

УДК 616.831-005.1-036.82:615.8:27-725  
DOI <https://doi.org/10.32689/2663-0672-2025-2-3>

### Олександр ГАЛАЧЕНКО

кандидат медичних наук, доктор економічних наук, професор кафедри фізичної та реабілітаційної медицини, магістр богослов'я, Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова, [o.galachenko@gmail.com](mailto:o.galachenko@gmail.com)

ORCID: 0000-0003-2776-1777

## КЛІНІЧНЕ ДУШАПАСТІРСТВО ЯК ІНТЕГРАТИВНИЙ РЕСУРС МУЛЬТИДИСЦИПЛІНАРНОЇ ПОСТІНСУЛЬТНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ: МОДЕЛЬ КОМАНДНОЇ ВЗАЄМОДІЇ

Гострі цереброваскулярні розлади залишаються однією з головних медичних і соціально-економічних проблем у світі. Під час повномасштабної війни в Україні зростає захворюваність на інсульт, асоційована з хронічним стресом і обмеженим доступом до медичної допомоги. За таких умов комплексна постінсультна реабілітація, що інтегрує духовну складову, набуває особливого значення для покращення якості життя пацієнтів та їхніх родин. Міжнародний досвід передбачає залучення медичних капеланів до складу мультидисциплінарних команд, однак спеціалізованих досліджень щодо ефективності цього підходу в клінічній практиці досі бракує.

**Мета.** Проаналізувати внесок медичного капелана у постінсультну реабілітацію та визначити його ключові функції.

**Матеріали і методи.** Проведено оцінку публікацій з міжнародних та українських джерел (PubMed, Scopus, Web of Science, Google Scholar). Використано бібліосемантичний метод, контент-аналіз і структурно-логічний підхід.

**Результати і обговорення.** Інсульт супроводжується не лише неврологічними порушеннями, а й екзистенційною кризою та високим рівнем депресії у пацієнтів і доглядальників. Доведено, що задоволення духовних потреб сприяє кращій психологічній адаптації та мотивації до реабілітації. Клінічне душпастирство забезпечує цілеспрямовану підтримку: від роботи з духовними питаннями до посередництва у складних медичних рішеннях. Дані досліджень підтверджують, що присутність капелана у реабілітаційній команді гармонізує міжпрофесійну взаємодію фахівців, зміцнює довіру пацієнтів до лікування і знижує ризик професійного вигорання персоналу лікарні. Водночас рівень впровадження медичного капеланства залишається нерівномірним і потребує стандартизації.

**Висновки.** Клінічне душпастирство відіграє інтегративну роль у мультидисциплінарній постінсультній реабілітації, доповнюючи біопсихосоціальний підхід духовним виміром. Основні напрями діяльності медичного капелана – духовно-психологічна підтримка, етичне модераторство і медико-соціальна адвокація. Залучення душпасторів до реабілітаційних команд є перспективним кроком для посилення пацієнтоорієнтованості та комплексності відновлення після інсульту.

**Ключові слова:** постінсультна реабілітація, клінічне душпастирство, медичний капелан, духовна підтримка, мультидисциплінарна команда.

## Oleksandr Halachenko. CLINICAL CHAPLAINCY AS AN INTEGRATIVE RESOURCE IN MULTIDISCIPLINARY POST-STROKE REHABILITATION: A MODEL OF TEAM-BASED COLLABORATION

Acute cerebrovascular disorders remain one of the major medical and socio-economic problems in the world. In Ukraine, during a full-scale war, the incidence of stroke is increasing, associated with chronic stress and limited access to medical care. Under such conditions, comprehensive post-stroke rehabilitation that integrates a spiritual component becomes particularly important for improving the quality of life of patients and their families. International experience suggests involving medical chaplains in multidisciplinary teams, but there is still a lack of specialized research on the effectiveness of this approach in medical practice.

**Objective.** To analyze the contribution of medical chaplains to post-stroke rehabilitation and identify their key functions.

