



INVICTUS
ГРОМАДСЬКА ОРГАНІЗАЦІЯ



ЗВІТ ЗА РЕЗУЛЬТАТАМИ ДОСЛІДЖЕННЯ:

Вплив адаптивних видів спорту на реабілітацію військовослужбовців та ветеранів в Україні

Київ 2025

ЗМІСТ

Подяки	5
Вступ	6
Мета дослідження	8
Завдання для досягнення мети	8
Методологія дослідження	8
Методи збору даних	10
Етичні питання	10
Моніторинг якості даних	11
Аналіз даних	11
Результати дослідження	11
1. Соціально-демографічні характеристики учасників дослідження	11
2. Розподіл респондентів у групах за діагнозами	13
3. Якість життя респондентів – WHOQOL-BREF (Quality of Life Questionnaire-26)	17
4. Якість життя респондентів –Short Form Health Survey	32
5. Оцінка тяжкості депресивного стану – Patient Health Questionnaire-9	37
6. Оцінка вираженості симптомів посттравматичного стресового розладу – Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5	40
7. Оцінка ступеню вираженості постконтузійних та нейроповедінкових симптомів – Neurobehavioral Symptom Inventory	42
8. Порівняння показників у розрізі ЗОЗ (заклад охорони здоров'я)	45
9. Порівняння показників у розрізі груп дослідження	50
Оцінка проєкту адміністративним та медичним персоналом клінік та тренерами, залученими до проведення занять із адаптивних видів спорту	60
Висновки	63
Загальні результати	63
Список літератури	64

ПОДЯКИ

БО «Стратком УА» та ГО «Ігри Інвіктус Україна» висловлюють подяку:

- за участь у проєкті реабілітаційному центру ПП «Бодро клінік», фахівці якого долучились до реалізації проєкту на базі їх клініки у м. Нововолинськ Волинської області, а також безпосередньо до розробки даного дослідження. Працівники реабілітаційного центру (фізичні терапевти, психолог, адміністративний персонал) брали участь у розробці методології, виборі процедур та інструментів дослідження. Команда дослідження спиралась на досвід та експертизу «Бодро клінік» у реабілітації та відновленні військовослужбовців та ветеранів після отриманих травм;
- Державному закладу управління МОЗ Центр психічного здоров'я та реабілітації «Лісова поляна», м. Київ та Центру фізичної та реабілітаційної медицини КНП «Обласна клінічна лікарня Івано-Франківської обласної ради», м. Івано-Франківськ за реалізацію проєкту, участь в організації приміщень, графіків, ефективну взаємодію медичного та адміністративного персоналу з тренерами з адаптивних видів спорту та їхню командну роботу задля досягнення спільної мети – покращення фізичного та психоемоційного стану пацієнтів.

ВСТУП

Фізична активність використовувалася для підтримки здоров'я та благополуччя військовослужбовців і ветеранів з хворобами та травмами протягом понад 100 років – в контексті західної медицини це питання особливо активізувалось за останні 20 років, під час воєн в Іраку та Афганістані, коли програми поширилися на міжнародному рівні для сприяння фізичній, психологічній та соціальній реабілітації військовослужбовців і ветеранів з фізичними та психологічними травмами [1, 2].

Особливої актуальності це питання в Україні набуло з початком російсько-української війни в 2014 році, та повномасштабного вторгнення російської федерації в Україну в 2022 році. Точні дані про кількість поранених українських військовослужбовців не завжди публікуються з міркувань безпеки та конфіденційності. Однак, за оцінками, опублікованими в журналі The Wall Street Journal у вересні 2024 року, загальні втрати українських військових, включаючи загиблих і поранених, могли перевищити 480 тисяч осіб. Ці цифри підкреслюють масштаб викликів, з якими стикається система реабілітації та відновлення поранених воїнів в Україні. Існуюча інфраструктура та програми не завжди здатні забезпечити всіх потребуючих необхідним рівнем підтримки. Більшість наявних реабілітаційних програм зосереджена на короткотерміновій медичній допомозі та базових фізичних вправах, але не включає комплексні програми з адаптивного спорту, які довели свою ефективність у багатьох країнах.

За різними даними є відносно високий відсоток ветеранів, які не реагують на традиційне лікування або показують лише часткову відповідь. Відтак існує значний інтерес до того, як покращити результати лікування через додаткові (аугментаційні) втручання. Одним з таких підходів є включення фізичних вправ як поведінкового втручання до існуючого лікування [3].

Наукові дослідження вказують на важливість мультидисциплінарного підходу у реабілітації військовослужбовців, де адаптивний спорт стає не лише засобом фізичного відновлення, але й методом психологічної підтримки та соціальної інтеграції. Нові дослідження в галузях нейронауки, когнітивної психології, а також досягнення в розумінні механізмів, що лежать в основі посттравматичного стресового розладу (ПТСР), сприяли виявленню наступних механізмів впливу фізичної активності на відновлення після травми [4, 5].

Зокрема:

- Нейробиологічні механізми впливу фізичної активності (фізичні вправи підвищують рівень нейротрофічного фактору мозку, що сприяє зникненню відчуття страху, відбувається зниження надмірного збудження нервової системи);
- Фізіологічні ефекти адаптивного спорту (поточні дослідження показують позитивний вплив фізичної активності на серцево-судинну систему, м'язово-скелетну систему, кардіометаболічні показники, психічне здоров'я [6]);
- Психосоціальні аспекти впливу (дослідження демонструють, що участь у адаптивному спорті для ветеранів забезпечує можливості для соціальної реінтеграції, формування нової ідентичності, відчуття приналежності до спільноти, зниження тривожності та депресії) [7,8].

Згідно досліджень розробки нових шляхів у трансформаційних вправах для осіб із існуючою та новонабутою інвалідністю, найбільш ефективними є програми, які [9]:

- Поєднують різні підходи в єдину систему реабілітації;
- Враховують індивідуальні потреби кожного учасника;
- Забезпечують довготривалий супровід та підтримку;

Включають як формальні тренування, так і неформальну взаємодію в спільноті.

Такий комплексний підхід дозволяє досягти не лише покращення окремих показників, але й загального підвищення якості життя та функціонування ветеранів [10].

Таким чином, обґрунтуванням даного дослідження є потреба у розробці науково-обґрунтованої методики, яка використовувала б адаптивний спорт як ключовий компонент мультидисциплінарного підходу до реабілітації військовослужбовців та ветеранів в Україні. Це дозволить не лише покращити їх фізичний стан, але й сприятиме соціалізації та психологічному відновленню, знижуючи ризики депресії, ізоляції та інших негативних наслідків бойових травм.

МЕТА ДОСЛІДЖЕННЯ

Дослідити вплив адаптивних видів спорту на фізичний, психологічний та соціальний стан військовослужбовців та ветеранів в Україні.

ЗАВДАННЯ ДЛЯ ДОСЯГНЕННЯ МЕТИ

1. Здійснити дослідження впливу спортивної складової в мультидисциплінарному підході до реабілітації військовослужбовців та ветеранів:
 - Зібрати дані про фізичний і психологічний стан учасників пілотного проекту на різних етапах;
 - Провести аналіз та оцінку результатів фізичного і психічного здоров'я учасників.
2. На основі дослідження розробити методологію розширення мережі адаптивних спортивних просторів з метою стимулювання й допомоги місцевим спортивним закладам.

МЕТОДОЛОГІЯ ДОСЛІДЖЕННЯ

Це формативне описове дослідження застосовує змішану методологію, яка поєднує кількісні та якісні підходи для всебічної оцінки впливу адаптивних видів спорту на військовослужбовців та ветеранів, а також інтеграцію таких підходів у повсякденне функціонування клінік. Підхід включає:

1. Кількісний компонент – двоетапне анкетування учасників, яке дозволяє фіксувати зміни у фізичному та психологічному стані пацієнтів на початку курсу реабілітації та одразу після його завершення. Дані були зібрані за допомогою стандартизованих опитувальників, що включали шкали для оцінки фізичного стану, якості життя, рівня соціальної інтеграції та психологічного благополуччя;
2. Якісний компонент – 16 глибоких інтерв'ю з медичним персоналом, який бере участь у проєкті (адміністративний персонал, фізичні терапевти, тренери). Цей підхід дозволить отримати глибше розуміння переживань, бар'єрів та сприятливих факторів, що впливають на ефективність адаптивного спорту. Якісний компонент забезпечує деталізовану інформацію, яка може бути недоступною через кількісні методи, та дозволяє дослідити індивідуальні випадки та контексти.

ГЕОГРАФІЯ ДОСЛІДЖЕННЯ

Дослідження проводилось на базі трьох медичних закладів, різних видів та правових форм:

- приватний реабілітаційний центр «Бодро клінік» у м. Нововолинськ Волинської області;
- державний заклад управління МОЗ Центр психічного здоров'я та реабілітації «Лісова поляна», м. Київ;
- центр фізичної та реабілітаційної медицини КНП «Обласна клінічна лікарня Івано-Франківської обласної ради», м. Івано-Франківськ

ТЕРМІНИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Польовий етап дослідження тривав 3, 5 місяці – з 28.04. по 08.08. 2025 року. Період дослідження для кожного окремого учасника – від 2-х до 3-х тижнів, залежно від призначеного лікуючим лікарем курсу реабілітації, який проходив пацієнт.

ЦІЛЬОВА АУДИТОРІЯ ТА КРИТЕРІЇ ВИБІРКИ

Військовослужбовці та ветерани, які отримали травми, поранення чи захворювання в зоні бойових дій, і потребують комплексного відновлення. Вибірка включає учасників бойових дій з різним ступенем фізичних та психологічних травм. До участі в дослідженні за весь період його тривалості було залучено 277 пацієнтів з трьох клінік, по 128 пацієнтів у Державному закладі управління МОЗ Центр психічного здоров'я та реабілітації «Лісова поляна», м. Київ та Центрі фізичної та реабілітаційної медицини КНП «Обласна клінічна лікарня Івано-Франківської обласної ради», м. Івано-Франківськ та 21 пацієнт реабілітаційного центру ПП «Бодро клінік». Пацієнти кожної з клінік, які взяли участь у дослідженні, у рівних пропорціях були розподілені медичним персоналом до 4-х груп дослідження відповідно до їхніх медичних показів:

- 1-ша група – проходить лише визначений лікуючим лікарем курс реабілітації (64 особи);
- 2-га група – визначений курс реабілітації+тренується у стрільбі з лука (74 особи);
- 3-тя група – визначений курс реабілітації+проходить кардіотренування (веслування на тренажерах) (66 осіб);
- 4-та група – визначений курс реабілітації+тренується у стрільбі з лука та проходить кардіотренування (веслування на тренажерах) (73 особи).

Кожен пацієнт з груп 2-4 пройшов мінімум вісім занять з визначених видів спорту.

Дані пацієнтів реабілітаційного центру ПП «Бодро клінік» (N=21) були виключені з аналізу через недостатню кількість респондентів у кожній з досліджуваних груп.

КРИТЕРІЇ ВКЛЮЧЕННЯ:

- військовослужбовці та ветерани, старше 18 років, які отримали фізичні та/чи психологічні травми в зоні бойових дій та мають рекомендації від лікарів щодо участі в адаптивних видах спорту, а також добровільно дали письмову інформовану згоду на участь в дослідженні.

КРИТЕРІЇ ВИКЛЮЧЕННЯ:

- учасники з протипоказаннями до фізичної активності або нестабільними психічними станами, які можуть завадити проходженню програми;
- особи, які не здатні надати письмову інформовану згоду;
- учасники, які на будь-якому етапі дослідження висловили бажання припинити свою участь у дослідженні;
- учасники, для яких лікуючий лікар у процесі дослідження рекомендує припинити участь.

МЕТОДИ ЗБОРУ ДАНИХ

Анкетування для збору кількісних даних про зміни фізичного та психологічного стану учасників:

- Базове опитування: перед початком курсу реабілітації, з метою фіксації вихідного стану здоров'я, рівня соціальної інтеграції та психологічного благополуччя;
- Опитування після реабілітації: проводиться відразу після завершення курсу реабілітації для оцінки первинного впливу програми.

Інструменти для анкетування: короткі опитувальники з запитаннями щодо фізичного стану, самопочуття, рівня депресії, соціальної інтеграції, якості життя респондента.

Тривалість часу на заповнення анкети: 30-40 хв.

Глибинні інтерв'ю для збору якісних даних:

- Інтерв'ю з адміністративним та медичним персоналом (16 осіб) – оцінка спостережень та думок медиків та тренерів щодо впливу програми на пацієнтів, з акцентом на складнощах і перевагах адаптивного спорту для різних типів травм та можливості впровадження таких тренувань в рутинну роботу закладу.

ЕТИЧНІ ПИТАННЯ

Перед проходженням опитування кожен потенційний учасник проходив через процес надання інформованої згоди. Враховуючи те, що опитування є повністю анонімним, і єдиною особистою інформацією, що може пов'язати особу учасника з даними опитування, буде ім'я на формі інформованої згоди, у дослідженні використовувалася процедура отримання усної інформованої згоди. Всі учасники отримували інформаційний листок з описом проекту та контактними номерами телефонів головного дослідника проекту та голови Комісії з питань етики УІПГЗ (Український інститут політики громадського здоров'я).

Протокол та інструменти дослідження були розглянуті Комісією з питань етики УІПГЗ (номер офіційної реєстрації FWA#00029648).

Дані усіх респондентів були знеособлені, а результати аналізу подавалися у агрегованому вигляді.

Конфіденційність персональних даних гарантована протоколом та процедурою дослідження.

Для забезпечення дотримання процедур дослідження у майбутньому та надійності та точності збору даних був проведений навчальний тренінг зі збору даних для інтерв'юєрів. На тренінгу були розглянуті такі питання:

- компоненти дослідження, алгоритм проведення дослідження;
- надання інформації, необхідної для отримання усної інформованої згоди;
- інструменти збору даних;
- брифінг з технології збору інформації;
- інша проектна документація та процедури.

МОНІТОРИНГ ЯКОСТІ ДАНИХ

Контроль якості здійснювався через щоденний аудит даних, перевірку на повноту заповнення анкет та відповідності кодів журналу реєстрації учасників дослідження. Аудіозаписи інтерв'ю були транскрибовані, а потім знищені для збереження конфіденційності.

АНАЛІЗ ДАНИХ

Кількісний аналіз анкет: Динаміка змін фізичного та психологічного стану буде оцінена з використанням описової статистики та порівняння даних двох етапів анкетування для виявлення значущих покращень або змін.

Якісний аналіз інтерв'ю: Тематичний аналіз інтерв'ю з використанням матриць даних для виявлення ключових тем, пов'язаних з адаптивним спортом, бар'єрами та результатами реабілітації.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ

1. СОЦІАЛЬНО-ДЕМОГРАФІЧНІ ХАРАКТЕРИСТИКИ УЧАСНИКІВ ДОСЛІДЖЕННЯ

Загальна кількість опитаних у двох ЗОЗ: Державному закладу управління МОЗ Центр психічного здоров'я та реабілітації «Лісова поляна», м. Київ (далі – ЛП) та Центрі фізичної та реабілітаційної медицини КНП «Обласна клінічна лікарня Івано-Франківської обласної ради», м. Івано-Франківськ (далі – ОКЛ) склала 256 респондентів, серед яких 3 жінки.

Вікова категорія	ОКЛ	ЛП
18 - 24 р	0	11
25 - 34 р	47	50
35 - 44 р	50	45
45 - 54 р	25	20
55 - 64 р	6	2

Таблиця 1. Розподіл респондентів за віковими категоріями

Сімейний стан	ОКЛ	ЛП
Неодружені, у шлюбі ніколи не перебували	22	44
Шлюб зареєстрований та проживають разом/ незареєстрований шлюб та проживають разом	67	72
Живуть окремо/розлучені і в даний момент самотні	27	11
Вдова/вдівець і в даний момент самотній (-я)	2	1

Таблиця 2. Розподіл респондентів за сімейним станом

Кількість дітей до 18 років	ОКЛ	ЛП
Не мають дітей	54	60
Одна дитина	47	40
Дві дитини	19	25
Три дитини	7	2
Чотири дитини	1	1

Таблиця 3. Респонденти за кількістю дітей

Рівень освіти	ОКЛ	ЛП
Неповна середня освіта (5-9 класи)	1	2
Повна середня освіта (10-12 класи)	2	7
Професійно-технічна освіта (ПТУ, технікум, коледж)	64	80
Неповна вища освіта (закінчив 3 роки)	29	3
Повна вища освіта	32	36

Таблиця 4. Респонденти за рівнем освіти

2. РОЗПОДІЛ РЕСПОНДЕНТІВ У ГРУПАХ ЗА ДІАГНОЗАМИ

У Центрі фізичної та реабілітаційної медицини ОКЛ м. Івано-Франківськ основні діагнози пацієнтів були:

- Ампутація;
- Артрит;
- Опіки;
- Переломи;
- Політравма;
- Ураження спинного мозку;
- Урологія;
- Черепно-мозкова травма (ЧМТ);
- Інші стани.

До категорії «інші стани» було віднесено усі діагнози, які становили менше, ніж 2,5% від загальної кількості пацієнтів у вибірці в 303 (N=128).

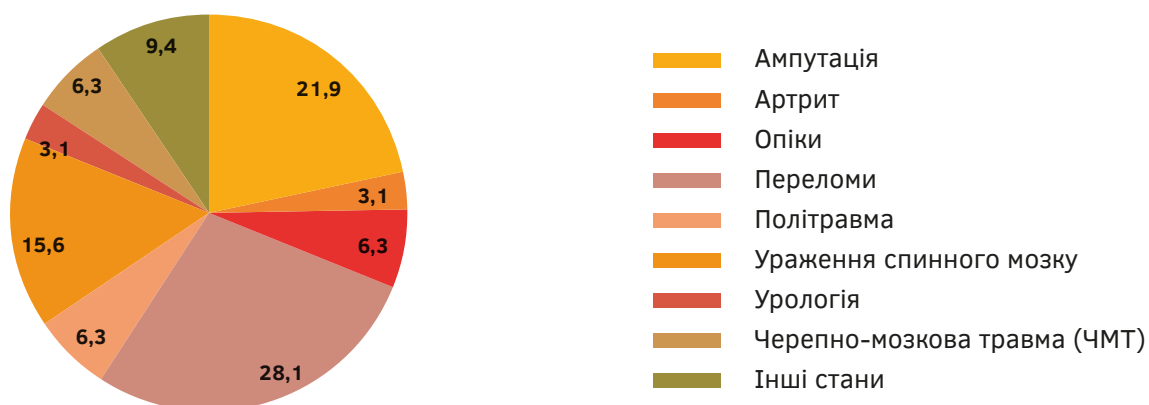


Рисунок 1. Розподіл респондентів ОКЛ за діагнозами у 1-ій групі (визначений лікуючим лікарем курс реабілітації, N=32)

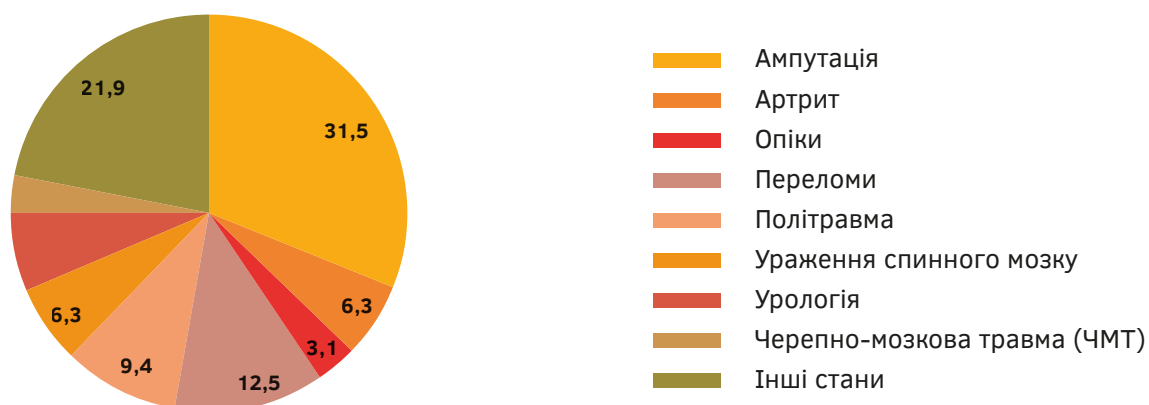


Рисунок 2. Розподіл респондентів ОКЛ за діагнозами у 2-ій групі (визначений лікуючим лікарем курс реабілітації + тренування у стрільбі з лука, N=32)

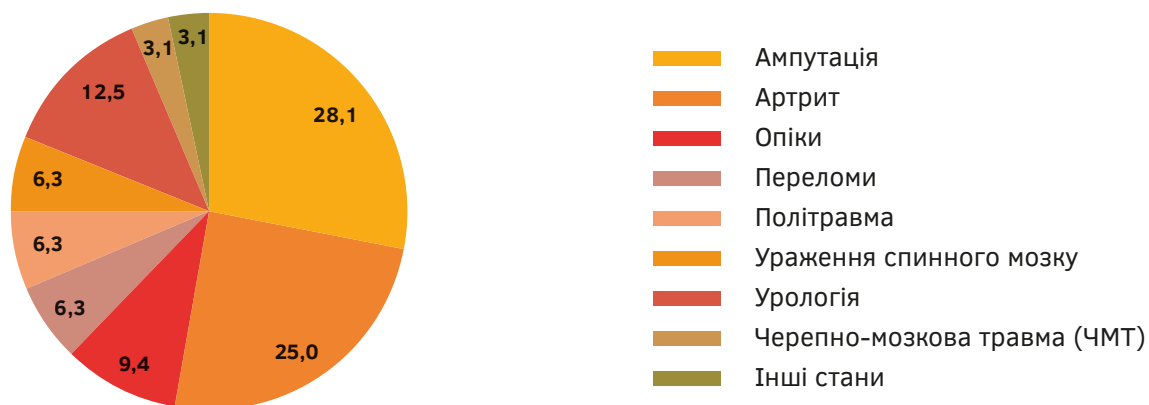


Рисунок 3. Розподіл респондентів ОКЛ за діагнозами у 3-ій групі
(визначений лікуючим лікарем курс реабілітації +веслування на тренажерах, N=32)

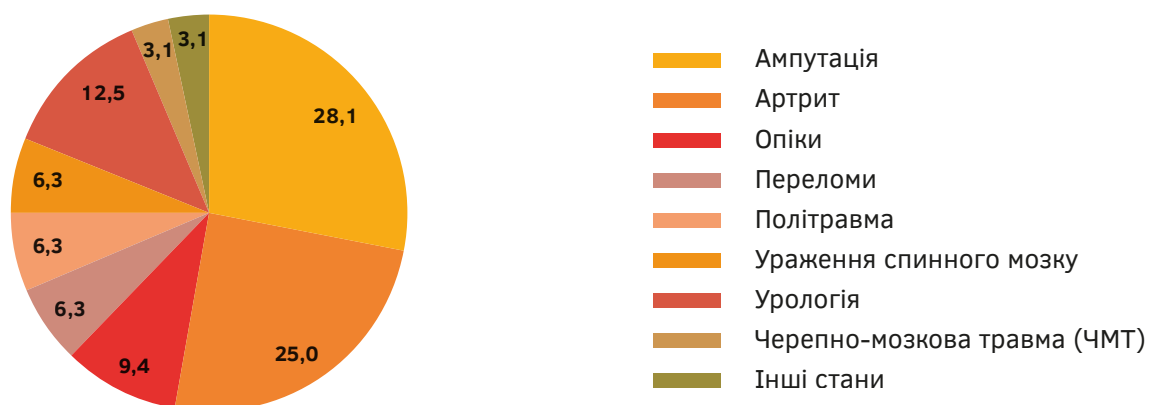


Рисунок 4. Розподіл респондентів ОКЛ за діагнозами у 4-ій групі
(визначений лікуючим лікарем курс реабілітації +стрільба з лука +веслування на тренажерах, N=32)

У Центрі психічного здоров'я та реабілітації «Лісова поляна» основні діагнози пацієнтів були:

- Порушення адаптації;
- Порушення адаптації зі змішаною тривожно-депресивною реакцією;
- Посттравматичний стресовий розлад;
- Наслідки внутрішньочерепної травми;
- Інші стани.

