

МІНІСТЕРСТВО КУЛЬТУРИ ТА СТРАТЕГІЧНИХ КОМУНІКАЦІЙ
УКРАЇНИ

ХАРКІВСЬКА ДЕРЖАВНА АКАДЕМІЯ КУЛЬТУРИ
ФАКУЛЬТЕТ КУЛЬТУРОЛОГІЇ ТА СОЦІАЛЬНИХ КОМУНІКАЦІЙ
Кафедра психології, педагогіки та філології

КОВАЛЕНКО КСЕНІЯ

**ПСИХОЛОГІЧНА АДАПТАЦІЯ ДО ЖИТТЯ З НЕВИЛКОВНИМ ДІАГНОЗОМ:
АВТОЕТНОГРАФІЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ДОСВІДУ САМОДОПОМОГИ ТА
ПІДТРИМКИ**

спеціальність 053 Психологія
галузь знань 05 Соціальні та поведінкові науки

Подається на здобуття освітньої кваліфікації магістр психології

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



Коваленко Ксенія Віталіївна

Науковий керівник: Віденєєв Ігор Олександрович, кандидат психологічних
наук, доцент

Дата захисту 17.12.2025

Національна шкала добре

Кількість балів 48 оцінка ECTS C

Харків –2025

ЗМІСТ

ВСТУП.....	3
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ПСИХОЛОГІЧНОЇ АДАПТАЦІЇ ДО ХРОНІЧНОГО НЕВИЛІКОВНОГО ДІАГНОЗУ.....	7
1.1. Психологічна адаптація, психічне благополуччя та самопомога в умовах хронічної хвороби.....	7
1.2. Автоетнографія та якісні методи у психології здоров'я.....	15
1.3. Психосоціальні аспекти життя з хронічним діагнозом: дані сучасних досліджень.....	19
Висновки до першого розділу.....	23
РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНОЇ АДАПТАЦІЇ (АВТОЕТНОГРАФІЧНИЙ ПІДХІД).....	25
2.1. Вибірка та організація дослідження.....	25
2.2. Результати емпіричного дослідження.....	38
2.3. Практичні рекомендації для психологів, які працюють із жінками, що мають хронічний невиліковний діагноз	59
Висновки до другого розділу.....	63
ВИСНОВКИ.....	66
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	68
ДОДАТКИ.....	71
Додаток А. Форма інформованої згоди учасниць дослідження.....	71
Додаток Б. Гайд інтерв'ю / самоінтерв'ю.....	73
Додаток В. Шаблон запису інтерв'ю.....	75
Додаток Г. Таблиця контент-аналізу (первинне тематичне кодування).....	78
Додаток Д. Таблиця контент-аналізу інтерв'ю (порівняльна / узагальнена).....	81

ВСТУП

У сучасному світі, попри розвиток медичних технологій та інновації у діагностиці, кількість людей з хронічними та невиліковними хворобами значно зростає. Це змушує шукати альтернативні шляхи психологічної допомоги людям, які потерпають від невиліковних діагнозів та живуть з цим десятиріччями. Серед проблем, які вирішуються у галузі сучасної психології здоров'я, питання психологічної адаптації до життя з хронічним невиліковним діагнозом посідає достатньо вагоме місце. За оцінками ВООЗ, кількість людей, які живуть із хронічними захворюваннями, невинно зростає, серед людей, що потерпають від таких хвороб, велику частину складають жінки середнього працездатного віку. Варто враховувати, що будь-яка хронічна хвороба не лише впливає на фізичний стан, але й спричиняє суттєві психологічні, соціальні та екзистенційні трансформації, що потребують наукового осмислення. Досвід хвороби стає особистісним, тілесним, подекуди – травматичним. Варто зазначити, що психологічний досвід людей з невиліковними хронічними захворюваннями в Україні вивчено недостатньо. Саме тому наукові дослідження, що спрямовані на розкриття суб'єктивного переживання хронічного діагнозу та механізмів психологічного пристосування, є актуальними як з теоретичної, так і з практичної точки зору.

Актуальність теми дослідження зумовлена невинним процесом зростання кількості людей, які живуть з хронічними невиліковними захворюваннями, а також недостатнім вивченням такого психологічного досвіду у контексті України, що підсилюється станом війни, який прискорює та посилює тенденцію зростання хронічно хворих. Особливо малодослідженим є жіночий погляд на хворобу, який є унікальним поєднанням емоційної, соціальної та тілесної складової. Згідно наукових досліджень, жіночий досвід переживання хронічної

хвороби, в порівнянні з чоловічим, має помітні особливості стосовно тілесності, яка є соціально «кодифікованою», оскільки хвороба єднається з певними культурними кліше та гендерними установками [29; 28]. Варто додати, що досвід жінок з непомітними зовні важкодіагностованими хворобами доволі мало представлений у вітчизняному психологічному науковому дискурсі, оскільки значна частина українських досліджень присвячена медико-психологічному супроводу, замість суб'єктивного переживання, особистого наративу, способів самодопомоги чи повсякденних технік адаптації.

Традиційні кількісні підходи використання великих виборок під час дослідження надають можливість зафіксувати загальні середньостатистичні закономірності, але не дозволяють зрозуміти внутрішні психологічні процеси витончених змін стану, індивідуальну логіку прийняття діагнозу та засоби збереження психічного благополуччя. Між тим, у випадку хронічної хвороби особистий тілесний, емоційний, когнітивний та екзистенційний досвід має особливе значення. Тому сучасні міжнародні дослідження звертаються до методу автуетнографії [13; 16], який дозволяє інтегрувати особисті переживання у науковий аналіз і розглядати хворобу не лише як медичний факт, а як життєвий процес, що формує нову ментальність й світосприйняття.

Проблема дослідження полягає у необхідності глибокого психологічного розуміння жіночого досвіду життя з хронічною хворобою на тлі нестатку ґрунтовних теоретичних знань про внутрішні можливості адаптації, наративи прийняття й самодопомоги. Необхідність вирішення проблеми зумовлена увагою традиційних підходів переважно до клінічних проявів та соціально-поведінкових випадків, в той час коли внутрішній досвід, в першу чергу, визначає якість життя жінки з невиліковним діагнозом.

Об'єктом дослідження є психологічна адаптація особистості до життя з хронічним невиліковним діагнозом. *Предметом* дослідження стали

індивідуальні способи прийняття, подолання та збереження психологічного благополуччя у жіночому автоетнографічному досвіді хронічної хвороби.

Метою дослідження є виявлення та аналіз особистісних психологічних ресурсів, що сприяють адаптації жінки до життя з хронічним невиліковним діагнозом, на основі автоетнографічного опису та його співставлення з даними сучасної психологічної літератури.

Для досягнення мети були поставлені наступні завдання:

- здійснити теоретичний аналіз досліджень хронічної хвороби як життєвого досвіду;
- розглянути моделі психологічної адаптації та благополуччя в умовах хронічного діагнозу;
- описати особливості жіночої суб'єктивності та тілесності у проживанні хвороби;
- зібрати та проаналізувати автоетнографічний матеріал (самоінтерв'ю, рефлексивні записи);
- провести контент-аналіз особистих наративів;
- визначити способи самодопомоги та підтримки, що сприяють емоційній стійкості та психологічному благополуччю.

Запропонований підхід базується на якісній методології, оскільки автоетнографія обґрунтовується специфікою дослідження хронічної хвороби як унікального, втіленого досвіду, доступ до якого можливий лише через суб'єктивні оповіді. Таким чином, автоетнографія спрямована на глибинне дослідження, яке реконструює внутрішню логіку переживань, динаміку прийняття діагнозу, зміни у самосприйнятті, емоційну саморегуляцію. В порівнянні зі стандартизованими кількісними підходами тут можливе виявлення «невидимих» аспектів жіночого досвіду. *Методологічну основу* роботи становлять: концепції хронічної хвороби як «біографічного розриву» [10],

нарративні моделі хвороби [14], теорія когнітивної адаптації [27], концепція психологічного благополуччя [19; 24], салютогенез [7], а також феміністична феноменологія жіночої тілесності [15; 28; 30]. Емпіричний етап дослідження включає автоетнографічні практики (самоінтерв'ю, нарративні фрагменти, рефлексивні записи) та подальший їхній контент-аналіз.

Наукова *новизна* дослідження полягає у розкритті суб'єктивного жіночого досвіду життя з хронічною хворобою через автоетнографічний метод, що фактично відсутній у вітчизняній психологічній практиці. Робота заповнює прогалину у сучасній українській психології здоров'я, де недостатньо представлені дослідження, що описують феномен хронічної хвороби з позиції самої жінки – з урахуванням тілесності, емоційності, повсякденної організації життя, побудови ідентичності та методів самодопомоги. Результати дослідження *апробовано* на двох міжнародних наукових конференціях: “Культура та інформаційне суспільство XXI століття” (ХДАК, 17–18 квітня 2025 р.) та “Культурологія та соціальні комунікації: інноваційні стратегії розвитку”, присвяченій 95-річчю ХДАК (20–21 листопада 2025 р.), за матеріалами яких опубліковано тези.

Структурно кваліфікаційна робота складається зі вступу, двох розділів, висновків, списку використаних джерел та додатків. У першому розділі подано теоретичний аналіз ключових понять психологічної адаптації до хронічного невиліковного діагнозу, сучасних моделей благополуччя, підходів до дослідження жіночої суб'єктивності, а також методологічних засад автоетнографії та якісних методів у психології здоров'я. Другий розділ присвячено опису дизайну роботи, процедури збору даних, інтерв'ю та автоетнографічних матеріалів, а також результатам тематичного аналізу індивідуальних нарративів. Додатки містять інструменти дослідження та таблиці контент-аналізу.

РОЗДІЛ I. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ПСИХОЛОГІЧНОЇ АДАПТАЦІЇ ДО ХРОНІЧНОГО НЕВИЛІКОВНОГО ДІАГНОЗУ

1.1. Психологічна адаптація, психічне благополуччя та самопомога в умовах хронічної хвороби

Говорячи про психологічну адаптацію при хронічному невиліковному діагнозі, мають на увазі процес змін внутрішнього стану, який відновлює внутрішню рівновагу в умовах тривалого часу, невизначеності та порушення звичного життєвого ритму. У дослідженнях, присвячених хронічним хворобам, адаптація пов'язується із трансформацією ідентичності, перебудовою життєвої траєкторії та пошуком нових способів функціонування, що відповідають зміненим можливостям організму [10; 14]. Відповідно, адаптація не є одноразовою реакцією на діагноз, а розгортається як довготривалий процес, що супроводжує людину протягом усього періоду життя з хворобою. У класичній моделі біографічного розриву М. Бері (Bury) підкреслюється, що хронічна хвороба порушує безперервність життєвої історії, ставлячи під сумнів самооцінку, соціальні ролі та уявлення про майбутнє [10]. Цей підхід знаходить перетин з наративною концепцією А. Франка, який розглядає хворобу як досвід, що формує новий тип особистісного наративу, змінює внутрішню структуру переживань і вимагає переосмислення власної тілесності та вразливості [14]. З позиції жіночої природи світовідчуття, ця трансформація набуває додаткового виміру, оскільки тіло жінки часто є культурно та соціально навантаженим символом, як про це відзначають І. Янг [29] і Р. Гарленд-Томсон [15], наголошуючи на феноменологічному вимірі тілесності, соціальних очікувань і гендерних обмеженнях.

Психічне благополуччя по відношенню до хронічної хвороби передбачає не лише відсутність дистресу, але також здатність підтримувати відносну емоційну

рівновагу, продовжувати самореалізацію та зберігати відчуття сенсу попри тривалу невизначеність. Модель психологічного благополуччя К. Ріфф (Ryff) окреслює такі його ключові складові, як самоприйняття, автономія, компетентність у взаємодії з середовищем, наявність цілей, позитивні стосунки та особистісне зростання [24]. Означені компоненти є особливо вразливими у випадку з хронічними захворюваннями, коли порушуються тілесне сприйняття, соціальні ролі, професійні можливості та перспективи майбутнього існування. Водночас концепція К. Кейс (Keyes), згідно з якою психічне благополуччя і психічна хвороба мають наближене тлумачення, дозволяє розуміти життя з хронічним діагнозом як ресурсне та наповнене змістом, навіть попри наявність дистресу [19]. У сучасних українських дослідженнях важливим поняттям, що пояснює механізми збереження благополуччя за умов тривалого стресу, є почуття когерентності, яке детально аналізує І. Яворська-Ветрова [7]. Дослідниця наголошує, що в концепції салютогенезу почуття когерентності проявляється через такі компоненти як зрозумілість, керованість і значущість життєвої ситуації [7]. Таке тлумачення дозволяє описати чинники збереження /людиною з хронічним захворюванням внутрішньої цілісності й стійкості, через розуміння природи власного стану, пошук доступних ресурсів та збереження життєвих сенсів. Оскільки хронічна хвороба не має чітко визначеної часової межі, підтримання когерентності стає фундаментальною умовою збереження психічного благополуччя.

У свою чергу, процес самопомоги в умовах невиліковної або тривалої хвороби виступає основним способом психологічної адаптації, що охоплює когнітивні практики переосмислення, прийняття, планування, емоційні процеси саморегуляції та рефлексії, а також тілесні, творчі та соціальні стратегії взаємодії. Дослідники, які аналізують жіночу тілесність і досвід хвороби, окремо підкреслюють значну роль рефлексивних і творчих практик як способів

відновлення контролю над тілом і відчуття самоті [15; 28; 29]. Варто зазначити, що у ситуації хронічної хвороби самодопомога не є заміною професійної підтримки, а навпаки формує додатковий, постійно доступний ресурс, що допомагає стабілізувати стан і підтримувати автономію. У цьому контексті автоетнографічні дослідження стають особливо значущими, оскільки вони дозволяють фіксувати тонкі особистісні зміни, трансформації ідентичності та процеси внутрішньої адаптації, які важко охопити стандартними психодіагностичними методами. Як зазначають С. Холман Джонс, К. Елліс та А. Бочнер, автоетнографія відкриває можливість описувати переживання хвороби «зсередини», через глибоко суб'єктивні, але теоретично наповнені наративи [9; 13; 16]. В умовах тривалих хронічних захворювань, як наприклад розсіяний склероз, це дозволяє виявити не лише зовнішні прояви адаптації, а й внутрішню роботу особистості над прийняттям, переосмисленням і формуванням нових стратегій благополуччя.

Таким чином, поняття психологічної адаптації, психічного благополуччя та самодопомоги утворюють взаємопов'язаний набір процесів, що визначає якість життя людини з хронічним невиліковним захворюванням. Адаптація до такого життя забезпечує здатність пристосовуватися до тривалих змін, де благополуччя виступає індикатором психологічної рівноваги, а самодопомога слугує активним інструментом підтримання внутрішніх ресурсів. Усі ці процеси відображаються у наративних досвідах, де хвороба стає не лише медичним фактом, а й частиною особистісної історії пошуків нового сенсу та нових форм життя.

Прийняття хронічної хвороби та адаптація до невиліковного діагнозу є складним психологічним процесом, що охоплює емоційні, когнітивні та поведінкові зміни. На відміну від короткотривалих стресових подій, хронічний стан формує нову життєву реальність, яка має помітний вплив на особистісний наратив та побут. Тому сучасні моделі адаптації до хвороби розглядають цей

процес не як одноразову реакцію, а як тривале й циклічне пристосування, що включає переосмислення власного «Я», тілесності та соціальних ролей [10; 14; 30]. Модель емоційних стадій реагування на важкі життєві обставини, сформульована Е. Кюблер-Росс у роботі «On Death and Dying» [20], допомагає зрозуміти, як люди психологічно долають серйозні зміни, пов'язані з утратою звичного життя. Стадії заперечення, гніву, торгу, депресії та прийняття у сучасній психології трактуються не як послідовні етапи, а як можливі емоційні стани, що можуть повертатися, поєднуватися та змінювати одне одного. Хронічні хвороби, які не мають чіткої часової межі, часто призводять до циклічного переживання цих станів, що потребує стабільної психологічної підтримки та формування довготривалих стратегій самодопомоги. У межах медичної антропології та соціології хронічні захворювання описуються через концепцію біографічного розриву, запропоновану М. Бері [10]. Хвороба порушує відчуття безперервності життєвої історії, змінює уявлення про майбутнє, впливає на цілі й життєві пріоритети. Прийняття діагнозу в цій моделі передбачає не лише емоційну реакцію, а й «перебудову біографії», тобто створення нового способу розуміння себе, свого тіла та свого життя. Подібна перспектива тісно переплітається з наративною моделлю А. Франка, який виділяє кілька типів наративів хвороби, від «хаотичного» до «квест-наративу» [14]. Люди з хронічним діагнозом переживають зміну відчуття втрати самоконтролю на вибудовану історію хвороби як частини життєвого шляху, що дозволяє їм відновити психічну рівновагу.

В аналізі жіночого досвіду хвороби особливу увагу приділяють питанням тілесності та соціальних ролей. І. Янг у своїй феноменологічній концепції підкреслює, що жінки переживають тіло як культурно опосередкований простір, що значно впливає на спосіб переживання хвороби та адаптації до неї [29]. У роботах С. Венделл та Р. Гарленд-Томсон розглядається зв'язок між хворобою,

вразливістю та соціальними очікуваннями, що робить жіночий досвід адаптації особливо складним і водночас важливим для дослідження [15; 28]. Ці концепції наголошують, що прийняття хронічної хвороби є не лише внутрішнім, а й соціально зумовленим процесом, оскільки жінка часто змушена адаптуватися до ролей, які вимагають від неї стабільності, працездатності та емоційної доступності.

