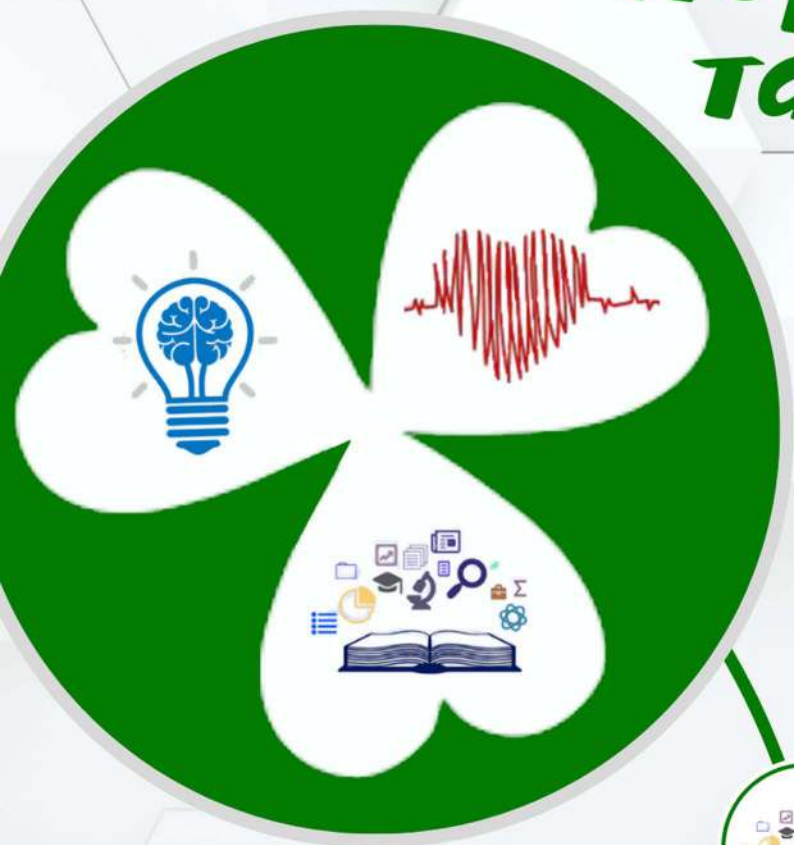




Наукові перспективи
Видавнича група

Перспективи та інновації науки



Тернопільський національний медичний університет імені І. Я. Горбачевського

Видавнича група «Наукові перспективи»

Луганський державний медичний університет

Громадська наукова організація «Система здорового довголіття в мегаполісі»

Християнська академія педагогічних наук України

Всеукраїнська асоціація педагогів і психологів з духовно-морального виховання

*за сприяння КНП "Клінічна лікарня №15 Подільського району м.Києва",
Центру дієтології Наталії Калиновської*

«Перспективи та інновації науки»

№ 5(63) 2026

Київ – 2026

Ivan Horbachevsky Ternopil National Medical University

Publishing Group «Scientific Perspectives»

Luhansk State Medical University

Public scientific organization "System of healthy longevity in the metropolis"

Christian Academy of Pedagogical Sciences of Ukraine

**All-Ukrainian Association of Teachers and Psychologists of Spiritual and
Moral Education**

*with the assistance of the KNP "Clinical Hospital No. 15 of the Podilsky District of Kyiv",
Nutrition Center of Natalia Kalinovska*

"Prospects and innovations of science"

№ 5(63) 2026

Kyiv – 2026

ISSN 2786-4952 Online

УДК 001.32:1/3](477)(02)

Ідентифікатор медіа - R40-05846

DOI: [https://doi.org/10.52058/2786-4952-2026-5\(63\)](https://doi.org/10.52058/2786-4952-2026-5(63))

«Перспективи та інновації науки»: журнал. 2026. № 5(63) 2026. С. 5440



**Згідно наказу Міністерства освіти і науки України від 27.09.2021
№ 1017 журналу присвоєно категорію "Б" із психології та педагогіки**

**Згідно наказу Міністерства освіти і науки України від 27.04.2023
№ 491 журналу присвоєно категорію "Б" із медицини: спеціальність 222**

*Рекомендовано до видавництва Президією громадської наукової організації
«Всеукраїнська Асамблея докторів наук з державного управління» (Рішення від 18.05.2026, № 7/5-26)*

*Журнал видається за підтримки КНП "Клінічна лікарня №15 Подільського району м.Києва", Центру дієтології Наталії
Калиновської*



Журнал включено до міжнародної наукометричної бази Index Copernicus (IC), Research Bible, міжнародної пошукової системи Google Scholar

Електронний науковий журнал «Перспективи та інновації науки» заснований з метою висвітлення актуальних питань теорії та практики медицини, біології, біотехнології та реабілітації в Україні, за кордоном. Видання розраховано на науковців, викладачів, педагогів-практиків, представників органів державної влади та місцевого самоврядування, здобувачів вищої освіти, громадсько-політичних діячів

Згідно Порядку формування Переліку наукових фахових видань України, затвердженого наказом МОН України від 15.01.2018 № 32, повнотекстовий доступ до наукових статей журналу представлений на платформі «Наукова періодика України» в Національній бібліотеці України імені В.І. Вернадського НАН України та в Національному репозитарії академічних текстів

Голова редакційної колегії:



Вадзюк Степан Несторович - доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри фізіології з основами біоетики та біобезпеки Тернопільського національного медичного університету імені І.Я.Горбачевського Міністерства охорони здоров'я України (Україна)

Заступник голови редакційної колегії: Торяник Інна Іванівна - доктор медичних наук, старший науковий співробітник, провідний науковий співробітник лабораторії вірусних інфекцій Державної установи «Інститут мікробіології та імунології імені І.І. Мечникова Національної академії медичних наук України» (Харків, Україна)

Редакційна колегія:

1. **Алієв, Ельнур М.** доктор медичних наук, професор, професор Азербайджанського медичного університету (Азербайджан)
2. **Бабова Ірина Костянтинівна** - доктор медичних наук, професор, старший науковий співробітник відділу економічного регулювання природокористування ДУ "Інститут ринку і економіко-екологічних досліджень Національної академії наук України", лікар ФРМ (фізичної та реабілітаційної медицини) ДУ "Територіальне медичне об'єднання МВС України по Одеській області" (Одеса, Україна)