До категорії «інші стани» було віднесено усі діагнози, які становили менше, ніж 2,5% від загальної кількості пацієнтів у вибірці в 303 (N=128).

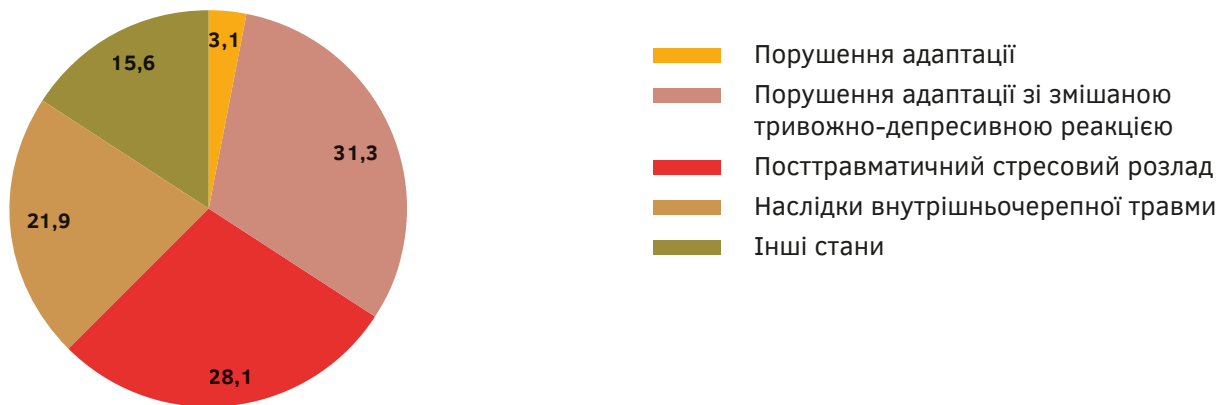


Рисунок 5. Розподіл респондентів ЛП за діагнозами у 1-ій групі
(визначений лікуючим лікарем курс реабілітації, N=32)



Рисунок 6. Розподіл респондентів ЛП за діагнозами у 2-ій групі
(визначений лікуючим лікарем курс реабілітації + тренування у стрільбі з лука, N=32)



Рисунок 7. Розподіл респондентів ЛП за діагнозами у 3-ій групі
(визначений лікуючим лікарем курс реабілітації + веслування на тренажерах, N=32)



Рисунок 8. Розподіл респондентів ЛП за діагнозами у 4-ій групі (визначений лікуючим лікарем курс реабілітації +стрільба з лука +веслування на тренажерах, N=32)

Така однорідність діагнозів свідчить про відносну рівноправність груп на старті дослідження, що забезпечує умови для коректного порівняння результатів реабілітації та дозволяє оцінювати ефективність втручання без значного впливу стартових відмінностей у різних станах респондентів.

3. ЯКІСТЬ ЖИТТЯ РЕСПОНДЕНТІВ – WHOQOL-BREF (QUALITY OF LIFE QUESTIONNAIRE-26)

Якість життя респондентів оцінювалася за допомогою скороченої форми опитувальника Всесвітньої організації охорони здоров'я – WHOQOL-BREF.

З-поміж 128 опитаних у ОКЛ, 105 респондентів (82,03%) оцінили якість свого життя як середню, тобто ні добре, ні погано; 22 респондента (17,19%) повідомили про добру якість життя, лише 1 особа (0,78%) відзначила її як дуже добру.

Результати порівняльного аналізу базового та повторного опитування свідчать про суттєве покращення суб'єктивної оцінки якості життя респондентів.

Частка осіб із нейтральною оцінкою («Не погано, і не добре») зменшилася з 82,03% до 15,75%. Натомість кількість респондентів, які позитивно оцінюють своє життя як «Добре», зросла з 17,19% до 56,69%. Особливо виражене зростання спостерігається серед осіб, які оцінили своє життя як «Дуже добре» – з 0,78% до 27,56%.

Категорія оцінки	Базове опитування (n=128)	Повторне опитування (n=127)	Висновки
«Не погано, і не добре»	105 ос. (82,03%)	20 ос. (15,75%)	Частка респондентів із нейтральною оцінкою значно зменшилася, що свідчить про покращення загального сприйняття якості життя.
«Добре»	22 ос. (17,19%)	72 ос. (56,69%)	Кількість осіб, які позитивно оцінюють якість життя, зросла більш ніж утричі.
«Дуже добре»	1 ос. (0,78%)	35 ос. (27,56%)	Відбулося істотне зростання числа респондентів, які високо оцінюють якість свого життя.

Таблиця 5. Індикатор 1. Як ви оцінюєте якість Вашого життя?*

* жоден з респондентів не вказав на погану чи дуже погану якість життя

Щодо стану здоров'я, 2 респондента (1,56%) не задоволені станом свого здоров'я; переважна більшість респондентів – 120 осіб (93,75%) оцінили його нейтрально, тобто як «ні добре, ні погано». Лише 6 респондентів (4,69%) учасників зазначили, що задоволені станом свого здоров'я.

Категорія оцінки	Базове опитування (n=128)	Повторне опитування (n=127)	Висновки
«Незадоволений»	2 ос. (1,56%)	0 осіб	Всі респонденти радше задоволені своїм здоров'ям, або нейтральні
«Ні задоволений, ні незадоволений»	120 ос. (93,75%)	21 ос. (16,54%)	Відбулося значне зниження частки респондентів із нейтральним ставленням до стану здоров'я.
«Задоволений»	6 ос. (4,69%)	85 ос. (66,93%)	Частка задоволених збільшилась що свідчить про більш критичне сприйняття власного здоров'я.
«Дуже задоволений»	0 осіб	21 ос. (16,54%)	Кількість осіб, які дуже задоволені своїм здоров'ям, суттєво зросла.

Таблиця 6. Індикатор 2. Наскільки ви задоволені станом свого здоров'я?

Із 128 опитаних у ЛП 22 респондента (17,19%) оцінюють якість свого життя як погану; 71 респондент (55,47%) – ані добру, ані погану; 25 респондентів (19,53%) зазначили, що мають добру якість життя; а 10 опитаних (7,81%) дуже добру.

Категорія оцінки	Базове опитування (n=128)	Повторне опитування (n=127)	Висновки
«Не погано, і не добре»	71 ос. (55,47%)	29 ос. (22,66%)	Частка опитаних із нейтральною оцінкою знизилася, що може свідчити про зменшення невизначеності у сприйнятті власного стану.
«Добре»	25 ос. (19,53%)	90 ос. (70,31%)	Кількість осіб, які позитивно оцінюють якість життя, зросла більш ніж утричі.
«Дуже добре»	10 ос. (7,81%)	9 ос. (7,03%)	Частка респондентів, які високо оцінюють якість свого життя залишилась майже на тому ж рівні.

Таблиця 7. Індикатор 1. Як ви оцінюєте якість Вашого життя?*

* жоден з респондентів при повторному опитуванні не вказав на погану якість життя, тоді як у першому таку відповідь дали 17,19% опитаних

Три респондента (2,34%) дуже незадоволені станом свого здоров'я, 40 респондентів (31,25%) – незадоволені, 70 респондентів (54,69%) – як ані добре, ані погано, і лише 15 респондентів (11,72%) вказали, що дуже задоволені станом свого здоров'я.

Результати повторного опитування демонструють виражене зрушення в бік позитивної оцінки респондентами стану свого здоров'я. Зниження частки незадоволених та зростання задоволених респондентів можуть свідчити про покращення добробуту, фізичного стану та підвищення психологічної стійкості респондентів.

Категорія оцінки	Базове опитування (n=128)	Повторне опитування (n=127)	Висновки
«Незадоволений»	40 ос. (31,25%)	5 ос. (3,91%)	Значно зменшилась частка респондентів із негативними оцінками, що може свідчити про покращення фізичного та емоційного стану респондентів.
«Ні задоволений, ні незадоволений»	70 ос. (54,69%)	33 ос. (25,78%)	Відбулося зменшення частки респондентів із нейтральним ставленням до стану здоров'я.
«Задоволений»	0 ос. (0,00%)	87 ос. (67,97%)	Частка задоволених зросла майже на 70%.
«Дуже задоволений»	15 ос. (11,72%)	3 ос. (2,34%)	Кількість осіб, які дуже задоволені своїм здоров'ям, зменшилась, що може свідчити, що пацієнти критичніше почали ставитись до свого здоров'я.

Таблиця 8. Індикатор 2. Наскільки ви задоволені станом свого здоров'я?

* жоден з респондентів при повторному опитуванні не вказав, що дуже незадоволений, тоді як у першому таку відповідь дали 2,34% опитаних

ОЦІНКА ФІЗИЧНОГО ЗДОРОВ'Я РЕСПОНДЕНТІВ

Серед 128 опитаних у ОКЛ, 20 респондентів (15,63%) вказали на низьку якість життя, зумовлену фізичним станом здоров'я. Більшість – 97 осіб (75,78%) - оцінили якість свого життя як помірну; 11 респондентів (8,59%) повідомили про високу якість життя, зазначивши, що фізичний стан не перешкоджає їм у виконанні щоденних обов'язків.

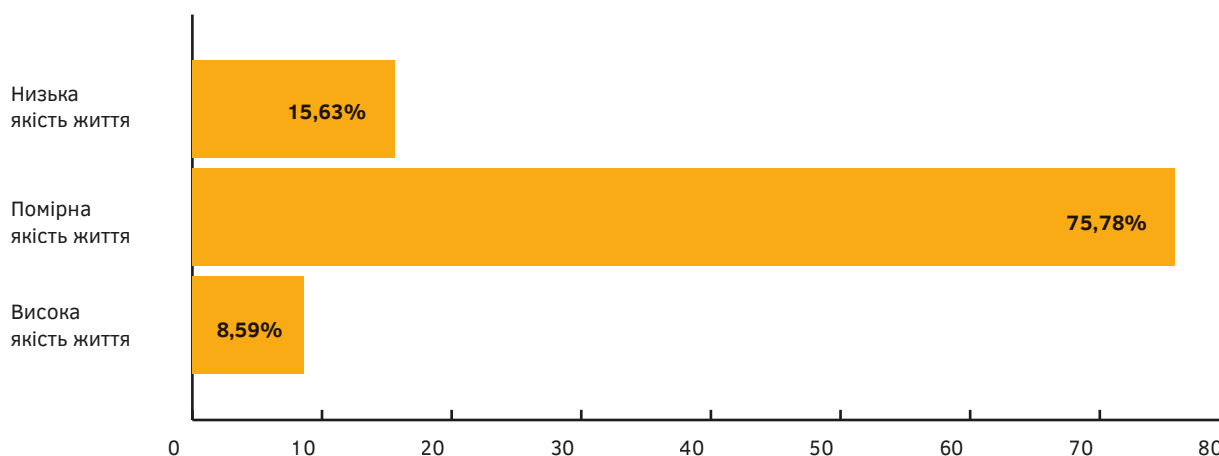


Рисунок 9. Оцінка фізичного здоров'я респондентів ОКЛ

Категорія оцінки	Базове опитування (n=128)	Повторне опитування (n=127)	Висновки
Низька якість життя	20 ос. (15,63%)	6 ос. (4,72%)	Відбулося зменшення кількості респондентів із низьким рівнем фізичного здоров'я.
Помірна якість життя	97 ос. (75,78%)	64 ос. (50,39%)	Частка з помірним рівнем суттєво знизилася.
Висока якість життя	11 ос. (8,59%)	57 ос. (44,88%)	Зафіксовано значне зростання кількості респондентів із високим рівнем фізичного здоров'я.

Таблиця 9. Оцінка фізичного здоров'я респондентів ОКЛ

Частка осіб із низьким рівнем фізичного здоров'я зменшилася з 15,63% до 4,72%, що відображає зниження кількості респондентів, для яких фізичні обмеження суттєво впливають на якість життя. Одночасно відбулося скорочення групи з помірною якістю життя з 75,78% до 50,39%, що може свідчити про перехід значної частини респондентів у категорію з кращими показниками. Найбільш показовим є зростання частки осіб із високою якістю життя – з 8,59% до 44,88%, що підтверджує тенденцію до покращення фізичного стану та зниження впливу соматичних проблем на повсякденну діяльність респондентів. Отже, отримані при повторному опитуванні дані демонструють виражене підвищення рівня фізичного благополуччя серед опитаних.

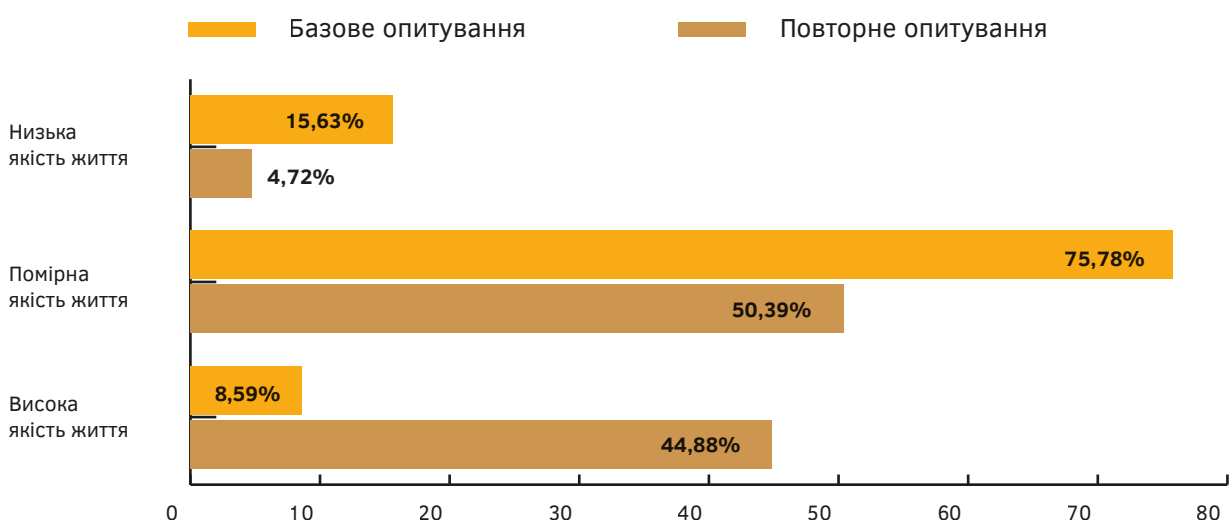


Рисунок 10. Оцінка фізичного здоров'я респондентів ОКЛ (BL+FU)

З-поміж 128 опитаних у ЛП 31 респондент (24,22%) має низьку якість життя через стан свого фізичного здоров'я, 74 особи (57,81%) – помірну, 23 респонденти (17,97%) зазначили, що мають високу якість життя та стан фізичного здоров'я не заважає їм виконувати свої повсякденні обов'язки.

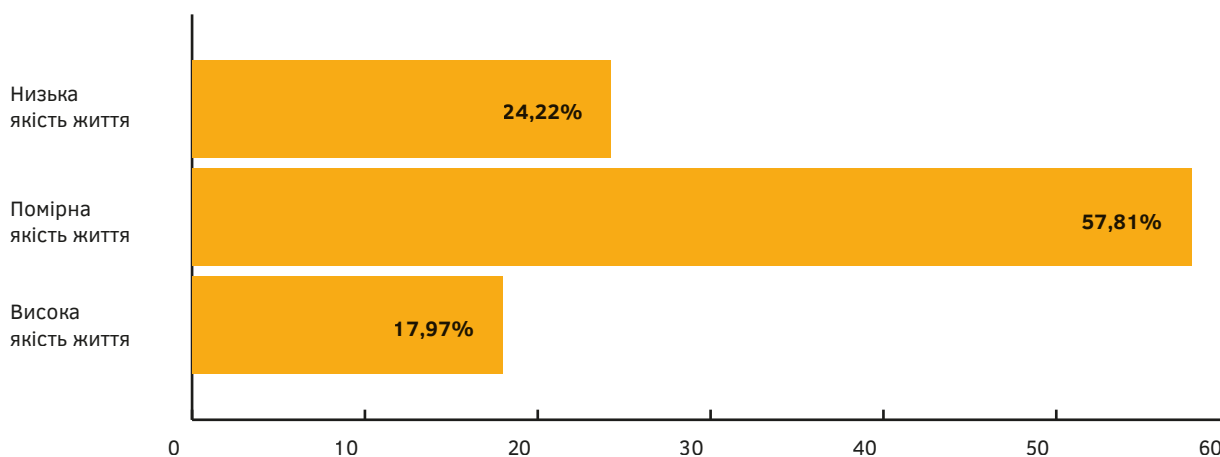


Рисунок 11. Оцінка фізичного здоров'я респондентів ЛП

Категорія оцінки	Базове опитування (n=128)	Повторне опитування (n=127)	Висновки
Низька якість життя	31 ос. (24,22%)	14 ос. (10,94%)	Відбулося зменшення майже удвічі, що свідчить про покращення фізичного стану та зниження відчуття обмеження у повсякденній діяльності.
Помірна якість життя	74 ос. (57,81%)	74 ос. (57,81%)	Показник залишився незмінним, що демонструє стабільність середнього рівня фізичного здоров'я серед більшості респондентів.
Висока якість життя	23 ос. (17,97%)	40 ос. (31,25%)	Зафіксовано зростання більш ніж на 13%, що свідчить про тенденцію до покращення фізичного самопочуття та збільшення кількості респондентів без суттєвих обмежень у життєдіяльності.

Таблиця 10. Оцінка фізичного здоров'я респондентів ЛП

Аналіз результатів базового та повторного опитування засвідчив позитивну динаміку у показниках, що характеризують якість життя, зумовлену фізичним станом. Встановлено зниження частки респондентів із низьким рівнем якості життя з 24,22% до 10,94%, стабільність показника помірної рівня (57,81%) та зростання частки осіб із високим рівнем із 17,97% до 31,25%. Це свідчить про загальне покращення фізичного здоров'я учасників та зменшення впливу фізичних обмежень на їх повсякденну життєдіяльність.

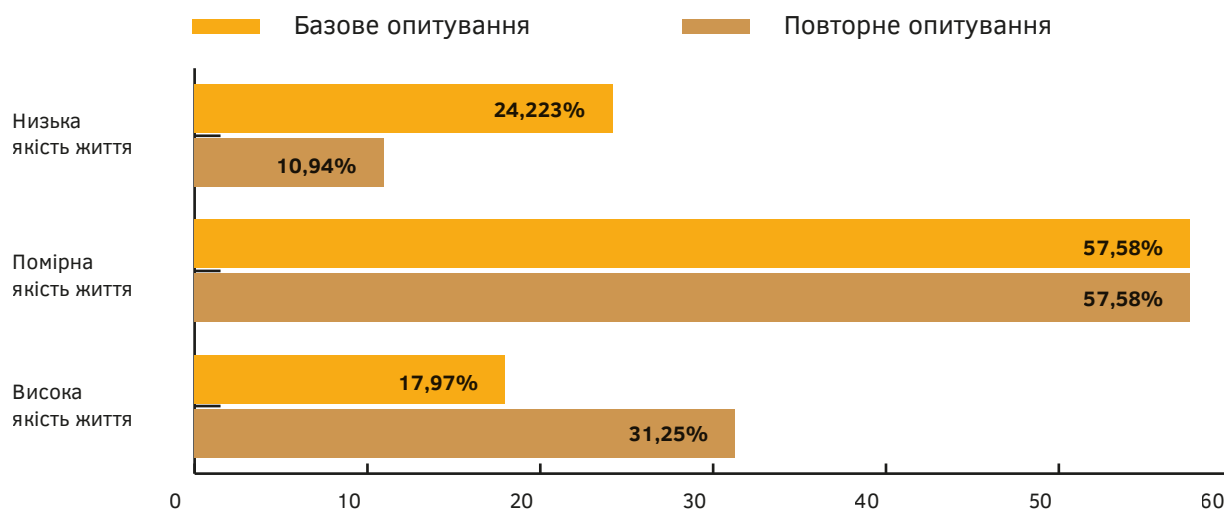


Рисунок 12. Оцінка фізичного здоров'я респондентів ЛП (BL+FU)

ОЦІНКА ПСИХОЛОГІЧНОГО ЗДОРОВ'Я РЕСПОНДЕНТІВ

У контексті психологічного здоров'я 16 респондентів ОКЛ (12,50%) повідомили про низьку якість життя, зумовлену станом свого психоемоційного благополуччя. Більшість опитаних – 87 осіб (67,97%) оцінили якість життя як помірну. Водночас 25 респондентів (19,53%) вказали на високу якість життя, що свідчить про задовільний психологічний стан.

