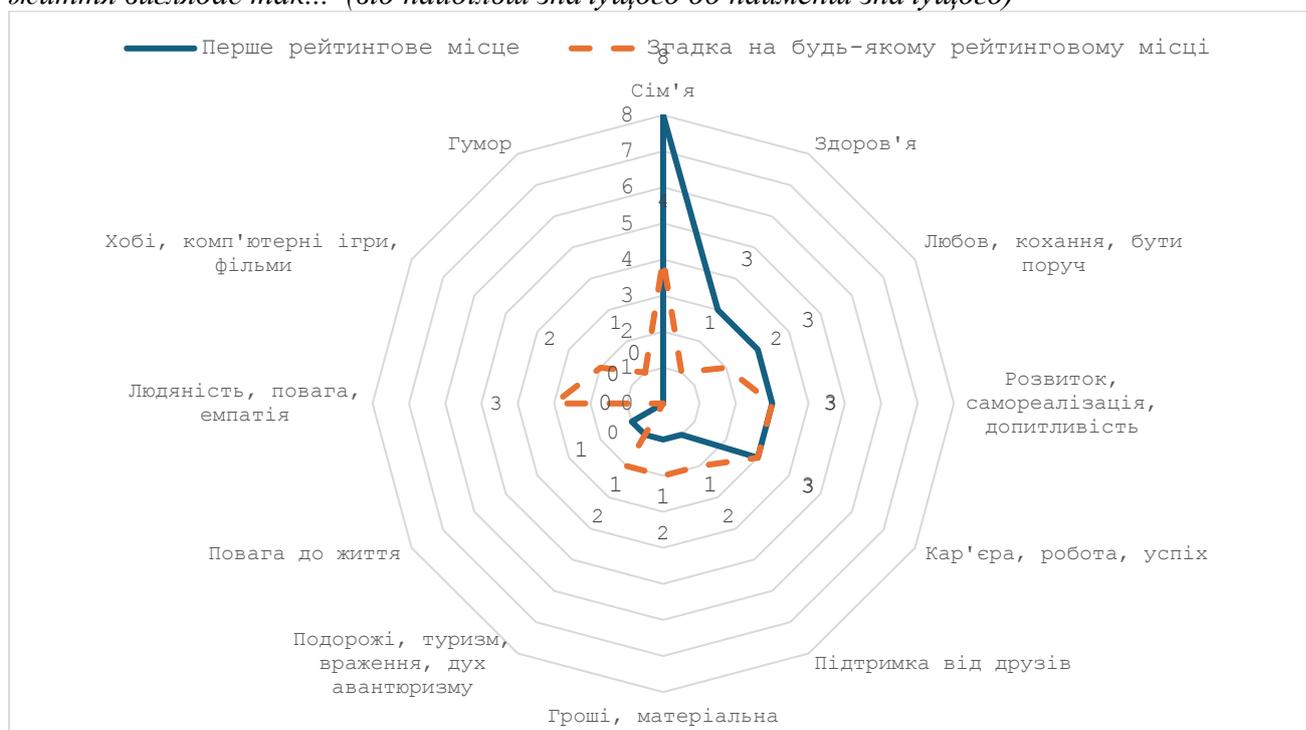


Рис.2.10 Узагальнені частоти відповідей учасників групи 2 щодо суб'єктивної значущості цінностей у теперішньому з огляду на місця в індивідуальному рейтингу.

Отже, можна помітити певні зміни в рейтингуванні цінностей учасників групи 2 щодо теперішнього періоду життя. Як і щодо минулого, перевага надається цінності сім'ї та стосунків з рідними людьми (8/4), коханими (3/2), друзями (1/2).

Однак, цінність здоров'я (3/1) тепер займає другу рейтингову позицію за частотою згадок учасників групи 2 (в учасників групи 1 – ця цінність на першому рейтинговому місці (8/5)). Також відчутна спрямованість учасників групи 2 на розвиток і самореалізацію (3/3), досягнення кар'єрних і професійних успіхів (3/3), що в загальному відповідає тенденції відповідей учасників групи 1 (0/5 і 0/7 відповідно), однак саме в учасників групи 1 це не є головним пріоритетом. У теперішньому зберігається цінність матеріальної незалежності (1/2), бажання подорожувати й отримувати нові враження (1/2), що також притаманно виборам учасників групи 1 (0/4 і 0/5 відповідно). Серед цінностей і важливостей теперішнього етапу життя учасники групи 2 також визнали: повагу до життя (1/0), людяність, повагу й емпатію (0/3); певні гедоністичні установки – можливість займатися хобі, грати в комп'ютерні ігри, дивитися фільми, взагалі нічого не робити (0/2); почуття гумору (0/1) тощо.

У майбутньому рейтинг 5 ключових цінностей (ідеалів, орієнтирів, важливостей) мого життя виглядатиме так... (від найбільш значущого до найменш значущого)

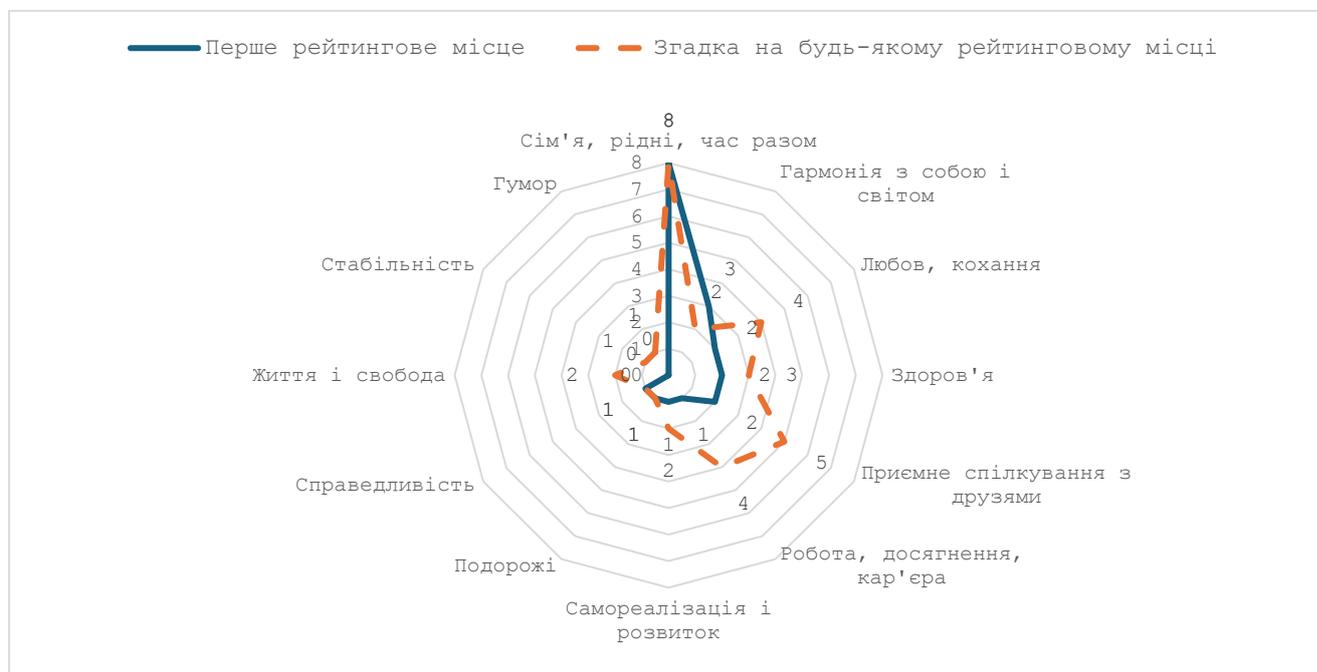


Рис.2.11 Узагальнені частоти відповідей учасників групи 2 щодо суб'єктивної значущості цінностей у майбутньому з огляду на місця в індивідуальному рейтингу.

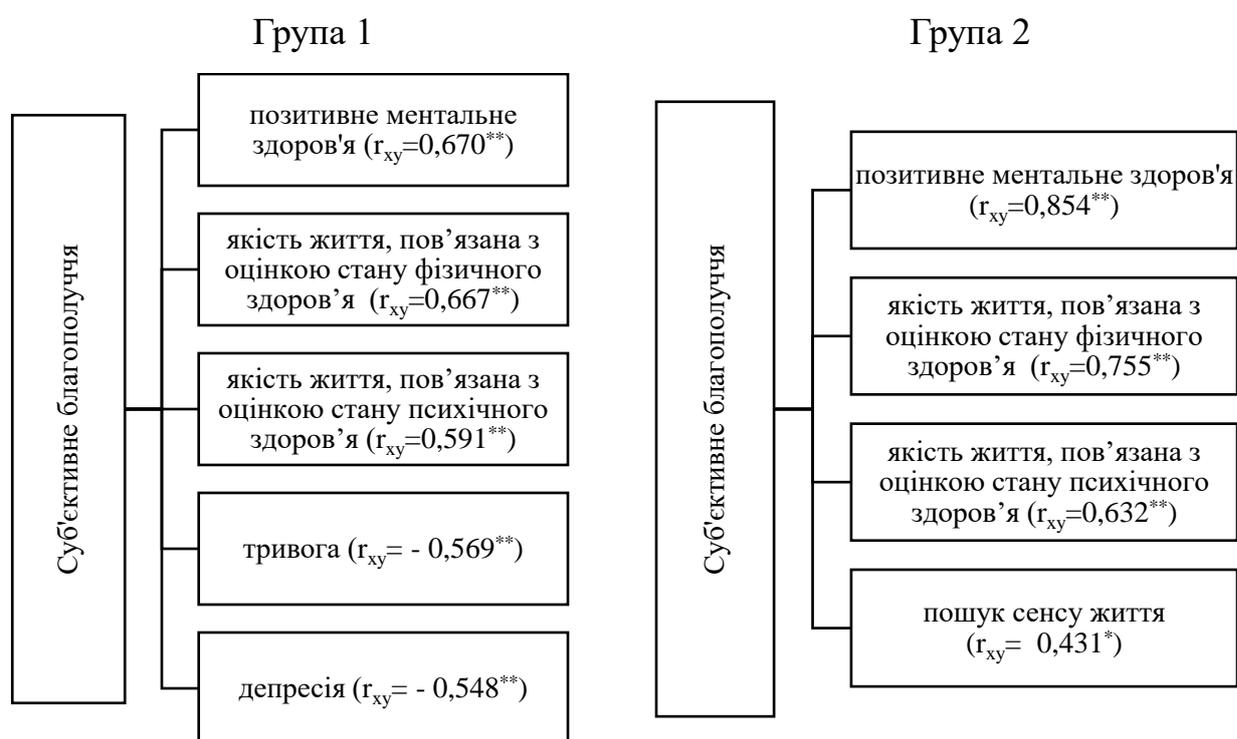
Якщо узагальнити відповіді учасників групи 2 на питання щодо цінностей, ідеалів, важливостей майбутнього етапу їхнього життя, можна помітити збереження пріоритету цінності сім'ї й можливостей проводити час разом (8/8); помітна орієнтація учасників групи на 2 на досягнення й підтримання гармонії у житті (3/2), щирого кохання й любові (2/4), приємне спілкування з друзями (2/5). Тобто в цілому більшою мірою щодо власного майбутнього учасники групи 2 спрямовані на підтримання широкого кола комунікації і взаємин зі значущими людьми, що характерне й виборам учасників групи 1 (5/6). Помітне зниження у рейтингу відповідей цінності опікування в майбутньому власним здоров'ям (2/3). Водночас, у представників групи 1 цінність здоров'я і довголіття щодо майбутнього посідає перше місце в індивідуальних рейтингах багатьох опитаних. Також можемо говорити про зорієнтованість у майбутньому на досягнення успіхів у роботі, кар'єрі (1/4), на розвиток і самореалізацію (1/2), можливості подорожувати (1/1). Серед інших цінностей – справедливість (1/1), життя і свобода (0/2), стабільність (0/1), а також почуття гумору у житті (0/1). На відміну від групи 1, в учасників групи 2 не представлені альтруїстичні цінності, цінності благодійництва й служіння іншим, а також цінності миру та безпеки.

Таким чином, анкетування показало наявність певних відмінностей у ціннісній сфері представників обох груп вибірки дослідження. Саме в учасників групи 1 цінність підтримання і збереження здоров'я, його відновлення й довголіття займає важливу роль для різних етапів часу життя. Для обох груп характерне визнання важливості сімейних, родинних, дружніх стосунків у минулому, теперішньому й майбутньому, професійних досягнень, матеріальної стабільності.

Більшою мірою учасники групи 1 орієнтовані на розвиток, самореалізацію, творчість; бажають подорожувати, отримувати нові враження й приємні переживання. Також учасники групи 1 з огляду на власний досвід розцінюють важливість власної участі в допомозі іншим особам, хто потребує допомоги й підтримки в непростий час воєнного сьогодення й повоєнної відбудови.

На констатувальному етапі експериментального дослідження було також проведено кореляційний аналіз за діагностичними показниками групи 1 і групи 2

вибірки для того, щоб з'ясувати, чи існує взаємозв'язок між рівнем суб'єктивного благополуччя та мірою позитивності ментального здоров'я; оцінкою якості життя, пов'язаною зі станом фізичного і психічного здоров'я; рівнем тривоги і депресії; вимірами сенсу життя. Обчислення проводилися у комп'ютерній програмі обробки даних SPSS V.21.0 з використанням критерію Пірсона. Виявлені значущі кореляційні зв'язки представлено на рис.2.12; повністю скріншот результатів обчислень – у таблицях В.1, В.2 додатку В.



кореляції виявлені на рівнях значущості: ** $p \leq 0,01$; * $p \leq 0,05$.

Рис.2.12 Виявлені значущі кореляційні зв'язки між досліджуваними показниками у представників обох груп вибірки на констатувальному етапі психологічного експерименту.

Із результатів кореляційного аналізу можемо зробити висновки про те, що для учасників групи 1 важливими детермінантами суб'єктивного благополуччя виступають позитивне ментальне здоров'я, задоволеність якістю власного функціонування у плані фізичного і психічного здоров'я, а також відсутність

симптомів тривоги і депресії. В учасників групи 1 не виявлено статистично значущих кореляційних зв'язків між суб'єктивним благополуччям і пошуком/наявністю сенсу в житті (щоправда справедливо зауважити, що виявлено статистично значущий кореляційний зв'язок в парі «якість життя, пов'язана з оцінкою стану психічного здоров'я – наявність сенсу життя» ($r_{xy}=0,331$, при $p \leq 0,05$), а також «якість життя, пов'язана з оцінкою стану психічного здоров'я – пошук сенсу життя» ($r_{xy}=0,508$, при $p \leq 0,01$).