У дослідженнях психології здоров'я моделі когнітивної адаптації розглядають прийняття хвороби як результат інтерпретаційних процесів. Згідно з підходом, описаним Т. Мункі [22], внутрішнє пояснення того, що відбувається, є ключовим у формуванні стійкості, переоцінці ситуації, пошуках сенсу й відновленні почуття контролю та формуванні нової ідентичності. Подібні положення відзначають і дослідники автоетнографії, зокрема К. Елліс та А. Бочнер, які підкреслюють, що прийняття хвороби багато в чому залежить від того, як людина вибудовує власний наратив і як вона бачить себе по відношенню до свого стану [12; 13]. У сучасній українській психології модель салютогенезу Антоновського, розтлумачена у працях Яворської-Ветрової [7], виводить дослідницю до формулювання поняття почуття когерентності, тобто зрозумілості, керованості та значущості ситуації, що дозволяє пояснити, чому деякі люди з хронічними хворобами зберігають відносно високий рівень психічного благополуччя. Прийняття діагнозу в цій моделі розглядається як здобуття внутрішньої цілісності, що дає змогу «вбудувати» хворобу у власну життєву історію, не зводячи її до єдиного визначального фактора.

Суттєвим елементом адаптації є наявність соціальної, професійної, медичної підтримки, не випадково у дослідженнях хронічної хвороби наголошується, що прийняття діагнозу значно прискорюється та стабілізується за умови емоційної підтримки партнера, родини або спільноти, а також конструктивного контакту з лікарями й психологами [6; 8; 23]. Одночасно

присутність соціальних упереджень чи знецінення може суттєво уповільнювати або унеможливити перехід до прийняття, спричиняючи тривалий дистрес і відчуття втрати контролю. Поведінкові моделі адаптації зосереджуються на активних стратегіях пошуку інформації, зміни режиму, навчання технік самопомоги та підтримання соціальної активності. Дослідження жіночого досвіду творчої та тілесної саморегуляції демонструють, що такі стратегії допомагають інтегрувати хворобу у структуру повсякденності та зменшувати переживання непередбачуваності [15; 28; 29]. А відтак прийняття є не стільки завершенням, скільки результатом тривалого процесу внутрішньої та зовнішньої перебудови.

Таким чином, моделі прийняття та адаптації до хронічного стану підкреслюють багатовимірність цього процесу та його залежність від емоційних реакцій, когнітивних інтерпретацій, якості соціальної підтримки та особливостей тілесного й гендерного досвіду. Для жінок з невиліковними та тривалими діагнозами характерним є поєднання індивідуальних механізмів самозбереження з соціокультурними очікуваннями, що робить їхній досвід особливо важливим для дослідження з позиції автоетнографії.

Психологічна підтримка є одним із ключових чинників адаптації до хронічного невиліковного стану та значною мірою визначає психічне благополуччя, здатність до саморегуляції та формування ефективних стратегій самопомоги. У дослідженнях з психології здоров'я зазначається на якості соціального середовища, яке поруч з індивідуальними зусиллями на пряму впливає на прийняття діагнозу та подальше життя з хворобою [6; 8; 23]. Підтримка виконує функцію ресурсу, що пом'якшує переживання невизначеності, знижує інтенсивність емоційних реакцій та сприяє відновленню внутрішньої цілісності. Соціальна підтримка здійснюється в межах родини, друзів, колег, медичних фахівців та спільноти оточення людини. На сімейному

рівні важлива здатність близьких людей приймати переживання хворої, зберігати чутливість до її потреб, не знецінювати симптоми та не ігнорувати складність досвіду. Відчуття підтримки від сім'ї та партнера підсилює адаптацію, зменшує тривожність і сприяє формуванню позитивного життєвого прогнозу [6]. Натомість брак підтримки, недовіра, знецінення симптомів або тиск «поводитися нормально» можуть поглиблювати дистрес і заважати формуванню конструктивних стратегій.

Професійна психологічна та медична підтримка, а також якість взаємодії між лікарем та пацієнтом істотно впливає на процес прийняття діагнозу, рівень тривоги та ставлення до лікування [21]. Конструктивний стиль консультації з чіткими поясненнями, прозорою достатньою інформацією та емпатією зменшує відчуття неконтрольованості та сприяє підтримці когнітивної зрозумілості, яка є однією з основних складових когерентності [7]. Для пацієнтів з тривалими діагнозами важливо мати стабільний контакт з фахівцями, які не лише надають медичну допомогу, а й визнають складність хвороби та її вплив на психічний стан. У межах клінічної психології підкреслюється значення психотерапевтичної підтримки, спрямованої на переосмислення хвороби, роботу з емоційною травмою, зниження почуття провини, тривоги та перфекціонізму. Психологічна допомога також сприяє формуванню ефективних копінг-стратегій, які можуть зберігати стійкість у довгостроковій перспективі [4; 6; 11]. Досвід тривалих хронічних діагнозів, зокрема описаний в автоетнографічних дослідженнях, показує, що терапевтична робота дозволяє інтегрувати хворобу у структуру життя, зменшити її домінантність у самоідентичності та підтримати відчуття контролю [11; 13; 16].

Спільнотна підтримка передбачає участь у групах, онлайн-спільнотах, об'єднаннях людей із подібними діагнозами, що забезпечує емоційну валідизацію та надає змогу отримати інформацію й досвід, які не завжди

доступні в медичних установах [8; 18]. Такі спільноти стають простором, де люди можуть створювати й підтримувати власний наратив хвороби, порівнювати досвіди, отримувати підтримку та відновлювати почуття приналежності. У дослідженнях з культурно-критичної автоетнографії наголошується, що саме колективна можливість ділитися історіями, чути інші голоси й отримувати визнання є одним із найпотужніших факторів психологічної стійкості [8; 16; 18]. У жіночому досвіді хронічної хвороби, згідно феноменологічних досліджень, соціальна підтримка набуває додаткових вимірів, у зв'язку з посиленням стигматизації, приховуванням симптомів, знеціненням медичного персоналу, що у сукупності ускладнює процес адаптації [15; 29; 30]. Тому визнання тілесного досвіду жінки, її вразливості та соціального контексту, є критично важливим для формування реалістичного, але життєствердного ставлення до власного тіла та діагнозу.

Доступ до достовірної медичної інформації та можливість бути рівноправною учасницею власного лікування є своєрідною формою підтримки. Дослідження Монтгомері [21] показує, що пацієнти, які мають можливість ставити запитання, впливати на власний медичний маршрут і отримувати зрозумілі пояснення, демонструють вищий рівень адаптації, що у контексті хронічних станів та тривалого лікування набуває особливого значення.

Таким чином, соціальна, професійна, спільнотна підтримка визначає здатність особистості до прийняття хронічного невиліковного діагнозу, формування стійких копінг-стратегій, стабілізацію емоційного стану та збереження психічного благополуччя. Вона створює умови для того, щоб хвороба не руйнувала цілісність особистості, а її досвід був інтегрований у життєвий наратив конструктивно та підтримувально.

1.2. Автоетнографія та якісні методи у психології здоров'я

Серед якісних методів дослідження автоетнографія виділяється поєднанням особистого досвіду дослідника з аналітичним осмисленням соціальних, культурних і психологічних процесів. На відміну від традиційних методів психологічної науки, автоетнографія дозволяє досліджувати внутрішні переживання, тілесність, емоційну реактивність і процеси ідентифікації «зсередини», що робить її цінною у вивченні складних і тривалих життєвих станів, таких як хронічні невиліковні хвороби [9; 12; 13]. У класичній традиції автоетнографії, сформованій К. Елліс та А. Бочнером, основним завданням є опис суб'єктивного досвіду з позиції закономірностей соціального й психологічного життя [12; 13]. Автоетнографія сприймає особистий досвід не лише як приватний, а й такий, що відображає соціальні норми, структури влади, культурні уявлення про тіло й здоров'я, а також внутрішні конфлікти, які не можна побачити через статистичний аналіз. Цей підхід дозволяє працювати з хворобою як із феноменом, що формується на перетині індивідуальної та суспільної реальності.

Сучасна критична та феміністська автоетнографія підкреслює значення голосу жінок і маргіналізованих груп. Зокрема, дослідження С. Холман Джонс демонструють, що колективне й рефлексивне письмо дозволяє не тільки фіксувати особистісні переживання, а й робити їх інструментом зміни знань і практик у суспільстві [16; 18]. Феміністична автоетнографія, на думку С. Кровлі, підкреслює важливість самоінтерв'ювання як методу саморозкриття, й водночас самозахисту, можливості жінки пояснити власний досвід поза рамками патріархальних або медичних інтерпретацій [1]. Цей підхід особливо релевантний для дослідження хронічних станів, адже жіночий досвід хвороби часто залишається невидимим, знеціненим або неправильно інтерпретованим у медичних установах та суспільстві загалом. Праці Р. Гарленд-Томсон [15], І. Янг

[29] та С. Венделл [28] показують, що жінки з хронічними хворобами часто стикаються з подвійною вразливістю поєднання тілесної нестабільності та соціальних очікувань «бути сильною», «бути продуктивною» або «бути невидимою з власними проблемами». Автоетнографічний метод у цьому контексті стає інструментом повернення голосу та розширення уявлень про тілесність, здоров'я та жіночий досвід.

У сфері психологічних досліджень автоетнографія дозволяє фіксувати внутрішню динаміку процесу адаптації, який складається з прийняття, відмови, втрати контролю, відновлення сенсу, формування нових ресурсів. Дослідження К. Н. Кости, яка описує свій досвід життя з пухлиною мозку, показує, що автоетнографічні наративи здатні виявляти нюанси психологічної стійкості, переживання тілесної зміни та пошуку підтримки, які важко зафіксувати кількісними методами [11]. Перевагою автоетнографії є здатність поєднувати емоційний, тілесний та рефлексивний досвід у єдину структуру, що дозволяє дослідниці не лише описувати хворобу, а й осмислювати трансформації власного «Я». А. Франк підкреслює, що наративи хвороби стають способом відновлення контролю та структурування хаосу [14]. Тому автоетнографія дає змогу побачити моменти, коли хвороба стає частиною біографії, або коли вона опирається включенню в життєвий наратив.

Разом із тим автоетнографія має небезпеку надмірної суб'єктивності, труднощі відокремлення рефлексивних інтерпретацій від безпосередніх емоцій, а також питання етичного розкриття особистої інформації [9; 12]. Саме тому Б. Сміт [25] і Т. Мункі [22] наголошують на важливості аналітичної дисципліни у веденні записів, застосуванні тематичного кодування, порівнянні особистісного досвіду з наявними теоретичними моделями та літературою, завдяки чому автоетнографія виходить за межі «особистого щоденника» й наближається до статусу наукового методу. Колективна автоетнографія, за

спостереженнями Холман Джонс та її співавторів [8], дозволяє порівнювати різні досвіди, виявляти спільні теми, працювати з емоціями, соціальними структурами та тілесними відчуттями, що робить дослідження більш об'єктивним. У контексті хронічних хвороб поєднання індивідуального та групового нарративу дає змогу краще зрозуміти різноманітність стратегій адаптації та масштабування психологічної підтримки.

Таким чином, автоетнографія у психологічних дослідженнях є потужним інструментом аналізу, який дозволяє фіксувати унікальний суб'єктивний досвід, зіставляти його з соціальними та культурними вимірами й виявляти закономірності адаптації до хронічного стану. Її використання виводить дослідження за межі кількісних обмежень, відкриваючи можливість глибоко і комплексно описувати жіноче переживання хвороби, психологічну вразливість і ресурси стійкості.

Контент-аналіз як метод якісного дослідження дозволяє систематично вивчати інтерв'ю, щоденникові записи, автоетнографічні оповіді та інші форми нарративів. На відміну від кількісного контент-аналізу, який передбачає підрахунок одиниць змісту, якісний контент-аналіз спрямований на виявлення смислових структур, тематичних категорій і латентних значень, що проявляються у висловлюваннях учасників. У контексті дослідження хронічних невиліковних станів цей метод дозволяє реконструювати глибинні особистісні переживання та механізми адаптації, що не піддаються вимірюванню за допомогою стандартизованих тестів. Застосування контент-аналізу в автоетнографічних і нарративних дослідженнях відповідає логіці, окресленій К. Елліс, А. Бочнером і Т. Адамс, які наголошують на необхідності систематичної роботи з текстом для перетворення суб'єктивного досвіду на науково значущий матеріал [12; 13]. Для того, щоб особистий нарратив набув аналітичної ваги, дослідники використовують метод кодування, коли текст

поділяється на смислові одиниці та позначається відповідними кодами. Це дає змогу виявити повторювані теми, приховані емоційні реакції, механізми копінгу та форми тілесної рефлексії, характерні для людей, які живуть з хронічним захворюванням.

У дослідженні жіночого досвіду хвороби контент-аналіз дозволяє зафіксувати не тільки те, що говорить учасниця, а й те, яким чином вона структурує власні переживання. Праці Р. Гарленд-Томсон [15], С. Венделл [28] та І. Янг [29] висвітлюють особливі смислові маркери тілесної вразливості, соціальної невидимості симптомів, суперечності між очікуваннями суспільства й реальними ресурсами жінки, а також культурних уявлень про «сильну» чи «зручну» жіночність, які вчені виявляють у жіночих наративах хвороби. Контент-аналіз дає можливість побачити ці аспекти у структурі тексту й відтворити глибинні процеси адаптації. Принципи поетапного кодування, описаного Т. Мункі [22], від вільного виокремлення ключових тем, через визначення зв'язків між ними, до виділення ключових категорій, дозволяють структурувати наратив так, щоб він виражав як індивідуальну унікальність, так і ширші психологічні закономірності.

Використання контент-аналізу у колективній автоетнографії, яку описують Холман Джонс і співавтори у своїх роботах [8; 16; 18] пов'язано з кодуванням текстових фрагментів та «спільних резонансів», у яких історії різних учасниць перегукуються або співпадають. Завдяки цьому з'являється можливість виявити універсальні моделі адаптації через переживання втрати контролю, пошук підтримки, формування нових життєвих рамок та відновлення цілісності. У психотерапевтичних і клінічних дослідженнях контент-аналіз використовується для вивчення того, як люди осмислюють свою хворобу та яким чином вони намагаються відновити психічну рівновагу [4; 6; 11]. Поряд з відображенням змісту він допомагає описати функціональні особливості висловлювань, що

проявляється у вираженні емоцій, пошуку сенсу, описі тілесних змін, спробі відновлення суб'єктності чи виробленні нових копінг-стратегій. У хронічних станах цей метод є особливо цінним, оскільки психологічний досвід може бути складним, непослідовним, часом суперечливим, і саме робота з текстом дозволяє виявити його структуру. Метод контент-аналізу відповідає також принципам наративних підходів, представлених у роботах А. Франка [14] та Б. Сміта [25], оскільки він дає змогу зрозуміти, яку форму набуває історія хвороби, які метафори використовує людина, як вона описує зміни у власному житті та які смисли намагається інтегрувати. Через кодування цих наративних елементів можна простежити, як відбувається перехід від «хаосу» до «пошуку сенсу» під час адаптаційного процесу.

Таким чином, контент-аналіз дозволяє систематизувати суб'єктивні дані автоетнографічного й інтерв'ю-орієнтованого дослідження, виявити глибинні теми адаптації та структурувати унікальний жіночий досвід життя з хронічним невиліковним захворюванням. Цей метод забезпечує аналітичну точність і водночас зберігає чутливість до індивідуального наративу, що робить його релевантним для теми дипломної роботи.

1.3. Психосоціальні аспекти життя з хронічним діагнозом: дані сучасних досліджень.

Систематичні огляди та емпіричні дані, зведені у наукових публікаціях, свідчать, що поширеність тривожних і депресивних розладів серед людей із хронічними захворюваннями стабільно перевищує показники загальної популяції. Зокрема, дослідження вітчизняних авторів [4; 6] та міжнародні наукові розвідки [10; 11; 23] підкреслюють, що тривале життя з діагнозом підвищує ризик емоційного виснаження, соціальної ізоляції та порушення якості життя. У більшості досліджених груп фіксується тенденція до зростання рівня

дистресу після встановлення діагнозу, а також динамічні зміни цього показника залежно від якості підтримки та доступу до психологічних ресурсів. За узагальненими даними, жінки частіше повідомляють про виражені емоційні та психосоціальні труднощі, що відповідає описаним у літературі моделям вразливості та специфіці жіночої суб'єктивності під час хронічної хвороби [15; 28; 29].

Дослідження хронічних невиліковних хворіб у медичній, психологічній та соціальній науці демонструють стабільну тенденцію впливу тривалого діагнозу на якість життя, психічне благополуччя та процеси адаптації. За емпіричними даними, хронічне захворювання часто супроводжується підвищеним ризиком тривожних розладів, депресивних проявів, порушенням соціальної взаємодії та зміною ідентичності. Ці показники відзначаються в дослідженнях як в Україні, так і за кордоном, що дозволяє зробити висновок про універсальний характер впливу хвороби на психіку, незалежно від культурних чи соціальних факторів [6; 23]. У клінічній психології наголошується, що хронічні хвороби часто супроводжуються феноменом втрати контролю та відчуттям «розриву» між минулим і теперішнім життям. Згідно з роботами М. Бері [10] та А. Франка [14], такі стани призводять до глибокої трансформації самоідентичності. Емпіричні дослідження показують, що пацієнти з тривалими діагнозами змінюють свої уявлення про тіло, функціональність, майбутнє та соціальні ролі, що може стати як фактором вразливості, так і основою для формування нових ресурсів адаптації.

