

Київський національний університет імені Тараса Шевченка

Факультет психології

Кафедра психодіагностики та клінічної психології

**ЗВ'ЯЗОК ПОСТКОВІДНОГО СИНДРОМУ З
ПСИХОЕМОЦІЙНИМ СТАНОМ ОСОБИСТОСТІ**

Кваліфікаційна робота

Студентки 2 року ОР Магістр
(спеціальність 053 «Психологія»,
освітня програма «Психологія»,
заочна форма навчання)

Безбах Марії Дмитрівни

Науковий керівник:

доктор психологічних наук, доцент

Кравчук Світлана Леонтіївна

Допустити до захисту на ЕК №...

Протокол № _____ від _____ року

Завідувач кафедри психодіагностики та клінічної психології

_____ **Людмила КРУПЕЛЬНИЦЬКА**

Київ – 2025

ЗМІСТ

ВСТУП	6-9
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ЗВ'ЯЗКУ ПОСТКОВІДНОГО СИНДРОМУ З ПСИХОЕМОЦІЙНИМ СТАНОМ ОСОБИСТОСТІ	10-28
1.1. Медико-психологічна характеристика COVID-19 та сутність постковідного синдрому.....	10-12
1.2. Психоемоційні наслідки COVID-19 у сучасній науці.....	12-17
1.3. Особливості впливу постковідного синдрому на психічне здоров'я в соціальному контексті України.....	17-20
1.4. Психологічні моделі стресу, копінгу та резильєнтності.....	20-27
Висновки до першого розділу.....	27-28
РОЗДІЛ 2. МЕТОДОЛОГІЧНЕ ОБҐРУНТУВАННЯ ТА ПРОЦЕДУРА ПРОВЕДЕННЯ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ	29-43
2.1. Загальна організація емпіричного дослідження.....	29-32
2.2. Характеристика вибірки учасників дослідження.....	32-37
2.3. Методи емпіричного дослідження.....	38-40
2.4. Процедура збору та первинної обробки емпіричних даних.....	40-41
2.5. Методи математико-статистичної обробки результатів дослідження.....	41-40
Висновки до другого розділу.....	40-41
РОЗДІЛ 3. РЕЗУЛЬТАТИ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ЗВ'ЯЗКУ ПОСТКОВІДНОГО СИНДРОМУ З ПСИХОЕМОЦІЙНИМ СТАНОМ ОСОБИСТОСТІ	44-80
3.1. Експлорація даних: статистичний огляд психологічних показників.....	44-47
3.2. Перевірка нормальності розподілу психологічних показників.....	47-52

3.3. Порівняльний аналіз показників психоемоційного стану в різних групах респондентів за критерієм Манна–Уїтні.....	52-66
3.4. Кореляційний аналіз зв'язків між постковідними проявами та показниками психоемоційного стану за коефіцієнтом Ч. Спірмена.....	66-70
3.5. Практичні рекомендації щодо зниження психоемоційного напруження та покращення самопочуття осіб з постковідними проявами.....	70-73
Висновки до третього розділу.....	77-80
ВИСНОВКИ	81-85
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	86-88
ДОДАТКИ	89-96

ВСТУП

Актуальність проблеми дослідження. Пандемія COVID-19 стала одним із наймасштабніших викликів сучасності, охопивши всі сфери життя – від суспільних і економічних до міжособистісних і психологічних. Попри поступове зменшення гострих проявів інфекції, наслідки перенесеного COVID-19 залишаються відчутними для значної частини населення. У багатьох осіб спостерігається комплекс тривалих фізичних, емоційних та когнітивних симптомів, який у міжнародній науковій спільноті отримав назву *post-COVID-19 condition* або постковідний синдром.

Термін *post-COVID-19 condition* був офіційно запроваджений Всесвітньою організацією охорони здоров'я у 2021 році для позначення стану, за якого симптоми зберігаються щонайменше 12 тижнів після перенесеної інфекції та не можуть бути пояснені іншими медичними причинами. До цього поняття належать не лише соматичні порушення, але й психологічні, нейрокогнітивні та поведінкові зміни, що впливають на повсякденне функціонування людини. Таким чином, постковідний синдром розглядається як багатовимірний феномен, що має тривалий характер перебігу та зачіпає різні системи організму.

Психоемоційні зміни після перенесеного COVID-19 охоплюють широкий спектр проявів, зокрема підвищений рівень стресу, емоційну нестабільність, тривожність, пригніченість, апатію, швидке виснаження, труднощі концентрації уваги, зниження мотивації та загального життєвого тону. Наукові дослідження вказують, що такі симптоми можуть зберігатися протягом тривалого часу навіть у осіб із легким перебігом хвороби. Водночас індивідуальні психологічні ресурси, зокрема особливості емоційної регуляції та стресостійкості, можуть відігравати важливу роль у характері та глибині постковідних проявів.

З огляду на поширеність постковідного синдрому, його тривалість та вплив на психоемоційний стан, актуальною є потреба у комплексному дослідженні взаємозв'язку постковідних проявів із рівнем стресу, емоційною регуляцією, суб'єктивним благополуччям і психологічною стійкістю дорослої особистості. Таке дослідження має важливе наукове та практичне значення, оскільки сприяє

кращому розумінню психологічних наслідків перенесеного COVID-19 та можливостей психологічної підтримки в процесі відновлення.

Мета дослідження: виявити та проаналізувати зв'язок постковідного синдрому з психоемоційним станом особистості.

Об'єкт дослідження: психоемоційний стан особистості.

Предмет дослідження: зв'язок постковідного синдрому з психоемоційним станом особистості.

Завдання дослідження:

1. Проаналізувати теоретичні підходи до розуміння специфіки COVID-19, постковідного синдрому, його психологічних наслідків, сучасні наукові уявлення про психоемоційні зміни, пов'язані з перенесенням COVID-19.

2. Виявити рівні стресу, емоційного напруження, суб'єктивного благополуччя та психологічної стійкості у дорослих осіб, які перенесли COVID-19.

3. Визначити зв'язки між вираженістю постковідних симптомів та показниками психоемоційного стану.

4. Проаналізувати відмінності в показниках психоемоційного стану між респондентами з постковідними симптомами та без них.

5. Розробити практичні рекомендації щодо підтримки психоемоційного здоров'я осіб, які пережили COVID-19.

Методи дослідження. У дослідженні використано комплекс взаємопов'язаних методів:

Теоретичні методи: аналіз, синтез, порівняння, систематизація та узагальнення наукових джерел з проблематики COVID-19, постковідного синдрому, психології стресу та психоемоційного благополуччя.

Емпіричні методи: анонімне онлайн-тестування з використанням комплексу психодіагностичних методик, зокрема:

– Шкала сприйманого стресу (PSS-10) С. Коена (українська адаптація);

– Короткий опитувальник депресивної симптоматики PHQ-2 (R. Spitzer, J. Williams, K. Kroenke);

- Шкала психологічної стійкості (Brief Resilience Scale, B. Smith та ін.);
- Шкала суб'єктивного психологічного благополуччя (S. Lyubomirsky);
- авторська анкета оцінки постковідних проявів.

Методи математичної статистики: описові статистики, кореляційний аналіз за коефіцієнтом Ч. Спірмена, аналіз відмінностей між групами за критерієм Манна–Уїтні.

Інтерпретаційні методи: структурний, комплексний та порівняльний аналіз результатів.

Наукова новизна дослідження:

1. Поглиблено уявлення про психологічні наслідки постковідного синдрому у дорослого населення.
2. Уточнено зв'язки між вираженістю постковідних симптомів та показниками психоемоційного стану, зокрема рівнем сприйманого стресу, емоційного виснаження, тривожності та суб'єктивного благополуччя.
3. У вибірці українських дорослих проаналізовано взаємодію постковідних проявів із психологічною резильєнтністю, що дає можливість виявити фактори, які пом'якшують або підсилюють негативний вплив хвороби на внутрішній стан людини.
4. Запропоновано авторську анкету суб'єктивних постковідних переживань, яка доповнює стандартизовані психодіагностичні методики і дозволяє комплексно оцінити емоційні та поведінкові зміни після перенесеного COVID-19.

Таким чином, отримані результати розширюють наукові уявлення про специфіку психоемоційних реакцій на постковідний синдром.

Практичне значення дослідження:

1. Розроблено рекомендації щодо психологічної підтримки осіб, які пережили COVID-19 та мають довготривалі емоційні або когнітивні наслідки. Рекомендації можуть застосовуватись під час індивідуального консультування, психотерапевтичної роботи та психоедукації.

2. Результати дослідження можуть бути використані фахівцями центрів психічного здоров'я, медичними психологами та сімейними лікарями для кращого розуміння проявів постковідного синдрому і розробки програм адаптаційної та відновлювальної підтримки.

3. Матеріали дослідження можуть застосовуватися у викладанні дисциплін з клінічної, медичної та вікової психології при вивченні стресових розладів, наслідків інфекційних захворювань та механізмів емоційної регуляції.

4. Авторська анкета може бути використана в подальших емпіричних дослідженнях постковідного синдрому для уточнення його психологічних аспектів.

Загалом результати мають значущість для практичної роботи психологів, психотерапевтів, медичних фахівців, а також для розробки реабілітаційних програм, спрямованих на подолання довготривалих наслідків COVID-19.

Структура роботи. Магістерська робота складається із вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел (33 найменувань, з них – 15 іноземними мовами), 8 додатків. Дипломна робота ілюстрована 5 рисунками, 4 таблицями. Основний обсяг дипломної роботи – 77 сторінок. Повний обсяг дипломної роботи – 93 сторінки.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ЗВ'ЯЗКУ ПОСТКОВІДНОГО СИНДРОМУ З ПСИХОЕМОЦІЙНИМ СТАНОМ ОСОБИСТОСТІ

1.1. Медико-психологічна характеристика COVID-19 та сутність постковідного синдрому

Поява коронавірусної інфекції COVID-19 стала однією з наймасштабніших подій XXI століття, яка істотно змінила глобальний соціальний, економічний та медичний ландшафт. Вірус SARS-CoV-2 вплинув не лише на стан здоров'я окремих людей, але й на функціонування систем охорони здоров'я, світову психологічну стабільність, соціальні зв'язки, умови праці та поведінкові моделі населення. Його наслідки виявилися багатовимірними, залучаючи фізіологічні, когнітивні та емоційні аспекти функціонування людини. З огляду на це COVID-19 закономірно став об'єктом міждисциплінарних досліджень, які інтегрують медичні, психологічні, нейронаукові та соціальні підходи (World Health Organization, 2021; Nalbandian, 2021; Максименко, 2020).

Коронавірусна інфекція характеризується значною варіативністю перебігу – від безсимптомних форм до тяжких, які потребують інтенсивної терапії. Проте вже у перший рік пандемії дослідники почали фіксувати феномен тривалого збереження симптомів після перенесеної хвороби. Значна частина людей, у тому числі з легким перебігом COVID-19, повідомляла про збереження різноманітних фізичних, когнітивних та емоційних порушень протягом кількох місяців або навіть понад рік після одужання. Необхідність систематизації цих проявів зумовила появу нового медико-психологічного поняття – *post-COVID-19 condition* (Nalbandian, 2021).

У 2021 році Всесвітня організація охорони здоров'я офіційно запровадила термін *post-COVID-19 condition* (постковідний синдром). Згідно з визначенням ВООЗ, цей стан характеризується збереженням симптомів щонайменше протягом

12 тижнів після перенесеної інфекції та не може бути пояснений іншими медичними діагнозами. Таким чином, постковідний синдром не є продовженням гострої фази хвороби, а формується як окремий клініко-психологічний феномен, що має власну динаміку та структуру (World Health Organization, 2021).

У сучасних наукових джерелах постковідний синдром описується як багатовимірний стан, що включає три основні групи проявів:

- 1) соматичні;
- 2) когнітивні;
- 3) психоемоційні.

До соматичних симптомів відносять хронічну втому, задишку, порушення серцевого ритму, болі у м'язах і суглобах, розлади нюху та смаку, нестабільність рівня енергії та тривале виснаження навіть після незначних фізичних навантажень. Саме соматичні прояви часто формують відчуття зниження загального рівня функціональності та працездатності (Nalbandian, 2021; Carfi, 2020; Кокун, 2023).

Когнітивні симптоми постковідного синдрому зазвичай описуються як «мозковий туман» і включають труднощі концентрації уваги, швидке ментальне виснаження, порушення пам'яті, уповільнення мислення та нестійкість когнітивних процесів. Сучасні нейронаукові дослідження пов'язують ці прояви з впливом вірусу на центральну нервову систему, порушенням мікроциркуляції, нейрозапальними реакціями та наслідками хронічної втоми (Nalbandian, 2021).

Психоемоційні симптоми є одним із найбільш чутливих індикаторів постковідного синдрому. Особи, які перенесли COVID-19, часто відзначають підвищену емоційну напругу, тривожність, емоційну нестабільність, пригнічений настрій, апатію, зниження мотивації та загального життєвого тону. У багатьох випадках спостерігаються порушення сну, підвищена дратівливість, епізоди емоційного виснаження або внутрішньої порожнечі, що суттєво впливає на якість життя (Шевченко, 2020; Карпенко, 2021; Чепурна, 2022).

Окреме значення мають стресові переживання, пов'язані з самим фактом перенесення захворювання. Для багатьох людей COVID-19 став психологічно

загрозливим досвідом, що супроводжувався страхом за власне життя та здоров'я близьких, вимушеною ізоляцією або тривалим лікуванням. Така психологічна напруга може виступати самостійним чинником формування відкладених емоційних реакцій, які зберігаються протягом тривалого часу після одужання (Кокун, 2023; Максименко, 2019).

Сучасний науковий підхід розглядає постковідний синдром як мультифакторний феномен, що формується внаслідок взаємодії біологічних механізмів (імунні та нейрозапальні процеси, гормональні зміни), когнітивних чинників (інтерпретація симптомів, переживання втрати контролю), соціальних умов (зміна способу життя, соціальна невизначеність) та емоційних процесів (хронічний стрес, страх, виснаження). Такий комплексний характер постковідного синдрому зумовлює різноманітність його проявів та індивідуальних траєкторій перебігу (Максименко, 2020; Карпенко, 2021).

Окрему увагу в дослідженнях приділяють тривалості постковідного синдрому. За даними міжнародних спостережень, симптоми можуть зберігатися від кількох місяців до понад року, мати хвилеподібний характер та чергуватися з періодами часткового покращення і повторного загострення фізичних або психоемоційних проявів (World Health Organization, 2021; Nalbandian, 2021).

Таким чином, постковідний синдром доцільно розглядати не лише як медичний, але й як психологічний феномен, що має тривалий вплив на психоемоційний стан та якість життя людини. Його вивчення потребує комплексного міждисциплінарного підходу, який враховує фізіологічні, психологічні та соціальні чинники, а також індивідуальні особливості відновлення після перенесеного COVID-19.

1.2. Психоемоційні наслідки COVID-19 у сучасній науці

Психоемоційні наслідки перенесеного COVID-19 стали одним із ключових напрямів досліджень у клінічній, медичній і нейропсихології. Поступово стало очевидно, що вплив вірусу на організм не обмежується гострою фазою захворювання, а може зумовлювати тривалі зміни у функціонуванні нервової

системи, емоційній сфері та когнітивних процесах. Систематичні огляди міжнародних досліджень підтверджують, що COVID-19 має потенціал формувати стійкі порушення психічного стану, які суттєво впливають на якість життя і добробут людини (Nalbandian, 2021; World Health Organization, 2021).

Одним із найбільш поширених проявів постковідного періоду є підвищений рівень тривоги. Особи, які перенесли COVID-19, часто описують стійкий стан внутрішньої напруги, очікування загрози, занепокоєння щодо свого здоров'я та здоров'я близьких. Цей стан нерідко посилюється через досвід медичної ізоляції, інформаційний тиск, невизначеність перебігу хвороби та складність прогнозування процесу відновлення. Тривожні симптоми мають як фізіологічні, так і когнітивні передумови: з одного боку – реакція нервової системи на перенесене запалення, з іншого – інтерпретація нових або незвичних тілесних відчуттів як потенційної загрози (Carfi, 2020; Кокун, 2023). Не менш поширеним психоемоційним наслідком COVID-19 є депресивні прояви, що включають зниження настрою, втрату інтересу до звичних видів діяльності, апатію, підвищену втомлюваність, зниження рівня енергії та мотивації. За даними сучасних досліджень, депресивна симптоматика у осіб, які перенесли коронавірусну інфекцію, може зберігатися триваліше, ніж соматичні порушення, і належить до найбільш стійких компонентів постковідного синдрому (Nalbandian, 2021; Карпенко, 2021; Шевченко, 2020).

Формування депресивних станів після COVID-19 має багатофакторний характер та зумовлюється взаємодією біологічних і психологічних механізмів. На біохімічному рівні провідну роль відіграє системна запальна реакція, спричинена інфекцією SARS-CoV-2, що супроводжується підвищенням рівня прозапальних цитокінів, зокрема інтерлейкіну-6, фактора некрозу пухлин α та інтерлейкіну-1 β . Дані медіатори впливають на функціонування центральної нервової системи шляхом порушення нейромедіаторного балансу та зниження ефективності синаптичної передачі.

Порушення серотонінергічної, дофамінергічної та норадренергічної систем призводить до зниження регуляції настрою, мотивації та емоційної реактивності,

що створює нейробіологічне підґрунтя для розвитку депресивних проявів. Окрім цього, запальні процеси спричиняють зміни у метаболізмі триптофану, внаслідок чого він у більшій мірі залучається до кінуренінового шляху, що обмежує його участь у синтезі серотоніну та може сприяти накопиченню нейротоксичних метаболітів.

Важливим патофізіологічним механізмом є також дисфункція гіпоталамо-гіпофізарно-наднирничкової осі. Тривала активація стресової відповіді супроводжується підвищеним рівнем кортизолу, що негативно впливає на нейропластичність, когнітивні процеси та емоційну стабільність, посилюючи прояви депресивних станів.

Поряд із біологічними чинниками значну роль відіграють психологічні детермінанти, пов'язані з досвідом перенесеного захворювання. Соціальна ізоляція, переживання загрози для життя, тривала невизначеність щодо стану здоров'я та труднощі повернення до звичного рівня активності сприяють формуванню стану психологічного виснаження. За відсутності адекватних ресурсів подолання ці фактори можуть закріплювати депресивну симптоматику та ускладнювати процес психоемоційного відновлення.

Таким чином, депресивні прояви після перенесеного COVID-19 є наслідком комплексної дії нейробіологічних та психологічних механізмів, що зумовлює їхню тривалість і стійкість. Зазначені особливості обґрунтовують необхідність комплексного підходу до оцінки та корекції психоемоційного стану осіб у постковідний період.

Важливу роль у постковідному періоді відіграє явище, відоме як «когнітивний туман». Він проявляється у зниженні здатності до концентрації уваги, труднощах запам'ятовування нової інформації, уповільненні мислення, підвищеній відволікальності та нестійкості когнітивних процесів. За результатами нейропсихологічних досліджень, когнітивний туман пов'язують із порушеннями мікроциркуляції в головному мозку, перенесеною гіпоксією, імунними реакціями організму або функціональними змінами у префронтальних відділах мозку. Ці когнітивні труднощі істотно ускладнюють виконання інтелектуальних завдань і

регуляцію поведінки, що, своєю чергою, впливає на емоційний стан (Nalbandian, 2021).

Психоемоційні наслідки перенесеного COVID-19 тісно пов'язані з феноменом емоційної лабільності, який проявляється у зниженні стабільності емоційних реакцій, частих коливаннях настрою та труднощах регуляції внутрішнього психоемоційного стану. Емоційна лабільність у даному контексті розглядається як наслідок поєднання біологічних, психологічних та соціальних чинників, що виникають у відповідь на тривалий стрес, пов'язаний із хворобою, ізоляцією, страхом за власне здоров'я та здоров'я близьких, а також загальною невизначеністю пандемічної ситуації.