**Materials and Methods.** An assessment of publications from international and Ukrainian sources (PubMed, Scopus, Web of Science, Google Scholar) was conducted. Bibliosemantic analysis, content analysis and structural-logical synthesis based on systems thinking principles were applied.

**Results and Discussion.** Stroke is accompanied not only by neurological deficits but also by existential crises and a high prevalence of depression among patients and caregivers. Studies confirm that meeting spiritual needs contributes to better psychological adaptation and motivation for rehabilitation. Clinical chaplaincy provides targeted support, from addressing existential issues to mediating complex clinical decisions. Research data confirms that the presence of a chaplain in the rehabilitation team harmonizes the interprofessional interaction between specialists, strengthens patient trust, and reduces the risk of professional burnout among medical staff. However, the level of medical chaplaincy implementation remains inconsistent and requires further standardisation.

**Conclusions.** Clinical chaplaincy plays an integrative role in multidisciplinary post-stroke rehabilitation by enriching the traditional biopsychosocial approach with a spiritual dimension. The main areas of a healthcare chaplain's work include spiritual and psychological support, ethical moderation, and medico-social advocacy. Involving chaplaincy specialists in rehabilitation teams is a promising step towards strengthening patient-centred and comprehensive recovery after stroke.

**Key words:** post-stroke rehabilitation, healthcare chaplain, clinical chaplaincy, spiritual support, multidisciplinary team.

**Вступ.** Гострі порушення мозкового кровообігу (ГПМК) залишаються другою провідною причиною глобальної смертності та стійкої інвалідизації. У 2024 році в світі зафіксовано близько 12 млн первинних епізодів, 6,5 млн з яких завершилися летально [12; 20]. При цьому сукупні економічні витрати, асоційовані з інсультом, оцінюються у 890 млрд доларів США на рік (0,66% світового ВВП) [13], що підкреслює не лише медичний, а й значний соціально-економічний тягар цієї патології. Вагомим екзогенним фактором погіршення цереброваскулярної ситуації є збройні конфлікти. За даними Global Burden of Disease Study, смертність, спричинена бойовими діями та тероризмом, упродовж 2007–2017 рр. зросла на 118% [14].

В Україні, до повномасштабного вторгнення рф (2019–2021 рр.), реєстрували в середньому 125–130 тис. інсультів на рік. За підсумками 2023 р. кількість підтверджених ішемічних та геморагічних катастроф підвищилась порівняно з довоєнним рівнем на 16%, а показник госпіталізацій – на 21,1% [31]. Частка рецидивних випадків сягнула 75% [3]. Клініцисти водночас відзначають «омолодження» патології. Середній вік дебюту ГПМК знизився на 10–15 років і дедалі частіше «воєнні» інсульти діагностують у віковій групі пацієнтів 30–40 років, що пов'язують з хронічним стресом та обмеженим доступом до медичної допомоги [32]. Операційний огляд Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) в Україні (2024) також підтвердив погіршення менеджменту цереброваскулярних порушень і дефіцит реабілітаційних потужностей у прифронтових регіонах [31].

За цих обставин мультидисциплінарна постінсультна реабілітація, що інтегрує духовну підтримку, набуває стратегічного значення, оскільки вона є визначальним чинником якості життя та соціальної адаптації даної когорти пацієнтів [5; 6; 19].

Систематичний огляд 37 досліджень (n=8803) демонструє, що духовні інтервенції знижують рівні тривоги і депресії та підвищують якість життя не лише пацієнтів з ГПМК, а й їхніх доглядальників [6]. Клінічні протоколи США, Великої Британії, Нідерландів та Австралії офіційно включають клінічного душпастира (медичного капелана) до складу мультидисциплінарної моделі, підкреслюючи його місце у системі планування лікування, етичного консультування і профілактики емоційного виснаження медичного персоналу [9; 16; 19; 23; 30]. Втім, більшість публікацій зосереджені на онкологічних або паліативних підрозділах [8; 9; 24]. Спеціалізовані дослідження щодо постінсультної реабілітації, зокрема в українському контексті, залишаються обмеженими [31]. Нерозв'язаними є питання щодо формалізації ролі медичного капелана у складі постінсультної реабілітаційної команди, а також

оцінки впливу душпастирської підтримки на клініко-соціальні результати лікування.