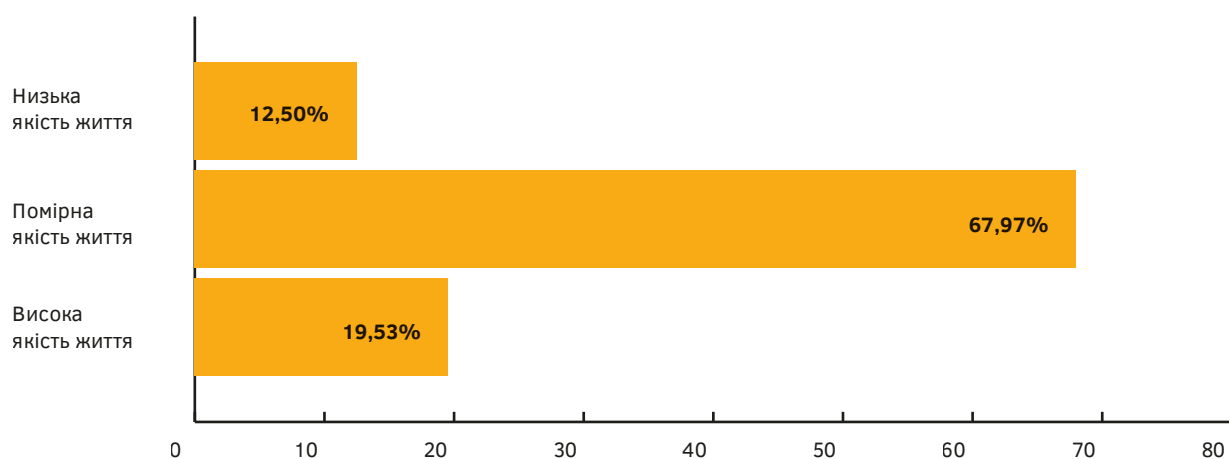


Рисунок 13. Оцінка психологічного здоров'я респондентів ОКЛ

Категорія оцінки	Базове опитування (n=128)	Повторне опитування (n=127)	Висновки
Низька якість життя	16 (12,50%)	6 (4,72%)	Спостерігається зменшення частки респондентів із низькою оцінкою психологічного стану.
Помірна якість життя	87 (67,97%)	24 (18,90%)	Частка респондентів із помірним рівнем суттєво зменшилася.
Висока якість життя	25 (19,53%)	97 (76,38%)	Зафіксоване виражене зростання кількості осіб, які відзначають високий рівень психологічного благополуччя.

Таблиця 11. Оцінка психологічного здоров'я респондентів ОКЛ

Аналіз результатів двох етапів опитування вказує на значне покращення психологічного стану учасників дослідження. Частка осіб із низькою якістю життя знизилася з 12,50% до 4,72%, що вказує на зменшення проявів психологічного неблагополуччя. Значно скоротилася й група з помірною оцінкою психологічного стану – з 67,97% до 18,90%. Натомість кількість респондентів, які відзначають високий рівень психологічного благополуччя, суттєво зросла з 19,53% до 76,38%. Таким чином, результати повторного опитування засвідчують позитивну динаміку у сприйнятті та самооцінці психологічного здоров'я серед респондентів.

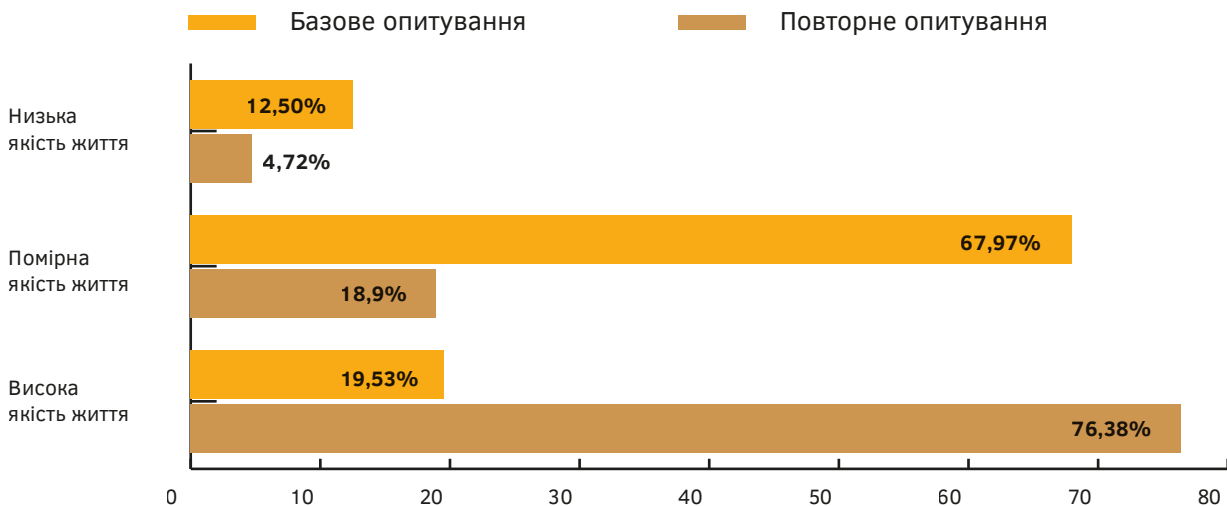


Рисунок 14. Оцінка психологічного здоров'я респондентів ОКЛ (BL+FU)

Щодо оцінки стану психологічного здоров'я, 31 респондент ЛП (24,22%) повідомив про низьку якість життя, пов'язану з психологічним станом. 50 осіб (39,06%) зазначили, що мають помірну якість життя, тоді як 47 респондентів (36,72%) вказали на високу якість життя, що свідчить про загалом позитивне сприйняття свого психологічного здоров'я.

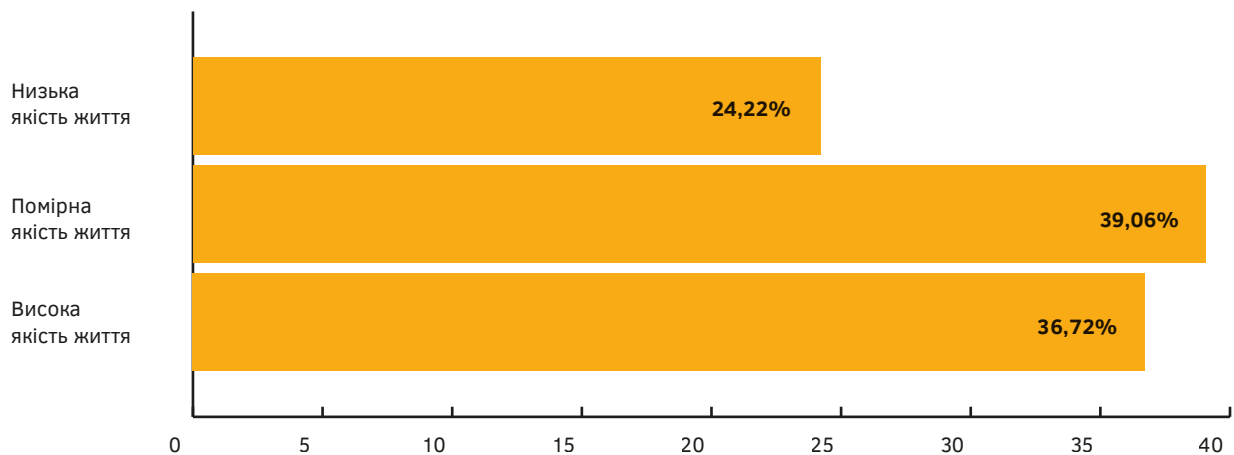


Рисунок 15. Оцінка психологічного здоров'я респондентів ЛП

Категорія оцінки	Базове опитування (n=128)	Повторне опитування (n=127)	Висновки
Низька якість життя	31 ос. (24,22%)	7 ос. (5,47%)	Відбулося зменшення майже у 4,5 рази, що свідчить про виражене покращення психологічного стану та зниження рівня психологічного неблагополуччя.
Помірна якість життя	50 ос. (39,06%)	28 ос. (21,88%)	Зменшення на понад 17% (22 особи), що вказує на перехід значної частини респондентів до групи з високим рівнем психологічного благополуччя.
Висока якість життя	47 ос. (36,72%)	93 ос. (72,66%)	Кількість осіб із високою якістю життя, зумовленою психологічним здоров'ям, майже подвоїлася (зростання на 46 осіб), що свідчить про суттєве покращення психологічного стану здоров'я.

Таблиця 12. Оцінка психологічного здоров'я респондентів ЛП

Результати порівняльного аналізу засвідчили чітку позитивну динаміку у показниках, що відображають якість життя, зумовлену психологічним здоров'ям. Частка респондентів, які оцінюють якість свого життя через психологічний стан як низьку зменшилася з 24,22% до 5,47%, що свідчить про суттєве зниження проявів психологічного неблагополуччя. Одночасно зафіксовано зменшення частки осіб із помірним рівнем з 39,06% до 21,88% та майже двократне зростання групи з високим рівнем – із 36,72% до 72,66%.

Отримані результати вказують на загальне покращення психологічного здоров'я респондентів та підвищення їхнього рівня адаптивності й задоволеності життям.

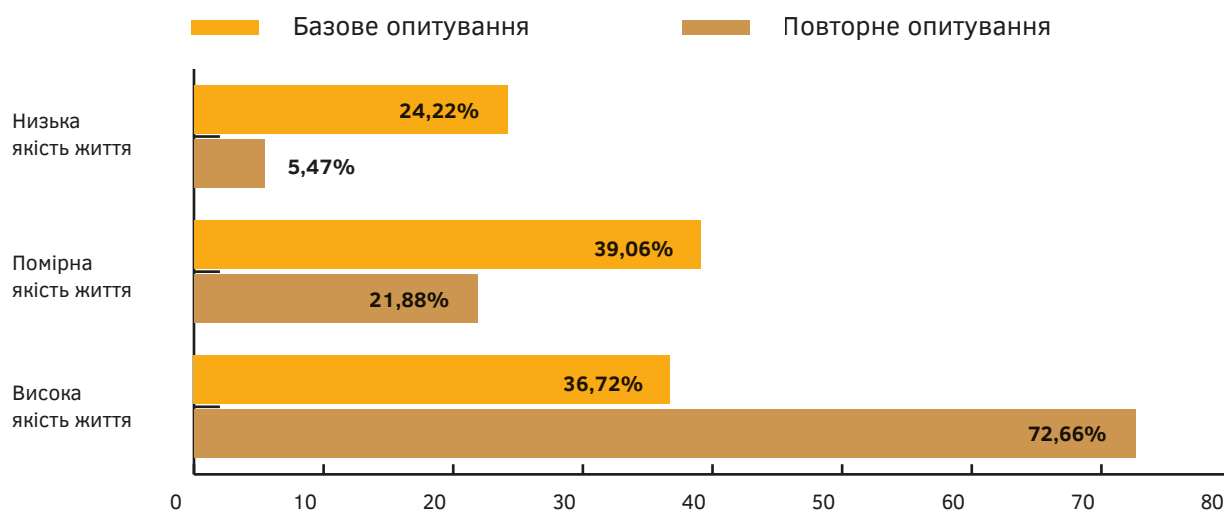


Рисунок 16. Оцінка психологічного здоров'я респондентів ЛП (BL+FU)

ОЦІНКА СОЦІАЛЬНИХ ВІДНОСИН РЕСПОНДЕНТІВ

Аналіз оцінок соціальних відносин серед респондентів ОКЛ показав, що 14 осіб (10,94%) характеризують якість життя в цій сфері як низьку. Більшість учасників опитування – 67 респондентів (52,34%) визначили свої соціальні зв'язки як такі, що забезпечують помірний рівень якості життя. Водночас 47 осіб (36,72%) повідомили про високу якість життя, пов'язану з задовільним рівнем соціальних відносин.

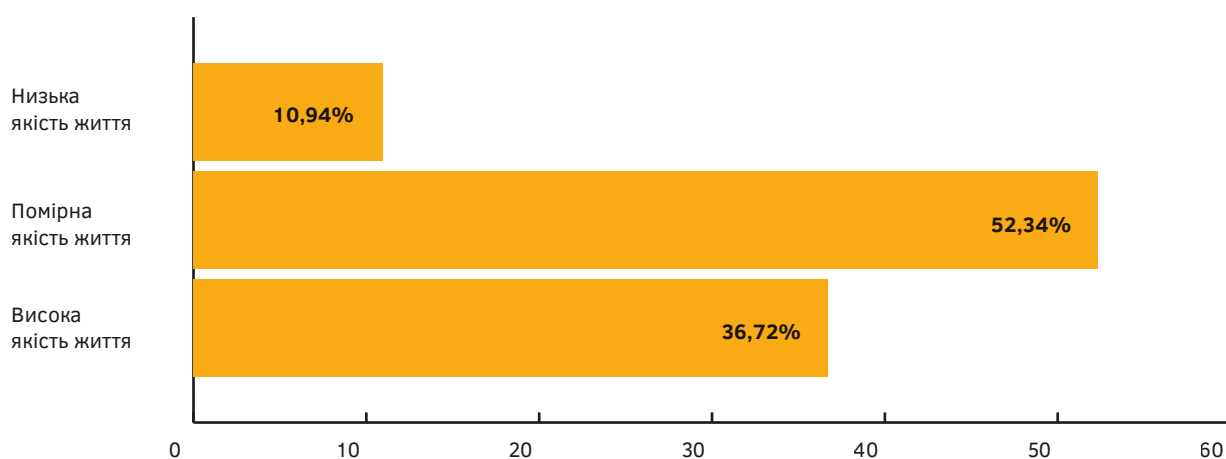


Рисунок 17. Оцінка соціальних відносин респондентів ОКЛ

Категорія оцінки	Базове опитування (n=128)	Повторне опитування (n=127)	Висновки
Низька якість життя	14 (10,94%)	3 (2,36%)	Відбулося зменшення кількості респондентів із низьким рівнем соціальних відносин.
Помірна якість життя	67 (52,34%)	22 (17,32%)	Спостерігається різке скорочення частки осіб із помірним рівнем задоволеності соціальними відносинами.
Висока якість життя	47 (36,72%)	102 (80,31%)	Зафіксовано значне зростання кількості респондентів, які відзначають високий рівень соціального благополуччя.

Таблиця 13. Оцінка соціальних відносин респондентів ОКЛ

Порівняльний аналіз результатів базового та повторного опитування засвідчує виражене покращення соціальних відносин респондентів. Частка осіб із низькою якістю життя знизилася з 10,94% до 2,36%, а група з помірним рівнем – з 52,34% до 17,32%. Натомість відбулося істотне зростання кількості респондентів, які відзначають високий рівень задоволеності соціальними відносинами – з 36,72% до 80,31%.

Отже, отримані дані свідчать про позитивну динаміку у сфері соціальних взаємин, що може вказувати на посилення підтримки з боку оточення та кращу інтеграцію респондентів у соціальне середовище.

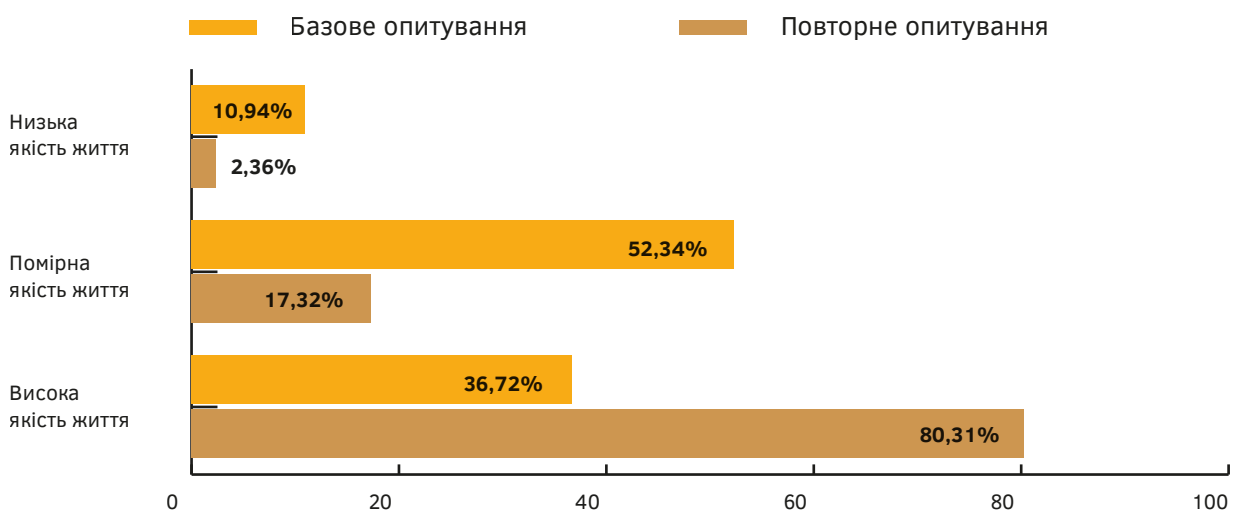


Рисунок 18. Оцінка соціальних відносин респондентів ОКЛ (BL+FU)

Оцінюючи соціальні відносини респондентів ЛП з'ясувалось, що 25 респондентів (19,53%) мають низьку якість життя у цій сфері. 43 опитаних (33,59%) повідомили про помірну якість соціальних зв'язків. Натомість 60 осіб (46,88%) оцінили свої соціальні відносини як такі, що забезпечують високу якість життя.

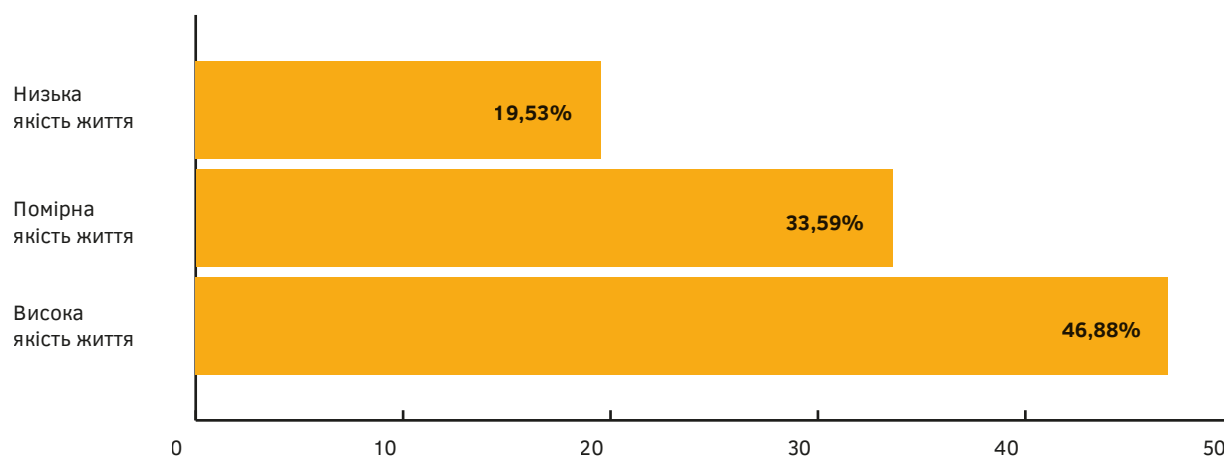


Рисунок 19. Оцінка соціальних відносин респондентів ЛП

Категорія оцінки	Базове опитування (n=128)	Повторне опитування (n=127)	Висновки
Низька якість життя	25 ос. (19,53%)	5 ос. (3,91%)	Частка респондентів із низьким рівнем якості життя через соціальні відносини зменшилася майже у 5 разів, що свідчить про покращення соціальної інтеграції та підтримки.
Помірна якість життя	43 ос. (33,59%)	33 ос. (25,78%)	Зменшення на 9,81% (10 осіб) демонструє позитивну тенденцію переходу частини респондентів із середнього до високого рівня якості життя за цим показником.
Висока якість життя	60 ос. (46,88%)	90 ос. (70,31%)	Кількість респондентів із високим рівнем значно зростає (на 30 осіб), що вказує на поліпшення якості соціальної взаємодії та задоволеності соціальним життям.

Таблиця 14. Оцінка соціальних відносин респондентів ЛП

Порівняння результатів базового та повторного опитування демонструє виразне покращення оцінки соціальних відносин серед респондентів. Частка осіб із низьким рівнем якості життя через свої соціальні відносини зменшилася майже у п'ять разів (з 19,53% до 3,91%), тоді як група з високим рівнем соціальної інтеграції зросла з 46,88% до 70,31%. Помірний рівень зменшився з 33,59% до 25,78%.

Таким чином, отримані дані вказують на позитивну динаміку у соціальній взаємодії та задоволеності соціальними відносинами, що може сприяти загальному підвищенню якості життя респондентів.

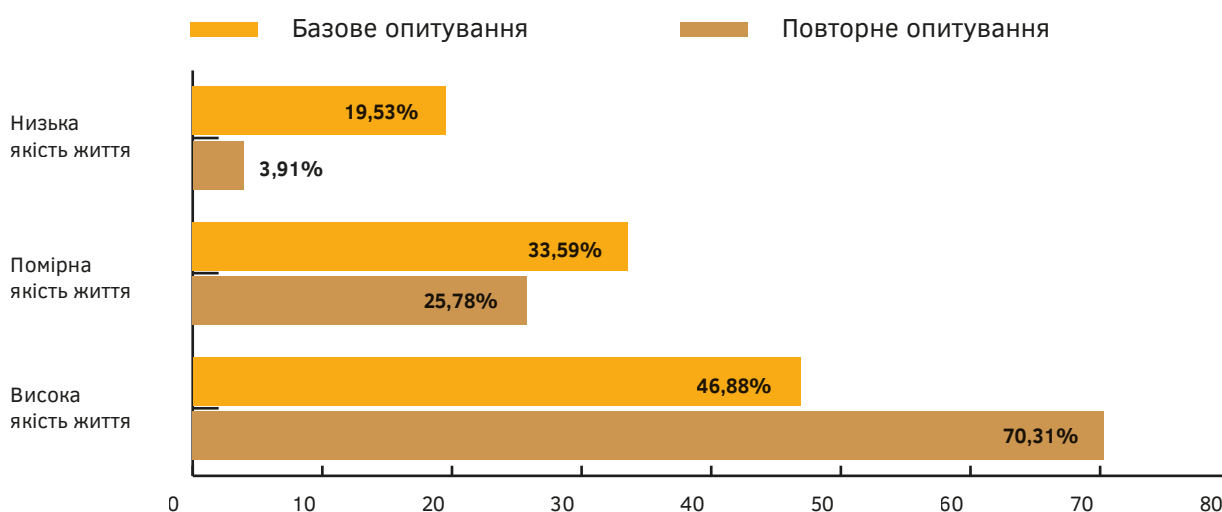


Рисунок 20. Оцінка соціальних відносин респондентів ЛП (BL+FU)

ОЦІНКА СЕРЕДОВИЩА РЕСПОНДЕНТІВ

Аналіз якості життя респондентів з урахуванням житлових умов, рівня безпеки, фінансової спроможності та доступності медичних послуг респондентів ОКЛ показав, що 10 осіб (7,81%) оцінюють свою якість життя як низьку за сукупністю зазначених факторів. Переважна частина учасників опитування – 74 респонденти (57,81%) визначили її як помірну. Натомість 44 особи (34,38%) відзначили високу якість життя, що свідчить про позитивний вплив навколишніх соціально-побутових умов.