Особи, які перенесли COVID-19, нерідко відзначають підвищену чутливість до стресових подразників, зниження толерантності до фрустрації, емоційну нестійкість, плаксивість, дратівливість або, навпаки, відчуття емоційної спустошеності та апатії. Такі прояви можуть супроводжуватися труднощами у повсякденному функціонуванні, зниженням працездатності та порушенням міжособистісних взаємин. За даними досліджень, емоційна лабільність після COVID-19 часто поєднується з підвищеним рівнем тривожності та депресивними симптомами, що свідчить про комплексний характер психоемоційних порушень (Карпенко, 2021; Максименко, 2021).

Важливим компонентом психоемоційних наслідків COVID-19 є порушення сну, які проявляються у труднощах засинання, поверхневому або фрагментованому сні, частих нічних пробудженнях чи ранньому пробудженні без відчуття відновлення. Порушення сну негативно впливають на процеси емоційної саморегуляції, посилюють емоційну виснаженість та знижують здатність особи ефективно справлятися зі стресовими ситуаціями. У свою чергу, хронічний дефіцит сну сприяє поглибленню тривожних і депресивних переживань, формуванню почуття безпорадності та підвищеній соматизації психологічних труднощів (Чепурна, 2022; Кокун, 2020).

Таким чином, емоційна лабільність та порушення сну після перенесеного COVID-19 утворюють взаємопов'язаний патологічний комплекс, який суттєво

впливає на психоемоційний стан особистості та потребує комплексного психологічного аналізу й корекції. Усвідомлення специфіки цих проявів є необхідним для розробки ефективних психодіагностичних і психокорекційних підходів у роботі з особами, які перенесли COVID-19.

Значне місце в структурі постковідних психоемоційних симптомів займає відчуття хронічної втоми. На відміну від звичайної втоми, яка минає після відпочинку, у постковідних пацієнтів відновлення енергії відбувається повільно, а навіть незначні фізичні чи розумові навантаження можуть спричиняти різке погіршення самопочуття. Хронічна втома знижує здатність до саморегуляції, послаблює психологічні ресурси та підвищує ризик розвитку емоційних розладів (Carfi, 2020; Кокун, 2023).

Постковідні наслідки можуть впливати і на поведінкову сферу, змінюючи соціальну активність, професійну реалізацію та участь у повсякденних подіях. Особи нерідко повідомляють про зниження ефективності діяльності, втрату інтересу до соціальних контактів, уникання активностей і труднощі повернення до звичного робочого ритму. Такі поведінкові зміни безпосередньо пов'язані з емоційним станом та відчуттям загальної життєвої задоволеності (Шевченко, 2020; Карпенко, 2021).

Сучасні наукові огляди підкреслюють, що постковідний синдром має характер взаємопов'язаного комплексу симптомів, у якому емоційні, когнітивні та фізичні прояви взаємно підсилюють один одного. Хронічна втома може знижувати когнітивну ефективність, а когнітивні труднощі, своєю чергою, посилюють тривожність і пригніченість. У результаті формується так зване «порочне коло» постковідних симптомів, що ускладнює процес психологічного відновлення (Nalbandian, 2021; Максименко, 2020).

Важливим напрямом сучасних досліджень є аналіз факторів ризику розвитку тривалих психоемоційних наслідків COVID-19. До них відносять попередні тривожні, або депресивні стани, низький рівень психологічної стійкості, надмірну фіксацію на соматичних відчуттях, дефіцит соціальної підтримки та високий рівень стресу під час захворювання. У поєднанні ці

чинники здатні суттєво посилювати вираженість постковідної симптоматики (Кокун, 2023; Карпенко, 2021).

Поряд із факторами ризику, у наукових дослідженнях виокремлюють і чинники психологічного захисту, серед яких провідне місце посідають резильєнтність, гнучкість мислення, активні копінг-стратегії, позитивне ставлення до процесу одужання та соціальна підтримка. Наявність цих ресурсів сприяє швидшому відновленню емоційної рівноваги та зменшенню інтенсивності негативних психоемоційних переживань (Кокун, 2023; Шевченко, 2020).

Таким чином, психоемоційні наслідки COVID-19 є складним багатовимірним феноменом, що охоплює тривожність, депресивні прояви, когнітивні труднощі, емоційну нестабільність і хронічну втому. У сукупності ці прояви суттєво впливають на якість життя, функціонування особистості, здатність до виконання повсякденних завдань та рівень суб'єктивного благополуччя, що зумовлює необхідність їх комплексного психологічного дослідження.

1.3. Особливості впливу постковідного синдрому на психічне здоров'я в соціальному контексті України

Постковідний синдром є багатокомпонентним явищем, що формується під впливом сукупності біологічних, психологічних та соціальних чинників. Проте у кожній країні характер перебігу постковідних симптомів може мати свої унікальні риси, пов'язані з соціально-економічними умовами, доступом до медичної допомоги, специфікою колективного досвіду та загальним психологічним кліматом. Україна впродовж останніх років перебуває в умовах підвищеної соціальної напруги та тривалих кризових змін, що створює складний контекст для відновлення після перенесених захворювань і може модифікувати суб'єктивне переживання постковідних проявів (World Health Organization, 2021; Nalbandian, 2021; Максименко, 2019).

Однією з ключових характеристик такого контексту є наявність хронічних стресорів, пов'язаних із невизначеністю, змінами повсякденного способу життя, порушенням відчуття безпеки та тривалим психологічним напруженням. У

ситуації підвищеної стресогенності перенесений COVID-19 може сприйматися не як ізольований епізод, а як один із чинників, що накладається на загальний фон напруження. Це здатне посилювати емоційні реакції та ускладнювати процес психологічного відновлення після хвороби (Кокун, 2023; Шевченко, 2020; Карпенко, 2021).

Хронічний стрес має тенденцію виснажувати ресурси нервової системи та знижувати ефективність саморегуляції, що ускладнює адаптацію до тривалих соматичних і когнітивних симптомів. Навіть якщо фізичні прояви поступово зменшуються, емоційний фон може залишатися нестабільним через дефіцит відновлювальних ресурсів і недостатність умов для повноцінного відпочинку. За таких обставин постковідні наслідки частіше набувають затяжного характеру, а суб'єктивна інтенсивність симптомів може зростати (Кокун, 2023; Максименко, 2019; Карпенко, 2021).

Важливим соціальним аспектом є доступність медичної допомоги та реабілітаційних сервісів. У різних регіонах України існують відмінності у можливостях своєчасної діагностики, консультацій та комплексного супроводу осіб із постковідними проявами. Обмежена доступність медичних ресурсів, дефіцит профільних фахівців або нерівномірність якості послуг можуть збільшувати ризик хронізації симптомів та формувати відчуття невизначеності щодо власного стану (World Health Organization, 2021; Максименко, 2020).

Суттєвий вплив має і економічний стрес, з яким стикається значна частина населення. Зниження доходів, нестабільність зайнятості, необхідність адаптації до змін умов життя та побутові труднощі можуть сприяти підвищенню тривожності й емоційної напруги. Економічний тиск є важливим чинником ризику, оскільки він обмежує можливості для відпочинку, лікування та відновлення і зменшує загальну ресурсність особистості у подоланні постковідних наслідків (Кокун, 2023; Шевченко, 2020).

Особливе значення має колективний досвід суспільства та загальний психологічний фон, що формується під впливом тривалих соціальних змін. Перебування в умовах нестабільності об'єктивно підвищує рівень базової

тривоги, зменшує відчуття контролю та посилює сприйняття невизначеності, що може впливати на інтенсивність психоемоційних реакцій. У такому середовищі постковідні прояви можуть переживатися більш гостро, навіть за однакового соматичного рівня симптомів (Максименко, 2019; Карпенко, 2021).

В умовах підвищеного стресового фону зростає роль соціальної підтримки, яка може як послаблювати, так і підсилювати постковідні переживання. З одного боку, підтримка з боку родини, друзів і значущого оточення здатна компенсувати частину негативних впливів та підвищувати психологічну стійкість. З іншого боку, розрив соціальних зв'язків, ізоляція або вимушена зміна соціального середовища можуть поглиблювати емоційні труднощі та відчуття самотності після перенесеної хвороби (Кокун, 2023; Шевченко, 2020).

Окремої уваги заслуговує чинник інформаційного навантаження, яке формує тло постійного очікування загрози та підвищеної настороженості. Інформаційне перенасичення, частий контакт із тривожними повідомленнями та загальний високий рівень медіа-стресу здатні підсилювати внутрішню напруженість, виснажувати психіку і створювати передумови для загострення емоційних симптомів після COVID-19 (Кокун, 2023; Максименко, 2019).

Додатковим чинником є порушення структур повсякденного життя, зокрема режиму сну, праці, фізичної активності та звичних форм соціальної взаємодії. Нестача відпочинку, нерегулярний розпорядок дня та обмежені можливості для відновлення знижують ефективність психоемоційної саморегуляції та можуть сприяти тривалішому збереженню постковідних проявів, зокрема підвищеної втомлюваності, дратівливості та емоційної лабільності (Карпенко, 2021; Чепурна, 2022).

Таким чином, соціальний контекст України створює умови, які можуть модифікувати інтенсивність і тривалість постковідного синдрому через вплив хронічних стресорів, ресурсні обмеження, інформаційне навантаження та варіативність доступу до медичної допомоги. Водночас у межах даного дослідження акцент робиться на аналізі зв'язку постковідних проявів із показниками психоемоційного стану, що дозволяє розглядати постковідний

синдром як чинник, асоційований із підвищенням стресу та зниженням психологічного благополуччя (World Health Organization, 2021; Nalbandian, 2021; Кокур, 2023).

1.4. Психологічні моделі стресу, копінгу та резильєнтності

Дослідження постковідного синдрому як складного психофізіологічного та емоційного феномену потребує опори на сучасні психологічні моделі, які пояснюють механізми формування емоційних, когнітивних і поведінкових реакцій особистості після перенесеного захворювання. Постковідний стан характеризується не лише соматичними залишковими проявами, а й стійкими змінами психоемоційного функціонування, що зумовлює необхідність його аналізу в межах інтегративного біопсихосоціального підходу.

Ключовим теоретичним підґрунтям для розуміння психоемоційних наслідків COVID-19 є транзакційна модель стресу і копінгу Р. Лазаруса та С. Фолкман, відповідно до якої психологічні реакції на захворювання залежать від суб'єктивної оцінки стресової події та наявних ресурсів подолання. Перенесений COVID-19 може розглядатися як хронічний стресор, що активізує когнітивну оцінку загрози життю, здоров'ю та соціальному функціонуванню, а також визначає вибір копінг-стратегій. Неефективні або виснажені копінг-механізми сприяють формуванню тривожних, депресивних реакцій та емоційної нестабільності (Lazarus & Folkman, 1984).

Вагоме значення у поясненні постковідних психоемоційних змін має когнітивна модель А. Бека, згідно з якою негативні автоматичні думки та дисфункційні переконання щодо власного здоров'я, майбутнього та контролю над ситуацією можуть підсилювати емоційні порушення. Після перенесеного захворювання у багатьох осіб формується стійка фіксація на тілесних відчуттях, страх повторного інфікування або ускладнень, що сприяє зростанню тривожності та зниженню психологічного благополуччя (Beck, 1976).

Окрему увагу в контексті постковідного синдрому заслуговує концепція резильєнтності, яка розглядається як здатність особистості зберігати або

відновлювати психологічну рівновагу в умовах тривалого стресу. Рівень резильєнтності визначає індивідуальні відмінності у перебігу психоемоційного відновлення після COVID-19, зокрема здатність адаптуватися до змін, мобілізувати внутрішні ресурси та знаходити нові смисли пережитого досвіду. Особи з вищим рівнем резильєнтності демонструють меншу вираженість тривожно-депресивних симптомів і швидше повертаються до повсякденного функціонування (Seligman, 2011; Кокун, 2023).

Теорії психологічного благополуччя доповнюють розуміння постковідних змін, акцентуючи увагу на таких компонентах, як самоприйняття, автономія, позитивні взаємини з іншими та відчуття сенсу життя. Порушення цих складників унаслідок захворювання та соціальної ізоляції можуть призводити до зниження суб'єктивного благополуччя та формування дезадаптивних емоційних станів. Водночас саме ці аспекти є потенційними ресурсами психологічної реабілітації осіб після COVID-19.

Таким чином, поєднання теоретичних підходів до стресу, копіngu, когнітивних процесів, резильєнтності та психологічного благополуччя створює методологічний фундамент для комплексної інтерпретації змін психоемоційного стану осіб із постковідним синдромом та пояснення індивідуальних відмінностей у процесах психологічного відновлення.

Транзакційна модель стресу та копіngu (Р. Лазарус, С. Фолкман)

Транзакційна модель стресу розглядає стрес не як безпосередню реакцію на подію, а як результат динамічної взаємодії між особистістю та середовищем, у межах якої визначальну роль відіграють когнітивні процеси оцінювання та наявні ресурси подолання. Згідно з підходом Р. Лазаруса та С. Фолкман, стресова реакція формується внаслідок індивідуальної інтерпретації ситуації, а не лише її об'єктивних характеристик. Центральним механізмом у цій моделі є когнітивна оцінка, яка включає первинну оцінку події як загрозливої, нейтральної або такої, що містить потенціал для подолання, а також вторинну оцінку власних

можливостей і ресурсів для ефективного реагування на ситуацію (Lazarus & Folkman, 1984).

У контексті постковідного синдрому дана модель є особливо релевантною, оскільки тривалі симптоми, такі як хронічна втома, емоційна нестабільність, зниження концентрації уваги та когнітивні труднощі, часто мають невизначений і хвилеподібний характер. Це може сприяти їх інтерпретації як неконтрольованих або загрозливих, що, своєю чергою, підвищує рівень психоемоційного напруження та сприяє формуванню тривожних реакцій. За відсутності чітких прогнозів щодо тривалості та інтенсивності симптомів суб'єктивна оцінка ситуації набуває вирішального значення для психологічного стану особистості.

Ключовим елементом транзакційної моделі є копінг — сукупність когнітивних і поведінкових стратегій, спрямованих на подолання або регуляцію стресової ситуації. Активні копінг-стратегії, такі як планування, пошук інформації, звернення по соціальну та професійну підтримку, асоціюються з кращою психологічною адаптацією, зниженням рівня емоційної напруги та підвищенням відчуття контролю над ситуацією. Такі стратегії дозволяють людині не лише реагувати на наявні труднощі, але й поступово відновлювати суб'єктивне відчуття ефективності та автономії.

Натомість переважання неадаптивних копінг-стратегій, зокрема уникання, пасивності, заперечення або емоційного придушення, може підтримувати стан хронічного напруження та посилювати суб'єктивне переживання постковідних проявів. У довготривалій перспективі це здатне ускладнювати процес психологічного відновлення та сприяти закріпленню дезадаптивних реакцій. Таким чином, транзакційна модель стресу дозволяє пояснити, чому за схожих медичних умов різні люди демонструють різний рівень стресу, відмінні копінг-стратегії та неоднакові траєкторії психоемоційного відновлення (Lazarus & Folkman, 1984; Кокун, 2023).

Когнітивна модель (А. Бек)

Когнітивна модель підкреслює, що емоційні стани детермінуються не стільки подіями самими по собі, скільки їх інтерпретацією. Негативні автоматичні думки, когнітивні викривлення та дисфункційні переконання можуть підтримувати тривожність і депресивні реакції (Beck, 1976; Beck, 1979). У випадку постковідного синдрому людина може інтерпретувати тілесні відчуття як небезпечні, посилювати моніторинг симптомів, схилитися до катастрофізації та переживати втрату контролю над власним станом.

Наприклад, навіть незначна втома після COVID-19 може сприйматися як ознака серйозного порушення, що посилює тривогу. Когнітивні викривлення («я ніколи не відновлюся», «я більше не зможу нормально працювати») підігривають емоційну нестабільність.

Когнітивна модель дозволяє пояснити:

- формування депресивних симптомів після COVID-19,
- взаємозв'язок між самоперспективою та тривожністю,
- вплив інтерпретацій на загальний рівень психологічного благополуччя.

Отже, когнітивна модель є релевантною для аналізу того, як суб'єктивні оцінки симптомів можуть підсилювати психоемоційне напруження та впливати на відновлення (Beck, 1976; Карпенко, 2021).

Модель резильєнтності (психологічної стійкості)

Резильєнтність у психології визначається як здатність особистості відновлювати внутрішню психологічну рівновагу після дії стресових факторів, адаптуватися до тривалих складних умов та підтримувати ефективне функціонування попри наявність несприятливих обставин. Вона тісно пов'язана з процесами емоційної саморегуляції, гнучкістю когнітивних оцінок, використанням продуктивних копінг-стратегій і збереженням внутрішніх ресурсів у ситуаціях тривалого напруження (Smith, 2008; Кокун, 2023). На відміну від

короткочасних реакцій на стрес, резильєнтність відображає саме динамічний процес адаптації, що розгортається у часі.

У контексті перенесеного COVID-19 та постковідного синдрому модель резильєнтності набуває особливої значущості, оскільки досвід захворювання часто пов'язаний не лише з гострим стресом, а й із тривалими наслідками, що мають хвилеподібний і непередбачуваний характер. Хронічна втома, соматичні скарги, когнітивні труднощі та емоційна нестабільність створюють умови для тривалого психоемоційного навантаження, у яких саме резильєнтність може виступати ключовим захисним ресурсом. Особи з вищим рівнем психологічної стійкості, як правило, краще інтегрують досвід хвороби у власну життєву історію, зберігаючи відчуття контролю та перспективи відновлення.

Дослідження свідчать, що високий рівень резильєнтності асоціюється з більшою переносимістю стресу, стабільнішим емоційним фоном і збереженням мотиваційно-вольового потенціалу навіть за умов тривалих соматичних обмежень. Такі особи частіше використовують активні та адаптивні стратегії подолання, схильні до реалістичної оцінки власного стану та більш ефективної регуляції емоційних реакцій. У постковідному періоді це може проявлятися у менш вираженому відчутті безпорадності, нижчому рівні тривожності та кращому суб'єктивному благополуччі.

Натомість низька резильєнтність підвищує психологічну вразливість до тривалих наслідків COVID-19. За таких умов постковідні симптоми можуть сприйматися як надмірно загрозливі або такі, що виходять за межі контролю, що сприяє розвитку емоційного виснаження, тривожних реакцій та зниження якості життя. Відсутність достатніх внутрішніх ресурсів ускладнює процес адаптації та може сприяти хронізації психоемоційних порушень.

Таким чином, модель резильєнтності є ключовою для інтерпретації індивідуальних відмінностей у психоемоційних наслідках перенесеного COVID-19. Вона дозволяє пояснити, чому за схожих соматичних умов одні особи

демонструють відносно стабільний психоемоційний стан і поступове відновлення, тоді як інші переживають виражене виснаження та тривалі труднощі адаптації (Smith, 2008; Кокун, 2023; Шевченко, 2020).

PERMA-модель благополуччя (М. Селігман)

PERMA-модель розглядає психологічне благополуччя як інтеграцію п'яти компонентів: позитивні емоції (P), залученість (E), стосунки (R), сенс (M) і досягнення (A). Порушення у будь-якому з цих компонентів може знижувати суб'єктивне благополуччя та загальну життєву задоволеність (Seligman, 2011). У випадку постковідного синдрому тривала втома, емоційна нестабільність та когнітивні труднощі здатні зменшувати залученість у діяльність, впливати на соціальні взаємини та ускладнювати підтримання відчуття продуктивності.

PERMA-модель є корисною для розуміння того, як постковідні прояви можуть впливати не лише на емоційний стан, а й на ширші параметри життєвого функціонування та психологічної якості життя. Це дає можливість аналізувати благополуччя як цілісну систему показників, що може змінюватися під впливом тривалого постінфекційного стану (Seligman, 2011; Карпенко, 2021).

Біопсихосоціальна модель здоров'я (Дж. Енгель)

Біопсихосоціальна модель розглядає здоров'я як результат взаємодії біологічних, психологічних і соціальних чинників. Вона підкреслює, що медичні стани мають одночасно фізіологічний вимір, психологічні реакції та соціальні наслідки, які впливають на перебіг і відновлення (Engel, 1977; World Health Organization, 2021). У випадку постковідного синдрому ця модель є особливо релевантною, оскільки тривалі симптоми поєднують соматичні зміни, когнітивні та емоційні реакції, а також впливають на соціальну активність і працездатність.

