

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**

Кафедра української мови, психології та педагогіки

Магістерська робота

за спеціальністю 053 Психологія

на тему: «Психологічна підтримка та реабілітація військовослужбовців під час санаторного лікування»

Виконала здобувачка вищої освіти

2 курсу, групи 1-24-276

I медичного факультету

спеціальності 053 Психологія

Божук Тетяна Вікторівна

Керівник: Соколова І.М., д. психол.н.,

професор кафедри української мови,

психології та педагогіки

Рецензенти: Абасалієва О.М., к.психол.н.,

доцент кафедри української мови,

психології та педагогіки;

Шейко А. О., к. психол.н., доцент кафедри

української мови, психології та педагогіки

ЗМІСТ

ВСТУП	3
РОЗДІЛ 1 ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ПІДТРИМКИ ТА РЕАБІЛІТАЦІЇ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ	9
1.1. Сутність і зміст психологічної підтримки та реабілітації військовослужбовців	9
1.2. Індивідуально-психологічні особливості військовослужбовців після участі у бойових діях	15
1.3. Роль санаторного лікування як етапу психологічної та фізичної реабілітації	21
Висновки до першого розділу	24
РОЗДІЛ 2 ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ПІДТРИМКИ ТА РЕАБІЛІТАЦІЇ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ	28
2.1. Організація емпіричного дослідження	28
2.2. Аналіз рівня тривоги, депресії, життєстійкості та задоволеності життям у період санаторного лікування	33
2.3. Практичні рекомендації з оптимізації психологічної підтримки під час санаторного лікування	62
Висновки до другого розділу	66
ВИСНОВКИ	71
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	76

ВСТУП

У умовах сучасних соціально-політичних викликів, зокрема тривалих бойових дій, проблема збереження психічного здоров'я військовослужбовців набуває особливої значущості та міждисциплінарного характеру. Перебування у зоні бойових дій супроводжується дією комплексу екстремальних і стресогенних чинників – постійною загрозою життю, хронічним перевантаженням, дефіцитом сну, високою відповідальністю, втратами побратимів і морально-етичними дилемами. Такі умови закономірно зумовлюють розвиток тривожних і депресивних проявів, емоційного виснаження, зниження рівня життєстійкості та загальної задоволеності життям, що підтверджується як сучасними клініко-психологічними спостереженнями, так і фундаментальними науковими підходами до вивчення бойової травматизації.

Наукове осмислення бойового стресу й посттравматичних реакцій має тривалу історію та спирається на дослідження травматичного досвіду, започатковані П. Жане та З. Фройдом, а в сучасній психології – на праці Дж. Герман, Б. ван дер Колка, Е. Шапіро, які розкривали механізми психічної травми, дисоціації та порушень емоційної регуляції. У межах психофізіологічних і нейропсихологічних підходів вагомий внесок зробили С. Порджес (полівагальна теорія), Р. Сапольскі (стрес і його наслідки для організму), Б. Мак-Юен (алостатичне навантаження), які обґрунтували, що хронічний стрес і травма змінюють адаптаційні системи людини, впливаючи на настрій, здатність до самоконтролю, рівень тривоги та соматичне здоров'я. У військовому контексті значущими є й напрацювання М. Фрідмана, С. Гоге, Ч. Гога та інших дослідників військової психіатрії й психології, які вивчали спектр бойових стресових реакцій, фактори ризику й відновлення психічного здоров'я.

Окремий науковий інтерес становлять ресурси стійкості та життєстійкості, що розглядаються як провідні психологічні предиктори

відновлення після травми. У цьому напрямі концептуально важливими є праці С. Мадді та С. Кобаси, які ввели поняття *hardiness* (життестійкість) і описали його ключові компоненти – залученість, контроль та прийняття виклику; дослідження А. Антоновського, який обґрунтував *salutogenesis* та почуття зв'язаності/осмисленості (*sense of coherence*) як основу психологічного здоров'я в умовах стресу; а також праці Дж. Бонанно, який показав, що резильєнтність може бути не винятком, а поширеною траєкторією адаптації після травматичних подій. Важливими є й підходи Р. Лазаруса та С. Фолкман щодо копінг-стратегій, що визначають індивідуальні відмінності у переживанні бойового стресу та здатності до психологічного відновлення.

У зв'язку з цим зростає потреба в ефективній системі психологічної підтримки та реабілітації, спрямованій не лише на редукцію симптомів (тривога, депресія, порушення сну), а й на відновлення ресурсного потенціалу, суб'єктивного благополуччя та якості життя. Наукове підґрунтя таких програм формують сучасні доказові психотерапевтичні підходи, зокрема когнітивно-поведінкова терапія (А. Бек), пролонгована експозиція (Е. Фоа), когнітивна терапія посттравматичного стресу (Е. Елерс, Д. Кларк), EMDR-підхід (Е. Шапіро), а також підходи третьої хвилі – АСТ (С. Хейз) і майндфулнес-інтервенції (Дж. Кабат-Зінн), які демонструють результативність у відновленні емоційної регуляції та зниженні інтенсивності посттравматичних проявів. Водночас у військовій популяції реабілітація повинна враховувати специфіку бойового досвіду, особливості військової культури, фактори стигматизації психологічної допомоги та підвищені вимоги до функціональної готовності.

Особливе місце у процесі психологічної реабілітації військовослужбовців займає санаторне лікування, що інтегрує медичні, психотерапевтичні й відновлювальні заходи та розглядається як перспективний ресурсний простір для комплексного впливу. Санаторні умови забезпечують відносну безпечність, стабільний режим, зменшення

сенсорного перенавантаження, відновлення сну та фізичних ресурсів, а також створюють можливості для поєднання психоосвіти, індивідуального й групового консультування, психотерапії, тілесно-орієнтованих практик, фізичної реабілітації та соціально-психологічної підтримки. В контексті сучасних підходів до оцінювання ефективності реабілітації важливим критерієм стає не лише редукція симптоматики, а й покращення показників якості життя та суб'єктивного благополуччя. Концептуальним підґрунтям для цього виступають дослідження якості життя в медицині та психології (WHOQOL Group), а також підхід Е. Дінера щодо суб'єктивного благополуччя, який підкреслює роль когнітивної оцінки життя та емоційного балансу як інтегральних показників психологічного здоров'я.

Водночас питання психологічних особливостей підтримки та реабілітації військовослужбовців саме у санаторних умовах потребують подальшого наукового осмислення та емпіричного підтвердження. Аналіз наукових джерел засвідчує наявність значної кількості досліджень, присвячених бойовому стресу, ПТСР та загальним підходам до психологічної реабілітації військових. Проте недостатньо вивченими залишаються: специфічні взаємозв'язки між психоемоційним станом (рівнем тривоги та депресії), життєстійкістю/резильєнтністю та задоволеністю життям під час санаторного лікування; психологічні механізми, через які санаторне середовище може посилювати відновлення ресурсів (саморегуляція, соціальна підтримка, нормалізація фізіологічних ритмів, відчуття безпеки та контролю); практичні критерії оптимізації психологічного супроводу в межах санаторної реабілітації (структура програми, індивідуалізація, етапність, поєднання методів). Саме ці наукові прогалини зумовлюють актуальність і доцільність обраної теми, оскільки її розроблення дозволить поглибити розуміння ресурсних факторів відновлення військовослужбовців та обґрунтувати ефективні моделі психологічної підтримки в санаторних умовах.

Мета дослідження полягає у теоретичному обґрунтуванні та емпіричному дослідженні психологічних особливостей військовослужбовців, а також у розробці рекомендацій щодо їх психологічної підтримки та реабілітації під час санаторного лікування.

Відповідно до поставленої мети визначено такі **завдання дослідження**:

1. Проаналізувати теоретичні підходи до проблеми психологічної підтримки та реабілітації військовослужбовців.
2. Визначити рівень тривожності, депресивних проявів, життєстійкості та задоволеності життям у військовослужбовців під час санаторного лікування.
3. Встановити взаємозв'язок між показниками психоемоційного стану, рівнем життєстійкості та задоволеності життям.
4. Розробити практичні рекомендації щодо вдосконалення системи психологічної підтримки та реабілітації військовослужбовців у санаторних умовах.

Об'єктом дослідження є процес психологічної підтримки та реабілітації військовослужбовців.

Предметом дослідження є особливості психологічної підтримки та реабілітації військовослужбовців під час санаторного лікування.

Гіпотеза дослідження полягає в припущенні, що ефективність психологічної підтримки та реабілітації військовослужбовців у санаторних умовах залежить від рівня їхньої життєстійкості, задоволеності життям та зниження проявів тривоги й депресії внаслідок цілеспрямованого психологічного впливу.

Методи дослідження: для розв'язання поставлених завдань у роботі було використано комплекс теоретичних та емпіричних методів.

До теоретичних методів належать: аналіз, синтез, узагальнення та систематизація наукових джерел з проблем психологічної підтримки, реабілітації та психічного здоров'я військовослужбовців; порівняльний

аналіз наукових підходів і концепцій; теоретичне моделювання основних напрямів психологічної підтримки у санаторних умовах.

Емпіричні методи дослідження включають: госпітальну шкалу тривоги та депресії, опитувальник життєстійкості, шкалу задоволеності життям. Для обробки отриманих результатів застосовувалися методи математичної статистики.

Характеристика вибірки. Вибірка становила військовослужбовців, які проходили санаторно-курортне лікування та реабілітацію в клінічному санаторії «Роща» (Дочірнє підприємство «Клінічний санаторій «Роща» ПрАТ «Укрпрофоздоровниця», Харківська обл., смт Пісочин. До вибірки увійшли особи з різними травмами віком від 25 до 47 років. Усі досліджувані є військовослужбовцями, що проходили реабілітацію в зазначеному санаторії протягом періоду дослідження. Вибірка склала 30 чоловік.

Практична значущість дослідження полягає в можливості використання отриманих результатів для вдосконалення системи психологічної підтримки та реабілітації військовослужбовців у санаторних умовах. Розроблені рекомендації можуть бути впроваджені в діяльність практичних психологів, медичних працівників та фахівців санаторних і реабілітаційних закладів, а також використані у навчальному процесі під час підготовки майбутніх психологів і спеціалістів з психологічної реабілітації.

Наукова значущість дослідження визначається тим, що його результати сприятимуть поглибленню теоретичних уявлень про психологічні механізми відновлення психоемоційного стану військовослужбовців у процесі санаторного лікування. Дослідження дозволить уточнити зміст і структуру взаємозв'язків між рівнем тривоги та депресії, показниками життєстійкості (резильєнтності) і суб'єктивною задоволеністю життям у військовослужбовців, які проходять реабілітацію в санаторних умовах, що є недостатньо висвітленим у сучасних наукових джерелах.

Важливою складовою наукового внеску є також обґрунтування ролі санаторного середовища як ресурсного чинника психологічної реабілітації,

що інтегрує фізіологічне відновлення, медичні процедури та психотерапевтичний вплив. Отримані дані можуть стати підґрунтям для розширення наукових моделей реабілітації військових, зокрема у межах біопсихосоціального підходу, а також для подальших емпіричних досліджень у сфері клінічної психології та психології здоров'я.

Крім того, дослідження має наукову цінність у контексті розроблення критеріїв оцінювання ефективності психологічної реабілітації у санаторних умовах, оскільки пропонує комплексний підхід до аналізу не лише симптомів (тривоги/депресії), а й ресурсних показників (життєстійкості та задоволеності життям). Це забезпечує підвищення наукової обґрунтованості програм психологічного супроводу, спрямованих на відновлення адаптаційного потенціалу військовослужбовців.

Апробація результатів дослідження здійснювалася шляхом публікації тез доповідей на III Міжнародній науково-практичній конференції «INNOVATION AND DEVELOPMENT IN WORLD SCIENCE» (м. Цюрих, Швейцарія).

Структура роботи: дипломна робота складається зі вступу, двох розділів, висновків, списку використаних джерел. Загальний обсяг дипломної роботи - 59 сторінок комп'ютерного тексту, містить 6 таблиць, 7 рисунків.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ПІДТРИМКИ ТА РЕАБІЛІТАЦІЇ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ

1.1. Сутність і зміст психологічної підтримки та реабілітації військовослужбовців.

Сучасні умови військової служби, пов'язані з високим рівнем стресу, небезпекою для життя, втратою побратимів і необхідністю тривалого перебування в екстремальних ситуаціях, актуалізують питання психологічної підтримки та реабілітації військовослужбовців [20]. Цей процес має не лише медико-психологічний, а й глибокий соціально-психологічний зміст, оскільки спрямований на відновлення особистісної цілісності, адаптацію до мирного життя та повернення до активного функціонування у суспільстві [2].

Під психологічною підтримкою військовослужбовців розуміють систему спеціально організованих заходів, спрямованих на забезпечення емоційної рівноваги, стабілізацію психічного стану, підвищення внутрішніх ресурсів особистості та збереження психологічної стійкості в умовах післястресових переживань.

Як зазначають дослідники (О. Мороз, В. Медведєв, І. Приходько, Л. Карамушка), психологічна підтримка виконує профілактичну, стабілізуючу та відновлювальну функції [9]. Її головна мета полягає у створенні умов для емоційного розвантаження, відновлення почуття безпеки, довіри, контролю над власним життям і майбутнім [12].

У процесі психологічної підтримки військовослужбовців доцільно реалізовувати комплекс взаємопов'язаних напрямів, що забезпечують цілісне відновлення психоемоційного стану та адаптаційних ресурсів особистості. Насамперед важливою є емоційна підтримка, яка передбачає створення безпечного, неоцінювального простору для вільного висловлення переживань, страхів, сумнівів і внутрішньої напруги без ризику осуду чи

тиску. Не менш значущою виступає когнітивна підтримка, спрямована на допомогу у переосмисленні травматичного досвіду, осмисленні подій у більш конструктивних рамках та формуванні реалістичного, адаптивного бачення власної ролі й можливостей у ситуації. Важливе місце займає поведінкова підтримка, що полягає у навчанні ефективних навичок саморегуляції, способів зниження психофізіологічного напруження, відновлення контролю над емоційними реакціями та повернення до стабільних, звичних моделей повсякденної діяльності. Окремої уваги потребує соціальна підтримка, яка забезпечує формування відчуття причетності та прийняття, залучення до групових занять і взаємодії з іншими учасниками реабілітації, а також створення підтримувального середовища як ресурсу відновлення та адаптації [13].

Таким чином, психологічна підтримка виступає першим етапом реабілітаційного процесу, що спрямований на стабілізацію психоемоційного стану військовослужбовців і створення основи для подальшої відновлювальної роботи [2].

Під психологічною реабілітацією військовослужбовців розуміють комплекс заходів, спрямованих на відновлення психічного здоров'я, працездатності, соціальної активності та особистісної гармонії після пережитих бойових дій або тривалого перебування у зоні підвищеного ризику [20].

Науковці О. Тімченко, В. Ягупов, Ю. Швалб [12] визначають психологічну реабілітацію як процес повернення військовослужбовця до оптимального рівня психологічного функціонування, який забезпечує можливість повноцінного життя, ефективної діяльності та взаємодії з оточенням.

Військова діяльність характеризується надзвичайно високим рівнем фізичного, емоційного та психічного навантаження. Участь у бойових діях створює ситуації, які виходять за межі звичного людського досвіду та

призводять до формування травматичного досвіду, що може мати як короткотривалі, так і довготривалі психологічні наслідки [11].

Одними з найпоширеніших реакцій у військовослужбовців є бойовий стрес, оперативна втома та посттравматичний стресовий розлад (ПТСР).

Бойовий стрес – це природна психофізіологічна реакція організму на екстремальні умови бойової діяльності. Він проявляється підвищеною тривожністю, емоційним напруженням, гіперзбудженням, труднощами концентрації уваги та короткочасними порушеннями сну [4]. У більшості випадків ці стани минають після усунення стресора, але при їх накопиченні або відсутності своєчасної підтримки можливий перехід у оперативну втому [15].

Оперативна втома розвивається як результат тривалого перебування в умовах небезпеки, перевтоми, недосипання, постійного очікування загрози. Вона супроводжується зниженням мотивації, емоційною байдужістю, дратівливістю, втратою сенсу дій. Без належного відпочинку і психологічного розвантаження цей стан може перейти у хронічну форму, що потребує корекції під час реабілітації [2].

Найбільш стійкі та деструктивні наслідки пов'язані з розвитком посттравматичного стресового розладу (ПТСР). Згідно з DSM-5, ПТСР характеризується нав'язливими спогадами, нічними кошмарами, уникненням ситуацій, що нагадують про травму, емоційним оціпінням, підвищеною пильністю, відчуттям провини або втрати контролю над життям. Для військовослужбовців ПТСР часто має кумулятивний характер, тобто розвивається поступово через серію повторюваних бойових епізодів [8].

Потреба у психологічному відновленні після участі у бойових діях полягає не лише у зменшенні симптомів стресу, а й у переосмисленні травматичного досвіду, відновленні довіри до себе та світу, налагодженні міжособистісних стосунків і поверненні до мирного життя [10].

Важливим аспектом реабілітаційного процесу є формування психологічної стійкості – здатності зберігати ефективність діяльності та

емоційну рівновагу навіть в умовах стресу. Стійкість включає такі складові, як самоконтроль, цілеспрямованість, гнучкість мислення та впевненість у власних силах [7].

Концепція життестійкості (*hardiness*), запропонована С. Кобасою, розглядає цю особистісну якість як інтегративний ресурс, що забезпечує здатність людини зберігати психологічну рівновагу та ефективність функціонування в умовах стресу й життєвих випробувань. Відповідно до даного підходу життестійкість формується як поєднання трьох ключових компонентів: залученості (*commitment*), що проявляється в активному прийнятті життя та збереженні внутрішньої причетності до власних цілей навіть у складних обставинах; контролю (*control*), який пов'язаний із переконанням у власній здатності впливати на події та приймати відповідальні рішення; а також виклику (*challenge*), що передбачає сприйняття труднощів не як катастрофи, а як потенційної можливості для розвитку й особистісного зростання [2].