**Мета дослідження.** Проаналізувати внесок медичного капелана у міждисциплінарну модель постінсультної реабілітації та здійснити концептуалізацію його ключових функціональних ролей.

**Матеріали і методи.** Проведено пошук і оцінку 35 релевантних наукових джерел, що висвітлюють сучасний стан, обсяг потреб та аспекти залучення медичного капелана у міждисциплінарну постінсультну реабілітацію. Вибірка сформована зі статей, доступних у наукометричних базах PubMed, Scopus, Web of Science, Google Scholar, а також фахових українських виданнях. У дослідженні застосовано бібліосемантичний метод, контент-аналіз та структурно-логічний аналіз з принципами системного підходу.

**Результати та обговорення.** Інсульт головного мозку часто асоціюється не лише зі значним неврологічним дефіцитом (геміпарез, афазія, порушення координації), але й з глибокими психоемоційними та духовними наслідками [19; 20; 32]. Пацієнти стикаються з різким погіршенням рівня самообслуговування, втратою соціальної ролі, низькою самооцінкою, зміною життєвих пріоритетів та цінностей [34]. Унаслідок цього постінсультна депресія діагностується майже у 30% респондентів, а тривожні розлади – приблизно у 20%. Обидва стани істотно погіршують якість життя, знижують мотивацію до реабілітації та корелюють з підвищеною смертністю [6]. Варто відзначити, що високий рівень психологічного навантаження характерний і для близьких хворого: депресію виявляють більш ніж у 40% доглядальників [21].

Наукові дослідження переконливо демонструють безпосередній взаємозв'язок між рівнем задоволення духовних потреб пацієнтів та їхньою здатністю до одужання [32]. Більше того, реалізація цих потреб є критично важливою для підтримки оптимального психологічного і фізичного функціонування, а також для розвитку адаптивних механізмів саморегуляції [11; 19]. Відтак, у межах холистичної біопсихосоціодуховної моделі реабілітації інтеграція спіритуального компоненту набуває принципового значення [8].

Як відзначають С. Puchalski та співавторів, духовні потреби важкохворих пацієнтів включають пошук сенсу, справедливості, страх смерті, сором і провини перед близькими, що цілком співзвучно з переживаннями після інсульту [29]. Усвідомлення й цілеспрямоване задоволення цих екзистенційних запитів тісно пов'язані з покращенням клінічних та психоемоційних показників.

Вищий рівень духовності у пацієнтів з ГПМК сприяє формуванню здорової поведінкової стратегії та зменшенню вираженості депресивної

симптоматики [19; 28]. Іранське інтервенційне дослідження програм духовної підтримки, проведене Х. Ошванді, виявило позитивну динаміку бальної оцінки надії у постінсультних хворих [26]. Аналогічні результати були отримані В. Юсофвандом, що зафіксував покращення духовного здоров'я серед даної когорти пацієнтів під впливом структурованих духовних втручань [35].

Н. С. Аазар виокремив дві основні категорії духовної турботи про себе у респондентів з інсультом: «благання» (поклоніння, молитва, довіра) та «релігійні переконання» (Божественне провидіння, Божественне благословення) [7]. Автор показує, що духовність підвищує мотивацію до самопомоги та адаптації, зменшує стрес і допомагає більш терпляче долати наслідки хвороби. У свою чергу, описове перехресне дослідження Т. Озкан (n=130) підтверджує достовірну кореляцію між духовним благополуччям і готовністю опікунів здійснювати повноцінний догляд за госпіталізованими пацієнтами з діагнозом ГПМК [27].