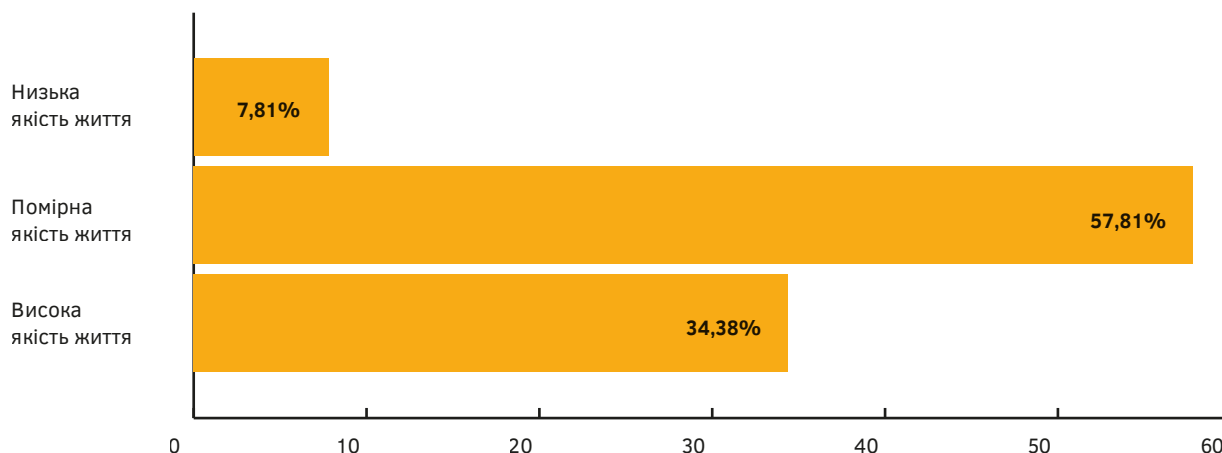


Рисунок 21. Оцінка середовища респондентів ОКЛ

Категорія оцінки	Базове опитування (n=128)	Повторне опитування (n=127)	Висновки
Низька якість життя	10 (7,81%)	5 (3,94%)	Відбулося зменшення частки респондентів із низькою оцінкою якості середовища.
Помірна якість життя	74 (57,81%)	23 (18,11%)	Значно скоротилася група респондентів із помірним рівнем задоволеності середовищем.
Висока якість життя	44 (34,38%)	99 (77,95%)	Зафіксовано суттєве зростання кількості респондентів із високим рівнем задоволеності середовищем.

Таблиця 15. Оцінка середовища респондентів ОКЛ

Порівняння даних базового та повторного опитування демонструє покращення сприйняття респондентами свого середовища. Кількість осіб із низькою оцінкою середовища зменшилася з 7,81% до 3,94%, з помірною оцінкою – з 57,81% до 18,11%. Водночас відбулося значне зростання кількості респондентів, які високо оцінюють свою якість життя – з 34,38% до 77,95%. Таким чином, повторне опитування демонструє покращення сприйняття умов життєдіяльності, що свідчить про підвищення комфорту та задоволеності респондентів своїм середовищем.

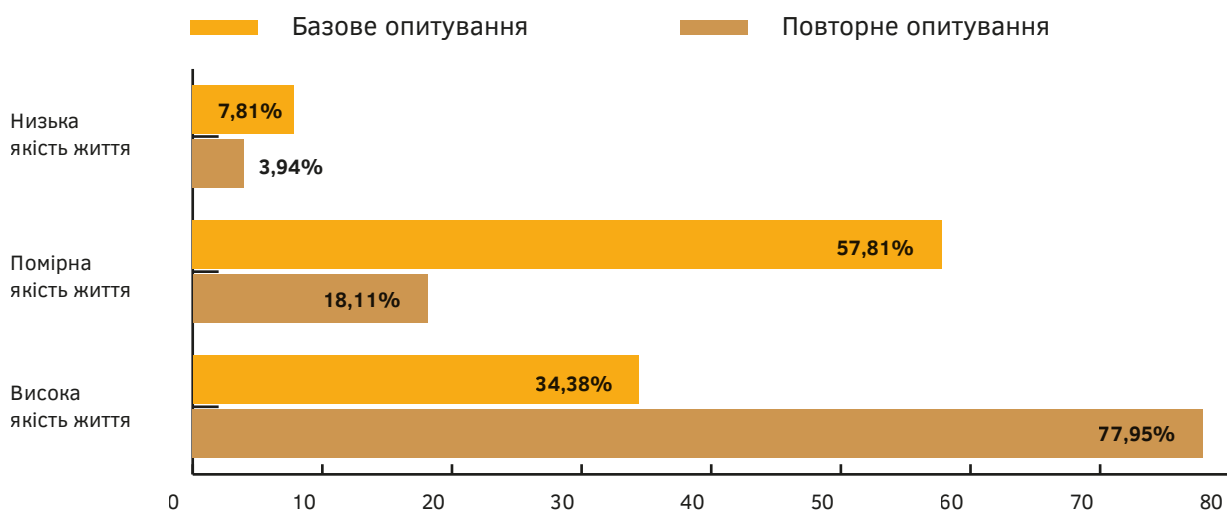


Рисунок 22. Оцінка середовища респондентів ОКЛ (BL+FU)

Оцінка якості життя респондентів ЛП з урахуванням таких факторів, як житлові умови, рівень безпеки, фінансова спроможність та доступ до медичних послуг виявила наступне: 13 осіб (10,16%) повідомили про низьку якість життя за сукупністю цих показників. Більшість опитаних – 74 респондента (57,81%) охарактеризували свою якість життя як помірну. Водночас 41 особа (32,03%) повідомила про високу якість життя, зумовлену задовільними умовами в зазначених сферах.

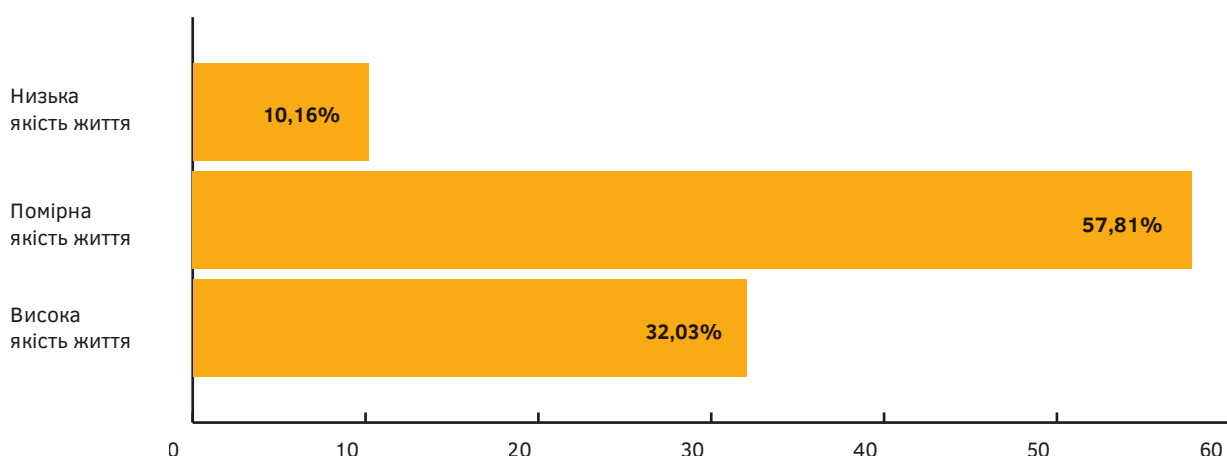


Рисунок 23. Оцінка середовища респондентів ЛП

Категорія оцінки	Базове опитування (n=128)	Повторне опитування (n=127)	Висновки
Низька якість життя	13 ос. (10,16%)	3 ос. (2,34%)	Спостерігається зменшення кількості респондентів із низьким рівнем оцінки якості життя майже у 4,5 рази.
Помірна якість життя	74 ос. (57,81%)	37 ос. (28,91%)	Зменшення на 37 осіб відображає перехід респондентів від помірної якості життя до високої.
Висока якість життя	41 ос. (32,03%)	88 ос. (68,75%)	Кількість респондентів із високою якістю життя майже подвоїлася, що свідчить про позитивну динаміку у сприйнятті середовища.

Таблиця 16. Оцінка середовища респондентів ЛП

Аналіз повторного опитування показує підвищення рівня задоволеності респондентів умовами їхнього середовища. Частка осіб із низьким рівнем оцінки середовища зменшилася з 10,16% до 2,34%, а група з високим рівнем зростає з 32,03% до 68,75%. Помірний рівень зменшився з 57,81% до 28,91%, що вказує на перехід значної частини респондентів із середньої категорії до високого рівня оцінки навколишніх умов.

Отже, результати свідчать про покращення сприйняття якості навколишнього середовища та зростання задоволеності умовами життя серед учасників дослідження.

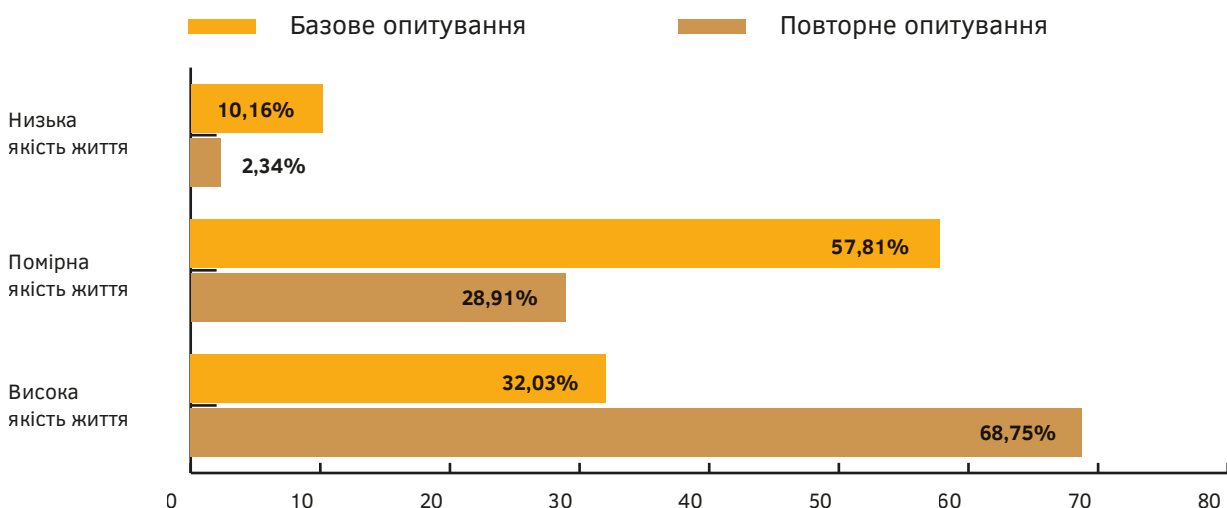


Рисунок 24. Оцінка середовища респондентів ЛП (BL+FU)

4. ЯКІСТЬ ЖИТТЯ РЕСПОНДЕНТІВ –SHORT FORM HEALTH SURVEY

Якість життя респондентів, обумовлену станом здоров'я, оцінювали за допомогою скороченої версії стандартизованого опитувальника SF-36.

ДОСЛІДЖЕННЯ ФІЗИЧНОГО КОМПОНЕНТУ (PCS) – ПАЦІЄНТИ ОКЛ

Аналіз фізичного компонента продемонстрував, що високий рівень якості життя спостерігається у 12 респондентів (9,38%). Основна частина учасників дослідження – 99 осіб (77,34%) охарактеризували свою якість життя, зумовлену фізичним станом, як помірну. Низький рівень фізичного компонента якості життя зафіксовано у 17 респондентів (13,28%). Залишається відсутньою категорія дуже низької якості життя за цим компонентом.

Категорія оцінки	Базове опитування (n=128)	Повторне опитування (n=127)	Висновки
Дуже висока якість життя	0 ос. (0%)	1 ос. (0,79%)	З'явився 1 респондент із максимально високою оцінкою фізичного стану.
Висока якість життя	12 ос. (9,38%)	77 ос. (60,63%)	Відбулося суттєве зростання кількості респондентів із високим рівнем фізичного благополуччя.
Помірна якість життя	99 ос. (77,34%)	46 ос. (36,22%)	Значно зменшилася частка осіб із помірною оцінкою фізичного стану.
Низька якість життя	17 ос. (13,28%)	3 ос. (2,36%)	Відбулося зниження кількості респондентів із низьким рівнем фізичного здоров'я.

Таблиця 17. Оцінка фізичного стану здоров'я респондентів ОКЛ (PCS)

Отримані у ході повторного опитування дані демонструють виражене покращення фізичного компонента якості життя респондентів. Частка осіб із низькою та помірною якістю життя зменшилася, а кількість респондентів із високим рівнем фізичного благополуччя значно зросла. Невелика частка респондентів оцінює своє фізичне здоров'я як дуже високе, тоді як категорія дуже низької якості життя залишається відсутньою. Тож з огляду на отриманні дані, відзначається значне покращення фізичного стану респондентів та підвищення їхнього загального благополуччя.

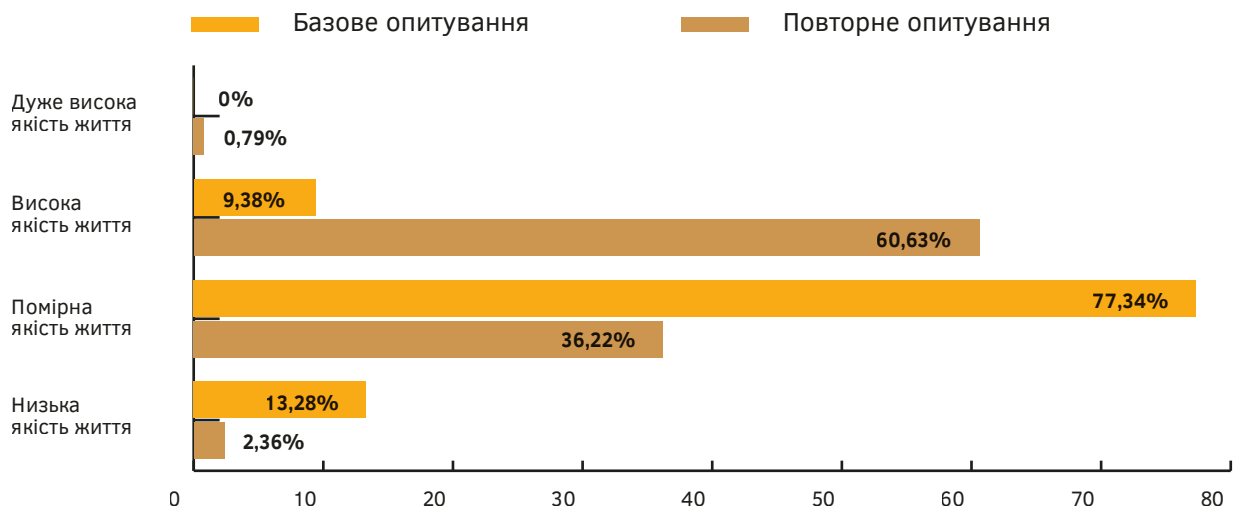


Рисунок 25. Оцінка фізичного стану здоров'я респондентів ОКЛ (PCS) (BL+FU)

ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХІЧНОГО КОМПОНЕНТУ (MCS) – ПАЦІЄНТИ ОКЛ

Результати оцінювання психічного компоненту якості життя свідчать, що лише 1 респондент (0,78%) зазначив дуже високий рівень за цим показником. Високу якість життя, пов'язану з психоемоційним станом, відзначили 48 осіб (37,50%). Більшість учасників дослідження – 77 респондентів (60,16%) охарактеризували свій психічний стан як такий, що забезпечує помірну якість життя. У той же час, 2 особи (1,56%) повідомили про низький рівень якості життя, зумовлений психоемоційними труднощами.

Категорія оцінки	Базове опитування (n=128)	Повторне опитування (n=127)	Висновки
Дуже висока якість життя	1 ос. (0,78%)	3 ос. (2,36%)	Невелике зростання частки респондентів із дуже високим рівнем психічного благополуччя.
Висока якість життя	48 ос. (37,50%)	98 ос. (77,17%)	Відбулося суттєве збільшення кількості респондентів, які відзначають високий рівень психічного здоров'я.
Помірна якість життя	77 ос. (60,16%)	22 ос. (17,32%)	Значно скоротилася група осіб із помірною оцінкою психічного стану.
Низька якість життя	2 ос. (1,56%)	3 ос. (2,36%)	Незначне зростання респондентів із низьким рівнем психічного благополуччя.
Дуже низька якість життя	0 ос. (0,00%)	1 ос. (0,79%)	У повторному опитуванні з'явився 1 респондент з дуже низькою оцінкою психічного стану.

Таблиця 18. Оцінка психічного стану здоров'я респондентів ОКЛ (MCS)

Отриманні результати повторного дослідження свідчать про вагоме покращення психічного компоненту якості життя респондентів. Частка осіб із високим рівнем психічного благополуччя значно зросла, тоді як група з помірною оцінкою психічного стану суттєво скоротилася. Водночас, незначні зміни спостерігаються у категоріях низької та дуже низької якості життя.

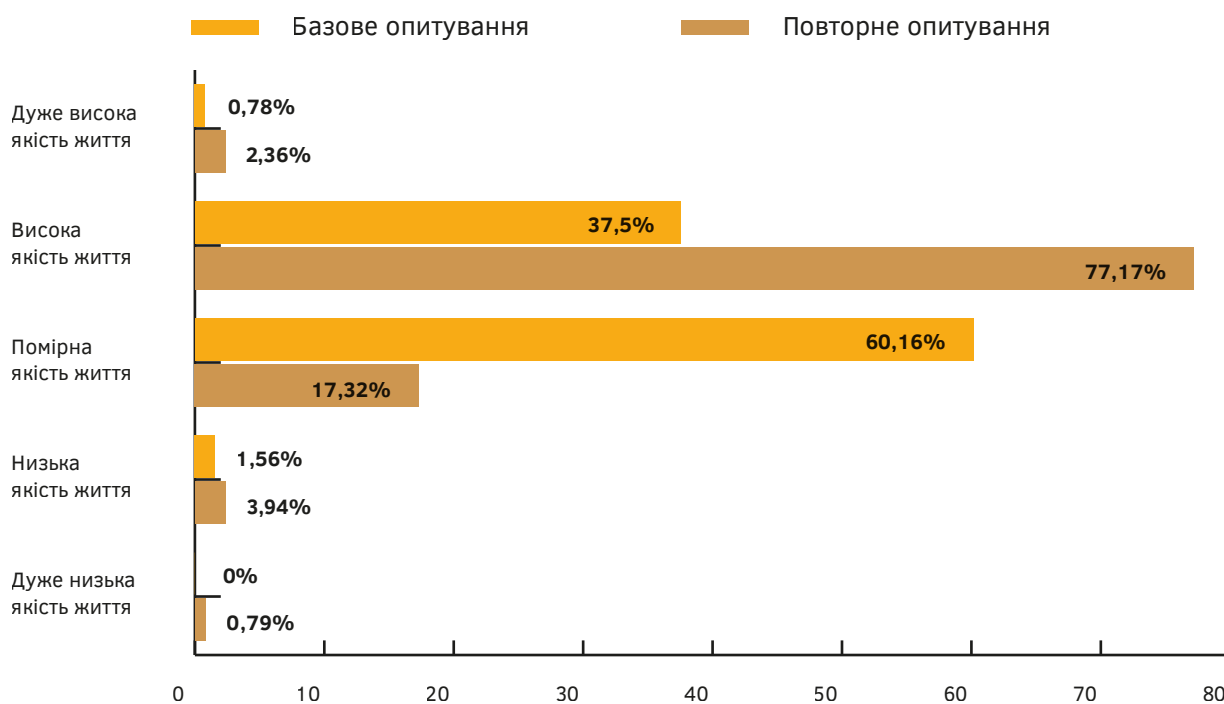


Рисунок 26. Оцінка психічного стану здоров'я респондентів ОКЛ (MCS) (BL+FU)

ДОСЛІДЖЕННЯ ФІЗИЧНОГО КОМПОНЕНТУ (PCS) – ПАЦІЄНТИ ЛП

Результати оцінки фізичного компонента якості життя засвідчили, що дуже високий рівень якості життя мають 3 респонденти (2,34%). Високу якість життя за цим показником відзначили 100 осіб (78,13%). У 25 опитаних (19,53%) якість життя, пов'язана з фізичним здоров'ям, була на помірному рівні. У категоріях «низька якість життя» та «дуже низька якість життя» респонденти відсутні як на базовому, так і на повторному інтерв'ю.

Категорія оцінки	Базове опитування (n=128)	Повторне опитування (n=127)	Висновки
Дуже висока якість життя	3 (2,34%)	1 (0,78%)	Незначне зменшення кількості респондентів у цій категорії, показник залишається низьким.
Висока якість життя	100 (78,13%)	117 (91,41%)	Зростання респондентів із високою якістю життя, що свідчить про покращення фізичного стану.
Помірна якість життя	25 (19,53%)	10 (7,81%)	Зменшення більш ніж удвічі, що підтверджує перехід частини респондентів до групи з вищою якістю життя.

Таблиця 19. Оцінка фізичного стану здоров'я респондентів ЛП (PCS)

Порівняння даних базового та повторного опитування засвідчує суттєве покращення фізичного стану респондентів. Частка осіб із високим рівнем якості життя зросла з 78,13% до 91,41%, що вказує на домінування цієї категорії серед учасників дослідження. Водночас кількість респондентів із помірною якістю життя зменшилася більш ніж удвічі (з 19,53% до 7,81%). Показники низької та дуже низької якості життя залишаються відсутніми, що додатково свідчить про стабільно сприятливу картину фізичного здоров'я респондентів. Незважаючи на невелике скорочення групи з дуже високим рівнем (з 2,34% до 0,78%), загальна тенденція є чітко позитивною та характеризується загальним підвищенням фізичного благополуччя.