Важливим додатковим ресурсом адаптації виступає резильєнтність, тобто здатність швидко відновлюватися після психотравмуючих подій, витримувати значні емоційні навантаження та ефективно пристосовуватися до нових умов життєдіяльності. Резильєнтність тісно взаємопов'язана з використанням ефективних копінг-стратегій – способів подолання стресу, які визначають характер реагування людини на складні ситуації та впливають на якість психологічної адаптації. До найбільш адаптивних копінгів належать звернення по соціальну підтримку, конструктивне вирішення проблем, позитивне переосмислення ситуації, а також застосування релаксаційних технік і навичок саморегуляції, що сприяють зниженню напруження та відновленню внутрішніх ресурсів [6].

У контексті санаторного лікування розвиток психологічної стійкості, життестійкості та адаптивного копінгу є ключовими завданнями психологічної підтримки [2]. Санаторне середовище забезпечує необхідні

умови для психоемоційного розвантаження, відновлення сил, навчання технік саморегуляції та зміцнення внутрішніх ресурсів особистості [7].

Таким чином, ефективна реабілітація військовослужбовців повинна враховувати як медичні, так і психологічні аспекти, спрямовуючись не лише на усунення наслідків стресу, але й на розвиток адаптивних механізмів, що забезпечують повернення до повноцінного життя [12].

Реабілітаційний процес у роботі з військовослужбовцями має бути поетапним і комплексним, оскільки охоплює як діагностику стану, так і подальше психологічне відновлення та соціальну інтеграцію особистості. Згідно з науковими підходами, реабілітація включає кілька взаємопов'язаних компонентів. Першим виступає психодіагностичний етап, який передбачає оцінювання актуального психологічного стану, виявлення рівня стресу, ознак емоційного виснаження, а також симптомів посттравматичного стресового розладу (ПТСР), депресивних чи тривожних проявів. На основі отриманих результатів реалізується психокорекційний етап, у межах якого застосовуються ефективні психотерапевтичні та психокорекційні методи – когнітивно-поведінкова терапія, арттерапія, тілесно-орієнтовані підходи, групові заняття та інші форми психологічної допомоги, спрямовані на зниження психоемоційного напруження, стабілізацію емоційного стану й формування навичок саморегуляції. Наступним є розвивальний етап, що акцентує увагу на посиленні ресурсного потенціалу: формуванні позитивної самооцінки, відновленні мотивації до діяльності, підтримці відчуття компетентності та стимулюванні самореалізації, що є важливими чинниками повернення до продуктивного життя. Завершальним компонентом виступає соціально-адаптаційний етап, який забезпечує відновлення комунікативних умінь, полегшення інтеграції у соціальне середовище та включає роботу з родиною як ключовим ресурсом підтримки, необхідним для стабілізації психологічного стану й закріплення позитивних змін [14].

Отже, психологічна реабілітація – це не лише лікування наслідків психотравм, а системна робота над поверненням людини до активного життя,

що включає медичний, соціальний, педагогічний та духовно-моральний аспекти [1].

Санаторно-реабілітаційний етап має особливе значення, оскільки саме в цей період військовослужбовці переходять від стану напруження до поступового відновлення [9]. Психологічна робота в умовах санаторію відбувається у сприятливій атмосфері, що поєднує фізичне оздоровлення та психоемоційне відновлення.

Основними напрямками психологічної підтримки та реабілітації військовослужбовців у санаторних умовах є комплекс взаємодоповнювальних заходів, спрямованих на зниження психоемоційного напруження, відновлення ресурсного потенціалу та покращення адаптації до мирного життя. Першочергово здійснюється психодіагностика психоемоційного стану на початку перебування в санаторії, що дозволяє оцінити рівень тривоги, депресивних проявів, стресу, виснаження та визначити індивідуальні потреби у психологічній допомозі. На основі діагностичних даних проводяться індивідуальні та групові консультації, під час яких відбувається опрацювання травматичних переживань, стабілізація емоційного стану та формування більш конструктивних способів реагування на складний досвід. Значне місце займають психотерапевтичні тренінги, спрямовані на розвиток навичок саморегуляції, підвищення стресостійкості, відновлення впевненості у собі та відчуття контролю над власним життям. Ефективним ресурсом санаторної реабілітації виступають також арттерапевтичні та тілесно-орієнтовані практики, які сприяють емоційному розвантаженню, зниженню соматизованої напруги та відновленню контакту з власними переживаннями в безпечній формі. Важливою складовою є соціально-психологічна підтримка, що забезпечується через створення дружньої атмосфери, залучення до групової діяльності, культурно-дозвіллевих заходів та активного спілкування, що підсилює відчуття прийняття й приналежності. Особливої уваги потребує робота з родичами військовослужбовців, спрямована на гармонізацію сімейних відносин,

зниження конфліктності, формування навичок підтримувальної взаємодії та психологічну підготовку родини до повернення військового в сімейне середовище після проходження реабілітації [4].

Особливу увагу приділяють формуванню мотивації до одужання, підвищенню рівня самоприйняття та життєстійкості. Це сприяє зменшенню ризику розвитку постстресових реакцій і забезпечує більш ефективну реінтеграцію військовослужбовців у повсякденне життя [12].

Психологічна підтримка та реабілітація військовослужбовців – це комплексна система заходів, спрямована на відновлення психічного здоров'я, підвищення адаптаційних можливостей та забезпечення внутрішньої рівноваги особистості. Її сутність полягає у поєднанні медичних, соціально-психологічних і педагогічних впливів, що створюють умови для повернення військовослужбовця до повноцінного життя [7]. Санаторне лікування в цьому контексті виступає оптимальним середовищем для реалізації реабілітаційних програм, де поєднуються фізичне оздоровлення, психологічна допомога та соціальна адаптація.

1.2. Індивідуально-психологічні особливості військовослужбовців після участі у бойових діях.

Участь у бойових діях є одним із найпотужніших психотравмуючих факторів, що впливає на особистість військовослужбовця. Вона змінює його систему цінностей, емоційно-вольову сферу, поведінкові реакції, соціальні установки та стиль взаємодії з оточенням. Пережитий досвід війни часто супроводжується емоційним виснаженням, порушенням адаптаційних механізмів та появою постстресових розладів [3].

Після повернення із зони бойових дій у більшості військовослужбовців спостерігаються різного ступеня вираженості психологічні зміни. Вони можуть проявлятися як у вигляді короткочасних реакцій на стрес, так і у формі стійких порушень психоемоційної сфери [2].

Психоемоційний стан військовослужбовців після участі у бойових діях характеризується широким спектром проявів, що відображають наслідки тривалого перебування в умовах екстремального стресу та травматизації. До найбільш поширених симптомів належать підвищена тривожність, внутрішня напруженість і підозрілість, емоційна лабільність із тенденцією до дратівливості, агресивних реакцій, а також апатія й байдужість до раніше значущих занять. Нерідко спостерігаються порушення сну, зокрема безсоння та нічні кошмари, що додатково підсилюють виснаження й емоційну нестабільність. Також характерними є труднощі у міжособистісних стосунках, зниження довіри до оточення та коливання поведінкових стратегій – від схильності до самоізоляції до імпульсивної, ризикованої поведінки [13].

Вітчизняні дослідники психології військової діяльності (В. Осьодло, І. Приходько, О. Мороз, Л. Карамушка та ін.) зазначають, що психічний стан військовослужбовців після бойових дій часто має суперечливий характер і поєднує в собі відчуття гордості за виконаний обов'язок із внутрішньою напругою, емоційною спустошеністю, переживанням провини та складними моральними сумнівами, що ускладнює процес повернення до мирного способу життя та підтримання стабільного психологічного функціонування [8].

У когнітивній сфері після пережитого бойового досвіду нерідко фіксуються звуження кола інтересів та зниження мотивації до діяльності, труднощі концентрації уваги й запам'ятовування, а також схильність до песимістичних інтерпретацій подій і негативних очікувань. Характерною ознакою стає підвищена настороженість, постійне відчуття загрози та очікування небезпеки навіть у відносно безпечних умовах, що підтримує стан хронічного напруження та утруднює адаптацію [7].

Емоційна сфера військовослужбовців зазнає глибоких трансформацій і може включати переживання страху, провини, безсилля, а інколи – емоційне «заціпеніння» та відчуження від власних почуттів як психологічний

захисний механізм. Часто спостерігаються прояви емоційного вигорання, що виявляється у виснаженні, втраті здатності співпереживати, зниженні емоційної чутливості та ослабленні внутрішньої енергії до взаємодії з оточенням, що потребує системної психологічної підтримки та реабілітаційних втручань [2].

Особливої уваги заслуговує феномен «бойової готовності», коли навіть у мирних умовах військовослужбовець зберігає підвищену пильність, готовність до оборони, що є залишковим наслідком адаптації до небезпечного середовища [15].

У вольовій сфері часто спостерігається зниження ініціативності, рішучості, здатності планувати та контролювати власну діяльність. Водночас у деяких осіб, навпаки, фіксується надмірна самоконтрольованість, прагнення до суворої дисципліни, що може ускладнювати адаптацію у цивільному середовищі.

У поведінкових реакціях військовослужбовців після бойового досвіду нерідко простежуються виразні зміни, що проявляються у підвищеній імпульсивності, схильності до конфліктів і загостреному реагуванні на зовнішні подразники. Досить поширеним явищем стає зловживання алкоголем або медикаментами як своєрідна форма психологічного «захисту» та спроба самостійно знизити рівень внутрішнього напруження. Водночас фіксуються тенденції до уникання ситуацій, місць чи стимулів, які нагадують про війну, що може супроводжуватися як агресивністю та дратівливістю, так і протилежними проявами – соціальною пасивністю, відстороненістю та зниженням активності у повсякденному житті [9]. Подібні зміни пояснюються дією постстресових адаптаційних механізмів, що формуються як відповідь на екстремальні обставини та виконують функцію психологічного виживання в умовах загрози, однак у мирному середовищі нерідко набувають дезадаптивного характеру [5].

Після повернення з фронту військовослужбовці часто стикаються з труднощами у сфері міжособистісних відносин та соціальної адаптації,

оскільки перехід від бойової реальності до цивільного життя супроводжується зміною ритму, ціннісних акцентів і характеру соціальних взаємодій. Їм може бути складно налагоджувати стосунки в сім'ї, відновлювати професійні контакти, конструктивно взаємодіяти з колегами, а також сприймати побутові проблеми як значущі, що нерідко призводить до переживань самотності, відчуття нерозуміння з боку оточення, емоційного відчуження й дистанціювання від соціуму [14]. Частина військовослужбовців демонструє залежність від військового середовища, відчуваючи впевненість і психологічну стабільність переважно серед побратимів, тоді як у цивільних умовах переживає дезорієнтацію та втрату звичних опор. Інші, навпаки, прагнуть максимально дистанціюватися від усього, що пов'язано зі службою, що відображає глибокі внутрішні суперечності, пов'язані з травматичним досвідом і складністю його інтеграції у власну життєву історію.

Індивідуальні реакції на бойовий досвід є варіативними та залежать від низки чинників, серед яких особливе значення мають рівень стресостійкості та особистісної зрілості, попередній життєвий досвід і система цінностей, характер соціальної підтримки (з боку сім'ї, побратимів, громади), ступінь психологічної підготовки до бойових дій, а також тривалість та інтенсивність бойового навантаження, яке визначає глибину психоемоційного виснаження й ризик формування постстресових розладів [8].

Дослідження показують, що військовослужбовці з високим рівнем внутрішнього контролю, розвиненою емоційною саморегуляцією та оптимістичним типом мислення краще адаптуються після повернення. Натомість особи з акцентуаціями типу тривожного, демонстративного чи ригідного схильні до більш виражених постстресових порушень [10].

Варто відзначити, що не всі наслідки бойового досвіду є деструктивними. Часто у військовослужбовців формується «посттравматичне зростання» – підвищення самосвідомості, зміцнення цінності життя, розвиток почуття відповідальності, альтруїзму, духовної зрілості. Такі позитивні зміни

виникають за умови адекватної психологічної підтримки та сприятливого соціального оточення [12].

Участь у бойових діях глибоко впливає на психіку військовослужбовців, трансформуючи їхню систему цінностей, сприйняття світу та власного «Я». Такі зміни часто мають адаптивний характер у бойових умовах, однак після повернення до мирного життя вони можуть призводити до психоемоційних труднощів, порушення соціальної адаптації та міжособистісних конфліктів [9].

Серед типових психологічних особливостей військовослужбовців після участі у бойових діях науковці виокремлюють комплекс змін, що формуються під впливом тривалого перебування в умовах небезпеки та хронічного стресу. Насамперед спостерігається підвищена тривожність і пильність, які зумовлюються стійкою внутрішньою готовністю до можливих загроз та необхідністю швидко реагувати на потенційно небезпечні стимули навіть після повернення до відносно безпечного середовища. Поширеною є також емоційна скутость або емоційне «загартування», що виступає наслідком постійної потреби контролювати переживання у стресових ситуаціях і може проявлятися у труднощах відкритого вираження емоцій та зниженні чутливості до подій повсякденного життя. Нерідко відзначається зниження довіри до оточення, підвищена настороженість у соціальних контактах і схильність до ізоляції, що ускладнює процес відновлення міжособистісних зв'язків та соціальної адаптації. Паралельно фіксуються фізіологічні прояви напруження, зокрема безсоння, гіперзбудження, соматичні реакції на стрес, які підтримують стан виснаження й не дають повноцінно відновлювати ресурси. Важливим аспектом постбойових змін є також порушення ціннісно-сислової сфери, що може проявлятися у відчутті втрати сенсу, переоцінці життєвих орієнтирів і внутрішніх пріоритетів. У підсумку ці фактори нерідко призводять до емоційного вигорання, зниження психологічної витривалості та актуалізують виражену потребу у системному психічному відновленні та професійній психологічній підтримці [3].

Важливо враховувати, що у різних військовослужбовців прояви травматичного досвіду можуть суттєво відрізнятися – залежно від індивідуально-психологічних характеристик (рівень тривожності, тип темпераменту, особливості самоконтролю, досвід подолання труднощів). Також значний вплив мають соціально-сімейні фактори – наявність підтримки, прийняття з боку близьких, стабільність стосунків [9].

Одним із важливих чинників успішного психологічного відновлення є специфіка санаторного середовища, яке виступає своєрідним ресурсом реабілітації. Санаторій забезпечує тимчасову віддаленість від військової служби, що створює можливість дистанціюватися від травматичного контексту, вийти з ролі «військового» та перейти до ролі «людини, яка відновлюється».

Режим санаторного лікування поєднує медичну, психологічну та фізичну реабілітацію [7]. Природні фактори (чисте повітря, вода, ландшафт, спокійна атмосфера) позитивно впливають на психоемоційний стан, рівень тривожності та нервово виснаження. Також важливим є групове середовище – перебування серед побратимів, які мають подібний досвід, сприяє нормалізації переживань, зниженню почуття ізоляваності та формуванню взаємопідтримки [19].

Психологічна реабілітація в санаторних умовах має часові рамки – зазвичай 14–21 день, що потребує максимально ефективної організації роботи. У таких умовах основна мета психолога – створити безпечне середовище довіри, допомогти людині усвідомити свій стан, зняти гостре емоційне напруження та сформувати базові навички саморегуляції [11].

Основні напрями короткотривалої психологічної роботи включають [6]: первинну психодіагностику емоційного стану (використання коротких скринінг-методик для виявлення тривожності, депресивних тенденцій, ПТСР); індивідуальні консультації, спрямовані на нормалізацію емоційного стану, зменшення відчуття провини чи тривоги; групову терапію або психоедукацію, де військовослужбовці отримують знання про природу

стресу та способи його подолання; навчання технік релаксації, дихальних вправ, самоконтролю; мотивування до подальшої роботи над собою після завершення санаторного етапу.

Попри короткотривалість, санаторний період може стати важливим стартом для довготривалого процесу реабілітації, особливо якщо військовослужбовець отримує направлення на подальше консультування чи терапію [17].

Індивідуально-психологічні особливості військовослужбовців після участі у бойових діях характеризуються складною взаємодією емоційних, когнітивних, поведінкових і соціальних змін [6]. Ці трансформації можуть мати як деструктивний, так і конструктивний характер. Успішна реадаптація залежить від рівня внутрішніх ресурсів, соціальної підтримки та своєчасного залучення фахової психологічної допомоги.

1.3. Роль санаторного лікування як етапу психологічної та фізичної реабілітації

Санаторно-курортне лікування військовослужбовців є невід'ємною складовою системи комплексної медико-психологічної реабілітації, що має на меті відновлення фізичного, психічного та емоційного стану осіб, які брали участь у бойових діях. Цей етап є логічним продовженням медичної допомоги, що надається у військових шпиталях, і сприяє поступовому переходу військовослужбовця від стану бойового напруження до мирного життя [11].

Санаторне лікування має комплексний характер і поєднує медичні, психологічні, соціальні та профілактичні заходи. Його основна мета – відновлення функціональних можливостей організму, стабілізація психоемоційного стану та формування мотивації до подальшого одужання і соціальної активності [17].

Науковці (В. Бодров, О. Мороз, І. Приходько, С. Максименко) відзначають, що саме санаторно-курортний етап є критично важливим для зниження рівня психоемоційного напруження, усунення залишкових наслідків бойового стресу та профілактики розвитку посттравматичних розладів [12].

Особливістю цього етапу є можливість створення умов для психологічного перепочинку, переосмислення бойового досвіду та поступового повернення до цивільного сприйняття реальності.

Психологічна реабілітація у санаторних умовах спрямована на [2]: зменшення рівня тривожності, страхів, емоційного виснаження; формування позитивного емоційного фону; відновлення навичок саморегуляції та контролю власного емоційного стану; усвідомлення пережитого досвіду й пошук сенсу у подіях, що сталися; відновлення соціальної ідентичності – повернення до ролей чоловіка, батька, члена колективу, громадянина.