Відповідно, для учасників групи 2 зберігаються виявлені тенденції щодо підсилення суб'єктивного благополуччя мірою позитивного ментального здоров'я, задоволеністю якістю власного функціонування у плані фізичного і психічного здоров'я, а також пошуком сенсу життя. Не виявлено статистично значущих зв'язків для учасників групи 2 між суб'єктивним благополуччям та його складовими та симптомами тривоги і депресії.

З урахуванням даних діагностики й проведеного кореляційного аналізу може робити висновок про верифікацію структурної моделі взаємозв'язку між рівнем суб'єктивного благополуччя й індивідуальними аспектами впливу травми на його переживання в умовах фізичної реабілітації.

Висновки до другого розділу

У констатувальному етапі психологічного експерименту взяла участь вибірка чисельністю 72 особи різного віку й різної статі, яка складалася із двох груп, критерієм створення яких було проходження фізичної реабілітації після травми. Процес проведення дослідження на констатувальному етапі включав діагностику представників обох груп за 5 діагностичними методиками й проведення опитування з використанням авторської анкети. Унаслідок порівняння емпіричних даних обох груп у якості психологічних особливостей суб'єктивного благополуччя осіб, які проходять фізичну реабілітацію після травми, було визначено такі: переважання середнього і низького рівнів суб'єктивного благополуччя і позитивного ментального здоров'я; посередню задоволеність якістю власного

функціонування у плані психічного і фізичного здоров'я; прояви в окремих представників цієї групи симптомів тривоги (більшою мірою) і депресії; меншу міру спрямованості на пошук сенсу життя; зосередження на цінностях відновлення, збереження, підтримання здоров'я й довголіття, а також цінності сімейних і родинних зв'язків для переживання благополуччя й задоволеності життям в минулому, теперішньому часі й на перспективу. Саме учасники групи 1, які проходять фізичну реабілітацію після травми, висловили ціннісні орієнтації щодо власної готовності робити особистий внесок у суспільну справу, бути причетними до надання допомоги й служіння іншим людям, підтримання незалежності й гармонії, важливість цінностей миру й безпеки.

Кореляційний аналіз підтвердив, що ключовими детермінантами суб'єктивного благополуччя учасників групи 1 є, насамперед, позитивний психічний стан, задоволення якістю власного функціонування у фізичному та психологічному аспектах, а також відсутність виражених симптомів тривожності й депресії. Це свідчить про важливість внутрішньої гармонії та доброго самопочуття для фіксації відчуття суб'єктивного благополуччя в осіб, які проходять фізичну реабілітацію після травми. Можна припустити, що сенс життя і пошук сенсу життя осіб, які проходять фізичну реабілітацію після травми, меншою мірою визначають рівень суб'єктивного благополуччя у той час, як він опосередковано пов'язаний із якістю психічного здоров'я, сприяючи формуванню більш стабільного емоційного стану й загального задоволення власним життям.

Розділ 3 ФОРМУВАЛЬНИЙ ЕТАП ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ СУБ'ЄКТИВНОГО БЛАГОПОЛУЧЧЯ ОСІБ, ЯКІ ПРОХОДЯТЬ ФІЗИЧНУ РЕАБІЛІТАЦІЮ ПІСЛЯ ТРАВМИ

3.1 Обґрунтування системи консультативно-розвивальної роботи щодо досягнення позитивної динаміки суб'єктивного благополуччя осіб, які проходять фізичну реабілітацію після травми

Проведені на констатувальному етапі експерименту дослідження й кореляційний аналіз показали доречність інтеграції у процес фізіологічної реабілітації після травми учасників групи 1 складової психологічної консультативно-розвивальної роботи. З огляду на це, завданнями формувального етапу психологічного експерименту було визначено наступні:

- 1) з огляду на розроблену та верифіковану теоретичну модель й визначені у процесі констатувального етапу перспективи для подальшого дослідження обраної проблеми розробити результуючу модель динаміки суб'єктивного благополуччя осіб, які проходять фізичну реабілітацію після травми, на формувальному етапі експерименту;
- 2) із числа досліджених на констатувальному етапі учасників групи 1 створити вибірку формувального етапу психологічного експерименту для апробації системи консультативно-розвивальної роботи щодо досягнення позитивної динаміки суб'єктивного благополуччя осіб, які проходять фізичну реабілітацію після травми;
- 3) апробувати й визначити ефективність системи консультативно-розвивальної роботи щодо досягнення позитивної динаміки суб'єктивного благополуччя осіб, які проходять фізичну реабілітацію після травми;
- 4) узагальнити результати проведеного психологічного експерименту, підготувати висновки й перспективи подальшого дослідження проблеми.

З огляду на визначені завдання формувального етапу психологічного експерименту нами було розроблено результуючу модель динаміки суб'єктивного благополуччя осіб, які проходять фізичну реабілітацію після травми (рис.3.1), що стала підґрунтям для подальшого вибору методів, форм і засобів психологічної роботи з учасниками експериментальної групи.



Рис.3.1 Результуюча модель динаміки суб'єктивного благополуччя осіб, які проходять фізичну реабілітацію після травми, на формувальному етапі експерименту.

До участі в формувальному етапі психологічного експерименту за згодою було запрошено 24 особи з числа учасників групи 1 констатувального етапу психологічного експерименту, які були рандомно розподілені на експериментальну (ЕГ) і контрольну (КГ) групи по 12 осіб у кожній. Ключовим критерієм відбору і розподілу був рівень суб'єктивного благополуччя і його складових (з учасників групи 1 констатувального етапу психологічного

експерименту було відібрано тих, у кого був низький рівень суб'єктивного благополуччя (14 осіб) і середній рівень з потенційною тенденцією до низького (10 осіб).

Проведена математично-статистична обробка даних з використанням критерію Стюдента (комп'ютерна програма обробки даних SPSS V.21.0) показала, що значущі відмінності у показниках ЕГ і КГ за всіма досліджуваними показниками на початку формувального етапу психологічного експерименту відсутні (таблиця Г.1 додатку Г).

Подальші дії з апробації системи консультативно-розвивальної роботи щодо суб'єктивного благополуччя осіб, які проходять фізичну реабілітацію після травми, проводилися тільки з учасниками ЕГ (n=12). КГ (n=12) до експериментальної роботи не залучалася. Наприкінці формувального етапу психологічного експерименту з апробації системи консультативно-розвивальної роботи щодо досягнення позитивної динаміки суб'єктивного благополуччя осіб, які проходять фізичну реабілітацію після травми, обидві групи були ще раз повторно досліджені.

У процесі обґрунтування системи консультативно-розвивальної роботи щодо досягнення позитивної динаміки суб'єктивного благополуччя осіб, які проходять фізичну реабілітацію після травми, було важливим визначитися із ключовими засадами її проектування і проведення. Ми відштовхувалися від визначення процесу психологічної допомоги в реабілітації, яке наведене у Законі України «Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я» (2021): «Психологічна допомога в реабілітації – діяльність, спрямована на відновлення та підтримку функціонування особи у фізичній, емоційній, інтелектуальній, соціальній та духовній сферах із застосуванням методів психологічної та психотерапевтичної допомоги у формах психотерапії, психологічного консультування або першої психологічної допомоги» [57].

Важливим орієнтиром для нашої експериментальної роботи було також врахування сутності біопсихосоціальної моделі реабілітації у сфері охорони здоров'я (ст.8 Закону), яка вказує на те, що для забезпечення ефективності

реабілітаційних заходів слід враховувати факт взаємодії людини і середовища, впливу на людину в такій взаємодії чинників фізичної, психологічної природи і оточення. Відповідно, процес реабілітації має спрямовуватися на підтримання потенціалу здоров'я і благополуччя та ефективного функціонування в суспільстві.

Проектована нами система консультативно-розвивальної роботи покладалася також на принципи реабілітації у сфері охорони здоров'я, що визначені ст. 5 Закону України «Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я»:

пацієнтоцентричність – максимальне урахування особистих потреб, побажань і можливостей осіб у процесі реабілітації, забезпечення можливості висловлення індивідуальних пропозицій;

цілеспрямованість – спрямованість процесу реабілітації на досягнення короткострокових і довгострокових завдань;

своєчасність – початок реабілітації має стимулювати можливість досягнення стабілізації й позитивної динаміки у стані здоров'я;

послідовність – дотримання наступності в етапах реалізації заходів реабілітації, враховувати зміни стану здоров'я;

безперервність – необхідність підтримання уваги впродовж усіх реабілітаційних періодів;

функціональна спрямованість – орієнтованість на досягнення оптимального рівня функціонування, а також якості життя в середовищі життєдіяльності [57].

Нам було важливо врахувати також принципи етичної і безпечної поведінки в процесі надання психологічної допомоги під час реабілітації, що також визначені Законом України «Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я», а саме:

- уникнення ризиків ретравматизації, погіршення стану здоров'я;
- врахування ймовірності перебування особи під час реабілітації в надзвичайній чи кризовій ситуації;
- забезпечення компетентнісного підходу у діяльності фахівців у процесі реабілітації;
- дотримання конфіденційності, відповідального використання отриманої інформації на користь особи, яка отримує реабілітаційну допомогу.

Крім цих принципів доречним у проектуванні системи консультативно-розвивальної роботи щодо досягнення позитивної динаміки суб'єктивного благополуччя осіб, які проходять фізичну реабілітацію після травми, стало врахування доданих нами принципів:

мультидисциплінарності – узгодження психологічної роботи з діями медичних та інших фахівців для забезпечення комплексної реабілітації та гармонійного відновлення; інтеграція змісту заходів, методів і форм роботи в єдиний реабілітаційний процес, що забезпечується командою фахівців; усвідомлення меж власної професійної компетентності у реалізації проекрованої системи;

цілісності – сприймання учасника в єдності фізичного, психічного та соціального аспектів; відновлення фізичного стану тісно пов'язане з психологічним благополуччям і соціальною активністю;

індивідуального підходу – визнання унікальності переживань, сенсів, цінностей, мотивації, ресурсів кожної особи; забезпечення підбору консультативних і розвивальних психологічних методів згідно з індивідуальними особливостями;

динамічності й поступовості – урахування етапності й наступності фізичної та психологічної реабілітації; урахування змін стану особи, її цілей і потреб у процесі консультативно-розвивальної роботи;

позитивної психологічної підтримки й партнерської взаємодії – фокусування на створенні безпечного, приймаючого, діалогового простору для посилення віри у власні сили, переживання позитивних емоцій, формування оптимістичної життєвої перспективи;

суб'єктності – сприяння активності особи у реабілітаційному процесі щодо власного відновлення, підсилення відчуття контрольованості життя, посилення відповідальності за власне благополуччя та прийняття рішень;

розвивального ефекту – усвідомлення необхідності прийняття виниклої життєвої проблеми з т.з. можливостей для змін і розвитку, що в перспективі сприятиме переосмисленню досвіду травми, зростанню адаптивності;

опори на ресурси – зосередження на виявленні й активізації внутрішніх (емоційний, когнітивних, духовних) і зовнішніх (соціальних, сімейних, професійних) ресурсів для підвищення життєстійкості й конструктивних способів подолання стресу, болю, тривоги, страху тощо;

профілактичної спрямованості – запобігання появі вторинних труднощів шляхом своєчасного виявлення емоційних проблем і розвитку навичок самодопомоги.

З огляду на представлену результуючу модель динаміки суб'єктивного благополуччя осіб, які проходять фізичну реабілітацію після травми, на формувальному етапі експерименту (рис.3.1) та визначені принципи ми виходили з того, що система консультативно-розвивальної роботи має базуватися на засадах позитивної психології, реабілітаційної психології, психології здоров'я [16; 32; 62]. Вона має інтегруватися в процес фізичної реабілітації та сприяти покращенню суб'єктивного благополуччя, відновленню цілісності особистості, позитивного ментального здоров'я й адаптивності, підсилювати процеси відновлення після отриманого травматичного досвіду.

Відповідно, *метою* системи консультативно-розвивальної роботи щодо досягнення позитивної динаміки суб'єктивного благополуччя осіб, які проходять фізичну реабілітацію після травми, визначено: покращення у процесі фізичної реабілітації суб'єктивного благополуччя осіб з отриманими травмами через надання необхідної психологічної підтримки, розвиток важливих індивідуальних ресурсів, посилення позитивного ставлення до себе, власного життя й майбутнього.

Завдання системи консультативно-розвивальної роботи щодо досягнення позитивної динаміки суб'єктивного благополуччя осіб, які проходять фізичну реабілітацію після травми, полягають у сприянні:

- 1) зниженню рівня психоемоційної напруги, симптомів тривоги, депресії;
- 2) розвитку навичок саморегуляції, оптимізму, життєстійкості;
- 3) підвищенню рівня самоусвідомлення, самоприйняття й самоефективності;

- 4) прийняттю ситуації травми й нових/інших життєвих можливостей;
- 5) зміцненню зв'язків у системі соціальної підтримки;
- 6) розвитку здатності усвідомлювати сенс життя і бачити перспективу особистісного зростання після травми.

Реалізація системи консультативно-розвивальної роботи щодо досягнення позитивної динаміки суб'єктивного благополуччя осіб, які проходять фізичну реабілітацію після травми, відбувалася упродовж послідовних етапів, кожен з яких мав свої конкретні завдання, реалізовувався завдяки поєднанню індивідуальних та групових форм, а також дібраних напрямів роботи психолога, методів і засобів (рис.3.2).



Рис.3.2 Етапи, методи і форми реалізації системи консультативно-розвивальної роботи щодо досягнення позитивної динаміки суб'єктивного благополуччя осіб, які проходять фізичну реабілітацію після травми.

Зокрема, на **аналітично-прогностичному етапі** було важливим з урахуванням даних проведеної діагностики учасників ЕГ, їх «психологічного портрету» конкретизувати напрями, зміст і послідовність дій у процесі реалізації системи корекційно-розвивальної роботи як щодо індивідуальних взаємодій, так і у форматі роботи ЕГ. На цьому етапі важливо було також зрозуміти систему соціальної підтримки, яку мають учасники ЕГ, які проходять фізичну реабілітацію після травми, оскільки планувалася психоедукація для їх рідних і близьких.

На цьому етапі учасникам ЕГ також було запропоновано кілька вправ, які мали посприяти можливості подивитися на процес фізичної реабілітації з точки зору власного психологічного стану, відрефлексувати життєві орієнтири, поміркувати про свої наміри щодо теперішнього і майбутнього. Так, *вправа «Моє сьогодні і завтра»* спрямовувалася на обговорення самопочуття й психоемоційного стану учасників ЕГ, їх життєвих орієнтирів, бачення власного життя після завершення всіх етапів фізичної реабілітації. Було важливим у процесі роботи зосередитися на «прийнятті» травми й необхідності інтегрувати цей досвід в досвід життя; зниженні рівня емоційної напруги щодо закономірних і тимчасових змін, пов'язаних із виниклими складнощами здоров'я; розумінні подальших стратегій життя, планів на майбутнє тощо. Акценти робилися й на прийнятті потреби відмови від соціальної ізоляції, прийнятті соціальної підтримки, зв'язку з рідними і друзями для швидшого відновлення і повернення в ритм звичного формату життя. Розмова стосувалася й обговорення різноманіття проведення дозвілля, хобі, реалізації індивідуальних умінь, що також сприяло покращенню настрою, відволіканню від негативних думок, зосередженню на іншому тощо.