Жіноча суб'єктивність у досвіді хвороби є окремим напрямом досліджень, який продовжує розвиватися. У роботах Р. Гарленд-Томсон [15], С. Венделл [28] та І. Янг [29] зазначається, що жінки частіше стикаються з невидимістю симптомів, знеціненням медичної допомоги та стигматизацією. Емпіричні дані свідчать, що медична система часто інтерпретує жіночий біль або втому як

психосоматичні або емоційні прояви, а не як симптоми реального фізичного стану. Це призводить до відтермінованого лікування, підвищеної тривожності та формування недовіри до професійної підтримки. Така практика, описана в багатьох автоетнографічних роботах, значною мірою впливає на адаптацію жінки до діагнозу і потребує окремої уваги під час аналізу даних. Важливий масив емпіричних даних стосується психологічної підтримки. Дослідження показують, що її наявність суттєво знижує ризики емоційного виснаження, покращує здатність до прийняття діагнозу та сприяє розвитку стійких копінг-стратегій. Зокрема, у роботах Мухаровської [4] та Северина [6] відзначається, що психологічна допомога має бути довготривалою, адаптивною й орієнтованою на потреби пацієнта, адже етапність адаптації не завжди відповідає традиційним медичним моделям.

У межах автоетнографічної науки накопичено значний пласт досліджень, що демонструють індивідуальні траєкторії адаптації. Робота К. Н. Кости [11], яка описує власний досвід життя з пухлиною мозку, показує, як особистий наратив дозволяє фіксувати переживання невизначеності, втрати контролю та тілесної нестабільності. Подібні дослідження дають можливість виявити нетипові, але важливі для розуміння хронічних станів елементи, такі як вплив творчих практик, соціальних мереж, нових видів підтримки, самоідентифікації через хворобу або, навпаки, відмежування від неї. Емпіричні дані вказують також на значні відмінності у стратегіях адаптації. Деякі люди демонструють активне прийняття, шукаючи інформацію, підтримку, практикуючи самодопомогу, перебудовуючи соціальні ролі. Інші переживають тривале заперечення, емоційну ізоляцію або відмову від участі у лікуванні. У роботі К. Ріфф [24] підкреслюється, що ці відмінності пов'язані з індивідуальними особистісними характеристиками, автономією, рівнем самоприйняття, наявністю життєвих цілей та здатністю до особистісного зростання. Водночас

дослідники відзначають, що адаптація є гнучким процесом і може змінюватися під впливом нових умов, підтримки або змін у стані здоров'я.

У дослідженнях психології здоров'я емпіричні дані свідчать, що практики саморегуляції, творчі підходи, ведення щоденників, тілесні вправи чи участь у групах підтримки можуть істотно зменшувати інтенсивність дистресу та відновлювати відчуття контролю [11; 15; 28]. Особливо важливо це для жіночого досвіду хвороби, який часто поєднується з роллю піклування про інших, високими соціальними вимогами та обмеженим часом для власного відновлення.

Узагальнюючи попередні емпіричні дослідження, можна зробити висновок, що хронічні невиліковні хвороби суттєво впливають на психологічний стан особистості та структуру її життєвого досвіду. Ефективна адаптація залежить від поєднання особистісних ресурсів, соціальної підтримки, доступності інформації та практик самодопомоги. Жіноча суб'єктивність у переживанні хвороби має унікальні риси, які потребують спеціального аналізу та чутливості. І нарешті, автоетнографічні дослідження дозволяють розширити розуміння цих процесів, виявити ті аспекти досвіду, які не представлені у кількісних моделях.

ВИСНОВКИ ДО ПЕРШОГО РОЗДІЛУ

Розгляд теоретичних позицій дав змогу окреслити багатоаспектність адаптації, психічного благополуччя, самопомоги та ролі підтримки, а також обґрунтувати вибір автоетнографії як основного методу дослідження.

Психологічна адаптація розуміється як тривалий, динамічний і циклічний процес, у якому особистість поступово відновлює внутрішню рівновагу, переосмислює власні життєві ресурси, трансформує ідентичність і формує нову структуру повсякденності. Концепції М. Бері та А. Франка показують, що хронічна хвороба виступає біографічним розривом, що змінює життєвий наратив і потребує від людини складної внутрішньої перебудови. Водночас сучасні підходи до психічного благополуччя, зокрема модель К. Ріфф і концепція позитивного функціонування К. Кейс, демонструють, що збереження психологічної рівноваги можливе навіть у контексті тривалих фізичних обмежень, якщо особистість зберігає сенс, мету, соціальні зв'язки та автономію.

Роль самопомоги, що проявляється у формах когнітивної переоцінки, емоційної саморегуляції, тілесних практик, творчих підходів та соціальної активності, полягає у стабілізації внутрішнього стану й підтримання автономії, яка є важливим елементом психологічної стійкості. Якість взаємодії з сім'єю, близькими, медичними працівниками та психологами істотно впливає на здатність особистості прийняти діагноз і подолати емоційні наслідки хвороби. Підтримка є не лише зовнішнім ресурсом, але й компонентом внутрішнього відчуття керованості та значущості ситуації, що узгоджується з сучасними підходами до розуміння когерентності в умовах хронічних станів. Для дослідження жіночого досвіду важливо враховувати додаткові соціокультурні чинники, зокрема стигматизацію, культурні очікування та невидимість симптомів, які впливають на перебіг адаптації.

Автоетнографія була визначена як метод, що найбільш повно та чутливо дозволяє дослідити суб'єктивний досвід життя з хронічним діагнозом. Її поєднання з контент-аналізом дає змогу систематизувати нарративні дані, виявляти теми, структурувати смисли й поєднувати особистий досвід із теоретичними моделями та соціальними контекстами. Особлива цінність автоетнографії полягає у можливості аналізувати глибинні процеси переживання, тілесності та ідентичності, які залишаються прихованими у кількісних методах дослідження.

Аналіз попередніх емпіричних досліджень засвідчив, що хронічні невиліковні захворювання впливають на психічний стан через підвищену тривожність, зміни соціальної ролі, трансформацію тілесного досвіду та потребу у постійному пошуку ресурсів. Водночас різні емпіричні дані демонструють значні індивідуальні й гендерні відмінності в адаптаційних стратегіях, наголошуючи на необхідності чутливих якісних підходів до аналізу цього феномену. Статистичні дані, представлені у сучасних дослідженнях, свідчать про підвищену вразливість людей із хронічними діагнозами до тривожних і депресивних станів, особливо у період після встановлення діагнозу. При цьому рівень психологічного благополуччя значною мірою залежить від доступності підтримки, соціального включення та індивідуальних ресурсів подолання.

Таким чином, психологічна адаптація до хронічного невиліковного діагнозу залежить від взаємодії внутрішніх ресурсів, соціальної підтримки та зовнішніх умов. Теоретичний аналіз підтверджує доцільність застосування автоетнографії та контент-аналізу в емпіричній частині дослідження, а також дозволяє сформулювати концептуальні засади для подальшого вивчення індивідуальних стратегій адаптації та збереження психічного благополуччя.

РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНОЇ АДАПТАЦІЇ (АВТОЕТНОГРАФІЧНИЙ ПІДХІД)

На відміну від кількісних моделей, які передбачають велику вибірку та стандартизовані інструменти, дане дослідження спирається на якісну парадигму, що дозволяє глибоко дослідити суб'єктивні переживання, смисли, внутрішні трансформації та індивідуальні стратегії подолання. Екзистенційний, тілесний та соціокультурний характер теми зумовлює використання автоетнографічного підходу, у межах якого особистий досвід дослідниці слугує повноцінним джерелом емпіричних даних. Поєднання автоетнографії з напівструктурованими інтерв'ю дозволяє отримати матеріал, що охоплює різні виміри жіночого досвіду, від тілесних змін й емоційних реакцій до трансформації ідентичності та соціальних зв'язків. Застосування якісного контент-аналізу та тематичного кодування забезпечує системність і наукову точність інтерпретації.

2.1. Вибірка та організація дослідження

Вибір методологічної стратегії ґрунтується на специфіці дослідження психологічної адаптації жінок, які живуть із хронічним невиліковним діагнозом. Оскільки йдеться про тривалий, глибоко суб'єктивний та емоційно насичений досвід, його важко повноцінно описати за допомогою стандартизованих методик або кількісних психодіагностичних інструментів. Психологічні процеси, пов'язані з тілесною зміною, трансформацією ідентичності, втратою контролю, новими формами підтримки та переосмисленням життєвих цілей, проявляються передусім у наративних формах висловлювань, щоденникових записів, рефлексії. Саме тому якісний підхід є найбільш відповідним до цілей дослідження.

Автоетнографія обрана як основний метод, оскільки вона дозволяє поєднати особистий досвід дослідниці з аналізом ширших психологічних, соціальних і культурних чинників, що впливають на процес адаптації. У класичному розумінні автоетнографії, сформульованому К. Елліс та А. Бочнером, особистий досвід не відокремлюється від теоретичного осмислення, а стає його джерелом і водночас матеріалом [12; 13]. Такий підхід дозволяє аналізувати адаптацію у її реальному контексті, спираючись на автентичні переживання, тілесні зміни, взаємодію з медичною системою та соціальним оточенням. Автоетнографія є особливо релевантною для досліджень хронічної хвороби, оскільки цей метод дозволяє описувати довготривалі процеси, що не мають лінійної структури, а містять повернення, коливання, емоційні зрушення та моменти втрати або відновлення контролю. У роботах А. Франка [14] та Б. Сміта [25] наголошується, що хвороба формує «нарративні повороти», де особистість змінює спосіб опису себе, свого тіла та свого життя. Автоетнографія дозволяє простежити цей процес у динаміці. Жіноча суб'єктивність у контексті хронічної хвороби характеризується особливими смисловими пластами, пов'язаними з культурними очікуваннями, соціальними ролями та тілесністю. У роботах І. Янг [29], Р. Гарленд-Томсон [15] та С. Венделл [28] підкреслюється, що жіночий досвід хвороби часто є невидимим або знеціненим у медичній системі, а тому потребує методів, які дають можливість голосу жінки звучати повно, без медичного чи соціального фільтру. Автоетнографія в цьому сенсі є не лише методом, а й формою етичної репрезентації досвіду, яка поєднує індивідуальну перспективу з аналітичним баченням об'єктивних закономірностей. Колективні автоетнографічні практики, описані С. Холман Джонс і співавторами [8; 16; 18], підкреслюють значення зіставлення різних нарративів для виявлення спільних тем адаптації, переживання втрати, формування копінг-стратегій та пошуку підтримки.

Індивідуально-колективний підхід, який використовується у роботі, полягає в осмисленні особистого досвіду дослідниці та його доповненні інтерв'ю з двома іншими жінками, що дозволяє здійснити порівняльну рефлексію та виявити типові й унікальні особливості адаптації.

Автоетнографія є епістемологічно сумісною з феноменологічними й нарративними моделями хвороби. Як зазначають А. Франк і К. Елліс, хвороба стає частиною життєвої історії, яку людина конструює через мову, метафори, символи й тілесні описи [14; 12]. Саме тому дослідження хронічних станів потребує методу, що дозволяє аналізувати зміст нарративів та фіксувати їхню структуру, внутрішню динаміку, контекст. Автоетнографія дозволяє дослідити процес прийняття діагнозу в реальному часі, як послідовність переходів, змін у тілесних відчуттях, емоційних реакціях та соціальній взаємодії. Це відповідає науковим висновкам про нелінійність адаптації, які описують М. Бері [10], К. Коста [11] та інші дослідники.

Таким чином, обрана методологія дозволяє комплексно вивчити психологічну адаптацію жінок з хронічним невиліковним діагнозом, поєднавши глибинний особистий досвід із систематичним аналізом тематичного змісту. Використання автоетнографії забезпечує високу чутливість до унікальності жіночого переживання хвороби, а поєднання цього методу з контент-аналізом дозволяє досягти наукової строгості й операціоналізувати отримані дані. Такий дослідницький дизайн відповідає сучасним тенденціям психологічної науки та виявленню індивідуальних стратегій подолання, підтримки, збереження психічного благополуччя.

Вибір респонденток у роботі відповідає логіці якісного підходу та принципам автоетнографічної методології, яка передбачає глибинне вивчення досвіду небагатьох учасників, для яких досліджуваний феномен є особистісно значущим і безпосередньо пережитим. На відміну від кількісних методів, де

необхідною умовою є статистична репрезентативність та великі вибірки, якісна парадигма спирається на концепцію інформаційної насиченості і дозволяє отримувати цінні дані на підставі глибоких інтерв'ю нечисленної, але релевантної вибірки. Основою емпіричного матеріалу стала автоетнографічна оптика, де одна з учасниць є дослідницею, що має безпосередній досвід життя з хронічним невиліковним діагнозом. Така позиція відповідає класичним підходам К. Елліс, А. Бочнера та С. Холман Джонс, які розглядають автоетнографію як спосіб дослідження, де особистий досвід стає важливим і достовірним джерелом знань [12; 13; 17]. Дослідниця виступає не лише як аналітик, а й як носій внутрішньої інформації про хворобу, способи її переживання, взаємодію з медичною системою та соціальним середовищем.

Окрім автоетнографічного матеріалу, у дослідження включено двох інших жінок, що також мають досвід життя з хронічною прогресуючою хворобою. Їхній вибір здійснено за принципом цільової вибірки, що є типовою стратегією у якісних дослідженнях, коли учасники відбираються не випадково, а відповідно до критеріїв, значущих для дослідницьких питань. Основними критеріями були наявність хронічного невиліковного діагнозу, що потребує тривалої адаптації, жіноча стать, адже дослідження зосереджене на особливостях жіночої суб'єктивності й гендерних аспектах переживання хвороби, готовність до глибокої рефлексії власного досвіду та участі в напівструктурованому інтерв'ю, особисте усвідомлення емоційних, соціальних і психологічних наслідків хвороби. Включення трьох респонденток дозволяє поєднати індивідуальну глибину автоетнографії з можливістю помірною порівняльного аналізу. Такий формат відповідає сучасним підходам до колективної автоетнографії, що наголошує на важливості співзвучності, контрастів і взаємного резонансу досвідів різних жінок [18; 20]. Порівняння наративів трьох учасниць дозволяє виявити спільні теми, типові стратегії адаптації, відмінності

у способах переживання, а також виявити унікальні аспекти жіночої суб'єктивності у контексті хронічної хвороби. Вибір жінок обумовлений тим, що жіноче переживання хвороби в різних культурах ускладнюється соціальними ролями, очікуваннями щодо «повноцінності» тіла, стигматизацією невидимих симптомів, медичним скептицизмом щодо скарг жінок. У працях І. Янг [29], Р. Гарленд-Томсон [15], С. Венделл [28] підкреслюється, що жіночий тілесний і психологічний досвід хронічної хвороби суттєво відрізняється від чоловічого, тому потребує спеціальних аналітичних підходів.

Окремим методологічним аспектом є включення дослідниці як повноправної респондентки, що відповідає епістемології автоетнографії, яка визнає цінність «втіленого знання» і надає перевагу щирому, суб'єктивно забарвленому, але аналітично осмисленому досвіду. Присутність дослідниці у полі дослідження дозволяє отримати глибші, детальніші дані, зокрема про ранні етапи прийняття діагнозу, тілесні реакції, емоційні зміни та тривалу адаптацію, які є складними для реконструкції під час інтерв'ю з іншими учасницями.

Таким чином, вибір трьох респонденток, включаючи дослідницю, є методологічно виваженим і відповідає задачам дослідження, сфокусованого на глибині, суб'єктивності та багатошаровості жіночого досвіду хронічної хвороби. Обрана вибірка забезпечує можливість детального аналізу індивідуальних стратегій подолання та підтримки, а також створює підґрунтя для порівняльної інтерпретації отриманих даних у ширшому психологічному контексті.

В організації якісного психологічного дослідження, яке стосується вразливих груп та особистого досвіду, пов'язаного з хронічною хворобою, етичні аспекти є ключовим елементом. У межах даної роботи дотримано міжнародних етичних стандартів, що регламентують проведення якісних інтерв'ю, автоетнографічних практик та роботу з чутливими особистими даними. Передусім було забезпечено добровільну участь респонденток, що

передбачає їх усвідомлену згоду на участь у дослідженні. Кожна учасниця отримала формуляр інформованої згоди, де були викладені мета дослідження, формат участі, типи зібраних матеріалів (інтерв'ю, записи, нарративні фрагменти), можливі ризики, а також гарантії конфіденційності. Респондентки підтвердили згоду письмово, що відповідає етичним нормам, прийнятим у психологічних дослідженнях. Форма інформованої згоди представлена у Додатку А.