Для досягнення цих цілей застосовуються індивідуальні та групові форми психологічної роботи: психологічне консультування, психотерапевтичні бесіди, арт-терапія, музикотерапія, релаксаційні техніки, тренінги особистісного зростання, когнітивно-поведінкова терапія [13].

Ефективною формою роботи є групи підтримки побратимів, у межах яких військовослужбовці можуть відкрито ділитися переживаннями, отримувати емоційну підтримку та взаєморозуміння, що сприяє подоланню відчуття ізоляції [2].

Фізична складова реабілітації тісно пов'язана з психологічною, адже відновлення фізичного здоров'я позитивно впливає на психоемоційний стан. У санаторіях здійснюються різноманітні фізіотерапевтичні процедури, лікувальна фізкультура, масаж, водні процедури, бальнеотерапія, кліматотерапія.

Ці заходи сприяють [21]: нормалізації роботи нервової системи; зниженню рівня соматичних симптомів стресу; поліпшенню сну, апетиту, загального тону організму; відновленню працездатності та витривалості.

Поєднання фізичної активності з відпочинком і психологічною підтримкою створює оптимальні умови для відновлення балансу між тілом і психікою [15].

Санаторне середовище сприяє соціальній реінтеграції військовослужбовців, оскільки перебування у спільноті людей зі схожим досвідом допомагає подолати відчуття відчуження та самотності. Військові мають змогу встановлювати нові соціальні контакти, відновлювати комунікативні навички, брати участь у спільних заходах, що поступово повертає їх до активного суспільного життя [14].

Психологічна атмосфера підтримки, доброзичливості та довіри створює сприятливе середовище для внутрішнього відновлення. Також важливим аспектом є формування мотивації до подальшої психореабілітації – після проходження санаторного лікування військовослужбовці частіше виявляють готовність продовжувати психологічну роботу в цивільних умовах [9].

З позицій психології відновлення, санаторне лікування виступає проміжною ланкою між бойовим та мирним життям. Воно допомагає військовослужбовцям адаптуватися до мирних умов без різкого психоемоційного переходу. У цей період відбувається [3]: стабілізація емоційного стану; поступове зниження рівня бойової напруги; переорієнтація з військових цілей на життєві цінності; формування внутрішнього відчуття безпеки.

Завдяки спеціальним програмам (психокорекційним, релаксаційним, соціально-психологічним тренінгам) військовослужбовці навчаються методам самодопомоги, управління стресом і конструктивного мислення [12].

Отже, санаторне лікування є важливим етапом у системі комплексної психологічної та фізичної реабілітації військовослужбовців. Воно не лише забезпечує відновлення фізичного здоров'я, а й сприяє глибоким психологічним змінам – стабілізації емоційної сфери, розвитку внутрішніх

ресурсів, формуванню позитивного ставлення до життя та готовності до соціальної інтеграції [2]. Таким чином, санаторно-курортний етап виступає не лише місцем лікування, а простором для переосмислення, відновлення та духовного зростання особистості військовослужбовця.

Висновки до першого розділу

У ході теоретичного аналізу проблеми психологічної підтримки та реабілітації військовослужбовців під час санаторного лікування встановлено, що військова діяльність належить до найбільш психоемоційно напружених видів професійної активності. Її специфіка визначається постійною загрозою життю, дефіцитом часу на прийняття рішень, необхідністю діяти в умовах невизначеності та високої відповідальності за життя інших людей. Тривале перебування у середовищі небезпеки формує стійку фізіологічну та психологічну мобілізацію, що, з одного боку, забезпечує виживання і виконання бойових завдань, а з іншого – виснажує адаптаційні ресурси організму, спричиняючи порушення емоційної регуляції, когнітивної гнучкості, соціального функціонування та системи життєвих смислів. Унаслідок цього бойовий досвід нерідко стає психотравмуючим фактором, який потребує цілеспрямованого, поетапного відновлення.

До ключових психологічних наслідків військової діяльності належать бойовий стрес, оперативна (бойова) втома, реакції гострого стресу та посттравматичний стресовий розлад (ПТСР). Вони можуть проявлятися як на емоційному рівні (тривожність, дратівливість, емоційна лабільність або навпаки – «оніміння», зниження чутливості), так і на когнітивному (нав'язливі спогади, зниження концентрації уваги, труднощі з прийняттям рішень, негативні переконання про себе та світ). На поведінковому рівні типово спостерігаються уникання нагадувань про травму, соціальна ізоляція, підвищена конфліктність, порушення режиму сну і відпочинку, а також ризик дезадаптивних стратегій саморегуляції. Важливо підкреслити

накопичувальний характер бойової травматизації: багаторазові стресові епізоди, втрати, поранення, свідчення смерті та руйнувань здатні формувати «хронічне» напруження, яке закріплюється не лише в психіці, а й у тілесних реакціях (гіперзбудження, соматизовані прояви, виснаження). За відсутності своєчасної допомоги такі переживання можуть трансформуватися в стійкі постстресові розлади та суттєво ускладнювати повернення до мирного життя.

У зв'язку з цим психологічне відновлення має розглядатися не як короткочасне «полегшення стану», а як комплексний процес, спрямований на відновлення здатності до повноцінного функціонування. Його зміст включає: зниження інтенсивності постстресових симптомів; стабілізацію сну та емоційного фону; відновлення відчуття безпеки і контролю; опрацювання травматичних спогадів у безпечних умовах; формування адаптивних способів саморегуляції; реконструкцію смисложиттєвих орієнтацій; відновлення ролей у сім'ї та соціумі; підвищення готовності до взаємодії і прийняття підтримки. Саме тому сучасні підходи до реабілітації акцентують увагу не лише на симптомах, а й на ресурсах – психологічній стійкості, резильєнтності, життєстійкості (*hardiness*), здатності до гнучкого копінгу та посттравматичного зростання як потенційної перспективи переосмислення досвіду.

Особливе місце в системі відновлення посідає розвиток життєстійкості, що включає три взаємопов'язані компоненти: залученість (готовність бути включеним у життєві події, зберігати інтерес і смислову причетність), контроль (відчуття впливу на власні рішення і стан) та прийняття виклику (здатність сприймати зміни як частину життя і можливість для подальшого розвитку). Розвиток цих компонентів підвищує опірність до хронічного стресу, підтримує мотивацію до відновлення та зменшує ризик «застигання» у травматичному досвіді. Паралельно важливими є адаптивні копінг-стратегії: проблемно-орієнтовані способи подолання, навички емоційної регуляції, конструктивне звернення по підтримку, вміння управляти гіперзбудженням (дихальні практики, м'язова релаксація, техніки

заземлення), а також навички когнітивної саморегуляції (розпізнавання автоматичних думок, зменшення катастрофізації, корекція почуття провини та самозвинувачення).

Доведено, що індивідуально-психологічні особливості військовослужбовців є визначальним чинником успішності реабілітації. На глибину переживання бойового досвіду та траєкторію відновлення впливають: рівень емоційної стабільності та самоконтролю; індивідуальний стиль реагування на стрес; особливості темпераменту; сформованість рефлексивності та особистісної зрілості; попередній досвід подолання криз; мотивація до змін і готовність приймати допомогу. Водночас потужним модератором процесу відновлення виступає соціальна підтримка – як з боку сім'ї та близьких, так і з боку побратимів, фахівців і соціальних інститутів. Підтримка знижує відчуття ізольованості, нормалізує переживання та підсилює віру у можливість повернення до продуктивного життя.

Особливу роль у системі реабілітації відіграє санаторне середовище як специфічний контекст відновлення. Його цінність полягає у створенні умов для «психологічної паузи» після тривалого напруження: віддаленість від бойових/службових подразників, природні фактори, медичні та фізіотерапевтичні процедури, режим дня, відновлення сну, зниження сенсорного перевантаження. Усе це сприяє стабілізації нервової системи, зменшенню тривожного фону та формує базу для подальших психологічних інтервенцій. Санаторний етап можна розглядати як перехідний місток між військовою роллю та поверненням до мирного функціонування: саме тут доцільно поєднувати медичну реабілітацію з психоосвітою, тренінгами саморегуляції, індивідуальним консультуванням і груповими формами підтримки, що допомагає м'яко відновлювати соціальні зв'язки та повернути відчуття керованості життям.

Водночас теоретичний аналіз дозволяє наголосити: ефективність санаторної реабілітації зростає за умови її системності та структурованості. Психологічна підтримка має бути не епізодичною, а поетапною й

персоналізованою: від первинного скринінгу психоемоційного стану та ризиків – до визначення індивідуальних цілей, підбору оптимальних методів допомоги і моніторингу динаміки. Не менш важливою є міждисциплінарна взаємодія (лікарі, психологи, фізичні терапевти, за потреби – психіатр, соціальний працівник), адже наслідки бойового стресу мають біопсихосоціальну природу та потребують комплексного підходу.

Отже, перший розділ дає підстави зробити узагальнений висновок, що психологічна підтримка військовослужбовців у період санаторного лікування є невід’ємною складовою їхнього повернення до повноцінного життя та соціального функціонування. Вона повинна бути науково обґрунтованою, системною та спрямованою не лише на зниження симптомів бойового стресу, тривожності чи депресивності, а й на відновлення ресурсного потенціалу особистості: розвиток життєстійкості, навичок саморегуляції, адаптивних копінг-стратегій, смисложиттєвих орієнтацій і здатності до соціальної реінтеграції. Саме такий підхід забезпечує більш стійкий реабілітаційний ефект і створює умови для довготривалої психологічної стабілізації та відновлення якості життя військовослужбовців.

РОЗДІЛ 2

ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ПІДТРИМКИ ТА РЕАБІЛІТАЦІЇ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ

2.1. Організація, методи та методики дослідження.

Відповідно до основної першої частини мети дослідження – теоретично обґрунтувати та емпірично дослідити психологічні особливості військовослужбовців, а також розробити рекомендації щодо їх підтримки та реабілітації – та його завдань, було сформовано репрезентативну вибірку й підібрано валідні та надійні методики дослідження.

Емпірична база дослідження. Вибірка становила військовослужбовців, які проходили санаторно-курортне лікування та реабілітацію в клінічному санаторії «Роща» (Дочірнє підприємство «Клінічний санаторій «Роща» ПрАТ «Укрпрофоздоровниця», Харківська обл., пгт Пісочин. До вибірки увійшли особи з різними травмами віком від 25 до 47 років. Усі досліджувані є військовослужбовцями, що проходили реабілітацію в зазначеному санаторії протягом періоду дослідження. Вибірка склала 30 чоловік.

Були використані такі методики: госпітальна шкала тривоги та депресії, опитувальник життєстійкості, шкала задоволеності життям.

У обробці даних було також застосовано методи математичної статистики: описові статистики – для характеристики основних тенденцій вибірки, кореляційний аналіз за Пірсоном – для виявлення взаємозв'язків між рівнем симптомами депресії, життєстійкості і задоволеності життям. Всі розрахунки здійснювалися за допомогою програми Microsoft Excel 2010.

Розглянемо застосовані в дослідженні психодіагностичні методики як єдиний комплекс інструментів, що дозволяє оцінити як симптоматичний рівень психоемоційного неблагополуччя військовослужбовців, так і їхній ресурсний потенціал та суб'єктивне відчуття якості життя. З цією метою було

використано госпітальну шкалу тривоги та депресії (HADS), опитувальник життєстійкості (Hardiness Survey) і шкалу задоволеності життям (SWLS), які у сукупності забезпечують багатовимірне бачення стану людини в реабілітаційному процесі.

Госпітальна шкала тривоги і депресії була розроблена у 1983 році А. S. Zigmond і R. P. Snaithe з метою швидкого виявлення та кількісної оцінки вираженості тривожних і депресивних проявів у загальномедичній практиці та стаціонарних умовах. Її ключовими перевагами є лаконічність, простота заповнення й обробки, а також придатність для первинного скринінгу, що особливо важливо у медико-реабілітаційному середовищі, де необхідно оперативно визначити ризики психоемоційних порушень і спланувати подальший супровід. Методика є суб'єктивною (самозвітною) та складається з 14 тверджень, які утворюють дві підшкали: підшкалу «тривога» (A) та підшкалу «депресія» (D). Тривожність оцінюється за непарними пунктами (1, 3, 5, 7, 9, 11, 13), депресивність – за парними (2, 4, 6, 8, 10, 12, 14). До кожного твердження пропонується чотири варіанти відповіді, що відображають градації вираженості симптомів за останній тиждень. Респондент обирає варіант, який найбільше відповідає його самопочуттю; підкреслюється, що надто тривале обмірковування не є бажаним, оскільки перша реакція зазвичай точніше передає актуальний стан. Кодування відповідей здійснюється за принципом наростання тяжкості ознаки: від мінімальної (0 балів) до максимальної (у більшості описів шкали – до 3 балів за пункт), а підсумковий результат визначається сумою балів окремо за шкалою тривоги та шкалою депресії.

Після заповнення HADS проводиться підрахунок сумарних показників за двома підшкалами. Якщо респондент пропускає пункти, робить значну перерву під час виконання або не вкладається в час, рекомендовано повторити тестування з новим бланком, оскільки це підвищує надійність результатів. Інтерпретація сумарних балів дозволяє віднести стан до певного рівня вираженості симптоматики: значення 0–7 балів трактуються як норма

(відсутність достовірно виражених симптомів), 8–10 – як субклінічно виражена тривога/депресія, 11 і вище – як клінічно виражена симптоматика. Отже, HADS виконує роль швидкого «індикатора ризику» і дає змогу виявити осіб, які потребують більш поглибленої діагностики та/або інтенсивнішого психологічного втручання. Для деталізації стану й відстеження змін у динаміці зазвичай рекомендують застосовувати більш чутливі інструменти (наприклад, шкали Гамільтона, Монтгомері-Асберга, опитувальник депресії Бека тощо), однак саме HADS є оптимальним стартовим інструментом у медико-реабілітаційних умовах завдяки поєднанню швидкості та інформативності.

Другим блоком психодіагностики в дослідженні виступив опитувальник життєстійкості, концептуально пов'язаний із роботами S. Kobasa, S. Maddi та інших дослідників, які визначали життєстійкість як інтегративний ресурс подолання стресу. У структурі *hardiness* традиційно виділяють три взаємопов'язані складові: включеність/залученість (*commitment*), контроль (*control*) та *challenge*. У межах цього дослідження принципово уточнюється переклад третього компонента: «*challenge*» розуміється не як «прийняття ризику», а як «прийняття виклику», що точніше відображає зміст – сприйняття змін і труднощів як завдань, з якими можна працювати, а не як фатальної загрози. Такий підхід важливий саме в контексті реабілітації військовослужбовців, оскільки він акцентує не на ризикованості, а на психологічній гнучкості та готовності інтегрувати складний досвід у подальше життя.

Опитувальник містить 24 запитання, до кожного з яких подано 5 варіантів відповіді, упорядкованих за шкалою зростання вираженості ознаки. При цьому замість класичної шкали Лайкерта використано альтернативну форму відповідей, що, за логікою авторів, краще відображає специфіку можливих реакцій на різні змістові формулювання. Частина тверджень є реверсивними – у таких випадках бали інвертуються, щоб забезпечити єдину спрямованість показника: вищий сумарний бал відповідає вищій

життєстійкості. Оцінювання здійснюється за шкалою від 0 (мінімальна вираженість ознаки) до 4 (максимальна). У підсумку визначається загальний рівень життєстійкості та показники за трьома її компонентами. Інтерпретаційно низький рівень життєстійкості розглядається як підвищена вразливість до стресу, схильність до уникання труднощів і знижене відчуття контролю над подіями; середній рівень відображає відносну стабільність, але помітну залежність від зовнішніх умов, коли адаптація можлива ціною напруження ресурсів; високий рівень свідчить про активну життєву позицію, здатність ефективно діяти в умовах стресу та сприймати труднощі як виклик, а не загрозу. Для кількісної оцінки загального рівня пропонуються діапазони: 0–53 – низький, 54–60 – нижчий за середній, 61–66 – середній, 67–74 – вищий за середній, 75–96 – високий.

Змістова інтерпретація компонентів життєстійкості є принципово важливою для практичних висновків дослідження. Залученість (commitment) відображає здатність людини залишатися внутрішньо включеною у життєву активність, відчувати її сенс, підтримувати інтерес і причетність, не «вимикатися» емоційно та мотиваційно під впливом стресу. Контроль (control) характеризує переконання особистості у можливості впливати на події власного життя, діючи активною позицією, а не переживаючи безсилля і роль «жертви обставин»; високий контроль пов'язаний із внутрішнім локусом контролю та готовністю докладати зусилля до зміни несприятливих умов. Прийняття виклику (challenge) описує ставлення до змін як до природної частини життя та як до можливості навчання і розвитку; цей компонент підтримує психологічну гнучкість, знижує страх помилок і сприяє адаптації до потенційно стресових ситуацій. Таким чином, Hardiness Survey дає змогу оцінити не тільки «скільки» ресурсу є у військовослужбовця, але й «який саме» ресурс потребує підтримки або розвитку в процесі санаторної реабілітації.

Третім інструментом у дослідженні стала «Шкала задоволеності життям», розроблена Е. Diener та співавторами (1985) і представлена в

україномовній версії. Вона призначена для вимірювання глобальних когнітивних суджень щодо задоволеності власним життям – тобто того, як людина в цілому оцінює якість свого життя, досягнення та життєві обставини, а не лише поточний настрій. Методика складається з 5 пунктів і заповнюється дуже швидко, що робить її зручною для використання у широкому колі дорослих респондентів. Теоретично SWLS відповідає когнітивному компоненту суб'єктивного благополуччя, тоді як емоційний (афективний) компонент відображається іншими інструментами; саме тому шкала є доречною у комплексі з HADS і Hardiness Survey: вона дозволяє побачити, як симптоми та ресурси віддзеркалюються у загальній оцінці життя.