Вправа «Колесо життя» допомогла оцінити міру задоволеності учасників ЕГ основними сферами власного життя (здоров'я, стосунки, розвиток, спілкування, творчість та ін.) з точки зору теперішніх обставин, пов'язаних із процесом проходження фізичної реабілітації, й на перспективу. Учасники працювали із зображенням кола життя, де відзначали від 1 до 10 різними кольорами міру задоволеності різними сферами життя в теперішньому часі, а

потім також визначали наміри досягнення бажаних змін у цих сферах життя. У процесі рефлексії виконання вправи було важливим зосередитися на тому, наскільки гармонійним є «колесо життя» в теперішньому часі; чого бракує для того, щоб воно стало більш гармонійним; наскільки достатньо власних ресурсів для досягнення бажаних змін; чи необхідна і є достатня соціальна підтримка для руху вперед; на що хочеться звернути більше уваги зараз і на перспективу; що варто зробити для власного розвитку і можливостей творчості тощо.

Перед кожною зустріччю, заняттям і після цього ми просили учасників ЕГ оцінити свій стан за 10-бальною шкалою і зафіксувати, що відбувається з емоціями, тілом, реакціями, думками у процесі роботи. Упродовж часу реалізації системи консультаційно-розвивальної роботи всім учасникам ЕГ були доступні сеанси з психологом і/або психотерапевтом.

На цьому етапі також було запроваджено ініціативу вести *«Щоденник вдячності»*, у якому кожному учаснику ЕГ принаймні під час участі у системі корекційно-розвивальної роботи слід було щодня обов'язково записувати 3-5 позитивних моментів, які трапилися у їхньому житті, навіть якщо здавалося спочатку, що вони незначні й дріб'язкові. У такий спосіб було важливим зосередити увагу на позитивних емоціях і враженнях, успіхах і досягненнях, що допомагає повернути контроль за життям, відволікає від негативної симптоматики, будує перспективу успішного виходу з ситуації кризи травми.

Консультаційно-корекційний етап системи консультативно-розвивальної роботи щодо досягнення позитивної динаміки суб'єктивного благополуччя осіб, які проходять фізичну реабілітацію після травми, спрямовувався на зменшення психоемоційної напруги й тривожності, корекцію негативних установок і травматичних переживань, сприяння «прийняттю» травми й посилення позитивного ставлення й активних намірів відновлення здоров'я після травми. Ключовою ознакою цього етапу було спрямування на моделювання безпечного середовища й надання у ньому емоційної підтримки через емпатійне слухання, створення можливостей для вираження учасниками ЕГ емоцій і почуттів, сприяння стабілізації настрою, формування адаптивних переконань тощо.

На цьому етапі учасники ЕГ та їх рідні були долучені до психоедукації, метою якої було визначено підвищення психологічної обізнаності про процес реабілітації, формування адекватного розуміння власного стану й впливу травми на психіку й життєдіяльність. Крім того, передбачалося, що завдяки психоедукації буде можливим зниження рівня тривоги, страху, відчуття власної безпорадності учасників ЕГ; підвищення їх умотивованості й активної позиції у процесі відновлення стану здоров'я під час фізичної реабілітації після травми. Психоедукація включала інформування про:

- психологічні аспекти процесу реабілітації;
- пояснення психологічних механізмів того, як відбувається переживання травми та які є етапи прийняття травматичного досвіду;
- особливості психологічної і соціальної адаптації, когнітивної оцінки й емоційного прийняття обставин травми тощо.

Ми виходили з розуміння психоедукації як невід'ємної частини професійної діяльності фахівців у сфері психічного здоров'я, яка дозволяє включеним особам завдяки інформуванню краще зрозуміти себе, власний життєвий контекст, зміцнити ресурси, розвинути певні навички [65, с.1104-1105].

Під час психоедукації використовувалися методи міні-лекцій, бесід, презентації, інтернет-ресурси та візуальний контент тощо. Також були розроблені інформаційні буклети, пам'ятки і брошури тощо (окремні зразки представлено в додатку Д). Із учасниками ЕГ були обговорені такі теми: *«Як травма впливає на психіку й емоційний стан»*; *«Природні реакції на травму: нормальна відповідь на ненормальну подію»*; *«Етапи психологічної адаптації до втрати здоров'я»*; *«Зміни емоцій та настрою під час реабілітації»*; *«Взаємодія тіла і психіки у відновленні після травми»*; *«Фізичне здоров'я у структурі ментального здоров'я»* тощо. Під час обговорення тем учасники запрошувалися до діалогу, до надання зворотного зв'язку, висловлення своїх думок тощо. Також у спільній роботі з учасниками ЕГ (принцип мозкового штурму) практикувалося створення своєрідних правил-орієнтирів психологічної підтримки (прописування, промальовування, озвучення), що сприяло досягненню загального позитивного

ефекту щодо стабілізації психоемоційного стану, зниження тривожності й відчуття безпорадності.

На консультаційно-корекційному етапі під час індивідуальних і групових зустрічей з учасниками ЕГ відбувався розвиток навичок емоційної саморегуляції. Для цього практикувалося навчання учасників ЕГ використовувати релаксаційні, дихальні, тілесно-орієнтовані техніки, підкріплювалися їхні наміри розвивати самоконтроль і самодисципліну з урахуванням стану й можливостей власного організму на конкретному етапі реабілітації. Важливим було безпосередньо практично довести можливості таких технік для самозаспокоєння, самоусвідомлення, зняття болю через свідоме розслаблення тощо, виробити навички й бажання їх самостійного використання в домашніх та інших прийнятних для цього умовах.

Нами були відпрацьовані вправи з диханням, що сприяє достатньому насиченню крові киснем, стабілізації, підтримання стану спокою і рівноваги, зосередження на відчуттях тіла та своїх думках, відновленню, зниженню стресу:

- *дихання спокою;*
- *«грудне дихання» з повільним видихом;*
- *дихання «4-7-8»; «дихання квадратом», «дихання з дзижчанням» тощо.*

З-поміж інших технік, після узгодження з лікарем, були використані й тілесно-орієнтовані техніки для відновлення зв'язку між тілом і психікою, зменшення тривоги, напруження, болю і страху. Зокрема, *м'яке тілесне сканування* спрямовувалося на розвинення навичок тілесного усвідомлення, відновлення зв'язку між частинами тілами й травмованою частиною. У зручному положенні сидячи, або лежачи ми пропонували учасникам ЕГ заплющивши очі повільно зосереджуватися на відчуттях тіла від голови до п'ят; звертати увагу на відчуття тепла, холоду, поколювання, тиску, відчуття в зоні «травми» тощо. *Релаксація за методом Джейкобсона* застосовувалася для розвитку навичок контролю тону м'язів через почергове напруження впродовж 5 сек. окремих груп м'язів з наступним розслабленням. Зосереджувалася увага на відчуттях різниці між станом

напруги і спокою, спонукалися міркування щодо відмінностей у цих станах на психічному рівні [25].

На цьому етапі ми також застосували арт-терапевтичні техніки у роботі з учасниками ЕГ. Вважаємо, що арт-терапія має досить високий потенціал у фізичній реабілітації адже вона продукує безпечний простір і сприяє можливості, використовуючи мистецтво і творчість, гармонійно поєднувати процеси психологічного і фізичного відновлення, знижувати тривогу, напругу, стрес; допомагає вираженню емоцій, відновленню відчуття контролю, створює простір для міркування про власні стратегії подолання травми, допомагає під іншим кутом й у символічній формі поглянути на травматичний досвід, розвинути ресурси необхідні для подальшого відновлення тощо [4, с.14; 49, с.169-170]. Добираючи техніки, ми враховували те, що вони не мають втомлювати й викликати больових відчуттів. Відбулися попередні консультації з психологом, іншими фахівцями щодо обраних арт-терапевтичних технік та можливостей їх використання під час проходження реабілітації учасниками ЕГ.

Наприклад, *техніка «Малювання руками»* використовувалася нами для активізації сенсорної сфери, стимулювання дрібної моторики, вираження емоційних станів. Учасникам ЕГ слід було на аркуші паперу малювати фарбами без пензля (пальцями, долонями, кінчиками нігтів, ребром долоні тощо). Важливо було не лише створити певний малюк-рефлексію психоемоційного стану, а й зосередитися на процесі малювання, на контакті з фарбою, її текстурою, кольоровій гамі тощо. *Техніка «Мій біль у кольорі»* передбачала створення малюнка, в якому далі відбувалися зміни форми, кольору, що сприяло трансформації негативних емоцій.

Також ми використовували *ліплення з пластиліну* для розвитку рухливості кисті руки й зняття емоційної напруги. Учасникам пропонувалося місити, стискати, розминати, розплескувати, розтягувати пластилін. Кожен мав можливість за бажанням виліпити символічний образ (на кшталт, «Мій захист», «Моя сила», «Мій ресурс» тощо)

Створення «Мандали гармонії» спонукало до концентрації уваги учасників ЕГ на роздумах про свій теперішній стан і про перспективи покращення стану здоров'я. Учасники малювали коло (або їм пропонувався готовий трафарет), яке потім заповнювали фарбами, самостійно добираючи кольори, техніку роботи в колі, штрихи й зображення. Їм пропонувалося вписати в мандалу те, що асоціюється з гармонією, позитивною динамікою і бажаним результатом своїх змін у процесі фізичної реабілітації після травми.

Третій етап – розвивально-ресурсний – у системі консультативно-розвивальної роботи спрямовувався на стимулювання самоусвідомлення й позитивного самоприйняття, розвиток оптимізму й орієнтації на особистісне зростання. На цьому етапі й далі практикувалося ведення «Щоденника вдячності» з записами позитивних змін, майндфулнес-практики зі стабілізації власного психоемоційного стану. Зокрема, серед *технік усвідомлення* ми використовували короткі медитації з фокусуванням на відчуттях тіла («Я тут і зараз, «Моє тіло відновлюється» тощо), «Моє місце спокою» (вправа на пошук безпечного місця, плекання спокою, комфорту, що далі буде використовуватися у реальних критичних ситуаціях).

Арт-терапевтична практика «Моє дерево сил» була використана на розвивально-ресурсному етапі для сприяння усвідомленню власних ресурсів, внутрішньої стабільності й опори та власного потенціалу для відновлення здоров'я після травми. Під час проходження процесу фізичної реабілітація вона допомагає повернути контроль, спонукати впевненість у собі, віру у потенціал майбутнього. Під час роботи учасник ЕГ створювали образ власного «дерева сил», у якого кожна частина є символом різних складових життя, власного досвіду й індивідуальних ресурсів. Наприклад: коріння – джерела і сили в близьких, досвіді, цінностях, вірі тощо; стовбур – допомагає триматися в теперішньому часі (віра, воля, терплячість, процес реабілітації, соціальна підтримка); гілки і листя – це мрії та цілі, які мотивують; плоди – навіть найменші досягнення тощо. Готовий малюнок стимулював до роздумів про джерела сили, сфери турботи для зміцнення дерева, способів кращого укорінення тощо.

Вправа «Маленькі кроки» виконувалася під девізом «Навіть найменші рухи вперед – то є прогрес!». Вона спрямована на повернення відчуття контролю за власним життям, зниження емоційної напруги й фрустрації, підтримку мотивації до відновлення, що подекуди блокуються через відчуття безсилля, втрати колишніх можливостей, складнощі здоров'я. На початку виконання вправи кожен із учасників ЕГ визначив для себе одну реально досяжну мету. Потім її досягнення розбив на кілька конкретних дій, які можна виконати за відносно короткий час. Слід було практикувати ці конкретні дії й фіксувати їх виконання в щоденнику вдячності, також записуючи відчуття щодо виконаного. Передбачалося, застосування схвалення за успіхи й найменші досягнення, що підсилювало внутрішню мотивацію учасників ЕГ. Також була домовленість про те, що варто формулювати нові цілі й знову робити маленькі кроки до їх досягнення. Завдяки виконанню цієї вправи в учасників ЕГ підсилювалася самоефективність (віра у власні сили й спроможність), закріплювалася звичка поступово рухатися вперед під час фізичного відновлення, з'являлося більше усвідомленості щодо власного життя й відповідальності за процес реабілітації.

Колаж «Моє відновлення» спонукав учасників ЕГ поміркувати і візуалізувати карту власного шляху до одужання. Для його виконання були підготовлені аркуші, на яких виконувався колаж, тематичні вирізки з журналів, роздруківки (біль, травма, підтримка, надія, сила, впевненість, віра, різні ресурси тощо). Під час роботи, рухаючись в колажі зліва-направо учасники ЕГ створювали композицію, яка символізувала рух життя до травми – тепер – на майбутнє. Обговорювалися сюжет, контекст, динаміка психоемоційного стану, викликався аналіз змін, які учасники в себе помітили. Це спонукало прийняття ситуації й мотивувало сприймати процес реабілітації як шлях особистісного зростання після травми.

Арт-терапевтична техніка «Карта ресурсів» була проведена з метою зосередження учасників ЕГ на власних джерелах підтримки, сили й енергії. Важливо було наголосити, що такі ресурси є у кожного, навіть тоді, коли на перший погляд здається, що вони відсутні. Ця техніка сприяє не лише

усвідомленню внутрішніх і зовнішніх ресурсів, а й зміцнює самоефективність, віру у власні можливості, допомагає відновити цілісність «Я», підвищити самооцінку. Вона додає емоційної стабільності, оскільки настає розуміння наявності підтримки (зокрема соціальної), допомагає подивитися на процес фізичної реабілітації не як на боротьбу, а як на розвиток. Під час роботи на аркуші паперу за допомогою малюнку олівцями (фломастерами) слід було зобразити себе («Я») в центрі, а навколо записати (намалювати символ) зони – сфери ресурсів. Кожен робив це індивідуально, з огляду на ті сфери ресурсів, які є значущими. Після завершення роботи учасники ЕГ мали подумати над тим, які ресурси є актуальні й активовані зараз; які дещо знизили свій потенціал, ослабли, але можуть бути відновлені; які ресурси слід ще додати тощо.

