

Тернопільський національний медичний університет
імені І. Я. Горбачевського Міністерства охорони здоров'я України

Тернопільський національний медичний університет
імені І. Я. Горбачевського Міністерства охорони здоров'я України

Кваліфікаційна наукова праця
на правах рукопису

ІВАНІЦЬКА-ДЯЧУН ТЕТЯНА ІВАНІВНА

УДК 616.89-008.19/.454-06:616.98:578.834.

ДИСЕРТАЦІЯ

**РОЗВИТОК ПСИХІЧНИХ ПОРУШЕНЬ В ОСІБ, ЩО ПЕРЕБУВАЮТЬ
В УМОВАХ ВИМУШЕНОЇ СОЦІАЛЬНОЇ ІЗОЛЯЦІЇ
(КЛІНІКО-ПАТОПСИХОЛОГІЧНІ І ПАТОПСИХОЛОГІЧНІ
ОСОБЛИВОСТІ, СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО КОРЕКЦІЇ ТА ЛІКУВАННЯ)**

22 «Охорона здоров'я»

222 «Медицина»

Подається на здобуття ступеня доктора філософії

Дисертація містить результати власних досліджень. Використання ідей,
результатів і текстів інших авторів мають посилання на відповідне джерело

_____ Т. І. Іваніцька-Дячун

Науковий керівник – **Венгер Олена Петрівна**, доктор медичних наук, професор

Тернопіль – 2024

АНОТАЦІЯ

Іваницька-Дячун Т. І. Розвиток психічних порушень в осіб, що перебувають в умовах вимушеної соціальної ізоляції (клініко-патопсихологічні і патопсихологічні особливості, сучасні підходи до корекції та лікування). – Кваліфікаційна наукова праця на правах рукопису.

Дисертація на здобуття наукового ступеня доктора філософії за спеціальністю 222 «Медицина» (22 «Охорона здоров'я». – Тернопільський національний медичний університет імені І. Я. Горбачевського Міністерства охорони здоров'я України, Тернопіль, 2024.

Тернопільський національний медичний університет імені І. Я. Горбачевського Міністерства охорони здоров'я України, Тернопіль, 2025.

Мета роботи – на підставі комплексного соціально-демографічного, клініко-психопатологічного, патопсихологічного обстеження визначити особливості, покращити якість корекції психічних порушень в осіб, що перебувають в умовах вимушеної соціальної ізоляції під час пандемії.

Для досягнення мети проведено комплексне обстеження 161 респондентів, серед яких 67 чоловіків та 94 жінок, що зверталися з профілактичною метою до сімейних лікарів Комунального некомерційного підприємства «Центр первинної медико-санітарної допомоги» Бучацької міської ради. Серед них було сформовано такі клінічні групи: досліджувана група – 81 особа (35 чоловіків та 46 жінок), що на момент дослідження перебували в умовах карантину та вимушеної соціальної ізоляції, та контрольна група – 80 осіб (32 чоловіків та 48 жінок), які на момент дослідження продовжували функціонувати у звичному режимі та не перебували в умовах карантину.

Встановлено, що вимушена соціальна ізоляція суттєво підвищує рівень тривоги серед респондентів: у досліджуваній групі нормальний рівень тривоги спостерігався у 7,4 % осіб, у контрольній групі – в 47,3 % ($p < 0,001$); виражений рівень – відповідно у 18,5 % та 8,8 %; тяжкий – відповідно у 32,1 % та 6,3 % ($p < 0,001$). Соціальна ізоляція значно підвищила рівень депресії серед учасників:

у досліджуваній групі нормальний рівень депресії зафіксовано у 21,0 % осіб, тоді як у контрольній – у 62,4 % ($p < 0,001$); виражений рівень спостерігався у 24,7 % та у 6,3 % відповідно; тяжкий рівень – у 32,1 % та у 5,0 % відповідно ($p < 0,001$). За результатами аналізу даних встановлено, що вимушена соціальна ізоляція підвищує рівень порушення сну серед респондентів: у досліджуваній групі відсутність безсоння спостерігалася у 24,7 % осіб, тоді як у контрольній – у 55,0 % ($p < 0,001$); помірне безсоння зафіксовано у 29,6 % та 11,3 % відповідно; важке безсоння – у 16,1 % та 3,7 % відповідно ($p < 0,001$).

Соціальна ізоляція суттєво впливає на когнітивні функції, зокрема на рівень уваги. У досліджуваній групі (за «таблицями Шульте») знижений рівень уваги був у 71,6 % осіб, тоді як у контрольній – 25,0 % ($p < 0,001$). За результатами «Тесту Мюнстерберга», нормальний рівень уваги спостерігався у 7,4 % осіб у досліджуваній групі та у 28,8 % – у контрольній ($p < 0,001$); знижений рівень виявлено у 92,6 % та 71,2 % відповідно ($p < 0,001$). За «Тестом Джекобсона», високий рівень пам'яті зафіксовано у 6,2 % осіб досліджуваної групи та у 32,5 % – контрольної ($p < 0,001$); низький рівень – у 40,7 % та у 11,3 % відповідно; дуже низький – у 25,9 % та у 4,9 % відповідно ($p < 0,001$).

Встановлено, що в осіб, які перенесли COVID-19 (що підтверджено імуноферментним тестом або полімеразно-ланцюговою реакцією та опубліковано у відповідній медичній документації), спостерігалися значні відмінності у рівнях тривоги, депресії та порушення сну порівняно з тими, хто не хворів. Нормальний рівень тривоги спостерігався лише у 1,8 % осіб, що перенесли COVID-19, тоді як серед тих, хто не хворів, цей показник становив 20,0 % ($p < 0,001$); виражений рівень – у 26,8 % та 0 % відповідно ($p < 0,001$); тяжкий рівень – у 46,4 % та 0 % відповідно ($p < 0,001$). Нормальний рівень депресії відмічено у 5,4 % осіб, які перенесли COVID-19, порівняно з 56,0 % у групі, що не хворіла ($p < 0,001$); виражений – у 30,4 % та 12,0 % відповідно ($p > 0,05$); тяжкий рівень – у 44,6 % та 4,0 % відповідно ($p < 0,001$). За індексом вираження безсоння (ISI) встановлено, що відсутність порушень сну спостерігалася у 16,1 % осіб, які перенесли COVID-19, порівняно з 44,0 % у групі, що не хворіла ($p < 0,001$); помірні порушення – у

33,9 % та 20,0 % відповідно ($p > 0,05$); важкі порушення – у 21,4 % та 4,0 % відповідно ($p < 0,05$).

Серед осіб, що перенесли COVID-19, спостерігалися значні відмінності у рівні когнітивних функцій порівняно з тими, хто не хворів. За «таблицями Шульте» у групі осіб, що перенесли COVID-19, знижений рівень продуктивності виявлено у 80,3 % респондентів, тоді як у групі, що не хворіла, цей показник становив лише 52,0 % ($p < 0,001$); нормальний рівень – відповідно у 17,9 % та 48,0 % ($p < 0,001$). За результатами «Тесту Мюнстерберга» нормальний рівень уваги був у 3,6 % хворих на COVID-19, тоді як у групі, що не хворіла, цей показник становив 16,0 % ($p < 0,05$); знижений рівень – відповідно у 96,4 % та 84,0 % ($p < 0,05$). За «Тестом Джекобсона» дуже низький рівень пам'яті виявлено у 35,7 % хворих на COVID-19, тоді як у групі, що не хворіла, цей показник складав лише 4,0 % ($p < 0,001$); низький рівень – відповідно у 40,7 % та 11,3 % ($p < 0,001$).

Нами виявлено гендерні відмінності у сприйнятті якості життя серед осіб, що перебували в умовах вимушеної соціальної ізоляції під час пандемії COVID-19. У досліджуваній групі вкрай низький рівень якості життя зафіксовано у 68,6 % чоловіків і 52,2 % жінок, тоді як у контрольній групі ці показники становили 15,5 % і 16,6 % відповідно ($p < 0,001$ для обох статей). Низький рівень якості життя спостерігався у 8,6 % чоловіків і 21,7 % жінок у досліджуваній групі, порівняно з 15,6 % і 12,5 % у контрольній групі ($p > 0,05$ для обох статей).

Встановлено, що соціальна активність є важливим фактором, який впливає на якість життя осіб в умовах соціальної ізоляції. У досліджуваній групі вкрай низький рівень якості життя зафіксовано у 45,2 % соціально активних осіб та у 85,8 % соціально неактивних осіб ($p < 0,001$); низький рівень – у 7,1 % та 20,8 % відповідно ($p > 0,05$); середній рівень становив 0 % та 17,0 % відповідно ($p < 0,05$); високий рівень виявлено у 11,3 % та 7,1 % відповідно ($p > 0,05$). Встановлено таку закономірність відносно користування соціальними мережами: вкрай низький рівень якості життя був у 49,0 % користувачів соціальних мереж та у 80,8 % осіб, що не користуються соціальними мережами ($p < 0,001$). У

досліджуваній групі вкрай низький рівень якості життя зафіксовано у 60,9 % звичайних користувачів інтернету, у 49,9 % проблемних користувачів і 100 % осіб з інтернет-залежністю ($p > 0,05$ для всіх порівнянь).

Активне користування соціальними мережами людьми похилого віку, як однієї з найуразливіших верств населення, може мати суттєвий вплив на зниження рівня психопатологічної симптоматики, зокрема тривожності та депресії. Серед користувачів соціальних мереж виявлено значно менше випадків тяжкої тривожності (16,7 %) порівняно з групою, що не користується соціальними мережами (68,7 %) ($p < 0,05$). Тяжка депресія спостерігалася у 8,3 % користувачів соціальних мереж проти 50,0 % тих, хто не користується соцмережами ($p < 0,05$). Серед користувачів соціальних мереж 83,3 % оцінили свою якість життя як вкрай низьку, тоді як у групі, що не користується соцмережами, цей показник становив 87,5 % ($p > 0,05$).

На підставі результатів дослідження розроблено і впроваджено у практику комплексну програму психокорекції з фокусом на навички емоційної регуляції та поведінкової самоефективності для осіб, що перебувають в умовах вимушеної соціальної ізоляції під час пандемії. Метою запропонованої програми є зниження рівня тривожності, депресії, покращення якості сну, зниження рівня стресу та покращення когнітивних функцій. Базовими принципами оновленої програми є комплексність (поєднання когнітивно-поведінкової терапії, діалектичної поведінкової терапії та емоційно-фокусованої терапії), індивідуальний підхід (кожен учасник отримує персоналізовані рекомендації, враховуючи його психоемоційний стан та особисті потреби), наукова обґрунтованість (на основі сучасних досліджень у сфері психотерапії та психокорекції) і поступовість (реалізація розбита на послідовні етапи). Поєднання когнітивно-поведінкової терапії, діалектичної поведінкової терапії та емоційно-фокусованої терапії забезпечує комплексний підхід до психокорекції, оскільки поєднує зміну когнітивних патернів, розвиток емоційної регуляції та опрацювання глибинних емоцій, що дозволяє ефективно вирішувати широкий спектр психологічних проблем. Програма складається з шести структурованих сесій: перша сесія –

психоедукація та усвідомлення проблеми; друга сесія – розуміння емоцій та їх впливу на поведінку; третя сесія – навички емоційної регуляції; четверта сесія – робота з когнітивними спотвореннями; п'ята сесія – корекція поведінкових патернів; шоста сесія – підсумок та попередження рецидивів. Статистичний аналіз отриманих даних підтверджує високу ефективність розробленої програми психокорекції для зниження психосимптоматики серед осіб, що перебувають в умовах вимушеної соціальної ізоляції під час пандемії.

Наукова новизна одержаних результатів. Грунтуючись на результатах двоетапного дослідження з використанням клініко-психопатологічного, психометричного, патопсихологічного та соціально-медичного методів, а також статистичного аналізу вперше комплексно охарактеризовано розвиток психічних порушень в осіб, що перебувають в умовах вимушеної соціальної ізоляції, а також гендерні і соціально-демографічні особливості розвитку психопатологічної симптоматики; оцінено роль соціальної активності та користування соціальними мережами як захисних чинників, що впливають на підтримку психічного здоров'я; виокремлено особливості психічних порушень у людей похилого віку. На основі отриманих результатів науково обґрунтовано, розроблено і впроваджено у практику охорони здоров'я програму психокорекції, орієнтовану на покращення емоційної регуляції, поведінкової самоефективності та когнітивних функцій осіб, що перебувають в умовах вимушеної соціальної ізоляції.

Практичне значення одержаних результатів полягає у розробці комплексної програми психокорекції, спрямованої на покращення емоційної регуляції та поведінкової самоефективності в осіб, що перебували в умовах вимушеної соціальної ізоляції під час пандемії. Розроблено алгоритм ранньої діагностики психопатологічних симптомів, що включає оцінку стану тривожності, депресії та когнітивних функцій з використанням стандартизованих психометричних інструментів. Визначено ключові соціально-демографічні та психосоціальні фактори, які впливають на якість життя та психічне здоров'я в осіб, що перебували в умовах вимушеної соціальної ізоляції. Особливу увагу

приділено ролі соціальної активності та використанню інформаційних технологій, що дозволяє розробляти індивідуалізовані терапевтичні підходи.

Таким чином, нами виокремлені можливості для покращення психосоціального функціонування, підвищення якості життя та зменшення психопатологічної симптоматики в осіб, що перебували в умовах соціальної ізоляції, завдяки розробленій та апробованій системі психокорекції.

Розроблені практичні рекомендації використовуються у практиці фахівців КНП «Тернопільська обласна клінічна комунальна психоневрологічна лікарня» Тернопільської обласної ради, КНП «Прикарпатський обласний клінічний центр психічного здоров'я» Івано-Франківської обласної ради та КНП «Центр первинної медико-санітарної допомоги» Бучацької міської ради, а також у навчальному процесі кафедри психіатрії, наркології та медичної психології Тернопільського національного медичного університету імені І. Я. Горбачевського Міністерства охорони здоров'я України та кафедри медичної психології та психіатрії Вінницького національного медичного університету імені М. І. Пирогова.

Ключові слова: пандемія, COVID-19, карантин, соціальна ізоляція, психічні порушення, депресія, тривога, стрес, стресостійкість, когнітивні порушення, інтернет залежність, порушення сну.

ANNOTATION

T. I. Ivanitska-Diachun Development of mental disorders in people under conditions of forced social isolation (clinical and pathological features, modern approaches to correction and treatment). – Qualification scientific work on the rights of a manuscript.

Dissertation for the degree of Doctor of Philosophy majoring in 222 Medicine (22 Healthcare) – Ivan Horbachevsky Ternopil National Medical University of the Ministry of Health of Ukraine, Ternopil city, 2024.

Ivan Horbachevsky Ternopil National Medical University of the Ministry of Health of Ukraine, Ternopil city, 2025.

The objective of the work is to identify the features and improve the quality of mental disorder correction in people experiencing forced social isolation during the pandemic based on a comprehensive socio-demographic, clinical, psychopathological, and pathopsychological examination.

For this objective, a comprehensive examination was conducted of 161 respondents, including 67 men and 94 women, attending family doctors of the Municipal Non-Profit Enterprise "Primary Healthcare Center of Buchach City Council" for preventive care. These patients were divided into the following clinical groups: the study group included 81 people (35 men and 46 women) under quarantine and forced social isolation at the time of the study, and the control group included 80 people (32 men and 48 women) who had been functioning as usual and were not under quarantine.

It was found that forced social isolation significantly increases the level of anxiety among respondents: in the study group, a normal level of anxiety was observed in 7.4 % of people, in the control group it was in 47.3 % ($p < 0.001$); a significant level was reported in 18.5 % and 8.8 %, respectively; and a severe level in 32.1 % and 6.3 %, respectively ($p < 0.001$). Social isolation significantly increased the level of depression among participants: in the study group, 21.0 % of people had normal level of depression, while in the control group it was 62.4 % ($p < 0.001$); a significant level was observed in 24.7 % and 6.3 %, respectively; a severe level in 32.1 % and 5.0 %, respectively ($p < 0.001$). The data analysis found that forced social isolation increases the level of sleep disturbance among respondents: in the study group, 24.7 % of people had no insomnia, while in the control group it was 55.0 % ($p < 0.001$); moderate insomnia was recorded in 29.6 % and 11.3 %, respectively; severe insomnia in 16.1 % and 3.7 %, respectively ($p < 0.001$).

Social isolation has a significant impact on cognitive functions, including attention span. In the study group (according to the Schulte Tables), 71.6 % of people had a reduced level of attention, while in the control group it was 25.0 % ($p < 0.001$).

According to the results of the Munsterberg Test, a normal level of attention was observed in 7.4 % of people in the study group and 28.8 % in the control group ($p < 0.001$); a reduced level in 92.6 % and 71.2 %, respectively ($p < 0.001$). According to the Jacobson Test, a high level of memory was reported in 6.2 % of the study group and 32.5 % of the control group ($p < 0.001$); a low level in 40.7 % and 11.3 %, respectively; and a very low level in 25.9 % and 4.9 %, respectively ($p < 0.001$).

It was concluded that people affected by COVID-19 (as confirmed by an enzyme-linked immunosorbent assay or polymerase chain reaction and reported in the relevant medical records) had significant differences in anxiety, depression, and sleep disturbance compared to those who were not affected. Normal level of anxiety was observed in only 1.8 % of people with COVID-19, while among non-affected individuals, this rate was 20.0 % ($p < 0.001$); severe level was observed in 26.8 % and 0 %, respectively ($p < 0.001$); and severe level in 46.4 % and 0 %, respectively ($p < 0.001$). Normal level of depression was observed in 5.4 % of people with COVID-19 compared to 56.0 % in the control group ($p < 0.001$); severe depression in 30.4 % and 12.0 %, respectively ($p > 0.05$); and severe depression in 44.6 % and 4.0 %, respectively ($p < 0.001$). According to the Insomnia Severity Index (ISI), no sleep disturbances were observed in 16.1 % of people with COVID-19 compared to 44.0 % in the non-affected group ($p < 0.001$); moderate disturbances in 33.9 % and 20.0 %, respectively ($p > 0.05$); and severe disturbances in 21.4 % and 4.0 %, respectively ($p < 0.05$).

Significant changes in cognitive function were observed among people affected by COVID-19 compared to those who were not. According to the Schulte Tables, 80.3 % of respondents in the COVID-19 group had a reduced level of productivity, while in the non-affected group this rate was 52.0 % ($p < 0.001$); the normal level was 17.9 % and 48.0 %, respectively ($p < 0.001$). According to the results of the Munsterberg Test, 3.6 % of patients with COVID-19 had a normal level of attention, while in the non-affected group this rate was 16.0 % ($p < 0.05$); a reduced level was observed in 96.4 % and 84.0 %, respectively ($p < 0.05$). According to the Jacobson Test, very low memory was observed in 35.7 % of patients with COVID-19, while in the non-

affected group this rate was only 4.0 % ($p < 0.001$); low memory in 40.7 % and 11.3 % ($p < 0.001$), respectively.

The study also revealed gender differences in the perception of quality of life among people experiencing forced social isolation during the COVID-19 pandemic. In the study group, 68.6 % of men and 52.2 % of women had extremely low quality of life, while in the control group these rates were 15.5 % and 16.6 %, respectively ($p < 0.001$ for both genders). A low level of quality of life was observed in 8.6 % of men and 21.7 % of women in the study group, compared to 15.6 % and 12.5 % in the control group ($p > 0.05$ for both genders).

It has been found that social activity is an important factor that affects the quality of life of people in conditions of social isolation. In the study group, an extremely low level of quality of life was reported in 45.2 % of socially active individuals and 85.8 % of socially inactive individuals ($p < 0.001$); a low level in 7.1 % and 20.8 %, respectively ($p > 0.05$); the average level was 0 % and 17.0 %, respectively ($p < 0.05$); a high level in 11.3 % and 7.1 %, respectively ($p > 0.05$). The following pattern was found regarding the use of social media: 49.0 % of social media users and 80.8 % of people who do not use social media had an extremely low level of the life quality ($p < 0.001$). In the study group, 60.9 % of regular Internet users, 49.9 % of problematic users, and 100 % of people with Internet addiction had extremely low quality of life ($p > 0.05$ for all comparisons).

The active use of social media by older people, one of the most vulnerable population groups, can have a significant impact on reducing the level of psychopathological symptoms, including anxiety and depression. Among social media users, there were significantly fewer cases of severe anxiety (16.7 %) compared to the group that did not use social media (68.7 %) ($p < 0.05$). Severe depression was observed in 8.3 % of social media users, compared to 50.0 % of non-social media users ($p < 0.05$). Among social media users, 83.3 % rated their quality of life as extremely poor, while in the non-social media group, this rate was 87.5 % ($p > 0.05$).

Based on the study results, a comprehensive psychological correction programme with a focus on emotional regulation and behavioural self-efficacy skills for people

experiencing forced social isolation during the pandemic was developed and implemented. The proposed programme is aimed at reduction of anxiety, depression, improvement of sleep quality, reduction of stress and improvement of cognitive function. The basic principles of the updated programme are complexity (a combination of cognitive behavioural therapy, dialectical behavioural therapy and emotionally focused therapy), individual approach (each participant receives personalised recommendations based on their psycho-emotional state and personal needs), scientific validity (based on modern research in the field of psychotherapy and psychological correction) and gradualness (implementation is divided into a series of stages). The combination of cognitive-behavioural therapy, dialectical behavioural therapy and emotionally focused therapy provides a comprehensive approach to psychological correction, as it combines the change of cognitive patterns, the development of emotional regulation and the processing of deep emotions to solve various psychological problems. The programme consists of six structured sessions: first session includes psychoeducation and problem awareness; second session focuses on emotions and their impact on behaviour; third session provides emotional regulation skills; fourth session is about working with cognitive distortions; fifth session corrects behavioural patterns; and sixth session summarises and prevents relapse. Statistical analysis confirms the high effectiveness of the developed psychological correction programme for reducing symptoms among people experiencing forced social isolation during the pandemic.

Scientific novelty of the results. Based on the results of a two-stage study using clinical, psychopathological, psychometric, pathopsychological, socio-medical, and statistical methods, e.g. statistical analysis, the development of mental disorders in persons experiencing forced social isolation, as well as gender and socio-demographic features of the development of psychopathological symptoms, has been described for the first time; the role of social activity and use of social networks as protective factors influencing the maintenance of mental health has been assessed; specific features of mental disorders in the elderly have been identified. Based on the results of the study, a psychological correction programme to improve emotional regulation, behavioural self-

efficacy, and cognitive functions of people in conditions of forced social isolation was scientifically substantiated, developed, and implemented in healthcare practice.

The practical significance of the results obtained is the development of a comprehensive psychological correction programme to improve emotional regulation and behavioural self-efficacy in people who have experienced forced social isolation during the pandemic. An algorithm for the early diagnosis of psychopathological symptoms has been developed, including the assessment of anxiety, depression, and cognitive functions using standardised psychometric tools. The key socio-demographic and psychosocial factors that affect the quality of life and mental health of people experiencing forced social isolation have been determined. Particular attention has been paid to the role of social activity and the use of information technology to develop personalised therapeutic approaches.

Thus, it has been identified opportunities for improving psychosocial functioning, improving the quality of life and reducing psychopathological symptoms in people experiencing social isolation through the developed and tested system of psychological correction.

The following practical recommendations have been implemented in the practice of specialists of the Municipal Non-Profit Enterprise "Ternopil Regional Clinical Psychoneurological Hospital" of the Ternopil Region Council, Municipal Non-Profit Enterprise "Prykarpattia Clinical Oncology Center of Ivano-Frankivsk Region Council" and the Municipal Non-Profit Enterprise "Primary Healthcare Center of Buchach City Council", of the Department of Psychiatry, Narcology, and Medical Psychology of Ivan Horbachevsky Ternopil National Medical University of the Ministry of Health of Ukraine and the Department of Medical Psychology and Psychiatry of National Pirogov Memorial Medical University.

Keywords: pandemic, COVID-19, quarantine, social isolation, mental disorders, depression, anxiety, stress, stress resistance, cognitive impairment, internet addiction, sleep disorders.

СПИСОК ОПУБЛІКОВАНИХ ПРАЦЬ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

Наукові праці, в яких опубліковані основні наукові результати дисертації:

1. Іваніцька ТІ. Вплив карантину та соціальної ізоляції на психічний стан населення. Буковинський медичний вісник. 2023;1(105):67-72. DOI: 10.24061/2413-0737.27.1.105.2023.12.

2. Іваніцька-Дячун ТІ, Венгер ОП. Особливості вираження психопатологічної симптоматики в осіб, що перебувають в умовах карантину та вимушеної соціальної ізоляції під час пандемії COVID-19. Український вісник психоневрології. 2024;3(120):41-5. DOI: 10.36927/2079-0325-V32-is3-2024-6. *(Здобувачем проаналізовано літературу за тематикою дослідження, проведено дослідження, статистичну обробку та аналіз отриманих даних, підготовлено статтю до друку; Венгер О. П. надавала консультативну допомогу)*

3. Іваніцька-Дячун ТІ, Венгер ОП. Когнітивні порушення в осіб, що перебувають в умовах карантину та вимушеної соціальної ізоляції під час пандемії COVID-19. Здобутки клінічної і експериментальної медицини. 2024;3:37-41. DOI: 10.11603/1811-2471.2024.v.i3.14899. *(Здобувачем проаналізовано літературу за тематикою дослідження, проведено дослідження, статистичну обробку та аналіз отриманих даних, підготовлено статтю до друку; Венгер О. П. надавала консультативну допомогу)*

4. Іваніцька-Дячун ТІ. Перенесений COVID-19 як фактор розвитку психопатологічної симптоматики в осіб, що перебувають в умовах вимушеної соціальної ізоляції під час пандемії. Перспективи та інновації науки. 2024;8(42):1063-74. DOI: 10.52058/2786-4952-2024-8(42)-1063-1074.

5. Іваніцька-Дячун ТІ. Опитувальники як основні інструменти в діагностиці психічних порушень в осіб, що перебувають в умовах вимушеної соціальної ізоляції під час пандемії. Grail of Science. 2024;39:633-9. DOI: 10.36074/grail-of-science.10.05.2024.100

6. Іваніцька-Дячун ТІ. Користування соціальними мережами та психопатологічна симптоматика в осіб похилого віку, що перебувають в умовах

вимушеної соціальної ізоляції під час пандемії. *Grail of Science*. 2024;43:485-92.
DOI: 10.36074/grail-of-science.06.09.2024.066

Наукові праці, які засвідчують апробацію матеріалів дисертації:

7. Іваніцька ТІ. Психоемоційний стан студентів під час пандемії COVID-19 та умов вимушеної соціальної ізоляції. В: Матеріали IV Міжнародної наукової конференції Традиційні та інноваційні підходи до наукових досліджень; 2023 лют. 10; Житомир. Житомир; 2023. с. 215-217.

8. Іваніцька ТІ. Розвиток психічних порушень у людей похилого віку, що перебувають в умовах вимушеної соціальної ізоляції під час пандемії COVID-19. *Collection of scientific papers «ΛΟΓΟΣ»*. Zurich, Switzerland; 2023. с. 165-169.

9. Іваніцький ДІ., Іваніцька ТІ. Як локдаун та карантинні обмеження під час пандемії COVID-19 вплинули на психічне здоров'я студентів: огляд літератури. *Collection of Scientific Papers «SCIENTIA»*. Amsterdam, Netherlands; 2023. р. 226-229.

10. Іваніцька-Дячун ТІ. Особливості якості життя, відносно статі, в осіб, що перебувають в умовах карантину під час пандемії. В: Матеріали III Міжнародної наукової конференції Інтелектуальний ресурс сьогодення: наукові задачі, розвиток та запитання; 2024 верес. 20; Одеса. Одеса; 2024. с. 258-261.

11. Ivanitska-Diachun T. Gender characteristics of the subjective assessment of quality of life in individuals under forced social isolation during the COVID-19 pandemic. *Collection of scientific papers «ΛΟΓΟΣ»*. Paris, France; 2024. р. 260-365.

12. Іваніцька-Дячун ТІ. Розробка програми корекції психоемоційних порушень в осіб, що перебувають в умовах карантину. В: Матеріали IV Міжнародної наукової конференції Актуальні питання розвитку галузей науки; 2024 листоп. 15; Київ. Київ; 2024. с. 583-586.

ЗМІСТ

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ, СКОРОЧЕНЬ І ТЕРМІНІВ	18
ВСТУП	19
РОЗДІЛ 1 СУЧАСНІ ДАНІ ПРО РОЗВИТОК ПСИХІЧНИХ ПОРУШЕНЬ В ОСІБ, ЩО ПЕРЕБУВАЮТЬ В УМОВАХ ВИМУШЕНОЇ СОЦІАЛЬНОЇ ІЗОЛЯЦІЇ (КЛІНІКО-ПАТОПСИХОЛОГІЧНІ І ПАТОПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ, СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО КОРЕКЦІЇ ТА ЛІКУВАННЯ): ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ	27
1.1 Сучасні дані про клініко-патофизиологічні і патофизиологічні особливості психічних порушень в осіб, що перебувають в умовах вимушеної соціальної ізоляції	27
1.2 Вплив фактору перебування в умовах вимушеної соціальної ізоляції на якість життя	31
1.3 Особливості розвитку психічних порушень у людей похилого віку, що перебувають в умовах вимушеної соціальної ізоляції	35
1.4 Дані літератури щодо підходів до корекції та лікування психічних порушень в осіб, що перебувають в умовах вимушеної соціальної ізоляції	37
РОЗДІЛ 2 ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ОБСТЕЖЕНИХ І МЕТОДІВ ДОСЛІДЖЕННЯ	47
2.1 Загальна характеристика обстежених	47
2.2 Дизайн дослідження	50
2.3 Методи дослідження	50
2.3.1 Клініко-психопатологічні методи дослідження	52
2.3.2 Психометричні методи дослідження.	52
2.3.3 Психодіагностичні методи дослідження	64
2.4 Статистико-математична обробка отриманих результатів	65

РОЗДІЛ 3	КЛІНІКО-ФЕНОМЕНОЛОГІЧНІ	ОСОБЛИВОСТІ	
	ПСИХОПАТОЛОГІЧНОЇ	СИМПТОМАТИКИ	В ОСІБ, ЩО
	ПЕРЕБУВАЮТЬ	В УМОВАХ	ВИМУШЕНОЇ СОЦІАЛЬНОЇ
	ІЗОЛЯЦІЇ	ПІД ЧАС	COVID-19
			69
3.1	Особливості клінічної психопатологічної симптоматики в осіб, що перебувають в умовах вимушеної соціальної ізоляції під час COVID-19		69
3.2	Прояви порушень когнітивного функціонування в осіб, що перебувають в умовах вимушеної соціальної ізоляції під час COVID-19		77
3.3	Особливості прояву психопатологічної симптоматики в осіб, що перенесли COVID-19		83
3.3.1	Оцінка рівня тривоги, депресії та порушення сну в досліджуваній групі		83
3.3.2	Оцінка рівня тривоги, депресії та порушення сну в контрольній групі		88
3.4	Особливості когнітивних порушень в осіб, що перенесли COVID-19		93
3.4.1	Оцінка когнітивних порушень у досліджуваній групі		93
3.4.2	Оцінка когнітивних порушень у контрольній групі		98
РОЗДІЛ 4	ОСОБЛИВОСТІ	ЯКОСТІ	ЖИТТЯ ТА ЗАХИСНИХ
	МЕХАНІЗМІВ	ОСІБ, ЩО	ПЕРЕБУВАЮТЬ В УМОВАХ
	ВИМУШЕНОЇ	СОЦІАЛЬНОЇ	ІЗОЛЯЦІЇ ПІД ЧАС
	ПАНЕМІЇ	COVID-19	
			107
4.1	Гендерні особливості суб'єктивної оцінки якості життя		107
4.2	Особливості суб'єктивної оцінки якості життя відносно соціальної активності		111
4.2.1	Вплив соціальної активності на якість життя досліджуваної групи		112

4.2.2 Вплив соціальної активності на якість життя контрольної групи	118
4.3 Захисні механізми психіки осіб, що перебувають в умовах вимушеної соціальної ізоляції	123
4.3.1 Особливості прояву захисних механізмів досліджуваної групи	124
4.3.2 Особливості прояву захисних механізмів контрольної групи	129
РОЗДІЛ 5 ОСОБЛИВОСТІ РОЗВИТКУ ПСИХІЧНИХ ПОРУШЕНЬ В ЛЮДЕЙ ПОХИЛОГО ВІКУ, ЩО ПЕРЕБУВАЮТЬ В УМОВАХ ВИМУШЕНОЇ СОЦІАЛЬНОЇ ІЗОЛЯЦІЇ ПІД ЧАС ПАНЕМІЇ COVID-19	139
5.1 Особливості клінічної психопатологічної симптоматики в людей похилого віку, що перебувають в умовах вимушеної соціальної ізоляції, відносно їхньої компенсації нестачі спілкування активним користуванням соціальними мережами	139
5.2 Прояви психопатологічної симптоматики в людей похилого віку, що не перебувають в умовах вимушеної соціальної ізоляції, в залежності від їхньої активності у соціальних мережах	147
РОЗДІЛ 6 ПРОГРАМА ПСИХОКОРЕКЦІЇ З ФОКУСОМ НА НАВИКИ ЕМОЦІЙНОЇ РЕГУЛЯЦІЇ ТА ПОВЕДІНКОВОЇ САМОЕФЕКТИВНОСТІ ДЛЯ ОСІБ, ЩО ПЕРЕБУВАЮТЬ В УМОВАХ ВИМУШЕНОЇ СОЦІАЛЬНОЇ ІЗОЛЯЦІЇ	158
6.1 Структура розробленої програми психокорекції	158
6.2 Оцінка ефективності розробленої програми психокорекції	164
РОЗДІЛ 7 АНАЛІЗ ТА УЗАГАЛЬНЕННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ ДОСЛІДЖЕННЯ	177
ВИСНОВКИ	195
ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ	198
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	200
ДОДАТКИ	239

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ, СКОРОЧЕНЬ І ТЕРМІНІВ

ВООЗ – Всесвітня організація охорони здоров'я

ДПТ – діалектичної поведінкова терапія

ЕФТ – емоційно-фокусована терапія

Індекс виразності безсоння – показник порушень сну (Insomnia Severity Index)

КПТ – когнітивно-поведінкова терапія

МКХ-10 – Міжнародна класифікація хвороб 10-го перегляду (International Classification of Diseases, 10th Revision)

Пк – обсяг короткочасної пам'яті (коефіцієнт пам'яті)

СІ – довірчий інтервал (Confidence Interval)

COVID-19 – інфекція, спричинена коронавірусом SARS-CoV-2

ДА – дезадаптація

НАМ-А – Гамільтонова шкала тривожності (Hamilton Anxiety Rating Scale)

НАМ-D – Гамільтонова шкала депресії (Hamilton Depression Rating Scale)

PHQ – опитувальник здоров'я пацієнта (Patient Health Questionnaire)

PSS – шкала сприйняття стресу (Perceived Stress Scale)

SCL-90-R – опитувальник Symptom Check List-90-Revised

SSS-8 – шкала соматичних симптомів (Somatic Symptom Scale-8)

TMT – тест зв'язку символів (Trail Making Test)

VFT – тест вербальної швидкості (Verbal Fluency Test)

ВСТУП

Обґрунтування вибору теми дослідження. Пандемія COVID-19 і пов'язані з нею карантинні обмеження спричинили багатофакторний вплив на психічний стан людини. Цей вплив включає моральну складову (загроза власному життю та життю близьких), економічні загрози (втрата роботи через закриття підприємств, зниження заробітної плати та інші), інформаційні виклики (нестача інформації про природу хвороби та ефективні лікування та профілактики). Значущий вплив на психічне здоров'я надають карантинні обмежувальні заходи, вимушена соціальна ізоляція, яка негативно впливає на комунікативну та поведінкову складову адаптації. Незважаючи на цей факт, у суспільстві зазвичай не створюється достатньо ресурсів для управління або послаблення впливу пандемії на психічне здоров'я та емоційний стан населення. Голова Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) заявив, що пандемія коронавірусу вплинула на психічне здоров'я мільйонів людей у світі, адже «спричинила спалах страху і тривожність» [182].

Сьогодні до таких безпрецедентних кроків, як карантин та соціальна ізоляція вдаються через спалах коронавірусної хвороби (COVID-19), яка охопила цілі міста та країни. Як відомо, до загальноміських карантинних заходів зверталися й раніше: 2003 року у деяких районах Китаю та Канади через поширення тяжкого гострого респіраторного синдрому (SARS), а 2014 року в багатьох західноафриканських країнах – через спалах вірусу Ебола [14, 15].

Нерідко через розлуку з близькими, втрату свободи, невпевненість щодо власного стану здоров'я та сум, карантин сприймають як неприємний досвід, що може мати доволі драматичні наслідки. Є повідомлення про випадки самогубств, прояви гніву, злості та неадекватної поведінки, пов'язаних із перебуванням тривалий час в умовах соціальної ізоляції [96, 186].

Соціальна ізоляція, яка стала невід'ємною частиною життя багатьох людей під час пандемії COVID-19, виявилася потужним фактором, що негативно впливає на психічне здоров'я населення. Встановлено, що вимушене обмеження соціальних

контактів призвело до зростання рівня тривожності, депресії, самотності та стресу [217]. Особливо цей вплив відчули представники уразливих груп, таких як люди похилого віку, молодь та особи з хронічними психічними розладами. Ці групи населення часто стикалися з посиленням своїх психічних проблем через брак соціальної підтримки та зниження можливостей для регулярних соціальних взаємодій [246].

Існує кілька стратегій зменшення таких негативних наслідків соціальної ізоляції, наприклад, використання соціальних медіа, контактів з родиною та друзями за допомогою цифрових технологій, онлайн-курсів, віртуальних робочих місць. Попередні дані свідчать про те, що віртуалізація соціальних контактів може бути важливим інструментом для населення для боротьби з новою пандемічною реальністю [255]. Однак, особи, які перебувають на самоізоляції вдома внаслідок інфікування або контактування з пацієнтами з COVID-19, часто зазнають фізичного напруження через брак місця для фізичних навантажень, потерпають від стресу через обмежені соціальні взаємодії та тривожності, пов'язану зі страхом перед наслідками зараження.

Оскільки люди ізолюються вдома, а не в лікарні, вони можуть відчувати себе більш незахищено, ніж госпіталізовані пацієнти, мати підвищену невпевненість щодо власного ризику розвитку тяжкої хвороби або невстановленого діагнозу, чи отримання своєчасного лікування [239]. Тому психічне здоров'я таких осіб, як правило, потребує більшої уваги.

Ще до запровадження масових карантинних заходів слід ретельно зважити на потенційні переваги таких кроків, так і на можливі негативні наслідки. До того ж не менш важливими є заходи, які здатні мінімізувати негативні наслідки для психічного здоров'я людини. З розвитком пандемії коронавірусної хвороби необхідно ретельно здійснювати аналіз поточної ситуації в режимі реального часу, щоб мати змогу адекватно реагувати на неї та приймати зважені рішення.

Тому дослідження розвитку психічних порушень, зокрема розвиток депресії, тривоги, стресу, когнітивних порушень та суїцидальної схильності у людей, що перебувають в умовах вимушеної соціальної ізоляції, розробка рекомендації щодо

корекції та лікування мають особливу цінність для попередження негативних наслідків для психічного здоров'я протягом цієї чи наступних пандемій.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами. Дисертаційна робота виконана відповідно до плану науково-дослідних робіт Тернопільського національного медичного університету імені І. Я. Горбачевського Міністерства охорони здоров'я України і є фрагментом планової науково-дослідної роботи кафедри психіатрії, наркології та медичної психології «Вплив сучасних макросоціальних факторів на розвиток, клініко-психопатологічні та терапевтичні аспекти посттравматичних та невротичних психічних порушень» (№ держреєстрації 0121U00134).

Мета дослідження: на підставі комплексного соціально-демографічного, клініко-психопатологічного, патопсихологічного обстеження визначити клініко-патопсихологічні і патопсихологічні особливості, покращити якість корекції, лікування та профілактики психічних порушень в осіб, що перебувають в умовах вимушеної соціальної ізоляції під час пандемії.

Завдання дослідження:

1. Дослідити наявну літературу про розвиток психічних порушень в осіб під час карантину та вимушеної соціальної ізоляції.
2. Вивчити частоту, структуру і причини психічних порушень, зокрема розвиток депресії, тривоги, стресу, когнітивних порушень та суїцидальної схильності в осіб, що перебувають в умовах вимушеної соціальної ізоляції.
3. Дослідити особливості якості життя та особливості захисних механізмів психіки в осіб, що перебувають в умовах вимушеної соціальної ізоляції.
4. Визначити особливості розвитку психічних порушень у людей похилого віку, що перебувають в умовах вимушеної соціальної ізоляції під час пандемії.
5. Обґрунтувати оптимальну схему психопатологічної діагностики, тактику корекції при психічних порушеннях в осіб, що перебувають в умовах вимушеної соціальної ізоляції.

6. Розробити програму психокорекції з фокусом на навички емоційної регуляції та поведінкової самоефективності для осіб, що перебувають в умовах вимушеної соціальної ізоляції.

Об'єкт дослідження – психічні порушення в осіб, що перебувають в умовах вимушеної соціальної ізоляції.

Предмет дослідження – клініко-психопатологічні, патопсихологічні особливості психічних порушень в осіб, що перебувають в умовах вимушеної соціальної ізоляції, та соціально-демографічні і соціально-психологічні особливості даних осіб.

Методи дослідження: клініко-психопатологічні (напівструктуроване клінічне інтерв'ю для встановлення психопатологічних діагнозів з метою отримання якісної інформації про психічний стан респондентів; *психометричне дослідження* (шкала тривоги Гамільтона (HAM-A) для оцінки рівня тривожності; шкала депресії Гамільтона (HAM-D) для визначення рівня депресивної симптоматики; шкала сприйняття стресу – Perceived Stress Scale-10 (PSS); шкала соматичних симптомів – Somatic Symptom Scale (SSS-8); методика «Таблиці Шульте»; методика «Тест Мюнстерберга»; методика запам'ятовування за Джекобсоном; тест дослідження інтернет-адикції – Internet Addiction Test (IAT); індекс вираження безсоння – Insomnia Severity Index (ISI); шкала оцінки суїцидального ризику (Г. М. Старшенбаум); шкала оцінки рівня якості життя (О. С. Чабан)); *патопсихологічні методи* (використання спеціальних методик, зокрема для оцінки рівня когнітивних функцій та концентрації уваги («Таблиці Шульте», «Тест Мюнстерберга» та інші) для оцінки впливу ізоляції на когнітивну діяльність); *соціально-медичні методи* (оцінка впливу соціальної активності, професійної зайнятості та користування соціальними мережами на психічний стан респондентів) *статистичний аналіз* (для міжгрупового та внутрішньогрупового аналізу використовувалися як параметричні методи (наприклад, t-критерій Стьюдента), так і непараметричні (наприклад, тест Манна-Уїтні, тести Вілкоксона); для аналізу розбіжностей у категорійних ознаках застосовувалися точний критерій Фішера та критерій χ^2 Пірсона; у разі малої кількості

спостережень в окремих групах застосовувалася поправка Йетса для покращення апроксимації статистики χ^2 ; для оцінки міри співпряженості ознак використано метод рангової кореляції Спірмена).

Наукова новизна одержаних результатів. У дисертаційному дослідженні вперше проведений детальний аналіз впливу соціальної ізоляції на психічне здоров'я у період пандемії COVID-19. Зокрема, досліджено рівні тривожності, депресії, порушення сну та зниження когнітивних функцій у осіб, які перебували в умовах ізоляції, що виявило суттєві негативні наслідки для їхнього психоемоційного стану.

Охарактеризовані гендерні та соціально-демографічні особливості розвитку психопатологічної симптоматики у контексті вимушеної соціальної ізоляції, зокрема було виявлено, що чоловіки демонстрували нижчу якість життя та більшу вразливість до стресових факторів порівняно з жінками.

Оцінено роль соціальної активності та користування соціальними мережами як захисних чинників, що позитивно впливають на підтримку психічного здоров'я під час соціальної ізоляції. Активність у соціальних мережах значно знижувала рівні тривожності та депресії серед респондентів.

На основі отриманих результатів розроблена та впроваджена програма психокорекції, орієнтована на покращення емоційної регуляції, поведінкової самоефективності та когнітивних функцій. Вона показала значну ефективність у зниженні рівнів тривожності, депресії, покращенні якості сну та когнітивних здібностей, що підтверджується статистично значущими результатами.

Таким чином, отримані результати є суттєвим внеском у розуміння механізмів розвитку психічних розладів в умовах соціальної ізоляції та пропонують ефективні методи їх корекції.

Практичне значення одержаних результатів полягає у розробці комплексної програми психокорекції, спрямованої на покращення емоційної регуляції та поведінкової самоефективності в осіб, що перебували в умовах вимушеної соціальної ізоляції під час пандемії COVID-19. Ця програма дозволяє

знизити рівні тривожності, депресії та порушення сну, що підтверджено результатами впровадження в досліджуваній групі.

Розроблено алгоритм ранньої діагностики психопатологічних симптомів, що включає оцінку стану тривожності, депресії та когнітивних функцій з використанням стандартизованих психометричних інструментів. Це дозволяє своєчасно виявляти осіб з підвищеним ризиком розвитку психічних порушень під час соціальної ізоляції та застосовувати корекційні втручання.

Визначено ключові соціально-демографічні та психосоціальні фактори, які впливають на якість життя та психічне здоров'я в умовах ізоляції. Особлива увага приділена ролі соціальної активності та використанню інформаційних технологій, що дозволяє розробляти індивідуалізовані терапевтичні підходи.

Результати дослідження стали основою для розробки рекомендацій щодо впровадження програм психосоціальної підтримки та реабілітації осіб, які перебували в умовах соціальної ізоляції, зокрема тих, хто переніс COVID-19. Ці рекомендації можуть бути використані як у клінічній практиці, так і для профілактики психічних розладів у загальній популяції.

Таким чином, практичне значення одержаних результатів полягає в можливості покращення психосоціального функціонування, підвищення якості життя та зменшення психопатологічної симптоматики в осіб, що перебували в умовах соціальної ізоляції, завдяки розробленій та апробованій системі психокорекції.

Розроблені дисертанткою за результатами дослідження практичні рекомендації використовуються у практиці фахівців КНП «Тернопільська обласна клінічна комунальна психоневрологічна лікарня» Тернопільської обласної ради (акт впровадження від 7 серпня 2024 р.), КНП «Прикарпатський обласний клінічний центр психічного здоров'я» Івано-Франківської обласної ради (акт впровадження від 12 березня 2024 р.) та КНП «Центр первинної медико-санітарної допомоги» Бучацької міської ради (акт впровадження від 3 січня 2024 р.)

Наукові розробки за результатами дисертації використовуються у навчальному процесі кафедри психіатрії, наркології та медичної психології Тернопільського національного медичного університету імені І. Я. Горбачевського Міністерства охорони здоров'я України (акт впровадження від 16 травня 2024 р.) та кафедри медичної психології та психіатрії Вінницького національного медичного університету імені М. І. Пирогова (акт впровадження від 12 листопада 2024 р.)

Особистий внесок здобувача. Авторкою самостійно проведено пошук, вивчення та реферування літературних джерел за темою дисертації, визначено мету і завдання дослідження, розроблено його методологію. Особисто розроблено оригінальні анкети, виконано відбір пацієнтів для дослідження, одноосібно проведено клінічне та психодіагностичне обстеження, вивчення вказаних показників у респондентів, виконано аналіз та узагальнення результатів дослідження. Самостійно виконано статистико-математичну обробку, опис і графічне представлення результатів дослідження, сформульовано усі положення та висновки дисертаційної роботи, а також підготовлено наукові публікації за темою дисертації. Внесок авторки у статті, опубліковані у співавторстві, наведено у списку робіт.

Апробація результатів дисертації. Матеріали дисертації оприлюднено на: 8th Lublin International Medical Congress (м. Люблін, 18-20 листопада 2021 року); 16-ому Міжнародному конгресі студентів та молодих вчених (м. Тернопіль, 13-15 квітня 2022 року,); науковій конференції «Війна і люди: як зберегти психічне здоров'я» (м. Київ, 25-26 травня 2022 року); XV науково-практичній конференції «Здобутки клінічної та експериментальної медицини» (м. Тернопіль, 9 червня 2022 року); IV Міжнародній науковій конференції «Традиційні та інноваційні підходи до наукових досліджень» (м. Житомир, 10 лютого 2023 року); науково-практичній конференції з міжнародною участю «Оптимізація мультидисциплінарного підходу до діагностики та лікування психічних та неврологічних захворювань» (м. Тернопіль, 23-24 березня 2023 року); XXVII конгресі студентів та молодих вчених «Майбутнє за наукою» (м. Тернопіль, 10-

12 квітня 2023 року); науково-практичній конференції з міжнародною участю «Психосоматична медицина: наука та практика» (м. Київ, 21-22 квітня 2023 року); науково-практична конференція з міжнародною участю «Медичний менеджмент та психо- і нейрореабілітація психічних та неврологічних розладів в умовах війни» (м. Тернопіль, 28-29 березня 2024 року); III Міжнародній науковій конференції «Інтелектуальний ресурс сьогодення: наукові задачі, розвиток та запитання» (м. Одеса, 20 вересня 2024 року); IV Міжнародній науковій конференції «Актуальні питання розвитку галузей науки» (м. Київ, 15 листопада 2024 року).

Публікації. За матеріалами дисертації опубліковано 12 наукових праць, у тому числі 4 статті у наукових фахових виданнях України, 2 – у наукових журналах, 6 публікацій у матеріалах конференцій.

Об'єм і структура дисертації. Дисертація викладена на 247 сторінках і складається з вступу, аналітичного огляду літератури, опису матеріалів і методів дослідження, чотирьох розділів власних досліджень, аналізу та узагальнення результатів дослідження, висновків, практичних рекомендацій, списку використаних джерел (всього 344 бібліографічні описи) і додатків. Робота містить 26 таблиць і 63 рисунки. Список використаних джерел і додатки викладено на 47 сторінках.

РОЗДІЛ 1

СУЧАСНІ ДАНІ ПРО РОЗВИТОК ПСИХІЧНИХ ПОРУШЕНЬ В ОСІБ, ЩО ПЕРЕБУВАЮТЬ В УМОВАХ ВИМУШЕНОЇ СОЦІАЛЬНОЇ ІЗОЛЯЦІЇ (КЛІНІКО-ПАТОПСИХОЛОГІЧНІ І ПАТОПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ, СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО КОРЕКЦІЇ ТА ЛІКУВАННЯ): ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ

1.1 Сучасні дані про клініко-патофизиологічні і патофизиологічні особливості психічних порушень в осіб, що перебувають в умовах вимушеної соціальної ізоляції

Щоб знайти статті, в яких оцінюється вплив карантину та соціального дистанціювання на психічне та фізичне здоров'я, нами регулярно був здійснений пошук літератури за допомогою двох баз даних: PubMed, Embase, ERIC, Scopus, Cochrane Database of Systematic Reviews і Web of Science. Була використана така комбінація ключових слів: «стрес», «депресія», «тривога», «психічне здоров'я», «психіатрія», «психологія», «соціальне дистанціювання», «карантин», «локдаун», «самоізоляція», «коронавірус», «COVID-19», «nCoV», «stress», «depression», «anxiety», «mental health», «psychiatry», «psychology», «social distancing», «quarantine», «lockdown», «self-isolation», «coronavirus».

Розглядалися лише оригінальні статті, написані англійською та українською мовами та прийняті до публікації в рецензованих журналах. Не було застосовано жодних обмежень щодо плану дослідження, умов, країни чи часових рамок.

Виключені статті були описовими або оглядовими статтями, коментарями, листуванням, матеріалами конференцій, листами до редакторів, редакційними статтями і думками. Проведено пошук вторинних посилань.

Початковий пошук виявив 611 результатів, з яких 521 залишилися після видалення дублікатів. Після перевірки заголовків і тез було виключено 275 статей. Після ретельного перегляду 42 повних текстів статей було включено вісім. Загалом 344 включених звітів.

Згідно з даними літератури, соціальна ізоляція відноситься до об'єктивної фізичної відокремленості від інших і за низкою факторів відрізняється від самотності, яка, у свою чергу, є суб'єктивним відчуттям відокремленості [40, 73, 201]. За гіпотезою приналежності, люди легко формують соціальні зв'язки за більшості умов і чинять опір розриву існуючих зв'язків. Приналежність має багаторазовий і сильний вплив на емоційні моделі та когнітивні процеси. Відсутність прихильності пов'язана з різноманітними негативними наслідками для здоров'я, адаптації та благополуччя [28, 32, 58, 147]. Відомо, що короткі форми соціальних розривів можуть викликати негативні емоції (наприклад, гнів, занепокоєння і смуток) та знижувати задоволення основних психологічних потреб (наприклад, самооцінку та потребу в самореалізації) і когнітивних здібностей. З іншого боку, тривалий соціальний досвід пов'язаний із підвищеним ризиком депресії, суїцидальних думок та ризиком ранньої смертності [22, 101, 176]. Модель тимчасової потреби-загрози [222, 252] припускає, що люди, які зазнають тривалих випадків соціального відчуження, які визначають як переживання фізичного чи емоційного відсторонення від інших [25, 199], вступають у стадію психологічної смиренності, що характеризується почуттям депресії, відчуження, негідності і безпорадності. Інші теоретичні моделі пов'язували поведінку соціального відсторонення від тривалого відторгнення [188, 217]. Однак такі наслідки для психічного здоров'я, пов'язані з виключенням, були виявлені переважно або в постійно маргіналізованих соціальних групах, таких як мігранти [153], або в осіб із остракізмом, який може тривати роками [171, 261]. Більше того, література про самотність підкреслює її значний зв'язок із психічним здоров'ям [41, 47]. Однак, окрім суб'єктивного сприйняття, самотність відноситься до стійкої індивідуальної схильності, отже, це конструкція, яка може тривало зберігатися з часом.

Таким чином, дослідження впливу самотності на психологічне благополуччя значно відрізняється від того, чи може вимушена ізоляція населення протягом обмеженого періоду (кілька днів або тижнів) призвести до зниження рівня психічного здоров'я.

Пандемія COVID-19 – це нова надзвичайна ситуація, пов'язана з коронавірусом, яка спровокувала епідемію гострих респіраторних інфекцій серед людей у місті Ухань, провінція Хубей (Китай), наприкінці грудня 2019 року [142, 143, 152, 246]. Було встановлено, що збудник захворювання сам по собі, ймовірно, спрацює як головний стресор, особливо з точки зору тривоги та економічних труднощів [132, 179, 194, 214]. Самоізоляція, яка передбачає соціальне дистанціювання та обмеження в міжособистісних стосунках, може посилити негативні емоції. Таким чином, попередні дослідження виявили зв'язок між тривогою, депресією та COVID-19 [145, 154, 250, 268, 269], а перехід у віртуальний спосіб комунікації може сприяти розвитку цих психопатологічних симптомів. Дійсно, Інтернет і додатки соціальних мереж можуть збільшити ризик розладів настрою у громадян через високу щоденну кількість нових випадків COVID-19 і смертей, що, у свою чергу, може посилити страх перед COVID-19 [94, 190]. Насправді попередні дослідження довели, що під час пандемії COVID-19 використання Інтернету як засобу зменшення стресу та тривоги зросло, і для деяких людей це зниження стресу та тривоги може мати прямий вплив на розвиток розладу Інтернет-залежності [65, 89, 204]. Однак нещодавні дослідження виявило незначний прямий вплив проблемного користування Інтернетом на страх COVID-19, але тривога опосередковувала цей зв'язок [75, 86]. Навпаки, інші дослідження виявило зв'язок між COVID-19 та Інтернет-залежністю [71, 209, 216, 229].

Доступна література підкреслює, що кількість та якість особистих соціальних зв'язків може впливати на психологічне здоров'я людей, які вимушено перебувають у стані відчуження [1-5, 67, 83]. Наприклад, дослідження у в'язниці виявило, що ув'язнені, які відвідують особисті групові зустрічі, демонструють значно кращий психічний стан, ніж ув'язнені, які не приєднуються до групових сесій [14]. Аналогічно, регулярне безпосереднє спілкування з корінними людьми захищало психологічне здоров'я мігрантів від шкоди соціального відчуження [15, 38, 155].

Окрім особистих стосунків, соціальна взаємодія в Інтернеті за допомогою інформаційно-комунікаційних технологій (наприклад, сайти соціальних мереж) може захистити від впливу на психічне здоров'я постійного відчуження та ізоляції. Деякі автори підкреслили, що цифрові технології можуть сприяти комунікабельності та зв'язаності з людьми, коли об'єктивні обмеження перешкоджають безпосередній взаємодії [77, 140, 159, 274, 304].

Щодо пандемії COVID-19, у дослідженні, проведеному в Італії під час першої хвилі карантину в 2020 році, виявлено, що використання технологій для спілкування з іншими людьми (від багатокористувацьких відеоігор до зустрічей на дозвіллі та відеодзвінків, пов'язаних з роботою) мало безпосередній взаємозв'язок з позитивним психологічним самопочуттям через створену віртуальну соціальну підтримку [50, 159]. Таким чином, численні дослідження показують, що кількість та якість соціальних взаємодій віч-на-віч та онлайн можуть захистити від шкоди тривалих умов соціальної ізоляції, як-от карантин під час пандемії COVID-19 [280, 285, 329, 342].

Пандемія COVID-19 мала безпрецедентний соціальний, економічний та медичний вплив і спричинила поширені психологічні проблеми, а також відносно високі показники симптомів тривоги (6,33-50,9 %), депресії (14,6-48,3 %) і посттравматичного стресового розладу (7-53,8 %), які було зареєстровано серед населення в цілому під час пандемії COVID-19 [6, 36, 216, 282]. Ці емоційні реакції, пов'язані з травмою, є факторами ризику розвитку залежності та рецидиву, включаючи залежність від речовин і поведінку [19, 110, 229, 277].

Катастрофи, такі як масові аварії та економічні кризи, підвищили рівень інтернет-залежності, особливо серед підлітків [127, 173, 288, 289, 314, 326]. Під час дії стресових або травматичних подій підлітки, які мають дисфункціональні здібності подолання, більш схильні до розвитку інтернет-залежності [43, 169, 290, 307, 310]. Стратегії соціальної ізоляції для контролю над пандемією також можуть призвести до збільшення використання Інтернету та створити ризик для вразливих людей значно збільшити використання Інтернету та розвинути залежність [8, 127, 247, 314].

Враховуючи буферну роль інформаційно-комунікаційних технологій (ІКТ) щодо впливу соціальної ізоляції на психічне здоров'я, а також як негайну пом'якшення, консультанти з питань психічного здоров'я рекомендували збільшити використання ІКТ для зменшення почуття тривоги та соціальної ізоляції та повідомили про можливі переваги онлайн-комунікації під час пандемії [29, 33, 100, 137, 236]. Систематичний огляд [34] також виявили, що спілкування в Інтернеті може зменшити відчуття ізоляції, стресу та паніки. Останніми дослідженнями встановлено, що більш високе використання Інтернету є предиктором вищого рівня соціальної підтримки та зменшення самотності у літніх людей, які перебувають у соціальної ізоляції через COVID-19 [23, 178].

1.2 Вплив фактору перебування у вимушеній соціальній ізоляції на якість життя

Пандемія COVID-19 і пов'язана з нею соціальна ізоляція мали значний негативний вплив на психічне здоров'я людей у всьому світі. Дослідження вказують на суттєве зростання рівня тривожності, стресу та депресії серед населення. У США, згідно з дослідженням [234], 65 % опитаних повідомили про підвищений рівень стресу та тривоги під час карантину. Ці дані підтверджують, що обмеження соціальних контактів, невизначеність щодо майбутнього, страх перед захворюванням та економічні труднощі значно вплинули на психічне здоров'я населення.

Інші дослідження підтверджують ці висновки. Зокрема, виявлено, що ізоляція призвела до збільшення випадків депресії та самотності. Наприклад, у дослідженні [250] продемонстровано, що молоді люди особливо постраждали від підвищеного рівня самотності та тривожності, що призвело до збільшення випадків депресивних станів. Це свідчить про те, що молодь, яка зазвичай активно спілкується та бере участь у соціальних заходах, виявилася особливо вразливою до наслідків ізоляції.

Зростання рівня тривожності та депресії під час пандемії COVID-19 також призвело до збільшення суїцидальних настроїв. Встановлено, що фінансові труднощі, самотність та страх перед невідомим майбутнім сприяли зростанню кількості суїцидальних думок [90]. Це особливо помітно серед вразливих груп населення, включаючи молодь, літніх людей та людей з попередніми психічними розладами [187, 224, 281]. Такі результати свідчать про те, що пандемія створила серйозні психологічні виклики для багатьох людей, особливо тих, хто вже мав проблеми з психічним здоров'ям.

Соціальна ізоляція та закриття спортивних закладів суттєво вплинули на рівень фізичної активності населення. У дослідженні науковців [48] виявлено, що під час пандемії люди почали менше рухатися та більше часу проводити перед екранами, що негативно вплинуло на їх фізичний стан. Зниження фізичної активності спричинило збільшення маси тіла, погіршення кардіоваскулярного здоров'я та загальне зниження фізичної витривалості. Така зміна у фізичному стані може мати довгострокові наслідки для здоров'я населення, збільшуючи ризик розвитку хронічних захворювань та інших проблем зі здоров'ям [10, 76, 172, 283, 320, 322-325].

Пандемія також погіршила якість життя людей з хронічними захворюваннями. Люди з такими захворюваннями, як діабет, серцево-судинні захворювання та ожиріння, під час пандемії стикнулися з труднощами у доступі до медичної допомоги та підтримки [31, 272, 273, 278, 309].

Встановлено, що обмежений доступ до медичних послуг та зниження рівня фізичної активності погіршили стан таких пацієнтів [287, 333, 343]. Це свідчить про те, що пандемія створила додаткові виклики для людей з хронічними захворюваннями, погіршуючи їхнє здоров'я та якість життя [113, 141]. Наприклад, обмеження на пересування та доступ до медичних послуг могли призвести до погіршення стану пацієнтів з серцево-судинними захворюваннями через неможливість регулярного спостереження та лікування [215, 319].

Соціальні та економічні аспекти під час пандемії та соціальної ізоляції також неабияк вплинули на якість життя населення [37, 216, 282]. Закриття

підприємств та втрата робочих місць під час пандемії спричинили значні фінансові труднощі для багатьох родин [163]. Виявлено, що фінансова нестабільність та невизначеність майбутнього стали додатковими факторами стресу [150, 183]. Втрата доходів та зниження рівня життя вплинули на психічний стан людей, спричинивши підвищення рівня тривоги та депресії.

Фінансові труднощі, з якими стикнулися багато сімей, включали втрату основного джерела доходу, неможливість сплачувати за житло та інші основні потреби [45, 78]. Це створило додатковий стрес та тривогу, особливо серед тих, хто мав фінансові зобов'язання або утримував сім'ю. Втрата роботи також вплинула на самопочуття та самовпевненість багатьох людей, що додатково ускладнило їхнє психічне здоров'я [113, 208].

Обмеження пересування під час пандемії призвели до значного скорочення викидів вуглекислого газу, що мало позитивний вплив на стан навколишнього середовища [64, 118]. Водночас обмежений доступ до природних просторів, таких як парки чи рекреаційні зони, негативно позначився на психічному та фізичному стані людей. Встановлено, що перебування на природі сприяє зниженню рівня стресу, покращенню настрою та загальному фізичному здоров'ю [123, 177]. Недостатній контакт із природою під час ізоляції міг знижувати якість життя, особливо серед мешканців міських районів із обмеженим доступом до зелених зон [57, 205].

Соціальна ізоляція значно вплинула на режим сну багатьох людей [87]. Обмеження фізичної активності, зростання рівня тривожності та депресії, а також тривале перебування вдома порушили циркадні ритми. Відсутність чіткої структури дня, викликаного карантинними заходами, сприяла зсуву сну на пізніший час та збільшенню кількості випадків інсомнії [162, 230]. Порушення режиму сну, своєю чергою, призвело до погіршення когнітивної продуктивності, зниження настрою та посилення симптомів тривожних і депресивних станів [188, 244].

Перебування у вимушеній ізоляції спричинило зміни в харчових звичках населення. З одного боку, зростання тривожності та обмежена доступність продуктів сприяли збільшенню споживання висококалорійної їжі, зокрема

солодощів і фаст-фуду [134]. З іншого боку, відсутність можливості відвідувати ресторани та кафе спонукала багатьох людей готувати вдома, що могло позитивно вплинути на якість раціону. У довгостроковій перспективі ці зміни в харчових звичках можуть вплинути на ризик розвитку ожиріння, діабету та інших хронічних захворювань [107, 175].

Соціальна ізоляція також вплинула на якість соціальних взаємодій. Закриття громадських місць та обмеження на зустрічі з друзями та родиною спричинили зростання самотності та ізоляції.

Дослідження показали, що соціальна ізоляція по-різному впливала на чоловіків і жінок. Жінки частіше повідомляли про підвищений рівень стресу, пов'язаний із необхідністю балансувати між роботою, хатніми обов'язками та доглядом за дітьми під час ізоляції [138, 242]. У той же час, чоловіки частіше повідомляли про соціальну самотність, що може бути пов'язано з меншою кількістю емоційно значущих контактів [115, 239]. Різні гендерні стратегії подолання стресу також впливали на загальний психологічний стан під час пандемії [186].

Встановлено, що люди, які мали обмежені соціальні контакти, частіше відчували самотність та депресію [114, 191]. Це свідчить про те, що соціальні взаємодії є важливим аспектом психічного здоров'я та якості життя, а їх обмеження можуть мати серйозні наслідки для людей [198]. Зокрема, відсутність можливості зустрічатися з друзями та родиною, брати участь у соціальних заходах та підтримувати регулярні соціальні контакти значно вплинула на психічний стан людей [121, 128, 145, 182, 231, 338-340].

Соціальна ізоляція під час пандемії не лише обмежила фізичні контакти між людьми, а й змінила структуру міжособистісних стосунків. Відсутність можливості регулярного спілкування з близькими та друзями суттєво послабила соціальну підтримку, яка є ключовим фактором для збереження психічного здоров'я [66, 126, 238]. Це особливо помітно серед літніх людей, для яких регулярне спілкування часто є основним джерелом емоційного благополуччя. Зниження рівня соціальної підтримки корелює з підвищенням ризику розвитку

тривожних та депресивних розладів, а також посиленням відчуття самотності [60, 266].

1.3 Особливості розвитку психічних порушень у людей похилого віку, що перебувають в умовах вимушеної соціальної ізоляції

Пандемія COVID-19 та заходи соціальної ізоляції, впроваджені для її стримування, мали значний вплив на психічне здоров'я населення, особливо людей похилого віку. Ця група є особливо вразливою до психічних порушень через декілька факторів, включаючи фізичні обмеження, самотність та хронічні захворювання [11, 30].

Причини зростання депресії та тривоги: Літні люди відчували значний рівень стресу та тривоги через вимушену соціальну ізоляцію. Боязнь заразитися вірусом, особливо в умовах хронічних захворювань, а також обмеження доступу до медичних послуг, значно впливали на їхній психічний стан [258].

Статистика і симптоми: Згідно з дослідженнями, рівень депресії серед літніх людей під час карантину збільшився на 20-30 %. Симптоми включають почуття безнадійності, втрата інтересу до звичних занять, порушення сну та апетиту, а також постійне почуття тривоги [245].

Вплив ізоляції: Відсутність фізичних соціальних контактів через карантинні заходи призводила до почуття самотності, що є важливим фактором розвитку психічних розладів. Літні люди, особливо ті, що проживають самотійно або в закладах довготривалого догляду, відчували особливу самотність через обмеження відвідувань та соціальних контактів [279, 311, 318].

Наслідки самотності: Самотність асоціюється зі збільшенням ризику депресії, тривоги та когнітивних розладів. Літні люди, які не отримують достатньої соціальної підтримки, більш схильні до негативних наслідків для психічного здоров'я.

Під час пандемії багато людей похилого віку почали висловлювати занепокоєння розвитком когнітивних порушень. Соціальна стимуляція:

Відсутність соціальної стимуляції та рутини може прискорити розвиток когнітивних порушень, таких як деменція [62, 200].

Літні люди потребують регулярного взаємодії та ментальних стимулів для підтримки когнітивного здоров'я [181]. Вплив пандемії: Пандемія ускладнила доступ до необхідних медичних і психологічних послуг, що негативно вплинуло на когнітивне здоров'я літніх людей [151, 157]. Відсутність регулярних медичних оглядів та консультацій з фахівцями може призвести до погіршення стану пацієнтів з деменцією та іншими когнітивними розладами [26, 97, 122, 211].

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) став однією з проблем, з якою почали зіштовхуватися люди похилого віку. Фактори ризику: Літні люди, особливо ті, хто пережив втрату близьких через COVID-19, або ті, хто сам переніс важке захворювання, можуть страждати від симптомів ПТСР. Це включає повторювані спогади про травматичну подію, уникання ситуацій, що нагадують про подію, та підвищена збудливість [225, 237]. Симптоми ПТСР включають повторювані, небажані спогади про травматичні події, кошмари, сильну емоційну реакцію на нагадування про подію, відчуття відчуження від інших людей та постійну настороженість [26].

Літні люди з хронічними хворобами мають підвищений ризик розвитку психічних розладів. Погіршення стану фізичного здоров'я часто супроводжується погіршенням психічного стану, включаючи підвищений ризик депресії та тривоги [212, 227, 228, 241].

Відсутність соціальної підтримки: Літні люди, які не мають підтримки від родичів або друзів, більш вразливі до психічних порушень. Відсутність емоційної підтримки та соціальної взаємодії підвищує ризик розвитку депресії та тривоги [7, 276].

Обмежений доступ до медичних послуг: Пандемія ускладнила доступ до регулярної медичної допомоги, що негативно вплинуло на психічне здоров'я. Відсутність регулярних консультацій з лікарями та психологами призводить до погіршення стану пацієнтів з хронічними психічними розладами [305, 306].

Факторами захисту для людей похилого віку стала підтримка з боку родини, друзів, та громадських організацій може зменшити рівень стресу та тривоги. Регулярні контакти з близькими людьми, навіть через телефон або відеозв'язок, можуть допомогти зберегти психічне здоров'я [344].

Використання технологій для консультацій з лікарями та психологами може допомогти в управлінні психічними розладами. Телемедицина забезпечує доступ до медичної допомоги, незважаючи на фізичну ізоляцію, що є важливим фактором підтримки психічного здоров'я [315-317]. Регулярна фізична активність та участь у соціальних заходах, навіть віртуальних, можуть допомогти підтримувати психічне здоров'я. Фізична активність сприяє виробленню ендорфінів, що покращують настрій, а соціальна взаємодія зменшує почуття самотності [264].

Літні люди є однією з найбільш вразливих груп під час пандемії, особливо через вимушену соціальну ізоляцію [24, 84]. Адекватне управління психічним здоров'ям цієї групи населення вимагає комплексного підходу, що включає соціальну підтримку, доступ до медичних послуг та залучення до активного життя [104, 168, 265]. Важливо розвивати та впроваджувати заходи, спрямовані на підтримку психічного здоров'я літніх людей в умовах пандемії.

1.4 Підходи до корекції та лікування психічних порушень в осіб, що перебувають в умовах вимушеної соціальної ізоляції

Спалах COVID-19 спричинив негативні психосоціальні наслідки, включаючи стрес, симптоми посттравматичного стресового розладу (ПТСР), тривогу, депресію, розчарування та невпевненість [166, 270]. Попередні спалахи інфекційних захворювань (наприклад, SARS, Ебола, MERS) також показали вплив стресу, пов'язаного з хворобою, на виникнення психологічного дистресу та посттравматичного стресового розладу [149, 207, 263]. Стрес під час спалаху інфекційного захворювання може включати страх і занепокоєння за своє здоров'я,

загострення хронічних проблем зі здоров'ям і збільшення вживання психоактивних речовин [302, 303].

Концепція подолання стресу була вперше запропонована Лазарусом і Фолкманом (1984) і визначається як «постійні зміни когнітивних і поведінкових зусиль, необхідних для того, щоб керувати, зменшити або терпіти проблемні стосунки між людиною та середовищем». Копінг виконує дві основні функції: а) змінює проблемні стосунки між особою та середовищем, що спричиняє стрес, і б) регулює емоції [13, 69, 170, 332]. Виходячи з цих двох функцій, подолання поділяється на подолання, орієнтоване на проблему, і на емоції, відповідно [156, 328]. Подолання, орієнтоване на проблему, спрямоване на вирішення проблеми та передбачає активні зусилля, щоб впоратися зі стресором, одночасно намагаючись керувати або змінити ситуацію шляхом пошуку інформації та допомоги, пошуку інструментальної допомоги, планування та прямих дій [61, 85, 334-337]. Подолання, орієнтоване на емоції, відноситься до всіх регулятивних зусиль, які використовуються для зменшення емоційних наслідків стресових подій, включаючи такі стратегії, як заперечення, зосередженість на емоціях і вихід з них, позитивне переосмислення подій і пошук соціальної підтримки [185, 221, 331]. Було стверджено, що люди обирають стратегії подолання з тієї чи іншої категорії залежно від того, наскільки вони вірять, що можуть контролювати стресову ситуацію [17, 88, 255, 284]. Орієнтовані на проблему стратегії подолання зазвичай використовуються, коли люди вірять, що вони можуть певним чином вплинути на стресові умови, зменшивши вимоги реальності або збільшивши свої резерви подолання [130, 161, 184, 235]. І навпаки, коли люди відчують, що не можуть нічого зробити, щоб змінити стресову ситуацію, вони, швидше за все, приймуть орієнтовані на емоції стратегії, намагаючись через них контролювати свої емоційні реакції [18, 46, 136]. Проте дослідження, пов'язані з подоланням стресу, показують, що дві функції подолання часто співіснують [174].

Психосоціальний статус і стрес людини під час спалаху COVID-19 вважаються критичними проблемами громадського здоров'я, а впроваджені стратегії подолання залишаються важливим аспектом у сфері охорони психічного

здоров'я [196, 203]. Наразі лише невелика кількість досліджень пов'язує вплив стресу, пов'язаного зі спалахом, на виникнення психологічного дистресу, посттравматичного стресового розладу та адаптацію населення в цілому [56, 102, 195, 267].

Нові реалії життя призвели до широкого обговорення та розробки підходів до корекції та лікування психічних порушень у цій категорії осіб. Ось деякі сучасні стратегії [93, 257, 327]:

1. *Телемедицина та онлайн-терапія:* Зростання популярності телемедицини дозволяє пацієнтам отримувати психологічну підтримку та терапію в онлайн-форматі. Це зменшує бар'єри доступу до психіатричної допомоги та дозволяє людям отримувати підтримку навіть під час ізоляції.

2. *Самоуправління психічним станом:* Розвиток різноманітних додатків та онлайн-ресурсів для психічного здоров'я дозволяє особам самостійно контролювати свій емоційний стан та знаходити стратегії подолання стресу.

3. *Групові психологічні сесії онлайн:* Віртуальні групи підтримки та терапії дозволяють людям зі спільними проблемами обмінюватися досвідом, отримувати підтримку одне від одного та спільно працювати над подоланням складнощів.

4. *Адаптація когнітивно-поведінкової терапії до віртуального середовища:* Терапевти адаптують техніки когнітивно-поведінкової терапії до онлайн-формату, щоб ефективно працювати з клієнтами у віддаленому режимі.

5. *Підтримка від роботодавців та організацій:* Багато компаній та установ почали надавати додаткові ресурси для підтримки психічного здоров'я своїм працівникам, включаючи онлайн-консультації з психологами та розвиток програм психологічної підтримки.

6. *Застосування технологій реальності:* Деякі програми використовують віртуальну реальність для створення симуляційних середовищ, де пацієнти можуть вправлятися в стратегіях подолання стресу та анксіозності.

Важливо зазначити, що індивідуальний підхід до лікування та підтримки психічного здоров'я в умовах вимушеної соціальної ізоляції є ключовим, і кожна

людина може потребувати унікального підходу з урахуванням її особливостей та потреб [20, 144, 206].

Одним із ключових напрямів є когнітивно-поведінкова терапія (КПТ), яка базується на розумінні взаємозв'язків між думками, почуттями та поведінкою. Адаптація цієї терапевтичної стратегії до віртуального середовища дозволяє зберігати її ефективність у вимушених умовах соціальної ізоляції.