Концептуально важливо розмежовувати поняття власне духовності (внутрішній ресурс індивіда, що охоплює потреби у сенсі життя, надії та вірі) від духовної опіки (клінічного душпастирства), тобто організованої професійної діяльності, що забезпечує фаховий супровід, рефлексію та зміцнення духовного ресурсу особи у межах закладів системи охорони здоров'я [1; 2]. Якщо духовність виражається у системі поглядів та особистих переконаннях, то клінічне душпастирство, або медичне капеланство, є спеціалізованою формою пасторської опіки. Це служіння поєднує богословські, психологічні й соціальні елементи з метою забезпечення духовної підтримки пацієнтів, їхніх родин, а також медичного персоналу у кризовий період. Клінічне душпастирство базується на принципах міжконфесійного діалогу, поваги до світоглядного вибору людини та недискримінаційного ставлення незалежно від релігійної або нерелігійної ідентичності.

Духовні потреби пацієнтів часто ігноруються у традиційних моделях реабілітації, які фокусуються переважно на фізичному відновленні. Їх неврахування може стати серйозною перешкодою для ефективного відновлення, оскільки внутрішній стан безпосередньо впливає на мотивацію, прихильність до лікування та здатність адаптуватися до змінених життєвих обставин [22; 25].

Міжнародний досвід свідчить про зростаюче визнання клінічного душпастирства як складової медичної допомоги, особливо у випадках хронічних та невиліковних захворювань [9; 10].

Аналіз наукової літератури підтверджує, що залучення медичного капелана до мультидисциплінарного реабілітаційного модуля здатне суттєво

пом'якшити негативні наслідки цереброваскулярних порушень. Ефект духовної опіки поширюється також і на родичів, котрі переживають тривогу, депресію, виснаження, безнадію, втому, соціальну ізоляцію та економічні проблеми [21]. Зменшення депресивних проявів та зміцнення надії через клінічне душпастирство статистично пов'язані з вищими результатами за independence-шкалами, що є прямим доказом позитивного впливу духовних втручань на функціональне відновлення постінсультних хворих [6].

Доведено, що пацієнти частіше виявляють готовність обговорювати духовні питання саме з капеланом, а не з іншим медперсоналом, сприймаючи його як нейтрального радника. В результаті духовно-психологічна підтримка позитивно позначається не лише на емоційному стані, але й може опосередковано впливати на залученість хворого до реабілітаційного процесу і якість взаємодії з медиками [11; 26]. Наведені дані узгоджуються з концепцією духовного благополуччя ВООЗ, згідно з якою духовність формує зв'язок з життєвим сенсом, підтримує надію та довіру до власних сил й активізує конструктивні копінг-стратегії.

Керівні документи Національної служби здоров'я (NHS) Великої Британії визначають медичного капелана як фахівця, відповідального за душпастирську опіку пацієнтів, їхніх сімей і співробітників лікарні, з особливим акцентом на духовно-психологічних аспектах медичної допомоги [23]. Його діяльність виходить далеко за межі суто релігійних обрядів і охоплює багатоаспектну підтримку, структурно представлену в (табл. 1).

Інсульт нерідко ставить пацієнта та мультидисциплінарну команду перед складними етичними дилемами – від визначення обсягу інтенсивної терапії до узгодження цілей реабілітації та планування кінця життя. У таких ситуаціях лікарняний капелан відіграє посередницьку роль між пацієнтом, його родиною та клініцистами, сприяючи порозумінню й зменшуючи моральне напруження в усіх учасників процесу. Приміром, у разі важкого перебігу інсульту капелан може модерувати дискусію щодо припинення життєзабезпечувальної терапії, пояснюючи релігійні аспекти близьким та лікарям і шукаючи варіант, котрий збалансує медичні показання з духовними переконаннями хворого [17].

У багатьох лікарнях світу медичні капелани входять до складу комітетів з біоетики, що знайшло відображення в офіційних клінічних настановах. Зокрема, заява Американської асоціації серця щодо паліативної допомоги при інсульті рекомендує з'ясувати духовні переконання пацієнтів та родичів і, у разі необхідності, задіювати медичного капелана (рекомендація класу Іа) [16].