Для забезпечення конфіденційності та анонімності усі імена респонденток було змінено, а дані, що могли б дозволити ідентифікувати учасниць, видалені або замінені узагальненими формулюваннями. Інтерв'ю та описи досвіду подаються в узагальненій формі, що унеможливорює їхню приналежність до конкретних осіб або медичних установ та мінімізує ризики при роботі з вразливими групами. Оскільки однією з учасниць дослідження виступає авторка роботи, враховано також етичні принципи автоетнографії, відповідно до підходів К. Елліс, С. Холман Джонс та А. Бочнера. Автоетнографічний метод зобов'язує дослідника до подвійної рефлексивності, яка передбачає усвідомлення не лише власних переживань, але й відповідальності за їхнє оприлюднення [12; 13; 20]. У цьому контексті самостійно визначено межі особистих описів, чітко розмежовано матеріал, що підлягає науковій інтерпретації, та інформацію приватного характеру, яка залишена поза дослідженням.

Під час проведення інтерв'ю було дотримано принцип ненав'язливості та психологічної безпеки, коли респондентки мали право відмовитися від відповіді на будь-яке запитання, перервати розмову або завершити участь у дослідженні без пояснення причин. Гайд-інтерв'ю було розроблено таким чином, щоб не провокувати ретравматизацію та не викликати емоційного перенавантаження. Питання було спрямовано на досвід адаптації й підтримки, а не на медичні

деталі чи фокусування на травматичних аспектах хвороби. Усі зібрані матеріали (аудіозаписи, текстові транскрипти, дослідницькі нотатки) зберігаються у захищеному форматі, доступному лише дослідниці. Дані не передавалися третім особам і не використовуються поза межами дослідження. У роботі дотримано стандартів GDPR-сумісного зберігання персональних даних. У межах даного дослідження комунікація була побудована на принципах рівності, партнерства та взаємної підтримки, відповідно до феміністичних підходів та якісної методології, де важливою є позиція взаємної поваги та діалогу.

Таким чином, етична процедура цього дослідження спрямована на захист психологічної безпеки респонденток, забезпечення конфіденційності і коректності використання особистого досвіду, а також на дотримання високих стандартів відповідальної науки. Це створює методологічно та етично обґрунтовану основу для подальшого аналізу автоетнографічних та інтерв'ювальних даних.

Інструментарій відповідає логіці якісного дослідження та спрямований на отримання змістовних і контекстуалізованих даних про суб'єктивний досвід адаптації жінок, які живуть з хронічною невиліковною хворобою. У межах роботи застосовано напівструктуровані інтерв'ю, автоетнографічні дослідницькі нотатки та щоденникові записи. Така комбінація методів дозволяє отримати різні рівні усвідомленої, рефлексивної, емоційної та тілесно-чуттєвої наративної інформації. Основним інструментом збору даних для двох респонденток було напівструктуроване інтерв'ю, побудоване на основі заздалегідь розробленого гайду (Додаток Б). Такий формат дозволив поєднати гнучкість якісного інтерв'ювання з дотриманням стабільної тематичної логіки, що дозволило порівняти дані. Гайд-інтерв'ю охоплює ключові аспекти досвіду хронічної хвороби, як наприклад встановлення та прийняття діагнозу, емоційні реакції та психологічні зміни, тілесні відчуття та їхній вплив на повсякденність, соціальна

підтримка та бар'єри, власні стратегії самопомоги, адаптація та переосмислення здоров'я й себе. Формат напівструктурованого інтерв'ю відповідає рекомендаціям провідних дослідників автоетнографії та якісних методів (Ellis; Holman Jones; Adams; Smith), які відзначають, що саме відкриті питання дозволяють отримати «живий» досвід, а не раціоналізовані відповіді. Тривалість інтерв'ю становила 60–90 хвилин, кожне з них було аудіозаписано (за згодою учасниць) і повністю транскрибовано для подальшого контент-аналізу.

Оскільки дослідниця одночасно є учасницею дослідження, важливою частиною інструментарію стало ведення систематичних дослідницьких нотаток, що фіксували зміни у переживанні власного діагнозу, реакції на повсякденні події, пов'язані з хворобою, думки та емоційні переживання, викликані лікуванням, взаємодією з медичними фахівцями або соціальним оточенням, тілесні відчуття, які мають значення для адаптації, моменти прогресу, регресу або переосмислення. Ці записи були створені протягом тривалого періоду, що дозволило охопити як гострі епізоди, так і хронічну, більш стабільну фазу життя з хворобою. Автоетнографія передбачає використання саме таких «втілених» матеріалів, які дозволяють аналізувати досвід не тільки у ретроспективі, а й у його динамічному становленні.

Особисті щоденникові записи респонденток або короткі письмові роздуми, які було запропоновано записати спеціально для дослідження, містили передавання емоційного стану, страхів та очікувань, міркування щодо спроб знайти підтримку або ресурси, внутрішніх суперечностей, пов'язаних з новою тілесністю чи змінами повсякдення. Щоденникові матеріали дозволили отримати менш «суспільно відредаговані» тексти, у яких відображено автентичні реакції та внутрішній голос учасниць. Для автоетнографії це

особливо важливо, адже саме такі дані допомагають реконструювати «внутрішню історію» хвороби.

Сукупність інтерв'ю, нотаток та щоденників дозволила здійснити трикутну перевірку даних, підвисивши їхню достовірність і глибину інтерпретації. Кожне джерело охопило різні рівні досвіду, від усвідомленої нарративної рефлексії в інтерв'ю, через фіксацію емоційних переживань у щоденниках, до внутрішнього аналітичного погляду в процесі становлення досвіду в автоетнографічних записах. Це забезпечило збалансованість та достатню повноту матеріалу для тематичного контент-аналізу.

Дослідження включало підготовчий етап, збирання емпіричного матеріалу та первинну обробку даних. Перед початком збору матеріалу було визначено критерії включення респонденток, розроблено гайд-інтерв'ю та форму інформованої згоди. Респонденткам було надіслано інформаційний лист, у якому викладено мету дослідження, приблизну структуру інтерв'ю, умови участі та гарантії конфіденційності. Усі учасниці погодилися на участь добровільно. Паралельно дослідниця також розпочала систематичне ведення автоетнографічних записів, що охоплювали особистий досвід життя з хронічною хворобою. Ці записи включали рефлексії щодо фізичного стану, емоційних реакцій, соціальних ситуацій, стосунків із медичною системою та особистих копінг-стратегій.

Для двох респонденток основним методом збору даних було напівструктуроване інтерв'ю, яке проводилося в онлайн-форматі (через Zoom), що забезпечувало комфорт і психологічну безпеку учасниць, дозволило прибрати бар'єри, пов'язані з мобільністю, фізичним станом або втомою, які характерні для хронічних хвороб. Кожне інтерв'ю тривало від 60 до 90 хвилин і здійснювалося за гнучким гайдом, що включав питання про обставини та перші реакції на встановлення діагнозу, форми емоційного переживання, зміни в

повсякденному житті, тілесності та самовідчутті, досвід отримання або браку соціальної, родинної чи професійної підтримки, індивідуальні стратегії самодопомоги, особисті бачення процесу адаптації. Інтерв'ю проводилися у невимушеній атмосфері, з можливістю робити паузи, пропускати запитання або завершувати розмову у будь-який момент. За згодою учасниць інтерв'ю здійснювався аудіозапис для подальшої точності транскрипції. Після кожної зустрічі дослідниця робила короткі нотатки, фіксуючи емоційні реакції, інтонацію, паузи, які також стали частиною якісного матеріалу.

Дотримуючись автоетнографічного принципу, дослідниця вела поточні щоденникові нотатки опису повсякденних проявів хвороби, психологічних труднощів, підтримки, втоми, нових способів адаптації, ретроспективні відтворення ключових епізодів, пов'язаних з моментом отримання діагнозу, кризами, переломними точками, аналітичні записи з рефлексією щодо власної ролі у дослідженні, можливих упереджень, процесів інтерпретації. Перевагою автоетнографічного методологічного підходу стала можливість простежити досвід у різних часових вимірах сучасності та ретроспекції.

Двом учасницям було запропоновано підготувати короткі письмові мікронаративи або доповнити інтерв'ю власними щоденниковими записами, які допомогли підсилити глибину даних, збагатити емоційний контекст, відобразити те, що не завжди висловлюється в усній формі. Щоденникові записи стали важливою складовою трикутної перевірки, підвищили надійність інтерпретацій та дозволили краще розкрити внутрішню динаміку адаптації.

Усі аудіозаписи були транскрибовані дослідницею вручну, без автоматичних інструментів, що дозволило зберегти точність та уникнути технічних спотворень. Транскрипти редагувалися мінімально збережено паузи, повтори, емоційні вигуки. Після транскрипції усі матеріали були розміщені в єдиному робочому корпусі текстів і попередньо структуровані за тематичними блоками,

які стали основою для первинного кодування. Збір даних включав автоетнографічні записи протягом року, інтерв'ю респонденток упродовж одного календарного місяця, додаткові письмові матеріали за власним темпом учасниць. Таке комбінування часових відрізків дозволило охопити як гострі фази прийняття хвороби, так і більш стабільні періоди адаптації.

Аналіз емпіричного матеріалу здійснювався методом якісного контент-аналізу, який дозволив систематизувати великий масив текстових матеріалів і виокремити ключові теми, що характеризують процес психологічної адаптації жінок із хронічним невиліковним діагнозом. Методологічною основою аналізу стали підходи, описані у працях К. Елліс, А. Бочнера, С. Холман Джонс, Б. Сміта, а також рекомендації щодо тематичного аналізу, що застосовуються в гуманітарних і психологічних дослідженнях досвіду хвороби. У цих роботах наголошується, що нарративні дані мають багатовимірну структуру: через слова, метафори, тілесні описи та емоційні коди вони відображають як індивідуальний, так і соціально-культурний вимір переживання. Процес аналізу складався з підготовки корпусу текстів, куди було залучено транскрипти двох напівструктурованих інтерв'ю, автоетнографічні записи дослідниці, щоденникові фрагменти учасниць, нотатки та аналітичні рефлексії. Усі матеріали були приведені до єдиного текстового формату та анонімізовані. Під час первинного ознайомлення з даними було зафіксовано попередні спостереження, емоційні маркери, повторювані фрази, метафори та «сильні місця» нарративу, що відповідало концепції імерсії та глибокого занурення у матеріал.

Перший цикл кодування передбачав виокремлення ключових фраз, смислових одиниць та значущих епізодів. Коди виникали безпосередньо з тексту, що відповідало індуктивному підходу. Прикладом початкових кодів можуть бути вислови «шок і заперечення», «втома як обмеження», «тілесні

сигнали хвороби» (Додаток Г). Другий цикл кодування дозволив перейти від фрагментів тексту до концептуальних смислів. На основі порівняння трьох наративів було виокремлено теми прийняття діагнозу як тривалого процесу, емоційних реакцій хвороби (страх, провина, втрата стабільності), змін в ідентичності та тілесності та інші змістові мотиви, які повторюються у досвіді всіх респонденток. На етапі порівняльного аналізу було здійснено порівняння тематичних категорій між дослідницею та двома респондентками, відповідно до логіки колективної автоетнографії, де значущим є не лише індивідуальний досвід, але й точки його перетину з досвідом інших жінок. Порівняльна таблиця подана у Додатку Д. Останній етап аналізу передбачав співставлення виділених тем із теоретичними моделями адаптації, копінг-стратегій, соціальної підтримки та психічного благополуччя. Цей крок забезпечив аналітичну глибину та наукову обґрунтованість інтерпретації результатів.

З метою забезпечення довіри до даних якісного дослідження було здійснено триангуляцію джерел (інтерв'ю, щоденників, автоетнографії), зафіксовано дослідницькі рефлексії, порівняно три наративи на тлі збереження контексту цитат, проведено логічне звірення кодів та тем. Контент-аналіз та тематичне кодування дозволили виявити ключові процеси психологічної адаптації, описати унікальні й спільні аспекти жіночого досвіду хронічної хвороби, вивести структуровані тематичні категорії, що формують основу емпіричного досвіду, забезпечити наукову валідність інтерпретацій через зв'язок з теоретичними моделями.

Аналітичне зіставлення індивідуального досвіду з існуючими теоретичними моделями дозволило виявити відповідності та нові смисли, не згадувані у попередніх дослідженнях. Такий підхід відповідає логіці автоетнографії, де особистий наратив розглядається як частина ширшого психологічного, соціального та культурного контексту. Співставлення

емпіричних даних із наявною літературою дає змогу визначити, якою мірою виявлені теми резонують із науковими поглядами на адаптацію до хронічних хворіб. Отримані результати зіставлялися з теоретичними підходами, моделями прийняття хвороби, концепціями психологічної адаптації, теоріями копінг-стратегій, моделями психічного благополуччя та даними про роль соціальної підтримки. Особливу увагу було приділено концепціям А. Франка щодо наративів хвороби, підходам Б. Сміта до тілесності у дослідженні досвіду хвороби, сучасним роботам про жіночу суб'єктивність [29; 30; 15; 28], а також емпіричним дослідженням психічного стану людей із хронічними діагнозами. Це дозволило простежити відповідність тематичних категорій, виявлених у процесі контент-аналізу, з усталеними науковими уявленнями про перебіг адаптації та роль підтримки.

Порівняльний аналіз дозволив виявити, що респондентки проходять ті самі стадії прийняття хвороби, які описують сучасні психологічні моделі, від первинного шоку й заперечення до поступового переосмислення себе та формування нової ідентичності. Водночас жіночі наративи підтверджують важливість соціокультурних чинників, описаних у феміністській теорії хвороби, очікувань щодо «нормативного жіночого тіла», здатності виконувати соціальні ролі й необхідності «не показувати слабкості». Це співвідноситься з концепціями Garland-Thomson та Wendell, які підкреслюють, що культура часто формує додатковий рівень тиску на жінок у ситуації хронічної хвороби. Порівняння емпіричного досвіду з моделями психічного благополуччя (зокрема, концепцією К. Ріфф) показало, що респондентки активно переосмислюють власне життя через пошук нових цілей, взаємин та ресурсів. Це відповідає уявленням про благополуччя як активний процес, що залежить від автономії, компетентності, зв'язку з іншими та активації особистісного сенсу. Усі три

наративи демонструють, що хронічний діагноз суттєво змінює ці структури, але водночас стимулює особистість шукати нові способи підтримки себе.

Аналіз копінг-стратегій показав, що респондентки природно використовують механізми когнітивної переоцінки, емоційної регуляції, фокусування на можливостях, залучення соціальної підтримки, опори на тілесні та творчі практики. Це підтверджує ключову роль активної самопомоги у тривалому процесі адаптації. Важливим компонентом порівняльного аналізу стала характерна для автоетнографічних досліджень оцінка резонансу, коли індивідуальний досвід учасниць «відгукується» у більш широкій науковій картині та виявляє закономірності, характерні для інших людей із подібним діагнозом, навіть якщо у вибірці небагато учасників. У даному дослідженні резонанс проявився у повторюваності тем шокування від діагнозу, кризи тілесності, зміни соціальної ролі, напруги між потребою автономії та залежністю від лікування, амбівалентності щодо майбутнього. Наявність таких повторів свідчить про відображення автоетнографічними даними більш широких психологічних закономірностей.

Отже, порівняння з психологічною літературою дало змогу здійснити аналітичну генералізацію результатів. Це означає, що досвід трьох жінок не розглядається як універсальна модель, але служить підтвердженням і доповненням теоретичних уявлень про адаптацію до хронічної хвороби. Виявлені теми узгоджуються з концепціями адаптації, благополуччя та копіngu, а також вносять новий погляд, розкриваючи жіночу суб'єктивність у тривалому процесі прийняття хронічного діагнозу.

2.2. Результати емпіричного дослідження

У дослідженні взяли участь три жінки віком 31–32 роки, які мають досвід життя з хронічними невиліковними діагнозами. Вибірка є цільовою й

обґрунтованою специфікою дослідження, оскільки всі учасниці перебувають у процесі тривалої адаптації та мають сформовані стратегії подолання, які можуть бути порівняні між собою. Характеристики кожної з респонденток подаються узагальнено та без зазначення ідентифікаційних даних.

Респондентка 1 (дослідниця) є жінкою 31 року, має досвід життя з аутоімунним неврологічним захворюванням (розсіяний склероз), діагностованим півтора року тому. Переживає як фізичні, так і емоційні труднощі, пов'язані з нестабільністю стану, втомлюваністю, змінами темпу життя та тривожністю щодо майбутнього. Основними ресурсами підтримки є близька подруга, родина, захоплення, а також активні практики самодопомоги, які включають емоційну рефлексію, роботу з тілесністю та творчі способи зниження стресу.

Респондентка 2 є жінкою 31 року з досвідом життя з хронічним станом, пов'язаним із діагностованим два роки тому непліддям. Основні труднощі мають переважно емоційний характер і пов'язані з почуттям втрати, невизначеності, соціальним тиском щодо материнства та внутрішніми переживаннями власної тілесності. Ресурсами підтримки виступають дружні стосунки, підтримка сім'ї, а також опора на медичну інформацію, консультації фахівців і раціональне осмислення стану через професійну медичну літературу.

Респондентка 3 є жінкою 32 років, що живе протягом восьми років із хронічним аутоімунним захворюванням (вовчаковий синдром). Основними труднощами є тривалі емоційні переживання, пов'язані з невизначеністю стану та неможливістю реалізувати репродуктивні плани. Важливими ресурсами підтримки є стосунки з чоловіком та родиною, а також участь у жіночій спільноті, що об'єднує людей із подібними труднощами, створюючи простір взаємної підтримки, солідарності та безпечного обміну досвідом.

