

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ОДЕСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ ЕКОНОМІЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**

Кафедра мовної та психолого-педагогічної підготовки

Допущено до захисту

Завідувачка кафедри
д. психол.н. _____ Асєєва Ю.О.
/підпис/
“ ____ ” _____ 2025 р.

**КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА
на здобуття освітнього ступеня магістра**

Зі спеціальності 053 «Психологія»
(шифр та найменування спеціальності)

За освітньою програмою «Практична психологія»
(назва освітньої програми)

На тему: **«ОСОБЛИВОСТІ СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ
РЕАБІЛІТАЦІЇ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ»**

Виконавець
здобувачка Центру заочної форми
навчання
Бедрадіна Ганна Костянтинівна

/підпис/

Науковий керівник
к.політ.н., доцент
Безродна Віра Іллівна _____
/підпис/

Одеса - 2025

ЗМІСТ

	стор.
ВСТУП	3
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ	8
1.1. Соціально-психологічна реабілітація: сутність, принципи та завдання	8
1.2. Методологічні підходи до розуміння процесу реабілітації (біопсихосоціальна модель, екосистемний підхід, культурно-історична парадигма)	15
1.3. Порівняльний аналіз зарубіжних та вітчизняних концепцій реабілітації військовослужбовців	22
Висновки до розділу 1	30
РОЗДІЛ 2. ОСОБЛИВОСТІ СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ	33
2.1. Психологічні наслідки участі у бойових діях (посттравматичний стресовий розлад, професійне вигорання, ресоціалізаційні труднощі)	33
2.2. Характеристика методик та організація емпіричного дослідження	42
2.3. Результати емпіричного дослідження стану психологічного здоров'я військовослужбовців	50
Висновки до розділу 2	62
РОЗДІЛ 3. ШЛЯХИ ТА ПЕРСПЕКТИВИ ОПТИМІЗАЦІЇ СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ В УКРАЇНІ	64
3.1. Перспективи удосконалення системи реабілітації військовослужбовців в Україні	64
3.2. Розробка та апробація програми соціально-психологічної підтримки	66
3.3. Методичні рекомендації для практичних психологів і соціальних працівників	71
Висновки до розділу 3	75
ВИСНОВКИ	77
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	80

ДОДАТКИ

94

ВСТУП

Обґрунтування вибору теми дослідження. Сучасні воєнні події в Україні зумовлюють особливу увагу науковців і практиків до проблеми соціально-психологічної реабілітації військовослужбовців. Участь у бойових діях, переживання психотравмуючих подій, втрата побратимів та складнощі повернення до мирного життя формують комплекс психологічних і соціальних труднощів, які потребують системної допомоги. В умовах воєнного стану та післявоєнної відбудови суспільства забезпечення ефективної реабілітації військовослужбовців є не лише соціальною, а й стратегічною необхідністю для національної безпеки та сталого розвитку держави.

Необхідність висвітлення проблематики змін які відбуваються внаслідок україно-російської війни на рівні ментального здоров'я військово-службовців потребують пошуку напрямів подолання їх наслідків з використанням міжнародного досвіду та розробки комплексних, інноваційних програм соціально-психологічної реабілітації, і визначило тему кваліфікаційної роботи.

Об'єктом дослідження є процес соціально-психологічної реабілітації військовослужбовців.

Предметом дослідження є особливості соціально-психологічної реабілітації військовослужбовців.

Метою кваліфікаційної роботи є визначення особливостей соціально-психологічної реабілітації військовослужбовців та розробка рекомендацій щодо підвищення її ефективності.

Мета дослідження обумовила наступні завдання:

- визначити сутність, принципи та завдання соціально-психологічна реабілітація;
- проаналізувати методологічні підходи до розуміння процесу реабілітації (біопсихосоціальна модель, екосистемний підхід, культурно-історична парадигма);

- зробити порівняльний аналіз зарубіжних та вітчизняних концепцій реабілітації військовослужбовців;
- виокремити психологічні наслідки участі у бойових діях (посттравматичний стресовий розлад, професійне вигорання, ресоціалізаційні труднощі);
- надати характеристику методик та організації емпіричного дослідження
- проаналізувати результати емпіричного дослідження стану психологічного здоров'я військовослужбовців;
- визначити перспективи удосконалення системи реабілітації в Україні;
- запропонувати програму соціально-психологічної підтримки;
- розробити методичні рекомендації для практичних психологів і соціальних працівників.

Методологічна база дослідження. Методологічну основу роботи становить сукупність загальнонаукових, емпіричних і статистичних методів, спрямованих на всебічне вивчення досліджуваного явища та забезпечення достовірності отриманих результатів. До теоретичних методів належать аналіз, синтез, узагальнення та порівняння наукової інформації, що дозволило систематизувати підходи вітчизняних і зарубіжних учених до розуміння сутності досліджуваної проблематики. Застосування цих методів забезпечило формування теоретико-методичних засад роботи, уточнення основних понять і визначення напрямів подальшого емпіричного вивчення.

Емпіричні методи були спрямовані на діагностику психоемоційного стану респондентів. Для оцінювання рівня депресії використано «Анкету здоров'я пацієнта» PHQ-9 (Patient Health Questionnaire), розроблену Robert L. Spitzer, Janet B. Williams та Kurt Kroenke за підтримки компанії Pfizer Inc [1]. Загальний рівень тривожності визначався за допомогою «Шкали тривоги Бека» (Beck Depression Inventory, BDI) [2]. Оцінювання інтенсивності проявів

посттравматичного стресового розладу здійснювалося за «Міссісіпською шкалою посттравматичного стресового розладу» (Mississippi Scale for Combat-Related PTSD), модифікованою Т. М. Кеапе [3].

Статистичні методи передбачали використання елементів описової статистики для здійснення якісного та кількісного аналізу отриманих емпіричних даних, їх узагальнення та інтерпретації. Застосування статистичних методів дало змогу об'єктивно представити результати дослідження та виявити закономірності, притаманні досліджуваному показнику.

Експериментальна частина дослідження була реалізована впродовж літнього періоду 2025 року. У дослідженні взяли участь 100 військовослужбовців, призваних до лав Збройних Сил України після початку повномасштабного вторгнення. Серед учасників – 10 жінок та 90 чоловіків віком від 25 до 50 років. Емпіричні дані було зібрано дистанційним способом із використанням онлайн-ресурсів, що забезпечило можливість участі респондентів незалежно від їхнього місця перебування та гарантувало дотримання етичних принципів добровільності та конфіденційності.

Теоретичною і методологічною основою дослідження становлять наукові праці українських і зарубіжних учених, присвячені питанням психічного здоров'я, адаптації та реабілітації військовослужбовців, які зазнали впливу бойових дій. Серед українських науковців слід відзначити А. М. Гриньзовського, який досліджує психосоціальні аспекти реабілітації поранених військовослужбовців [4]; Т. В. Шаповалову, що аналізує програми соціально-психологічної адаптації ветеранів війни до цивільного життя [5]; В. І. Козявкіна, автора системи інтенсивної нейрофізіологічної терапії, що має значення у відновленні функцій після травм [6]; О. І. Романчук, яка займається вивченням психотравматичних наслідків бойового стресу [7]; та Л. М. Карамушку, котра розробляє методичні підходи до психологічної допомоги військовим і членам їхніх родин [8]. До зарубіжних дослідників, чийі праці становлять важливу методологічну основу дослідження, належать Andreas

Maercker (Німеччина) [9], який розробив концепцію соціально-міжособистісних аспектів посттравматичного стресу; Josef I. Ruzek (США) [10], що спеціалізується на лікуванні ПТСР у ветеранів за допомогою когнітивно-поведінкових підходів; Edward Tick (США) [11], автор концепції «soul wound» – душевної травми у ветеранів; Bessel van der Kolk (Нідерланди – США) [12], який обґрунтував нейропсихологічні механізми травми; а також Judith L. Herman (США) [13], яка досліджує комплексні форми ПТСР та моделі психологічної реінтеграції після травматичних подій. Сукупність цих наукових підходів дала змогу визначити методологічні орієнтири дослідження, окреслити його теоретичні засади та забезпечити цілісність інтерпретації отриманих результатів.

Інформаційна база дослідження. Дослідження по темі кваліфікаційної роботи проводилися за допомогою літературних джерел, матеріалів офіційних сайтів, останніх досліджень науковців з даної тематики, законодавчих та нормативних актів України, праць вітчизняних та зарубіжних науковців, власних спостережень, періодичних видань, матеріалів мережі Інтернет.

Практичне значення отриманих результатів полягає в можливості їх використання у навчально-виховному процесі закладів вищої освіти під час викладання дисциплін психологічного та соціально-гуманітарного спрямування для підготовки майбутніх психологів і соціальних працівників. Матеріали дослідження можуть бути корисними для науковців, які вивчають питання соціально-психологічної підтримки, адаптації та реабілітації військовослужбовців у повоєнний період. Отримані результати можуть також бути застосовані у практичній діяльності фахівців із психологічної допомоги, зокрема при розробленні тренінгових програм, психокорекційних заходів і систем підтримки військових та членів їхніх сімей. Окремі положення дослідження доцільно враховувати під час організації курсів підвищення кваліфікації та професійної компетентності психологів, які працюють із військовим контингентом, ветеранами та їхнім соціальним оточенням.

Апробація результатів дослідження. Апробація основних положень, висновків та результатів кваліфікаційного дослідження здійснювалася у процесі науково-дослідної роботи та публічних обговорень. Окремі результати були апробовані та оприлюднені у фаховому виданні «Науковий студентський вісник» за темою «Організація реабілітації військовослужбовців: аналіз зарубіжних підходів». Отримані результати пройшли наукову перевірку, обговорення з викладачами кафедри психології та практичними фахівцями, що підтверджує їх достовірність та практичну значущість для подальшого розвитку напрямів соціально-психологічної реабілітації військовослужбовців в Україні.

Структура та обсяг роботи. Робота складається із вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел, додатків. Загальний обсяг кваліфікаційної роботи становить 107 сторінок. Робота містить 17 таблиць та 4 рисунка. Список використаних джерел включає 96 найменувань і викладений на 14 сторінках.

РОЗДІЛ 1 ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ

1.1. Соціально-психологічна реабілітація: сутність, принципи та завдання

Сучасні соціально-політичні події, зокрема війна в Україні, актуалізували потребу у глибокому вивченні механізмів психологічної допомоги військовослужбовцям, ветеранам та членам їхніх родин. В умовах тривалого стресового впливу бойових дій особливої ваги набуває процес соціально-психологічної реабілітації, спрямований на відновлення психічного, емоційного й соціального благополуччя особистості, що пережила травматичні події.

Проблематика реабілітації військовослужбовців охоплює широкий спектр аспектів – від відновлення психологічної рівноваги до повернення людини у звичне соціальне середовище, її професійної та міжособистісної адаптації. Соціально-психологічна реабілітація виступає не лише як напрям практичної психології, а й як цілісна система заходів, що поєднує медичні, педагогічні, правові та соціальні підходи до відновлення повноцінного функціонування особистості.

Поняття соціально-психологічна реабілітація має міждисциплінарний характер і розглядається у працях вітчизняних та зарубіжних учених з позицій психології, соціології, педагогіки, медицини та соціальної роботи. Незважаючи на відмінності у термінологічних підходах, дослідники єдині у тому, що цей процес спрямований на відновлення психологічної рівноваги, соціального статусу та адаптаційних можливостей особистості, яка пережила травматичні події.

Так, українська дослідниця Т. В. Шаповалова визначає соціально-психологічну реабілітацію як комплекс соціальних, психотерапевтичних і педагогічних заходів, що сприяють відновленню емоційної стабільності, соціальної активності та професійної спроможності військовослужбовця [5].

На думку О. І. Романчук, цей процес передбачає поступове повернення особистості до звичного соціального середовища шляхом усвідомлення бойового досвіду та його інтеграції в систему власних цінностей [7].