3. **Галандаров, Вагіф Календер** Доктор медичних наук, доктор філософії, професор, професор кафедри хірургічних захворювань Азербайджанського медичного університету (Азербайджан)
4. **Гарасєв, Ельдар Абдулла** доктор медичних наук, професор кафедри загальної та токсикологічної хімії, Заступник директора Азербайджанського медичного університету (Азербайджан)
5. **Ельдар Елієв** доктор медичних наук, професор, професор кафедри хірургічних захворювань Азербайджанського медичного університету (Азербайджан)
6. **Жуков Валері**, Університет Миколи Коперника в Торуні (Торунь, Польща)
7. **Іншакова Ганна Вадимівна** – кандидат педагогічних наук, доцент, доцент кафедри громадського здоров'я Національного медичного університету імені О.О. Богомольця (Київ, Україна)
8. **Кернас Андрій В'ячеславович** – доктор філософії в галузі психології, кандидат психологічних наук, дійсний член Української психологічної асоціації, магістр права, магістр педагогіки, доцент кафедри Практичної психології Одеського національного морського університету, старший викладач кафедри мовної та психолого-педагогічної підготовки Одеського національного економічного університету (Одеса, Україна)
9. **Коваль Галина Миколаївна** - доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри мікробіології, вірусології, епідеміології з курсом інфекційних хвороб Ужгородського національного університету (Ужгород, Україна)
10. **Корильчук Неоніла Іванівна** – кандидат медичних наук, доцент кафедри терапії та сімейної медицини Тернопільського національного медичного університету імені І.Я.Горбачевського МОЗ України (Тернопіль, Україна)
11. **Левков Анатолій Анатолійович** - кандидат медичних наук, доцент кафедри фізичної терапії та ерготерапії Національного університету «Полтавська політехніка імені Юрія Кондратюка», доцент кафедри онкології, радіаційної медицини та радіології Полтавського державного медичного університету (Полтава, Україна)
12. **Мочалов Юрій Олександрович** - доктор медичних наук, професор, професор кафедри хірургічної стоматології та клінічних дисциплін ДВНЗ «Ужгородський національний університет» (Ужгород, Україна)
13. **Олійник Світлана Валентинівна** - кандидат фармацевтичних наук, доцент, доцент кафедри аптечної технології ліків Національного фармацевтичного університету
14. **Пасько Ольга Миколаївна** - доктор юридичних наук, професор, професор кафедри психології та педагогіки, Одеський державний університет внутрішніх справ.(Одеса, Україна)
15. **Помиткіна Любов Віталіївна** — доктор психологічних наук, професор, завідувач кафедри авіаційної психології Національного авіаційного університету (Київ, Україна)
16. **Теренда Наталія Олександрівна** - доктор медичних наук, професор, т.в.о завідувача кафедри громадського здоров'я та управління охороною здоров'я Тернопільського національного медичного університету імені І.Я. Горбачевського МОЗ України (Тернопіль, Україна)
17. **Черська Марія Сергіївна** - доктор медичних наук, завідувачка консультативно-діагностичним відділенням Державної Установи «Інститут ендокринології та обміну речовин НАМН України» (Київ, Україна)
18. **Шульгай Аркадій Гаврилович** - доктор медичних наук, професор, професор кафедри громадського здоров'я та управління охороною здоров'я Тернопільського національного медичного університету імені І.Я. Горбачевського МОЗ України (Україна)

Статті розміщені в авторській редакції. Відповідальність за зміст та орфографію поданих матеріалів несуть автори.

Велієва Нігер Фагані кизи, Чорней І.В., Довгань Є.О., Мандрик О.Є. 2441
СУЧАСНА ТАКТИКА ВЕДЕННЯ ПАЦІЄНТІВ ІЗ СИНДРОМОМ ТРИВАЛОГО ЗДАВЛЕННЯ НА ЕТАПАХ МЕДИЧНОЇ ЕВАКУАЦІЇ

Вергун А.Р., Мощинська О.М., Литвинчук М.М., Вергун О.М., 2449
Ярема Я.І., Мацях Ю.М., Драгочинська Л.Ф., Марко О.Г.,
Макагонов І.О., Данилейченко І.В., Паращук Б.М.,
Кульчицький В.В., Кузовкіна О.Л., Кіт З.М., Калитовська М.Б.,
Карпишин Н.В.
ДЕКУБІТАЛЬНІ ВИРАЗКИ — ПРОЛЕЖНІ ІІ ТА ІІІ СТАДІЙ: АНАЛІЗ КЛІНІЧНИХ СТРЕТЕГІЙ, ДЕЯКИХ ПРЕДИКТОРІВ НЕЗАДОВІЛЬНИХ РЕЗУЛЬТАТІВ ЛІКУВАННЯ ТА РОЗВИТКУ УСКЛАДНЕНЬ

Волкова Н.М. 2462
ОГЛЯД СТРЕСОВИХ ЧИННИКІВ У РОБОТІ КЛІНІЧНОГО ПСИХОЛОГА

Волошин О.Р. 2473
ІНТЕГРАЦІЯ ОСНОВ ДОГЛЯДУ ЗА ХВОРИМИ У ПРОФЕСІЙНУ КОМПЕТЕНТНІСТЬ ФІЗИЧНОГО ТЕРАПЕВТА: ПАРАДИГМАЛЬНИЙ ЗСУВ ВІД МЕДСЕСТРИНСЬКОЇ МОДЕЛІ ДО РЕАБІЛІТАЦІЙНО-ОРІЄНТОВАНОГО ПІДХОДУ

Волошин О.Р. 2484
ЕФЕКТИВНІСТЬ РАННЬОЇ МОБІЛІЗАЦІЇ ПРИ МІННО-ВИБУХОВИХ ТРАВМАХ НИЖНІХ КІНЦІВОК: СИСТЕМАТИЧНИЙ ОГЛЯД ТА МЕТА-АНАЛІЗ