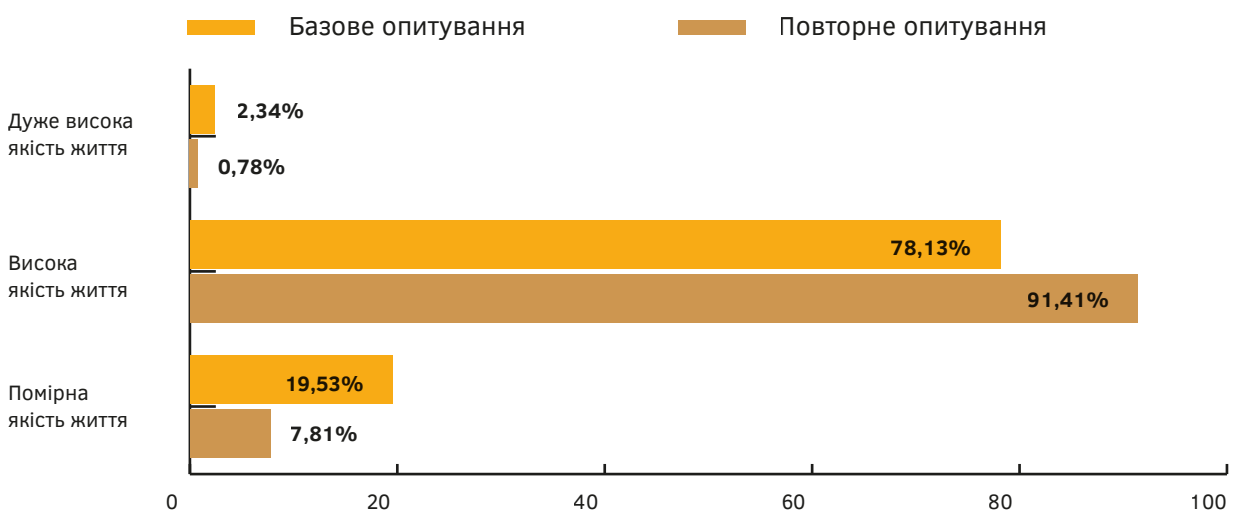


Рисунок 27. Оцінка фізичного стану здоров'я респондентів ЛП (PCS) (BL+FU)

ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХІЧНОГО КОМПОНЕНТУ (MCS) – ПАЦІЄНТИ ЛП

Аналіз оцінки психічного компонента якості життя демонструє, що лише 3 респонденти (2,34%) мають дуже високий рівень життя за цим показником. Високу якість життя, пов'язану з психо-емоційним станом, відзначили 56 осіб (43,75%). Найбільша частка – 65 респондентів (50,78%) охарактеризували свій психічний стан як такий, що забезпечує помірну якість життя. Водночас, 4 особи (3,13%) повідомили про низький рівень якості життя за цим компонентом. У категорії «дуже низька якість життя» респонденти відсутні як на базовому, так і на повторному інтерв'ю.

Категорія оцінки	Базове опитування (n=128)	Повторне опитування (n=127)	Висновки
Дуже висока якість життя	3 (2,34%)	1 (0,78%)	Незначне зменшення, показник залишається низьким.
Висока якість життя	56 (43,75%)	72 (56,25%)	Відбулося зростання на 15,5% (16 осіб), що свідчить про покращення психічного стану респондентів.
Помірна якість життя	65 (50,78%)	52 (40,63%)	Кількість респондентів зменшилася на 10,15% (13 осіб), що вказує на перехід частини до групи з вищим рівнем якості життя.
Низька якість життя	4 (3,13%)	3 (2,34%)	Незначне скорочення, категорія залишається малочисельною.

Таблиця 20. Оцінка психічного стану здоров'я респондентів ЛП (MCS)

Дані двох етапів опитування засвідчують позитивні зрушення у психічному благополуччі респондентів. Частка осіб із високим рівнем якості життя зросла з 43,75% до 56,25%, тоді як кількість респондентів із помірним рівнем зменшилася з 50,78% до 40,63%. Це вказує на поступовий перехід частини учасників дослідження до більш сприятливої категорії. Низький та дуже низький рівні залишаються малочисельними або повністю відсутніми. Незважаючи на незначне скорочення групи з дуже високим рівнем якості життя, загальна тенденція характеризується покращенням психічного стану та зростанням благополуччя респондентів.

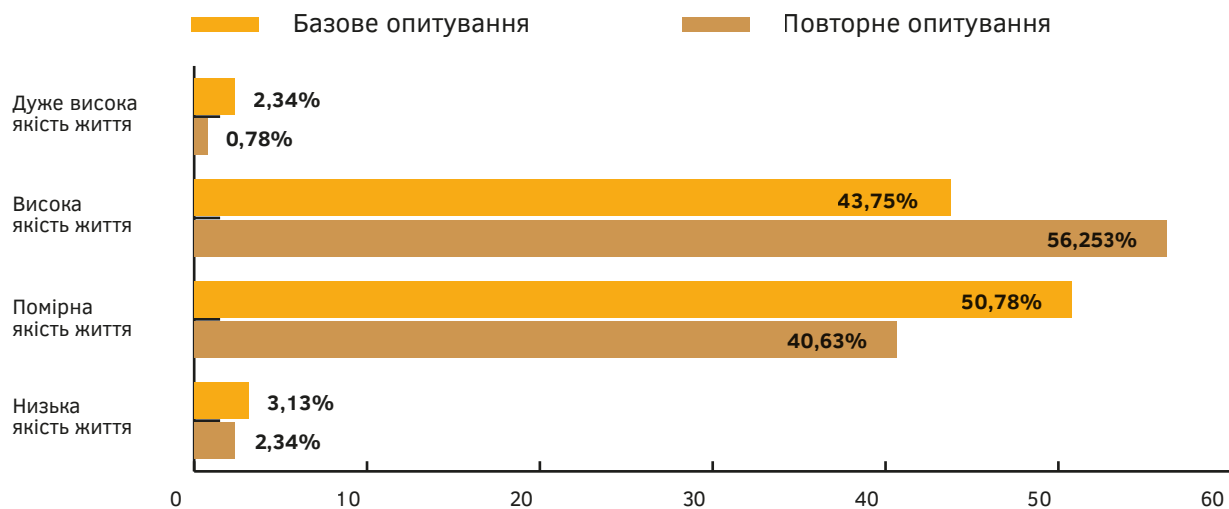


Рисунок 28. Оцінка психічного стану здоров'я респондентів ЛП (MCS) (BL+FU)

5. ОЦІНКА ТЯЖКОСТІ ДЕПРЕСИВНОГО СТАНУ – PATIENT HEALTH QUESTIONNAIRE-9

Для оцінювання рівня тяжкості депресивних симптомів у респондентів було застосовано опитувальник PHQ-9.

Згідно з отриманими результатами, з-поміж 128 опитаних осіб в ОКЛ, у 22 респондентів (17,19%) депресивні симптоми не виявлено; 95 осіб (74,22%) мають легкий ступінь депресії; у 8 респондентів (6,25%) спостерігається помірна депресія; 3 опитаних (2,34%) страждають на виражену депресію.

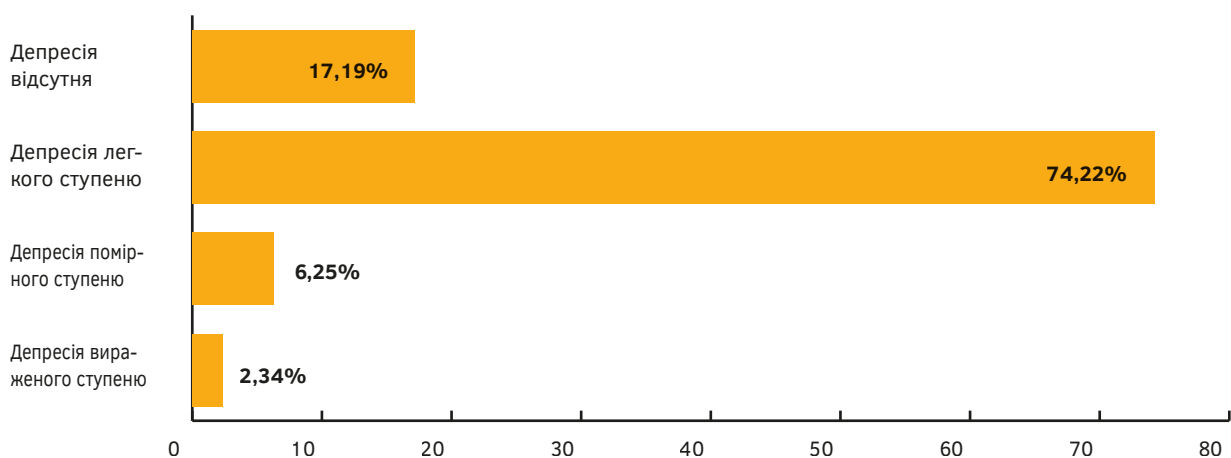


Рисунок 29. Визначення ступеню важкості депресії у пацієнтів ОКЛ

Ступінь депресії	Базове опитування (n=128)	Повторне опитування (n=127)	Висновки
Депресія відсутня	22 ос. (17,19%)	91 ос. (71,65%)	Значне зростання частки респондентів без ознак депресії.
Депресія легкого ступеню	95 ос. (74,22%)	36 ос. (28,35%)	Частка респондентів із легкою депресією значно зменшилася.
Депресія помірного ступеню	8 ос. (6,25%)	0 ос. (0,00%)	Група відсутня в повторному опитуванні.
Депресія вираженого ступеню	3 ос. (2,34%)	0 ос. (0,00%)	Група відсутня в повторному опитуванні.

Таблиця 21. Визначення ступеню важкості депресії у пацієнтів ОКЛ

Порівняльний аналіз результатів базового та повторного опитування свідчить про значне зниження рівня важкості депресивних симптомів у респондентів. Частка осіб без ознак депресії значно зросла з 17,19% до 71,65%, тоді як кількість респондентів із легкою депресією скоротилася з 74,22% до 28,35%. Категорії помірного (6,25%) та вираженого ступеня депресії (2,34%) у повторному опитуванні відсутні, що свідчить про покращення психоемоційного стану та зниження рівня депресії серед учасників дослідження.

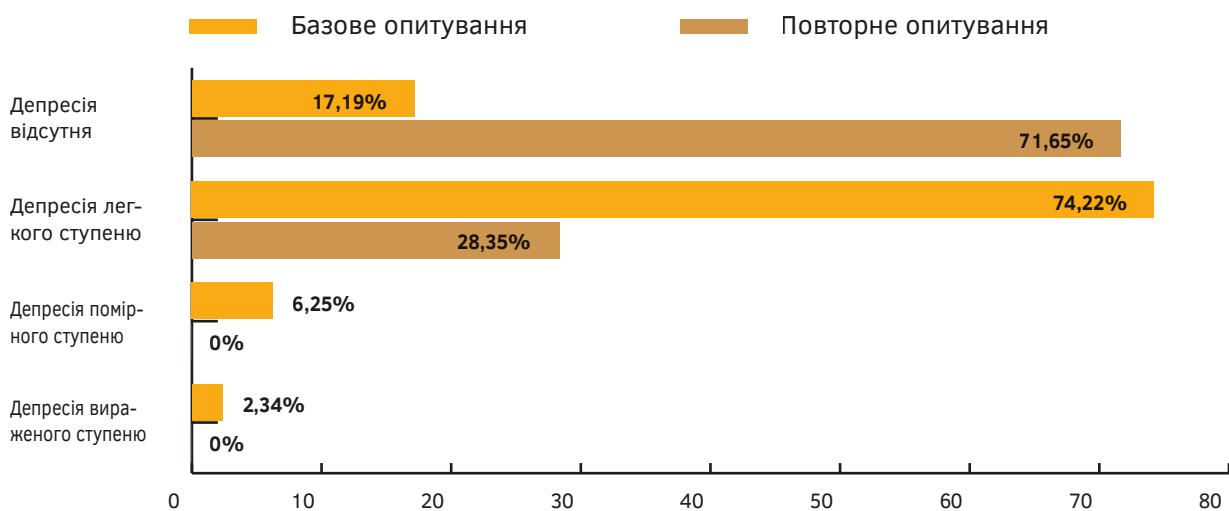


Рисунок 30. Визначення ступеню важкості депресії у пацієнтів ОКЛ (BL+FU)

На підставі отриманих даних встановлено, що серед 128 опитаних осіб у ЛП у 14 респондентів (10,94%) депресія відсутня; 38 респондентів (29,69%) мають легкий ступінь депресії; у 50 осіб (39,06%) виявили депресію помірного ступеня; 25 респондентів (19,53%) характеризуються наявністю вираженої депресії, тоді як у 1 респондента (0,78%) зафіксовано депресію важкого ступеня.

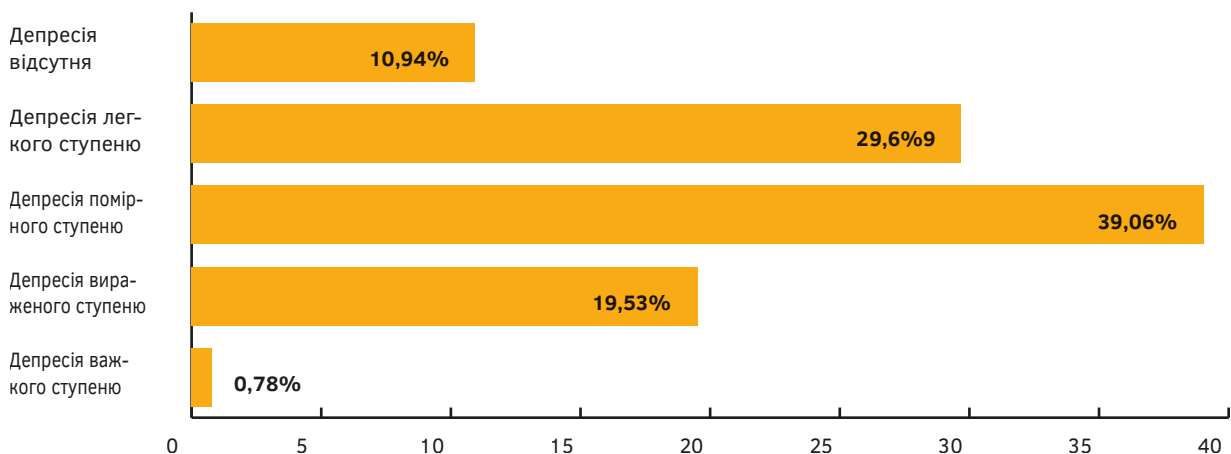


Рисунок 31. Визначення ступеню важкості депресії у пацієнтів ЛП

Ступінь депресії	Базове опитування (n=128)	Повторне опитування (n=127)	Висновки
Депресія відсутня	14 (10,94%)	33 (25,78%)	Кількість респондентів без ознак депресії зросла більше, ніж удвічі.
Депресія легкого ступеню	38 (29,69%)	71 (55,47%)	Значне зростання на 25,78% (33 особи), що може вказувати на перехід частини респондентів із помірних та виражених форм депресії у легший ступінь.
Депресія помірного ступеню	50 (39,06%)	18 (14,06%)	Відбулося суттєве зменшення на 25% (32 особи).
Депресія вираженого ступеню	25 (19,53%)	6 (4,69%)	Значне скорочення (майже у 4 рази), що свідчить про зменшення тяжких проявів депресії.
Депресія важкого ступеню	1 (0,78%)	0 (0,00%)	Повна відсутність випадків важкої депресії.

Таблиця 22. Визначення ступеню важкості депресії у пацієнтів ЛП

Отримані результати порівняльного дослідження вказують на підвищення рівня психічного компоненту здоров'я респондентів. Частка осіб без ознак депресії збільшилася з 10,94% до 25,78%, а кількість респондентів із легким ступенем депресії зросла з 29,69% до 55,47%, що вказує на перехід частини учасників із помірних та виражених форм депресії у легшу категорію. Водночас помірний ступінь зменшився з 39,06% до 14,06%, виражений ступінь – з 19,53% до 4,69%, а важкі форми депресії зникли (з 0,78% до 0,00%). Отже, результати демонструють зниження поширеності помірних і тяжких форм депресії та підвищення рівня психоемоційного благополуччя респондентів.

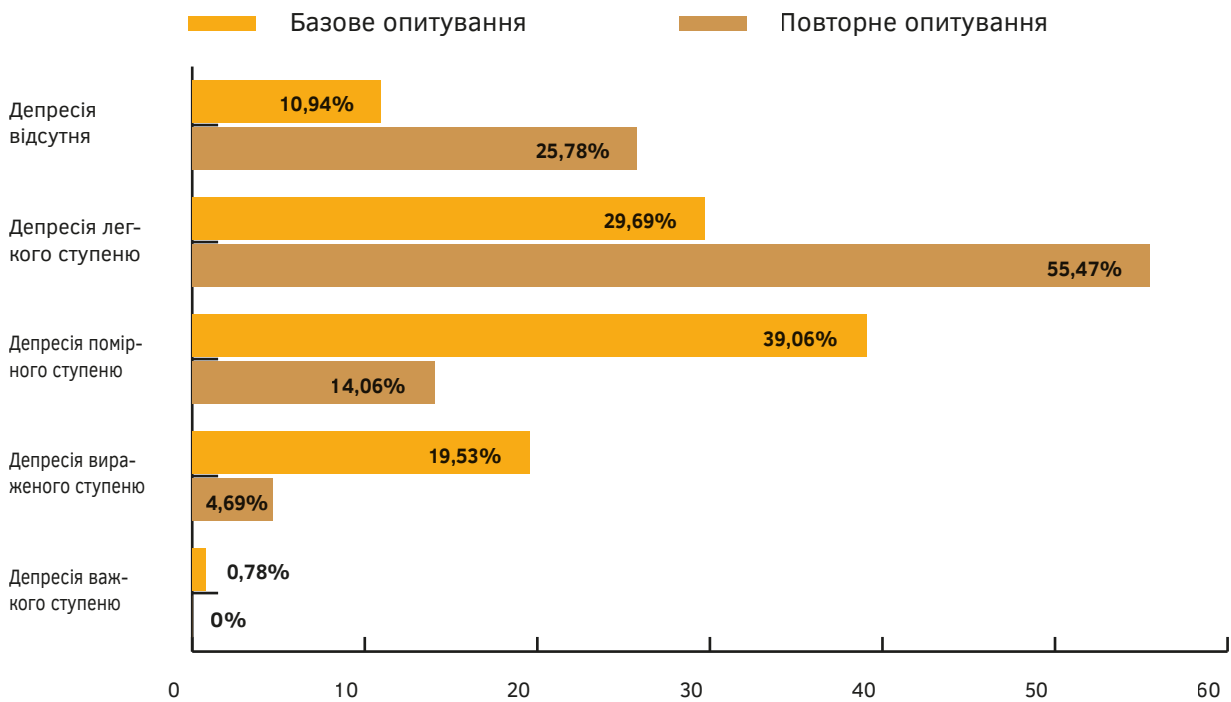


Рисунок 32. Визначення ступеню важкості депресії у пацієнтів ЛП (BL+FU)

6. ОЦІНКА ВИРАЖЕНОСТІ СИМПТОМІВ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ – POSTTRAUMATIC STRESS DISORDER CHECKLIST FOR DSM-5

З метою оцінки вираженості симптомів посттравматичного стресового розладу (ПТСР) було використано стандартизований опитувальник PCL-5, який відповідає діагностичним критеріям DSM-5. Згідно з результатами оцінки за опитувальником PCL-5 у пацієнтів ОКЛ, симптоми посттравматичного стресового розладу були зафіксовані у 59 (46,09%) респондентів, тоді як у 69 (53,91%) осіб такі симптоми не виявлено.

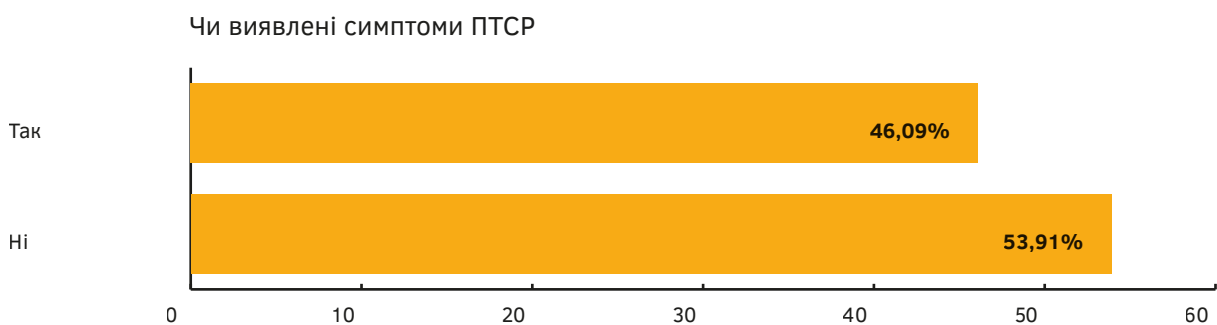


Рисунок 33. Визначення симптомів посттравматичного стресового розладу (ПТСР) у пацієнтів ОКЛ

Симптоми ПТСР	Базове опитування (n=128)	Повторне опитування (n=127)	Висновки
Симптоми ПТСР не виявлені	69 ос. (53,91%)	108 ос. (85,04%)	Частка респондентів без симптомів ПТСР значно зросла.
Виявлені симптоми ПТСР	59 ос. (46,09%)	19 ос. (14,96%)	Значно зменшилася група респондентів із наявними симптомами ПТСР.

Таблиця 23. Визначення симптомів посттравматичного стресового розладу (ПТСР) у пацієнтів ОКЛ.

Згідно отриманих даних простежується чітка позитивна динаміка щодо зниження проявів симптомів ПТСР у респондентів.

Частка осіб, у яких симптоми ПТСР не виявлені, зросла з 53,91% до 85,04%, тоді як частка респондентів із наявними симптомами зменшилася з 46,09% до 14,96%. Це свідчить про значне зниження проявів симптомів посттравматичного стресового розладу та покращення психоемоційного стану учасників дослідження.

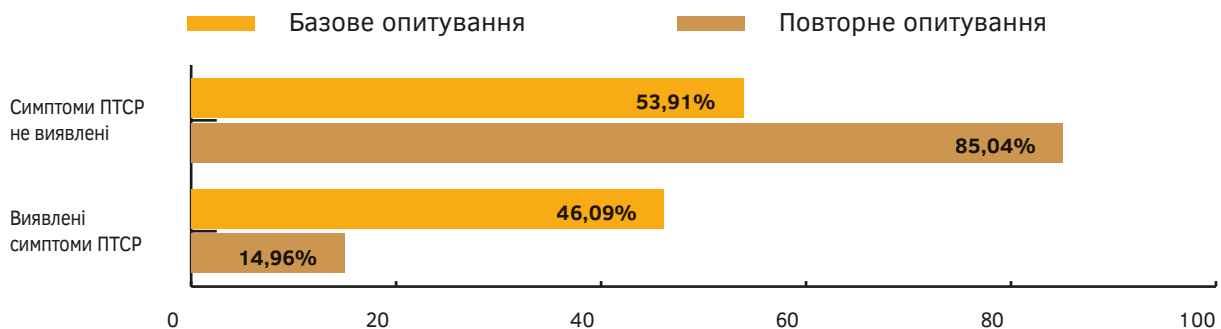


Рисунок 34. Визначення симптомів посттравматичного стресового розладу (ПТСР) у пацієнтів ОКЛ (BL+FU)

Відповідно до результатів опитувальника PCL-5, у 78 опитаних пацієнтів ЛП (60,94%) виявлено симптоми посттравматичного стресового розладу, тоді як у 50 осіб (39,06%) такі симптоми відсутні.