На розвивально-ресурсному етапі серед інших методів і засобів ми скористалися *нарративною практикою «Моя історія відновлення»*. Погоджуючись із думками С.Карсканової, Т.Титаренко, Н.Чепелевої, ми виходили з того, що нарратив як індивідуальна історія, сюжет, опис власного життя має суттєвий вплив на можливості об'єднати людиною моменти свого життєвого шляху в єдине ціле й вибудувати продуктивну часову перспективу, каузально-мотиваційні зв'язки у процесі власного самопроекування [30; 46, с.8]. Під час виконання нарративної практики «Моя історія відновлення» ми попросили учасників ЕГ написати історію про свій шлях після травми але з точки зору подолання, руху вперед, досягнення змін, прогресу, з відновленням можливостей, з долаттям труднощів і перешкод, криз, але з однозначною перемогою і досягненням важливих цілей. Під час саморефлексії в учасників відбувалося переосмислення досвіду травми, вони отримували можливість побачити себе в ролі активного учасника свого відновлення, що має стійкість, силу, отримує досвід саме в цьому процесі. Ми пропонували письмово (а кому зручно у вигляді малюнка чи колажу) максимально відверто й без осуду записати свою історію відновлення за умовними розділами (початок – середина – відкриття – завершення). Насамкінець було сформульовано кілька рефлексивних запитань, наприклад, що допомогло не зупинитися; які сили рухали вперед; які люди мені допомогли; як хочу продовжити свою історію

відновлення. На нашу думку, ця наративна практика мала досить сильний ефект для мотивації до подальшої реабілітації, використання отриманого потенціалу й досвіду у власній життєдіяльності для творчості й самореалізації.

Соціально-адаптаційний етап системи консультативно-розвивальної роботи, як передбачалося у процесі проектування, мав сприяти підтримці й розвитку самовпевненості, соціальної взаємодії й соціальних контактів, формуванню активної життєвої позиції та планів на майбутнє, що б вплинуло на зниження соціального дистанціювання, почуття самотності (подекуди вигаданої), допомогло зміцнити наміри щодо підтримки зв'язків із соціальними та іншими спеціальними службами, фахівцями, новими знайомими та іншими особами (для прикладу, групи підтримки). На цьому етапі також був реалізований блок психоедукації для рідних і близьких осіб, які проходять фізичну реабілітацію після травми, проведені спільні зустрічі для тих, хто виявив бажання. У процесі взаємодії з рідними і близькими фокус розмови спрямовувався на способах ненав'язливої підтримки без надмірної опіки; необхідності балансування співчуття й контролю; поясненні важливості віри в можливість людини з травмою тощо. Також для рідних були розроблені й вручені пам'ятки.

Однією з вправ цього етапу була *вправа «Думки про...»*. Учасники по-черзі мали брати картку з записом конкретного запитання/завдання й відповідати. Для прикладу: найщасливіший момент життя ...; найкращий досвід у житті ...; що спонукає прокидатися вранці?; найважливіша людина життя ...; мій найкращий друг володіє якими...; найбільше я люблю...; я хочу поділитися такими сімейними традиціями...; моїми цінностями є...; у житті має сенс ...; у професії для мене важливо...; я вдячний за... Виконання цієї вправи сприяло зосередженню учасників ЕГ на позитивних моментах життя, пов'язаних із спілкуванням і виконанням різних соціальних ролей, спонукало переживати стан психологічного комфорту, відвертості для себе й для інших, розвивало почуття соціальної довіри.

Вправа «Моє коло соціальної підтримки» була спрямована на виділення й усвідомлення груп соціального оточення, окремих людей і соціальних зв'язків, які можуть допомагати під час процесу реабілітації й можуть стати корисними на

майбутнє. Виконання вправи допомагало учасникам ЕГ підсилити відчуття соціальної причетності, безпеки, приналежності й підтримки, усвідомити коло довіри, зміцнити відчуття спільності на противагу самотності й відчуженню. Згідно з процедурою проведення цієї вправи у центрі аркуша ми просили написати літеру «Я», а навколо неї намалювати концентричні кільця, що символізують різні рівні близькості й підтримки: перше коло (найближче) – особи, які завжди поруч, спілкуються і допомагають; друге коло – спілкуються і допомагають періодично; третє коло – джерела й стимули опосередкованої підтримки; четверте коло – ті особи, з якими хотілося б більше спілкуватися й налагодити зв'язок. Після завершення розміщення в колах різних осіб відбувається аналіз того, які кола найбільш/найменш заповнені; які особи є «опорою» сьогодні; якої саме підтримки не вистачає від цих осіб; кому сам учасник ЕГ може надавати підтримку (наприклад, як співбесідник, волонтер, не байдужий та ін.).

Також нами була використана вправа *«Соціальна карта можливостей»*, щоб окреслити спектр установ, спільнот, курсів, контактів, завдяки яким можна досягати нових успіхів у професійній активності чи соціальній інтеграції, самопомозі й допомозі іншим, посилити можливості соціальної адаптації.

Зрештою, **рефлексивно-оцінювальний етап** системи консультативно-розвивальної роботи щодо досягнення позитивної динаміки суб'єктивного благополуччя осіб, які проходять фізичну реабілітацію після травми, планувався для оцінювання результатів й ефективності проведеної роботи, закріплення позитивних змін й формування установки на подальшу самопідтримку, саморозвиток. Було важливим зосередити рефлексивні думки учасників ЕГ на психологічних змінах, які вже відбулися або знаходяться в динаміці, на стані власного самопочуття й психоемоційному стані; стимулювати наміри щодо готовності для здійснення подальшої роботи над своїм потенціалом відновлення після травми й життєвим потенціалом. На цьому етапі були використані вправи *«Екскурс у минуле, увага до теперішнього й погляд у майбутнє»* (рефлексія власного стану на різних етапах, визначення ресурсів, що допомогли пройти цей

шлях); «Оцінка змін» (робота з міні-шкалами самозвітами про своє самопочуття, міру гармонії, комфорту, задоволеності життям) та ін.

Також саме на цьому етапі було проаналізовано записи «Щоденника вдячності» з метою підведення підсумків докладених зусиль, власних досягнень, змін тощо, а також із необхідністю виділити способи самопідтримки, стратегії поведінки й спілкування, які принесли бажаний ефект для учасників ЕГ і можуть бути інтегрованими в простір життя й надалі.

Вправа «Позитивне майбутнє» була використана для розвитку оптимістичного мислення й закріплення намірів на майбутнє. У процесі роботи учасників ЕГ просили уявити себе через певний час після завершення фізичної реабілітації (наприклад, через 6 міс., 1 рік) й описати, що відбувається, які дії виконуються, яке самопочуття, які зміни й досягнення з'явилися за цей час тощо. Це може бути як розповідь, або намальований малюнок. Зосереджується увага на тому, що / хто допоможе наблизитися до цього бажаного позитивного стану; які зобов'язання на себе треба взяти, щоб цей стан трапився; які якості допоможуть до нього наблизитися тощо.

На рефлексивно-оцінювальному етапі також відбулося повторне дослідження учасників ЕГ і КГ із використанням тих самих діагностичних інструментів, що й на констатувальному етапі психологічного експерименту (повторно не використовувалася тільки анкета). З учасниками ЕГ, які виявили бажання, ці результати були індивідуально проаналізовані й обговорені.

Відповідно до проєктованої мети й завдань реалізації системи консультативно-розвивальної роботи щодо досягнення позитивної динаміки суб'єктивного благополуччя осіб, які проходять фізичну реабілітацію після травми, очікуваними результатами мали стати такі: підвищення суб'єктивного благополуччя і позитивного ментального здоров'я; зниження тривоги, напруги, стабілізація емоційного стану завдяки розвитку навичок саморегуляції й оптимістичного мислення; зростання самоусвідомлення, самоприйняття й самоефективності; поява стійких змін у мотивації відновлення у процесі фізичної реабілітації й турботи про власне здоров'я як тепер, так і на майбутнє, а також

мотивації до подальшого особистісного зростання. Опис міри ефективності апробованої системи консультативно-розвивальної роботи буде наведений в наступному підрозділі.

3.2 Аналіз результатів апробації системи консультативно-розвивальної роботи щодо досягнення позитивної динаміки суб'єктивного благополуччя осіб, які проходять фізичну реабілітацію після травми

Проведене повторне дослідження учасників формувального етапу психологічного експерименту групи 1 і групи 2 було проведене, щоб з'ясувати міру ефективності апробованої системи консультативно-розвивальної роботи щодо досягнення позитивної динаміки суб'єктивного благополуччя осіб, які проходять фізичну реабілітацію після травми. Відповідно у діагностуванні брали участь 24 особи – учасники формувального етапу ЕГ і КГ. Крім емпіричних порівнянь на цьому етапі дослідження також було застосовано методи математичної статистики.

Математично-статистична обробка даних відбувалася з використанням критерію Стюдента (комп'ютерна програма обробки даних SPSS V.21.0). Представимо й пояснимо результати повторного дослідження учасників ЕГ і КГ.

Після проведеної нами експериментальної роботи з апробації системи консультативно-розвивальної роботи щодо досягнення позитивної динаміки суб'єктивного благополуччя осіб, які проходять фізичну реабілітацію після травми, у процесі повторного дослідження учасників ЕГ і КГ було виявлено зміни в ЕГ за рядом показників:

суб'єктивне благополуччя та його складові;

позитивне ментальне здоров'я;

якість життя, пов'язана з оцінкою фізичного і психічного здоров'я (табл. 3.1, рис. 3.3).

Водночас, у КГ такої динаміки змін у порівнянні з ЕГ при повторному дослідженні виявлено не було. Зміни КГ мали поодинокий характер, більше були

пов'язані, на нашу думку, із природним перебігом події фізичної реабілітації і життя.

Таблиця 3.1 – Динаміка досліджуваних показників ЕГ і КГ наприкінці формувального етапу експерименту

Показники		ЕГ (n=12)			КГ (n=12)		
		Високий	Середній	Низький	Високий	Середній	Низький
Суб'єктивне благополуччя	До	-	41,7	58,3	-	41,7	58,3
	Після	16,6	41,7	41,7	-	41,7	58,3
Психологічне благополуччя	До	-	58,3	41,7	-	41,7	58,3
	Після	8,3	75	16,7	-	50	50
Фізичне благополуччя та здоров'я	До	-	41,7	58,3	-	50	50
	Після	-	58,3	41,7	-	41,7	58,3
Стосунки	До	8,3	41,7	50	8,3	58,3	33,4
	Після	16,6	58,4	25	8,3	58,3	33,4
Позитивне ментальне здоров'я	До	8,3	50	41,7	-	33,3	66,7
	Після	16,6	50	33,4	-	33,3	66,7
Якість життя, пов'язана з оцінкою стану фізичного здоров'я	До	-	41,7	58,3	-	33,3	66,7
	Після	-	58,3	41,7	-	33,3	66,7
Якість життя, пов'язана з оцінкою стану психічного здоров'я	До	-	41,7	58,3	-	50	50
	Після	8,3	66,7	25	-	41,7	58,3
Тривога	До	25	58,3	16,7	41,7	33,3	25
	Після	8,3	66,7	25	33,3	33,3	33,4
Депресія	До	8,3	25	66,7	8,3	25	66,7
	Після	8,3	25	66,7	8,3	25	66,7
Співвідношення наявності сенсу життя і пошуку сенсу життя		наявність		пошук		наявність	
	До	58,3		41,7		50	
	Після	41,7		58,3		58,3	

Якщо зважати на дані таблиці 3.1 й рис.3.3, можна помітити, що саме в ЕГ зміни виявилися більш динамічними.

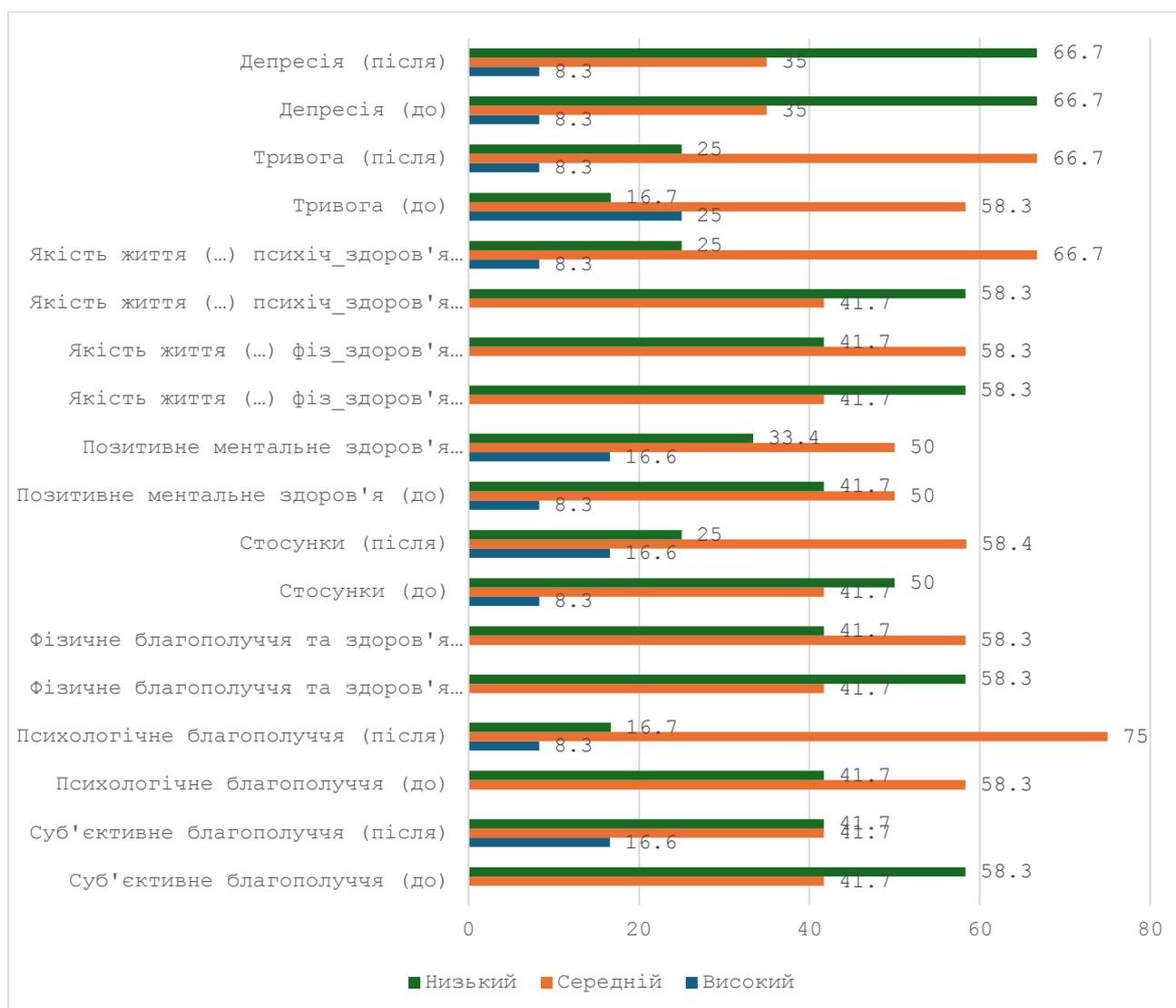


Рис.3.3. Динаміка змін в учасників ЕГ (у %) до та після завершення формувального етапу експерименту.