Гайнюк М.Б., Черкашина О.Є., Данильців Л.О. 2495
ОПТИМІЗАЦІЯ ЛІКАРСЬКОЇ ТЕРАПІЇ З УРАХУВАННЯМ ФАРМАКОЛОГІЧНИХ ВЗАЄМОДІЙ У КЛІНІЧНІЙ ПРАКТИЦІ

Герасименко О.А., Волкова Н.М., Федоров С.М. 2508
МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ПОВЕДІНКОВИХ УСТАНОВОК ЩОДО ЗДОРОВ'Я У ПАЦІЄНТІВ ІЗ ПОСТКОВІДНИМ СИНДРОМОМ

Герасименко О.С., Закаляк Н.Р., Фігура О.А., Рогалю Ю.Л., 2521
Фещак К.В.
«ВИКОРИСТАННЯ МОДЕЛЕЙ ЕРГОТЕРАПІЇ ТА ТЕОРЕТИЧНИХ РАМОК ПРАКТИКИ У РОБОТІ З ДІТЬМИ З ПОРУШЕННЯМИ РОЗВИТКУ»

УДК [159.913+613.86]:[616.98:578.834.1]-06-052

[https://doi.org/10.52058/2786-4952-2026-5\(63\)-2508-2520](https://doi.org/10.52058/2786-4952-2026-5(63)-2508-2520)

Герасименко Олена Анатоліївна кандидат медичних наук, доцент, доцент кафедри інфекційних хвороб з курсом дерматовенерології, Одеський національний медичний університет МОЗ України, м. Одеса, <https://orcid.org/0000-0003-1291-657X>

Волкова Наталія Михайлівна доктор медичних наук, професор, професор кафедри фізіології з біоетикою, медичний факультет, Тернопільський національний медичний університет імені І. Я. Горбачевського МОЗ України, м. Тернопіль, <https://orcid.org/0000-0002-1775-4023>

Федоров Сергій Миколайович кандидат медичних наук, доцент, доцент кафедри реабілітаційної медицини, фізичної терапії та спортивної медицини медичного факультету Національного університету охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика, м. Київ, <https://orcid.org/0000-0001-5255-0723>

МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ПОВЕДІНКОВИХ УСТАНОВОК ЩОДО ЗДОРОВ'Я У ПАЦІЄНТІВ ІЗ ПОСТКОВІДНИМ СИНДРОМОМ

Анотація. У статті розглянуто медико-психологічні аспекти поведінкових установок щодо здоров'я у пацієнтів із постковідним синдромом. Актуальність дослідження зумовлена тим, що постковідний синдром супроводжується не лише тривалими соматичними, неврологічними та когнітивними проявами, а й змінами емоційного стану, мотивації до лікування, довіри до медичної допомоги, готовності до самоспостереження та дотримання рекомендацій. Мета статті полягає в теоретичному аналізі зв'язку між медичними проявами постковідного синдрому, психоемоційними порушеннями та поведінковими установками пацієнтів щодо власного здоров'я. Методологічну основу дослідження становили аналіз, систематизація, порівняння й узагальнення сучасних українських та зарубіжних наукових джерел, присвячених постковідному синдрому, психічному здоров'ю, самоменеджменту, суб'єктивному сприйняттю хвороби, психологічній гнучкості та якості життя пацієнтів. Встановлено, що поведінкові установки щодо здоров'я у пацієнтів із постковідним синдромом формуються під впливом симптомного навантаження, тривоги, депресивних проявів, когнітивного виснаження, емоційної дисрегуляції, досвіду взаємодії з медичною системою та уявлень про контрольованість хвороби. Обґрунтовано, що адаптивні установки сприяють дотриманню рекомендацій, поступовому поверненню до активності, конструктивному самоспостереженню та участі

пацієнта у відновленні. Деадаптивні установки можуть проявлятися у запереченні симптомів, катастрофізації, униканні фізичної активності, недовірі до медичної допомоги або хаотичному самоменеджменті. Практичне значення результатів полягає в можливості використання визначених медико-психологічних чинників для побудови програм супроводу пацієнтів із постковідним синдромом, орієнтованих на психоосвіту, корекцію тривожних і депресивних проявів, розвиток психологічної гнучкості та формування безпечної свідомої турботи про себе.

Ключові слова: депресія, клінічна психологія, постковідний синдром, поведінкові установки, психологічна гнучкість, самоменеджмент, тривога, якість життя.

Gerasymenko Olena PhD in Medical Sciences, Associate Professor, Associate Professor of the Department of Infectious Diseases with a Course in Dermato-venereology, Odesa National Medical University of the Ministry of Health of Ukraine, Odesa, <https://orcid.org/0000-0003-1291-657X>

Volkova Nataliia Prof., DSc, MD, Professor of the Department of Physiology with Bioethics, Faculty of Medicine, I. Horbachevsky Ternopil National Medical University, Ternopil, <https://orcid.org/0000-0002-1775-4023>

Fedorov Serhii Candidate of Medical Sciences, PhD, Associate Professor, Associate Professor of the Department of Rehabilitation Medicine, Physical Therapy and Sports Medicine, Faculty of Medicine, Shupyk National Healthcare University of Ukraine, Kyiv, <https://orcid.org/0000-0001-5255-0723>

MEDICAL-PSYCHOLOGICAL ASPECTS OF BEHAVIORAL ATTITUDES TOWARD HEALTH IN PATIENTS WITH POST-COVID SYNDROME

Abstract. This article examines the medical-psychological aspects of behavioral attitudes toward health in patients with post-COVID syndrome. The relevance of this research stems from the fact that post-COVID syndrome is accompanied not only by persistent somatic, neurological, and cognitive manifestations but also by changes in emotional status, motivation for treatment, trust in medical assistance, readiness for self-care, and adherence to recommendations. The objective of this article is to conduct a theoretical analysis of the relationships between medical manifestations of post-COVID syndrome, psychoemotional disturbances, and behavioral attitudes of patients toward their own health. The methodological foundation of the research comprised analysis, systematization, comparison, and synthesis of current Ukrainian and international scientific sources devoted to post-COVID syndrome, mental health, self-management, subjective illness perception, psychological resilience, and quality of life in patients. The study established that behavioral attitudes toward health in patients

with post-COVID syndrome are shaped by the influence of symptom burden, anxiety, depressive manifestations, cognitive impairment, emotional dysregulation, experience of interaction with the medical system, and perceptions of disease controllability. It was demonstrated that adaptive attitudes contribute to adherence to recommendations, gradual return to activity, constructive self-care, and patient participation in recovery. Maladaptive attitudes may manifest as symptom denial, catastrophizing, avoidance of physical activity, medical mistrust, or chaotic self-management. The practical significance of the results lies in the possibility of using the identified medical and psychological factors to develop support programs for patients with post-COVID syndrome, focused on psychoeducation, the correction of anxiety and depressive manifestations, the development of psychological flexibility, and the formation of safe and conscious self-care practices.