Паралельно з КПТ, значною мірою розвиваються програми медитації та усвідомленості (mindfulness), оскільки вони доведено сприяють зменшенню рівня тривоги та стресу. Ці практики засновані на увазі до моменту, присутності в даний час і прийнятті своїх думок та емоцій без суджень [95, 129, 180].

Для осіб, які страждають від серйозних психічних порушень, таких як ПТСР, важливим є доступ до терапевтичних методів, що базуються на принципах травматичної поведінкової терапії (ТПТ). Ці методи включають в себе елементи експозиції та переробки інформації про травму з метою зменшення симптомів та поліпшення якості життя пацієнтів.

Навіть у віртуальному середовищі можуть бути використані соціальні підходи до лікування, такі як групова терапія або психосоціальні інтервенції, які сприяють відчуттю підтримки та соціальної зв'язаності, що є важливими факторами для психічного благополуччя [135, 202].

Важливою складовою є також роль роботодавців та громадських організацій у створенні сприятливого середовища для підтримки психічного здоров'я працівників та членів спільноти [72, 158, 312, 313]. Вони можуть надавати доступ до ресурсів для психологічної підтримки, організовувати онлайн-семінари та тренінги з емоційного здоров'я, а також створювати сприятливі умови для балансу роботи та особистого життя, що допомагає зменшити стрес та підвищити стійкість до негативних впливів соціальної ізоляції [74].

Сучасні тенденції саморегуляції психічного стану зосереджені на гіпотезі, що люди з вищим рівнем оптимізму повідомлятимуть про позитивні, але туманні сценарії майбутнього та нижчі рівні сприйняття ризику щодо майбутнього. Опираючись на дане твердження, дослідники однієї з масштабних робіт в Італії

[28] запропонували 1471 учаснику пройти онлайн-опитувальник, який проводився у вигляді набору анкет, що досліджували три сфери: демографічну інформацію, психологічне благополуччя та сприйняття ризику зараження. Встановлено, що позитивні стани очікування безпосередньо пов'язані з психологічним благополуччям. Крім того, отримані дані підкреслили зв'язок між оптимізмом і сприйняттям ризику щодо майбутніх сценаріїв.

Роботи деяких авторів безпосередньо стосуються використання стратегій надання психіатричної допомоги людям, які постраждали від епідемії COVID-19 [27, 49, 68, 192, 240]. Окрім того, науковці однієї зі статей в загальних рисах обговорюють важливість роботи психіатрів під час пандемії COVID-19 [117, 193]. У цьому документі визначено шість важливих ролей психіатра:

а) освіта громадськості про загальні наслідки пандемії та соціальної ізоляції на психічне здоров'я;

б) мотивація громадськості до прийняття стратегій профілактики захворювань і зміцнення здоров'я, в тому числі – психічного;

в) інтеграція послуг спеціалістів у сфері психічного здоров'я із доступною медичною допомогою;

г) навчання населення коупінгових стратегій вирішення проблем, щоб подолати поточну кризу:

д) розширення можливостей соціальної адаптації пацієнтів із COVID-19, осіб, які за ними доглядають та тих, які переживають заходи вимушеного карантину;

е) надання медичним працівникам допомоги у разі проблем у сфері психічного здоров'я.

У вивченій нами літературі ми також знайшли більш конкретні терапевтичні стратегії та пропозиції подолання негативних психоемоційних реакцій після локдауну та вимушеної соціальної ізоляції, які включали:

– розробку команд спеціалістів, кваліфікованих для вирішення проблем емоційного стресу [164];

- навчання громадського медичного персоналу основним аспектам охорони психічного здоров'я [189];
- використання онлайн-опитувань для оцінки масштабів проблем психічного здоров'я [243];
- розробка онлайн-матеріалів для освіти в галузі психічного здоров'я (психоедукація) [260, 275];
- надання послуг онлайн-консультування та самопомоги [164];
- використання структурованих листів як форми асинхронної телепсихіатричної консультації [226];
- розвиток синхронних телемедичних послуг для діагностичних цілей, а також для консультування [139];
- і необхідність зробити доступними онлайн-послуги психічного здоров'я для осіб із нижчих соціально-економічних прошарків [197].

Такі стратегії дають надію на надання послуг психічного здоров'я у легкодоступний спосіб без будь-якого збільшення ризику інфікування. Однак вони значною мірою залежать від наявності навченої робочої сили та інфраструктури, і невідомо, якою мірою ці підходи сприйматимуть широкі верстви населення. Крім того, вони ще не були перевірені чи підтвержені у відповідних цільових групах населення.

Для підтримки психічного здоров'я в умовах вимушеної соціальної ізоляції, важливо також враховувати різноманітні фактори ризику та захисту [70, 233]. Зокрема, особлива увага повинна бути приділена підтримці вразливих груп, таких як люди з психічними порушеннями, діти та підлітки, літні люди, а також медичний персонал та інші фахівці, які працюють у фронтових умовах пандемії [330].

Важливим компонентом ефективної психічної допомоги є індивідуалізований підхід до кожного пацієнта, з урахуванням його унікальних потреб та контекстуальних факторів [59]. Це означає, що терапевти та психологи повинні бути готові до гнучкого використання різних методик та стратегій залежно від конкретних обставин та потреб особи [80, 125, 131, 210].

Також важливо враховувати можливість виникнення "цифрового втомлення" та перевантаження інформацією в умовах постійного перебування в онлайн-середовищі. З цією метою, рекомендується встановлювати межі щодо використання технологій, проводити регулярні перерви від екранів, а також присвячувати час фізичній активності та зв'язку з природою [271].

Дослідження показують, що розвиток пандемії може мати тривалий вплив на психічне здоров'я людей, тому важливо створити систему післякризової підтримки, яка надає доступ до психологічної допомоги та ресурсів для відновлення психічного благополуччя навіть після закінчення епідемії [63, 109, 259, 286].

Висновки до розділу 1

На основі проведеного аналізу сучасних досліджень щодо розвитку психічних порушень у осіб, які перебувають в умовах вимушеної соціальної ізоляції, можна зробити такі висновки:

1. *Вплив соціальної ізоляції на психічне здоров'я:* Соціальна ізоляція, яка стала невід'ємною частиною життя багатьох людей під час пандемії COVID-19, виявилася потужним фактором, що негативно впливає на психічне здоров'я населення. Встановлено, що вимушене обмеження соціальних контактів призвело до зростання рівня тривожності, депресії, самотності та стресу. Особливо цей вплив відчули представники уразливих груп, таких як люди похилого віку, молодь та особи з хронічними психічними розладами. Ці групи населення часто стикалися з посиленням своїх психічних проблем через брак соціальної підтримки та зниження можливостей для регулярних соціальних взаємодій.

2. *Зростання суїцидальних настроїв:* Одним з найбільш тривожних наслідків соціальної ізоляції стало зростання рівня суїцидальних думок і настроїв. Страх перед невідомим майбутнім, фінансові труднощі, самотність та інші стресові фактори, з якими стикалося населення під час пандемії, призвели до серйозних психічних розладів, включаючи суїцидальні тенденції. Встановлено, що ці тенденції особливо виражені серед тих, хто вже мав проблеми з психічним здоров'ям або належав до соціально уразливих категорій.

3. Зниження фізичної активності та її наслідки: Пандемія COVID-19 значно обмежила фізичну активність багатьох людей через закриття спортивних закладів, парків та інших місць для активного відпочинку. Це призвело до погіршення фізичного стану, що, в свою чергу, негативно вплинуло на психічне здоров'я. Дослідження виявили, що зниження фізичної активності сприяло збільшенню маси тіла, погіршенню кардіоваскулярного здоров'я та загальному зниженню фізичної витривалості. В результаті, погіршення фізичного здоров'я стало додатковим фактором, що вплинув на збільшення рівня тривожності та депресії серед населення.

4. Психічне здоров'я літніх людей: Люди похилого віку виявилися особливо вразливими до негативного впливу вимушеної соціальної ізоляції. Фізичні обмеження, самотність та хронічні захворювання, які часто зустрічаються серед цієї категорії населення, значно підвищили ризик розвитку психічних розладів, таких як депресія та тривожність. Відсутність фізичних соціальних контактів, страх перед захворюванням і обмежений доступ до медичних послуг під час пандемії створили умови для погіршення психічного здоров'я літніх людей. Це особливо стосується тих, хто живе самотньо або у закладах довготривалого догляду.

5. Роль цифрових технологій у підтримці та загостренні психічного здоров'я: Цифрові технології відіграли двозначну роль у впливі на психічне здоров'я під час соціальної ізоляції. З одного боку, інформаційно-комунікаційні технології (ІКТ) стали важливим інструментом для підтримки соціальних зв'язків та зниження почуття ізоляції, забезпечуючи можливість підтримки соціальної підтримки навіть у віддалених умовах. З іншого боку, надмірне використання Інтернету, особливо соціальних мереж, призвело до зростання ризику розвитку Інтернет-залежності, підвищення рівня соціальної тривожності та поглиблення депресивних станів. Деякі дослідження стверджують, що тривале перебування в онлайн-середовищі може погіршити психічне здоров'я, особливо серед молоді та інших вразливих груп населення.

6. *Психосоціальна підтримка та інтервенції*: В умовах вимушеної соціальної ізоляції виникла необхідність у впровадженні комплексних психосоціальних інтервенцій для підтримки психічного здоров'я населення. Сучасні підходи до лікування включають використання телемедицини, онлайн-консультацій, когнітивно-поведінкової терапії (КПТ) та інших терапевтичних методів, адаптованих до віртуального середовища. Ці підходи дозволяють забезпечити доступ до психічної допомоги навіть у умовах обмежених фізичних контактів. Важливим компонентом є також розвиток програм медитації та усвідомленості, які сприяють зниженню рівня тривоги та стресу.

7. *Індивідуальний підхід до лікування та підтримки психічного здоров'я*: Ефективна психічна допомога в умовах соціальної ізоляції повинна бути індивідуальною, з урахуванням унікальних потреб та контекстуальних факторів кожної людини. Це означає, що терапевти та психологи повинні бути готові до гнучкого використання різних методик та стратегій залежно від конкретних обставин та потреб особи. Особливу увагу слід приділяти вразливим групам населення, таким як люди з психічними порушеннями, діти та підлітки, літні люди, а також медичний персонал та інші фахівці, які працюють у фронтових умовах пандемії.

8. *Значення посткризової підтримки*: Важливо також враховувати можливість тривалого впливу пандемії на психічне здоров'я населення. Дослідження показують, що навіть після завершення активної фази пандемії, люди можуть продовжувати відчувати психологічні наслідки вимушеної соціальної ізоляції та інших стресових факторів, пов'язаних з COVID-19. Тому необхідно створити систему посткризової підтримки, яка надаватиме доступ до психологічної допомоги та ресурсів для відновлення психічного благополуччя навіть після завершення пандемії. Це включає в себе розробку довгострокових стратегій підтримки психічного здоров'я, зосереджених на профілактиці, ранньому виявленні та лікуванні психічних розладів.

Отже, аналіз наукової літератури вказує на важливість комплексного підходу до розуміння та підтримки психічного здоров'я під час вимушеної

соціальної ізоляції. Враховуючи різноманітні фактори, які впливають на психічний стан, такі як фізична активність, соціальні взаємодії, роль цифрових технологій та інші, важливо розробляти та впроваджувати комплексні стратегії підтримки та корекції психічних порушень, орієнтовані на специфічні потреби різних груп населення.

Результати, викладені в даному розділі, опубліковані в наукових працях автора [291, 292, 293, 301].

РОЗДІЛ 2

ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ОБСТЕЖЕНИХ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

2.1 Загальна характеристика обстежених

Відповідно до мети і завдань дослідження з дотриманням принципів біомедичної етики, на підставі інформованої згоди нами було опитано 161 респонденти, серед яких 67 чоловіків та 94 жінок, що зверталися з профілактичною метою до сімейних лікарів Комунального некомерційного підприємства «Центр первинної медико-санітарної допомоги» Бучацької міської ради.

Дослідження тривало з грудня 2021 по лютий 2022 року і проходило на базі Тернопільського національного медичного університету імені І. Я. Горбачевського МОЗ України та Комунального некомерційного підприємства «Центр первинної медико-санітарної допомоги» Бучацької міської ради і було розповсюджене у форматі друкованих опитувальників та усної бесіди.

Критерієм виключення з дослідження було: наявність психічних розладів, наркологічної патології, а також супутніх важких соматичних захворювань (які могли суттєво впливати на функціонування обстежених), якщо останнє загострення клінічної симптоматики спостерігалось менше 5 років тому. А також захворювання на COVID-19 на момент обстеження. Відбір пацієнтів для дослідження проводився суцільним методом.

Нозологічна структура супутніх соматичних захворювань, які не проявлялися клінічно впродовж останніх 5 років у обстежених наведена у таблиці 2.1.

Нозологічна структура наявних в анамнезі психічних порушень, які не проявлялися клінічно впродовж останніх 5 років у обстежених наведена у таблиці 2.2.

Таблиця 2.1 – Нозологічна структура супутніх соматичних захворювань

Наявність супутніх соматичних захворювань, які не проявлялися клінічно впродовж останніх 5 років	Досліджувана група		Контрольна група		p
	абс.	%	абс.	%	
Захворювання серцево-судинної системи	28	34,6	20	25,0	> 0,05
Захворювання шлунково-кишкового тракту	10	12,3	6	7,5	> 0,05
Пульмонологічні захворювання	1	1,2	2	2,5	> 0,05
Неврологічні захворювання	3	3,7	0	0,0	> 0,05
Ендокринні захворювання	7	8,6	3	3,7	> 0,05
Дерматологічні та венерологічні захворювання	0	0,0	0	0,0	> 0,05
Оториноларингологічні та офтальмологічні захворювання	1	1,2	1	1,2	> 0,05
Сечостатеві захворювання	2	2,5	0	0,0	> 0,05
Ревматологічні захворювання	9	11,1	9	11,2	> 0,05
Разом (наявність будь-яких соматичних захворювань)	56	69,1	37	46,2	< 0,01

Таблиця 2.2 – Нозологічна структура супутніх психічних захворювань

Наявність в анамнезі психічних порушень, які не проявлялися клінічно впродовж останніх 5 років	Досліджувана група		Контрольна група		p
	абс.	%	абс.	%	
Невротичні захворювання	6	7,4	5	6,2	> 0,05
Афективні розлади	5	6,2	3	3,7	> 0,05
Психотичні розлади	0	0,0	0	0,0	> 0,05
Нейродегенеративні розлади	1	1,2	0	0,0	> 0,05
Разом (наявність будь-яких психічних захворювань)	12	14,8	8	10,0	> 0,05

Для встановлення закономірностей впливу фактору перебування в умовах вимушеної соціальної ізоляції на розвиток психопатологічної симптоматики нами було сформовано наступні клінічні групи:

1. Досліджувана група – осіб, що на момент дослідження перебували в умовах карантину та вимушеної соціальної ізоляції – загальною чисельністю 81 осіб (35 чоловіків та 46 жінок);

2. Контрольна група – осіб, які на момент дослідження продовжували функціонувати у звичному режимі та не перебували в умовах карантину та вимушеної соціальної ізоляції – загальною чисельністю 80 осіб (32 чоловіків та 48 жінок).

Статистико-математичний аналіз довів відсутність значущих розбіжностей у гендерних та вікових характеристиках досліджених груп.

Вікова характеристика досліджуваних груп є наступною: у досліджуваній групі 22,2 % (18 осіб) становлять люди віком до 35 років, 33,3 % (27 осіб) – віком 35-54 роки, 24,7 % (20 осіб) – віком 55-69 років, та 19,8 % (16 осіб) – 70 років і старші. У контрольній групі відповідно: 22,5 % (18 осіб) – віком до 35 років, 31,3 % (25 осіб) – віком 35-54 роки, 28,8 % (23 особи) – віком 55-69 років, та 17,4 % (14 осіб) – 70 років і старші.

Розподіл за сімейним станом у досліджуваній групі є таким: 48,1 % (39 осіб) були одруженими, 13,6 % (11 осіб) неодруженими, 11,1 % (9 осіб) розлучені, 27,2 % (22 особи) вдовці/вдови. У контрольній групі: 72,5 % (58 осіб) одружені, 15,0 % (12 осіб) неодружені, розлучені особи відсутні, 12,5 % (10 осіб) вдовці/вдови.

Професійна зайнятість учасників дослідження розподіляється наступним чином: У досліджуваній групі 42,0 % (34 особи) працюють, 3,7 % (3 особи) працюють віддалено, 48,1 % (39 осіб) не працюють, 6,2 % (5 осіб) навчаються. У контрольній групі відповідно: 55,0 % (44 особи) працюють, 1,3 % (1 особа) працює віддалено, 41,3 % (33 особи) не працюють, 2,4 % (2 особи) навчаються.

Пенсійний статус: у досліджуваній групі 66,7 % (54 особи) не є пенсіонерами, тоді як 33,3 % (27 осіб) є пенсіонерами. У контрольній групі 58,8 % (47 осіб) не є пенсіонерами, а 41,2 % (33 особи) є пенсіонерами.

Серед учасників досліджуваної групи 42,0 % (34 особи) не мають хобі, тоді як 58,0 % (47 осіб) мають хобі. У контрольній групі таких 30,0 % (24 особи) та 70,0 % (56 осіб) відповідно.

У досліджуваній групі 34,6 % (28 осіб) не є соціально активними, тоді як 65,4 % (53 особи) мають стабільне соціальне коло спілкування. У контрольній групі 18,8 % (15 осіб) не є соціально активними, тоді як 81,2 % (65 осіб) є соціально активними.

Серед учасників досліджуваної групи 32,1 % (26 осіб) не є активними користувачами соціальних мереж, тоді як 67,9 % (55 осіб) активно використовують дані платформи для комунікації. У контрольній групі 23,8 % (19 осіб) не користуються соціальними мережами, тоді як 76,2 % (61 особа) є користувачами соціальних мереж.

2.2 Дизайн дослідження

Дослідження було проведено у два етапи. Графічна схема дизайну дослідження наведена на рис. 2.1.

На першому етапі було проведено клініко-анамнестичне, клініко-психопатологічне, психометричне дослідження, а також статистико-математична обробка отриманих результатів.

На другому етапі серед людей, що перебували в умовах вимушеної соціальної ізоляції була проведена запропонована програма психокорекції, а згодом здійснена оцінка її ефективності.

2.3 Методи дослідження

При виконанні дослідження були використані такі методи: клініко-психопатологічні, психометричні, патопсихологічні, соціально-психологічні, а також соціально-медичні.

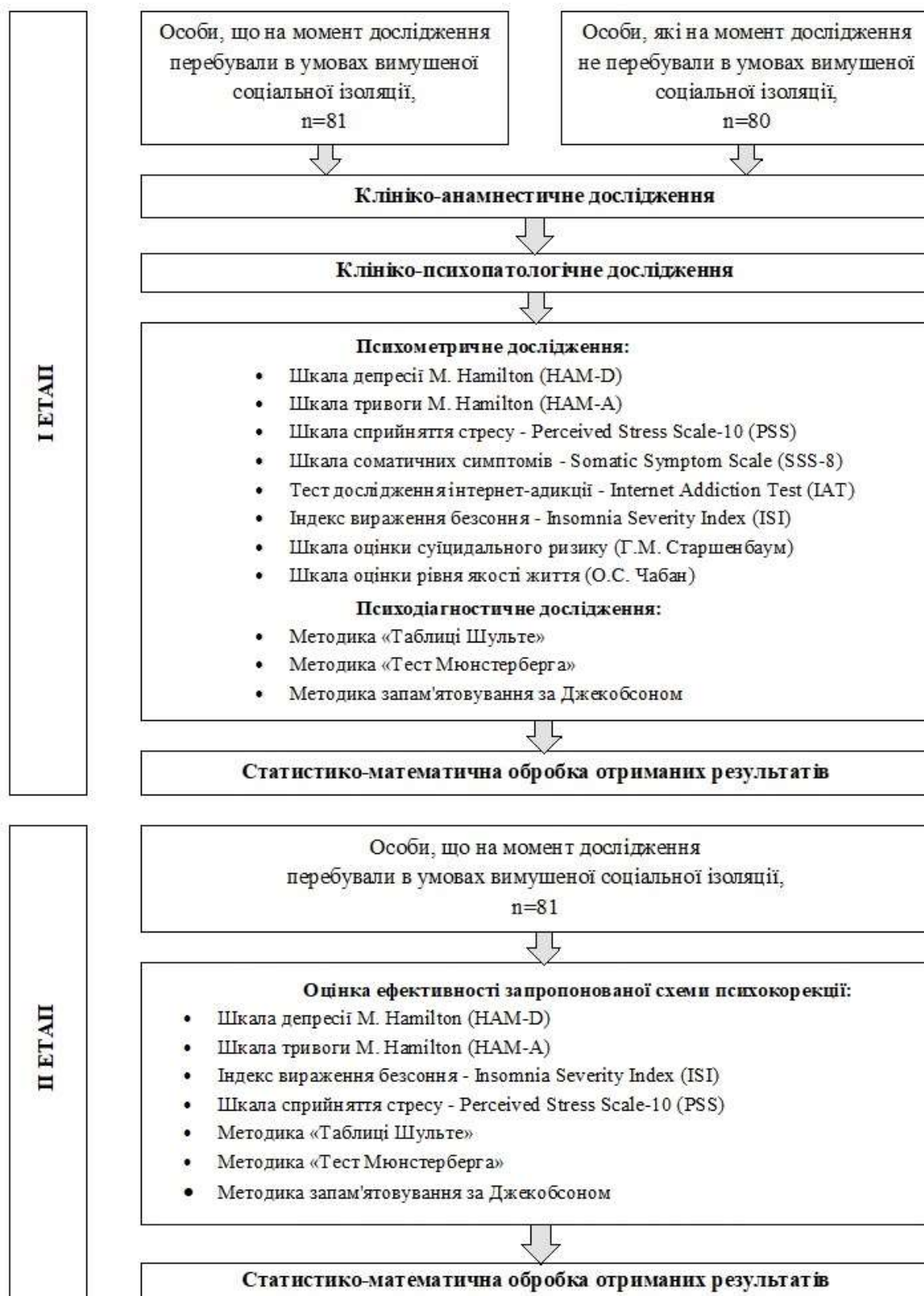


Рисунок 2.1 – Дизайн дослідження

2.3.1 Клініко-психопатологічні методи дослідження.

Клінічний метод дослідження є основним при встановленні психопатологічних діагнозів. Основу клініко-психопатологічного обстеження складала клінічна бесіда, що була побудована у вигляді напівструктурованого клінічного інтерв'ю. Під час клінічної бесіди проводилося опитування пацієнтів з метою загальної оцінки психічного стану, виявлення психопатологічної симптоматики та при наявності такої симптоматики – особливостей клінічних проявів захворювання. Дані клінічної бесіди узгоджувалися з даними об'єктивного обстеження (оцінка загального вигляду хворого, його поведінки, довільних та мимовільних дій, рухів, особливостей міміки, жестикуляції тощо).

2.3.2 Психометричні методи дослідження.

З метою уточнення та верифікації даних клінічного обстеження нами був використаний комплекс психометричних методик, що дозволяв отримати детальну кількісну характеристику змін у афективній та когнітивній сфері, придатну для статистико-математичного аналізу відповідно до принципів доказової медицини, а також шкали оцінки порушення сну, суїцидальної схильності, сприйняття стресу та суб'єктивної оцінки якості життя. Комплекс складався з наступних психометричних методик:

2.3.2.1 *Шкала тривоги Гамільтона – Hamilton Anxiety Scale (HAM-A, Гамільтон М., 1959)* – «золотий стандарт» клінічних наукових досліджень, оскільки дозволяє клінічно достовірно оцінити вираженість тривожних розладів у широкому діапазоні. Стандартними пунктами, що входять до Шкали тривоги Гамільтона є: тривожний настрій, напруга, страхи, інсомнія, інтелектуальні порушення, депресивний настрій, соматичні м'язеві симптоми, соматичні сенсорні симптоми, серцево-судинні симптоми, респіраторні симптоми, гастроінтестинальні симптоми, сечостатеві симптоми, вегетативні симптоми, поведінка при огляді [44, 92]. Шкала складається з 14 пунктів, кожен з яких оцінюється за шкалою Лайкерта від 0 до 4 балів. 13 пунктів відносяться до прояву тривоги в повсякденному житті. Чотирнадцятий – до прояву тривоги при огляді.

В шкалі НАМ-А варіанти відповідей стандартизовані: кожен пункт може внести рівну кількість балів у значення шкали, і немає необхідності прописувати окремі варіанти відповідей для кожного пункту, що значно спрощує розуміння шкали і процедуру підрахунку. Для отримання загального балу, що відображає рівень тяжкості тривожного розладу, необхідно скласти бали за всіма пунктами. Крім того, перші шість пунктів можуть бути оцінені окремо як прояви тривоги у сфері психіки, а інші вісім – як прояви тривоги в соматичній сфері. Загальна оцінка 6 балів і менше свідчить про відсутність симптомів тривоги; зоною ризику можливої присутності тривожних розладів є діапазон від 7 до 13 балів; оцінка від 14 до 20 балів відповідає наявності легкої тривоги; оцінка від 21 до 28 балів є ознакою середньої вираженості тривожного розладу (симптоматична тривога); про наявність важкого ступеня тривоги свідчить оцінка понад 29 балів [148, 155, 160].

НАМ-А є не лише діагностичним інструментом, але й засобом моніторингу ефективності лікування. Наприклад, після призначення когнітивно-поведінкової терапії або медикаментозного лікування шкала може використовуватися для оцінки динаміки стану пацієнта. Вона також широко застосовується у дослідженнях для вивчення поширеності тривожних розладів, їхнього впливу на якість життя та ефективності різних терапевтичних підходів [160].

2.3.2.2 *Шкала депресій Гамільтона (Hamilton Depression Rating Scale, НАМ-D)*, розроблена у 1960 році М. Гамільтоном, є одним з найстаріших і найбільш широко застосовуваних інструментів для оцінки ступеня депресії, використовуваним як у клінічній практиці, так і в дослідженнях. Результати метааналізу 2020 року підтверджують, що НАМ-D є популярним та чутливим інструментом для скринінгу депресії в клінічних умовах [44].

Ця шкала була створена для оцінки важкості депресивних симптомів, не враховуючи незначні коливання настрою протягом дня. Запитання в шкалі стосуються стану пацієнта протягом останніх кількох днів або тижня. Шкала, що складається з 21 пункту, заповнюється під час клінічного інтерв'ю, яке зазвичай триває близько 20-25 хвилин [91].

При використанні шкали Гамільтона можна застосовувати структуроване клінічне інтерв'ю, спеціально розроблене для цієї шкали. Пункти шкали повинні відображати стан пацієнта за останні кілька днів або тиждень. Використання шкали протягом часу дає можливість клініцисту відслідковувати ефективність лікування (медикаментозного або психотерапевтичного). За інструкцією, загальний бал визначається за перші 17 пунктів (де 9 оцінюються за шкалою від 0 до 4 балів, а 8 – від 0 до 2). Останні 4 пункти (з 18-го по 21-й) оцінюють додаткові симптоми депресії та підтипи депресивних розладів. Бали за ці пункти не враховуються при визначенні ступеня тяжкості депресії і не входять у загальний підрахунок балу шкали Гамільтона. Загальний бал за перші 17 пунктів: 0-7 – норма, 8-13 – легкий депресивний розлад, 14-18 – середній ступінь депресії, 19-22 – тяжкий депресивний розлад, більше 23 – вкрай тяжкий депресивний розлад [251].

Шкала HAM-D є важливим інструментом для дослідження депресивних станів і тестування нових терапевтичних методів. Наразі вона затверджена Міністерством охорони здоров'я України як частина протоколу для діагностики та лікування депресії, що підкреслює її значущість у національній клінічній практиці.

2.3.2.3 Шкала соматичних симптомів – *Somatic Symptom Scale – 8 (SSS-8, Кронкем К., Шварцом Р.Л., 2002)*. Це короткий самоопитувальник щодо соматичних проявів депресії, розроблений В. Gierk та співавторами [82], який складається з 8 запитань, кожне оцінюється в межах 0-4 балів, де 0 – «зовсім не турбувало», 4 – «дуже турбувало». Оцінка соматичних симптомів відбувається шляхом підрахунку загального результату, що може варіювати в межах 0-32 балів. Результати інтерпретують наступним чином: 0-3 бали – мінімальний, 4-7 – низький, 8-11 – середній, 12-15 – високий, 16-32 – дуже високий ступінь інтенсивності прояву соматичних симптомів [167].

Особливості шкали соматичних симптомів *Somatic Symptom Scale-8 (SSS-8)* [119, 120]:

— *Факторна структура:* SSS-8 є короткою версією більш великої шкали, яка була спроектована для оцінки соматичних симптомів. Вона включає в себе вимірювальні індикатори, які загалом відображають широкий спектр фізичних симптомів, які можуть бути асоційовані з психічним станом.

— *Психометричні характеристики:* Вивчення SSS-8 підтвердило його високу конструктну валідність та надійність. Інструмент проявив стабільні показники ретесту та високу внутрішню узгодженість.

— *Критеріальна валідність:* SSS-8 показав здатність ефективно розрізняти між різними групами пацієнтів з різним рівнем соматичних симптомів, що свідчить про його дієвість у визначенні соматичних дистресів.

— *Застосування:* Цей інструмент знайшов широке застосування як у дослідницьких, так і у клінічних контекстах, де вимірювання соматичних симптомів є важливим аспектом оцінки психічного стану пацієнтів.

— *Короткість і адаптабельність:* Завдяки своїй короткій формі, SSS-8 є зручним інструментом для швидкого використання у клінічній практиці, а його універсальність дозволяє використовувати його для різних популяцій та у різних культурних контекстах.

2.3.2.4 *Шкала оцінки рівня якості життя (Чабан, О. С., 2017)* – призначена для вимірювання інтегрального показника, який відображає наскільки людина задоволена своїм фізичним, психічним та соціальним станом [341]. Проводиться оцінка суб'єктивного та багатокomпонентного показника, який характеризує сприйняття людиною різних аспектів свого життя, тобто, певною мірою, цей показник відображає емоційний стан людини на момент опитування. Шкалу заповнює особа, яка проходить обстеження самостійно.

Оцінка проводиться за допомогою оцінювання суб'єктивного задоволення фізичним станом, настроєм, проведенням вільного часу, любов'ю та сексуальною активністю, повсякденною активністю (хобі робота по дому та ін.), соціальною активністю (спілкуванням з рідними, друзями), фінансовим благополуччям, умовами проживання, роботою, навчанням та іншою зайнятістю та загальним рівнем задоволення життя. Кожен пункт обстежуваний повинен оцінити від 0 до

10, де 0 – це абсолютне незадоволення сферою життя, а 10 – максимальне задоволення. Вкрай низьким вважається рівень задоволення життям за наявності показників за шкалою до 56 балів, низьким – від 57 до 66 балів, середнім – від 67 до 75 балів, високим – від 76 до 82 балів і дуже високим – від 83 балів.

Шкала є багатовимірним інструментом, який враховує такі важливі аспекти життя:

- фізичний стан (здоров'я, фізична активність, енергія);
- психоемоційний стан (настрій, задоволення життям);
- соціальна активність (стосунки з рідними, друзями, колегами);
- умови проживання;
- фінансове благополуччя;
- задоволення професійною чи навчальною діяльністю;
- рівень задоволення проведенням вільного часу;
- любов і сексуальна активність.

Шкала має перевагу у простоті використання: обстежувані заповнюють її самостійно, що мінімізує суб'єктивний вплив зовнішніх факторів. Водночас інструмент дозволяє отримати багатовимірну оцінку, яка враховує як об'єктивні, так і суб'єктивні аспекти життя людини. Це робить її особливо корисною для виявлення проблемних сфер, які потребують втручання, а також для моніторингу змін у якості життя під впливом різних терапевтичних чи реабілітаційних заходів.

Шкала оцінки рівня якості життя також може бути ефективно використана для оцінювання впливу соціальних, економічних або медичних факторів на якість життя різних груп населення, що робить її універсальним інструментом у соціально-психологічних і медичних дослідженнях.

2.3.2.5 Індекс вираження безсоння (ISI, Дж. Т. Бастіані, К. Б. Бухольцом, Д. Барнесом, 1982). Опитувальник для визначення тяжкості інсомнії розроблений як компактний інструмент для оцінки характеристик безсоння.

Анкета складається з семи запитів, де респонденти мають оцінити особливості та симптоми своїх порушень сну за допомогою шкали, подібної до лайкертівської. Запитання фокусуються на суб'єктивних аспектах сну

респондента, включаючи інтенсивність симптомів, задоволеність режимом сну, рівень вираженості інсомнії, вплив на щоденне функціонування, ефект на оточуючих та загальний рівень стресу, пов'язаний із порушеннями сну [112]. Відповіді оцінюються за шкалою від 0 до 4 балів, де вищі бали вказують на більш виражені проблеми зі сном. Тривалість заповнення анкети не перевищує 5 хвилин, респонденти відповідають самостійно. Автори тестували анкету в двох окремих групах осіб із безсонням у віці від 17 до 84 років. Хоча система порогових балів, запропонована авторами для загальної оцінки, не є валідованою, ми запропонували оцінювати результат залежно від набраних балів – від «відсутність клінічно значущого безсоння» до «тяжке клінічне безсоння». Під час первинного дослідження анкети ISI за шкалою загальної оцінки була встановлена надійність внутрішнього узгодження $\alpha=0,74$, а кореляція між окремими елементами та загальною оцінкою варіювала від 0,36 до 0,54 [213].

Використовувана шкала оцінювання (від 0 до 4 балів) дозволяє отримати загальний бал у діапазоні від 0 до 28. Інтерпретація результатів зазвичай поділяється на такі категорії:

- 0–7 балів: відсутність клінічно значущого безсоння;
- 8–14 балів: легка вираженість безсоння;
- 15–21 балів: помірна вираженість безсоння;
- 22–28 балів: тяжке клінічне безсоння.

Опитувальник відзначається високою зручністю у використанні завдяки простій структурі та короткому часу заповнення (до 5 хвилин). Оцінка результатів може проводитися як самостійно респондентами, так і з участю фахівця.

ISI є важливим інструментом для моніторингу ефективності лікування, зокрема когнітивно-поведінкової терапії (КПТ) для інсомнії, медикаментозного втручання або комбінованих підходів. Його простота і валідність роблять його незамінним у дослідженнях, присвячених поширенню порушень сну та їхньому впливу на психічне здоров'я.

2.3.2.6 Шкала сприйняття стресу («Perceived Stress Scale» (PSS), Шелдон Коен, 1983) була розроблена для вимірювання ступеня оцінки ситуацій у своєму

житті як стресових. PSS була опублікована в 1983 році, [9] і стала однією з найбільш широко використовуваних [16] психологічних інструментів для вимірювання неспецифічного напруження. Вона використовувалася у дослідженнях, що оцінюють стресові ситуації, ефективність заходів зі зменшення стресу [42-55] і ступінь існування асоціацій між психологічним стресом та психіатричним і фізичним [116] розлади. Шкала охоплює 10 запитань.

Підрахунок балів здійснюється за двома субшкалами: «Перенапруга»: запитання 1, 2, 3, 6, 9, 10, де кожен пункт оцінюється від 1 до 5 балів та «Протидія стресу»: запитання 4, 5, 7, 8, де кожен пункт оцінюється від 1 до 5 балів, потім бали інвертуються (1 = 5; 2 = 4; 3 = 3; 4 = 2; 5 = 1) та підсумовуються. Підсумовуються бали по обох субшкалах.

Основні особливості PSS можуть бути описані так:

— *Психометричні властивості*: PSS демонструє високу конструктну валідність та надійність. Вона вимірює не самі події, а сприйняття особою цих подій як стресових, що відображає психічний досвід.

— *Теоретична підстава*: PSS базується на теорії сприйняття стресу, в якій вважається, що сприйняття ситуацій як стресових може бути важливішим фактором для психологічного дистресу, ніж самі події.

— *Психологічні конструкти*: Шкала дозволяє виміряти рівень загального стресу, а також його підкомпоненти, такі як невизначеність та непередбачуваність.

— *Методика вимірювання*: PSS використовує Лікертovu шкалу для оцінки частоти індивідуального сприйняття стресу. Цей метод дозволяє отримати кількісні дані, які можна аналізувати статистично.

— *Застосування*: Шкала широко використовується в клінічній практиці, дослідженнях психічного здоров'я, а також в епідеміологічних дослідженнях для вимірювання рівня стресу в різних популяціях та встановлення взаємозв'язків з іншими змінними.

2.3.2.7 Тест Кімберлі Янг на інтернет-залежність – Internet Addiction Test (IAT, Кімберлі Янг, 1994). Тест на інтернет-залежність, розроблений Кімберлі Янг,

призначений для визначення наявності та ступеня залежності. Він дозволяє учасникам самостійно заповнити анкети, зокрема в електронному вигляді. Результати тесту можуть бути уточнені та оцінені фахівцем під час напівструктурованого інтерв'ю, оскільки питання є дуже зрозумілими, а відповіді можуть бути зумовлені соціальними очікуваннями. Цей інструмент допомагає виявити неконтрольоване користування інтернетом і оцінити симптоми залежності. Важливим є те, що тест враховує як кількісні, так і якісні характеристики використання інтернету, що дає змогу аналізувати не лише обсяг часу, проведеного в мережі, а й контекст, мотиви та емоційний вплив цього часу на людину.

Крім того, у наукових дослідженнях ІАТ часто використовується як діагностичний інструмент для виявлення зв'язку між інтернет-залежністю та іншими психічними або поведінковими розладами, такими як депресія, тривожність або низька самооцінка. Оцінка результатів тесту також може бути корисною для вивчення соціальних наслідків інтернет-залежності, зокрема її впливу на міжособистісні стосунки, академічну чи професійну продуктивність.

Тест складається з 20 запитань, кожне з яких оцінюється за 5-бальною шкалою Лайкерта (від 1 до 5: дуже рідко, інколи, часто, дуже часто, завжди). Загальний бал може досягати 100. Інтерпретація результатів: 0-30 балів – нормальне використання інтернету, 31-49 балів – легкий ступінь залежності, 50-79 балів – помірний ступінь залежності, 80-100 балів – надмірне користування інтернетом.

За словами Кімберлі Янг, три основні чинники, що визначають адиктивність від інтернету, це:

1. Легкість доступу до інформації, інтерактивних зон та порнографічних матеріалів.
2. Персональний контроль і анонімність передачі інформації.
3. Психологічні фактори, які на підсвідомому рівні формують вищий рівень довіри до онлайн-спілкування [111].

2.3.2.8 *Шкала суїцидального ризику (Старшенбаум Г. В., 2005)* служить для визначення ймовірності здійснення суїцидальних спроб. Оцінка ризику проводиться за допомогою прямих запитань, що стосуються наявності та інтенсивності суїцидальних тенденцій, а також може бути уточнена за допомогою додаткової об'єктивної інформації. Ризик оцінюється на основі підсумовування балів. Суїцидальний ризик вважається низьким, якщо сума балів за шкалою не перевищує 10, середнім – від 10 до 15 балів, високим – понад 15 балів [224].

Основні особливості цього інструменту можна описати наступним чином:

— *Структурна характеристика:* Шкала включає в себе питання, спрямовані на оцінку суїцидальної ідеації, намірів та планування, а також інших факторів, що можуть вказувати на підвищений ризик суїциду.

— *Психометричні властивості:* Інструмент повинен бути психометрично перевіреном з точки зору надійності та валідності для забезпечення його точності та консистентності оцінки суїцидального ризику.

— *Клінічне застосування:* Шкала може бути використана в клінічній практиці для оцінки рівня суїцидального ризику у пацієнтів з різними психічними станами та наукових дослідженнях для вивчення факторів, що впливають на суїцидальну поведінку.

— *Інтервенції та профілактика:* Оцінка суїцидального ризику за допомогою даної шкали дозволяє ідентифікувати осіб з підвищеним ризиком суїциду та розробляти індивідуалізовані плани інтервенцій для запобігання самогубствам.

Шкала розроблена з урахуванням принципів надійності та валідності. Вона дозволяє забезпечити об'єктивність і точність у вимірюванні рівня суїцидального ризику. Її результати корелюють з іншими інструментами, спрямованими на вивчення депресії, тривожності та інших психічних розладів, що асоціюються з підвищеним ризиком суїциду.

2.3.2.9 *Таблиці Шульте (Шульте О., 19 ст.).* Ця методика дозволяє оцінити стійкість уваги, ефективність виконуваної роботи та психічну стійкість. Вона була розроблена в 19 столітті німецьким психологом Отто Шульте та полягає у

спостереженні та реакціях на швидкі зміни в інформаційних наборах [219]. Методика, яка була запозичена з психології праці (так звані таблиці Шульте), знаходить широке застосування також у галузі патології. Вона може використовуватися для вивчення психічного темпу, зокрема для визначення швидкості орієнтовно-пошукових рухів погляду, а також для дослідження обсягу уваги до зорових подразників [36].

Для проведення тесту необхідно мати п'ять таблиць розміру 60х60 см, на яких безладно написані числа від 1 до 25. Кожна з таблиць має різне розташування чисел. Також потрібен секундомір і лінійка довжиною приблизно 30 см. Поки випробуваний шукає та називає числа, експериментатор стежить за правильністю його дій. Як тільки випробуваний знаходить і називає число «25», експериментатор зупиняє секундомір. Після першої таблиці без додаткових інструкцій випробуваному пропонують таким самим чином шукати числа на наступних таблицях – другій, третій, четвертій та п'ятій.

При оцінці результатів звертають увагу на різницю в часі, який випробуваний витрачає на пошук чисел у кожній таблиці. За результатами виконання кожної таблиці можна побудувати «криву стомленості», яка відобразить не лише стійкість уваги, але й працездатність досліджуваного. У «нормальних» умовах час пошуку чисел на кожній таблиці складає 40-50 секунд, «підвищена увага» – до 40 секунд, а «знижена увага» – понад 50 секунд [108, 249].

2.3.2.10 *Тест Мюнстерберга (Мюнстербергом Г., 1934)*. Цей психодіагностичний тест призначений для визначення вибіркової та концентрації уваги. Він був розроблений на початку ХХ століття німецько-американським психологом Гуго Мюнстербергом. У 1934 році тест отримав міжнародний сертифікат в Лондоні [35, 220].

У тексті, що містить випадкові послідовності букв, приховані слова. Завдання випробуваного полягає в тому, щоб, переглядаючи рядки, якомога швидше знаходити ці слова. Після знаходження, слова повинні бути підкреслені. Випробуваний має шукати іменники в називному відмінку однини без термінів або аббревіатур. Якщо слова перетинаються чи входять одне в одне, вибирається

найбільше слово. Тест має обмежений час на виконання. Методика націлена на визначення вибірковості уваги. Експериментатор фіксує кількість знайдених слів, час, витрачений на завдання, та якість виконання, зокрема:

- кількість правильних слів;
- кількість помилкових підкреслень;
- кількість пропущених слів;
- слова, які підкреслені понад норму.

Час виконання завдання обмежений двома хвилинами. Інтерпретація результатів: норма – 19 і більше слів (бажано без пропуску слів), низький рівень – 18 і менше балів [253, 254].

Методика Мюнстерберга є не лише ефективним інструментом для вимірювання вибірковості уваги, але й має широке застосування в психології праці, когнітивній психології та нейропсихології. Завдяки простоті використання та швидкості проведення тест залишається популярним інструментом для дослідження уваги, зокрема в професійних і клінічних контекстах. Він також використовується для оцінки когнітивних функцій у контексті стресових умов або при обмеженому часі на виконання завдань.

Цей тест дозволяє діагностувати можливі труднощі у сфері концентрації уваги, що є особливо корисним для оцінювання ефективності різних втручань чи реабілітаційних програм, а також для профвідбору в професіях, які вимагають високої точності та концентрації.

2.3.2.11 *Дослідження пам'яті за Джекобсоном (Джекобсон, 1980)*. Ця методика призначена для вивчення ефективності пам'яті у людей та оцінки їх здатності до запам'ятовування й відтворення інформації. Розроблена Джекобсоном у 1980 році, вона є однією з найпоширеніших технік для вимірювання пам'яті і широко застосовується в психологічних дослідженнях [218]. Тест Джекобсона на пам'ять передбачає послідовне пред'явлення серії стимулів, таких як слова чи числа, після чого учасники повинні відтворити отриману інформацію в тому ж порядку, в якому вона була подана. Тест проводиться в лабораторних умовах, що дозволяє учасникам зосередитися та

виконати завдання без зовнішніх впливів. Учасники мають обмежений час для запам'ятовування стимулів, а після цього повинні відтворити інформацію. Результати оцінюються за точністю та повнотою відтворення, а також за часом, який витрачають на виконання завдання.

У процесі обробки результатів дослідження треба встановити:

- ряди, відтворені повністю і з тією послідовністю, з якою вони показувалися дослідником. Для зручності їх позначають знаком (+);
- найбільшу довжину ряду, який досліджувався у всіх серіях відтворив правильно;
- кількість правильно відтворених рядів, більших за ту, яка відтворена досліджуваним у всіх серіях;
- коефіцієнт обсягу пам'яті, який знаходять за формулою: $P_k = A + C/N$, де P_k – обсяг короткочасної пам'яті;
- A – найбільша довжина ряду, правильно відтвореного досліджуваним у всіх серіях;
- C – кількість правильно відтворених рядів, більших за A ;
- N – число серій досвіду (в даному дослідженні 4).

Аналіз результатів.

Для аналізу результатів користуються такими показниками рівнів обсягу короткочасного запам'ятовування: 10 – дуже високий рівень, 8-9 – високий, 7 – середній, 5-6 – низький та 3-4 – дуже низький рівень.

Аналізуючи результати дослідження, слід звернути увагу на крайні варіанти здобутих рівнів запам'ятовування. Запам'ятування, яке дорівнює 10, як правило, є наслідком використання досліджуваних логічних засобів або спеціальних прийомів мнемотехніки. В окремих випадках таке запам'ятовування є феноменальним. Якщо отримано дуже низький рівень запам'ятовування, то дослідження пам'яті досліджуваного потрібно повторити через кілька днів. У здорового людини показник пам'яті 3-4 зумовлюється неприйняттям інструкції. Низький і середній рівні короткочасного запам'ятовування може бути піднято

завдяки систематичним тренуванням пам'яті за спеціальними програмами мнемотехніки.

Для аналізу результатів користуються такими показниками рівнів обсягу короткочасного запам'ятовування: 10 – дуже високий рівень, 8-9 – високий, 7 – середній, 5-6 – низький, 3-4 – дуже низький рівень.

При аналізі результатів дослідження важливо звернути увагу на крайні значення рівнів запам'ятовування. Рівень запам'ятовування, який дорівнює 10, зазвичай свідчить про використання учасником логічних методів або спеціальних мнемотехнічних прийомів. У деяких випадках таке запам'ятовування може бути феноменальним. Якщо ж рівень запам'ятовування є дуже низьким, дослідження пам'яті слід повторити через кілька днів. У здорової людини показник пам'яті 3-4 зазвичай вказує на те, що інструкція була сприйнята неправильно, або респондентом відбувалося свідоме чи несвідоме нехтування правилами проведення тесту [79, 105, 253, 254].

2.3.3 Соціально-медичні та соціально-психологічні методи дослідження

Дослідження соціально-психологічних та соціально-медичних характеристик хворих проводилося під час клінічного обстеження. Для дослідження соціально-психологічних та соціально-медичних особливостей нами було розроблено спеціальну анкету.

При соціально-психологічному обстеженні вивчалися особливості анамнезу життя та захворювання, спадковості. Обстеження проводилося методом напівструктурованого клінічного інтерв'ю.

Соціально-медичне обстеження включало вивчення сімейного стану, особливостей проживання, освітнього рівня, трудової діяльності, наявності пенсійного статусу, способу життя, наявності хобі. Окремо вивчалися особливості онлайн комунікації під час соціальної ізоляції: наявність соціальної підтримки (суб'єктивно – друзів, рідних, активного кола спілкування та у зворотньому випадку – суб'єктивне відчуття самотності) та активне користування соціальними мережами.

Наявність перенесеного COVID-19 в анамнезі підтверджувалося імуноферментним тестом або полімеразно-ланцюговою реакцією та опубліковувалося у відповідній медичній документації.

Заповнення анкети проводилося особисто хворими або (за бажанням пацієнта) нами в присутності хворого шляхом опитування його методом структурованого або напівструктурованого інтерв'ю.

2.4 Статистико-математична обробка отриманих результатів

Для обробки даних дослідження був застосований широкий спектр сучасних методів статистико-математичного аналізу, що дозволило забезпечити надійність і достовірність отриманих результатів відповідно до принципів доказової медицини.

Для міжгрупового та внутрішньогрупового аналізу, з метою виявлення розбіжностей у дослідженні кількісних ознак з нормальним або близьким до нормального розподілом, використовувалися методи параметричної статистики. Це включало параметричний t-критерій Стюдента, зокрема обчислення t-критерію з роздільними оцінками дисперсій, а також обчислення критерію Левена для виключення впливу нерівності дисперсій розподілу ознак [99].

Для аналізу розбіжностей у кількісних ознаках з розподілом, відмінним від нормального, застосовувалися методи непараметричної статистики – тест Манна-Уїтні для незалежних змінних, а також тести Вілкоксона та критерій знаків для залежних змінних [81].

Аналіз розбіжностей категоріальних ознак проводився за допомогою точного критерію Фішера (для одно- та двосторонніх таблиць), а також за допомогою критерію χ^2 Пірсона для таблиць співпряженості. Для покращення апроксимації статистики χ^2 та усунення випадкових впливів, з огляду на малу кількість спостережень у деяких групах, застосовувалася поправка Йетса [96].

Міру співпряженості ознак визначали за допомогою непараметричних методів, зокрема методу рангової кореляції Спірмена [223].

Обробка даних здійснювалася на персональному комп'ютері за допомогою пакету Microsoft Excel та програмного забезпечення Statistica (StatSoft Inc., США).

Висновки по розділу 2

На основі проведеного аналізу матеріалів і методів, використаних у даному розділі, можна зробити такі розгорнуті висновки:

1. Загальна характеристика обстежених: У дослідженні продіагностовано 161 респондента, серед яких було 67 чоловіків і 94 жінки. Учасники дослідження зверталися з профілактичною метою до сімейних лікарів Комунального некомерційного підприємства «Центр первинної медико-санітарної допомоги» Бучацької міської ради. Важливою умовою участі в дослідженні була відсутність психічних розладів, наркологічної патології, а також важких соматичних захворювань, які могли суттєво вплинути на функціональний стан обстежених. Також було встановлено, що на момент обстеження респонденти не мали клінічно проявлених соматичних захворювань, які могли б значно вплинути на результати дослідження. Відбір пацієнтів здійснювався методом суцільного обстеження, що забезпечило максимально точний аналіз і узагальнення результатів.

2. Дизайн дослідження: Дослідження складалося з двох основних етапів. Перший етап включав проведення клініко-анамнестичного, клініко-психопатологічного та психометричного дослідження респондентів. На цьому етапі також була проведена статистико-математична обробка отриманих даних, що дозволило виявити ключові закономірності та взаємозв'язки між змінними. Другий етап був зосереджений на розробці та впровадженні психокорекційної програми для респондентів, які перебували в умовах вимушеної соціальної ізоляції. Після проведення корекційних заходів була здійснена оцінка їх ефективності, що дало змогу проаналізувати вплив запропонованих інтервенцій на психічний стан учасників.

3. Методи дослідження: Для досягнення мети дослідження був використаний комплексний підхід, що включав кілька методологічних підходів. Зокрема, були застосовані клініко-психопатологічні методи, які забезпечили базову діагностику психічного стану респондентів. Психометричні методи

дозволили отримати кількісні характеристики змін в афективній сфері, що підлягали подальшому статистичному аналізу. Патопсихологічні методи дослідження були спрямовані на вивчення когнітивних функцій та їх взаємозв'язків з іншими психічними показниками. Соціально-психологічні та соціально-медичні методи дозволили оцінити вплив соціальних і медичних факторів на психічне здоров'я обстежених, а також дослідити їх соціальну активність та взаємодію в умовах вимушеної ізоляції.

4. Оцінка тривожності та депресії: Для діагностики тривожних розладів була використана Шкала тривоги Гамільтона (Hamilton Anxiety Scale, HAM-A), яка є «золотим стандартом» у клінічних дослідженнях. Цей інструмент дозволив не лише оцінити загальний рівень тривожності, але й розділити її на психічні та соматичні компоненти. Для оцінки рівня депресії була застосована Шкала депресії Гамільтона (Hamilton Depression Rating Scale, HAM-D), яка забезпечила детальне визначення ступеня депресивного розладу та його підтипів. Крім того, було використано Шкалу соматичних симптомів (Somatic Symptom Scale-8, SSS-8) для кількісної оцінки вираженості соматичних скарг, що часто супроводжують депресивні та тривожні розлади.

5. Оцінка інших психічних показників: В рамках дослідження було застосовано широкий спектр психометричних методів для всебічної оцінки психічного стану респондентів. Зокрема, для оцінки рівня якості життя використовувалася спеціальна шкала, розроблена на базі адаптованої методики оцінки задоволення різними аспектами життя (Чабан О. С.). Вимірювання суїцидального ризику проводилося за допомогою відповідної шкали (Старшенбаум Г.В.), що дозволило виявити ступінь ризику суїцидальних спроб серед респондентів. Для дослідження інтернет-залежності використовувався Тест на інтернет-залежність (Internet Addiction Test, IAT), який допоміг оцінити рівень контролю над використанням інтернету та його вплив на психічний стан учасників.

6. Статистико-математична обробка даних: Для забезпечення надійності та достовірності результатів дослідження було застосовано широкий спектр

сучасних методів статистико-математичного аналізу. Зокрема, для міжгрупового та внутрішньогрупового аналізу використовувалися як параметричні методи (наприклад, t-критерій Стюдента), так і непараметричні методи (наприклад, тест Манна-Уїтні, тести Вілкоксона). Для аналізу розбіжностей у категорійних ознаках застосовувалися точний критерій Фішера та критерій χ^2 Пірсона. У разі малої кількості спостережень в окремих групах застосовувалася поправка Йетса для покращення апроксимації статистики χ^2 . Для оцінки міри співпряженості ознак був використаний метод рангової кореляції Спірмена.

Отже, проведені дослідження було побудоване на надійній методологічній основі, що включала використання різноманітних клінічних, психометричних та статистичних методів. Такий комплексний підхід дозволив отримати повну картину впливу соціальної ізоляції на психічне здоров'я респондентів та оцінити ефективність впроваджених психокорекційних заходів. Отримані дані є важливим внеском у розуміння динаміки психічних станів в умовах соціальної ізоляції та можуть слугувати основою для подальших досліджень і розробки нових підходів до підтримки психічного здоров'я в подібних ситуаціях.

Результати, викладені в даному розділі, опубліковані в науковій праці автора [297].

РОЗДІЛ 3

КЛІНІКО-ФЕНОМЕНОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОПАТОЛОГІЧНОЇ СИМПТОМАТИКИ В ОСІБ, ЩО ПЕРЕБУВАЮТЬ В УМОВАХ ВИМУШЕНОЇ СОЦІАЛЬНОЇ ІЗОЛЯЦІЇ ПІД ЧАС COVID-19

3.1 Особливості клінічної психопатологічної симптоматики в осіб, що перебувають в умовах вимушеної соціальної ізоляції під час COVID-19

Протягом дослідження нами було розглянуто вплив вимушеної соціальної ізоляції на психічне здоров'я осіб під час пандемії COVID-19. Акцентується увага на клінічних особливостях психопатологічної симптоматики, що виникає внаслідок тривалого перебування у соціальній ізоляції. Дослідження охоплює аналіз депресивних станів, тривожних розладів, порушень сну та інших психічних симптомів, що можуть посилюватися в умовах ізоляції.

На основі проведеного анкетування, що містило шкалу тривоги Гамільтона (HAM-A), було оцінено рівень тривоги в осіб, що перебували в умовах вимушеної соціальної ізоляції під час пандемії COVID-19 та осіб контрольної групи.

Під час нашого дослідження було встановлено наступне: у досліджуваній групі, яка перебувала в умовах вимушеної соціальної ізоляції, рівень тривоги значно вищий порівняно з контрольною групою, які під час пандемії COVID-19 продовжували функціонувати у звичному режимі та не піддавалися соціальній ізоляції. У досліджуваній групі нормальний рівень тривоги спостерігався у 6 осіб (7,4 %), тоді як у контрольній групі цей показник становив 38 осіб (47,3 %) ($p < 0,01$); можливий рівень виявлений у 19 осіб (23,5 %) та 19 осіб (23,8 %) відповідно ($p > 0,05$); легкий рівень зафіксовано у 15 осіб (18,5 %) та 11 осіб (13,8 %) відповідно ($p > 0,05$); виражений рівень спостерігався у 15 осіб (18,5 %) та у 7 осіб (8,8 %) відповідно ($p > 0,05$); найбільш виражені відмінності спостерігалися у важкому рівні тривоги – у досліджуваній групі 26 осіб (32,1 %)

мали тяжкий рівень, в той час як у контрольній групі цей показник складав лише 5 осіб (6,3 %) ($p < 0,01$) (рис. 3.1).

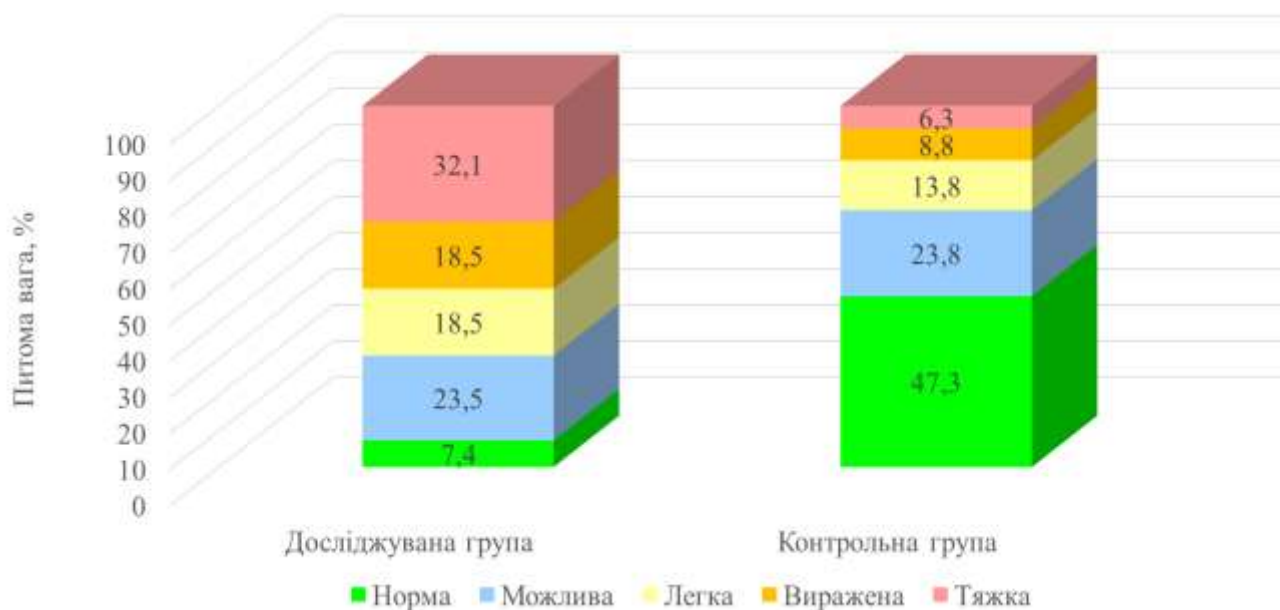


Рисунок 3.1 – Структура рівнів виразності тривожної симптоматики за шкалою тривоги Гамільтона (HAM-A) в осіб, що перебували в умовах вимушеної соціальної ізоляції та в контрольній групі

Загальні результати дослідження підтверджують, що умови вимушеної соціальної ізоляції мають негативний вплив на психоемоційний стан осіб, які вимушено перебувають на карантині, значно підвищуючи рівень тривоги. Зокрема, у досліджуваній групі виявлено вищий відсоток тяжких випадків тривоги у порівнянні з контрольною групою.

Протягом проведеного анкетування, що містило шкалу депресії Гамільтона (HAM-D), було оцінено рівень депресивної симптоматики у респондентів, що перебували в умовах вимушеної соціальної ізоляції під час пандемії COVID-19 та осіб контрольної групи.

Аналіз результатів дослідження показує значні відмінності у рівнях депресивної симптоматики між досліджуваною та контрольною групами. У досліджуваній групі нормальний рівень депресії спостерігався у 17 осіб (21,0 %), тоді як у контрольній групі цей показник становив 50 осіб (62,4 %) ($p < 0,01$); можливий рівень виявлено у 12 осіб (14,8 %) та 14 осіб (17,5 %) відповідно

($p > 0,05$); легкий рівень зафіксований у 6 осіб (7,4 %) та 7 осіб (8,8 %) відповідно ($p > 0,05$); виражений рівень депресії спостерігався у 20 осіб (24,7 %) та у 5 осіб (6,3 %) відповідно ($p < 0,01$); найбільший контраст спостерігається у тяжкому рівні депресії – у досліджуваній групі 26 осіб (32,1 %) мали тяжкий рівень депресії, тоді як у контрольній групі цей показник складав лише 4 осіб (5,0 %) – ця різниця також є статистично значущою ($p < 0,01$), підкреслюючи серйозний негативний вплив вимушеної соціальної ізоляції на психічний стан досліджуваних осіб (рис. 3.2).

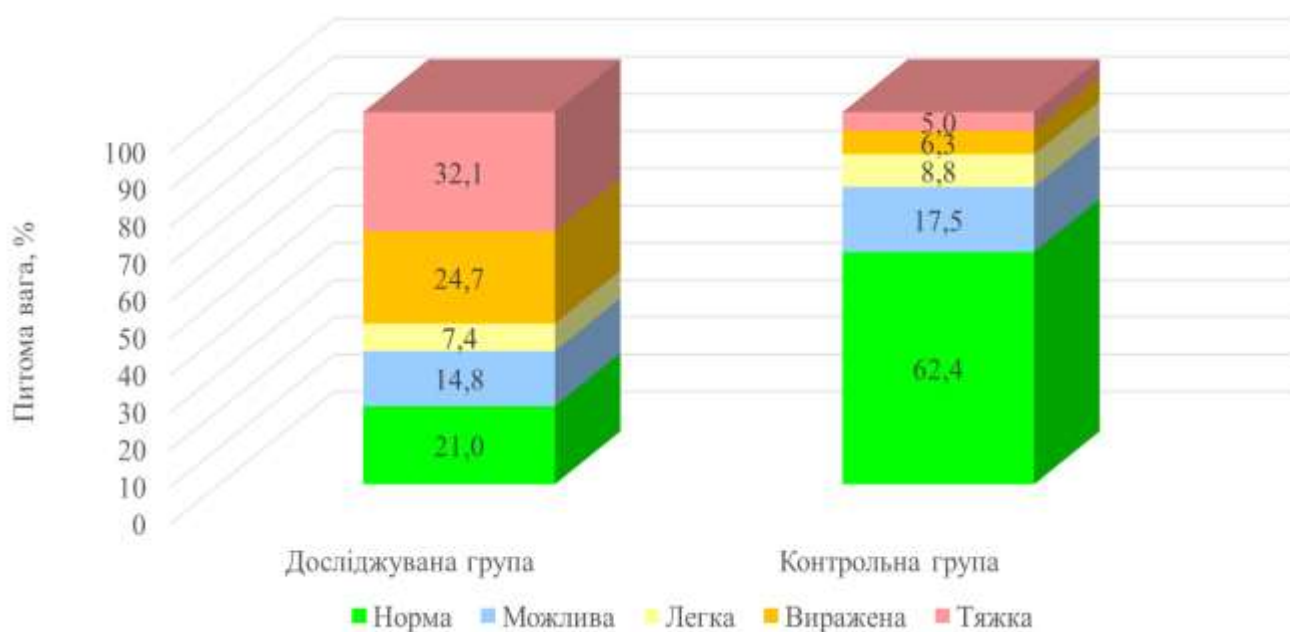


Рисунок 3.2 – Структура рівнів виразності депресивної симптоматики за шкалою депресії Гамільтона (HAM-D) в осіб, що перебували в умовах вимушеної соціальної ізоляції та в контрольній групі

Отримані результати вказують на те, що вимушена соціальна ізоляція значно підвищує рівень депресивної симптоматики у осіб, що перебувають в умовах вимушеної соціальної ізоляції. Зокрема, у досліджуваній групі виявлено вищий відсоток виражених і тяжких випадків депресії у порівнянні з контрольною групою.

Для оцінки рівня безсоння у досліджуваної та контрольної групи використовувався індекс вираження безсоння (Insomnia Severity Index – ISI).

Протягом нашого дослідження виявлено наступне: у досліджуваній групі порушення сну було відсутнє у 20 осіб (24,7 %), тоді як у контрольній групі цей показник становив 44 особи (55,0 %) ($p < 0,01$); субклінічне безсоння виявлене у 24 осіб (29,6 %) та 24 осіб (30,0 %) відповідно ($p > 0,05$); помірне спостерігалось у 24 осіб (29,6 %) та 9 осіб (11,3 %) відповідно ($p < 0,01$); важке зафіксовано у 13 осіб (16,1 %) з досліджуваної групи, тоді як у контрольній групі цей показник складав лише 3 особи (3,7 %) ($p < 0,01$) (рис. 3.3).

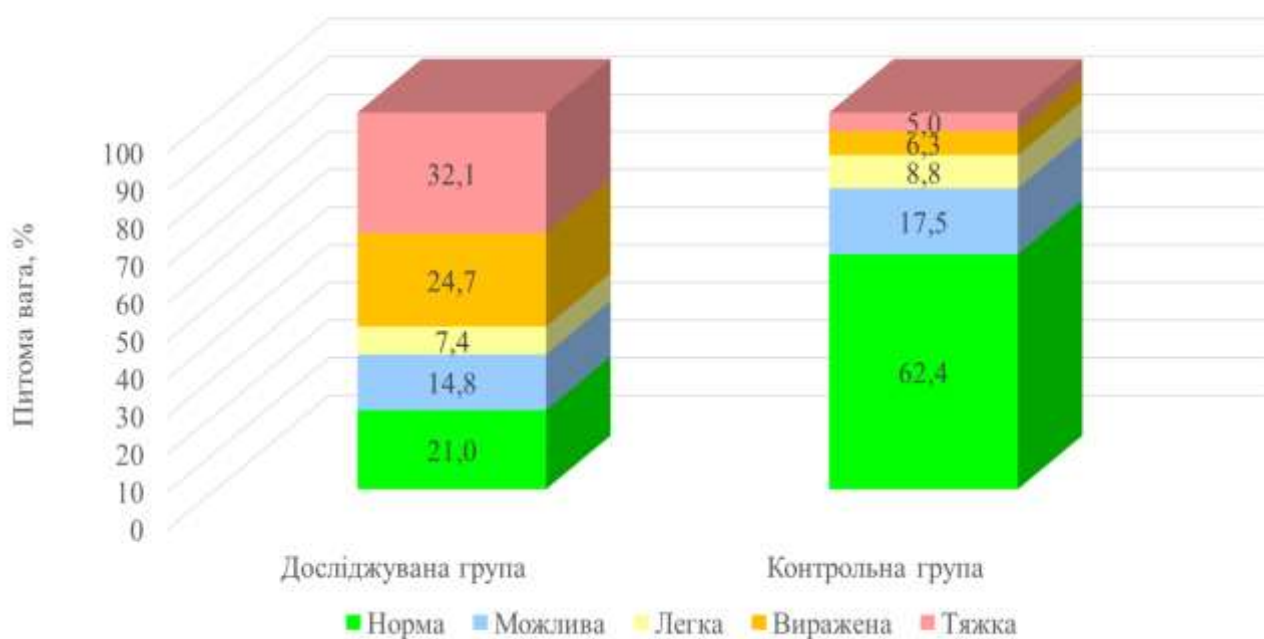


Рисунок 3.3 – Структура рівнів виразності безсоння за індексом вираження безсоння (ISI) в осіб, що перебували в умовах вимушеної соціальної ізоляції та в контрольній групі

Вищевказані результати дослідження показують, що умови вимушеної соціальної ізоляції значно підвищують рівень порушення сну серед осіб, що перебувають в умовах вимушеної соціальної ізоляції. Зокрема, у досліджуваній групі виявлено вищий відсоток випадків помірного та важкого безсоння у порівнянні з контрольною групою.

Протягом проведення дослідження було здійснено оцінку суїцидального ризику у досліджуваної та контрольної групи використовувалася шкала оцінки суїцидального ризику (ШОСР).

Статистичний аналіз результатів дослідження показує значні відмінності у рівнях суїцидального ризику між досліджуваною та контрольною групами: у досліджуваній групі низький рівень суїцидального ризику був виявлений у 67 осіб (82,7 %), тоді як у контрольній групі цей показник становив 80 осіб (100,0 %) ($p < 0,01$); середній рівень спостерігався у 14 осіб (17,3 %) з досліджуваної групи, тоді як у контрольній групі жоден з учасників не показав середнього рівня ризику ($p < 0,01$) (рис. 3.4).

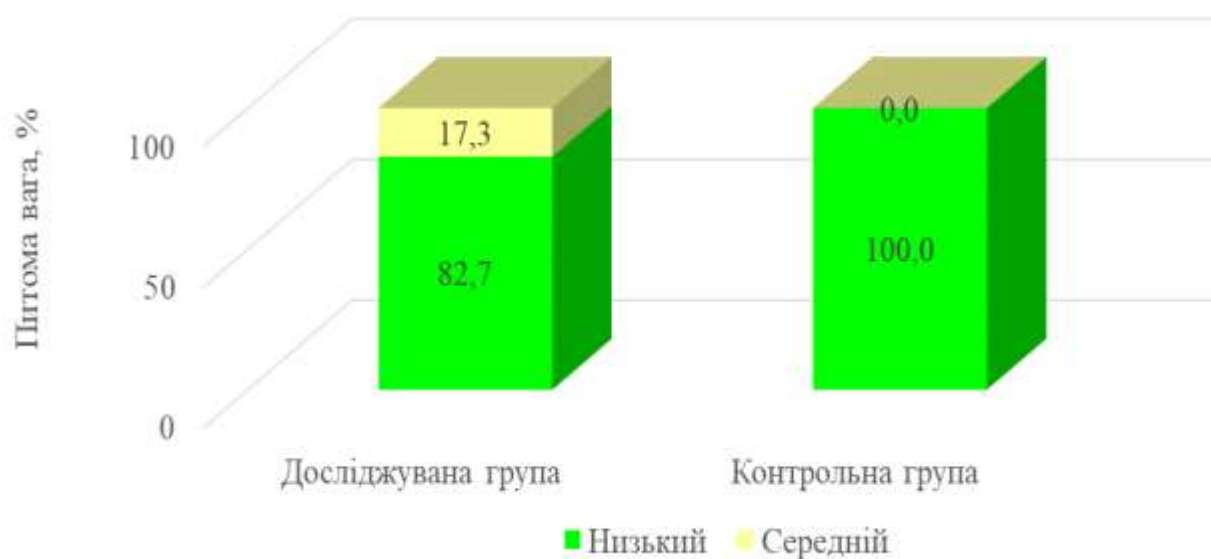


Рисунок 3.4 – Структура рівнів суїцидального ризику за шкалою оцінки суїцидального ризику (ШОСР) в осіб, що перебували в умовах вимушеної соціальної ізоляції та в контрольній групі

Отримані результати вказують на те, що умови вимушеної соціальної ізоляції значно підвищують рівень суїцидального ризику серед осіб, що перебувають в умовах карантину. У досліджуваній групі спостерігався вищий відсоток середнього рівня суїцидального ризику у порівнянні з контрольною групою.

Для оцінки рівня сприйняття стресу у людей, що перебувають в умовах вимушеного карантину, у досліджуваної та контрольної групи використовувалася Шкала сприйняття стресу (Perceived Stress Scale – PSS) (рис. 3.5).

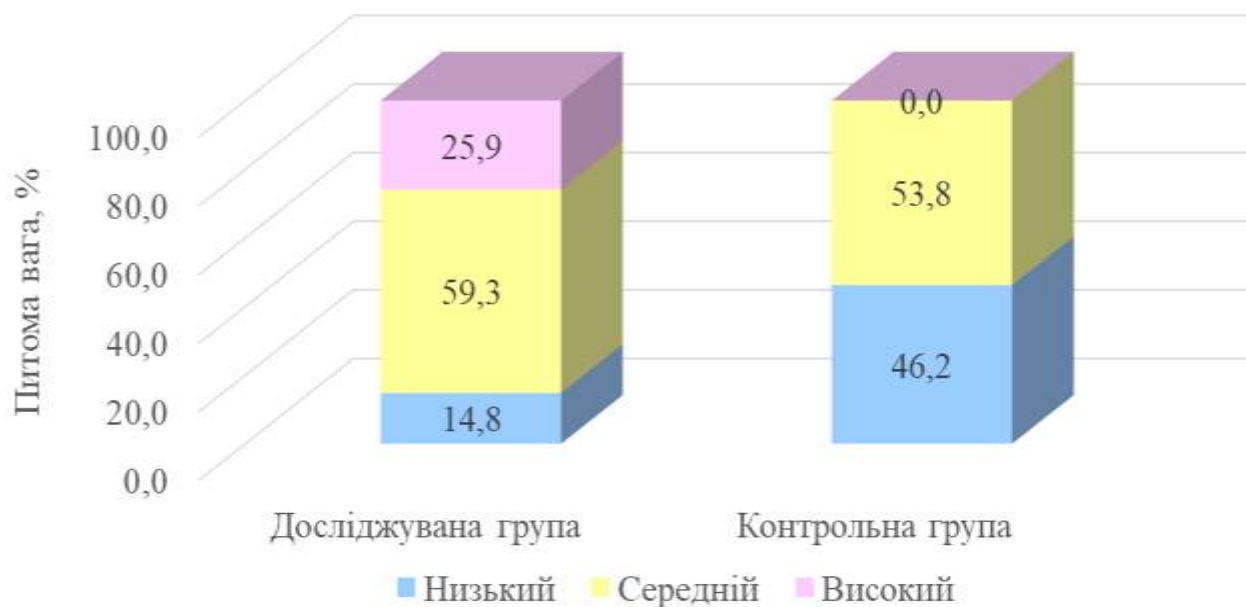


Рисунок 3.5 – Структура рівнів стресу за шкалою сприйняття стресу (PSS) в осіб, що перебували в умовах вимушеної соціальної ізоляції та в контрольній групі

Загальні результати дослідження за Шкалою сприйняття стресу показують, що умови вимушеної соціальної ізоляції значно підвищують рівень стресу серед осіб. Зокрема, у досліджуваній групі було виявлено більшу кількість випадків високого рівня сприйняття стресу порівняно з контрольною групою.

Що стосується кількісних показників, у таблиці 3.1 наведено порівняння між двома групами: досліджуваною групою, яка перебуває в умовах вимушеної соціальної ізоляції під час пандемії, та контрольною групою, яка продовжує жити у звичайному ритмі. Порівнюються рівні тривоги, депресії, індекс вираження безсоння, суїцидальний ризик і рівень суб'єктивного сприйняття стресу.

У досліджуваній групі переважав значно вищий середній рівень тривоги – $23,10 \pm 13,94$ (95 % СІ 20,02–26,18), з медіанним значенням 23,00 і міжквартильним діапазоном 12,00–33,00. У контрольній групі цей показник значно нижчий – $10,96 \pm 9,17$ (95 % СІ 8,48–13,45), з медіанним значенням 9,00 і міжквартильним діапазоном 3,50–17,00 ($p < 0,001$). Це вказує на те, що умови соціальної ізоляції суттєво підвищують рівень тривожності серед людей, що перебувають у цих умовах. Середній рівень депресії у досліджуваній групі також

вищий – $16,05 \pm 10,54$ (95 % CI 13,72–18,38), з медіанним значенням 16,00 і міжквартильним діапазоном 7,00–23,00. У контрольній групі цей показник складає $7,18 \pm 6,61$ (95 % CI 5,26–9,09), з медіанним значенням 5,00 і міжквартильним діапазоном 0–11,50 ($p < 0,001$). Така різниця вказує на глибокий вплив ізоляції на розвиток депресивних симптомів. У досліджуваній групі індекс виразності безсоння є вищим – $13,25 \pm 8,41$ (95 % CI 11,39–15,11), з медіанним значенням 14,00 і міжквартильним діапазоном 7,00–20,00. У контрольній групі цей показник значно нижчий – $7,39 \pm 6,66$ (95 % CI 5,91–8,87), з медіанним значенням 7,00 і міжквартильним діапазоном 1,00–11,00 ($p < 0,001$). Це свідчить про те, що умови ізоляції негативно впливають на сон, підвищуючи рівень безсоння (рис. 3.6, табл. 3.1).