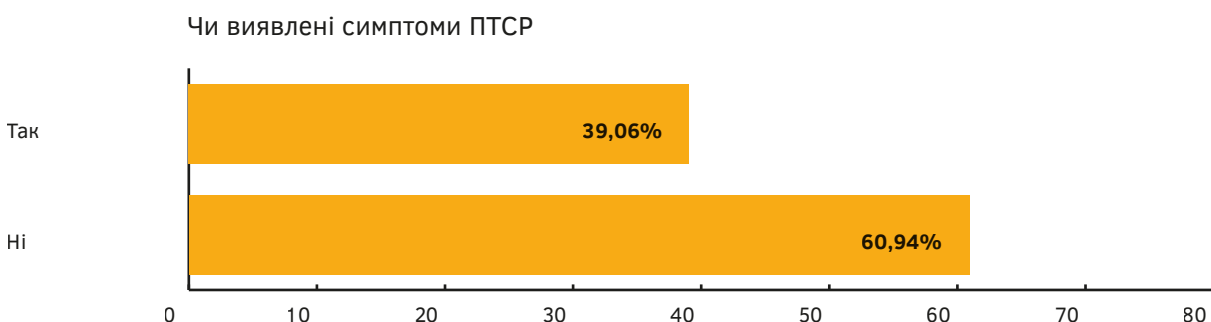


Рисунок 35. Визначення симптомів посттравматичного стресового розладу (ПТСР) у пацієнтів ЛП

Симптоми ПТСР	Базове опитування (n=128)	Повторне опитування (n=127)	Висновки
Симптоми ПТСР не виявлені	50 (39,06%)	92 (71,88%)	Кількість респондентів без симптомів ПТСР майже подвоїлася, що підтверджує позитивну динаміку покращення психічного здоров'я.
Виявлені симптоми ПТСР	78 (60,94%)	36 (28,13%)	Спостерігається значне зменшення кількості респондентів із симптомами ПТСР, що свідчить про покращення психоемоційного стану.

Таблиця 24. Визначення симптомів посттравматичного стресового розладу (ПТСР) у пацієнтів ЛП

Отримані результати порівняльного дослідження свідчать про зниження проявів симптомів ПТСР серед респондентів. Частка респондентів із виявленими симптомами зменшилася з 60,94% до 28,13%, тоді як кількість осіб без симптомів ПТСР зросла з 39,06% до 71,88%.

Отже, результати демонструють суттєве зниження поширеності симптомів ПТСР серед учасників дослідження, що свідчить про покращення психічного здоров'я та підвищення рівня психоемоційного благополуччя у вибірці.

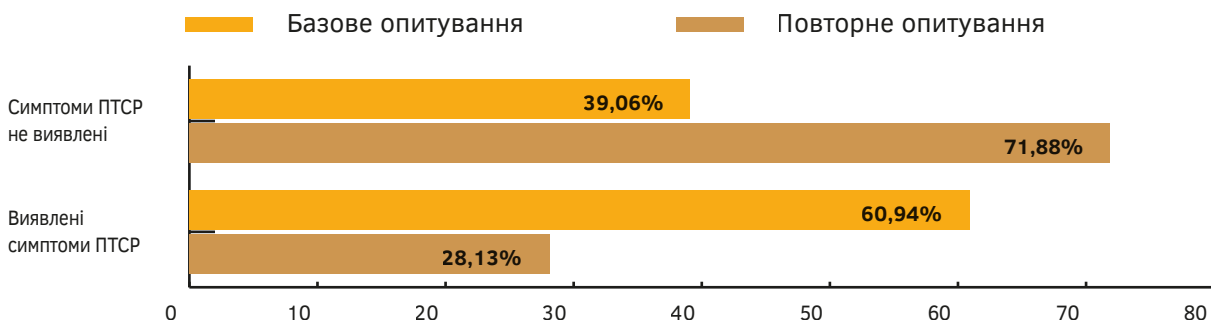


Рисунок 36. Визначення симптомів посттравматичного стресового розладу (ПТСР) у пацієнтів ЛП (BL+FU)

7. ОЦІНКА СТУПЕНЮ ВИРАЖЕНОСТІ ПОСТКОНТУЗІЙНИХ ТА НЕЙРОПОВЕДІНКОВИХ СИМПТОМІВ – NEUROBEHAVIORAL SYMPTOM INVENTORY

Для кількісної оцінки ступеню вираженості постконтузійних та нейроповедінкових симптомів у досліджуваних було застосовано стандартизований опитувальник NSI.

За результатами оцінювання, більшість респондентів – 62 особи (48,44%) характеризувалися низьким рівнем постконтузійних симптомів; помірний рівень виявлено у 16 осіб (12,50%), а високий у 50 респондентів (39,06%)

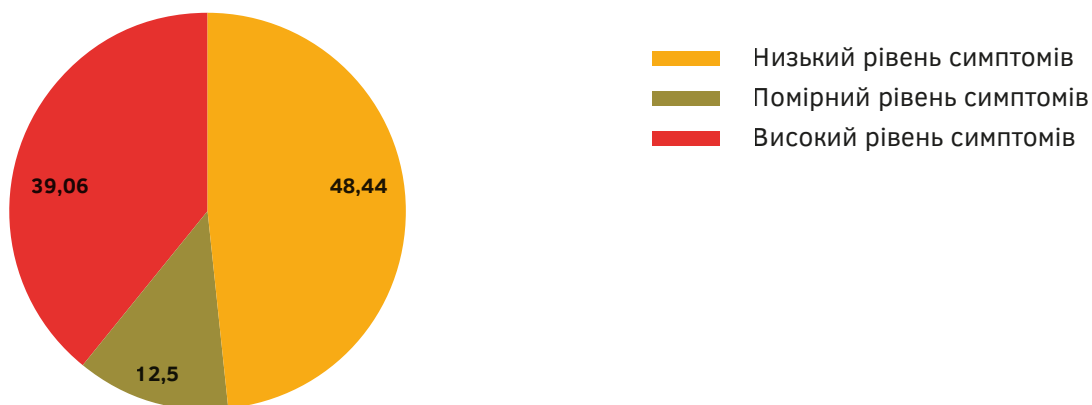


Рисунок 37. Оцінка рівня постконтузійних та нейроповедінкових симптомів у пацієнтів ОКЛ

Категорія оцінки	Базове опитування (n=128)	Повторне опитування (n=127)	Висновки
Низький рівень симптомів	62 ос. (48,44%)	103 ос. (81,10%)	Частка респондентів із низьким рівнем симптомів значно зросла.
Помірний рівень симптомів	16 ос. (12,50%)	11 ос. (8,66%)	Невелике зменшення респондентів із помірним рівнем симптомів.
Високий рівень симптомів	50 ос. (39,06%)	13 ос. (10,24%)	Значне зниження кількості респондентів із високим рівнем постконтузійних симптомів.

Таблиця 25. Вираженість постконтузійних та нейроповедінкових симптомів у пацієнтів ОКЛ

Оцінюючи результати базового та повторного опитування можна простежити виражену позитивну динаміку щодо зменшення постконтузійних та нейроповедінкових симптомів у респондентів. Частка осіб із низьким рівнем симптомів зросла з 48,44% до 81,10%, тоді як частка респондентів із помірним рівнем симптомів зменшилася з 12,50% до 8,66%. Кількість респондентів із симптомами високого рівня знизилася з 39,06% до 10,24%, що свідчить про значне покращення стану здоров'я та зменшення вираженості постконтузійних проявів серед учасників дослідження.

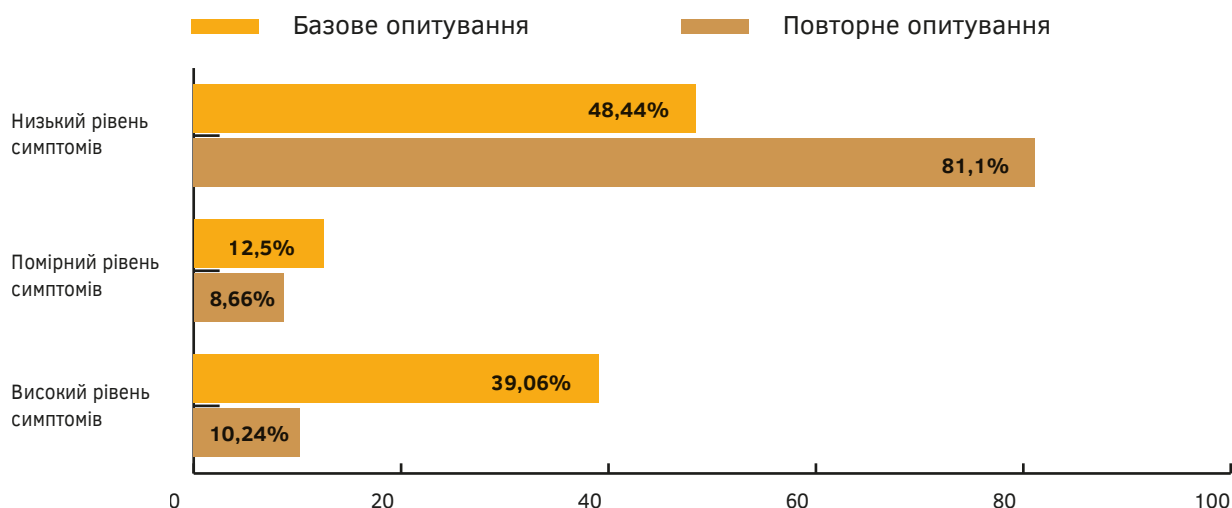


Рисунок 38. Оцінка рівня постконтузійних та нейроповедінкових симптомів у пацієнтів ОКЛ (BL+FU)

Переважна частина респондентів ЛП – 67 осіб (52,34%) мають високий рівень постконтузійних симптомів; 33 респондента (25,78%) помірний рівень; 28 респондентів (21,88%) – низький.

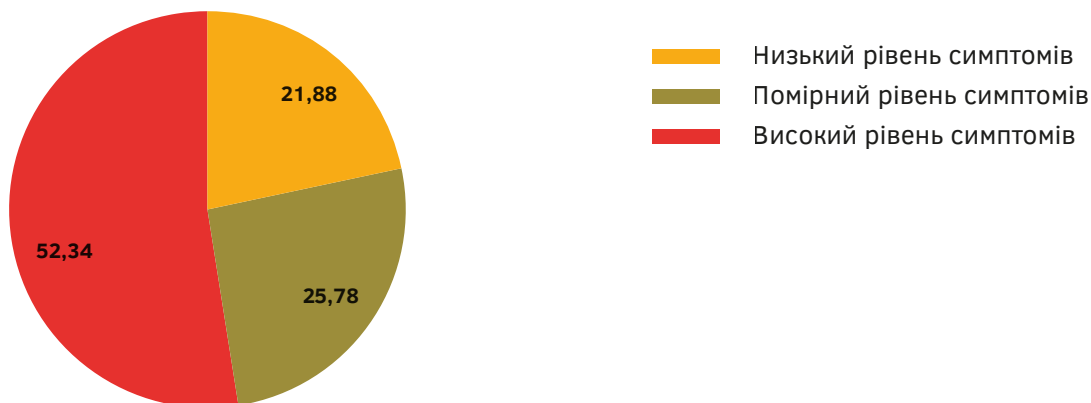


Рисунок 39. Оцінка рівня постконтузійних та нейроповедінкових симптомів у пацієнтів ЛП

Категорія оцінки	Базове опитування (n=128)	Повторне опитування (n=127)	Висновки
Низький рівень симптомів	28 (21,88%)	61 (47,66%)	Частка респондентів із низьким рівнем симптомів суттєво зросла, що свідчить про покращення стану респондентів.
Помірний рівень симптомів	33 (25,78%)	33 (25,78%)	Показник залишився незмінним, що вказує на стабільність середнього рівня симптомів у частини вибірки.
Високий рівень симптомів	67 (52,34%)	34 (26,56%)	Частка респондентів із високим рівнем симптомів зменшилася удвічі, що демонструє позитивну динаміку стану.

Таблиця 26. Вираженість постконтузійних та нейроповедінкових симптомів у пацієнтів ЛП

Порівняльна оцінка результатів базового та повторного опитування підтверджує позитивну динаміку у вираженості постконтузійних симптомів. Частка осіб із низьким рівнем симптомів зросла з 21,88% до 47,66%, що майже вдвічі перевищує початковий показник. Помірний рівень симптомів залишився без змін (25,78%), що демонструє стабільність цього показника. Натомість частка респондентів із високим рівнем симптомів знизилася з 52,34% до 26,56%, тобто більш ніж удвічі.

Отримані дані свідчать про зменшення інтенсивності постконтузійних проявів та загальне покращення стану опитаних в результаті реабілітаційних заходів.

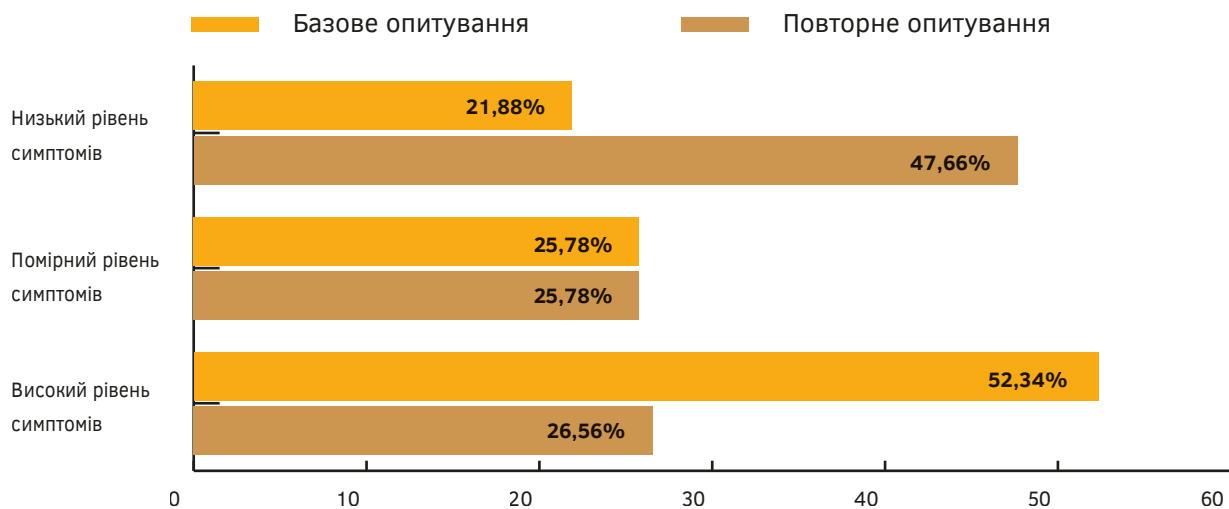


Рисунок 40. Оцінка рівня постконтузійних та нейроповедінкових симптомів у пацієнтів ЛП (BL+FU)

8. ПОРІВНЯННЯ ПОКАЗНИКІВ У РОЗРІЗІ ЗОЗ

Результати повторних опитувань у двох закладах демонструють виражене покращення якості життя та психоемоційного стану респондентів за всіма ключовими компонентами.

- У Центрі психічного здоров'я та реабілітації «Лісова поляна» спостерігається стабільне зростання частки респондентів із високим рівнем фізичного та психічного благополуччя, зниження поширеності депресивних проявів, ПТСР та постконтузійних симптомів. Особливо виражений прогрес за психологічним станом та покращенням соціальних відносин респондентів, де кількість осіб із високою якістю життя майже подвоїлася;
- Центрі фізичної та реабілітаційної медицини КНП «Обласна клінічна лікарня Івано-Франківської обласної ради» зафіксовано ще більш масштабні зміни: різке зростання частки респондентів із високими показниками фізичного та психічного здоров'я (у деяких випадках більш ніж утричі), значне зниження поширеності депресії, повна відсутність середніх і тяжких її форм, а також суттєве зменшення симптомів ПТСР та постконтузійної симптоматики.

В обох лікарнях спостерігається зменшення груп із низькими та високими рівнями якості життя по всім досліджуваним показникам та перехід більшості пацієнтів у категорію високої якості життя.

За інтегральними показниками більшої ефективності досягнуто в Центрі фізичної та реабілітаційної медицини КНП «Обласна клінічна лікарня Івано-Франківської обласної ради», де темпи зростання груп із високою якістю життя та зниження тяжких психоемоційних розладів були більш вираженими, хоча й Центр психічного здоров'я та реабілітації «Лісова поляна» продемонстрував суттєвий позитивний ефект у динаміці стану респондентів.

ОЦІНКА ФІЗИЧНОГО ЗДОРОВ'Я РЕСПОНДЕНТІВ (WHOQOL-BREF – «QUALITY OF LIFE QUESTIONNAIRE-26»)

Категорія	ЛП	ОКЛ	Порівняння тенденцій
Низька якість життя	Зменшення з 24,22% → 10,94% (-13,28%)	Зменшення з 15,63% → 4,72% (-10,91%)	Обидві лікарні демонструють покращення фізичного стану респондентів та зниження відчуття обмежень через свій стан. У ЛП стартовий відсоток був вищим, тому абсолютне зменшення більш помітне.
Помірна якість життя	Залишився стабільним: 57,81%	Значне зниження: 75,78% → 50,39% (-25,39%)	У ЛП середній рівень стабільний, тоді як у ОКЛ помірний рівень фізичного здоров'я значно знизився, що вказує на перехід респондентів до категорії з високим рівнем якості життя, зумовленого їх фізичним станом.
Висока якість життя	Зростання: 17,97% → 31,25% (+13,28%)	Зростання: 8,59% → 44,88% (+6,29%)	У ОКЛ спостерігається більш виражене покращення показника фізичного здоров'я: ріст категорії з високим рівнем якості життя майже в 5 разів, тоді як у лікарні ЛП зростання майже вдвічі.

Таблиця 27. Оцінка фізичного здоров'я респондентів

ОЦІНКА ПСИХОЛОГІЧНОГО ЗДОРОВ'Я РЕСПОНДЕНТІВ (WHOQOL-BREF – «QUALITY OF LIFE QUESTIONNAIRE-26»).

Категорія	ЛП	ОКЛ	Порівняння тенденцій
Низька якість життя	Зменшення з 24,22% → 5,47% (-18,75%)	Зменшення з 12,50% → 4,72% (-7,78%)	Обидві лікарні демонструють зменшення низького рівня якості життя респондентів пов'язаного з їх психологічним станом; у ЛП ці зміни виражені помітніше.
Помірна якість життя	Зменшення з 39,06% → 21,88% (-17,18%)	Зменшення з 67,97% → 18,90% (-49,07%)	В ОКЛ значна частина респондентів перейшла у категорію високого рівня якості життя.
Висока якість життя	Зростання з 36,72% → 72,66% (+35,94%)	Зростання з 19,53% → 76,38% (+56,85%)	В обох лікарнях суттєве зростання високого рівня психологічного благополуччя, особливо виражене в ОКЛ.

Таблиця 28. Оцінка психологічного здоров'я респондентів

ОЦІНКА СОЦІАЛЬНИХ ВІДНОСИН РЕСПОНДЕНТІВ (WHOQOL-BREF – «QUALITY OF LIFE QUESTIONNAIRE-26»)

Категорія	ЛП	ОКЛ	Порівняння тенденцій
Низька якість життя	Зменшення з 19,53% → 3,91% (-15,62%)	Зменшення з 10,94% → 2,36% (-8,58%)	У обох лікарнях зменшилась частка респондентів із низьким рівнем соціальної інтеграції, більш яскраво це простежується у ЛП.
Помірна якість життя	Зменшення з 33,59% → 25,78% (-7,81%)	Зменшення з 52,34% → 17,32% (-35,02%)	В ОКЛ кількість респондентів із середнім рівнем якості життя через свої соціальні відносини значно зменшилась, більшість респондентів перейшла у категорію високого рівня.
Висока якість життя	Зростання з 46,88% → 70,31% (+23,43%)	Зростання з 36,72% → 80,31% (+43,59%)	У обох лікарнях суттєве зростання високого рівня соціального благополуччя, особливо виражене в ОКЛ.

Таблиця 29. Оцінка соціальних відносин респондентів

ОЦІНКА СЕРЕДОВИЩА РЕСПОНДЕНТІВ (WHOQOL-BREF – «QUALITY OF LIFE QUESTIONNAIRE-26»)

Категорія	ЛП	ОКЛ	Порівняння тенденцій
Низька якість життя	Зменшення з 10,16% → 2,34% (-7,82%)	Зменшення з 7,81% → 3,94% (-3,87%)	У обох лікарнях частка респондентів із низькою оцінкою середовища зменшилась, більш різко у ЛП.
Помірна якість життя	Зменшення з 57,81% → 28,91% (-28,90%)	Зменшення з 57,81% → 18,11% (-39,70%)	В ОКЛ скорочення середнього рівня більш виражене, респонденти перейшли у категорію високого рівня якості життя.
Висока якість життя	Зростання з 32,03% → 68,75% (+36,72%)	Зростання з 34,38% → 77,95% (+43,57%)	У обох лікарнях помітне зростання високого рівня задоволеності середовищем, особливо в ОКЛ.

Таблиця 30. Оцінка середовища респондентів

**ЯКІСТЬ ЖИТТЯ РЕСПОНДЕНТІВ – SF-36 (SHORT FORM HEALTH SURVEY).
ДОСЛІДЖЕННЯ ФІЗИЧНОГО КОМПОНЕНТУ (PCS)**

Категорія	ЛП	ОКЛ	Порівняння тенденцій
Дуже висока якість життя	Зменшення з 2,34% → 0,78% (-1,56%)	Зростання з 0% → 0,79% (+0,79%)	У ЛП незначне зменшення, в ОКЛ з'явилася невелика група респондентів із максимально високою оцінкою.
Висока якість життя	Зростання з 78,13% → 91,41% (+13,28%)	Зростання з 9,38% → 60,63% (+51,25%)	У обох лікарнях суттєве збільшення високого рівня фізичного благополуччя, більш виражене в ОКЛ.
Помірна якість життя	Зменшення з 19,53% → 7,81% (-11,72%)	Зменшення з 77,34% → 36,22% (-41,12%)	В ОКЛ значна частка респондентів перейшла з категорії з помірною якістю життя у категорію з високою.
Низька якість життя	0% → 0% (0%)	Зменшення з 13,28% → 2,36% (-10,92%)	В ОКЛ зменшення кількості респондентів із низькою якістю життя зумовленою фізичним станом здоров'я.
Дуже низька якість життя	0% → 0% (0%)	0% → 0% (0%)	В обох лікарнях категорія відсутня.

Таблиця 31. Оцінка фізичного стану здоров'я респондентів (PCS.)

**ЯКІСТЬ ЖИТТЯ РЕСПОНДЕНТІВ – SF-36 (SHORT FORM HEALTH SURVEY).
ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХІЧНОГО КОМПОНЕНТУ (MCS)**

Категорія	ЛП	ОКЛ	Порівняння тенденцій
Дуже висока якість життя	Зменшення з 2,34% → 0,78% (-1,56%)	Зростання з 0,78% → 2,36% (+1,58%)	У ЛП незначне зменшення, в ОКЛ невелике зростання групи з дуже високим психічним благополуччям.
Висока якість життя	Зростання з 43,75% → 56,25% (+12,5%)	Зростання з 37,50% → 77,17% (+39,67%)	У обох лікарнях зростання високого рівня психічного здоров'я, більш виражене в ОКЛ.
Помірна якість життя	Зменшення з 50,78% → 40,63% (-10,15%)	Зменшення з 60,16% → 17,32% (-42,84%)	В ОКЛ значна частка респондентів перейшла з помірної категорії у високу, що свідчить про ефективне покращення психічного стану.
Низька якість життя	Зменшення з 3,13% → 2,34% (-0,79%)	Зростання з 1,56% → 2,36% (+0,8%)	Категорія залишається малочисельною у ЛФ, в ОКЛ невелике збільшення.
Дуже низька якість життя	0% → 0% (0%)	0% → 0,79% (+0,79%)	В ОКЛ з'явилася невелика група респондентів із дуже низькою оцінкою психічного стану; у ЛФ – відсутня.