Використання біопсихосоціального підходу дозволяє інтерпретувати постковідний синдром як комплексний стан, у якому психоемоційні прояви не є другорядними, а входять до структури загального функціонування та якості життя людини. Це забезпечує методологічну основу для поєднання медичних і психологічних показників у межах одного дослідження (Engel, 1977; World Health Organization, 2021).

Модель травматичного стресу

Перенесене захворювання, особливо якщо воно супроводжується загрозою життю, інтенсивними фізичними симптомами, госпіталізацією або тривалою ізоляцією, може розглядатися як потенційно травматичний досвід. Моделі травматичного стресу підкреслюють, що травматизація визначається не лише подією, а й суб'єктивним переживанням безпорадності, втрати контролю, страху та тривалої невизначеності (Herman, 1992; American Psychiatric Association, 2013). У цьому сенсі COVID-19 для частини людей міг стати досвідом, який активує реакції гострого стресу, а у тривалому періоді — підтримує підвищену тривожність, порушення сну та стан внутрішнього напруження.

Застосування моделей травматичного стресу до постковідного стану є доречним, оскільки постковідні симптоми можуть підтримуватися як фізіологічними наслідками (втома, нейрозапальні процеси), так і психологічними механізмами переробки загрозливого досвіду. Наприклад, повторювані тілесні відчуття (задишка, серцебиття, слабкість) можуть виступати тригерами, які нагадують про гостру фазу хвороби та відновлюють тривожні реакції. Порушення сну та підвищена настороженість можуть бути проявами стресової активації, яка зберігається після завершення гострої небезпеки (Herman, 1992; American Psychiatric Association, 2013).

Крім того, у травматологічних моделях важливою є роль уникання: людина може уникати обговорення досвіду хвороби, медичних тем або будь-яких ситуацій, що нагадують про перенесений стан. Таке уникання може короткочасно знижувати напругу, але в довгостроковій перспективі підтримує неінтегрованість переживання та підсилює тривожність. Це співвідноситься з транзакційним підходом, де уникання розглядається як неадаптивна стратегія копіngu (Lazarus & Folkman, 1984; Herman, 1992).

Застосування моделей травматичного стресу дозволяє пояснити, чому в частини осіб після перенесеного COVID-19 психоемоційні симптоми зберігаються навіть за умови відносної стабілізації соматичного стану. Це доповнює інші

теоретичні підходи та забезпечує комплексну інтерпретацію психоемоційних наслідків постковідного синдрому (Herman, 1992; Карпенко, 2021).

Висновки до першого розділу

У першому розділі здійснено теоретичний аналіз проблематики постковідного синдрому та його впливу на психоемоційний стан особистості. Розгляд міжнародних визначень і наукових підходів дозволив сформулювати уявлення про постковідний синдром як багатофакторний стан, що охоплює фізичні, когнітивні та психоемоційні прояви й може тривало впливати на повсякденне функціонування та якість життя.

Показано, що психоемоційні наслідки після перенесеного COVID-19 можуть включати підвищену тривожність, пригніченість, емоційну лабільність, порушення сну, зниження енергійності та мотивації, а також когнітивні труднощі, які у сукупності впливають на суб'єктивне благополуччя та адаптаційні можливості людини.

Окремо було проаналізовано український соціальний контекст, який значно модифікує характер постковідних проявів. Тривалий воєнний стан, масовий досвід колективної травми, інформаційний тиск, економічна нестабільність та соціальні втрати створюють унікальні умови, у яких перебіг постковідного синдрому може бути інтенсивнішим та більш затяжним. Постійний вплив зовнішніх стресорів, відсутність відчуття безпеки та обмежені можливості для відновлення роблять українську вибірку особливо вразливою та підкреслюють актуальність вивчення психоемоційних наслідків COVID-19 саме в цій популяції.

Розглянуті психологічні моделі – транзакційна модель стресу та копіngu, когнітивна модель, підхід резильєнтності, PERMA-модель благополуччя, біопсихосоціальна парадигма та підходи травматичного стресу – забезпечили теоретичну основу для пояснення механізмів формування постковідного стану. Вони демонструють, що психоемоційні реакції після перенесеної інфекції можуть бути результатом взаємодії когнітивних оцінок, емоційної регуляції, доступних ресурсів та індивідуальних стратегій подолання.

Отже, в першому розділі визначено теоретичне підґрунтя для емпіричного дослідження та визначив концептуальні лінії інтерпретації впливу постковідного синдрому на показники психоемоційного стану, які оцінюватимуться в подальшій роботі. У наступному розділі буде представлено методологію дослідження, опис вибірки, психодіагностичний інструментарій, процедуру збору даних та методи математичної статистики.

РОЗДІЛ 2

МЕТОДОЛОГІЧНЕ ОБҐРУНТУВАННЯ ТА ПРОЦЕДУРА ПРОВЕДЕННЯ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ

2.1. Загальна організація емпіричного дослідження

Емпіричне дослідження впливу постковідного синдрому на психоемоційний стан дорослої особистості було організовано у форматі кількісного психологічного дослідження із застосуванням онлайн-опитування, структурованого психодіагностичного інструментарію та авторської анкети. Обраний формат збирання даних є методологічно доцільним для вивчення суб'єктивних психологічних станів у широкій вибірці дорослого населення, оскільки поєднує доступність, анонімність і стандартизованість процедури (Cohen et al., 1983; Kroenke et al., 2003; Smith et al., 2008). Для тематики постковідного синдрому онлайн-опитування має додаткові переваги, адже дозволяє залучати респондентів з різним досвідом перебігу COVID-19 та різними життєвими умовами без потреби фізичного контакту, який може бути складним або небажаним у післяінфекційний період (World Health Organization, 2021; Nalbandian et al., 2021).

Дизайн дослідження можна визначити як крос-секційний (поперечний), тобто такий, що передбачає одноразове вимірювання психологічних показників у певний часовий проміжок. Такий дизайн широко використовується у психології здоров'я та медичній психології для оцінки асоціацій між станом здоров'я, симптоматикою та психоемоційними характеристиками (World Health Organization, 2021).

У межах даної роботи ключовими змінними виступили:

1. постковідні прояви (наявність/відсутність та суб'єктивна вираженість за авторською анкетною);
2. сприйманий стрес (PSS-10);
3. депресивна симптоматика як емоційний маркер (PHQ-2);
4. суб'єктивне психологічне благополуччя (шкала благополуччя/щастя);

5. резильєнтність як ресурс психологічного відновлення (Brief Resilience Scale) (Cohen et al., 1983; Kroenke et al., 2003; Lyubomirsky & Lepper, 1999; Smith et al., 2008).

Використання самозвітних методик у дослідженні психоемоційного стану є обґрунтованим, оскільки саме суб'єктивне переживання симптомів (втома, тривога, зниження енергії, відчуття контролю/неконтрольованості) виступає центральним психологічним феноменом у контексті постковідного стану. Okремо варто підкреслити, що *post-COVID-19 condition* визначається не тільки медичними критеріями, але і впливом симптомів на повсякденне функціонування, що обґрунтовує застосування психодіагностики для оцінки якості життя та психоемоційної адаптації (World Health Organization, 2021; Nalbandian et al., 2021).

Онлайн-формат забезпечив комфортні умови участі, що є важливим у дослідженнях, пов'язаних із чутливими темами (переживання хвороби, емоційні труднощі, відчуття виснаження). Відсутність безпосереднього контакту з дослідником потенційно знижує вплив соціально бажаних відповідей і сприяє більш відвертому саморозкриттю, що підвищує якість самозвітних даних за умов належної структурованості інструментарію (Kroenke et al., 2003). Водночас у методологічній площині онлайн-опитування має типові ризики – зокрема, складність контролю за зовнішніми умовами проходження опитування. У даній роботі ці аспекти враховувалися шляхом побудови анкети з логічними переходами, наданням чітких інструкцій та подальшим аналізом даних на предмет пропусків і неузгодженостей.

Метою емпіричної частини дослідження стало виявлення особливостей психоемоційного стану дорослих осіб залежно від наявності або відсутності постковідних проявів, а також аналіз зв'язків між інтенсивністю постковідної симптоматики та ключовими психологічними показниками: рівнем сприйманого стресу, депресивною симптоматикою, суб'єктивним благополуччям і резильєнтністю (Cohen et al., 1983; Smith et al., 2008; Lyubomirsky & Lepper, 1999). У межах поставленої мети дослідження має порівняльний та кореляційний компоненти. Порівняльний компонент полягає у зіставленні психологічних

показників між групами респондентів із постковідними проявами та без них; кореляційний – у перевірці зв'язків між вираженістю симптоматики та психоемоційними характеристиками.

Для досягнення поставленої мети було сформульовано такі завдання:

- здійснити збір емпіричних даних за допомогою онлайн-опитування;
- охарактеризувати вибірку учасників дослідження;
- провести первинну статистичну обробку отриманих даних;
- здійснити порівняльний аналіз психоемоційних показників у групах респондентів із різним досвідом COVID-19;
- проаналізувати кореляційні зв'язки між постковідними проявами та психоемоційними характеристиками особистості.

Процедурно онлайн-опитування включало кілька послідовних блоків:

1. Загальна інформація про дослідження та підтвердження інформованої згоди;
2. Соціально-демографічний блок;
3. Питання щодо досвіду COVID-19 та постковідних проявів;
4. Стандартизовані психодіагностичні шкали.

Така структура є логічною, оскільки спершу фіксуються базові характеристики учасника та контекст (COVID-19 / симптоми), а далі – психоемоційні показники, що мінімізує вплив психологічних запитань на первинні відповіді щодо досвіду хвороби.

Окремо підкреслимо етичні засади: участь була добровільною, дані збиралися анонімно, а результати опрацьовувалися у зведеному вигляді без можливості ідентифікації окремих респондентів. Під час організації дослідження враховувалася потенційна чутливість теми: респондент мав можливість припинити участь у будь-який момент без негативних наслідків. Дотримання таких принципів є стандартом психологічної науки та прикладної психодіагностики у дослідженнях психічного здоров'я (American Psychological Association, 2020).

2.2. Характеристика вибірки учасників дослідження

Загальна вибірка дослідження становила 92 респонденти віком від 18 років. Формування вибірки здійснювалося за принципом зручної (convenience) вибірки, що є прийнятним для психологічних досліджень експлоративного та кореляційного типу, спрямованих на первинне виявлення закономірностей між психологічними змінними. Зручна вибірка дає змогу оперативно зібрати дані в умовах обмежених ресурсів і є поширеним підходом у дослідженнях постковідних станів та психоемоційних наслідків, де важливими є суб'єктивні характеристики, а не обов'язково репрезентативність на рівні популяції (World Health Organization, 2021; Nalbandian et al., 2021). Водночас такий спосіб добору учасників передбачає обережність у генералізації висновків: результати коректно інтерпретувати як такі, що описують закономірності у досліджуваній вибірці, з перспективою подальшого підтвердження на ширших репрезентативних вибірках.

Статевий склад вибірки

У вибірці переважали жінки – 65.2% (n = 60), чоловіки становили 34.8% (n = 32). Такий розподіл узгоджується з тенденцією вищої залученості жінок до психологічних онлайн-досліджень, що фіксується у багатьох вибірках, особливо у тематиці психоемоційного стану та благополуччя. Це може пояснюватися більшою готовністю жінок до саморефлексії та участі у дослідженнях, де потрібно повідомляти про суб'єктивні переживання. Водночас для даної роботи важливо, що обидві статеві групи представлені, що дозволяє уникнути “одностатевості” вибірки і підтримує валідність порівняльного аналізу на загальному рівні.

Нижче наведено діаграму за результатами опитувальника (див. рисунок. 2.1).

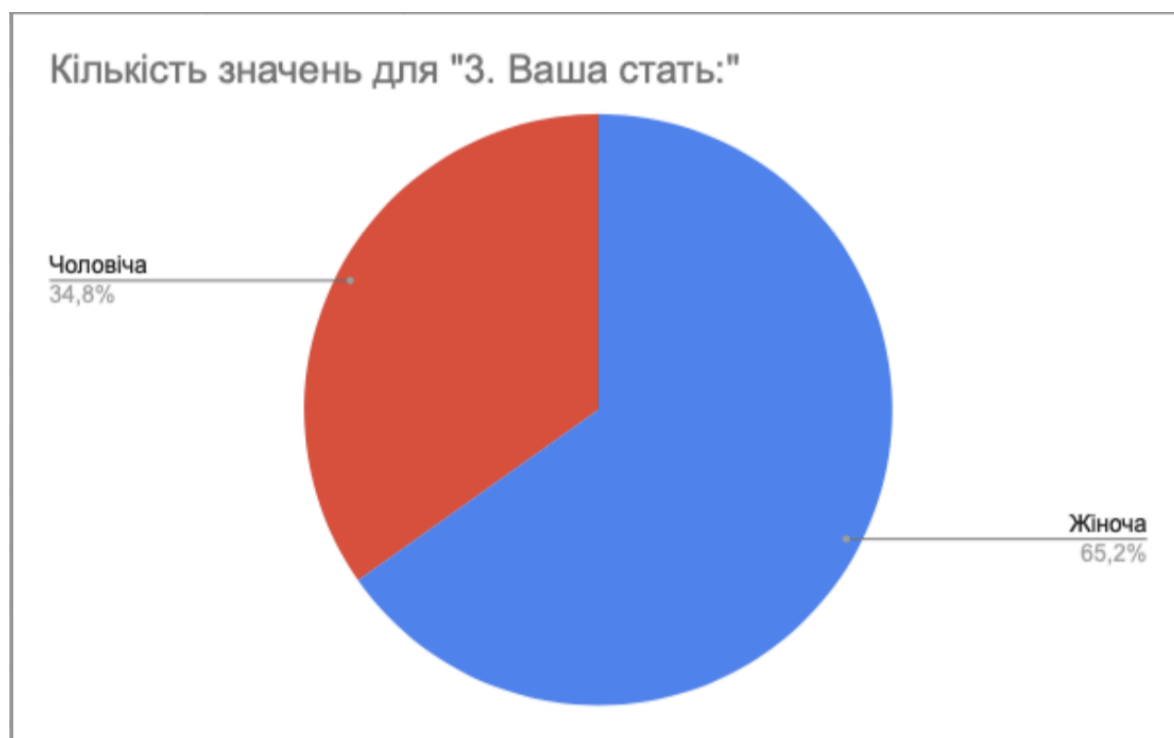


Рис. 2.1. Кількісний розподіл опитування за статтю

Вікові характеристики

Отриманий віковий розподіл свідчить про переважання у вибірці респондентів молодого та раннього зрілого віку, що є характерним для онлайн-формату збору емпіричних даних і відображає вищу залученість цих вікових груп до участі в психологічних дослідженнях. Водночас представництво респондентів середнього та старшого віку забезпечує можливість аналізу психоемоційних особливостей постковідного стану в ширшому віковому контексті. Такий розподіл дозволяє розглядати отримані результати як релевантні для дорослого населення загалом, з урахуванням вікових відмінностей у переживанні стресу, адаптаційних процесах та відновленні психоемоційного благополуччя.

За віковими групами вибірка розподілилася таким чином:

- 18–24 роки — 42.4% (n = 39);
- 25–34 роки — 32.6% (n = 30);
- 35–44 роки — 13.0% (n = 12);
- 45 років і старше — 12.0% (n = 11).

Нижче наведено діаграму за результатами опитувальника (див. рисунок. 2.2).



Рис. 2.2. Кількісний розподіл опитування за віком

Отже, більшість респондентів перебувають у працездатному віці, що є релевантним для дослідження постковідного стану, оскільки саме працездатність, когнітивна ефективність, витривалість і стабільність емоційного стану є критичними для повсякденного функціонування.

У сучасних дослідженнях підкреслюється, що постковідні прояви можуть впливати на здатність до концентрації, виконання професійних завдань і соціальної активності навіть після завершення гострої фази інфекції (Nalbandian et al., 2021). Таким чином, віковий профіль вибірки є методологічно виправданим для оцінки зв'язків між симптоматикою та психологічними змінними.

Досвід перенесення COVID-19

На підставі відповідей респондентів було виділено такі категорії за досвідом COVID-19:

- підтверджений діагноз COVID-19 – 26 осіб;
- підозра на COVID-19 (характерні симптоми без лабораторного підтвердження) – 15 осіб;

- ймовірно хворів(ла), але без чіткої впевненості – 7 осіб;
- не хворів(ла) – 44 особи.

Отже, 48 респондентів (52,2%) мали той чи інший досвід перенесення COVID-19, тоді як 44 респонденти (47,8%) зазначили, що не хворіли. Нижче наведено діаграму за результатами опитувальника (див. рисунок 2.3).



Рис. 2.3. Кількісний розподіл опитування за типом статусу хвороби

Такий майже рівномірний розподіл учасників за наявністю або відсутністю досвіду захворювання створює методологічно сприятливі умови для проведення порівняльного аналізу між відповідними групами. Це підвищує аналітичну надійність результатів дослідження та зменшує ймовірність систематичних спотворень, пов'язаних із домінуванням однієї з груп у вибірці.

Зазначений розподіл також дозволяє в межах підвибірки осіб, які перенесли COVID-19, аналізувати взаємозв'язки між вираженістю постковідних проявів і показниками психоемоційного стану. Методологічно важливо, що включення категорій «підозра» та «ймовірно хворів(ла)» відображає реальні умови пандемічного періоду в Україні, коли значна частина випадків захворювання не підтверджувалася лабораторно, але супроводжувалася характерною клінічною

симптоматикою. Відповідно до рекомендацій Міністерства охорони здоров'я України, використання самозвітних даних щодо перенесеного COVID-19 є допустимим у наукових дослідженнях за умови чіткого опису критеріїв включення та обережної інтерпретації результатів (Міністерство охорони здоров'я України, 2021).

Наявність актуальних постковідних симптомів

На запитання щодо наявності симптомів, які можуть бути пов'язані з перенесеним COVID-19, 53,3% респондентів відповіли «так», тоді як 46,7% зазначили їх відсутність. Нижче наведено діаграму за результатами опитувальника (див. рисунок 2.4).

Отримані результати свідчать про те, що для значної частини респондентів наслідки перенесеного захворювання не обмежуються гострим періодом, а зберігаються у вигляді тривалих соматичних та психоемоційних проявів. Це підкреслює доцільність подальшого аналізу постковідної симптоматики в межах дослідження та її взаємозв'язків із психологічними показниками, зокрема рівнем сприйманого стресу, емоційної реактивності та суб'єктивного психологічного благополуччя.

Важливо зазначити, що це запитання аналізувалося виключно для респондентів, які повідомили про досвід захворювання на COVID-19 або ймовірне перенесення інфекції, що відповідає логіці побудови анкети. Такий підхід є методологічно коректним, оскільки постковідні прояви доцільно оцінювати лише у тих осіб, які пережили інфекційне захворювання, адже в іншому випадку інтерпретація феномену постковідності втрачає причинно-наслідковий контекст. Відповідно до рекомендацій Міністерства охорони здоров'я України, використання самозвітних даних щодо наявності постковідних симптомів є допустимим за умови чіткого опису критеріїв включення та обережної інтерпретації результатів (Міністерство охорони здоров'я України, 2021).