Таким чином, результати повторного дослідження показали такі зміни в ЕГ, у порівнянні з КГ:

- практично за всіма показниками зменшилася кількість осіб з низькими рівнями;
- констатовано появу високого рівня суб'єктивного благополуччя і зменшення відсотка осіб, які мали його низький рівень;
- добра позитивна динаміка встановлена за показниками психологічного благополуччя та якості життя, пов'язаної з оцінкою стану психічного здоров'я;

- змінилася кількість осіб, у яких зріс рівень задоволеності стосунками у середовищі власної життєдіяльності;
- знизився рівень тривожності; зменшилася кількість осіб з високим рівнем тривожності; але не виявилось помітних змін щодо кількості осіб за рівнями проявів симптомів депресії;
- з'явилися зміни в співвідношенні наявності сенсу життя і пошуку сенсу життя: в учасників ЕГ в користь пошуку сенсу життя, що є однією з ознак посттравматичного відновлення.

Як бачимо, у результаті проведення нами експериментальної роботи за більшістю досліджуваних показників спостерігаємо зменшення кількості осіб з низьким рівнем прояву досліджуваних ознак (у випадку з тривогою – навпаки знизилася кількість осіб зі значними проявами симптомів). Це може вказувати на ефективність реалізованої системи консультативно-розвивальної роботи щодо досягнення позитивної динаміки суб'єктивного благополуччя осіб, які проходять фізичну реабілітацію після травми.

Передусім, помітна позитивна динаміка в суб'єктивному благополуччі й психологічному стані (психологічному благополуччі, самопочутті) учасників ЕГ. Бачимо появу осіб з високим рівнем суб'єктивного благополуччя, одночасно зменшення частини осіб з низьким рівнем суб'єктивного благополуччя. Тобто, є ознаки покращення відчуття задоволеності життям, оптимізму у сприйманні теперішнього і майбутнього, загального емоційного фону, спроможності довіряти й покладатися на власні можливості.

З'явилася також позитивна динаміка в показниках психологічного благополуччя й оцінки якості життя, пов'язаній зі станом психічного здоров'я. Учасники ЕГ стали краще усвідомлювати свої потреби, оцінювати власні стани, стали більш емоційно стійкими до стресових і критичних ситуацій, з'явилося відчуття цілісності, гармонії, підвищився рівень самоприйняття, знизилася прояви невпевненості. Також збільшилася кількість осіб із позитивною динамікою у стані задоволеності міжособистісними стосунками, контактами в найближчому соціальному середовищі. Вважаємо, що це може свідчити про бажане розширення

формату соціальної підтримки, налаштованості на встановлення конструктивних взаємин із референтним оточенням.

Можемо узагальнювати результати в користь того, що позитивні зрушення в учасників ЕГ з'явилися у кількох пов'язаних сферах – суб'єктивному і психологічному благополуччі, стані ментального здоров'я та міжособистісних стосунках. З'явилися зміни у стані задоволеності життям, переживанні позитивних емоцій, прояви натхнення, стан спокою. Відповідно зменшилися прояви апатії, песимізму, роздратування й неспокою. В учасників ЕГ більше з'явилося віри у власні сили, відчуття здатності керувати власним життям, впевненості у своїх можливостях досягати бажаного.

У емоційній сфері позитивними виявилися зміни в стані оцінки власної емоційної рівноваги й готовності брати відповідальність за свій психоемоційний стан, регулюватися й заспокоюватися. Це вплинуло на рівень внутрішньої гармонії, самоприйняття, підсилило стан загального самопочуття й відчуття особистісної автономії. Краще розуміння власних потреб, ресурсів позначилося на здатностях справлятися зі стресом, адаптуватися до змін. Динаміка у життєвому тонусі й активності покращили міру емоційної близькості й взаєморозуміння з соціальним оточенням - сім'єю, рідними, близькими, знайомими тощо. Констатується більша відкритість до спілкування, взаємопідтримки, емпатія, соціально-психологічна адаптованість.

Також щодо учасників ЕГ позитивною тенденцією є зниження рівня і симптомів тривожності. Зниження кількості осіб із високою мірою проявів симптомів вказує на стабілізацію емоційного стану, переживань, зменшення міри напруги учасників ЕГ у взаємодії з оточенням, під час проходження фізичної реабілітації. Не виявлено динаміки за симптомами депресії, що можна пояснити стійкістю і тривалістю характеру й прояву цих станів, а також необхідністю проведення спеціальної психотерапевтичної роботи, консультації з психіатром, що потребує додаткового часу.

Учасники ЕГ показали також динаміку в стані співвідношення показників наявності сенсу життя і пошуку сенсу життя, що пов'язане з переосмисленням

власного досвіду, життєвих цілей та орієнтирів, зайняттям більш активної позиції у процесі посттравматичного відновлення, розвитку й самореалізації.

Покращення стану самопочуття стимулювало в учасників ЕГ зниження рівня напруги, нормалізувалися деякі фізіологічні процеси – сон (зі слів учасників дослідження), зменшилися психосоматичні симптоми. Учасники ЕГ стали більше зосереджені на необхідності дотримання режиму відпочинку й фізичної активності, давали зворотний зв'язок про те, що їм видається, що вони краще відчують власне тіло, розуміють симптоми болю, напруги, або втоми, що допомагає їм уникнути перенавантаження. Також йшлося про те, що раніше учасники ЕГ досить болісно реагували на тимчасові невдачі у фізичному відновленні після травми. Однак, після участі в психологічному експерименті більше здатні гнучко реагувати на зміни, підтримувати емоційну стабільність і не знецінюють власні зусилля й намагання у плані подальшого відновлення.

Якісною зміною внаслідок апробації системи консультативно-розвивальної роботи щодо досягнення позитивної динаміки суб'єктивного благополуччя осіб, які проходять фізичну реабілітацію після травми, виявилось підвищення мотивації до власного відновлення з орієнтацією на сенси життя і цінності здорового способу життя. З'явилася віра у кінечність і результативність процесу власного відновлення після травми, впевненість у своїх силах, що вплинуло на емоційний стан і стимулювало систематичність і наполегливість проявів уваги й турботи про власне здоров'я. З огляду на це, можемо підтверджувати висновки багатьох фахівців про те, що психологічна складова реабілітації є підґрунтям більш ефективного фізичного відновлення, адже поруч із відновленням функцій тіла, у осіб з травмою повертається цілісне відчуття себе та власної життєвої спроможності. Робота з цінностями й особисто значущими сенсами спонукала не лише підвищення задоволеності життям, а й міру позитивності самоприйняття, прагнення до розвитку й самореалізації, підтримання більш якісних і довірливих соціальних стосунків.

Щодо КГ можна говорити про незначні зміни, а також менш помітну стабілізацію стану фізичного і психічного здоров'я. Крім того, в КГ проявилася негативна динаміка за показником якості життя, пов'язаної з оцінкою стану психічного здоров'я й фізичним здоров'ям та благополуччям, що зумовлюється швидше індивідуальними особливостями осіб, які проходять фізичну реабілітацію після травми, та специфікою ефективності реабілітації після травми.

Отже, результати в цілому підтверджують ефективність реалізованої системи консультативно-розвивальної роботи щодо підвищення суб'єктивного та психологічного благополуччя, зміцнення параметру якості життя, пов'язаної зі станом психічного здоров'я, активізації окремих ресурсів посттравматичного зростання в учасників ЕГ.

Для підтвердження виявлених на рівні динаміки емпіричних показників змін ЕГ у порівнянні з КГ було проведено математично-статистичну обробку даних. У результаті проведеної математично-статистичної обробки було виявлено статистично значущі відмінності у кількох досліджуваних показниках в учасників ЕГ і КГ (рис. 3.4; повністю скріншот результатів обчислень представлено у таблиці Е.1 додатку Е).

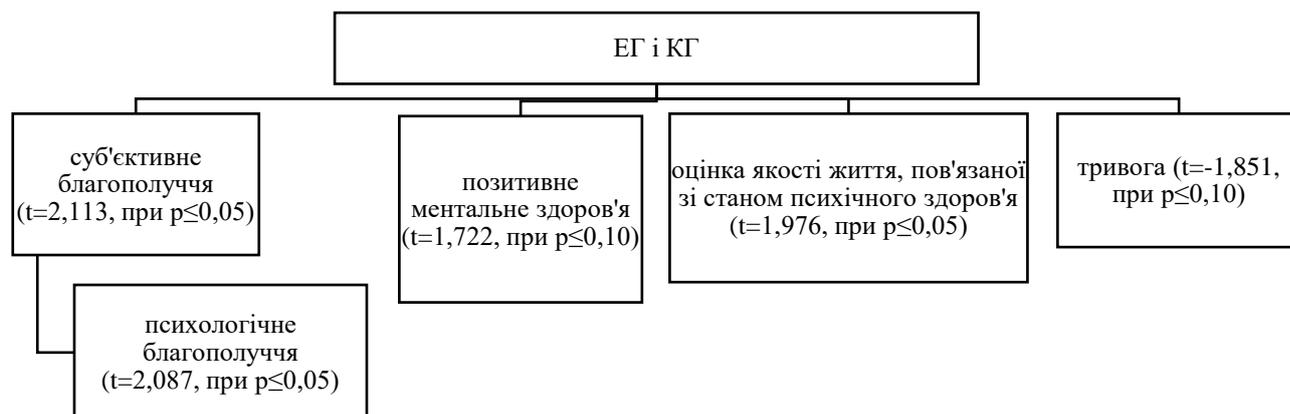


Рис.3.4 Статистично значущі відмінності між ЕГ і КГ наприкінці формувального етапу психологічного експерименту.

Отже, можемо сказати про те, що апробована система консультативно-розвивальної роботи щодо досягнення позитивної динаміки суб'єктивного благополуччя осіб, які проходять фізичну реабілітацію після травми, вплинула на

ряд досліджуваних показників, що засвідчує математично-статистична обробка даних. Констатуємо, що існують статистично значущі відмінності в учасників ЕГ і КГ за такими досліджуваними показниками, як суб'єктивне благополуччя; психологічне благополуччя; позитивне ментальне здоров'я; оцінка якості життя, пов'язаної зі станом психічного здоров'я; тривога. За іншими показниками статистично значущі зміни не констатовано, хоча можна помітити динаміку в емпіричних показниках та рівнях їх прояву за шкалами діагностичних методик.

Висновки до третього розділу

Проведений формувальний етап експерименту був присвячений апробації системи консультативно-розвивальної роботи щодо досягнення позитивної динаміки суб'єктивного благополуччя осіб, які проходять фізичну реабілітацію після травми. В апробації брали участь 12 осіб ЕГ.

Розроблена система консультативно-розвивальної роботи щодо досягнення позитивної динаміки суб'єктивного благополуччя осіб, які проходять фізичну реабілітацію після травми, реалізовувалася в індивідуальних та групових формах роботи з учасниками ЕГ під час 5 послідовних етапів: аналітично-прогностичного; консультаційно-корекційного; розвивально-ресурсного; соціально-адаптаційного; рефлексивно-оцінювального, кожен з яких мав свої конкретні завдання, передбачувані методи й засоби психологічної роботи.

Під час апробації системи консультативно-розвивальної роботи щодо досягнення позитивної динаміки суб'єктивного благополуччя осіб, які проходять фізичну реабілітацію після травми, використовувалися методи психоедукації, консультування, дихальні, тілесно орієнтовані, mindfulness й наративні практики, техніки арт-терапії та ін.

Результати математично-статистичної обробки даних (критерій Стьюдента) показали, що реалізована система консультативно-розвивальної роботи щодо досягнення позитивної динаміки суб'єктивного благополуччя осіб, які проходять фізичну реабілітацію після травми, виявилася найбільш дієвою для покращення

рівня суб'єктивного благополуччя, психологічного благополуччя, позитивного ментального здоров'я, оцінки якості життя, пов'язаної зі станом психічного здоров'я, а також зниження симптомів тривоги. Інші досліджувані показники хоча й зазнали позитивної динаміки, однак зміни виявилися менш значущими на рівні математично-статистичної обробки.

ВИСНОВКИ

Проблематика суб'єктивного благополуччя осіб, які проходять фізичну реабілітацію після травми, має важливе наукове і практичне значення для галузей психології та охорони здоров'я в умовах сьогодення. Як інтегральний показник суб'єктивного благополуччя осіб, які проходять фізичну реабілітацію після травми, вказує на їх суб'єктивно значущу міру задоволеності якістю власного життя, психоемоційного стану, наявними соціальними зв'язками і соціальною підтримкою, станом адаптованості до змінених умов життєдіяльності за збереження відчуття самодостатності, цінності й сенсу життя та з огляду на отриману травму й наявні обмеження здоров'я внаслідок цього. Вчасне виявлення суб'єктивного неблагополуччя особи у процесі фізичної реабілітації після травми може запобігти розвитку негативних посттравматичних станів, допоможе своєчасно організувати й надати необхідну психосоціальну допомогу.

Суб'єктивне благополуччя осіб, які проходять фізичну реабілітацію після травми, проявляється в кількох важливих аспектах: фізичному (ставлення до свого здоров'я і виниклих обмежень внаслідок травми); емоційному (баланс між переживанням негативних емоційних станів, безнадії та здатністю відчувати позитивні емоції, оптимістично з вірою і впевненістю приймати теперішню життєву ситуацію і власне майбутнє); когнітивного (оцінка свого життя, усвідомлення і/або переосмислення сенсів і цінностей, мотивація до саморозвитку й самореалізації); соціального (наявність соціальної підтримки на різних рівнях, включеність і адаптація до змінених внаслідок травми умов життєдіяльності).

Фізична реабілітація після травми є комплексом різних доцільних заходів для підтримання стану здоров'я і відновлення / компенсації функцій організму, зменшення впливу наслідків отриманих ушкоджень, адаптації до повсякденного життя, підвищення його якості у плані підтримання активності й незалежності особи як суб'єкта життєдіяльності. Таке розуміння процесу фізичної реабілітації сприяє можливості розроблення більш індивідуалізованих програм відновлення після травми, що враховуватимуть безпосередні потреби клієнта,

забезпечуватимуть більш злагоджену роботу команди фахівців у реабілітаційному процесі.

Експериментальне дослідження психологічних особливостей суб'єктивного благополуччя осіб, які проходять фізичну реабілітацію після травми, складалося з констатувального й формувального етапів. Констатувальний етап був присвячений діагностиці й порівняльному аналізу психологічних особливостей суб'єктивного благополуччя осіб, які проходять фізичну реабілітацію після травми ($n=38$), на відміну від тих, хто її не проходить ($n=34$). Віковий діапазон вибірки від 15 до 68 р. Формувальний етап спрямовувався на обґрунтування й апробацію системи консультативно-розвивальної роботи щодо досягнення позитивної динаміки суб'єктивного благополуччя осіб, які проходять фізичну реабілітацію після травми ($n=24$; ЕГ=12, КГ=12).