Таблиця 32. Оцінка психічного стану здоров'я респондентів (MCS)

ОЦІНКА ТЯЖКОСТІ ДЕПРЕСИВНОГО СТАНУ –PATIENT HEALTH QUESTIONNAIRE-9 (PHQ-9)

Категорія	ЛП	ОКЛ	Порівняння тенденцій
Депресія відсутня	Зростання з 10,94% → 25,78% (+14,84%)	Зростання з 17,19% → 71,65% (+54,46%)	У обох лікарнях збільшення кількості респондентів без ознак депресії, більш виражене в ОКЛ.
Легкий ступінь	Зростання з 29,69% → 55,47% (+25,78%)	Зменшення з 74,22% → 28,35% (-45,87%)	У ЛП кількість опитаних з депресією легкого ступеню зросла, в ОКЛ суттєве скорочення, що свідчить про перехід у категорію без депресії.
Помірний ступінь	Зменшення з 39,06% → 14,06% (-25,00%)	Зменшення з 6,25% → 0% (-6,25%)	У ЛП помітне зниження категорії з помірним ступенем депресії, в ОКЛ дана категорія зникла.
Виражений ступінь	Зменшення з 19,53% → 4,69% (-14,84%)	Зменшення з 2,34% → 0% (-2,34%)	Зменшення респондентів із вираженим проявом депресії у обох лікарнях.
Важкий ступінь	Зменшення з 0,78% → 0% (-0,78%)	—	Повна відсутність випадків важкої депресії.

Таблиця 33. Визначення ступеню тяжкості депресії

ОЦІНКА ВИРАЖЕНОСТІ СИМПТОМІВ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ – POSTTRAUMATIC STRESS DISORDER CHECKLIST FOR DSM-5 (PCL-5).

Категорія	ЛП	ОКЛ	Порівняння тенденцій
Симптоми ПТСР відсутні	Зростання з 39,06% → 71,88% (+32,82%)	Зростання з 53,91% → 85,04% (+31,13%)	У обох лікарнях суттєве збільшення числа респондентів без симптомів ПТСР, що свідчить про покращення психічного стану.
Симптоми ПТСР виявлені	Зменшення з 60,94% → 28,13% (-32,81%)	Зменшення з 46,09% → 14,96% (-31,13%)	Значне зниження частки респондентів із симптомами ПТСР у обох лікарнях.

Таблиця 34. Оцінка вираженості посттравматичного стресового розладу (ПТСР)

ОЦІНКА РІВНЯ ПОСТКОНТУЗІЙНИХ ТА НЕЙРОПОВЕДІНКОВИХ СИМПТОМІВ – NEUROBEHAVIORAL SYMPTOM INVENTORY (NSI)

Категорія	ЛП	ОКЛ	Порівняння тенденцій
Низький рівень вираженості симптомів	Зростання з 21,88% → 47,66% (+25,78%)	Зростання з 48,44% → 81,10% (+32,66%)	У обох лікарнях зафіксовано різке зростання частки респондентів із низьким рівнем симптомів, що свідчить про покращення стану.
Помірний рівень вираженості симптомів	Без змін: 25,78% → 25,78% (0,00%)	Зменшення з 12,50% → 8,66% (-3,84%)	У ЛП показник залишається стабільним, в ОКЛ відбулося зменшення кількості респондентів із помірним рівнем вираженості симптомів.
Високий рівень вираженості симптомів	Зменшення з 52,34% → 26,56% (-25,78%)	Зменшення з 39,06% → 10,24% (-28,82%)	В обох лікарнях відбулося значне скорочення групи з високим рівнем вираженості симптомів, що демонструє позитивну динаміку.

Таблиця 35. Оцінка рівня постконтузійних та нейроповедінкових симптомів

9. ПОРІВНЯННЯ ПОКАЗНИКІВ У РОЗРІЗІ ГРУП ДОСЛІДЖЕННЯ

- 1-ша група – проходить лише визначений лікуючим лікарем курс реабілітації;
- 2-га група – визначений курс реабілітації+тренується у стрільбі з лука;
- 3-тя група – визначений курс реабілітації+проходить кардіотренування (веслування на тренажерах);
- 4-та група – визначений курс реабілітації+тренується у стрільбі з лука та проходить кардіотренування (веслування на тренажерах).

ЦЕНТР ФІЗИЧНОЇ ТА РЕАБІЛІТАЦІЙНОЇ МЕДИЦИНИ ОКЛ

Результати порівняння базового і повторного опитувань свідчать про загальне поліпшення стану здоров'я та підвищення рівня якості життя серед учасників після завершення реабілітаційної програми. У всіх основних компонентах – фізичному, психічному та соціальному, простежується тенденція до збільшення частки респондентів із високими показниками та зменшення кількості осіб із низькими та помірними результатами.

Аналіз результатів за клінічними показниками (депресивна симптоматика, ПТСР, постконтузійні прояви) підтверджує позитивну динаміку: кількість респондентів без патологічних проявів зростає, а випадки середньої та тяжкої симптоматики значно зменшилися або повністю зникли.

З точки зору ефективності проведеної реабілітації, респонденти в межах груп демонструють наступний розподіл:

- Найбільш виражене покращення у всіх компонентах та клінічних показниках спостерігається у 3-й та 4-й групах, учасники яких займалися веслуванням на тренажерах, або веслуванням на тренажерах+стрільбою з луку – всі респонденти після реабілітації мають високі показники здоров'я та якості життя, а патологічні симптоми (депресія, ПТСР, постконтузійні прояви) практично відсутні;
- 2 група (визначений лікарем курс реабілітації+стрільба з луку) – демонструє виражене покращення в усіх оцінюваних сферах;
- 1 група (проходить лише визначений лікуючим лікарем курс реабілітації) показує лише часткову позитивну динаміку, з мінімальним зростанням високих показників та стабільним або навіть з незначним збільшенням симптомів ПТСР та постконтузійних проявів.

Таким чином, реабілітаційна програма забезпечила комплексне покращення фізичного, психічного та соціального здоров'я респондентів, а також сприяла зменшенню вираженості клінічних симптомів. Найвищу ефективність досягнуто у 2-й, 3-й та 4-й групах, що демонструє високу результативність обраних підходів у роботі з цими групами учасників.

Сфера	Найбільше покращення показників	Найменше покращення показників
Фізичне здоров'я (WHOQOL-BREF)	група 4 (+63,8%)	група 1 (+34,4%)
Психологічне здоров'я (WHOQOL-BREF)	група 4 (+93,7%)	група 1 (+37,5%)
Соціальні відносини (WHOQOL-BREF)	група 4 (+81,2%)	група 1 (+9,3%)
Середовище (WHOQOL-BREF)	група 4 (+75,0%)	група 1 (+6,2%)
SF-36 PCS (фізичний компонент)	група 3 (+71,8%)	група 1 (+21,9%)
SF-36 MCS (психічний компонент)	група 3 (+68,7%)	група 1 (-6,3%)
PHQ-9 (депресія)	група 3 (+78,1%)	група 1 (+21,8%)
PCL-5 (ПТСР)	група 3 (+65,7%)	група 1 (-3,2%)
NSI (нейроповедінкові симптоми)	група 3 (+68,7%)	група 1 (-0,1%)

Таблиця 36. Покращення показників у групах ОКЛ

ОЦІНКА ФІЗИЧНОГО ЗДОРОВ'Я РЕСПОНДЕНТІВ (WHOQOL-BREF – «QUALITY OF LIFE QUESTIONNAIRE-26»)

Якість життя	1 група		2 група		3 група		4 група	
	До	Після	До	Після	До	Після	До	Після
Низька	5 ос. (15,6%)	1 ос. (3,1%)	5 ос. (15,6%)	4 ос. (12,5%)	1 ос. (3,1%)	0 ос. (0,0%)	9 ос. (28,1%)	1 ос. (3,2%)
Помірна	27 ос. (84,4%)	24 ос. (75,0%)	24 ос. (75,0%)	11 ос. (34,4%)	31 ос. (96,9%)	13 ос. (40,6%)	21 ос. (65,6%)	16 ос. (51,6%)
Висока	0 ос. (0,0%)	7 ос. (21,9%)	3 ос. (9,4%)	17 ос. (53,1%)	0 ос. (0,0%)	19 ос. (59,4%)	2 ос. (6,3%)	14 ос. (45,2%)

Таблиця 37. Оцінка фізичного здоров'я респондентів. Групи ОКЛ

ОЦІНКА ПСИХОЛОГІЧНОГО ЗДОРОВ'Я РЕСПОНДЕНТІВ (WHOQOL-BREF – «QUALITY OF LIFE QUESTIONNAIRE-26»)

Якість життя	1 група		2 група		3 група		4 група	
	До	Після	До	Після	До	Після	До	Після
Низька	4 ос. (12,5%)	1 ос. (3,1%)	3 ос. (9,4%)	4 ос. (12,5%)	1 ос. (3,1%)	2 ос. (6,3%)	8 ос. (25,0%)	0 ос. (0,0%)
Помірна	24 ос. (75,0%)	18 ос. (56,3%)	19 ос. (59,4%)	2 ос. (6,3%)	30 ос. (93,8%)	3 ос. (9,4%)	14 ос. (43,8%)	0 ос. (0,0%)
Висока	4 ос. (12,5%)	13 ос. (40,6%)	10 ос. (31,3%)	26 ос. (81,3%)	1 ос. (3,1%)	27 ос. (84,4%)	10 ос. (31,3%)	31 ос. (100%)

Таблиця 38. Оцінка психологічного здоров'я респондентів. Групи ОКЛ

ОЦІНКА СОЦІАЛЬНИХ ВІДНОСИН РЕСПОНДЕНТІВ (WHOQOL-BREF – «QUALITY OF LIFE QUESTIONNAIRE-26»)

Якість життя	1 група		2 група		3 група		4 група	
	До	Після	До	Після	До	Після	До	Після
Низька	1 ос. (3,1%)	0 ос. (0,0%)	4 ос. (12,5%)	3 ос. (9,4%)	1 ос. (3,1%)	0 ос. (0,0%)	8 ос. (25,0%)	0 ос. (0,0%)
Помірна	20 ос. (62,5%)	19 ос. (59,4%)	14 ос. (43,8%)	1 ос. (3,1%)	23 ос. (71,9%)	2 ос. (6,3%)	10 ос. (31,3%)	0 ос. (0,0%)
Висока	11 ос. (34,4%)	13 ос. (40,6%)	14 ос. (43,8%)	28 ос. (87,5%)	8 ос. (25,0%)	30 ос. (93,8%)	14 ос. (43,8%)	31 ос. (100%)

Таблиця 39. Оцінка соціальних відносин респондентів. Групи ОКЛ

ОЦІНКА СЕРЕДОВИЩА РЕСПОНДЕНТІВ (WHOQOL-BREF – «QUALITY OF LIFE QUESTIONNAIRE-26»)

Якість життя	1 група		2 група		3 група		4 група	
	До	Після	До	Після	До	Після	До	Після
Низька	1 ос. (3,1%)	1 ос. (3,1%)	2 ос. (6,3%)	4 ос. (12,5%)	1 ос. (3,1%)	0 ос. (0,0%)	6 ос. (18,8%)	0 ос. (0,0%)
Помірна	20 ос. (62,5%)	18 ос. (56,3%)	15 ос. (46,9%)	1 ос. (3,1%)	26 ос. (81,3%)	3 ос. (9,4%)	13 ос. (40,6%)	1 ос. (3,2%)
Висока	11 ос. (34,4%)	13 ос. (40,6%)	15 ос. (46,9%)	27 ос. (84,4%)	5 ос. (15,6%)	29 ос. (90,6%)	13 ос. (40,6%)	30 ос. (96,8%)

Таблиця 40. Оцінка середовища респондентів. Групи ОКЛ

**ЯКІСТЬ ЖИТТЯ РЕСПОНДЕНТІВ – SF-36 (SHORT FORM HEALTH SURVEY).
ДОСЛІДЖЕННЯ ФІЗИЧНОГО КОМПОНЕНТУ (PCS)**

Якість життя	1 група		2 група		3 група		4 група	
	До	Після	До	Після	До	Після	До	Після
Дуже висока	0 ос. (0,0%)	0 ос. (0,0%)	0 ос. (0,0%)	0 ос. (0,0%)	0 ос. (0,0%)	1 ос. (3,1%)	0 ос. (0,0%)	0 ос. (0,0%)
Висока	4 ос. (12,5%)	11 ос. (34,4%)	3 ос. (9,4%)	18 ос. (56,3%)	1 ос. (3,1%)	23 ос. (71,9%)	4 ос. (12,9%)	25 ос. (80,6%)
Помірна	23 ос. (71,9%)	20 ос. (62,5%)	25 ос. (78,1%)	13 ос. (40,6%)	26 ос. (81,3%)	8 ос. (25,0%)	25 ос. (80,6%)	5 ос. (16,1%)
Низька	5 ос. (15,6%)	1 ос. (3,1%)	4 ос. (12,5%)	1 ос. (3,1%)	5 ос. (15,6%)	0 ос. (0,0%)	3 ос. (9,7%)	1 ос. (3,2%)
Дуже низька	0 ос. (0,0%)	0 ос. (0,0%)	0 ос. (0,0%)	0 ос. (0,0%)	0 ос. (0,0%)	0 ос. (0,0%)	0 ос. (0,0%)	0 ос. (0,0%)

Таблиця 41. Оцінка фізичного стану здоров'я респондентів (PCS). Групи ОКЛ

**ЯКІСТЬ ЖИТТЯ РЕСПОНДЕНТІВ – SF-36 (SHORT FORM HEALTH SURVEY).
ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХІЧНОГО КОМПОНЕНТУ (MCS).**

Якість життя	1 група		2 група		3 група		4 група	
	До	Після	До	Після	До	Після	До	Після
Дуже висока	0 ос. (0,0%)	1 ос. (3,1%)	0 ос. (0,0%)	0 ос. (0,0%)	0 ос. (0,0%)	1 ос. (3,1%)	1 ос. (3,1%)	1 ос. (3,2%)
Висока	13 ос. (40,6%)	13 ос. (40,6%)	17 ос. (53,1%)	30 ос. (93,8%)	7 ос. (21,9%)	28 ос. (87,5%)	11 ос. (34,4%)	27 ос. (87,1%)
Помірна	19 ос. (59,4%)	16 ос. (50,0%)	15 ос. (46,9%)	2 ос. (6,3%)	24 ос. (75,0%)	3 ос. (9,4%)	19 ос. (59,4%)	1 ос. (3,2%)
Низька	0 ос. (0,0%)	2 ос. (6,3%)	0 ос. (0,0%)	0 ос. (0,0%)	1 ос. (3,1%)	0 ос. (0,0%)	1 ос. (3,1%)	1 ос. (3,2%)
Дуже низька	0 ос. (0,0%)	0 ос. (0,0%)	0 ос. (0,0%)	0 ос. (0,0%)	0 ос. (0,0%)	0 ос. (0,0%)	0 ос. (0,0%)	1 ос. (3,2%)

Таблиця 42. Оцінка психічного стану здоров'я респондентів (MCS). Групи ОКЛ

ОЦІНКА ТЯЖКОСТІ ДЕПРЕСИВНОГО СТАНУ –PATIENT HEALTH QUESTIONNAIRE-9 (PHQ-9)

Ступінь депресії	1 група		2 група		3 група		4 група	
	До	Після	До	Після	До	Після	До	Після
Депресія відсутня	6 ос. (18,8%)	13 ос. (40,6%)	9 ос. (28,1%)	24 ос. (75,0%)	3 ос. (9,4%)	28 ос. (87,5%)	4 ос. (12,5%)	26 ос. (83,9%)
Легка	23 ос. (71,9%)	19 ос. (59,4%)	21 ос. (65,6%)	8 ос. (25,0%)	24 ос. (75,0%)	4 ос. (12,5%)	27 ос. (84,4%)	5 ос. (16,1%)
Помірна	3 ос. (9,4%)	0 ос. (0,0%)	1 ос. (3,1%)	0 ос. (0,0%)	3 ос. (9,4%)	0 ос. (0,0%)	1 ос. (3,1%)	0 ос. (0,0%)
Виражена	0 ос. (0,0%)	0 ос. (0,0%)	1 ос. (3,1%)	0 ос. (0,0%)	2 ос. (6,3%)	0 ос. (0,0%)	0 ос. (0,0%)	0 ос. (0,0%)
Важка	0 ос. (0,0%)	0 ос. (0,0%)	0 ос. (0,0%)	0 ос. (0,0%)	0 ос. (0,0%)	0 ос. (0,0%)	0 ос. (0,0%)	0 ос. (0,0%)

Таблиця 43. Визначення ступеню тяжкості депресії. Групи ОКЛ

ОЦІНКА ВИРАЖЕНОСТІ СИМПТОМІВ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ – POSTTRAUMATIC STRESS DISORDER CHECKLIST FOR DSM-5 (PCL-5)

Симптоми ПТСР	1 група		2 група		3 група		4 група	
	До	Після	До	Після	До	Після	До	Після
Виявлені симптоми ПТСР	14 ос. (43,8%)	15 ос. (46,9%)	13 ос. (40,6%)	2 ос. (6,3%)	23 ос. (71,9%)	2 ос. (6,3%)	13 ос. (40,6%)	0 ос. (0,0%)
Симптоми ПТСР відсутні	18 ос. (56,3%)	17 ос. (53,1%)	19 ос. (59,4%)	30 ос. (93,8%)	9 ос. (28,1%)	30 ос. (93,8%)	19 ос. (59,4%)	31 ос. (100,0%)

Таблиця 44. Оцінка вираженості посттравматичного стресового розладу (ПТСР). Групи ОКЛ

ОЦІНКА РІВНЯ ПОСТКОНТУЗІЙНИХ ТА НЕЙРОПОВЕДІНКОВИХ СИМПТОМІВ – NEUROBEHAVIORAL SYMPTOM INVENTORY (NSI)

Рівень симптомів	1 група		2 група		3 група		4 група	
	До	Після	До	Після	До	Після	До	Після
Низький рівень симптомів	18 ос. (56,3%)	14 ос. (43,8%)	18 ос. (56,3%)	26 ос. (81,3%)	10 ос. (31,3%)	32 ос. (100,0%)	16 ос. (50,0%)	31 ос. (100,0%)
Помірний рівень симптомів	2 ос. (6,3%)	5 ос. (15,6%)	4 ос. (12,5%)	6 ос. (18,8%)	1 ос. (3,1%)	0 ос. (0,0%)	9 ос. (28,1%)	0 ос. (0,0%)
Високий рівень симптомів	12 ос. (37,5%)	13 ос. (40,6%)	10 ос. (31,3%)	0 ос. (0,0%)	21 ос. (65,6%)	0 ос. (0,0%)	7 ос. (21,9%)	0 ос. (0,0%)

Таблиця 45. Оцінка рівня постконтузійних та нейроповедінкових симптомів. Групи ОКЛ

ПОРІВНЯННЯ ПОКАЗНИКІВ У РОЗРІЗІ ГРУП. ЦЕНТР ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я ТА РЕАБІЛІТАЦІЇ «ЛІСОВА ПОЛЯНА»

Порівняльний аналіз результатів базового та повторного опитування респондентів демонструє загальне підвищення якості життя та покращення стану здоров'я в усіх досліджуваних групах після проходження реабілітаційної програми. У всіх компонентах (фізичному, психічному, соціальному) простежується тенденція до зростання частки респондентів із високими показниками та зменшення кількості осіб із низькими та помірними результатами. Подібна позитивна динаміка спостерігається і за клінічними параметрами — рівнем депресивної симптоматики, вираженістю симптомів ПТСР та постконтузійних проявів.

За ступенем ефективності реабілітаційних заходів групи респондентів відрізняються:

- Найбільш виражене покращення спостерігалось у групах 2-4, які мали додаткові заняття зі стрільби з луку, веслування чи заняття з обох видів спорту, у них відбулося суттєве зростання частки осіб із високою якістю життя та значне скорочення випадків середньої і тяжкої патологічної симптоматики (депресія, ПТСР, постконтузійні прояви);
- Група 1, яка не мала занять з адаптивних видів спорту, а лише проходила стандартний курс реабілітації, продемонструвала лише часткові зміни, які проявилися у незначному зменшенні кількості осіб із низькими показниками та більш повільному переході до високих рівнів якості життя. Це свідчить про обмежену результативність реабілітації у цій групі;
- Фізичні показники якості життя найбільше покращились у групах 2 і 4.

Таким чином, реабілітаційна програма підтвердила свою ефективність, забезпечивши комплексне покращення стану здоров'я та якості життя респондентів. Найбільш суттєві результати досягнуті у групах 2-4, які мали додаткові заняття зі стрільби з луку, веслування чи заняття з обох видів спорту, що свідчить про високу результативність застосованих методів у цих категоріях учасників.