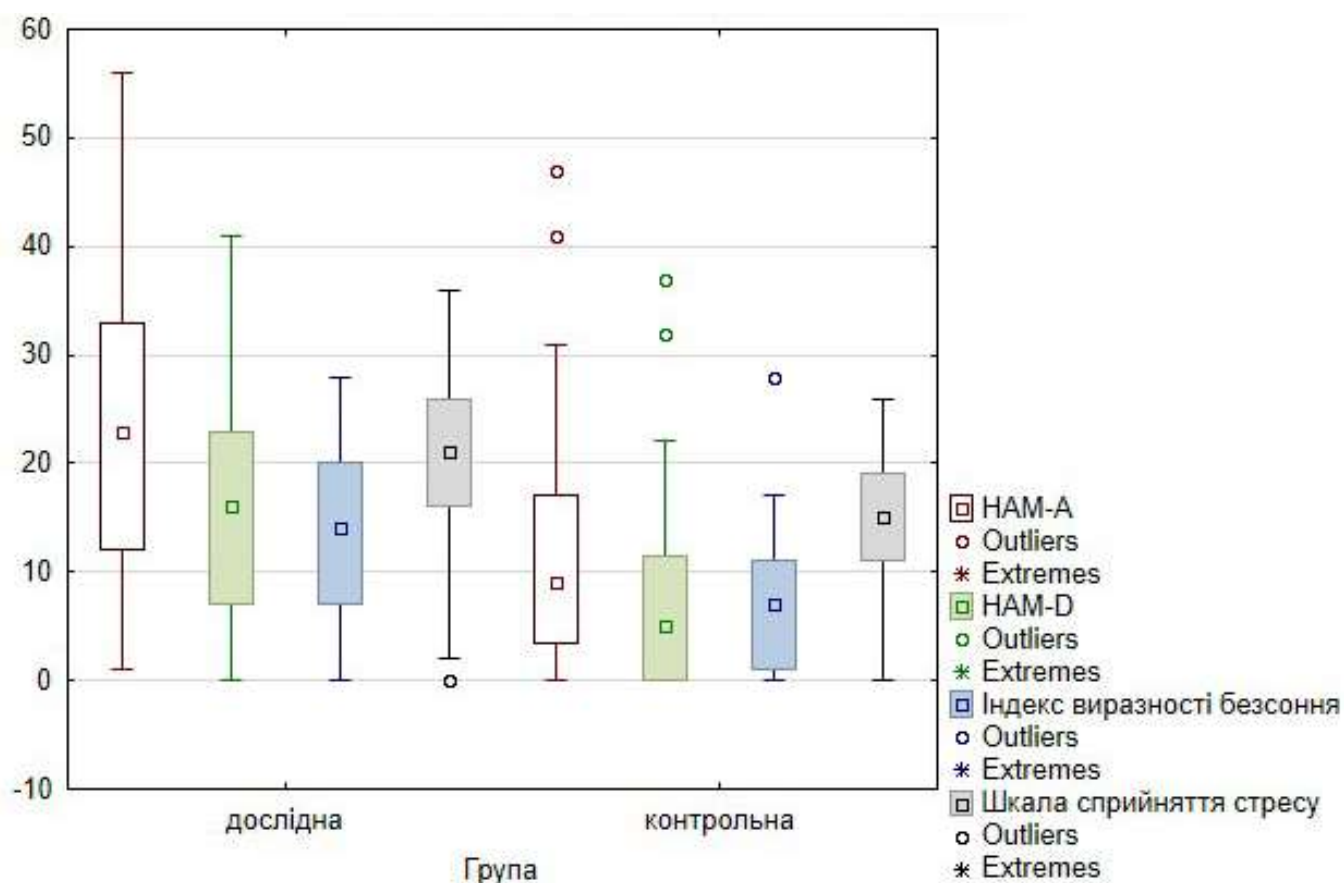


Рисунок 3.6 – Кількісні показники вираження психопатологічної симптоматики в осіб, що перебувають в умовах вимушеної соціальної ізоляції, відносно осіб контрольної групи

Таблиця 3.1 – Кількісні показники вираження психопатологічної симптоматики (за HAM-A, HAM-D, Індексом виразності безсоння, шкалою суїцидального ризику та шкалою сприйняття стресу) в осіб, що перебувають в умовах вимушеної соціальної ізоляції, відносно осіб контрольної групи

Показник	Значення показника, M ± m (CI ± 95 %) / Me / Q ₂₅ – Q ₇₅		p
	Досліджувана група, n=81	Контрольна група, n=80	
HAM-A	23,10 ± 13,94 (20,02–26,18) / / 23,00 [12,00–33,00]	10,96 ± 9,17 (8,48–13,45) / / 9,00 [3,50–17,00]	< 0,01
HAM-D	16,05 ± 10,54 (13,72–18,38) / / 16,00 [7,00–23,00]	7,18 ± 6,61 (5,26–9,09) / / 5,00 [0,00–11,50]	< 0,01
Індекс виразності безсоння	13,25 ± 8,41 (11,39–15,11) / / 14,00 [7,00–20,00]	7,39 ± 6,66 (5,91–8,87) / / 7,00 [1,00–11,00]	< 0,01
Шкала суїцидального ризик	0,78 ± 5,14 (-0,36–1,91) / - / 1,00 [-3,00–2,00]	-1,34 ± 2,82 (-1,96–-0,71) / / -1,50 [-3,00–0,00]	< 0,05
Шкала сприйняття стресу	20,80 ± 8,12 (19,01–22,60) / / 21,00 [16,00–26,00]	14,43 ± 5,95 (13,10–15,75) / / 15,00 [11,00–19,00]	< 0,01

Показник суїцидального ризику також демонструє значущу різницю між групами: у досліджуваній групі середній показник складає $0,78 \pm 0,514$, з медіанним значенням $-1,00$ і міжквартильним діапазоном $-3,00-2,00$. У контрольній групі цей показник є від'ємним – $-1,34 \pm 0,282$, з медіанним значенням $-1,50$ і міжквартильним діапазоном $-3,00-0$ ($p < 0,05$). Це свідчить про те, що соціальна ізоляція може збільшувати ризик суїцидальних думок. Рівень суб'єктивного сприйняття стресу також значно вищий у досліджуваній групі – $20,80 \pm 8,12$ (95 % CI 19,01–22,60), з медіанним значенням $21,00$ і міжквартильним діапазоном $16,00-26,00$. У контрольній групі цей показник складає $14,43 \pm 5,95$ (95 % CI 13,10–15,75), з медіанним значенням $15,00$ і міжквартильним діапазоном $11,00-19,00$ ($p < 0,001$). Ця різниця підкреслює значний вплив ізоляції на підвищення рівня стресу (див. рис. 3.6, табл. 3.1).

Соціальна ізоляція під час пандемії COVID-19 значно підвищує рівень тривоги, депресії, порушення сну, суїцидального ризику та стресу серед людей. Ці фактори вказують на критичну потребу в психологічній підтримці та інтервенціях для запобігання серйозним психічним розладам у тих, хто перебуває в ізоляції.

3.2 Прояви порушень когнітивного функціонування в осіб, що перебувають в умовах вимушеної соціальної ізоляції під час COVID-19

Дана глава присвячена дослідженню впливу вимушеної соціальної ізоляції на когнітивне функціонування осіб під час пандемії COVID-19. Розглядаються основні когнітивні порушення, такі як проблеми з концентрацією уваги, зниження пам'яті, труднощі з прийняттям рішень та інші зміни у когнітивних процесах, що можуть бути пов'язані з тривалою соціальною ізоляцією. Особлива увага приділена аналізу взаємозв'язку між психоемоційним станом та когнітивними порушеннями в умовах обмеженого соціального контакту.

Аналіз результатів за шкалою «Таблиці Шульте» виявив суттєві відмінності у когнітивних функціях між людьми, що перебували в умовах вимушеної соціальної ізоляції під час пандемії COVID-19 та контрольною групами.

У досліджуваній групі підвищений рівень когнітивних функцій був виявлений лише у 1 особи (1,2 %), тоді як у контрольній групі цей показник становив 2 особи (2,5 %) ($p > 0,05$); нормальний рівень у 22 осіб (27,2 %) та у 58 осіб (72,5 %) відповідно ($p < 0,01$); найбільший контраст спостерігається у зниженому рівні когнітивної функції: у досліджуваній групі 58 осіб (71,6 %) мали знижений рівень когнітивних функцій, тоді як у контрольній групі цей показник складав лише 20 осіб (25,0 %) ($p < 0,01$) (рис. 3.7).

Загальні результати дослідження за шкалою «Таблиці Шульте» показують, що умови вимушеної соціальної ізоляції значно погіршують увагу респондентів. Зокрема, у досліджуваній групі виявлено вищий відсоток зниженого рівня уваги у порівнянні з контрольною групою.

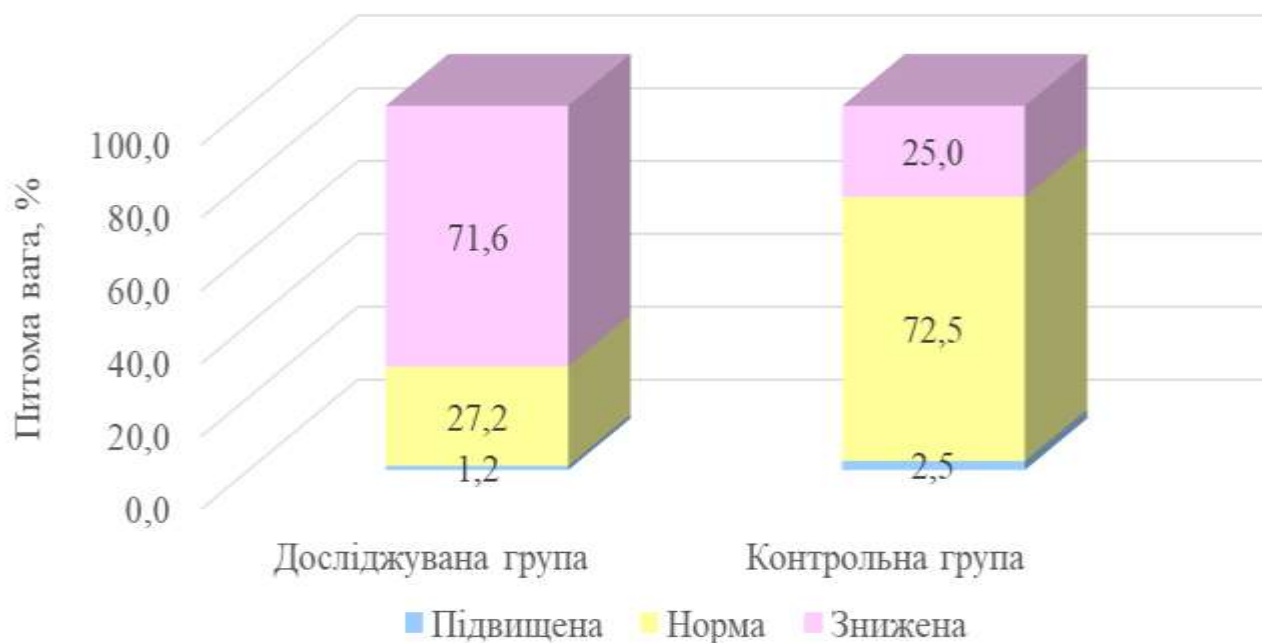


Рисунок 3.7 – Структура рівнів порушення уваги за шкалою «Таблиці Шульте» в осіб, що перебували в умовах вимушеної соціальної ізоляції та в контрольній групі

Другим тестом для оцінки уваги у досліджуваної та контрольної групи був «Тест Мюнстерберга». Аналіз результатів за тестом виявив суттєві відмінності у рівні уваги між досліджуваною та контрольною групами. Встановлено, що досліджуваній групі нормальний рівень уваги був виявлений лише у 6 осіб (7,4 %), тоді як у контрольній групі цей показник становив 23 особи (28,8 %) ($p < 0,01$); знижений рівень спостерігався у 75 осіб (92,6 %) та 57 осіб (71,2 %) відповідно ($p < 0,01$) (рис. 3.8).

Отримані результати за «Тестом Мюнстерберга» підтверджують, що умови вимушеної соціальної ізоляції мають негативний вплив на рівень уваги. У досліджуваній групі виявлено значно вищий відсоток зниженого рівня уваги порівняно з контрольною групою. Це свідчить про необхідність розробки та впровадження ефективних програм для підтримки та покращення когнітивних функцій у осіб, що перебувають в умовах вимушеної соціальної ізоляції.

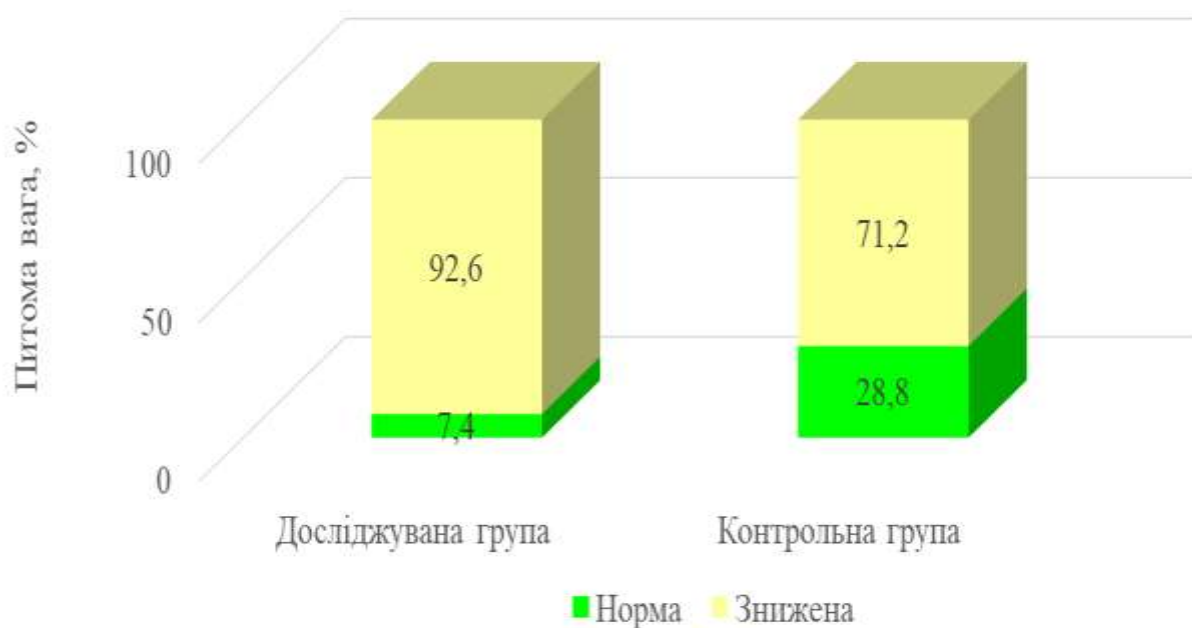


Рисунок 3.8 – Структура рівнів порушення уваги за «Тестом Мюнстерберга» в осіб, що перебували в умовах вимушеної соціальної ізоляції та в контрольній групі

Аналіз результатів за «Тестом Джекобсона» виявив наступні закономірності: у досліджуваній групі високий рівень пам'яті був виявлений лише у 5 осіб (6,2 %), тоді як у контрольній групі цей показник становив 26 осіб (32,5 %) ($p < 0,01$); середній рівень спостерігався у 22 осіб (27,2 %) та у 41 осіб (51,3 %) відповідно ($p < 0,01$); найбільша різниця виявлена у низькому рівні пам'яті: у досліджуваній групі 33 осіб (40,7 %) мали низький рівень пам'яті, тоді як у контрольній групі цей показник складав лише 9 осіб (11,3 %) ($p < 0,01$); дуже низький рівень був зафіксований у 21 осіб (25,9 %) та 4 осіб (4,9 %) відповідно ($p < 0,01$) (рис. 3.9).

Отримані результати за «Тестом Джекобсона» підтверджують, що умови вимушеної соціальної ізоляції мають негативний вплив на рівень пам'яті. У досліджуваній групі виявлено значно вищий відсоток випадків низького та дуже низького рівня пам'яті у порівнянні з контрольною групою.

Було проведено порівняння кількісних показників тестів на когнітивні функції між досліджуваною групою та контрольною групою. Використовуються

такі методи оцінки: «Таблиці Шульте», «Тест Мюнстерберга» та «Пам'ять за Джекобсоном».

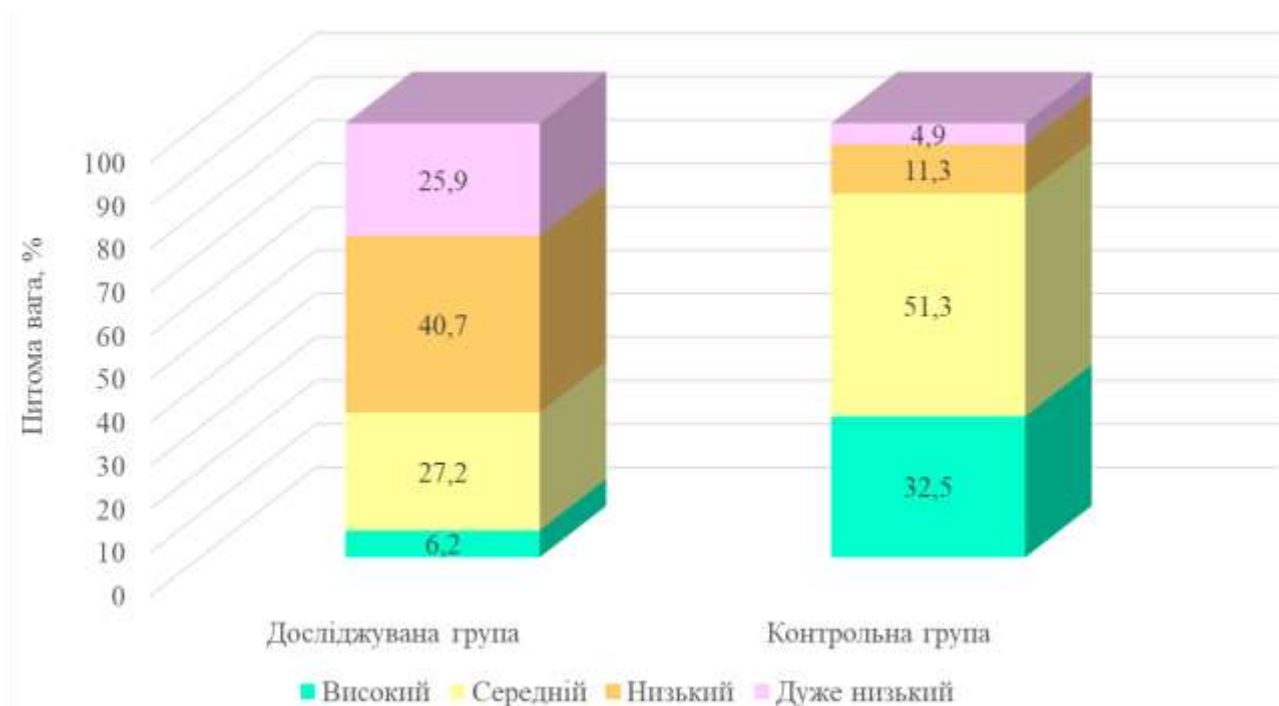


Рисунок 3.9 – Структура рівнів порушення пам'яті за «Тестом Джекобсона» в осіб, що перебували в умовах вимушеної соціальної ізоляції та в контрольній групі

У досліджуваній групі середній час виконання завдань за «Таблицями Шульте» склав $38,51 \pm 12,71$ (95 % СІ 35,70–41,32), з медіанним значенням 39,00 і міжквартильним діапазоном 28,00–51,00. У контрольній групі середній час виконання завдань був подібним – $37,46 \pm 7,53$ (95 % СІ 35,78–39,13), з медіанним значенням 40,00 і міжквартильним діапазоном 32,00–42,00 ($p > 0,05$). Це свідчить про те, що соціальна ізоляція не впливає на швидкість виконання завдань, що потребують уваги та швидкості реагування. Результати «Тесту Мюнстерберга», що оцінює концентрацію уваги та здатність швидко приймати рішення, показали значні відмінності між групами. Досліджувана група мала середній показник $12,52 \pm 5,83$ (95 % СІ 11,23–13,81), з медіанним значенням 12,00 і міжквартильним діапазоном 9,00–16,00. У контрольній групі результати були вищими – $14,76 \pm 4,99$ (95 % СІ 13,65–15,87), з медіанним значенням 15,00 і міжквартильним

діапазоном 12,00–18,00 ($p < 0,001$). Це вказує на негативний вплив ізоляції на здатність до концентрації уваги (рис. 3.10, таб. 3.2).

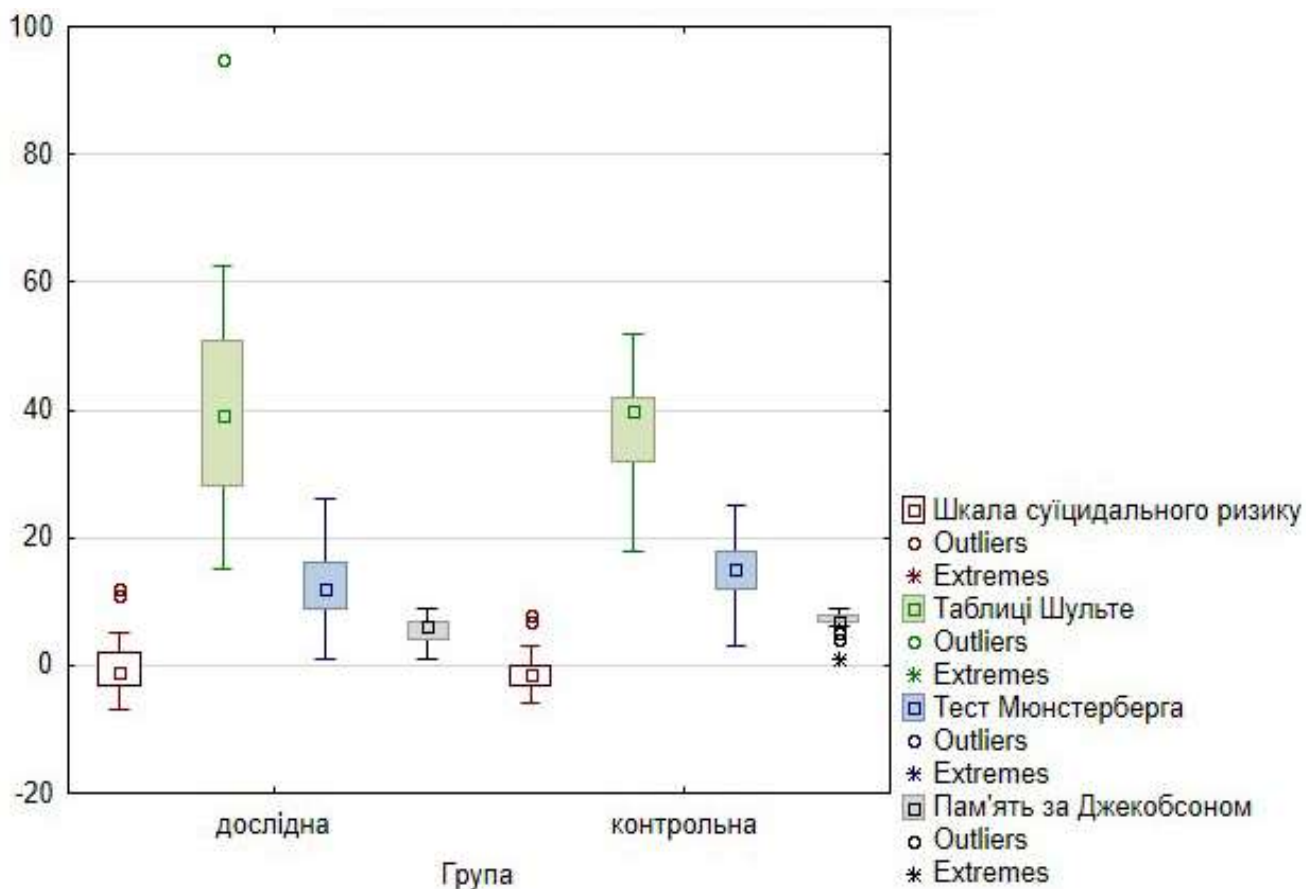


Рисунок 3.10 – Кількісні показники вираження когнітивних порушень в осіб, що перебувають в умовах вимушеної соціальної ізоляції, відносно осіб контрольної групи

«Тест на пам'ять за Джекобсоном» виявив суттєві відмінності між групами. У досліджуваній групі середній показник пам'яті становив $5,54 \pm 1,75$ (95 % CI 5,16–5,93), з медіанним значенням 6,00 і міжквартильним діапазоном 4,00–7,00. У контрольній групі середній показник був значно вищим – $7,00 \pm 1,59$ (95 % CI 6,65–7,35), з медіанним значенням 7,00 і міжквартильним діапазоном 7,00–8,00 ($p < 0,001$). Це свідчить про те, що соціальна ізоляція негативно впливає на пам'ять, знижуючи здатність до запам'ятовування (рис. 3.10, таб. 3.2).

Соціальна ізоляція значно впливає на когнітивні функції, зокрема на концентрацію уваги та пам'ять, що підкреслює необхідність розробки спеціальних

програм підтримки для таких осіб. Результати свідчать про те, що навіть у відсутності ізоляції когнітивні функції можуть залишатися стабільними, проте соціальна ізоляція суттєво знижує ці показники.

Таблиця 3.2 – Кількісні показники вираження когнітивних порушень (за «Таблицями Шульте», «Тестом Мюнстерберга» та тестом дослідження «Пам'яті за Джекобсоном») в осіб, що перебувають в умовах вимушеної соціальної ізоляції, відносно осіб контрольної групи

Показник	Значення показника, M ± m (CI ± 95 %) / Me / Q ₂₅ – Q ₇₅		p
	Досліджувана група, n=81	Контрольна група, n=80	
Таблиці Шульте	38,51 ± 12,71 (35,70–41,32) / 39,00 [28,00–51,00]	37,46 ± 7,53 (35,78–39,13) / 40,00 [32,00–42,00]	> 0,05
Тест Мюнстерберга	12,52 ± 5,83 (11,23–13,81) / 12,00 [9,00–16,00]	14,76 ± 4,99 (13,65–15,87) / 15,00 [12,00–18,00]	< 0,01
Пам'ять за Джекобсоном	5,54 ± 1,75 (5,16–5,93) / 6,00 [4,00–7,00]	7,00 ± 1,59 (6,65–7,35) / 7,00 [7,00–8,00]	< 0,01

Загальні результати дослідження чітко демонструють серйозний негативний вплив соціальної ізоляції під час пандемії COVID-19 на психічне та когнітивне здоров'я людей. Порівняння між досліджуваною групою, яка перебуває в умовах ізоляції, та контрольної групи, що живе у звичайному ритмі, вказує на значне підвищення рівня тривоги, депресії, порушення сну, суїцидального ризику та стресу серед осіб, що перебувають в ізоляції. Ці показники свідчать про те, що ізоляція діє як додатковий стресовий фактор, що значно погіршує психічне здоров'я та підвищує ризик розвитку серйозних психопатологічних симптомів. Когнітивні порушення також були більш виражені серед осіб, що перебувають в умовах ізоляції. Зокрема, було виявлено зниження здатності до концентрації уваги та погіршення пам'яті. Ці результати підкреслюють необхідність розробки та впровадження спеціальних програм для підтримки когнітивних функцій у людей, що перебувають в ізоляції.

3.3 Особливості прояву психопатологічної симптоматики в осіб, що перенесли COVID-19

У цьому підрозділі розглядаються особливості психопатологічної симптоматики у осіб, які перенесли COVID-19. Аналізується розвиток психічних розладів після перенесеної хвороби, включаючи постковідний синдром. Особлива увага приділена порівнянню психопатологічної симптоматики у осіб, що перенесли COVID-19 з тими, хто не був інфікований, з урахуванням факту перебування ними в умовах вимушеної соціальної ізоляції під час пандемії.

Пацієнти досліджуваної та контрольної групи були розділені на підгрупи: ті, хто має в анамнезі факт перенесеної коронавірусної інфекції і ті, хто не хворів. Наявність перенесеного COVID-19 підтверджено імуноферментним тестом або полімеразно-ланцюговою реакцією та опубліковано у відповідній медичній документації.

3.3.1 Оцінка рівня тривоги, депресії та порушення сну в досліджуваній групі

В результаті проведеного анкетування за шкалою тривоги Гамільтона (HAM-A) серед осіб, що перенесли COVID-19, були отримані такі результати: нормальний рівень тривоги спостерігався у 1 особи (1,8 %), тоді як серед тих, хто не хворів, цей показник становив 5 осіб (20 %) ($p < 0,01$). Можливий рівень тривоги виявлений у 4 осіб (7,1 %) серед хворих на COVID-19 та у 15 осіб (60 %) серед тих, хто не хворів ($p < 0,01$). Легкий рівень тривоги діагностовано у 10 осіб (17,9 %), тоді як у групі, що не хворіла, цей показник становив 5 осіб (20 %) ($p > 0,05$). Виражений рівень тривоги спостерігався у 15 осіб (26,8 %), тоді як серед тих, хто не хворів, цей рівень не виявлено ($p < 0,01$). Тяжкий рівень тривоги виявлено у 26 осіб (46,4 %), тоді як серед не хворих він також не виявлений ($p < 0,01$) (рис. 3.11).

Отримані результати свідчать про те, що у досліджуваній групі, яка перенесла COVID-19, рівень тривоги значно вищий у порівнянні з тими, хто не

хворів. Найбільші відмінності спостерігаються у категоріях вираженої та тяжкої тривоги, що підкреслює серйозний негативний вплив перенесеного захворювання на психоемоційний стан.

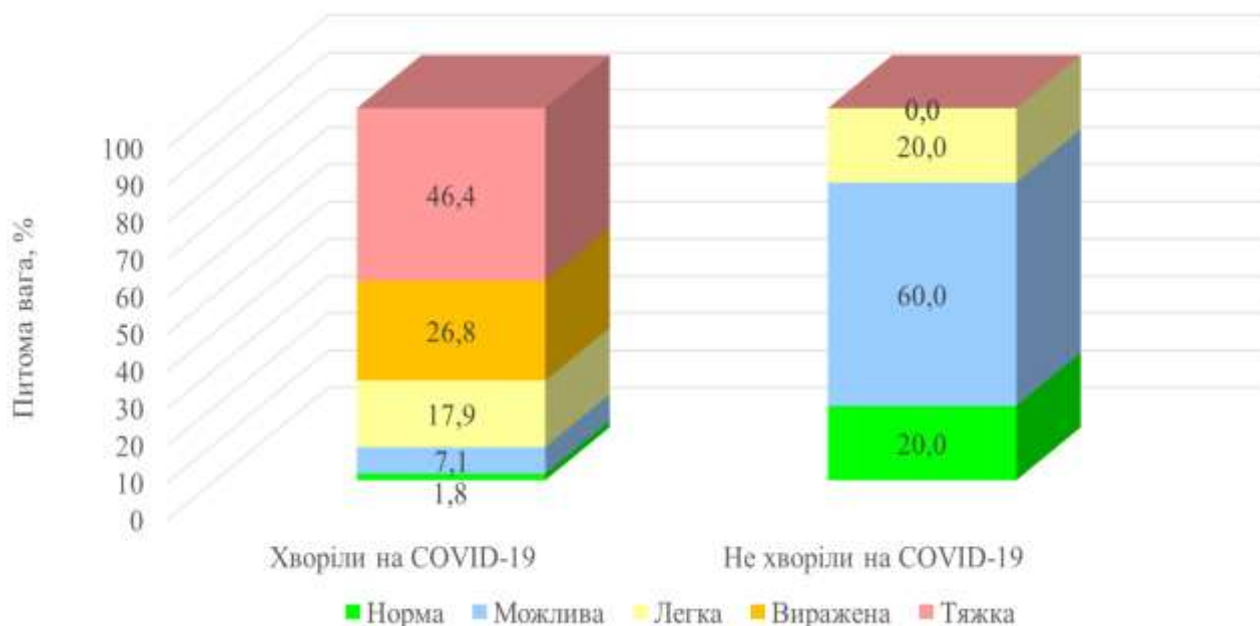


Рисунок 3.11 – Структура рівнів виразності тривожної симптоматики за шкалою тривоги Гамільтона (HAM-A) в осіб досліджуваної групи, що перенесли COVID-19

Результати анкетування за шкалою депресії Гамільтона (HAM-D) серед осіб, що перенесли COVID-19, показали наступні дані: нормальний рівень депресії виявлено у 3 осіб (5,4 %), тоді як у групі, що не хворіла, цей показник становив 14 осіб (56 %) ($p < 0,01$). Можливий рівень депресії зафіксовано у 7 осіб (12,5 %) серед хворих на COVID-19 та у 5 осіб (20 %) серед не хворих ($p > 0,05$). Легкий рівень депресії спостерігався у 4 осіб (7,1 %) серед хворих на COVID-19, тоді як у групі, що не хворіла, цей показник становив 2 осіб (8 %) ($p > 0,05$). Виражений рівень депресії діагностовано у 17 осіб (30,4 %) серед хворих на COVID-19 та у 3 осіб (12 %) серед не хворих ($p > 0,05$). Тяжкий рівень депресії виявлено у 25 осіб (44,6 %) серед тих, хто переніс COVID-19, тоді як серед тих, хто не хворів, цей показник складав лише 1 особу (4 %) ($p < 0,01$) (рис. 3.12).

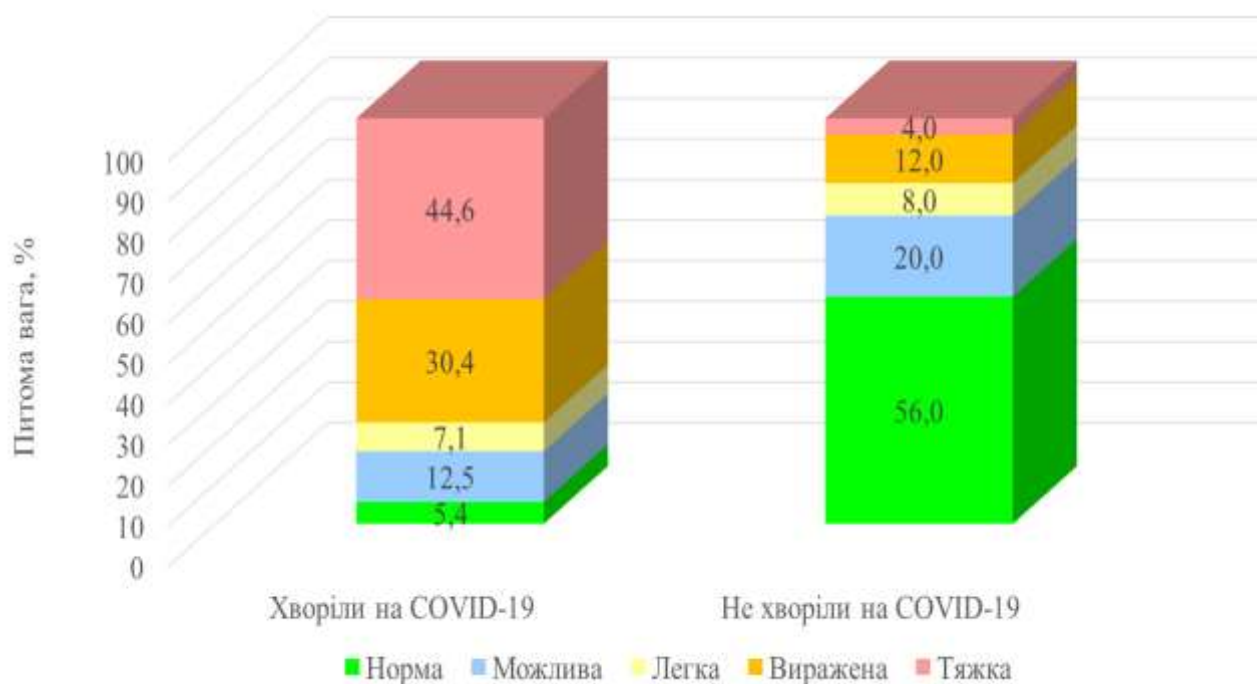


Рисунок 3.12 – Структура рівнів виразності депресивної симптоматики за шкалою тривоги Гамільтона (HAM-D) в осіб досліджуваної групи, що перенесли COVID-19

Встановлено, що перенесений COVID-19 значно підвищує рівень депресії у порівнянні з тими, хто не хворів. Зокрема, серед тих, хто переніс COVID-19, спостерігається значно більший відсоток вираженої та тяжкої депресії, що свідчить про серйозний вплив хвороби на психічне здоров'я.

Рівень безсоння серед осіб, що перенесли COVID-19, за індексом вираження безсоння (Insomnia Severity Index – ISI) показав такі результати: відсутнє безсоння виявлено у 9 осіб (16,1 %) серед тих, хто хворів на COVID-19, проти 11 осіб (44 %) серед не хворих ($p < 0,01$). Субклінічне безсоння зафіксовано у 16 осіб (28,6 %) серед хворих на COVID-19 та у 8 осіб (32 %) серед не хворих ($p > 0,05$). Помірне безсоння діагностовано у 19 осіб (33,9 %) серед тих, хто хворів на COVID-19, порівняно з 5 особами (20 %) серед тих, хто не хворів ($p > 0,05$). Важке безсоння виявлено у 12 осіб (21,4 %) серед хворих на COVID-19, тоді як серед тих, хто не хворів, цей показник складав лише 1 особу (4 %) ($p < 0,05$) (рис. 3.13).

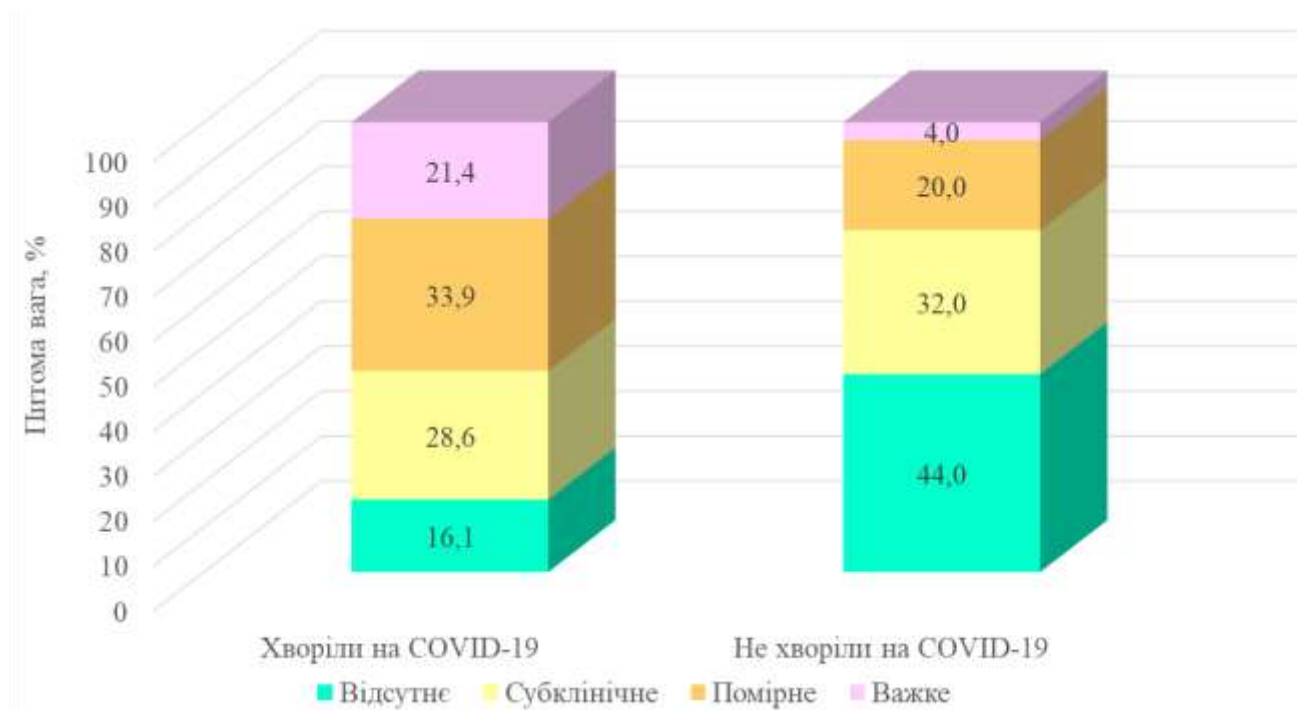


Рисунок 3.13 – Структура рівнів виразності безсоння за індексом вираження безсоння (ISI) в осіб досліджуваної групи, що перенесли COVID-19

Результати свідчать про те, що перенесений COVID-19 значно підвищує рівень безсоння. У групі, що перенесла COVID-19, спостерігається більший відсоток випадків помірного та важкого безсоння у порівнянні з тими, хто не хворів.

Кількісні результати свідчать про те, що у людей, які перенесли COVID-19, рівень тривоги за шкалою HAM-A значно вищий – $29,38 \pm 11,96$ (95 % CI 26,17–32,58), з медіанним значенням 28,00 і міжквартильним діапазоном 20,00–37,00. У тих, хто не хворів на COVID-19, цей показник значно нижчий – $9,04 \pm 4,69$ (95 % CI 7,10–10,98), з медіанним значенням 9,00 і міжквартильним діапазоном 7,00–12,00. Рівень тривоги значно різниться між групами ($p < 0,001$), що вказує на глибокий вплив COVID-19 на психічний стан людей в умовах ізоляції.

Аналогічні результати спостерігаються при аналізі рівня депресії за шкалою HAM-D: серед тих, хто хворів на COVID-19, середній показник депресії становив $19,86 \pm 9,51$ (95 % CI 17,31–22,40), з медіанним значенням 20,00 і міжквартильним діапазоном 13,00–25,50. У групі, яка не хворіла, цей показник був значно нижчим – $7,52 \pm 7,34$ (95 % CI 4,49–10,55), з медіанним значенням 5,00 і міжквартильним

діапазоном 2,00–12,00 ($p < 0,001$). Це свідчить про суттєвий вплив захворювання на розвиток депресивних симптомів у контексті соціальної ізоляції.

Що стосується безсоння, то індекс його виразності також значно вищий серед тих, хто хворів на COVID-19 – $15,52 \pm 7,91$ (95 % CI 13,40–17,64), з медіанним значенням 16,00 і міжквартильним діапазоном 10,50–21,00. У групі, яка не хворіла, цей показник був удвічі меншим – $8,16 \pm 7,31$ (95 % CI 5,14–11,18), з медіанним значенням 8,00 і міжквартильним діапазоном 1,00–13,00 ($p < 0,001$) (рис. 3.14, табл. 3.3).

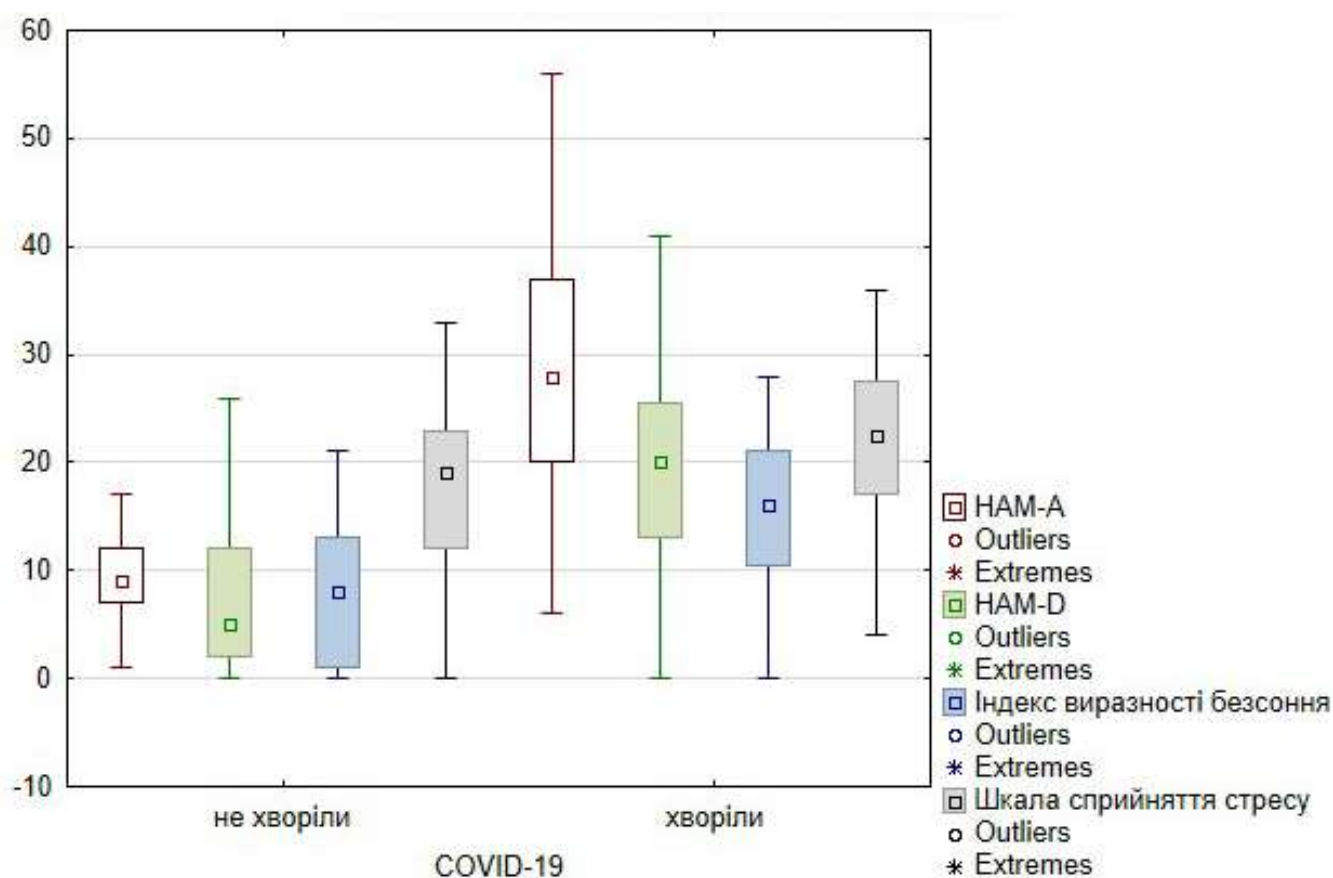


Рисунок 3.14 – Кількісні показники вираження депресії (за шкалою HAM-A), тривоги (HAM-D) та безсоння (Індекс вираження безсоння) серед осіб досліджуваної групи, в залежності від факту перенесеного COVID-19

Отже, перенесений COVID-19 значно підвищує рівень тривоги, депресії та безсоння серед людей, які перебувають в умовах вимушеної соціальної ізоляції. Це вказує на необхідність надання додаткової психологічної підтримки цим

особам, а також на важливість проведення індивідуальної реабілітації для відновлення психічного здоров'я після хвороби.

Таблиця 3.3 – Кількісні показники вираження депресії (за шкалою HAM-A), тривоги (HAM-D) та безсоння (Індекс вираження безсоння) серед осіб досліджуваної групи, в залежності від факту перенесеного COVID-19

Показник	Значення показника, M ± m (CI ± 95 %) / Me / Q ₂₅ – Q ₇₅		p
	Хворіли на COVID-19, n=56	Не хворіли на COVID-19, n=25	
HAM-A	29,38 ± 11,96 (26,17–32,58) / 28,00 [20,00–37,00]	9,04 ± 4,69 (7,10–10,98) / 9,00 [7,00–12,00]	< 0,01
HAM-D	19,86 ± 9,51 (17,31–22,40) / 20,00 [13,00–25,50]	7,52 ± 7,34 (4,49–10,55) / 5,00 [2,00–12,00]	< 0,01
Індекс виразності безсоння	15,52 ± 7,91 (13,40–17,64) / 16,00 [10,50–21,00]	8,16 ± 7,31 (5,14–11,18) / 8,00 [1,00–13,00]	< 0,01

3.3.2 Оцінка рівня тривоги, депресії та порушення сну в контрольній групі

Серед осіб контрольної групи, які не хворіли на COVID-19, рівень тривоги за шкалою Гамільтона (HAM-A) отримано такі результати: нормальний рівень тривоги спостерігався у 5 осіб (12,5 %) серед хворих на COVID-19, тоді як у групі, що не хворіла, цей показник становив 33 осіб (82,5 %) ($p < 0,01$). Можливий рівень тривоги виявлено у 15 осіб (37,5 %) серед хворих на COVID-19 та у 4 осіб (10 %) серед тих, хто не хворів ($p < 0,01$). Легкий рівень тривоги діагностовано у 10 осіб (25 %) серед хворих на COVID-19 та у 1 особи (2,5 %) серед тих, хто не хворів ($p < 0,01$). Виражений рівень тривоги спостерігався у 5 осіб (12,5 %) серед хворих на COVID-19 та у 2 осіб (5 %) серед тих, хто не хворів ($p > 0,05$). Тяжкий рівень тривоги виявлено у 5 осіб (12,5 %) серед хворих на COVID-19, тоді як серед тих, хто не хворів, тяжкої тривоги не було ($p < 0,05$) (рис. 3.15).

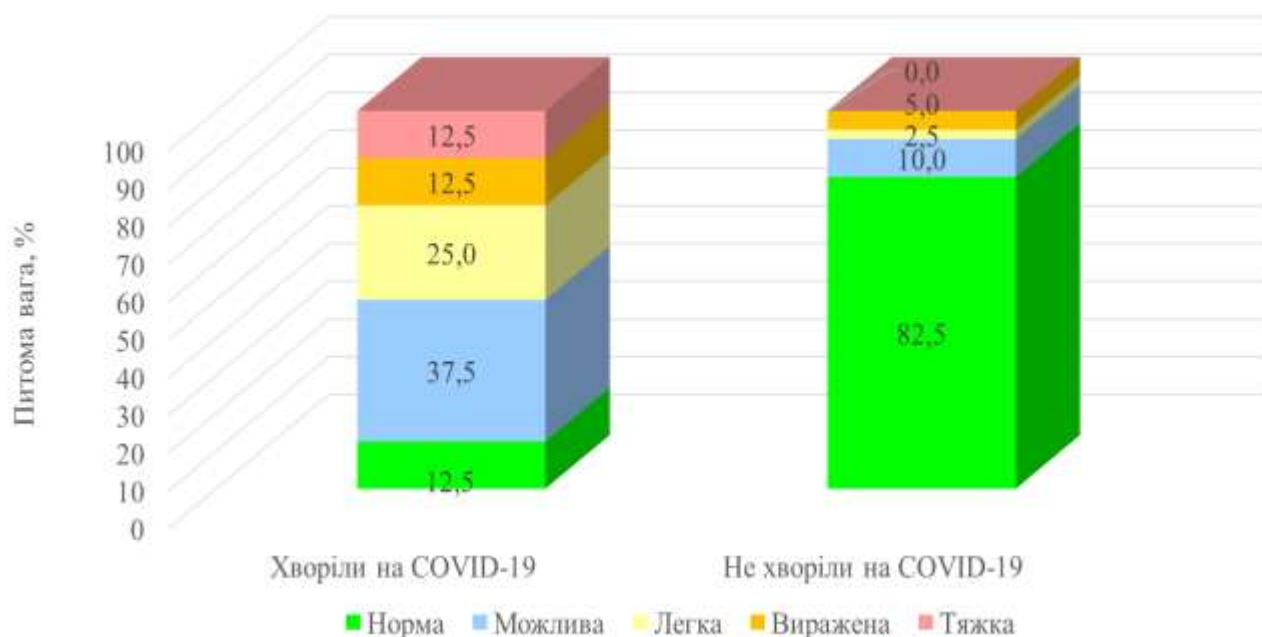


Рисунок 3.15 – Структура рівнів виразності тривожної симптоматики за шкалою тривоги Гамільтона (HAM-A) в осіб контрольної групи, що перенесли COVID-19

У контрольній групі, де особи не перебували в умовах соціальної ізоляції, рівень тривоги значно нижчий у порівнянні з досліджуваною групою. Найбільші відмінності спостерігаються у категоріях нормального та можливого рівня тривоги.

За результатами анкетування за шкалою депресії Гамільтона (HAM-D) серед осіб контрольної групи, що не хворіли на COVID-19, встановлено наступне: нормальний рівень депресії діагностовано у 22 осіб (55 %) серед хворих на COVID-19, тоді як у групі, що не хворіла, цей показник становив 28 осіб (70 %) ($p > 0,05$). Можливий рівень депресії зафіксовано у 9 осіб (22,5 %) серед хворих на COVID-19 та у 5 осіб (12,5 %) серед не хворих ($p > 0,05$). Легкий рівень депресії спостерігався у 3 осіб (7,5 %) серед хворих на COVID-19, тоді як у групі, що не хворіла, цей показник становив 4 осіб (10 %) ($p > 0,05$). Виражений рівень депресії діагностовано у 2 осіб (5 %) серед хворих на COVID-19 та у 3 осіб (7,5 %) серед не хворих ($p > 0,05$). Тяжкий рівень депресії виявлено у 4 осіб (10 %) серед тих, хто переніс COVID-19, тоді як серед тих, хто не хворів, цей показник складав лише 1 особу (4 %) ($p < 0,05$) (рис. 3.16).

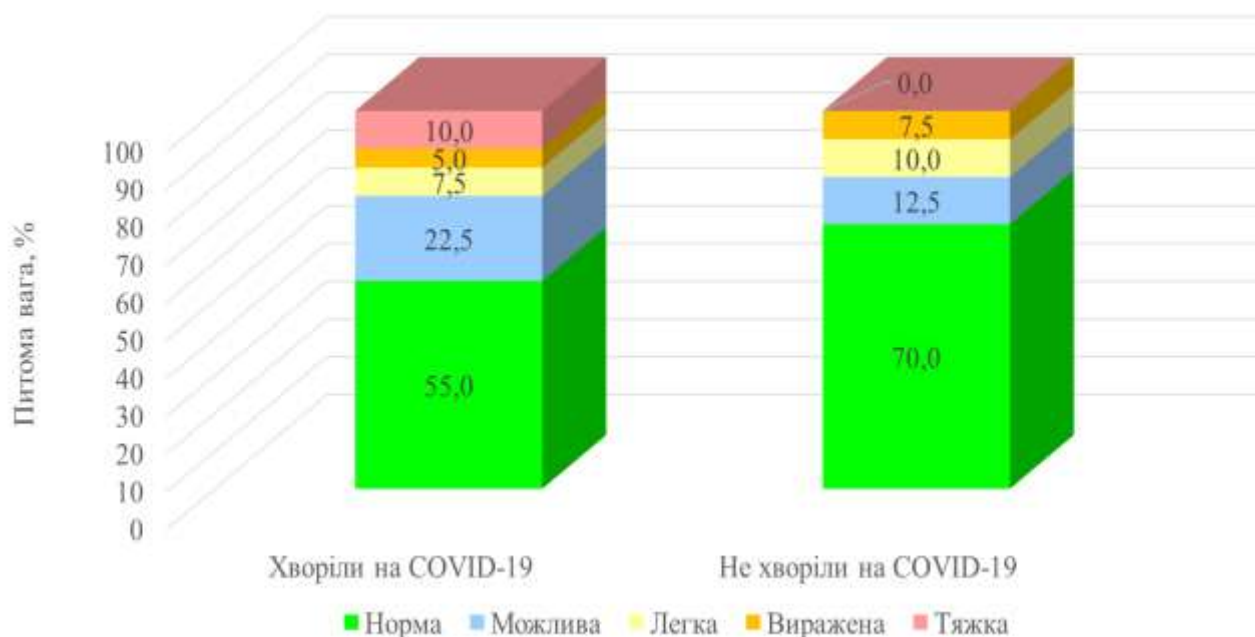


Рисунок 3.16 – Структура рівнів виразності депресивної симптоматики за шкалою депресії Гамільтона (HAM-D) в осіб контрольної групи, що перенесли COVID-19

Результати показують, що рівень депресії у контрольній групі значно нижчий у порівнянні з досліджуваною групою. Найбільші відмінності спостерігаються у категоріях нормального та можливого рівня депресії.

За оцінкою рівня безсоння серед осіб контрольної групи за індексом вираження безсоння (Insomnia Severity Index – ISI) встановлено такі результати: відсутнє безсоння виявлено у 16 осіб (40 %) серед тих, хто хворів на COVID-19, проти 28 осіб (70 %) серед не хворих ($p < 0,01$). Субклінічне безсоння зафіксовано у 16 осіб (40 %) серед хворих на COVID-19 та у 8 осіб (20 %) серед не хворих ($p < 0,05$). Помірне безсоння діагностовано у 5 осіб (12,5 %) серед тих, хто хворів на COVID-19, порівняно з 4 особами (10 %) серед тих, хто не хворів ($p > 0,05$). Важке безсоння виявлено у 3 осіб (7,5 %) серед хворих на COVID-19, тоді як серед тих, хто не хворів, цей показник складав лише 1 особу (4 %) ($p < 0,05$) (рис. 3.17).

У контрольній групі виявлено значно нижчий рівень безсоння у порівнянні з досліджуваною групою. Найбільші відмінності спостерігаються у категоріях відсутнього та субклінічного безсоння.

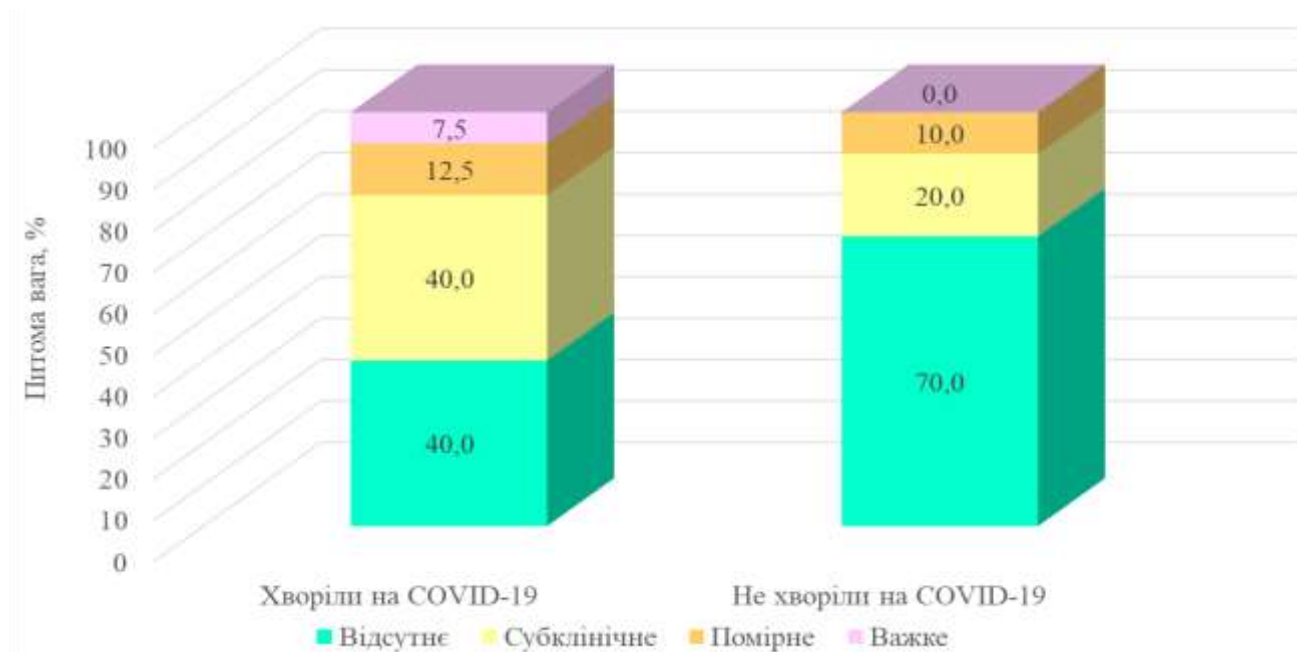


Рисунок 3.17 – Структура рівнів виразності безсоння за індексом вираження безсоння (ISI) в осіб контрольної групи, що перенесли COVID-19

У контрольній групі, де люди продовжують жити у звичайному ритмі, також було проведено порівняння рівня тривоги, депресії та безсоння між тими, хто переніс COVID-19, і тими, хто не хворів. Серед тих, хто хворів, середній рівень тривоги за шкалою HAM-A становив $17,20 \pm 11,74$ (95 % CI 13,44–20,96), з медіанним значенням 14,00 і міжквартильним діапазоном 9,50–20,00. Для тих, хто не хворів на COVID-19, цей показник значно нижчий – $4,73 \pm 5,91$ (95 % CI 2,84–6,61), з медіанним значенням 4,00 і міжквартильним діапазоном 0,50–5,50 ($p < 0,001$).

Рівень депресії за шкалою HAM-D також значно відрізнявся між групами: серед тих, хто хворів, середній показник становив $9,60 \pm 9,86$ (95 % CI 6,45–12,75), з медіанним значенням 6,50 і міжквартильним діапазоном 3,00–15,00. У тих, хто не хворів, показник депресії був значно нижчим – $4,75 \pm 6,39$ (95 % CI 2,71–6,79), з медіанним значенням 1,50 і міжквартильним діапазоном 0–7,50 ($p < 0,001$) (рис. 3.18, табл. 3.4).

Індекс виразності безсоння серед тих, хто хворів на COVID-19, також був вищим – $9,68 \pm 6,63$ (95 % CI 7,55–11,80), з медіанним значенням 9,00 і міжквартильним діапазоном 5,00–11,50. У тих, хто не хворів, індекс безсоння був

удвічі нижчим – $5,10 \pm 5,92$ (95 % CI 3,21–6,99), з медіанним значенням 2,50 і міжквартильним діапазоном 0–10,50 ($p < 0,001$) (рис. 3.18, табл. 3.4).

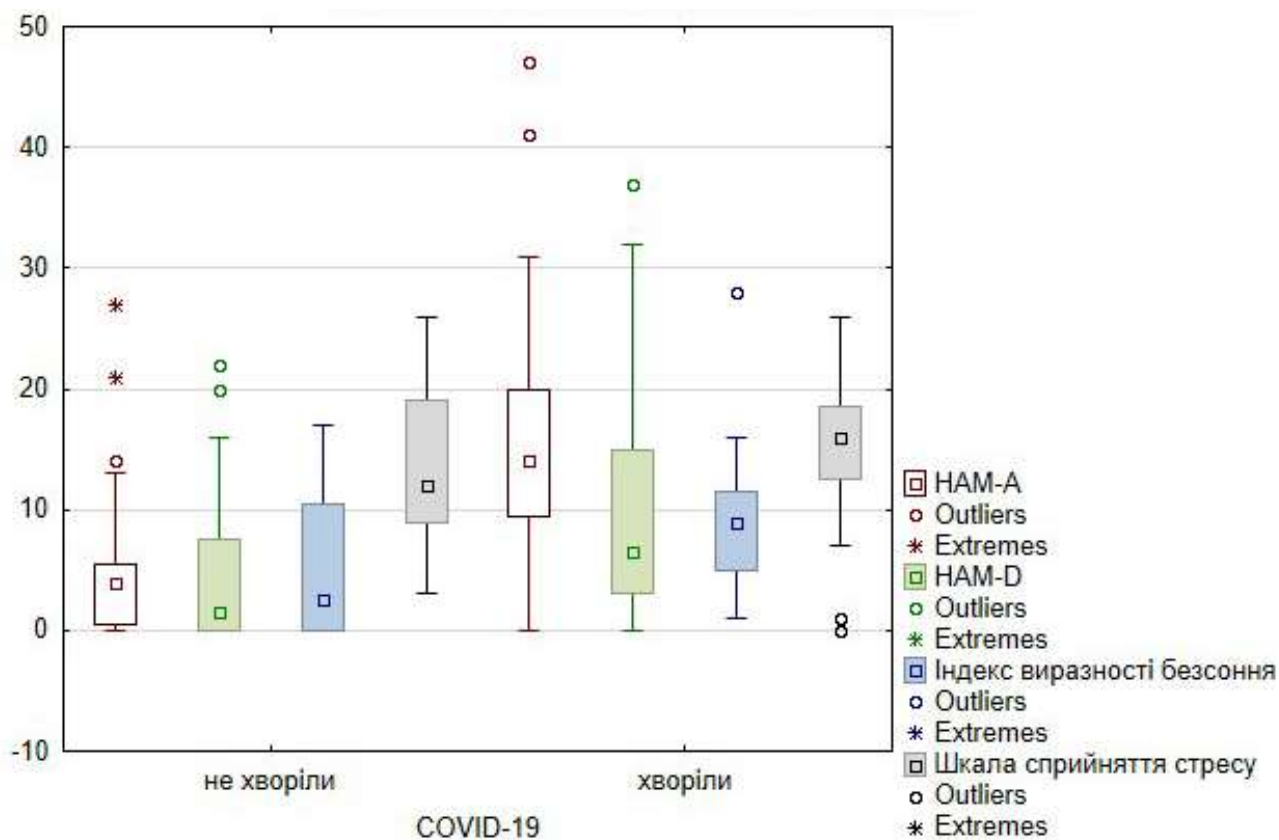


Рисунок 3.18 – Кількісні показники вираження депресії (за шкалою HAM-A), тривоги (HAM-D) та безсоння (Індекс вираження безсоння) серед осіб контрольної групи, в залежності від факту перенесеного COVID-19

COVID-19 негативно впливає на психічний стан навіть тих людей, які продовжують жити у звичайному ритмі. Вплив захворювання на рівень тривоги, депресії та безсоння є значним, що підкреслює важливість психологічної підтримки та можливого медичного втручання для мінімізації довгострокових наслідків.

Досліджувана група мала значно вищий рівень тривоги за всіма категоріями (нормальний, можливий, легкий, виражений, тяжкий), що свідчить про серйозні психоемоційні проблеми, викликані соціальною ізоляцією. Аналогічно, рівень депресії у досліджуваній групі був значно вищий, особливо за категоріями вираженої та тяжкої депресії. Це підкреслює серйозний вплив ізоляції на психічне здоров'я. Рівень безсоння у досліджуваній групі також був вищий, особливо у

категоріях помірною та важкого безсоння. Це вказує на те, що соціальна ізоляція не лише впливає на психоемоційний стан, але й порушує фізіологічні процеси, такі як сон.

Таблиця 3.4 – Кількісні показники вираження депресії (за шкалою HAM-A), тривоги (HAM-D) та безсоння (Індекс вираження безсоння) серед осіб контрольної групи, в залежності від факту перенесеного COVID-19

Показник	Значення показника, M ± m (CI ± 95 %) / Me / Q ₂₅ – Q ₇₅		p
	Хворіли на COVID-19, n=40	Не хворіли на COVID-19, n=40	
HAM-A	17,20 ± 11,74 (13,44–20,96) / 14,00 [9,50–20,00]	4,73 ± 5,91 (2,84–6,61) / 4,00 [0,50–5,50]	< 0,01
HAM-D	9,60 ± 9,86 (6,45–12,75) / 6,50 [3,00–15,00]	4,75 ± 6,39 (2,71–6,79) / 1,50 [0,00–7,50]	< 0,01
Індекс виразності безсоння	9,68 ± 6,63 (7,55–11,80) / 9,00 [5,00–11,50]	5,10 ± 5,92 (3,21–6,99) / 2,50 [0,00–10,50]	< 0,01

Загальні результати дослідження свідчать про те, що умови вимушеної соціальної ізоляції значно підвищують рівень психопатологічної симптоматики серед осіб, що перебували на карантині. Зокрема, спостерігається підвищення рівнів тривоги, депресії та порушення сну, що вимагає розробки та впровадження комплексних програм підтримки психоемоційного стану для мінімізації негативних наслідків ізоляції.

3.4 Особливості когнітивних порушень в осіб, що перенесли COVID-19

3.4.1 Оцінка когнітивних порушень у досліджуваній групі

Результати тестування за «Таблицями Шульте» серед осіб, що перенесли COVID-19, виявили наступне: підвищена продуктивність спостерігалася у 1 особи (1,8 %), тоді як у групі, що не хворіла, цей показник не виявлений (p > 0,05).

Нормальний рівень продуктивності зафіксовано у 10 осіб (17,9 %) серед хворих на COVID-19 та у 12 осіб (48 %) серед тих, хто не хворів ($p < 0,01$). Знижена продуктивність виявлена у 45 осіб (80,3 %) серед хворих на COVID-19 та у 13 осіб (52 %) серед тих, хто не хворів ($p < 0,01$) (рис. 3.19).

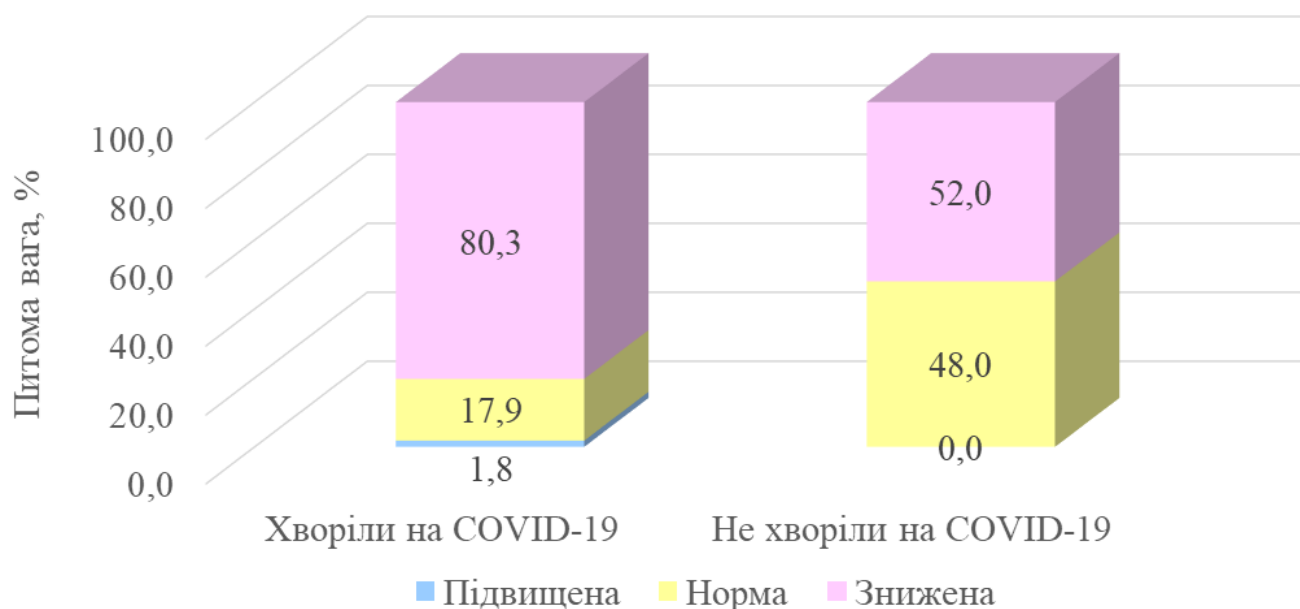


Рисунок 3.19 – Структура рівнів уваги за «Таблицями Шульте» в осіб досліджуваної групи, що перенесли COVID-19

Дані свідчать, що серед осіб, що перенесли COVID-19, значно більша частка показує знижений рівень продуктивності за «Таблицями Шульте», що вказує на суттєві когнітивні порушення у порівнянні з тими, хто не хворів.

За результатами тестування за «Тестом Мюнстерберга» серед осіб, що перенесли COVID-19, встановлено наступні дані: підвищена продуктивність не виявлена у жодної особи як серед хворих, так і серед тих, хто не хворів ($p > 0,05$). Нормальний рівень продуктивності спостерігався у 2 осіб (3,6 %) серед хворих на COVID-19 та у 4 осіб (16 %) серед не хворих ($p < 0,05$). Знижена продуктивність виявлена у 54 осіб (96,4 %) серед хворих на COVID-19 та у 21 особи (84 %) серед тих, хто не хворів ($p < 0,05$) (рис. 3.20).

Результати свідчать про значні когнітивні порушення у осіб, що перенесли COVID-19, оскільки майже у всіх респондентів знижений рівень продуктивності за «Тестом Мюнстерберга».



Рисунок 3.20 – Структура рівнів концентрації уваги за «Тестом Мюнстерберга» в осіб досліджуваної групи, що перенесли COVID-19

За результатами оцінки пам'яті за «методом Джекобсона» серед осіб, що перенесли COVID-19, встановлено: високий рівень пам'яті виявлено у 2 осіб (3,6 %) серед хворих на COVID-19 та у 3 осіб (12 %) серед не хворих ($p > 0,05$). Середній рівень пам'яті зафіксовано у 11 осіб (19,6 %) серед хворих на COVID-19 та у 11 осіб (44 %) серед тих, хто не хворів ($p < 0,05$). Низький рівень пам'яті спостерігався у 23 осіб (41,1 %) серед хворих на COVID-19 та у 10 осіб (40 %) серед тих, хто не хворів ($p > 0,05$). Дуже низький рівень пам'яті виявлено у 20 осіб (35,7 %) серед хворих на COVID-19 та у 1 особи (4 %) серед тих, хто не хворів ($p < 0,01$) (рис. 3.21).

Результати свідчать про те, що серед осіб, що перенесли COVID-19, значно більше респондентів показують дуже низький рівень пам'яті, що вказує на серйозні порушення когнітивних функцій.

Обчислено кількісні результати оцінки когнітивних функцій серед людей, що перебувають в умовах соціальної ізоляції, порівнюючи тих, хто хворів на COVID-19, з тими, хто не хворів. Згідно з тестом «Таблиці Шульте», середній час виконання завдання у тих, хто хворів, склав $38,36 \pm 14,27$ (95 % СІ 34,54–42,18), з медіанним значенням 34,00 і міжквартильним діапазоном 28,00–52,00. У тих, хто

не хворів, середній час виконання був подібним – $38,86 \pm 8,47$ (95 % CI 35,36–42,36), з медіанним значенням 42,00 і міжквартильним діапазоном 31,00–43,00 ($p > 0,05$). Це вказує на те, що COVID-19 не мав значного впливу на час виконання завдань у цьому тесті.

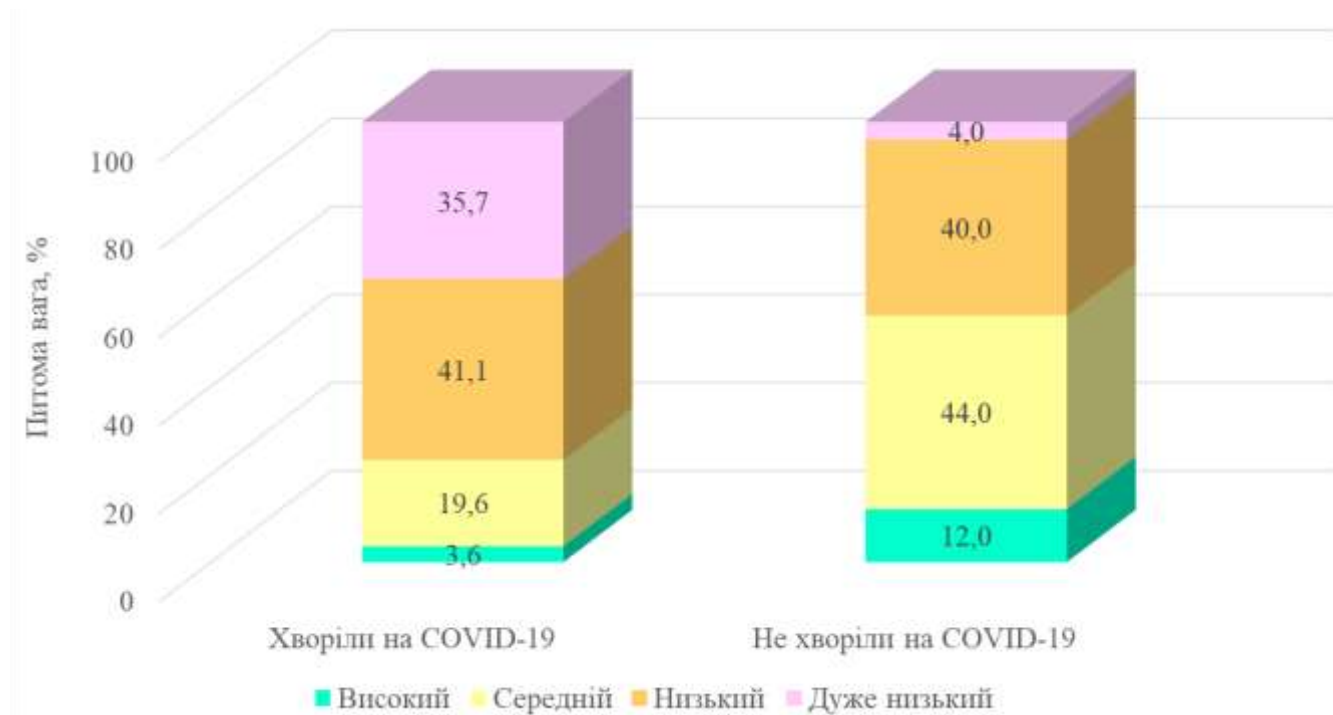


Рисунок 3.21 – Структура рівнів пам'яті за «методом Джекобсона» в осіб досліджуваної групи, що перенесли COVID-19

Проте, тест Мюнстбергера виявив значні відмінності. Середній результат для тих, хто хворів на COVID-19, становив $11,20 \pm 5,76$ (95 % CI 9,65–12,74), тоді як у тих, хто не хворів, цей показник був значно вищим – $15,48 \pm 4,90$ (95 % CI 13,46–17,50) ($p < 0,001$). Це свідчить про те, що COVID-19 негативно вплинув на здатність виконувати завдання, пов'язані з концентрацією уваги та швидкістю реагування (рис. 3.22, табл. 3.5).