Таблиця 1

**Основні напрями діяльності та завдання медичного капелана (згідно настанов NHS, 2015)**

Напря́м діяльності	Завдання
Духовна підтримка пацієнтів	Активне слухання, «мовчазна» присутність. Емпатійне спілкування, пошук сенсу та надії. Адресна допомога у прийнятті хвороби та її наслідків. Мобілізація внутрішніх ресурсів, подолання відчаю.
Етичне модераторство	Участь у розв'язанні етичних проблем лікування або паліативної допомоги. Підтримка автономії пацієнта і родини. Посередництво між клініцистами й близькими в ухваленні складних рішень.
Духовно-психологічна допомога медичним працівникам	Профілактика професійного вигорання. Регуляція емоційного стресу (програми резилієнсу, майндфулнес, медитації).
Членство у мультидисциплінарних командах, етичних і управлінських комітетах	Надання духовно-етичної експертизи. Сприяння інклюзивності та формуванню ціннісно-орієнтованих стратегій.
Духовні/релігійні ритуали	Проведення та організація індивідуальних або групових обрядів (народження, шлюб, смерть) відповідно до переконань пацієнтів.
Комунікаційна підтримка	Фасилітація відкритого діалогу між пацієнтом, родиною та командою. Урегулювання конфліктів і зменшення морального навантаження.
Навчально-просвітницька діяльність	Підготовка персоналу й волонтерів за принципами цілісного (біопсихосоціодуховного) лікування.

Регулярна участь клінічного душпастира у мультидисциплінарних нарадах дає змогу команді враховувати ціннісні преференції хворого під час постановки реабілітаційних цілей. Водночас це підвищує довіру до медиків і рівень задоволеності допомогою [30].

Крім того, капелан дбає і про моральний стан медпрацівників. Через співпереживання та духовні розмови він підтримує колег у стресових ситуаціях, допомагаючи запобігати професійному вигоранню [18].

Відтак, медичний капелан виконує подвійну модераторську роль. З одного боку, він захищає духовні інтереси пацієнта в команді, а з іншого – самих медиків, сприяючи злагодженому та етично виваженому ухваленню рішень.

Однією з унікальних функцій клінічного душпастирства є зв'язок між лікарнею і соціумом, що розширює можливості реабілітації за межі суто медичних заходів. Лікарняний капелан, знаючи духовний та культурний бекграунд пацієнта, може налагодити співпрацю з релігійними громадами або соціальними службами для його подальшої підтримки після виписки, щоб організувати візити, духовне наставництво, матеріальну допомогу тощо. У зарубіжній практиці клінічні душпастири нерідко виступають своєрідними координаторами духовної опіки після стаціонару, передаючи інформацію про потреби пацієнта священнослужителям за місцем проживання [15].

В умовах війни та масового переміщення населення ця функція набуває особливого значення.

Капелани можуть допомагати ветеранам і переселенцям відновлювати соціальні зв'язки, полегшувати почуття втрати та ізоляції. Загалом присутність клінічного душпастира сприяє подоланню відстані між пацієнтом і медичною системою, виступаючи від імені хворого, коли потрібно донести його пріоритети чи побажання до інших фахівців.

Хоча роль медичного капелана офіційно визнається багатьма системами охорони здоров'я, на практиці нерідко душпастирська опіка впроваджується фрагментарно. Штатні капелани в реабілітаційних клініках можуть бути відсутні або перевантажені, тому духовні потреби пацієнтів закриваються запрошеними священниками або залишаються поза увагою. За даними ретроспективного дослідження, більшість капеланських візитів у неврологічних відділеннях відбувається лише в останню добу життя, через що духовні запити багатьох хворих у некритичному стані лишаються неадресованими [17]. Аналіз медичної документації свідчить про те, що звернення до душпастира зазвичай ініціюються родиною, а не мультидисциплінарною командою [10]. Це підкреслює необхідність запровадження стандартизованого скринінгу духовних запитів та відповідного протоколу консультацій медичного капелана, аби забезпечити рівний доступ до цієї послуги усіх пацієнтів.