Інший український науковець В. І. Козявкін підкреслює, що реабілітація має базуватися на принципі цілісності особистості, тобто поєднувати психологічне, фізичне й соціальне відновлення [6]. Ю. Гриненко акцентує на мультидисциплінарності цього процесу, наголошуючи, що реабілітаційна робота повинна здійснюватися командою фахівців різного профілю: психологів, медиків, соціальних працівників, педагогів [14].

Наукові дослідження О. Блінова, В. Вінтоняка, О. Недвиги, О. Романовського та інших вчених присвячено проблематиці впливу бойового стресу на військовослужбовців, механізмам їх адаптації до мирних умов та відновлення психологічної рівноваги після повернення з фронту. У сучасних умовах питання соціально-психологічної реабілітації набуло загальнодержавного значення, адже від ефективності цього процесу залежить рівень обороноздатності країни та соціальна стабільність у післявоєнний період [15-18].

Аналіз наукових підходів свідчить, що поняття «соціально-психологічна реабілітація» у науковій літературі трактується по-різному, однак більшість учених розглядають його як систему заходів, спрямованих на відновлення психічного, емоційного та ментального здоров'я особистості. Так, В. Лесков у структурі соціально-психологічної реабілітації виокремлює психолого-педагогічні, психотерапевтичні та соціально-психологічні заходи, метою яких є не лише відновлення психічної рівноваги, а й повернення особистості до активного соціального статусу [19-20].

На думку О. Назаренко, соціально-психологічна реабілітація передбачає діяльність, спрямовану на збереження боєздатності військовослужбовців та профілактику інвалідності. Вчена підкреслює, що реабілітаційні заходи мають бути спрямовані не тільки на відновлення психічного стану учасників бойових дій, а й на підтримку їх емоційної стійкості після пережитих психотравм. У

свою чергу, А. Караяні визначає головну мету соціально-психологічної реабілітації у відновленні порушеного психічного здоров'я [21].

П. Кнехта пропонує здійснювати реабілітаційний процес у немедичному середовищі, де основний акцент робиться на психолого-соціальній підтримці. Такий підхід, за його твердженням, дає можливість сформувати у військовослужбовців нові життєві орієнтири, розвинути професійні навички та сприяти особистісному зростанню [22].

Серед зарубіжних учених, Bessel van der Kolk розглядає реабілітацію як психотерапевтичний процес відновлення нейропсихологічного балансу, що порушується внаслідок травми, підкреслюючи роль тілесних практик і соціальної підтримки у поверненні відчуття безпеки [12]. Andreas Maercker пропонує визначати її як соціально-міжособистісний процес, спрямований на відновлення довіри до світу та здатності до саморегуляції [9].

Edward Tick трактує реабілітацію ветеранів як «шлях душевного повернення» – процес духовного, морального й психологічного зцілення особистості після війни [11]. Judith Herman розглядає її як етапну систему відновлення контролю, самоідентичності та здатності до побудови соціальних зв'язків (табл.1.1.) [13].

Узагальнюючи наукові підходи, можна визначити, що соціально-психологічна реабілітація – це комплексний, поетапний процес відновлення психічного, емоційного та соціального функціонування особистості, що зазнала травматичного досвіду, який реалізується через взаємодію психологічних, соціальних, педагогічних і медичних засобів з метою відновлення внутрішньої рівноваги, соціальної активності та здатності до самореалізації в суспільстві.

Таблиця 1.1.

Аналіз визначення «соціально-психологічна реабілітація» наданий українськими та закордонними науковцями

Автор, рік	Країна / наукова школа	Сутність визначення	Ключові акценти
Т. В. Шаповалова (2023)	Україна	Розглядає як систему соціальних, психотерапевтичних і педагогічних заходів, спрямованих на відновлення емоційної стабільності, соціальної активності та професійної спроможності військовослужбовців.	Відновлення емоційної рівноваги та професійного потенціалу.
О. І. Романчук (2022)	Україна	Визначає як процес інтеграції бойового досвіду у систему цінностей особистості з метою повернення до мирного життя.	Психологічна інтеграція травматичного досвіду.
Ю. Гриненко (2020)	Україна	Наголошує на мультидисциплінарному характері реабілітації, що передбачає участь фахівців різних галузей.	Комплексність, міжгалузевий підхід.
В. І. Козявкін (2021)	Україна	Вбачає у реабілітації поєднання фізичного, психологічного та соціального відновлення на основі цілісного підходу до особистості.	Єдність психічного та фізичного відновлення.
О. Блінова, В. Вінтоняк, О. Недвига, О. Романовський	Україна	Визначають вплив бойового стресу на військовослужбовців, механізм їх адаптації до мирних умов та відновлення психологічної рівноваги після повернення з фронту.	Питання соціально-психологічної реабілітації набуло загальнодержавного значення

Продовження таблиці 1.1

О. Назаренко	Україна	Соціально-психологічна реабілітація передбачає діяльність, спрямовану на збереження	реабілітаційні Заходи мають бути спрямовані не тільки на
--------------	---------	---	---

		боездатності військовослужбовців та профілактику інвалідності.	відновлення психічного стану учасників бойових дій, а й на підтримку їх емоційної стійкості після пережитих психотравм.
A. Maercker (2016)	Німеччина	Трактує як міжособистісний процес відновлення довіри, безпеки та соціальних зв'язків після травми.	Соціальні відносини, довіра, емоційна безпека.
B. van der Kolk (2014)	США / Нідерланди	Розглядає як відновлення нейропсихологічної рівноваги через тілесні практики та психотерапію.	Тілесно- психологічна інтеграція, робота з травмою.
E. Tick (2012)	США	Визначає як духовно- психологічний шлях “повернення душі” після війни, спрямований на зцілення від моральної травми.	Духовне та моральне відновлення.
J. Herman (1997)	США	Розглядає як систему поетапного відновлення контролю, самоідентичності та здатності до побудови зв'язків.	Етапність, самоконтроль, відновлення особистісної цілісності.

Джерело: складено автором за матеріалами [5-15]

Таким чином, соціально-психологічна реабілітація є не лише механізмом подолання наслідків бойового стресу, а й інструментом соціальної інтеграції, який сприяє поверненню військовослужбовця до конструктивного суспільного життя, забезпечує його психологічну стійкість і готовність до мирної діяльності.

У наукових працях Л. Борецької виокремлено основні завдання соціально-психологічної реабілітації:

1. Діагностика психічного стану учасників бойових дій і нормалізація психоемоційних процесів;

2. Відновлення втрачених психічних функцій до рівня, що забезпечує ефективну соціальну взаємодію та виконання суспільних ролей;

3. Формування конструктивних взаємин у військовому колективі та соціальному середовищі [23].

Психологічна реабілітація тісно пов'язана з медичними, санаторно-курортними, фізкультурно-оздоровчими та соціальними заходами.

На думку О. Блінова, важливою складовою цього процесу є психологічна абілітація – система заходів, що допомагає людині опанувати нові соціальні ролі, усвідомити власні можливості, потенціал і життєві цінності. Результатом ефективної абілітації є здатність особи до самообслуговування, саморозвитку та соціального функціонування [24].

З позиції І. Крук та І. Григус, психологічна допомога учасникам бойових дій має охоплювати комплекс реабілітаційних заходів – психотерапію, консультування, психокорекцію, профілактику та психологічний розвиток. Обов'язковими умовами ефективності цього процесу є етапність, послідовність і системність впливів [25].

Досвід показує, що бойовий стрес і перебування в екстремальних умовах істотно ускладнюють адаптацію учасників бойових дій до мирного життя. Учасники бойових дій нерідко стикаються з труднощами у спілкуванні з близькими, відчують підвищену тривожність, агресивність, підозрілість або емоційне вигорання [26]. Тому важливою складовою реабілітаційного процесу є соціально-психологічна адаптація, що передбачає пристосування військовослужбовця до нових соціальних умов, інтеграцію до суспільного життя та відновлення позитивних соціальних зв'язків.

З психологічного погляду, адаптацію можна розглядати як процес акомодатії особистості до соціального середовища, формування нової системи цінностей, норм поведінки та ефективних моделей взаємодії. Мета цього процесу – допомогти ветерану віднайти баланс між бойовим досвідом і реаліями цивільного життя. Компоненти психологічної адаптації наведено на рисунку 1.1.



Рис. 1.1. Структурні компоненти психологічної адаптації учасників бойових дій в межах соціально-психологічної реабілітації

(Джерело: складено автором за матеріалами [23-26])

Узагальнюючи, можна визначити, що психологічна адаптація у межах соціально-психологічної реабілітації – це складна система внутрішніх і зовнішніх змін особистості, спрямованих на досягнення гармонії між пережитим бойовим досвідом і реаліями мирного життя. Її структурні компоненти взаємопов’язані й утворюють цілісну модель психосоціального відновлення, у межах якої військовослужбовець здатен повернути втрачене відчуття стабільності, контролю та життєвої перспективи.

1.2. Методологічні підходи до розуміння процесу реабілітації (біопсихосоціальна модель, екосистемний підхід, культурно-історична парадигма)

Процес соціально-психологічної реабілітації військовослужбовців базується на системному використанні різних методологічних підходів, які дозволяють комплексно пояснити взаємозв'язок біологічних, психологічних, соціальних і культурних чинників, що впливають на відновлення особистості після травматичних подій. У науковій практиці найчастіше використовуються біопсихосоціальна модель, екосистемний підхід та культурно-історична парадигма, які забезпечують цілісне бачення реабілітаційного процесу.

Біопсихосоціальний підхід, започаткований Дж. Енджелом в 1977 році, розглядає людину як єдність трьох взаємопов'язаних систем – біологічної, психологічної та соціальної. У контексті реабілітації військовослужбовців ця модель передбачає, що психічне здоров'я не може бути відновлене ізольовано від фізіологічних і соціальних чинників [27].

На думку українських дослідників Ю. Гриненко та В. Козявкін, біопсихосоціальна модель є підґрунтям сучасних програм відновлення, адже інтегрує медичні, психологічні, педагогічні та соціальні інтервенції. Реабілітація за цією моделлю спрямована на:

- відновлення фізичного здоров'я й нейропсихологічного балансу;
- психокорекцію травматичних переживань;
- розвиток адаптаційних соціальних навичок [6].

Біопсихосоціальний підхід дозволяє розглядати реабілітацію як динамічний процес відновлення цілісності людини, де кожен із трьох рівнів підтримує інші.

Екосистемна модель, розроблена У. Бронфенбреннером і ґрунтується на принципі багаторівневої взаємодії особистості з її соціальним середовищем. Реабілітація, у цьому контексті, трактується як процес відновлення гармонійних зв'язків людини з екосистемами різного рівня – мікросистемою

(родина, найближче оточення), мезосистемою (професійне й соціальне середовище), макросистемою (державна політика, культура, суспільні цінності) [28].

Українські психологи Т. Шаповалова і О. Романчук зазначають, що екосистемний підхід забезпечує інтеграцію соціально-психологічних і педагогічних впливів у єдину структуру підтримки ветерана. Він дозволяє не лише допомогти особистості адаптуватися до мирного життя, але й модернізувати соціальні умови, які сприяють успішній реінтеграції [5, 7].

Культурно-історичний підхід, започаткований Л. С. Виготським, розглядає психічний розвиток особистості як процес опосередкований соціокультурним досвідом. У межах реабілітації цей підхід набуває особливого значення, оскільки підкреслює вплив культурних традицій, національних цінностей, колективної пам'яті та символів на відновлення внутрішнього стану військовослужбовця [29].

Як зазначають Е. Тік і Ж. Герман, реабілітація ветеранів має включати не лише психотерапевтичні техніки, а й процес реконструкції особистісного та культурного сенсу життя. Культурно-історична парадигма сприяє формуванню ідентичності, усвідомленню власної ролі в історичному контексті та розвитку духовно-моральної стійкості [11, 13].