Keywords: anxiety, behavioral attitudes, clinical psychology, depression, post-COVID syndrome, psychological flexibility, quality of life, self-management.

Постановка проблеми. Постковідний синдром належить до медико-психологічних феноменів, які суттєво змінили уявлення про завершення інфекційного процесу. Значна частина пацієнтів, які перенесли коронавірусну інфекцію, не відновлюється повною мірою після гострого періоду захворювання: симптоми зберігаються впродовж тривалого часу й набувають хронічного характеру. Порушення фізичного, психічного та функціонального стану істотно впливають на повсякденну життєдіяльність і працездатність, що зумовлює необхідність розгляду постковідного синдрому не лише в клінічній, а й у психологічній площині [1; 2]. У зарубіжних дослідженнях наслідки COVID-19 охарактеризовано як поліморфний стан із респіраторними, серцево-судинними, неврологічними, когнітивними та психоемоційними проявами, вивчення якого потребує міждисциплінарного підходу, зокрема із залученням поведінкової психології [3].

Вагомим аспектом постковідного відновлення є самоменеджмент, оскільки тривалий і хвилеподібний перебіг симптомів вимагає від пацієнта самостійного регулювання фізичної активності, режиму відпочинку, звернень по медичну допомогу та дотримання лікарських рекомендацій [4]. Водночас результати когортних спостережень засвідчили, що навіть через шість місяців після гострої фази COVID-19 у частини пацієнтів зберігалися втома, м'язова слабкість, порушення сну, тривожні й депресивні прояви, які змінювали повсякденну поведінку та знижували якість життя [5]. З огляду на це, поведінкові установки щодо здоров'я доцільно розглядати як один із чинників, що опосередковує зв'язок між медичними наслідками захворювання та реальним процесом відновлення.

Проблема полягає в тому, що пацієнт із постковідним синдромом часто перебуває в ситуації невизначеності. Симптоми можуть бути нестійкими, хвилеподібними, важко прогнозованими та недостатньо зрозумілими для

самого пацієнта. За таких умов людина змушена постійно інтерпретувати власні тілесні відчуття, оцінювати ризики, вирішувати, чи доцільно збільшувати активність або обмежувати навантаження, чи є симптоми загрозливими, чи достатнім є поточне лікування. Відповіді на ці питання значною мірою залежать від сформованих установок: одні пацієнти демонструють готовність до поступового відновлення, співпраці з фахівцями та реалістичного самоспостереження, інші – схильні до катастрофізації, уникання, надмірного контролю симптомів або недовіри до медичної допомоги.

У цьому контексті актуальним є наукове осмислення медико-психологічних аспектів поведінкових установок щодо здоров'я у пацієнтів із постковідним синдромом. Такий аналіз необхідний не лише для опису психологічних наслідків перенесеного COVID-19, а й для розроблення практично орієнтованих підходів до медико-психологічного супроводу, психоосвіти, реабілітації та профілактики дезадаптивних форм поведінки.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. У наукових працях останніх років постковідний синдром розглядається як поліморфний стан, що поєднує соматичні, когнітивні, емоційні та поведінкові порушення у їхній взаємозумовленості. Низка досліджень засвідчує, що преморбідний психологічний статус особи може виступати предиктором розвитку постковідної симптоматики. Зокрема, наявність депресивних та тривожних розладів, суб'єктивно сприйнятого стресу й переживання самотності до інфікування SARS-CoV-2 асоціюється з підвищеною ймовірністю формування постковідних станів [6].

Зазначене спостереження є суттєвим для розуміння механізмів, що визначають поведінкові установки щодо здоров'я. Такі установки не виникають ізольовано після перенесеного захворювання, а детермінуються індивідуальним досвідом стресових переживань, сформованими стратегіями саморегуляції, вихідним рівнем тривожності та суб'єктивною оцінкою власної вразливості.

Водночас окремий напрям наукового пошуку стосується когнітивних репрезентацій хвороби. Уявлення пацієнта про етіологію, прогнозований перебіг, можливі наслідки та контрольованість постковідного синдрому опосередковують емоційне реагування, довіру до терапевтичних втручань, інтенсивність самомоніторингу та мотивацію до модифікації поведінки [7].

Значну частину досліджень присвячено проблемі персистуючої фізичної втоми та когнітивних порушень у пацієнтів із постковідним синдромом. Втома в поєднанні з когнітивним виснаженням суттєво обмежує здатність організовувати повсякденну діяльність, підтримувати оптимальний режим навантажень, дотримуватися рекомендацій лікаря, здійснювати контроль симптомів та зберігати соціальну активність [8].

Нейропсихіатричні прояви постковідного синдрому, зокрема тривожність, депресивна симптоматика, порушення сну, когнітивна лабільність та емоційне виснаження, створюють додаткові перешкоди для відновлення і сприяють

закріпленню дезадаптивних патернів реагування на хронічний перебіг захворювання [9]. Узагальнення даних щодо психіатричних наслідків постковідного синдрому підтвердило, що психоемоційні порушення становлять не периферійний, а один із центральних складників цього стану [10].

Окремим напрямом дослідження стає досвід пацієнтів та їхня взаємодія з медичною системою. Досвід життя з постковідним синдромом пов'язаний з доступністю медичної допомоги, розумінням траєкторії лікування, якістю комунікації з фахівцями та можливістю отримати пояснення щодо природи симптомів [11]. Психологічний дистрес та зниження якості життя після госпіталізації з приводу COVID-19 можуть зберігатися протягом тривалого часу [12]. При цьому самоспівчуття й психологічна гнучкість зменшували негативний психосоціальний вплив фізичного навантаження [13].