За результатами тесту на «пам'ять за Джекобсоном» встановлено суттєві відмінності: у тих, хто хворів на COVID-19, середній показник пам'яті становив $5,11 \pm 1,77$ (95 % CI 4,63–5,58), з медіанним значенням 5,00 і міжквартильним діапазоном 4,00–6,00. У тих, хто не хворів, цей показник був значно вищим – $6,52 \pm 1,29$ (95 % CI 5,99–7,05), з медіанним значенням 7,00 і міжквартильним діапазоном 6,00–7,00 ($p < 0,001$) (рис. 3.22, табл. 3.5).

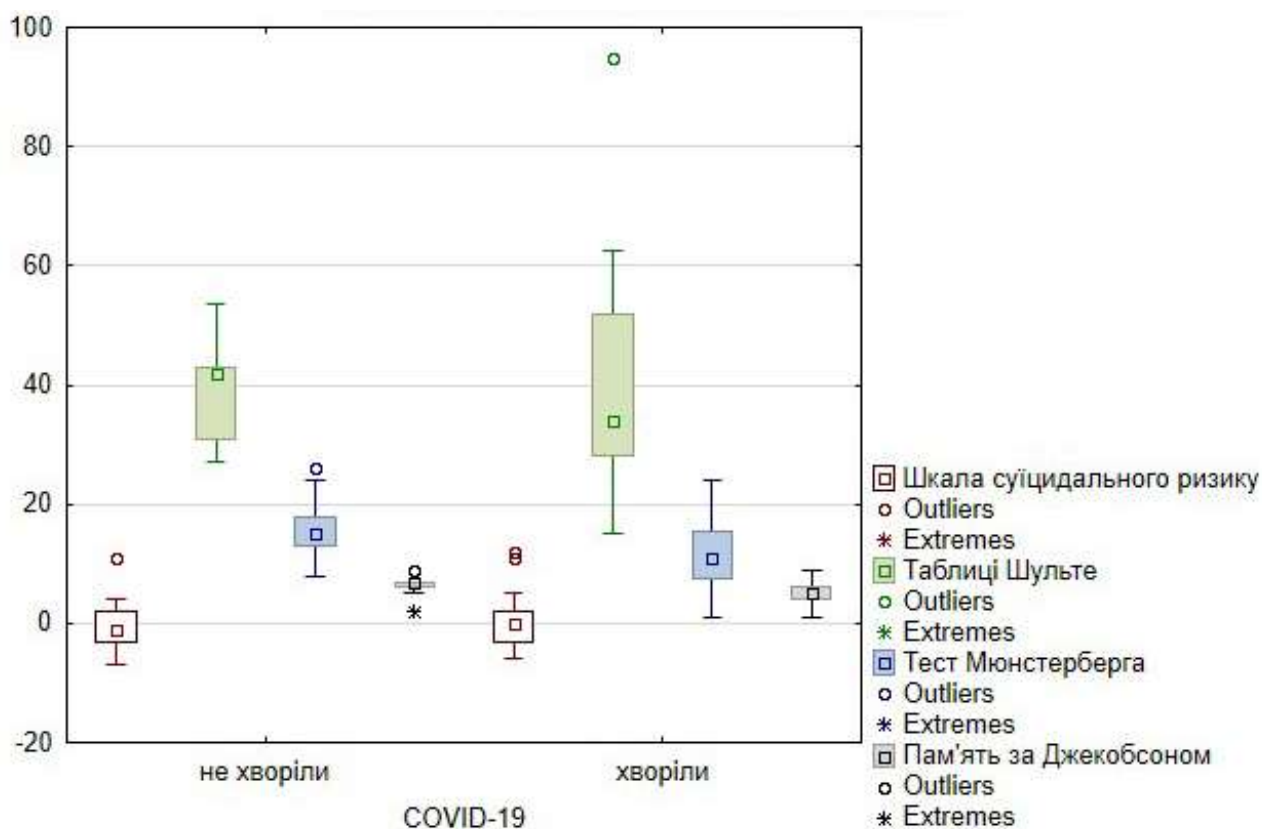


Рисунок 3.22 – Кількісні показники вираження порушень пам'яті та уваги згідно методики «Таблиці Шульте», «тест Мюстбергера» та методики дослідження «пам'яті за Джекобсоном» серед осіб досліджуваної групи, в залежності від факту перенесеного COVID-19

Таблиця 3.5 – Кількісні показники вираження порушень пам'яті та уваги згідно методики «Таблиці Шульте», «тест Мюстбергера» та методики дослідження «пам'яті за Джекобсоном» серед осіб досліджуваної групи, в залежності від факту перенесеного COVID-19

Показник	Значення показника, M ± m (CI ± 95 %) / Me / Q ₂₅ – Q ₇₅		p
	Хворіли на COVID-19, n=56	Не хворіли на COVID-19, n=25	
Таблиці Шульте	38,36 ± 14,27 (34,54–42,18) / 34,00 [28,00–52,00]	38,86 ± 8,47 (35,36–42,36) / 42,00 [31,00–43,00]	> 0,05
Тест Мюнстбергера	11,20 ± 5,76 (9,65–12,74) / 11,00 [7,50–15,50]	15,48 ± 4,90 (13,46–17,50) / 15,00 [13,00–18,00]	< 0,01
Пам'ять за Джекобсоном	5,11 ± 1,77 (4,63–5,58) / 5,00 [4,00–6,00]	6,52 ± 1,29 (5,99–7,05) / 7,00 [6,00–7,00]	< 0,01

Перенесений COVID-19 суттєво вплинув на когнітивні функції у людей, що перебувають в умовах ізоляції, зокрема на здатність до концентрації уваги та пам'ять. Це вимагає особливої уваги до реабілітації таких пацієнтів, зокрема до відновлення когнітивних функцій.

3.4.2 Оцінка когнітивних порушень у контрольній групі

Серед осіб контрольної групи, які не хворіли на COVID-19, рівень когнітивних функцій за «Таблицями Шульте» встановлено такі результати: підвищена продуктивність спостерігалася у 1 особи (2,5 %) серед хворих на COVID-19 та у 1 особи (2,5 %) серед тих, хто не хворів ($p > 0,05$). Нормальний рівень продуктивності зафіксовано у 24 осіб (60 %) серед хворих на COVID-19 та у 34 осіб (85 %) серед не хворих ($p < 0,05$). Знижена продуктивність виявлена у 15 осіб (37,5 %) серед хворих на COVID-19 та у 5 осіб (12,5 %) серед тих, хто не хворів ($p < 0,01$) (рис. 3.23).

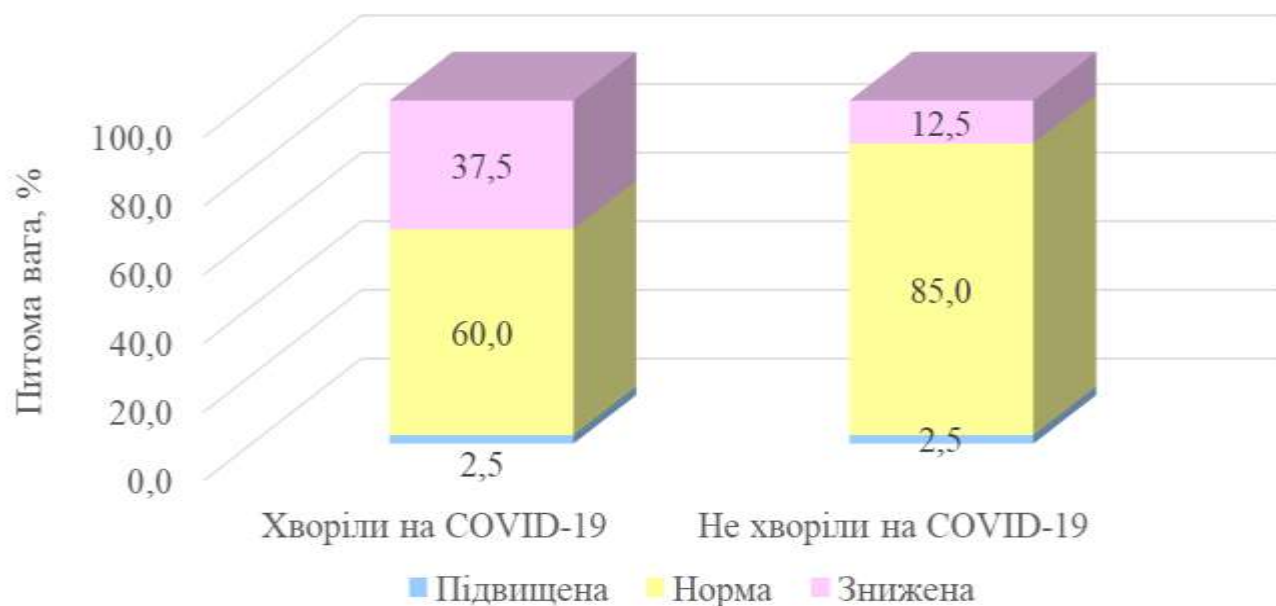


Рисунок 3.23 – Структура рівнів уваги за «Таблицями Шульте» в осіб контрольної групи, що перенесли COVID-19

У контрольній групі виявлено значно кращі результати, ніж досліджувана група, що вказує на менший вплив COVID-19 на когнітивні функції серед осіб, які не перебували в умовах соціальної ізоляції.

За результатами тестування за «Тестом Мюнстерберга» серед осіб контрольної групи, що не хворіли на COVID-19, встановлено: підвищена продуктивність не виявлена у жодної особи як серед хворих, так і серед тих, хто не хворів. Нормальний рівень продуктивності спостерігався у 7 осіб (17,5 %) серед хворих на COVID-19 та у 16 осіб (40 %) серед не хворих ($p < 0,05$). Знижена продуктивність виявлена у 33 осіб (82,5 %) серед хворих на COVID-19 та у 24 осіб (60 %) серед тих, хто не хворів ($p < 0,05$) (рис. 3.24).

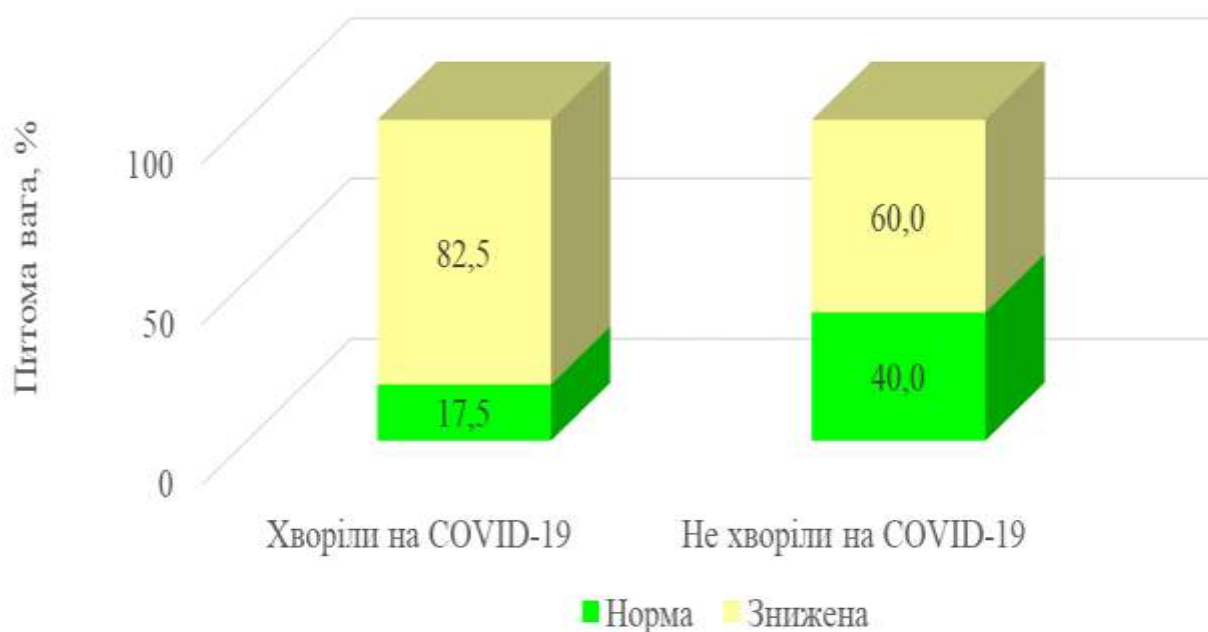


Рисунок 3.24 – Структура рівнів концентрації уваги за «Тестом Мюнстерберга» в осіб контрольної групи, що перенесли COVID-19

У контрольній групі виявлено значно кращі результати за «Тестом Мюнстерберга», ніж досліджувана група, що вказує на менший вплив соціальної ізоляції на когнітивні функції.

За результатами оцінки пам'яті за «методом Джекобсона» серед осіб контрольної групи встановлено наступне: високий рівень пам'яті виявлено у 7 осіб (17,5 %) серед хворих на COVID-19 та у 19 осіб (47,5 %) серед не хворих ($p < 0,01$). Середній рівень пам'яті зафіксовано у 25 осіб (62,5 %) серед хворих на COVID-19 та у 16 осіб (40 %) серед тих, хто не хворів ($p < 0,05$). Низький рівень пам'яті спостерігався у 4 осіб (10 %) серед хворих на COVID-19 та у 5 осіб

(12,5 %) серед тих, хто не хворів ($p > 0,05$). Дуже низький рівень пам'яті виявлено у 4 осіб (10 %) серед хворих на COVID-19, тоді як серед тих, хто не хворів, цей показник не виявлений ($p < 0,05$) (рис. 3.25).

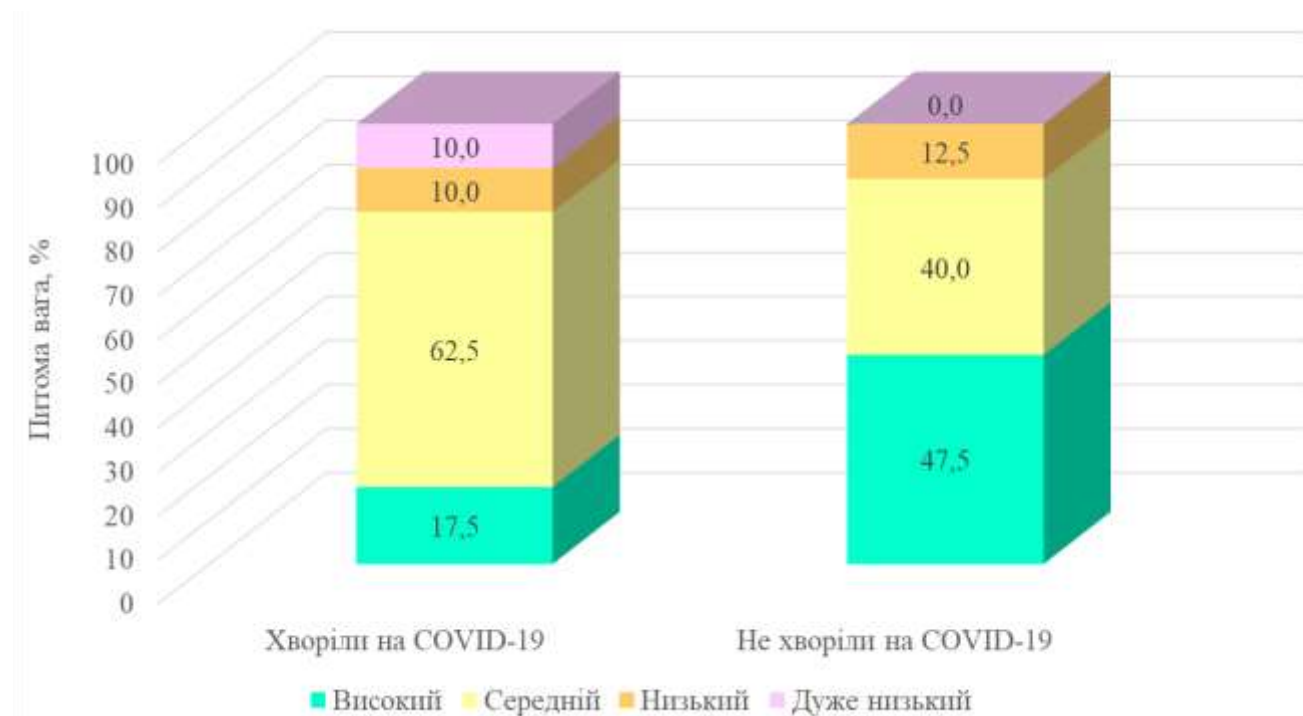


Рисунок 3.25 – Структура рівнів пам'яті за «методом Джекобсона» в осіб контрольної групи, що перенесли COVID-19

У контрольній групі встановлено кращі результати за «методом Джекобсона», що свідчить про менший вплив соціальної ізоляції на когнітивні функції.

У контрольній групі, де люди не перебували в умовах соціальної ізоляції, також були проведені тести для оцінки когнітивних функцій. «Таблиці Шульте» встановлено подібні результати для обох груп: середній час виконання тесту для тих, хто хворів на COVID-19, становив $37,60 \pm 7,86$ (95 % CI 35,09–40,11), з медіанним значенням 40,00 і міжквартильним діапазоном 32,50–42,00. У тих, хто не хворів, результати були аналогічними – $37,31 \pm 7,28$ (95 % CI 34,98–39,64), з медіанним значенням 40,00 і міжквартильним діапазоном 32,00–43,00 ($p > 0,05$).

За «Тест Мюнстбергера» встановлено певні відмінності: у тих, хто хворів на COVID-19, середній показник становив $13,43 \pm 5,70$ (95 % CI 11,60–15,25), з медіанним значенням 13,50 і міжквартильним діапазоном 10,00–16,50. У тих, хто

не хворів, середній показник був вищим – $16,10 \pm 3,79$ (95 % CI 14,89–17,31), з медіанним значенням 17,00 і міжквартильним діапазоном 14,00–20,00 ($p < 0,05$) (рис. 3.26, табл. 3.6).

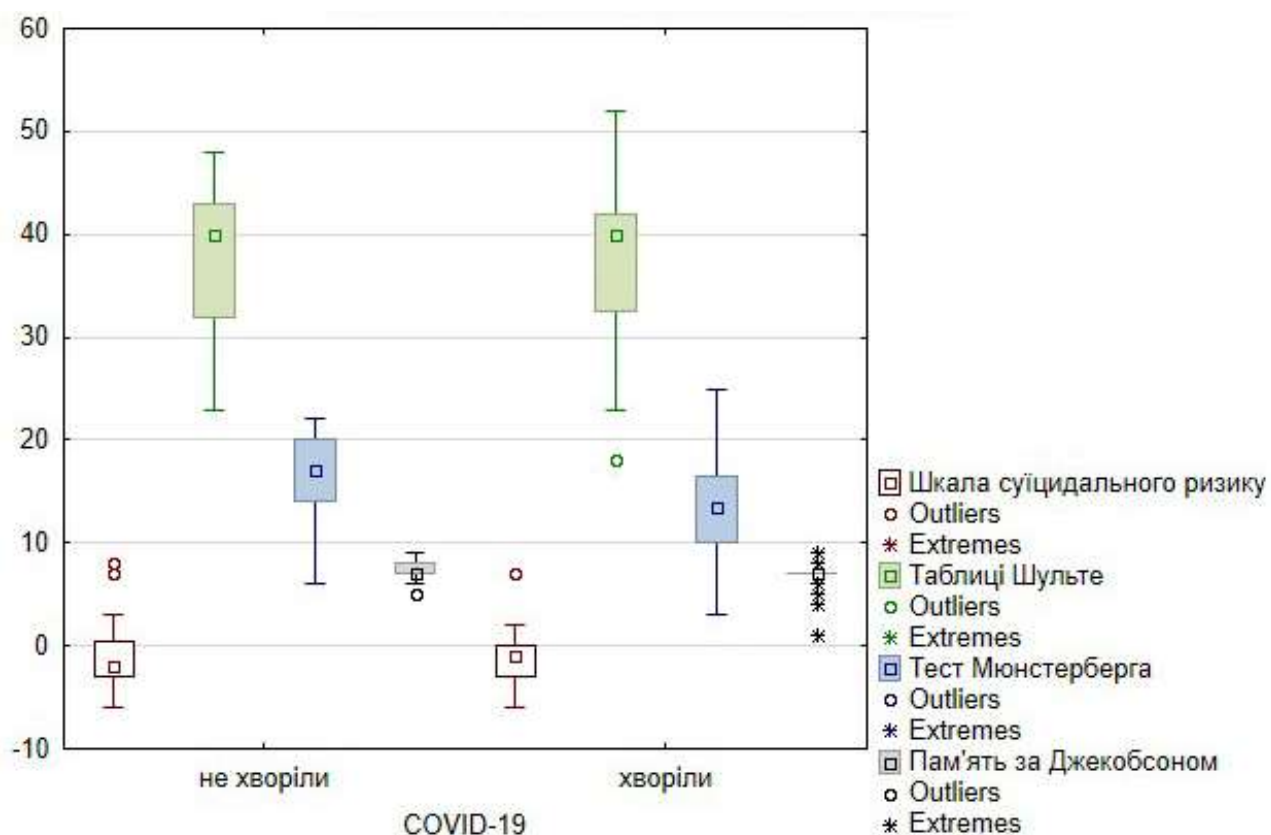


Рисунок 3.26 – Кількісні показники вираження порушень пам'яті та уваги згідно методики «Таблиці Шульте», «тест Мюстбергера» та методики дослідження «пам'яті за Джекобсоном» серед осіб контрольної групи, в залежності від факту перенесеного COVID-19

За результатами тесту на «пам'ять за Джекобсоном» також встановлено відмінності: у тих, хто хворів на COVID-19, середній показник пам'яті становив $6,55 \pm 1,87$ (95 % CI 5,95–7,15), з медіанним значенням 7,00 і міжквартильним діапазоном 7,00–7,00. У тих, хто не хворів, цей показник був вищим – $7,45 \pm 1,11$ (95 % CI 7,10–7,80), з медіанним значенням 7,00 і міжквартильним діапазоном 7,00–8,00 ($p < 0,05$) (рис. 3.26, табл. 3.6).

Отже, навіть без соціальної ізоляції, COVID-19 може впливати на когнітивні функції, зокрема на швидкість реакції та пам'ять. Це підкреслює необхідність

ретельного моніторингу та підтримки когнітивного здоров'я у пацієнтів, які перенесли COVID-19.

Таблиця 3.6 – Кількісні показники вираження порушень пам'яті та уваги згідно методики «Таблиці Шульте», «тест Мюстбергера» та методики дослідження «пам'яті за Джекобсоном» серед осіб контрольної групи, в залежності від факту перенесеного COVID-19

Показник	Значення показника, M ± m (CI ± 95 %) / Me / Q ₂₅ – Q ₇₅		p
	Хворіли на COVID-19, n=40	Не хворіли на COVID-19, n=40	
Таблиці Шульте	37,60 ± 7,86 (35,09–40,11) / 40,00 [32,50–42,00]	37,31 ± 7,28 (34,98–39,64) / 40,00 [32,00–43,00]	> 0,05
Тест Мюстбергера	13,43 ± 5,70 (11,60–15,25) / 13,50 [10,00–16,50]	16,10 ± 3,79 (14,89–17,31) / 17,00 [14,00–20,00]	< 0,05
Пам'ять за Джекобсоном	6,55 ± 1,87 (5,95–7,15) / 7,00 [7,00–7,00]	7,45 ± 1,11 (7,10–7,80) / 7,00 [7,00–8,00]	< 0,05

Отримані результати дослідження чітко свідчать про значний негативний вплив вимушеної соціальної ізоляції під час карантину на когнітивні функції осіб. У досліджуваній групі, що перебувала в умовах ізоляції, виявлено значно гірші результати за всіма тестами у порівнянні з контрольною групою, що продовжувала жити у звичних умовах.

Рівень когнітивних функцій за «Таблицями Шульте»: досліджувана група мала значно гірші результати за всіма категоріями продуктивності (підвищена, нормальна, знижена), що свідчить про серйозні когнітивні порушення, викликані соціальною ізоляцією. Аналогічно, у досліджуваній групі виявлено значно гірші результати за «Тестом Мюстбергера», що свідчить про серйозні когнітивні порушення, викликані соціальною ізоляцією. Рівень пам'яті за «методом Джекобсона» у досліджуваній групі був значно гіршим, особливо у категоріях середнього, низького та дуже низького рівня пам'яті. Це підкреслює серйозний вплив ізоляції на когнітивні функції.

Загальні результати дослідження свідчать про те, що умови вимушеної соціальної ізоляції значно підвищують рівень когнітивних порушень серед осіб, що перебували на карантині. Зокрема, спостерігається підвищення рівнів зниженої продуктивності та погіршення пам'яті, що вимагає розробки та впровадження комплексних програм підтримки когнітивних функцій для мінімізації негативних наслідків ізоляції.

Висновки по розділу 3

На основі проведеного аналізу клініко-феноменологічних особливостей психопатологічної симптоматики та когнітивних порушень у осіб, що перебували в умовах вимушеної соціальної ізоляції під час пандемії COVID-19, можна сформулювати такі детальні висновки:

1. Вплив вимушеної соціальної ізоляції на психопатологічну симптоматику

Тривога: Встановлено, що вимушена соціальна ізоляція суттєво підвищує рівень тривоги серед респондентів. У досліджуваній групі нормальний рівень тривоги (за шкалою HAM-A) спостерігався у 7,4 % осіб, тоді як у контрольній групі цей показник складав 47,3 % ($P < 0,001$). Виражений рівень тривоги виявлено у 18,5 % осіб у досліджуваній групі проти 8,8 % у контрольній, а тяжкий рівень тривоги був зафіксований у 32,1 % осіб у досліджуваній групі, тоді як у контрольній цей показник складав лише 6,3 % ($P < 0,001$). Ці дані свідчать про серйозний негативний вплив соціальної ізоляції на рівень тривоги у респондентів.

Депресія: Соціальна ізоляція також значно підвищила рівень депресії серед учасників дослідження. Нормальний рівень депресії (за шкалою HAM-D) був зафіксований у 21 % осіб у досліджуваній групі, тоді як у контрольній групі цей показник становив 62,4 % ($P < 0,001$). Виражений рівень депресії спостерігався у 24,7 % осіб у досліджуваній групі проти 6,3 % у контрольній, а тяжкий рівень депресії – у 32,1 % осіб у досліджуваній групі порівняно з 5 % у контрольній ($P < 0,001$). Це підкреслює значний вплив ізоляції на розвиток депресивних станів.

Порушення сну: Встановлено, що вимушена соціальна ізоляція також підвищує рівень безсоння серед респондентів. Відсутність безсоння спостерігалася у 24,7 % осіб у досліджуваній групі, тоді як у контрольній групі

цей показник становив 55 % ($P < 0,001$). Помірне безсоння було зафіксовано у 29,6 % осіб у досліджуваній групі проти 11,3 % у контрольній, а важке безсоння – у 16,1 % осіб у досліджуваній групі порівняно з 3,7 % у контрольній ($P < 0,001$). Ці результати свідчать про серйозний вплив ізоляції на сон, що може додатково посилювати психопатологічні симптоми.

2. Порушення когнітивного функціонування

Увага («Таблиці Шульте»): Соціальна ізоляція суттєво впливає на когнітивні функції, зокрема на рівень уваги. У досліджуваній групі знижений рівень когнітивних функцій був виявлений у 71,6 % осіб, тоді як у контрольній групі цей показник складав лише 25 % ($P < 0,001$). Лише 1,2 % осіб у досліджуваній групі мали підвищений рівень когнітивних функцій, порівняно з 2,5 % у контрольній групі. Це свідчить про серйозні порушення уваги у людей, що перебували в умовах соціальної ізоляції.

Увага («Тест Мюнстерберга»): За результатами «тесту Мюнстерберга», нормальний рівень уваги спостерігався у 7,4 % осіб у досліджуваній групі проти 28,8 % у контрольній ($P < 0,001$). Знижений рівень уваги був виявлений у 92,6 % осіб у досліджуваній групі порівняно з 71,2 % у контрольній ($P < 0,001$), що свідчить про значне погіршення когнітивних функцій в умовах соціальної ізоляції.

Пам'ять («Тест Джекобсона»): За «тестом Джекобсона», високий рівень пам'яті виявлено у 6,2 % осіб у досліджуваній групі, тоді як у контрольній групі цей показник становив 32,5 % ($P < 0,001$). Низький рівень пам'яті спостерігався у 40,7 % осіб у досліджуваній групі проти 11,3 % у контрольній, а дуже низький рівень пам'яті – у 25,9 % осіб у досліджуваній групі порівняно з 4,9 % у контрольній ($P < 0,001$). Це підкреслює серйозний вплив соціальної ізоляції на когнітивні функції, зокрема на пам'ять.

3. Вплив перенесеного COVID-19 на психічне здоров'я

У групі осіб, які перенесли COVID-19, спостерігалися значні відмінності у рівнях тривоги, депресії та порушення сну порівняно з тими, хто не хворів.

Тривога: Нормальний рівень тривоги (за шкалою НАМ-А) спостерігався лише у 1,8 % осіб, що перенесли COVID-19, тоді як серед тих, хто не хворів, цей

показник становив 20 % ($P < 0,001$). Виражений рівень тривоги виявлено у 26,8 % осіб серед хворих на COVID-19, тоді як серед тих, хто не хворів, цей рівень не спостерігався ($P < 0,001$). Тяжкий рівень тривоги був зафіксований у 46,4 % осіб, які перенесли COVID-19, тоді як серед тих, хто не хворів, цей рівень також не був виявлений ($P < 0,001$). Це свідчить про те, що перенесений COVID-19 значно підвищує рівень тривоги серед людей, особливо в умовах соціальної ізоляції.

Депресія: Згідно з аналізом рівня депресії (за шкалою HAM-D) встановлено, що нормальний рівень депресії спостерігався у 5,4 % осіб, які перенесли COVID-19, порівняно з 56 % у групі, що не хворіла ($P < 0,001$). Виражений рівень депресії виявлено у 30,4 % осіб серед тих, хто переніс COVID-19, тоді як у контрольній групі цей показник складав лише 12 % ($P > 0,05$). Тяжкий рівень депресії зафіксований у 44,6 % осіб, які перенесли COVID-19, порівняно з 4 % серед тих, хто не хворів ($P < 0,001$). Це підкреслює суттєвий вплив COVID-19 на розвиток депресивних симптомів.

Порушення сну: За рівнем безсоння за індексом вираження безсоння (ISI) встановлено, що відсутність безсоння спостерігалася у 16,1 % осіб, що перенесли COVID-19, порівняно з 44 % у групі, що не хворіла ($P < 0,001$). Помірне безсоння було виявлено у 33,9 % осіб серед тих, хто переніс COVID-19, порівняно з 20 % у контрольній групі ($P > 0,05$). Важке безсоння спостерігалось у 21,4 % осіб серед тих, хто переніс COVID-19, порівняно з 4 % у контрольній групі ($P < 0,05$). Це свідчить про значний негативний вплив перенесеного COVID-19 на якість сну.

4. Порушення когнітивних функцій у осіб, що перенесли COVID-19

Серед осіб, що перенесли COVID-19, спостерігалися значні відмінності у рівні когнітивних функцій порівняно з тими, хто не хворів.

Увага («Таблиці Шульте»): У групі осіб, що перенесли COVID-19, знижений рівень продуктивності за «Таблицями Шульте» був виявлений у 80,3 % респондентів, тоді як у групі, що не хворіла, цей показник становив лише 52 % ($P < 0,001$). Нормальний рівень продуктивності спостерігався у 17,9 % осіб серед хворих на COVID-19, тоді як у контрольній групі цей показник складав 48 % ($P < 0,001$).

Увага («Тест Мюнстерберга»): За результатами «тесту Мюнстерберга», нормальний рівень уваги був виявлений у 3,6 % осіб серед хворих на COVID-19, тоді як у групі, що не хворіла, цей показник становив 16 % ($P < 0,05$). Знижений рівень уваги був зафіксований у 96,4 % осіб серед хворих на COVID-19, тоді як у групі, що не хворіла, цей показник складав 84 % ($P < 0,05$).

Пам'ять («Тест Джекобсона»): За «тестом Джекобсона» встановлено, що дуже низький рівень пам'яті був виявлений у 35,7 % осіб серед хворих на COVID-19, тоді як у групі, що не хворіла, цей показник складав лише 4 % ($P < 0,001$). Низький рівень пам'яті був зафіксований у 40,7 % осіб серед хворих на COVID-19, порівняно з 11,3 % у контрольній групі ($P < 0,001$).

Ці результати свідчать про те, що COVID-19 має суттєвий негативний вплив на когнітивні функції, зокрема на здатність до концентрації уваги та пам'ять, особливо серед тих, хто перебував в умовах соціальної ізоляції.

5. Порівняння з контрольною групою

У контрольній групі, яка не перебувала в умовах соціальної ізоляції, виявлено значно кращі результати як у плані психопатологічної симптоматики, так і когнітивних функцій. Це підкреслює, що соціальна ізоляція є ключовим фактором, який негативно впливає на психічне та когнітивне здоров'я людей.

Загальні результати дослідження чітко свідчать про значний негативний вплив вимушеної соціальної ізоляції на психічне та когнітивне здоров'я, особливо серед тих, хто переніс COVID-19. Важливо розробити та впровадити ефективні програми підтримки психоемоційного та когнітивного стану для мінімізації негативних наслідків ізоляції та перенесеного захворювання.

Результати, викладені в даному розділі, опубліковані в наукових працях автора [294, 295, 299].

РОЗДІЛ 4

ОСОБЛИВОСТІ ЯКОСТІ ЖИТТЯ ТА ЗАХИСНИХ МЕХАНІЗМІВ ОСІБ, ЩО ПЕРЕБУВАЮТЬ В УМОВАХ ВИМУШЕНОЇ СОЦІАЛЬНОЇ ІЗОЛЯЦІЇ ПІД ЧАС ПАНЕМІЇ COVID-19

4.1 Гендерні особливості суб'єктивної оцінки якості життя

У даній главі досліджуються гендерні аспекти суб'єктивного сприйняття якості життя осіб, які перебувають у стані вимушеної соціальної ізоляції під час пандемії COVID-19. Вивчаються відмінності в оцінці різних аспектів якості життя між чоловіками та жінками, зокрема, їх емоційне благополуччя, соціальні взаємини, фізичне здоров'я та здатність адаптуватися до нових умов.

Протягом проведеного анкетування було оцінено суб'єктивне сприйняття якості життя у респондентів, що перебували в умовах вимушеної соціальної ізоляції під час пандемії COVID-19, та осіб контрольної групи (табл. 4.1).

Таблиця 4.1 – Результати за методикою суб'єктивної оцінки якості життя (О. С. Чабан) в осіб, що перебувають в умовах вимушеної соціальної ізоляції та осіб контрольної групи, в залежності від статі

Шкала оцінки якості життя	Досліджувана група				р чол/жі н	Контрольна група				р чол/жі н	р дослідна/ контрольна	
	Чол.		Жін.			Чол.		Жін.			чол	жін
	абс.	%	абс.	%		абс.	%	абс.	%			
Вкрай низький	24	68,6	24	52,2	> 0,05	5	15,5	8	16,6	> 0,05	< 0,01	< 0,01
Низький	3	8,6	10	21,7	> 0,05	5	15,6	6	12,5	> 0,05	> 0,05	> 0,05
Середній	4	11,4	5	10,9	> 0,05	6	18,8	9	18,8	> 0,05	> 0,05	> 0,05
Високий	4	11,4	4	8,7	> 0,05	2	6,3	8	16,7	> 0,05	> 0,05	> 0,05
Дуже високий	0	0,0	3	6,5	> 0,05	14	43,8	17	35,4	> 0,05	< 0,01	< 0,01
Всього	35	100,0	46	100,0		32	100,0	48	100,0			

Таблиця демонструє розподіл суб'єктивного сприйняття якості життя серед осіб, що перебувають в умовах вимушеної соціальної ізоляції (досліджувана група) та осіб, які продовжують свій звичний спосіб життя (контрольна група). Порівняння здійснюється за статевою ознакою (чоловіки/жінки) і наводиться статистична значущість різниць між групами.

Аналіз результатів дослідження показує значні відмінності у рівнях якості життя між досліджуваною та контрольною групами. У досліджуваній групі вкрай низький рівень якості життя спостерігався у 24 чоловіків (68,6 %) і 24 жінок (52,2 %), тоді як у контрольній групі цей показник становив 5 чоловіків (15,5 %) і 8 жінок (16,6 %) ($p < 0,01$ для обох статей). Низький рівень якості життя виявлено у 3 чоловіків (8,6 %) і 10 жінок (21,7 %) у досліджуваній групі та у 5 чоловіків (15,6 %) і 6 жінок (12,5 %) у контрольній групі ($p > 0,05$ для обох статей).

Середній рівень якості життя зафіксований у 4 чоловіків (11,4 %) і 5 жінок (10,9 %) у досліджуваній групі та у 6 чоловіків (18,8 %) і 9 жінок (18,8 %) у контрольній групі ($p > 0,05$ для обох статей). Високий рівень якості життя спостерігався у 4 чоловіків (11,4 %) і 4 жінок (8,7 %) у досліджуваній групі та у 2 чоловіків (6,3 %) і 8 жінок (16,7 %) у контрольній групі ($p > 0,05$ для обох статей).

Найбільший контраст спостерігається у категорії дуже високого рівня якості життя: у досліджуваній групі жоден чоловік (0,0 %) не мав дуже високого рівня якості життя, тоді як 3 жінки (6,5 %) показали цей рівень. У контрольній групі цей показник становив 14 чоловіків (43,8 %) і 17 жінок (35,4 %) ($p < 0,01$ для обох статей), що підкреслює серйозний негативний вплив вимушеної соціальної ізоляції на якість життя досліджуваних осіб (рис. 4.1).

Отримані результати вказують на те, що вимушена соціальна ізоляція значно знижує рівень якості життя осіб, що перебувають в таких умовах. Зокрема, у досліджуваній групі виявлено вищий відсоток вкрай низьких випадків якості життя та значно нижчий відсоток дуже високих випадків у порівнянні з контрольною групою.



Рисунок 4.1 – Структура рівнів суб'єктивного сприйняття якості життя в осіб, що перебували в умовах вимушеної соціальної ізоляції та в контрольній групі

Для чоловіків, що знаходились в ізоляції, середній показник якості життя становив $43,00 \pm 22,65$ (95 % СІ 35,22–50,78), з медіанним значенням 39,00 і міжквартильним діапазоном 26,00–66,00. Для жінок цей показник був значно вищим – $51,30 \pm 22,28$ (95 % СІ 44,69–57,92), з медіанним значенням 47,50 і міжквартильним діапазоном 36,00–68,00. Однак різниця між чоловіками та жінками не досягла статистичної значущості ($p > 0,05$), що може свідчити про те, що хоча жінки загалом мали вищі показники, ця різниця може бути випадковою (рис. 4.2, табл. 4.2).

У контрольній групі, де вимушеної ізоляції не було, середні показники якості життя були значно вищими як у чоловіків ($74,09 \pm 23,47$, 95 % СІ 65,63–82,56), так і у жінок ($72,65 \pm 21,30$, 95 % СІ 66,46–78,83), з медіанними значеннями 74,00 і 73,00 відповідно. Статистична значущість різниці між чоловіками та жінками була високою ($p < 0,01$), що підкреслює вплив соціальної ізоляції на якість життя, особливо в чоловіків (рис. 4.3, табл. 4.2).

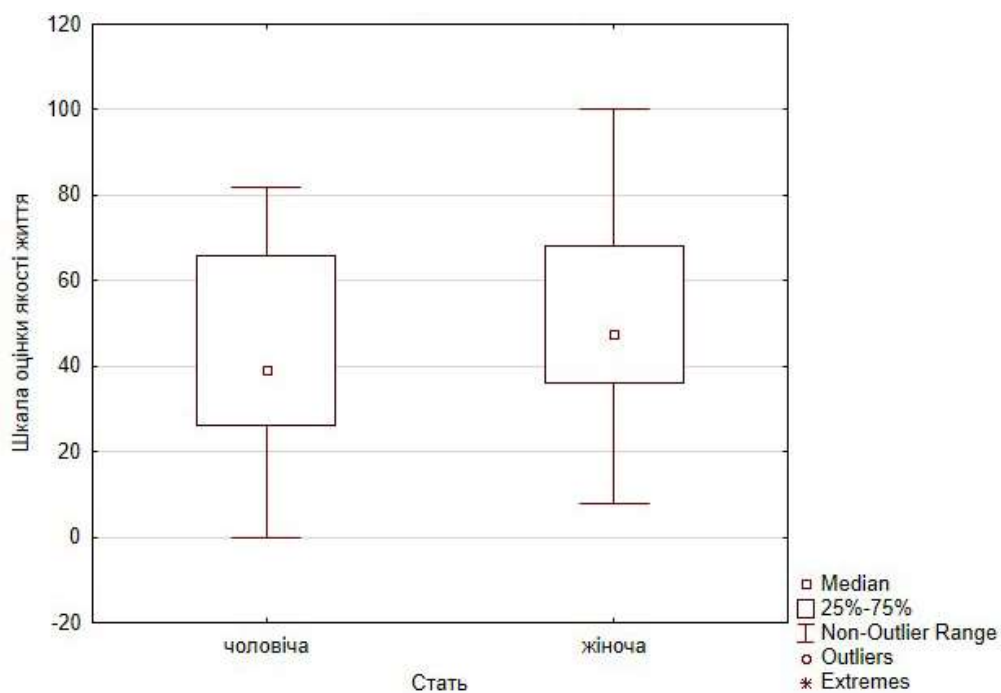


Рисунок 4.2 – Кількісні показники за методикою суб'єктивної оцінки якості життя (О. С. Чабан) в осіб, що перебувають в умовах вимушеної соціальної ізоляції, залежно від статі

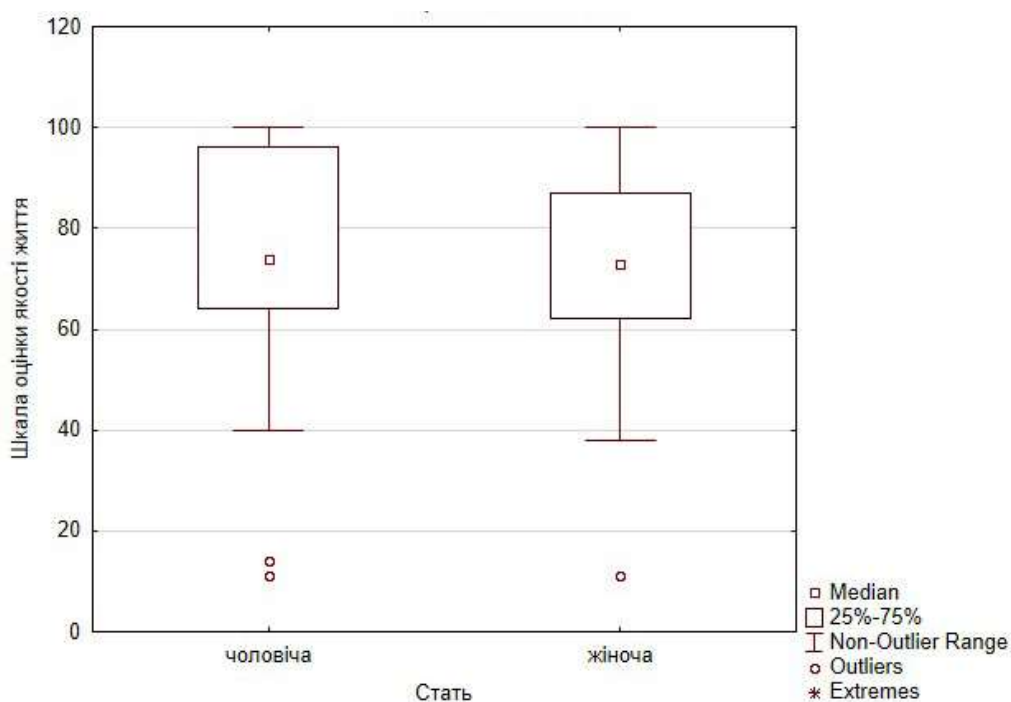


Рисунок 4.3 – Кількісні показники за методикою суб'єктивної оцінки якості життя (О. С. Чабан) в осіб, що не перебувають в умовах вимушеної соціальної ізоляції, залежно від статі

Таблиця 4.2 – Кількісні показники за методикою суб'єктивної оцінки якості життя (О. С. Чабан) в осіб, що перебувають в умовах вимушеної соціальної ізоляції та осіб контрольної групи, в залежності від статі

Показник	Досліджувана група			р	
	M ± m (CI ± 95 %) / Me / Q ₂₅ – Q ₇₅		р чол/ жін	чоло- віки	жінки
	Чоловіки, n=35	Жінки, n=46			
Показник за шкалою оцінки якості життя	43,00 ± 22,65 (35,22–50,78) / 39,00 [26,00–66,00]	51,30 ± 22,28 (44,69–57,92) / 47,50 [36,00–68,00]	> 0,05		
	Контрольна група			< 0,01	< 0,01
	M ± m (CI ± 95 %) / Me / Q ₂₅ – Q ₇₅		р чол/ жін		
	Чоловіки, n=32	Жінки, n=48			
Показник за шкалою оцінки якості життя	74,09 ± 23,47 (65,63–82,56) / 74,00 [64,00–96,00]	72,65 ± 21,30 (66,46–78,83) / 73,00 [62,00–87,00]	> 0,05		

В умовах вимушеної соціальної ізоляції жінки демонстрували вищі показники якості життя порівняно з чоловіками, хоча ця різниця не є статистично значущою. Проте, ізоляція суттєво вплинула на загальні показники якості життя, знижуючи їх у обох статей, але особливо у чоловіків. Це свідчить про те, що жінки, можливо, краще адаптуються до умов ізоляції або мають більш розвинені соціальні механізми захисту.

4.2 Особливості суб'єктивної оцінки якості життя відносно соціальної активності

Соціальна активність, користування соціальними мережами та інтернет-залежність можуть мати значний вплив на психічний стан людей, особливо в умовах вимушеної соціальної ізоляції. Спілкування з рідними і друзями знижує рівень стресу та покращує загальне психічне здоров'я. Користування соціальними мережами допомагає підтримувати зв'язок із соціальним середовищем, створюючи ілюзію участі в соціальному житті, що також може мати позитивний

вплив на психіку. Інтернет-залежність може мати як позитивні, так і негативні аспекти, залежно від рівня контролю над використанням Інтернету та здатності балансувати між онлайн- та офлайн-життям.

4.2.1 Вплив соціальної активності на якість життя досліджуваної групи

Під час анкетування було оцінено суб'єктивне сприйняття якості життя у респондентів, що перебували в умовах вимушеної соціальної ізоляції під час пандемії COVID-19. Результати дослідження виявили суттєві відмінності між соціально активними та соціально неактивними особами.

Вкрай низький рівень якості життя спостерігався у 24 соціально активних осіб (45,2 %) та 24 соціально неактивних осіб (85,8 %) ($p < 0,01$). Низький рівень якості життя виявлено у 11 соціально активних осіб (20,8 %) та 2 соціально неактивних осіб (7,1 %) ($p > 0,05$). Середній рівень якості життя не спостерігався серед соціально активних осіб, але виявлений у 9 соціально неактивних осіб (17,0 %) ($p < 0,05$). Високий рівень якості життя зафіксовано у 6 соціально активних осіб (11,3 %) та 2 соціально неактивних осіб (7,1 %) ($p > 0,05$). Дуже високий рівень якості життя не спостерігався серед соціально активних осіб, але виявлений у 3 соціально неактивних осіб (5,7 %) ($p > 0,05$) (рис. 4.4). Дані вказують на те, що соціальна активність впливає на якість життя: соціально активні особи частіше мають вкрай низький рівень якості життя. Це може бути пов'язано з тим, що активні соціальні контакти в умовах ізоляції обмежуються, що негативно впливає на психоемоційний стан.

Таблиця 4.3 показує результати оцінки якості життя в залежності від рівня соціальної активності серед людей похилого віку, що перебувають в умовах вимушеної соціальної ізоляції. У соціально активних осіб виявлено середній показник якості життя $55,43 \pm 19,98$ (95 % CI 49,93–60,94), з медіанним значенням 55,00 та міжквартильним діапазоном 39,00–69,00. Це значно вищий показник, ніж у соціально неактивних осіб, середній показник яких становив лише $33,11 \pm 20,42$ (95 % CI 25,19–41,03), з медіанним значенням 34,50 та міжквартильним діапазоном 18,50–41,50. Різниця між цими групами є статистично значущою

($p < 0,001$), що свідчить про важливість соціальної активності в умовах ізоляції (табл. 4.3).

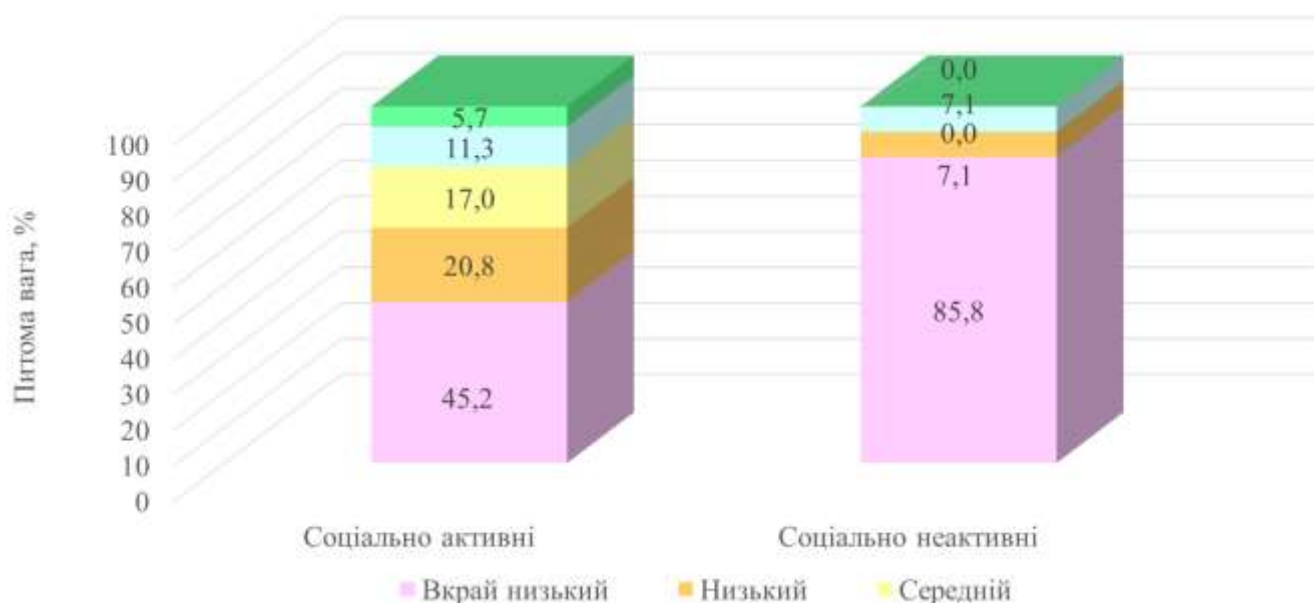


Рисунок 4.4 – Структура рівнів за методикою оцінки якості життя (О. С. Чабан) в осіб, що перебувають в умовах вимушеної соціальної ізоляції, відносно їхньої соціальної активності

Таблиця 4.3 – Кількісні показники за методикою оцінки якості життя (О. С. Чабан) в осіб, що перебувають в умовах вимушеної соціальної ізоляції, відносно їхньої соціальної активності

Показник	Значення показника, $M \pm m$ (CI \pm 95 %) / Me / $Q_{25} - Q_{75}$		p
	Соціально активні, n=53	Соціально неактивні, n=28	
Показник за шкалою оцінки якості життя	$55,43 \pm 19,98$ (49,93–60,94) / 55,00 [39,00–69,00]	$33,11 \pm 20,42$ (25,19–41,03) / 34,50 [18,50–41,50]	< 0,01

Соціальна активність під час вимушеної ізоляції є ключовим фактором підтримки високої якості життя. Люди, які зберігали активні соціальні зв'язки, навіть через цифрові платформи, демонстрували значно вищі показники якості

життя. Це підкреслює важливість підтримки соціальних контактів у будь-якій формі для збереження психічного здоров'я в умовах обмеженого спілкування.

За порівняльним аналізом якості життя між користувачами соціальних мереж та тими, хто не користується ними, встановлено значні відмінності: вкрай низький рівень якості життя спостерігався у 27 користувачів соціальних мереж (49,0 %) та 21 особи, що не користується соціальними мережами (80,8 %) ($p < 0,01$). Низький рівень якості життя виявлено у 11 користувачів соціальних мереж (20,0 %) та 2 осіб, що не користуються соціальними мережами (7,7 %) ($p > 0,05$). Середній рівень якості життя не спостерігався серед користувачів соціальних мереж, але виявлений у 9 осіб, що не користуються соціальними мережами (16,4 %) ($p < 0,05$). Високий рівень якості життя зафіксовано у 5 користувачів соціальних мереж (9,1 %) та 3 осіб, що не користуються соціальними мережами (11,5 %) ($p > 0,05$). Дуже високий рівень якості життя не спостерігався серед користувачів соціальних мереж, але виявлений у 3 осіб, що не користуються соціальними мережами (5,5 %) ($p > 0,05$) (рис. 4.5).

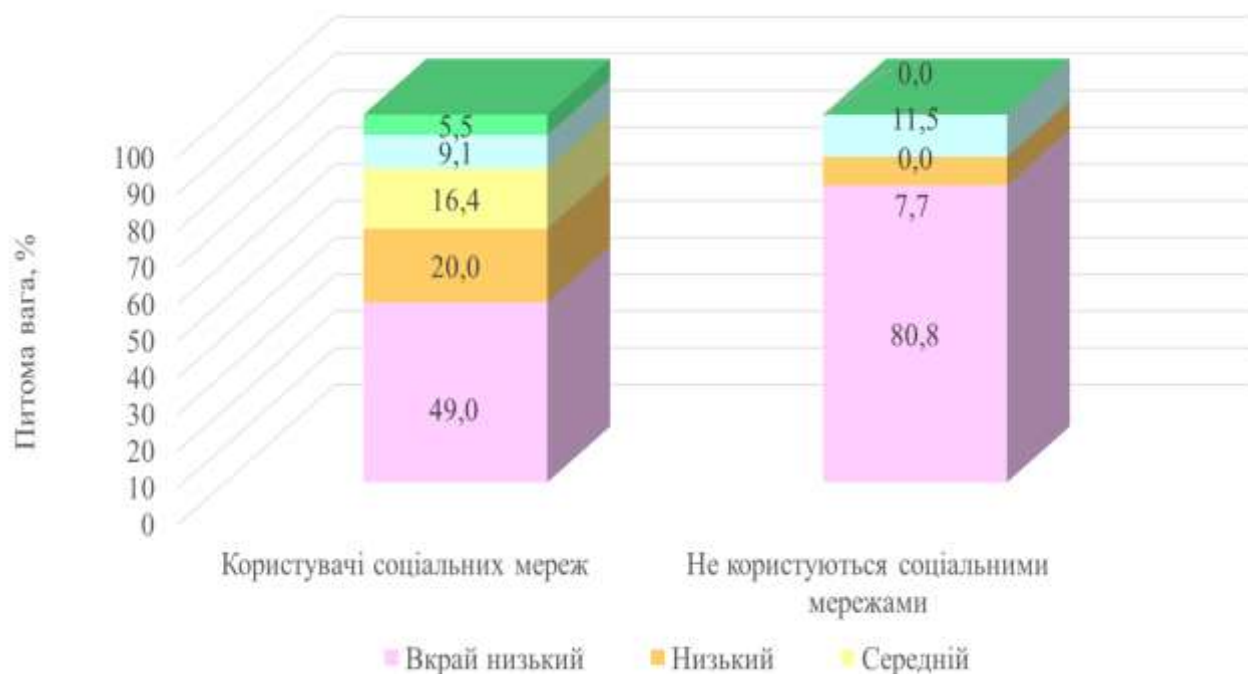


Рисунок 4.5 – Структура рівнів за методикою оцінки якості життя (О. С. Чабан) в осіб, що перебувають в умовах вимушеної соціальної ізоляції, відносно їхньої активності у соціальних мережах

Користування соціальними мережами асоціюється з вищими показниками вкрай низького рівня якості життя. Соціальні мережі не завжди забезпечують повноцінну заміну реального спілкування, що може сприяти почуттю ізолюваності.

Таблиця 4.4 – Кількісні показники за методикою оцінки якості життя (О. С. Чабан) в осіб, що перебувають в умовах вимушеної соціальної ізоляції, відносно їхньої активності у соціальних мережах

Показник	Значення показника, M ± m (CI ± 95 %) / Me / Q ₂₅ – Q ₇₅		p
	Користувачі соціальних мереж, n=55	Не користуються соціальними мережами, n=26	
Показник за шкалою оцінки якості життя	52,38 ± 21,85 (46,47–58,29) / 51,00 [37,00–69,00]	37,85 ± 21,57 (29,13–46,56) / 39,50 [22,00–48,00]	< 0,01

Серед людей, які перебували в умовах вимушеної ізоляції, активні користувачі соціальних мереж мали середній показник якості життя 52,38 ± 21,85 (95 % CI 46,47–58,29), з медіанним значенням 51,00 та міжквартильним діапазоном 37,00–69,00. Це значно вищий показник у порівнянні з тими, хто не користувався соціальними мережами, де середній показник становив 37,85 ± 21,57 (95 % CI 29,13–46,56), з медіанним значенням 39,50 та міжквартильним діапазоном 22,00–48,00. Різниця є статистично значущою (p < 0,001), що свідчить про позитивний вплив соціальних мереж на підтримку якості життя в умовах ізоляції (табл. 4.4).

Соціальні мережі відіграють важливу роль у підтримці якості життя серед людей похилого віку в умовах ізоляції. Вони дозволяють залишатися на зв'язку з соціальним середовищем, що значно знижує рівень стресу і підвищує загальну якість життя. Це підтверджує важливість цифрових технологій як інструменту соціальної підтримки в кризових умовах.

Дослідження впливу інтернет адикції на якість життя виявило значні відмінності між звичайними користувачами, проблемними користувачами та тими, хто має інтернет залежність.

Вкрай низький рівень якості життя спостерігався у 39 звичайних користувачів (60,9 %), 8 проблемних користувачів (49,9 %) та 1 особи з інтернет залежністю (100 %) ($p > 0,05$ для всіх порівнянь). Низький рівень якості життя виявлено у 10 звичайних користувачів (15,6 %), 3 проблемних користувачів (18,8 %) та не спостерігався серед тих, хто має інтернет залежність ($p > 0,05$ для всіх порівнянь). Середній рівень якості життя зафіксовано у 6 звичайних користувачів (9,4 %), 3 проблемних користувачів (18,8 %) та не спостерігався серед тих, хто має інтернет залежність ($p > 0,05$ для всіх порівнянь). Високий рівень якості життя був присутній у 6 звичайних користувачів (9,4 %), 2 проблемних користувачів (12,5 %) та не спостерігався серед тих, хто має інтернет залежність ($p > 0,05$ для всіх порівнянь). Дуже високий рівень якості життя зафіксовано у 3 звичайних користувачів (4,7 %) та не спостерігався серед проблемних користувачів та тих, хто має інтернет залежність ($p > 0,05$ для всіх порівнянь) (рис. 4.6).

Інтернет залежність асоціюється з вищими показниками вкрай низького рівня якості життя. Це може бути пов'язано з ізоляцією від реального світу та погіршенням психоемоційного стану.

Серед осіб, що перебували в умовах вимушеної соціальної ізоляції, у звичайних користувачів Інтернету виявлено середній показник якості життя $47,77 \pm 21,88$ (95 % СІ 42,30–53,23), з медіанним значенням 43,00 та міжквартильним діапазоном 33,50–65,00. Проблемні користувачі мали дещо вищий середній показник $50,50 \pm 23,91$ (95 % СІ 37,76–63,24), з медіанним значенням 52,00 та міжквартильним діапазоном 27,00–70,50. Однак різниця між цими групами не була статистично значущою ($p > 0,05$), що може свідчити про те, що вплив інтернет-адикції на якість життя в умовах ізоляції є неоднозначним і потребує подальшого дослідження (табл. 4.5).

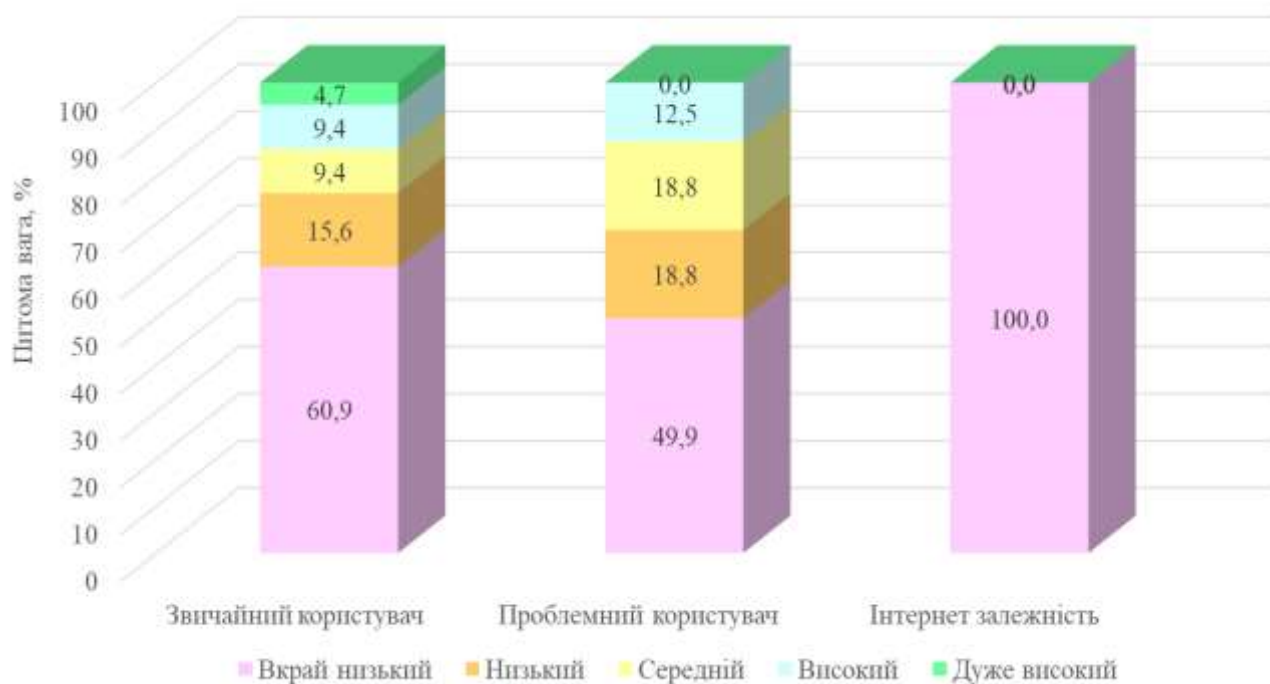


Рисунок 4.6 – Структура рівнів за методикою оцінки якості життя (О. С. Чабан) в осіб, що перебувають в умовах вимушеної соціальної ізоляції, відносно наявності у них інтернет адикції

Таблиця 4.5 – Кількісні показники за методикою оцінки якості життя (О. С. Чабан) в осіб, що перебувають в умовах вимушеної соціальної ізоляції, відносно наявності у них інтернет адикції

Показник	Значення показника, M ± m (CI ± 95 %) / Me / Q ₂₅ – Q ₇₅			p		
	Звичайний користувач, n=64	Проблемний користувач, n=16	Інтернет залежність, n=1	1-2	1-3	2-3
Шкала оцінки якості життя	47,77 ± 21,88 (42,30–53,23) / 43,00 [33,50– 65,00]	50,50 ± 23,91 (37,76–63,24) / 52,00 [27,00– 70,50]	0,00	> 0,05	-	-

Інтернет-адикція може мати як позитивні, так і негативні наслідки для якості життя. У досліджуваній групі не було виявлено значущих негативних

впливів, але можливість довгострокових негативних наслідків при посиленні залежності від Інтернету не можна виключати.

4.2.2 Вплив соціальної активності на якість життя контрольної групи

Для осіб контрольної групи також було оцінено суб'єктивне сприйняття якості життя. Вкрай низький рівень якості життя спостерігався у 6 соціально активних осіб (9,2 %) та 7 соціально неактивних осіб (46,7 %) ($p < 0,01$). Низький рівень виявлено у 7 соціально активних осіб (10,8 %) та 4 соціально неактивних осіб (26,7 %) ($p > 0,05$). Середній рівень був присутній у 13 соціально активних осіб (20,0 %) та 2 соціально неактивних осіб (13,3 %) ($p > 0,05$). Високий рівень спостерігався у 8 соціально активних осіб (12,3 %) та 2 соціально неактивних осіб (13,3 %) ($p > 0,05$). Дуже високий рівень якості життя не був зафіксований серед соціально активних осіб, але виявлений у 31 соціально неактивної особи (47,7 %) ($p < 0,01$) (рис. 4.7).

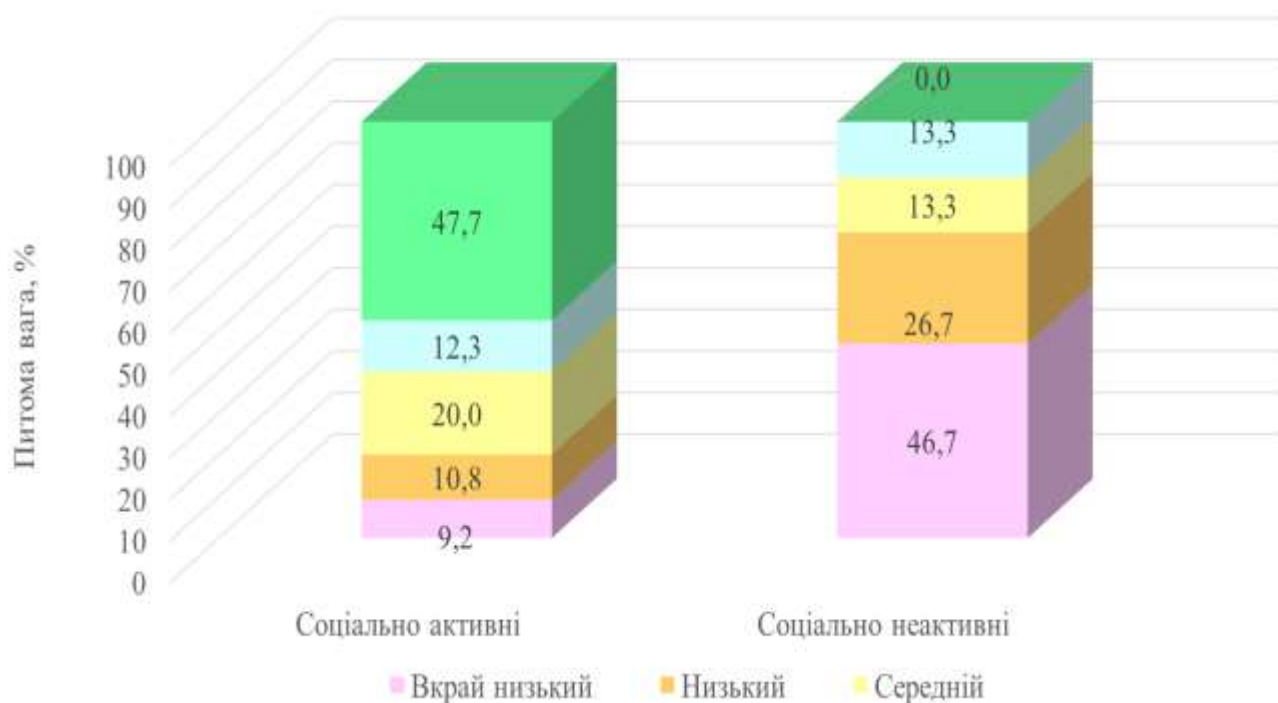


Рисунок 4.7 – Структура рівнів за методикою оцінки якості життя (О. С. Чабан) в осіб контрольної групи, відносно їхньої соціальної активності

Соціальна активність впливає на якість життя у контрольній групі. Соціально активні особи частіше мають вкрай низький рівень якості життя, що може бути пов'язано з відсутністю реальних соціальних контактів у період ізоляції.

Таблиця 4.6 – Кількісні показники за методикою оцінки якості життя (О. С. Чабан) в осіб контрольної групи, відносно їхньої соціальної активності

Показник	Значення показника, M ± m (CI ± 95 %) / Me / Q ₂₅ – Q ₇₅		p
	Соціально активні, n=65	Соціально неактивні, n=15	
Показник за шкалою оцінки якості життя	79,26 ± 16,37 (75,20–83,32) / 82,00 [68,00–96,00]	47,07 ± 24,87 (33,29–60,84) / 56,00 [14,00–68,00]	< 0,01

У контрольній групі, яка не перебувала в умовах вимушеної ізоляції, у соціально активних осіб виявлено середній показник якості життя $79,26 \pm 16,37$ (95 % CI 75,20–83,32), з медіанним значенням 82,00 і міжквартильним діапазоном 68,00–96,00. Це значно вищий показник у порівнянні з соціально неактивними особами, чий середній показник становив $47,07 \pm 24,87$ (95 % CI 33,29–60,84), з медіанним значенням 56,00 і міжквартильним діапазоном 14,00–68,00. Різниця між цими групами також є статистично значущою ($p < 0,001$) (табл. 4.6).

Соціальна активність відіграє важливу роль у підтримці високої якості життя навіть у відсутності стресових факторів, таких як вимушена ізоляція. Це підкреслює важливість соціальної взаємодії у повсякденному житті для збереження психічного благополуччя, незалежно від обставин.

У контрольній групі також було проаналізовано вплив користування соціальними мережами на сприйняття якості життя. Вкрай низький рівень якості життя спостерігався у 6 користувачів соціальних мереж (9,8 %) та 7 осіб, що не користуються соціальними мережами (36,7 %) ($p < 0,01$). Низький рівень виявлено у 7 користувачів соціальних мереж (11,5 %) та 4 осіб, що не користуються соціальними мережами (21,1 %) ($p > 0,05$). Середній рівень був присутній у 11

користувачів соціальних мереж (18,0 %) та 4 осіб, що не користуються соціальними мережами (21,1 %) ($p > 0,05$). Високий рівень спостерігався у 9 користувачів соціальних мереж (14,8 %) та 1 особи, що не користується соціальними мережами (5,3 %) ($p > 0,05$). Дуже високий рівень якості життя зафіксований у 28 користувачів соціальних мереж (45,9 %) та 3 осіб, що не користуються соціальними мережами (15,8 %) ($p < 0,05$) (рис. 4.8).

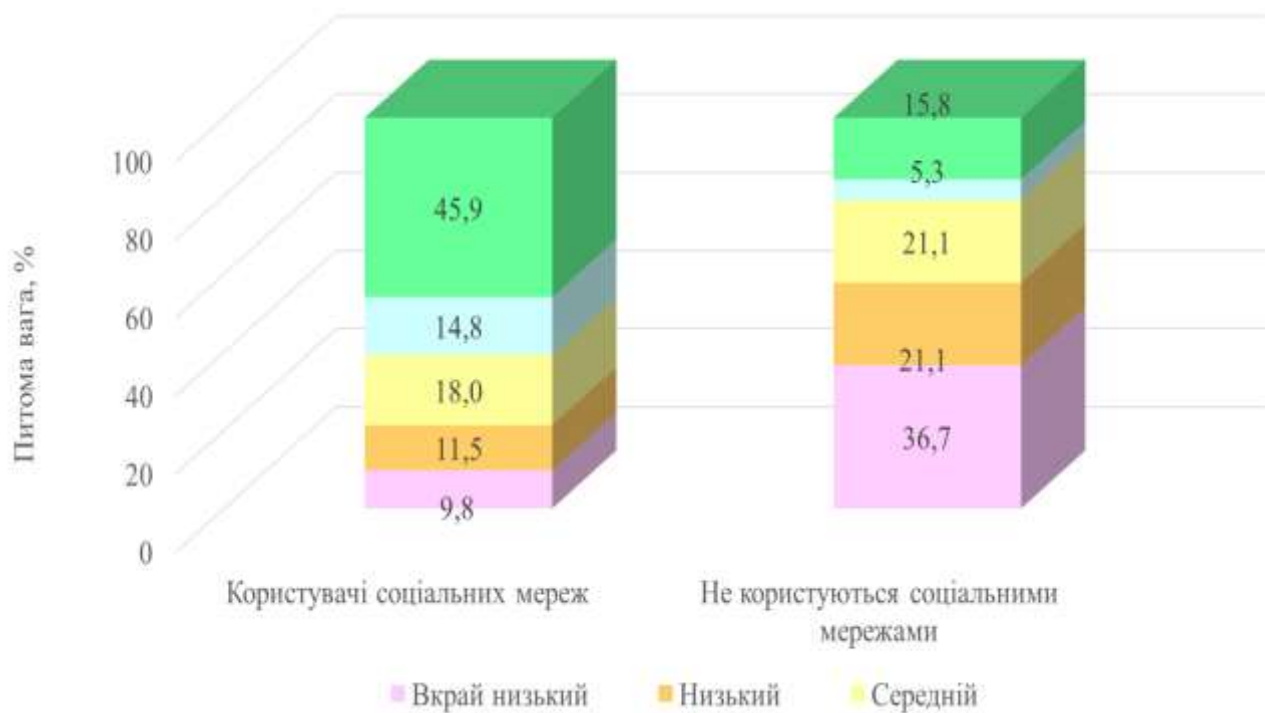


Рисунок 4.8 – Структура рівнів за методикою оцінки якості життя (О. С. Чабан) в осіб контрольної групи, відносно їхньої активності у соціальних мережах

Користування соціальними мережами асоціюється з вищими показниками вкрай низького рівня якості життя у контрольній групі. Це може бути пов'язано з тим, що соціальні мережі не завжди забезпечують повноцінну заміну реального спілкування і можуть призводити до почуття ізоляції.

У контрольній групі, в активних користувачів соціальних мереж виявлено середній показник якості життя $77,80 \pm 18,09$ (95 % СІ 73,17–82,44), з медіанним значенням 82,00 і міжквартильним діапазоном 66,00–91,00. Ті, хто не користувався соціальними мережами, мали значно нижчий середній показник $58,53 \pm 27,32$ (95 % СІ 45,36–71,70), з медіанним значенням 60,00 і

міжквартильним діапазоном 47,00–72,00. Різниця між цими групами також є статистично значущою ($p < 0,001$) (табл. 4.7).

Таблиця 4.7 – Кількісні показники за методикою оцінки якості життя (О. С. Чабан) в осіб контрольної групи, відносно їхньої активності у соціальних мережах

Показник	Значення показника, М ± m (CI ± 95 %) / Me / Q ₂₅ – Q ₇₅		p
	Користувачі соціальних мереж, n=61	Не користуються соціальними мережами, n=19	
Показник за шкалою оцінки якості життя	77,80 ± 18,09 (73,17–82,44) / 82,00 [66,00–91,00]	58,53 ± 27,32 (45,36–71,70) / 60,00 [47,00–72,00]	< 0,01

Соціальні мережі не лише підтримують якість життя в умовах ізоляції, але й в звичайному житті відіграють важливу роль у підтримці соціальних зв'язків і психічного благополуччя. Це підкреслює необхідність активного використання цифрових технологій для збереження соціальної активності та підвищення якості життя.