Отже, біопсихосоціальна модель забезпечує інтеграцію фізичного, психічного й соціального відновлення; екосистемний підхід пояснює взаємозалежність особистісних і соціальних процесів у реабілітації; а культурно-історична парадигма акцентує на ціннісно-смысловому й духовному аспектах зцілення. Їх поєднання створює методологічну основу сучасної системи соціально-психологічної реабілітації військовослужбовців, орієнтованої на всебічне відновлення людини як біосоціальної та культурної істоти (табл.1.2).

Таблиця 1.2.

Порівняльна характеристика методологічних підходів до процесу
реабілітації

Методологічний підхід	Основні автори / представники	Ключові положення та сутність	Практичне застосування у реабілітації військовослужбовців
Біопсихосоціальна модель	Дж. Енджел (George Engel), Ю. Гриненко, В. Козявкін	Розглядає людину як єдність біологічних, психологічних і соціальних систем. Реабілітація спрямована на відновлення фізичного, психічного та соціального функціонування.	Інтеграція медичних, психологічних і соціальних методів лікування; відновлення фізичного та психічного здоров'я.
Екосистемний підхід	У. Бронфенбреннер (Urie Bronfenbrenner), Т. Шаповалова, О. Романчук	Пояснює реабілітацію як процес взаємодії особистості з мікро-, мезо- та макросоціальними системами. Наголос на ролі середовища та підтримки соціальних зв'язків.	Розробка програм соціальної інтеграції, сімейного консультування, створення систем підтримки ветеранів.
Культурно-історична парадигма	Л. С. Виготський, Е. Tick, J. Herman	Визначає реабілітацію як процес відновлення особистості через усвідомлення культурних і моральних цінностей, реконструкцію життєвого сенсу.	Застосування духовно-моральних і культурно-освітніх практик, розвиток ідентичності та світоглядного самозцілення.

Джерело: складено автором за матеріалами [5-7, 11-14, 27-29]

Процес соціально-психологічної реабілітації учасників бойових дій ґрунтується на системі науково обґрунтованих принципів, що визначають її зміст, структуру та організаційно-практичні механізми реалізації. Дотримання цих принципів забезпечує цілісність, етичність і результативність реабілітаційного впливу.

1. Принцип науковості та доказовості

Реабілітаційна діяльність має спиратися на сучасні наукові дані психології, психіатрії, соціології, нейронаук і педагогіки. Як зазначає Bessel van der Kolk, лише науково перевірені методи терапії (когнітивно-поведінкові, тілесно-орієнтовані, психоосвітні) забезпечують стабільні результати у відновленні психічного стану ветеранів. У практичній площині це означає використання валідних діагностичних методик, стандартизованих протоколів і моніторинг ефективності втручань [12].

2. Принцип системності та комплексності.

Згідно з Ю. Гриненком, процес реабілітації має охоплювати всі рівні функціонування особистості – фізіологічний, психологічний, соціальний і духовно-моральний. Реабілітація є комплексною системою, у якій поєднуються медичні, психологічні, соціальні та педагогічні заходи [14]. Такий підхід відповідає біопсихосоціальній моделі Дж. Енджела та забезпечує цілісне відновлення людини як біосоціальної істоти [27].

3. Принцип індивідуалізації та суб'єктності

Як підкреслює О. Романчук, ефективна допомога можлива лише за умови врахування особистісного досвіду, рівня травматизації, життєвих цінностей і ресурсів конкретного військовослужбовця. Реабілітація повинна розглядати учасника бойових дій не як «об'єкт допомоги», а як активного суб'єкта відновлення, здатного брати участь у плануванні й оцінюванні власного реабілітаційного шляху [7].

4. Принцип етапності та безперервності.

Соціально-психологічна реабілітація має поетапний характер: від кризової допомоги – до поглибленої психокорекції та соціальної інтеграції. Кожен етап ґрунтується на результатах попереднього, що забезпечує поступовість і логічну послідовність відновлення. За J. Herman, безперервність підтримки є ключовою умовою формування довіри й стабілізації психоемоційного стану ветеранів [13].

5. Принцип гуманізму та поваги до гідності особистості.

Цей принцип ґрунтується на положеннях міжнародної етики психосоціальної допомоги (АРА, WHO). Він передбачає безумовну повагу до особистості військовослужбовця, визнання його гідності, права на приватність і добровільну участь у реабілітації. Як наголошує Е. Тік, реабілітація – це не лише технічний процес зцілення, а насамперед акт моральної підтримки й повернення сенсу життя [11].

6. Принцип мультидисциплінарності.

Реабілітаційний процес передбачає взаємодію фахівців різних галузей – психологів, психіатрів, соціальних працівників, педагогів, медиків, юристів. Згідно з Т. Шаповаловою, міждисциплінарний формат роботи дає змогу поєднувати різні підходи, забезпечуючи комплексність і гармонізацію втручань. Командна взаємодія сприяє формуванню єдиного простору допомоги, що підвищує ефективність реабілітаційних програм [5].

7. Принцип культурно-ціннісної відповідності.

Відповідно до культурно-історичної парадигми Л. Виготського, процес реабілітації має враховувати соціокультурний контекст, національні традиції, духовні цінності та морально-етичні орієнтири суспільства [29].

Для українських військовослужбовців це означає відновлення патріотичної ідентичності, зв'язку з родиною, громадою та культурною спадщиною. Такий підхід допомагає повернути відчуття приналежності, гідності й соціального сенсу життя (табл.1.3.). Принципи соціально-психологічної реабілітації становлять методологічну основу всієї системи допомоги військовослужбовцям. Їх дотримання забезпечує гуманістичний характер відновлення, сприяє професійній узгодженості дій фахівців і створює умови для сталого психологічного та соціального відновлення особистості після бойового досвіду.

Таблиця 1.3.

Принципи соціально-психологічної реабілітації військовослужбовців

Принцип	Зміст
---------	-------

Науковості та доказовості	Реабілітаційна діяльність базується на сучасних наукових даних, використанні валідних методик, стандартизованих протоколів і доказових психотерапевтичних практик.
Системності та комплексності	Реабілітація охоплює всі рівні функціонування особистості – фізичний, психологічний, соціальний і духовний; передбачає поєднання медичних, психологічних та соціальних заходів.
Індивідуалізації та суб'єктності	Ураховуються індивідуальні особливості, рівень травматизації та особистісні ресурси військовослужбовця; учасник бойових дій виступає активним суб'єктом реабілітаційного процесу.
Етапності та безперервності	Реабілітація має поетапний характер: від кризової допомоги до глибокої психокорекції та соціальної інтеграції; забезпечується наступність і логічна послідовність втручань.
Гуманізму та поваги до гідності особистості	Передбачає етичне ставлення до особистості, повагу до її прав, гідності, добровільності участі та захисту приватності; забезпечує моральну підтримку.
Мультидисциплінарності	Включає взаємодію фахівців різних галузей – психологів, медиків, соціальних працівників, педагогів, юристів – у межах єдиної команди реабілітації.
Культурно-ціннісної відповідності	Ураховує національні традиції, культурні й духовні цінності, морально-етичні норми; сприяє формуванню ідентичності, патріотизму та сенсу життя.

Джерело: складено автором на основі [5, 7, 11-14, 27, 29]

Ефективність реабілітаційної роботи значною мірою визначається тим, наскільки вдало вибудовані стратегії взаємодії між фахівцями та військовослужбовцями, а також тим, як ці стратегії узгоджуються з відповідним рівнем реабілітаційного впливу.

У сучасних реабілітаційних програмах виділяють кілька рівнів, що відрізняються за цілями, методами та інтенсивністю психологічної допомоги.

1. Невідкладна психологічна допомога, цей рівень охоплює первинні заходи підтримки – кризове втручання, короточасний скринінг і стабілізацію емоційного стану військовослужбовця. На цьому етапі застосовуються директивні стратегії взаємодії, які передбачають чітку структуру дій,

послідовність інструкцій та оперативне реагування на стресові реакції. Головна мета – нормалізація психоемоційного стану і запобігання розвитку гострих проявів посттравматичного розладу.

2. Перший реабілітаційний рівень, цей етап передбачає проведення психодіагностики, адаптаційних і реадaptaційних заходів, спрямованих на поступове повернення військовослужбовця до умов мирного життя. Важливою складовою є соціально-психологічний супровід, який базується на демократичних принципах партнерської взаємодії між фахівцем і ветераном.

Основною стратегією є підхід «рівний — рівному», що забезпечує довіру, відкритість і взаємоповагу. Така форма співпраці сприяє підвищенню мотивації до участі у реабілітаційному процесі та зміцненню соціальних зв'язків.

3. Другий реабілітаційний рівень, до цього рівня належать психодіагностика, психологічне консультування та індивідуальний супровід, спрямовані на опрацювання глибших психологічних проблем. На даному етапі можуть застосовуватися директивні або частково авторитарні стратегії взаємодії, які дозволяють фахівцю, спираючись на професійні знання та методики, швидко досягати конкретних терапевтичних результатів.

Мета цього рівня – корекція дезадаптивних установок і поведінкових реакцій, розвиток навичок емоційного самоконтролю та формування стійкості до стресу.

4. Третій реабілітаційний рівень, цей рівень передбачає поглиблену психодіагностику та психотерапевтичну роботу. Тут можуть використовуватися різні стратегії взаємодії – від директивних до гуманістичних, залежно від обраного психотерапевтичного підходу (когнітивно-поведінкового, гештальт-, психодинамічного тощо). Основна мета цього етапу – інтеграція бойового досвіду в особистісну структуру, подолання внутрішніх конфліктів і формування нової життєвої системи цінностей.

5. Четвертий реабілітаційний рівень, цей рівень поєднує медичну та психологічну допомогу, спрямовану на відновлення психофізіологічного стану військовослужбовця. Тут переважають авторитарні стратегії взаємодії, оскільки відносини між пацієнтом і медичним персоналом будуються на основі професійної субординації та відповідальності.

Разом із тим, залежно від психотерапевтичного напрямку, можливе поєднання директивних і партнерських стратегій, що сприяють формуванню довіри й залученості військовослужбовця до процесу лікування та відновлення [30].

Рівнева структура соціально-психологічної реабілітації відображає поступовий перехід від кризової підтримки до глибокого особистісного відновлення. Застосування різних стратегій взаємодії забезпечує адаптивність реабілітаційного процесу до індивідуальних потреб учасників бойових дій, сприяє формуванню їхньої психологічної стійкості, самоприйняття та готовності до інтеграції у мирне соціальне середовище.

1.3. Порівняльний аналіз зарубіжних та вітчизняних концепцій реабілітації військовослужбовців

У Сполучених Штатах Америки система відновлювальних заходів у Збройних силах функціонує під керівництвом начальників медичних управлінь Військово-повітряних сил, Військово-морського флоту та командувача медичного командування Сухопутних військ. Усі ці структури діють у межах комплексної програми «Return to Duty» («Повернення до служби»), яка передбачає реалізацію заходів профілактичного, соціального та реабілітаційного характеру для військовослужбовців і членів їхніх сімей [31; 32].

До складу медичної служби Збройних сил США входять санаторно-курортні комплекси, пансіонати та центри відпочинку, у тому числі розташовані за межами країни, які забезпечують організований відпочинок,

психологічне розвантаження та оздоровлення особового складу й їхніх родин [32]. Реабілітаційна допомога військовослужбовцям здійснюється переважно в військових шпиталях і спеціалізованих відділеннях великих медичних установ Міністерства оборони.

Згідно з літературними джерелами, у структурі Командування матеріально-технічного забезпечення корпусу морської піхоти США функціонує Полк реабілітації військовослужбовців, до складу якого входять штаб і два батальйони: «Захід» (Кемп-Пендлтон, Каліфорнія) та «Схід» (Кемп-Леджен, Північна Кароліна) [31; 33]. Особовий склад цих підрозділів закріплений за медичними установами у місцях постійної дислокації частин та за реабілітаційними центрами Міністерства у справах ветеранів США.