Якісні дослідження пацієнтів із постковідним синдромом показали, що недостатня медична допомога, відсутність пояснень та відчуття покинутості без підтримки можуть знижувати довіру до системи охорони здоров'я та сприяти безладному самоменеджменту [14]. Аналіз психіатричної симптоматики у пацієнтів із постковідним синдромом підтвердив значущість тривоги, депресії, порушень сну, когнітивних труднощів і посттравматичних проявів для оцінки поведінкових установок щодо здоров'я [15].

Таким чином, сучасні дослідження демонструють, що медичні прояви постковідного синдрому неможливо розглядати ізольовано від психологічних реакцій і поведінкових рішень пацієнта. Попри значну кількість публікацій, проблема поведінкових установок щодо здоров'я у пацієнтів із постковідним синдромом потребує подальшого висвітлення. У науковій літературі достатньо широко описано клінічні прояви постковідного синдрому, психоемоційні наслідки, когнітивні порушення, якість життя та обмеження медичної допомоги. Водночас залишаються недостатньо вивченими питання про те, як саме ці чинники формують установки пацієнта щодо здоров'я, лікування, активності, самоменеджменту, відповідальності за власне відновлення та довіри до фахівців. Саме цей аспект визначає спрямування дослідження.

Мета статті – аналіз медико-психологічних аспектів поведінкових установок щодо здоров'я у пацієнтів із постковідним синдромом.

Завдання статті:

1. Визначити та проаналізувати медико-психологічні чинники, що детермінують формування поведінкових установок щодо здоров'я у пацієнтів із постковідним синдромом, зокрема соматичне симптомне навантаження, когнітивні порушення, психоемоційні прояви, суб'єктивне сприйняття хвороби та досвід взаємодії з медичною системою.

2. Охарактеризувати адаптивні та дезадаптивні поведінкові стратегії у пацієнтів із постковідним синдромом, з'ясувати їх специфічні прояви, механізми закріплення та вплив на дотримання лікарських рекомендацій і перебіг відновлення.

3. Обґрунтувати доцільність комплексного медико-психологічного супроводу пацієнтів із постковідним синдромом, спрямованого на корекцію дезадаптивних установок засобами психоосвіти, регуляції тривожних і депресивних проявів, розвитку психологічної гнучкості та формування безпечних навичок самоменеджменту.

Виклад основного матеріалу. Поведінкові установки щодо здоров'я доцільно розглядати як відносно стійку систему уявлень, очікувань, емоційних оцінок та готовності до дій, пов'язаних із підтриманням, відновленням і захистом здоров'я [10]. У пацієнтів із постковідним синдромом ці установки набувають особливого значення, оскільки тривала персистенція симптоматики передбачає не одноразове виконання лікувально-профілактичних приписів, а постійну активну участь особи у процесі власного відновлення. З огляду на це, пацієнт постає перед необхідністю регулювати режим активності та відпочинку, відстежувати динаміку самопочуття, взаємодіяти з фахівцями різних спеціальностей, оцінювати результативність терапевтичних втручань і водночас уникати надмірної фіксації на симптомах.

Медико-психологічний зміст поведінкових установок значною мірою визначається характером суб'єктивної інтерпретації постковідного синдрому. Сприйняття цього стану як тимчасового явища, що мине без спеціальних зусиль, формує схильність до ігнорування симптомів, передчасного повернення до інтенсивних навантажень та недооцінки потреби в медичній допомозі. Натомість тлумачення постковідного синдрому як ознаки стійкого органічного ураження зумовлює протилежну установку, яка виявляється у страху перед фізичною активністю, переконанні щодо необоротного погіршення стану, тривожному самопостереженні та поведінковому униканні. Обидва крайні варіанти установок істотно перешкоджають процесу відновлення [11].

Психологічний зміст поведінкових установок реалізується через емоційну реакцію на персистуючу симптоматику. Втома, порушення сну, серцебиття, задишка, нестабільність уваги чи пам'яті можуть провокувати тривогу, зниження настрою, дратівливість, відчуття безпорадності або страх втрати контролю над тілесними функціями. За відсутності належного пояснення та психологічної підтримки ці переживання закріплюються у формі дезадаптивних переконань: «я не зможу відновитися», «будь-яке навантаження небезпечно», «лікарі не допомагають». Зазначені переконання детермінують поведінкові реакції не менш вагомо, ніж фізичні симптоми.

У цьому контексті суттєвого значення набуває співвідношення між адаптивним самопостереженням і тривожною фіксацією. Уважність до симптомів є необхідною, оскільки сприяє своєчасному виявленню погіршення та адекватному дозуванню навантажень. Водночас надмірне самопостереження посилює тривогу й утворює замкнене коло негативного зворотного зв'язку. Отже, адаптивна установка передбачає структуроване, емоційно нейтральне та функціонально спрямоване самопостереження [12].

Крім того, поведінкові установки значною мірою залежать від досвіду взаємодії з медичною системою. Отримання пацієнтом зрозумілої інформації, реалістичного плану відновлення та відчуття прийняття підтримує довіру і сприяє активній участі в лікувальному процесі. Натомість зневажливе тлумачення симптомів може зумовити втрату довіри, хаотичний пошук допомоги або уникання медичних контактів. Самоменеджмент у пацієнтів із постковідним синдромом потребує практичного підходу, що охоплює розподіл активності, запобігання перенавантаженням, планування відпочинку, структуроване само-спостереження, дотримання лікарських рекомендацій та поступове повернення до соціальної активності. Водночас самоменеджмент не може бути повністю перекладений на пацієнта без системної підтримки з боку закладів охорони здоров'я [14].

Медико-психологічні чинники, що впливають на поведінкові установки пацієнтів із постковідним синдромом, охоплюють соматичний стан, психо-емоційні прояви, когнітивне функціонування, суб'єктивне сприйняття хвороби, досвід отримання медичної допомоги та адаптаційні ресурси пацієнта. Їх узагальнення подано в таблиці 1.