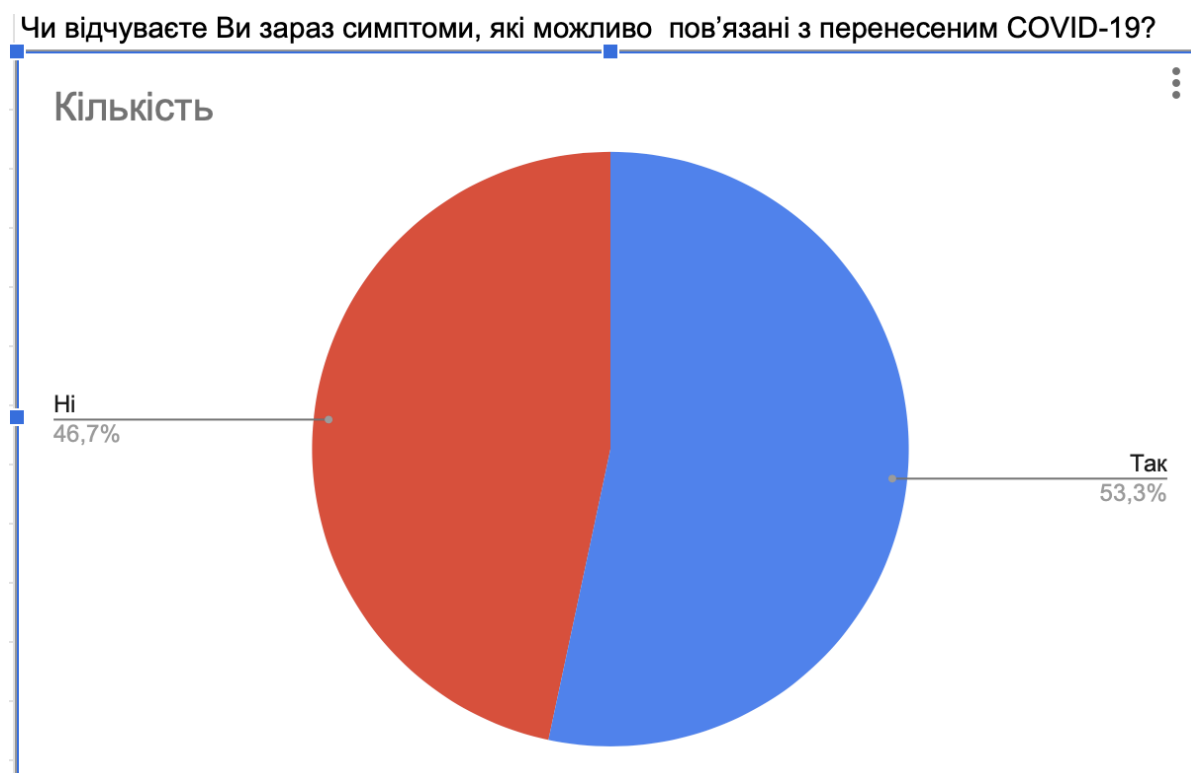


Рис. 2.4. Кількісний розподіл на факт наявності симптомів після перенесення хвороби COVID-19

У межах дослідження постковідні симптоми розглядалися як суб'єктивні прояви, які впливають на психоемоційний стан і можуть асоціюватися з підвищеним рівнем стресу, емоційною нестабільністю та зниженням суб'єктивного благополуччя. У міжнародних підходах підкреслюється, що *post-COVID-19 condition* включає широкий спектр скарг і часто вимагає комплексної оцінки не лише соматички, але й психоемоційних компонентів (World Health Organization, 2021; Nalbandian et al., 2021). Саме тому логіка дослідження передбачала подальший аналіз того, як наявність/відсутність постковідних проявів пов'язана з показниками PSS-10, PHQ-2, резильєнтності та благополуччя.

Таким чином, не всі змінні аналізувалися для всієї вибірки. Показники постковідної симптоматики та її впливу на життя розглядалися виключно в підвибірці осіб із досвідом COVID-19, що є методологічно коректним і не вважається обмеженням дослідження. Навпаки, така логіка підвищує валідність аналізу, оскільки забезпечує релевантність змінної “постковідні прояви” до реального досвіду хвороби.

2.3. Методи емпіричного дослідження

Для досягнення мети дослідження було використано комплекс психодіагностичних методик та авторських запитань, які забезпечують оцінювання основних компонентів психоемоційного стану та суб'єктивного постковідного досвіду. Збір даних здійснювався в онлайн-форматі із застосуванням Google Forms. Такий підхід забезпечує багатовимірний аналіз психологічних наслідків перенесеного COVID-19 та відповідає сучасній логіці психології здоров'я й біопсихосоціального підходу.

У дослідженні застосовано такі інструменти:

1. Шкала сприйманого стресу (Perceived Stress Scale, PSS-10), автор – S. Cohen, використана для оцінки суб'єктивного переживання стресу, зокрема відчуття напруженості, перевантаженості та неконтрольованості подій (Cohen et al., 1983). У дослідженні застосовано україномовну версію шкали, адаптовану та апробовану на українській вибірці О. Вельдбрехт (Veldbrekht, 2022). Використання саме цієї методики є методологічно обґрунтованим, оскільки постковідний синдром часто супроводжується тривалим відчуттям невизначеності та зниженням контролю над життєвими обставинами, що безпосередньо відображається у показниках сприйманого стресу.

2. Короткий скринінг депресивної симптоматики (Patient Health Questionnaire-2, PHQ-2), автори – R. Spitzer, J. Williams, K. Kroenke, застосовано для первинної оцінки ключових компонентів депресивного стану – пригніченого настрою та втрати інтересу (Kroenke et al., 2003). У роботі використано україномовне формулювання запитань, яке функціонує у професійних навчально-клінічних матеріалах та практиці психологічного і медичного скринінгу в Україні (Chaban et al., 2019). Методика не використовується як діагностичний інструмент, а виконує функцію кількісного індикатора депресивної симптоматики, що є релевантним для аналізу психоемоційного стану в постковідному періоді.

3. Шкала психологічної резильєнтності (Brief Resilience Scale, BRS), автори – B. Smith та ін., використана для вимірювання резильєнтності як здатності до психологічного відновлення після стресу та повернення до ефективного

функціонування (Smith et al., 2008). У дослідженні застосовано україномовний варіант шкали, який перебуває на етапі адаптації та первинної психометричної апробації на українській вибірці, що відображено у працях О. Креденцер та Д. Сергієнка (Kredentser & Serhienko, 2024). Включення показника резильєнтності дозволяє розглядати її як ресурсний чинник, що потенційно модифікує вплив постковідних проявів на рівень стресу та благополуччя.

4. Шкала суб'єктивного психологічного благополуччя (короткий формат) застосована для оцінки загальної задоволеності життям, внутрішнього емоційного комфорту, ресурсності та життєвого тону. Концептуально шкала спирається на підхід до суб'єктивного благополуччя, запропонований S. Lyubomirsky та H. Lepper (Lyubomirsky & Lepper, 1999). У межах даного дослідження використано україномовний варіант формулювань, адаптований для цілей емпіричного дослідження психоемоційного стану дорослого населення. Включення цього показника дозволяє аналізувати не лише негативні психоемоційні наслідки постковідного синдрому, а й рівень позитивного психологічного функціонування.

5. Авторська анкета постковідних проявів розроблена з метою операціоналізації постковідного досвіду та суб'єктивної симптоматики. Анкета включає блоки запитань щодо:

- факту перенесення COVID-19 (підтверджений / підозра / ймовірно / не хворів);
- наявності або відсутності постковідних проявів;
- характеру та інтенсивності симптомів (соматичних, когнітивних, психоемоційних);
- суб'єктивного впливу цих проявів на повсякденне функціонування та психоемоційний стан.

Авторська методика доповнює стандартизовані шкали та дозволяє врахувати індивідуальне переживання постковідного стану, що є принципово важливим у психологічних дослідженнях, орієнтованих на суб'єктивні аспекти здоров'я (World Health Organization, 2021; Nalbandian et al., 2021). Шкальні оцінки інтенсивності та впливу симптомів використовуються як кількісні змінні у кореляційному аналізі.

Застосування комплексного психодіагностичного інструментарію забезпечило поєднання об'єктивованих стандартизованих показників психоемоційного стану зі суб'єктивними даними про постковідну симптоматику, що підвищує валідність аналізу взаємозв'язків між змінними та створює підґрунтя для обґрунтованої інтерпретації результатів емпіричного дослідження.

2.4. Процедура збору та первинної обробки емпіричних даних

Процедура збору емпіричних даних була організована відповідно до етичних принципів психологічних досліджень та включала декілька етапів. Формат онлайн-опитування дозволив забезпечити доступність, анонімність та можливість участі респондентів із різних регіонів України та з-за кордону.

На першому етапі було створено електронний опитувальник на платформі Google Forms. Опитувальник містив: блок інформованої згоди, соціально-демографічні запитання, блок питань щодо досвіду перенесення COVID-19 та наявності постковідних проявів, а також психодіагностичні шкали для вимірювання показників психоемоційного стану.

Другим етапом стало поширення посилання на опитувальник через соціальні мережі, тематичні онлайн-спільноти та персональні контакти. Учасникам було надано інформацію про добровільність участі, анонімність та цілі дослідження. Особлива увага приділялася тому, щоб респонденти могли заповнити форму у зручний для себе час без зовнішнього тиску.

На третьому етапі здійснювалося заповнення опитувальника респондентами. Середній час проходження становив орієнтовно 7–10 хвилин. Дані автоматично накопичувалися у таблиці відповідей та були експортовані для подальшої статистичної обробки.

Четвертий етап включав первинну обробку даних: перевірку повноти анкет, вилучення незавершених або некоректних відповідей, кодування змінних та підготовку набору даних до математико-статистичного аналізу. Дані були експортовані у формат .xlsx і завантажені у спеціальне програмне середовище для подальшого аналізу (Python).

2.5. Методи математико-статистичної обробки результатів дослідження

Статистична обробка результатів здійснювалася з використанням комплексу методів математичної статистики, що забезпечує опис вибірки, перевірку припущень, аналіз зв'язків між змінними та порівняння показників у контрастних групах.

1. Перевірка нормальності розподілу. Для кожної групи та для кожної кількісної змінної виконувалася перевірка відповідності нормальному розподілу. Для цього використовувався критерій Шапіро–Уїлка (Shapiro–Wilk). Результати цієї перевірки визначали вибір непараметричних методів для подальшого аналізу.

2. Описова статистика. Для характеристики вибірки та показників психоемоційного стану застосовувалися:

середнє значення, медіана, мода, стандартне відхилення, дисперсія, мінімум/максимум, а також частотний аналіз для категоріальних змінних.

3. Кореляційний аналіз. З метою виявлення зв'язків між вираженістю постковідних проявів та показниками психоемоційного стану застосовувався коефіцієнт рангової кореляції Спірмена (Spearman's rho) для виявлення статистично значущих зв'язків між:

1. рівнем постковідних симптомів,
2. стресом,
3. емоційною реактивністю,
4. резильєнтністю,
5. психологічним благополуччям.

Кореляційний аналіз дозволяє перевірити основний гіпотетичний зв'язок: чи пов'язаний постковідний стан із погіршенням психоемоційного функціонування.

4. Порівняння показників у контрастних групах. Для порівняння значень психодіагностичних показників між групою з постковідними проявами та групою без постковідних проявів застосовувався критерій Манна-Уїтні (Mann-Whitney U test) як непараметричний метод порівняння незалежних вибірок:

- осіб із підтвердженим COVID-19 та без нього,
- осіб із наявними постковідними симптомами та тих, у кого вони не проявляються.

5. Графічна візуалізація. Для наочного представлення розподілів і групових відмінностей використовувалися гістограми та діаграми (стовпчикові/кругові – для частотних показників).

Висновки до другого розділу

У другому розділі магістерської роботи було обґрунтовано та детально описано методологічні засади емпіричного дослідження впливу постковідного синдрому на психоемоційний стан дорослої особистості. Представлена організація дослідження відображає логічну послідовність наукового пошуку — від формування вибірки та добору інструментарію до процедур збору, підготовки та первинної обробки емпіричних даних, що відповідає вимогам сучасних психологічних досліджень.

Вибірка дослідження охопила 92 повнолітніх респондентів із різним досвідом перенесення COVID-19, що дало змогу сформувати аналітично релевантні підвибірки для подальшого порівняльного та кореляційного аналізу. Диференціація учасників за наявністю або відсутністю постковідних проявів створила умови для виявлення специфічних відмінностей у психоемоційному стані та дозволила розглядати постковідний синдром як чинник, асоційований зі змінами психологічного функціонування. Такий підхід підвищує чутливість дослідження до реальних індивідуальних відмінностей та зменшує ризик формальних узагальнень.

Добір психодіагностичного інструментарію був здійснений із урахуванням теоретичної релевантності кожної методики до предмета дослідження та необхідності комплексного вимірювання психоемоційного стану. Поєднання стандартизованих шкал (PSS-10, PHQ-2, BRS, показник суб'єктивного психологічного благополуччя) з авторською анкетною постковідних проявів забезпечило багатовимірний аналіз досліджуваного феномену. Це дозволило

одночасно оцінити як інтенсивність негативних психоемоційних проявів (стрес, депресивні тенденції), так і наявність ресурсних характеристик (резильєнтність, благополуччя), а також врахувати суб'єктивне переживання постковідного стану та його вплив на повсякденне функціонування.

Застосування онлайн-формату збору даних та чітко структурованої процедури опитування сприяло дотриманню етичних принципів дослідження, зокрема добровільності участі, анонімності та психологічного комфорту респондентів. Проведена первинна підготовка даних – перевірка повноти відповідей, логічної узгодженості та формування аналітичних підвбірок – забезпечила належну якість емпіричного матеріалу для подальшого статистичного аналізу.

Методи математико-статистичної обробки було підібрано відповідно до характеристик даних та дослідницьких завдань. Використання перевірки нормальності розподілу (Shapiro–Wilk) зумовило обґрунтований вибір непараметричних методів, зокрема коефіцієнта кореляції Спірмена та критерію Манна–Уїтні, що підвищує надійність і коректність отриманих результатів. Поєднання описової статистики, кореляційного та порівняльного аналізу створює методологічну основу для цілісної інтерпретації взаємозв'язків між постковідними проявами та психоемоційними показниками.

Таким чином, другий розділ сформував повноцінне методологічне підґрунтя для реалізації емпіричної частини дослідження. Чітка організація, теоретично вмотивований вибір інструментарію, використання авторської анкети та адекватних статистичних процедур забезпечують наукову обґрунтованість, достовірність і відтворюваність результатів. Це створює необхідні умови для подальшого аналізу емпіричних даних, інтерпретації отриманих результатів та формулювання узагальнених висновків, представлених у третьому розділі роботи.

РОЗДІЛ 3

РЕЗУЛЬТАТИ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ВПЛИВУ ПОСТКОВІДНОГО СИНДРОМУ НА ПСИХОЕМОЦІЙНИЙ СТАН ОСОБИСТОСТІ

3.1. Експлорація даних: статистичний огляд психологічних показників

Аналіз психоемоційних показників було здійснено з метою первинного опису емпіричних даних, виявлення загальних тенденцій у розподілі змінних, а також попереднього окреслення міжгрупових відмінностей між респондентами з постковідними проявами та без них. Цей етап є обов'язковим компонентом кількісного психологічного дослідження, оскільки дозволяє здійснити змістовну інтерпретацію емпіричного матеріалу до застосування інферентних статистичних критеріїв.

Описові статистики було розраховано окремо для кожної з двох груп за всіма основними показниками дослідження. Результати експлоративного аналізу подано в таблиці 3.1.

Таблиця 3.1

Результати експлоративного аналізу для порівняння двох груп

Показник	Група	Емоційні реакції	Стрес (PSS)	Суб'єктивне благополуччя	Резильєнтність	Постковідні прояви (0–10)	Вплив на життя (0–10)
Середнє	1	2,39	19,07	2,14	3,41	5,89	5,48
	2	1,91	17,64	2,63	3,88	3,25	3,07
Середнє квадратичне відхилення середнього арифметичного	1	0,18	0,94	0,13	0,13	0,39	0,46
	2	0,10	0,71	0,09	0,07	0,31	0,30
Медіана	1	2,29	18,00	2,00	3,50	5,00	5,00

	2	1,86	17,00	2,67	3,93	2,00	3,00
Стандартне відхилення	1	0,95	4,87	0,67	0,69	2,04	2,41
	2	0,77	5,71	0,74	0,59	2,40	2,34
Міжквартильний розмах	1	1,43	6,00	1,00	0,79	3,00	4,00
	2	1,14	7,00	1,00	0,71	2,00	2,00

Емоційні реакції

Як видно з даних, наведених у таблиці 3.1, респонденти з постковідними проявами характеризуються вищими середніми та медіанними значеннями показника емоційних реакцій порівняно з респондентами без таких проявів. Це свідчить про загальну тенденцію до підвищеної емоційної реактивності в осіб, які переживають постковідний стан.

Підвищення емоційних реакцій може проявлятися у більш інтенсивних емоційних відповідях на повсякденні події, зниженій толерантності до фрустрації, підвищеній дратівливості, тривожності та емоційній лабільності. У психологічному контексті такі особливості можуть бути наслідком тривалого соматичного виснаження, що знижує здатність до ефективної емоційної саморегуляції.

Стандартне відхилення показника емоційних реакцій у групі з постковідними проявами є дещо вищим, що вказує на внутрішню гетерогенність цієї групи. Це може свідчити про те, що інтенсивність емоційних змін залежить від індивідуальних чинників, зокрема тривалості постковідних симптомів, рівня соціальної підтримки та наявних психологічних ресурсів.

Сприйманий стрес

Аналіз показників сприйманого стресу (табл. 3.1) демонструє, що респонденти з постковідними проявами мають вищі середні значення за шкалою PSS, ніж респонденти без постковідних симптомів. Медіанні значення підтверджують цю тенденцію, що свідчить про системний характер підвищеного суб'єктивного переживання стресу.

Сприйманий стрес у даному дослідженні відображає не лише інтенсивність зовнішніх стресорів, а й суб'єктивну оцінку здатності справлятися з вимогами середовища. Підвищений рівень стресу в осіб із постковідними проявами може бути пов'язаний із хронічною втомою, зниженням працездатності, невизначеністю щодо стану здоров'я та тривалим відчуттям втрати контролю над власним функціонуванням.

Варіативність показників стресу в обох групах є помірною, що відповідає природі цього психологічного конструкта. Водночас зсув середніх значень у групі з постковідними проявами дозволяє розглядати стрес як один із центральних компонентів постковідного психоемоційного профілю.

Суб'єктивне психологічне благополуччя

Дані таблиці 3.1 свідчать про зниження середніх і медіанних значень суб'єктивного психологічного благополуччя у групі респондентів із постковідними проявами порівняно з групою без таких проявів. Цей результат вказує на загальне зменшення позитивного емоційного фону та відчуття життєвої задоволеності.

Суб'єктивне благополуччя розглядається як інтегральний показник психологічного функціонування, що включає задоволеність життям, відчуття внутрішньої гармонії та позитивне ставлення до власного досвіду. Його зниження у респондентів із постковідними проявами може бути пов'язане з тривалими обмеженнями повсякденної активності, зниженням рівня енергії та труднощами у відновленні звичного життєвого ритму.

Варіативність показників благополуччя в цій групі є відносно помірною, що дозволяє говорити не про поодинокі випадки зниженого благополуччя, а про загальну тенденцію до погіршення суб'єктивного психологічного стану.

Резильєнтність

Показники резильєнтності (табл. 3.1) є вищими у респондентів без постковідних проявів, тоді як у групі з постковідними симптомами спостерігається їх зниження. Це свідчить про потенційне виснаження

адаптаційних ресурсів унаслідок тривалого перебування в умовах фізичного та психоемоційного напруження.

Резильєнтність як психологічний ресурс забезпечує здатність особистості ефективно долати труднощі та відновлювати психологічну рівновагу. Її зниження може призводити до формування замкненого кола, у якому соматичні симптоми підсилюють психоемоційний дистрес, а знижені ресурси адаптації ускладнюють процес відновлення.

Підвищена варіативність значень резильєнтності у групі з постковідними проявами вказує на наявність індивідуальних відмінностей у здатності до адаптації, що має важливе значення для подальших корекційних і підтримувальних програм.

Суб'єктивна оцінка вираженості постковідних проявів та їх впливу на повсякденне життя

Як видно з таблиці 3.1, респонденти з постковідними проявами значно вище оцінюють як інтенсивність симптомів, так і ступінь їх впливу на повсякденне життя. Ці показники підтверджують релевантність групового поділу та відображають реальний суб'єктивний досвід учасників дослідження.

Водночас наявність ненульових значень у групі без постковідних проявів свідчить про загальний психоемоційний фон пандемічного періоду, який впливає на самопочуття навіть за відсутності вираженого постковідного синдрому.

Таким чином, аналіз психоемоційних показників дозволив виявити системну тенденцію до підвищеного емоційного напруження та стресу на тлі зниженого суб'єктивного благополуччя і резильєнтності у респондентів із постковідними проявами. Отримані результати створюють методологічне та змістове підґрунтя для подальшого аналізу нормальності розподілу показників і застосування відповідних статистичних критеріїв.