У Великій Британії та Ізраїлі система санаторно-курортного лікування військовослужбовців не має централізованої структури. Реабілітаційні заходи організовуються переважно у спеціалізованих функціональних відділеннях цивільних лікарень (приблизно 70–80 підрозділів), де тривалість перебування на відновленні становить у середньому до 10 днів. Крім того, у Великій Британії діють клінічні центри, що забезпечують перебування військових на реабілітації до 90 днів, та близько 15 регіональних реабілітаційних відділень, створених при медичних полках і медичних центрах різних родів військ, де лікування триває до 21 дня.

Окремо варто зазначити діяльність Національного реабілітаційного центру у графстві Суррей, який розрахований на 144 місця та забезпечує тривалу реабілітацію військовослужбовців із тяжкими пораненнями і психічними розладами. Тривалість лікування в цьому центрі може досягати 12 місяців, що дозволяє реалізовувати комплексну програму відновлення – від фізичної терапії до психологічної підтримки та соціальної інтеграції [34; 35].

У Державі Ізраїль система медичної реабілітації військовослужбовців ґрунтується на принципах загальнонаціонального соціального страхування. Усі військовослужбовці є застрахованими у Національній страховій службі, що гарантує їм доступ до медичної допомоги й відновлювальних заходів.

Реабілітаційна допомога здійснюється у державних цивільних медичних установах, зокрема у таких провідних центрах, як реабілітаційний центр «Льовінштейна», центри «Шпіцер» та «Шіба» [31; 36; 37]. Ці заклади поєднують фізіотерапію, психокорекційні програми, роботу з родинами та соціальну підтримку ветеранів, що забезпечує комплексний підхід до відновлення.

У Німеччині система відновного лікування військовослужбовців сформувалася з урахуванням багаторічного досвіду медичних служб країн НАТО та держав колишнього Варшавського договору. Її відмінною рисою є високий рівень соціальної підтримки та інтеграція цивільної і військової медицини. Після виконання службових або спеціальних завдань військовослужбовці направляються на реабілітацію до цивільних курортних закладів, із якими Міністерство оборони укладає офіційні угоди. Тривалість лікування, як правило, становить не менше 21 дня і відповідає медичному профілю кожного військовослужбовця [38; 39]. Медико-психологічна реабілітація проводиться після повернення з місій чи операцій, що дозволяє своєчасно усунути наслідки бойового стресу та фізичних перевантажень.

У Франції організація реабілітаційних заходів спрямована насамперед на військовослужбовців, які брали участь у спеціальних операціях. У структурі військової медицини немає вузькопрофільних реабілітаційних центрів, проте допомога надається у спеціалізованих відділеннях дев'яти клінічних шпиталів, а також у медичних центрах, що мають необхідне обладнання для фізичної, психологічної та соціальної реабілітації [40; 41]. Така система дозволяє гнучко розподіляти ресурси та забезпечувати індивідуальний підхід до кожного військовослужбовця.

У Китайській Народній Республіці медична реабілітація військовослужбовців поєднується з оздоровчими заходами та профілактичним лікуванням. Згідно з установленими нормами, військові направляються до санаторно-курортних установ не рідше одного разу на два–три роки. Ці заклади розміщуються переважно у прибережних або гірських регіонах, де є

сприятливі кліматичні умови й розвинена рекреаційна інфраструктура [42]. Окремі категорії військовослужбовців після виконання службових завдань проходять короткотермінову реабілітацію (до 14 діб), а особи з порушеннями функціонального стану – лікування у військових реабілітаційних центрах великих гарнізонів, тривалістю до 6 місяців. У цих центрах здійснюється відновлення фізичних функцій, психоемоційної рівноваги та професійної працездатності військових і осіб, звільнених із військової служби [42].

Порівняльна характеристика систем реабілітації військовослужбовців у різних країнах світу представлено у таблиці 1.4.

Таблиця 1.4.

**Порівняльна характеристика систем реабілітації
військовослужбовців у різних країнах світу**

Країна	Структура системи реабілітації	Тривалість та рівні реабілітації	Особливості організації та підходи
США	Централізована система під керівництвом медичних управлінь ВПС, ВМС і Сухопутних військ. До структури входять госпіталі, курортні центри, пансіонати, полки реабілітації військовослужбовців.	Від кількох тижнів до 12 місяців залежно від тяжкості стану; реалізація програм “Return to Duty” у співпраці з Міністерством у справах ветеранів.	Комплексна інтеграція медичних, соціальних і психологічних заходів; підготовка до повторної служби; залучення сімей військових.

Продовження таблиці 1.4.

Велика Британія	Децентралізована система в межах цивільної медицини: близько 75 відділень, 15 регіональних центрів і Національний реабілітаційний центр у Сурреї.	Від 10 днів до 12 місяців залежно від ступеня ушкодження і потреб пацієнта.	Інтеграція військової та цивільної медицини; орієнтація на функціональне відновлення й соціальну адаптацію.
Ізраїль	Державна система через Національну страхову службу;	Від кількох тижнів до пів року залежно від	Поєднання медичної, психологічної та соціальної допомоги;

	реабілітація проводиться у цивільних медичних центрах (“Льовінштейна”, “Шибба”, “Шпіцер”).	травми; передбачає стаціонарні й амбулаторні етапи.	акцент на родинній підтримці й професійній реінтеграції.
Німеччина	Система базується на досвіді НАТО і держав колишнього Варшавського договору; включає цивільні курортні установи, що співпрацюють із Міністерством оборони.	Реабілітаційні програми тривалістю не менше 21 дня, після виконання службових або бойових завдань.	Високий рівень соціальної підтримки; поєднання військової та цивільної медицини; післямісійна медико-психологічна реабілітація.
Франція	Медична реабілітація проводиться у спеціалізованих відділеннях дев’яти клінічних госпіталів та інших медичних центрів.	Тривалість індивідуальна, залежить від характеру поранення або психотравми.	Спрямована переважно на учасників спеціальних операцій; гнучкий розподіл ресурсів; індивідуальний підхід до військовослужбовців.
Китай	Військові проходять реабілітацію у курортних і спеціалізованих центрах; система поєднує лікування, профілактику й оздоровлення.	Короткотермінова (до 14 днів) або тривала (до 6 місяців) реабілітація залежно від стану.	Акцент на санаторно-курортному відновленні, використанні природних ресурсів і розвитку рекреаційної інфраструктури.

Джерело: складено автором за матеріалами [31-42]

Проведений порівняльний аналіз показує, що системи реабілітації військовослужбовців у зарубіжних країнах мають різну організаційну структуру, проте всі вони побудовані на спільних принципах — комплексності, багаторівневості, міжвідомчої координації та гуманістичної спрямованості. Успішність їх функціонування забезпечується поєднанням медичних, психологічних, соціальних і освітніх компонентів, а також активною участю держави у формуванні політики підтримки військових та ветеранів.

У США і Німеччині домінує модель інституційно організованої та нормативно врегульованої системи, у якій процес реабілітації інтегрований у структуру Міністерства оборони та відомчих медичних служб. Такий підхід гарантує системність і тривалість допомоги, а також її спрямування на відновлення боєздатності й соціальної адаптації.

Натомість у Великій Британії, Франції та Ізраїлі переважає громадсько-орієнтована модель, що спирається на партнерство військової й цивільної медицини, розвиток психологічних сервісів і тісну взаємодію з родинами військовослужбовців. Особливу увагу приділено соціальній реінтеграції, професійній перепідготовці та моральній підтримці ветеранів.

Китайська система демонструє поєднання медичної реабілітації з оздоровчими та профілактичними заходами, акцентуючи на відновленні фізичного стану військових у санаторно-курортних умовах. Такий підхід відображає культурну традицію гармонізації тіла й психіки через природні ресурси.

В Україні вже створено певну мережу закладів, які надають фізичну, психологічну та соціальну реабілітацію для військових: наприклад, у Івано-Франківській області 24 медичні заклади надають такі послуги [43].

Впроваджуються нові види реабілітації – як-от іпотерапія (робота з кінями) для ветеранів [44].

Психологічна реабілітація за підтримки міжнародних партнерів (наприклад, проєкт НАТО для військових) вже діє й охоплює певну кількість бійців [45].

Є нормативно-правова база: наприклад, наказ Наказ МОЗ України № 495 (2022) «Про організацію надання відновного лікування та реабілітаційної допомоги» [46].

Але потрібно констатувати, що система надання реабілітації ще залишається фрагментованою: частина закладів – відомчі (для військових) й частина – цивільні. Це створює нерівномірність у доступності та якості послуг. Значна кількість військовослужбовців повідомляє про труднощі з отриманням

реабілітаційних послуг або недостатню тривалість реабілітаційного періоду. Психологічна компонента реабілітації (особливо після бойових дій) ще не має повноцінного охоплення й системності. Доступність і ресурсна база інколи залишаються недостатніми – особливо в контексті спеціалізованих реабілітаційних центрів, матеріально-технічного забезпечення, довготривалості курсу тощо. Відсутність єдиного централізованого координаційного механізму національного рівня порівняно з кращими практиками зарубіжних країн. Порівняльний аналіз системи реабілітації військовослужбовців в Україні та зарубіжних країнах наведено в таблиці 1.5.

Порівняння української системи реабілітації військовослужбовців із зарубіжними моделями (США, Німеччини, Великої Британії, Франції, Ізраїлю) засвідчує, що Україна перебуває на етапі активного становлення комплексної системи відновлення, яка поступово наближається до світових стандартів, проте ще має низку організаційних, кадрових і ресурсних викликів.

Таблиця 1.5.

**Порівняльна характеристика системи реабілітації
військовослужбовців в Україні та зарубіжних країнах**

Критерій порівняння	Україна (станом на 2025 р.)	США / Німеччина	Велика Британія / Франція / Ізраїль	Оцінка / рекомендації для України
Організаційна структура	Фрагментована військові, цивільні та приватні заклади діють паралельно; відсутня повна централізація.	Централізована система під керівництвом Міністерства оборони або спеціалізованих відомств.	Децентралізована, але координована система у співпраці з цивільною медициною.	Необхідне створення єдиної національної системи координації та моніторингу реабілітації.
Тривалість реабілітаційного курсу	Переважно короткотермінова (2–4	Реабілітація може тривати від	Від 10 днів до 12 місяців,	Доцільно стандартизувати мінімальні строки

	тижні); обмежені програми тривалої підтримки.	кількох тижнів до 12 місяців.	залежно від тяжкості стану.	реабілітації та впровадити довготривалі програми.
Психологічна допомога	Розвивається, але часто відсутня системність та тривала підтримка.	Мультидисципліна рна психокорекційна підтримка в межах медичних служб.	Акцент на психосоціальній підтримці та роботі з родинами.	Посилити психологічну реабілітацію, залучати сім'ї військових та створювати групові програми.
Соціальна інтеграція	Обмежені програми повернення до праці та соціальної адаптації.	Розвинені системи перепідготовки, зайнятості, підтримки ветеранів.	Потужні державні програми працевлаштуван ня, освіти, соціальної участі ветеранів.	Розвивати соціально-трудоу реінтеграцію, створювати центри адаптації ветеранів.
Матеріально- технічна база	Недостатня кількість сучасно обладнаних центрів, нерівномірніст ь по регіонах.	Високотехнологічн а інфраструктура, спеціалізовані військові госпіталі.	Широка мережа клінік, реабілітаційних центрів та санаторіїв.	Необхідне розширення мережі центрів, забезпечення сучасним обладнанням.

Продовження таблиці 1.5.

Нормативно- правове забезпечення	Існує базова законодавча база (накази МОЗ, МВС, Міноборони), але потребує систематизації.	Чітко врегульована нормативна база, стандартизація на рівні федеральних законів.	Регулюється державними та відомчими актами, узгодженими із системою охорони здоров'я.	Потрібне ухвалення єдиного рамкового закону “Про реабілітацію військовослужбовц ів”.
--	---	--	--	---

Джерело: складено автором за матеріалами [31-46]

На відміну від більшості розвинених країн, де реабілітація військових є інтегрованою, стандартизованою та багаторівневою, українська модель залишається фрагментованою: різні відомства реалізують програми без єдиного координуючого центру. Водночас Україна має значний потенціал – сформовано базову нормативну основу, розвиваються міжвідомчі програми

психологічної допомоги, відкриваються нові центри медичної й соціальної реабілітації, активно впроваджуються інноваційні методи (іпотерапія, арттерапія, тілесно-орієнтована терапія).