Результати діагностики на констатувальному етапі показали наявність психологічних особливостей суб'єктивного благополуччя осіб, які проходять фізичну реабілітацію після травми: переважання середнього й низького рівня суб'єктивного благополуччя та його складових, а також позитивного ментального здоров'я; більший вираз низької і середньої задоволеності якістю власного життя, пов'язаною зі станом психічного і фізичного здоров'я; прояви у частини осіб симптомів тривоги і депресії; менша спрямованість на пошук сенсу життя; зосередженість на цінностях відновлення, збереження та підтримання власного здоров'я і довголіття, сімейних і родинних зв'язків для переживання суб'єктивного благополуччя й задоволеності життям в часовій перспективі. Прикметною особливістю ціннісної сфери осіб, які проходять фізичну реабілітацію після травми, є установка щодо готовності надавати посильну допомогу іншим людям, служити суспільству й спільній справі задля незалежності, миру й безпеки. Виявлені відмінності у процесі порівняльного аналізу за дослідженими показниками між особами, які різняться наявністю проходження фізичної реабілітації після травми, підтверджені використанням критерію Стюдента ($p \leq 0,01$, $p \leq 0,05$). Завдяки проведеному кореляційному аналізу (критерій Пірсона) встановлено, що рівень суб'єктивного благополуччя осіб, які проходять фізичну

реабілітацію після травми, підвищується із покращенням психічного благополуччя, самопочуття, задоволеності якістю власного життя у фізичному й психологічному плані, а також за відсутності виражених симптомів тривоги й депресії ($p \leq 0,01$, $p \leq 0,05$). Для дослідженої групи осіб, які проходять фізичну реабілітацію після травми, сенс життя і пошук сенсу життя менше позначаються на суб'єктивному благополуччі.

Обґрунтована система консультативно-розвивальної роботи щодо досягнення позитивної динаміки суб'єктивного благополуччя осіб, які проходять фізичну реабілітацію після травми, реалізовувалася на формувальному етапі експерименту під час п'яти послідовних і взаємопов'язаних метою і завданнями етапів: аналітично-прогностичного; консультаційно-корекційного; розвивально-ресурсного; соціально-адаптаційного; рефлексивно-оцінювального. Її метою було визначено досягнення покращення суб'єктивного благополуччя осіб з отриманими травмами внаслідок надання у процесі фізичної реабілітації психологічної підтримки, розвиток індивідуальних ресурсів, посилення позитивного самоствалення, впевненості в собі, відповідальності щодо власного життя й майбутнього. У реалізованій психологічній індивідуальній і груповій роботі з учасниками ЕГ було використано методи психологічної просвіти (міні-лекції, презентації, пам'ятки), консультування, проводилися дихальні, тілесно орієнтовані й mindfulness- практики, арт-терапевтичні й нарративні техніки та ін.

Математично-статистична обробка даних (критерій Ст'юдента) наприкінці формувального етапу експерименту з апробації системи консультативно-розвивальної роботи щодо досягнення позитивної динаміки суб'єктивного благополуччя осіб, які проходять фізичну реабілітацію після травми, показала наявність статистично значущих відмінностей в учасників ЕГ і КГ за суб'єктивним благополуччям; психологічним благополуччям; позитивним ментальним здоров'ям; оцінкою якості життя, пов'язаною зі станом психічного здоров'я; симптомами тривоги ($p \leq 0,05$, $p \leq 0,10$). Це дозволило зробити висновок про ефективність реалізованої системи консультативно-розвивальної роботи щодо

досягнення позитивної динаміки суб'єктивного благополуччя осіб, які проходять фізичну реабілітацію після травми.

Перспективи проведеного дослідження вбачаємо у зверненні окремої уваги на вікові й гендерні особливості суб'єктивного благополуччя осіб, які проходять фізичну реабілітацію після травми; вивчення залежності суб'єктивного благополуччя від тяжкості отриманої травми та тривалості фізичної реабілітації; з'ясування впливу на переживання суб'єктивного благополуччя особи в умовах фізичної реабілітації локусу контролю (зокрема у сфері здоров'я), стратегій копінг-поведінки, емоційної саморегуляції, оптимізму тощо.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Абрамюк О. О., Липецька А. С. Концептуальна структура феномену «суб'єктивне благополуччя» та особливості його вимірювання. *Психологія: реальність і перспективи: Збірник наукових праць РДГУ*. 2018. Вип.11. С.10-17.
2. Белікова Н. О. Основні визначення фізично-реабілітаційної освіти. Електронний ресурс. – Режим доступу: URL : <https://ap.uu.edu.ua/article/177>
3. Белікова Н. О. Підготовка майбутніх фахівців з фізичної реабілітації до здоров'язбережувальної діяльності : теорія та методика. Монографія. Київ : Козарі, 2012. 584 с.
4. Бірук Л. М. Особливості використання арт-терапії в реабілітації військовослужбовців : кваліфікаційна робота СВО магістра за спеціальністю «Практична психологія». Луцьк, 2024. 55 с.
5. Борисенко Л. Л., Корват Л. В. Психологічні особливості депресивних станів осіб в умовах воєнного стану в Україні. *Перспективи та інновації науки. Серія: Педагогіка, Психологія, Медицина* : електр. наук. журн. / Вид. група «Наук. перспективи» [та ін.] ; [редкол.: Жукова І. В. (голова) та ін.]. Київ, 2022. Вип. 9. С.53–65. Електронний ресурс. – Режим доступу: URL : <https://ir.kneu.edu.ua:443/handle/2010/37841>
6. Борнштєй Н. Брошура шкал і тестів для оцінки стану пацієнта. Основні шкали клінічної оцінки. Тель-Авів, Ізраїль. 2023. 132 с.
7. Бриндіков Ю. Л. Теорія та практика реабілітації військовослужбовців учасників бойових дій у системі соціальних служб : дис. ... д-ра пед. наук : 13.00.05. Хмельницький, 2018. 559 с.
8. Бук М. Соціальне обслуговування осіб з інвалідністю в реабілітаційних установах України. *Підприємництво, господарство і право*. 2020. №9. С.82-89.
9. Буленко Т.В. Діагностика особистості в практичній діяльності психолога : наук.-метод. посіб. Луцьк : РВВ «Вежа», 2006. 331 с.
10. Велика медична енциклопедія : [в 30-ти т.]. 1984. 544 с. т. 22, с.71.

11. Вірна Ж.П. Аксіологія якості життя особистості. *Психологія особистості*. 2013. № 1 (4). С. 104–112.
12. Волинець Н. В. Психологічні особливості особистісного благополуччя в професійній сфері життєдіяльності : монографія. Хмельницький : Видавництво НАДПСУ, 2019. 620 с.
13. Волинець Н.В. Теоретична модель психологічного благополуччя особистості: параметри, критерії, показники та функції. *Науковий вісник Херсонського державного університету*, 2018. №1. Т.1. С. 50-62.
14. Володарська Н.Д. Технології відновлення психологічного благополуччя у вимушених переселенців. *Інсайд: психологічні виміри суспільства*, 2019. №1, с. 79-84.
15. Волошина В.В. Сутність поняття психологічної реабілітації військовослужбовців. *Науковий вісник Ужгородського національного університету. Серія: Психологія*, 2024. №2, с. 7-11. Електронний ресурс. – Режим доступу: URL : <https://doi.org/10.32782/psy-visnyk/2024.2.1>
16. Галецька І. Психологія здоров'я : теорія та практика. Луцьк : Вид. центр ЛНУ ім. І. Франка, 2006. 338 с.
17. Герман Дж. Психологічна травма та шлях до видужання: наслідки насильства – від знущань у сім'ї до політичного терору / переклад з англ. О. Лизак, О. Наконечна, О. Шлапак. Львів : Вид-во Старого Лева, 2015. 416 с.
18. Горбаль І.С. Соціально-психологічні чинники суб'єктивного благополуччя пенсіонерів : дис. ... канд. психол. наук : 19.00.05; НАПН України; Ін-т соціальної та політичної психології. Київ, 2016. 271 с.
19. Гоцуляк Н. Є. Психологічна травма: аналіз та шляхи її подолання. *Збірник наукових праць Національної академії Державної прикордонної служби України*. Серія: Педагогічні та психологічні науки. 2015. № 1(74). С. 378–390.
20. Грандт В. В. Психологія травмуючих ситуацій : навчальний посібник. Запоріжжя : Запорізький національний університет, 2024. 107 с.
21. Григус І. М. Основи фізичної терапії: навчальний посібник. Херсон : Олді+, 2022. 150 с.

22. Єзерська Н. В. Психологічні чинники суб'єктивного благополуччя підлітків в умовах спеціалізованої школи-інтернату 19.00.07 – Педагогічна та вікова психологія 053 – Психологія. Київ, 2018. 247 с. Електронний ресурс. – Режим доступу: URL : <https://elibrary.kubg.edu.ua/id/eprint/24660/1/Microsoft%20Word%2018.pdf>
23. Заграй Л. Д. Концептуалізація «Я» і психологічна травма. *Вісник Чернігівського національного педагогічного університету*. Серія: Психологічні науки. 2015. Вип. 128. С. 108–111.
24. Зливков В.Л., Лукомська С.О., Федан О.В. Психодіагностика особистості у кризових життєвих ситуаціях. Київ : Педагогічна думка, 2016. 219 с.
25. Ільницька Г. С., Гончарук Н. В. Терапевтичні вправи : Навчальний посібник. Харків, НФау, 2021. 198 с. Електронний ресурс. – Режим доступу : URL : <http://library.megu.edu.ua:8180/jspui/bitstream/123456789/5102/1/2021-Навч%20посібник%20ТВ%20все%20.pdf>
26. Карамушка Л. М., Креденцер О. В., Терещенко К. В. Технології забезпечення психічного здоров'я та благополуччя освітнього персоналу в умовах війни та післявоєнного відновлення. За ред. Л.М Карамушки. Київ : Інститут психології імені Г.С. Костюка НАПН України. 2024. Електронний ресурс. – Режим доступу: URL : <https://lib.iitta.gov.ua/id/eprint/741857/>
27. Карамушка Л., Креденцер О., Терещенко К. Суб'єктивне благополуччя освітнього персоналу в умовах війни. *Організаційна психологія. Економічна психологія*, 2023. №30(4), с.23-33. Електронний ресурс. – Режим доступу: URL : <https://doi.org/10.31108/2.2023.4.30.3>
28. Карамушка Л., Терещенко К., Креденцер, О. Адаптація на українській вибірці методик «The Modified BBC Subjective Well-being Scale (BBC-SWB)» та «Positive Mental Health Scale (PMH-scale)». *Організаційна психологія. Економічна психологія*. 2022. №3(27), с. 85-94. Електронний ресурс. – Режим доступу: URL : <https://doi.org/10.31108/2.2022.3.27.8>
29. Карамушка Л. М. Суб'єктивне благополуччя персоналу освітніх та наукових організацій в умовах війни: рівень вираженості та зв'язок з копінг-

- стратегіями. *Організаційна психологія. Економічна психологія*, 2023. №1(28), с.17-25. Електронний ресурс. – Режим доступу: URL : <https://doi.org/10.31108/2.2023.1.28.2>
30. Карсканова С. В. Використання наративу як методу соціально-психологічної діагностики особистості. *Науковий вісник Херсонського державного університету*. Серія Психологія. 2019. Вип. 1. С.30-35.
31. Кирпенко Т. М. Суб'єктивне благополуччя як чинник фізичного здоров'я особистості: шляхи взаємовпливу. *Актуальні проблеми психології*. Том 7, випуск 48. С.95-103. Електронний ресурс. – Режим доступу: URL : <http://appsychology.org.ua/data/jrn/v7/i48/12.pdf>
32. Климчук В. О. Психологія посттравматичного зростання: монографія / В. О. Климчук; Національна академія педагогічних наук України, Інститут соціальної та політичної психології. Кропивницький : Імекс-ЛТД, 2020. 125 с.
33. Кобець О., Мороз Л. Психологічні чинники суб'єктивного благополуччя викладачів ЗВО в умовах воєнного часу. *Вісник Національного університету оборони України*, 2025. №87(5), с.72–79. Електронний ресурс. – Режим доступу: URL : <https://doi.org/10.33099/2617-6858-2025-87-5-72-79>
34. Кохун О. М., Мельничук Т. І. Резилієнс-довідник : практичний посібник. Київ : Інститут психології імені Г.С. Костюка НАПН України. 2023. 25 с.
35. Коробка І. М. Суб'єктивне благополуччя : теоретичні інтерпретації, чинники й ресурси підтримання. *Науковий вісник Херсонського державного університету*, 2022. Вип.22. С.85-93. Електронний ресурс. – Режим доступу: URL : <https://doi.org/10.32999/ksu2312-3206/2022-2-12>
36. Креденцер О. В., Сергієнко Д. С. Резильєнтність як чинник суб'єктивного благополуччя психологів в умовах війни. *Організаційна психологія. Економічна психологія*, 2024. №32(2), с.85-95.
37. Кушмирук Є. С. Параметри психологічного благополуччя студентів. *Науковий вісник Херсонського державного університету*, 2017. №2. С.36–40.

38. Литвинова Л. В. Посттравматичний стрес: теорія і практика психологічної реабілітації та лікування : методичні рекомендації. Київ : Наукова думка, 2007. 102 с.

39. Маруніч В. В., Шевчук В. І., Яворовенко О. Б. Методичний посібник з питань реабілітації інвалідів : Посібник. Вінниця : О. Власюк, 2006. 212 с.

40. Мащак С. О., Кучвара, Х. Б. Особливості суб'єктивного благополуччя українців в умовах війни. *Науковий вісник Ужгородського національного університету. Серія: Психологія*, 2023. №6. С.5-9. Електронний ресурс. – Режим доступу: URL : <https://doi.org/10.32782/psy-visnyk/2022.6.1>

41. Медико-соціальна експертиза обмеження життєдіяльності та принципи складання індивідуальної програми реабілітації інвалідів внаслідок неврологічних ускладнень остеохондрозу хребта : навчальний посібник для лікарів МСЕК і ЛКК / за ред. : А. В. Іпатова, М. І. Черненко, О. В. Сергієні та ін. Дніпропетровськ : Пороги, 2004. 94 с.

42. Медична та соціальна реабілітація : навчальний посібник / за заг. ред. : І. Р. Мисула, Л. О. Вакуленко. Тернопіль : ТДМУ, 2005. 407 с.

43. Методики дослідження психічного здоров'я та благополуччя персоналу організацій : психологічний практикум. Л.М.Карамушка, О.В.Креденцер, К. В. Терещенко, В.І.Лагодзінська, В.М.Івкін, О.С.Ковальчук; за ред. Л. М. Карамушки. Київ : Інститут психології імені Г.С. Костюка НАПН України, 2023. 76 с.