Підрахунок балів у SWLS здійснюється шляхом сумування сирих оцінок за всіма 5 твердженнями, у результаті чого отримують показник у діапазоні від 5 до 35: чим вищий бал, тим вища задоволеність життям. Отримані результати інтерпретуються за категоріями: 30–35 – дуже задоволений, 25–29 – задоволений, 20–24 – дещо задоволений, 15–19 – дещо незадоволений, 10–14 – не задоволений, 5–9 – вкрай незадоволений. Така градація дає можливість не лише кількісно оцінити рівень суб'єктивного благополуччя, а й якісно визначити «зону» життєвої оцінки, що є важливим для побудови реабілітаційних цілей: від відновлення перспективи й смислів до підтримки мотивації, соціальної активності та відчуття керованості життям.

Отже, застосований психодіагностичний комплекс методик дозволяє отримати взаємодоповнювальну картину психологічного стану військовослужбовців у період санаторного лікування: HADS забезпечує скринінгову оцінку тривожних і депресивних проявів як ключових маркерів емоційного неблагополуччя; Hardiness Survey дає змогу виміряти ресурсний потенціал життєстійкості та його структурні компоненти, що визначають ефективність адаптації до стресу; SWLS відображає інтегральну когнітивну оцінку якості життя та суб'єктивного благополуччя, важливу для розуміння

мотиваційно-смиислового стану і перспективи реадаптації. Саме у поєднанні ці інструменти створюють методичну основу для обґрунтованих висновків щодо потреб військовослужбовців і напрямів їхньої психологічної підтримки в реабілітаційному процесі.

2.2. Аналіз рівня тривоги, депресії, життєстійкості та задоволеності життям у період санаторного лікування

Дослідження рівня тривоги та депресії у військовослужбовців є важливим етапом оцінки їхнього психоемоційного стану в процесі санаторного лікування. Отримані результати дають змогу оцінити потребу військовослужбовців у психологічній підтримці та реабілітаційних заходах.

У табл. 2.1. представлені середні значення за результатами методики «Госпітальна шкала тривоги та депресії»

Таблиця 2.1.

Статистична характеристика результатів дослідження за методикою «Госпітальна шкала тривоги та депресії»

Середнє	8,4	7,9
Дисперсія	6,2	5,6
Мода	9	9
Медіана	9	9

Результати дослідження за методикою «Госпітальна шкала тривоги та депресії» (HADS) свідчать про наявність у вибірці помірно виражених проявів емоційного неблагополуччя, зокрема тривожних та депресивних симптомів. Згідно з даними Таблиці 2.1, середній показник тривоги становить 8,4 бала, тоді як середній показник депресії – 7,9 бала. Отримані значення вказують на те, що загалом у досліджуваних простежуються переважно субклінічні прояви тривожності та депресивності, які можуть відповідати так званій «пограничній зоні» психологічного дискомфорту. У контексті бойового

досвіду та високого рівня стресового навантаження такі результати можуть розглядатися як закономірні, оскільки навіть при відсутності клінічно оформленого розладу тривалий вплив екстремальних умов сприяє формуванню стійкої внутрішньої напруги, виснаження та зниження емоційної стабільності.

Показники медіани для обох шкал є однаковими і становлять 9 балів, що вказує: у половини респондентів рівень тривоги та депресії не нижчий за 9 балів, тобто у значної частини вибірки симптоматика наближається до клінічно значущого рівня. Це підтверджується також показником моди, який у двох шкалах становить 9 балів, що означає: найчастіше серед учасників зустрічався саме цей рівень тривоги й депресії. Таким чином, хоча середні значення демонструють помірний рівень вираженості симптомів, медіана і мода підкреслюють, що найбільш типова для вибірки тенденція – наявність межового (підвищеного) рівня емоційних порушень, який потребує психологічної уваги та підтримки.

Важливо проаналізувати також дисперсію, яка відображає ступінь розкиду результатів у вибірці. Так, для шкали тривоги дисперсія становить 6,2, а для шкали депресії – 5,6, що свідчить про помірну варіативність показників. Отже, прояви тривожності та депресивності не є однаковими у всіх респондентів: частина військовослужбовців демонструє нижчі значення, що може свідчити про кращий рівень адаптації, наявність ресурсів саморегуляції, соціальної підтримки та ефективних копінг-стратегій. Водночас інша частина вибірки має вищі показники, що потенційно вказує на ризик розвитку більш стійких постстресових порушень та потребу у поглибленій психологічній реабілітації.

Порівняльний аналіз середніх значень засвідчує, що рівень тривожності дещо вищий, ніж депресивності (8,4 проти 7,9). Це можна пояснити тим, що для осіб із бойовим досвідом характерним є збереження підвищеної настороженості, напруги, гіперконтролю та очікування небезпеки, тоді як депресивні прояви частіше формуються як наслідок тривалого виснаження,

втрати сенсів та соціальної дезадаптації. Однак близькість показників обох шкал (майже однакові мода й медіана) вказує, що тривога й депресія у даній вибірці є взаємопов'язаними й можуть проявлятися у змішаному форматі.

Отримані результати підтверджують актуальність організації психологічної підтримки під час санаторного лікування, оскільки значна частина військовослужбовців демонструє рівні тривожності та депресивності, що наближаються до клінічно значущих. У практичному вимірі це обґрунтовує доцільність застосування комплексних реабілітаційних заходів, спрямованих на стабілізацію емоційного стану, навчання навичок саморегуляції, корекцію когнітивних викривлень, відновлення ресурсного потенціалу та підвищення життєстійкості.

Аналіз показників тривоги є необхідною передумовою для розробки ефективних програм психологічного супроводу в санаторних умовах, можна побачити на рис.2.1.



Рис.2.1. Оцінка показників тривоги

За результатами, представленими на рис. 2.1, встановлено, що рівень тривожності у військовослужбовців під час санаторного лікування характеризується вираженою неоднорідністю та охоплює діапазон від

нормативних значень до клінічно значущих проявів. Така варіативність показників свідчить про різний ступінь постстресової адаптації, відмінності у ресурсному потенціалі та індивідуальній чутливості до наслідків бойового навантаження.

Зокрема, у 46,7 % респондентів показники тривоги знаходяться в межах норми, що дозволяє констатувати відсутність достовірно вираженої тривожної симптоматики майже у половини обстежених. Це може вказувати на наявність достатніх механізмів психологічної компенсації, збереження ефективних копінг-стратегій, а також відносно стабільний психоемоційний стан, підтримуваний умовами реабілітаційного середовища.

Водночас у 30,0 % військовослужбовців зафіксовано субклінічний рівень тривоги, який, хоча і не досягає порога клінічної вираженості, однак відображає наявність психоемоційної напруги та схильність до підвищеної настороженості, внутрішнього дискомфорту і труднощів емоційної саморегуляції. Подібні прояви можуть виконувати адаптивно-захисну функцію в умовах післятравматичного відновлення, проте за тривалого збереження здатні знижувати якість життя, посилювати соматичні скарги й ускладнювати процес соціальної адаптації.

Найбільш виражені порушення спостерігаються у групі з клінічно значущим рівнем тривоги, що становить 23,3 % досліджуваних. Наявність такого показника свідчить про високий рівень психоемоційного напруження, стійкі тривожні переживання та ймовірність формування дезадаптивних постстресових реакцій. Для цієї категорії військовослужбовців характерним є підвищений ризик закріплення гіперпильності, порушень сну, соматизованих реакцій на стрес, а також вторинних емоційних ускладнень, що обґрунтовує необхідність більш інтенсивного та індивідуалізованого психологічного супроводу в межах санаторної реабілітації.

Отже, отримані результати підтверджують, що тривожність військовослужбовців у санаторних умовах має диференційований характер, а також підкреслюють доцільність застосування рівнево орієнтованої системи

психологічної підтримки, яка враховує як потреби осіб із нормативним станом, так і необхідність цілеспрямованих втручань для груп із субклінічною та клінічно вираженою тривожністю.

Аналіз показників депресії є необхідною передумовою для розробки ефективних програм психологічного супроводу в санаторних умовах, можна побачити на рис.2.2.

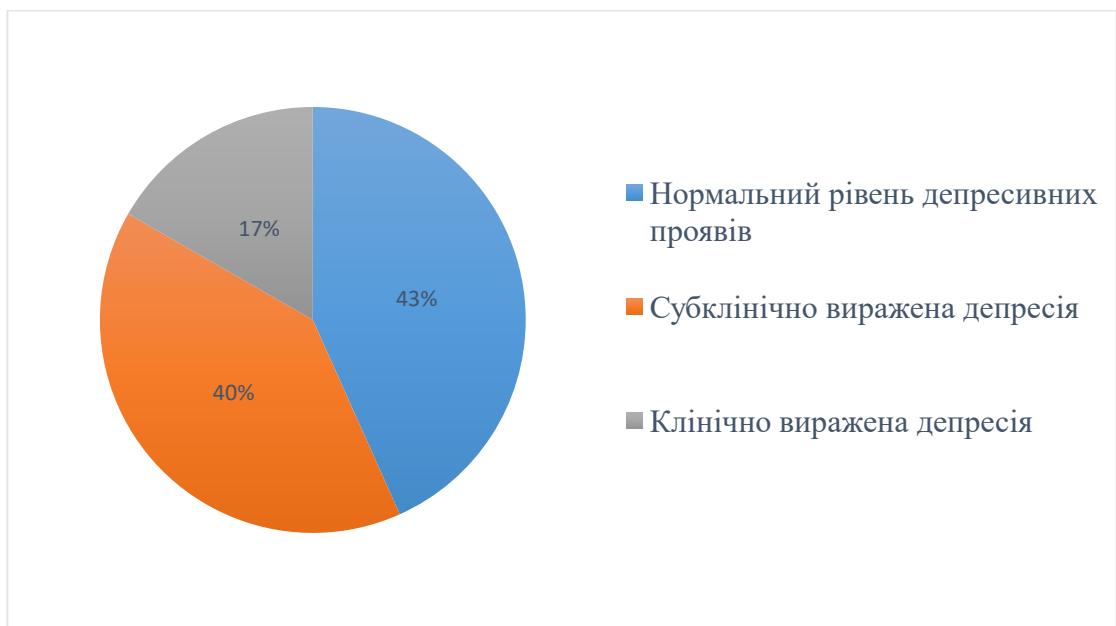


Рис.2.2. Оцінка показників депресії

За результатами, представленими на рис. 2.2, встановлено, що рівень депресивних проявів у військовослужбовців під час санаторного лікування є неоднорідним і характеризується значною варіативністю – від нормативних показників до клінічно значущої симптоматики. Такий розподіл відображає різні траєкторії постстресової адаптації та ступінь психологічного виснаження, що формується під впливом бойового досвіду, тривалого емоційного напруження і втрат ресурсів.

Зокрема, у 43,3 % обстежених показники депресії знаходяться в межах норми, що свідчить про відсутність достовірно виражених депресивних симптомів у значної частини вибірки. Це може бути пов'язано як із збереженням достатнього рівня психологічної резильєнтності, так і з дією

відновлювальних чинників санаторного середовища (режим, фізична реабілітація, зниження зовнішнього стресового тиску, наявність підтримувальних контактів), які сприяють стабілізації емоційного стану.

Водночас у 40,0 % військовослужбовців виявлено субклінічно виражений рівень депресивних проявів, що сигналізує про наявність емоційного неблагополуччя помірної інтенсивності. У даної групи депресивна симптоматика може проявлятися зниженим настроєм, почуттям внутрішнього виснаження, зменшенням енергетичного ресурсу, апатичністю, послабленням інтересу до діяльності та зниженням життєвої активності. У контексті післябойового досвіду такі стани нерідко мають астеничний характер і можуть бути пов'язані з хронічною перевтомою, порушеннями сну, соматичними скаргами, а також із кризою смислів і труднощами реадaptaції до мирного життя. Незважаючи на відсутність клінічної вираженості, субклінічний рівень депресії становить важливу зону психологічного ризику, оскільки за відсутності підтримки може закріплюватися і поглиблюватися.

Найбільш виражені порушення спостерігаються у групі з клінічно значущими депресивними симптомами, що становить 16,7 % респондентів. Наявність такого рівня депресивності вказує на глибші емоційні розлади, стійке зниження настрою, втрату мотивації, можливу соціальну відстороненість, пригнічення активності та зниження суб'єктивного відчуття життєвої перспективи. Для цієї категорії військовослужбовців характерним є підвищений ризик хронізації емоційного неблагополуччя та суттєвого зниження якості життя, що потребує більш інтенсивного, індивідуалізованого й, за потреби, мультидисциплінарного підходу із залученням фахівців суміжного профілю.

Таким чином, отримані результати підтверджують, що депресивні прояви у військовослужбовців під час санаторного лікування мають рівневу структуру і потребують диференційованої системи психологічної підтримки: від профілактичної та психоосвітньої роботи – для осіб із нормативними

показниками, до поглиблених психокорекційних втручань – для груп із субклінічною та клінічно вираженою депресивністю.

У табл. 2.2. представлені середні значення за результатами опитувальника життєстійкості.

Таблиця 2.2.

**Статистична характеристика результатів дослідження за
опитувальником життєстійкості**

Середнє	17,8	19,0	22,6
Дисперсія	11,6	7,0	16,9
Мода	17	18	28
Медіана	17	18,5	27

Результати дослідження за опитувальником життєстійкості засвідчують специфіку ресурсного потенціалу військовослужбовців у контексті пережитого бойового стресу та процесу реабілітації. Життєстійкість як інтегративна психологічна характеристика відображає здатність особистості витримувати високі психоемоційні навантаження, зберігати внутрішню стабільність і конструктивно адаптуватися до складних умов. Згідно з даними Таблиці 2.2, у вибірці зафіксовано такі середні показники за трьома компонентами життєстійкості: 17,8, 19,0 та 22,6, що вказує на нерівномірний розподіл ресурсних характеристик. Водночас найвищим середнім значенням характеризується третій компонент (22,6), що може свідчити про відносно кращу сформованість відповідного аспекту життєстійкості у досліджуваних порівняно з першими двома.

Показники медіани та моди дозволяють глибше зрозуміти типові тенденції у вибірці. Для першого компонента медіана становить 17, а мода – також 17, що вказує на високу концентрацію результатів довкола цього рівня і підкреслює, що саме така величина є найбільш типовою для респондентів. Для другого компонента медіана дорівнює 18,5, а мода – 18, що демонструє

відносну стабільність і узгодженість показників у вибірці, а також свідчить, що більшість досліджуваних має близькі значення життєстійкості в межах цього ресурсу. Однак найбільш виразні особливості розподілу спостерігаються щодо третього компонента: при середньому значенні 22,6 медіана становить 27, а мода – 28. Така різниця між середнім та медіанно-модальними показниками вказує, що для значної частини вибірки характерні вищі значення третього компонента, тоді як зниження середнього значення може пояснюватися наявністю групи респондентів із помітно нижчими результатами, що «тягнуть» середній показник вниз.

Додатково варто проаналізувати дисперсію, яка відображає рівень варіативності результатів. Для першого компонента дисперсія складає 11,6, для другого – 7,0, а для третього – 16,9. Отже, найменша варіативність спостерігається щодо другого компонента життєстійкості, що може свідчити про більш однорідний стан цієї ресурсної характеристики у респондентів. Натомість найбільша дисперсія зафіксована у третьому компоненті, що підтверджує висновок про значні індивідуальні відмінності: частина військовослужбовців демонструє високий ресурс (медіана 27; мода 28), тоді як інша частина має знижені показники, що формує загальну неоднорідність вибірки.

Порівняльний аналіз трьох компонентів дозволяє стверджувати, що життєстійкість досліджуваних має диференційований характер: у структурі життєстійкості є аспекти, які залишаються відносно стабільними, а також компоненти, що значно коливаються залежно від індивідуального досвіду, рівня адаптації, психологічної підготовленості та соціальної підтримки. Високі значення третього компонента у значної частини вибірки можуть свідчити про наявність у військовослужбовців потенціалу до подолання труднощів і переорієнтації на подальше життєве функціонування. Водночас помірні та нижчі значення першого і другого компонентів можуть вказувати на ризики зниження залученості до цивільного життя, втрату відчуття

контролю або труднощі у відновленні психологічної включеності після травматичних подій.

Таким чином, результати опитувальника життєстійкості підтверджують, що ресурсний потенціал військовослужбовців у реабілітаційному процесі є неоднорідним і потребує індивідуалізованого психологічного супроводу. З практичної точки зору це обґрунтовує необхідність розвитку життєстійкості через спеціальні реабілітаційні заходи: тренінги саморегуляції, відновлення суб'єктивного контролю, формування реалістичних життєвих цілей, активізацію соціальної взаємодії та підтримку особистісної мотивації, що є особливо актуальним у межах санаторного лікування.

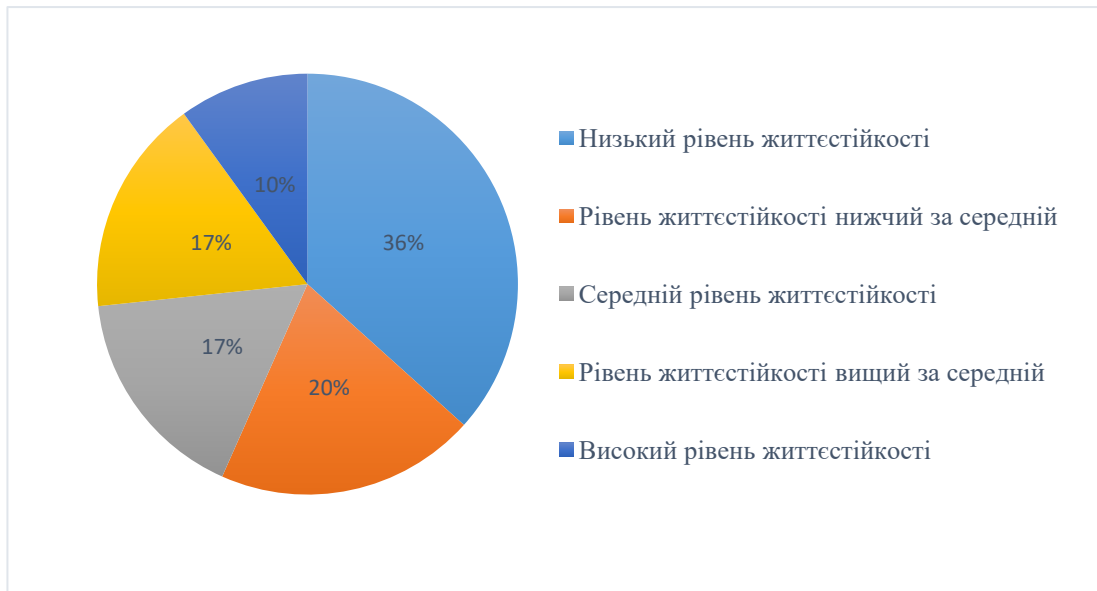


Рис.2.3. Оцінка рівня життєстійкості військовослужбовців

За результатами, представленими на рис. 2.3, встановлено, що рівень життєстійкості військовослужбовців, які перебувають на санаторному лікуванні, характеризується значною варіативністю – від низьких до високих значень. Така неоднорідність свідчить про різний ступінь сформованості адаптаційно-ресурсного потенціалу та відображає індивідуальні відмінності у здатності витримувати психоемоційні навантаження, долати кризові ситуації й відновлювати психологічну рівновагу після пережитого стресу.