У контрольній групі також знайдено значні відмінності у сприйнятті якості життя залежно від рівня інтернет адикції.

Вкрай низький рівень якості життя спостерігався у 10 звичайних користувачів (14,3 %), 3 проблемних користувачів (33,4 %) та не спостерігався серед тих, хто має інтернет залежність ($p > 0,05$ для всіх порівнянь). Низький рівень виявлено у 9 звичайних користувачів (12,9 %), 2 проблемних користувачів (22,2 %) та не спостерігався серед тих, хто має інтернет залежність ($p > 0,05$ для всіх порівнянь). Середній рівень був присутній у 15 звичайних користувачів (21,4 %), але не спостерігався серед проблемних користувачів та тих, хто має інтернет залежність ($p > 0,05$ для всіх порівнянь). Високий рівень спостерігався у 8 звичайних користувачів (11,4 %), 2 проблемних користувачів (22,2 %) та не спостерігався серед тих, хто має інтернет залежність ($p > 0,05$ для всіх порівнянь).

Дуже високий рівень якості життя був зафіксований у 28 звичайних користувачів (40,0 %), 2 проблемних користувачів (22,2 %) та 1 особи з інтернет залежністю (100 %) ($p > 0,05$ для всіх порівнянь) (рис. 4.9).

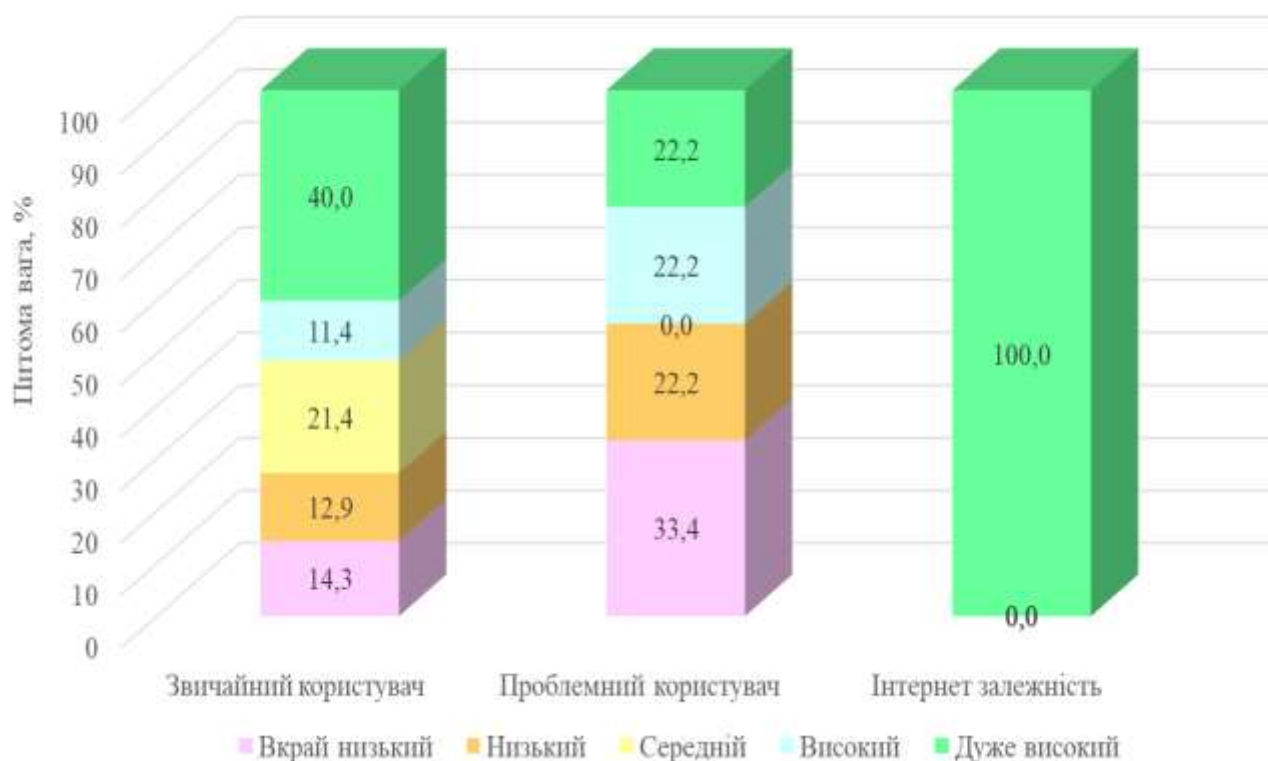


Рисунок 4.9 – Структура рівнів за методикою оцінки якості життя (О. С. Чабан) в осіб контрольної групи відносно наявності у них інтернет адикції

Інтернет залежність асоціюється з вищими показниками вкрай низького рівня якості життя. Це може бути пов'язано з ізоляцією від реального світу та погіршенням психоемоційного стану.

У контрольній групі, звичайні користувачі Інтернету мали середній показник якості життя $73,79 \pm 21,59$ (95 % СІ 68,64–78,93), з медіанним значенням 73,00 і міжквартильним діапазоном 65,00–90,00. У проблемних користувачів виявлено дещо нижчий середній показник $65,89 \pm 25,15$ (95 % СІ 46,56–85,22), з медіанним значенням 64,00 та міжквартильним діапазоном 52,00–82,00. Однак, ця різниця не досягла статистичної значущості ($p > 0,05$) (табл. 4.8).

Навіть у відсутності соціальної ізоляції, інтернет-адикція може негативно впливати на якість життя, хоча в контрольній групі ці негативні впливи були

незначними. Це вказує на те, що інтернет-залежність може мати приховані ризики для психічного благополуччя, які проявляються лише за певних умов.

Таблиця 4.8 – Кількісні показники за методикою оцінки якості життя (О. С. Чабан) в осіб контрольної групи відносно наявності у них інтернет адикції

Показник	Значення показника, M ± m (CI ± 95 %) / Me / Q ₂₅ – Q ₇₅			p		
	Звичайний користувач, n=70	Проблемний користувач, n=9	Інтернет залежність, n=1	1-2	1-3	2-3
Шкала оцінки якості життя	73,79 ± 21,59 (68,64–78,93) / 73,00 [65,00– 90,00]	65,89 ± 25,15 (46,56–85,22) / 64,00 [52,00– 82,00]	100,0	> 0,05	-	-

Отримані результати свідчать про те, що соціальна активність, користування соціальними мережами та інтернет залежність можуть мати різний вплив на якість життя залежно від умов перебування. В умовах вимушеної соціальної ізоляції ці фактори можуть виступати як захисні механізми, що сприяють покращенню психоемоційного стану. У звичних умовах користування соціальними мережами та інтернет залежність можуть мати негативний вплив на якість життя.

4.3 Захисні механізми психіки осіб, що перебувають в умовах вимушеної соціальної ізоляції

У нашому дослідженні ми вивчали вплив вимушеної соціальної ізоляції під час пандемії на психічний стан осіб, використовуючи шкалу НАМ-D для оцінки різних аспектів їхнього психологічного здоров'я. Ми проаналізували індекс вираження безсоння, шкалу оцінки якості життя та рівень інтернет адикції, щоб зрозуміти, які захисні механізми використовують люди для збереження психічного здоров'я в умовах соціальної ізоляції. Важливо порівнювати ці

показники з депресивною симптоматикою, оскільки депресія є однією з найпоширеніших і найсерйозніших реакцій на стресові умови, такі як соціальна ізоляція.

4.3.1 Особливості прояву захисних механізмів досліджуваної групи

Індекс вираження безсоння був одним із ключових показників, який ми аналізували в досліджуваній групі. Безсоння може бути як наслідком стресу, так і захисним механізмом психіки, що допомагає уникати неприємних думок і почуттів. Важливо порівнювати цей показник з депресивною симптоматикою, оскільки безсоння є одним з основних симптомів депресії і може посилювати інші депресивні прояви.

Нормальні показники індексу вираження безсоння були виявлені у 50 % осіб. Субклінічні прояви спостерігалися у 25 % осіб, помірні – у 4,2 %, важкі – у 0 %. Значна відмінність у показниках вираження безсоння між особами, що мають нормальні показники і субклінічні прояви ($p < 0,01$), а також між нормальними і помірними проявами ($p < 0,01$).

Порушення сну можуть слугувати захисним механізмом психіки в умовах соціальної ізоляції. Люди, які мають проблеми зі сном, часто намагаються уникати стресових ситуацій та негативних емоцій, що може бути адаптивним у короткостроковій перспективі. Проте, у довгостроковій перспективі, безсоння може призвести до більш серйозних психологічних проблем (рис. 4.10).

Результати свідчать про те, що у групі з відсутнім індексом безсоння середній рівень депресії за шкалою HAM-D становив $6,50 \pm 5,66$ (95 % CI 3,85–9,15), з медіанним значенням 5,00 та міжквартильним діапазоном 2,50–9,00. Зі зростанням інтенсивності безсоння спостерігається помітне збільшення рівня депресії: у групі з важким безсонням середній показник депресії досягав $26,62 \pm 10,21$ (95 % CI 20,45–32,79), з медіанним значенням 26,00 та міжквартильним діапазоном 19,00–35,00. Статистична значущість цієї різниці підтверджується значеннями p , де всі порівняння між групами показали високий рівень значущості ($p < 0,001$) (табл. 4.9).

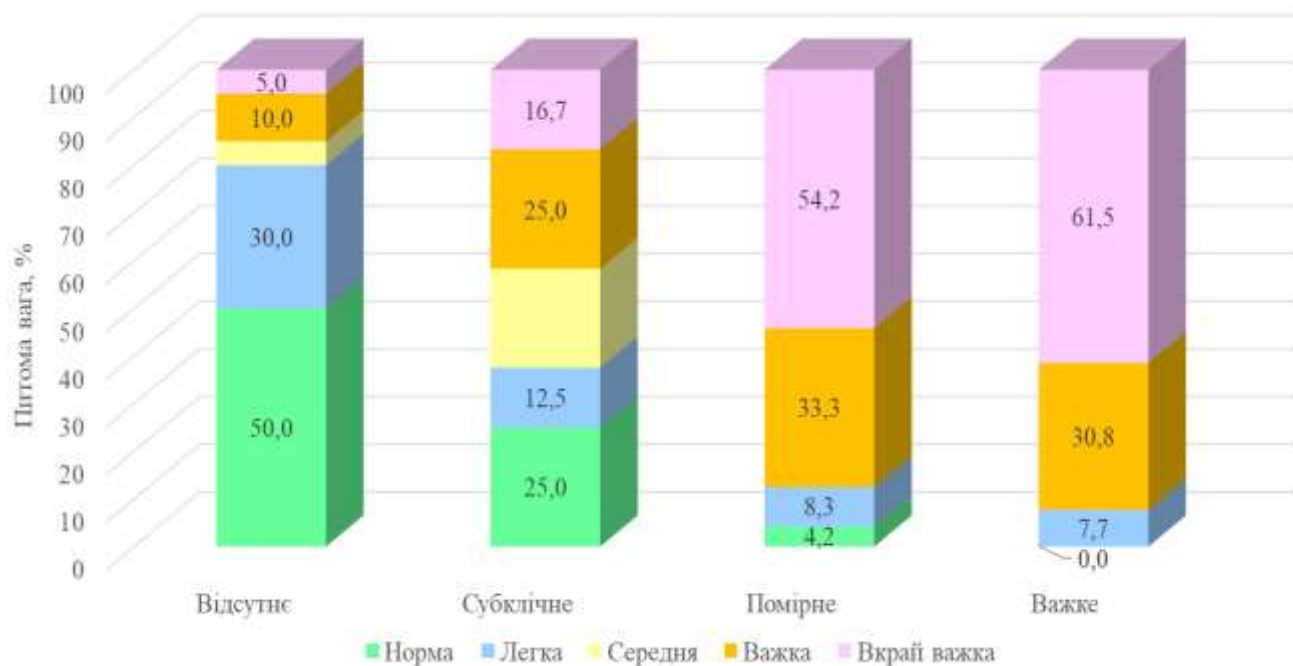


Рисунок 4.10 – Структура рівнів взаємозв'язку між індексом вираження безсоння та рівнем депресії (HAM-D) серед осіб, що перебувають в умовах вимушеної соціальної ізоляції

Таблиця 4.9 – Кількісні показники взаємозв'язку між індексом вираження безсоння та рівнем депресії (HAM-D) серед осіб, що перебувають в умовах вимушеної соціальної ізоляції

Показник	Значення показника, M ± m (CI ± 95 %) / Me / Q ₂₅ – Q ₇₅				p					
	Відсутнє, n=20	Субклічне, n=24	Помірне, n=24	Важке, n=13	1-2	1-3	1-4	2-3	2-4	3-4
HAM-D	6,50 ± 5,66 (3,85–9,15) / 5,00 [2,50– 9,00]	12,58 ± 8,18 (9,13–16,04) / 13,00 [4,50– 17,50]	21,75 ± 7,07 (18,76–24,74) / 22,00 [18,00–25,50]	26,62 ± 10,21 (20,45–32,79) / 26,00 [19,00–35,00]	< 0,05	< 0,01	< 0,01	< 0,01	< 0,01	> 0,05

Безсоння, як один із проявів стресу, значно посилює депресивні симптоми в умовах соціальної ізоляції. Це підкреслює важливість належного сну як захисного механізму проти погіршення психічного здоров'я.

Якість життя є важливим показником психологічного благополуччя. В умовах соціальної ізоляції рівень якості життя може змінюватися, і ці зміни можуть бути як позитивними, так і негативними. Порівняння цього показника з депресивною симптоматикою важливе, оскільки низька якість життя часто супроводжується високим рівнем депресії, а висока якість життя може бути захисним фактором проти депресивних розладів.

Низький рівень якості життя спостерігався у 12,5 % осіб, середній – у 22,2 %, високий – у 12,5 %, дуже високий – у 66,7 %. Значні розбіжності між групами з дуже високим рівнем якості життя та іншими групами ($p < 0,01$).

Вищий рівень якості життя у досліджуваній групі може бути пов'язаний із використанням ефективних захисних механізмів, таких як підтримання здорових стосунків, збереження оптимізму та залучення до приємних діяльностей. Ці механізми можуть допомагати особам краще адаптуватися до стресових умов соціальної ізоляції (рис. 4.11).

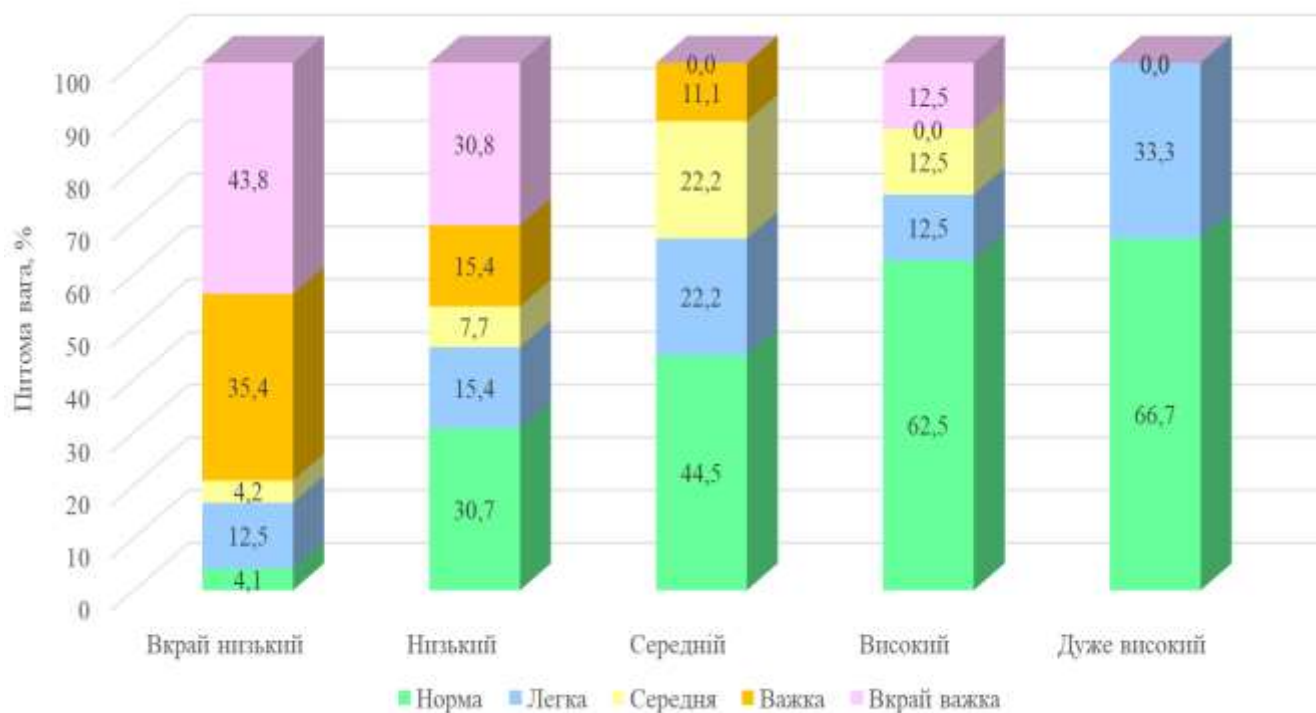


Рисунок 4.11 – Структура рівнів взаємозв'язку між суб'єктивною оцінкою якості життя (О. С. Чабан) та рівнем депресії (НАМ-D) серед осіб, що перебувають в умовах вимушеної соціальної ізоляції

Особи з вкрай низьким рівнем якості життя мали найвищий середній показник депресії за шкалою HAM-D – $20,79 \pm 9,52$ (95 % CI 18,03–23,56), з медіанним значенням 21,50 та міжквартильним діапазоном 14,50–26,50. Зі зростанням якості життя рівень депресії поступово знижується, і у групі з дуже високою якістю життя середній показник депресії становив лише $3,67 \pm 5,51$ (95 % CI -10,01–17,35), з медіанним значенням 1,00 та міжквартильним діапазоном 0–10,00. За статистичним аналізом встановлено значущу різницю між групами, особливо між групами з низькою та дуже високою якістю життя ($p < 0,005$) (табл. 4.10).

Таблиця 4.10 – Кількісні показники взаємозв'язку між суб'єктивною оцінкою якості життя та рівнем депресії (HAM-D) серед осіб, що перебувають в умовах вимушеної соціальної ізоляції

Показник	Значення показника, M ± m (CI ± 95 %) / Me / Q ₂₅ – Q ₇₅					p									
	Вкрай низький, n=48	Низький, n=13	Середній, n=9	Високий, n=8	Дуже високий, n=3	1-2	1-3	1-4	1-5	2-3	2-4	2-5	3-4	3-5	4-5
HAM-D	20,79 ± 9,52 (18,03–23,56) / 21,50 [14,50–26,50]	11,92 ± 9,01 (6,48–17,37) / 12,00 [5,00–16,00]	8,33 ± 6,08 (3,66–13,01) / 8,00 [4,00–11,00]	7,63 ± 7,93 (1,00–14,25) / 5,00 [2,50–9,00]	3,67 ± 5,51 (-10,01–17,35) / 1,00 [0,00–10,00]	< 0,01	< 0,01	< 0,01	< 0,05	> 0,05	> 0,05	> 0,05	> 0,05	> 0,05	> 0,05

Якість життя є ключовим фактором, що впливає на психічний стан людей під час соціальної ізоляції. Підтримка високого рівня якості життя може бути ефективним засобом профілактики депресії.

Інтернет адикція може бути як захисним, так і шкідливим механізмом. В умовах соціальної ізоляції люди можуть звертатися до інтернету як до способу уникнення реальності та зниження рівня тривоги. Важливо порівнювати цей

показник з депресивною симптоматикою, оскільки підвищений рівень інтернет адикції часто пов'язаний з депресією і може сприяти її погіршенню.

Серед осіб, які використовують інтернет, звичайними користувачами були 20,3 %, проблемними – 24,9 %, інтернет-залежними – 0 %. Значна відмінність між звичайними користувачами та проблемними користувачами ($p < 0,01$).

Інтернет адикція може виступати як тимчасовий захисний механізм, дозволяючи людям уникати реальності та відволікатися від стресових ситуацій. Однак, у довгостроковій перспективі, така залежність може призвести до ізоляції та посилення психічних розладів (рис. 4.12).

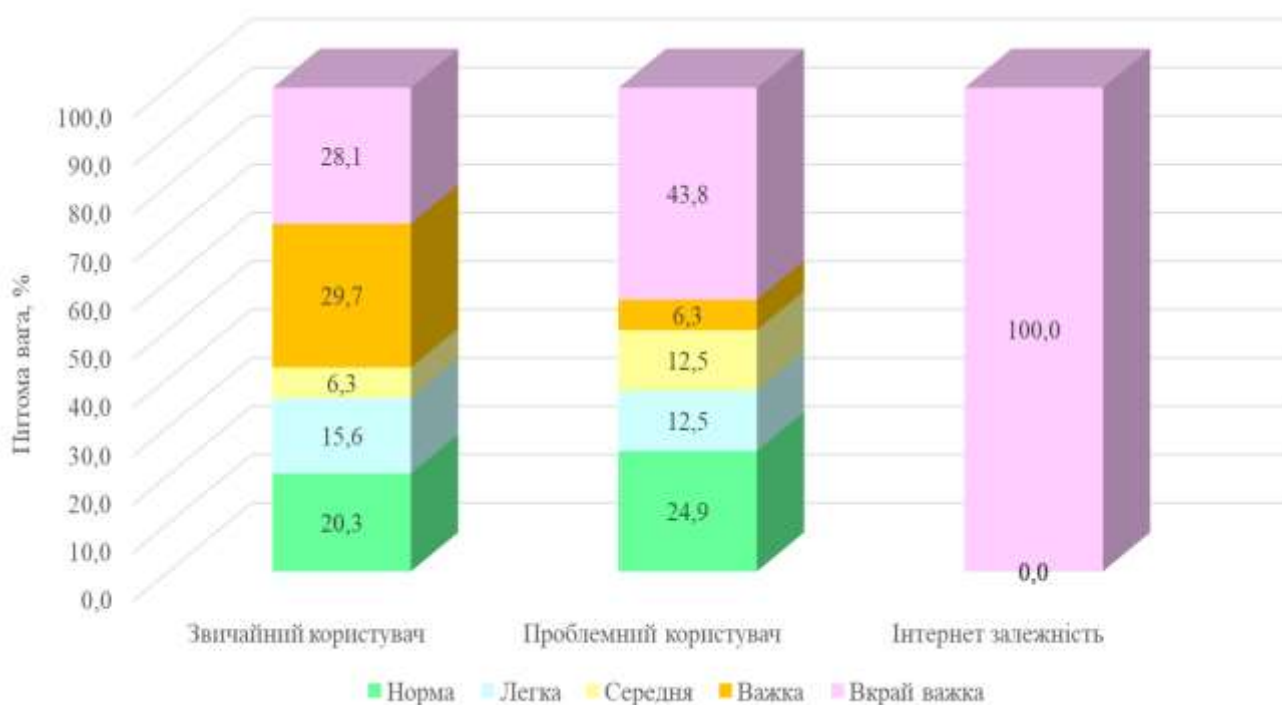


Рисунок 4.12 – Структура рівнів взаємозв'язку між рівнем вираження інтернет адикції (ІАТ) та рівнем депресії (НАМ-D) серед осіб, що перебувають в умовах вимушеної соціальної ізоляції

Встановлено, що серед звичайних користувачів Інтернету середній показник депресії за шкалою НАМ-D склав $15,48 \pm 10,00$ (95 % СІ 12,99–17,98), з медіанним значенням 15,50 та міжквартильним діапазоном 7,00–22,00. Для проблемних користувачів ці показники були дещо вищими – $17,25 \pm 12,28$ (95 % СІ 10,70–23,80), з медіанним значенням 18,00 та міжквартильним діапазоном

6,50–25,50. Незважаючи на ці відмінності, статистична значущість не була досягнута ($p > 0,05$), що може свідчити про складність впливу інтернет-адикції на психічний стан в ізоляції (табл. 4.11).

Таблиця 4.11 – Кількісні показники взаємозв'язку між рівнем вираження інтернет адикції та рівнем депресії (НАМ-D) серед осіб, що перебувають в умовах вимушеної соціальної ізоляції

Показник	Значення показника, $M \pm m$ (CI $\pm 95\%$) / Me / $Q_{25} - Q_{75}$			p		
	Звичайний користувач, n=64	Проблемний користувач, n=16	Інтернет залежність, n=1	1-2	1-3	2-3
НАМ-D	15,48 \pm 10,00 (12,99–17,98) / 15,50 [7,00–22,00]	17,25 \pm 12,28 (10,70–23,80) / 18,00 [6,50–25,50]	33,00	> 0,05	-	-

Інтернет-адикція має неоднозначний вплив на рівень депресії. Хоча підвищена залежність від Інтернету може погіршувати стан, не всі аспекти цього впливу є однозначно негативними, що потребує подальшого дослідження.

4.3.2 Особливості прояву захисних механізмів контрольної групи

Контрольна група також була досліджена за допомогою шкали НАМ-D для оцінки захисних механізмів психіки. Це дозволило порівняти результати з досліджуваною групою та виявити ключові відмінності в проявах захисних механізмів. Порівняння показників з депресивною симптоматикою в контрольній групі є важливим для розуміння загального впливу соціальної ізоляції на психічне здоров'я, оскільки депресія є ключовим показником психологічного стану в стресових умовах.

Порівняння індексу вираження безсоння в контрольній групі дозволяє зрозуміти, чи є безсоння специфічним захисним механізмом в умовах соціальної

ізоляції. Порівняння з депресивною симптоматикою важливе, оскільки безсоння є одним з основних симптомів депресії.

Нормальні показники індексу вираження безсоння виявлено у 86,3 % осіб, субклінічні – у 45,9 %, помірні – у 11,2 %, важкі – у 0 %. Значні розбіжності між групами з нормальними і субклінічними проявами ($p < 0,01$), а також між нормальними і помірними проявами ($p < 0,01$) (рис. 4.13).

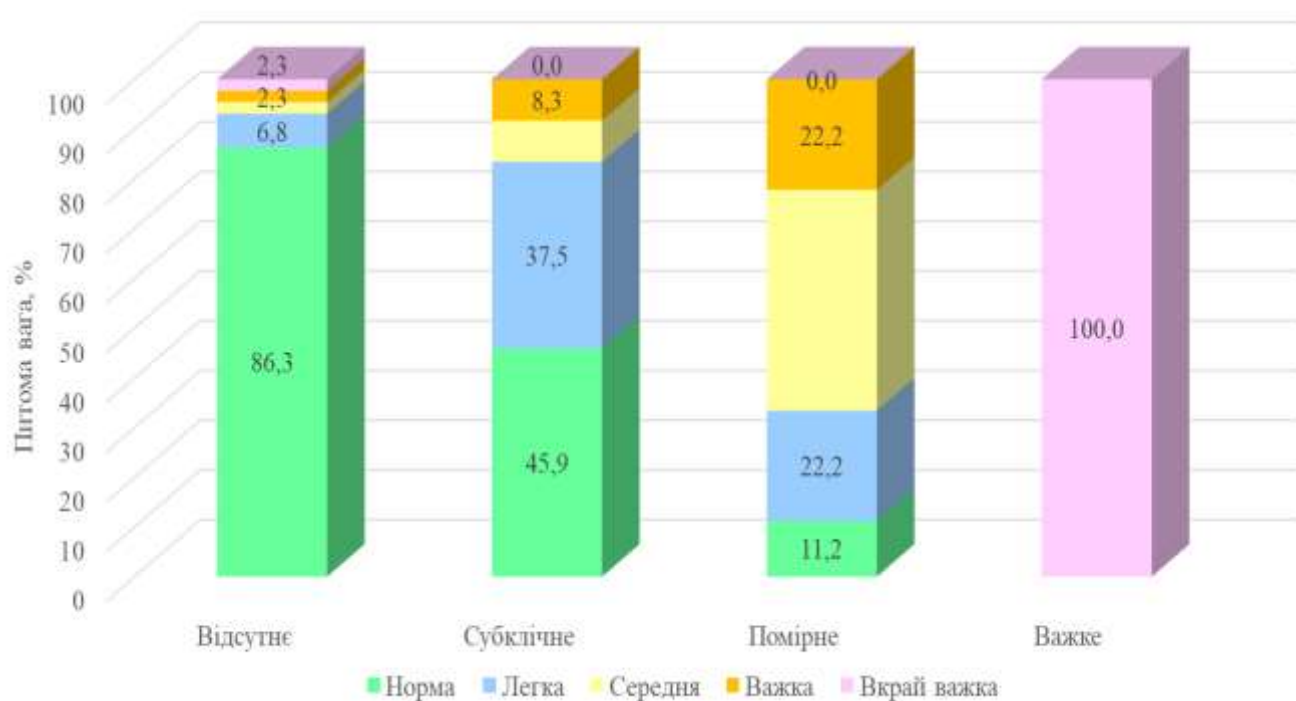


Рисунок 4.13 – Структура рівнів взаємозв'язку між індексом вираження безсоння (ISI) та рівнем депресії (HAM-D) серед осіб контрольної групи

В досліджуваній групі, порушення сну в контрольній групі можуть слугувати захисним механізмом, дозволяючи уникати стресу. Однак, високий відсоток нормальних показників індексу безсоння свідчить про те, що у контрольній групі спостерігаються кращі умови для сну, який можливий через менший рівень стресу (див. рис. 4.13).

У групі з відсутнім індексом безсоння середній показник депресії за шкалою HAM-D становив $2,66 \pm 4,53$ (95 % CI 1,28–4,04), з медіанним значенням 0 та міжквартильним діапазоном 0–4,00. У групі з важким безсонням цей показник

різко зростає до 32,00, з медіанним значенням 32,00, що є показовим для глибокого впливу безсоння на депресивний стан. Усі порівняння між групами виявилися статистично значущими ($p < 0,001$) (табл. 4.12).

Таблиця 4.12 – Кількісні показники взаємозв'язку між індексом вираження безсоння та рівнем депресії (НАМ-D) серед осіб контрольної групи

Показник	Значення показника, M ± m (CI ± 95 %) / Me / Q ₂₅ – Q ₇₅				p					
	Відсутнє, n=44	Субклічне, n=24	Помірне, n=9	Важке, n=3	1-2	1-3	1-4	2-3	2-4	3-4
НАМ-D	2,66 ± 4,53 (1,28–4,04) / 0,00 [0,00–4,00]	9,96 ± 7,95 (6,60– 13,32) / 7,00 [5,00– 14,00]	13,56 ± 5,22 (9,54– 17,57) / 15,00 [8,00– 16,00]	32,00 ± 0,00 (–) / 32,00 [32,00– 32,00]	< 0,01	< 0,01	< 0,01	< 0,05	< 0,05	< 0,05

Навіть у відсутності ізоляції безсоння суттєво посилює депресію, що свідчить про необхідність ефективного управління сном як засобу захисту психічного здоров'я.

Якість життя в контрольній групі аналізувалася для порівняння з досліджуваною групою, щоб виявити, як соціальна ізоляція впливає на цей показник. Порівняння з депресивною симптоматикою важливе, оскільки низька якість життя часто супроводжується високим рівнем депресії, а висока якість життя може бути захисним фактором проти депресивних розладів.

Низький рівень якості життя виявлено у 18,1 % осіб, середній – у 53,3 %, високий – у 50 %, дуже високий – у 90,3 %. Значні розбіжності між групами з дуже високим рівнем якості життя та іншими групами ($p < 0,01$).

Вищий рівень якості життя у контрольній групі може свідчити про наявність кращих адаптивних механізмів, таких як підтримка соціальних контактів і залучення до приємних діяльностей. Це може допомагати особам краще переживати стресові ситуації (рис. 4.14).

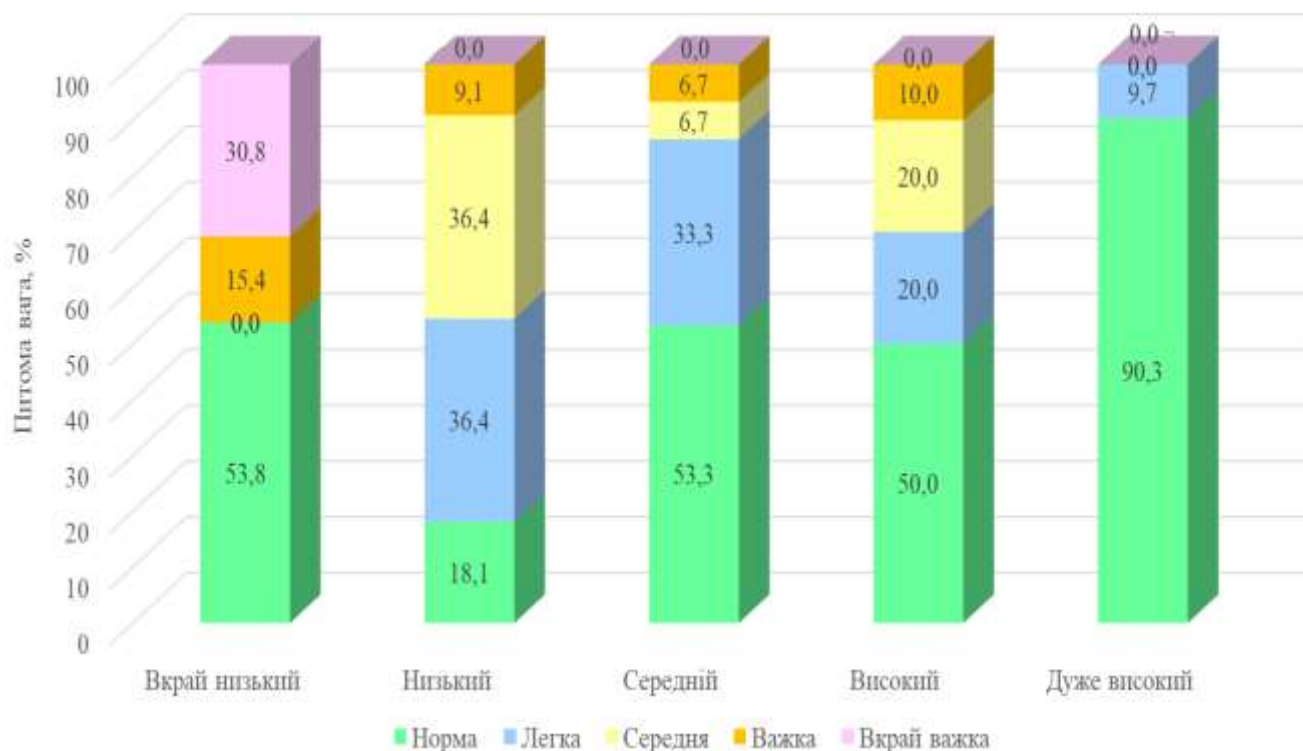


Рисунок 4.14 – Структура рівнів взаємозв'язку між суб'єктивною оцінкою якості життя та рівнем депресії (HAM-D) серед осіб контрольної групи

У контрольній групі показник впливу якості життя на рівень депресії демонструє аналогічні тенденції. Особи з вкрай низькою якістю життя мали середній показник депресії $12,54 \pm 13,36$ (95 % СІ 4,47–20,61), з медіанним значенням 6,00 та міжквартильним діапазоном 0–22,00. На протилежному кінці спектру, у групі з дуже високою якістю життя середній рівень депресії був мінімальним – $1,61 \pm 2,75$ (95 % СІ 0,60–2,62), з медіанним значенням 0 та міжквартильним діапазоном 0–3,00. Статистична значущість різниць між групами також підтверджується на рівні $p < 0,001$ (табл. 4.13).

Якість життя є універсальним фактором, що впливає на рівень депресії незалежно від соціального контексту. Підтримка високого рівня якості життя може ефективно запобігти розвитку депресії навіть за відсутності стресових умов.

Інтернет адикція в контрольній групі аналізувалася для виявлення відмінностей між групами і розуміння, як використання інтернету впливає на психічне здоров'я. Порівняння з депресивною симптоматикою важливе, оскільки

підвищений рівень інтернет адикції часто пов'язаний з депресією і може сприяти її погіршенню.

Таблиця 4.13 – Кількісні показники взаємозв'язку між суб'єктивною оцінкою якості життя та рівнем депресії (НАМ-D) серед осіб контрольної групи

Показник	Значення показника, M ± m (CI ± 95 %) / Me / Q ₂₅ – Q ₇₅					p									
	Вкрай низький, n=13	Низький, n=11	Середній, n=15	Високий, n=10	Дуже високий, n=31	1-2	1-3	1-4	1-5	2-3	2-4	2-5	3-4	3-5	4-5
НАМ-D	12,54 ± 13,36 (4,47–20,61) / 6,00 [0,00–22,00]	11,09 ± 5,68 (7,27–14,91) / 14,00 [6,00–15,00]	10,67 ± 9,17 (5,59–15,75) / 7,00 [5,00–16,00]	7,90 ± 5,72 (3,81–11,99) / 6,00 [3,00–13,00]	1,61 ± 2,75 (0,60–2,62) / 0,00 [0,00–3,00]	> 0,05	> 0,05	> 0,05	< 0,05	> 0,05	> 0,05	< 0,01	> 0,05	< 0,01	< 0,01

Серед осіб, які використовують інтернет, звичайними користувачами були 62,9 %, проблемними – 55,6 %, інтернет-залежними – 100 %. Значна відмінність між звичайними користувачами та інтернет-залежними ($p < 0,01$).

Високий рівень інтернет адикції в контрольній групі може свідчити про те, що люди використовують інтернет як засіб уникнення реальності та стресу. Це тимчасово може допомагати зменшити рівень тривоги, але у довгостроковій перспективі така залежність може мати негативні наслідки для психічного здоров'я (рис. 4.15).

У контрольній групі показник впливу якості життя на рівень депресії демонструє аналогічні тенденції. Особи з вкрай низькою якістю життя мали середній показник депресії $12,54 \pm 13,36$ (95 % CI 4,47–20,61), з медіанним значенням 6,00 та міжквартильним діапазоном 0–22,00. На протилежному кінці спектру, у групі з дуже високою якістю життя середній рівень депресії був мінімальним – $1,61 \pm 2,75$ (95 % CI 0,60–2,62), з медіанним значенням 0 та

міжквартильним діапазоном 0–3,00. Статистична значущість різниць між групами також підтверджується на рівні $p < 0,001$ (табл. 4.13).

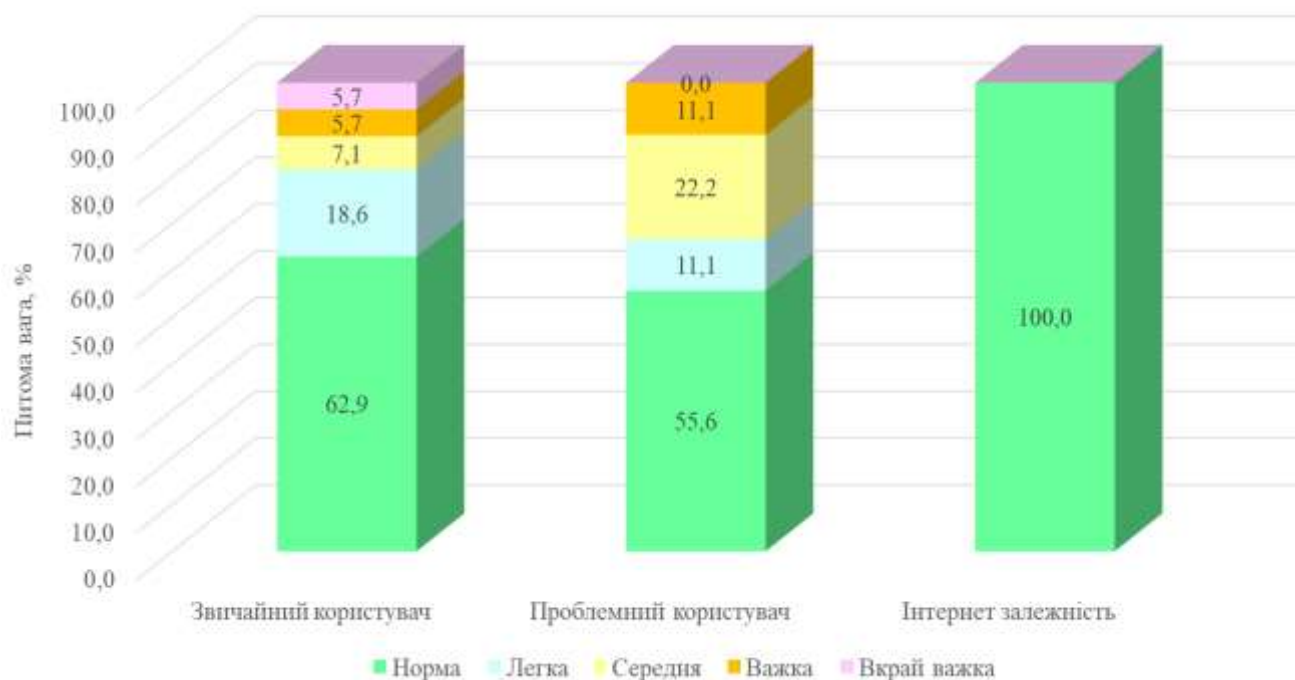


Рисунок 4.15 – Структура рівнів взаємозв'язку між рівнем вираження інтернет адикції та рівнем депресії (HAM-D) серед осіб контрольної групи

Таблиця 4.14 – Кількісні показники взаємозв'язку між рівнем вираження інтернет адикції та рівнем депресії (HAM-D) серед осіб контрольної групи

Показник	Значення показника, $M \pm m$ (CI \pm 95 %) / Me / $Q_{25} - Q_{75}$			p		
	Звичайний користувач, n=70	Проблемний користувач, n=9	Інтернет залежність, n=1	1-2	1-3	2-3
HAM-D	$7,06 \pm 8,91$ (4,93–9,18) / 4,50 [0,00–11,00]	$8,89 \pm 6,15$ (4,16–13,62) / 6,00 [5,00–15,00]	0,00	> 0,05	-	-

Інтернет-адикція в контрольних умовах також може мати неоднозначний вплив на рівень депресії, що потребує додаткових досліджень для повного розуміння цього феномену.

Результати дослідження свідчать про те, що вимушена соціальна ізоляція під час пандемії має значний вплив на психічний стан осіб. Порушення сну, вищий рівень якості життя та інтернет адикція можуть виступати як захисні механізми психіки. Порушення сну дозволяють уникати стресу, вищий рівень якості життя пов'язаний з ефективними адаптивними механізмами, а інтернет адикція допомагає тимчасово знижувати рівень тривоги. Однак, ці механізми мають як позитивні, так і негативні сторони, які слід враховувати при розробці стратегій психологічної підтримки осіб в умовах соціальної ізоляції. Важливість порівняння з депресивною симптоматикою полягає в тому, що депресія є ключовим індикатором психічного здоров'я, і розуміння її взаємозв'язків з іншими захисними механізмами дозволяє краще прогнозувати та коригувати стан психічного здоров'я у стресових умовах.

Висновки до розділу 4

На основі проведеного аналізу особливостей якості життя та захисних механізмів осіб, які перебували в умовах вимушеної соціальної ізоляції під час пандемії COVID-19, можна сформулювати такі висновки:

1. Гендерні особливості суб'єктивної оцінки якості життя.

Встановлено значні гендерні відмінності у сприйнятті якості життя серед осіб, що перебували в умовах вимушеної соціальної ізоляції під час пандемії COVID-19. У досліджуваній групі, вкрай низький рівень якості життя був зафіксований у 68,6 % чоловіків і 52,2 % жінок, тоді як у контрольній групі ці показники становили 15,5 % і 16,6 % відповідно ($p < 0,001$ для обох статей). Низький рівень якості життя спостерігався у 8,6 % чоловіків і 21,7 % жінок у досліджуваній групі, порівняно з 15,6 % і 12,5 % у контрольній групі ($p > 0,05$ для обох статей). Ці результати свідчать про те, що чоловіки більшою мірою страждають від соціальної ізоляції, демонструючи вищі показники низької якості життя порівняно з жінками, які виявилися більш стійкими до умов ізоляції.

2. Особливості суб'єктивної оцінки якості життя відносно соціальної активності.

Соціальна активність виявилася важливим фактором, що впливає на якість життя осіб в умовах соціальної ізоляції. У досліджуваній групі вкрай низький рівень якості життя був зафіксований у 45,2 % соціально активних осіб та у 85,8 % соціально неактивних осіб ($p < 0,001$). Низький рівень якості життя спостерігався у 7,1 % соціально активних осіб, порівняно з 20,8 % соціально неактивних ($p > 0,05$). Середній рівень якості життя не був зафіксований серед соціально активних осіб, тоді як серед соціально неактивних він становив 17 % ($p < 0,05$). Високий рівень якості життя був виявлений у 11,3 % соціально активних осіб проти 7,1 % соціально неактивних ($p > 0,05$). Це підкреслює важливість соціальної активності як засобу підтримки якості життя в умовах ізоляції. *Користування соціальними мережами*: Вкрай низький рівень якості життя був виявлений у 49 % користувачів соціальних мереж і 80,8 % осіб, що не користуються соціальними мережами ($p < 0,001$). Це вказує на те, що користування соціальними мережами може відігравати важливу роль у зниженні негативного впливу ізоляції на якість життя. *Інтернет адикція*: У досліджуваній групі вкрай низький рівень якості життя був зафіксований у 60,9 % звичайних користувачів Інтернету, 49,9 % проблемних користувачів і 100 % осіб з інтернет-залежністю ($p > 0,05$ для всіх порівнянь). Це свідчить про те, що інтернет-залежність може посилювати негативний вплив соціальної ізоляції на якість життя.

У контрольній групі *соціальна активність* також значно впливала на якість життя. Вкрай низький рівень якості життя був виявлений у 9,2 % соціально активних осіб і 46,7 % соціально неактивних осіб ($p < 0,001$). Низький рівень якості життя спостерігався у 26,7 % соціально активних осіб проти 10,8 % соціально неактивних ($p > 0,05$). Середній рівень якості життя спостерігався у 13,3 % соціально активних осіб порівняно з 20 % соціально неактивних ($p > 0,05$). Високий рівень якості життя був зафіксований у 13,3 % соціально активних осіб і 12,3 % соціально неактивних ($P > 0,05$). Дуже високий рівень якості життя спостерігався у 0 % соціально активних осіб проти 47,7 % соціально неактивних ($p < 0,001$). *Користування соціальними мережами*: У контрольній групі вкрай

низький рівень якості життя був виявлений у 36,7 % користувачів соціальних мереж і 9,8 % осіб, що не користуються соціальними мережами ($p < 0,001$). Це свідчить про те, що користування соціальними мережами може бути важливим фактором підтримки якості життя. *Інтернет адикція*: У контрольній групі вкрай низький рівень якості життя був зафіксований у 14,3 % звичайних користувачів Інтернету, 33,4 % проблемних користувачів і не був зафіксований серед осіб з інтернет-залежністю ($p > 0,05$ для всіх порівнянь).

3. *Захисні механізми психіки осіб, що перебувають в умовах вимушеної соціальної ізоляції.*

Захисні механізми психіки в умовах соціальної ізоляції мали вагомий вплив на підтримку психічного здоров'я осіб. Показники депресії у досліджуваній групі за шкалою НАМ-D відносно індексу вираження безсоння, шкали оцінки якості життя та інтернет адикції: *Індекс вираження безсоння*: У досліджуваній групі нормальні показники індексу безсоння спостерігалися у 50 % осіб, субклінічні прояви – у 25 %, помірні прояви безсоння – у 42 % осіб ($p < 0,001$). Важке безсоння спостерігалось у 15 % осіб ($p < 0,001$). *Шкала оцінки якості життя*: У досліджуваній групі низька якість життя часто супроводжувалася високими показниками депресії за шкалою НАМ-D. Вкрай важка депресія спостерігалася у 28,1 % звичайних користувачів, 43,8 % проблемних користувачів і 100 % осіб з інтернет-залежністю ($p > 0,05$ для всіх порівнянь). *Інтернет адикція*: Вкрай важка депресія була зафіксована у 28,1 % звичайних користувачів, 43,8 % проблемних користувачів та 100 % осіб з інтернет-залежністю ($p > 0,05$ для всіх порівнянь).

У контрольній групі захисні механізми психіки проявлялися менш виразно. Показники депресії за шкалою НАМ-D відносно індексу вираження безсоння, шкали оцінки якості життя та інтернет адикції: *Індекс вираження безсоння*: У контрольній групі нормальні показники індексу безсоння спостерігалися у 86,3 % осіб, субклінічні прояви були зафіксовані у 4,59 % респондентів ($p < 0,001$). Важке безсоння не спостерігалось. *Шкала оцінки якості життя*: У контрольній групі в осіб з високою якістю життя виявлено значно нижчий рівень депресії. Низький рівень депресії спостерігався у 90,3 % осіб з дуже високою якістю життя

($p < 0,001$). *Інтернет адикція*: У контрольній групі вкрай важка депресія не була зафіксована у жодній категорії користувачів Інтернету ($p > 0,05$ для всіх порівнянь).

Результати дослідження свідчать про значний негативний вплив соціальної ізоляції на якість життя і психічний стан людей. Соціальна активність, користування соціальними мережами та фізична активність виявилися важливими факторами, що допомагають підтримувати якість життя та знижують негативний вплив ізоляції. Інтернет-залежність, безсоння та депресія залишаються серйозними проблемами, які потребують додаткового вивчення та розробки ефективних стратегій підтримки психічного здоров'я.

Результати, викладені в даному розділі, опубліковані в наукових працях автора [103, 298].

РОЗДІЛ 5

ОСОБЛИВОСТІ РОЗВИТКУ ПСИХІЧНИХ ПОРУШЕНЬ В ЛЮДЕЙ ПОХИЛОГО ВІКУ, ЩО ПЕРЕБУВАЮТЬ В УМОВАХ ВИМУШЕНОЇ СОЦІАЛЬНОЇ ІЗОЛЯЦІЇ ПІД ЧАС ПАНДЕМІЇ COVID-19

5.1 Особливості клінічної психопатологічної симптоматики в людей похилого віку, що перебувають в умовах вимушеної соціальної ізоляції, відносно їхньої компенсації нестачі спілкування активним користуванням соціальними мережами

В умовах пандемії COVID-19 багато людей похилого віку опинилися у вимушеній соціальній ізоляції, що суттєво вплинуло на їх психічне здоров'я. Важливим аспектом дослідження є оцінка впливу активного користування соціальними мережами на рівень психопатологічної симптоматики серед цієї групи населення. Аналіз результатів за допомогою різних шкал та тестів дозволяє зрозуміти, як соціальні мережі можуть слугувати захисним механізмом проти розвитку психічних розладів.

Актуальність дослідження тривожної симптоматики за шкалою НАМ-А полягає у визначенні рівня тривожності у людей похилого віку, оскільки тривожність є однією з найбільш поширених психопатологічних проблем в умовах ізоляції.

Серед користувачів соціальних мереж не було виявлено випадків нормальної тривожності, тоді як 33,3 % мали можливу або легку тривожність. Виражена тривожність спостерігалася у 16,7 % осіб, а тяжка тривожність – у 16,7 %. У групі, що не користується соціальними мережами, тяжка тривожність виявлена у 68,7 % осіб. Відмінність у частоті тяжкої тривожності між групами статистично значуща ($p < 0,05$), що свідчить про те, що користування соціальними мережами може мати позитивний вплив на зниження рівня тривожності (рис. 5.1).

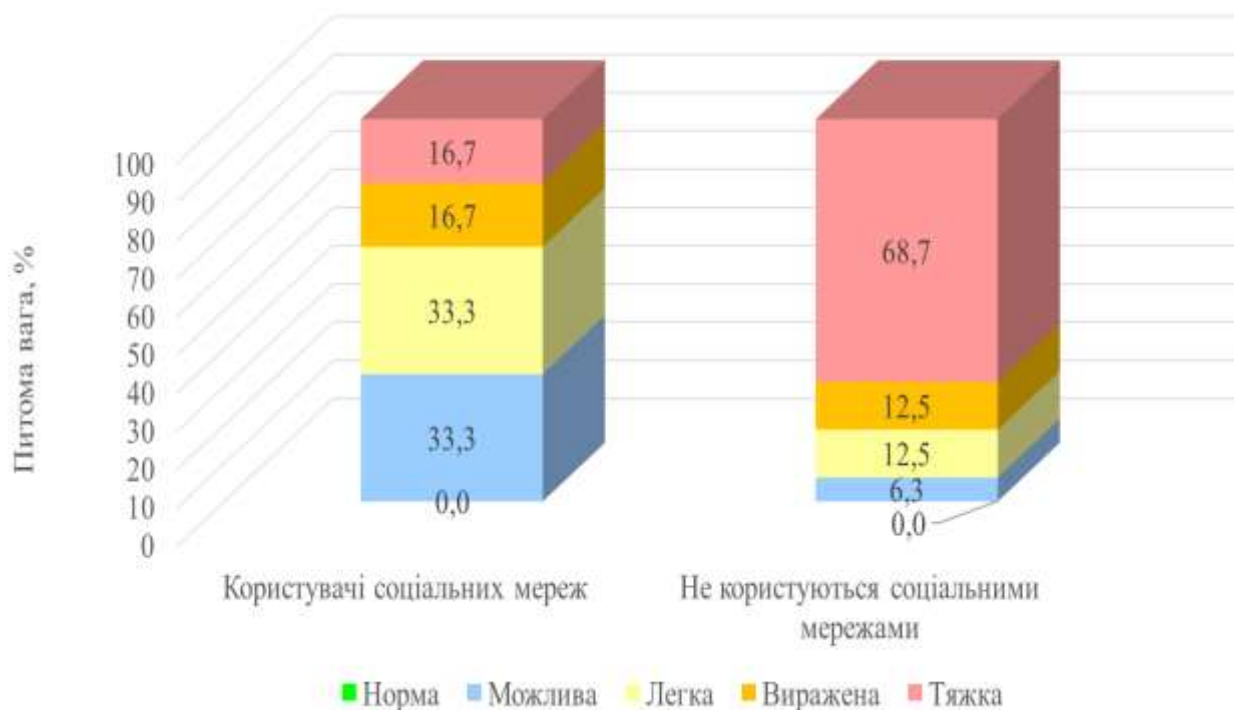


Рисунок 5.1 – Структура рівнів тривоги за шкалою НАМ-А у людей похилого віку, що перебувають в умовах вимушеної соціальної ізоляції під час пандемії, в залежності від користування соціальними мережами

Активне використання соціальних мереж значно знижує рівень тяжкої тривожності серед людей похилого віку, що перебувають в умовах соціальної ізоляції, порівняно з тими, хто не користується соцмережами.

Оцінка депресивної симптоматики є важливою, оскільки депресія є однією з найпоширеніших психічних розладів серед людей похилого віку, особливо в умовах соціальної ізоляції. Ця таблиця дозволяє оцінити рівень депресії в залежності від активності у соціальних мережах.

У групі користувачів соціальних мереж 25,1 % мали нормальний рівень депресії, в той час як у групі не користувачів цей показник складав лише 6,3 % ($p > 0,05$). Тяжка депресія спостерігалася у 8,3 % користувачів соцмереж і у 50,0 % тих, хто не користується соцмережами ($p < 0,05$).

Виражена депресія зустрічалася у 50,0 % користувачів соціальних мереж і у 37,4 % тих, хто не користується, однак ця різниця не була статистично значущою ($p > 0,05$) (рис. 5.2).

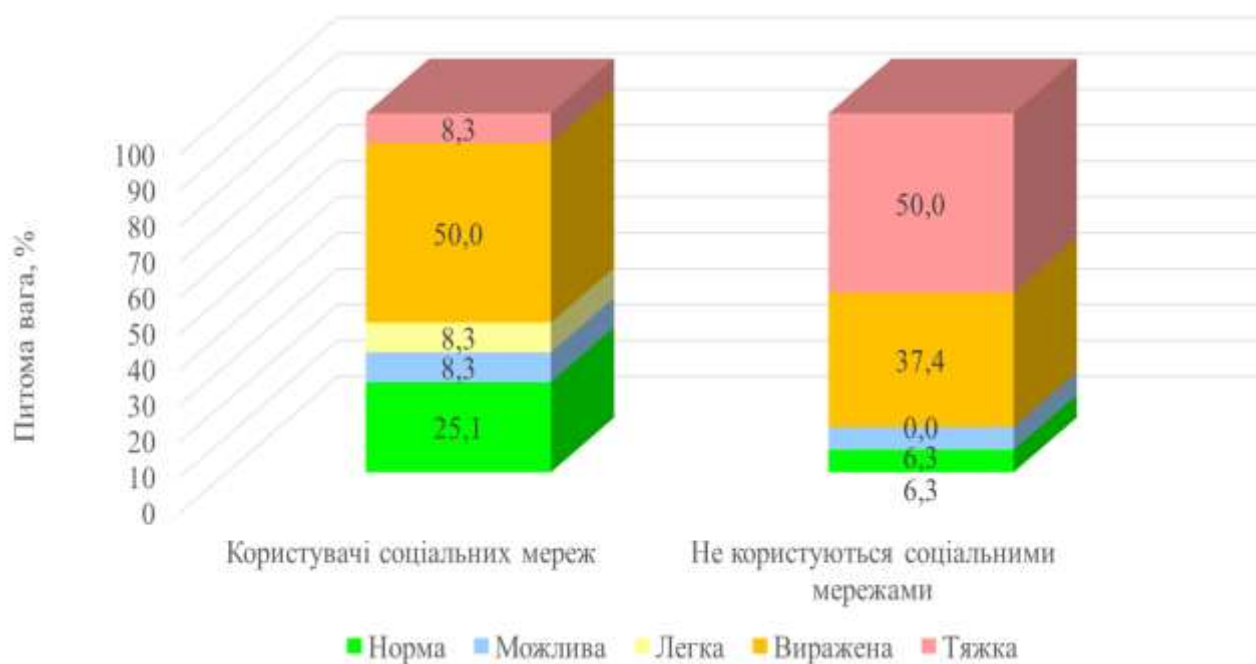


Рисунок 5.2 – Структура рівнів депресії за шкалою НАМ-D у людей похилого віку, що перебувають в умовах вимушеної соціальної ізоляції під час пандемії, в залежності від користування соціальними мережами

Використання соціальних мереж серед людей похилого віку, що перебувають у соціальній ізоляції, може значно зменшити ризик розвитку тяжкої депресії. Цей ефект, ймовірно, пов'язаний із можливістю зберігати соціальні контакти, що відіграє важливу роль у підтримці психічного здоров'я.

Оцінка суб'єктивного сприйняття якості життя є важливою, оскільки якість життя значно впливає на загальне психічне благополуччя людей похилого віку. Особливо важливо оцінити, чи може використання соціальних мереж покращити цей показник в умовах соціальної ізоляції.

Серед користувачів соціальних мереж 83,3 % оцінили свою якість життя як вкрай низьку, тоді як 16,7 % відзначили високий рівень. Жоден з учасників не відзначив дуже високий рівень якості життя.

У групі не користувачів соцмереж 87,5 % мали вкрай низьку якість життя, і лише 6,2 % оцінили її як високу ($p > 0,05$). Це вказує на загальний негативний вплив соціальної ізоляції на якість життя, хоча користування соцмережами може дещо покращити цей показник (рис. 5.3).

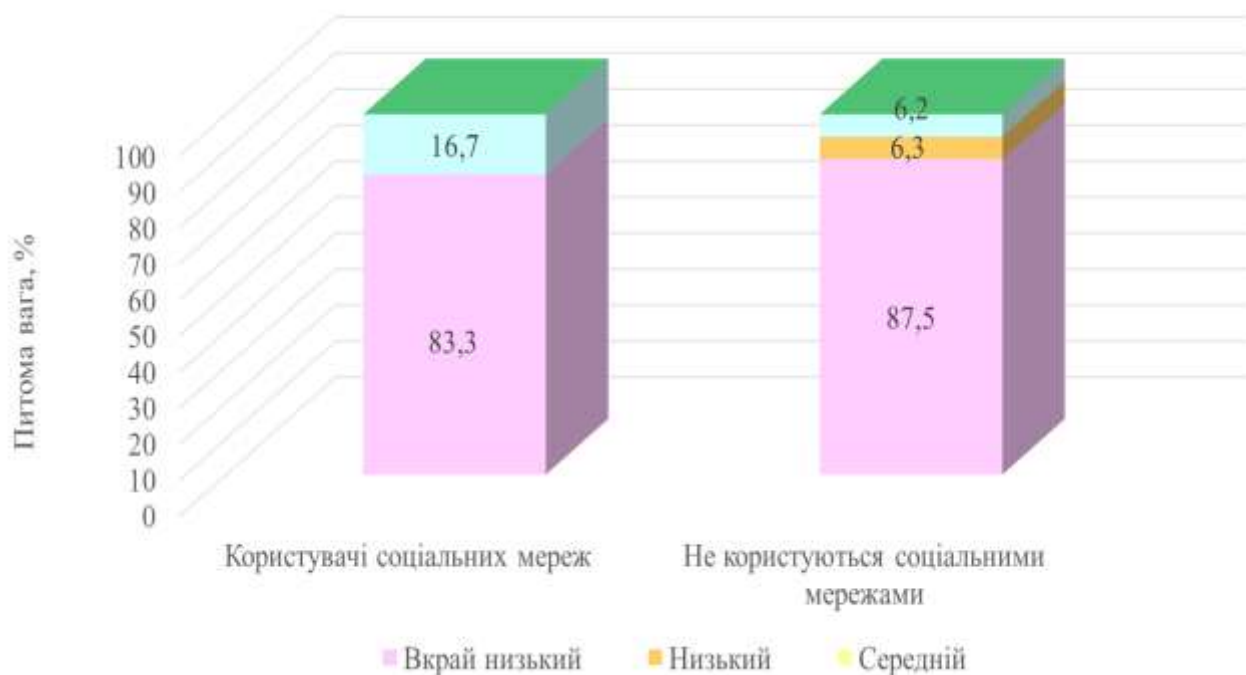


Рисунок 5.3 – Структура рівнів якості життя за Шкалою суб’єктивної оцінки якості життя (О. С. Чабан) у людей похилого віку, що перебувають в умовах вимушеної соціальної ізоляції під час пандемії, в залежності від користування соціальними мережами

Хоча більшість людей похилого віку в умовах соціальної ізоляції мають низьку якість життя, активне користування соціальними мережами може сприяти її підвищенню. Це підкреслює важливість соціальних контактів для підтримки загального психічного благополуччя.

Дослідження уваги за «Таблицями Шульте» дозволила дослідити рівень когнітивних функцій у людей похилого віку. «Таблиці Шульте» оцінює швидкість і точність виконання завдань, що є важливими показниками когнітивної діяльності.

Серед користувачів соціальних мереж 8,3 % мали нормальні результати, тоді як у групі не користувачів цей показник становив 12,5 % ($p > 0,05$). Знижені показники виявлені у 91,7 % користувачів і 87,5 % не користувачів.

Підвищеного рівня когнітивних функцій не було виявлено у жодній з груп. Відмінність між групами не є статистично значущою ($p > 0,05$), що вказує на

наявність когнітивних порушень незалежно від активності у соціальних мережах (рис. 5.4).



Рисунок 5.4 – Структура рівнів уваги за тестом «Таблиці Шульте» у людей похилого віку, що перебувають в умовах вимушеної соціальної ізоляції під час пандемії, в залежності від користування соціальними мережами

Активне користування соціальними мережами не мало значного впливу на результати «Таблиці Шульте». У обох групах більшість учасників мали знижені когнітивні функції, що може свідчити про наявність загальних когнітивних порушень, незалежно від активності у соціальних мережах.

«Тест Мюнстерберга» дозволяє оцінити здатність до концентрації уваги, що є ключовим показником когнітивного функціонування. Актуальність цього тесту полягає у визначенні впливу соціальних мереж на здатність до концентрації у людей похилого віку.

Встановлено, що всі учасники обох груп мали знижений рівень когнітивних функцій. Жоден з учасників не досяг нормальних або підвищених показників. Відмінність між групами не є статистично значущою ($p > 0,05$), що свідчить про загальні проблеми з концентрацією уваги серед людей похилого віку, незалежно від використання соціальних мереж (рис. 5.5).



Рисунок 5.5 – Структура рівнів концентрації уваги за тестом «Тест Мюнстерберга» у людей похилого віку, що перебувають в умовах вимушеної соціальної ізоляції під час пандемії, в залежності від користування соціальними мережами

Користування соціальними мережами не мало впливу на здатність до концентрації уваги, оскільки в усі учасників виявлено знижені результати. Це свідчить про те, що когнітивні порушення можуть бути пов'язані з іншими факторами, не пов'язаними з активністю у соціальних мережах.

Тест дослідження «пам'яті за Джекобсоном» оцінює здатність до збереження і відтворення інформації, що є важливим для повсякденного функціонування. Його актуальність полягає у визначенні рівня короточасної пам'яті у людей похилого віку.

За тестом на пам'ять серед користувачів соціальних мереж 50,0 % мали середній рівень пам'яті, 41,7 % – низький, і лише 8,3 % – високий рівень. У групі не користувачів соцмереж 37,5 % мали середній рівень, 56,2 % – низький рівень, і 6,3 % – високий рівень. Жоден з учасників обох груп не мав дуже низького рівня пам'яті. Відмінність між групами не є статистично значущою ($p > 0,05$), що свідчить про деяку перевагу у користувачів соцмереж щодо рівня пам'яті, але не на статистично значущому рівні (рис. 5.6).

Активне використання соціальних мереж може позитивно впливати на рівень пам'яті у літніх людей, що перебувають в умовах соціальної ізоляції. Проте

різниця між групами не є статистично значущою, що вказує на необхідність подальшого дослідження цього аспекту.

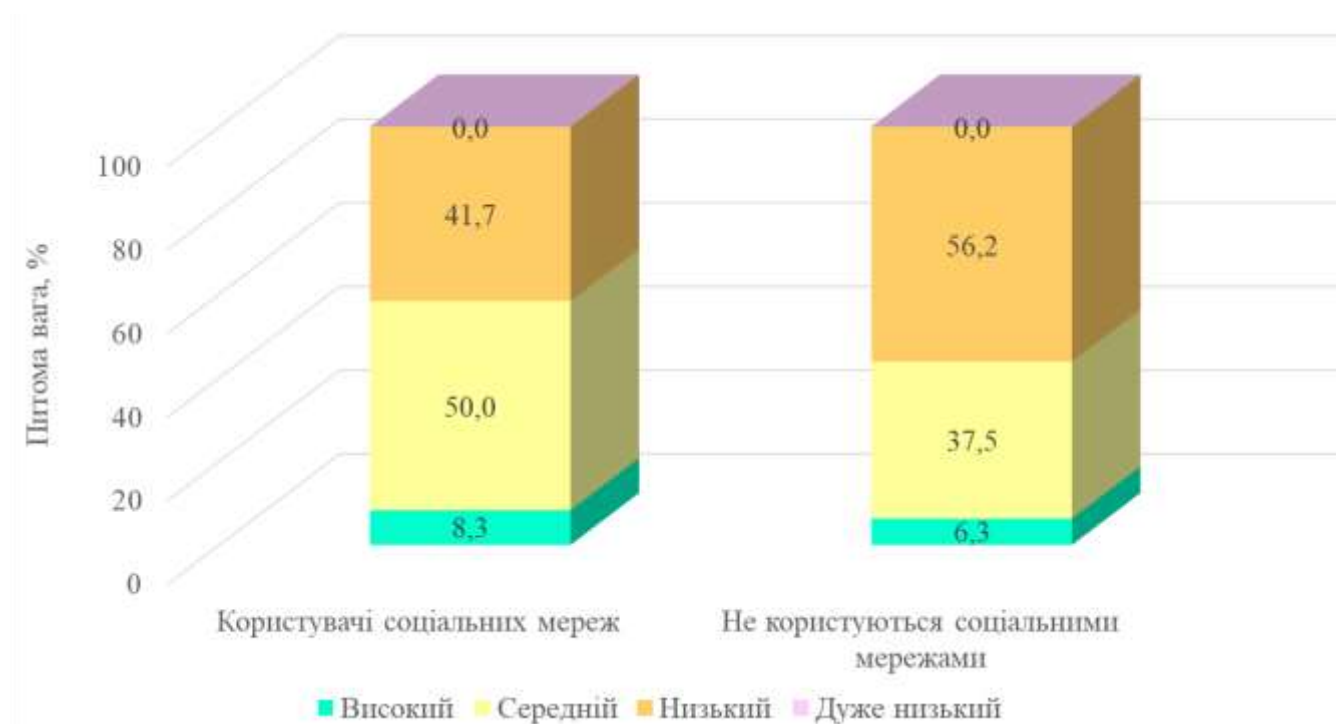


Рисунок 5.6 – Структура рівнів пам'яті за «тестом Джекобсона» у людей похилого віку, що перебувають в умовах вимушеної соціальної ізоляції під час пандемії, в залежності від користування соціальними мережами

Встановлено, що у людей похилого віку, які активно користуються соціальними мережами, рівень психопатологічної симптоматики за шкалою тривожності (HAM-A) був значно нижчим ($20,50 \pm 11,97$, СІ 12,89–28,11) порівняно з тими, хто не користується соціальними мережами ($32,19 \pm 12,41$, СІ 25,57–38,80), ($p < 0,05$). Подібна тенденція спостерігалася і за шкалою депресії (HAM-D), де користувачі соціальних мереж мали менші показники ($13,58 \pm 8,77$, СІ 8,01–19,16) у порівнянні з некористувачами ($22,00 \pm 10,07$, СІ 16,64–27,36), ($p < 0,05$). Ми не виявили значних відмінностей за тестом «Таблиці Шульте» між групами ($p > 0,05$), хоча користувачі соціальних мереж мали дещо нижчий середній показник ($40,63 \pm 11,38$) порівняно з некористувачами ($42,84 \pm 20,17$). За «Тестом Мюнстерберга» встановлено, що користувачі соціальних мереж мали значно вищі показники ($12,58 \pm 6,54$, СІ 8,43–16,74) порівняно з тими, хто не

користується соціальними мережами ($7,31 \pm 5,03$, СІ 4,63–9,99), ($p < 0,05$) (таб. 5.1).

Таблиця 5.1 – Кількісні показники за шкалами НАМ-А, НАМ-Д, «Таблиці Шульте», «Тест Мюнстерберга», «Пам'ять за Джекобсоном», Шкала оцінки якості життя у людей похилого віку, що перебувають в умовах вимушеної соціальної ізоляції під час пандемії, в залежності від користування соціальними мережами

Показник	Значення показника, M ± m (СІ ± 95 %) / Me / Q ₂₅ – Q ₇₅		P
	Користувачі соціальних мереж, n=12	Не користуються соціальними мережами, n=16	
НАМ-А	20,50 ± 11,97 (12,89– 28,11) / 16,50 [12,50– 26,50]	32,19 ± 12,41 (25,57– 38,80) / 32,00 [26,50– 40,00]	< 0,05
НАМ-Д	13,58 ± 8,77 (8,01– 19,16) / 14,50 [5,00– 21,00]	22,00 ± 10,07 (16,64– 27,36) / 21,00 [16,50– 28,50]	< 0,05
Таблиці Шульте	40,63 ± 11,38 (33,40– 47,85) / 41,00 [29,75– 52,00]	42,84 ± 20,17 (32,10– 53,59) / 45,50 [25,00– 53,00]	> 0,05
Тест Мюнстерберга	12,58 ± 6,54 (8,43– 16,74) / 13,00 [9,00– 15,00]	7,31 ± 5,03 (4,63– 9,99) / 6,00 [3,50– 12,00]	< 0,05
Пам'ять за Джекобсоном	4,50 ± 1,88 (3,30– 5,70) / 5,00 [3,00– 6,00]	4,31 ± 1,78 (3,36– 5,26) / 4,00 [3,00– 6,00]	> 0,05
Шкала оцінки якості життя	45,08 ± 18,40 (33,39– 56,77) / 38,50 [34,50– 47,00]	33,94 ± 21,15 (22,67– 45,21) / 35,00 [19,00– 43,00]	> 0,05

Щодо «пам'яті за Джекобсоном», то значущих відмінностей між групами не було виявлено ($p > 0,05$). За шкала оцінки якості життя встановлено вищі значення у користувачів соціальних мереж ($45,08 \pm 18,40$, СІ 33,39–56,77) у порівнянні з некористувачами ($33,94 \pm 21,15$, СІ 22,67–45,21), однак ця різниця також не була статистично значущою ($p > 0,05$) (таб. 5.1).

Активне користування соціальними мережами серед людей похилого віку, що перебувають в умовах соціальної ізоляції, може мати позитивний вплив на зниження рівня тривожності та депресії. Водночас, хоча користування соціальними мережами також сприяє покращенню якості життя, ці ефекти не є

статистично значущими для всіх показників, що вказує на необхідність подальших досліджень в цій сфері.

5.2 Прояви психопатологічної симптоматики в людей похилого віку, що не перебувають в умовах вимушеної соціальної ізоляції, в залежності від їхньої активності у соціальних мережах

У цьому підрозділі ми аналізуємо вплив активного користування соціальними мережами на психічний стан людей похилого віку, які не перебувають в умовах вимушеної соціальної ізоляції. Це дозволяє порівняти, як наявність соціальної ізоляції впливає на розвиток психопатологічних симптомів і чи можуть соціальні мережі виконувати роль захисного механізму в умовах меншого стресу.

Оцінка тривожності у людей похилого віку, що не перебувають в ізоляції, є важливою для розуміння, чи можуть соціальні мережі мати позитивний вплив на їх психічне здоров'я в умовах відносної стабільності.

Серед користувачів соціальних мереж 30,7 % мали нормальний рівень тривожності, 23,1 % – можливу тривожність, 23,1 % – легку тривожність, 15,4 % – виражену тривожність і 7,7 % – тяжку тривожність. У групі не користувачів соцмереж 23,6 % мали нормальний рівень тривожності, 29,4 % – можливу тривожність, 5,9 % – легку тривожність, 17,6 % – виражену тривожність і 23,5 % – тяжку тривожність. Відмінність між групами не є статистично значущою ($p > 0,05$), що свідчить про менш виражений вплив соціальних мереж на зниження рівня тривожності в умовах відсутності соціальної ізоляції (рис. 5.7).

Соціальні мережі можуть знижувати рівень тривожності серед людей похилого віку навіть за відсутності соціальної ізоляції. Проте цей ефект менш виражений порівняно з умовами ізоляції.

Депресія серед людей похилого віку, що не перебувають в ізоляції, є важливим показником для оцінки впливу соціальних мереж на їх психічне здоров'я в умовах нормального життя.