Таблиця 1

Медико-психологічні чинники формування поведінкових установок щодо здоров'я у пацієнтів із постковідним синдромом

Чинник	Зміст прояву при постковідному синдромі	Можливий вплив на поведінкові установки щодо здоров'я	Напрямок медико-психологічної підтримки
Соматичне симптомне навантаження	Персистуюча втома, задишка, больовий синдром, серцебиття, порушення сну, зниження фізичної витривалості	Формування надмірної настороженості до тілесних сигналів, уникання фізичного навантаження або, навпаки, ігнорування симптоматики	Роз'яснення патофізіологічної природи симптомів, визначення безпечного режиму активності, поетапне збільшення навантажень
Когнітивні порушення	Зниження концентрації уваги, погіршення пам'яті, уповільнення мислення, труднощі планування	Обмеження спроможності дотримуватися рекомендацій, здійснювати самоспостереження та підтримувати стабільний режим дня	Спрощення та структурування рекомендацій, надання письмових інструкцій, планування коротких етапів відновлення
Тривожні прояви	Занепокоєння щодо прогнозу захворювання, страх ускладнень, гіперпильність до соматичних симптомів	Катастрофізація стану, надмірна частота звернень по медичну допомогу або уникання будь-якої активності	Психоосвіта, корекція катастрофічних інтерпретацій, навчання технік емоційної саморегуляції

Чинник	Зміст прояву при постковідному синдромі	Можливий вплив на поведінкові установки щодо здоров'я	Напрямок медико-психологічної підтримки
Депресивні прояви	Зниження мотивації, виражена втомлюваність, песимістичні очікування, ангедонія	Поведінкова пасивність, недотримання лікарських рекомендацій, відмова від реабілітаційних заходів	Оцінювання депресивної симптоматики, підтримка мотивації, поетапне формування досяжних цілей
Суб'єктивне сприйняття хвороби	Когнітивні репрезентації щодо етіології, тривалості, контрольованості та наслідків постковідного синдрому	Формування установки на активний контроль, переживання безпорадності, недовіра до лікування або усвідомлена участь у відновленні	Корекція нереалістичних переконань, формування збалансованого розуміння перебігу захворювання
Досвід взаємодії з медичною системою	Наявність або відсутність зрозумілих пояснень, емоційної підтримки та визначеного маршруту допомоги	Рівень довіри до лікування, готовність до терапевтичної співпраці або перехід до хаотичного самолікування	Удосконалення комунікації з пацієнтом, міждисциплінарний супровід, визнання реальності скарг
Психологічна гнучкість	Здатність адаптувати поведінку до зміненого стану здоров'я без втрати життєвих орієнтирів	Поступове прийняття обмежень, збереження активної позиції, реалістичне планування діяльності	Розвиток навичок психологічної адаптації, формування самоспівчуття, підтримка значущих життєвих цілей
Соціальний контекст	Рівень підтримки з боку родини, ставлення оточення, умови праці, наявність додаткових стресових чинників	Посилення або зменшення переживання ізоляції, стигматизації та безпорадності	Залучення ресурсів соціальної підтримки, рекомендації щодо повернення до професійної діяльності та комунікації з близьким оточенням

Джерело: складено авторами на основі [10; 12; 14]

Наведена в таблиці 1 систематизація засвідчує, що поведінкові установки щодо здоров'я не можуть бути пояснені впливом одного чинника. Вони формуються на перетині соматичного стану, емоційного реагування, когнітивних можливостей, досвіду лікування та соціального середовища. Однаковий рівень втоми може зумовлювати різні поведінкові стратегії. Зокрема, пацієнт із вираженою тривожністю та низьким рівнем довіри до медичної допомоги схильний уникати будь-якого навантаження, тоді як пацієнт із вищою психологічною гнучкістю та зрозумілим планом відновлення поступово адаптує

активність до власних можливостей. З огляду на це, клінічне оцінювання симптомів має доповнюватися вивченням того, як пацієнт інтерпретує свій стан та які поведінкові рішення ухвалює.

Адаптивні поведінкові установки у пацієнтів із постковідним синдромом передбачають визнання реальності симптомів без їх катастрофізації. Така позиція уможливорює адекватне сприйняття пацієнтом власного стану, водночас запобігаючи формуванню поведінки, зосередженої на постійному очікуванні погіршення.

Адаптивна установка охоплює готовність до медичного спостереження, поступового повернення до активності, дотримання лікарських рекомендацій, використання психологічної підтримки та корекції режиму життєдіяльності. Суттєвим складником адаптивної установки є здатність пацієнта приймати тимчасові обмеження без формування стійкої ідентичності «хронічно хворої людини», оскільки така ідентичність може закріплювати пасивність і знижувати мотивацію до відновлення.

Деадаптивні установки виявляються у різних формах. В одних випадках пацієнти заперечують наявність проблем, прагнуть якнайшвидше повернутися до попереднього рівня навантажень та ігнорують сигнали організму, що призводить до повторного погіршення стану та вимушеного зниження активності. В інших випадках спостерігається систематичне уникання певних видів діяльності через суб'єктивне відчуття їх небезпечності для здоров'я, що поглиблює функціональне обмеження та соціальну ізоляцію. Окремим варіантом є хаотичний самоменеджмент, за якого пацієнт одночасно застосовує численні, часто суперечливі рекомендації, змінює терапевтичні підходи без системного обґрунтування та не має послідовного плану відновлення [15].

Медико-психологічна допомога має бути спрямована не лише на редукцію симптомів, а й на трансформацію дезадаптивних установок. У цьому контексті важливо забезпечити розуміння пацієнтом природи постковідного синдрому, його хвилеподібного перебігу та багатофакторної зумовленості процесу відновлення. Водночас необхідно уникати як надмірного заспокоєння, так і залякування. Надмірне заспокоєння може спричинити втрату довіри з боку пацієнта у разі збереження симптоматики, тоді як залякування посилює тривожність і сприяє формуванню гіперпильності щодо тілесних відчуттів. Психоосвіта має сформуванню у пацієнта переконання, що симптоми постковідного синдрому є реальними і потребують уваги, проте він здатний активно впливати на перебіг відновлення.

Корекція тривожних та депресивних проявів є необхідною умовою зміни поведінкових установок. Тривога зумовлює катастрофічну інтерпретацію симптомів, тоді як депресія знижує рівень енергії, мотивації та віри у позитивний результат. У пацієнтів із постковідним синдромом ці прояви нерідко маскуються під соматичну симптоматику, що потребує їх цілеспрямованого виявлення в процесі оцінювання стану. Корекція тривожних когніцій, нормалізація

переживань, формування короткострокових досяжних цілей та фіксація позитивної динаміки створюють передумови для становлення стійкої здоров'язберезливої поведінки.