Виявлений рівневий розподіл показників життєстійкості підтверджує, що процес постстресової адаптації у військовослужбовців відбувається нерівномірно та залежить від комплексу чинників – інтенсивності бойового досвіду, наявності соціальної підтримки, ефективності копінг-стратегій, особистісних ресурсів та психологічної підготовленості.

Згідно з аналізом емпіричних даних, низький рівень життєстійкості зафіксовано у 36,7 % військовослужбовців, що свідчить про обмеженість внутрішніх ресурсів подолання, знижену стресостійкість і підвищену вразливість до наслідків тривалого психоемоційного напруження. Для цієї групи характерними можуть бути труднощі у саморегуляції, схильність до виснаження, песимістичні оцінки майбутнього та недостатня активність у використанні адаптивних стратегій подолання, що підвищує ризики закріплення дезадаптивних реакцій і формування стійких емоційних порушень.

Рівень життєстійкості нижчий за середній виявлено у 20,0 % респондентів, що вказує на частково збережений адаптаційний потенціал, однак недостатню психологічну витривалість до тривалих стресових впливів. Такий результат може означати, що у зазначених військовослужбовців вже сформовані окремі ресурси подолання (здатність мобілізуватися, певна опора на досвід чи підтримку), проте вони є нестійкими, ситуативними та швидко виснажуються при повторних або хронічних навантаженнях.

Середній рівень життєстійкості встановлено у 16,7 % військовослужбовців, що свідчить про відносно збалансовану здатність до адаптації, збереження певної психологічної гнучкості та адекватного використання ресурсів у складних ситуаціях. У даної групи адаптаційні механізми можуть забезпечувати достатній рівень функціонування та відновлення за умови підтримувального середовища, зокрема в межах санаторної реабілітації.

Разом із тим, рівень життєстійкості вищий за середній виявлено також у 16,7 % досліджуваних, що свідчить про достатньо сформовані механізми

психологічної саморегуляції, активну позицію у подоланні труднощів, наявність внутрішнього контролю та здатність зберігати стабільність за умов емоційного тиску. Для цієї групи характерною є більша готовність до переосмислення досвіду, формування реалістичних цілей та мобілізації на відновлення.

Найменш чисельною є група з високим рівнем життєстійкості, яка становить 10,0 % військовослужбовців. Такі показники відображають розвинені внутрішні ресурси, здатність утримувати відносно стабільний психологічний стан, ефективно контролювати власні реакції та зберігати продуктивні стратегії поведінки навіть у ситуації значного стресу. Висока життєстійкість у цьому випадку може проявлятися у відповідальному ставленні до життя, оптимістичнішій інтерпретації подій, здатності приймати виклики як частину життєвого досвіду та підтримувати конструктивну взаємодію з соціальним оточенням.

Отримані результати мають важливе практичне значення, оскільки демонструють, що значна частина вибірки має низький або нижчий за середній рівень життєстійкості, а отже – потребує цілеспрямованої психологічної підтримки, орієнтованої на посилення адаптаційних ресурсів. Це підкреслює необхідність включення до програм санаторної реабілітації спеціальних інтервенцій із розвитку життєстійкості: тренінгів саморегуляції та стрес-менеджменту, формування ефективних копінг-стратегій, відновлення суб'єктивного контролю, актуалізації смисложиттєвих орієнтацій і підтримки соціальної взаємодії як ресурсу психологічного відновлення.

Аналіз компонентів життєстійкості, можна побачити на рис.2.4.

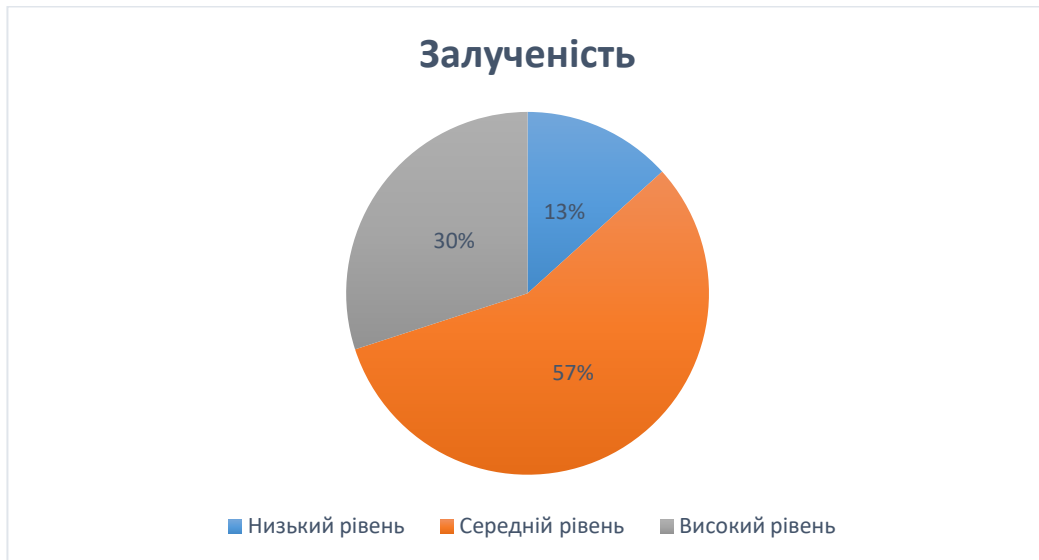


Рис.2.4. Шкала «Залученість»

За результатами, представленими на рис. 2.4, встановлено, що рівень залученості у військовослужбовців під час санаторного лікування переважно зосереджується в межах середніх і високих значень, однак у частини респондентів спостерігається зниження даного показника, що може розглядатися як маркер емоційного виснаження та редукції мотиваційно-смыслових ресурсів. Залученість як компонент життєстійкості відображає ступінь включеності особистості у життєві події, інтерес до діяльності, здатність зберігати внутрішню причетність до власного життя навіть за умов стресу та кризових переживань, а тому є важливим психологічним ресурсом у процесі реабілітації.

Емпіричні дані демонструють, що низький рівень залученості виявлено у 13 % військовослужбовців, що свідчить про тенденцію до емоційної відстороненості, зниження інтересу до подій власного життя та редукцію суб'єктивної значущості повсякденної діяльності. У контексті пережитого бойового досвіду та постстресового виснаження такі прояви можуть бути пов'язані з астенизацією, апатичністю, втратою сенсів, а також із захисними механізмами психіки, спрямованими на зменшення інтенсивності переживань через емоційне дистанціювання.

Найбільш чисельною є група із середнім рівнем залученості, що становить 57 % респондентів. Це вказує на помірну включеність у життєві процеси, відносну збереженість мотиваційної сфери та здатність підтримувати базову активність у межах реабілітаційного режиму. Водночас середній рівень залученості може означати нестійкість внутрішньої мотивації та залежність психоемоційного стану від зовнішніх умов (підтримувального середовища, структурованості дня, соціальних контактів), а отже – потребу у посиленні мотиваційного компоненту через психологічні інтервенції, спрямовані на активізацію інтересів, постановку цілей і підвищення суб'єктивної значущості реабілітаційного процесу.

Разом із тим, високий рівень залученості зафіксовано у 30 % обстежених, що свідчить про активну життєву позицію, внутрішню готовність взаємодіяти з оточенням, зацікавленість у діяльності та збереження емоційної включеності. Такий показник є сприятливим прогностичним фактором, оскільки високий рівень залученості підвищує здатність особистості використовувати підтримувальне середовище санаторного лікування як ресурс відновлення, легше інтегрувати психологічні техніки саморегуляції та підтримувати оптимістичніші перспективи щодо майбутнього.

Загалом аналіз отриманих даних підтверджує неоднорідність залученості військовослужбовців у життєві події та власну діяльність. Зниження залученості може проявлятися у втраті інтересу, емоційному «відключенні», зниженні мотивації до активної участі у процесі відновлення й обмеженні соціальної взаємодії. Водночас достатній рівень залученості виступає важливим ресурсом психологічної реабілітації, оскільки пов'язаний із вищою адаптивністю, кращим прийняттям допомоги та ефективнішим використанням реабілітаційних заходів. Отже, отримані результати підкреслюють доцільність включення до санаторних програм психологічної підтримки спеціальних методів, спрямованих на активізацію залученості —

розвиток мотиваційної сфери, відновлення інтересів, формування цілей, підтримку соціальної взаємодії та смисложиттєвих орієнтацій.

Далі можна побачити на результати за шкалою «Контроль» на рис.2.5.

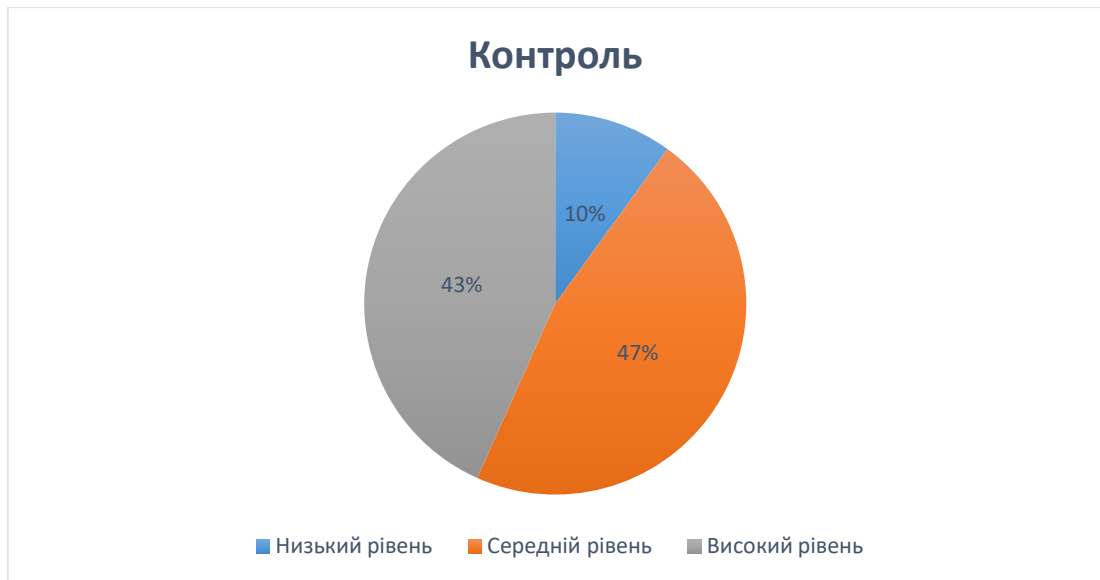


Рис.2.5. Шкала «Контроль»

За результатами, представленими на рис. 2.5, встановлено, що рівень контролю у військовослужбовців під час санаторного лікування загалом характеризується тяжінням до середніх і високих значень, що відображає різний ступінь сформованості суб'єктивного відчуття впливу на події власного життя та здатності брати відповідальність за власні рішення. Компонент «контроль» як складова життєстійкості є важливим психологічним ресурсом, оскільки забезпечує відчуття керованості ситуацією, знижує переживання невизначеності та підтримує активну адаптацію у стресових умовах.

Емпіричні дані свідчать, що низький рівень контролю виявлено у 10 % військовослужбовців, що вказує на зниження суб'єктивного відчуття впливу на життєві обставини та можливі тенденції до пасивного реагування на труднощі. У психологічному плані це може супроводжуватися переживанням безпорадності, зневірою у власних можливостях, фіксацією на зовнішніх

чинниках як вирішальних та труднощами у прийнятті самостійних рішень. В умовах післябойового досвіду та реабілітаційного періоду низький рівень контролю здатний ускладнювати адаптацію, зменшувати мотивацію до відновлення та підвищувати ризики закріплення дезадаптивних емоційних реакцій.

Найбільш поширеним є середній рівень контролю, який зафіксовано у 47 % респондентів. Це свідчить про часткове усвідомлення особистої відповідальності за події власного життя й здатність у певних ситуаціях впливати на власний стан та поведінку. Разом із тим, середній рівень може означати нестійкість контролю, залежність від зовнішніх умов, ситуативне зниження впевненості або коливання між активною позицією й очікуванням допомоги ззовні. Для цієї групи особливо актуальними є психокорекційні заходи, спрямовані на зміцнення внутрішньої опори, формування навичок саморегуляції, підвищення автономності та розвиток здатності приймати рішення в умовах невизначеності.

Водночас високий рівень контролю виявлено у 43 % обстежених, що є позитивним показником і свідчить про сформоване відчуття керованості власним життям, впевненість у власних діях та готовність активно долати труднощі. Така характеристика є важливим маркером психологічної стійкості, оскільки високий контроль підсилює здатність до конструктивного подолання стресу, зменшує інтенсивність тривожних переживань, підтримує внутрішню організованість та сприяє ефективнішому використанню реабілітаційних можливостей санаторного лікування.

Загалом аналіз результатів підтверджує, що відчуття контролю виступає суттєвим фактором психологічної стійкості та здатності протистояти стресу. Знижений рівень контролю може сприяти формуванню переживань безпорадності та пасивності, що погіршує адаптацію та підвищує ризик емоційних порушень. Натомість високий рівень контролю підсилює впевненість у власних можливостях, сприяє мобілізації ресурсів і підтримує активну позицію щодо відновлення. Таким чином, практична робота в

санаторних умовах має передбачати цілеспрямовані психологічні інтервенції, спрямовані на підвищення суб'єктивного контролю — розвиток навичок саморегуляції, когнітивної реструктуризації, постановку реалістичних цілей, зміцнення автономності та відповідальності за власний психологічний стан.

Далі можна побачити на результати за шкалою «Прийняття виклику» на рис.2.6.



Рис.2.6. Шкала «Прийняття виклику»

За результатами, представленими на рис. 2.6, встановлено, що рівень прийняття виклику у більшості військовослужбовців під час санаторного лікування є достатньо високим, що відображає загальну тенденцію до готовності сприймати складні обставини як такі, що можуть бути подолані, осмислені та інтегровані у життєвий досвід. Компонент «прийняття виклику» як складова життєстійкості характеризує здатність особистості зберігати психологічну гнучкість у ситуаціях невизначеності, адаптуватися до змін та інтерпретувати труднощі не лише як загрозу, а як потенційне джерело розвитку і зростання, що є особливо значущим у контексті післятравматичного відновлення.

Згідно з емпіричними даними, низький рівень прийняття виклику зафіксовано лише у 3 % військовослужбовців, що свідчить про мінімальну готовність до прийняття змін та нових життєвих обставин. У психологічному вимірі це може проявлятися у прагненні уникати новизни, схильності до ригідних поведінкових стратегій та підвищеній уразливості до ситуацій невизначеності. Такий профіль може бути пов'язаний із постстресовим виснаженням, емоційною вразливістю, тривожністю або потребою у максимальній стабільності як умові збереження відчуття безпеки.

Середній рівень прийняття виклику встановлено у 37 % респондентів, що вказує на помірну відкритість до змін і ситуативну готовність долати труднощі. Для цієї групи характерною є здатність мобілізуватися у складних умовах, однак така готовність може залежати від зовнішніх факторів – підтримки оточення, стабільного режиму, прогнозованості подій та рівня психоемоційного виснаження. У межах санаторної реабілітації це означає необхідність підтримувати та зміцнювати даний компонент через розвиток навичок психологічної гнучкості, формування внутрішніх опор і ресурсів, а також через акцент на смислового переосмисленні життєвих ситуацій.

Найбільш чисельною є група з високим рівнем прийняття виклику, яка становить 60 % обстежених, що є важливою позитивною тенденцією. Такий показник свідчить про виражену орієнтацію на розвиток, гнучкість мислення та готовність приймати життєві виклики, зберігаючи здатність бачити перспективу навіть після пережитого травматичного досвіду. У психологічному аспекті високий рівень прийняття виклику асоціюється зі здатністю до конструктивного переосмислення подій, більшою толерантністю до невизначеності, активнішим використанням адаптивних копінг-стратегій та готовністю до поступової реінтеграції у мирне життя.

Загалом аналіз отриманих даних свідчить про те, що значна частина респондентів схильна сприймати складні життєві ситуації як можливість для особистісного зростання, що є важливим ресурсом відновлення та психологічної адаптації. Водночас поодинокі випадки низького рівня

прийняття виклику можуть бути індикатором уникання змін, ригідності та підвищеної чутливості до невизначеності, що потребує більш індивідуалізованої психологічної підтримки. У цілому компонент «прийняття виклику» виступає одним із ключових ресурсів життестійкості, який забезпечує психічну витривалість, підтримує адаптивність та сприяє ефективнішому проходженню процесу психологічної реабілітації військовослужбовців у санаторних умовах.

Далі розглянемо рівень задоволеності життям є важливим показником суб'єктивного психологічного благополуччя особистості та відображає загальне ставлення людини до власного життя, досягнень і життєвих перспектив.