44. Мілютіна К.Л., Сарри Л. Л. Чинники суб'єктивного благополуччя особистості в умовах карантинних обмежень. *Науковий вісник Ужгородського університету. Серія: Психологія*, 2021. №3, с.24–28.

45. Мухін В. М. Фізична реабілітація: навч. посіб. Вид. 2-ге, перероб. і доп. Київ : Олімп. література, 2005. 472 с.

46. Наративні практики самопроекування: методичні рекомендації / [Н. В. Чепелева, О. В. Зазимко, О. М. Шиловська]; за ред. Н. В. Чепелевої. Київ : Інститут психології імені Г. С. Костюка НАПН України, 2019. 44 с.

47. Никоненко О., Шевченко А. Практичні аспекти зміцнення психологічного благополуччя підприємців в умовах війни. *Вчені записки Університету «КРОК»*, 2023. №3(71), с.159-168. Електронний ресурс. – Режим доступу: URL : <https://doi.org/10.31732/2663-2209-2022-71-159-168>
48. Оляницька Ю. М. Суб'єктивне благополуччя людей похилого віку: чинники впливу та способи підтримки. Електронний ресурс. – Режим доступу: URL : [A9R174lmta_8i3g8a_92w.tmp \(appsychology.org.ua\)](https://doi.org/10.31732/2663-2209-2022-71-159-168)
49. Османова А. М., Верещагіна Н. В. Роль арт-терапії у відновленні психологічного благополуччя вимушено переміщених осіб. *Вчені записки Таврійського національного університету імені В.І. Вернадського*, 2024. №35(6). С.168-176.
50. Основи законодавства України про охорону здоров'я : Закон України №2801-ХІІ від 19.12.1993 р. Електронний ресурс. – Режим доступу: URL : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12#Text>
51. Основи фізичної реабілітації: навч. посіб. / О. В. Бісмак, Н. Г. Мельнік. Харків : Вид-во Бровін О.В., 2010. 120 с.
52. Отич Д., Чабан І. Психологічні особливості суб'єктивного благополуччя осіб дорослого віку. *Науковий часопис Національного педагогічного університету імені М. П. Драгоманова*. Серія 12. Психологічні науки. 2022. №18(63). С.32-42. Електронний ресурс. – Режим доступу: URL : [https://doi.org/10.31392/NPU-nc.series12.2021.18\(63\).04](https://doi.org/10.31392/NPU-nc.series12.2021.18(63).04)
53. Паливода Л. І. Проблема визначення понять «психічна травма», «психологічна травма» і «травма втрати» у психологічних проєкціях. *Вчені записки ТНУ імені В.І. Вернадського*. Серія: Психологія. 2021. Том 32 (71) № 6. Електронний ресурс. – Режим доступу: URL : <https://doi.org/10.32838/2709-3093/2021.6/11>
54. Петухова І., Заушнікова М., Каськов І. Психологічне благополуччя особистості в умовах війни. *Вісник Національного університету оборони України*, 2023. №73(3), с.124–129. Електронний ресурс. – Режим доступу: URL : <https://doi.org/10.33099/2617-6858-2023-73-3-124-129>

55. Помиткін Е. О., Помиткіна Л. В. Покращення суб'єктивного благополуччя студентської молоді в умовах військових дій. *Наукові записки. Серія: Психологія*, 2024. №1, с.116–123. Електронний ресурс. – Режим доступу: URL : <https://doi.org/10.32782/cusu-psy-2024-1-16>

56. Попелюшко Р., Вовнянко Ю. Дослідження психологічного благополуччя української молоді в умовах невизначеності. *Науковий часопис УДУ імені Михайла Драгоманова*. Серія 12. Психологічні науки, Вип.25 (70). 2024. С.35-44. Електронний ресурс. – Режим доступу: URL : [https://doi.org/10.31392/UDU-nc.series12.2024.25\(70\).04](https://doi.org/10.31392/UDU-nc.series12.2024.25(70).04)

57. Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я : Закон України №1053-ІХ від 03.12.2020 р. Відомості Верховної Ради (ВВР), 2021, №8, ст.59. Електронний ресурс. – Режим доступу: URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1053-20#n2>

58. Потоцька І. С., Рисинець Т. П., Лойко Л. С., Лойко Є. Є. Вплив карантинних заходів на емоційне благополуччя студентської молоді. *Sciences of Europe*. 2021. 70-3. Р. 63-68.

59. Реабілітація інвалідів. Юридичний словник. Електронний ресурс. – Режим доступу: URL : https://kodeksy.com.ua/dictionary/r/reabilitatsiya_invalidiv.htm

60. Рисинець Т., Потоцька І., Акименко Д. Гендерні особливості суб'єктивної оцінки якості сну та її залежності від рівня невротизації. *Науковий вісник Вінницької академії безперервної освіти*. Серія «Педагогіка. Психологія». 2025. Вип.7. С.193-200. Електронний ресурс. – Режим доступу: URL: DOI <https://doi.org/10.32782/academ-ped.psyh-2025-1.26>

61. Синявський В. В., Сергєєнкова О. П. Психологічний словник. / за ред. Н. А. Побірченко. Київ, 2007. 336 с.

62. Теорія і практика психологічної допомоги та реабілітації : підручник. Вид. 2-ге, доп. / кол. авт. ; за заг. ред. Василя Осьодла. Київ : НУОУ імені Івана Черняхівського, 2020. 484 с.

63. Терещенко К. Суб'єктивне благополуччя особистості та його підтримка в умовах невизначеності. *Організаційна психологія. Економічна*

психологія, 2025. №34(1), с.125-133. Електронний ресурс. – Режим доступу: URL : <https://doi.org/10.31108/2.2025.1.34.11>

64. Титаренко Т. М. Психологія особистості : словник-довідник / за ред. П. П. Горностая. Київ : Рута, 2001. 320 с.

65. Тодорова І. С., Бульченко Д. В. Концептуальні засади психоедукації як методу психологічної допомоги. *Журнал «Наукові інновації та передові технології»*. 2024. №7 (35), с.1103-1116. Електронний ресурс. – Режим доступу: URL : <http://perspectives.pp.ua/index.php/наука/article/view/13020/13082>

66. Туриніна О. Л. Психологія травмуючих ситуацій : навчальний посібник для студентів вищих навчальних закладів. Київ : ДП «Вид. дім Персонал», 2017. 160 с.

67. Харитинський А. Психологічний зміст поняття суб'єктивного благополуччя особистості. *Організаційна психологія. Економічна психологія*, 2022. №3(27), с.149-159. Електронний ресурс. – Режим доступу: URL : <https://doi.org/10.31108/2.2022.3.27.15>

68. Харитинський А. Теоретична модель суб'єктивного благополуччя особистості. *Вісник Національного університету оборони України*. Зб. наукових праць. К.:НУОУ, 2022. Вип.6(70). С.190-197. Електронний ресурс. – Режим доступу: URL : <https://doi.org/10.33099/2617-6858-2022-70-6-190-197>

69. Чайка Г. Психологічні характеристики, що впливають на особисту автономію, як чинник психологічного благополуччя. *Психологічний часопис*, 2020. Вип.6(1), с.18–28. Електронний ресурс. – Режим доступу: URL : <https://lib.iitta.gov.ua/id/eprint/719711/1/Чайка%20-ст1-2020-%20часопис.pdf>

70. Bradburn N. M., Caplovitz D. Reports on Happiness. A Pilot Study of Behavior Related to Mental Health. Chicago: Aldine Publishing Company. 1965. URL : <https://www.scirp.org/reference/referencespapers?referenceid=1628192>

71. Deci E. L., Ryan R. M. Self-determination research: reflections and future directions. Handbook of self-determination research. Rochester (NY.): University of Rochester Press, 2002. P.431-441.

72. Diener E. (Ed.) Culture and Well-Being: The collected works of Ed Diener. Social Indicators Research Series, 2009. 38 p. Springer. URL : <http://dx.doi.org/10.1007/978-90-481-2352-0>
73. Kalsched D. The Inner World of Trauma: Archetypal Defences of the Personal Spirit. London and New York 1996. 240 c.
74. Ryan R. M., Deci E. L. On happiness and human potential: A review of research on hedonic and eudaimonic well-being. Annual review of psychology. 2001. No. 52 (1). P.141–166.
75. Ryff C. D. Psychological Well-Being Revisited: Advances in the Science and Practice of Eudaimonia. Psychother Psychosom, 2014. 83(1), c.10-28. URL : <https://doi.org/10.1159/000353263>
76. Seligman M. E. P. Flourish: a visionary new understanding of happiness and well-being. Australia : Random House, 2012. 349 p. URL : <https://www.amazon.es/Flourish-Visionary-Understanding-Happiness-Well-Being/d>
77. Seligman M. What is Well-Being?.. [Electronic resource] – Authentic Happiness. – April 2011. URL : www.authentichappiness.sas.upenn.edu/newsletter.aspx?id=1533.]
78. Seligman M., Csikszentmihalyi M. Positive psychology: an introduction. American Psychologist. 2000. Vol. 55(1). P. 5–14.
79. Veerhoven R. Questions on Happiness: Classical Topics, Modern Answers, Blind Spots. Subjective Well-Being: an interdisciplinary perspective / ed. by F. Strack, M.Argyle, N. Schwarz. 1st ed. Oxford: Pergamon Press, 1991. P. 7–26.
80. Zacher H., Rudolph C.W. Individual differences and changes in subjective wellbeing during the early stages of the COVID-19 pandemic. American Psychologist, 2021. 76(1), p. 50-62. URL : <http://dx.doi.org/10.1037/amp0000702>

Питання авторської анкети, використаної у дослідженні на констатувальному етапі психологічного експерименту (представлені у Google Форм)

Цінності



Будь ласка, висловіть свою думку щодо того, як цінності впливали і впливають на Ваше життя в минулому, теперішньому і впливатимуть у майбутньому

У минулому рейтинг 5 ключових цінностей (ідеалів, орієнтирів, важливостей) мого життя виглядав так... (від найбільш значущого до найменш значущого) *

Развернутый ответ

У теперішньому рейтинг 5 ключових цінностей (ідеалів, орієнтирів, важливостей) мого життя виглядає так... (від найбільш значущого до найменш значущого) *

Развернутый ответ

У майбутньому рейтинг 5 ключових цінностей (ідеалів, орієнтирів, важливостей) мого життя виглядатиме так... (від найбільш значущого до найменш значущого) *

Развернутый ответ

Чи можете Ви сказати з упевненістю, що можете вважати себе володарем свого життя (буквально, "Я маю можливість всім керувати і всім опікуватися без сторонньої допомоги") *

- так
- більше так, ніж ні
- більше ні, ніж так
- ні

Як Ви можете оцінити фразу: "Моє життя керує мною. Від мене менше залежить те, що трапилося, й може ще трапитися" *

- повністю згоден
- зовсім не згоден

Додаток Б

Таблиця Б.1 – Результати обчислень за критерієм Стьюдента у комп'ютерній програмі обробки даних SPSS V.21.0 для групи 1 і групи 2 (констатувальний етап психологічного експерименту)

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Суб'єктивне благополуччя	Equal variances assumed	1,481	,228	-2,277	70	,026	-8,24923	3,62311	-15,47529	-1,02316
	Equal variances not assumed			-2,306	69,108	,024	-8,24923	3,57767	-15,38629	-1,11216
Психологічне благополуччя	Equal variances assumed	5,470	,022	-2,879	70	,005	-6,81579	2,36735	-11,53733	-2,09425
	Equal variances not assumed			-2,921	68,498	,005	-6,81579	2,33324	-11,47109	-2,16049
Фізичне здоров'я та благополуччя	Equal variances assumed	4,375	,040	-3,327	70	,001	-4,03560	1,21281	-6,45448	-1,61673
	Equal variances not assumed			-3,340	69,863	,001	-4,03560	1,20814	-6,44525	-1,62596
Стосунки	Equal variances assumed	,014	,906	-1,820	70	,073	-1,80031	,98921	-3,77323	,17261
	Equal variances not assumed			-1,821	69,257	,073	-1,80031	,98870	-3,77257	,17195
Позитивне ментальне здоров'я	Equal variances assumed	3,497	,066	-3,314	70	,001	-4,64241	1,40074	-7,43610	-1,84873
	Equal variances not assumed			-3,358	68,943	,001	-4,64241	1,38239	-7,40026	-1,88457
Оцінка стану фізичного здоров'я	Equal variances assumed	,033	,857	-2,554	70	,013	-1,47059	,57581	-2,61900	-,32217
	Equal variances not assumed			-2,551	68,745	,013	-1,47059	,57653	-2,62082	-,32036
Оцінка стану психологічного здоров'я	Equal variances assumed	,457	,501	-2,645	70	,010	-1,69659	,64142	-2,97587	-,41732
	Equal variances not assumed			-2,635	67,762	,010	-1,69659	,64393	-2,98162	-,41157
Тривога	Equal variances assumed	,324	,571	1,692	70	,095	1,00464	,59378	-,17962	2,18890
	Equal variances not assumed			1,704	69,986	,093	1,00464	,58956	-,17121	2,18049
Депресія	Equal variances assumed	3,395	,070	2,506	70	,015	1,57276	,62758	,32109	2,82442
	Equal variances not assumed			2,540	68,801	,013	1,57276	,61908	,33766	2,80785
Наявність сенсу життя	Equal variances assumed	1,416	,238	-2,273	70	,026	-1,72291	,75794	-3,23458	-,21124
	Equal variances not assumed			-2,290	69,963	,025	-1,72291	,75220	-3,22314	-,22268
Пошук сенсу життя	Equal variances assumed	2,739	,102	-1,005	70	,318	-,99536	,99031	-2,97046	,97975
	Equal variances not assumed			-1,022	67,425	,310	-,99536	,97351	-2,93827	,94756

Додаток В

Таблиця В.1 – Результати обчислень за критерієм Пірсона у комп'ютерній програмі обробки даних SPSS V.21.0 для групи 1 (констатувальний етап психологічного експерименту)