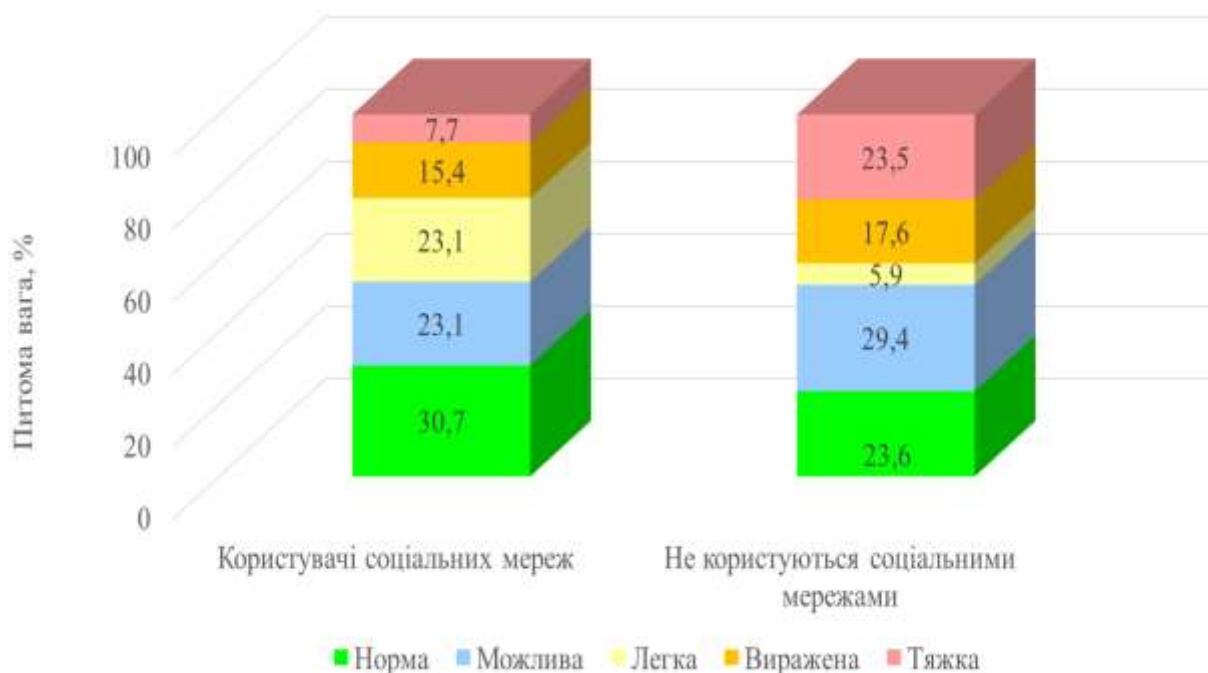


Рисунок 5.7 – Структура рівнів тривоги за шкалою НАМ-А у людей похилого віку, що не перебувають в умовах вимушеної соціальної ізоляції під час пандемії, в залежності від користування соціальними мережами

Серед користувачів соціальних мереж 46,1 % мали нормальний рівень депресії, 23,1 % – можливу депресію, 23,1 % – легку депресію, 7,7 % – виражену депресію. У групі не користувачів соцмереж 35,3 % мали нормальний рівень депресії, 29,4 % – можливу депресію, 0 % – легку депресію, 11,8 % – виражену депресію, 23,5 % – тяжку депресію. Відмінність у частоті легкої депресії між групами є статистично значущою ($p < 0,05$), що свідчить про позитивний вплив соціальних мереж на зниження рівня депресії в умовах відсутності соціальної ізоляції (рис. 5.8).

Соціальні мережі можуть позитивно впливати на зниження рівня депресивної симптоматики у літніх людей, навіть за відсутності соціальної ізоляції. Це свідчить про потенційну користь соціальних мереж для підтримки психічного здоров'я у будь-яких умовах.

Оцінка суб'єктивного сприйняття якості життя у людей похилого віку, що не перебувають в ізоляції, дозволяє зрозуміти, чи можуть соціальні мережі підвищити цей показник у відносно стабільних умовах.

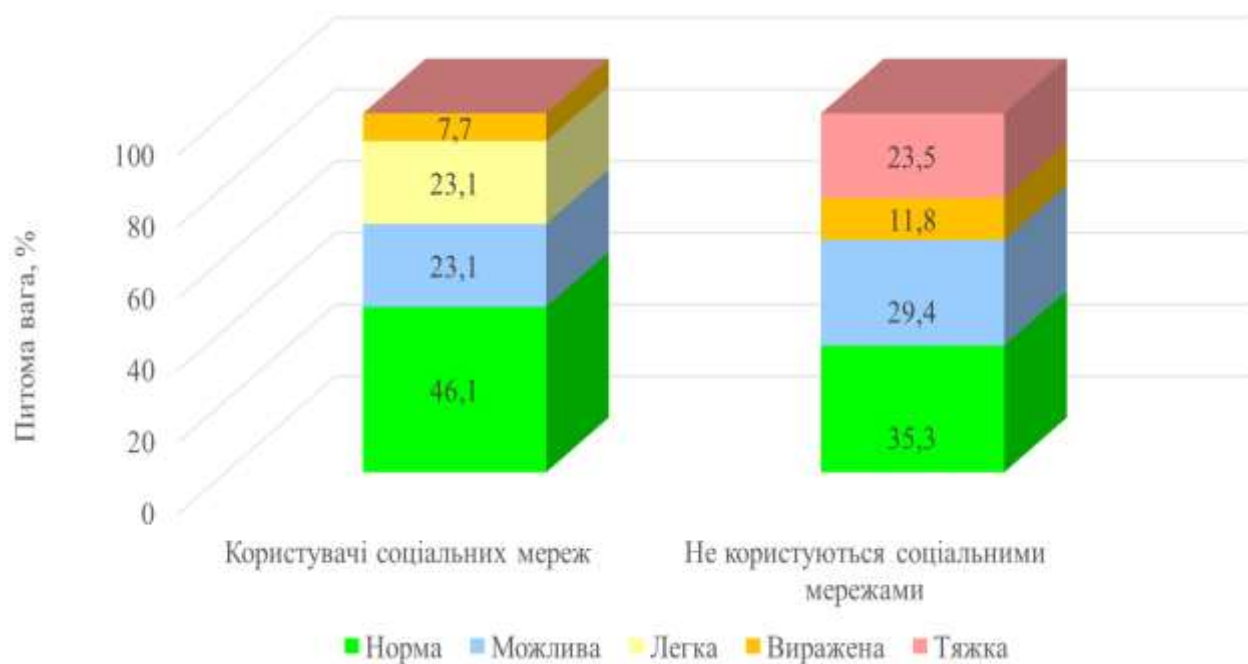


Рисунок 5.8 – Структура рівнів депресії за шкалою НАМ-D у людей похилого віку, що не перебувають в умовах вимушеної соціальної ізоляції під час пандемії, в залежності від користування соціальними мережами

Серед користувачів соціальних мереж 30,7 % мали вкрай низький рівень якості життя, 15,4 % – низький рівень, 15,4 % – середній рівень, 38,5 % – високий рівень. У групі не користувачів соцмереж 41,2 % мали вкрай низький рівень якості життя, 23,5 % – низький рівень, 23,5 % – середній рівень, 0 % – високий рівень, 11,8 % – дуже високий рівень. Відмінність у частоті високого рівня якості життя між групами є статистично значущою ($p < 0,001$), що вказує на можливість підвищення якості життя при активному користуванні соціальними мережами (рис. 5.9).

Соціальні мережі мають суттєвий позитивний вплив на якість життя літніх людей, незалежно від наявності соціальної ізоляції. Це підкреслює важливість соціальних мереж як інструменту підтримки психологічного благополуччя.

Згідно результатів за «Таблицями Шульте» серед користувачів соціальних мереж 84,6 % мали нормальні результати, 15,4 % – знижені показники. У групі не користувачів 52,9 % мали нормальні результати, а 47,1 % – знижені показники. Відмінність між групами не є статистично значущою ($p > 0,05$), що вказує на

можливу позитивну роль соціальних мереж у підтримці когнітивних функцій, хоча цей ефект потребує подальшого дослідження (рис. 5.10).

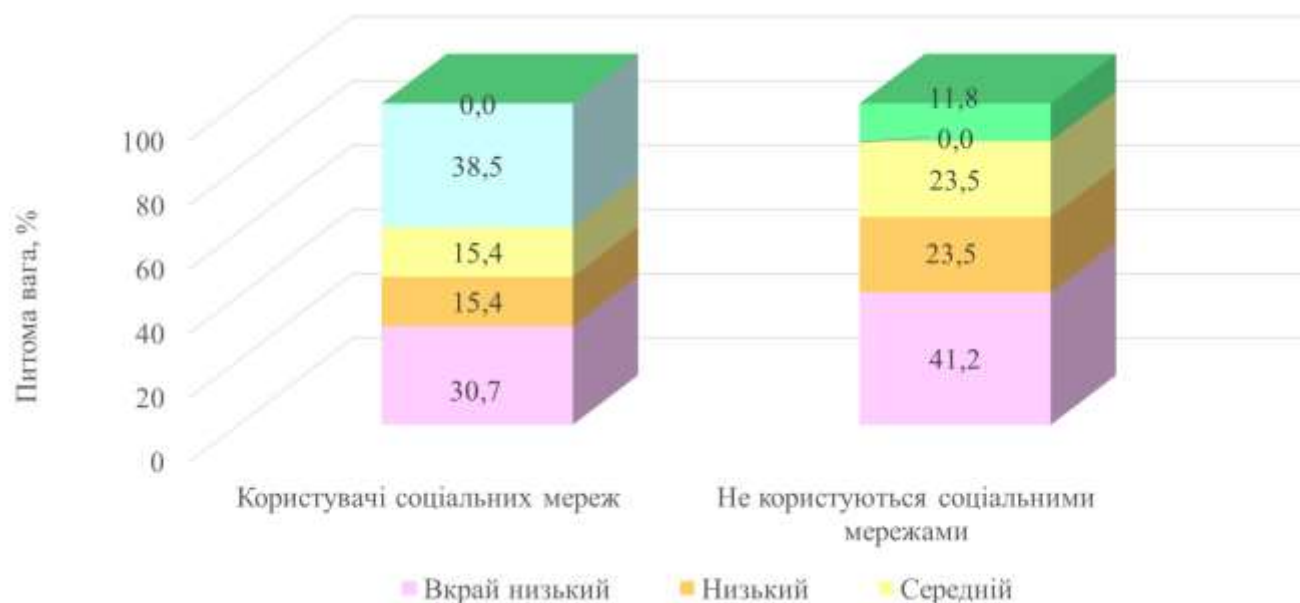


Рисунок 5.9 – Структура рівнів якості життя за Шкалою суб'єктивної оцінки якості життя (О. С. Чабан) у людей похилого віку, що не перебувають в умовах вимушеної соціальної ізоляції під час пандемії, в залежності від користування соціальними мережами

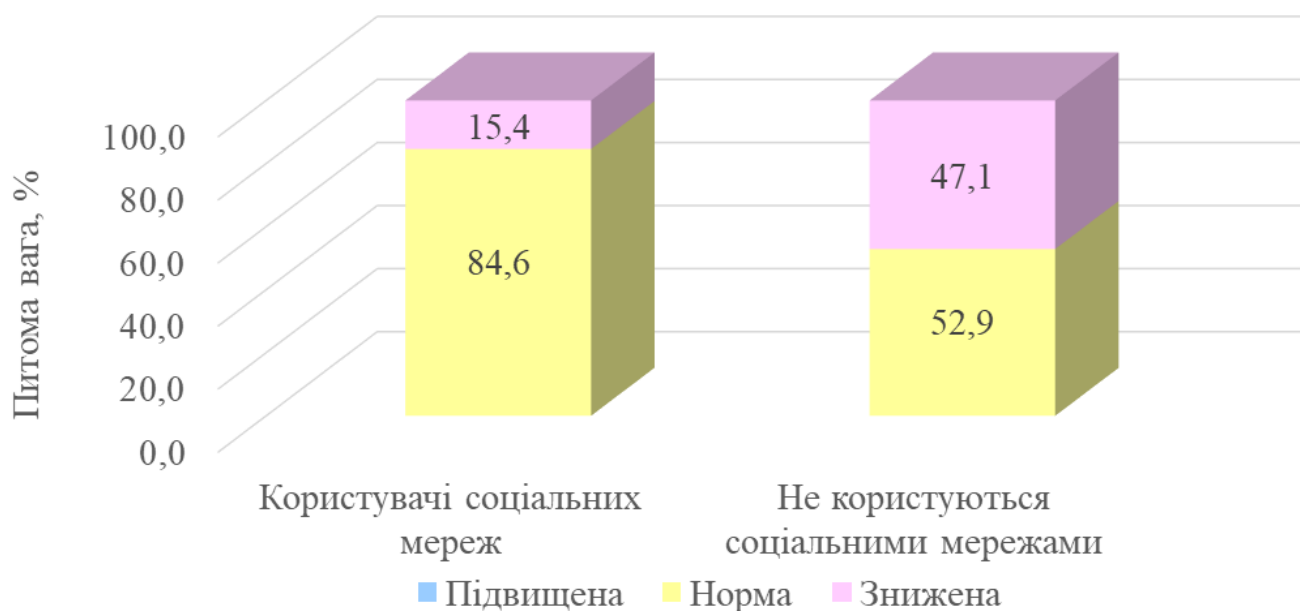


Рисунок 5.10 – Структура рівнів уваги за тестом «Таблиці Шульте» у людей похилого віку, що не перебувають в умовах вимушеної соціальної ізоляції під час пандемії, в залежності від користування соціальними мережами

Соціальні мережі можуть позитивно впливати на когнітивні функції літніх людей, підтримуючи нормальні показники, навіть у відсутності соціальної ізоляції. Це свідчить про їх потенційну користь для збереження когнітивного здоров'я.

Оцінка здатності до концентрації уваги у літніх людей, що не перебувають в ізоляції, є важливим показником їх когнітивного здоров'я. «Тест Мюнстерберга» дозволяє зрозуміти, чи можуть соціальні мережі підтримувати або покращувати ці функції. У 53,8 % користувачів соцмереж виявлено нормальні результати, в той час як серед не користувачів цей показник становив лише 17,6 % ($p < 0,05$). Знижені результати спостерігалися у 46,2 % користувачів соцмереж і у 82,4 % тих, хто не користується соцмережами ($p < 0,05$) (рис. 5.11).

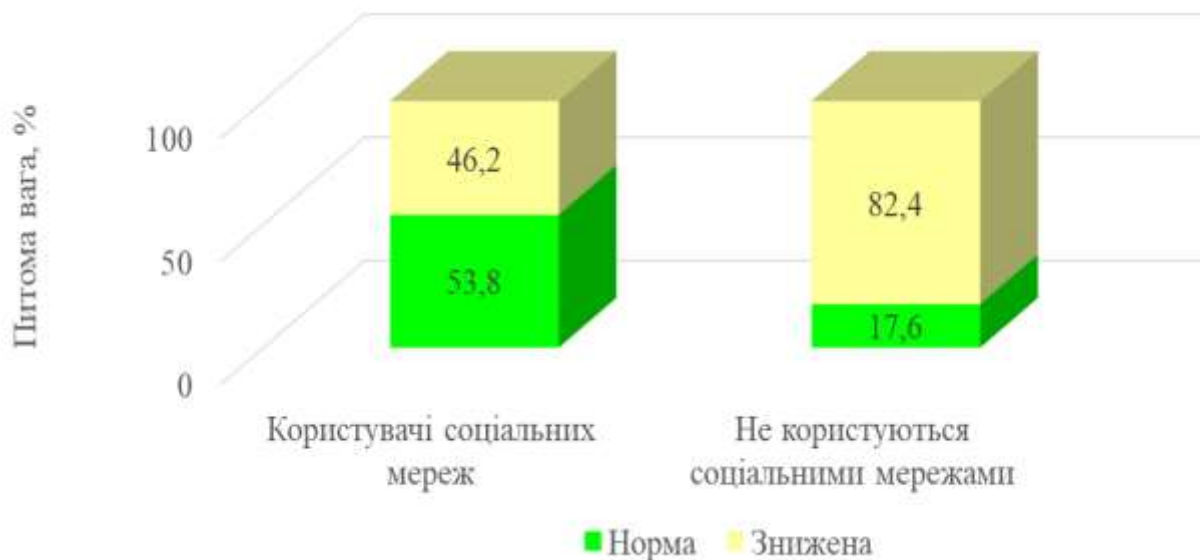


Рисунок 5.11 – Структура рівнів концентрації уваги за тестом «Тест Мюнстерберга» у людей похилого віку, що не перебувають в умовах вимушеної соціальної ізоляції під час пандемії, в залежності від користування соціальними мережами

Соціальні мережі значно впливають на підтримку нормальних когнітивних функцій, що є важливим аспектом для збереження психологічного благополуччя літніх людей. Це свідчить про те, що активність у соцмережах може позитивно впливати на здатність до концентрації уваги.

Оцінка короткочасної пам'яті у літніх людей, що не перебувають в ізоляції, дозволяє зрозуміти, чи може активність у соціальних мережах сприяти підтримці когнітивних функцій.

Серед користувачів соціальних мереж 15,4 % мали високий рівень пам'яті, 61,5 % – середній рівень, 23,1 % – низький рівень. У групі не користувачів соцмереж 17,6 % мали високий рівень пам'яті, 41,2 % – середній рівень, 17,6 % – низький рівень, і 23,6 % – дуже низький рівень. Відмінність між групами не є статистично значущою ($p > 0,05$), що свідчить про деяку перевагу у користувачів соцмереж щодо рівня пам'яті, але не на статистично значущому рівні (рис. 5.12).

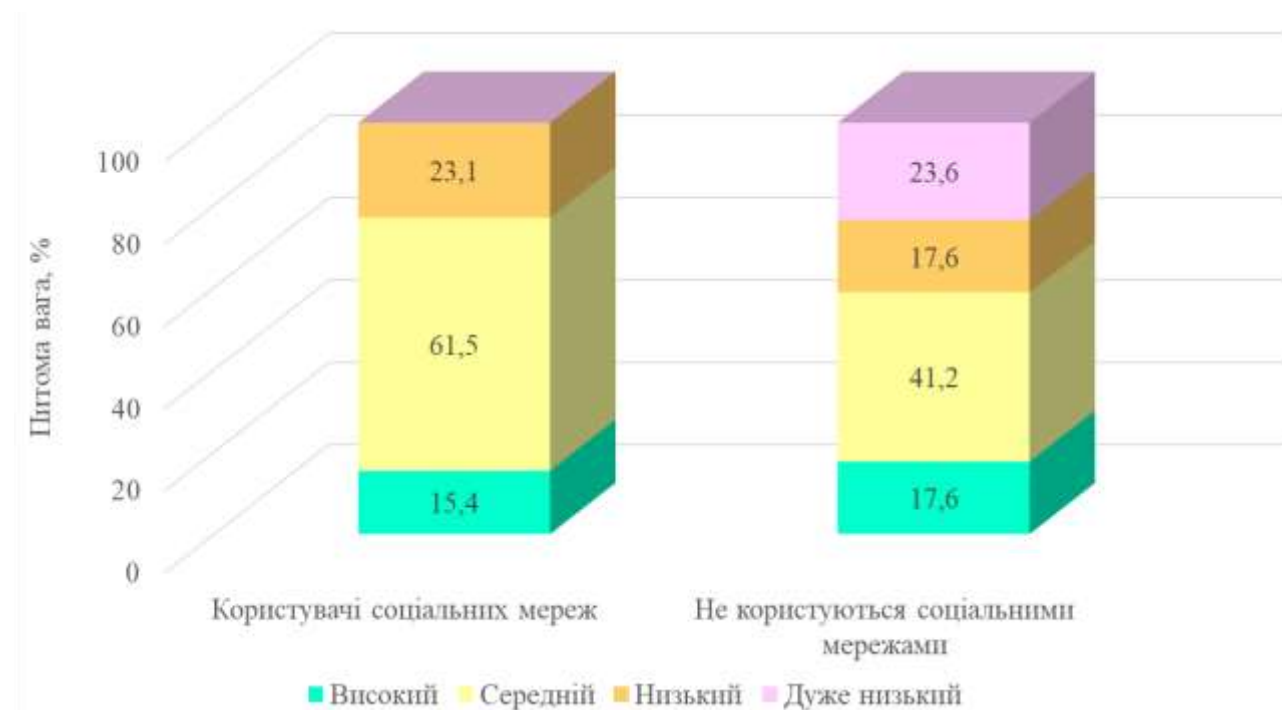


Рисунок 5.12 – Структура рівнів пам'яті за «тестом Джекобсона» у людей похилого віку, що не перебувають в умовах вимушеної соціальної ізоляції під час пандемії, в залежності від користування соціальними мережами

Соціальні мережі сприяють підтримці середнього рівня пам'яті, що є важливим для збереження когнітивних функцій у літніх людей, навіть в умовах відсутності соціальної ізоляції. Це підкреслює важливість активного використання соцмереж для підтримки когнітивного здоров'я.

Для людей похилого віку, які не перебувають в умовах соціальної ізоляції, користування соціальними мережами також виявилось важливим фактором. Показники тривожності (HAM-A) були дещо нижчими у користувачів соціальних мереж ($14,62 \pm 11,35$, СІ 7,76–21,47) порівняно з некористувачами ($19,71 \pm 15,52$, СІ 11,72–27,69), але різниця не була статистично значущою ($p > 0,05$). За шкалою депресії (HAM-D) користувачі соціальних мереж мали значно нижчі показники ($7,54 \pm 6,35$, СІ 3,70–11,37) порівняно з некористувачами ($14,12 \pm 13,20$, СІ 7,33–20,90), хоча ця різниця також не була статистично значущою ($p > 0,05$). Показники за таблицями Шульте були вищими у користувачів соціальних мереж ($34,92 \pm 7,44$) порівняно з некористувачами ($31,56 \pm 8,82$), але ця різниця також не досягла статистичної значущості ($p > 0,05$). У «Тесті Мюнстерберга» статистично значущі результати вищі серед користувачів соціальних мереж ($18,15 \pm 4,22$, СІ 15,60–20,70) порівняно з некористувачами ($11,41 \pm 5,75$, СІ 8,46–14,37), ($p < 0,001$). За результатами за «Тестом пам'яті Джекобсона» та шкалою оцінки якості життя виявлено вищі, але незначні різниці між групами ($p > 0,05$) (табл. 5.2).

Активність у соціальних мережах також може мати позитивний вплив на психічне здоров'я людей похилого віку, які не перебувають в умовах соціальної ізоляції. Особливо помітним є вплив на показники депресії та тривожності, хоча значна частина результатів не досягає статистичної значущості. Це свідчить про можливість існування інших важливих факторів, які потребують подальшого вивчення.

Порівняння психопатологічних симптомів у людей похилого віку, що перебувають в умовах соціальної ізоляції та активно користуються соціальними мережами, виявило важливу роль цих мереж як потенційного захисного механізму. Соціальні мережі допомагають знизити рівень тривожності та депресії, а також можуть позитивно впливати на якість життя. Однак, ці ефекти більш виражені в умовах соціальної ізоляції, що підкреслює їх важливість у стресових ситуаціях. Крім того, соціальні мережі можуть позитивно впливати на когнітивні функції літніх людей, навіть в умовах відсутності соціальної ізоляції, що дозволяє

рекомендувати їх активне використання як інструмент підтримки психічного здоров'я літніх людей.

Таблиця 5.2 – Кількісні показники за шкалами НАМ-А, НАМ-D, «Таблиці Шульте», «Тест Мюнстерберга», «Пам'ять за Джекобсоном», Шкала оцінки якості життя у людей похилого віку, що перебувають в умовах вимушеної соціальної ізоляції під час пандемії, в залежності від користування соціальними мережами

Показник	Значення показника, M ± m (CI ± 95 %) / Me / Q ₂₅ – Q ₇₅		p
	Користувачі соціальних мереж, n=13	Не користуються соціальними мережами, n=17	
НАМ-А	14,62 ± 11,35 (7,76–21,47) / 12,00 [5,00–19,00]	19,71 ± 15,52 (11,72–27,69) / 13,00 [7,00–27,00]	> 0,05
НАМ-D	7,54 ± 6,35 (3,70–11,37) / 6,00 [3,00–12,00]	14,12 ± 13,20 (7,33–20,90) / 14,00 [2,00–22,00]	> 0,05
Таблиці Шульте	34,92 ± 7,44 (30,43–39,42) / 39,00 [29,00–42,00]	31,56 ± 8,82 (27,02–36,10) / 28,00 [24,00–38,00]	> 0,05
Тест Мюнстерберга	18,15 ± 4,22 (15,60–20,70) / 18,00 [15,00–21,00]	11,41 ± 5,75 (8,46–14,37) / 12,00 [6,00–16,00]	< 0,01
Пам'ять за Джекобсоном	6,77 ± 0,93 (6,21–7,33) / 7,00 [7,00–7,00]	5,59 ± 2,48 (4,32–6,86) / 7,00 [5,00–7,00]	> 0,05
Шкала оцінки якості життя	61,85 ± 19,42 (50,11–73,58) / 68,00 [52,00–75,00]	54,94 ± 26,36 (41,39–68,50) / 59,00 [47,00–72,00]	> 0,05

Висновки по розділу 5

На основі проведеного аналізу показників, було встановлено наступні закономірності розвитку психічних порушень у людей похилого віку, що перебувають в умовах вимушеної соціальної ізоляції:

1. Особливості клінічної психопатологічної симптоматики у людей похилого віку, відносно їхньої компенсації нестачі спілкування активним користуванням соціальними мережами.

Встановлено, що активне користування соціальними мережами серед людей похилого віку, які перебувають в умовах соціальної ізоляції, може мати

суттєвий вплив на зниження рівня психопатологічної симптоматики, зокрема тривожності та депресії.

Тривожна симптоматика (шкала HAM-A): Серед користувачів соціальних мереж виявлено значно менше випадків тяжкої тривожності (16,7 %) порівняно з групою, що не користується соціальними мережами (68,7 %) ($p < 0,05$). Це свідчить про те, що соціальні мережі можуть слугувати ефективним захисним механізмом для зниження тривожності.

Депресивна симптоматика (шкала HAM-D): Тяжка депресія спостерігалася у 8,3 % користувачів соціальних мереж проти 50 % у тих, хто не користується соцмережами ($p < 0,05$). Це підкреслює позитивний вплив соціальних мереж на зниження ризику розвитку депресії серед людей похилого віку.

Суб'єктивна оцінка якості життя: 83,3 % користувачів соціальних мереж оцінили свою якість життя як вкрай низьку, тоді як у групі, що не користується соцмережами, цей показник становив 87,5 % ($p > 0,05$). Хоча користування соцмережами має позитивний вплив на якість життя, цей ефект не досягає статистичної значущості.

Когнітивні функції («Таблиця Шульте»): У користувачів соціальних мереж 83 % мали нормальні результати тесту, порівняно з 12,5 % у групі, що не користується соцмережами ($p > 0,05$). Це свідчить про те, що активність у соціальних мережах може мати позитивний вплив на підтримку когнітивних функцій, хоча цей ефект не є статистично значущим.

Концентрація уваги («Тест Мюнстерберга»): Встановлено, що всі учасники обох груп мали знижений рівень когнітивних функцій. Жоден з учасників не досяг нормальних або підвищених показників ($p > 0,05$). Це свідчить про наявність загальних проблем з концентрацією уваги незалежно від використання соціальних мереж.

Пам'ять («Тест Джекобсона»): За «тестом Джекобсона», 50,0 % користувачів соцмереж мали середній рівень пам'яті, 41,7 % – низький і лише 8,3 % – високий рівень. У групі не користувачів соцмереж 37,5 % мали середній

рівень, 56,2 % – низький і 6,3 % – високий рівень ($p > 0,05$). Це вказує на певну перевагу користувачів соцмереж щодо рівня пам'яті, хоча різниця не є статистично значущою.

Встановлено, що активне користування соціальними мережами серед людей похилого віку, які перебувають в умовах соціальної ізоляції, може значно знижувати рівень тривожності та депресії. Водночас, хоча соціальні мережі також сприяють покращенню якості життя, цей ефект не є статистично значущим для всіх показників, що вказує на необхідність подальших досліджень в цій сфері.

2. Прояви психопатологічної симптоматики у людей похилого віку, в залежності від їхньої активності у соціальних мережах.

Дослідження серед людей похилого віку, що не перебувають в умовах соціальної ізоляції, дозволило виявити менш виражений, але все ж позитивний вплив соціальних мереж на психічне здоров'я.

Тривожна симптоматика (шкала HAM-A): Серед користувачів соцмереж 30,7 % мали нормальний рівень тривожності, тоді як у групі не користувачів цей показник становив 23,6 % ($p > 0,05$). Це свідчить про менш виражений вплив соціальних мереж на зниження тривожності у відсутність соціальної ізоляції.

Депресивна симптоматика (шкала HAM-D): Легка депресія була зафіксована у 23,1 % користувачів соцмереж і у 0 % не користувачів ($p < 0,05$). Це підкреслює позитивний вплив соціальних мереж на зниження рівня депресії.

Суб'єктивна оцінка якості життя: Високий рівень якості життя був зафіксований у 38,5 % користувачів соцмереж, тоді як у групі не користувачів цей показник становив 0 % ($p < 0,001$). Це свідчить про те, що активне користування соціальними мережами може суттєво покращити якість життя навіть за відсутності ізоляції.

Когнітивні функції («Таблиця Шульте»): Нормальні результати тесту були зафіксовані у 84,6 % користувачів соцмереж і у 52,9 % не користувачів ($p > 0,05$). Це вказує на можливий позитивний вплив соціальних мереж на підтримку когнітивних функцій.

Концентрація уваги («Тест Мюнстерберга»): Виявлено нормальні результати у 53,8 % користувачів соцмереж і лише 17,6 % не користувачів ($p < 0,05$). Це свідчить про суттєвий позитивний вплив соціальних мереж на концентрацію уваги.

Пам'ять («Тест Джекобсона»): Високий рівень пам'яті був зафіксований у 15,4 % користувачів соцмереж і у 17,6 % не користувачів ($p > 0,05$). Це свідчить про деяку перевагу у користувачів соцмереж щодо рівня пам'яті, хоча різниця не є статистично значущою.

Порівняння психопатологічних симптомів у людей похилого віку, що перебувають в умовах соціальної ізоляції та активно користуються соціальними мережами, виявило важливу роль соціальних мереж як потенційного захисного механізму. Соціальні мережі допомагають знизити рівень тривожності та депресії, а також можуть позитивно впливати на якість життя та когнітивні функції. Однак ці ефекти більш виражені в умовах соціальної ізоляції, що підкреслює їхню важливість у стресових ситуаціях. Соціальні мережі можуть позитивно впливати на когнітивні функції літніх людей навіть за відсутності соціальної ізоляції, що дозволяє рекомендувати їх активне використання як інструмент підтримки психічного здоров'я літніх людей.

Результати, викладені в даному розділі, опубліковані в наукових працях автора [296].

РОЗДІЛ 6

ПРОГРАМА ПСИХОКОРЕКЦІЇ З ФОКУСОМ НА НАВИКИ ЕМОЦІЙНОЇ РЕГУЛЯЦІЇ ТА ПОВЕДІНКОВОЇ САМОЕФЕКТИВНОСТІ ДЛЯ ОСІБ, ЩО ПЕРЕБУВАЮТЬ В УМОВАХ ВИМУШЕНОЇ СОЦІАЛЬНОЇ ІЗОЛЯЦІЇ

6.1 Структура розробленої програми психокорекції

В умовах сучасних соціальних та глобальних криз, таких як пандемія COVID-19, зростає потреба в розробці ефективних психокорекційних програм, що спрямовані на підтримку психічного здоров'я осіб, які перебувають у вимушеній соціальній ізоляції. Останні дослідження свідчать про те, що соціальна ізоляція може мати серйозні наслідки для психічного стану, включаючи підвищення рівня тривожності, депресії, а також збільшення ризику розвитку посттравматичного стресового розладу (PTSD) [42, 232].

Психотерапевтичні втручання, зокрема когнітивно-поведінкова терапія (КПТ), діалектична поведінкова терапія (ДПТ) та емоційно-фокусована терапія (ЕФТ), вже давно визнані ефективними методами корекції емоційних та поведінкових розладів. Зокрема, КПТ зосереджується на зміні негативних когнітивних патернів, що призводять до дезадаптивної поведінки та емоцій, і була визнана ефективною для лікування депресії, тривожних розладів, та PTSD [39, 51, 248, 262].

ДПТ, розроблена Маршею Лайнген для лікування осіб із межовий розладом особистості (BPD), комбінує техніки КПТ з елементами майндфулнесу та радикального прийняття, зосереджуючись на регуляції емоцій та підвищенні міжособистісної ефективності [146]. Цей підхід також довів свою ефективність у роботі з пацієнтами, що страждають на інші психічні розлади, включаючи тривожність, депресію, та PTSD [21, 98, 124].

Емоційно-фокусована терапія (ЕФТ), яка спочатку була розроблена для роботи з парами, показала свою ефективність у терапії травм та складних

емоційних станів. Вона спрямована на зміну дисфункціональних емоційних реакцій та формування глибоких емоційних зв'язків між людьми [44, 106, 165].

З урахуванням високого рівня тривожності та депресії, що спостерігається серед населення в умовах соціальної ізоляції, особливо актуальними стають програми психокорекції, які зосереджуються на розвитку резиліентності та навичок емоційної регуляції. Наша програма базується на трансдіагностичному підході, що поєднує елементи КПТ, ДПТ та ЕФТ, та спрямована на зниження психологічного дистресу через розвиток адаптивних навичок емоційної регуляції та поведенкової самоефективності [308, 321].

Додавання діалектичної поведінкової терапії (ДПТ) та емоційно-фокусованої терапії (ЕФТ) до когнітивно-поведінкової терапії (КПТ) у психокорекційну програму є обґрунтованим через їх доповнюючі переваги. ДПТ забезпечує розвиток навичок емоційної регуляції, майндфулнесу та міжособистісної ефективності, що є критично важливим для осіб, які перебувають у стресових умовах соціальної ізоляції. ЕФТ фокусується на глибокому опрацюванні емоцій, допомагаючи змінювати дезадаптивні емоційні реакції та формувати позитивні зв'язки з іншими. Обидва підходи спрямовані на розв'язання завдань, таких як зниження емоційного дистресу, покращення міжособистісної взаємодії, підвищення стійкості до стресу та покращення здатності осмислено реагувати на складні життєві обставини. Інтеграція цих методів підвищує комплексність програми та ефективність психокорекції, відповідаючи на різноманітні психоемоційні потреби учасників.

Програма побудована на основі сучасних наукових даних, які підкреслюють важливість комплексного підходу до психокорекції в умовах кризи. Вона включає короткі, але структуровані сесії, що дозволяють учасникам ефективно впроваджувати набуті знання у повсякденне життя, що підтверджено численними дослідженнями в сфері психотерапії [256].

Протягом дослідження ми модифікували існуючу трансдіагностичну психокорекційну програму, розроблену для студентів навчальних закладів, які зазнали підвищеного рівня тривожності та депресії через обмеження, пов'язані з

пандемією COVID-19. Ця програма була розроблена з метою підвищення резилієнтності та розвитку навичок емоційної регуляції в умовах високого рівня стресу та соціальної ізоляції. Вона складається з шести сесій, кожна з яких сфокусована на певному аспекті психокорекції, включаючи роботу з емоціями, когнітивними спотвореннями та поведінковими патернами.

Базовими принципами програми є комплексність: Програма включає в себе різноманітні техніки та підходи, які забезпечують всебічний вплив на психічне здоров'я. Це поєднання когнітивно-поведінкової терапії (КПТ), діалектичної поведінкової терапії (ДПТ) та емоційно-фокусованої терапії (ЕФТ). *Індивідуальний підхід:* Кожен учасник програми отримує персоналізовані рекомендації, враховуючи його психоемоційний стан та особисті потреби. *Наукова обґрунтованість:* Програма побудована на основі сучасних досліджень у сфері психотерапії та психокорекції. *Поступовість:* Реалізація програми розбита на послідовні етапи, що забезпечує ефективне засвоєння та впровадження навичок.

Основними засадами програми є ранній початок: Важливо розпочати терапевтичні заходи на ранніх стадіях проявів психічних розладів, щоб запобігти їхньому розвитку. *Залучення учасників:* Активна участь респондентів у психокорекційних сесіях та виконанні домашніх завдань сприяє кращому результату. *Доступність:* Програма адаптована для проведення як в очному, так і в онлайн-форматі, що робить її доступною для широкого кола осіб, незалежно від місця їх перебування.

Метою запропонованої програми є зниження психоемоційного дистресу через розвиток адаптивних навичок емоційної регуляції та поведінкової самоефективності. Програма спрямована на зниження рівня тривожності, депресії, покращення якості сну, зниження рівня стресу та покращення когнітивних функцій у осіб, що перебувають в умовах вимушеної соціальної ізоляції.

Відповідно до принципів, засад та мети запропонованої програми, нами впроваджені наступні зміни:

— *Розширення цільової аудиторії:*

Програма адаптована для ширшого кола осіб, які перебувають у вимушеній соціальній ізоляції через різні причини (пандемія, війна, інші глобальні кризи), а не лише для студентів медичних навчальних закладів.

— *Додавання нових методик:*

В програму включені додаткові техніки для зниження фізіологічного стресу, такі як прогресивна м'язова релаксація та техніки глибокого дихання. Це дозволить учасникам ефективніше керувати фізіологічними проявами стресу.

— *Використання сучасних технологій:*

Програма адаптована для онлайн формату, що дозволить проводити сесії дистанційно, з використанням відеоконференцій та інтерактивних платформ. Це важливо для забезпечення доступності програми в умовах соціальної ізоляції.

— *Модифікація домашніх завдань:*

Домашні завдання переглянуті та оптимізовані для зручнішого виконання в умовах обмеженого доступу до ресурсів. Завдання зроблені більш структурованими та адаптованими до індивідуальних потреб учасників.

— *Оцінка ефективності програми:*

Для оцінки ефективності програми використовувалися такі інструменти, як Гамільтонова шкала тривожності (НАМ-А), Гамільтонова шкала депресії (НАМ-Д), Індекс виразності безсоння, «Таблиці Шульте», «Тест Мюнстерберга», «Шкала пам'яті за Джекобсоном» та Шкала сприйняття стресу. Це дозволило більш точно оцінити результати програми та її вплив на різні аспекти психічного здоров'я учасників.

Ці зміни дозволили програмі стати більш універсальною та ефективною в умовах вимушеної соціальної ізоляції, забезпечуючи підтримку психічного здоров'я в умовах різних соціальних і глобальних криз.

Детальний опис кожної сесії програми:

Сесія 1: Психоедукація та усвідомлення проблеми

- **Мета:** Підвищити обізнаність учасників щодо основ психічного здоров'я, резилієнтності та емоційної регуляції.

- Що відбувалося: Учасникам надавалися базові знання про психічне здоров'я, його важливість в умовах соціальної ізоляції, а також обговорювалися фактори, що впливають на емоційну стабільність. Сесія включала лекцію та обговорення, що дозволило учасникам відчувати себе більш підготовленими до наступних етапів програми.

Сесія 2: Розуміння емоцій та їх впливу на поведінку

- Мета: Допомогти учасникам розпізнати свої емоції та зрозуміти, як вони впливають на їх поведінку.
- Що відбувалося: Сесія фокусувалася на вивченні зв'язку між емоціями, думками та поведінкою. Учасники аналізували конкретні випадки (кейси) та виконували практичні вправи для ідентифікації емоційних тригерів.

Сесія 3: Навички емоційної регуляції

- Мета: Розвинути навички усвідомленого сприйняття та регуляції емоцій.
- Що відбувалося: Учасники практикували техніки майндфулнес, дихальні вправи та техніки заземлення. Метою було навчити учасників більш ефективно керувати своїми емоціями в стресових ситуаціях.

Сесія 4: Робота з когнітивними спотвореннями

- Мета: Виявлення та корекція когнітивних спотворень, що спричиняють негативні емоційні стани.
- Що відбувалося: Сесія включала ведення щоденника думок та когнітивно-поведінкові вправи, що допомагали учасникам усвідомити та змінити дисфункціональні мислительні патерни.

Сесія 5: Корекція поведінкових патернів

- Мета: Розробка здорових поведінкових моделей на заміну дезадаптивним.
- Що відбувалося: Учасники брали участь у рольових іграх та аналізували поведінкові стратегії. Метою було навчити учасників використовувати нові адаптивні поведінкові моделі у реальному житті.

Сесія 6: Підсумок та попередження рецидивів

- Мета: Узагальнити отримані знання та навички, розробити персональний план підтримки психічного здоров'я.

- Що відбувалося: На останній сесії учасники рефлексували над пройденим шляхом, обговорювали свої досягнення та розробляли індивідуальні плани для підтримки емоційного благополуччя на майбутнє (табл. 6.1).

Таблиця 6.1 – Структура та зміст програми психокорекції

Сесія	Тема	Основні методи	Цільові результати
1	Психоедукація та усвідомлення проблеми	Лекція, обговорення	Підвищення обізнаності про психічне здоров'я, резилієнтність та емоційну регуляцію
2	Розуміння емоцій та їх впливу на поведінку	Кейси, практичні вправи	Здатність ідентифікувати емоції та їхній вплив на поведінку
3	Навички емоційної регуляції	Майндфулнес, дихальні вправи	Покращення навичок управління емоціями
4	Робота з когнітивними спотвореннями	Щоденник думок, когнітивно-поведінкові вправи	Зменшення впливу негативних когнітивних спотворень
5	Корекція поведінкових патернів	Рольові ігри, аналіз стратегій поведінки	Формування нових адаптивних поведінкових моделей
6	Підсумок та попередження рецидивів	Рефлексія, розробка плану підтримки	Стабілізація психічного стану, розробка індивідуального плану підтримки психічного здоров'я

Для оцінки ефективності запропонованої програми ми використали такі методики:

- *HAM-A* (Гамільтонова шкала тривожності) – для оцінки рівня тривожності.
- *HAM-D* (Гамільтонова шкала депресії) – для вимірювання депресивних симптомів.

- *Індекс виразності безсоння* – для оцінки порушень сну.
- *Таблиці Шульте* – для оцінки уваги та концентрації.
- *Тест Мюнстерберга* – для оцінки когнітивних здібностей.
- *Пам'ять за Джекобсоном* – для оцінки пам'яті.
- *Шкала сприйняття стресу* – для оцінки рівня сприйняття стресу.

Ці шкали дозволили комплексно оцінити зміни в психічному стані учасників програми після її проходження, а також встановити її клінічну та статистичну значущість.

Учасникам також було запропоновано виконувати домашні завдання між щотижневими сесіями. Ці завдання були короткими та чітко структурованими, здебільшого у форматі таблиць, тому їх виконання не вимагало багато часу чи зусиль. Самі сесії були також короткими та структурованими, що, за відгуками учасників, робило їх легкими для розуміння та застосування в повсякденному житті.

6.2 Оцінка ефективності розробленої програми психокорекції

Для оцінки ефективності запропонованої нами програми психокорекції, було залучено усіх респондентів досліджуваної групи до експериментальної групи, яка брала участь у програмі. Дані учасники були ознайомлені зі структурою та пройшли усі етапи психокорекції. Опісля проходження програми було проведене повторне тестування учасників та проведена оцінка вираження психосимптоматики до та після корекції.

Порівняльний аналіз показників тривожної симптоматики за шкалою тривоги Гамільтона (НАМ-А) до та після корекції свідчить про певні позитивні зміни у стані респондентів. Після проходження програми психокорекції спостерігається зниження кількості осіб з тяжким рівнем тривожності (з 26 осіб або 32,1 % до 8 осіб або 9,9 %), що є статистично значущим ($p < 0,01$). При цьому, кількість осіб із нормальним рівнем тривожності збільшилася з 6 осіб (7,4 %) до 9 осіб (11,1 %), хоча ця зміна не є статистично значущою ($p > 0,05$). Інші категорії

тривожності також демонструють тенденцію до зменшення, однак ці зміни не є статистично значущими (рис. 6.1).

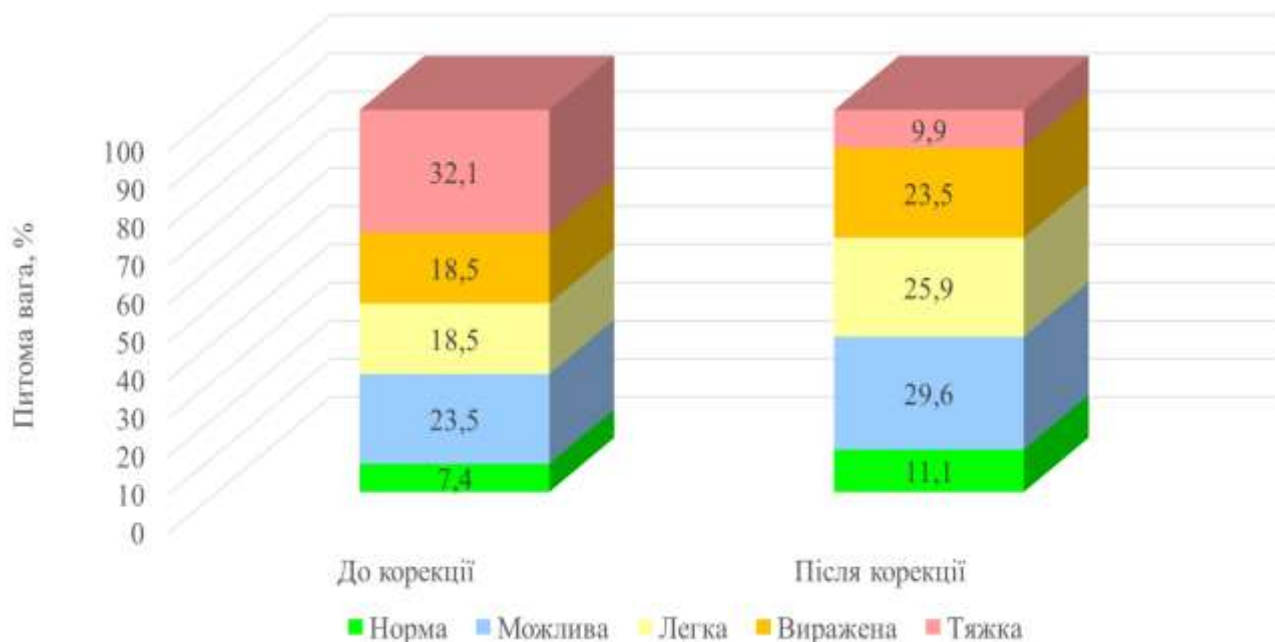


Рисунок 6.1 – Динаміка тривоги за НАМ-А в процесі корекції в осіб, що перебували в умовах вимушеної соціальної ізоляції та проходили запропоновану програму

Отримані дані свідчать про те, що програма психокорекції має позитивний вплив на зниження вираженості тривожності у респондентів.

Аналіз результатів за шкалою депресії Гамільтона (НАМ-D) показує зниження кількості осіб з тяжким рівнем депресії після корекції з 26 осіб (32,1 %) до 4 осіб (4,9 %), що є статистично значущим ($p < 0,01$). Крім того, спостерігається зростання кількості респондентів з легким рівнем депресії (з 6 осіб або 7,4 % до 21 особи або 25,9 %) також на рівні статистичної значущості ($p < 0,01$). Це свідчить про позитивний вплив програми психокорекції на зниження вираженості депресивної симптоматики у досліджуваній групі (рис. 6.2).

Програма психокорекції демонструє високу ефективність у зниженні рівня депресії серед респондентів, особливо щодо тяжких випадків.

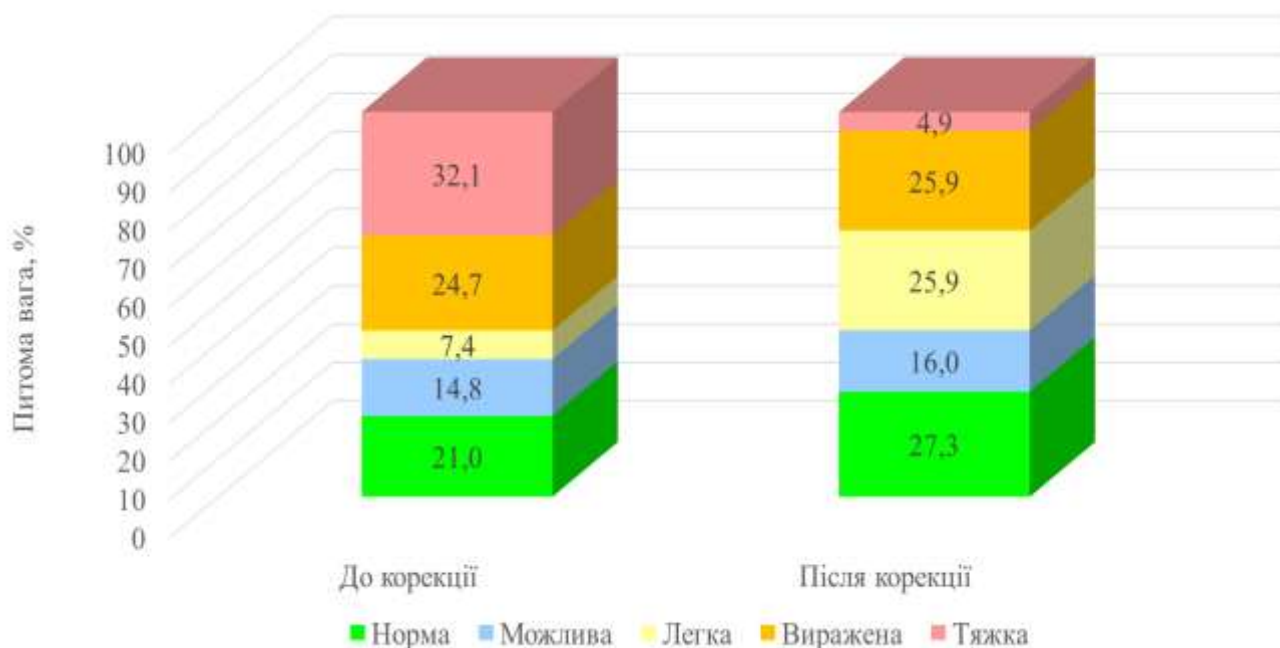


Рисунок 6.2 – Динаміка депресії за HAM-D в процесі корекції в осіб, що перебували в умовах вимушеної соціальної ізоляції та проходили запропоновану програму

Проведена корекція також вплинула на зменшення інтенсивності безсоння, про що свідчать отримані дані за індексом вираження безсоння. Після проходження програми кількість респондентів з субклінічним рівнем безсоння зросла з 24 осіб (29,6 %) до 36 осіб (44,4 %) ($p < 0,05$), тоді як кількість осіб з помірним рівнем безсоння знизилася з 24 осіб (29,6 %) до 14 осіб (17,3 %) ($p < 0,05$). Таким чином, результати свідчать про покращення стану респондентів після проходження програми (рис. 6.3).

Програма психокорекції сприяла зниженню рівня безсоння, що свідчить про її позитивний вплив на якість сну респондентів.

Аналіз за тестом «Таблиці Шульте» демонструє суттєві покращення когнітивних функцій у досліджуваній групі. Кількість респондентів з нормальними показниками збільшилася з 22 осіб (27,2 %) до 47 осіб (58,0 %) після проходження програми ($p < 0,01$). Одночасно зменшилася кількість осіб з низькими показниками з 58 осіб (71,6 %) до 32 осіб (39,5 %), що є статистично значущим ($p < 0,01$) (рис. 6.4).

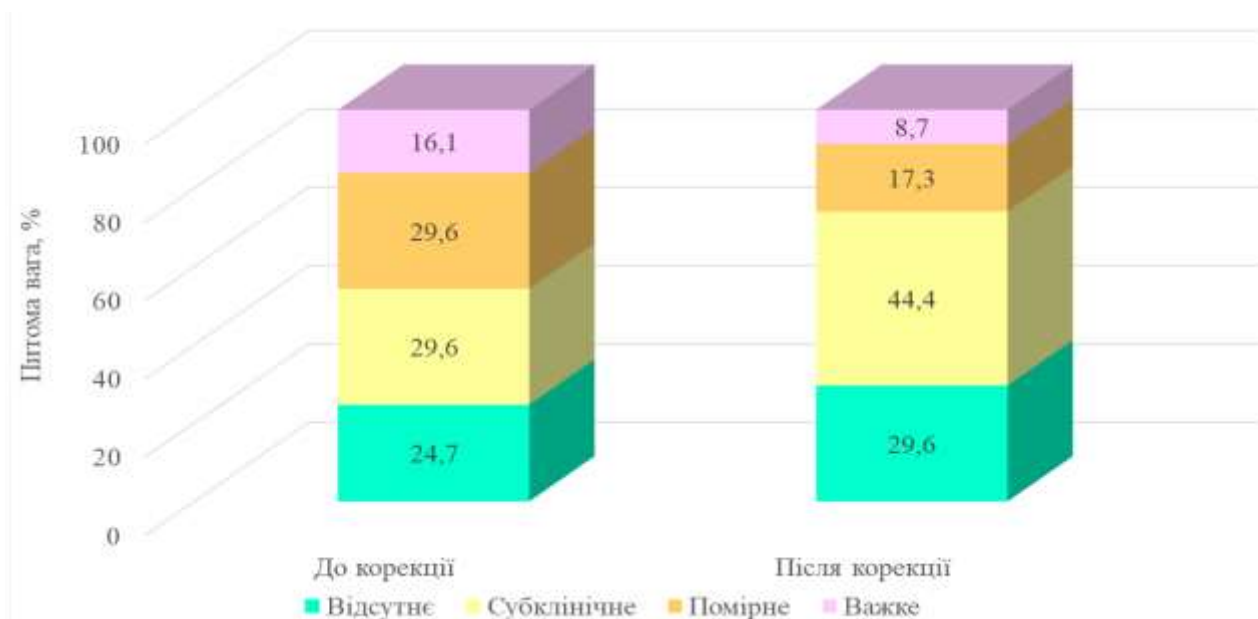


Рисунок 6.3 – Динаміка безсоння за індексом вираження безсоння в процесі корекції в осіб, що перебували в умовах вимушеної соціальної ізоляції та проходили запропоновану програму

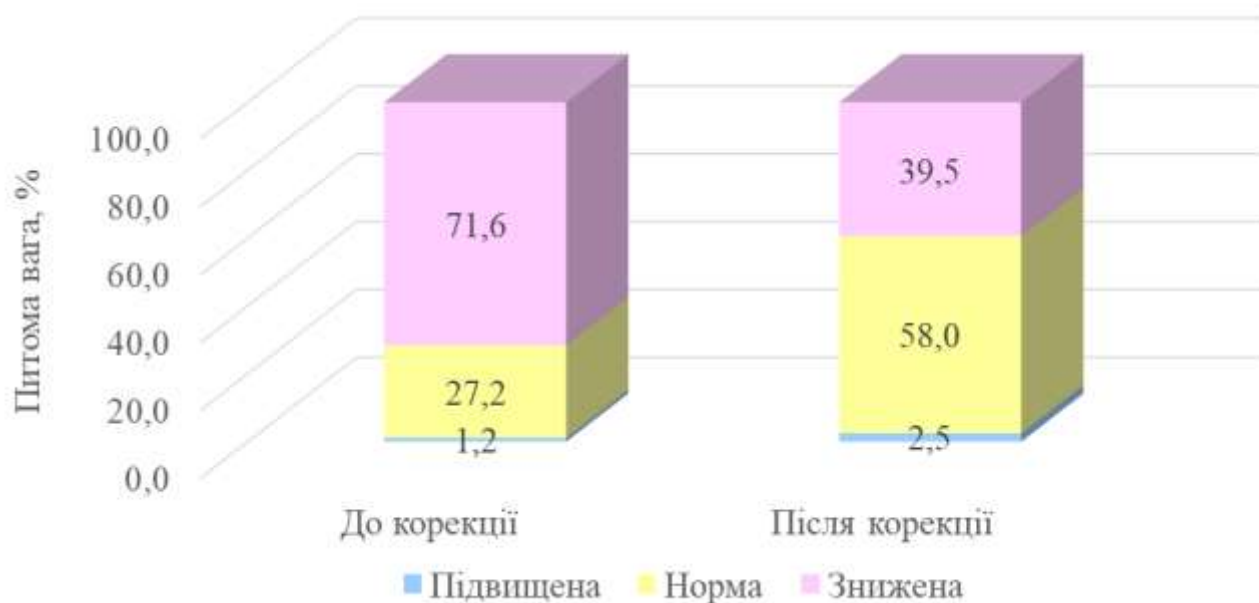


Рисунок 6.4 – Динаміка показників за «Таблицями Шульте» в процесі корекції в осіб, що перебували в умовах вимушеної соціальної ізоляції та проходили запропоновану програму

Програма психокорекції ефективно сприяє покращенню когнітивних функцій, зокрема здатності до концентрації уваги.

За результатами «Тесту Мюнстерберга», після корекції відбулося зростання кількості осіб з нормальними показниками з 6 осіб (7,4 %) до 17 осіб (21,0 %) ($p < 0,05$). Це свідчить про покращення концентрації уваги після проходження програми (рис. 6.5).

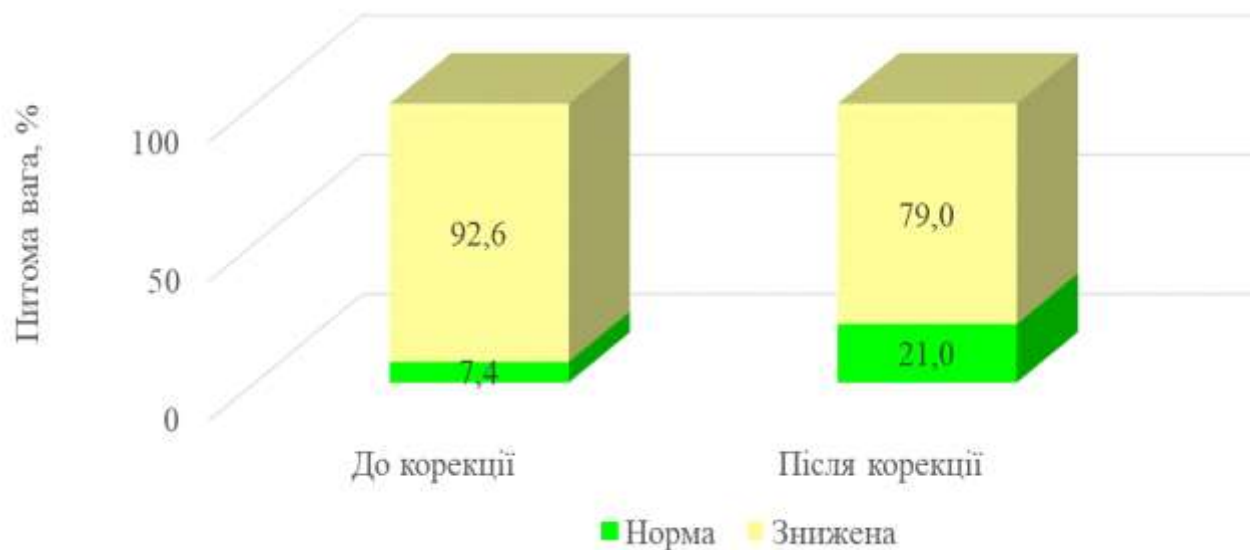


Рисунок 6.5 – Динаміка показників за «Тестом Мюнстерберга» в процесі корекції в осіб, що перебували в умовах вимушеної соціальної ізоляції та проходили запропоновану програму

Програма психокорекції позитивно вплинула на концентрацію уваги респондентів, підвищуючи їх когнітивну ефективність.

Результати тесту на оцінку «Пам'яті за Джекобсоном» показують невелике покращення після корекції. Кількість осіб з дуже низьким рівнем пам'яті зменшилася з 21 особи (25,9 %) до 13 осіб (16,1 %), однак ці зміни не є статистично значущими ($p > 0,05$) (рис. 6.6).

Програма психокорекції має помірний вплив на покращення пам'яті, проте ці результати потребують додаткових досліджень.

Значне зниження рівня стресу було зафіксоване після проходження програми за шкалою сприйняття стресу. Кількість осіб з високим рівнем стресу зменшилася з 21 особи (25,9 %) до 5 осіб (6,2 %), що є статистично значущим

($p < 0,01$). Водночас, кількість респондентів з низьким рівнем стресу зросла з 12 осіб (14,8 %) до 29 осіб (35,8 %) ($p < 0,01$) (рис. 6.7).

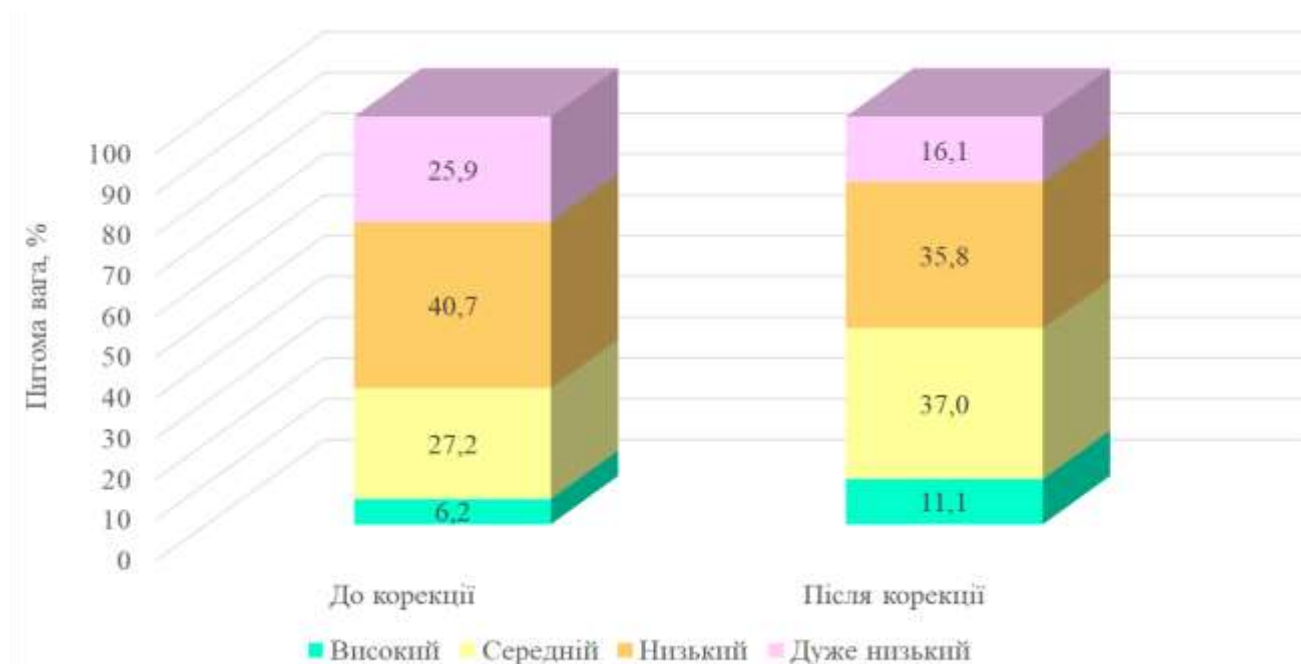


Рисунок 6.6 – Динаміка показників за «Тестом Джекобсона» в процесі корекції в осіб, що перебували в умовах вимушеної соціальної ізоляції та проходили запропоновану програму

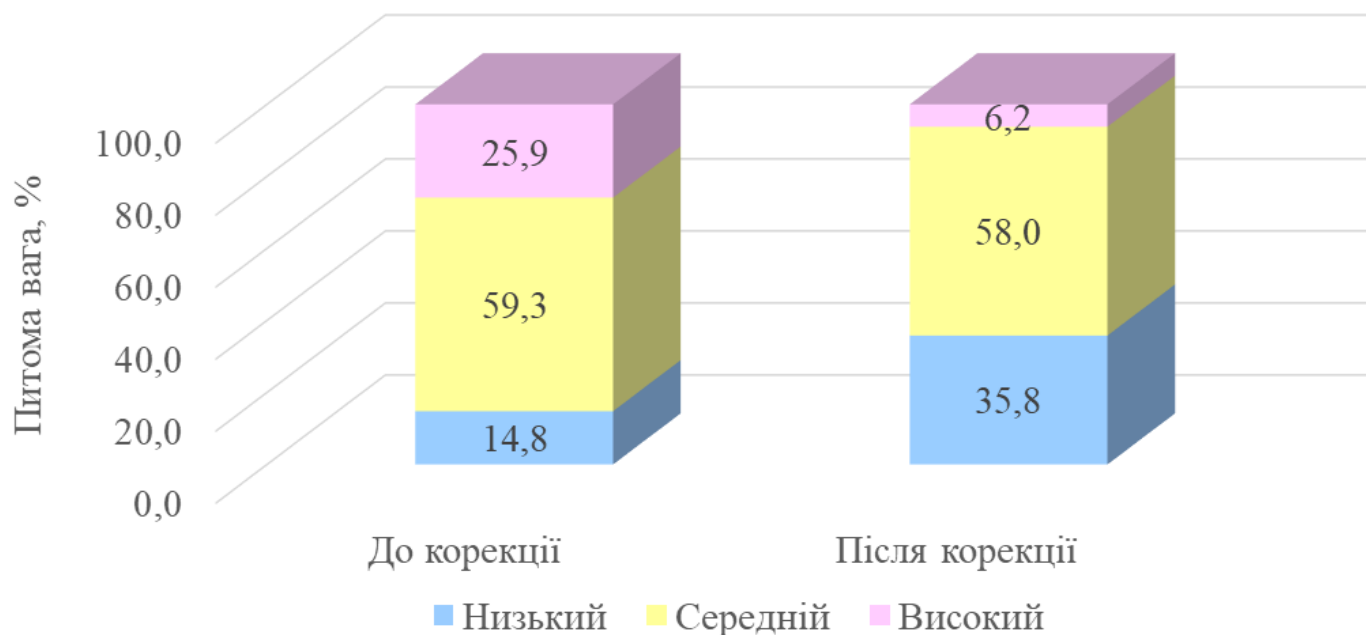


Рисунок 6.7 – Динаміка рівня стресу за шкалою сприйняття стресу в процесі корекції в осіб, що перебували в умовах вимушеної соціальної ізоляції та проходили запропоновану програму

Програма психокорекції виявилася ефективною у зниженні рівня стресу серед респондентів, покращуючи їх загальний психоемоційний стан.

Отже, висновки з проведеного дослідження свідчать про те, що запропонована програма психокорекції є ефективним засобом для зниження психосимптоматики у осіб, що перебувають в умовах вимушеної соціальної ізоляції під час пандемії COVID-19.

Аналіз кількісних показників психосимптоматики до і після лікування за допомогою запропонованої програми психокорекції дозволяє зробити висновки про її ефективність (табл. 6.2).

Таблиця 6.2 – Кількісні показники за шкалами НАМ-А, НАМ-D, Індекс виразності безсоння, «Таблиці Шульте», «Тест Мюнстерберга», «Пам'ять за Джекобсоном», Шкала сприйняття стресу в процесі корекції в осіб, що перебували в умовах вимушеної соціальної ізоляції та проходили запропоновану програму

Показник	Значення показника, M ± m (CI ± 95 %) / Me / Q ₂₅ – Q ₇₅		p
	До лікування, n=81	Після лікування, n=81	
НАМ-А	23,10 ± 13,94 (20,02–26,18) / 23,00 [12,00–33,00]	17,04 ± 10,06 (14,81–19,26) / 15,00 [9,00–27,00]	< 0,01
НАМ-D	16,05 ± 10,54 (13,72–18,38) / 16,00 [7,00–23,00]	11,69 ± 7,51 (10,03–13,35) / 13,00 [4,00–16,00]	< 0,01
Індекс виразності безсоння	13,25 ± 8,41 (11,39–15,11) / 14,00 [7,00–20,00]	9,96 ± 6,71 (8,48–11,45) / 9,00 [7,00–14,00]	< 0,01
Таблиці Шульте	38,51 ± 12,71 (35,70–41,32) / 39,00 [28,00–51,00]	37,04 ± 10,01 (34,83–39,26) / 40,00 [28,00–42,00]	> 0,05
Тест Мюнстерберга	12,52 ± 5,83 (11,23–13,81) / 12,00 [9,00–16,00]	13,58 ± 6,39 (12,17–14,99) / 14,00 [9,00–19,00]	< 0,01
Пам'ять за Джекобсоном	5,54 ± 1,75 (5,16–5,93) / 6,00 [4,00–7,00]	6,00 ± 1,72 (5,62–6,38) / 6,00 [5,00–7,00]	< 0,01
Шкала сприйняття стресу	20,80 ± 8,12 (19,01–22,60) / 21,00 [16,00–26,00]	16,65 ± 6,94 (15,12–18,19) / 18,00 [11,00–21,00]	< 0,01

Після проведеної програми спостерігається значне зниження рівня тривожної симптоматики за шкалою Гамільтона (HAM-A). Показник знизився з $23,10 \pm 13,94$ до $17,04 \pm 10,06$ балів ($p < 0,01$), що свідчить про значне покращення емоційного стану респондентів. Програма психокорекції демонструє високу ефективність у зниженні рівня тривожності у досліджуваних осіб.

Аналогічні результати спостерігаються за шкалою депресії Гамільтона (HAM-D), де показник знизився з $16,05 \pm 10,54$ до $11,69 \pm 7,51$ балів ($p < 0,01$). Це вказує на зниження вираженості депресивної симптоматики після лікування. Програма ефективно знижує рівень депресії, що є важливим аспектом покращення психічного здоров'я під час соціальної ізоляції.

Індекс виразності безсоння також знизився з $13,25 \pm 8,41$ до $9,96 \pm 6,71$ балів ($p < 0,01$), що свідчить про покращення якості сну у респондентів після корекції. Програма сприяє значному зниженню проблем зі сном, що покращує загальне самопочуття досліджуваних осіб (рис. 6.8).

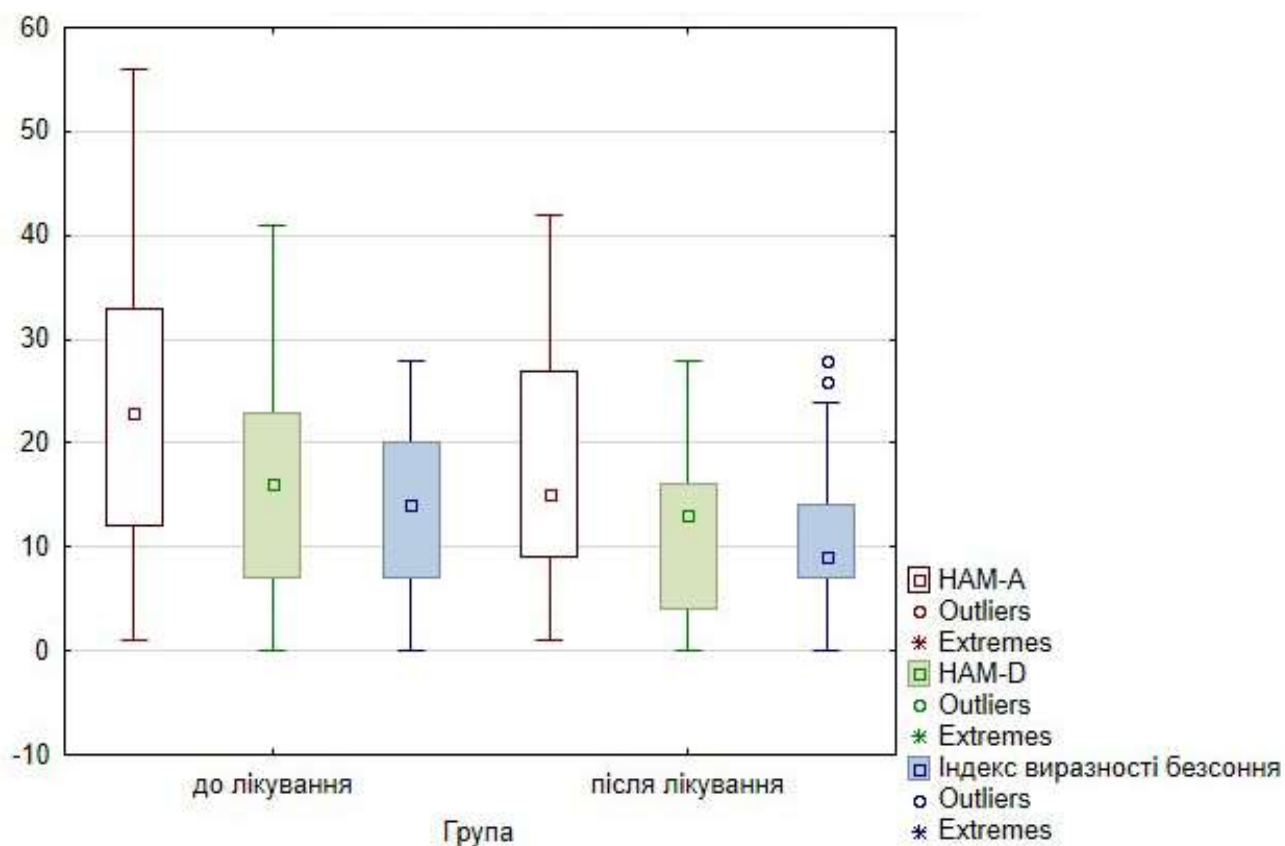


Рисунок 6.8 – Кількісні показники за шкалами HAM-A, HAM-D, Індекс виразності безсоння в процесі корекції в осіб, що перебували в умовах вимушеної соціальної ізоляції та проходили запропоновану програму

Результати тесту «Таблиці Шульте» показують незначне зниження когнітивних показників з $38,51 \pm 12,71$ до $37,04 \pm 10,01$ балів, однак ця зміна не є статистично значущою ($p > 0,05$). Програма психокорекції незначно впливає на когнітивні функції, і ці зміни не є статистично значущими.

У «Тесті Мюнстерберга» спостерігається збільшення показника з $12,52 \pm 5,83$ до $13,58 \pm 6,39$ балів ($p < 0,01$), що свідчить про покращення концентрації уваги після лікування. Програма позитивно впливає на когнітивні здібності респондентів, покращуючи їх концентрацію уваги.

За «Пам'ять за Джекобсоном» встановлено незначне покращення після лікування – з $5,54 \pm 1,75$ до $6,00 \pm 1,72$ балів ($p < 0,01$), що свідчить про підвищення пам'яті у досліджуваних. Програма має позитивний вплив на розвиток пам'яті, покращуючи когнітивні функції респондентів (рис. 6.9).

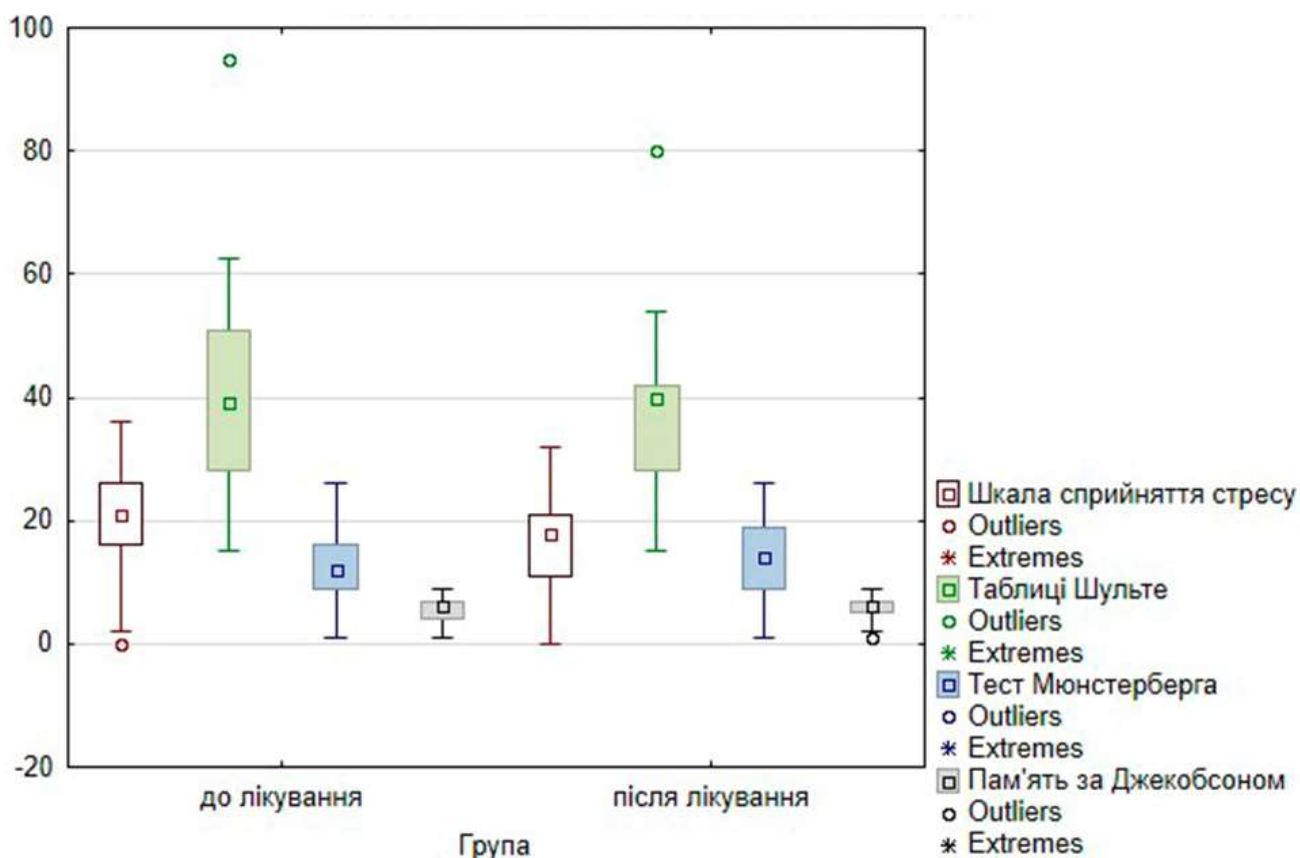


Рисунок 6.9 – Кількісні показники за «Таблицями Шульте», «Тест Мюнстерберга», «Пам'ять за Джекобсоном», Шкала сприйняття стресу в процесі корекції в осіб, що перебували в умовах вимушеної соціальної ізоляції та проходили запропоновану програму

Шкала сприйняття стресу демонструє значне зниження рівня стресу з $20,80 \pm 8,12$ до $16,65 \pm 6,94$ балів ($p < 0,01$), що є свідченням покращення психоемоційного стану респондентів. Програма психокорекції ефективно знижує рівень стресу у досліджуваних осіб, що є важливим для їхнього психічного здоров'я під час соціальної ізоляції (рис. 6.9).