У табл. 2.3. представлені середні значення за результатами шкали задоволеності життям.

Таблиця 2.3.

Статистична характеристика результатів дослідження за шкалою задоволеності життям

Середнє	18,2
Дисперсія	7,1
Мода	13
Медіана	17

Результати дослідження за шкалою задоволеності життям відображають особливості суб'єктивного благополуччя військовослужбовців у період санаторної реабілітації та дозволяють оцінити загальну когнітивну оцінку власного життя в умовах післятравматичного досвіду. Як свідчать дані Таблиці 2.3, середній показник задоволеності життям у досліджуваній вибірці становить 18,2 бала, що вказує на помірний рівень суб'єктивного благополуччя. Такий результат є показовим для осіб, які пережили значне психоемоційне навантаження, оскільки навіть за наявності відновлювального

середовища зберігається внутрішня напруга та переоцінка життєвих орієнтирів.

Показник медіани, що дорівнює 17 балам, свідчить про те, що половина респондентів оцінює власну задоволеність життям на рівні нижчому або близькому до середнього, що вказує на наявність групи осіб із заниженою суб'єктивною оцінкою якості життя. Водночас мода, яка становить 13 балів, є значно нижчою за середнє значення та медіану, що означає: найчастіше у вибірці зустрічався саме відносно низький рівень задоволеності життям. Така розбіжність між середнім показником і модою свідчить про неоднорідність розподілу результатів та наявність контрастних груп респондентів – одні з яких демонструють більш позитивну оцінку власного життя, тоді як інші характеризуються вираженим зниженням суб'єктивного благополуччя.

Про помірний рівень індивідуальних відмінностей у вибірці свідчить дисперсія, яка становить 7,1, що вказує на середній ступінь варіативності показників задоволеності життям. Це означає, що хоча загальна тенденція вибірки тяжіє до помірних значень, індивідуальні оцінки можуть суттєво відрізнятися залежно від особистісних ресурсів, рівня життєстійкості, соціальної підтримки та ступеня психоемоційного виснаження. Зокрема, нижчі показники задоволеності життям можуть бути пов'язані з переживанням втрат, порушенням ціннісно-сислової сфери, труднощами соціальної адаптації та збереженням тривожних і депресивних симптомів.

Отримані результати узгоджуються з даними попередніх таблиць і підтверджують взаємозв'язок між емоційним станом, ресурсними характеристиками особистості та суб'єктивною оцінкою якості життя. Помірний рівень середнього показника задоволеності життям за наявності низької моди підкреслює необхідність цілеспрямованої психологічної підтримки, спрямованої не лише на зменшення симптомів тривоги й депресії, а й на відновлення смисложиттєвих орієнтацій, підвищення життєстійкості та формування позитивної перспективи майбутнього. У практичному вимірі це обґрунтовує доцільність включення до програм санаторної реабілітації

інтервенцій, орієнтованих на суб'єктивне благополуччя, розвиток саморефлексії, усвідомлення особистісних ресурсів та підтримку процесів психологічного відновлення.

Аналіз цього показника дозволяє глибше зрозуміти психологічний стан військовослужбовців і визначити напрями подальшої психологічної підтримки, на рис.2.7. можна побачити результати.

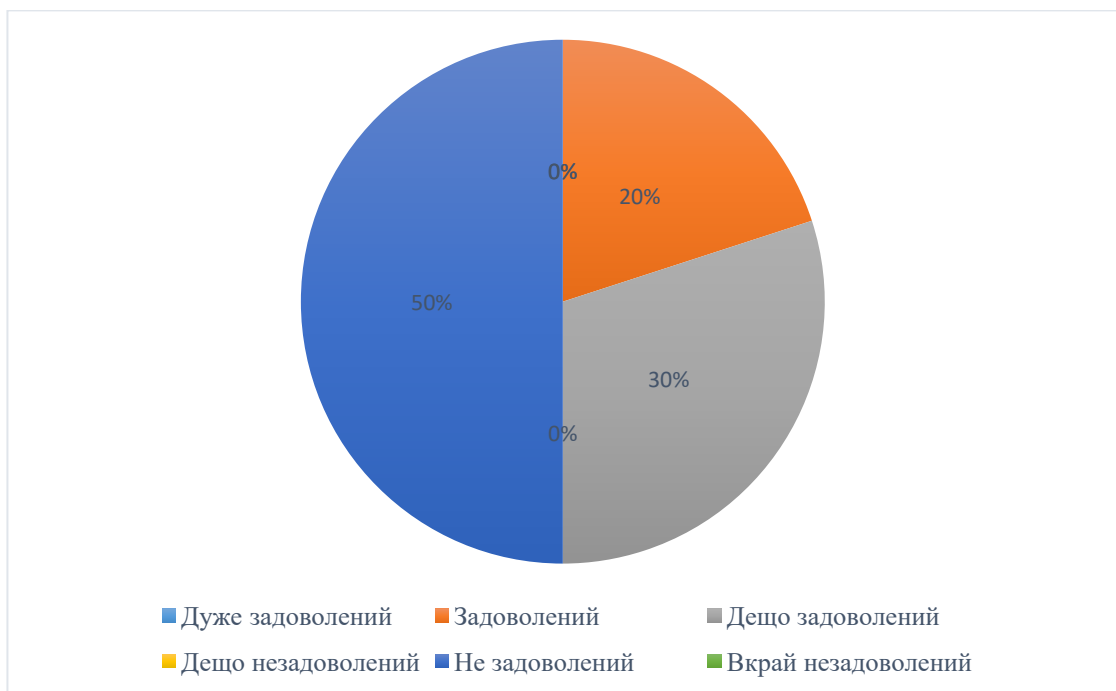


Рис.2.7. Оцінка рівня життєстійкості військовослужбовців

За результатами, представленими на рис. 2.7, встановлено, що рівень задоволеності життям у військовослужбовців під час санаторного лікування характеризується вираженою неоднорідністю, водночас загальна тенденція вибірки свідчить про переважно знижений характер суб'єктивної оцінки якості життя. Такий розподіл показників відображає складність постстресової адаптації після бойового досвіду та вплив накопиченого психоемоційного виснаження, що істотно позначається на когнітивному оцінюванні власного життєвого шляху, перспектив та життєвих обставин.

Відповідно до критеріїв інтерпретації шкали задоволеності життям, встановлено наступний відсотковий розподіл рівнів. Так, 50,0 %

військовослужбовців віднесено до категорії «не задоволені життям», що свідчить про переважання негативної оцінки власного життя, відчуття незадоволеності життєвими обставинами, внутрішньої виснаженості та можливе переживання втрати смислів і перспектив. У психологічному аспекті такі результати можуть бути пов'язані з наслідками бойової травматизації, тривалого стресового навантаження, порушеннями сну, проблемами соціальної інтеграції та труднощами повернення до мирного життя. Висока частка респондентів із низьким рівнем задоволеності життям є важливим індикатором потреби у цілеспрямованих реабілітаційних заходах, спрямованих на відновлення ресурсності та смисложиттєвих орієнтацій.

Разом із тим, 30,0 % респондентів продемонстрували рівень «дещо задоволені життям», що відображає амбівалентне ставлення до власного життєвого досвіду та сучасних умов існування. Для цієї групи характерним є поєднання позитивних і негативних оцінок: з одного боку – усвідомлення певних ресурсів та наявність підтримувальних чинників (лікування, відновлення, соціальне оточення), з іншого – переживання втрат, невизначеності майбутнього та внутрішньої напруги. Подібний рівень задоволеності може свідчити про потенціал до відновлення, який може бути реалізований за умов ефективної психологічної підтримки в санаторному середовищі.

Водночас 20,0 % обстежених віднесено до категорії «задоволені життям», що свідчить про відносно позитивне сприйняття якості життя, збереження суб'єктивного відчуття благополуччя та наявність психологічних ресурсів, які забезпечують адаптацію навіть після впливу стресових і травматичних факторів. Ця група, ймовірно, характеризується більш сформованими механізмами життєстійкості, наявністю ефективних копінг-стратегій, вищим рівнем соціальної підтримки та здатністю до переосмислення пережитого досвіду у конструктивному напрямі.

Особливістю отриманих результатів є те, що рівні «вкрай незадоволені життям», «дещо незадоволені» та «дуже задоволені життям» у досліджуваній

вибірці не виявлені, що свідчить про відсутність крайніх полярних оцінок якості життя та концентрацію показників у зоні низьких і помірних значень. Це може означати, що навіть за наявності значного незадоволення власним життям більшість респондентів не демонструє максимальної критичності оцінок, що може бути пов'язано з певними компенсаторними ресурсами, дією підтримувального середовища санаторного лікування та загальним прагненням до стабілізації стану.

Загалом аналіз отриманих даних підтверджує, що значна частина військовослужбовців демонструє низьку або помірну оцінку власного життя, що може бути наслідком тривалого психоемоційного напруження, впливу бойового досвіду та специфіки військової служби, яка змінює систему цінностей і життєвих пріоритетів. Задоволеність життям при цьому виступає важливим інтегральним показником психологічного благополуччя, оскільки відображає не лише емоційний стан, а й узагальнене ставлення особистості до власного життєвого шляху, перспектив і смисложиттєвих орієнтацій. Зниження даного показника може негативно позначатися на мотивації до відновлення, активності у реабілітаційному процесі та готовності використовувати наявні підтримувальні можливості.

Отже, отримані результати підкреслюють необхідність урахування суб'єктивної оцінки якості життя як важливого критерію у системі психологічної підтримки військовослужбовців у санаторних умовах. Практична робота має включати інтервенції, спрямовані на відновлення смисложиттєвих орієнтацій, формування коротко- і довгострокових життєвих цілей, активізацію соціальної взаємодії, підтримку почуття компетентності та контролю, що в сукупності сприятиме підвищенню задоволеності життям та ефективності реабілітації.

Для оцінки взаємозв'язків між психоемоційним станом військовослужбовців та їхньою життєстійкістю був проведений кореляційний аналіз між шкалами тривоги та депресії (HADS) та трьома компонентами Опитувальника життєстійкості: залученість, контроль і прийняття виклику.

Використано коефіцієнт Пірсона, що дозволяє оцінити силу та напрямок лінійного зв'язку між показниками у табл.2.4.

Таблиця 2.4

Взаємозв'язки між результатами за Госпітальною шкалою тривоги та депресії та Опитувальником життєстійкості

Опитувальник життєстійкості	Госпітальна шкала тривоги та депресії	
	Тривога	Диспресія
Залученість	0,177	-0,198
Контроль	-0,054	0,135
Прийняття виклику	-0,042	0,018

Примітка: * - $p < 0,05$; ** - $p < 0,01$.

Аналіз взаємозв'язків між показниками за Госпітальною шкалою тривоги та депресії (HADS) та Опитувальником життєстійкості дозволяє оцінити роль ресурсних компонентів особистості у формуванні та підтриманні психоемоційного стану військовослужбовців у період санаторного лікування. Життєстійкість у структурі психологічної адаптації розглядається як інтегративний ресурс, який потенційно здатний знижувати інтенсивність тривожних і депресивних проявів за рахунок підвищення суб'єктивного контролю, включеності у діяльність та конструктивного ставлення до труднощів.

Згідно з даними Таблиці 2.4, між компонентом життєстійкості «Залученість» та показником тривоги виявлено слабкий прямий зв'язок ($r = 0,177$), тоді як із показником депресії встановлено слабкий обернений зв'язок ($r = -0,198$). Отриманий результат свідчить, що підвищення залученості загалом асоціюється із тенденцією до зменшення депресивних проявів, що можна інтерпретувати як ресурсний ефект включеності у життєві процеси, підтримання інтересів, орієнтації на активність та відчуття смислової

наповненості. Водночас слабка позитивна кореляція залученості з тривогою може мати ситуаційний характер і пояснюватися тим, що на етапі реабілітації активізація включеності, прагнення контролювати життя та повернутися до діяльності здатні супроводжуватися певним внутрішнім напруженням, настороженістю та високою мобілізацією. У військовослужбовців після бойового досвіду активність та «включеність» інколи поєднуються з гіперпильністю, що може підсилювати фонову тривожність, особливо у період адаптації до мирного середовища.

Компонент життєстійкості «Контроль» демонструє слабкий обернений зв'язок із тривогою ($r = -0,054$) та слабкий прямий зв'язок із депресією ($r = 0,135$). Незважаючи на те, що ці кореляції є низькими за силою, тенденція до зниження тривожності при зростанні контролю є логічною з позиції психологічної теорії: суб'єктивне відчуття контролю над подіями зменшує невизначеність і знижує напруження. Водночас слабкий позитивний зв'язок контролю з депресивністю може відображати специфіку вибірки: у деяких військовослужбовців прагнення повного контролю після травматичного досвіду може формуватися як надмірна ригідність, самокритичність і внутрішнє виснаження через неможливість «повернути все як було». Тобто контроль може набувати не лише адаптивної, а й напружено-компенсаторної форми, що асоціюється із фрустрацією, зниженням настрою та симптомами депресивного спектра.

Компонент «Прийняття виклику» має слабкий обернений зв'язок із тривогою ($r = -0,042$) та майже нульовий прямий зв'язок із депресією ($r = 0,018$). Такі результати свідчать про фактичну відсутність виражених кореляцій між сприйняттям труднощів як виклику та емоційними порушеннями у даній вибірці. Це може означати, що на досліджуваному етапі санаторної реабілітації компонент «виклику» ще не виконує вираженої ресурсної функції або проявляється неоднорідно: для частини військовослужбовців «виклик» може бути ознакою адаптивності, тоді як для

інших – сигналом перенапруження, що не формує стабільної тенденції у загальному статистичному масиві.

Загалом отримані кореляційні показники мають слабку силу, що свідчить про багатофакторність формування тривожних і депресивних проявів у військовослужбовців. Психоемоційний стан після бойових дій детермінується не лише ресурсними характеристиками, але й інтенсивністю травматичного досвіду, тривалістю бойового навантаження, якістю соціальної підтримки, наявністю соматичних порушень, порушенням сну та індивідуальними копінг-стратегіями. Водночас сам факт наявності тенденції до оберненого зв'язку залученості з депресивністю підтверджує важливість розвитку включеності у життя та діяльність як одного з практичних завдань психологічної підтримки під час санаторного лікування. Це обґрунтовує доцільність використання реабілітаційних методів, спрямованих на активізацію мотивації, відновлення інтересів, включення у групові форми взаємодії, формування короткострокових цілей та підтримку смисложиттєвих орієнтацій.

Таблиця 2.5

Взаємозв'язки між результатами за опитувальником життєстійкості та шкалою задоволеності життям

Опитувальник життєстійкості	Шкала задоволеності життям
Залученість	0,164
Контроль	0,005
Прийняття виклику	0,024

Примітка: * - $p < 0,05$; ** - $p < 0,01$.

Аналіз взаємозв'язків між показниками опитувальника життєстійкості та шкали задоволеності життям дозволяє оцінити, наскільки ресурсні характеристики особистості пов'язані з когнітивною оцінкою власного життя

та рівнем суб'єктивного благополуччя військовослужбовців у період санаторного лікування. Задоволеність життям у психології розглядається як узагальнений індикатор якості життя, що відображає ступінь прийняття людиною власного життєвого шляху, відчуття сенсу, стабільності та перспективи. Життестійкість, у свою чергу, є психологічним ресурсом, який теоретично має підтримувати позитивне самосприйняття, сприяти адаптації до стресу та підвищувати здатність людини зберігати оптимізм і активність навіть у складних умовах.

Згідно з даними Таблиці 2.5, між компонентом життестійкості «Залученість» та задоволеністю життям виявлено слабкий прямий кореляційний зв'язок ($r = 0,164$). Це свідчить про тенденцію, відповідно до якої зростання залученості – тобто внутрішньої включеності у життя, готовності брати участь у діяльності, підтримувати контакти та відчувати смислову причетність до подій – супроводжується певним підвищенням суб'єктивної оцінки якості життя. Отриманий результат є психологічно закономірним, адже залученість виконує ресурсну функцію: вона пов'язана з активністю, відновленням інтересів, зниженням відчуття ізольованості та формуванням більш позитивної перспективи майбутнього, що в сукупності може підтримувати задоволеність життям навіть у ситуаціях післятравматичного відновлення.

Разом із тим компонент «Контроль» демонструє майже нульовий зв'язок із задоволеністю життям ($r = 0,005$), що фактично свідчить про відсутність кореляційної залежності у досліджуваній вибірці. Такий результат може пояснюватися тим, що суб'єктивне відчуття контролю над життям у військовослужбовців після бойового досвіду не завжди переходить у позитивне переживання благополуччя, оскільки часто супроводжується внутрішнім напруженням, необхідністю самотійно «утримувати себе» і підтримувати функціонування в умовах психологічної нестабільності. Крім того, у післябойовий період багато життєвих обставин (службові рішення, стан здоров'я, соціально-політична ситуація) залишаються частково

неконтрольованими, тому навіть високий особистісний контроль може не давати прямого відображення у загальній оцінці задоволеності життям.

Компонент життєстійкості «Прийняття виклику» також виявив дуже слабкий прямий зв'язок із задоволеністю життям ($r = 0,024$), що свідчить про відсутність істотного впливу цієї характеристики на когнітивну оцінку якості життя у межах даної вибірки. Це може означати, що у військовослужбовців на етапі санаторної реабілітації сприйняття труднощів як «виклику» ще не виступає стабільним предиктором суб'єктивного благополуччя, оскільки процес відновлення є багаторівневим і включає емоційні, фізіологічні та соціальні компоненти. Крім того, для частини осіб установка на «виклик» може асоціюватися не з розвитком, а з необхідністю постійної мобілізації, що виснажує та не підсилює відчуття задоволеності життям.