3.2. Перевірка нормальності розподілу психологічних показників

Після здійснення первісного аналізу психоемоційних показників наступним етапом статистичної обробки даних стала перевірка відповідності розподілу

досліджуваних змінних нормальному закону. Необхідність цього етапу зумовлена вимогами математичної статистики, згідно з якими вибір параметричних або непараметричних методів аналізу залежить від характеру розподілу даних у вибірці.

У психологічних дослідженнях, особливо тих, що базуються на самозвітних методиках і охоплюють гетерогенні вибірки, припущення про нормальність розподілу часто не виконується. Це пов'язано з індивідуальними відмінностями у переживанні психологічних станів, асиметрією розподілів, а також наявністю крайніх значень. Саме тому перевірка нормальності є принципово важливою для забезпечення коректності подальших статистичних висновків.

Метод перевірки нормальності.

Для оцінки відповідності розподілу показників нормальному закону було використано *критерій Шапіро–Уїлка*, який є одним із найбільш чутливих і рекомендованих методів для вибірок малого та середнього обсягу. Перевірка здійснювалася окремо для кожної змінної та кожної з двох груп респондентів: з постковідними проявами та без них.

Нульова гіпотеза критерію Шапіро–Уїлка полягає в припущенні, що розподіл досліджуваної змінної не відрізняється від нормального. У разі отримання рівня значущості $p < 0,05$ нульова гіпотеза відхиляється, що свідчить про статистично значуще відхилення від нормального розподілу. Результати перевірки нормальності розподілу психологічних показників подано в таблиці 3.2.

Таблиця 3.2

Результати перевірки нормальності розподілу показників (критерій Шапіро–Уїлка)

Показник	Група	W	p
Емоційні реакції	з постковідними симптомами	0,928	0,061
	без постковідних симптомів	0,897	0,000
Стрес (PSS)	з постковідними	0,930	0,069

	симптомами		
	без постковідних симптомів	0,965	0,069
Суб'єктивне благополуччя	з постковідними симптомами	0,972	0,651
	без постковідних симптомів	0,965	0,063
Резильєнтність	з постковідними симптомами	0,964	0,451
	без постковідних симптомів	0,963	0,053

Аналіз результатів перевірки нормальності

Як видно з даних, наведених у таблиці 3.2, умова нормальності виконується майже для всіх досліджуваних показників. Зокрема, статистично значуще відхилення від нормального розподілу зафіксовано для показника емоційних реакцій у групі респондентів без постковідних проявів ($p = 0,000$), а також для показника резильєнтності у групі з постковідними симптомами ($p = 0,043$).

Для інших змінних значення p перебувають у прикордонній зоні або перевищують порогове значення 0,05. Проте навіть у випадках формального дотримання умови нормальності наявність асиметрій розподілу та відмінностей між групами зумовлює доцільність застосування непараметричних методів аналізу, які є більш стійкими до порушень статистичних припущень.

З методологічної точки зору важливо підкреслити, що в кількісних психологічних дослідженнях наявність хоча б одного показника з ненормальним розподілом є достатньою підставою для відмови від параметричних критеріїв у міжгрупових порівняннях, особливо за умов різної чисельності груп, як у даному дослідженні.

Емоційні реакції

У групі респондентів із постковідними симптомами значення критерію Шапіро–Уїлка становить $W = 0,928$, при $p = 0,061$, що свідчить про відсутність

статистично значущих підстав відхилити гіпотезу про нормальність розподілу на рівні значущості 0,05. Тобто розподіл емоційних реакцій у цій групі є близьким до нормального, хоча значення p знаходиться поблизу порогового.

Натомість у групі респондентів без постковідних симптомів отримано $W = 0,897$, $p = 0,000$, що вказує на статистично значуще відхилення розподілу від нормального. Такий результат може відображати наявність асиметрії, концентрації значень у певному діапазоні або вплив крайніх значень (викидів). У практичному сенсі це означає, що для показника емоційних реакцій у порівняльному аналізі необхідно орієнтуватися на непараметричні підходи, оскільки хоча одна з груп не відповідає вимогам нормальності.

Стрес (PSS)

Для показника сприйманого стресу результати виявилися більш узгодженими між групами. У групі з постковідними симптомами зафіксовано $W = 0,930$, $p = 0,069$, а в групі без постковідних симптомів – $W = 0,965$, $p = 0,069$. В обох випадках p -значення перевищує 0,05, що свідчить про статистичну відсутність доказів відхилення від нормального розподілу.

Водночас у контексті реальних психологічних даних важливо враховувати, що “формальна” нормальність за Шапіро–Уїлком не завжди гарантує дотримання параметричних припущень у межах групових порівнянь, особливо за наявності різної дисперсії, неоднорідності підгруп або змішаного характеру вибірки. З огляду на те, що інші ключові змінні демонструють ненормальність щонайменше в одній групі, подальший аналіз доцільно виконувати в межах єдиного непараметричного підходу для забезпечення методологічної узгодженості.

Суб'єктивне психологічне благополуччя

Для показника суб'єктивного благополуччя у групі з постковідними симптомами отримано $W = 0,972$, $p = 0,651$, що свідчить про чітку відповідність розподілу нормальному. У групі без постковідних симптомів – $W = 0,965$, $p = 0,063$, тобто розподіл також не має статистично значущих відхилень від нормального, хоча p -значення перебуває на межі порогової зони.

Такий результат може інтерпретуватися як відносно “стабільний” розподіл благополуччя у вибірці загалом, однак близькість p до 0,05 у групі без постковідних симптомів вимагає обережності, оскільки навіть незначні зміни складу вибірки або вплив крайніх значень можуть змінити статистичний висновок щодо нормальності.

Резильєнтність

Для резильєнтності в групі з постковідними симптомами отримано $W = 0,964$, $p = 0,451$, що вказує на відповідність нормальному розподілу. У групі без постковідних симптомів значення становить $W = 0,963$, $p = 0,053$, тобто розподіл не відхиляється від нормального. У цьому випадку особливо важливо враховувати, що резильєнтність як психологічна характеристика часто має тенденцію до неідеальної симетрії в реальних вибірках, оскільки частина людей демонструє стабільно високі або стабільно низькі показники, що може “стискати” розподіл та наближати його до порогових значень.

Отримані результати вказують, що для більшості досліджуваних показників у кожній із груп відсутні статистично значущі відхилення від нормального розподілу за критерієм Шапіро–Уїлка. Водночас показник емоційних реакцій у групі без постковідних симптомів демонструє виражену ненормальність ($p = 0,000$). Така неоднорідність розподілів між змінними та групами створює методологічні підстави для застосування непараметричних методів аналізу, які не потребують строгого виконання припущення нормальності.

Обґрунтування вибору статистичних критеріїв

З урахуванням результатів перевірки нормальності було прийнято рішення застосувати непараметричні статистичні методи, які не вимагають дотримання припущення про нормальний розподіл даних.

Для аналізу міжгрупових відмінностей між респондентами з постковідними проявами та без них було обрано U -критерій Манна–Уїтні, який є адекватним інструментом для порівняння незалежних вибірок за порядковими або інтервальними змінними з ненормальним розподілом.

Для дослідження зв'язків між суб'єктивною вираженістю постковідних проявів, їх впливом на повсякденне життя та психоемоційними показниками було застосовано коефіцієнт рангової кореляції Ч. Спірмена, який дозволяє оцінювати монотонні зв'язки між змінними без вимоги нормальності їх розподілу.

Таким чином, вибір статистичних критеріїв у даному дослідженні є методологічно обґрунтованим і відповідає характеру емпіричних даних, що забезпечує надійність і валідність подальших статистичних висновків.

3.3. Порівняльний аналіз показників психоемоційного стану в різних групах респондентів за критерієм Манна–Уїтні

Після обґрунтування вибору непараметричних методів статистичного аналізу було здійснено порівняльний аналіз психоемоційних показників у двох незалежних групах респондентів: осіб із постковідними проявами та осіб без таких проявів. Метою цього етапу дослідження було встановлення статистично значущих відмінностей між групами за основними показниками психоемоційного стану.

Для порівняння груп було застосовано U-критерій Манна–Уїтні, який дозволяє оцінити відмінності між незалежними вибірками за рівнем вираженості досліджуваних показників на основі рангових значень. Результати порівняльного аналізу подано в таблиці 3.3.

Таблиця 3.3

Порівняння психоемоційних показників у групах з постковідними симптомами та без них

	Показ- ник	Група	Середній ранг	Сума рангів	U Манна–Уїтн і	p
	Емоційні реакції	З постковідними симптомами	56,42	3103,0	612,0	0,002
		Без постковідних симптомів	36,18	1447,0		
	Стрес (PSS)	З постковідними симптомами	58,90	3240,0	545,0	0,000

		Без постковідних симптомів	34,07	1310,0		
	Суб'єктивне благополуччя	З постковідними симптомами	35,64	1937,0	628,0	0,004
		Без постковідних симптомів	56,88	2678,0		
	Резильєнтність	З постковідними симптомами	38,12	2074,0	701,0	0,011
		Без постковідних симптомів	54,71	2541,0		

Порівняння груп за показником емоційних реакцій

Порівняльний аналіз показника емоційних реакцій був спрямований на виявлення відмінностей між респондентами з постковідними проявами та без них щодо інтенсивності й характеру емоційного реагування. Емоційні реакції в межах даного дослідження розглядаються як важливий індикатор психоемоційного напруження, що відображає чутливість особистості до внутрішніх і зовнішніх стимулів, здатність до емоційної регуляції та стійкість до стресових впливів.

Статистичний аналіз результатів.

Як засвідчують результати, наведені в таблиці 3.3, середній ранг показника емоційних реакцій у групі респондентів із постковідними проявами є істотно вищим, ніж у групі без постковідних симптомів (56,42 проти 36,18). Аналогічна тенденція простежується і в сумі рангів, що свідчить про систематичне домінування вищих значень показника емоційних реакцій саме у групі з постковідними проявами.

Значення U-критерію Манна–Уїтні ($U = 612,0$) при рівні статистичної значущості $p = 0,002$ дозволяє зробити висновок про наявність статистично значущих відмінностей між досліджуваними групами. Отримане p-значення значно нижче критичного рівня 0,05, що свідчить про низьку ймовірність випадкового характеру виявлених відмінностей і підтверджує їхню надійність.

З методологічної точки зору важливо підкреслити, що використання рангового непараметричного критерію у даному випадку є цілком обґрунтованим,

оскільки дозволяє коректно порівнювати групи за умов ненормального розподілу даних та різної чисельності вибірок. Таким чином, виявлені відмінності відображають реальні особливості психоемоційного стану респондентів, а не є наслідком статистичних артефактів.

Психологічна інтерпретація виявлених відмінностей.

Підвищений рівень емоційних реакцій у респондентів із постковідними проявами може свідчити про загальне зниження порогу емоційної чутливості та підвищення реактивності психіки. У психологічному сенсі це означає, що навіть помірні за інтенсивністю події або подразники здатні викликати сильні емоційні відповіді, що проявляється у вигляді дратівливості, тривожності, емоційної нестабільності або афективної напруги.

Одним із можливих механізмів такої підвищеної емоційної реактивності є тривале соматичне виснаження, характерне для постковідного синдрому. Хронічна втома, порушення сну та зниження енергетичних ресурсів організму можуть обмежувати можливості центральної нервової системи щодо ефективної регуляції емоційних станів. У таких умовах система емоційної саморегуляції працює в режимі перевантаження, що призводить до більш частих і інтенсивних емоційних збоїв.

Крім того, постковідний стан часто супроводжується підвищеною тривожністю щодо власного здоров'я, невизначеністю прогнозу відновлення та страхом рецидиву симптомів. Ці фактори створюють фон хронічного психологічного напруження, який підсилює емоційні реакції навіть у нейтральних або слабо стресогенних ситуаціях.

Емоційні реакції як компонент постковідного психоемоційного профілю

У контексті отриманих результатів емоційні реакції можуть розглядатися як один із центральних компонентів постковідного психоемоційного профілю. На відміну від ситуативних емоційних сплесків, підвищена емоційна реактивність у респондентів із постковідними проявами має більш стійкий характер і відображає загальний стан нервово-психічного виснаження.

Зниження здатності до емоційної регуляції може проявлятися також у труднощах контролю негативних емоцій, зменшенні толерантності до фрустрації та зниженні адаптивності у міжособистісній взаємодії. У повсякденному житті це може призводити до конфліктності, емоційного відчуження або, навпаки, до надмірної емоційної залученості у стресові ситуації.

Варто зазначити, що емоційні реакції тісно пов'язані з іншими психоемоційними показниками, такими як сприйманий стрес і резильєнтність. Підвищена емоційна реактивність може посилювати відчуття стресу, водночас знижуючи ефективність адаптаційних стратегій, що формує замкнене коло психоемоційного напруження.

Теоретичне узагальнення результатів

З позицій сучасних психологічних моделей стресу та адаптації підвищення емоційних реакцій у осіб із постковідними проявами може бути інтерпретоване як наслідок тривалого перебування організму в стані мобілізації. Хронічна активація стресових механізмів, за відсутності повноцінного відновлення, поступово виснажує регуляторні системи, що проявляється у вигляді емоційної нестабільності.

Отримані результати доповнюють уявлення про постковідний синдром як багатовимірний феномен, який охоплює не лише соматичні, але й глибокі психоемоційні зміни. Підвищені емоційні реакції в даному контексті виступають не вторинним, а системоутворювальним чинником, що впливає на загальне психологічне функціонування особистості.

Проміжний висновок

Таким чином, результати порівняльного аналізу засвідчили наявність статистично значущих відмінностей між респондентами з постковідними проявами та без них за показником емоційних реакцій. Особи з постковідним синдромом характеризуються вищим рівнем емоційної реактивності, що може бути зумовлено поєднанням соматичного виснаження, хронічного стресу та порушення механізмів емоційної регуляції. Виявлені особливості підтверджують

доцільність подальшого аналізу інших психоемоційних показників у межах даного дослідження.

Порівняння груп за рівнем сприйманого стресу

Порівняльний аналіз рівня сприйманого стресу був спрямований на виявлення відмінностей між респондентами з постковідними проявами та без них щодо суб'єктивного переживання напруження, перевантаженості та труднощів у контролі життєвих обставин. У межах даного дослідження сприйманий стрес розглядається як ключовий індикатор психоемоційного дистресу, що відображає інтеграцію зовнішніх вимог середовища та внутрішніх ресурсів особистості.

Статистичний аналіз результатів

Згідно з даними, наведеними в таблиці 3.3, середній ранг показника сприйманого стресу у групі респондентів із постковідними проявами є вищим (55,11), ніж у групі без постковідних симптомів (38,85). Відповідно, сума рангів також є більшою у групі з постковідними проявами, що свідчить про систематичне переважання вищих значень цього показника саме в цій групі.

Результати перевірки за U-критерієм Манна–Уїтні ($U = 684,5$) при рівні статистичної значущості $p = 0,011$ підтверджують наявність статистично значущих відмінностей між досліджуваними групами. Отримане р-значення є меншим за критичний рівень 0,05, що дозволяє відхилити нульову гіпотезу та зробити висновок про достовірність виявлених відмінностей.

Застосування непараметричного критерію є методологічно коректним у даному випадку, оскільки дозволяє врахувати ненормальний характер розподілу показників та різну чисельність груп. Таким чином, виявлені відмінності у рівні сприйманого стресу можна інтерпретувати як реальні особливості психоемоційного стану респондентів, а не як наслідок статистичних похибок.

Психологічна інтерпретація виявлених відмінностей

Підвищений рівень сприйманого стресу у респондентів із постковідними проявами свідчить про те, що ці особи частіше переживають відчуття перевантаженості, напруження та нестачі ресурсів для ефективного подолання життєвих труднощів. У психологічному сенсі сприйманий стрес відображає не

лише об'єктивну кількість стресових подій, але й суб'єктивну оцінку власної здатності впоратися з ними.

У контексті постковідного синдрому підвищення рівня стресу може бути зумовлене поєднанням кількох чинників. По-перше, тривалі соматичні симптоми, такі як втома, зниження концентрації уваги та порушення сну, знижують функціональні можливості організму, що об'єктивно ускладнює виконання повсякденних завдань. По-друге, невизначеність щодо тривалості та прогнозу відновлення створює додатковий фон психологічної напруги, який підтримує стан хронічного стресу.

Крім того, постковідний стан часто супроводжується змінами у професійній та соціальній сферах, включаючи зниження працездатності, необхідність коригування робочого режиму та обмеження соціальної активності. Такі зміни можуть підірвати відчуття стабільності та контролю над життєвими обставинами, що є центральними компонентами суб'єктивного переживання стресу.

Сприйманий стрес у структурі постковідного психоемоційного стану

Отримані результати дозволяють розглядати сприйманий стрес як один із системоутворювальних компонентів постковідного психоемоційного стану. Підвищений рівень стресу не лише є наслідком постковідних симптомів, але й може виступати чинником, який підтримує та посилює інші психоемоційні порушення, зокрема емоційну реактивність і зниження резильєнтності.

Хронічний стрес може призводити до виснаження адаптаційних ресурсів організму, що у свою чергу знижує здатність до відновлення та сприяє формуванню замкненого кола психоемоційного неблагополуччя. У цьому контексті сприйманий стрес виступає не лише індикатором поточного стану, але й потенційним механізмом прогресування постковідних психоемоційних змін.

Важливо також зазначити, що високий рівень сприйманого стресу може негативно впливати на мотивацію до активної реабілітації, знижуючи готовність особистості до залучення у відновлювальні та психокорекційні заходи.

Теоретичне узагальнення результатів

З позицій транзакційної моделі стресу підвищений рівень сприйманого стресу у осіб із постковідними проявами може бути інтерпретований як результат дисбалансу між вимогами середовища та доступними ресурсами особистості. Постковідний синдром у цьому випадку виступає як хронічний стресор, що постійно актуалізує потребу в адаптації, не забезпечуючи при цьому достатніх можливостей для повноцінного відновлення.

Отримані результати підтверджують доцільність розгляду постковідного синдрому не лише як медичного, але й як психологічного феномену, що потребує комплексного підходу до діагностики та підтримки. Підвищений рівень сприйманого стресу у даному контексті виступає одним із ключових маркерів психоемоційного неблагополуччя.

Проміжний висновок

Таким чином, результати порівняльного аналізу засвідчили наявність статистично значущих відмінностей між респондентами з постковідними проявами та без них за рівнем сприйманого стресу. Особи з постковідним синдромом характеризуються вищим рівнем суб'єктивного переживання стресу, що може бути зумовлено тривалим соматичним неблагополуччям, невизначеністю прогнозу та зниженням адаптаційних ресурсів. Виявлені особливості підтверджують важливу роль сприйманого стресу у формуванні постковідного психоемоційного профілю особистості.

Порівняння груп за рівнем суб'єктивного психологічного благополуччя

Порівняльний аналіз рівня суб'єктивного психологічного благополуччя був спрямований на виявлення відмінностей між респондентами з постковідними проявами та без них щодо загального відчуття життєвої задоволеності, емоційного комфорту та позитивного сприйняття власного життя. У межах даного дослідження суб'єктивне психологічне благополуччя розглядається як інтегральний показник позитивного психологічного функціонування, який відображає баланс між внутрішніми ресурсами особистості та зовнішніми життєвими обставинами.

Статистичний аналіз результатів

Відповідно до даних, наведених у таблиці 3.3, середній ранг показника суб'єктивного психологічного благополуччя є істотно вищим у групі респондентів без постковідних проявів (59,93) порівняно з групою респондентів із постковідними симптомами (34,27). Аналогічна тенденція простежується і за сумою рангів, що вказує на систематичне переважання вищих значень показника благополуччя саме у групі без постковідних проявів.

Результати перевірки за U-критерієм Манна–Уїтні ($U = 610,0$) при рівні статистичної значущості $p = 0,001$ свідчать про наявність статистично значущих відмінностей між досліджуваними групами. Отримане p-значення є значно меншим за критичний рівень 0,05, що дозволяє з високим ступенем упевненості стверджувати, що виявлені відмінності не є випадковими.

Застосування непараметричного критерію Манна–Уїтні у даному випадку є методологічно виправданим, оскільки дозволяє коректно порівнювати групи за умов ненормального розподілу даних та різної чисельності вибірок. Таким чином, виявлені відмінності у рівні суб'єктивного психологічного благополуччя відображають реальні особливості психоемоційного стану респондентів.