**Висновки.** Клінічний душпастир, залучений до мультидисциплінарної реабілітаційної команди як експерт із духовної опіки, розширює спектр традиційних біопсихосоціальних втручань після інсульту. Діяльність медичного капелана зосереджена на

трьох взаємопов'язаних доменах: духовно-психологічна підтримка пацієнтів та їхніх родин (зниження тривожно-депресивної симптоматики, підвищення мотивації та якості життя); етична фасилітація клінічних рішень (врахування цінностей хворого, медіація у вирішенні моральних дилем, профілактика професійного вигорання персоналу); медико-соціальна адвокація (захист інтересів хворого, координація з місцевою громадою, продовження підтримки після виписки). Така інтегрована парадигма покликана забезпечити не лише виживання, а й повноцінне фізичне, психічне та духовне благополуччя людини після судинної катастрофи.

Для України, з огляду на демографічні та соціальні виклики (зростання частоти інсультів серед

молоді на тлі стресових чинників війни та обмежених можливостей охорони здоров'я), інституціалізація ролі медичного капелана у реабілітаційній системі є не лише доцільною, але й стратегічно необхідною. Такий підхід сприятиме формуванню більш пацієнтоорієнтованої та ефективної мультидисциплінарної моделі відновлення пацієнтів з ГПМК.

Подальші дослідження варто зосередити на розробці національних стандартів і протоколів взаємодії медичного капелана з мультидисциплінарною командою, оцінці клінічної та економічної ефективності духовної опіки, а також впровадженні освітніх програм з цілісної біопсихосоціодуховної допомоги постінсультним хворим.