У зарубіжних системах особлива увага приділяється психологічній і соціальній реінтеграції ветеранів, тривалому супроводу після бойових дій, а також участі сім'ї у процесі відновлення. Саме ці компоненти варто посилити в українських програмах. Доцільно впровадити інтегративну модель реабілітації, що об'єднує медичні, психологічні та соціально-трудові заходи на засадах міжвідомчої взаємодії (МОЗ, Міноборони, МВС, Мінсоцполітики).

Отже, перспективним напрямом розвитку системи реабілітації в Україні є створення єдиного національного центру координації відновлювальних програм, розроблення державних стандартів реабілітації військовослужбовців, підвищення кваліфікації фахівців та формування сталих механізмів взаємодії між державними структурами, місцевими громадами й громадськими організаціями. Лише за таких умов можливо досягти європейського рівня ефективності у сфері соціально-психологічної підтримки захисників України.

Висновки до розділу 1

Проведений теоретичний аналіз проблеми соціально-психологічної реабілітації військовослужбовців засвідчив, що сучасні умови збройної агресії проти України зумовили підвищену актуальність вивчення механізмів відновлення психоемоційного стану осіб, які брали безпосередню участь у бойових діях. Реабілітаційна допомога розглядається не лише як відновлення функцій організму, а як цілісний комплекс заходів, спрямованих на психічне, соціальне та професійне відновлення військовослужбовців і членів їхніх родин.

Узагальнення наукових підходів дозволило визначити, що соціально-психологічна реабілітація – це система цілеспрямованих заходів медичного, психологічного, педагогічного та соціального характеру, яка забезпечує поступове відновлення особистісного, емоційного й професійного потенціалу

військовослужбовців. У наукових працях українських та зарубіжних дослідників акцентується на необхідності комплексного, мультидисциплінарного підходу, що поєднує медико-біологічну, психологічну та соціальну компоненти.

Методологічну основу розуміння процесу реабілітації становлять біопсихосоціальна модель, екосистемний підхід і культурно-історична парадигма, які розглядають людину як інтегровану систему біологічних, психічних і соціальних зв'язків. Ці підходи дають можливість враховувати індивідуальні особливості військових, їхній життєвий досвід і соціокультурний контекст, що особливо важливо в умовах воєнного та післявоєнного відновлення.

З'ясовано, що ефективна соціально-психологічна реабілітація передбачає дотримання принципів комплексності, безперервності, доступності, індивідуалізації, конфіденційності та добровільності. Її реалізація має охоплювати кілька рівнів – від надання невідкладної психологічної допомоги до довготривалої психотерапевтичної підтримки, соціальної адаптації та професійного відновлення.

Порівняння систем реабілітації військовослужбовців у зарубіжних країнах (США, Німеччина, Велика Британія, Франція, Ізраїль, Китай) дало змогу визначити спільні тенденції: інституційна узгодженість, державна підтримка, багаторівнева організація допомоги та акцент на соціальній інтеграції ветеранів. У більшості країн ефективність системи забезпечується взаємодією військових, цивільних і соціальних структур, наявністю спеціалізованих реабілітаційних центрів та нормативним регулюванням процесів відновлення.

В Україні система реабілітації перебуває у процесі активного формування. Попри наявність розгалуженої мережі закладів і базових нормативних документів, вона залишається фрагментованою та недостатньо централізованою. Основними напрямками її вдосконалення є створення єдиного координаційного центру, розроблення державних стандартів

реабілітації військовослужбовців, підвищення кадрової компетентності психологів, удосконалення матеріально-технічної бази та впровадження інноваційних форм психосоціальної підтримки.

Отже, соціально-психологічна реабілітація військовослужбовців має розглядатися як ключовий елемент національної безпеки й обороноздатності держави, спрямований на збереження людського потенціалу, відновлення психологічної стійкості та забезпечення повноцінної інтеграції захисників у мирне життя. Розвиток цієї системи в Україні має спиратися на синтез найкращих зарубіжних практик, адаптованих до вітчизняних соціокультурних умов і потреб українського суспільства.

РОЗДІЛ 2 ОСОБЛИВОСТІ СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ

2.1. Психологічні наслідки участі у бойових діях (посттравматичний стресовий розлад, професійне вигорання, ресоціалізаційні труднощі)

Посттравматичний стресовий розлад є складним психоемоційним станом, який формується як наслідок переживання подій, що мали травматичний характер. Для військовослужбовців, котрі перебувають безпосередньо в зоні бойових дій, ризик виникнення ПТСР є особливо високим через постійну дію стресових чинників, безпосередню загрозу життю та необхідність приймати рішення в екстремальних умовах. Розуміння особливостей прояву цього стану у військових має важливе значення для

організації ефективної психологічної допомоги та реабілітаційних заходів. До типових проявів ПТСР у військовослужбовців належать інтрузії – нав'язливі спогади про травматичні події, повторювані кошмари із відтворенням бойових сцен, а також флешбеки, коли людина переживає травматичні епізоди так, ніби вони відбуваються знову. Інші характерні симптоми – емоційне притуплення та уникання: небажання або нездатність говорити про події, уникання місць чи людей, пов'язаних із травматичним досвідом, втрата інтересу до звичних занять, відчуження від близьких. Також поширене гіперзбудження, що проявляється підвищеною тривожністю, роздратованістю, безсонням, спалахами агресії, надмірною реакцією на різкі звуки чи рухи.

Психологічна структура ПТСР у військових включає низку специфічних особливостей.

1. Почуття провини та сорому. Багато військових відчувають провину за те, що залишилися живими, коли побратими загинули (так званий синдром виживання), або сором за дії, вчинені під час боїв, навіть якщо вони були вимушеними.

2. Соціальна ізоляція. З'являється переконання, що ніхто, крім побратимів, не може зрозуміти пережитого досвіду. Це породжує труднощі у відновленні стосунків із родиною, друзями, уникається спілкування та емоційна близькість.

3. Розлади настрою. Для осіб із ПТСР характерні депресивні стани, апатія, втрата життєвої мотивації, а також схильність до вживання алкоголю чи психоактивних речовин як способу втечі від болісних спогадів.

Дослідження показують, що формування та перебіг посттравматичного розладу значною мірою залежать від індивідуально-психологічних особливостей людини. У процесі психодіагностики важливо враховувати досвід служби, особистісні риси, попередні травматичні події та наявність супутніх психічних чи соматичних розладів. Такий підхід дозволяє точніше визначити потреби конкретного військовослужбовця і вибудувати ефективну систему підтримки [47].

Наукові дані, отримані українськими та зарубіжними фахівцями, свідчать, що розвиток стресових реакцій обумовлений низкою факторів:

- генетичною схильністю, яка може зумовлювати приблизно третину варіацій у стресових реакціях;
- дитячими психотравмуючими подіями, особливо у віці до семи років, які підвищують ризик дезадаптивних реакцій у дорослому житті;
- індивідуальними рисами характеру – люди з песимістичним або дратівливим типом темпераменту частіше піддаються деструктивному впливу стресу, тоді як відкриті, позитивні й доброзичливі особи демонструють вищу емоційну стійкість;
- високим почуттям обов’язку й контролю – у людей, схильних до надмірного самоконтролю, реалізму та відповідальності, частіше спостерігаються психосоматичні прояви, тоді як емоційно гнучкі особистості легше долають наслідки стресу [48].

Отже, посттравматичний стресовий розлад у військовослужбовців є комплексним явищем, у якому поєднуються фізіологічні, емоційні та поведінкові компоненти. Його ефективне подолання вимагає не лише медичної та психологічної допомоги, але й створення умов для соціальної інтеграції, підтримки родини та суспільного розуміння проблем ветеранів.

Сучасні теоретико-методологічні дослідження процесу виникнення психологічної травми, а також ролі бойового досвіду й супутніх чинників у цьому процесі, становлять відносно новий когнітивно-поведінковий напрям в українській психології. Цей напрям лише починає активно розвиватися, модернізуватися й набувати глибшого наукового осмислення. Науковці виділяють низку ключових факторів, що зумовлюють розвиток посттравматичного стресового розладу (ПТСР) серед військовослужбовців [49].

1. Військовий досвід. Результати психологічних досліджень свідчать, що інтенсивність проявів ПТСР суттєво залежить від характеру військової служби, звання, посади та виду військ. Наприклад, симптоми можуть

різнитися між рядовим складом, сержантами та офіцерами. Також важливими є тривалість служби, період залучення до бойових дій, частота ротацій і місце дислокації. Усі ці параметри визначають рівень бойового навантаження, впливають на стійкість до стресу та формують індивідуальний досвід, який зумовлює ступінь психотравматизації [49].

2. Гендерні відмінності. Традиційно більшість наукових праць щодо бойових травм і посттравматичних розладів стосувалася чоловіків. Проте останніми роками з'являється дедалі більше досліджень, присвячених жінкам-військовослужбовицям. Зміна ролі жінок у Збройних Силах та зростання їх участі у бойових діях після початку повномасштабного вторгнення суттєво розширили спектр ризиків. До типових психотравмувальних чинників для жінок, окрім бойових дій, належать випадки сексуального насильства, домагань або дискримінації, які також можуть призводити до розвитку ПТСР. Таким чином, статевий чинник вимагає окремого врахування під час оцінки психологічних наслідків війни [49].

3. Супутні психічні розлади. Посттравматичний стресовий розлад рідко існує ізольовано. Найчастіше він супроводжується іншими психічними станами – депресією, тривожними розладами, залежностями від психоактивних речовин, а іноді й синдромом дефіциту уваги з гіперактивністю. Епідеміологічні дослідження засвідчують, що переважна більшість осіб із ПТСР мають щонайменше ще один супутній діагноз, а значна частина – три й більше. Особливу увагу привертає також черепно-мозкова травма (ЧМТ), спричинена вибуховими хвилями, яка отримала назву «характерної рани сучасної війни». Вона часто поєднується з ПТСР, посилюючи когнітивні та емоційні порушення [50].

4. Особистісні чинники. Тип особистості істотно впливає на сприйняття, оцінку та подолання травматичних подій. Доведено, що симптоми ПТСР частіше проявляються у людей з підвищеною емоційною вразливістю, невротичними рисами, схильністю до уникання ризику, надмірним самоконтролем, ворожістю чи внутрішньою тривожністю. Водночас

позитивна емоційність, екстраверсія, сумлінність, стресостійкість та оптимізм вважаються захисними факторами. Вікові аспекти також мають значення: молодші військові та люди похилого віку зазвичай виявляють нижчий рівень психологічної стійкості. Соціальний контекст посилює або послаблює наслідки травми – ізоляція, втрата сім'ї чи соціальних зв'язків істотно підвищують ризик розвитку ПТСР [51].

5. Реакція на травматичний стрес. Після пережитої травми військовослужбовці можуть демонструвати широкий спектр емоційних і фізіологічних реакцій. До емоційних належать відчуття страху, провини, безпорадності, сорому, заціпеніння, а до фізичних – пітливість, головний біль, розлади сну або апетиту. У більшості людей такі реакції є тимчасовими і поступово зникають. Проте у певної частини осіб вони переростають у хронічні психічні порушення – залежності, депресію чи власне ПТСР. Ключову роль у визначенні цього переходу відіграє резилієнтність – індивідуальна стійкість до стресу. Високий рівень резилієнтності сприяє швидшому відновленню та знижує імовірність розвитку тяжких симптомів [52].