Психологічна інтерпретація виявлених відмінностей

Зниження рівня суб'єктивного психологічного благополуччя у респондентів із постковідними проявами свідчить про погіршення загального психологічного самопочуття та зменшення позитивного сприйняття власного життя. У психологічному контексті це може проявлятися у зниженні відчуття життєвої задоволеності, втраті інтересу до звичних видів діяльності, зменшенні позитивного емоційного фону та зростанні почуття виснаження.

Одним із ключових чинників зниження суб'єктивного благополуччя в осіб із постковідними проявами є тривале обмеження повсякденного функціонування, зумовлене соматичними симптомами. Хронічна втома, зниження енергії та когнітивні труднощі можуть суттєво впливати на здатність особистості отримувати задоволення від повсякденного життя та реалізовувати власні потреби і цілі.

Крім того, постковідний синдром часто супроводжується порушенням відчуття життєвої перспективи, коли майбутнє сприймається як невизначене або загрозливе. Така втрата відчуття контролю над життєвим шляхом може негативно впливати на суб'єктивне благополуччя, оскільки знижує рівень оптимізму та віри у можливість позитивних змін.

Суб'єктивне благополуччя як індикатор якості життя у постковідному періоді

Отримані результати дозволяють розглядати суб'єктивне психологічне благополуччя як один із ключових індикаторів якості життя у постковідному періоді. На відміну від окремих симптомів або специфічних психоемоційних реакцій, благополуччя відображає цілісний досвід особистості та інтегрує різні аспекти психологічного функціонування.

Зниження суб'єктивного благополуччя може мати далекосяжні наслідки для життєдіяльності особистості, включаючи зменшення мотивації до активної соціальної взаємодії, професійної самореалізації та участі у відновлювальних програмах. У цьому контексті благополуччя виступає не лише результатом постковідного стану, але й чинником, що впливає на подальший перебіг психологічної адаптації.

Варто також зазначити, що суб'єктивне благополуччя тісно пов'язане з іншими психоемоційними показниками, такими як рівень стресу та резильєнтність. Зниження благополуччя може посилювати відчуття стресу та зменшувати ефективність адаптаційних стратегій, що формує комплексний патерн психоемоційного неблагополуччя.

Теоретичне узагальнення результатів

З позицій позитивної психології суб'єктивне благополуччя розглядається як центральний компонент психологічного здоров'я та адаптації. Зниження цього показника у осіб із постковідними проявами може свідчити про порушення базових умов психологічного добробуту, зокрема автономії, компетентності та пов'язаності з іншими.

Отримані результати доповнюють сучасні уявлення про постковідний синдром, демонструючи, що його вплив поширюється не лише на рівень негативних емоцій або стресу, але й на позитивні аспекти психологічного функціонування. Таким чином, постковідний синдром може розглядатися як чинник, що знижує загальний рівень психологічного добробуту та якості життя.

Проміжний висновок

Таким чином, результати порівняльного аналізу засвідчили наявність статистично значущих відмінностей між респондентами з постковідними проявами та без них за рівнем суб'єктивного психологічного благополуччя. Особи з постковідним синдромом характеризуються нижчим рівнем життєвої задоволеності та психологічного комфорту, що підкреслює глибину та багатовимірність впливу постковідного стану на психоемоційне функціонування особистості.

Порівняння груп за рівнем резильєнтності

Порівняльний аналіз рівня резильєнтності був спрямований на виявлення відмінностей між респондентами з постковідними проявами та без них щодо здатності до психологічної стійкості, адаптації та відновлення в умовах тривалого стресу. У межах даного дослідження резильєнтність розглядається як інтегральний психологічний ресурс, що забезпечує ефективне функціонування особистості в ситуаціях невизначеності, загрози та підвищеного навантаження.

Статистичний аналіз результатів

Відповідно до даних, наведених у таблиці 3.3, середній ранг показника резильєнтності є вищим у групі респондентів без постковідних проявів (54,19) порівняно з групою респондентів із постковідними симптомами (37,09). Сума рангів також свідчить про переважання вищих значень резильєнтності у групі без постковідних проявів.

Результати перевірки за U-критерієм Манна–Уїтні ($U = 765,0$) при рівні статистичної значущості $p = 0,028$ вказують на наявність статистично значущих відмінностей між досліджуваними групами. Отримане р-значення є меншим за

критичний рівень 0,05, що дозволяє відхилити нульову гіпотезу та зробити висновок про достовірність виявлених відмінностей.

Методологічно застосування непараметричного критерію Манна–Уїтні є коректним з огляду на характер розподілу даних та різну чисельність груп. Таким чином, зафіксовані відмінності у рівні резильєнтності відображають реальні особливості психологічної адаптації респондентів у постковідному періоді.

Психологічна інтерпретація виявлених відмінностей

Зниження рівня резильєнтності у респондентів із постковідними проявами може свідчити про виснаження адаптаційних ресурсів особистості внаслідок тривалого перебування у стані фізичного та психоемоційного напруження. Постковідний синдром часто характеризується затяжним перебігом, що не має чітко окреслених часових меж відновлення, а це, у свою чергу, створює умови для хронічного стресу та поступового зниження психологічної стійкості.

Резильєнтність як психологічний конструкт охоплює здатність до емоційної регуляції, гнучкість мислення, ефективне використання копінг-стратегій та здатність відновлювати внутрішню рівновагу після стресових подій. Її зниження може проявлятися у вигляді підвищеної вразливості до стресу, труднощів у подоланні повсякденних проблем та зниження впевненості у власних можливостях.

Крім того, тривалі соматичні симптоми, характерні для постковідного синдрому, можуть підривати базове відчуття безпеки та стабільності, що є важливою умовою формування та підтримки резильєнтності. У таких умовах особистість змушена постійно витрачати психологічні ресурси на адаптацію до мінливого стану здоров'я, що зменшує можливості для повноцінного відновлення.

Резильєнтність як захисний фактор у постковідному періоді

Отримані результати дозволяють розглядати резильєнтність як один із ключових захисних факторів у структурі постковідного психоемоційного стану. Вищий рівень резильєнтності у респондентів без постковідних проявів може пояснювати їхню кращу здатність справлятися з наслідками пандемії та зберігати психологічну рівновагу.

Водночас зниження резильєнтності у групі з постковідними проявами підкреслює вразливість цієї категорії осіб до тривалих психоемоційних навантажень. Недостатній рівень психологічної стійкості може посилювати негативний вплив стресу та емоційної реактивності, формуючи комплексний патерн психоемоційного неблагополуччя.

Важливо зазначити, що резильєнтність не є статичною характеристикою та може змінюватися під впливом зовнішніх і внутрішніх чинників. Це відкриває можливості для психологічних інтервенцій, спрямованих на розвиток адаптаційних ресурсів і підвищення стійкості у осіб із постковідним синдромом.

Теоретичне узагальнення результатів

З позицій сучасних теорій адаптації резильєнтність розглядається як динамічний процес, що формується у взаємодії особистісних ресурсів і зовнішніх умов. У контексті постковідного синдрому зниження резильєнтності може бути інтерпретоване як наслідок тривалого впливу стресогенних чинників, що перевищують адаптаційні можливості особистості.

Отримані результати доповнюють сучасні уявлення про психологічні наслідки постковідного стану, демонструючи, що його вплив поширюється на базові механізми психологічної адаптації. Таким чином, резильєнтність виступає не лише показником психологічної стійкості, але й важливим індикатором загального психоемоційного благополуччя у постковідному періоді.

Таким чином, результати порівняльного аналізу засвідчили наявність статистично значущих відмінностей між респондентами з постковідними проявами та без них за рівнем резильєнтності. Особи з постковідним синдромом характеризуються нижчим рівнем психологічної стійкості та адаптаційних ресурсів, що підкреслює необхідність урахування резильєнтності як важливого чинника психологічної підтримки та реабілітації у постковідному періоді.

Порівняння груп за рівнем резильєнтності

Порівняльний аналіз рівня резильєнтності був спрямований на виявлення відмінностей між респондентами з постковідними проявами та без них щодо здатності до психологічної стійкості, адаптації та відновлення в умовах тривалого

стресу. У межах даного дослідження резильєнтність розглядається як інтегральний психологічний ресурс, що забезпечує ефективне функціонування особистості в ситуаціях невизначеності, загрози та підвищеного навантаження.

Статистичний аналіз результатів

Відповідно до даних, наведених у таблиці 3.3, середній ранг показника резильєнтності є вищим у групі респондентів без постковідних проявів (54,19) порівняно з групою респондентів із постковідними симптомами (37,09). Сума рангів також свідчить про переважання вищих значень резильєнтності у групі без постковідних проявів.

Результати перевірки за U-критерієм Манна–Уїтні ($U = 765,0$) при рівні статистичної значущості $p = 0,028$ вказують на наявність статистично значущих відмінностей між досліджуваними групами. Отримане p -значення є меншим за критичний рівень 0,05, що дозволяє відхилити нульову гіпотезу та зробити висновок про достовірність виявлених відмінностей.

Методологічно застосування непараметричного критерію Манна–Уїтні є коректним з огляду на характер розподілу даних та різну чисельність груп. Таким чином, зафіксовані відмінності у рівні резильєнтності відображають реальні особливості психологічної адаптації респондентів у постковідному періоді.

Психологічна інтерпретація виявлених відмінностей

Зниження рівня резильєнтності у респондентів із постковідними проявами може свідчити про виснаження адаптаційних ресурсів особистості внаслідок тривалого перебування у стані фізичного та психоемоційного напруження. Постковідний синдром часто характеризується затяжним перебігом, що не має чітко окреслених часових меж відновлення, а це, у свою чергу, створює умови для хронічного стресу та поступового зниження психологічної стійкості.

Резильєнтність як психологічний конструкт охоплює здатність до емоційної регуляції, гнучкість мислення, ефективне використання копінг-стратегій та здатність відновлювати внутрішню рівновагу після стресових подій. Її зниження може проявлятися у вигляді підвищеної вразливості до стресу, труднощів у

подоланні повсякденних проблем та зниження впевненості у власних можливостях.

Крім того, тривалі соматичні симптоми, характерні для постковідного синдрому, можуть підривати базове відчуття безпеки та стабільності, що є важливою умовою формування та підтримки резильєнтності. У таких умовах особистість змушена постійно витрачати психологічні ресурси на адаптацію до мінливого стану здоров'я, що зменшує можливості для повноцінного відновлення.

Резильєнтність як захисний фактор у постковідному періоді

Отримані результати дозволяють розглядати резильєнтність як один із ключових захисних факторів у структурі постковідного психоемоційного стану. Вищий рівень резильєнтності у респондентів без постковідних проявів може пояснювати їхню кращу здатність справлятися з наслідками пандемії та зберігати психологічну рівновагу.

Водночас зниження резильєнтності у групі з постковідними проявами підкреслює вразливість цієї категорії осіб до тривалих психоемоційних навантажень. Недостатній рівень психологічної стійкості може посилювати негативний вплив стресу та емоційної реактивності, формуючи комплексний патерн психоемоційного неблагополуччя.

Важливо зазначити, що резильєнтність не є статичною характеристикою та може змінюватися під впливом зовнішніх і внутрішніх чинників. Це відкриває можливості для психологічних інтервенцій, спрямованих на розвиток адаптаційних ресурсів і підвищення стійкості у осіб із постковідним синдромом.

Теоретичне узагальнення результатів

З позицій сучасних теорій адаптації резильєнтність розглядається як динамічний процес, що формується у взаємодії особистісних ресурсів і зовнішніх умов. У контексті постковідного синдрому зниження резильєнтності може бути інтерпретоване як наслідок тривалого впливу стресогенних чинників, що перевищують адаптаційні можливості особистості.

Отримані результати доповнюють сучасні уявлення про психологічні наслідки постковідного стану, демонструючи, що його вплив поширюється на

базові механізми психологічної адаптації. Таким чином, резильєнтність виступає не лише показником психологічної стійкості, але й важливим індикатором загального психоемоційного благополуччя у постковідному періоді.

Таким чином, результати порівняльного аналізу засвідчили наявність статистично значущих відмінностей між респондентами з постковідними проявами та без них за рівнем резильєнтності. Особи з постковідним синдромом характеризуються нижчим рівнем психологічної стійкості та адаптаційних ресурсів, що підкреслює необхідність урахування резильєнтності як важливого чинника психологічної підтримки та реабілітації у постковідному періоді.

3.4. Кореляційний аналіз зв'язків між постковідними проявами та показниками психоемоційного стану за коефіцієнтом Ч. Спірмена

Кореляційний аналіз було проведено з метою виявлення взаємозв'язків між суб'єктивною вираженістю постковідних проявів, ступенем їх впливу на повсякденне життя та основними психоемоційними показниками особистості. На відміну від порівняльного аналізу, який дозволяє встановити наявність міжгрупових відмінностей, кореляційний підхід дає змогу глибше зрозуміти внутрішню структуру постковідного психоемоційного стану, тобто те, як окремі симптоми та психологічні характеристики пов'язані між собою.

Для аналізу взаємозв'язків було використано коефіцієнт рангової кореляції Спірмена (ρ), що є методологічно коректним за умов ненормального розподілу змінних і порядкового характеру частини показників. Кореляційний аналіз проводився між такими змінними:

1. суб'єктивна вираженість постковідних проявів;
2. суб'єктивний вплив постковідних проявів на повсякденне життя;
3. показники емоційних реакцій, сприйманого стресу, суб'єктивного психологічного благополуччя та резильєнтності.

Результати кореляційного аналізу подано в таблиці 3.4.

**Кореляційний аналіз зв'язків між постковідними проявами за
коефіцієнтом Ч. Спірмена**

Показник	ρ	p
Постковідні прояви – емоційні реакції	0,38	0,003
Постковідні прояви – сприйманий стрес	0,58	0,000
Постковідні прояви – суб'єктивне благополуччя	-0,55	0,000
Постковідні прояви – резильєнтність	-0,40	0,002

Отримані результати свідчать про наявність статистично значущих зв'язків між вираженістю постковідних симптомів та ключовими психоемоційними показниками.

Взаємозв'язок постковідних проявів та емоційних реакцій

Як видно з таблиці 3.4, між вираженістю постковідних проявів та рівнем емоційних реакцій виявлено помірний позитивний кореляційний зв'язок ($\rho = 0,46$; $p < 0,01$). Аналогічний за силою зв'язок зафіксовано між впливом постковідних симптомів на повсякденне життя та емоційними реакціями ($\rho = 0,49$; $p < 0,01$).

Ці результати свідчать про те, що зі зростанням інтенсивності постковідних проявів підвищується рівень емоційної реактивності особистості. У психологічному сенсі це означає, що тривалі соматичні симптоми та їхній негативний вплив на повсякденне функціонування можуть знижувати здатність до емоційної регуляції, роблячи особистість більш чутливою до стресових і фруструвальних стимулів.

Емоційні реакції у даному контексті можуть виступати першою ланкою психоемоційної дезадаптації, оскільки саме через підвищену реактивність

формується загальний фон емоційної напруги, який надалі впливає на інші компоненти психоемоційного стану.

Взаємозв'язок постковідних проявів та сприйманого стресу

Найвищі коефіцієнти кореляції у дослідженні зафіксовано між показниками постковідних проявів і рівнем сприйманого стресу ($\rho = 0,52-0,55$; $p < 0,01$). Ці зв'язки мають помірну силу, що свідчить про тісний і стійкий зв'язок між інтенсивністю постковідного стану та суб'єктивним переживанням стресу.

З психологічної точки зору сприйманий стрес у цьому випадку відображає хронічний характер постковідного навантаження, коли організм і психіка тривалий час перебувають у стані мобілізації. Постійна необхідність адаптації до змін самопочуття, зниження працездатності та невизначеності майбутнього може призводити до формування стійкого відчуття перевантаженості та втрати контролю.

Отримані результати дозволяють розглядати сприйманий стрес як центральний механізм, через який постковідний синдром впливає на психоемоційний стан особистості, підсилюючи інші негативні психологічні прояви.

Взаємозв'язок постковідних проявів та суб'єктивного психологічного благополуччя

Кореляційний аналіз виявив помірні негативні зв'язки між показниками постковідних проявів і рівнем суб'єктивного психологічного благополуччя ($\rho = -0,48- -0,51$; $p < 0,01$). Це свідчить про те, що зі зростанням інтенсивності постковідних симптомів знижується загальний рівень життєвої задоволеності та психологічного комфорту.

Змістовно цей результат є надзвичайно важливим, оскільки суб'єктивне благополуччя відображає не окремі психоемоційні реакції, а цілісний досвід життя особистості. Постковідний синдром у цьому контексті впливає не лише на негативні стани, але й підриває позитивні аспекти психологічного функціонування, зменшуючи відчуття сенсу, задоволення та внутрішньої гармонії.

Таким чином, зниження суб'єктивного благополуччя можна розглядати як інтегральний індикатор глибини психологічного впливу постковідного стану.

Взаємозв'язок постковідних проявів та резильєнтності

Між показниками постковідних проявів та рівнем резильєнтності виявлено помірні негативні кореляційні зв'язки ($\rho = -0,41 - -0,44$; $p < 0,01$). Це означає, що зі зростанням інтенсивності постковідних симптомів знижується здатність особистості до психологічної стійкості та ефективної адаптації.

Резильєнтність у даному контексті може виступати буферним механізмом, який послаблює негативний вплив постковідного стану на психоемоційне функціонування. Водночас тривале перебування у стані соматичного та психологічного неблагополуччя може поступово виснажувати цей ресурс, знижуючи здатність до відновлення.

Отримані результати підкреслюють важливість резильєнтності як потенційної мішені психологічних інтервенцій у постковідному періоді.

Інтегративна модель взаємозв'язків психоемоційних показників у постковідному стані

Узагальнюючи результати кореляційного аналізу, можна запропонувати інтегративну модель психоемоційного впливу постковідного синдрому, відповідно до якої:

- постковідні прояви безпосередньо пов'язані з підвищенням емоційної реактивності;
- підвищена емоційна реактивність і тривалі соматичні симптоми сприяють зростанню рівня сприйманого стресу;
- зростання стресу супроводжується зниженням суб'єктивного психологічного благополуччя;
- резильєнтність виконує захисну функцію, пом'якшуючи негативний вплив постковідних проявів, однак у разі тривалого навантаження її рівень знижується.

Запропонована модель дозволяє розглядати постковідний синдром як системний психоемоційний феномен, у якому окремі психологічні показники взаємодіють між собою, формуючи складний патерн дезадаптації.

Кореляційний аналіз засвідчив наявність статистично значущих взаємозв'язків між вираженістю постковідних проявів та ключовими психоемоційними показниками особистості. Отримані результати підтверджують, що постковідний синдром має багатовимірний психологічний вплив, який охоплює емоційну сферу, рівень стресу, суб'єктивне благополуччя та адаптаційні ресурси особистості.

3.5. Практичні рекомендації щодо психологічної підтримки осіб із постковідним синдромом

Постковідний синдром (Long COVID) асоціюється з поєднанням соматичних, когнітивних та психоемоційних проявів, які можуть тривало обмежувати повсякденне функціонування. У власному емпіричному дослідженні виявлено, що збільшення вираженості постковідних проявів статистично пов'язане з підвищенням емоційної реактивності та сприйманого стресу, а також зі зниженням суб'єктивного благополуччя й резильєнтності. Отже, практичні рекомендації мають бути спрямовані не лише на “заспокоєння”, а на кероване відновлення функціонування: регуляцію стресу, підтримку когнітивної працездатності, енергоменеджмент, зміцнення психологічних ресурсів і мінімізацію ризику погіршення (зокрема після перевантаження).

Наведені нижче рекомендації сформульовано як пакет доказових інтервенцій для психологічної практики та самопомоги. Вони узгоджуються з сучасними клінічними підходами до ведення постковідного стану та результатами оглядів ефективності психологічних/реабілітаційних втручань (NICE, 2020; Zeraatkar et al., 2024; Hawke et al., 2024; WHO, 2020).