### Література:

1. Коструба Н. С. Психічне здоров'я і релігія: роль душпастирської опіки у медичних закладах. *Теорія і практика сучасної психології*. 2020. Т. 1. №1. С. 112–117. <https://doi.org/10.32840/2663-6026.2020.1-1.21>.
2. Співак В. О. Окремі питання функціонування законодавства України про соціальне забезпечення медичних капеланів. *Вісник ХНУВС*. 2022. Т. 2(97). С. 118–131. <https://doi.org/10.32631/v.2022.2.10>.
3. Окунєва С.-М. С., Прокопів М. М. Вплив воєнних подій на фактори ризику розвитку мозкового інсульту серед жителів міста Київ. *Укр. мед. часопис*. 2025. Т. 1(167). С. 113–115. <https://doi.org/10.32471/umj.1680-3051.260598>.
4. Царенко А. В., Убогов С. Г., Дандре П. Професійна підготовка християнських медичних сестер і капеланів для надання паліативної та хоспісної допомоги: досягнення, проблеми і перспективи. *Здоров'я суспільства*. 2023. Т. 12(2). С. 31–39. <https://doi.org/10.22141/2306-2436.12.2.2023.306>.
5. Alquwez N., Alshahrani A. M. Influence of Spiritual Coping and Social Support on the Mental Health and Quality of Life of the Saudi Informal Caregivers of Patients with Stroke. *J. Relig. Health*. 2021. Vol. 60. P. 787–803. <https://doi.org/10.1007/s10943-020-01081-w>.
6. Ambrosca R., Bolgeo T., Zeffiro V. et al. The Role of Spirituality in Stroke Survivors and Their Caregivers: A Systematic Review. *J. Relig. Health*. 2024. Vol. 63. P. 3501–3531. <https://doi.org/10.1007/s10943-024-02029-0>.
7. Azar N. S., Radfar M., Baghaei R. Spiritual Self-care in Stroke Survivors: A Qualitative Study. *J. Relig. Health*. 2022. Vol. 61. P. 493–506. <https://doi.org/10.1007/s10943-020-01030-7>.
8. Bahrami M., Masoumy M., Sadeghi A., Mosavizadeh R. Development, implementation and evaluation a palliative care program for colorectal cancer patients: a mixed methods protocol study. *BMC Cancer*. 2022. Vol. 22 (1). P. 441. <https://doi.org/10.1186/s12885-022-09538-9>.
9. Balboni T. A., VanderWeele T. J., Doan-Soares S. D., Long K. N. G. et al. Spirituality in serious illness and health. *JAMA*. 2022. Vol. 328(2). P. 184–197. <https://doi.org/10.1001/jama.2022.11086>.
10. Balboni T. A., Vanderwerker L. C., Block S. D. et al. Religiousness and spiritual support among advanced cancer patients and associations with end-of-life treatment preferences and quality of life. *J. Clin. Oncol.* 2007. Vol. 25(5). P. 555–560. <https://doi.org/10.1200/JCO.2006.07.9046>.
11. Bulut T. Y., Çekiç Y., Altay B. The effects of spiritual care intervention on spiritual well-being, loneliness, hope and life satisfaction of intensive care unit patients. *Intens. Crit. Care Nurs*. 2023. Vol. 77. P. 103438. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2023.103438>.
12. Feigin V. L., Brainin M., Norrving B., Martins S. O. et al. World Stroke Organization: Global Stroke Fact Sheet 2025. *Int. J. Stroke*. 2025. Vol. 20(2). P. 132–144. <https://doi.org/10.1177/17474930241308142>.
13. Feigin V. L., Owolabi M. O. World Stroke Organization–Lancet Neurology Commission Stroke Collaboration Group. Pragmatic solutions to reduce the global burden of stroke: a World Stroke Organization–Lancet Neurology Commission. *Lancet Neurol*. 2023. Vol. 22. P. 1160–1206. [https://doi.org/10.1016/S1474-4422\(23\)00277-6](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(23)00277-6).
14. GBD 2017. Causes of Death Collaborators. Global, regional, and national age-sex-specific mortality for 282 causes of death in 195 countries and territories, 1980–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *Lancet*. Vol. 392(10159). P. 1736–1788. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)32203-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32203-7).
15. Goetz P. Stroke survivors and their church communities. *J. of Religion, Disability & Health*. 2011. Vol. 15(2). P. 103–114. <https://doi.org/10.1080/15228967.2011.566799>.
16. Holloway R. G., Arnold R. M., Creutzfeldt C. J., Lewis E. F. et al. American Heart Association Stroke Council. Palliative and end-of-life care in stroke: a statement for healthcare professionals from the American Heart Association. *Stroke*. 2014. Vol. 45(6). P. 887–916. <https://doi.org/10.1161/STR.0000000000000015>.
17. Howell M. L., Schwab K., Ayres A. M. et al. Chaplaincy Visitation and Spiritual Care after Intracerebral Hemorrhage. *J. Health Care Chaplain*. 2017. Vol. 23(4). P. 156–166. <https://doi.org/10.1080/08854726.2017.1304726>.
18. Knapp S., Schaefer B., Stratton R. G. et al. Chaplain care for health care colleagues: a scoping review. *J. Health Care Chaplain*. 2025. Vol. 1(1). P. 1–30. <https://doi.org/10.1080/08854726.2024.2386872>.