У практичній площині поведінкові установки щодо здоров'я доцільно оцінювати в процесі медико-психологічного супроводу. Для цього необхідно з'ясовувати, як пацієнт пояснює свої симптоми, наскільки вважає стан контрольованим, чого очікує від лікування, як реагує на погіршення, чи довіряє фахівцям, якими джерелами інформації користується, як планує активність та чи має соціальну підтримку. Такі запитання дають змогу виявити не лише емоційний стан, а й поведінкову логіку пацієнта. Саме ця логіка визначає, чи дотримуватиметься особа лікарських рекомендацій, чи зможе підтримувати стабільний режим, чи вдасться уникнути переходу до поведінкового уникання або хаотичного самолікування.

Таким чином, медико-психологічні аспекти поведінкових установок щодо здоров'я у пацієнтів із постковідним синдромом охоплюють широкий спектр взаємопов'язаних чинників. Соматичні симптоми створюють підґрунтя для змін у повсякденному функціонуванні, психологічні реакції визначають емоційне забарвлення досвіду захворювання, а поведінкові установки впливають на те, як саме пацієнт діє в умовах тривалого відновлення. З огляду на це, результативний супровід пацієнтів із постковідним синдромом має бути не лише симптоматичним, а й поведінково орієнтованим.

Висновки. Постковідний синдром є складним медико-психологічним станом, що впливає не лише на фізичне самопочуття, а й на емоційну сферу, когнітивне функціонування, соціальну активність та поведінкові установки пацієнта щодо власного здоров'я. Тривалий і хвилеподібний перебіг цього стану створює ситуацію невизначеності, в якій пацієнт змушений постійно оцінювати симптоми, регулювати активність, ухвалювати рішення щодо лікування та підтримувати взаємодію з медичною системою.

Поведінкові установки щодо здоров'я у пацієнтів із постковідним синдромом формуються під впливом соматичного симптомного навантаження, втоми, когнітивних труднощів, тривожних і депресивних проявів, емоційної дисрегуляції, суб'єктивного сприйняття хвороби, досвіду отримання медичної допомоги, соціального контексту та наявності адаптаційних ресурсів. Адаптивні установки сприяють поступовому відновленню, конструктивному самоспостереженню, довірі до фахівців, дотриманню рекомендацій і збереженню активної участі пацієнта в реабілітаційному процесі. Деадаптивні установки можуть виявлятися у запереченні симптомів, катастрофізації, униканні активності, недовірі до медичної допомоги, пасивності або хаотичному самоменеджменті.

Постковідний синдром потребує міждисциплінарного підходу, в якому медичне спостереження поєднується з психологічною підтримкою, психосвітою, корекцією тривожних і депресивних проявів, розвитком психологічної гнучкості та формуванням безпечних навичок самоменеджменту. Особливого

значення набуває робота із суб'єктивним сприйняттям хвороби, оскільки уявлення пацієнта про причини, тривалість, наслідки й контрольованість постковідного синдрому безпосередньо визначають його поведінкові рішення.

Література:

1. Кантарьова Н. В., Дикіна Л. В., Климець Г. В. Порухення настрою в пацієнтів із постковідним синдромом. *Психологія та соціальна робота*. 2024. № 1. С. 130–140. URL: <https://doi.org/10.32782/2707-0409.2024.1.12> (дата звернення: 13.05.2026).
2. Burdeinyi A. Emotional dysregulation in post-COVID syndrome: anxiety and depressive disorders and the impact of war. *PMGP*. 2023. Vol. 8. No. 4. URL: <https://e-medjournal.com/index.php/psp/article/view/417> (date of access: 13.05.2026).
3. Post-acute COVID-19 syndrome / A. Nalbandian et al. *Nature Medicine*. 2021. Vol. 27, no. 4. P. 601–615. URL: <https://doi.org/10.1038/s41591-021-01283-z> (date of access: 13.05.2026).
4. Long COVID and self-management / K. Brown et al. *The Lancet*. 2022. Vol. 399, no. 10322. P. 355. URL: [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(21\)02798-7](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(21)02798-7) (date of access: 13.05.2026).
5. 6-month consequences of COVID-19 in patients discharged from hospital: a cohort study / C. Huang et al. *The Lancet*. 2021. Vol. 397, no. 10270. P. 220–232. URL: [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(20\)32656-8](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(20)32656-8) (date of access: 13.05.2026).
6. Associations of Depression, Anxiety, Worry, Perceived Stress, and Loneliness Prior to Infection With Risk of Post-COVID-19 Conditions / S. Wang et al. *JAMA Psychiatry*. 2022. URL: <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2022.2640> (date of access: 13.05.2026).
7. Bierbauer W., Lüscher J., Scholz U. Illness perceptions in long-COVID: A cross-sectional analysis in adults. *Cogent Psychology*. 2022. Vol. 9. No. 1. URL: <https://doi.org/10.1080/23311908.2022.2105007> (date of access: 13.05.2026).
8. Fatigue and cognitive impairment in Post-COVID-19 Syndrome: A systematic review and meta-analysis / F. Ceban et al. *Brain, Behavior, and Immunity*. 2022. Vol. 101. P. 93–135. URL: <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2021.12.020> (date of access: 13.05.2026).
9. Long COVID and neuropsychiatric manifestations (Review) / V. Efstathiou et al. *Experimental and Therapeutic Medicine*. 2022. Vol. 23, no. 5. URL: <https://doi.org/10.3892/etm.2022.11290> (date of access: 13.05.2026).
10. The Psychiatric Consequences of Long-COVID: A Scoping Review / G. Sampogna et al. *Journal of Personalized Medicine*. 2022. Vol. 12, no. 11. P. 1767. URL: <https://doi.org/10.3390/jpm12111767> (date of access: 13.05.2026).
11. Experiences of living with long COVID and of accessing healthcare services: a qualitative systematic review / K. Macpherson et al. *BMJ Open*. 2022. Vol. 12, no. 1. P. e050979. URL: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-050979> (date of access: 13.05.2026).
12. Psychological distress and health-related quality of life in patients after hospitalization during the COVID-19 pandemic: A single-center, observational study / J. H. Vlase et al. *PLOS ONE*. 2021. Vol. 16, no. 8. P. e0255774. URL: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0255774> (date of access: 13.05.2026).
13. Post-covid-19 syndrome: Self-compassion and psychological flexibility moderate the relationship between physical symptom load and psychosocial impact / L. Tudor et al. *Acta Psychologica*. 2023. Vol. 241. P. 104093. URL: <https://doi.org/10.1016/j.actpsy.2023.104093> (date of access: 13.05.2026).
14. “There is no one who helps you with it”: experiences of people with long COVID regarding medical care, therapeutic measures, and barriers in the German healthcare system: results of a qualitative study with four focus groups / T. Schmachtenberg et al. *BMC Health Services*