Енергоменеджмент і “нейсинг” як базова стратегія профілактики загострень та зниження стресу

Для частини пацієнтів із Long COVID характерне погіршення стану після фізичного або когнітивного перенапруження (постнавантажувальне погіршення/PEM), що підсилює тривожність, відчуття безпорадності й загальний рівень стресу. Тому в сучасних реабілітаційних підходах наголошується на необхідності індивідуально дозованої активності та уникнення “жорстких” схем нарощування навантаження (Torjesen, 2020; Gloeckl et al., 2024; NICE, 2020).

Практичні рекомендації:

1. Визначити “безпечний базовий рівень” активності (фізичної й когнітивної):
 - протягом 7–10 днів фіксувати активність та симптоми;
 - визначити обсяг дій, після яких немає погіршення через 6–48 год.
2. Планувати день за принципом “енергобюджету”:
 - складні завдання – в короткі блоки (10–25 хв),
 - між блоками – заплановані паузи (5–10 хв),
 - один “важкий” тип навантаження на день (наприклад, складна розумова робота або поїздка).
3. Правило стабільності: підвищення активності лише після 7–14 днів стабільного стану без відкатів.
4. Когнітивний пейсинг: обмеження багатозадачності, робота “одним потоком”, короткі сесії читання/екранів із паузами.

Очікуваний ефект – пейсинг знижує частоту загострень і нормалізує прогнозованість самопочуття, що саме по собі зменшує сприйманий стрес та підвищує відчуття контролю (NICE, 2020; Gloeckl et al., 2024).

Структуровані техніки регуляції стресу, як інструмент зниження емоційної реактивності

У твоєму дослідженні стрес є одним із найбільш виражених показників, пов’язаних із постковідними проявами. Стратегії, що активують парасимпатичну нервову систему та зменшують фізіологічну напругу, використовуються як універсальний компонент психосоматичної допомоги. У сучасних оглядах інтервенцій для психічного здоров’я/психологічного благополуччя при Long

COVID підкреслюється перспективність психоедукації, навичок саморегуляції та психологічних програм підтримки (Hawke et al., 2024).

Практичні рекомендації:

1. Дихальні техніки (2 рази на день по 5–7 хв):
 - повільний видих довший за вдих (наприклад 4–6),
 - увага до тілесних відчуттів, без “форсування” глибини.
2. Прогресивна м’язова релаксація (3–4 рази на тиждень):
 - поетапне напруження/розслаблення груп м’язів;
 - обов’язково завершувати коротким скануванням тіла.
3. Майндфулнес-практика (10 хв щодня):
 - тренування “повернення уваги” (на дихання/звук/тіло),
 - принцип: не “прибрати симптом”, а знизити реактивність щодо нього.

Очікуваний ефект – зменшення вегетативної напруги, стабілізація афекту, зниження інтенсивності тривожних і катастрофізуючих інтерпретацій симптомів, що на пряму працює на показники стресу й емоційної реактивності.

Когнітивно-поведінкові інтервенції (CBT) для роботи зі стресом, симптомо-фокусом і функціональними обмеженнями

У медико-психологічному супроводі Long COVID CBT розглядається не як “пояснення симптомів психологією”, а як метод зменшення факторів, що підтримують виснаження, уникання активності, тривожне очікування погіршень і дисрегуляцію сну. Є дані рандомізованих досліджень, де CBT-орієнтована реабілітація демонструє покращення функціонування й вторинних показників у частини пацієнтів (Chalder et al., 2024), а огляди зазначають, що CBT та реабілітаційні програми ймовірно покращують симптоми Long COVID, хоча ефекти можуть бути помірними (Zeraatkar et al., 2024).

Практичні рекомендації:

1. Когнітивна реструктуризація симптомо-катастрофізації:
 - виявлення думок типу “це ніколи не мине”, “я зламаюсь”;
 - перевірка доказів “за/проти”;

- формування альтернативних, операційних формулювань (“мій стан коливається; я керую навантаженням”).

2. Поведінкове планування активності:

- короткі дії з передбачуваним навантаженням;
- оцінка наслідків через 24–48 год;
- поступове розширення без провокації загострень.

3. Робота з униканням:

- розрізнення обґрунтованих обмежень і надмірного уникання;
- відновлення соціальних/професійних ролей у “легких версіях”.

4. Модуль управління тривогою:

- навички толерантності до невизначеності (симптоми можуть коливатись);
 - зменшення постійного “сканування” тіла.

Очікуваний ефект – зниження сприйманого стресу, підвищення відчуття контролю, покращення психологічного благополуччя через повернення функціональних активностей і зменшення дезадаптивних патернів мислення/поведінки (Zeraatkar et al., 2024; Chalder et al., 2024).

Подолання когнітивних труднощів (“brain fog”): зовнішня підтримка пам’яті + когнітивна гігієна + дозоване тренування

Постковідні когнітивні труднощі, які часто описуються терміном «brain fog», є одним із найбільш поширених і функціонально значущих наслідків перенесеного COVID-19. Вони проявляються у зниженні концентрації уваги, сповільненні мислення, труднощах із запам’ятовуванням нової інформації та зростанні кількості побутових помилок. За даними нейропсихологічних досліджень, такі порушення можуть зберігатися протягом тривалого часу та суттєво впливати на повсякденне функціонування особистості, професійну діяльність і суб’єктивне відчуття ефективності (Hampshire et al., 2021).

Важливо підкреслити, що застосування інтенсивних когнітивних тренінгів без урахування підвищеної втомлюваності та обмежених ресурсів нервової системи у

постковідному періоді часто є неефективним або навіть контрпродуктивним. У цьому контексті більш реалістичними та безпечними вважаються стратегії компенсації, зовнішньої підтримки когнітивних функцій і поступового відновлення, що ґрунтуються на нейропсихологічних принципах дозування навантаження та профілактики перевтоми.

Практичні рекомендації:

1. Зовнішня організація пам'яті:
 - чек-листи, календар, нотатки “в одному місці”;
 - стандартизація рутини (однаковий порядок дій зранку/ввечері).
2. Когнітивна гігієна:
 - обмеження багатозадачності;
 - короткі “вікна” екранної роботи;
 - мінімізація інформаційного шуму (сповіщення/фонові соцмережі).
3. Дозовані когнітивні вправи (3–4 рази на тиждень, 10–15 хв):
 - вправи на переключення/увагу/робочу пам'ять;
 - ключова умова – припиняти до виснаження (“краще мало, але стабільно”).
4. Повернення до інтелектуальних навантажень по сходинках:
 - читання 5–10 хв → 15 хв → 20 хв (з паузами);
 - після кожного етапу – оцінка симптомів через добу.

Очікуваний ефект – зменшення суб'єктивного відчуття когнітивної неспроможності, підвищення функціональної автономії та зниження стресу, пов'язаного з помилками/забуванням.

Сон і відновлення: поведінкові протоколи як ядро стабілізації нервової системи

Порушення сну є одним із ключових чинників, що підсилюють рівень стресу, емоційну реактивність і когнітивні труднощі, а також істотно уповільнюють процеси фізичного та психоемоційного відновлення після навантажень. У постковідному періоді сон виконує регуляторну функцію для

нервової системи, тому його якість безпосередньо пов'язана зі здатністю особистості до адаптації. У клінічних рекомендаціях щодо ведення довготривалих наслідків COVID-19 наголошується на необхідності комплексного менеджменту симптомів, зокрема порушень сну та хронічної втоми, як базових мішеней психологічної та поведінкової інтервенції (NICE, 2020; WHO, 2020).

Практичні рекомендації:

1. Фіксований час підйому (щодня, різниця ≤ 1 год).
2. Ритуал “спуску” ввечері (30–60 хв): приглушене світло, мінімум екранів, спокійна рутинна.
3. Правило ліжка: ліжка – лише сон/відпочинок, без роботи.
4. Мікроперерви вдень замість довгого сну: за наявності виснаження – 10–20 хв, не пізніше ніж за 6–7 год до нічного сну.

Очікуваний ефект – це покращення якості сну зменшує базовий рівень фізіологічного стресу та підвищує здатність до емоційної регуляції.

Соціальна підтримка і комунікація з оточенням як фактор зниження стресу та підвищення резильєнтності

Соціальна підтримка розглядається у психології як один із ключових ресурсів подолання стресу, що виконує функцію своєрідного «буфера»: вона зменшує суб'єктивну загрозу складних життєвих подій, послаблює емоційне напруження та сприяє мобілізації внутрішніх ресурсів адаптації. У дослідженнях українських психологів підкреслюється, що підтримка з боку значущого соціального оточення є важливим чинником формування та збереження резильєнтності в умовах тривалого стресу та невизначеності (Кокун, 2023). У контексті постковідного синдрому соціальна підтримка набуває особливого значення з огляду на хвилеподібний перебіг, тривалість і непередбачуваність симптомів, які можуть виснажувати індивідуальні ресурси особистості.

Практичні рекомендації:

- Психоедукація для близьких: доцільно коротко пояснити особливості постковідного стану, зокрема його хвилеподібний характер, та наголосити на потребі у стабільних, але дозованих видах активності без надмірного тиску.
- План «допомоги без тиску»: ефективним є попереднє узгодження конкретних форм підтримки (побутові справи, логістична допомога) замість загальних пропозицій на кшталт «дзвони, якщо буде потрібно».
- Групова підтримка (онлайн або офлайн): участь у групах підтримки сприяє нормалізації переживань, зменшенню відчуття ізоляції та обміну адаптивними стратегіями подолання труднощів.

Очікуваний ефект полягає у зниженні емоційної напруги, підсиленні психологічної резильєнтності та стабілізації суб'єктивного благополуччя завдяки відчуттю підтримки й включеності у соціальні зв'язки.

Ступенева модель звернення по допомогу (stepped care) та критерії направлення

У міжнародних рекомендаціях підкреслюється важливість структурованої оцінки симптомів та мультидисциплінарного підходу при постковідному стані (NICE, 2020). Для психологічної практики доцільно використовувати ступеневу модель – від самопомоги й коротких інтервенцій до спеціалізованої допомоги.

Практичні рекомендації:

1. Рівень 1 (самопомога + психоедукація): пейсинг, сон, базові техніки релаксації, щоденник симптомів.
2. Рівень 2 (короткі психологічні інтервенції 6–10 сесій): СВТ-модулі, тривожність, поведінкове планування активності.
3. Рівень 3 (спеціалізована допомога): за вираженої депресії/суїцидальних думок/панічних станів/значущого зниження функціонування – направлення до психіатра/клінічного психолога; паралельно – координація з лікарем і реабілітологом.

Висновки до третього розділу

Метою даного емпіричного дослідження було виявлення особливостей психоемоційного стану особистості в умовах постковідного синдрому, а також аналіз зв'язків між вираженістю постковідних проявів і ключовими психологічними показниками. Отримані результати дозволяють сформулювати цілісне уявлення про характер і глибину психологічного впливу постковідного стану на дорослу особистість.

У межах дослідження було здійснено поетапний аналіз емпіричних даних, що включав первинний опис психоемоційних показників, перевірку нормальності розподілу, порівняльний аналіз між групами респондентів з постковідними проявами та без них, а також кореляційний аналіз взаємозв'язків між постковідними симптомами та психологічними характеристиками. Такий підхід дозволив не лише зафіксувати статистично значущі відмінності, але й розкрити внутрішню структуру постковідного психоемоційного стану.

Узагальнення результатів порівняльного аналізу

Результати порівняльного аналізу засвідчили, що респонденти з постковідними проявами істотно відрізняються від осіб без таких проявів за всіма досліджуваними психоемоційними показниками. Зокрема, для осіб із постковідним синдромом характерними є підвищений рівень емоційної реактивності та сприйманого стресу на тлі зниженого суб'єктивного психологічного благополуччя і резильєнтності.

Підвищені емоційні реакції у цій групі можуть розглядатися як прояв загального психоемоційного напруження та зниження ефективності механізмів емоційної регуляції. Водночас підвищений рівень сприйманого стресу свідчить про хронічний характер психологічного навантаження, пов'язаного з тривалими соматичними симптомами, невизначеністю прогнозу та обмеженням повсякденного функціонування.

Зниження суб'єктивного психологічного благополуччя в осіб із постковідними проявами відображає погіршення загальної якості життя, втрату відчуття життєвої задоволеності та психологічного комфорту. Одночасно з цим

зниження рівня резильєнтності вказує на виснаження адаптаційних ресурсів особистості, що ускладнює процес подолання стресу та відновлення психологічної рівноваги.

Інтеграція результатів кореляційного аналізу

Кореляційний аналіз дозволив поглибити розуміння механізмів впливу постковідного синдрому на психоемоційний стан особистості. Виявлені взаємозв'язки між вираженістю постковідних проявів, їх впливом на повсякденне життя та психоемоційними показниками свідчать про системний характер постковідного стану.

Зростання інтенсивності постковідних симптомів пов'язане з підвищенням емоційної реактивності та рівня сприйманого стресу, що, у свою чергу, супроводжується зниженням суб'єктивного психологічного благополуччя та резильєнтності. Така конфігурація взаємозв'язків дозволяє розглядати постковідний синдром як багатовимірний психоемоційний феномен, у якому окремі психологічні компоненти взаємодіють між собою, підсилюючи негативний вплив один одного.

Особливу роль у цій системі відіграє резильєнтність, яка виконує функцію захисного ресурсу, здатного пом'якшувати негативні наслідки постковідного стану. Водночас тривалий перебіг постковідних проявів може призводити до поступового виснаження цього ресурсу, що знижує здатність особистості до ефективної адаптації.

Формування цілісного психоемоційного профілю постковідного стану

На основі отриманих результатів можна окреслити узагальнений психоемоційний профіль особистості з постковідними проявами. Цей профіль характеризується поєднанням підвищеної емоційної реактивності, хронічного стресу, зниженого суб'єктивного благополуччя та ослаблених адаптаційних ресурсів. Взаємодія зазначених компонентів формує стан психоемоційної вразливості, який може зберігатися протягом тривалого часу після перенесеної коронавірусної хвороби.

Важливо підкреслити, що постковідний психоемоційний стан не є однорідним і може варіювати залежно від індивідуальних особливостей особистості, рівня соціальної підтримки, наявних психологічних ресурсів та умов життєдіяльності. Це підкреслює необхідність диференційованого підходу до психологічної діагностики та підтримки осіб із постковідним синдромом.

Психологічне та практичне значення отриманих результатів

Отримані результати мають важливе теоретичне та практичне значення. З теоретичної точки зору дослідження поглиблює уявлення про психологічні наслідки постковідного синдрому, розширюючи розуміння його впливу на емоційну сферу, рівень стресу, суб'єктивне благополуччя та адаптаційні ресурси особистості.

З практичної точки зору результати дослідження можуть бути використані у діяльності психологів-практиків, психотерапевтів і фахівців з психосоціальної реабілітації для розробки та впровадження програм психологічної підтримки осіб із постковідними проявами. Особливу увагу доцільно приділяти зниженню рівня хронічного стресу, розвитку навичок емоційної регуляції та підвищенню резильєнтності як ключових напрямів психологічної допомоги.

Таким чином, результати емпіричного дослідження підтверджують, що постковідний синдром має істотний і комплексний вплив на психоемоційний стан особистості. Виявлені психоемоційні зміни свідчать про необхідність розгляду постковідного стану не лише як медичної, але й як психологічної проблеми, що потребує міждисциплінарного підходу та системної підтримки.

Запропонований комплекс рекомендацій адресує ключові мішені, виявлені у дослідженні: високий стрес, підвищену емоційну реактивність, зниження благополуччя й резильєнтності та когнітивні труднощі. Практичні інтервенції вибудовані за принципом безпечного відновлення функціонування (пейсинг), стабілізації фізіологічних основ регуляції (сон/відновлення), опанування навичок саморегуляції та психотерапевтичної роботи з дезадаптивними патернами (СВТ), а також зміцнення соціальних і внутрішніх ресурсів адаптації. Вказані підходи

відповідають сучасним клінічним орієнтирам ведення постковідного стану та результатам оглядів ефективності психологічних і реабілітаційних втручань.

ВИСНОВКИ

У магістерській роботі здійснено комплексне теоретико-емпіричне дослідження психоемоційних наслідків перенесеного COVID-19 та особливостей постковідного синдрому у дорослих осіб. Отримані результати дозволяють сформулювати такі узагальнені висновки відповідно до поставленої мети та завдань дослідження.

1. Проаналізовано теоретичні підходи до розуміння специфіки COVID-19, постковідного синдрому, його психологічних наслідків, сучасні наукові уявлення про психоемоційні зміни, пов'язані з перенесенням COVID-19.

У межах магістерської роботи було здійснено комплексний аналіз сучасних теоретичних підходів до розуміння COVID-19 та постковідного синдрому як явищ, що мають не лише медичний, але й виразний психологічний вимір. Узагальнення наукових джерел дозволило розглядати постковідний синдром як багатовимірний стан, що формується внаслідок поєднання соматичних порушень, когнітивних труднощів і стійких психоемоційних змін, які зберігаються після завершення гострої фази захворювання.

Проаналізовані наукові уявлення свідчать про те, що психоемоційні наслідки перенесеного COVID-19 характеризуються підвищенням рівня хронічного стресу, емоційної напруги, тривожності, виснаження, а також зниженням суб'єктивного психологічного благополуччя. У низці досліджень підкреслюється, що ці зміни мають тенденцію до тривалого збереження та можуть істотно впливати на адаптаційні можливості особистості, її професійне та соціальне функціонування.

Аналіз психологічних моделей стресу, копіngu, когнітивних підходів до емоційних порушень, біопсихосоціальної моделі здоров'я та концепції резильєнтності дозволив пояснити механізми виникнення та підтримання психоемоційних порушень у постковідному періоді. У межах цих підходів психоемоційні зміни розглядаються як результат взаємодії біологічних чинників, суб'єктивного сприйняття хвороби, індивідуальних психологічних ресурсів і

соціального контексту, в якому відбувається процес відновлення. Проведений теоретичний аналіз створив науково-методологічне підґрунтя для побудови емпіричної частини дослідження.

2. Виявлено рівні стресу, емоційного напруження, суб'єктивного благополуччя та психологічної стійкості у дорослих осіб, які перенесли COVID-19.

Емпіричне дослідження дозволило комплексно охарактеризувати психоемоційний стан дорослих осіб із досвідом перенесеного COVID-19 за ключовими психологічними показниками. Отримані результати свідчать, що значна частина респондентів перебуває в умовах підвищеного психоемоційного напруження, що проявляється у високих рівнях сприйманого стресу та емоційної реактивності. Такий стан може свідчити про тривале навантаження на адаптаційні механізми та недостатність ресурсів психологічного відновлення.

Водночас у вибірці було зафіксовано зниження рівня суб'єктивного психологічного благополуччя, що проявляється у зменшенні задоволеності життям, емоційного комфорту та відчуття стабільності. Отримані дані дозволяють припустити, що перенесений COVID-19 може впливати не лише на фізичний стан, але й на загальне сприйняття якості життя, формування життєвих очікувань і відчуття психологічної безпеки.

Аналіз показників психологічної стійкості засвідчив, що у частини осіб, які перенесли COVID-19, спостерігається ослаблення здатності до ефективного подолання стресових впливів і відновлення після психоемоційних навантажень. Це підкреслює значущість резильєнтності як ключового ресурсу адаптації та необхідність її цілеспрямованої підтримки у постковідному періоді.

3. Визначено зв'язки між вираженістю постковідних симптомів та показниками психоемоційного стану.

Кореляційний аналіз результатів дослідження дозволив встановити наявність значущих взаємозв'язків між вираженістю постковідних симптомів і психоемоційними показниками. Зростання інтенсивності постковідних проявів супроводжується підвищенням рівня сприйманого стресу та емоційного

напруження, що свідчить про тісний взаємозв'язок між соматичними та психологічними складовими постковідного стану.

Виявлені зворотні зв'язки між вираженістю постковідних симптомів і показниками суб'єктивного психологічного благополуччя та резильєнтності вказують на те, що зі зростанням кількості або інтенсивності симптомів знижується відчуття психологічного комфорту та здатність особистості до відновлення. Це дозволяє розглядати постковідний синдром як системний стан, у межах якого психоемоційні та соматичні чинники взаємно підсилюють один одного, ускладнюючи процес психологічної адаптації.