6. Міжособистісні відносини. Посттравматичний стресовий розлад суттєво впливає на соціальні взаємодії військовослужбовців. Внутрішні упередження щодо загрози або недовіра до оточення можуть переростати у деструктивну поведінку, що руйнує міжособистісні стосунки. Дослідження показують, що військові з проявами ПТСР частіше відчувають соціальну відчуженість, остракізм, конфлікти в сім'ї або труднощі у формуванні нових соціальних зв'язків. Особливо вразливою є молодь віком до 30 років, яка брала активну участь у бойових діях: саме серед цієї групи спостерігається підвищений рівень емоційної ізоляції, тривоги та симптомів ПТСР.

Розуміння особливостей перебігу посттравматичного стресового розладу у військовослужбовців є ключовою умовою для створення ефективних програм психологічної допомоги та реабілітації. Комплексна підтримка має охоплювати як професійні психотерапевтичні методи, так і

соціальну реінтеграцію ветеранів у мирне середовище. Зокрема, ефективними напрямками є когнітивно-поведінкова терапія (КПТ), групова психотерапія, медикаментозна підтримка, а також інші методи, спрямовані на опрацювання травматичного досвіду, зменшені.

Не менш важливою складовою є підтримка з боку родини та суспільства. Створення безпечного, толерантного середовища, розуміння й емпатія з боку близьких людей відіграють визначальну роль у процесі адаптації військових до мирного життя. Соціальна згуртованість, громадські ініціативи та інформаційні кампанії щодо ПТСР допомагають зменшити стигматизацію, формують позитивне ставлення до ветеранів і забезпечують їм доступ до необхідних ресурсів допомоги. Своєчасна діагностика та комплексний підхід до лікування ПТСР суттєво підвищують шанси на успішну реабілітацію. Це сприяє покращенню якості життя військовослужбовців, які пройшли через тяжкі випробування війни, та допомагає їм відновити емоційну рівновагу й знайти новий сенс у житті.

У психотерапевтичній роботі з військовими, що пережили бойовий стрес, пріоритетними є методи когнітивно-поведінкової терапії, які спрямовані на корекцію негативних мисленнєвих патернів і формування більш адаптивних моделей поведінки. Значну ефективність демонструє метод десенсибілізації та переробки травматичних спогадів за допомогою рухів очей (EMDR), який зменшує емоційне навантаження, пов'язане з травматичними подіями. Групові форми терапії сприяють відновленню соціальної підтримки, дають можливість ветеранам поділитись своїми переживаннями.

Важливим елементом є також навчання технік саморегуляції – глибокого дихання, м'язової релаксації, медитації чи майндфулнес-практик, які допомагають знизити рівень тривоги, покращити сон і стабілізувати емоційний стан. Участь членів родини у терапевтичному процесі створює додатковий ресурс підтримки, підвищує ефективність лікування та зміцнює взаєморозуміння між ветеранами й їхнім оточенням [54].

Таким чином, подолання наслідків ПТСР потребує системного підходу, який поєднує психотерапевтичні, соціальні, медичні та освітні компоненти. Лише інтеграція зусиль фахівців і суспільства може забезпечити успішне відновлення психічного здоров'я військовослужбовців.

Іншою важливою проблемою є професійне вигорання, яке формується внаслідок тривалого перебування в умовах стресу, високої відповідальності та емоційного виснаження. На основі результатів сучасних українських досліджень можна зазначити, що професійне вигорання є одним із найнебезпечніших психоемоційних станів, оскільки воно негативно позначається на всіх сферах життєдіяльності людини – соціальній, емоційній, інтелектуальній та фізіологічній. Цей стан впливає не лише на внутрішній психологічний баланс, а й на поведінкові реакції, взаємодію з оточенням і професійну ефективність. За відсутності своєчасної профілактики та корекційних заходів синдром вигорання має тенденцію до швидкого прогресування й може набувати хронічного характеру, що підтверджується численними науковими спостереженнями та емпіричними дослідженнями.

Професійна діяльність військовослужбовців передбачає високий рівень дисципліни, самоконтролю та концентрації уваги, що супроводжується постійною напругою і значним психологічним навантаженням. У таких умовах військова служба нерідко стає джерелом стресу, спричиненого як зовнішніми факторами (небезпека, бойові дії, висока відповідальність), так і внутрішніми – перевтомою, відчуттям безсилля чи фрустрації. Військовослужбовці, здатні конструктивно реагувати на стрес, зазвичай демонструють підвищену функціональну активність і ефективність у роботі. Проте неадекватні або деструктивні реакції на тривалі психоемоційні навантаження можуть призвести до розвитку синдрому професійного вигорання

З огляду на це, доцільним є впровадження системи профілактики професійного вигорання, що включає регулярне проведення соціально-психологічних тренінгів, корекційно-психологічних занять, індивідуальних

консультацій, а також створення умов для емоційного розвантаження військовослужбовців. Такі заходи сприяють стабілізації психічного стану, підвищенню рівня згуртованості в колективах і забезпечують довготривалу психологічну стійкість військових. Професійне вигорання є серйозною загрозою не лише для психологічного здоров'я військовослужбовця, а й для ефективності військової діяльності загалом.

Після демобілізації військовослужбовці часто стикаються з ресоціалізаційними труднощами – складнощами відновлення соціальних зв'язків і повернення до мирного життя. Людина, яка тривалий час перебувала в умовах війни, може відчувати емоційну відчуженість, недовіру до цивільного оточення, труднощі у спілкуванні з близькими. Нерідко виникає відчуття втрати сенсу, розчарування, труднощі з працевлаштуванням чи навчанням. Особливо болісним є процес адаптації для військових, які отримали поранення або втратили побратимів.

Сучасні науковці слушно наголошують, що поняття реабілітації має значно ширший зміст, ніж суто медична чи психологічна її складова [54, с.10].

У структурі реабілітаційного процесу доцільно виокремити такі основні види:

1. Медична реабілітація – комплекс лікувальних, фізіотерапевтичних та профілактичних заходів, спрямованих на відновлення фізичного здоров'я та працездатності після травм, поранень або хвороб.

2. Психологічна реабілітація – система психотерапевтичних і психокорекційних дій, що допомагають подолати наслідки стресу, травматичного досвіду, нормалізувати емоційний стан і сприяти поверненню до мирного життя.

3. Соціальна реабілітація – процес відновлення соціальних функцій, міжособистісних зв'язків, участі у трудовій діяльності та громадському житті, що сприяє інтеграції ветеранів у соціальне середовище.

Тісно пов'язаним із реабілітацією є поняття соціалізації військовослужбовців, яке означає процес засвоєння нових соціальних ролей,

норм, цінностей та моделей поведінки, необхідних для функціонування як у військовому, так і в цивільному середовищі. Для діючих військових цей процес полягає в адаптації до специфіки армійського життя, формуванні професійної ідентичності, дотриманні військової етики та дисципліни. Для ветеранів – у поступовому поверненні до цивільного життя, пошуку нової професійної ролі, реалізації освітніх і соціальних можливостей, відновленні зв'язків із суспільством.

Відповідно до етапів проходження служби можна виділити три основні форми соціалізації військовослужбовців:

1. Підготовчий етап (до служби) – соціалізація починається з моменту призову або вступу на службу, коли людина засвоює норми, цінності, правила та традиції військової спільноти, поступово формуючи нову систему професійних орієнтацій і поведінкових установок.

2. Етап військової адаптації – у процесі виконання службових обов'язків відбувається глибше входження у військове середовище, закріплення професійних навичок, оволодіння колективними нормами та розвиток почуття належності до військової спільноти.

3. Етап реадаптації після служби – найбільш критичний період, що охоплює повернення до мирного життя, відновлення психологічної рівноваги та соціальної активності. Він включає:

- пошук життєвого шляху (отримання освіти, працевлаштування, професійна самореалізація);
- психологічну реадаптацію (подолання наслідків бойового стресу, отримання психологічної підтримки);
- соціальну інтеграцію (відновлення контактів із родиною, друзями, колективом, повернення до звичних життєвих ролей) [55].

Ресоціалізація потребує системної психологічної, соціальної та медичної підтримки. Ефективними напрямками вважаються індивідуальні та групові психотерапевтичні програми, арт-терапія, трудова терапія, участь у громадських ініціативах і ветеранських спільнотах. Важливу роль відіграє

формування нового життєвого смислу, відновлення відчуття власної значущості та підтримка з боку сім'ї.

Таким чином, психологічні наслідки участі у бойових діях мають комплексний характер і потребують міждисциплінарного підходу – поєднання медичної, психологічної, соціальної й духовної реабілітації. Успішна адаптація військовослужбовців до мирного життя можлива лише за умови створення цілісної системи підтримки, що охоплює як індивідуальний рівень допомоги, так і суспільну інтеграцію ветеранів у соціальне середовище.

2.2. Характеристика методик та організація емпіричного дослідження

Визначення рівня психічного здоров'я військовослужбовців є одним із пріоритетних завдань сучасної психологічної науки та практики. Своєчасна діагностика психоемоційного стану дозволяє своєчасно виявити можливі порушення та забезпечити надання кваліфікованої допомоги із залученням фахівців різного профілю – психологів, психотерапевтів, соціальних працівників, медичних спеціалістів. Однак, у практиці як військової, так і цивільної системи охорони психічного здоров'я, спостерігається тенденція до недостатньої діагностованості психічних розладів, що суттєво ускладнює своєчасне втручання, погіршує стан осіб і негативно позначається на їхній професійній, соціальній та особистісній життєдіяльності.

У зв'язку з цим проведення комплексної психодіагностики військовослужбовців у процесі проходження служби є надзвичайно актуальним завданням для психологічної служби Збройних Сил України. Така діагностика повинна бути систематичною, науково обґрунтованою та інтегрованою у процес соціально-психологічного супроводу військовослужбовців.

Емпіричне дослідження, проведене в межах магістерської роботи, мало на меті визначення особливостей психічного стану військовослужбовців та охоплювало кілька послідовних етапів:

1. Підготовчий етап. На цьому етапі здійснено теоретичний аналіз проблеми соціально-психологічної реабілітації військовослужбовців, окреслено основні характеристики психічного здоров'я військових у сучасних умовах, визначено чинники ризику його порушення. Крім того, було підібрано та обґрунтовано комплекс психодіагностичних методик, спрямованих на подальше емпіричне вивчення стану психічного здоров'я.

2. Емпіричний етап (констатувальне дослідження). На цьому етапі проведено безпосередню діагностику психоемоційного стану військовослужбовців із застосуванням стандартизованих психологічних методик. Дослідження передбачало:

- оцінювання рівня депресивних проявів, рівня тривожності та симптоматики посттравматичного стресового розладу (ПТСР);
- професійного вигорання;
- подання ресоціалізаційних труднощів.

3. Підсумковий етап. Здійснено систематизацію, кількісно-якісний аналіз і інтерпретацію отриманих даних. На основі результатів сформульовано висновки та розроблено практичні рекомендації щодо удосконалення системи соціально-психологічної реабілітації військовослужбовців, спрямованої на збереження та відновлення їхнього психічного здоров'я.

Метою проведеного емпіричного дослідження було визначення актуального стану психічного здоров'я військовослужбовців, зокрема оцінка рівня депресії, тривожності та посттравматичного стресового розладу, що дозволяє глибше зрозуміти психологічні особливості військових і визначити напрями цілеспрямованої психокорекційної роботи.

Дослідження проводилося серед військовослужбовців Збройних Сил України. Загальна кількість респондентів становила 100 осіб, серед яких представники різних звань: рядовий склад – 76 осіб, сержантський – 14 осіб,

молодший офіцерський – 10 осіб. За віковими параметрами респонденти розподілилися таким чином: до 30 років – 10 осіб, від 31 до 40 років – 40 осіб, понад 40 років – 50 осіб, жінок – 15 осіб, чоловіків – 85 осіб.

Для досягнення поставленої мети було визначено та послідовно реалізовано низку конкретних завдань дослідження:

1. Відібрати відповідний методичний інструментарій, який би забезпечив достовірне вимірювання показників психічного здоров'я військовослужбовців.

2. Провести емпіричне дослідження, спрямоване на виявлення рівня депресії, тривожності та посттравматичних проявів серед військовослужбовців.