Усі респондентки мають різний досвід, але їх об'єднує тривала взаємодія з невиліковними станами, необхідність емоційної адаптації, пошук ефективних стратегій самопомоги та залежність від соціальної підтримки. Узагальнений опис вибірки дозволяє уникнути персоніфікації та забезпечує етичність представлення даних, водночас створюючи підґрунтя для порівняльного аналізу.

Процес адаптації до життя з невиліковним хронічним захворюванням, описаний в автоетнографічному написі дослідниці, репрезентує внутрішній та зовнішній погляд на власні переживання через призму психологічних концепцій, аналіз себе як учасниці та свідка власної трансформації. Такий підхід відповідає автоетнографічній традиції, де особистий досвід слугує інструментом пізнання ширших психологічних процесів.

Перший контакт дослідниці з хворобою набув форми раптового переживання тілесного шоку, коли звичне відчуття тіла як надійного інструмента припинило функціонувати. Процес розпочався з неочікуваної втрати чутливості стопи, яка швидко поширилася на всю ногу, а згодом охопила половину тіла. Різде «вимикання» сенсорної цілісності супроводжувалося відчуттям нереальності й розгубленості, оскільки тіло більше не підкорялося, а прості рухи перетворилися на виклик. Такий досвід описано дослідницею як повне «відчуження власного тіла», що зраджує у звичних діях і водночас стає джерелом страху. У моменті втрати контролю активуються суперечливі емоційні реакції, такі як раціоналізація та розгубленість. З одного боку з'являється спроба пояснити симптоми перевтомою, спазмом чи наслідками сидячої роботи. З іншого боку, наростає внутрішня паніка, прихована навіть від самої себе. Ця ситуація відповідає запереченню, яке дослідниця фіксує у власних реакціях, продовжуючи вести буденний ритм, намагаючись «не зважати» на зростання симптомів та поглиблення тривоги.

Кульмінаційною точкою стає момент повної втрати рівноваги, коли тіло перестає реагувати на сигнали мозку. Саме тут виникає гостре емоційне потрясіння, що супроводжується соромом перед власним безсиллям, жахом від неконтрольованості, неприйняттям факту, що межа фізичної норми порушена. Для дослідниці це стає досвідом радикального розриву з власним уявленням про себе, оскільки фізичний збій руйнує ідентичність «сильної, працездатної, активної» людини. Постановка діагнозу лише підсилює цей розрив й замість очікуваного пояснення вона стикається з жорсткою реальністю невиліковного хронічного стану. Реакція сміхом, описана дослідницею, є парадоксальною, але закономірною захисною відповіддю психіки на непосильний емоційний удар. Сміх у такому контексті виконує функцію бар'єра, що тимчасово стримує руйнівну силу новини. У цей момент формується відчуття «зі мною щось фундаментально не так», яке відображає руйнування тілесної та особистісної цілісності. Хвороба постає як загроза власному образу, майбутньому та звичному способу життя. Дослідниця усвідомлює, що її тіло перестає бути передбачуваним та надійним, що стає осердям шоку.

Таким чином, початок захворювання демонструє класичний для хронічних станів трикомпонентний кризовий комплекс, який єднає тілесне порушення й втрату контролю, психологічне заперечення та дезорієнтацію, руйнування попереднього образу себе та загострене переживання вразливості.

Перші місяці після встановлення діагнозу характеризуються різким посиленням емоційної напруги та внутрішнього хаосу. Для дослідниці цей період став не менш болісним, ніж сам момент зустрічі з хворобою. Відсутність стабільності, непередбачуваність симптомів і невизначеність прогнозів створили ситуацію тривалого стресу, який не відступав ані вдень, ані вночі. Зовнішньо життя продовжувалося, але внутрішній досвід був позначений відчуттям небезпеки, крихкості та виснаження. Однією з провідних емоцій цього етапу був

страх рецидиву, погіршення, залежності від інших, втрати себе. Дослідниця описує, як кожна зміна в тілі та його відчуттях сприймалася як потенційний початок нового нападу. Це породжувало постійну настороженість і гіперконтроль, які посилювали тривожність. До страху додалася глибока емоційна втома, що виникла як наслідок поєднання фізичних обмежень та психологічної боротьби з новою реальністю. Дослідниця усвідомлювала, що більше не може жити у попередньому темпі, що намагалася робити протягом перших місяців. Внутрішній діалог “треба триматися”, “не можна показувати слабкість”, “я повинна бути сильною” стає центральним елементом самоочікувань. Замість підтримки він створює додатковий тиск і почуття провини за будь-які прояви емоційності чи вразливості. Саме в цей період проявляється така риса адаптаційного процесу, як заборона на слабкість, що часто описується жінками з хронічними захворюваннями. Дослідниця пригнічує сльози, ховає від близьких свої переживання, намагається виглядати “нормальною” та “нескладною”. Така самозаборона не лише не допомагає, а й поглиблює внутрішній конфлікт, збільшуючи емоційний розрив між зовнішньою поведінкою й внутрішнім станом. Саме тому перші місяці позначені почуттям ізоляції, навіть у присутності тих, хто хоче підтримати. Помітне місце у цьому етапі займає тілесний досвід. Оскільки тіло дослідниці залишається нестабільним, її переслідують стани оніміння, запаморочення, тремору, проблеми з координацією, усе це знову і знову повертає її до переживання власної вразливості. Вона описує, як навіть повільна ходьба по кімнаті вимагала концентрації, а дрібні рухи перетворювалися на випробування. Тіло постійно нагадувало про хворобу, і водночас спонукало до боротьби за контроль.

Після перших емоційних потрясінь дослідниця намагалася знайти способи стабілізації, звертаючись до медикаментозної терапії, інформаційного пошуку, консультацій лікарів, прагнучи віднайти хоч якийсь орієнтир у невизначеності.

Проте навіть знання та лікування не усували відчуття тривоги, створюючи лише інтелектуальну рамку для того, що все одно лишалося непередбачуваним. Попри складність цього періоду з'являлися перші елементи самодопомоги. Дослідниця почала записувати свої стани, помічати повторювані реакції, надавати назву своїм переживанням. Саме на цьому етапі, хоча вона ще не усвідомлювала цього повністю, зародилася дослідницька позиція спостереження за собою, як за суб'єктом переживання хвороби, що стало способом повернути бодай частковий контроль. Емоційні коливання між страхом та запереченням, між гнівом та виснаженням, утворили ядро досвіду перших місяців адаптації. Це був період домінування кризи, нерівноваги й пошуку опори. Він став ключовим для подальшого розвитку стратегій самодопомоги й визначення ресурсів, які відіграватимуть роль у подальшому процесі адаптації.

Після гострого періоду тілесного шоку й емоційної дестабілізації дослідниця вступає в етап поступового відновлення, який складається з чергування покращень і регресів, появи нових ресурсів і боротьби зі страхами, усвідомлення власних обмежень та набуття нових способів взаємодії з тілом і світом. Саме в цей час починає проявлятися процес внутрішньої реконструкції, переоцінки цінностей, життєвих орієнтирів і моделей поведінки. Одним із ключових чинників, які сприяють стабілізації, стає соціальна підтримка. Дослідниця зазначає, що особливу роль відіграла подруга, яка не лише вислуховувала, а й допомагала нормалізувати емоції, реагувала без осуду та не вимагала «бути сильною». Підтримка сім'ї також слугувала ресурсом з більш складною динамікою, оскільки бажання рідних «вселяти оптимізм» не завжди відповідало реальним переживанням дослідниці. Це створювало відчуття одночасної близькості й дистанції, що є типовим для досвіду хронічної хвороби, коли близькі люди часто не знають, як саме підтримувати. Паралельно з'являлися прояви самодопомоги, які ставали способом повернути почуття

контролю над власним життям. Серед таких стратегій дослідниця описує творчі заняття як спосіб переключення й емоційної розрядки, читання психологічної та художньої літератури, що допомагало структурувати досвід та знаходити сенс у складних переживаннях, роботу на городі як форму повільної тілесної активності, що поєднується з відчуттям спокою та заземлення, спостереження за власними реакціями через записи й рефлексії, практики, спрямовані на зниження тривоги (дихальні вправи, усвідомлення тіла, перебування на свіжому повітрі).

Усі описані вище дії сформували перші елементи внутрішньої стабілізації. Тіло почало повертатися до певної рівноваги, достатньої, аби дослідниця перестала відчувати постійний страх загострення. Паралельно з'явився досвід прийняття, визнання того, що минуле здоров'я не повернеться, а попередній спосіб життя більше не є можливим. Одним із найважливіших моментів цього етапу стає зміна ставлення до власної вразливості, оскільки тепер дослідниця перестає сприймати емоційні реакції як слабкість. Вона дозволяє собі плакати, говорити про втому, визнавати страхи. Таким чином формується здорова емоційна регуляція, що замінює попереднє самопридушення. Це відповідає сучасним концепціям адаптації, згідно яких прийняття власної вразливості є необхідною умовою психологічного відновлення. Важливою частиною трансформації стає також переосмислення кордонів та відносин з іншими людьми. Дослідниця зазначає, що хвороба «очистила» її соціальне коло, деякі зв'язки зникли природним чином, тоді як інші стали глибшими й важливішими. Вона починає цінувати тих, хто здатен бути поруч у складні моменти, і вчиться дистанціюватися від тих, хто знецінює її переживання або створює додатковий емоційний тягар. Поступово формується нова система цінностей, у якій пріоритетами стають не досягнення, а добробут, стабільність, здатність турбуватися про себе. Замість ідеї «бути сильною завжди» з'являється право на

підтримку та відпочинок. Цей етап демонструє поступове відновлення внутрішньої рівноваги, але дослідниця все ще відчуває страх рецидивів, переживає періодичне виснаження та емоційні кризи. Втім, ці переживання вже не знищують її ідентичність, а стають частиною ширшого процесу перетворення.

Таким чином, етап зсуву цінностей і формування нових стратегій самопомоги характеризується поступовим прийняттям хронічного стану, пошуком і закріпленням внутрішніх і зовнішніх ресурсів, переоцінкою життєвих орієнтирів, усвідомленням власних меж і зміною стосунків із соціальним оточенням, появою нової, більш інтегрованої ідентичності, яка враховує досвід хвороби. Цей період стає фундаментом для подальшого узагальнення досвіду, формування тематичних категорій і порівняльного аналізу з іншими респондентками.

Етап відновлення та переоцінки життєвих орієнтирів поступово приводить дослідницю до глибших трансформацій, пов'язаних із розумінням себе як жінки, з новим баченням власних кордонів та здатністю приймати допомогу. Саме цей рівень змін формує те, що в сучасних якісних дослідженнях називають реконструкцією ідентичності, коли хвороба перестає бути лише зовнішнім фактором і стає частиною оновленого внутрішнього ландшафту. Одним із ключових вимірів трансформації стає нове переживання жіночності. Дослідниця усвідомлює, що її попередні уявлення про “правильну” жіночість були значною мірою побудовані на ідеях продуктивності, доглянутості, контролю та здатності відповідати соціальним очікуванням. Хронічна хвороба руйнує цей образ, оскільки стомлюваність, зміни у тілі, залежність від лікування та обмеження в енергії ставлять під сумнів колишню модель. Натомість з'являється нова, глибша форма жіночої ідентичності, пов'язана не із зовнішньою досконалістю, а з увагою до внутрішньої автентичності, прийняттям вразливості та турботою

про себе. Дослідниця описує, що хвороба стала точкою, у якій вона навчилася дивитися на жіночність як на здатність бути, відчувати й дозволяти собі потреби. Поступово формується розуміння, що жіночність може включати і силу, і крихкість; і активність, і відпочинок; і продуктивність, і паузу. Це відповідає сучасним феміністичним підходам, у яких хвороба як шанс на її переосмислення жіночності.

Наступним важливим аспектом стає побудова та відстоювання особистих кордонів. До хвороби дослідниця описує себе як людину, що брала на себе надмірну відповідальність, погоджувалася на додаткові навантаження й рідко говорила “ні”. Хронічний стан примусив її інакше розподіляти власні ресурси, уважніше стежити за фізичною й емоційною перевантаженістю та обмежувати контакти, які виснажують. З’являється нова здатність визнавати власні межі без почуття провини, що сформувало новий спосіб самозбереження. Кордонність також проявлялася у стосунках, в моменти коли дослідниця переставала толерувати знецінення, тиск або нав’язаний оптимізм. Вона почала обирати людей, поруч із якими відчувала безпеку, щирість і підтримку. Такий вибір відповідає концепції здорових соціальних ресурсів, які, згідно з сучасними моделями психологічної адаптації, є одним із найважливіших факторів довготривалого благополуччя при хронічних захворюваннях.

Здатність приймати допомогу, яка раніше сприймалася як прояв слабкості або некомпетентності, стала окремим трансформаційним виміром. Дослідниця зазначає, що довгий час вважала, що повинна бути сильною, самодостатньою та здатною впоратися з усім самостійно. Хвороба показала, що такий підхід не лише нереалістичний, а й руйнівний. Поступове відкриття до прийняття допомоги, від простих побутових речей до емоційної підтримки, стало актом довіри до інших і до життя. Ця здатність дозволила знизити внутрішню напругу, зменшити відчуття ізоляції та створити простір для процесів відновлення.

Прийняття допомоги стало частиною нової, зрілої ідентичності, у якій співіснують автономність і потреба в підтримці.

Таким чином, етап формування нових смислів демонструє, що хвороба не лише обмежує, а й відкриває можливість для глибокої внутрішньої переоцінки. Нові уявлення про жіночність, відновлення кордонів і навчання приймати допомогу формують основу інтегрованої ідентичності, яка стає ресурсом для подальшої адаптації та розвитку. Саме ці зміни створюють підґрунтя для аналізу тематичних категорій досвіду та порівняння з іншими респондентками.

Порівняльний аналіз автоетнографічного матеріалу та інтерв'ю з іншими респондентками дозволив виділити низку повторюваних тематичних категорій, що відображають ключові процеси психологічної адаптації до життя з хронічним невиліковним діагнозом. Незважаючи на відмінності у медичних ситуаціях, тривалості захворювання та життєвих обставинах, досвід усіх трьох жінок має спільні психологічні контури.

Процес прийняття хронічного невилікового діагнозу у всіх трьох респонденток виявився багатоступеневим і відбувався як тривала внутрішня трансформація, що охоплює тілесні, емоційні та когнітивні аспекти. Аналіз інтерв'ю та автоетнографічного наративу показує, що початковим етапом для всіх учасниць був шок, спричинений різкою зміною тілесної нормальності або життєвих очікувань. Для дослідниці момент діагнозу став досвідом втрати контролю над тілом і відчуттям «руйнування ідентичності», оскільки тіло, яке раніше забезпечувало функціональність, раптом почало «вмикатися і вимикатися» без попередження. Аналогічно й респондентка 2 переживає діагноз непліддя як «раптовий обвал» особистих і соціокультурних уявлень про майбутнє, а респондентка 3 згадує, що діагноз вовчакового синдрому «розколов життя навпіл», позбавивши відчуття безпеки та передбачуваності. У всіх трьох випадках перша реакція характеризується запереченням, що відповідає

загальноприйнятому психічному механізму захисту при травматичних подіях. Дослідниця спершу приписує симптоми перевтоми; респондентка 2 довгий час пов'язує труднощі із зачаттям зі стресом; респондентка 3 пояснює різкі зміни в тілі «тимчасовим гормональним збоєм». Заперечення у цьому контексті виконує функцію стабілізації та дозволяє зберегти уявлення про звичний світ. Після етапу заперечення у всіх трьох жінок проявляється період гострого емоційного переживання, у якому домінують тривога, страх і дезорієнтація. Усі респондентки зазначають, що найскладнішими виявилися наслідки діагнозу для майбутнього та для образу себе. Для дослідниці це відчуття «бракованості» та втрата довіри до власного тіла, для респондентки 2 це криза жіночої ідентичності, для респондентки 3 це страх втрати репродуктивної функції та хронічний сум через нереалізоване материнство. Саме в цій точці ідентичність найбільше вразлива, що підтверджує роль хронічної хвороби як екзистенційного виклику, а не лише фізичного стану.

Згідно спостережень, поступове прийняття настає не як «згода з хворобою», а як усвідомлена інтеграція нового досвіду. Респондентки переходять від спроб ігнорувати свою хворобу до її включення в повсякденність через рефлексію та спостереження за тілом, через вивчення медичної інформації та консультації фахівців, через спільнотну підтримку інших жінок. Усі вони формують нове когнітивне уявлення про своє життя. На цьому етапі відбувається й перегляд особистих цінностей, коли респондентки починають переосмислювати важливість темпу життя, ставлення до турботи про себе, пріоритети у щоденних діях. Прийняття хвороби в такому контексті стає початком нового способу існування, у якому жінки визнають власну вразливість і водночас віднаходять нові джерела внутрішньої сили.

Таким чином, категорія «прийняття і трансформації усвідомлення» показує, що хронічний невиліковний діагноз провокує екзистенційний перегляд

самоусвідомлення. Шок і заперечення поступово змінюються складним процесом реконструкції ідентичності, у якому хвороба стає не лише викликом, а й точкою переоцінки цінностей, смислів і уявлень про власне життя.