Загалом, отримані кореляційні показники характеризуються низькою силою зв'язків, що вказує на опосередкований характер впливу життєстійкості на задоволеність життям. Це означає, що суб'єктивне благополуччя військовослужбовців формується не лише ресурсними якостями особистості, а залежить від ширшого комплексу чинників: рівня тривожності й депресивності, порушень сну, соматичного стану, соціальної підтримки, переживання втрат, а також реалістичності майбутніх життєвих перспектив. У практичному контексті ці результати свідчать, що психологічна підтримка в санаторних умовах повинна бути спрямована не тільки на розвиток життєстійкості як такої, а передусім на підвищення залученості до життя, активізацію соціальних контактів, включення у групові форми взаємодії та формування індивідуальних цілей, що може опосередковано сприяти зростанню задоволеності життям.

Таблиця 2.6

Взаємозв'язки між результатами за госпітальною шкалою тривоги та депресії та шкалою задоволеності життям

	Шкала задоволеності життям
Тривога	-0,068
Депресія	0,112

Примітка: * - $p < 0,05$; ** - $p < 0,01$.

Кореляційний аналіз взаємозв'язків між показниками за госпітальною шкалою тривоги та депресії (HADS) і шкалою задоволеності життям дозволяє оцінити, наскільки емоційні порушення пов'язані із загальною когнітивною оцінкою якості життя та суб'єктивним благополуччям військовослужбовців у період санаторного лікування. Задоволеність життям виступає інтегральним показником психологічного благополуччя, який не зводиться лише до актуального настрою, а відображає більш узагальнену оцінку власного життя, життєвих перспектив та смисложиттєвих орієнтацій. Водночас тривожність і депресивність є важливими маркерами емоційного неблагополуччя, що потенційно можуть знижувати суб'єктивну якість життя та ускладнювати процес адаптації.

Згідно з даними Таблиці 2.6, між тривогою та задоволеністю життям виявлено слабкий обернений кореляційний зв'язок ($r = -0,068$). Такий результат свідчить про тенденцію, за якої підвищення тривожності супроводжується незначним зниженням суб'єктивної задоволеності життям, що є психологічно закономірним: стан постійної напруги, гіперпильності, внутрішньої мобілізації та очікування небезпеки знижує відчуття стабільності й безпеки, а отже – може негативно впливати на загальну оцінку якості життя. Водночас низький коефіцієнт кореляції вказує, що у досліджуваній вибірці цей зв'язок є слабо вираженим і не визначає задоволеність життям як провідний чинник. Це підтверджує, що навіть за

наявності підвищеної тривожності частина військовослужбовців може зберігати відносно стабільну оцінку власного життя завдяки ресурсним факторам (життєстійкість, соціальна підтримка, ціннісні орієнтири, мотивація до відновлення).

Між показником депресії та задоволеністю життям встановлено слабкий прямий зв'язок ($r = 0,112$). На перший погляд такий результат може виглядати нетиповим, оскільки депресивні прояви зазвичай асоціюються зі зниженням суб'єктивного благополуччя. Однак слабкість зв'язку та його позитивний напрям можуть пояснюватися низкою факторів, пов'язаних зі специфікою вибірки та контекстом санаторної реабілітації. Зокрема, у військовослужбовців після бойового досвіду зниження емоційної реактивності, в тому, апатичність та емоційне «вимкнення» інколи можуть сприйматися як суб'єктивне полегшення порівняно з виснажливою тривожністю й гіперзбудженням. Крім того, задоволеність життям як когнітивний показник може підтримуватися зовнішніми обставинами (перебування в санаторії, фізичне відновлення, стабільний режим, турбота з боку персоналу), які тимчасово підвищують оцінку якості життя навіть за наявності депресивного фону.

Загалом отримані результати свідчать про відсутність виражених кореляцій між емоційними станами (тривогою, депресією) та задоволеністю життям у даній вибірці, оскільки коефіцієнти кореляції мають низькі значення. Це означає, що суб'єктивне благополуччя військовослужбовців під час санаторного лікування зумовлюється більш складною системою чинників і не визначається лише рівнем тривожних чи депресивних проявів. Важливими детермінантами можуть виступати життєстійкість і резильєнтність, соціальна підтримка, відновлення фізичного стану, якість сну, наявність смисложиттєвих орієнтирів, а також рівень прийняття пережитого досвіду й перспективи майбутнього.

Практичне значення отриманих кореляційних результатів полягає в тому, що програми психологічної підтримки у санаторних умовах повинні

бути спрямовані не лише на редукцію симптомів тривоги та депресії, а й на системне підвищення суб'єктивного благополуччя: відновлення життєвих смислів, включення у соціальну взаємодію, формування цілей, розвиток ресурсів та стратегії адаптації. Саме комплексний підхід здатний забезпечити стійкі зміни у психологічному стані та якості життя військовослужбовців.

2.3. Практичні рекомендації з оптимізації психологічної підтримки під час санаторного лікування

Оптимізація психологічної підтримки військовослужбовців у період санаторного лікування має ґрунтуватися на комплексному розумінні наслідків бойового стресу, посттравматичних реакцій, емоційного виснаження та порушень адаптації, що проявляються на когнітивному, емоційному, поведінковому й соціальному рівнях. Санаторний етап реабілітації є унікальним за своїми можливостями, оскільки поєднує відносно безпечне середовище, стабільний режим, відновлення фізіологічних ресурсів та доступ до мультидисциплінарних послуг, що створює умови для системного психологічного впливу. У цьому контексті психологічна допомога має бути не фрагментарною, а структурованою, поетапною і зорієнтованою на відновлення ресурсного потенціалу, формування навичок саморегуляції, зниження дезадаптивних реакцій та підтримку соціальної інтеграції.

Першочерговим напрямом оптимізації психологічного супроводу є впровадження стандартизованої системи первинної психодіагностики у перші дні перебування військовослужбовця в санаторії. Діагностичний блок повинен включати оцінювання рівня тривожності й депресивності, інтенсивності постстресових симптомів (гіперзбудження, уникання, нав'язливі спогади), ступеня емоційного виснаження та показників життєстійкості/резильєнтності як ресурсного компонента. Доцільним є застосування коротких валідизованих скринінгових методик, що не

перевантажують клієнта, але забезпечують достатню точність для визначення актуальних потреб і ризиків. Важливо, щоб результати діагностики не лише фіксували симптоматику, а й формували основу для індивідуального реабілітаційного маршруту, який визначає пріоритетні цілі, рекомендовані форми допомоги (індивідуальна, групова), інтенсивність занять та критерії ефективності.

Другим ключовим завданням є побудова психологічної підтримки за принципом етапності, що підвищує керованість і результативність санаторної реабілітації. На початковому етапі першочерговою метою є стабілізація психоемоційного стану: зниження гострої тривоги, нормалізація сну, зменшення соматичного напруження, формування відчуття безпеки. Це досягається через психоосвіту, базові вправи саморегуляції, дихальні техніки, техніки «заземлення», м'які тілесно-орієнтовані практики, які дозволяють впливати на фізіологічні компоненти стресу. На другому етапі доцільно переходити до опрацювання травматичного досвіду, емоційних реакцій і когнітивних викривлень (надмірна пильність, катастрофізація, провина вижившого, знецінення власного ресурсу), використовуючи доказові психотерапевтичні підходи у форматі, адаптованому до санаторних умов. Завершальний етап має бути спрямований на інтеграцію отриманих навичок у повсякденну діяльність: відновлення мотивації, постановку реалістичних цілей, зміцнення впевненості, розвиток ефективних моделей комунікації та формування плану підтримки після завершення санаторного лікування.

Важливим компонентом оптимізації є збалансоване поєднання індивідуальних та групових форм психологічної роботи. Індивідуальне консультування має забезпечувати психологічну безпеку, конфіденційність, роботу зі складними переживаннями, а також індивідуалізацію технік залежно від особистісних характеристик, рівня стресостійкості та життєвого контексту. Групова робота у санаторних умовах має значний ресурсний потенціал, оскільки сприяє нормалізації переживань («зі мною не щось унікально патологічне»), формує відчуття приналежності, знижує соціальну

ізоляцію та розвиває комунікативні навички. Оптимальними форматами є психоосвітні групи, тренінги саморегуляції, навичок стресостійкості, заняття з розвитку емоційної компетентності та підтримувальні групи взаємодопомоги.

Окрему увагу слід приділити впровадженню психоосвіти як системного інструмента підвищення психологічної грамотності військовослужбовців і зниження стигматизації психологічної допомоги. Психоосвітні модулі повинні містити інформацію про нормальні реакції на ненормальні події, механізми бойового стресу та ПТСР, вплив хронічного напруження на організм, роль сну та відновлення, принципи самопомоги й звернення по підтримку. Науково обґрунтована психоосвіта допомагає знизити рівень самозвинувачення й внутрішньої напруги, підвищує усвідомленість та сприяє більш відповідальному ставленню до реабілітації.

Суттєвим напрямом є розвиток навичок саморегуляції та стрес-менеджменту, що має стати обов'язковим ядром санаторної психологічної підтримки. У рамках тренінгової роботи доцільно навчати військовослужбовців методам м'язової релаксації, контролю дихання, технікам зниження гіперзбудження, управлінню гнівом, стабілізації при флешбеках або панічних станах. Важливо також формувати навички когнітивної саморегуляції: розпізнавання автоматичних думок, зменшення катастрофізації, конструктивне переосмислення. Такі інструменти забезпечують не лише короточасне зниження напруги, а й підвищують життєстійкість як психологічний ресурс, необхідний для подальшої служби або адаптації в мирному житті.

У санаторній реабілітації значну ефективність демонструють арттерапевтичні та тілесно-орієнтовані практики, оскільки наслідки травматичного досвіду нерідко фіксуються на рівні тілесної напруги та невербалізованих переживань. Використання арттерапії (метафоричні образи, малюнок, робота з символами, колаж) дає змогу безпечно опрацьовувати емоції, знижувати внутрішній контроль, відновлювати ресурсні стани.

Тілесно-орієнтовані методики сприяють нормалізації тілесного реагування, відновленню відчуття контакту з тілом, зменшенню соматичних проявів стресу, що позитивно впливає на сон, витривалість та загальне самопочуття.

Для підвищення ефективності психологічної підтримки необхідно формалізувати міждисциплінарну взаємодію у санаторії. Психологічна допомога повинна бути інтегрованою з медичним супроводом, фізичною реабілітацією, роботою психіатра (за показаннями), соціального працівника. Оптимізація включає регулярні короткі командні консилиуми, узгодження індивідуального плану відновлення, обмін спостереженнями щодо динаміки стану. Особливо важливою є коректна маршрутизація випадків із високим ризиком: виражена депресія, залежності, тяжкі посттравматичні симптоми, суїцидальний ризик, психотичні прояви – такі випадки потребують спеціалізованого втручання і не можуть обмежуватися загальним психологічним супроводом.

Суттєвим напрямом оптимізації є сімейно-орієнтований компонент. Повернення військовослужбовця в родину після бойового досвіду часто супроводжується конфліктами, нерозумінням, зміною ролей і дистанціюванням, тому психологічна підтримка в санаторних умовах має включати елементи роботи з близькими: консультації (очно або дистанційно), психоосвіту для членів родини, тренування навичок конструктивної комунікації та підтримки. Такий підхід знижує ризики повторної дезадаптації та посилює ефект реабілітації через залучення найближчого соціального ресурсу.

Важливою умовою оптимізації психологічної підтримки є моніторинг ефективності на основі чітко визначених критеріїв. Рекомендується проводити повторну психодіагностику наприкінці санаторного курсу, порівнюючи показники тривоги, депресії, постстресових симптомів, життєстійкості та задоволеності життям. Оцінювання динаміки має поєднувати кількісні показники (тести, шкали) та якісні критерії (самозвіт про сон, рівень напруги, здатність керувати емоціями, соціальна активність).

Такий підхід не лише підвищує наукову обґрунтованість реабілітаційних програм, а й дозволяє персоналізувати допомогу та визначати компоненти, що демонструють максимальну результативність.

Отже, оптимізація психологічної підтримки під час санаторного лікування передбачає впровадження стандартизованої діагностики й індивідуального маршруту, поетапної структури реабілітації, поєднання індивідуальної та групової роботи, обов'язковий розвиток навичок саморегуляції, застосування арттерапевтичних і тілесно-орієнтованих практик, міждисциплінарну взаємодію та залучення родини до процесу підтримки. Реалізація цих рекомендацій забезпечує не лише короткочасне полегшення стану військовослужбовців, а й формування стійких психологічних ресурсів, що підвищують адаптаційний потенціал, сприяють відновленню суб'єктивного благополуччя та покращенню якості життя.

Висновки до другого розділу

У розділі 2 було здійснено цілісне емпіричне дослідження психоемоційного стану та ресурсних характеристик військовослужбовців у період санаторно-курортного лікування, а також сформульовано практичні орієнтири щодо оптимізації психологічної підтримки в умовах реабілітаційного закладу. Відповідно до мети дослідження – емпірично вивчити психологічні особливості військовослужбовців і обґрунтувати рекомендації щодо їх підтримки та відновлення – було сформовано вибірку з 30 осіб віком 25–47 років, які проходили лікування у клінічному санаторії «Роца» (Харківська обл., пгт Пісочин). Для отримання надійних і валідних даних застосовано комплекс методик: HADS (оцінка тривоги й депресії), Hardiness Survey (життестійкість: залученість, контроль, прийняття виклику) та шкалу задоволеності життям (SWLS). Обробка результатів здійснювалася засобами описової статистики й кореляційного аналізу Пірсона, що

забезпечило можливість як кількісно охарактеризувати стан вибірки, так і оцінити взаємозв'язки між симптоматикою та ресурсними показниками.

Емпіричні результати засвідчили, що для досліджуваної групи характерний помірний, але психологічно значущий рівень емоційного неблагополуччя. Середні значення за HADS становили 8,4 бала за шкалою тривоги та 7,9 бала за шкалою депресії, що відповідає переважно субклінічному рівню проявів. Водночас медіана та мода (по 9 балів для обох шкал) вказують на «пограничну» концентрацію результатів у значної частини респондентів: типове значення симптомів наближається до клінічно значущої межі, а отже потребує системної психологічної уваги навіть за відсутності формально діагностованого розладу. Аналіз частотних розподілів доповнив ці висновки: нормативні показники тривоги мали 46,7% осіб, субклінічні – 30,0%, клінічно виражені – 23,3%. Щодо депресії: у межах норми перебували 43,3%, субклінічний рівень зафіксовано у 40,0%, клінічно виражений – у 16,7%. Таким чином, майже половина вибірки демонструє симптоматику, яка хоча й часто не досягає клінічного порога, проте формує «зону ризику» щодо хронізації дезадаптивних постстресових реакцій, зниження якості життя та ускладнення реадптації.

Дослідження життестійкості показало неоднорідність ресурсного потенціалу військовослужбовців у реабілітаційний період. За компонентами життестійкості зафіксовані середні значення 17,8; 19,0; 22,6 із різною варіативністю (найбільша – у третього компонента, дисперсія 16,9), що вказує на суттєві індивідуальні відмінності в адаптаційних ресурсах. Рівневий аналіз загальної життестійкості засвідчив, що 36,7% респондентів мають низький рівень, 20,0% – нижчий за середній, 16,7% – середній, 16,7% – вищий за середній і лише 10,0% – високий. Це означає, що понад половина вибірки зосереджена в діапазоні низьких ресурсів (низький та нижчий за середній), що є вагомим практичним аргументом на користь спеціально спрямованих програм розвитку стресостійкості, саморегуляції, суб'єктивного контролю та залученості як ключових опор відновлення.

Структурний аналіз компонентів життєстійкості деталізував картину ресурсів. За шкалою «Залученість» переважав середній рівень (57%), високий рівень мали 30%, низький – 13%, що може свідчити про загальну тенденцію до відносно збереженої включеності у діяльність у межах санаторного режиму, але наявність підгрупи з емоційною відстороненістю та зниженням мотиваційно-смыслових ресурсів. За шкалою «Контроль» високий рівень встановлено у 43%, середній – у 47%, низький – у 10%, що в цілому є позитивним показником, однак середній рівень у майже половини вибірки відображає нестійкість відчуття керованості життям і потенційну залежність від зовнішніх умов. Найбільш оптимістичною виявилася шкала «Прийняття виклику»: високий рівень зафіксовано у 60%, середній – у 37%, низький – лише у 3%, що дозволяє розглядати психологічну гнучкість і готовність до змін як один із провідних ресурсів цієї вибірки, який доцільно активно використовувати у реабілітаційних інтервенціях (через переосмислення, постановку цілей, побудову перспективи).

Показники задоволеності життям у військовослужбовців, попри санаторні умови, залишаються переважно зниженими. Середній бал становив 18,2 (медіана 17; мода 13), що відповідає зоні «дещо незадоволені» та вказує на домінування напруженої, амбівалентної або негативної когнітивної оцінки власного життя. Рівневий розподіл підтвердив це: 50,0% респондентів віднесено до категорії «не задоволені життям», 30,0% – «дещо задоволені», 20,0% – «задоволені». Відсутність крайніх полюсів (вкрай незадоволені/дуже задоволені) свідчить про концентрацію станів у зоні низько-помірних оцінок: з одного боку, без «максимальної критичності», а з іншого – без достатньої позитивної перспективи. Це підкреслює, що психологічне відновлення для значної частини військовослужбовців пов'язане не лише зі зменшенням симптомів, а й із відбудовою ціннісно-смыслові сфери, відновленням відчуття перспективи та суб'єктивної «якості життя».

Кореляційний аналіз, проведений між тривогою, депресією, компонентами життєстійкості та задоволеністю життям, загалом виявив

слабкі взаємозв'язки (коефіцієнти r низькі), що підтверджує багатофакторність психоемоційного стану військовослужбовців у період реабілітації. Найпомітнішою тенденцією є слабкий обернений зв'язок залученості з депресією ($r = -0,198$), а також слабкий прямий зв'язок залученості із задоволеністю життям ($r = 0,164$). Це дозволяє розглядати залученість як практично значущий «вузловий» ресурс: підтримка активності, включення у взаємодію, відновлення інтересів і смислів можуть одночасно знижувати депресивні прояви та опосередковано підвищувати суб'єктивне благополуччя. Водночас слабкі або майже нульові кореляції інших компонентів (контроль, прийняття виклику) із задоволеністю життям та показниками HADS вказують, що в умовах санаторного етапу ці ресурси можуть працювати опосередковано або проявлятися неоднаково в різних підгрупах, а також залежать від додаткових чинників (інтенсивність травматичного досвіду, соматичний стан, якість сну, соціальна підтримка, особливості копінгу).