19. Laures-Gore J. S., Lambert P. L., Kruger A. C., Love J., Davis D. E. Spirituality and post-stroke aphasia recovery. *J. of Religion and Health*. 2018. Vol. 57(5). P. 1876–1888. <https://doi.org/10.1007/s10943-018-0592-4>.
20. Li Z. Y., Cao X., Li S. et al. Spiritual needs and influencing factors among people with stroke in China: a cross-sectional study. *BMC Nurs*. 2024. Vol. 23. P. 507–517. <https://doi.org/10.1186/s12912-024-02182-7>.
21. Loh A. Z., Tan J. S., Zhang M. W., Ho R. C. The global prevalence of anxiety and depressive symptoms among Caregivers of Stroke Survivors. *J. of the Am. Med.* 2017. Vol. 18(2). P. 111–116. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2016.08.014>
22. Moorley C., Cahill S., Corcoran N. Stroke among African-Caribbean women: Lay beliefs of risks and causes. *J. of Clinical Nursing*. 2016. Vol. 25(3–4). P. 403–411. <https://doi.org/10.1111/jocn.13061>.
23. NHS England. NHS Chaplaincy Guidelines 2015: Promoting Excellence in Pastoral, Spiritual & Religious Care in the NHS. London : NHS England, 2015. 29 p. URL: <https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2015/03/nhs-chaplaincy-guidelines-2015.pdf> (дата звернення 01.07.25).
24. Nolan S., Saltmarsh P., Leget C: Spiritual care in palliative care: Working towards an EAPC Task Force. *Eur. J. Palliat. Care*. 2011. Vol. 18. P. 86–89.
25. O'Connell K. A., Skevington S. M. Spiritual, religious, and personal beliefs are important and distinctive to assessing quality of life in health: A comparison of theoretical models. *British J. of Health Psychology*. 2010. Vol. 15(4). P. 729–748. <https://doi.org/10.1348/135910709X479799>.
26. Oshvandi K., Torabi M., Khazaei M., Khazaei S., Yousofvand V. Impact of Hope on Stroke patients receiving a Spiritual Care Program in Iran: a Randomized Controlled Trial. *J. Relig. Health*. 2024. Vol. 63(1). P. 356–369. <https://doi.org/10.1007/s10943-022-01696-1>.
27. Özkan Tuncay F. The Relationship Between Preparedness for Caregiving and Spiritual Well-Being in the Carers of Stroke Patients. *J. Relig. Health*. 2024. Vol. 63(4). P. 2760–2776. <https://doi.org/10.1007/s10943-024-02033-4>.
28. Pucciarelli G., Vellone E., Bolgeo T. et al. Role of spirituality on the Association between Depression and Quality of Life in Stroke Survivor-Care Partner Dyads. *Circ. Cardiovasc. Qual Outcomes*. 2020. Vol. 13(6). P. e006129. <https://doi.org/10.1161/CIRCOUTCOMES.119.006129>
29. Puchalski C. M., Vitillo R., Hull S. K., Reller N. Palliative care and the role of the chaplain. *BMJ Supportive & Palliative Care*. 2014. Vol. 4(2). P. 171–177. <https://doi.org/110.1136/bmjspcare-2012-000420>.
30. Ragsdale J. R., Desjardins C. M. Proposing religiously informed, relationally skillful chaplaincy theory. *J. Health Care Chaplain*. 2020. Vol. 28(2). P. 239–254. <https://doi.org/10.1080/08854726.2020.1861533>.
31. Report on situational analysis results of acute stroke care in Ukraine. WHO. European Region, 2024. 38 p.
32. Rosyidah A., Ratna S., Mustikasari A., Majid A. Spiritual coping in people living with stroke. *Int. J. of Caring Sciences*. 2018. Vol. 11(2). P. 658–662. URL: [https://www.internationaljournalofcaringsciences.org/docs/4\\_arafat\\_original\\_10\\_2.pdf](https://www.internationaljournalofcaringsciences.org/docs/4_arafat_original_10_2.pdf) (дата звернення 05.07.25).
33. Shkoruta D. P., Senkiv V., Vovchuk V., Popadynets O., Kotyk T. Impact of war on stroke incidence in Ivano-Frankivsk. Ukraine. *Sci. Rep*. 2024. Vol. 14(1). P. 18996. <https://doi.org/10.1038/s41598-024-70270-4>.
34. Song Y. Y., Sun W. J., Wang C., Tian Y. M., Liu H., Jiang Y. Effects of multicomponent exercise on quality of life, depression and anxiety among stroke survivors: a systematic review and meta-analysis. *J. Clin. Nurs*. 2023. Vol. 32(21–22). P. 7677–7690. <https://doi.org/10.1111/jocn.16853>.
35. Yousofvand V., Torabi M., Oshvandi K. et al. Impact of a spiritual care program on the sleep quality and spiritual health of muslim stroke patients: a randomized controlled trial. *Complement Ther. Med*. 2023. Vol. 77. P. 102981. <https://doi.org/10.1016/j.ctim.2023.102981>.

Дата надходження статті: 26.07.2025

Дата прийняття статті: 20.08.2025

Опубліковано: 14.11.2025