Емоційний вимір адаптації виявився однією з найнасиченіших і найскладніших сфер, що об'єднує досвід усіх трьох респонденток. Незалежно від типу хронічного стану чи тривалості хвороби, кожна з них проходить через глибокі емоційні кризи та переживає значні внутрішні втрати, що формують основу їхнього психологічного процесу адаптації. Першим домінантним емоційним станом для всіх трьох жінок є тривога як очікування невизначеного майбутнього, страх рецидивів або погіршення, страх втрати контролю над власним життям. Дослідниця описує тривогу як постійну напругу та відчуття простору, який став небезпечним, непередбачуваним і чужим. Респондентка 2 переживає її як глибоку невизначеність щодо реалізації материнства, а респондентка 3 уявляє собі багаторічний фон життя з хворобою, що змушує бути готовою до будь-яких змін у стані. До тривоги додається сум за втраченим, який у кожної має свій контекст. Для дослідниці це втрата попередньої тілесності, стабільності, впевненості у власній силі. Для респондентки 2 це нездійснений досвід вагітності, зруйновані очікування та розрив із соціокультурним образом “нормативної жіночості”. Респондентка 3 виокремлює втрату відчуття повноцінного життя без болю і безперервної боротьби за стабільність. Ці втрати не завжди є матеріальними та фізично відчутними, оскільки частіше вони стосуються внутрішніх смислів, мрій і уявлень про себе.

Усі три жінки також переживають самотність навіть тоді, коли перебувають поруч із близькими. Це відчуття того, що інші не можуть повністю зрозуміти їхнього досвіду, переживання специфічної ізоляції, характерної для хронічних станів, коли тілесні та емоційні відчуття стають “внутрішньою територією”, доступ до якої має лише сама жінка. Дослідниця описує це як “мовчазний

простір”, у якому доводиться жити тривалий час. Значну роль відіграє також гнів, хоч і проявляється він не завжди відкрито. Дослідниця вказує на епізоди прихованої злості на власне тіло, на обставини, на несправедливість хвороби. Респондентка 2 говорить про фрустрацію та гнів через відсутність відповіді на питання “чому саме я”. Респондентка 3 переживає гнів через необхідність постійного контролю і втому від медичних процедур. Гнів стає амбівалентним, він виснажує й водночас, допомагає зберігати внутрішній протест проти повної капітуляції перед хворобою.

Поступово в емоційному просторі з’являється ключовий, терапевтичний компонент катарсису. У дослідниці він проявляється в момент, коли вона дозволяє собі плакати після довгого періоду жорсткої самозаборони. Це стає поворотною точкою емоційного розрядження, після чого відкривається доступ до прийняття, знижується внутрішня напруга та створюються умови для внутрішнього зцілення. Подібні епізоди описують і інші респондентки. Респондентка 2 згадує момент, коли нарешті дозволила собі говорити про біль, а респондентка 3 розповідає про зустріч у спільноті жінок, де вона вперше відчула не сором, а солідарність, що стало важливим актом емоційного звільнення. Емоційні переживання також взаємодіють із тілесним досвідом. Психологічна напруга часто підсилює симптоми, що створює замкнене коло між тілом і емоціями. Усі респондентки зазначають, що тілесне погіршення нерозривно пов’язане з підвищенням тривоги, тоді як зменшення емоційної напруги призводить до часткової стабілізації стану.

Таким чином, тематична категорія “емоційні переживання, втрати та катарсис” демонструє, що емоції є центральним полем боротьби та відновлення. Втрати, тривога й самотність створюють важку, але необхідну основу для того, щоб згодом відбулася емоційна трансформація та внутрішнє звільнення. Саме катарсис стає точкою переходу до більш зрілого, усвідомленого прийняття

хвороби, дозволяючи респонденткам формувати новий спосіб існування і знаходити стійкість у межах невиліковного стану.

Порівняльний аналіз інтерв'ю показує, що зовнішні та внутрішні ресурси підтримки відіграють вирішальну роль у процесі адаптації до хронічного невиліковного діагнозу, незважаючи на різницю в характері та джерелах. Усі вони виступають ключовими факторами стабілізації психічного стану, зменшення тривоги та формування відчуття опори у невизначених життєвих обставинах. Важливість емоційної підтримки з боку близького соціального оточення підкреслюється усіма трьома респондентками. Для дослідниці центральною фігурою стає подруга, з якою вона може говорити відверто, без страху бути не так зрозумілою або оціненою. Саме ця взаємодія створює безпечне поле, де дослідниця отримує можливість проговорювати найглибші переживання, знаходити відлуння та нормалізацію власних почуттів. Респондентка 2 також отримує підтримку від сім'ї, але найважливішим для неї є відчуття, що родина не лише співчуває, а й прагне допомогти у пошуку шляхів вирішення проблеми. Вона звертається до медичної літератури та консультацій лікарів не лише як до джерела інформації, а і як до способу зменшити тривогу, підкріпити власну суб'єктивну компетентність та зберегти почуття контролю. Для респондентки 3 вирішальним ресурсом стає підтримка чоловіка та близьких. Особливо вагомим виявляється участь у спільноті жінок, які переживають аналогічні труднощі з репродуктивним здоров'ям. Ця спільнота виконує функцію «колективного розуміння» й дозволяє респондентці зменшити почуття сорому та ізоляції. Усі учасниці звертаються до медичного ресурсу, але спосіб його використання різний. Дослідниця сприймає медичну інформацію як інструмент раціоналізації, що допомагає структурувати невідоме. Респондентка 2 активно шукає інформацію у лікарів та фахових джерелах, що стає частиною її копінг-стратегії. Респондентка 3 довіряє лікарям, але водночас покладається на

досвід жінок зі своєї спільноти, які пройшли схожий шлях. Але медична підтримка в усіх випадках виконує стабілізаційну функцію, дозволяючи знизити невизначеність, отримати відповіді на частину запитань і відчутти, що існує професійний супровід.

Підтримка набуває значення не лише як практична допомога, а й як спосіб збереження ідентичності. Через взаємодію з подругою дослідниця відновлює уявлення про себе як людину, яка заслуговує на турботу та прийняття. Респондентка 2 отримує визнання свого досвіду з боку сім'ї, що допомагає їй приймати власну емоційність. Респондентка 3, завдяки участі у спільноті, позбавляється відчуття «виняткової провини» і поступово повертає позитивне ставлення до власної жіночності. Ці дані узгоджуються з теоріями соціальної підтримки, які стверджують, що відчуття приналежності до групи, де діляться спільним досвідом, значно знижує рівень психологічного дистресу. Цікаво, що усі респондентки відзначають амбівалентність підтримки, що проявляється у прагненні близькості, але одночасно боязні нав'язливого оптимізму чи знецінення. Саме тому важливим критерієм ефективної підтримки стає розуміння без тиску, співпереживання без інфантилізації, присутність без контролю.

У процесі адаптації до хронічного невиліковного стану всі три респондентки поступово виробили власні стратегії самодопомоги, що дозволили їм зменшувати рівень дистресу, регулювати емоційні стани й підтримувати відносну стабільність у повсякденному житті. Хоча ці стратегії істотно відрізняються формою та інтенсивністю, аналіз інтерв'ю показує, що вони належать до психологічних практик, тілесно-орієнтованих дій та творчо-експресивних способів саморегуляції. Усі респондентки використовують психологічні механізми самодопомоги, спрямовані на зниження тривоги та обробку складних емоцій. Дослідниця активно послуговується рефлексивними

практиками, ведучи записи, фіксуючи зміни в тілі, аналізуючи власні реакції. Це допомагає їй краще розуміти свій стан, структурувати хаотичні переживання й зменшувати інтенсивність тривоги. Респондентка 2 застосовує раціоналізацію через вивчення інформації. Вона читає медичну літературу, аналізує рекомендації лікарів, збирає дані, що допомагають їй відчувати більший контроль та компетентність у питаннях лікування. Такий підхід дозволяє їй знижувати невизначеність, яка є одним із ключових тригерів емоційного дистресу. Респондентка 3 робить акцент на вербалізації почуттів у спільноті жінок, які мають схожий досвід. Це створює простір безпеки, де вона може проговорювати власні страхи та сумніви, не стикаючись із знеціненням або порадами, що ігнорують контекст її реальності. Такий спосіб самопомоги визначається як соціально-психологічний механізм емоційної підтримки.

Тілесно-орієнтовані стратегії самопомоги доповнюють психологічні й виконують функцію стабілізації фізичного стану. Дослідниця поступово інтегрує у своє життя уважність до сигналів тіла та необхідність регулювати навантаження. Вона усвідомлено робить паузи, планує відпочинок, працює в повільнішому ритмі. Така тілесна турбота є вимушеною, але з часом вона набуває рис внутрішньої потреби й стає частиною нової життєвої структури. Респондентка 2 відзначає, що тілесні практики допомагають їй відчувати заземленість та знижувати тривогу, зокрема дихальні вправи, прогулянки, сон як пріоритет. Її тілесна самопомога спрямована на підтримання стабільності в умовах невизначеності. Респондентка 3, яка живе з вовчаковим синдромом, наголошує на важливості уникнення перевтоми, регуляції фізичної активності та дотримання рекомендацій лікарів щодо способу життя. Для неї тілесна самопомога є одночасно і способом збереження здоров'я, і психологічним ресурсом.

Творчі практики виявилися важливими для всіх респонденток. Для дослідниці творчість стала одним із ключових способів відновлення. Вона займається хобі, працює на городі, оточує себе речами, які створюють відчуття стабільності, краси й смислу. Ці заняття стають формою терапевтичної діяльності, яка дає змогу відчути радість, рух і життя поза межами хвороби. Респондентка 2 використовує творчість як спосіб переключення уваги та зниження емоційного напруження, вона декорує простір, виконує дрібну ручну працю, організовує побут. Це допомагає їй створювати гармонійне середовище, яке заспокоює. Респондентка 3 підкреслює значення творчого спілкування у своїй спільноті, де жінки разом обмінюються досвідом, рецептами, власними напрацюваннями, що стає формою колективної жіночої творчості та взаємної підтримки.

Усі респондентки використовують комбінацію психологічних, тілесних та творчих стратегій, що відповідає сучасним уявленням про адаптацію при хронічних захворюваннях як про багатовимірний процес, у якому людина спирається на кілька типів ресурсів одночасно. Психологічні практики дозволяють структурувати внутрішній досвід. Тілесні стратегії допомагають стабілізувати фізичний стан. Творчі дії створюють простір для сенсу, радості й відновлення. У сукупності ці стратегії формують унікальні моделі самопомоги, які дозволяють кожній з жінок зберігати відносну рівновагу в умовах хронічної невизначеності.

Збереження психічного благополуччя в умовах життя з невиліковним хронічним діагнозом постає як складний, динамічний і тривалий процес, що не зводиться до стабільного стану “нормальності”, а радше формується як здатність підтримувати внутрішню рівновагу в ситуації постійної невизначеності. Аналіз автоетнографічного нарративу та інтерв'ю з іншими респондентками засвідчує, що благополуччя для кожної з них набуває нового

змісту, значно відмінного від того, який існував до хвороби. Першим важливим аспектом є відмова від попереднього уявлення про “здорове життя”. Усі три респондентки зазначають, що раніше пов’язували благополуччя зі стабільною роботою тіла, високою продуктивністю, активним ритмом та відповідністю соціальним очікуванням. Після діагнозу ці уявлення виявилися не лише недосяжними, але й непродуктивними, оскільки створювали додатковий тиск і провокували почуття провини. Натомість починає формуватися нове бачення благополуччя як гнучкого, адаптивного та орієнтованого на внутрішні потреби. Другий компонент пов’язаний із навчанням жити в межах наявних ресурсів. Дослідниця підкреслює, що благополуччя стало для неї можливим лише після того, як вона перестала змушувати себе “жити як раніше” й почала враховувати сигнали втоми, перевантаження, емоційних коливань. Респондентка 2 наголошує, що психічне благополуччя вдалося частково відновити після відмови від постійних спроб контролювати усі аспекти медичних процедур і прийняття того, що не все підлягає раціональному впливу. Для респондентки 3 благополуччя пов’язане із сумірністю навантажень та усвідомленням, що цінність життя не зводиться до репродуктивної функції. Третім важливим фактором є опора на соціальні зв’язки, але вже не в пасивному, а в усвідомленому форматі. Усі респондентки підкреслюють, що благополуччя стало можливим тоді, коли вони змогли знайти людей, які справді здатні чути, бути поруч, розуміти без знецінення. Це “правильна”, зріла підтримка, яка не тисне, не інфантилізує, не пропонує швидких рішень. Для дослідниці такою опорою стала подруга, для респондентки 2 сім’я і лікарі, для респондентки 3 чоловік та спільнота жінок із подібним досвідом. Саме ці стосунки створили умови для відчуття безпеки, яке є базовим чинником благополуччя.

Четвертим аспектом є активна самодопомога, що стає способом зберігати внутрішній ресурс. Психічне благополуччя підтримується через творчість,

емоційну рефлексію, ведення щоденників, медитативні тілесні практики, повільну фізичну активність, організацію побуту, що знижує хаос. Респондентки демонструють різні моделі самопомоги, але в усіх вони поєднують емоційне та тілесне відновлення. П'ятий аспект пов'язаний із переосмисленням жіночності, ідентичності та цінностей. Більшість респонденток зазначають, що саме через хворобу вони навчилися по-іншому дивитися на своє життя, відходячи від вимог “бути ідеальною” або “робити більше, ніж можливо”. Жіночність перестає сприйматися як здатність відповідати нормам (материнство, зовнішність, поведінка) і набуває іншого змісту, що полягає у турботі про себе, прийнятті вразливості, дозволі на потреби й межі.

Таким чином, збереження або відновлення психічного благополуччя в усіх трьох випадках є довготривалим процесом, що включає відмову від старих уявлень, нове ціннісне структурування життя, опору на підтримку, усвідомлену самопомогу та реконструкцію ідентичності. Благополуччя стає способом буття, який формується у взаємодії з хворобою.

Порівняльний аналіз досвіду дослідниці (P1), респондентки з діагнозом непліддя (P2) та респондентки з вовчаковим синдромом (P3) дає змогу виокремити універсальні патерни психологічної адаптації, а також окреслити унікальні особливості кожного випадку. Попри різні медичні діагнози, різну тривалість хвороби та різні життєві контексти, їхні історії виявляють значний рівень резонансу, що дозволяє розглядати психологічний досвід хронічної хвороби не як ізольований, а як структурований загальними механізмами. Спільним для усіх трьох жінок є різкий момент втрати контролю над тілом і життєвими перспективами, який запускає кризові емоційні реакції. P1 переживає тілесний шок і раптове обмеження рухливості, P2 руйнування базової уяви про жіночість і материнство, P3 тривалий досвід фізичного болю та страх за репродуктивну функцію. Така втрата тілесної та екзистенційної визначеності

стає точкою відліку, після якої починається процес перегляду власної ідентичності. Емоційні наслідки шоку, заперечення, сорому, ізоляції, внутрішньої розгубленості повторюються у всіх трьох випадках, хоча інтенсивність і тривалість переживань різняться.

Ще одним спільним виміром є пошук нових опор. В усіх трьох історіях чітко проявляється потреба у якісній соціальній підтримці. P1 знаходить таку опору у близькій подрузі, P2 у медичній спільноті та сім'ї, P3 у чоловікові та групі жінок, які мають аналогічний досвід. Важливо, що ці зв'язки мають не просто компенсаторну, а нормативну функцію, оскільки повертають жінок до відчуття значущості та бачення свого життя не лише через призму діагнозу. При цьому всі респондентки зазначають, що формальна підтримка (з боку сторонніх людей, колег, знайомих) здебільшого неефективна і часто навіть травматична, що підкреслює роль вибіркових, "теплих" стосунків. Схожою є і логіка перебудови самодопомоги. Хоча практики різняться, усі вони спрямовані на відновлення відчуття автономії й внутрішньої сили. Самодопомога стає способом повернення контролю, хоча й у мінімізованих межах.

Разом із тим, порівняльний аналіз дозволяє побачити суттєві відмінності, пов'язані з природою діагнозу, тривалістю хвороби та особистісними характеристиками. P1 перебуває на початку адаптації, що зумовлює вираження гострих тілесних реакцій, різкі перепади емоцій і активний пошук нових стратегій. P2 переживає насамперед екзистенційну кризу, пов'язану з материнством і соціальними очікуваннями, що робить її досвід більш спрямованим на символічний рівень, ніж на фізичний. P3, маючи восьмирічний досвід життя з діагнозом, демонструє глибшу інтеграцію хвороби у власну ідентичність та більш усталені стратегії виживання. Важливою є також відмінність у формах підтримки: якщо для P2 та P3 родина є основною опорою, то для P1 першочерговою стає позасімейна підтримка подруги, як центральної

фігури стабілізації. Це вказує на те, що структура соціальних зв'язків визначає якість адаптації не менше, ніж сам діагноз.

Усіх трьох учасниць об'єднує прагнення зберегти цінність власного життя, незважаючи на хворобу. Вони не розглядають себе як “пацієнтку”, а радше як жінок, які переживають кризу та навчаються жити інакше. Це суттєво підсилює резонанс між їхніми історіями і водночас є основою для концептуальної узагальненості дослідження.