3. Здійснити якісний і кількісний аналіз отриманих результатів, узагальнити дані та сформулювати висновки щодо особливостей психоемоційного стану досліджуваних.

У процесі реалізації підготовчого етапу виникли певні труднощі, пов'язані з організацією емпіричної частини магістерського дослідження. Зважаючи на те, що дослідження проводилося в умовах триваючої війни, безпосередній доступ до військовослужбовців був обмеженим і потребував додаткових організаційних заходів. Враховуючи ці обставини, було прийнято рішення здійснити діагностичне обстеження у дистанційному форматі, із використанням інтернет-ресурсів.

Опитування проводилося серед військовослужбовців, які надали добровільну згоду на участь у дослідженні, переважно серед осіб із кола знайомих, родичів або через посередництво знайомих респондентів. Такий підхід дозволив забезпечити етичність, безпеку та конфіденційність дослідницького процесу, не порушуючи службових обмежень і при цьому отримати валідні емпіричні дані для аналізу.

Для досягнення поставленої мети та реалізації завдань емпіричної частини дослідження було застосовано комплекс психодіагностичних методик, спрямованих на оцінювання основних показників психічного стану

військовослужбовців – рівня депресії, тривожності та симптомів посттравматичного стресового розладу (ПТСР). Зокрема, було використано такі інструменти:

- «Анкета здоров'я пацієнта» (Patient Health Questionnaire – PHQ-9) [56];
- «Шкала тривоги Бека» (Beck Anxiety Inventory – BAI) [57];
- «Міссісіпська шкала посттравматичного стресового розладу» (Mississippi Scale for Combat-Related PTSD) [58].

Анкета здоров'я пацієнта (PHQ-9). Методика PHQ-9 розроблена групою американських дослідників – Р. Л. Шпітцером, Д. Б. Вільямс та К. Кронке за підтримки компанії Pfizer Inc [59]. Цей опитувальник належить до числа найбільш валідних та стандартизованих інструментів для скринінгу депресивних станів у клінічній та неклінічній вибірці. Опитувальник складається з дев'яти тверджень, які відображають ключові симптоми депресії, визначені в міжнародних діагностичних класифікаціях (DSM-IV, DSM-5). До таких симптомів належать: зниження інтересу або задоволення від діяльності, пригнічений настрій, порушення сну, зниження апетиту або переїдання, втома, відчуття провини, труднощі з концентрацією уваги, уповільнення або збудження рухової активності, а також наявність суїцидальних думок.

Кожен пункт оцінюється за чотирибальною шкалою частоти проявів симптомів: 0 – ніколи, 1 – кілька днів, 2 – більшу частину часу, 3 – майже щодня (табл.2.1.).

Таблиця 2.1.

Анкета здоров'я пацієнта (PHQ-9)

Кількість балів	Рівень депресії
0–4	Відсутність депресії
5–9	Легкий ступінь депресії
10–14	Помірний ступінь депресії
15–19	Виражений ступінь депресії
20–27	Важкий ступінь депресії

Джерело: складено автором за матеріалами [60]

Методика PHQ-9 проста у використанні, може застосовуватися як у клінічних, так і у польових умовах, що робить її зручною для дистанційного опитування військовослужбовців.

Шкала тривоги Бека (Beck Anxiety Inventory – BAI) Для оцінювання рівня тривожності серед військовослужбовців була використана Шкала тривоги Бека, розроблена А. Беком та його колегами [61]. Інструмент включає 21 твердження, що описують як соматичні, так і психологічні прояви тривоги. До фізіологічних симптомів належать: запаморочення, оніміння кінцівок, тремор, надмірне потовиділення, напруження м'язів, прискорене серцебиття, утруднене дихання тощо. Психологічні симптоми охоплюють нав'язливі страхи, відчуття неминучої небезпеки, дратівливість, страх втрати контролю, страх смерті, труднощі концентрації уваги. Респондентам пропонується оцінити, наскільки кожен із зазначених симптомів турбував їх протягом останнього тижня, за чотирибальною шкалою:

- 0 – зовсім не турбує;
- 1 – слабо турбує;
- 2 – помірно турбує;
- 3 – турбує дуже сильно.

Отримані бали підсумовуються, а сукупний показник дозволяє визначити рівень тривоги (табл.2.2.)

Таблиця 2.2.

Шкала тривоги Бека (BAI)

Кількість балів	Рівень тривожності
0–5	Нормальний рівень тривожності
6–8	Легкий рівень тривожності
9–18	Середній рівень тривожності
19 і більше	Високий рівень тривожності

Джерело: складено автором за матеріалами [62]

Методика Бека є однією з найвідоміших у світовій психологічній практиці, характеризується високими показниками надійності та валідності,

тому активно застосовується для дослідження психоемоційного стану військовослужбовців у бойових і післябойових умовах.

Міссісіпська шкала посттравматичного стресового розладу (Mississippi Scale for Combat-Related PTSD). Для діагностики проявів посттравматичного стресового розладу (ПТСР) було використано Міссісіпську шкалу ПТСР, розроблену Т. М. Кеане та співавторами (1988) [63; 64]. Опитувальник створений спеціально для оцінки психічного стану ветеранів бойових дій і містить 35 тверджень, що відображають різні аспекти посттравматичних симптомів: нав'язливі спогади, уникання, емоційне притуплення, підвищену пильність, розлади сну, спалахи агресії, труднощі з концентрацією уваги.

Респонденти оцінюють кожне твердження за п'ятибальною шкалою від 1 (повністю не згоден) до 5 (повністю згоден). Сумарний показник може варіювати від 35 до 175 балів (табл.2.3).

Таблиця 2.3.

**Міссісіпська шкала посттравматичного стресового розладу
(Mississippi Scale for Combat-Related PTSD)**

Кількість балів	Рівень посттравматичного стресу
35–85	Низький рівень або відсутність симптомів ПТСР
86–107	Помірний рівень симптомів ПТСР
108 і більше	Високий рівень посттравматичного стресу

Джерело: складено автором за матеріалами [65]

Міссісіпська шкала дозволяє не лише визначити наявність розладу, але й виявити ступінь тяжкості симптомів, що робить її одним із найбільш інформативних інструментів для дослідження військових, які брали участь у бойових діях.

Для більш детального вивчення професійного вигорання військовослужбовців було застосовано методику О. Рукавишнікова [66]. Опитувальник складається з 72 тверджень, які оцінюють ставлення

особистості до своєї професійної діяльності, взаємодії з колегами та емоційного стану. Респондент оцінює частоту проявів кожного твердження за шкалою від «ніколи» до «постійно». Методика містить три основні субшкали:

1. Психоемоційне виснаження – відображає рівень втоми, емоційного виснаження, втрати енергії.
2. Особистісне віддалення (деперсоналізація) – характеризує байдужість, роздратованість, втрату емпатії.
3. Редукція професійної мотивації – свідчить про зниження інтересу до роботи, відсутність задоволення від діяльності.

Результати опитування інтерпретуються за трьома шкалами, які відображають рівень вираженості вигорання. Чим вищий сумарний показник, тим більш виражений синдром професійного вигорання.

Таблиця 2.4.

Інтерпретація результатів методики О. Рукавишнікова

Рівень прояву	Психоемоційне виснаження	Особистісне віддалення	Редукція професійної мотивації
Низький	0–24	0–12	0–16
Середній	25–48	13–24	17–32
Високий	49 і більше	25 і більше	33 і більше

Джерело: складено автором за матеріалами [67]

Методика дозволяє отримати комплексну оцінку емоційного стану та професійної мотивації військовослужбовців. Особливу увагу варто приділяти поєднанню високого рівня психоемоційного виснаження з низьким рівнем мотивації, що свідчить про формування стійкого синдрому професійного вигорання.

Результати, отримані за допомогою методики, дають змогу своєчасно виявляти ризики емоційного виснаження, планувати профілактичні заходи та формувати програми психологічної підтримки військовослужбовців.

Виявлення ресоціалізаційних труднощів є одним із ключових напрямів психологічного супроводу військовослужбовців, які повертаються до мирного

життя після участі у бойових діях. Для цього використовується «Методика діагностики ресоціалізаційних труднощів військовослужбовців» (адаптований варіант опитувальника Social Adaptation Difficulties Scale). Методика спрямована на визначення рівня адаптованості особи до соціуму після військової служби, оцінювання її соціально-психологічних ресурсів, а також виявлення основних сфер, у яких можуть виникати труднощі – професійній, міжособистісній, емоційній та поведінковій. Опитувальник складається із 40 тверджень, які описують різні аспекти соціальної адаптації. Респондент оцінює ступінь згоди з твердженнями за п'ятибальною шкалою (1 – ніколи, 5 – завжди). Методика включає чотири субшкали:

1. Емоційно-поведінкові труднощі – рівень внутрішньої напруги, агресивності, тривожності.
2. Міжособистісні труднощі – проблеми у спілкуванні, взаєморозумінні з родиною чи колегами.
3. Професійно-трудова труднощі – труднощі з роботою, втрата мотивації, невпевненість у компетентності.
4. Соціально-ціннісна дезадаптація – зміна життєвих цінностей, втрата сенсу, почуття ізоляції [68].

Для кожної шкали підраховується сума балів. Чим більший результат, тим сильніше виражені ресоціалізаційні труднощі. Загальний рівень визначається за критеріями наведеними в таблиці 2.5.

Таблиця 2.5.

**Інтерпретація результатів методики діагностики
ресоціалізаційних труднощів військовослужбовців» (Social Adaptation
Difficulties Scale)**

Рівень труднощів	Кількість балів	Інтерпретація
Низький	40–80	Гарна соціальна адаптація, стабільний психоемоційний стан.
Середній	81–120	Помірні труднощі, що потребують психологічної підтримки.
Високий	121–160	Виразені проблеми адаптації, соціальна ізоляція, зниження мотивації.

Дуже високий	161–200	Стан дезадаптації, необхідне термінове психологічне втручання.
--------------	---------	--

Джерело: складено автором за матеріалами [69]

Методика дозволяє комплексно оцінити рівень адаптованості військовослужбовців після проходження служби. Її застосування допомагає виявити осіб із ризиком соціальної дезадаптації та розробити індивідуальні програми ресоціалізації, спрямовані на відновлення соціальної активності, розвиток комунікативних навичок і формування позитивної життєвої орієнтації.

Таким чином, обраний комплекс методик забезпечує комплексну оцінку психічного стану військовослужбовців, охоплюючи основні компоненти емоційного неблагополуччя – депресію, тривогу та посттравматичні прояви, а також рівень професійного вигорання і діагностику ресоціалізаційних труднощів військовослужбовців. Це дозволяє сформувати цілісне уявлення про психологічний стан військових і слугує науковим підґрунтям для подальшої розробки програм соціально-психологічної реабілітації.

2.3. Результати емпіричного дослідження стану психологічного здоров'я військовослужбовців

Актуальні статистичні дані підтверджують значний масштаб проблем у сфері психічного здоров'я військовослужбовців. Так, відповідно до результатів аудиту послуг із психічного здоров'я у системі Міністерства оборони України (лютий 2023 р.), рівень тривожних розладів серед військових удвічі перевищує аналогічні показники серед цивільного населення. Також спостерігається підвищений ризик розвитку депресивних станів: 4,8 % серед військовослужбовців проти 3,6 % у цивільній популяції [70].

Щодо посттравматичного стресового розладу (ПТСР), за результатами досліджень, проведених серед учасників бойових дій, зокрема тих, хто мав безпосередній досвід участі в операції Об'єднаних сил (АТО), у 20 %

респондентів було діагностовано ПТСР [71]. Ці результати свідчать про системність проблеми та необхідність цілеспрямованої психологічної підтримки військових.

Далі наведено результати емпіричного дослідження, проведеного в межах кваліфікаційної роботи.