		Суб'єктивне благополуччя	психологічне благополуччя	фізичне здоров'я та благополуччя	стосунки	позитивне ментальне здоров'я	якість життя, пов'язана з оцінкою стану фізичного здоров'я	якість життя, пов'язана з оцінкою стану психічного здоров'я	тривога	депресія	наявність сенсу життя	пошук сенсу життя
Суб'єктивне благополуччя	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	1 ,696** 38	,538** ,000 38	,424** ,008 38	,670** ,000 38	,667** ,000 38	,591** ,000 38		-,569** ,000 38	-,548** ,000 38	,268 ,104 38	,290 ,078 38
психологічне благополуччя	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	,696** ,000 38	1 ,621** 38	,506** ,001 38	,749** ,000 38	,659** ,000 38	,493** ,002 38		-,420** ,009 38	-,528** ,001 38	,200 ,228 38	-,021 ,902 38
фізичне здоров'я та благополуччя	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	,538** ,000 38	,621** ,000 38	1 ,422** 38	,520** ,001 38	,700** ,000 38	,678** ,000 38		-,236 ,154 38	-,416** ,009 38	,301 ,066 38	,171 ,304 38
стосунки	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	,424** ,008 38	,506** ,001 38	,422** ,008 38	1 ,318 38	,624** ,000 38	,555** ,000 38		-,285 ,083 38	-,233 ,159 38	,089 ,595 38	,319 ,051 38
позитивне ментальне здоров'я	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	,670** ,000 38	,749** ,000 38	,520** ,001 38	,318 ,051 38	1 ,641** 38	,501** ,001 38		-,526** ,001 38	-,532** ,001 38	,105 ,530 38	,008 ,962 38
якість життя, пов'язана з оцінкою стану фізичного здоров'я	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	,667** ,000 38	,659** ,000 38	,700** ,000 38	,624** ,000 38	,641** ,000 38	1 ,674** 38		-,389 ,016 38	-,421** ,009 38	,112 ,504 38	,243 ,142 38
якість життя, пов'язана з оцінкою стану психічного здоров'я	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	,591** ,000 38	,493** ,002 38	,678** ,000 38	,555** ,000 38	,501** ,001 38	,674** ,000 38	1	-,423** ,008 38	-,507** ,001 38	,331 ,042 38	,508** ,001 38
тривога	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	-,569** ,000 38	-,420** ,009 38	-,236 ,154 38	-,285 ,083 38	-,526** ,001 38	-,389 ,016 38	-,423** ,008 38	1 ,585** 38		-,203 ,221 38	-,299 ,068 38
депресія	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	-,548** ,000 38	-,528** ,001 38	-,416** ,009 38	-,233 ,159 38	-,532** ,001 38	-,421** ,009 38	-,507** ,001 38	,585** ,000 38	1	-,201 ,227 38	-,217 ,191 38
наявність сенсу життя	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	,268 ,104 38	,200 ,228 38	,301 ,066 38	,089 ,595 38	,105 ,530 38	,112 ,504 38	,331 ,042 38	-,203 ,221 38	-,201 ,227 38	1 ,492** 38	
пошук сенсу життя	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	,290 ,078 38	-,021 ,902 38	,171 ,304 38	,319 ,051 38	,008 ,962 38	,243 ,142 38	,508** ,001 38	-,299 ,068 38	-,217 ,191 38	,492** ,002 38	1

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Таблиця В.2 – Результати обчислень за критерієм Пірсона у комп'ютерній програмі обробки даних SPSS V.21.0 для групи 2 (констатувальний етап психологічного експерименту)

		Correlations										
		Суб'єктивне благополуччя	психологічне благополуччя	фізичне здоров'я та благополуччя	стосунки	позитивне ментальне здоров'я	якість життя, пов'язана з оцінкою стану фізичного здоров'я	якість життя, пов'язана з оцінкою стану психічного здоров'я	тривога	депресія	наявність сенсу життя	пошук сенсу життя
Суб'єктивне благополуччя	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	1, 764** 000 34	,579** 000 34	,827** 000 34	,854** 000 34	,755** 000 34	,632** 000 34	-,249 155 34	-,277 112 34	,245 163 34	,431* 011 34	
психологічне благополуччя	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	,764** 000 34	1, 584** 000 34	,492** 003 34	,677** 000 34	,520** 002 34	,390* 022 34	-,299 086 34	-,200 257 34	,198 261 34	,222 207 34	
фізичне здоров'я та благополуччя	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	,579** 000 34	,584** 000 34	1, 530** 001 34	,585** 000 34	,456** 007 34	,641** 000 34	-,309 076 34	-,203 250 34	,257 143 34	,330 057 34	
стосунки	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	,827** 000 34	,492** 003 34	,530** 001 34	1, 776** 000 34	,743** 000 34	,768** 000 34	-,197 264 34	-,116 513 34	,219 214 34	,531** 001 34	
позитивне ментальне здоров'я	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	,854** 000 34	,677** 000 34	,585** 000 34	,776** 000 34	1, 659** 000 34	,592** 000 34	-,199 258 34	-,259 140 34	,115 518 34	,447** 008 34	
якість життя, пов'язана з оцінкою стану фізичного здоров'я	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	,755** 000 34	,520** 002 34	,456** 007 34	,743** 000 34	,659** 000 34	1, 698** 000 34	-,201 255 34	-,376* 028 34	,225 200 34	,386* 024 34	
якість життя, пов'язана з оцінкою стану психічного здоров'я	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	,632** 000 34	,390* 022 34	,641** 000 34	,768** 000 34	,592** 000 34	,698** 000 34	1, 158 34	-,247 394 34	-,151 013 34	,422* 001 34	
тривога	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	-,249 155 34	-,299 086 34	-,309 076 34	-,197 264 34	-,199 258 34	-,201 255 34	1, 158 34	,442** 009 34	-,112 527 34	-,127 476 34	
депресія	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	-,277 112 34	-,200 257 34	-,203 250 34	-,116 513 34	-,259 140 34	-,376* 028 34	-,151 394 34	,442** 009 34	1, 935 34	,014 404 34	
наявність сенсу життя	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	,245 163 34	,198 261 34	,257 143 34	,219 214 34	,115 518 34	,225 200 34	-,112 527 34	,014 935 34	1, 939 34	,014 34 34	
пошук сенсу життя	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	,431* 011 34	,222 207 34	,330 057 34	,531** 001 34	,447** 008 34	,386* 024 34	,549** 001 34	-,127 476 34	-,148 404 34	,014 939 34	

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Додаток Г

Таблиця Г.1 – Результати обчислень за критерієм Стьюдента у комп'ютерній програмі обробки даних SPSS V.21.0 для ЕГ і КГ (початок формувального етапу психологічного експерименту)

		Independent Samples Test										
		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means							95% Confidence Interval of the Difference	
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	Lower	Upper		
Суб'єктивне благополуччя	Equal variances assumed	,013	,909	,101	22	,920	,66667	6,57551	-12,97011	14,30345		
	Equal variances not assumed			,101	21,976	,920	,66667	6,57551	-12,97099	14,30432		
Психологічне благополуччя	Equal variances assumed	1,031	,321	,342	22	,735	1,50000	4,37999	-7,58355	10,58355		
	Equal variances not assumed			,342	21,644	,735	1,50000	4,37999	-7,59223	10,59223		
Фізичне здоров'я та благополуччя	Equal variances assumed	5,025	,035	,475	22	,640	,75000	1,58014	-2,52701	4,02701		
	Equal variances not assumed			,475	19,262	,640	,75000	1,58014	-2,55423	4,05423		
Стосунки	Equal variances assumed	,107	,747	,584	22	,565	1,00000	1,71299	-2,55253	4,55253		
	Equal variances not assumed			,584	21,999	,565	1,00000	1,71299	-2,55253	4,55253		
Позитивне ментальне здоров'я	Equal variances assumed	,777	,387	,488	22	,630	,83333	1,70635	-2,70541	4,37208		
	Equal variances not assumed			,488	20,880	,630	,83333	1,70635	-2,71645	4,38311		
Якість життя, пов'язана з оцінкою стану фізичного здоров'я	Equal variances assumed	,001	,970	,859	22	,400	,58333	,67933	-,82551	1,99218		
	Equal variances not assumed			,859	21,995	,400	,58333	,67933	-,82553	1,99220		
Якість життя, пов'язана з оцінкою стану психічного здоров'я	Equal variances assumed	,154	,699	1,110	22	,279	,75000	,67560	-,65111	2,15111		
	Equal variances not assumed			1,110	21,595	,279	,75000	,67560	-,65264	2,15264		
Тривога	Equal variances assumed	,019	,892	-,263	22	,795	-,33333	1,26531	-2,95743	2,29076		
	Equal variances not assumed			-,263	21,842	,795	-,33333	1,26531	-2,95853	2,29186		
Депресія	Equal variances assumed	,026	,873	,095	22	,925	,08333	,87292	-1,72700	1,89367		
	Equal variances not assumed			,095	21,984	,925	,08333	,87292	-1,72708	1,89374		
Наявність сенсу життя	Equal variances assumed	,004	,948	,250	22	,805	,25000	1,00095	-1,82584	2,32584		
	Equal variances not assumed			,250	21,925	,805	,25000	1,00095	-1,82625	2,32625		
Пошук сенсу життя	Equal variances assumed	,318	,578	1,075	22	,294	1,33333	1,24062	-1,23956	3,90622		
	Equal variances not assumed			1,075	19,216	,296	1,33333	1,24062	-1,26134	3,92801		

**Розроблені пам'ятки для учасників системи
консультативно-розвивальної роботи щодо досягнення позитивної динаміки
суб'єктивного благополуччя осіб, які проходять фізичну реабілітацію
після травми**

☞ «Кожен маленький рух – це крок до великої перемоги»



Афірмації на щодень:

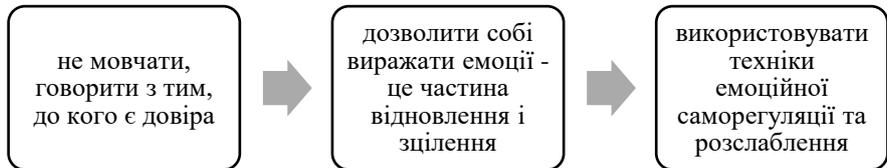
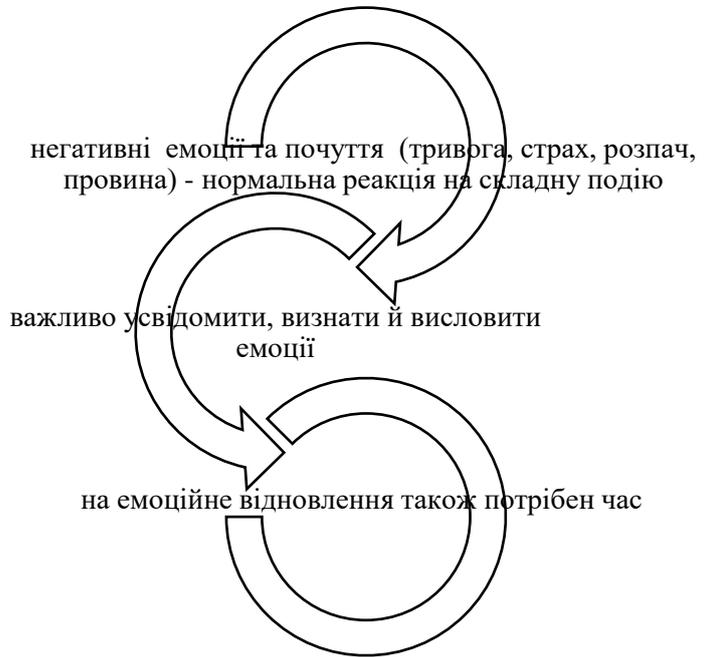
**«Я роблю все можливе для свого відновлення»
«Моє тіло має ресурс на зцілення»**

Емоції – не слабкість, а шлях до відновлення внутрішньої сили!



Що можна зробити для себе?

Що варто запам'ятати?



♡ Що означає допомога тим, хто отримав травму?

- ✓ це підтримка і віра в сили, а не просто висловлення жалю;
- ✓ це бути поруч, а не робити замість;
- ✓ це бути чесним, поважати і не тиснути;
- ✓ це турбуватися, але не стимулювати відчуття безпорадності



Що доречно і важливо?

- ! слухати уважно й не давати зайвих порад;
- ! визнавати право на будь-які емоції;
- ! питати думки про необхідну допомогу;
- ! заохочувати самостійність;
- ! хвалити за зусилля;
- ! не обіцяти нездійсненне

Пам'ятаємо!

- ♡ **Найкраща допомога – це віра в можливості близької людини!**
- ♡ **Слухати і чути – це вже допомагати!**
- ♡ **Щоб підтримати близьку людину, треба мати спокій і внутрішню опору в собі**

Додаток Е

Таблиця Е.1 – Результати обчислень за критерієм Стьюдента у комп'ютерній програмі обробки даних SPSS V.21.0 для ЕГ і КГ (кінець формувального етапу психологічного експерименту)

		Independent Samples Test								
		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Суб'єктивне благополуччя	Equal variances assumed	,002	,965	2,113	22	,025	5,16667	6,35423	-8,01120	18,34454
	Equal variances not assumed			2,113	21,973	,025	5,16667	6,35423	-8,01215	18,34548
Психологічне благополуччя	Equal variances assumed	9,684	,115	2,087	22	,042	7,41667	3,93083	-,73537	15,56870
	Equal variances not assumed			2,087	18,953	,045	7,41667	3,93083	-,81202	15,64535
Фізичне здоров'я та благополуччя	Equal variances assumed	3,177	,089	1,244	22	,226	2,58333	2,07605	-1,72213	6,88879
	Equal variances not assumed			1,244	21,135	,227	2,58333	2,07605	-1,73236	6,89903
Стосунки	Equal variances assumed	,944	,342	,334	22	,742	,50000	1,49832	-2,60732	3,60732
	Equal variances not assumed			,334	20,180	,742	,50000	1,49832	-2,62365	3,62365
Позитивне ментальне здоров'я	Equal variances assumed	6,106	,072	1,722	22	,050	2,33333	2,07924	-1,97874	6,64541
	Equal variances not assumed			1,722	17,846	,050	2,33333	2,07924	-2,03769	6,70436
Якість життя, пов'язана з оцінкою стану фізичного здоров'я	Equal variances assumed	1,109	,304	1,709	22	,101	1,25000	,73125	-,26651	2,76651
	Equal variances not assumed			1,709	21,667	,102	1,25000	,73125	-,26787	2,76787
Якість життя, пов'язана з оцінкою стану психічного здоров'я	Equal variances assumed	1,781	,196	1,976	22	,039	,91667	,62107	-,37136	2,20469
	Equal variances not assumed			1,976	19,656	,041	,91667	,62107	-,38033	2,21366
Тривога	Equal variances assumed	,611	,443	-1,851	22	,044	-2,25000	1,15333	-4,64187	,14187
	Equal variances not assumed			-1,851	20,115	,045	-2,25000	1,15333	-4,65493	,15493
Депресія	Equal variances assumed	1,470	,238	-1,759	22	,092	-1,75000	,99462	-3,81271	,31271
	Equal variances not assumed			-1,759	21,082	,093	-1,75000	,99462	-3,81793	,31793
Наявність сенсу життя	Equal variances assumed	,086	,772	,387	22	,702	,41667	1,07632	-1,81548	2,64881
	Equal variances not assumed			,387	21,266	,703	,41667	1,07632	-1,81996	2,65329
Пошук сенсу життя	Equal variances assumed	,529	,475	,198	22	,845	,25000	1,26206	-2,36736	2,86736
	Equal variances not assumed			,198	19,791	,845	,25000	1,26206	-2,38440	2,88440