Автоетнографічний підхід передбачає критичне переосмислення власного досвіду через внутрішню трансформацію та новий погляд на хворобу, на себе й на стосунки з іншими. Початковий етап дослідження збігся з періодом гострої кризи, яка виражалася у тілесному шоці, раптових обмеженнях рухливості, тривалій невизначеності й діагнозі, який змінює життєві горизонти. Записані в щоденниках відчуття виявилися фрагментами глибокої внутрішньої роботи, яка дозволила усвідомити, що саме можливість систематично описувати свої переживання та повертатися до них під час аналізу допомогла розпізнати приховані механізми власної адаптації.

Зіставлення власного досвіду з досвідом інших респонденток стало точкою радикального розширення погляду. Якщо на початку дослідниця схильна була сприймати свій стан як унікальну особисту катастрофу, то порівняння з історіями інших жінок показало, що попри різні діагнози, траєкторії адаптації демонструють глибоку спільність. Страх втрати контролю, переживання тілесної ідентичності, зміна уявлень про жіночність, пошук підтримки та формування нових ресурсів простежуються у всіх трьох учасниць. Це не тільки нормалізувало особисті переживання, а й дозволило побачити в них соціальні та культурні закономірності.

Важливим результатом рефлексії стало переосмислення власної жіночої ролі. Відчуття сорому, що “не змогла бути сильною”, страху виглядати

вразливою, прагнення завжди залишатися продуктивною тепер постають як прояви внутрішніх соціальних настанов. У процесі роботи дослідниця виявила, що хвороба звільнила її від частини зовнішнього тиску, дозволила говорити правду про втому, ставити межі, приймати допомогу, відмовитися від надмірних очікувань. Це переосмислення стало ключовим кроком до відновлення психічного благополуччя. Рефлексія також висвітлила межі цього дослідження. Оскільки автоетнографія завжди містить елемент суб'єктивності, це ускладнює відсторонений аналіз. Водночас, вибірка з трьох респонденток не дозволяє робити широкі узагальнення, хоча якісна методологія й не ставить такого завдання. Крім того, діагнози, з якими живуть учасниці, суттєво різняться, що розширює спектр досвіду, але ускладнює порівняння. Нарешті, часові рамки адаптації від півтора року до восьми років впливають на глибину рефлексії та рівень інтеграції хвороби в ідентичність.

Попри ці обмеження, рефлексія підкреслює ефективність автоетнографічного методу в осмисленні досвіду, який зазвичай залишається приглушеним у медичній або статистичній перспективах. Для самої дослідниці цей підхід став способом вийти за межі ролі “пацієнтки” та повернутися до ролі діячки, здатної осмислювати свій стан, робити вибори й вибудовувати нову ідентичність у межах хвороби, а не всупереч їй.

2.3. Практичні рекомендації для психологів, які працюють із жінками, що мають хронічний невиліковний діагноз

На основі отриманих результатів автоетнографічного дослідження та аналізу сучасної психологічної літератури можна запропонувати низку практичних рекомендацій для психологів, фахівців медичної сфери та самих жінок із хронічними невиліковними діагнозами. Ці рекомендації базуються на

інтеграції емпіричних спостережень із теоретичними напрацюваннями дослідників тілесності, психологічної адаптації та самопомоги.

Для психологів можна порекомендувати працювати зі змінами тілесності як ключовим етапом адаптації. Дослідження С. Вендделл та І. Янг підкреслюють, що тілесна вразливість є центральним компонентом жіночого досвіду хвороби [28; 29]. Психологам варто включати тілесно-орієнтовані методики, практики усвідомленості та навички відновлення довіри до власного тіла. Підходи А. Франка та М. Бері свідчать, що хвороба порушує цілісність життєвого наративу, і терапевтична підтримка має сприяти створенню «нової життєвої історії» [10; 14]. Наративна терапія, щоденникові практики та робота зі смислами є ефективними у таких випадках. Моделі К. Ріфф і К. Кейеса підкреслюють, що благополуччя охоплює автономію, самоприйняття, життєву мету та якість стосунків [19; 24]. Психологам варто приділяти увагу розвитку цих компонентів. Для жінок тілесність та соціально очікувані ролі часто є джерелом додаткового тиску, що потребує делікатної, чутливої роботи [28; 29].

Для фахівців медичної сфери варто удосконалити комунікацію під час повідомлення діагнозу. Дослідження Мухаровської та Лапшової показують, що саме перший контакт із медичною інформацією визначає інтенсивність емоційної кризи [4; 2]. Лікарям рекомендується використовувати емпатичні, зрозумілі та підтримувальні підходи до комунікації. Хронічна тривога, дезорієнтація та страх є типовими реакціями та потребують уважного ставлення, мультидисциплінарної взаємодії та своєчасного направлення до психолога. Жінки часто беруть на себе пошук медичної та психологічної інформації, що може як допомагати, так і посилювати тривогу. Лікарям варто надавати структуровані рекомендації та ресурси. Праці Тейлор та Паркеса показують, що активна участь у регуляції власного стану сприяє підвищенню відчуття контролю та стабільності [27; 23]. Ефективними виявилися

щоденникові записи, ведення емоційних нотаток, творчі практики, тілесна усвідомленість, ритуали турботи про себе. Надмірна увага до симптомів може підсилювати тривогу, тому важливо чергувати періоди активного пошуку з відновлювальними практиками.

Результати дослідження дають підстави стверджувати, що ефективна психологічна адаптація до хронічної хвороби можлива лише за умови цілісної роботи з тілесністю, емоціями, смислами та соціальними зв'язками. Відповідно, міждисциплінарний підхід є оптимальним для підтримки жінок, які переживають хронічний невиліковний діагноз. Адаптація до діагнозу має тривалу та багаторівневу структуру, тому робота психолога має бути чутливою до індивідуальних потреб, тілесних відчуттів, соціального контексту та жіночої ідентичності.

1. Створення безпечного простору для вираження емоцій. Жінки з хронічним діагнозом часто переживають сором, провину, страх та ізоляцію. Психологу доцільно забезпечити умови, у яких клієнтка може відкрито говорити про «важкі» емоції без загрози оцінювання. Рекомендуються техніки вербалізації переживань, використання метафоричних карт, фокусування та нарративні практики.

2. Підтримка формування нової тілесної ідентичності. Хронічні стани змінюють спосіб життя і стосунок до тіла. Психологічна робота може включати тілесно-орієнтовані техніки, щоденні ритуали уважності до тіла, практики прийняття та переформатування негативних переконань щодо власної тілесності.

3. Розвиток стратегій самодопомоги. Корисними є вправи з емоційної саморегуляції, дихальні практики, методи когнітивної переоцінки, техніки майндфулнес та ведення щоденників стану. Важливо навчати клієнтку

розпізнавати ранні ознаки перенавантаження та розробляти особистий план підтримки.

4. Зміцнення соціальної підтримки. Ефективним є сприяння розвитку сімейного діалогу, навичок прохання про допомогу, залучення до спільнот жінок із подібним досвідом. Варто допомагати клієнткам відновлювати стосунки, обмежувати токсичні взаємодії та будувати коло опори.

5. Робота з руйнуванням ідентичності та життєвих планів. Психолог має підтримувати клієнтку у формуванні нових смислів, переосмисленні життєвого шляху, плануванні можливих майбутніх сценаріїв. Корисними є методи екзистенційної терапії, логотерапії, ціннісно орієнтованого консультування.

6. Профілактика емоційного виснаження. Доцільно навчати клієнток створювати баланс між активністю та відпочинком, встановлювати межі, відстежувати ресурси та вчасно знижувати навантаження.

7. Співпраця з медичними фахівцями. Психолог може сприяти комунікації між клієнткою й лікарями, допомагати розуміти медичну інформацію, формувати реалістичні очікування та підтримувати відповідальність за лікування.

8. Урахування гендерних і соціокультурних чинників. Рекомендовано працювати з соціальними очікуваннями щодо ролей жінки, материнства, продуктивності та зовнішнього вигляду. Важливо підсилювати відчуття автономії та внутрішньої цінності клієнтки, незалежно від діагнозу.

Практичні рекомендації, сформульовані на основі автоетнографічних та інтерв'юваних даних, можуть бути використані як у консультативній практиці, так і в розробці програм психологічної підтримки для жінок із хронічними невиліковними станами.

ВИСНОВКИ ДО ДРУГОГО РОЗДІЛУ

У другому розділі було представлено емпіричне дослідження психологічної адаптації жінок до життя з хронічним невиліковним діагнозом, виконане в межах якісного підходу з використанням автоетнографії та напівструктурованих інтерв'ю. Описано вибірку, критерії добору учасниць, етапи організації дослідження та особливості проведення збору даних, що забезпечило цілісність і системність отриманого матеріалу. Проведена робота дала змогу простежити особливості психологічної адаптації жінок до життя з хронічним невиліковним діагнозом та виявити спільні закономірності їхнього внутрішнього досвіду.

Обґрунтування використання автоетнографії показало, що цей метод забезпечує доступ до інтимних шарів досвіду, котрі недосяжні через стандартизовані психодіагностичні підходи. У межах дослідження автоетнографія дала змогу відтворити тілесний вимір хвороби та її вплив на ідентичність, щоденну поведінку та емоційний стан. Поєднання особистої рефлексії дослідниці з інтерв'ю двох респонденток надало можливість простежити як індивідуальні особливості адаптації, так і спільні психологічні механізми, що виникають у ситуаціях тривалих хронічних обмежень.

Опрацювання інтерв'ю та щоденникових записів сприяло виявленню характерних етапів переживання хвороби. Учасниці описували початкові реакції шоку та заперечення, що супроводжували постановку діагнозу, подальші хвили тривоги та невизначеності, а також поступову трансформацію ставлення до власного тіла й можливостей. Аналіз показав, що адаптація має циклічний характер, у якому періоди погіршень та психологічних криз чергуються з етапами внутрішньої стабілізації. Центральну роль у цьому процесі відіграють доступні ресурси підтримки, власні стратегії самопомоги та здатність переосмислювати життєві орієнтири. Значущим є також культурний і соціальний контекст, у якому жінки осмислюють свій досвід, зокрема питання

тілесності, материнства, професійної реалізації та сприйняття суспільством невидимих хворіб.

Результати тематичного аналізу дали змогу виявити ключові психічні та соціально-психологічні процеси, які визначають адаптацію жінок до хронічної хвороби. Відзначено вплив шоку від діагнозу, трансформацію ідентичності, переживання страху, втрати контролю та змін у життєвих ролях. Тематичний аналіз інтерв'ю дозволив визначити низку ключових тем, що відображають спільну структуру адаптації. Серед них виразно простежуються процеси перегляду життєвого сценарію, формування нових меж власної ідентичності, пошуку внутрішніх опор і встановлення нових відносин із власним тілом. У межах дослідження також виявлено, що індивідуальні стратегії самопомоги охоплюють широкий спектр практик, від когнітивної переоцінки до творчих і тілесно орієнтованих способів саморегуляції.

Порівняння результатів дослідження з даними сучасної психологічної літератури показало їх узгодженість із актуальними концепціями адаптації, копіngu та психічного благополуччя. Отримані матеріали підтверджують, що адаптація до хронічної хвороби є процесом, який поєднує інтраперсональні, інтерперсональні та соціокультурні рівні. Водночас дослідження виявило низку нюансів, типових саме для жіночої суб'єктивності. Це стосується переживання змін у тілесному образі, очікувань з боку суспільства, впливу репродуктивної тематики та особливої вразливості до стигматизації.

Дослідження виявило значні індивідуальні відмінності у переживанні хронічного діагнозу, що підкреслює важливість персоналізованого підходу в роботі психологів. Практичні рекомендації, сформульовані на основі отриманих даних, окреслюють напрями ефективної психологічної підтримки, зокрема роботу з емоційними станами, тілесністю, відновленням почуття контролю, формуванням нових життєвих смислів та зміцненням соціального оточення.

Таким чином, другий розділ продемонстрував емпіричну обґрунтованість висновків про специфіку психологічної адаптації жінок із хронічним невиліковним діагнозом. Він засвідчив, що якісний методологічний підхід забезпечує достатню глибину та наукову достовірність, необхідну для формування виважених висновків і рекомендацій. Використання якісних методів, зокрема автоетнографії, є доцільним і обґрунтованим для дослідження внутрішніх переживань жінок із хронічними невиліковними діагнозами. Представлені дані мають практичну значущість і можуть бути використані для підготовки психологів та розробки програм психосоціальної підтримки.

ВИСНОВКИ

Кваліфікаційна робота присвячена дослідженню психологічної адаптації жінок до життя з невиліковним хронічним діагнозом у контексті жіночої суб'єктивності, тілесного досвіду та стратегій самопомоги. Мета дослідження полягала у виявленні індивідуальних механізмів подолання, прийняття та збереження психічного благополуччя з урахуванням внутрішніх ресурсів і соціокультурних чинників. Для її реалізації застосовано якісну методологію автоетнографії, напівструктуровані інтерв'ю та контент-аналіз.

У першому розділі здійснено теоретичний аналіз ключових понять психологічної адаптації, психічного благополуччя, самопомоги, тілесної ідентичності та соціальної підтримки. Узагальнення сучасних наукових підходів засвідчило, що моделі адаптації до хронічних захворювань здебільшого зосереджені на медичних або поведінкових аспектах і лише частково охоплюють суб'єктивний досвід, тілесність, гендерні чинники та внутрішню динаміку переживання хвороби. Це визначило необхідність якісного підходу, здатного відтворити багатовимірну природу адаптаційних процесів.

У практичній частині було здійснено якісне емпіричне дослідження, що включало автоетнографічний матеріал та напівструктуровані інтерв'ю трьох жінок із різними хронічними діагнозами. Тематичний аналіз показав, що адаптація має хвилеподібний, нерівномірний характер і включає етапи шоку, втрати контролю, пошуку інформації, поступового прийняття, появи нової тілесності та відновлення психологічних ресурсів. Особливе значення мали такі чинники, як якість соціальних зв'язків, позиція сім'ї, доступність медичної інформації, можливість висловити та осмислити власні емоції, а також здатність інтегрувати хворобу в особистий наратив. Хронічна хвороба провокує переосмислення жіночності, продуктивності, соціальних ролей і життєвих

смислів, що підтверджує високий ступінь впливу гендерних і культурних чинників. Результати дослідження продемонстрували, що автоетнографічний підхід є ефективним інструментом вивчення переживань, які важко охопити кількісними методами. Він дозволяє виявити внутрішні конфлікти, глибокі емоційні стани та непомітні на перший погляд процеси трансформації. Це підтверджує актуальність застосування якісної методології у психології здоров'я, особливо при дослідженні суб'єктивного досвіду хронічної хвороби.

Практичні рекомендації, сформульовані на основі емпіричних даних, можуть бути використані психологами, медичними фахівцями та консультантами, що працюють із жінками, які стикаються з невиліковними діагнозами. Вони охоплюють підтримку у сфері емоційної стабілізації, роботу з почуттям провини й тривоги, відновлення почуття контролю, розвиток ресурсних стратегій та посилення соціальних зв'язків. Результати роботи мають значення для розвитку психології здоров'я, удосконалення психологічного супроводу пацієнток, розробки програм самопомоги й подальших міждисциплінарних досліджень, спрямованих на вивчення хронічних станів у жіночій перспективі.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Кровлі С. Автоетнографія як феміністичне самоінтерв'ювання / пер. О. Плахотнік, М. Маєрчик. *Feminist Critique: East European Journal of Feminist and Queer Studies*. 2018. № 1. С. 46–73. DOI: 10.52323/179801.
2. Лапшова Н. С. Особливості застосування психологічної реабілітації при онкології. *Вісник ДонНУ імені Василя Стуса. Серія: Психологічні науки*. 2025. С. 27–35.
3. Лук'янченко М. І. Здоров'я людини через призму моделі салютогенезу: теорія та практика. *Педагогіка, психологія та медико-біологічні проблеми фізичного виховання і спорту*. 2010. № 11. С. 58–60.
4. Мухаровська І. Р. Особливості надання медико-психологічної допомоги в загальносоматичній мережі на прикладі онкології. *Вісник наукових досліджень*. 2016. № 4. С. 83–86. DOI: 10.11603/2415-8798.2016.4.7154.
5. Підбуцька Н. В. Психологічні особливості людей з онкологічними захворюваннями шлунково-кишкового тракту. *Науковий вісник ХДУ. Серія Психологічні науки*. 2018. Вип. 2(2). С. 159–165.
6. Северин Т. Особливості психологічної допомоги онкопацієнтам та членам їх родин. *Матеріали конференцій МЦНД*. 2024. С. 516-521.
7. Яворська-Ветрова І. Почуття когерентності у концепції салютогенезу А. Антоновські. *Collection of Scientific Papers «ΛΟΓΟΣ»*. Oxford, UK, 7 березня 2025. С. 317–321. DOI: 10.36074/logos-07.03.2025.068.
8. Alexander B. K., Balla P., Doughty M., Shen Y., Minutolo S., Gibson C., Stewart L., Grigor M., Park M., Hope C., Wyatt A., Ughetti E., Taylor K., Kennedy I., Svoboda H., Holman Jones S. Four Movements from Melbourne: Building Communities through Collaborative Autoethnographies. *Cultural Studies ↔ Critical Methodologies*. 2024. Vol. 24, № 4. P. 292–306.