Завершальним результатом розділу стало формування практичних рекомендацій щодо оптимізації психологічної підтримки у санаторних умовах. Підсумовуючи, емпіричні дані обґрунтовують необхідність: стандартизованої первинної психодіагностики на початку курсу для визначення ризиків і побудови індивідуального маршруту; поетапної структури психологічної допомоги (стабілізація – опрацювання реакцій/когніцій – інтеграція навичок і план підтримки після санаторію); поєднання індивідуальної та групової роботи як взаємодоповнювальних форматів; системного розвитку навичок саморегуляції та стрес-менеджменту; використання арттерапевтичних і тілесно-орієнтованих методів як інструментів роботи з невербалізованими переживаннями й тілесною напругою; міждисциплінарної взаємодії та чіткої маршрутизації складних випадків до профільних фахівців; залучення сім'ї як важливого ресурсу реадаптації; моніторингу ефективності через повторну діагностику та якісні критерії змін.

Отже, розділ 2 підтвердив, що санаторне лікування створює сприятливі умови для психологічного відновлення, однак значна частина військовослужбовців перебуває у зоні субклінічних/пограничних проявів тривоги й депресії, має знижені показники задоволеності життям та неоднорідний рівень життєстійкості з домінуванням низьких ресурсних груп. Це вимагає не лише підтримувальних заходів, а системної, структурованої та рівнево диференційованої психологічної реабілітації, спрямованої одночасно на редукцію симптомів, розвиток життєстійкості та відновлення суб'єктивного благополуччя.

ВИСНОВКИ

У дипломній роботі здійснено комплексний теоретико-емпіричний аналіз проблеми психологічної підтримки та реабілітації військовослужбовців у контексті подолання наслідків бойового стресу та посттравматичних реакцій, а також обґрунтовано практичні напрями оптимізації психологічного супроводу в умовах санаторного лікування. Актуальність дослідження зумовлена тим, що сучасні умови військової служби пов'язані з тривалим перебуванням в екстремальних ситуаціях, високим рівнем загрози життю, хронічним психоемоційним напруженням, втратами й накопичувальним травматичним досвідом. Усе це спричиняє зниження адаптаційного потенціалу, порушення емоційної регуляції, виснаження ресурсів та ускладнення повернення до мирного функціонування.

У процесі виконання дослідження встановлено, що психологічна підтримка військовослужбовців має розглядатися як системний комплекс заходів, спрямованих на стабілізацію стану, зниження гострого напруження, відновлення суб'єктивного відчуття безпеки й контролю, формування навичок саморегуляції та активізацію ресурсів особистості. Водночас психологічна реабілітація є ширшим процесом, спрямованим не лише на редукцію симптомів, а й на відновлення психічного здоров'я, працездатності, соціальної активності й особистісної цілісності. Таким чином, підтримка виконує роль первинної стабілізації та профілактики поглиблення порушень, тоді як реабілітація забезпечує стійкі зміни й довготривалу інтеграцію досвіду.

Теоретичний аналіз засвідчив, що серед найтипівіших психоемоційних наслідків бойового досвіду виділяються бойовий стрес, оперативна втома, реакції гострого стресу та ПТСР. Їх прояви охоплюють емоційну (тривожність, дратівливість, емоційне «оніміння», апатія), когнітивну (нав'язливі спогади, зниження концентрації, негативні переконання),

поведінкову (уникання, ізоляція, конфліктність, ризиковані стратегії саморегуляції) та соматичну (порушення сну, гіперзбудження, психосоматичні скарги) сфери. Наголошено, що бойова травматизація часто має кумулятивний характер, а отже потребує не фрагментарної, а поетапної реабілітаційної роботи.

Визначено, що важливими ресурсними чинниками відновлення виступають життестійкість (*hardiness*) та резильєнтність, які зменшують вразливість до наслідків стресу та підвищують здатність до адаптації. Життестійкість як інтегративна характеристика включає три компоненти: залученість, контроль і прийняття виклику, кожен з яких відіграє роль у підтриманні мотиваційно-сислової сфери, автономності та психологічної гнучкості. З позицій сучасної психології надзвичайно важливо, що відновлення передбачає не лише зменшення симптомів, а й повернення здатності до саморегуляції, смислотворення, соціальної взаємодії та перспективного планування життя.

Особливу увагу в роботі приділено санаторному лікуванню як етапу психологічної і фізичної реабілітації. Доведено, що санаторне середовище має значний відновлювальний потенціал завдяки поєднанню структурованого режиму, фізіотерапевтичних процедур, кліматотерапії, зниження дії стресорів, відновлення сну, а також можливості групової взаємопідтримки серед побратимів. Санаторний етап виступає своєрідним «перехідним містком» між бойовим контекстом і мирним життям, забезпечуючи психологічну паузу, стабілізацію нервової системи та основу для більш глибокої психокорекційної роботи.

Емпіричне дослідження проведено на базі клінічного санаторію «Роща», вибірку склали 30 військовослужбовців віком 25–47 років. Для оцінювання психологічного стану використано комплекс методик, що дозволив дослідити як симптоматичний рівень, так і ресурсний потенціал: HADS (тривога/депресія), опитувальник життестійкості, SWLS

(задоволеність життям). Статистична обробка здійснювалася методами описової статистики та кореляційного аналізу Пірсона.

Отримані результати засвідчили, що у вибірці виявлено помірно виражені тривожні та депресивні прояви із переважанням субклінічного рівня, проте значна частина учасників продемонструвала пограничні та клінічно значущі показники. Зокрема, за шкалою тривоги: майже половина учасників перебуває в межах норми, проте третина має субклінічні прояви, а близько чверті – клінічно значущу тривожність, що вказує на високий рівень внутрішньої напруги, гіперпильності та потребу в інтенсивнішому супроводі. Аналогічно щодо депресії: попри достатню частку нормативних значень, значна група учасників демонструє субклінічну депресивність, що може відображати астеничні прояви виснаження, втрату життєвої енергії й труднощі смислової реадаптації, а також є фактором ризику хронізації неблагополуччя.

Аналіз життєстійкості показав значну варіативність ресурсного потенціалу: у частини військовослужбовців виявлено низький або нижчий за середній рівень життєстійкості, що свідчить про вразливість до стресу, нестійкість копінг-стратегій та потребу в цілеспрямованих інтервенціях щодо відновлення ресурсу. Водночас найбільш вираженим компонентом для більшості учасників стало прийняття виклику, що може розглядатися як позитивний прогностичний чинник – готовність до змін, толерантність до невизначеності та потенціал до посттравматичного зростання за умов підтримки.

Дослідження задоволеності життям виявило переважно знижені значення: половина вибірки класифікується як «не задоволені життям», що свідчить про кризу перспективи, переоцінку цінностей, втрату звичних життєвих опор та складність інтеграції бойового досвіду у цивільну реальність. Водночас наявність групи з помірним або достатнім рівнем задоволеності життям підтверджує, що санаторне середовище й ресурсні особистісні характеристики можуть виконувати стабілізуючу роль.

Кореляційний аналіз виявив загалом слабкі взаємозв'язки між симптоматичними показниками (тривога/депресія), життєстійкістю та задоволеністю життям, що підтверджує багатфакторність психологічного стану військовослужбовців. Разом із тим, тенденція оберненого зв'язку між залученістю та депресивністю дозволяє стверджувати, що підвищення життєвої включеності може виконувати захисну роль і зменшувати прояви емоційного виснаження. У практичному вимірі це означає необхідність не лише «знімати симптоми», а цілеспрямовано відновлювати мотиваційно-смысловий компонент через активізацію соціальної участі, постановку реалістичних цілей, формування перспективи.

На основі теоретичних положень і результатів емпіричного дослідження обґрунтовано практичні рекомендації щодо оптимізації психологічної підтримки в санаторних умовах. Ключовими напрямками визначено: стандартизований первинний скринінг у перші дні перебування; побудова індивідуального реабілітаційного маршруту; реалізація етапності підтримки (стабілізація, психокорекція, інтеграція навичок); поєднання індивідуальних і групових форм роботи; розвиток життєстійкості через тренінги саморегуляції, відновлення суб'єктивного контролю, корекцію когнітивних викривлень та підтримку залученості. Наголошено на необхідності міждисциплінарного підходу, оскільки наслідки бойового стресу мають біопсихосоціальну природу та потребують координації роботи психолога, лікаря, фізичного терапевта і, за потреби, психіатра та соціального працівника.

Таким чином, проведене дослідження підтвердило, що психологічна підтримка та реабілітація військовослужбовців у період санаторного лікування є критично важливою складовою їхнього відновлення. Ефективність реабілітації визначається не лише медичним лікуванням, а й системною психологічною роботою, спрямованою на стабілізацію психоемоційного стану, розвиток життєстійкості, формування адаптивних копінг-стратегій, відновлення смисложиттєвих орієнтацій і поступову

соціальну реінтеграцію. Запропоновані рекомендації мають практичне значення та можуть бути використані у діяльності психологів санаторно-реабілітаційних закладів для підвищення результативності допомоги військовослужбовцям, які повертаються з бойових дій.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Алешенко В. І., Кокун О. М. Сучасні виклики психологічного супроводу військовослужбовців. *Актуальні проблеми психології*. 2023. Т. 7, вип. 56. С. 12–20.
2. Beck A. T., Steer R. A., Brown G. K. *Manual for the Beck Depression Inventory-II*. San Antonio : Psychological Corporation, 1996. 38 p.
3. Бойовий стрес та психічна травма: інформаційно-аналітичний довідник. Київ : НАПН України, 2021. 158 с.
4. Бриндіков Ю. Л. Психологічна допомога військовослужбовцям в умовах бойового стресу: теорія і практика. Львів : ЛНУ імені Івана Франка, 2018. 220 с.
5. Войтех О. В., Войтех К. В. Психологічний супровід військовослужбовців у міжнародних операціях. *Вісник Національного університету оборони України*. 2019. № 2. С. 89–96.
6. Воробйова І. В., Мацегора Я. В., Колесніченко О. С., Приходько І. І. Психологічний супровід військовослужбовців, які виконують службово-бойові завдання в екстремальних умовах : методичні рекомендації. Харків : НА НГУ, 2015. 69 с.
7. Горбенко О. В. Психологічні механізми розвитку посттравматичних розладів у військовослужбовців. Київ : Київський нац. ун-т імені Тараса Шевченка, 2019. 178 с.
8. Гулівець М. В. Психологічний супровід у системі реабілітації військовослужбовців після бойових травм. *Науковий вісник ХНПУ*. 2021. № 4. С. 98–105.
9. Дубчак Г. М. Психологічна реабілітація учасників бойових дій: сучасні підходи та програми. Київ : Наукова думка, 2020. 240 с.

10. Жигайло Н. І. Особливості психологічного супроводу військовослужбовців у зоні бойових дій. *Вісник Львівського національного університету. Серія психологічна*. 2022. № 13. С. 112–120.

11. Комар З. О. Психологічна стійкість воїна: теорія і практика : навчальний посібник. Чернігів : ЧНПУ, 2019. 210 с.

12. Кокур О. М. Психологічна стійкість особистості: діагностика, розвиток, підтримка : навч.-метод. посібник. Київ : Ін-т психології ім. Г. С. Костюка НАПН України, 2018. 160 с.

13. Кокур О. М. Посттравматичне зростання військовослужбовців і ветеранів: методичний посібник. Ч. 2. Рекомендації для психологів. Київ : Ліра-К, 2025. 292 с.

14. Кокур О. М. Психологічна стійкість особистості в умовах бойових дій : монографія. Київ : Інститут психології імені Г. С. Костюка НАПН України, 2022. 240 с.

15. Кокур О. М. Забезпечення психологічної стійкості військовослужбовців в умовах бойових дій : методичний посібник. Київ, 2023. 146 с.

16. Кокур О. М., Лозінська Н. С. Психологічна підтримка військовослужбовців та ветеранів: практичні рекомендації для фахівців. Київ : Ліра-К, 2021. 180 с.

17. Кокур О. М., Мельничук Т. В. Резилієнс як психологічний ресурс особистості: практичний посібник. Київ, 2020. 128 с.

18. Корнієнко І. О., Лісовецька І. М., Луценко Ю. А., Романовська Д.Д. Досвід надання допомоги дітям і сім'ям – жертвам військового конфлікту : практичний посібник. Київ : УНМЦ практичної психології і соціальної роботи, 2017. 152 с.

19. Кучеренко С. М. Психологічний супровід службово-бойової діяльності військовослужбовців Національної гвардії України : навчальний посібник. Київ : НАВС, 2019. 214 с.

20. Климчук В. О. Психологія посттравматичного зростання : монографія. 2-ге вид., перероб. і доп. Кропивницький : Імекс-ЛТД, 2021. 158 с.
21. Karatzias T., Cloitre M. Advances in PTSD treatment: where next? *The Lancet Psychiatry*. 2019. Vol. 6(5). P. 389–390.
22. Литвиненко О. Д. Психологічна адаптація військовослужбовців після участі в бойових діях. Харків : ХНУ імені В. Н. Каразіна, 2018. 196 с.
23. Lang A. J. et al. A clinician’s guide to the 2023 VA/DoD Clinical Practice Guideline for Management of Posttraumatic Stress Disorder and Acute Stress Disorder. *Journal of Traumatic Stress*. 2024. Vol. 37(1). P. 19–34.
24. Макаренко Н. В. Психологія стресу і стресостійкості : навчальний посібник. Київ : Центр учбової літератури, 2016. 256 с.
25. Медико-психологічна допомога при бойовій психічній травмі : методичні рекомендації. Київ : МОЗ України, 2022. 98 с.
26. Мельник О. В. Посттравматичне зростання та адаптація військовослужбовців. *Актуальні проблеми психології*. 2021. № 4. С. 25–33.
27. Михальський А. В., Царьов Ю. О. Посттравматичний стресовий розлад: історичний огляд. *Проблеми сучасної психології*. 2011. Вип. 12. С. 687–697.
28. Moore M. J. Veteran and Military Mental Health Issues. *StatPearls Publishing*. 2023.
29. Нечитайло М. М. Психологічна допомога при посттравматичному стресовому розладі: практикум для психологів. Львів : Свічадо, 2019. 144 с.
30. Особливості психологічних травм військовослужбовців : зб. наук. праць. Запоріжжя, 2021. 134 с.
31. Ohlsson A. та ін. Social and psychological support for military personnel and veterans: A scoping review. *Journal of Veterans Studies*. 2024. Vol. 10(1).

32. Орбан-Лембрик Л. Е. Соціальна психологія : підручник. 3-тє вид., доп. і перероб. Київ : Либідь, 2017. 624 с.
33. Павлик Н. В. Психологічні основи кризового консультування в умовах воєнного часу : навч. посібник. Київ : Академвидав, 2023. 180 с.
34. Панок В. Г. Психологічний супровід військовослужбовців в умовах війни. *Психологія і суспільство*. 2023. № 2. С. 45–56.
35. Психологічна допомога при надзвичайних ситуаціях : навчально-методичний посібник. Київ : ДСНС України, 2020. 210 с.
36. Психологічний журнал: спецвипуск «ПТСР у військовослужбовців». Київ, 2023. 112 с.
37. Психологічний супровід воєнного та повоєнного періоду: референтний огляд навчально-методичних матеріалів. Київ : НАПН України, 2025. 140 с.
38. Психологічний супровід незламних : методичні рекомендації. Київ, 2024. 96 с.
39. Психологічний супровід особистості в умовах війни : навч. посіб. / за ред. О. М. Кокуна. Київ, 2022. 312 с.
40. Психологічні технології підтримки психічного здоров'я військових : матеріали наук.-практ. конф. Київ, 2022. 98 с.
41. Романовська Д. Д. Психологічна реабілітація учасників бойових дій: групові методи роботи : навч.-метод. посібник. Київ : КНУ, 2018. 132 с.
42. Савченко О. В., Колесніченко Л. А. Життєві смисли як чинник психологічної стійкості військовослужбовців. *Insight: Psychological Dimensions of Society*. 2021. № 5. С. 34–42.
43. Сидоренко Є. В. Методи математичної обробки в психології. Київ : Літера ЛТД, 2016. 384 с.
44. Скрипченко О. В. Психологія особистості : підручник. Київ : Каравела, 2015. 512 с.

45. Тарасова І. О., Родченко Л. М. Психологічна допомога та відновлення військовослужбовців після участі в бойових діях. Київ : МАУП, 2021. 186 с.
46. Харитинський А. Ю. Технології психологічного супроводу суб'єктивного благополуччя військовослужбовців. *Вісник КНУ імені Тараса Шевченка. Психологія*. 2022. № 1. С. 54–61.
47. Connor K. M., Davidson J. R. T. Development of a new resilience scale: The Connor–Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depression and Anxiety*. 2003. Vol. 18. P. 76–82.
48. Шевченко В. В. Діагностика посттравматичного стресового розладу у військовослужбовців. *Психологічний журнал*. 2020. № 3. С. 67–75.
49. Шеленкова Н. А. Посттравматичний стресовий розлад: діагностика та особливості прояву. *Психологічні науки*. 2020. № 1. С. 41–49.
50. Швець А. В. Вплив інформаційних факторів на психічне здоров'я військовослужбовців. *Український журнал медицини та психології*. 2022. № 4. С. 73–80.
51. Яворська-Ветрова І. В. Психологічні ресурси подолання травматичного досвіду у військовослужбовців. Київ : Ін-т соц. та політ. психології НАПН України, 2022. 164 с.