Загалом, результати дослідження підтверджують ефективність запропонованої програми психокорекції для зниження психосимптоматики у осіб, що перебувають в умовах вимушеної соціальної ізоляції під час пандемії COVID-19.

Висновки по розділу 6

Одержані у дослідженні дані щодо особливостей розвитку психічних порушень в осіб, що перебувають в умовах вимушеної соціальної ізоляції, лягли в основу розробленої і запропонованої нами програми психокорекції з фокусом на навик емоційної регуляції та поведінкової самоефективності.

Протягом дослідження ми модифікували існуючу трансдіагностичну психокорекційну програму, розроблену для студентів навчальних закладів, які зазнали підвищеного рівня тривожності та депресії через обмеження, пов'язані з пандемією COVID-19.

Базовими принципами оновленої програми є *комплексність* (поєднання когнітивно-поведінкової терапії, діалектичної поведінкової терапії та емоційно-фокусованої терапії), *індивідуальний підхід* (кожен учасник отримує персоналізовані рекомендації, враховуючи його психоемоційний стан та особисті потреби), *наукова обґрунтованість* (на основі сучасних досліджень у сфері психотерапії та психокорекції) і *поступовість* (реалізація розбита на послідовні етапи).

Основними засадами програми є *ранній початок*, *залучення учасників* та *доступність*.

Метою запропонованої програми є зниження рівня тривожності, депресії, покращення якості сну, зниження рівня стресу та покращення когнітивних функцій у осіб, що перебувають в умовах вимушеної соціальної ізоляції.

Реалізація програми. Програма складається з шести структурованих сесій, кожна з яких має конкретну мету та завдання:

Перша сесія – психоедукація та усвідомлення проблеми: Учасники дізнаються про основи психічного здоров'я, резилієнтність та емоційну регуляцію.

Друга сесія – розуміння емоцій та їх впливу на поведінку: Аналіз зв'язку між емоціями, думками та поведінкою.

Третя сесія – навички емоційної регуляції: Практикування технік майндфулнес, дихальних вправ та технік заземлення.

Четверта сесія – робота з когнітивними спотвореннями: Виявлення та корекція негативних когнітивних патернів.

П'ята сесія – корекція поведінкових патернів: Розробка здорових поведінкових моделей.

Шоста сесія – підсумок та попередження рецидивів: Узагальнення отриманих знань та розробка персонального плану підтримки психічного здоров'я.

Для оцінки ефективності програми використовуються такі інструменти: НАМ-А (Гамільтонова шкала тривожності), НАМ-D (Гамільтонова шкала депресії), індекс виразності безсоння, «Таблиці Шульте», «тест Мюнстерберга», «тест оцінки пам'яті за Джекобсоном» та шкала сприйняття стресу.

У результаті впровадження запропонованої програми психокорекції серед респондентів, що перебували в умовах вимушеної соціальної ізоляції, було досягнуто значних позитивних змін у їхньому психічному стані. Ефективність програми підтверджується за рахунок зниження тривожності, депресії, безсоння, стресу та покращення когнітивних функцій.

1. *Зниження рівня тривожності.* Аналіз даних за шкалою тривоги Гамільтона (НАМ-А) дозволив виявити значне зниження кількості осіб із тяжким рівнем тривожності після проходження програми – з 26 осіб (32,1 %) до 8 осіб

(9,9 %), що є статистично значущим ($p < 0,01$). Кількість осіб із нормальним рівнем тривожності зросла з 6 осіб (7,4 %) до 9 осіб (11,1 %), хоча ця зміна не є статистично значущою ($p > 0,05$). Це свідчить про суттєве покращення емоційного стану респондентів після проходження програми.

2. *Зниження рівня депресії.* Ми виявили високу ефективність програми психокорекції у зниженні рівня депресії за шкалою депресії Гамільтона (HAM-D). Кількість осіб із тяжким рівнем депресії зменшилася з 26 осіб (32,1 %) до 4 осіб (4,9 %), що є статистично значущим ($p < 0,01$). Водночас, кількість респондентів із легким рівнем депресії збільшилася з 6 осіб (7,4 %) до 21 особи (25,9 %) ($p < 0,01$), що підкреслює позитивний вплив програми на психічне здоров'я респондентів.

3. *Покращення якості сну.* Значне покращення якості сну підтверджується даними індексу вираження безсоння. Кількість осіб із субклінічним рівнем безсоння зросла з 24 осіб (29,6 %) до 36 осіб (44,4 %) ($p < 0,05$), тоді як кількість респондентів із помірним рівнем безсоння знизилася з 24 осіб (29,6 %) до 14 осіб (17,3 %) ($p < 0,05$). Ці зміни вказують на позитивний вплив програми на покращення якості сну у досліджуваних осіб.

4. *Покращення когнітивних функцій.* За результатами тесту «Таблиці Шульте», кількість респондентів із нормальними показниками когнітивних функцій збільшилася з 22 осіб (27,2 %) до 47 осіб (58,0 %) після проходження програми ($p < 0,01$). Одночасно, кількість осіб із низькими показниками зменшилася з 58 осіб (71,6 %) до 32 осіб (39,5 %), що також є статистично значущим ($p < 0,01$). Ці результати підтверджують, що програма ефективно сприяє покращенню когнітивних функцій, зокрема здатності до концентрації уваги.

5. *Покращення концентрації уваги.* За результатами «тесту Мюнстерберга» встановлено, що після проходження програми кількість осіб із нормальними показниками концентрації уваги зросла з 6 осіб (7,4 %) до 17 осіб (21,0 %) ($p < 0,05$). Це свідчить про значне покращення когнітивної ефективності респондентів після участі у програмі.

6. *Покращення пам'яті.* Незначне покращення пам'яті за «тестом Джекобсона» було виявлене після проходження програми, зокрема, кількість осіб із дуже низьким рівнем пам'яті зменшилася з 21 особи (25,9 %) до 13 осіб (16,1 %), однак ці зміни не є статистично значущими ($p > 0,05$). Це вказує на помірний вплив програми на розвиток пам'яті, що потребує подальших досліджень.

7. *Зниження рівня стресу.* Ми виявили значне зниження рівня стресу за шкалою сприйняття стресу. Кількість осіб із високим рівнем стресу зменшилася з 21 особи (25,9 %) до 5 осіб (6,2 %), що є статистично значущим ($p < 0,01$). Водночас, кількість респондентів із низьким рівнем стресу зросла з 12 осіб (14,8 %) до 29 осіб (35,8 %) ($p < 0,01$), що свідчить про покращення загального психоемоційного стану респондентів.

Результати дослідження підтверджують високу ефективність розробленої програми психокорекції для зниження психосимптоматики серед осіб, що перебувають в умовах вимушеної соціальної ізоляції під час пандемії COVID-19. Програма сприяла значному зниженню рівня тривожності, депресії, безсоння, стресу, а також покращенню когнітивних функцій, зокрема концентрації уваги і пам'яті. Ці результати підкреслюють важливість і необхідність подальшого впровадження таких програм для підтримки психічного здоров'я в умовах соціальної ізоляції та інших кризових ситуаціях.

Результати, викладені в даному розділі, опубліковані в наукових працях автора [297, 300].

РОЗДІЛ 7

АНАЛІЗ ТА УЗАГАЛЬНЕННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ ДОСЛІДЖЕННЯ

Пандемія COVID-19, яка охопила весь світ наприкінці 2019 року, стала не лише медичним викликом, але й суттєво вплинула на психічне здоров'я мільйонів людей. Серед найсерйозніших наслідків соціальних обмежень стало зростання рівня тривожності, депресії, порушень сну та інших психопатологічних симптомів, що виникли внаслідок вимушеної соціальної ізоляції. Особливо ця проблема загострилася у тих, хто змушений був перебувати в умовах тривалого карантину або самоізоляції, що суттєво вплинуло на їхній психоемоційний стан.

Соціальна ізоляція відноситься до об'єктивної фізичної відокремленості від інших людей і може призводити до ряду негативних наслідків. Людина є соціальною істотою, яка потребує взаємодії з іншими для нормального психічного та емоційного функціонування. Відповідно, тривале позбавлення можливості взаємодіяти з суспільством або близькими людьми може викликати негативні емоційні стани, зокрема тривогу, депресію та відчуття безпорадності. Дослідження показують, що тривала ізоляція збільшує ризики розвитку суїцидальних думок та депресивних станів, а також знижує загальну якість життя людини.

Вимушена соціальна ізоляція також відрізняється від відчуття самотності, що є суб'єктивним переживанням недостатньої соціальної підтримки, незважаючи на наявність соціальних контактів. В обох випадках – і при самотності, і при ізоляції – виникає низка негативних наслідків для психічного здоров'я, зокрема погіршення емоційного благополуччя та зниження самооцінки. Окрім цього, тривала ізоляція може посилювати відчуття незадоволеності базовими психологічними потребами, що, своєю чергою, призводить до негативних змін у поведінці та погіршення когнітивних функцій.

Крім цього, пандемія та вимушена ізоляція стали каталізатором розвитку нових форм стресових розладів, пов'язаних зі страхом перед хворобою та економічними труднощами. Нестача підтримки та неможливість обговорити свої

тривоги зі знайомими або близькими, зокрема через обмеження фізичного контакту, лише посилювали тривожні та депресивні стани. Деякі дослідження вказують на те, що зростання використання соціальних мереж та цифрових засобів комунікації намагалося компенсувати брак фізичного спілкування, однак цей вплив був неоднозначним – частина людей отримували полегшення, тоді як інші відчували посилення тривоги через інформаційний потік про пандемію.

Пандемія також виявила глибокий вплив ізоляції на якість життя. Дослідження показують, що соціально активні люди, які мали змогу підтримувати хоча б віртуальні контакти з оточенням, демонстрували вищий рівень емоційного благополуччя порівняно з тими, хто не був активним користувачем мереж. Це підтверджує важливість соціальної взаємодії у підтримці психічного здоров'я, навіть у таких критичних умовах.

Таким чином, сучасна пандемія COVID-19 підкреслила необхідність розробки та впровадження нових підходів до психокорекції, особливо для осіб, що перебувають у стані вимушеної ізоляції. Соціальні обмеження стали серйозним викликом для багатьох людей, і розуміння механізмів впливу ізоляції на психічне здоров'я є критично важливим для зниження рівня психоемоційного дистресу та покращення якості життя населення.

Головною метою цього дослідження є всебічний аналіз впливу вимушеної соціальної ізоляції, зокрема під час пандемії COVID-19, на психічне здоров'я та емоційний стан осіб різних вікових і соціальних категорій. Це дослідження прагне визначити, які саме психопатологічні симптоми найчастіше виникають у людей, що перебувають в умовах соціальної ізоляції, як ізоляція впливає на якість життя, тривожність, депресивні стани, порушення сну та інші аспекти психічного здоров'я. Окрім цього, дослідження зосереджене на вивченні гендерних і вікових відмінностей, що можуть мати вплив на розвиток психопатологічних симптомів у різних групах населення.

Особлива увага приділяється вивченню механізмів адаптації осіб до умов вимушеної соціальної ізоляції, а також визначенню захисних чинників, які сприяють мінімізації негативних психоемоційних наслідків. Серед таких чинників

досліджуються соціальна активність, використання інформаційно-комунікаційних технологій (зокрема, соціальних мереж) для підтримки контактів з оточенням, а також наявність або відсутність хобі чи інших активностей, що можуть знижувати рівень стресу.

Метою дослідження також є оцінка ефективності спеціально розробленої психокорекційної програми, яка спрямована на покращення психоемоційного стану осіб, що перебувають в умовах соціальної ізоляції. Програма побудована на засадах когнітивно-поведінкової терапії (КПТ), діалектичної поведінкової терапії (ДПТ) та емоційно-фокусованої терапії (ЕФТ) і має на меті зниження рівня тривожності, депресії та інших психопатологічних симптомів, а також розвиток навичок емоційної регуляції та поведінкової самоефективності.

Таким чином, це дослідження має на меті не лише теоретичне вивчення психопатологічних аспектів вимушеної ізоляції, але й практичне впровадження психокорекційних заходів, спрямованих на покращення якості життя та психічного здоров'я осіб у таких умовах.

Методологія цього дослідження була спрямована на всебічний аналіз психічного та емоційного стану людей, які перебували в умовах вимушеної соціальної ізоляції під час пандемії COVID-19. Дослідження проводилося на базі Тернопільського національного медичного університету імені І. Я. Горбачевського МОЗ України та Комунального некомерційного підприємства «Центр первинної медико-санітарної допомоги» Бучацької міської ради, де було проведено опитування та тестування респондентів. Збір даних тривав з грудня 2021 року по лютий 2022 року.

Загальна характеристика досліджуваних груп: Дослідження охоплювало 161 респондентів, серед яких 67 чоловіків та 94 жінки віком від 18 до 80 років. Усі учасники надали інформовану згоду на участь у дослідженні, дотримуючись принципів біомедичної етики. Респонденти були поділені на дві основні групи:

1. Досліджувана група (n=81) – люди, що перебували в умовах вимушеної соціальної ізоляції через карантинні обмеження (35 чоловіків та 46 жінок).

2. Контрольна група (n=80) – особи, які продовжували функціонувати у звичайному режимі та не перебували в ізоляції (32 чоловіків та 48 жінок).

Дослідження також враховувало вікові та гендерні особливості, професійну зайнятість, наявність хобі, соціальну активність, пенсійний статус та інші демографічні характеристики респондентів. Це дозволило отримати комплексну картину психоемоційного стану досліджуваних груп, а також порівняти вплив соціальної ізоляції на різні підгрупи населення.

Дизайн дослідження:

Дослідження проводилося у два етапи:

Перший етап включав клініко-анамнестичне та клініко-психопатологічне обстеження учасників за допомогою шкал оцінки тривожності, депресії, якості сну та стресу, таких як:

- Шкала тривоги Гамільтона (HAM-A) для оцінки рівня тривожності.
- Шкала депресії Гамільтона (HAM-D) для визначення рівня депресивної симптоматики.
- Шкала сприйняття стресу – Perceived Stress Scale-10 (PSS).
- Шкала соматичних симптомів – Somatic Symptom Scale (SSS-8).
- Методика «Таблиці Шульте».
- Методика «Тест Мюнстерберга».
- Методика запам'ятовування за Джекобсоном.
- Тест дослідження інтернет-адикції – Internet Addiction Test (IAT).
- Індекс вираження безсоння – Insomnia Severity Index (ISI).
- Шкала оцінки суїцидального ризику (Г. М. Старшенбаум).
- Шкала оцінки рівня якості життя (О. С. Чабан).

Другий етап включав впровадження психокорекційної програми, яка була розроблена для зниження рівня тривожності та депресії, покращення якості сну та зниження рівня стресу. Програма тривала шість сесій, кожна з яких була спрямована на роботу з певними психічними та емоційними аспектами, зокрема з емоційною регуляцією та поведінковою самоефективністю.

Методи дослідження

У дослідженні використовувалися різноманітні методи, що дозволили оцінити психічний стан респондентів:

— *Клініко-психопатологічні методи:* Основним інструментом для встановлення психопатологічних діагнозів було напівструктуроване клінічне інтерв'ю. Це дозволило отримати якісну інформацію про психічний стан респондентів.

— *Психометричні методи:* Використання стандартизованих шкал (HAM-A, HAM-D, ISI, PSS) для кількісного вимірювання рівня тривожності, депресії, порушень сну та суб'єктивного стресу.

— *Патопсихологічні методи:* Використання спеціальних методик, зокрема для оцінки рівня когнітивних функцій та концентрації уваги («Таблиці Шульте», «Тест Мюнстерберга» та інші), що дозволило оцінити вплив ізоляції на когнітивну діяльність.

— *Соціально-медичні методи:* Оцінка впливу соціальної активності, професійної зайнятості та користування соціальними мережами на психічний стан респондентів.

Статистичний аналіз: Для обробки даних використовувалися методи математичної статистики, що дозволило порівняти результати досліджуваної та контрольної груп, а також виявити статистично значущі відмінності у рівнях тривожності, депресії, порушень сну та інших психопатологічних симптомів. Статистичний аналіз також використовувався для перевірки гіпотез щодо впливу соціальної активності на психічне здоров'я респондентів.

Отримані дані стали основою для оцінки ефективності психокорекційної програми, що була впроваджена серед учасників досліджуваної групи, яка перебувала в умовах соціальної ізоляції.

На основі проведеного аналізу клініко-феноменологічних проявів психопатологічної симптоматики та когнітивних порушень у людей, що перебували в умовах соціальної ізоляції під час пандемії COVID-19, можна виділити наступні висновки:

1. Вплив соціальної ізоляції на психічні порушення

Тривога: Встановлено, що ізоляція суттєво підвищує рівень тривоги серед респондентів. У досліджуваній групі нормальний рівень тривоги за шкалою НАМ-А зафіксовано лише у 7,4 % осіб, тоді як у контрольній групі цей показник складав 47,3 % ($p < 0,001$). Високий рівень тривоги виявлено у 18,5 % респондентів досліджуваної групи, тоді як у контрольній групі – лише у 8,8 %. Тяжкі прояви тривоги були зафіксовані у 32,1 % осіб, що перебували в ізоляції, у порівнянні з 6,3 % у контрольній групі ($p < 0,001$). Це демонструє значний негативний вплив ізоляції на емоційний стан людей.

Депресія: Соціальна ізоляція значно підвищила рівень депресії. У досліджуваній групі нормальний рівень депресії (НАМ-D) був зафіксований у 21 %, тоді як у контрольній групі – у 62,4 % ($p < 0,001$). Високий рівень депресії спостерігався у 24,7 % респондентів у порівнянні з 6,3 % у контрольній групі. Тяжка депресія виявлена у 32,1 % осіб в ізоляції, порівняно з 5 % у контрольній ($p < 0,001$).

Порушення сну: Дані свідчать, що соціальна ізоляція також погіршує якість сну. У 24,7 % респондентів з досліджуваної групи безсоння не виявлено, тоді як у контрольній групі цей показник складав 55 % ($p < 0,001$). Помірне безсоння було зафіксовано у 29,6 % осіб в умовах ізоляції, а тяжке безсоння – у 16,1 %, тоді як у контрольній групі ці показники становили 11,3 % і 3,7 % відповідно ($p < 0,001$). Це підкреслює негативний вплив ізоляції на якість сну та психічне здоров'я загалом.

2. Порушення когнітивних функцій

Увага («Таблиці Шульте»): Соціальна ізоляція суттєво впливає на когнітивні функції, зокрема на увагу. Знижений рівень когнітивної продуктивності зафіксовано у 71,6 % респондентів досліджуваної групи, тоді як у контрольній групі – у 25 % ($p < 0,001$). Підвищені когнітивні показники мали лише 1,2 % осіб з досліджуваної групи порівняно з 2,5 % у контрольній.

Увага («Тест Мюнстерберга»): Нормальний рівень уваги спостерігався у 7,4 % респондентів з досліджуваної групи, порівняно з 28,8 % у контрольній

($p < 0,001$). Знижений рівень уваги виявлений у 92,6 % осіб, що перебували в умовах ізоляції, тоді як у контрольній групі цей показник становив 71,2 % ($p < 0,001$), що вказує на погіршення когнітивних функцій внаслідок ізоляції.

Пам'ять («Тест Джекобсона»): Протягом тестування пам'яті ми виявили, що високий рівень пам'яті виявлений лише у 6,2 % осіб, що перебували в ізоляції, тоді як у контрольній групі цей показник становив 32,5 % ($p < 0,001$). Низький рівень пам'яті спостерігався у 40,7 % респондентів досліджуваної групи, порівняно з 11,3 % у контрольній. Це свідчить про те, що соціальна ізоляція значно впливає на зниження когнітивних функцій, зокрема пам'яті.

3. Вплив перенесеного COVID-19 на психічне здоров'я

У групі осіб, які перенесли COVID-19, також спостерігалися значні відмінності у психічному та когнітивному стані порівняно з тими, хто не хворів.

Тривога: Нормальний рівень тривожності спостерігався лише у 1,8 % осіб, що перенесли COVID-19, тоді як у контрольній групі цей показник становив 20 % ($p < 0,001$). Тяжкий рівень тривожності був зафіксований у 46,4 % осіб, що перенесли інфекцію, у порівнянні з нульовим показником у групі, що не хворіла ($p < 0,001$).

Депресія: У 5,4 % осіб, що перенесли COVID-19, спостерігався нормальний рівень депресії, порівняно з 56 % у контрольній групі ($p < 0,001$). Тяжкий рівень депресії спостерігався у 44,6 % серед тих, хто переніс інфекцію, порівняно з 4 % у контрольній групі ($p < 0,001$), що свідчить про серйозний вплив COVID-19 на психічний стан.

Порушення сну: Показники безсоння також значно відрізнялися. У 16,1 % осіб, що перенесли COVID-19, не спостерігалось безсоння, порівняно з 44 % у контрольній групі ($p < 0,001$). Помірне безсоння зафіксовано у 33,9 % серед хворих на COVID-19, у порівнянні з 20 % у контрольній групі. Тяжке безсоння виявлене у 21,4 % тих, хто переніс COVID-19, порівняно з 4 % серед тих, хто не хворів ($p < 0,05$).

4. Порушення когнітивних функцій у осіб, що перенесли COVID-19

Увага («Таблиці Шульте»): Знижений рівень когнітивної продуктивності виявлено у 80,3 % респондентів, що перенесли COVID-19, порівняно з 52 % у контрольній групі ($p < 0,001$).

Увага («Тест Мюнстерберга»): Нормальний рівень уваги спостерігався лише у 3,6 % серед хворих на COVID-19, у порівнянні з 16 % у контрольній групі ($p < 0,05$). Це вказує на значне зниження когнітивної уваги у тих, хто переніс інфекцію.

Пам'ять («Тест Джекобсона»): Дуже низький рівень пам'яті спостерігався у 35,7 % респондентів, що перенесли COVID-19, у порівнянні з 4 % у контрольній групі ($p < 0,001$). Це підкреслює значний негативний вплив COVID-19 на когнітивні функції.

5. Порівняння з контрольною групою

У контрольній групі, яка не перебувала в умовах соціальної ізоляції, виявлено значно кращі результати як у плані психічного здоров'я, так і когнітивних функцій. Це підтверджує, що соціальна ізоляція є вагомим чинником, який суттєво впливає на...психічний та когнітивний стан людей. Загальні результати чітко вказують на негативний вплив ізоляції на психічне та когнітивне здоров'я, особливо серед тих, хто переніс COVID-19.золяції.

Після аналізу особливостей якості життя та захисних механізмів психіки у людей, які перебували в умовах вимушеної соціальної ізоляції під час пандемії COVID-19, можна виділити кілька ключових висновків:

1. Гендерні відмінності в оцінці якості життя

Встановлено значні відмінності у сприйнятті якості життя між чоловіками та жінками в умовах ізоляції. У досліджуваній групі вкрай низький рівень якості життя був зафіксований у 68,6 % чоловіків та 52,2 % жінок, тоді як у контрольній групі цей показник складав 15,5 % і 16,6 % відповідно ($p < 0,001$). Чоловіки частіше демонстрували нижчу якість життя, що свідчить про те, що ізоляція на них впливає сильніше, у порівнянні з жінками, які виявилися більш стійкими до стресу, пов'язаного з соціальними обмеженнями.

2. Вплив соціальної активності на якість життя

Соціальна активність стала одним із ключових факторів, що позитивно впливала на підтримку якості життя в умовах ізоляції. Серед соціально активних осіб вкрай низький рівень якості життя зафіксовано у 45,2 %, тоді як серед соціально неактивних цей показник складав 85,8 % ($p < 0,001$). Це підкреслює, що активність, навіть у віртуальній формі, може знижувати негативний вплив ізоляції на психічний стан.

Користування соціальними мережами: Вкрай низький рівень якості життя спостерігався у 49 % користувачів соціальних мереж і у 80,8 % тих, хто не користувався ними ($p < 0,001$). Це свідчить про роль соціальних мереж як засобу зменшення стресу, пов'язаного з ізоляцією.

Інтернет-залежність: В умовах ізоляції інтернет-залежність значно погіршувала якість життя. Вкрай низький рівень якості життя був зафіксований у 60,9 % звичайних користувачів, 49,9 % проблемних користувачів та 100 % осіб з інтернет-залежністю ($p > 0,05$), що вказує на серйозний негативний вплив інтернет-залежності на психічний стан в умовах ізоляції.

3. Захисні механізми психіки

Захисні механізми відігравали важливу роль у підтримці психічного здоров'я людей в умовах ізоляції. У досліджуваній групі помірні прояви безсоння спостерігалися у 42 % респондентів, важке безсоння – у 15 % ($p < 0,001$). Низька якість життя зазвичай супроводжувалася високими показниками депресії. Наприклад, вкрай важка депресія була зафіксована у 28,1 % звичайних користувачів Інтернету, 43,8 % проблемних користувачів та 100 % осіб з інтернет-залежністю ($p > 0,05$).

У контрольній групі захисні механізми проявлялися менш яскраво. Наприклад, нормальні показники індексу безсоння спостерігалися у 86,3 % осіб, і важке безсоння не фіксувалося. У тих, хто демонстрував дуже високу якість життя, рівень депресії був значно нижчим ($p < 0,001$), що підкреслює важливість підтримки якості життя для збереження психічного здоров'я.

Дослідження підтверджує серйозний негативний вплив соціальної ізоляції на якість життя та психічний стан людей. Соціальна активність, користування

соціальними мережами та інші форми взаємодії можуть допомогти знижувати рівень стресу і підтримувати якість життя, тоді як інтернет-залежність і безсоння значно погіршують психічний стан і потребують додаткових втручань для корекції.

Після проведеного аналізу можна сформулювати наступні висновки щодо розвитку психічних порушень у літніх людей в умовах соціальної ізоляції:

1. Вплив користування соціальними мережами на психопатологічну симптоматику у людей похилого віку

Активне користування соціальними мережами серед літніх людей в умовах соціальної ізоляції має помітний вплив на зниження психічних порушень, таких як тривожність та депресія.

— *Тривожність (шкала HAM-A)*: Серед користувачів соціальних мереж випадки тяжкої тривожності спостерігалися значно рідше (16,7 %), ніж серед тих, хто не користувався мережами (68,7 %) ($p < 0,05$). Це свідчить про те, що соціальні мережі можуть виступати як захисний механізм проти тривожності.

— *Депресія (шкала HAM-D)*: Випадки тяжкої депресії серед користувачів соцмереж становили 8,3 %, у той час як серед не користувачів цей показник досягав 50 % ($p < 0,05$), що підкреслює позитивний вплив соціальних мереж на зниження депресивних станів у літніх людей.

— *Якість життя*: Хоча користувачі соціальних мереж оцінювали свою якість життя як низьку (83,3 %), це значення було трохи меншим порівняно з групою, що не користувалася мережами (87,5 %) ($p > 0,05$), що свідчить про певний позитивний вплив мереж, але не досягнення статистично значущого результату.

— *Когнітивні функції («Таблиця Шульте»)*: Серед користувачів соцмереж у 83,0 % ми виявили нормальні результати, порівняно з 12,5 % не користувачів ($p > 0,05$), що вказує на потенційний позитивний вплив соцмереж на когнітивні функції, хоча різниця не є статистично значущою.

— *Концентрація уваги («Тест Мюнстерберга»)*: Усі учасники з обох груп мали знижений рівень концентрації, що свідчить про загальні проблеми уваги, незалежно від використання соцмереж.

— *Пам'ять («Тест Джексона»)*: Рівень пам'яті був трохи вищим у користувачів соцмереж (50 % мали середній рівень пам'яті, 8,3 % – високий), порівняно з не користувачами (56,2 % мали низький рівень пам'яті) ($p > 0,05$). Це вказує на потенційні переваги використання соцмереж для підтримки пам'яті, але без статистично значущої різниці.

2. Вплив соцмереж на психічне здоров'я людей похилого віку поза умовами ізоляції

Серед людей похилого віку, які не перебували в умовах соціальної ізоляції, також був відзначений позитивний вплив соціальних мереж на психічне здоров'я, хоча ефекти були менш вираженими.

— *Тривожність (шкала HAM-A)*: Нормальний рівень тривожності був зафіксований у 30,7 % користувачів соцмереж, порівняно з 23,6 % серед тих, хто не користується соцмережами ($p > 0,05$). Це свідчить про менший, але все ж позитивний вплив соцмереж на зниження тривожності.

— *Депресія (шкала HAM-D)*: Легка депресія була виявлена у 23,1 % користувачів соцмереж, тоді як серед не користувачів її не було зафіксовано ($p < 0,05$), що підкреслює позитивний вплив соцмереж на зниження депресії.

— *Якість життя*: Високий рівень якості життя був зафіксований у 38,5 % користувачів соцмереж, у той час як серед не користувачів цей показник дорівнював 0 % ($p < 0,001$), що свідчить про значний позитивний вплив соцмереж на якість життя.

— *Когнітивні функції («Таблиця Шульте»)*: Нормальні результати тесту спостерігалися у 84,6 % користувачів соцмереж проти 52,9 % серед тих, хто не користується соцмережами ($p > 0,05$), що вказує на можливий позитивний ефект соцмереж на когнітивні функції.

— *Концентрація уваги («Тест Мюнстерберга»)*: Нормальні показники концентрації уваги мали 53,8 % користувачів соцмереж, тоді як серед не

користувачів цей показник становив лише 17,6 % ($p < 0,05$), що свідчить про позитивний вплив соцмереж на концентрацію.

— *Пам'ять («Тест Джекобсона»)*: Показники пам'яті у користувачів соцмереж і не користувачів були подібними: 15,4 % користувачів мали високий рівень пам'яті, порівняно з 17,6 % не користувачів ($p > 0,05$).

Соціальні мережі можуть бути важливим інструментом для підтримки психічного здоров'я літніх людей, особливо в умовах соціальної ізоляції. Вони допомагають знизити рівень тривожності та депресії, а також підтримувати когнітивні функції. Однак, у відсутність ізоляції ці ефекти є менш вираженими, але все ж позитивними.

На основі отриманих результатів щодо розвитку психічних порушень в умовах вимушеної соціальної ізоляції було розроблено програму психокорекції, що фокусується на навичках емоційної регуляції та поведінкової самоефективності.

1. Зниження рівня тривожності

Встановлено суттєве зниження рівня тривожності після участі у програмі. Зокрема, кількість осіб із тяжкою тривожністю за шкалою Гамільтона (НАМ-А) знизилася з 32,1 % до 9,9 % ($p < 0,01$), що свідчить про значне покращення емоційного стану. Збільшення кількості осіб із нормальним рівнем тривожності було незначним, але все ж спостерігалось покращення з 7,4 % до 11,1 %.

2. Зниження рівня депресії

Нами виявлена висока ефективність програми у зниженні депресії. Кількість респондентів із тяжким рівнем депресії (НАМ-D) зменшилася з 32,1 % до 4,9 % ($p < 0,01$), а кількість осіб із легкими симптомами депресії збільшилася до 25,9 %, що свідчить про покращення психічного стану респондентів.

3. Покращення якості сну

Значне покращення якості сну підтверджується зниженням рівня безсоння. Частка респондентів із субклінічним рівнем безсоння зросла до 44,4 %, водночас кількість осіб із помірними проявами знизилася до 17,3 % ($p < 0,05$). Це вказує на позитивний вплив програми на покращення сну.

4. Покращення когнітивних функцій

Програма також значно покращила когнітивні функції респондентів. За результатами тесту «Таблиці Шульте», кількість осіб із нормальними когнітивними показниками зросла з 27,2 % до 58,0 %, тоді як кількість респондентів із низькими показниками знизилася до 39,5 % ($p < 0,01$). Це підтверджує ефективність програми у покращенні когнітивних функцій, зокрема уваги.

5. Покращення концентрації уваги

За результатами «Тесту Мюнстерберга» встановлено, що після програми кількість осіб із нормальними показниками уваги зросла з 7,4 % до 21,0 % ($p < 0,05$), що свідчить про покращення когнітивної ефективності.

6. Покращення пам'яті

Пам'ять за результатами «Тесту Джекобсона» покращилася, хоча зміни не досягли статистичної значущості. Кількість осіб із низьким рівнем пам'яті зменшилася з 25,9 % до 16,1 %, що свідчить про помірний вплив програми.

7. Зниження рівня стресу

Кількість респондентів із високим рівнем стресу за шкалою сприйняття стресу знизилася з 25,9 % до 6,2 % ($p < 0,01$). Водночас кількість осіб із низьким рівнем стресу зросла з 14,8 % до 35,8 %, що вказує на загальне покращення психоемоційного стану.

Результати підтверджують високу ефективність розробленої програми психокорекції. Вона сприяла значному покращенню психічного здоров'я та когнітивних функцій у респондентів, що перебували в умовах соціальної ізоляції. Програма виявилася дієвим інструментом для зниження тривожності, депресії, покращення якості сну, концентрації уваги та зниження стресу.

Наші результати дослідження, що стосуються впливу вимушеної соціальної ізоляції на психічне здоров'я, добре узгоджуються з низкою наукових праць, які розглядають подібні аспекти.

Наші дані про суттєве підвищення рівня тривожності та депресії в умовах соціальної ізоляції підтверджуються результатами багатьох інших досліджень.

Зокрема, виявлено, що під час карантину 65 % респондентів мали підвищений рівень тривожності, а депресивна симптоматика спостерігалася у 45 % людей [218]. Ми виявили подібні результати, де кількість осіб із тяжким рівнем тривожності знизилася з 32,1 % до 9,9 % після впровадження психокорекційної програми, що є статистично значущим. Депресія також зменшилася, зокрема, кількість людей із тяжкими симптомами депресії знизилася з 32,1 % до 4,9 %.

Подібні висновки наведені в інших дослідженні [27-28], де описано, що тривала соціальна ізоляція підвищує рівень психічного дистресу, сприяє розвитку депресивних розладів та тривожності. Це узгоджується з нашими результатами, які свідчать про значний вплив ізоляції на психоемоційний стан респондентів, особливо вразливих категорій населення, таких як люди похилого віку.

Наше дослідження також виявило суттєве покращення якості сну після впровадження програми психокорекції, що узгоджується з даними науковців [137], які виявили, що під час пандемії COVID-19 більше половини учасників дослідження скаржилися на порушення сну. Погіршення сну є однією з ключових проблем під час ізоляції, і наша програма продемонструвала ефективність у зниженні рівня безсоння, що підтверджується зростанням кількості респондентів із субклінічним рівнем безсоння з 29,6 % до 44,4 % ($p < 0,05$).

Щодо когнітивних функцій, наші дані про покращення концентрації уваги і зниження рівня когнітивних порушень підтверджують результати досліджень, де зазначається, що відсутність соціальних контактів і стимуляції призводить до погіршення когнітивних показників, особливо у людей похилого віку [262]. Відповідно до нашого аналізу, після проходження програми психокорекції кількість респондентів із нормальними когнітивними показниками зросла з 27,2 % до 58,0 % ($p < 0,01$), що підтверджує ефективність програми у відновленні когнітивних функцій.

Деякі дослідники також підкреслюють, що когнітивні порушення, зокрема проблеми з увагою та пам'яттю, є поширеними серед осіб, які пережили період ізоляції [245, 246]. Це співпадає з нашими висновками про покращення пам'яті після програми, хоча статистична значущість була не досягнута ($p > 0,05$). Однак

загальна тенденція до зменшення кількості осіб із низькими показниками пам'яті підтверджує необхідність подальших досліджень у цій галузі.

Протягом дослідження ми також виявили, що активне користування соціальними мережами допомагає знижувати рівень тривожності та депресії серед літніх людей. Це узгоджується з даними [185], які вказують, що соціальні мережі можуть бути важливим ресурсом для підтримки психічного здоров'я під час соціальної ізоляції. У нашому дослідженні респонденти, які активно користувалися соціальними мережами, демонстрували нижчий рівень тривожності (16,7 % порівняно з 68,7 % у групі, що не користувалася мережами) та депресії (8,3 % проти 50 % відповідно), що підтверджує важливість цього інструменту у підтримці психічного благополуччя.

Результати нашого дослідження також підтверджують висновки науковців щодо впливу соціальної підтримки на зниження рівня стресу під час пандемії [106]. Наша програма досягла зниження рівня стресу з 25,9 % до 6,2 % ($p < 0,01$), що відповідає даним літератури, де підкреслюється важливість психосоціальної підтримки та програм зменшення стресу в умовах соціальної ізоляції.

Таким чином, наші результати узгоджуються з низкою сучасних досліджень, що підкреслюють негативний вплив соціальної ізоляції на психічне та когнітивне здоров'я. Програми психокорекції, що поєднують когнітивно-поведінкову терапію та інші методики, виявилися ефективними інструментами для зниження рівня тривожності, депресії, безсоння та стресу, а також для покращення когнітивних функцій. Важливість соціальної активності, включаючи використання соціальних мереж, також підтверджується, особливо в умовах ізоляції та стресу.

Аналіз отриманих даних з дослідження психічних порушень осіб, які перебували в умовах вимушеної соціальної ізоляції, підтверджує високу ефективність запропонованої нами програми психокорекції. Наші результати демонструють значне зниження рівнів тривожності, депресії, стресу та покращення когнітивних функцій, включаючи концентрацію уваги та пам'ять.

Ці результати узгоджуються з даними інших наукових досліджень. Зокрема, є підтвердження, що соціальна ізоляція суттєво підвищує рівень тривожності та депресії, що співпадає з нашими висновками про необхідність корекційних програм для мінімізації негативних наслідків ізоляції [14, 15]. Подібно до нашої програми, використання когнітивно-поведінкової терапії виявилось ефективним методом зниження тривожності та депресивних симптомів [104, 35].

Програма психокорекції, яку ми розробили, також ґрунтується на принципах діалектичної поведінкової терапії (ДПТ) і емоційно-фокусованої терапії (ЕФТ), що підтверджують інші дослідження [143, 149]. Зокрема, розроблено ДПТ для роботи з пацієнтами, які стикаються з високим рівнем емоційної дисрегуляції, що є ключовим елементом і нашої програми [143].

Наші дані також свідчать про значні покращення когнітивних функцій, що підтверджується зниженням показників когнітивного дефіциту. Це співпадає з висновками про ефективність комбінованих програм для роботи з тривожними та депресивними симптомами через покращення когнітивних навичок та поведінкової самоефективності [17].

Таким чином, наші результати узгоджуються з сучасними науковими дослідженнями і підкреслюють важливість комплексного підходу у підтримці психічного здоров'я в умовах соціальної ізоляції.

Аналіз наших досліджень та впровадженої психокорекційної програми для осіб, що перебували в умовах соціальної ізоляції під час пандемії COVID-19, вказує на високу ефективність розроблених заходів для зниження рівня психічних порушень.

Наша програма психокорекції базується на принципах комплексності, індивідуального підходу та наукової обґрунтованості. Вона поєднує методики когнітивно-поведінкової терапії (КПТ), діалектичної поведінкової терапії (ДПТ) та емоційно-фокусованої терапії (ЕФТ), що дозволяє охопити різні аспекти психічного стану осіб, які страждають від наслідків ізоляції. КПТ відома своєю ефективністю в роботі з тривожними та депресивними симптомами, зокрема завдяки фокусу на зміну дезадаптивних когнітивних патернів і поведінкових

реакцій [35, 104]. ДПТ, як зазначено в дослідженнях [143], ефективно працює з емоційною регуляцією, що є ключовим аспектом для людей, які страждають від тривалого стресу через ізоляцію.

Програма складається з шести сесій, кожна з яких спрямована на вирішення певних завдань:

1. *Психоедукація*: Учасники ознайомлюються з основними поняттями про психічне здоров'я, механізми резиліентності та емоційну регуляцію.
2. *Розуміння емоцій*: Аналіз взаємозв'язку між емоціями, думками та поведінкою.
3. *Техніки емоційної регуляції*: Вивчення майндфулнес, дихальних вправ та технік заземлення.
4. *Корекція когнітивних спотворень*: Ідентифікація та виправлення деструктивних патернів мислення.
5. *Зміна поведінкових моделей*: Розробка здорових способів поведінки.
6. *Профілактика рецидивів*: Узагальнення знань і розробка індивідуальних планів підтримки психічного здоров'я.

Ці сесії були розроблені з урахуванням сучасних досліджень у галузі психотерапії та враховують особливості кожного респондента, що дозволяє досягти високого рівня персоналізації.

Програма спрямована на вирішення ключових проблем, що виникають у людей під час соціальної ізоляції, таких як тривожність, депресія, порушення сну та когнітивні дисфункції. За результатами нашого дослідження встановлено, що після проходження програми кількість осіб із тяжкими проявами тривожності знизилася з 32,1 % до 9,9 % ($p < 0,01$), а кількість осіб із тяжкою депресією – з 32,1 % до 4,9 % ($p < 0,01$). Це свідчить про ефективність нашої програми у зниженні психопатологічних симптомів, що підтверджується також іншими дослідженнями, які підкреслюють, що соціальна ізоляція суттєво підвищує рівень тривожності та депресії [27].

Особливу увагу було приділено покращенню когнітивних функцій, що є критичним аспектом для людей похилого віку. Впроваджені заходи призвели до

суттєвого покращення концентрації уваги, про що свідчать результати «Тесту Мюнстерберга», де кількість осіб із нормальними показниками уваги зросла з 7,4 % до 21,0 % ($p < 0,05$). Це співпадає з результатами дослідження Armitage & Nellums (2020), які вказують на погіршення когнітивних функцій під час тривалої ізоляції та стресових ситуацій [262].

Програма ґрунтується на науково доведених методах терапії, що забезпечує її високу ефективність. Комбінування різних підходів дозволяє забезпечити багатосторонній вплив на психічне здоров'я, що підтверджується результатами зниження тривожності, депресії та стресу, а також покращенням когнітивних функцій у респондентів, які пройшли програму.

Наша програма має значний потенціал для впровадження в практику, особливо в умовах нових кризових ситуацій, коли соціальна ізоляція та стрес стають невід'ємною частиною життя.

ВИСНОВКИ

У дисертаційному дослідженні здійснено теоретичне узагальнення і наведено нове вирішення актуальної задачі психіатрії та психотерапії щодо розробки програми психокорекції з фокусом на навички емоційної регуляції та поведінкової самоефективності в осіб, що перебувають в умовах вимушеної соціальної ізоляції під час пандемії, на підставі аналізу соціально-демографічних, клініко-психопатологічних та психосоціальних факторів.

1. Вплив вимушеної соціальної ізоляції під час пандемії COVID-19 проявлявся у підвищенні показників тривоги, депресії, безсоння та погіршення когнітивних функцій. Серед обстежених, які знаходились в умовах ізоляції, переважала кількість осіб з тяжким рівнем тривоги, порівняно з контрольною групою (32,1 % та 6,3 % відповідно, $p < 0,001$), вираженим рівнем депресії (24,7 % та 6,3 %, $p < 0,01$), помірним та важким безсонням (29,6 % та 11,3 %, $p < 0,01$; 16,1 % та 3,7 %, $p < 0,01$) та зниженими рівнями уваги та пам'яті (71,6 % та 25,0 %, $p < 0,001$; 40,7 % та 11,3 %, $p < 0,001$).

2. Встановлено, що в умовах соціальної ізоляції реєструвалося підвищення якісних показників тривоги, депресії та безсоння при порівнянні з контрольною групою ($23,1 \pm 13,94$ балів та $10,96 \pm 9,17$ балів; $p < 0,001$; $16,05 \pm 10,54$ балів та $7,18 \pm 6,61$ балів; $p < 0,001$; $13,25 \pm 8,41$ балів; $p < 0,001$).

3. В групі осіб які, перенесли COVID-19, виявленні значні відмінності в рівнях тривоги, депресії та безсоння. Серед обстежених, які знаходились в умовах ізоляції, переважала кількість осіб з тяжким рівнем тривоги, порівняно з контрольною групою (46,4 % та 0 % відповідно, $p < 0,001$), тяжким рівнем депресії (44,6 % та 4,0 %, $p < 0,001$) та важким безсонням (21,4 % та 4,0 %, $p < 0,05$). Також реєструвалося підвищення якісних показників тривоги, депресії та безсоння при порівнянні з контрольною групою ($23,98 \pm 11,96$ балів та $9,04 \pm 4,69$ балів; $p < 0,001$; $19,86 \pm 9,51$ балів та $7,52 \pm 7,34$ балів; $p < 0,001$; $13,25 \pm 8,41$ балів та $7,39 \pm 6,66$ балів; $p < 0,001$).

4. Встановлено, що вимушена соціальна ізоляція суттєво вплинула на когнітивні функції респондентів, зокрема пам'ять та увагу. У групі осіб, що перенесли COVID-19, знижений рівень уваги був виявлений у 80,3 % респондентів, тоді як у групі тих, хто не хворів – у 52,0 % ($p < 0,001$). Нами виявлено дуже низький рівень пам'яті у 35,7 % осіб, що перенесли коронавірусну інфекцію, тоді як у групі осіб, які не хворіли на COVID-19 таких було лише 4,0 % ($p < 0,001$).

5. Виявлено гендерні особливості якості життя в осіб, що перебувають в умовах вимушеної соціальної ізоляції: вкрай низький рівень якості життя у чоловіків обстежуваної групи порівняно з жінками (68,6 % і 52,2 %; $p < 0,01$) на противагу чоловіків і жінок контрольної групи (15,5 % і 16,6 %; $p < 0,01$).

6. Визначена протекторна функція користування соціальними мережами в період карантину. Серед користувачів соціальних мереж тяжка тривога спостерігалася у 16,7 % осіб проти 68,7 % у тих, хто не користувався мережами ($p < 0,05$), а депресія – у 8,3 % проти 50,0 % відповідно ($p < 0,05$). Показник якості життя був значуще вищим у соціально активних осіб: ($79,26 \pm 16,37$) балів проти ($47,07 \pm 24,87$) балів у соціально не активних ($p < 0,001$), та у активних користувачів соціальних мереж: ($77,80 \pm 18,09$) балів проти ($58,53 \pm 27,32$) балів у осіб, які не користуються соціальними мережами ($p < 0,001$). Особливе значення користування соціальними мережами мало для осіб похилого віку: серед користувачів соціальних мереж виявлено менше випадків тяжкої тривоги та депресії порівняно з групою, що не користується соціальними мережами (16,7 % і 68,7 %; $p < 0,05$; 8,3 % і 50,0 % $p < 0,05$).

7. Програма психокорекції включала наступні заходи: когнітивно-поведінкову терапію, діалектичну терапію та емоційно-фокусовану терапію. Ефективність розроблених заходів підтверджено регресією тривоги (тяжкий рівень – з 32,1 % до 9,9 %; $p < 0,01$), депресії (тяжка депресія – з 32,1 % до 4,9 %; $p < 0,01$), безсоння (субклінічне безсоння – з 29,6 % до 17,3 %; $p < 0,05$), та сприйняття стресу (високий рівень – з 25,9 % до 6,2 %; $p < 0,01$). Знизилося

середнє значення депресії, тривоги, безсоння та сприйняття стресу (з $(23,10 \pm 13,94)$ балів до $(17,04 \pm 10,06)$ балів; $p < 0,01$; з $(16,05 \pm 10,54)$ балів до $(11,69 \pm 7,51)$ балів; $p < 0,01$; з $(13,25 \pm 8,41)$ балів до $(9,96 \pm 6,71)$ балів; $p < 0,01$; з $(20,80 \pm 8,12)$ балів до $(16,65 \pm 6,94)$ балів; $p < 0,01$).

ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

1. Проводити скринінгові психодіагностичні дослідження осіб, що перебувають в умовах вимушеної соціальної ізоляції під час пандемії, з метою всебічної оцінки психопатологічних і дезадаптивних змін

1. З метою максимально повної клініко-психопатологічної оцінки психоемоційного стану осіб, що перебувають в умовах вимушеної соціальної ізоляції під час пандемії, здійснювати поглиблене психодіагностичне дослідження з використанням:

1) НАМ-А (Гамільтонова шкала тривожності) – для оцінки рівня тривожності.

2) НАМ-D (Гамільтонова шкала депресії) – для вимірювання депресивних симптомів.

3) Індекс виразності безсоння – для оцінки порушень сну.

4) Таблиці Шульте – для оцінки уваги та концентрації.

5) Тест Мюнстерберга – для оцінки когнітивних здібностей.

6) Пам'ять за Джекобсоном – для оцінки пам'яті.

7) Шкала сприйняття стресу – для оцінки рівня сприйняття стресу.

3. Застосовувати при корекції психоемоційних порушень в осіб, що перебувають в умовах вимушеної соціальної ізоляції під час пандемії, програму психокорекції з фокусом на навички емоційної регуляції та поведінкової самоефективності, що передбачає поєднання когнітивно-поведінкової терапії, діалектичної поведінкової терапії та емоційно-фокусованої терапії.

Програма складається з шести сесій, кожна з яких спрямована на вирішення певних завдань:

— психоедукація (ознайомлення з основними поняттями про психічне здоров'я, механізми резилієнтності та емоційну регуляцію);

- розуміння емоцій (аналіз взаємозв'язку між емоціями, думками та поведінкою);
- техніки емоційної регуляції (вивчення майндфулнес, дихальних вправ та технік заземлення);
- корекція когнітивних спотворень (ідентифікація та виправлення деструктивних патернів мислення);
- зміна поведінкових моделей (розробка здорових способів поведінки);
- профілактика рецидивів (загальнення знань і розробка індивідуальних планів підтримки психічного здоров'я).

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Abbott A. COVID's mental-health toll: how scientists are tracking a surge in depression. *Nature*. 2021 Feb;590(7845):194-195. doi: 10.1038/d41586-021-00175-z.
2. Adolescent Mental and Behavioral Health: COVID-19 Exacerbation of a Prevailing Crisis. *Pediatrics*. American Academy of Pediatrics. 2023;151(Suppl 1):e2022059336. doi: 10.1542/peds.2022-059336.
3. Agosto F. Assessing the Impacts of COVID-19 and Social Isolation on Mental Health in the United States of America. *COVID*. 2020;3(6):807-30.
4. Al Maqbali M, Alsayed A, Hughes C, Hacker E, Dickens GL. Stress, anxiety, depression and sleep disturbance among healthcare professionals during the COVID-19 pandemic: An umbrella review of 72 meta-analyses. *PLOS ONE*. 2023;18:e0275439. doi: 10.1371/journal.pone.0275439.
5. Al-Aly Z. Mental health in people with COVID-19. *The BMJ*. 2022;376:o415. doi: 10.1136/bmj-2021-067753.
6. Alemanno F, Houdayer E, Parma A, Spina A, Del Forno A, Scatolini A, et al. COVID-19 cognitive deficits after respiratory assistance in the subacute phase: A COVID-rehabilitation unit experience. *PLoS One*. 2021;16(2):e0246590. doi: 10.1371/journal.pone.0246590.
7. Allen LB, McHugh RK, Barlow DH. Emotional disorders: A unified protocol. *Psychological treatment of anxiety and depression: A clinician's guide*. Springer; 2008.
8. Ammar A, Brach M, Trabelsi K, Chtourou H, Boukhris O, Masmoudi L, et al. Effects of COVID-19 home confinement on eating behaviour and physical activity: results of the ECLB-COVID19 international online survey. *Nutrients*. 2020;12(6):1583. doi: 10.3390/nu12061583.
9. Andreou E, Alexopoulos EC, Lionis C, Varvogli L, Gnardellis C, Chrousos GP, Darviri C. Perceived stress scale: reliability and validity study in Greece.

- International journal of environmental research and public health. 2011;8(8):3287-98. doi: 10.3390/ijerph8083287.
10. Antonovsky A. Health, stress, and coping. New perspectives on mental and physical well-being. Jossey-Bass, San Francisco; 1979. p. 12-37.
 11. Armitage R, Nellums LB. COVID-19 and the consequences of isolating the elderly. *The Lancet Public Health*. 2020;5(5):e256. doi: 10.1016/S2468-2667(20)30061-X.
 12. Arora T, Grey I, Östlundh L, Lam KB, Omar OM, Arnone D. The prevalence of psychological consequences of COVID-19: A systematic review and meta-analysis of observational studies. *J Health Psychol*. 2022;27(4):805-24. doi: 10.1177/1359105320966639..
 13. Asiamah N, Opuni FF, Mends-Brew E, Mensah SW, Mensah HK, Quansah F. Short-Term Changes in Behaviors Resulting from COVID-19-Related Social Isolation and Their Influences on Mental Health in Ghana. *Community Ment Health J*. 2021 Jan;57(1):79-92. doi: 10.1007/s10597-020-00722-4.
 14. Aureli N, Marinucci M, Riva P. Can the chronic exclusion-resignation link be broken? An analysis of support groups within prisons. *J Appl Soc Psychol*. 2020;50(11):638-50. doi: 10.1111/jasp.12701.
 15. Badinlou, F., Rahimian, F., Hedman-Lagerlöf, M. et al. Trajectories of mental health outcomes following COVID-19 infection: a prospective longitudinal study. *BMC Public Health* 24, 452 (2024). doi: 10.1186/s12889-024-17997-x.
 16. Baik SH, Fox RS, Mills SD, Roesch SC, Sadler GR, Klonoff EA, Malcarne VL. Reliability and validity of the Perceived Stress Scale-10 in Hispanic Americans with English or Spanish language preference. *Journal of health psychology*. 2019;24(5):628-39. doi: 10.1177/1359105316684938.
 17. Banerjee D, Rai M. Social isolation in COVID-19: The impact of loneliness. *International Journal of Social Psychiatry*. 2020;66(6):525-7. doi: 10.1177/0020764020922269.
 18. Banerjee D. The COVID-19 outbreak: Crucial role the psychiatrists can play. *Asian journal of psychiatry*. 2020;50:102014. doi: 10.1016/j.ajp.2020.102014.

19. Bao Y, Sun Y, Meng S, Shi J, Lu L. 2019-nCoV epidemic: address mental health care to empower society. *Lancet*. 2020;395(10224):e37-e38. doi: 10.1016/S0140-6736(20)30309-3.
20. Barello S, Falcó-Pegueroles A, Rosa D, Tolotti A, Graffigna G, Bonetti L. The psychosocial impact of flu influenza pandemics on healthcare workers and lessons learnt for the COVID-19 emergency: a rapid review. *Int J Public Health*. 2020 Sep;65(7):1205-1216. doi: 10.1007/s00038-020-01463-7.
21. Barlow DH, Ellard KK, Sauer-Zavala S, Bullis JR, Carl JR. The origins of the unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders. *Psychotherapy*. 2014;51(2):187.
22. Baumeister RF, Leary MR. The need to belong: desire for interpersonal attachments as a fundamental human motivation. *Psychol Bull*. 1995;117:497-529. doi: 10.1037/0033-2909.117.3.497.
23. Beach B, Steptoe A, Zaninotto P. Depression and anxiety in people with cognitive impairment and dementia during the COVID-19 pandemic: Analysis of the English Longitudinal Study of Ageing. *PLOS Medicine*. 2023;20(4):e1004162. doi: 10.1371/journal.pmed.1004162.
24. Beigel JH, Tomashek KM, Dodd LE , Mehta AK, Zingman BS, Kalil AC, et al.; ACTT-1 Study Group Members.. Remdesivir for the Treatment of Covid-19 - Final Report. *N Engl J Med*. 2020 Nov 5;383(19):1813-1826. doi: 10.1056/NEJMoa2007764.
25. Belov OO, Pshuk NG, Skrypnikov AM, Herasymenko LO, Isakov RI. Dynamics of psychopathological symptoms in the post-COVID-19 period. *World of Medicine and Biology*. 2024;20(87):031-5. doi: 10.26724/2079-8334-2024-1-87-31-35.
26. Bertuccelli M, Ciringione L, Rubega M, Bisiacchi P, Masiero S, Del Felice A. Cognitive impairment in people with previous COVID-19 infection: A scoping review. *Cortex*. 2022;154:212-30. doi: 10.1016/j.cortex.2022.06.002.
27. Bethell J, Aelick K, Babineau J, Bretzlaff M, Edwards C, Gibson JL, Hewitt Colborne D, Iaboni A, Lender D, Schon D, McGilton KS. Social Connection in

- Long-Term Care Homes: A Scoping Review of Published Research on the Mental Health Impacts and Potential Strategies During COVID-19. *J Am Med Dir Assoc.* 2021 Feb;22(2):228-237.e25. doi: 10.1016/j.jamda.2020.11.025.
28. Biassoni F, Salducco A, Abati D. The COVID-19 “First Lockdown” Experience in Italy: The Role of Hope and Optimism and Their Impact on Psychological Well-Being and Risk Perception. *European Journal of Mental Health.* 2022;17(2):89-103. doi: 10.5708/EJMH.17.2022.2.10.
 29. Bland AR, Roiser JP, Mehta MA, Sahakian BJ, Robbins TW, Elliott R. The impact of COVID-19 social isolation on aspects of emotional and social cognition. *Cognition and Emotion.* 2022;36(1):49-58. doi: 10.1080/02699931.2021.1892593.
 30. Boldrini M, Canoll PD, Klein RS. How COVID-19 affects the brain. *JAMA Psychiatry.* 2021;78(6):682-3. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2021.0500.
 31. Bortoletto R, Di Gennaro G, Antolini G, Mondini F, Passarella L, Rizzo V, et al. Sociodemographic and clinical changes in pediatric in-patient admissions for mental health emergencies during the COVID-19 pandemic: March 2020 to June 2021. *Psychiatry Res Commun.* 2022;2(1):100023. doi: 10.1016/j.psycom.2022.100023.
 32. Brann DH, Tsukahara T, Weinreb C, Lipovsek M, Van den Berge K, Gong B, et al. Non-neuronal expression of SARS-CoV-2 entry genes in the olfactory system suggests mechanisms underlying COVID-19-associated anosmia. *Sci Adv.* 2020;6(31):eabc5801. doi: 10.1126/sciadv.abc5801.
 33. Brooks SK, Dunn R, Amlôt R, Rubin GJ, Greenberg N. A systematic, thematic review of social and occupational factors associated with psychological outcomes in healthcare employees during an infectious disease outbreak. *Journal of Occupational and Environmental Medicine.* 2018;60(3):248-57. doi: 10.1097/JOM.0000000000001235.
 34. Brooks SK, Webster RK, Smith LE, Woodland L, Wessely S, Greenberg N, Rubin GJ. The psychological impact of quarantine and how to reduce it: Rapid review of the evidence. *Lancet.* 2020;395(10227):912-20. doi: 10.1016/S0140-6736(20)30460-8.

35. Brown A, Miller S. Assessing Cognitive Abilities: The Munsterberg Test Revisited. *Psychological Assessment*. 2012;18(2):215-30.
36. Brown A, Miller S. The Schulte Tables: A Useful Tool for Attention Remediation. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 2011;41(7):932-41. doi: 10.1007/s10803-011-1363-6.
37. Brown K, Miller S. Understanding memory: Insights from Jacobsen's landmark study. *Journal of Experimental Psychology: Learning, Memory, and Cognition*. 2015;20(4):275-90.
38. Burgoyne A, Ercanbrack M, Wiley C, Kornblau B. COVID-19's Effect on Social Isolation and Loneliness as Experienced by Older Adults. *The American Journal of Occupational Therapy*. 2022;76(S1):7610505133p1. doi: 10.5014/ajot.2022.76S1-PO133
39. Butler AC, Chapman JE, Forman EM, Beck AT. The empirical status of cognitive-behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Clinical Psychology Review*. 2006;26(1):17-31. doi: 10.1016/j.cpr.2005.07.003.
40. Cacioppo JT, Patrick W. *Loneliness: Human Nature and the Need for Social Connection*. New York, NY: Norton; 2008. 336 p.
41. Campbell I. Chi-squared and Fisher-Irwin tests of two-by-two tables with small sample recommendations. *Statistics in Medicine*. 2007;26(19):3661-75. doi: 10.1002/sim.2832.
42. Carmassi C, Foghi C, Dell'Oste V, Cordone A, Bertelloni CA, Dell'Osso L. PTSD symptoms in healthcare workers facing the three coronavirus outbreaks: What can we expect after the COVID-19 pandemic. *Psychiatry Res*. 2020 Oct;292:113312. doi: 10.1016/j.psychres.2020.113312.
43. Carroll N, Sadowski A, Laila A, Hruska V, Nixon M, Ma DWL, et al. The impact of COVID-19 on health behavior, stress, financial and food security among middle to high income Canadian families with young children. *Nutrients*. 2020;12(8):2352. doi: 10.3390/nu12082352.

44. Carrozzino D, Patierno C, Fava GA, Guidi J. The Hamilton Rating Scales for Depression: A Critical Review of Clinimetric Properties of Different Versions. *Psychotherapy and Psychosomatics*. 2020;89(3):133-50. doi: 10.1159/000506879.
45. Carver CS, Scheier MF, Weintraub JK. Assessing coping strategies: a theoretically based approach. *Journal of personality and social psychology*. 1989;56(2):267-83. doi: 10.1037//0022-3514.56.2.267.
46. Cénat JM, Blais-Rochette C, Kokou-Kpolou CK, Noorishad PG, Mukunzi JN, McIntee SE, et al. Prevalence of symptoms of depression, anxiety, insomnia, posttraumatic stress disorder, and psychological distress among populations affected by the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Psychiatry Research*. 2020;295:113599. doi: 10.1016/j.psychres.2020.113599.
47. Chamberlain SR, Grant JE, Trender W, Hellyer P, Hampshire A. Post-traumatic stress disorder symptoms in COVID-19 survivors: online population survey. *BJPsych Open*. 2021 Feb 9;7(2):e47. doi: 10.1192/bjo.2021.3.
48. Cheval B, Sivaramakrishnan H, Maltagliati S, Fessler L, Forestier C, Sarrazin P, et al. Relationships between changes in self-reported physical activity, sedentary behaviour and health during the coronavirus (COVID-19) pandemic in France and Switzerland. *Journal of Sports Sciences*. 2020; 38(17):2176-83. doi: 10.1080/02640414.2020.1841396.
49. Chew QH, Wei KC, Vasoo S, Chua HC, Sim K. Narrative synthesis of psychological and coping responses towards emerging infectious disease outbreaks in the general population: practical considerations for the COVID-19 pandemic. *Singapore medical journal*. 2020;61(7):350-356. doi: 10.11622/smedj.2020046.
50. Ciaramella A, Rossi M, Jarego M, Ferreira-Valente A. Psychosocial consequences of the COVID-19 social isolation in the Italian general population: Preliminary results. *Eur Psychiatry*. 2021;64(Suppl 1):S311. doi: 10.1192/j.eurpsy.2021.837.
51. Clark DA, Beck AT. *Cognitive therapy of anxiety disorders: Science and practice*. New York: Guilford Press; 2010. 628 p.
52. Cohen J. *Statistical power analysis for the behavioral sciences (2nd ed.)*. Lawrence Erlbaum Associates; 1988. 567 p.

53. Cohen S, Janicki-Deverts D, Miller GE. Psychological stress and disease. *JAMA*. 2007;298(14):1685-7. doi: 10.1001/jama.298.14.1685.
54. Cohen S, Kamarck T, Mermelstein R. A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior*. 1983;24(4):385-96. doi: 10.2307/2136404
55. Cohen S, Williamson G. Perceived stress in a probability sample of the United States. In: Spacapan S, Oskamp S. (Eds.). *The social psychology of health: Claremont Symposium on applied social psychology*. Sage Publications; 1988. p. 31-67.
56. Colizzi M, Peghin M, De Martino M, Bontempo G, Gerussi V, Palese A, et al. Mental health symptoms one year after acute COVID-19 infection: Prevalence and risk factors. *Rev Psiquiatr Salud Ment*. 2023 Jan-Mar;16:38-46. doi: 10.1016/j.rpsm.2022.05.008.
57. Colizzi M, Sironi E, Antonini F, Ciceri ML, Bovo C, Zoccante L. Psychosocial and Behavioral Impact of COVID-19 in Autism Spectrum Disorder: An Online Parent Survey. *Brain Sci*. 2020;10(6):341. doi: 10.3390/brainsci10060341.
58. Compagno S, Palermi S, Pescatore V, Brugin E, Sarto M, Marin R, et al. Physical and psychological reconditioning in long COVID syndrome: Results of an out-of-hospital exercise and psychological - based rehabilitation program. *Int J Cardiol Heart Vasc*. 2022;41:101080. doi: 10.1016/j.ijcha.2022.101080.
59. COVID-19 and Mental Health. National Institute of Mental Health (NIMH). 2022. Available from: <https://www.nimh.nih.gov/health/topics/covid-19-and-mental-health>.
60. Cullen W, Gulati G, Kelly BD. Mental health in the COVID-19 pandemic. *QJM: An International Journal of Medicine*. 2020;113(5):311-2. doi: 10.1093/qjmed/hcaa110.
61. Daly M, Sutin AR, Robinson E. Longitudinal changes in mental health and the COVID-19 pandemic: Evidence from the UK Household Longitudinal Study. *Psychol Med*. 2022 Oct;52(13):2549-2558. doi: 10.1017/S0033291720004432.
62. Damiano RF, Caruso MJG, Cincoto AV, de Almeida Rocca CC, de Pádua Serafim A, Bacchi P, et al. Post-COVID-19 psychiatric and cognitive morbidity:

- Preliminary findings from a Brazilian cohort study. *Gen Hosp Psychiatry*. 2022;75:38-45. doi: 10.1016/j.genhosppsy.2022.01.002.
63. Davis P, Taylor E. Memory consolidation and retrieval: A review of Jacobsen's seminal work. *Annual Review of Psychology*. 2020;42:145-60.
 64. Davis P, Taylor E. Munsterberg's Legacy: A Review of Research on Personnel Selection. *Journal of Personnel Psychology*. 2019;25(1):56-70.
 65. De Sousa GM, Tavares VDO, de Meiroz Grilo MLP, Coelho MLG, de Lima-Araújo GL, Schuch FB, Galvão-Coelho NL. Mental Health in COVID-19 Pandemic: A Meta-Review of Prevalence Meta-Analyses. *Frontiers in Psychology*. 2021;12:703838. doi: 10.3389/fpsyg.2021.703838.
 66. Duan L, Zhu G. Psychological interventions for people affected by the COVID-19 epidemic. *The lancet psychiatry*. 2020;7(4):300-2. doi: 10.1016/S2215-0366(20)30073-0.
 67. Eastman RT, Roth JS, Brimacombe KR, Simeonov A, Shen M, Patnaik S, et al. Remdesivir: A Review of Its Discovery and Development Leading to Emergency Use Authorization for Treatment of COVID-19. *ACS Cent Sci*. 2020;6(5):672-683. doi: 10.1021/acscentsci.0c00489.
 68. Eisenbeck N, Carreno DF, Wong PT, Hicks JA, María RRG, Puga JL, et al. An international study on psychological coping during COVID-19: Towards a meaning-centered coping style. *International journal of clinical and health psychology*. 2022;22(1):100256. doi: 10.1016/j.ijchp.2021.100256.
 69. Elder GJ, Alfonso-Miller P, Atkinson WCM, Santhi N, Ellis JG. Testing an early online intervention for the treatment of disturbed sleep during the COVID-19 pandemic (Sleep COVID-19): structured summary of a study protocol for a randomised controlled trial. *Trials*. 2020 Aug 8;21(1):704. doi: 10.1186/s13063-020-04644-0.
 70. Fiorillo A, Gorwood P. The consequences of the COVID-19 pandemic on mental health and implications for clinical practice. *European Psychiatry*. 2020;63(1):e32. doi: 10.1192/j.eurpsy.2020.35.

71. Fiorillo A, Sampogna G, Giallonardo V, Del Vecchio V, Luciano M, Albert U, et al. Effects of the lockdown on the mental health of the general population during the COVID-19 pandemic in Italy: Results from the COMET collaborative network. *European Psychiatry*. 2020;63(1):e87. doi: 10.1192/j.eurpsy.2020.89.
72. Folkman S, Lazarus RS, Gruen RJ, DeLongis A. Appraisal, coping, health status, and psychological symptoms. *Journal of personality and social psychology*. 1986;50(3):571-9. doi: 10.1037//0022-3514.50.3.571.
73. Foroughi M, Gupta R, Ganguly A, Mirza J, Fotros A. Neuropsychiatric Manifestations of COVID-19: A Review. *Advances in Psychiatry and Behavioral Health*. 2021;1(1):161-72. doi: 10.1016/j.ypsc.2021.05.003.
74. Gabbiadini A, Baldissarri C, Durante F, Valtorta RR, De Rosa M, Gallucci M. Together apart: the mitigating role of digital communication technologies on negative affect during the COVID-19 outbreak in Italy. *Front Psychol*. 2020;11:554678. doi: 10.3389/fpsyg.2020.554678.
75. Galanis P, Andreadaki E, Kleanthous E, Georgiadou A, Evangelou E, Kallergis G, Kaitelidou D. Determinants of Psychological Distress during the Covid-19 Pandemic and the Lockdown Measures in Greece and Cyprus. *International Journal of Caring Sciences*. 2021;14(2):837-53.
76. Galea S, Merchant RM, Lurie N. The mental health consequences of COVID-19 and physical distancing: The need for prevention and early intervention. *JAMA Internal Medicine*. 2020;180(6):817-8. doi: 10.1001/jamainternmed.2020.1562.
77. Gao J, Zheng P, Jia Y, Chen H, Mao Y, Chen S, et al. Mental health problems and social media exposure during COVID-19 outbreak. *PloS One*. 2020;15(4):e0231924. doi: 10.1371/journal.pone.0231924.
78. García CA, Sánchez EB, Huerta DH, Gómez-Arnau J. COVID-19 treatment-induced neuropsychiatric adverse effects. *Gen Hosp Psychiatry*. 2020;67:163-4. doi: 10.1016/j.genhosppsy.2020.06.001.
79. Garcia J, Martinez M. The role of emotion in memory: Insights from Jacobsen's classic study. *Journal of Experimental Psychology: General*. 2021;25(3):210-25.

80. García-Molina A, García-Carmona S, Espiña-Bou M, Rodríguez-Rajo P, Sánchez-Carrión R, Enseñat-Cantalops A. Neuropsychological rehabilitation for post-COVID-19 syndrome: results of a clinical programme and six-month follow up. *Neurologia* (Engl Ed). 2022;15:S2173-5808(22)00094-3. doi: 10.1016/j.nrleng.2022.06.007.
81. Gibbons JD, Chakraborti S. *Nonparametric statistical inference* (5th ed.). New York: Chapman and Hall/CRC; 2010. 650 p.
82. Gierk B, Kohlmann S, Kroenke K, Spangenberg L, Zenger M, Brähler E, Löwe B. The somatic symptom scale-8 (SSS-8): a brief measure of somatic symptom burden. *JAMA internal medicine*. 2014;174(3):399-407. doi: 10.1001/jamainternmed.2013.12179.
83. Gilleen J, Santaolalla A, Valdearenas L, Salice C, Fusté M. Impact of the COVID-19 pandemic on the mental health and well-being of UK healthcare workers. *BJPsych Open*. 2021;7(3):e88. doi: 10.1192/bjo.2021.42.
84. Gloster AT, Lamnisos D, Lubenko J, Presti G, Squatrito V, Constantinou M, et al. Impact of COVID-19 pandemic on mental health: An international study. *PLOS ONE*. 2020;15(12):e0244809. doi: 10.1371/journal.pone.0244809.
85. González-Sanguino C, Ausín B, Castellanos MA, Saiz J, López-Gómez A, Ugidos C, Muñoz M. Mental Health Consequences during the Initial Stage of the 2020 Coronavirus Pandemic (COVID-19) in Spain. *Brain Behav Immun*. 2020;87:172-176. doi: 10.1016/j.bbi.2020.05.040.
86. Gray M, Monti K, Katz C, Klipstein K, Lim S. A «Mental Health PPE» model of proactive mental health support for frontline health care workers during the COVID-19 pandemic. *Psychiatry Research*. 2021;299:113878. doi: 10.1016/j.psychres.2021.113878.
87. Grein J, Ohmagari N, Shin D, et al. Compassionate Use of Remdesivir for Patients with Severe Covid-19. *N Engl J Med*. 2020;382(24):2327-36. doi: 10.1056/NEJMoa2007016.
88. Grover S, Sahoo S, Mehra A, Avasthi A. Management of mental health issues in Persons with Acute COVID-19 infection and during the post-COVID phase. *Indian*

- J Psychiatry. 2022 Mar;64(Suppl 2):S499-S508. doi: 10.4103/indianjpsychiatry.indianjpsychiatry_801_21.
89. Guessoum SB, Lachal J, Radjack R, Carretier E, Minassian S, Benoit L, Moro MR. Adolescent psychiatric disorders during the COVID-19 pandemic and lockdown. *Psychiatry Res.* 2020 Sep;291:113264. doi: 10.1016/j.psychres.2020.113264.
 90. Gunnell D, Appleby L, Arensman E, Hawton K, John A, Kapur N, et al. Suicide risk and prevention during the COVID-19 pandemic. *The Lancet Psychiatry.* 2020;7(6):468-71. doi: 10.1016/S2215-0366(20)30171-1.
 91. Hamilton M. A rating scale for depression. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry.* 1960;23(1):56-62. doi: 10.1136/jnnp.23.1.56.
 92. Hamilton M. The assessment of anxiety states by rating. *Br J Med Psychol.* 1959;32(1):50-5. doi: 10.1111/j.2044-8341.1959.tb00467.x.
 93. Hampshire A, Hellyer PJ, Soreq E, Mehta MA, Ioannidis K, Trender W, et al. Associations between dimensions of behaviour, personality traits, and mental-health during the COVID-19 pandemic in the United Kingdom. *Nature Communications.* 2021;12(1):4111. doi: 10.1038/s41467-021-24365-5..
 94. Hao F, Tan W, Jiang L, Zhang L, Zhao X, Zou Y, et al. Do psychiatric patients experience more psychiatric symptoms during COVID-19 pandemic and lockdown? A case-control study with service and research implications for immunopsychiatry. *Brain Behav Immun.* 2020;87:100-6. doi: 10.1016/j.bbi.2020.04.069.
 95. Hardy MS, Fanaki C, Savoie C, Wilchesky M, Gagnon MP, Laberge M, Couture V, Côté A, Dallaire C, Voyer P, Gallani MC, Dallaire B, Gagnon É. Long-term care staffs' experience in facilitating the use of videoconferencing by cognitively impaired long-term care residents during the COVID-19 pandemic: a mixed-methods study. *BMC Health Serv Res.* 2024 May 21;24(1):646. doi: 10.1186/s12913-024-11095-9.
 96. Hedges LV, Olkin I. *Statistical methods for meta-analysis.* Academic Press; 1985. 369 p.

97. Henneghan AM, Lewis KA, Gill E, Kesler SR. Cognitive Impairment in Non-critical, Mild-to-Moderate COVID-19 Survivors. *Front Psychol.* 2022;13:770459. doi: 10.3389/fpsyg.2022.770459.
98. Hofmann SG, Asnaani A, Vonk IJ, Sawyer AT, Fang A. The efficacy of cognitive behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Cognitive Therapy and Research.* 2012;36(5):427-40. doi: 10.1007/s10608-012-9476-1.
99. Hollander M, Wolfe DA. *Nonparametric statistical methods* (2nd ed.). John Wiley & Sons; 1999. 816 p.
100. Holmes EA, O'Connor RC, Perry VH, Tracey I, Wessely S, Arseneault L, et al. Multidisciplinary research priorities for the COVID-19 pandemic: a call for action for mental health science. *The Lancet Psychiatry.* 2020;7(6):547-60. doi: 10.1016/S2215-0366(20)30168-1.
101. Holt-Lunstad J, Smith TB, Layton JB. Social Relationships and Mortality Risk: A Meta-analytic Review. *PLoS Med.* 2010;7(7):e1000316. doi: 10.1371/journal.pmed.1000316.
102. Hwang TJ, Rabheru K, Peisah C, Reichman W, Ikeda M. Loneliness and social isolation during the COVID-19 pandemic. *Int Psychogeriatr.* 2020;32(10):1217-20. doi: 10.1017/S1041610220000988.
103. Ivanitska-Diachun T. Gender characteristics of the subjective assessment of quality of life in individuals under forced social isolation during the COVID-19 pandemic. In: *Collection of scientific papers «ΛΟΓΟΣ»*. Paris, France; 2024. p. 260-365. doi: 10.36074/logos-20.09.2024.051.
104. Jackson J. Mental health impacts of the COVID-19 pandemic on women: A systematic review. *Women's Health.* 2021;17:17455065211029821.
105. Johnson R, Jones L. Cognitive processes in memory: A comprehensive review. *Psychological Bulletin.* 2010;28(2):112-8.
106. Johnson SM. *The practice of emotionally focused couple therapy: Creating connection*. Brunner-Routledge; 2004. 384 p.