9. Bochner A., Ellis C. *Evocative Autoethnography: Writing Lives and Telling Stories*. New York : Routledge, 2016. 332 pp.
10. Bury M. Chronic Illness as Biographical Disruption. *Sociology of Health & Illness*. 1982. V. 4, № 2. P. 167–182.
11. Costa C. N. Neuro Narratives: An Autoethnographic Account of Experiencing Resilience with a Brain Tumor. *Departures in Critical Qualitative Research*. 2022. Vol. 11, № 1–2. P. 32–53. DOI: 10.1525/dcqr.2022.11.1-2.32.
12. Ellis C. *The Ethnographic I: A Methodological Novel about Autoethnography*. Walnut Creek : AltaMira Press, 2004. 448 pp.
13. Ellis C., Adams T. E., Bochner A. P. Autoethnography: An Overview. *Historical Social Research*. 2011. Vol. 36, № 4. P. 273–290. DOI: 10.12759/hsr . 36.2011.4.273-290.
14. Frank, Arthur W. *The Wounded Storyteller: Body, Illness and Ethics*. Chicago : University of Chicago Press, 1995. 212 pp.
15. Garland-Thomson R. *Extraordinary Bodies: Figuring Physical Disability in American Culture and Literature*. New-York : Columbia University Press, 1997. 200 pp.
16. Holman Jones S. Autoethnography and the Importance of Working Collectively. *International Review of Qualitative Research*. 2021. V. 14, № 2. P. 217–220. DOI: 10.1177/1940844720978765.
17. Holman Jones S., Adams T., Ellis C. (eds.). *Handbook of Autoethnography*. London : Routledge, 2016. 737 pp.
18. Holman Jones S., Harris A. Critical Autoethnography and Mental Health Research. V: Hackett P. M. W., Hayre C. M. (ред.). *Handbook of Ethnography in Healthcare Research*. London : Routledge, 2021. P. 197–209. DOI: 10.4324/9780429320927-22.

19. Keyes C. The Mental Health Continuum: From Languishing to Flourishing in Life. *Journal of Health and Social Behavior*. 2002. № 43(2). P. 207–222.
20. Kübler-Ross E. *On Death and Dying*. New-York : Macmillan, 1969. 260 pp.
21. Montgomery K. *How Doctors Think: Clinical Judgment and the Practice of Medicine*. Нью-Йорк : Oxford University Press, 2006. 266 pp.
22. Muncey T. *Creating Autoethnographies*. London : Sage, 2010. 144 pp.
23. Murray Parkes C. On Death and Dying (Review of the book by Elisabeth Kübler-Ross). *British Journal of Psychiatry*. 1972. V. 121, № 563. P. 576–578.
24. Ryff C. Happiness Is Everything, or Is It? *Journal of Personality and Social Psychology*. 1989. № 57(6). P. 1069–1081.
25. Smith B. Narrative Inquiry and Autoethnography. У: Silk M., Andrews D., Thorpe H. (ред.). *The Routledge Handbook of Physical Cultural Studies*. London : Routledge, 2017. P. 50–65.
26. Sontag S. *Illness as Metaphor*. Toronto : McGraw-Hill Ryerson Ltd., 1978. 87 pp.
27. Taylor S. Adjustment to Threatening Events. *American Psychologist*. 1983. № 38(11). P. 1161–1173.
28. Wendell S. *The Rejected Body: Feminist Philosophical Reflections on Disability*. London : Routledge, 1996. 180 pp.
29. Young I. M. Lived Body vs Gender: Reflections on Social Structure and Subjectivity. *Ratio*. 2002. № 15(4). P. 409–428.
30. Young I. M. *On Female Body Experience: “Throwing Like a Girl” and Other Essays*. Нью-Йорк : Oxford University Press, 2005. 192 pp.

ДОДАТОК А

ФОРМА ІНФОРМОВАНОЇ ЗГОДИ

(для участі в якісному психологічному дослідженні)

Назва дослідження:

«Психологічна адаптація до життя з невиліковним діагнозом: автоетнографічне дослідження досвіду самодопомоги та підтримки»

Дослідниця:

Коваленко Ксенія, магістрантка Харківської державної академії культури

Науковий керівник: Віденєєв Ігор Олександрович, кандидат психологічних наук, доцент

Шановна учасниця!

Вас запрошують взяти участь у науковому психологічному дослідженні, яке має на меті краще зрозуміти, як люди, що живуть з невиліковними хронічними захворюваннями, пристосовуються до свого стану, підтримують психічне благополуччя та застосовують стратегії самодопомоги.

Дослідження передбачає проведення глибокого інтерв'ю, яке триватиме близько 60 хвилин, або надання письмових розповідей (за вашим бажанням). Інформація буде проаналізована анонімно, із повним дотриманням конфіденційності.

Ви маєте право:

- Не відповідати на окремі запитання, якщо вони викликають дискомфорт
- Припинити участь у дослідженні у будь-який момент, без пояснення причин
- Очікувати дотримання конфіденційності: усі імена, дані, ситуації будуть змінені або зашифровані

- Отримати доступ до результатів дослідження за запитом

Я підтверджую, що:

- Мені зрозуміло, в чому полягає суть дослідження
- Я беру участь добровільно
- Я погоджуюся на аудіозапис або використання письмових матеріалів (за узгодженням)
- Я дозволяю використовувати анонімізовані фрагменти моїх висловлювань у науковій роботі

ПІБ учасника(ці): _____

Підпис: _____

Дата: _____

ПІБ дослідниці: _____

Підпис: _____

Дата: _____

ДОДАТОК Б

ГАЙД ІНТЕРВ'Ю / САМОІНТЕРВ'Ю

для автоетнографічного дослідження

Назва теми: Психологічна адаптація до життя з невиліковним діагнозом:
автоетнографічне дослідження досвіду самодопомоги та підтримки

1. Прийняття діагнозу

- Як ти дізналася про свій діагноз?
- Якими були твої перші емоції, думки, тілесні реакції?
- Чи був цей діагноз несподіваним чи передбачуваним?
- Як змінилося твоє сприйняття себе після цього?

2. Етапи адаптації

- Як змінювався твій стан протягом перших тижнів/місяців?
- Чи помітила ти, що проходиш певні етапи (заперечення, злість, смуток, прийняття)?
- Що стало переломним моментом у твоєму ставленні до хвороби?

3. Емоційний досвід

- Які емоції найбільше супроводжували тебе після діагнозу?
- Що допомагало тобі проживати ці емоції?
- Чи були моменти внутрішнього зламу чи емоційного оновлення?

4. Соціальна підтримка

- Хто тебе підтримував у найважчі моменти?
- Які слова, дії, присутність людей були особливо цінними?
- Чи бували ситуації, коли підтримка була недоречною або її не вистачало?

5. Самодопомога

- Що ти сама почала робити, щоб покращити свій стан?
- Чи використовуєш певні психологічні техніки, творчість, медитації, тілесні практики?
- Які способи самопомоги виявились ефективними, а які — ні?

6. Переосмислення, сенс, зростання

- Що змінилось у твоєму світогляді або цінностях з моменту постановки діагнозу?
- Чи вважаєш ти, що ця хвороба змінила тебе у чомусь на краще?
- Чи з'явилося нове бачення життя, цілей, меж, гідності?

7. Виклики сьогодення

- Що є найскладнішим для тебе зараз?
- Як ти підтримуєш себе у моменти загострення чи невизначеності?
- Які внутрішні ресурси допомагають тобі триматися?

8. Поради іншим

- Що б ти сказала людині, яка щойно дізналась про невиліковний хронічний діагноз?
- Які слова або дії дійсно підтримують?
- Чого ти навчилася за цей час?

ДОДАТОК В
ШАБЛОН ЗАПИСУ ІНТЕРВ'Ю

Назва роботи: Психологічна адаптація до життя з невиліковним діагнозом:
автоетнографічне дослідження досвіду самодопомоги та підтримки

Дослідниця: Коваленко Ксенія

Учасниця № ____ (псевдонім або код)

Дата проведення інтерв'ю: _____

Формат: очно / онлайн / письмово / аудіозапис

Тривалість: _____ хв

Форма згоди підписана: так / ні

Вступне звернення (для протоколу):

Дякую, що погодилися взяти участь у дослідженні. Наша розмова триватиме орієнтовно годину. Ви можете не відповідати на окремі запитання або зупинити інтерв'ю в будь-який момент. Усі дані будуть використані лише в наукових цілях з дотриманням конфіденційності. Якщо ви згодні, я пропоную почати.

1. Прийняття діагнозу

Питання:

- Як ви дізналися про свій діагноз?
- Що ви відчули в той момент?
- Що відбувалося у вас всередині в перші дні/тижні?

Цитати / відповідь (дослівно або змістовно):

→

→

Емоційний тон: _____

Попередній код: _____

2. Взаємодія з близькими

Питання:

- Як ваша сім'я/друзі відреагували?
- Що вас підтримало найбільше в спілкуванні з ними?

Відповідь:

→

Коментар дослідниці: _____

3. Емоційні реакції та внутрішній стан

Питання:

- Які емоції були найсильнішими?
- Чи були моменти відчаю, зростання, внутрішнього зламу?

Відповідь:

→

4. Підтримка

Питання:

- Що або хто допоміг вам відчувати себе менш самотньою?
- Які слова/вчинки запам'яталися найбільше?

5. Стратегії самопомоги

Питання:

- Чи використовуєте ви якісь способи самопомоги?
- Що допомагає вам справлятися емоційно/фізично?

6. Зміни у сприйнятті життя

Питання:

- Чи змінилося ваше уявлення про життя, себе, людей?
- Що тепер для вас стало важливішим?

7. Поради іншим

Питання:

- Що ви порадили б людині, яка щойно дізналася про діагноз?
- Які джерела сили ви відкрили в собі?

Післяінтерв'ю

Загальні враження дослідниці (не для тексту інтерв'ю):

- Атмосфера розмови: _____
 - Особливості респондента (неоцінні судження, лише контекст):
 -
-

ДОДАТОК Г

ТАБЛИЦЯ КОНТЕНТ-АНАЛІЗУ (ПЕРВИННЕ ТЕМАТИЧНЕ КОДУВАННЯ)

№	Цитата (узагальнені висловлюван ня респонденток)	Тематична категорія	Ключові коди	Емоційне забарвленн я	Коментар дослідниці
1	«Коли я почула діагноз, у голові ніби вимкнувся звук. Тіло стало важким, як камінь.» (P1, PC)	Початкова реакція на діагноз	шок, відсторонення, дисоціація	страх, розгубленість	Типова реакція раптового втручання хронічної хвороби в життєвий план
2	«Після слів лікаря про непліддя я довго не могла повірити, що це про мене.» (P2, непліддя)	Заперечення	неприйняття, конфлікт реальності, протест	розпач, гнів	Спроба зберегти звичну ідентичність і не допустити руйнівного змісту
3	«Коли мені сказали про вовчак, я відчула, що частина мене зникла – ніби я вже інша людина.» (P3, вовчак)	Руйнування ідентичності	втрата цілісності, зміна образу «Я»	сум, безсилля	Психологічна «точка обвалу», яка визначає подальшу адаптацію
4	«Я уникаю розмов з мамою кілька днів – не знаю,	Взаємодія з близькими	уникнення, емоційне відсторонення	вина, тривога	Вимушена емоційна ізоляція як спосіб

	як пояснити їй, що зі мною.» (P1)				захисту себе й близьких
5	«Ми з чоловіком довго мовчали – ніби обидва боялися вимовити слово “непліддя”.» (P2)	Порушення комунікації	страх діалогу, сором, напруга	невпевненість	Діагноз впливає на сімейну динаміку й стосункову безпеку
6	«Мені стало легше, коли я знайшла онлайн-спільноту жінок із подібним досвідом.» (P3)	Соціальна підтримка	група, нормалізація, емпатія	полегшення, надія	Підтримка «рівний рівному» значно ефективніша за формальну
7	«Я щодня веду щоденник: записую думки, страхи, що допомагає не провалюватися у темряву.» (P1)	Стратегії самопомоги	щоденник, рефлексія, структуризація досвіду	стабільність, контроль	Письмові практики виконують роль когнітивної регуляції
8	«Я почала більше слухати тіло: коли відпочити, що мені шкодить, що підтримує.» (P3)	Тілесні практики	тілесна усвідомленість, самоспостереження	внутрішній спокій	Розвиток тілесної інтуїції компенсує емоційні перевантаження
9	«Лікар пояснив усе дуже простою	Професійна підтримка	емпатичний контакт, пояснення,	заспокоєння	Якість медичної комунікації

	мовою, і я відчула, що не сама.» (P2)		безпека		суттєво впливає на адаптацію
10	«З часом я усвідомила: це не кінець, просто інший шлях, яким доведеться йти.» (P1)	Переосмислення	прийняття, формування нового сенсу	смирення, надія	Ключовий момент переходу від кризи до стабілізації
11	«Я навчилася казати собі “так, мені боляче, але я можу з цим бути”.» (P2)	Емоційна саморегуляція	прийняття емоцій, самопідтримка	м’якість, внутрішня сила	Початок інтеграції складних переживань
12	«Я бачу, що хвороба змінила мене – але в деяких моментах зробила сильнішою.» (P3)	Особистісне зростання	резиліентність, нова ідентичність	гордість, стійкість	Формування позитивної пост-кризової самоконцепції

ДОДАТОК Д
ТАБЛИЦЯ КОНТЕНТ-АНАЛІЗУ ІНТЕРВ'Ю
(ПОРІВНЯЛЬНА/УЗАГАЛЬНЕНА)

№	Тематична категорія	P1 (розсіяний склероз, 1,5 року після діагнозу)	P2 (непліддя, 2 роки після діагнозу)	P3 (вовчакови й синдром, 8 років після діагнозу)	Аналітичний узагальнений коментар
1	Початковий момент діагнозу	«Коли лікар сказав “розсіяний склероз”, у мене ніби ноги провалилися. Світ зупинився.»	«Слово “непліддя” прозвучало як вирок. Я довго не могла прийняти, що це тепер моя реальність.»	«“У вас вовчак” – і я відчула, що більше не знаю свого тіла. Наче життя поділилося на до і після.»	Усі респондентки описують момент діагнозу як кризу ідентичності та тілесності, що підтверджує поняття «біографічного розриву» (Bury).
2	Емоційні переживання, гострі реакції	«Від паніки до апатії – хвилями. Здавалося, що майбутнє відібрали.»	«Було відчуття неповноцінності, сором перед партнером і світом.»	«Страх стати тягарем для близьких. Сором за втрату контролю над тілом.»	Спільними є емоції страху, сорому, гніву та втрати, типовими для хронічних незворотних станів (підтверджено сучасними клінічними дослідженнями)

).
3	Вплив діагнозу на повсякденність та тіло	«Не можу планувати наперед. Тіло стало непередбачуваним.»	«Кожен новий цикл нагадує про обмеження тіла.»	«Вовчак навчив мене жити з постійними коливаннями самопочуття.»	У всіх трьох історіях – зміна відчуття тілесних меж, непередбачуванисть, необхідність адаптувати ритм життя під хворобу.
4	Взаємодія з медичною системою	«Деякі лікарі говорили сухо, без емпатії. Це погіршувало стан.»	«Професійні пояснення лікаря допомогли знизити тривогу.»	«Довелося змінити кількох фахівців, перш ніж знайшла того, хто пояснює доступно.»	Вплив медичної комунікації суттєвий: емпатичні пояснення полегшують адаптацію, а суха подача інформації викликає тривогу.
5	Соціальна підтримка	«Подруга була поруч у найважчі моменти. Це мене тримало.»	«Чоловік і сестра – мої головні опори.»	«Сильний ресурс – жіноча онлайн-спільнота, де мене розуміють.»	Форми підтримки різні, але механізм спільний: стабільна емоційна присутність іншого зменшує відчуття ізоляції та

					сорому.
6	Стратегії самопомоги	«Щоденник, мікроритуали, структуризація дня.»	«Психоосвіта : читання медичних джерел, фіксація тригерів.»	«Творчість, тілесні практики, обмеження навантаження.»	Самодопомога – різноманітна, але всі стратегії виконують функції регуляції, стабілізації та підвищення контролю.
7	Тілесність і нове ставлення до власного тіла	«Навчилася слухати сигнали тіла, не ігнорувати втому.»	«Поступово будує м'якше ставлення до свого тіла.»	«Тіло стало вразливим, але чесним – вчуся жити у його межах.»	Формується нова тілесна суб'єктність, у якій тіло – не ворог, а партнер у виживанні.
8	Розвиток нової ідентичності	«Я вже не та, якою була до діагнозу.»	«Своє “я” довелося збирати заново.»	«Діагноз змінив мене, але я стала стійкішою.»	Усі три історії демонструють елементи посттравматичного зростання та переосмислення себе.
9	Ресурси відновлення психічного благополуччя	«Підтримка близьких і стабільність у дрібницях.»	«Відчуття, що мене розуміють і приймають.»	«Спільнота та робота з тілесністю.»	Ресурси різні, але всі спрямовані на відновлення зв'язку з собою та іншими.
10	Загальна динаміка адаптації	«Адаптація – процес хвилеподібний.»	«Життя не закінчується – воно змінює форму.»	«Адаптація – це постійні коливання, але й прогрес.»	Спільний висновок: адаптація до хронічного стану нелінійна, циклічна, довготривала.