Research. 2023. Vol. 23, no. 1. URL: <https://doi.org/10.1186/s12913-023-10170-x> (date of access: 13.05.2026).

15. Psychiatric symptoms in Long-COVID patients: a systematic review / M. Marchi et al. *Frontiers in Psychiatry*. 2023. Vol. 14. URL: <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2023.1138389> (date of access: 13.05.2026)

References:

1. Kantarova, N. V., Dykina, L. V., & Klymets, H. V. (2024). Porushennia nastroiiv v patsiientiv iz postkovidnym syndromom [Mood disorders in patients with post-COVID syndrome]. *Psykhohihiia ta sotsialna robota – Psychology and Social Work*, (1), 130–140. <https://doi.org/10.32782/2707-0409.2024.1.12>
2. Burdeinyi, A. (2023). Emotsiina dysrehuliatsiia pry postkovidnomu syndromi: tryvozhni ta depresyvnii porushennia ta faktor viiny [Emotional dysregulation in post-COVID syndrome: Anxiety and depressive disorders and the factor of war]. *Psychosomatic Medicine and General Practice*, 8(4). <https://doi.org/10.26766/pmvp.v8i3.417>
3. Nalbandian, A., Sehgal, K., Gupta, A., Madhavan, M. V., McGroder, C., Stevens, J. S., et al. (2021). Post-acute COVID-19 syndrome. *Nature Medicine*, 27(4), 601–615. <https://doi.org/10.1038/s41591-021-01283-z>
4. Brown, K., Yahyouché, A., Haroon, S., Camaradou, J., & Turner, G. (2022). Long COVID and self-management. *The Lancet*, 399(10322), 355. [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(21\)02798-7/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(21)02798-7/fulltext)
5. Huang, C., Huang, L., Wang, Y., Li, X., Ren, L., Gu, X., et al. (2021). 6-month consequences of COVID-19 in patients discharged from hospital: A cohort study. *The Lancet*, 397, 220–232. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)32656-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)32656-8)
6. Wang, S., Quan, L., Chavarro, J. E., Slopen, N., Kubzansky, L. D., Koenen, K. C., et al. (2022). Associations of depression, anxiety, worry, perceived stress, and loneliness prior to infection with risk of post-COVID-19 conditions. *JAMA Psychiatry*, 79(11), 1081–1091. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2022.2640>
7. Bierbauer, W., Lüscher, J., & Scholz, U. (2022). Illness perceptions in long-COVID: A cross-sectional analysis in adults. *Cogent Psychology*, 9(1), 2105007. <https://doi.org/10.1080/23311908.2022.2105007>
8. Ceban, F., Ling, S., Lui, L. M., Lee, Y., Gill, H., Teopiz, K. M., et al. (2022). Fatigue and cognitive impairment in Post-COVID-19 Syndrome: A systematic review and meta-analysis. *Brain, Behavior, and Immunity*, 101, 93–135. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2021.12.020>
9. Efstathiou, V., Stefanou, M. I., Demetriou, M., Sifakakis, N., Makris, M., Tsivgoulis, G., et al. (2022). Long COVID and neuropsychiatric manifestations. *Experimental and Therapeutic Medicine*, 23(5), 363. <https://doi.org/10.3892/etm.2022.11290>
10. Sampogna, G., Di Vincenzo, M., Giallonardo, V., Perris, F., Volpicelli, A., Del Vecchio, V., et al. (2022). The psychiatric consequences of long-COVID: A scoping review. *Journal of Personalized Medicine*, 12(11), 1767. <https://doi.org/10.3390/jpm12111767>
11. Macpherson, K., Cooper, K., Harbour, J., Mahal, D., Miller, C., & Nairn, M. (2022). Experiences of living with long COVID and of accessing healthcare services: A qualitative systematic review. *BMJ Open*, 12(1), e050979. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-050979>
12. Vlase, J. H., Wesselius, S., Van Genderen, M. E., van Bommel, J., Boxma-de Klerk, B., & Wils, E. J. (2021). Psychological distress and health-related quality of life in patients after hospitalization during the COVID-19 pandemic: A single-center, observational study. *PLoS ONE*, 16(8), e0255774. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0255774>
13. Tudor, L., Harenwall, S., Henderson, R., & Bland, A. R. (2023). Post-covid-19 syndrome: Self-compassion and psychological flexibility moderate the relationship between physical symptom

load and psychosocial impact. *Acta Psychologica*, 241, 104093. <https://doi.org/10.1016/j.actpsy.2023.104093>

14. Schmachtenberg, T., Königs, G., Dragaqina, A., Roder, S., Müller, F., Müllenmeister, C., et al. (2023). "There is no one who helps you with it": Experiences of people with long COVID regarding medical care, therapeutic measures, and barriers in the German healthcare system: Results of a qualitative study with four focus groups. *BMC Health Services Research*, 23(1), 1160. <https://doi.org/10.1186/s12913-023-10170-x>

15. Marchi, M., Grenzi, P., Serafini, V., Capoccia, F., Rossi, F., Marrino, P., et al. (2023). Psychiatric symptoms in Long-COVID patients: A systematic review. *Frontiers in Psychiatry*, 14, 1138389. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2023.1138389>

Дата першого надходження статті до видання: 29.04.2026

Дата прийняття статті до друку після рецензування: 14.05.2026