Сфера	Найбільше покращення показників	Найменше покращення показників
Фізичне здоров'я (WHOQOL-BREF)	група 2 (+40,6%)	група 1 (+3,1%)
Психологічне здоров'я (WHOQOL-BREF)	група 3 (+93,8%)	група 1 (+18,8%)
Соціальні відносини (WHOQOL-BREF)	група 3 (+62,5%)	група 1 (+15,6%)
Середовище (WHOQOL-BREF)	група 3 (+81,2%)	група 1 (+18,7%)
SF-36 PCS (фізичний компонент)	група 3 (+37,6%)	група 2 та 4 (0%)
SF-36 MCS (психічний компонент)	група 2 (+37,5%), група 3 (37,6%)	група 1 та 4 (0%)
PHQ-9 (депресія)	група 3 та 4 (+100%)	група 1 (+40,7%)
PCL-5 (ПТСР)	група 3 (+53,1%)	група 1 (+6,3%)
NSI (нейроповедінкові симптоми)	група 3 (+90,0%)	група 1 (+12,5%)

Таблиця 46. Покращення показників у групах ЛП

ОЦІНКА ФІЗИЧНОГО ЗДОРОВ'Я РЕСПОНДЕНТІВ (WHOQOL-BREF – «QUALITY OF LIFE QUESTIONNAIRE-26»)

Якість життя	1 група		2 група		3 група		4 група	
	До	Після	До	Після	До	Після	До	Після
Низька якість життя	8 ос. (25,0%)	7 ос. (21,9%)	8 ос. (25,0%)	3 ос. (9,4%)	8 ос. (25,0%)	1 ос. (3,1%)	7 ос. (21,9%)	3 ос. (9,4%)
Помірна якість життя	20 ос. (62,5%)	21 ос. (65,6%)	17 ос. (53,1%)	14 ос. (43,8%)	18 ос. (56,3%)	24 ос. (75,0%)	19 ос. (59,4%)	15 ос. (46,9%)
Висока якість життя	4 ос. (12,5%)	4 ос. (12,5%)	7 ос. (21,9%)	15 ос. (46,9%)	6 ос. (18,8%)	7 ос. (21,9%)	6 ос. (18,8%)	14 ос. (43,8%)

Таблиця 47. Оцінка фізичного здоров'я респондентів. Групи ЛП

ОЦІНКА ПСИХОЛОГІЧНОГО ЗДОРОВ'Я РЕСПОНДЕНТІВ (WHOQOL-BREF – «QUALITY OF LIFE QUESTIONNAIRE-26»)

Якість життя	1 група		2 група		3 група		4 група	
	До	Після	До	Після	До	Після	До	Після
Низька якість життя	10 ос. (31,3%)	6 ос. (18,8%)	6 ос. (18,8%)	0 ос. (0,0%)	10 ос. (31,3%)	0 ос. (0,0%)	5 ос. (15,6%)	1 ос. (3,1%)
Помірна якість життя	13 ос. (40,6%)	15 ос. (46,9%)	10 ос. (31,3%)	2 ос. (6,3%)	14 ос. (43,8%)	4 ос. (12,5%)	13 ос. (40,6%)	7 ос. (21,9%)
Висока якість життя	9 ос. (28,1%)	11 ос. (34,4%)	16 ос. (50,0%)	30 ос. (93,8%)	8 ос. (25,0%)	28 ос. (87,5%)	14 ос. (43,8%)	24 ос. (75,0%)

Таблиця 48. Оцінка психологічного здоров'я респондентів. Групи ЛП

ОЦІНКА СОЦІАЛЬНИХ ВІДНОСИН РЕСПОНДЕНТІВ (WHOQOL-BREF – «QUALITY OF LIFE QUESTIONNAIRE-26»)

Якість життя	1 група		2 група		3 група		4 група	
	До	Після	До	Після	До	Після	До	Після
Низька якість життя	6 ос. (18,8%)	2 ос. (6,3%)	4 ос. (12,5%)	0 ос. (0,0%)	8 ос. (25,0%)	0 ос. (0,0%)	7 ос. (21,9%)	3 ос. (9,4%)
Помірна якість життя	14 ос. (43,8%)	17 ос. (53,1%)	8 ос. (25,0%)	3 ос. (9,4%)	12 ос. (37,5%)	8 ос. (25,0%)	9 ос. (28,1%)	5 ос. (15,6%)
Висока якість життя	12 ос. (37,5%)	13 ос. (40,6%)	20 ос. (62,5%)	29 ос. (90,6%)	12 ос. (37,5%)	24 ос. (75,0%)	16 ос. (50,0%)	24 ос. (75,0%)

Таблиця 49. Оцінка соціальних відносин респондентів. Групи ЛП

ОЦІНКА СЕРЕДОВИЩА РЕСПОНДЕНТІВ (WHOQOL-BREF – «QUALITY OF LIFE QUESTIONNAIRE-26»)

Якість життя	1 група		2 група		3 група		4 група	
	До	Після	До	Після	До	Після	До	Після
Низька якість життя	5 ос. (15,6%)	1 ос. (3,1%)	1 ос. (3,1%)	0 ос. (0,0%)	7 ос. (21,9%)	0 ос. (0,0%)	6 ос. (18,8%)	2 ос. (6,3%)
Помірна якість життя	20 ос. (62,5%)	22 ос. (68,8%)	17 ос. (53,1%)	6 ос. (18,8%)	15 ос. (46,9%)	3 ос. (9,4%)	16 ос. (50,0%)	6 ос. (18,8%)
Висока якість життя	7 ос. (21,9%)	9 ос. (28,1%)	14 ос. (43,8%)	26 ос. (81,3%)	10 ос. (31,3%)	29 ос. (90,6%)	10 ос. (31,3%)	24 ос. (75,0%)

Таблиця 50. Оцінка середовища респондентів. Групи ЛП

ЯКІСТЬ ЖИТТЯ РЕСПОНДЕНТІВ – SF-36 (SHORT FORM HEALTH SURVEY). ДОСЛІДЖЕННЯ ФІЗИЧНОГО КОМПОНЕНТУ (PCS)

Якість життя	1 група		2 група		3 група		4 група	
	До	Після	До	Після	До	Після	До	Після
Дуже висока	0 ос. (0,0%)	0 ос. (0,0%)	1 ос. (3,1%)	0 ос. (0,0%)	0 ос. (0,0%)	0 ос. (0,0%)	2 ос. (6,3%)	1 ос. (3,1%)
Висока	25 ос. (78,1%)	28 ос. (87,5%)	23 ос. (71,9%)	28 ос. (87,5%)	25 ос. (78,1%)	31 ос. (96,9%)	27 ос. (84,4%)	31 ос. (96,9%)
Помірна	7 ос. (21,9%)	4 ос. (12,5%)	8 ос. (25,0%)	4 ос. (12,5%)	7 ос. (21,9%)	1 ос. (3,1%)	3 ос. (9,4%)	0 ос. (0,0%)
Низька	0 ос. (0,0%)	0 ос. (0,0%)	0 ос. (0,0%)	0 ос. (0,0%)	0 ос. (0,0%)	0 ос. (0,0%)	0 ос. (0,0%)	0 ос. (0,0%)
Дуже низька	0 ос. (0,0%)	0 ос. (0,0%)	0 ос. (0,0%)	0 ос. (0,0%)	0 ос. (0,0%)	0 ос. (0,0%)	0 ос. (0,0%)	0 ос. (0,0%)

Таблиця 51. Оцінка фізичного стану здоров'я респондентів (PCS). Групи ЛП

**ЯКІСТЬ ЖИТТЯ РЕСПОНДЕНТІВ – SF-36 (SHORT FORM HEALTH SURVEY).
ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХІЧНОГО КОМПОНЕНТУ (MCS)**

Якість життя	1 група		2 група		3 група		4 група	
	До	Після	До	Після	До	Після	До	Після
Дуже висока	1 ос. (3,1%)	0 ос. (0,0%)	0 ос. (0,0%)	1 ос. (3,1%)	0 ос. (0,0%)	0 ос. (0,0%)	2 ос. (6,3%)	0 ос. (0,0%)
Висока	11 ос. (34,4%)	14 ос. (43,8%)	15 ос. (46,9%)	20 ос. (62,5%)	13 ос. (40,6%)	19 ос. (59,4%)	17 ос. (53,1%)	19 ос. (59,4%)
Помірна	20 ос. (62,5%)	17 ос. (53,1%)	15 ос. (46,9%)	9 ос. (28,1%)	17 ос. (53,1%)	13 ос. (40,6%)	13 ос. (40,6%)	13 ос. (40,6%)
Низька	0 ос. (0,0%)	1 ос. (3,1%)	2 ос. (6,3%)	2 ос. (6,3%)	2 ос. (6,3%)	0 ос. (0,0%)	0 ос. (0,0%)	0 ос. (0,0%)
Дуже низька	0 ос. (0,0%)	0 ос. (0,0%)	0 ос. (0,0%)	0 ос. (0,0%)	0 ос. (0,0%)	0 ос. (0,0%)	0 ос. (0,0%)	0 ос. (0,0%)

Таблиця 52. Оцінка психічного стану здоров'я респондентів (MCS). Групи ЛП

**ОЦІНКА ТЯЖКОСТІ ДЕПРЕСИВНОГО СТАНУ – PATIENT HEALTH
QUESTIONNAIRE-9 (PHQ-9)**

Ступінь депресії	1 група		2 група		3 група		4 група	
	До	Після	До	Після	До	Після	До	Після
Депресія відсутня	3 ос. (9,4%)	7 ос. (21,9%)	4 ос. (12,5%)	11 ос. (34,4%)	3 ос. (9,4%)	9 ос. (28,1%)	3 ос. (9,4%)	6 ос. (18,8%)
Легка	8 ос. (25,0%)	10 ос. (31,3%)	6 ос. (18,8%)	19 ос. (59,4%)	1 ос. (3,1%)	21 ос. (65,6%)	8 ос. (25,0%)	21 ос. (65,6%)
Помірна	9 ос. (28,1%)	10 ос. (31,3%)	15 ос. (46,9%)	1 ос. (3,1%)	16 ос. (50,0%)	2 ос. (6,3%)	9 ос. (28,1%)	5 ос. (15,6%)
Виражена	11 ос. (34,4%)	5 ос. (15,6%)	7 ос. (21,9%)	1 ос. (3,1%)	8 ос. (25,0%)	0 ос. (0,0%)	12 ос. (37,5%)	0 ос. (0,0%)
Важка	1 ос. (3,1%)	0 ос. (0,0%)	0 ос. (0,0%)	0 ос. (0,0%)	4 ос. (12,5%)	0 ос. (0,0%)	0 ос. (0,0%)	0 ос. (0,0%)

Таблиця 53. Визначення ступеню тяжкості депресії. Групи ЛП

ОЦІНКА ВИРАЖЕНОСТІ СИМПТОМІВ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ – POSTTRAUMATIC STRESS DISORDER CHECKLIST FOR DSM-5 (PCL-5)

Симптоми ПТСР	1 група		2 група		3 група		4 група	
	До	Після	До	Після	До	Після	До	Після
Виявлені симптоми ПТСР	20 ос. (62,5%)	18 ос. (56,3%)	15 ос. (46,9%)	6 ос. (18,8%)	24 ос. (75,0%)	7 ос. (21,9%)	20 ос. (62,5%)	7 ос. (21,9%)
Симптоми ПТСР відсутні	12 ос. (37,5%)	14 ос. (43,8%)	17 ос. (53,1%)	26 ос. (81,3%)	8 ос. (25,0%)	25 ос. (78,1%)	12 ос. (37,5%)	25 ос. (78,1%)

Таблиця 54. Оцінка вираженості посттравматичного стресового розладу (ПТСР). Групи ЛП

ОЦІНКА РІВНЯ ПОСТКОНТУЗІЙНИХ ТА НЕЙРОПОВЕДІНКОВИХ СИМПТОМІВ – NEUROBEHAVIORAL SYMPTOM INVENTORY (NSI)

Рівень симптомів	1 група		2 група		3 група		4 група	
	До	Після	До	Після	До	Після	До	Після
Низький рівень симптомів	6 ос. (18,8%)	7 ос. (21,9%)	12 ос. (37,5%)	19 ос. (59,4%)	4 ос. (12,5%)	17 ос. (53,1%)	6 ос. (18,8%)	18 ос. (56,3%)
Помірний рівень симптомів	5 ос. (15,6%)	8 ос. (25,0%)	9 ос. (28,1%)	7 ос. (21,9%)	8 ос. (25,0%)	11 ос. (34,4%)	11 ос. (34,4%)	7 ос. (21,9%)
Високий рівень симптомів	21 ос. (65,6%)	17 ос. (53,1%)	11 ос. (34,4%)	6 ос. (18,8%)	20 ос. (62,5%)	4 ос. (12,5%)	15 ос. (46,9%)	7 ос. (21,9%)

Таблиця 55. Оцінка рівня постконтузійних та нейроповедінкових симптомів. Групи ЛП

ОЦІНКА ПРОЄКТУ АДМІНІСТРАТИВНИМ ТА МЕДИЧНИМ ПЕРСОНАЛОМ КЛІНІК ТА ТРЕНЕРАМИ, ЗАЛУЧЕНИМИ ДО ПРОВЕДЕННЯ ЗАНЯТЬ ІЗ АДАПТИВНИХ ВИДІВ СПОРТУ

Після закінчення дослідження у 3-х ЗОЗ проєкту було проведено 16 глибинних інтерв'ю з адміністративним персоналом (N=3, по 1 особі від закладу), медичним персоналом (N=6, по 2 особи від закладу) та тренерами (N=7, тренери з веслування та стрільби з луку з кожної клініки). Проєкт був сприйнятий як успішний і корисний усіма категоріями персоналу (медики, тренери, адміністратори). Незважаючи на початковий скептицизм адміністративного та медичного персоналу щодо можливості організації простору та набору пацієнтів, заняття адаптивними видами спорту продемонстрували лише позитивні зрушення в фізичному, психологічному та соціальному благополуччі пацієнтів.

«Відверто кажучи, очікування в мене не були такі дуже колосальні... бо хлопці у нас перебувають зазвичай тільки два тижні. Я розуміла, що за цей час важко буде побачити великі результати. Але самі заняття приносили колосальне задоволення, і це було досить класно».

Адміністративний персонал клініки

Виявлено значні позитивні зрушення у фізичному (покращення мобільності, витривалості), психоемоційному (зменшення стресу, підвищення настрою) та соціальному стані (зміцнення міжособистісних контактів, формування груп підтримки).

«Я бачила бажання, мотивацію, досягнення цілей. Вони повністю переключалися на заняття спортом, зменшувалася тривожність, напруження, агресія. Дехто казав, що вперше за довгий час міг нормально заснути».

Медичний персонал клініки

«Рівень тривожності зменшувався, мотивація появлялась. Після занять з луком чи греблі пацієнти більш активніше себе вели на звичайних заняттях... Вони ставали більш багатослівні, брали участь у змаганнях».

Медичний персонал клініки

Основними труднощами виявилися набір пацієнтів, узгодження графіків та недостатність ресурсів (обладнання, спеціалізованих приміщень).

«...спочатку ми думали, що ми наберемо дуже-дуже багато. Потім зрозуміли, що відпрацювати зразу 10-ти людям буде тяжко... На рахунок греблі, то може би надо було ще одну греблю».

Медичний персонал клініки

«На початку нам не вистачало тренажерів для греблі. Один тренажер – і пацієнти стояли в черзі. Потім додали ще один, і стало легше, навіть з'явився елемент змагання».

Адміністративний персонал клініки

Медики і тренери працювали скоординовано, що сприяло адаптації пацієнтів. Особливо важливою була співпраця з ветеранами та людьми з досвідом бойових дій чи полону, де потрібна чутливість і психологічна підтримка.

«Наші тренери мали гарний підхід, уміли комунікувати. Хлопці хотіли приходити на заняття. Навіть ті, хто спочатку боялися, бачили результат і захоплювалися прикладом інших».

Адміністративний персонал клініки

«Були хлопці після полону, вони були дуже скуті. Але починаючи тренування зі стрільби з лука, з кожним разом вони ставали більш відкритими, навіть починали розповідати, що з ними було».

Тренер зі стрільби з лука

Адаптивний спорт розглядається як перспективний інструмент у системі рутинної реабілітації. Персонал наголошує на необхідності його офіційного впровадження в заклади охорони здоров'я.

«Стрільба з лука з нами назавжди. У лікарні створили школу, тренерами стали навіть колишні пацієнти. Це велика перемога, бо спорт задає розпорядок, соціалізує і мотивує до розвитку».

Адміністративний персонал клініки

ВИСНОВКИ

1. Проведене дослідження підтвердило позитивний вплив комплексних реабілітаційних програм на різні аспекти якості життя учасників. Зміни охопили як фізичне та психологічне здоров'я, так і соціальні відносини та відчуття підтримки з боку середовища.
2. Отримані результати демонструють, що поєднання медичних, фізичних і психосоціальних інтервенцій сприяє значному покращенню як об'єктивних показників здоров'я, так і суб'єктивного сприйняття власного благополуччя.
3. Динаміка результатів вказує на важливість мультидисциплінарного підходу, де взаємодія медичних працівників, психологів, фізичних терапевтів та соціальних фахівців забезпечує стійкіші результати у відновленні.
4. Особливе значення має інтеграція психологічної підтримки та фізичної активності у програми реабілітації. Це дозволяє одночасно знижувати рівень депресивних і посттравматичних симптомів, а також покращувати фізичне функціонування та загальний рівень життєвої активності.
5. Соціальний компонент реабілітації, включаючи розвиток міжособистісних відносин та відчуття підтримки, виявився критично важливим фактором підвищення загальної якості життя.
6. Результати підкреслюють необхідність подальшої інтеграції принципів доказової реабілітації у систему охорони здоров'я України, з особливою увагою до потреб ветеранів та осіб з інвалідністю.
7. Загалом дослідження демонструє, що комплексний підхід до відновлення здоров'я має не лише медичний, а й соціально-психологічний ефект, що сприяє підвищенню рівня адаптації та якості життя учасників у післякризовий період.

ЗАГАЛЬНІ РЕЗУЛЬТАТИ

Результати дослідження свідчать про суттєві покращення загального стану пацієнтів у двох клініках.


Так, у Центрі психічного здоров'я та реабілітації «Лісова поляна» частка респондентів з низьким рівнем психологічного благополуччя знизилась з 24% до 5%, а кількість учасників із високим рівнем психологічного стану подвоїлась. При оцінюванні фізичного здоров'я спостерігається скорочення кількості учасників із низькою якістю життя з 24,3% до 10,9% і зростання числа респондентів із високим рівнем фізичного благополуччя з 18% до 31%.

У Центрі фізичної та реабілітаційної медицини КНП «Обласна клінічна лікарня Івано-Франківської обласної ради» спостерігалася подібна динаміка: частка респондентів без ознак депресії збільшилась з 17% до 72%, а частка респондентів з високим рівнем психологічного благополуччя збільшилась з 19,5% до 76%. Разом із цим, відсоток учасників дослідження, які зазначили, що мають високий рівень якості життя при оцінюванні фізичного здоров'я, зріс із 8,6% до 44,9%. В обидвох реабілітаційних центрах спостерігається зростання рівня задоволеності соціальними зв'язками з 36-46% до 70-80%, а також значне зниження рівня депресивних симптомів після проходження програми.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Martin Ginis, K. A., van der Ploeg, H. P., Foster, C., Lai, B., McBride, C. B., Ng, K., Pratt, M., Shirazipour, C. H., Smith, B., Vásquez, P. M., & Heath, G. W. (2021). Participation of people living with disabilities in physical activity: a global perspective. *Lancet (London, England)*, 398(10298), 443–455. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)01164-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)01164-8)
2. Invictus Games Foundation. (2024). Beyond the finish line: Research report. https://s31949.pcdn.co/wp-content/uploads/Beyond-the-Finish-Line_ONLINE-COPY_FINAL.pdf
3. Momentum for Humanity. (2024). Rehab4U Fact Sheet. URL: <https://momentum4humanity.org/wp-content/uploads/2024/09/Rehab4U-Fact-Sheet-9-4-24-v2.pdf>
4. Metcalf, O., et al. (2020). Treatment augmentation for posttraumatic stress disorder: A systematic review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 27(1). <https://doi.org/10.1111/cpsp.12310>
5. Верховна Рада України. (2005). Закон України «Про реабілітацію осіб з інвалідністю в Україні» (№ 2961-IV). URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2961-15#Text>
6. Кабінет Міністрів України. (2016). МОЗ впроваджує у систему реабілітації міжнародну класифікацію функціонування. URL: <https://www.kmu.gov.ua/news/249600105>
7. Кабінет Міністрів України. (2023). Кабінетом Міністрів схвалено проект Закону України щодо розвитку адаптивного спорту. URL: <https://www.kmu.gov.ua/news/kabinetom-ministriv-skhvaleno-proekt-zakonu-ukrainy-shchodo-rozvytku-adaptyvnoho-sportu>
8. Кабінет Міністрів України. (2024). Зміни, що вносяться до плану заходів на 2023 – 2024 роки з реалізації Національної стратегії із створення безбар'єрного простору в Україні на період до 2030 року. URL: <https://www.kmu.gov.ua/storage/app/uploads/public/660/d6b/f15/660d6bf15796d858426332.pdf>
9. Forbes, D., Pedlar, D., Adler, A. B., Bennett, C., Bryant, R., Busuttil, W., Cooper, J., Creamer, M. C., Fear, N. T., Greenberg, N., Heber, A., Hinton, M., Hopwood, M., Jetly, R., Lawrence-Wood, E., McFarlane, A., Metcalf, O., O'Donnell, M., Phelps, A., Richardson, J. D., ... Wessely, S. (2019). Treatment of military-related post-traumatic stress disorder: challenges, innovations, and the way forward. *International review of psychiatry (Abingdon, England)*, 31(1), 95–110. <https://doi.org/10.1080/09540261.2019.1595545>
10. Powers, M. B., Medina, J. L., Burns, S., Kauffman, B. Y., Monfils, M., Asmundson, G. J., Diamond, A., McIntyre, C., & Smits, J. A. (2015). Exercise Augmentation of Exposure Therapy for PTSD: Rationale and Pilot Efficacy Data. *Cognitive behaviour therapy*, 44(4), 314–327. <https://doi.org/10.1080/16506073.2015.1012740>
11. Beedie, C., Benedetti, F., Barbiani, D., Camerone, E., Lindheimer, J., & Roelands, B. (2020). Incorporating methods and findings from neuroscience to better understand placebo and nocebo effects in sport. *European journal of sport science*, 20(3), 313–325. <https://doi.org/10.1080/17461391.2019.1675765>

12. Litz, B. T., Stein, N., Delaney, E., Lebowitz, L., Nash, W. P., Silva, C., & Maguen, S. (2009). Moral injury and moral repair in war veterans: a preliminary model and intervention strategy. *Clinical psychology review*, 29(8), 695–706. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.07.003>
13. Sporer, M. L., Fitzgerald, S. G., Dicianno, B. E., Collins, D., Teodorski, E., Pasquina, P. F., & Cooper, R. A. (2009). Psychosocial impact of participation in the National Veterans Wheelchair Games and Winter Sports Clinic. *Disability and rehabilitation*, 31(5), 410–418. <https://doi.org/10.1080/09638280802030923>
14. Rimmer, J., & Lai, B. (2017). Framing new pathways in transformative exercise for individuals with existing and newly acquired disability. *Disability and rehabilitation*, 39(2), 173–180. <https://doi.org/10.3109/09638288.2015.1047967>
15. Phoenix Australia – Centre for Posttraumatic Mental Health and the Atlas Institute for Veterans and Families (2020) *The Conceptual Framework to Guide the Implementation of Best and Next Practice in Services and Supports for Veterans and their Families*. Phoenix Australia – Centre for Posttraumatic Mental Health and Atlas Institute for Veterans and Families, ISBN online 978-0-9923223-5-9. <https://atlasveterans.ca/documents/conceptual-framework/conceptual-framework-veterans-services-e.pdf>.



Здійснено в рамках проєкту за підтримки Фонду
сприяння демократії Посольства США в Україні.
Погляди авторів не обов'язково збігаються
з офіційною позицією уряду США.

Supported by the Democracy Commission Small
Grants Program of the U.S. Embassy to Ukraine.
The views of the authors do not necessarily reflect
the official position of the U.S. Government.