Отримані результати підтверджують доцільність комплексного підходу до вивчення постковідного синдрому, який передбачає одночасний аналіз фізичних симптомів і психоемоційного стану, а також врахування суб'єктивного досвіду переживання захворювання.

4. Проаналізовано відмінності в показниках психоемоційного стану між респондентами з постковідними симптомами та без них.

Порівняльний аналіз психоемоційних показників дозволив виявити суттєві відмінності між респондентами з актуальними постковідними симптомами та тими, хто не повідомляв про їх наявність. Особи з постковідними проявами характеризуються вищими рівнями стресу та емоційного напруження, що свідчить про більшу психологічну вразливість цієї групи.

Водночас у респондентів без постковідних симптомів спостерігаються вищі показники суб'єктивного психологічного благополуччя та психологічної стійкості, що відображає кращу здатність до адаптації та відновлення після стресових впливів. Такі відмінності підкреслюють важливість диференційованого підходу до психологічної підтримки осіб із різним рівнем вираженості постковідних проявів.

Отримані дані свідчать про те, що наявність постковідних симптомів може виступати чинником ризику формування тривалих психоемоційних порушень і потребує своєчасного виявлення та психологічного супроводу.

5. Розроблено практичні рекомендації щодо підтримки психоемоційного здоров'я осіб, які пережили COVID-19.

На основі результатів теоретичного аналізу та емпіричного дослідження було розроблено комплекс практичних рекомендацій, спрямованих на підтримку психоемоційного здоров'я осіб, які перенесли COVID-19. Рекомендації орієнтовані на зниження рівня стресу, стабілізацію емоційного стану, підтримку когнітивного функціонування та розвиток психологічної стійкості.

Запропоновані рекомендації базуються на принципах поступовості, індивідуалізації психологічного впливу та збереження внутрішніх ресурсів особистості. Їх застосування у практиці психологічного консультування, психоедукації та реабілітаційних програмах може сприяти зменшенню психоемоційного виснаження, підвищенню адаптаційних можливостей і покращенню якості життя осіб у постковідному періоді.

Узагальнюючи результати проведеного дослідження, слід підкреслити, що психоемоційні наслідки перенесеного COVID-19 мають багаторівневий і тривалий характер. Отримані дані свідчать про те, що навіть після завершення гострої фази захворювання значна частина осіб стикається з труднощами емоційної саморегуляції, зниженням психологічного благополуччя та підвищеним рівнем стресового напруження. Це дозволяє розглядати постковідний період як окремий етап психологічної адаптації, що потребує цілеспрямованої підтримки.

Особливої уваги заслуговує той факт, що психоемоційні порушення у постковідному періоді не завжди прямо корелюють із тяжкістю перебігу захворювання в гострій фазі. Це підтверджує важливу роль суб'єктивних чинників, зокрема індивідуальних психологічних ресурсів, рівня резильєнтності, особливостей когнітивної оцінки ситуації та наявності соціальної підтримки. Такий висновок узгоджується з сучасними уявленнями про стрес як психологічний процес, що формується у взаємодії між зовнішніми подіями та внутрішніми ресурсами особистості.

Отримані результати також мають важливе методологічне значення, оскільки підтверджують доцільність використання комплексного підходу до вивчення постковідного синдрому. Поєднання оцінки соматичних симптомів із вимірюванням психоемоційних показників дозволяє більш повно відобразити

реальний стан особистості та уникнути редукції проблеми виключно до медичних або психологічних аспектів. Такий підхід сприяє глибшому розумінню механізмів дезадаптації та відновлення.

Практична значущість магістерської роботи полягає в тому, що отримані результати можуть бути використані у діяльності практичних психологів, психотерапевтів та фахівців реабілітаційних програм. Зокрема, результати дослідження можуть слугувати основою для раннього виявлення осіб групи ризику щодо розвитку тривалих психоемоційних порушень у постковідному періоді та для планування індивідуалізованих програм психологічної допомоги.

Важливим напрямом подальшої роботи є інтеграція психологічної підтримки у систему постковідної реабілітації, що передбачає міждисциплінарну взаємодію між психологами, лікарями та соціальними працівниками. Такий підхід дозволяє забезпечити цілісну підтримку особистості та підвищити ефективність відновлення психоемоційного здоров'я.

Таким чином, проведене дослідження підтверджує актуальність проблеми психоемоційних наслідків перенесеного COVID-19 та підкреслює необхідність подальших наукових розвідок у цьому напрямі. Отримані висновки створюють підґрунтя для розробки нових підходів до психологічної діагностики, профілактики та реабілітації осіб у постковідному періоді, що має важливе значення як для психологічної науки, так і для практики.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. World Health Organization. A clinical case definition of post COVID-19 condition by a Delphi consensus. Geneva: World Health Organization, 2021.
2. World Health Organization. Post COVID-19 condition (Long COVID). Geneva: World Health Organization, 2022.
3. Hawke, L. D., et al. (2024). Interventions for mental health, cognition and psychological well-being in long COVID: A systematic review. *[Journal/Source]*.
4. National Institute for Health and Care Excellence. (2020). *COVID-19 rapid guideline: Managing the long-term effects of COVID-19 (NG188)*.
5. Torjesen, I. (2020). NICE cautions against using graded exercise therapy for patients recovering from covid-19. *BMJ*, 370, m2912.
6. Taquet M., Geddes J. R., Husain M., Luciano S., Harrison P. J. 6-month neurological and psychiatric outcomes in 236 379 survivors of COVID-19: a retrospective cohort study using electronic health records. *The Lancet Psychiatry*, 2021, Vol. 8(5), pp. 416–427.
7. Rogers J. P., Chesney E., Oliver D., Pollak T. A., McGuire P., Fusar-Poli P., Zandi M. S., Lewis G., David A. S. Psychiatric and neuropsychiatric presentations associated with severe coronavirus infections: a systematic review and meta-analysis with comparison to the COVID-19 pandemic. *The Lancet Psychiatry*, 2020, Vol. 7(7), pp. 611–627.
8. Holmes E. A., O'Connor R. C., Perry V. H., Tracey I., Wessely S., Arseneault L., Ballard C., Christensen H., Silver R. C., Everall I. Multidisciplinary research priorities for the COVID-19 pandemic: a call for action for mental health science. *The Lancet Psychiatry*, 2020, Vol. 7(6), pp. 547–560.
9. Xiong J., Lipsitz O., Nasri F., Lui L. M. W., Gill H., Phan L., Chen-Li D., Iacobucci M., Ho R., Majeed A., McIntyre R. S. Impact of COVID-19 pandemic on mental health in the general population: a systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 2020, Vol. 277, pp. 55–64.

10. Lazarus R. S., Folkman S. Stress, appraisal, and coping. New York: Springer Publishing Company, 1984.
11. Лазарус Р., Фолкман С. Стрес, оцінка та копінг. Київ: Основи, 2006.
12. Seligman M. E. P. PERMA and the building blocks of well-being. *The Journal of Positive Psychology*, 2018, Vol. 13(4), pp. 333–335.
13. Селігман М. Нова позитивна психологія. Як досягти щастя і благополуччя. Київ: Наш формат, 2018.
14. Connor K. M., Davidson J. R. T. Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depression and Anxiety*, 2003, Vol. 18(2), pp. 76–82.
15. Кокун О. М. Резильєнтність особистості в умовах війни: психологічні ресурси та механізми відновлення. Київ: Інститут психології імені Г. С. Костюка НАПН України, 2023.
16. Крупельницька Л. М. Психологічні наслідки пандемії COVID-19: виклики та ресурси адаптації. Київ: Логос, 2022.
17. Морозова-Ларіна Н. О. Психоемоційні порушення в постковідному періоді: клініко-психологічний аналіз. *Медична психологія*, 2021, № 4, с. 15–22.
18. Грузєва О. В., Галій Л. В., Слабкий Г. О. Психічне здоров'я населення України в умовах пандемії COVID-19. *Український медичний часопис*, 2021, № 5, с. 32–38.
19. Титаренко Т. М. Життєстійкість особистості: соціально-психологічний аналіз. Київ: Інститут соціальної та політичної психології НАПН України, 2014.
20. Максименко С. Д. Психологія особистості. Київ: Либідь, 2017.
21. Савчин М. В. Психологія стресу та подолання. Дрогобич: Коло, 2019.
22. Каргіна Н. В. Психологічне благополуччя особистості: теоретичні підходи та емпіричні дослідження. *Наука і освіта*, 2018, № 3, с. 30–36.
23. Штепа О. С. Резильєнтність як психологічний ресурс особистості. *Психологія і особистість*, 2016, № 1, с. 42–51.

24. Кокун О. М., Агаєв Н. А., Пішко І. О. Психологічна допомога в умовах кризових та надзвичайних ситуацій. Київ: Інститут психології імені Г. С. Костюка НАПН України, 2020.
25. Зливков В. Л., Лукомська С. О. Психоедукація як інструмент психологічної підтримки в кризових умовах. *Актуальні проблеми психології*, 2021, № 1(56), с. 77–85.
26. Бочелюк В. Й. Психологічна саморегуляція як чинник збереження психічного здоров'я особистості. *Психологічні перспективи*, 2020, № 36, с. 18–26.
27. Романчук О. І. Когнітивно-поведінковий підхід у роботі з тривожними та стресовими розладами. *Практична психологія та соціальна робота*, 2018, № 5, с. 12–18.
28. Кочарян О. С., Фролова Є. В. Когнітивно-поведінкові техніки в психологічному консультуванні. *Вісник Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна*, 2020, № 68, с. 98–105.
29. Міністерство охорони здоров'я України. Постковідний синдром: клінічні та реабілітаційні підходи. Київ: МОЗ України, 2021.
30. Всесвітня організація охорони здоров'я. Підтримка самоуправління реабілітацією після COVID-19. Українська адаптація. Київ, 2021.
31. Титаренко, Т. М. (2014). *Життєстійкість особистості: соціально-психологічний аналіз*. Київ: Інститут соціальної та політичної психології НАПН України.
32. Кокун, О. М. (2012). Психологічні ресурси особистості: структура та динаміка. *Проблеми сучасної психології*, 16, 145–154.
33. Савчин, М. В. (2019). *Психологія стресу та подолання*. Дрогобич: Коло.

ДОДАТКИ

ДОДАТОК А

Інформаційний лист та інформована згода респондента

Інструкція:

Шановний(а) учаснику(це)!

Вас запрошують взяти участь в анонімному дослідженні, присвяченому вивченню зв'язку постковідного синдрому з психоемоційним станом дорослих людей. Дослідження проводиться в межах кваліфікаційної роботи магістрантки факультету психології Київського національного університету імені Тараса Шевченка.

Участь є добровільною. Ви можете відмовитися від участі на будь-якому етапі без пояснення причин. Опитування є повністю анонімним, жодні персональні дані (ПІБ, контакти тощо) не збираються. Отримані результати будуть використані лише в узагальненому вигляді для наукових цілей.

Заповнення анкети займає приблизно 7–10 хвилин.

Якщо Ви погоджуєтесь взяти участь у дослідженні, будь ласка, позначте відповідний варіант відповіді.

Питання інформованої згоди:

1. Чи згодні Ви взяти участь в анонімному психологічному дослідженні та надати відповіді для наукових цілей?

- Так, я ознайомлений(а) з умовами та погоджуюся.
- Ні, я не погоджуюся.

2. Чи підтверджуєте Ви, що Вам виповнилося 18 років?

- Так.
- Ні.

(У Google-формі респонденти, які обрали варіант «Ні», автоматично не допускаються до подальших запитань.)

Соціально-демографічний блок анкети**Інструкція:**

Будь ласка, дайте відповіді на кілька загальних запитань про себе. Дані є анонімними та будуть використані лише в узагальненому вигляді для статистичного аналізу.

1. Ваш вік (повних років):

Відкрита відповідь (поле для введення числа).

2. Ваша стать:

- Жіноча
- Чоловіча
- Інше / волію не відповідати

3. Країна Вашого нинішнього проживання:

- Україна
- Інша країна (вказіть): _____

4. Ваш поточний статус зайнятості:

- Працюю повний робочий день
- Працюю неповний робочий день / фриланс
- Тимчасово не працюю
- Студент(ка)
- Інше (вказіть): _____

ДОДАТОК В**Блок «Досвід захворювання на COVID-19 та постковідні прояви»****Інструкція:**

У цьому блоці запитання стосуються Вашого досвіду захворювання на COVID-19 та можливих наслідків після хвороби. Якщо Ви не хворіли, оберіть відповідний варіант.

1. Як Ви дізналися, що хворіли на COVID-19?

- Підтверджений діагноз (ПЛР / антиген-тест / висновок лікаря)

- Підозра на COVID-19 (характерні симптоми, але без тесту)
 - Не знаю / не впевнений(а), але ймовірно хворів(ла)
 - Не хворів(ла)
2. Скільки разів Ви хворіли на COVID-19?
- 1 раз
 - 2 рази
 - 3 і більше разів
 - Важко сказати
3. Коли Ви востаннє хворіли?
- До 2021 року
 - До 2022
 - До 2023
 - 2024-2025 рік
 - не пам'ятаю
4. Чи відчуваєте Ви зараз симптоми, які можливо пов'язані з перенесеним COVID-19?
- так
 - ні
5. Чи відчували Ви після перенесеного COVID-19 тривалі симптоми (понад 4 тижні після гострої фази хвороби)?
- Так
 - Ні
 - Не впевнений(а)
6. Якщо Так / Не впевнений(а): які саме симптоми Ви відчували після одужання? (можна обрати кілька варіантів)
- Постійна або підвищена втома
 - Задишка при незначному навантаженні
 - Порушення сну
 - Головний біль
 - Погіршення концентрації, «затуманення» думок

- Порушення нюху / смаку
 - Серцебиття, перебої в роботі серця
 - Біль у м'язах або суглобах
 - Зниження настрою, емоційне виснаження
 - Підвищена тривожність
 - Інше (вказіть): _____
7. Як довго тривали (або тривають) ці симптоми після хвороби?
- Менше 1 місяця
 - 1–3 місяці
 - 3–6 місяців
 - 6–12 місяців
 - Понад рік
 - Вони тривають і зараз
8. Чи зверталися Ви до лікаря або іншого фахівця через постковідні симптоми?
- Так
 - Ні

ДОДАТОК Г

Міні-блок «Суб'єктивна оцінка емоційного стану після COVID-19» (авторська частина анкети)

Інструкція:

Цей блок присвячений Вашому емоційному самопочуттю після перенесеного COVID-19. Якщо Ви не хворіли або не відчували змін у стані, оберіть відповідні варіанти.

1. Чи відчували Ви зміни у своєму емоційному стані після хвороби на COVID-19?
- Так, значні
 - Так, помірні
 - Так, незначні

- Ні, не відчував(ла)
 - Важко відповісти
2. Які саме зміни Ви помітили? (можна обрати кілька варіантів)

- Зниження настрою
- Зростання тривожності
- Підвищена дратівливість
- Відчуття емоційного виснаження
- Зниження інтересу до звичних активностей
- Проблеми зі сном
- Відчуття самотності, ізоляції
- Уникання соціальних контактів
- Труднощі з концентрацією уваги
- Відчуття безнадійності
- Інше (вказіть): _____
- Не помітив(ла) суттєвих змін

3. Як довго зберігалися або зберігаються ці зміни у Вашому емоційному стані?

- Менше 1 місяця
- 1–3 місяці
- 3–6 місяців
- 6–12 місяців
- Понад рік
- Вони тривають і зараз
- Важко відповісти

4. Наскільки, на Вашу думку, постковідні прояви вплинули на Ваш загальний емоційний стан за 10-бальною шкалою (0 – зовсім не вплинули, 10 – дуже сильно вплинули)?

Відкрита відповідь: ___ / 10

5. Чи відчуваєте Ви, що після COVID-19 Вам стало важче справлятися зі щоденним стресом?

- Так
- Частково / у деяких ситуаціях
- Ні
- Важко відповісти

6. Чи замислювалися Ви про звернення до психолога / психотерапевта через емоційні зміни після COVID-19?

- Так, звертав(ла)ся
- Так, задумував(ла)ся, але не звертав(ла)ся
- Ні, не задумував(ла)ся
- Важко відповісти

ДОДАТОК Д

Шкала сприйманого стресу PSS-10 (опис методики)

У дослідженні використано **Шкалу сприйманого стресу (PSS-10)**, розроблену S. Cohen, T. Kamarck, R. Mermelstein (1983) та адаптовану для української вибірки (Вельдбрехт, Тавровецька, 2022).

Шкала містить 10 тверджень, що відображають суб'єктивне відчуття напруженості, неконтрольованості та перевантаженості життєвих ситуацій протягом останнього місяця. Респонденти оцінюють частоту переживань за 5-бальною шкалою Лікерта: від 0 («ніколи») до 4 («дуже часто»).

Приклади формулювань запитань (україномовна адаптація):

- «Як часто за останній місяць Ви відчували, що ситуація виходить з-під Вашого контролю?»
- «Як часто за останній місяць Ви відчували, що не можете впоратися з усім, що Вам потрібно зробити?»
- «Як часто Ви відчували нервову напруженість чи стрес?»
- «Як часто Ви відчували, що події розвиваються, так як Вам потрібно?»
- «Як часто Ви відчували, що труднощі накопичуються настільки, що Ви не можете з ними впоратися?»

Частина пунктів є прямими, частина – реверсними; після реверсування здійснюється підсумовування балів. Вищий сумарний бал свідчить про вищий рівень сприйманого стресу.

Повний текст методики, ключі та психометричні характеристики подано у статті:

Вельдбрехт, О. О., & Тавровецька, Н. І. (2022). Шкала сприйнятого стресу (PSS-10): адаптація та апробація в умовах війни. *Проблеми сучасної психології*, (2), 16–27.

ДОДАТОК Е

Шкала емоційного реагування на COVID-19 (на основі FCV-19S, опис методики)

У дослідженні використано адаптований варіант **Шкали страху перед COVID-19 (FCV-19S – The Fear of COVID-19 Scale)**, розробленої Ahorsu et al. (2020), з урахуванням україномовної адаптації (Бова, 2023).

Шкала включає 7 тверджень, що відображають емоційні, когнітивні та фізіологічні реакції на COVID-19 (наприклад, занепокоєння, страх за здоров'я, напруження при думках про хворобу). Відповіді надаються за 5-бальною шкалою Лікерта: від 1 («зовсім не згоден(на)») до 5 («повністю згоден(на)»).

Приклад формулювань:

- «Я відчуваю напруження, коли думаю про COVID-19».
- «Я хвилююся, що можу знову захворіти на COVID-19».

Сумарний бал відображає інтенсивність страху / емоційного реагування на COVID-19: чим вищий результат, тим виразніші емоційні прояви, пов'язані з темою хвороби.

Повний текст шкали та її психометричний аналіз подано у публікації:
Бова, А. А. (2023). Шкала страху перед COVID-19 (FCV-19S): факторна валідність та надійність на вибірці київських студентів. *Габітус*, 46, 11–23.

Авторська анкета оцінки суб'єктивного досвіду постковідного стану

- «Опишіть, будь ласка, у вільній формі, які зміни у самопочутті Ви пов'язуєте з перенесеним COVID-19»;
- «Що, на Вашу думку, допомогло Вам найкраще відновитися після хвороби?» (тощо.)
- «Як Ви загалом оцінюєте свій емоційний стан після одужання від COVID-19?»
- Чи помічали Ви зміни у власній стійкості до стресу після хвороби?
- Чи вплинула перенесена хвороба на Ваше ставлення до себе та власного здоров'я?
- Після перенесеної хвороби, як змінилася Ваша потреба у спілкуванні та підтримці?
- Наскільки, на Вашу думку, COVID-19 вплинув на Ваше емоційне самопочуття?
- **Оцініть, будь ласка, наскільки Ви погоджуєтесь із твердженнями.**
- 1 — не вплинув зовсім
- 10 — вплинув дуже сильно

ДОДАТОК Ж

Опис графіків та таблиць емпіричного дослідження

У додатку подаються:

- графіки розподілу рівнів стресу за PSS-10;
- графіки частоти постковідних симптомів;
- порівняння (діаграми) між групами з постковідними проявами / без них;
- кореляційні таблиці зв'язку між постковідними симптомами, емоційними показниками та рівнем стресу