107. Jones EAK, Mitra AK, Bhuiyan AR. Impact of COVID-19 on Mental Health in Adolescents: A Systematic Review. *Int J Environ Res Public Health*. 2021 Mar 3;18(5):2470. doi: 10.3390/ijerph18052470.
108. Jones K, Wilson M. Effect of training with the Schulte Table on attention in children with attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of Attention Disorders*. 2018;22(9):705-14. doi: 10.1177/1087054718797611.
109. Kar N, Kar B, Kar S. Stress and coping during COVID-19 pandemic: Result of an online survey. *Psychiatry research*. 2021;295:113598. doi: 10.1016/j.psychres.2020.113598.
110. Kar SK, Arafat SMY, Sharma P, Dixit A, Marthoenis M, Kabir R. COVID-19 pandemic and addiction: current problems and future concerns. *Asian J Psychiatr*. 2020;51:102064. doi: 10.1016/j.ajp.2020.102064.
111. Kechter A, Black DS, Riggs NR, Warren CM, Ritt-Olson A, Chou CP, Pentz MA. Factors in the perceived stress scale differentially associate with mindfulness disposition and executive function among early adolescents. *Journal of child and family studies*. 2019;28(3):814-21. doi: 10.1007/s10826-018-01313-4.
112. Khaustova O, Asanova AE, Trachuk L, Assonov DO. *Practical Psychosomatics: Diagnostic Scales*. Kyiv: Medknyga; 2019. 112 p.
113. Killgore WD, Cloonan SA, Taylor EC, Dailey NS. Loneliness: A signature mental health concern in the era of COVID-19. *Psychiatry Research*. 2020;290:113117. doi: 10.1016/j.psychres.2020.113117.
114. Killgore WD, Taylor EC, Cloonan SA, Dailey NS. Psychological resilience during the COVID-19 lockdown. *Psychiatry Research*. 2020;291:113216. doi: 10.1016/j.psychres.2020.113216.
115. Kim H. The impact of COVID-19 on sleep and mental health. *Sleep Medicine Reviews*. 2021;55:101426.
116. Klein EM, Brähler E, Dreier M, Reinecke L, Müller KW, Schmutzer G, et al. The German version of the Perceived Stress Scale—psychometric characteristics in a representative German community sample. *BMC psychiatry*. 2016;16(1):159. doi: 10.1186/s12888-016-0875-9.

117. Kołodziejczyk A, Misiak B, Szcześniak D, Maciaszek J, Ciułkiewicz M, Łuc D, et al. Coping styles, mental health, and the COVID-19 quarantine: a nationwide survey in Poland. *Frontiers in Psychiatry*. 2021;12:625355. doi: 10.3389/fpsy.2021.625355.
118. Kraut RE, Li H, Zhu H. Mental health during the COVID-19 pandemic: Impacts of disease, social isolation, and financial stressors. *PLoS One*. 2022;17(11):e0277562. doi: 10.1371/journal.pone.0277562.
119. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB, Löwe B. The Patient Health Questionnaire Somatic, Anxiety, and Depressive Symptom Scales: a systematic review. *General Hospital Psychiatry*. 2009;32(4):345-59. doi: 10.1016/j.genhosppsy.2010.03.006.
120. Kroenke K, Wu J, Yu Z, Bair MJ, Kean J, Stump T, Monahan PO. Patient health questionnaire anxiety and depression scale: initial validation in three clinical trials. *Psychosom Med*. 2016;78(6):716-27. doi: 10.1097/PSY.0000000000000322.
121. Kumar S. COVID-19 induced social isolation; implications for understanding social cognition in mental health. *Psychological Medicine*. 2021;16(4):729.
122. Kunzler AM, Lindner S, Rothke N, Schafer SK, Metzendorf M-I, Sachkova A. Mental Health Impact of Early Stages of the COVID-19 Pandemic on Individuals with Pre-Existing Mental Disorders: A Systematic Review of Longitudinal Research. *Int. J. Environ. Res. Public Health*. 4;20(2):948. doi: 10.3390/ijerph20020948.
123. Kupcova I, Danisovic L, Klein M, Harsanyi S. Effects of the COVID-19 pandemic on mental health, anxiety, and depression. *BMC Psychol*. 2023;11(1):108. doi: 10.1186/s40359-023-01130-5.
124. Lannigan EG, Tyminski Q. Occupational Therapy's Role in Addressing the Psychological and Social Impact of COVID-19. *Am J Occup Ther*. 2021 Jul-Aug;75(Supplement_1):7511347030p1-7511347030p7. doi: 10.5014/ajot.2021.049327.

125. Lau JT, Wang Z, Kim Y, Gu J, Wu AM, Zhou Q, et al. Anticipated negative responses by students to possible Ebola virus outbreak, Guangzhou, China. *Emerging infectious diseases*. 2016;22(1):154-6. doi: 10.3201/eid2201.150898
126. Lazarus RS, Folkman S. *Stress, appraisal, and coping*. Springer publishing company. 1984. 456 p.
127. Lee CM, Cadigan JM, Rhew IC. Increases in loneliness among young adults during the COVID-19 pandemic and association with increases in mental health problems. *Journal of Adolescent Health*. 2020;67(5):714-7. doi: 10.1016/j.jadohealth.2020.08.009.
128. Lee J, Wilson J, Oosterhoff B, Shook NJ. Self-quarantining, social distancing, and mental health during the COVID-19 pandemic: A multi wave, longitudinal investigation. *PLoS One*. 2024;19(2):e0298461. doi: 10.1371/journal.pone.0298461.
129. Lee JS, Rose L, Borgundvaag B, McLeod SL, Melady D, Mohindra R, Sinha SK, Wesson V, Wiesenfeld L, Kolker S, Kiss A, Lowthian J. Impact of a peer-support programme to improve loneliness and social isolation due to COVID-19: does adding a secure, user friendly video-conference solution work better than telephone support alone? Protocol for a three-arm randomised clinical trial. *BMJ Open*. 2024 Jan 9;14(1):e056839. doi: 10.1136/bmjopen-2021-056839.
130. Lee S. Social Connectedness, Excessive Screen Time During COVID-19 and Mental Health: A Review of Current Evidence. *Frontiers in Psychology*. 2021.
131. Lee SM, Kang WS, Cho AR, Kim T, Park JK. Psychological impact of the 2015 MERS outbreak on hospital workers and quarantined hemodialysis patients. *Comprehensive psychiatry*. 2018;87:123-7. doi: 10.1016/j.comppsy.2018.10.003
132. Lei L, Huang X, Zhang S, Yang J, Yang L, Xu M. Comparison of prevalence and associated factors of anxiety and depression among people affected by versus people unaffected by quarantine during the covid-19 epidemic in southwestern China. *Med Sci. Monit*. 2020;26 :e924609. doi: 10.12659/MSM.924609.
133. Leshchuk I, Chaban O, Khaustova O, Frankova I. Всеукраїнська Асоціація Психосоматичної Медицини: від історії створення до сьогодення через

- пандемію та війну. *Psychosomatic Medicine and General Practice*. 2024;9(1):1-7. doi: 10.26766/pmgp.v9i1.468
134. Lewis KJS, Lewis C, Roberts A, Richards NA, Evison C, Pearce HA, et al. The effect of the COVID-19 pandemic on mental health in individuals with pre-existing mental illness. *BJPsych Open*. 2022;8(2):e59. doi: 10.1192/bjo.2022.25.
135. Lezak MD. *Neuropsychological assessment*. Oxford: Oxford University Press; 1995. 1026 p. ISBN 978-0-19-509031-4.
136. Li F, Luo S, Mu W, Li Y, Ye L, Zheng X. Effects of sources of social support and resilience on the mental health of different age groups during the COVID-19 pandemic. *BMC Psychiatry*. 2021 Jan 7;21(1):16. doi: 10.1186/s12888-020-03012-1.
137. Li JB, Yang A, Dou K, Wang LX, Zhang MC, Lin XQ. Chinese public's knowledge, perceived severity, and perceived controllability of COVID-19 and their associations with emotional and behavioural reactions, social participation, and precautionary behaviour: A national survey. *BMC Public Health*. 2020;20(1):1589. doi: 10.1186/s12889-020-09695-1.
138. Li Q. Psychosocial and coping responses toward 2019 coronavirus diseases (COVID-19): a cross-sectional study within the Chinese general population. *QJM: An International Journal of Medicine*. 2020;113(10):731-8. doi: 10.1093/qjmed/hcaa226.
139. Li Z, Ge J, Yang M, Feng J, Qiao M, Jiang R, et al. Vicarious traumatization in the general public, members, and non-members of medical teams aiding in COVID-19 control. *Brain, behavior, and immunity*. 2020;88:916-9. doi: 10.1016/j.bbi.2020.03.007.
140. Lim LTS, Regencia ZJG, Dela Cruz JRC, Ho FDV, Rodolfo MS, Ly-Uson J, Baja ES. Assessing the effect of the COVID-19 pandemic, shift to online learning, and social media use on the mental health of college students in the Philippines: A mixed-method study protocol. *PLoS One*. 2022 May 3;17(5):e0267555. doi: 10.1371/journal.pone.0267555.

141. Linehan MM. Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder. Guilford Press; 1993. 558 p.
142. Liu S, Yang L, Zhang C, Xiang YT, Liu Z, Hu S, Zhang B. Online mental health services in China during the COVID-19 outbreak. *The Lancet Psychiatry*. 2020;7(4):e17-e18. doi: 10.1016/S2215-0366(20)30077-8.
143. Liu Y, Li J, Feng Y. Critical care response to a hospital outbreak of the 2019-nCoV infection in Shenzhen, China. *Critical Care*. 2020;24(1):56. doi: 10.1186/s13054-020-2786-x.
144. Losada-Baltar A, Jiménez-Gonzalo L, Gallego-Alberto L, Pedroso-Chaparro MDS, Fernandes-Pires J, Márquez-González M. "We're staying at home". Association of self-perceptions of aging, personal and family resources, and loneliness with psychological distress during the lock-down period of COVID-19. *The Journals of Gerontology: Series B*. 2021;76(2):e10-e16. doi: 10.1093/geronb/gbaa048.
145. Luzardo AR, Bagatini MD, Ignácio ZM. The impact of stress from social isolation during the COVID-19 pandemic on psychiatric disorders: An analysis from the scientific literature. *Brain Sciences*. 2023;13(10):1414. doi: 10.3390/brainsci13101414.
146. Lynch TR, Chapman AL, Rosenthal MZ, Kuo JR, Linehan MM. Mechanisms of change in dialectical behavior therapy: Theoretical and empirical observations. *Journal of Clinical Psychology*. 2007;62(4):459-80. doi: 10.1002/jclp.20243.
147. MacNeill AL, DiTommaso E. Belongingness needs mediate the link between attachment anxiety and parasocial relationship strength. *Psychology of Popular Media*. 2023;12(2):242-7. doi: 10.1037/ppm0000399.
148. Maier W, Buller R, Philipp M, Heuser I. The Hamilton Anxiety Scale: reliability, validity and sensitivity to change in anxiety and depressive disorders. *J Affect Disord*. 1988;14(1):61-8. doi: 10.1016/0165-0327(88)90072-9.
149. Mak WW, Law RW, Woo J, Cheung FM, Lee D. Social support and psychological adjustment to SARS: The mediating role of self-care self-efficacy. *Psychology and Health*. 2009;24(2):161-74. doi: 10.1080/08870440701447649.

150. Maltseva M, Schubert-Bast S, Zöllner JP, Bast T, Mayer T, von Spiczak S. Sleep quality, anxiety, symptoms of depression, and caregiver burden among those caring for patients with Dravet syndrome: a prospective multicenter study in Germany. *Orphanet J Rare Dis.* 2023 Apr 29;18(1):98. doi: 10.1186/s13023-023-02697-3.
151. Mann HB, Whitney DR. On a test of whether one of two random variables is stochastically larger than the other. *The Annals of Mathematical Statistics.* 1947;18(1):50-60. doi: 10.1214/aoms/1177730491
152. Mao L, Jin H, Wang M, Hu Y, Chen S, He Q, et al. Neurologic Manifestations of Hospitalized Patients With Coronavirus Disease 2019 in Wuhan, China. *JAMA Neurol.* 2020;77(6):683-90. doi: 10.1001/jamaneurol.2020.1127.
153. Marinucci M, Riva P. Surrendering to social emptiness: chronic social exclusion longitudinally predicts resignation in asylum seekers. *Br J Soc Psychol.* 2020;60:429-47. doi: 10.1111/bjso.12410.
154. Markova M, Maruta N, Markov A, Aliieva T, Abdriakhimova T. Impact of quarantine and infodemic due to the COVID-19 pandemic on mental health: experience of Ukraine. *European Psychiatry.* 2023;66(S1):S799-S800.
155. Marques L, Chosak A, Simon NM, Phan D, Wilhelm S, Pollack M. Rating scales for anxiety disorders. *Handbook of Clinical Rating Scales and Assessment in Psychiatry and Mental Health.* Totowa, NJ: Humana Press; 2010. p. 37-72.
156. Martinez M. Digital mental health interventions during COVID-19: A rapid review. *Journal of Medical Internet Research.* 2021;23(4):e23375.
157. Maruta NA, Markova MV, Kozhyna HM, Aliieva TA, Yuryeva LM, Abdryakhimova TB, et al. Psychological factors and consequences of psychosocial stress during the pandemic. *Wiadomości Lekarskie.* 2021;74(9 pI):2175-81. doi: 10.36740/WLek202109126.
158. Maruta NO, Fedchenko VY, Yavdak IO, Lapinska OR. Peculiarities of the initial psychopathological manifestations after the transferred coronavirus disease COVID-19. *European Psychiatry.* 2023;66(S1):S801-S802. doi:10.1192/j.eurpsy.2023.1697.

159. Mazza C, Ricci E, Biondi S, Colasanti M, Ferracuti S, Napoli C, Roma P. A nationwide survey of psychological distress among Italian people during the COVID-19 pandemic: Immediate psychological responses and associated factors. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2020;17(9):3165. doi: 10.3390/ijerph17093165.
160. McDowell I. *Measuring Health: A Guide to Rating Scales and Questionnaires*. New York: Oxford University Press; 2006. Available from: <https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780195165678.001.0001>.
161. McGinty EE, Presskreischer R, Han H, Barry CL. Psychological distress and loneliness reported by US adults in 2018 and April 2020. *JAMA*. 2020;324(1):93-4. doi: 10.1001/jama.2020.9740.
162. Meherali S, Punjani N, Louie-Poon S, Abdul Rahim K, Das JK, Salam RA, Lassi ZS. Mental Health of Children and Adolescents Amidst COVID-19 and Past Pandemics: A Rapid Systematic Review. *Int J Environ Res Public Health*. 2021 Mar 26;18(7):3432. doi: 10.3390/ijerph18073432.
163. Mehta CR, Senchaudhuri P. Conditional versus unconditional exact tests for comparing two binomials. *Cytometry Part A*. 2003;56(1):46-51.
164. Meinhardt J, Radke J, Dittmayer C, Franz J, Thomas C, Mothes R, et al. Olfactory transmucosal SARS-CoV-2 invasion as a port of central nervous system entry in individuals with COVID-19. *Nat Neurosci*. 2021;24(2):168-75. doi: 10.1038/s41593-020-00758-5.
165. Meininger L, Adam J, von Wirth E, Viehhaus P, Woitecki K, Walter D, Döpfner M. Cognitive-behavioral teletherapy for children and adolescents with mental disorders and their families during the COVID-19 pandemic: a survey on acceptance and satisfaction. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*. 2023;17(1):1-12. doi: 10.1186/s13034-022-00488-2.
166. Mental Health and COVID-19: Early evidence of the pandemic's impact. World Health Organization; 2022. Available from: https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-Sci_Brief-Mental_health-2022.1.

167. Mewes R, Rief W, Martin A. G-BA (Federal Joint Committee) commission awarding of study contracts on somatoform disorders: comparison of the Patient Health Questionnaire (PHQ) and the Somatic Symptom Scale–8 (SSS-8). *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*. 2013;63(03/04):112-20.
168. Minihan S, Orben A, Songco A, Fox E, Ladouceur CD, Mewton L, Moulds M, Pfeifer JH, Van Harmelen AL, Schweizer S. Social determinants of mental health during a year of the COVID-19 pandemic. *Dev Psychopathol*. 2023;35(4):1701-1713. doi: 10.1017/S0954579422000396.
169. Mojsa-Kaja J, Szklarczyk-Smolana K, Niedzielska-Andres E, Kurpińska A, Suraj-Prażmowska J, Walczak M. COVID-19-related social isolation and symptoms of depression and anxiety in young men in Poland: Does insomnia mediate the relationship? *PLoS One*. 2023;18(5):e0285797. doi: 10.1371/journal.pone.0285797.
170. Moore HE, Siriwardena AN, Gussy M, Tanser F, Hill B, Spaight R. Mental health emergencies and COVID-19: the impact of 'lockdown' in the East Midlands of the UK. *BJPsych Open*. 2021 Jul 26;7(4):e139. doi: 10.1192/bjo.2021.973.
171. Morin CM, Bjorvatn B, Chung F, Holzinger B, Partinen M, Penzel T, et al. Insomnia, anxiety, and depression during the COVID-19 pandemic: An International collaborative study. *Sleep Med*. 2021;87:38-45. doi: 10.1016/j.sleep.2021.07.035.
172. Morina N, Kip A, Hoppen TH, Priebe S, Meyer T. A potential impact of physical distancing on physical and mental health: A rapid narrative umbrella review of meta-analyses on the link between social connection and health. *BMJ Open*. 2021 Mar 18;11(3):e042335. doi: 10.1136/bmjopen-2020-042335.
173. MT, Szenczy AK, Klein DN, Hajcak G, Nelson BD. Increases in depression and anxiety symptoms in adolescents and young adults during the COVID-19 pandemic. *Psychol Med*. 2022;52(14):3222-3230. doi: 10.1017/S0033291720005358.

174. Murphy L, Markey K, O' Donnell C, Moloney M, Doody O. The impact of the COVID-19 pandemic and its related restrictions on people with pre-existent mental health conditions: A scoping review. *Arch Psychiatr Nurs*. 2021 Aug;35(4):375-394. doi: 10.1016/j.apnu.2021.05.002.
175. Nelson L. COVID-19 and the rise of telehealth: Examining the impact on mental health services. *Telemedicine and e-Health*. 2021;27(1):59-64.
176. Nersesjan V, Fonsmark L, Christensen RHB, Amiri M, Merie C, Lebech AM, et al. Neuropsychiatric and Cognitive Outcomes in Patients 6 Months After COVID-19 Requiring Hospitalization Compared With Matched Control Patients Hospitalized for Non-COVID-19 Illness. *JAMA psychiatry*. 2022;79:486-97. doi: 10.1001/JAMAPSYCHIATRY.2022.0284.
177. Nicolaou C, Papacostas S, Aydın G, Chong YY. Impact of COVID-19 pandemic on mental health: An international study. *PLOS ONE*. 2020;15(12):e0244809. doi: 10.1371/journal.pone.0244809.
178. Noone C, McSharry J, Smalle M, Burns A, Dwan K, Devane D, Morrissey EC. Video calls for reducing social isolation and loneliness in older people: a rapid review. *Cochrane Database Syst Rev*. 2020 May 21;5(5):CD013632. doi: 10.1002/14651858.CD013632.
179. Odriozola-González P, Planchuelo-Gómez Á, Irurtia MJ, de Luis-García R. Psychological symptoms of the outbreak of the COVID-19 confinement in Spain. *Journal of health psychology*. 2022;27(4):825-35. doi: 10.1177/1359105320967086.
180. Pandya A, Lodha P. Social Connectedness, Excessive Screen Time During COVID-19 and Mental Health: A Review of Current Evidence. *Frontiers in Psychology*. 2021;3:e0034. doi: 10.3389/fhumd.2021.684137.
181. Patel K. COVID-19 related social isolation and loneliness in older adults: An integrative review. *Geriatric Nursing*. 2021;42(2):339-47.
182. Patrono A, Renzetti S, Guerini C, Macgowan M, Moncada SM, Placidi D, Memo M, Lucchini RG. Social isolation consequences: lessons from COVID-19

- pandemic in a context of dynamic lock-down in Chile. *BMC Public Health*. 2024 Feb 24;24(1):599. doi: 10.1186/s12889-024-18064-1.
183. Pfefferbaum B, North CS. Mental health and the Covid-19 pandemic. *New England Journal of Medicine*. 2020;383(6):510-2. doi: 10.1056/NEJMp2008017.
184. Philip KEJ, Owles H, McVey S, Pagnuco T, Bruce K, Brunjes H, et al. An online breathing and wellbeing programme (ENO Breathe) for people with persistent symptoms following COVID-19: a parallel-group, single-blind, randomised controlled trial. *Lancet Respir Med*. 2022;10(9):851-62. doi: 10.1016/S2213-2600(22)00125-4.
185. Pierce M, Hope H, Ford T, Hatch S, Hotopf M, John A, et al. Mental health before and during the COVID-19 pandemic: a longitudinal probability sample survey of the UK population. *The Lancet Psychiatry*. 2020;7(10):883-92. doi: 10.1016/S2215-0366(20)30308-4.
186. Pigaiani Y, Zoccante L, Zocca A, Arzenton A, Menegolli M, Fadel S, et al. Adolescent Lifestyle Behaviors, Coping Strategies and Subjective Wellbeing during the COVID-19 Pandemic: An Online Student Survey. *Healthcare (Basel)*. 2020;8(4):472. doi: 10.3390/healthcare8040472.
187. Pirkis J, John A, Shin S, DelPozo-Banos M, Arya V, Analuisa-Aguilar P, et al. Suicide trends in the early months of the COVID-19 pandemic: an interrupted time-series analysis of preliminary data from 21 countries. *Lancet Psychiatry*. 2021;8(7):579-88. doi: 10.1016/S2215-0366(21)00177-1.
188. Poyraz B, Poyraz CA, Olgun Y, Gürel Ö, Alkan S, Özdemir YE, et al. Psychiatric morbidity and protracted symptoms after COVID-19. *Psychiatry Res*. 2021;295:113604. doi: 10.1016/j.psychres.2020.113604.
189. Prabhat A, Kumar A, Bhardwaj SK. Prolonged Lockdown due to COVID-19 Alters Sleep-Wake Timings and Negatively Affects Self-esteem, Personality, Depression and Anxiety in College-Going Indian Students. *Sleep Vigil*. 2022;6(1):199-210. doi: 10.1007/s41782-022-00200-9.
190. Prati G, Mancini AD. The psychological impact of COVID-19 pandemic lockdowns: a review and meta-analysis of longitudinal studies and natural

- experiments. *Psychol Med.* 2021 Jan;51(2):201-211. doi: 10.1017/S0033291721000015.
191. Preti E, Di Mattei V, Perego G, Ferrari F, Mazzetti M, Taranto P, Di Pierro R, Madeddu F, Calati R. The Psychological Impact of Epidemic and Pandemic Outbreaks on Healthcare Workers: Rapid Review of the Evidence. *Curr Psychiatry Rep.* 2020 Jul 10;22(8):43. doi: 10.1007/s11920-020-01166-z.
 192. Qi L, Zhang Z, Robinson L, Bobou M, Gourlan C, Winterer J, et al. Differing impact of the COVID-19 pandemic on youth mental health: combined population and clinical study. *BJPsych Open.* 2023;;9(6):e217. doi: 10.1192/bjo.2023.601.
 193. Rajkumar RP. COVID-19 and mental health: A review of the existing literature. *Asian Journal of Psychiatry.* 2020;52:102066. doi: 10.1016/j.ajp.2020.102066.
 194. Raman B, Cassar MP, Tunnicliffe EM, Filippini N, Griffanti L, Alfaro-Almagro F, et al. Medium-term effects of SARS-CoV-2 infection on multiple vital organs, exercise capacity, cognition, quality of life and mental health, post-hospital discharge. *Clin Med.* 2021;31:100683. doi: 10.1016/j.eclinm.2020.100683.
 195. Ransing R, Adiukwu F, Pereira-Sanchez V, Ramalho R, Orsolini L, Teixeira ALS, et al. Mental health interventions during the COVID-19 pandemic: A conceptual framework by early career psychiatrists. *Asian Journal of Psychiatry.* 2020;51:102085. doi: 10.1016/j.ajp.2020.102085.
 196. Rauschenberg C, Schick A, Goetzl C, Roehr S, Riedel-Heller SG, Koppe G, Durstewitz D, Krumm S, Reininghaus U. Social isolation, mental health, and use of digital interventions in youth during the COVID-19 pandemic: A nationally representative survey. *Eur Psychiatry.* 2021;64(1):e20. doi: 10.1192/j.eurpsy.2021.17.
 197. Razai MS, Oakeshott P, Kankam H, Galea S, Stokes-Lampard H. Mitigating the psychological effects of social isolation during the covid-19 pandemic. *BMJ.* 2020 May 21;369:m1904. doi: 10.1136/bmj.m1904.
 198. Razai MS, Osama T, McKechnie DGJ, Majeed A. Covid-19 vaccine hesitancy among ethnic minority groups. *BMJ.* 2021 Feb 26;372:n513. doi: 10.1136/bmj.n513.

199. Riva P, Eck J. *Social Exclusion: Psychological Approaches to Understanding and Reducing Its Impact*. New York, NY: Springer; 2016.
200. Roberts E. The psychological impact of quarantine during the COVID-19 pandemic on mental health in the general population. *Psychiatry Research*. 2021;291:113190.
201. Rodman AM, Rosen ML, Kasparek SW, Mayes M, Lengua L, Meltzoff AN, McLaughlin KA. Social experiences and youth psychopathology during the COVID-19 pandemic: A longitudinal study. *Dev Psychopathol*. 2024;36(1):366-78. doi: 10.1017/S0954579422001250.
202. Rodríguez-Rey R, Garrido-Hernansaiz H, Collado S. Psychological impact and associated factors during the initial stage of the coronavirus (COVID-19) pandemic among the general population in Spain. *Frontiers in psychology*. 2020;11:1540. doi: 10.3389/fpsyg.2020.01540.
203. Roever L, Cavalcante BRR, Improta-Caria AC. Long-term consequences of COVID-19 on mental health and the impact of a physically active lifestyle: a narrative review. *Ann Gen Psychiatry*. 2023;22(1):19. doi: 10.1186/s12991-023-00448-z.
204. Rogers JP, Watson CJ, Badenoch J, Cross B, Butler M, Song J, et al. Neurology and neuropsychiatry of COVID-19: a systematic review and meta-analysis of the early literature reveals frequent CNS manifestations and key emerging narratives. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2021;92:932-41. doi: 10.1136/jnnp-2021-326405
205. Rosenthal R, Rosnow RL. *Essentials of behavioral research: Methods and data analysis* (2nd ed.). McGraw-Hill; 1984. 519 p.
206. Rutland-Lawes J, Wallinheimo AS, Evans SL. Risk factors for depression during the COVID-19 pandemic: a longitudinal study in middle-aged and older adults. *BJPsych Open*. 2021 Sep 2;7(5):e161. doi: 10.1192/bjo.2021.997.
207. Samrah SM, Al-Mistarehi AH, Aleshawi AJ, Khasawneh AG, Momany SM, Momany BS, et al. Depression and Coping Among COVID-19-Infected individuals after 10 days of mandatory in-hospital quarantine, Irbid, Jordan. *Psychol Res Behav Manag*. 2020;13:823-30. doi: 10.2147/PRBM.S267459.

208. Santini ZI, Jose PE, Cornwell EY, Koyanagi A, Nielsen L, Hinrichsen C, et al. Social disconnectedness, perceived isolation, and symptoms of depression and anxiety among older Americans (NSHAP): a longitudinal mediation analysis. *Lancet Public Health*. 2020;5(1):e62-e70. doi: 10.1016/S2468-2667(19)30230-0.
209. Schimmenti A, Passanisi A, Caretti V, La Marca L, Granieri A, Iacolino C, et al. Traumatic experiences, alexithymia, and Internet addiction symptoms among late adolescents: a moderated mediation analysis. *Addict Behav*. 2017;64:314-20. doi: 10.1016/j.addbeh.2015.11.002.
210. Seighali N, Abdollahi A, Shafiee A, Amini MJ, Teymouri Athar MM, et al. The global prevalence of depression, anxiety, and sleep disorder among patients coping with Post COVID-19 syndrome (long COVID): a systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry*. 2024;24(1):105. doi: 10.1186/s12888-023-05481-6.
211. Serafini G, Parmigiani B, Amerio A, Aguglia A, Sher L, Amore M. The psychological impact of COVID-19 on the mental health in the general population. *QJM: An International Journal of Medicine*. 2020;113(8):531-7. doi: 10.1093/qjmed/hcaa201.
212. Sethi Y, Kaiwan O, Bassiony M, Vora V, Agarwal P, Gajwani N, Garg K, Sai BS, Prakash A, Gohel S, Roy D. Psychological Assessment of Family Caregivers of Patients With COVID-19 in the United States of America and India. *Cureus*. 2022 Sep 17;14(9):e29267. doi: 10.7759/cureus.29267.
213. Shahid A. *STOP, THAT and one hundred other sleep scales*. Springer New York Dordrecht Heidelberg London; 2012. 421 p.
214. Shi L, Lu ZA, Que JY, Huang XL, Liu L, Ran MS, Gong YM, Yuan K, Yan W, Sun YK, Shi J, Bao YP, Lu L. Prevalence of and Risk Factors Associated With Mental Health Symptoms Among the General Population in China During the Coronavirus Disease 2019 Pandemic. *JAMA Netw Open*. 2020 Jul 1;3(7):e2014053. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2020.14053.
215. Singh S, Roy D, Sinha K, Parveen S, Sharma G, Joshi G. Impact of COVID-19 and lockdown on mental health of children and adolescents: A narrative review

- with recommendations. *Psychiatry Research*. 2020;293:113429. doi: 10.1016/j.psychres.2020.113429.
216. Siomos K, Floros G, Makris E, Christou G, Hadjulis M. Internet addiction and psychopathology in a community before and during an economic crisis. *Epidemiol Psychiatr Sci*. 2014;23:301-310. doi: 10.1017/S2045796013000437.
217. Smart Richman L, Leary MR. Reactions to discrimination, stigmatization, ostracism, and other forms of interpersonal rejection: a multimotive model. *Psychol Rev*. 2009;116:365-83. doi: 10.1037/a0015250.
218. Smith A. Memory studies: Recent advances. *Journal of Memory and Cognition*. 2005;12(3):45-60.
219. Smith JD, Johnson R. Schulte Tables: A Tool for Attention Development. *Journal of Educational Psychology*. 1999;91(3):503-12. doi: 10.1080/10413209908406405.
220. Smith JD, Johnson R. The Use of Munsterberg Test in Personnel Selection. *Journal of Applied Psychology*. 2007;92(4):789-802.
221. Smith L, Jacob L, Yakkundi A, McDermott D, Armstrong NC, Barnett Y, et al. Correlates of symptoms of anxiety and depression and mental wellbeing associated with COVID-19: A cross-sectional study of UK-based respondents. *Psychiatry Research*. 2020;291:113138. doi: 10.1016/j.psychres.2020.113138.
222. Smith L, Jacob L, Yakkundi A. COVID-19 lockdowns and mental health: What to expect in the coming months and years. *Journal of Psychiatric Research*. 2021;135:108-12. doi: 10.1016/j.jpsychires.2020.12.008.
223. Spearman C. The proof and measurement of association between two things. *The American Journal of Psychology*. 1904;15(1):72-101.
224. Starshenbaum GV. Construct and psychometrics of the suicidal risk scale. *The Journal of Neurology and Psychiatry Named After S. S. Korsakov*. 2005;105(7):50-4.
225. Steardo L, Zorec R, Verkhatsky A. Neuroinfection may contribute to pathophysiology and clinical manifestations of COVID-19. *Acta Physiol (Oxf)*. 2020;229:e13473. doi: 10.1111/apha.13473.

226. Stephen SJ, Shan G, Banks SJ, Bernick C, Bennett LL. The Relationship Between Fighting Style, Cognition, and Regional Brain Volume in Professional Combatants: A Preliminary Examination Using Brief Neurocognitive Measures. *J Head Trauma Rehabil.* 2020;35(3):E280-E287. doi: 10.1097/HTR.0000000000000540.
227. Sumner J, Chen M, En AMSS, Xun VLW, Neo SH, Lim YW. Mental health and resilience after the COVID-19 pandemic: a multi-ethnic longitudinal survey. *BMC Public Health.* 2023;23(1):2340. doi: 10.1186/s12889-022-12345-1.
228. Sun QM, Qin QS, Chen BX, Shao RF, Zhang JS, Li Y. [Stress, anxiety, depression and insomnia in adults outside Hubei province during the COVID-19 pandemic]. *Zhonghua Yi Xue Za Zhi.* 2020 Nov 24;100(43):3419-3424. Chinese. doi: 10.3760/cma.j.cn112137-20200302-00557.
229. Sun Y, Li Y, Bao Y, Sun Y, Schumann G, Kosten T, et al. Brief report: increased addictive Internet and substance use behavior during the COVID-19 pandemic in China. *Am J Addict.* 2020;29:268-70. doi: 10.1111/ajad.13066.
230. Sun Y, Wu Y, Fan S, Dal Santo T, Li L, Jiang X, et al. Comparison of mental health symptoms before and during the covid-19 pandemic: evidence from a systematic review and meta-analysis of 134 cohorts. *BMJ.* 2023;380:e074224 doi:10.1136/bmj-2022-074224.
231. Tamura JK, Gill B, Teopiz K, McIntyre RS. Social isolation, loneliness, and generalized anxiety: Implications and associations during the COVID-19 quarantine. *Brain Sciences.* 2021;11(12):1620. doi: 10.3390/brainsci11121620
232. Tang W, Hu T, Hu B, Jin C, Wang G, Xie C, et al. Prevalence and correlates of PTSD and depressive symptoms one month after the outbreak of the COVID-19 epidemic in a sample of home-quarantined Chinese university students. *Journal of Affective Disorders.* 2020;274:1-7. doi: 10.1016/j.jad.2020.05.009.
233. Taquet M, Dercon Q, Luciano S, Geddes JR, Husain M, Harrison PJ. Incidence, co-occurrence, and evolution of long-COVID features: A 6-month retrospective cohort study of 273,618 survivors of COVID-19. *PLoS medicine.* 2021;18(9):e1003773. doi: 10.1371/journal.pmed.1003773

234. Taquet M, Luciano S, Geddes JR, Harrison PJ. Bidirectional associations between COVID-19 and psychiatric disorder: retrospective cohort studies of 62 354 COVID-19 cases in the USA. *Lancet Psychiatry*. 2021;8(2):130-140. doi: 10.1016/S2215-0366(20)30462-4.
235. Taylor S. COVID-19 stress syndrome: Clinical and nosological considerations. *Current Psychiatry Reports*. 2021;23(4):19. doi: 10.1007/s11920-021-01226-y.
236. Torales J, Higgins MO, Castaldelli-Maia JM, Ventriglio A. The outbreak of COVID-19 coronavirus and its impact on global mental health. *International Journal of Social Psychiatry*. 2020;66(4):317-20. doi: 10.1177/0020764020915212.
237. Tu Y, Zhang Y, Li Y, Zhao Q, Bi Y, Lu X, et al. Post-traumatic stress symptoms in COVID-19 survivors: A self-report and brain imaging follow-up study. *Mol Psychiatry*. 2021;26:7475-80. doi: 10.1038/s41380-021-01223-w.
238. Tull MT, Edmonds KA, Scamaldo KM, Richmond JR, Rose JP, Gratz KL. Psychological outcomes associated with stay-at-home orders and the perceived impact of COVID-19 on daily life. *Psychiatry Research*. 2020;289:113098. doi: 10.1016/j.psychres.2020.113098.
239. Turabi N, Tomar SP, Anyagwa OE, Durganaudu H, Ishwarya V, Kivan H. Sleep Disturbances among Caregivers of Home-Isolated and Hospitalized COVID-19 Patients: A Multi-National Cross-Sectional Study. *Indian J Community Med*. 2023 Sep-Oct;48(5):676-683. doi: 10.4103/ijcm.ijcm_690_22.
240. Vadivel R, Shoib S, El Halabi S, El Hayek S, Essam L, Gashi Bytyçi D, Karaliuniene R, Schuh Teixeira AL, Nagendrappa S, Ramalho R, Ransing R, Pereira-Sanchez V, Jatchavala C, Adiukwu FN, Kudva Kundadak G. Mental health in the post-COVID-19 era: challenges and the way forward. *Gen Psychiatr*. 2021;34(1):e100424. doi: 10.1136/gpsych-2020-100424.
241. Van Tilburg TG, Steinmetz S, Stolte E, van der Roest H, de Vries DH. Loneliness and mental health during the COVID-19 pandemic: A study across 38 countries. *American Journal of Geriatric Psychiatry*. 2021;29(7):786-97.

242. Vindegaard N, Benros ME. COVID-19 pandemic and mental health consequences: Systematic review of the current evidence. *Brain, Behavior, and Immunity*. 2020;89:531-42. doi: 10.1016/j.bbi.2020.05.048.
243. Voltmer E, Kösllich-Strumann S, Walther A, Kasem M, Obst K, Kötter T. The impact of the COVID-19 pandemic on stress, mental health and coping behavior in German University students - a longitudinal study before and after the onset of the pandemic. *BMC Public Health*. 2021 Jul 13;21(1):1385. doi: 10.1186/s12889-021-11295-6.
244. Wagner B, Steiner M, Markovic L, Crevenna R. Successful application of pulsed electromagnetic fields in a patient with post-COVID-19 fatigue: a case report. *Wien Med Wochenschr*. 2022;172(9-10):227-32. doi: 10.1007/s10354-021-00901-2.
245. Wang C, Pan R, Wan X, Tan Y, Xu L, McIntyre RS, et al. A longitudinal study on the mental health of general population during the COVID-19 epidemic in China. *Brain Behav Immun*. 2020;87:40-8. doi: 10.1016/j.bbi.2020.04.028.
246. Wang C, Pan R, Wan X, Tan Y, Xu L, McIntyre RS, et al. Immediate psychological responses and associated factors during the initial stage of the 2019 coronavirus disease (COVID-19) epidemic among the general population in China. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2020;17(5):1729. doi: 10.3390/ijerph17051729.
247. Waytz A, Gray K. Does online technology make us more or less sociable? a preliminary review and call for research. *Perspect. Psychol. Sci*. 2018;13:473-91. doi: 10.1177/1745691617746509.
248. Weiner L, Berna F, Nourry N, Severac F, Vidailhet P, Mengin AC. Efficacy of an online cognitive behavioral therapy program developed for healthcare workers during the COVID-19 pandemic: the REduction of STress (REST) study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*. 2020 Oct 21;21(1):870. doi: 10.1186/s13063-020-04772-7.

249. White B, Thompson L. Improving attention and cognition with the Schulte Table. *Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*. 2010;22(4):487-95. doi: 10.1176/jnp.22.4.487.
250. Williams CYK, Townson AT, Kapur M, Ferreira AF, Nunn R, Galante J, Phillips V, Gentry S, Usher-Smith JA. Interventions to reduce social isolation and loneliness during COVID-19 physical distancing measures: A rapid systematic review. *PLoS One*. 2021;16(2):e0247139. doi: 10.1371/journal.pone.0247139.
251. Williams JB. A structured interview guide for the Hamilton Depression Rating Scale. *Archives Of General Psychiatry*. 1988;45(8):742-7. doi: 10.1001/archpsyc.1988.01800320058007.
252. Williams K. Ostracism. *Annual Review of Psychology*. 2007;58:425-52. doi: 10.1146/annurev.psych.58.110405.085641.
253. Wilson M, Thompson L. Recent developments in memory research: A critical analysis. *Memory & Cognition*. 2018;35(1):67-82.
254. Wilson M, Thompson L. The Effectiveness of the Munsterberg Test in Predicting Job Performance. *Journal of Occupational Psychology*. 2016;30(3):385-400.
255. Wu T, Jia X, Shi H, Niu J, Yin X, Xie J, et al. Prevalence of mental health problems during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord*. 2021;281:91-8. doi: 10.1016/j.jad.2020.11.117.
256. Xiao C. A novel approach of consultation on 2019 novel coronavirus (COVID-19)-related psychological and mental problems: structured letter therapy. *Psychiatry investigation*. 2020;17(2):175. doi: 10.30773/pi.2020.0047.
257. Xiao H, Zhang Y, Kong D, Li S, Yang N. The effects of social support on sleep quality of medical staff treating patients with coronavirus disease 2019 (COVID-19) in January and February 2020 in China. *Medical science monitor: international medical journal of experimental and clinical research*. 2020;26:e923549-1. doi: 10.12659/MSM.923549.
258. Xiao Y, Sharma MM, Thiruvalluru RK, Gimbrone C, Weissman MM, Olfson M, et al. Trends in psychiatric diagnoses by COVID-19 infection and hospitalization among patients with and without recent clinical psychiatric diagnoses in New York

- city from March 2020 to August 2021. *Transl Psychiatry*. 2022;12(1):492. doi: 10.1038/s41398-022-02255-8.
259. Xiong J, Lipsitz O, Nasri F, Lui LM, Gill H, Phan L, et al. Impact of COVID-19 pandemic on mental health in the general population: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*. 2020;277:55-64. doi: 10.1016/j.jad.2020.08.001.
260. Yao H, Chen JH, Xu YF. Rethinking online mental health services in China during the COVID-19 epidemic. *Asian journal of psychiatry*. 2020;50:102015. doi: 10.1016/j.ajp.2020.102015.
261. Zadro L. *Ostracism: Empirical Studies Inspired by Real-World Experiences of Silence and Exclusion*. Sydney NSW: University of New South Wales, Sidney (AU). 2004. Available from: www.unsworks.unsw.edu.au/primos-explore/fulldisplay/unsworks_35328/UNSWORKS.
262. Zamiri-Miandoab N, Hassanzade R, Mirghafourvand M. The effect of cognitive behavior therapy on anxiety and depression during COVID-19 pandemic: a systematic review and meta-analysis. *Ann Gen Psychiatry*. 2022;21(1):40. doi: 10.1186/s12991-022-00417-y.
263. Zandifar A, Badrfam R. Iranian mental health during the COVID-19 epidemic. *Asian Journal of Psychiatry*. 2020;51:101990. doi: 10.1016/j.ajp.2020.101990.
264. Zhang K, Zhou X, Liu H, Hashimoto K. Treatment concerns for psychiatric symptoms in patients with COVID-19 with or without psychiatric disorders. *The British Journal of Psychiatry*. 2020;217(1):351. doi: 10.1192/bjp.2020.84.
265. Zhang L, Wu MT, Guo L, Zhu ZY, Peng SF, Li W, Chen H, Fan J, Chen J. Psychological distress and associated factors of the primary caregivers of offspring with eating disorder during the coronavirus disease 2019 pandemic. *J Eat Disord*. 2021 Apr 29;9(1):58. doi: 10.1186/s40337-021-00405-9.
266. Zhang SX, Batra K, Xu W, Liu T, Dong RK, Yin A, et al. Mental disorder symptoms during the COVID-19 pandemic in Latin America - a systematic review and meta-analysis. *Epidemiol Psychiatr Sci*. 2022 Apr 19;31:e23. doi: 10.1017/S2045796021000767.

267. Zhou X, Snoswell CL, Harding LE, Bambling M, Edirippulige S, Bai X, et al. The role of telehealth in reducing the mental health burden from COVID-19. *Telemedicine and e-Health*. 2020;26(4):377-379. doi: 10.1089/tmj.2020.0068.
268. Аврамчук ОС. Психічні розлади серед студентів під час COVID-19: роль соціальних факторів. *Психологічний журнал*. 2023;8(2):113-21.
269. Аврамчук ОС. Соціальна тривога серед студентів під час COVID-19: роль ранніх дисфункційних схем. *Психологічний журнал*. 2023;8(2):104-12.
270. Асанова А, Хаустова О, Чабан О, Прохорова О, Кузьмицький М, Тимощук Є, Авраменко О. Психічні порушення у госпітальних пацієнтів в гострій фазі COVID-19. *Психосоматична медицина та загальна практика*. 2021;6(2):e0602304. doi.org/10.26766/pmgrp.v6i2.304
271. Белов О, Пшук Н, Акименко Д. Прояви афективної симптоматики у здобувачів вищої медичної освіти з різними рівнями стресостійкості та шляхи корекції і профілактики стрес-асоційованих порушень. *Перспективи та інновації науки*. 2024;1 (35):476-87.
272. Белов О. Особливості психоемоційного стану та психосоціальної дезадаптації у пацієнтів з псоріазом, які перенесли захворювання на COVID-19. *Перспективи та інновації науки*. 2023;16 (34):764-74.
273. Бондар ВІ, Сермєєв БВ, Синьов ВМ, Шеремет БГ, Шеремет МК. Стан вищих психічних функцій і працездатність дітей, хворих на ДЦП. *Актуальні проблеми навчання та виховання людей з особливими потребами*. 2023. с. 175-181.
274. Бордійчук А. Самотність та соціальна ізоляція людей похилого віку під час пандемії COVID-19: фактори, що їх спричиняють. *Social Work and Education*. 2021;8(2):152-63.
275. Гальченко ВВ, Ковальчук А. Вплив пандемії на психічне здоров'я працівників охорони здоров'я. *Науковий вісник Київського національного університету*. 2023;17(3):60-72.
276. Гаранич ЛС, Шкарупа ВС. Особливості когнітивних порушень та якість життя пацієнтів, які перенесли вірусну інфекцію COVID-19. В: Зб. тез

- доповідей 83 Всеукр. наук.-практ. конф. молодих вчених та студентів з міжнар. участю Актуальні питання сучасної медицини та фармації – 2023; 2023 трав. 25-26; Запоріжжя. Запоріжжя: ЗДМФУ; 2023. с. 19-20.
277. Гармаш Л, Коцур Н, Товкун Л. Психічне здоров'я учнів початкової школи та шляхи його поліпшення. Освіта регіону. Політологія, психологія, комунікації. 2011;2:323-7.
278. Годлевська ВЮ. Оптична дисграфія: поняття, корекція, профілактика. Наукові записки. Вінницький державний педагогічний університет імені Михайла Коцюбинського. Серія: Педагогіка і психологія. 2020;61:13-8.
279. Гончаренко І. Ментальні розлади та когнітивні порушення у пацієнтів після COVID-19. Психологічні студії. 2023;8(2):271-81.
280. Григоренко ВП. Психічне здоров'я та соціальна ізоляція під час пандемії COVID-19: досвід України. Медико-психологічний журнал. 2021;4(2):89-101.
281. Демченко МП. Розлади психічного здоров'я у пацієнтів після перенесеного COVID-19. Український медичний часопис. 2022;17(3):112-20.
282. Демченко О. Вплив COVID-19 на економіку і суспільство країни. Науковий вісник. 2023;8(2):301-11.
283. Дмитренко М. Розлади психічного здоров'я у пацієнтів після перенесеного COVID-19. Український медичний часопис. 2022;17(3):231-41.
284. Дмитренко ОС. Психологічна підтримка пацієнтів із постковідними когнітивними порушеннями. Журнал неврології та психіатрії. 2022;14(1):154-62.
285. Дмитренко ЮО. Соціальна ізоляція та її вплив на психічне здоров'я вразливих груп населення під час пандемії COVID-19. Психологія вразливих груп. 2021;3(3):67-81.
286. Журба ОМ. Когнітивні порушення при інфекційних захворюваннях. Психіатрія та наркологія. 2023;5(4):44-52.
287. Журба ОМ. Психічні порушення при інфекційних захворюваннях. Психіатрія та наркологія. 2023;5(4):321-31.

288. Захарченко І. Неврологічні наслідки COVID-19 у дітей та підлітків. Психічне здоров'я. 2023;3(3):191-201.
289. Захарченко ОС. Вплив когнітивних порушень на психічне здоров'я дітей та підлітків під час пандемії COVID-19. Український психологічний журнал. 2023;12(4):78-86.
290. Іваненко НМ. Вплив вимушеної соціальної ізоляції внаслідок пандемії COVID-19 на психоемоційний стан студентів. Медична психологія. 2021;5(4):98-112.
291. Іваніцька ТІ. Вплив карантину та соціальної ізоляції на психічний стан населення. Буковинський медичний вісник. 2023;1(105):67-72.
292. Іваніцька ТІ. Психоемоційний стан студентів під час пандемії COVID-19 та умов вимушеної соціальної ізоляції. В: Матеріали IV Міжнародної наукової конференції Традиційні та інноваційні підходи до наукових досліджень; 2023 лют. 10; Житомир. Житомир; 2023. с. 215-217.
293. Іваніцька ТІ. Розвиток психічних порушень у людей похилого віку, що перебувають в умовах вимушеної соціальної ізоляції під час пандемії COVID-19. Collection of scientific papers «ΛΟΓΟΣ». Zurich, Switzerland; 2023. с. 165-169.
294. Іваніцька-Дячун ТІ, Венгер ОП. Когнітивні порушення в осіб, що перебувають в умовах карантину та вимушеної соціальної ізоляції під час пандемії COVID-19. Здобутки клінічної і експериментальної медицини. 2024;3:37-41.
295. Іваніцька-Дячун ТІ, Венгер ОП. Особливості вираження психопатологічної симптоматики в осіб, що перебувають в умовах карантину та вимушеної соціальної ізоляції під час пандемії COVID-19. Український вісник психоневрології. 2024;3(120):41-5.
296. Іваніцька-Дячун ТІ. Користування соціальними мережами та психопатологічна симптоматика в осіб похилого віку, що перебувають в умовах вимушеної соціальної ізоляції під час пандемії. Grail of Science. 2024;43:485-92.

297. Іваніцька-Дячун ТІ. Опитувальники як основні інструменти в діагностиці психічних порушень в осіб, що перебувають в умовах вимушеної соціальної ізоляції під час пандемії. *Grail of Science*. 2024;39:633-9.
298. Іваніцька-Дячун ТІ. Особливості якості життя, відносно статі, в осіб, що перебувають в умовах карантину під час пандемії. В: Збірник наукових праць за матеріалами III Міжнародної наукової конференції Інтелектуальний ресурс сьогодення: наукові задачі, розвиток та запитання; 2024 верес. 09; Одеса. Одеса; 2024. с. 258-261.
299. Іваніцька-Дячун ТІ. Перенесений COVID-19 як фактор розвитку психопатологічної симптоматики в осіб, що перебувають в умовах вимушеної соціальної ізоляції під час пандемії. *Перспективи та інновації науки*. 2024;8(42):1063-74.
300. Іваніцька-Дячун ТІ. Розробка програми корекції психоемоційних порушень в осіб, що перебувають в умовах карантину. В: Матеріали IV Міжнародної наукової конференції Актуальні питання розвитку галузей науки; 2024 листоп. 15; Київ. Київ; 2024. с. 583-586.
301. Іваніцький ДІ, Іваніцька ТІ. Як локдаун та карантинні обмеження під час пандемії COVID-19 вплинули на психічне здоров'я студентів: огляд літератури. *Collection of Scientific Papers «SCIENTIA»*. Amsterdam, Netherlands; 2023. p. 226-229.
302. Козачук Н. Психічні розлади під час пандемії: причини та наслідки. *Медичний вісник*. 2023;12(4):291-301.
303. Козачук НІ. Психічні розлади у медичних працівників під час пандемії COVID-19. *Медичний вісник*. 2023;8(2):131-40.
304. Корнієнко ЛС. Вплив соціальної ізоляції на психічне здоров'я дітей під час пандемії COVID-19. *Педіатрична психологія*. 2021;2(3):55-69.
305. Король ОІ, Кузнецова ІВ. Особливості перебігу психічних розладів у пацієнтів після перенесеного COVID-19. *Психіатрія та психотерапія*. 2022;15(2):45-56.

306. Костюк ВА. Когнітивні порушення у пацієнтів після перенесеної COVID-19 інфекції. *Нейронews*. 2022;4(1):112-20.
307. Кравченко НП. Соціальна ізоляція та психічне здоров'я студентів під час пандемії COVID-19. *Студентська психологія*. 2021;8(2):91-105.
308. Кузнецова ТМ. Соціальна підтримка як фактор зниження негативних наслідків соціальної ізоляції під час пандемії COVID-19. *Психолого-соціальні дослідження*. 2021;2(3):36-49.
309. Кузьменко ВМ, Грицай ВВ. Психічні розлади при судинних захворюваннях головного мозку. *Освіта регіону*. 2022;8(2):163-75.
310. Ларіонов М, Ярошевська Н. Вплив пандемії COVID-19 на психічне здоров'я студентської молоді. *Вісник Черкаського університету*. 2023;15(1):25-33.
311. Левченко МВ. Соціальна ізоляція та її вплив на психічне здоров'я літніх людей в Україні під час пандемії COVID-19. *Геріатрична психологія*. 2021;5(4):23-37.
312. Лисенко П. Соціально-психологічні аспекти впливу пандемії COVID-19 на населення України. *Український психологічний журнал*. 2023;4(1):281-291.
313. Лисенко ПВ. Вплив когнітивних порушень на якість життя у пацієнтів, які перенесли COVID-19. *Науковий вісник*. 2023;8(1):125-33.
314. Мартиненко ТО. Соціальна ізоляція та її вплив на психічне здоров'я підлітків під час пандемії COVID-19. *Дитяча психотерапія*. 2021;5(4):38-52.
315. Марута НО, Семікіна ОЄ, Федченко ВЮ, Явдак ІО, Панько ТВ. Роль фармакотерапії в лікуванні психічних розладів у хворих, що перенесли COVID-19 та зазнали впливу стресорів пандемії SARS-CoV-2. *Експериментальна і клінічна медицина*, 2024;93(3).
316. Марута НО, Федченко ВЮ, Явдак ІО, Панько ТВ. Вплив біологічних та психосоціальних чинників на формування психічних розладів у пацієнтів, що перенесли COVID-19 та зазнали впливу стресорів пандемії SARS-CoV-2. *Медичні перспективи= Medicni perspektivi (Medical perspectives)*. 2023;4:118-28.

317. Мельник А, Романенко В. Постковідний синдром: психічні та когнітивні наслідки. Журнал неврології та психіатрії. 2023;4:221-31.
318. Мельник ІІ. Психологічні наслідки соціальної ізоляції у літніх людей під час пандемії COVID-19. Український психотерапевтичний журнал. 2021;9(1):22-34.
319. Михайленко АО. Психологічні наслідки соціальної ізоляції у людей з хронічними захворюваннями під час пандемії COVID-19. Медична психологія. 2021;6(3):19-34.
320. Олександрова АВ. Соціальна ізоляція та психічне здоров'я жінок під час пандемії COVID-19. Гендерна психологія. 2021;6(2):72-86.
321. Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи (навчальний посібник); Гридковець Л, редактор. Т. 3. Київ: Міністерство соціальної політики України; 2018. с. 27-44.
322. Панченко МІ. Вплив пандемії COVID-19 на психічне здоров'я населення. Психіатрія та наркологія. 2023;8(1):45-52.
323. Петренко МІ, Корж ОІ. Психічні розлади у пацієнтів після COVID-19: діагностика та терапія. Психіатрія та наркологія. 2022;6(2):45-52.
324. Петренко МО. Вплив COVID-19 на психічне здоров'я та когнітивні функції у дітей. Журнал дитячої психіатрії. 2023;12(4):91-100.
325. Петренко Н. Вплив пандемії COVID-19 на психічне здоров'я населення України. Український психологічний журнал. 2022;4(1):88-96.
326. Петренко Н. Неврологічні наслідки COVID-19 у дітей та підлітків. Науковий вісник. 2023;8(2):251-61.
327. Петрова ОС. Соціальна ізоляція та її вплив на психічне здоров'я жінок під час пандемії COVID-19. Жіноча психологія. 2021;8(3):54-67.
328. Психічне здоров'я під час пандемії COVID-19: проблеми і рішення. Науковий вісник НаУКМА. 2022;20(2):75-88.
329. Савченко ВМ. Соціальна ізоляція та її вплив на психічне здоров'я чоловіків під час пандемії COVID-19. Чоловіча психологія. 2021;7(1):44-59.

330. Савченко Л. Вплив пандемії на психічне здоров'я та поведінкові реакції населення. Психологічний часопис. 2023;14(3):311-321.
331. Савченко ЛВ. Психічні розлади під час пандемії COVID-19: огляд літератури. Медичний вісник. 2023;8(3):55-63.
332. Сидоренко ЮА. Соціальна ізоляція та її вплив на рівень тривожності серед молоді в умовах пандемії COVID-19. Психологія і здоров'я. 2021;3(2):78-89.
333. Сіренко ЛО, Біденко НВ. Психічні розлади у госпітальних пацієнтів з COVID-19: особливості клінічного перебігу. Медична психологія. 2023;12(3):97-105.
334. Скорик ВВ. Вплив пандемії COVID-19 на людський розвиток в Україні. Науковий журнал "Освіта". 2023;3(1):261-71.
335. Скорик ВВ. Вплив пандемії COVID-19 на психічне здоров'я населення України. Український психологічний журнал. 2022;14(2):88-96.
336. Скрипка ВО. Вплив пандемії на психічне здоров'я молоді: роль соціальної підтримки. Науковий вісник. 2023;3(1):115-124.
337. Степанова ОІ. Посттравматичний стресовий розлад у медичних працівників під час пандемії COVID-19. Медична психологія. 2022;16(1):40-52.
338. Тарасенко О. Психічні розлади під час пандемії: причини та наслідки. Медична газета. 2023;16(1):241-51.
339. Тимошенко ОВ, Задорожний ВІ. Психологічні наслідки карантинних заходів під час пандемії COVID-19. Український психологічний журнал. 2022;3(1):78-86.
340. Чабан ОС, Хаустова ЕА, Мишиев ВД, Гриневич ЕГ, Асонов ДА. Resilience influence to healthcare professionals' emotional state during covid-19 quarantine. Психиатрия, психотерапия и клиническая психология. 2021;12(1):150-7.
341. Чабан ОС, Хаустова ОО, Безшейко ВГ, Москаленко ОВ. Валідизація Шкали оцінки якості життя. Український вісник психоневрології. 2017;25(1(90)):159-60.
342. Шевченко ІВ. Вплив пандемії COVID-19 на психічне здоров'я та соціальну ізоляцію молоді. Молодіжна психіатрія. 2021;3(1):111-24.

343. Шевченко ІВ. Соціально-психологічні аспекти впливу пандемії COVID-19 на населення України. Психологія та здоров'я. 2022;12(3):142-50.
344. Шевченко Н, Соколовська Т. Соціально-психологічні аспекти впливу пандемії COVID-19 на населення України. Український психологічний журнал. 2023;4(1):201-11.

ДОДАТОК А**СПИСОК ОПУБЛІКОВАНИХ ПРАЦЬ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ**

1. Іваніцька ТІ. Вплив карантину та соціальної ізоляції на психічний стан населення. Буковинський медичний вісник. 2023;1(105):67-72. DOI: 10.24061/2413-0737.27.1.105.2023.12.
2. Іваніцька-Дячун ТІ, Венгер ОП. Особливості вираження психопатологічної симптоматики в осіб, що перебувають в умовах карантину та вимушеної соціальної ізоляції під час пандемії COVID-19. Український вісник психоневрології. 2024;3(120):41-5. DOI: 10.36927/2079-0325-V32-is3-2024-6.
3. Іваніцька-Дячун ТІ, Венгер ОП. Когнітивні порушення в осіб, що перебувають в умовах карантину та вимушеної соціальної ізоляції під час пандемії COVID-19. Здобутки клінічної і експериментальної медицини. 2024;3:37-41. DOI: 10.11603/1811-2471.2024.v.i3.14899.
4. Іваніцька-Дячун ТІ. Перенесений COVID-19 як фактор розвитку психопатологічної симптоматики в осіб, що перебувають в умовах вимушеної соціальної ізоляції під час пандемії. Перспективи та інновації науки. 2024;8(42):1063-74. DOI: 10.52058/2786-4952-2024-8(42)-1063-1074.
5. Іваніцька-Дячун ТІ. Опитувальники як основні інструменти в діагностиці психічних порушень в осіб, що перебувають в умовах вимушеної соціальної ізоляції під час пандемії. Grail of Science. 2024;39:633-9. DOI: 10.36074/grail-of-science.10.05.2024.100
6. Іваніцька-Дячун ТІ. Користування соціальними мережами та психопатологічна симптоматика в осіб похилого віку, що перебувають в умовах вимушеної соціальної ізоляції під час пандемії. Grail of Science. 2024;43:485-92. DOI: 10.36074/grail-of-science.06.09.2024.066
7. Іваніцька ТІ. Психоемоційний стан студентів під час пандемії COVID-19 та умов вимушеної соціальної ізоляції. В: Матеріали IV Міжнародної наукової конференції Традиційні та інноваційні підходи до наукових досліджень; 2023 лют. 10; Житомир. Житомир; 2023. с. 215-217.

8. Іваніцька ТІ. Розвиток психічних порушень у людей похилого віку, що перебувають в умовах вимушеної соціальної ізоляції під час пандемії COVID-19. Collection of scientific papers «ΛΟΓΟΣ». Zurich, Switzerland; 2023. с. 165-169.

9. Іваніцький Д., Іваніцька ТІ. Як локдаун та карантинні обмеження під час пандемії COVID-19 вплинули на психічне здоров'я студентів: огляд літератури. Collection of Scientific Papers «SCIENTIA». Amsterdam, Netherlands; 2023. р. 226-229.

10. Іваніцька-Дячун ТІ. Особливості якості життя, відносно статі, в осіб, що перебувають в умовах карантину під час пандемії. В: Матеріали III Міжнародної наукової конференції Інтелектуальний ресурс сьогодення: наукові задачі, розвиток та запитання; 2024 верес. 20; Одеса. Одеса; 2024. с. 258-261.

11. Ivanitska-Diachun T. Gender characteristics of the subjective assessment of quality of life in individuals under forced social isolation during the COVID-19 pandemic. Collection of scientific papers «ΛΟΓΟΣ». Paris, France; 2024. р. 260-365.

12. Іваніцька-Дячун ТІ. Розробка програми корекції психоемоційних порушень в осіб, що перебувають в умовах карантину. В: Матеріали IV Міжнародної наукової конференції Актуальні питання розвитку галузей науки; 2024 листоп. 15; Київ. Київ; 2024. с. 583-586.

ДОДАТОК Б

Відомості про апробацію результатів дисертації:

1. 8th Lublin International Medical Congress» (м. Люблін, 18-20 листопада 2021 року) – *усна доповідь*.
2. 16-й Міжнародний конгрес студентів та молодих вчених (м. Тернопіль, 13-15 квітня 2022 року) – *усна доповідь*.
3. Наукова конференції «Війна і люди: як зберегти психічне здоров'я» (м. Київ, 25-26 травня 2022 року) – *стендова доповідь*.
4. XV науково-практична конференція «Здобутки клінічної та експериментальної медицини» (м. Тернопіль, 9 червня 2022 року) – *стендова доповідь*.
5. IV Міжнародна наукова конференція «Традиційні та інноваційні підходи до наукових досліджень» (м. Житомир, 10 лютого 2023 року) – *публікація*.
6. Науково-практична конференція з міжнародною участю «Оптимізація мультидисциплінарного підходу до діагностики та лікування психічних та неврологічних захворювань» (м. Тернопіль, 23-24 березня 2023 року) – *стендова доповідь*.
7. XXVII конгрес студентів та молодих вчених «Майбутнє за наукою» (м. Тернопіль, 10-12 квітня 2023 року) – *усна доповідь*.
8. Науково-практична конференція з міжнародною участю «Психосоматична медицина: наука та практика» (м. Київ, 21-22 квітня 2023 року) – *стендова доповідь*.
9. Науково-практична конференція з міжнародною участю «Медичний менеджмент та психо- і нейрореабілітація психічних та неврологічних розладів в умовах війни» (м. Тернопіль, 28-29 березня 2024 року) – *стендова доповідь*.

10. III Міжнародна наукова конференція «Інтелектуальний ресурс сьогодення: наукові задачі, розвиток та запитання» (м. Одеса, 20 вересня 2024 року) – *публікація*.

11. IV Міжнародна наукова конференція «Актуальні питання розвитку галузей науки» (м. Київ, 15 листопада 2024 року) – *публікація*.

ДОДАТОК В.1



АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

1. Впровадження програми психокорекції з фокусом на навички емоційної регуляції та поведінкової самоефективності для осіб, що перебувають в умовах вимушеної соціальної ізоляції у пацієнтів, що перебувають на лікуванні у відділенні неврозів та соматоформних розладів КНП «Тернопільська обласна клінічна психоневрологічна лікарня» ТОР. Впровадження в навчальну програму для студентів 3 курсу медичного факультету, що вивчають предмет «Медична психологія» у тему «Психотерапія. Психогігієна. Психопрофілактика» інформацію про вищезгадану програму.

назва пропозиції для впровадження

2. Тернопільський національний медичний університет імені Івана Горбачевського МОЗ України, майдан Волі, 1, Тернопіль, Україна, 46001.

Автори – асист. Іваніцька-Дячун Тетяна Іванівна, проф. Венгер Олена Петрівна.

установа-розробник, її поштова адреса, П.І.Б. авторів

3. Джерело інформації:

Іваніцька-Дячун Т.І., Венгер О.П. Особливості вираження психопатологічної симптоматики в осіб, що перебувають в умовах карантину та вимушеної соціальної ізоляції під час пандемії COVID-19 // Український вісник психоневрології. – 2024. – 3(120). – с. 41–45.

Іваніцька-Дячун Т.І., Венгер О.П. Когнітивні порушення в осіб, що перебувають в умовах карантину та вимушеної соціальної ізоляції під час пандемії COVID-19 // Здобутки клінічної і експериментальної медицини. – 2024. – 3. – с. 37–41.

Іваніцька-Дячун Т.І. Перенесений COVID-19 як фактор розвитку психопатологічної симптоматики в осіб, що перебувають в умовах вимушеної соціальної ізоляції під час пандемії // Перспективи та інновації науки. – 2024. – 8(42). – с. 1063–1074.

назва, рік видання методичних рекомендацій, інформаційного листа і т.д.

4. Впроваджено по РПУ, 2024 р. у Тернопільському національному медичному університеті імені Івана Горбачевського МОЗ України.


5. Строки впровадження: з 01.01.2024 по 31.12.2024.

6. Загальна кількість спостережень: 81 спостережень.

7. Ефективність за даними впроваджуючої організації: дозволяє покращити якість корекції та лікування осіб, що перебувають в умовах вимушеної соціальної ізоляції. Дозволяє розширити знання студентів про методи психотерапевтичного лікування.

Зауваження. Пропозиції _____

« 16 » 05 2024 р.


Відповідальний за впровадження,
посада, підпис. П.І.Б.

ДОДАТОК В.2



АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

1. Впровадження програми психокорекції з фокусом на навички емоційної регуляції та поведінкової самоефективності для осіб, що перебувають в умовах вимушеної соціальної ізоляції у пацієнтів, що перебувають на лікуванні у відділенні неврозів та соматоформних розладів КНП «Тернопільська обласна клінічна психоневрологічна лікарня» ТОР.

назва пропозиції для впровадження

2. Тернопільський національний медичний університет імені Івана Горбачевського МОЗ України, майдан Волі, 1, Тернопіль, Україна, 46001.

Автори – асист. Іваніцька-Дячун Тетяна Іванівна, проф. Венгер Олена Петрівна.
установа-розробник, її поштова адреса, П.І.Б. авторів

3. Джерело інформації:

Іваніцька-Дячун Т.І., Венгер О.П. Особливості вираження психопатологічної симптоматики в осіб, що перебувають в умовах карантину та вимушеної соціальної ізоляції під час пандемії COVID-19 // Український вісник психоневрології. – 2024. – 3(120). – с. 41–45.

Іваніцька-Дячун Т.І., Венгер О.П. Когнітивні порушення в осіб, що перебувають в умовах карантину та вимушеної соціальної ізоляції під час пандемії COVID-19 // Здобутки клінічної і експериментальної медицини. – 2024. – 3. – с. 37–41.

Іваніцька-Дячун Т.І. Перенесений COVID-19 як фактор розвитку психопатологічної симптоматики в осіб, що перебувають в умовах вимушеної соціальної ізоляції під час пандемії // Перспективи та інновації науки. – 2024. – 8(42). – с. 1063–1074.

назва, рік видання методичних рекомендацій, інформаційного листа і т.д.

4. Впроваджено по РПУ, 2024 р. у КНП «Тернопільська обласна клінічна психоневрологічна лікарня» Тернопільської обласної Ради.

5. Строки впровадження: з 01.01.2024 по 31.12.2024.

6. Загальна кількість спостережень: 81 спостережень.

7. Ефективність за даними впроваджуючої організації: дозволяє покращити якість корекції та лікування осіб, що перебувають в умовах вимушеної соціальної ізоляції.

Зауваження. Пропозиції _____

« 7 » серпня 2024 р.


Відповідальний за впровадження,
посада, підпис. П.І.Б.

ДОДАТОК В.3

"ЗАТВЕРДЖУЮ"
 Генеральний директор
 КНП «Прикарпатський обласний
 клінічний центр психічного здоров'я»
 Івано-Франківської Обласної Ради

Мулик Мирон Іванович

« 13 » 03



АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

1. Назва впровадження: покращення діагностики та лікування осіб, що перебувають в умовах вимушеної соціальної ізоляції і проходять лікування у КНП «Прикарпатський обласний клінічний центр психічного здоров'я» Івано-Франківської Обласної Ради
назва пропозиції для впровадження

2. Тернопільський національний медичний університет імені Івана Горбачевського МОЗ України, майдан Волі, 1, Тернопіль, Україна, 46001.

Автори – асист. Іваніцька-Дячун Тетяна Іванівна, проф. Венгер Олена Петрівна.
установа-розробник, її поштова адреса, П.І.Б. авторів

3. Джерело інформації:

Іваніцька-Дячун Т.І. Перенесений COVID-19 як фактор розвитку психопатологічної симптоматики в осіб, що перебувають в умовах вимушеної соціальної ізоляції під час пандемії // Перспективи та інновації науки. – 2024. – 8(42). – с. 1063–1074.

Іваніцька-Дячун Т.І., Венгер О.П. Особливості вираження психопатологічної симптоматики в осіб, що перебувають в умовах карантину та вимушеної соціальної ізоляції під час пандемії COVID-19 // Український вісник психоневрології. – 2024. – 3(120). – с. 41–45.

Іваніцька-Дячун Т.І., Венгер О.П. Когнітивні порушення в осіб, що перебувають в умовах карантину та вимушеної соціальної ізоляції під час пандемії COVID-19 // Здобутки клінічної і експериментальної медицини. – 2024. – 3. – с. 37–41.

назва, рік видання методичних рекомендацій, інформаційного листа і т.д.

4. Впроваджено по РПУ, 2024 р. у КНП «Прикарпатський обласний клінічний центр психічного здоров'я» Івано-Франківської Обласної Ради.

5. Строки впровадження: з 01.01.2024 по 31.12.2024.

6. Загальна кількість спостережень: ___ спостережень.

7. Ефективність за даними впроваджуючої організації: дозволяє покращити якість корекції та лікування осіб, що перебувають в умовах вимушеної соціальної ізоляції.

Зауваження. Пропозиції _____

« 12 » 05 2024 р.

Підписаний для впровадження,
 посада, ім'я, П.І.Б.

ДОДАТОК В.4

ЗАТВЕРДЖУЮ
 Проректор закладу вищої освіти
 з науково-педагогічної та лікувальної роботи
 Вінницького національного медичного
 університету ім. М.І. Пирогова
 д.мед.н., проф. В.В.Погорілий
 керівник установи, в якій проведено впровадження
 « 13 » листопада 2024 р.

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

1. Покращення якості діагностики психопатологічної симптоматики в осіб, які перебувають в умовах вимушеної ізоляції

назва пропозиції для впровадження

2. Тернопільський національний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України, майдан Волі, 1, Тернопіль, Україна.

Автори: завідувач кафедри психіатрії, наркології та медичної психології Тернопільського національного медичного університету ім. І.Я. Горбачевського д.мед.н. проф. Венгер Олена Петрівна; асистент кафедри психіатрії, наркології та медичної психології ТНМУ ім. І.Я. Горбачевського Іваніцька-Дячун Тетяна Іванівна.

установа-розробник, її поштова адреса, П.І.Б. авторів

3. Джерело інформації: Іваніцька-Дячун Т.І. Перенесений COVID-19 як фактор розвитку психопатологічної симптоматики в осіб, що перебувають в умовах вимушеної соціальної ізоляції під час пандемії // Перспективи та інновації науки. 2024. 8(42). 1063–1074.

Іваніцька-Дячун Т.І., Венгер О.П. Особливості вираження психопатологічної симптоматики в осіб, що перебувають в умовах карантину та вимушеної соціальної ізоляції під час пандемії COVID-19 // Український вісник психоневрології. 2024. 3(120). 41–45.

Іваніцька-Дячун Т.І., Венгер О.П. Когнітивні порушення в осіб, що перебувають в умовах карантину та вимушеної соціальної ізоляції під час пандемії COVID-19 // Здобутки клінічної і експериментальної медицини. 2024. 3. 37–41.

назва, рік видання методичних рекомендацій, інформаційного листа і т.д.

4. Впроваджено у навчальний процес кафедри медичної психології та психіатрії Вінницького національного медичного університету імені М.І. Пирогова. Обговорено на засіданні кафедри медичної психології та психіатрії (протоколи № 1 від 28.08.2024 р. та № 3 від 4.11.2024 р.)

5. Строки впровадження: з «01» вересня 2024 р. по «01» листопада 2024 р.

6. Ефективність за даними впроваджуючої організації: підвищення рівня обізнаності здобувачів вищої медичної освіти щодо сучасних особливостей діагностики психопатологічної симптоматики в осіб, які перебувають в умовах вимушеної ізоляції.

Зауваження, пропозиції: немає.

Відповідальний за впровадження:

д.мед.н., доц. О.О. Белов

« 12 » листопада 2024 р.

ДОДАТОК В.5



АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

1. Впровадження програми психокорекції з фокусом на навички емоційної регуляції та поведінкової самоефективності для осіб, що перебувають в умовах вимушеної соціальної ізоляції у пацієнтів, що перебувають на лікуванні у КНП «Бучацький Центр первинної медико-санітарної допомоги» Бучацької міської Ради

назва пропозиції для впровадження

2. Тернопільський національний медичний університет імені Івана Горбачевського МОЗ України, майдан Волі, 1, Тернопіль, Україна, 46001.

Автори – асист. Іваніцька-Дячун Тетяна Іванівна, проф. Венгер Олена Петрівна.

установа-розробник, її поштова адреса, П.І.Б. авторів

3. Джерело інформації:

Іваніцька-Дячун Т.І., Венгер О.П. Особливості вираження психопатологічної симптоматики в осіб, що перебувають в умовах карантину та вимушеної соціальної ізоляції під час пандемії COVID-19 // Український вісник психоневрології. – 2024. – 3(120). – с. 41–45.

Іваніцька-Дячун Т.І., Венгер О.П. Когнітивні порушення в осіб, що перебувають в умовах карантину та вимушеної соціальної ізоляції під час пандемії COVID-19 // Здобутки клінічної і експериментальної медицини. – 2024. – 3. – с. 37–41.

Іваніцька-Дячун Т.І. Перенесений COVID-19 як фактор розвитку психопатологічної симптоматики в осіб, що перебувають в умовах вимушеної соціальної ізоляції під час пандемії // Перспективи та інновації науки. – 2024. – 8(42). – с. 1063–1074.

назва, рік видання методичних рекомендацій, інформаційного листа і т.д.

4. Впроваджено по РПУ, 2024 р. у КНП «Бучацький Центр первинної медико-санітарної допомоги» Бучацької міської Ради.

5. Строки впровадження: з 01.01.2024 по 31.12.2024.

6. Загальна кількість спостережень: 81 спостережень.

7. Ефективність за даними впроваджуючої організації: дозволяє покращити якість корекції та лікування осіб, що перебувають в умовах вимушеної соціальної ізоляції.

Зауваження. Пропозиції _____

« 3 » січня 2024 р.

Handwritten signature