Першою застосованою методикою стала «Анкета здоров'я пацієнта» (PHQ-9; Patient Depression Questionnaire, Drs. Robert L. Spitzer, Janet B. Williams, Kurt Kroenke), що дозволяє визначити наявність та інтенсивність симптомів депресії, приклад анкети наведено у Додатку А [72].

Узагальнені результати свідчать, що 14,0 % (14 особи) обстежених не мають ознак депресії, 28,0 % (28 осіб) демонструють легкий ступінь, 54,0 % (54 особи) – помірний ступінь депресії, тоді як 4,0 % (4 особа) характеризуються вираженою формою розладу. Таким чином, лише незначна частина військовослужбовців не проявляє симптомів депресії, тоді як переважна більшість має певні ознаки емоційного виснаження різного ступеня(табл.2.6).

Таблиця 2.6.

**Узагальнені результати проведення дослідження за методикою
«Анкета здоров'я пацієнта»**

Категорія рівня депресії	Кількість осіб (із 100)	Відсоток, %
Відсутня депресія	14	14.0
Легкий ступінь	28	28.0
Помірний ступінь	54	54.0
Виражений ступінь	4	4.0

Джерело: складено автором за матеріалами [73]

Отримані результати свідчать про наявність спектра депресивних симптомів, які можуть негативно впливати на якість життя, працездатність та ефективність виконання службових обов'язків. Серед найпоширеніших проявів відзначено зниження інтересу до звичних занять, пригнічений настрій, втому, порушення сну, труднощі з концентрацією уваги. Для більш глибокого

аналізу дослідження здійснено оцінювання окремих симптомів, діагностованих за шкалою PHQ-9 (рис.2.1.).

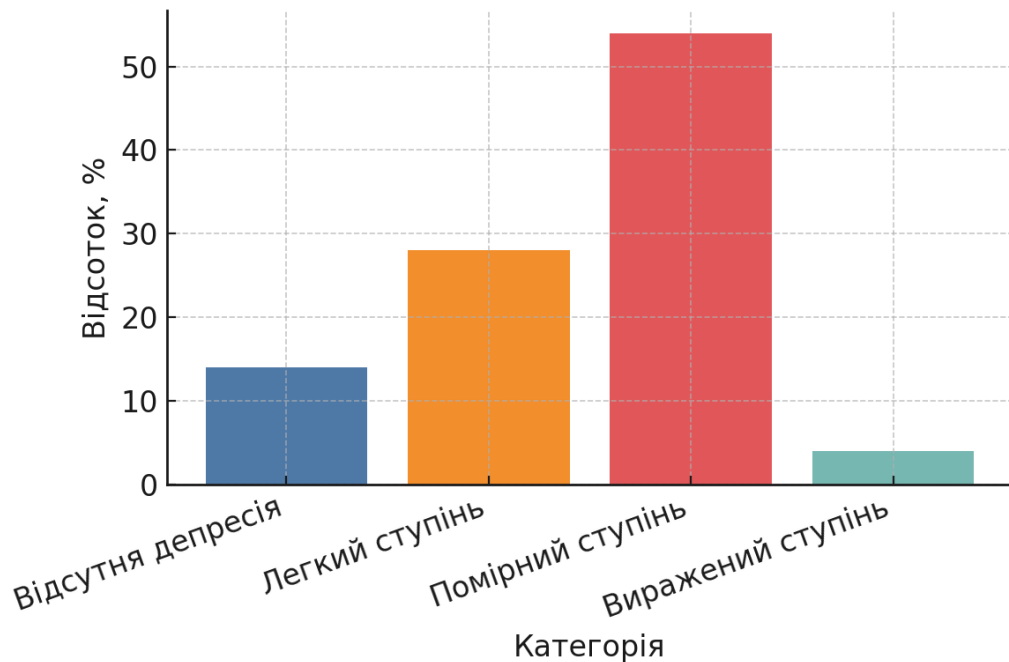


Рис. 2.1. Графічне відображення отриманих результатів проведення дослідження за методикою «Анкета здоров'я пацієнта»

(Джерело: складено автором за матеріалами [74])

Найбільш вираженими виявились симптоми, пов'язані з втомою, пригніченим настроєм та втратою інтересу. Відповідно до критеріїв DSM-5 (Американська психіатрична асоціація), саме ці прояви належать до ключових діагностичних ознак депресивного розладу [75, с. 112–113].

Найнижчі показники спостерігаються за симптомом, пов'язаним із суїцидальними думками чи намірами. Такий результат може свідчити як про відсутність цього симптому, так і про можливу схильність респондентів до уникання відвертих відповідей, зокрема через страх розголосу або недовіру. Водночас офіційна статистика Міністерства оборони України засвідчує, що проблема суїцидальної поведінки серед військових залишається актуальною: у період з 2014 по 2016 рік 212 військовослужбовців вчинили самогубство, а до 2018 року кількість завершених спроб зросла до 518 випадків [76; 77, с.

175], на жаль під час повномасштабної війни в Україні такі данні не оприлюднюють. Це підтверджує необхідність системного впровадження профілактичних програм запобігання суїцидальній поведінці.

Результати, отримані у межах цього дослідження, також співвідносяться з даними І. Каряки та С. Фартушної, проведеними до початку повномасштабної війни. Вони засвідчують підвищення ризику розвитку депресії серед військових у 2022–2024 рр. (табл. 2.7.), що свідчить про наростання психоемоційного навантаження та потребу в розширенні системи психологічної реабілітації у Збройних Силах України [78].

На основі проведеного аналізу результатів можна констатувати, що відсутність депресії серед військовослужбовців має чітку тенденцію до зниження. Застосувавши формулу обчислення приросту/зменшення, було визначено, що показник відсутності депресії знизився на 38,8 %. При цьому у категорії легкого ступеня депресії – зменшення на 66,6 %. Найбільший приріст зафіксовано серед військовослужбовців із помірним рівнем депресії – підвищення на 33.6 %, тоді як данні за показником «виражений ступінь депресії» не змінився.

Таблиця 2.7.

Порівняння рівнів депресії у військовослужбовців до та після початку повномасштабної війни

Рівень депресії	Показники 2019 р. (до повномасштабної війни) у %	Показники 2024 р. (під час війни) у %
Відсутність депресії	36 %	14 %
Легкий ступінь депресії	42 %	28 %
Помірний ступінь депресії	18 %	54 %
Виражений ступінь депресії	4 %	4%

Джерело: складено автором за матеріалами [79]

Отримані результати свідчать про невтішну тенденцію: кількість військовослужбовців із симптомами депресії невпинно зростає. Це зумовлює необхідність посилення заходів щодо забезпечення умов психологічного відновлення військових, розробки програм профілактики психічних розладів, а також запобігання їх рецидивам у разі повторних проявів.

Для діагностики рівня тривоги була використана також методика «Шкала тривоги Бека» (Beck Depression Inventory, BDI) [80] (Додаток Б). Отримані результати розподілилися наступним чином У 38% досліджуваних військовослужбовців (3 респонденти) зафіксовано нормальний рівень тривоги, який не впливає на повсякденне функціонування та виконання службових обов'язків. У такої ж кількості досліджуваних виявлено легкий рівень тривоги, що свідчить про наявність помірних переживань і фізіологічних проявів, пов'язаних із підвищенням емоційної напруги, однак цей рівень все ще дозволяє зберігати контроль над власною поведінкою. У 53 % респондентів діагностовано середній рівень тривоги, який може істотно впливати на життєдіяльність і професійну ефективність. У 9 % встановлено високий рівень тривоги, що свідчить про значну інтенсивність симптомів та потребу в комплексній допомозі – як психологічній, так і, за потреби, медикаментозній. Узагальнені результати дослідження рівня тривоги серед військовослужбовців за методикою «Шкала тривоги Бека» (Beck Anxiety Inventory, BAI) наведено у таблиці 2.8.

Таблиця 2.8.

**Узагальнені результати дослідження рівня тривоги серед
військовослужбовців за методикою «Шкала тривоги Бека» (Beck Anxiety
Inventory, BAI)**

Рівень тривоги	Кількість осіб (із 100)	Відсоток, %
Нормальний рівень	10	10
Легкий рівень	28	28
Середній рівень	53	53
Високий рівень	9	9

Джерело: складено автором за матеріалами [81]

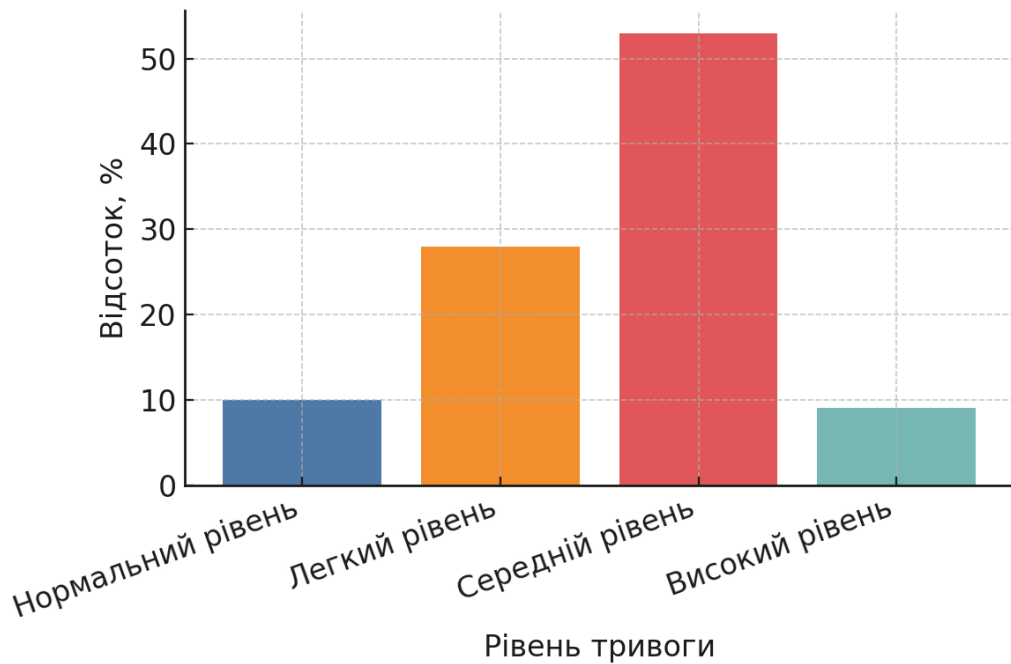


Рис. 2.2. Графічне відображення отриманих результатів дослідження рівня тривоги серед військовослужбовців за методикою «Шкала тривоги Бека» (Beck Anxiety Inventory, BAI)

(Джерело: складено автором за матеріалами [82])

Порівнюючи отримані результати з даними інших наукових досліджень, встановлено подібні тенденції. Так, за результатами роботи Г. М. Кожина, О. В. Друзя, Е. М. Хорошун, К. О. Зеленської, І. О. Черненко, присвяченої дослідженню стрес-асоційованих розладів у військовослужбовців під час війни, генералізований тривожний розлад спостерігається у 19,4 % осіб, а панічний розлад — у 15,6 %, що загалом становить близько 35 % від усіх обстежених [83, с. 51]. Аналогічно, І. М. Ткачук у своєму дослідженні поширеності депресивних та тривожних розладів серед учасників АТО виявив, що кількість тривожних розладів становить $35,0 \pm 4,4$ % [84, с. 64].

Отже, отримані результати підтверджують, що проблема тривоги та тривожних розладів є надзвичайно актуальною для військовослужбовців. Це

узгоджується як із результатами нашого дослідження, так і з висновками інших учених – як у довоєнний, так і в період повномасштабної війни. Відповідно, робота з проявами тривожних станів має стати невід’ємною частиною системи соціально-психологічної реабілітації військовослужбовців.

Аналіз результатів дослідження, проведеного за методикою «Міссісіпська шкала посттравматичного стресового розладу» (Mississippi Scale for Combat-Related PTSD, Т. М. Keane) представлено в Додатку В. Отримані дані свідчать, що більшість досліджуваних військовослужбовців мають задовільний рівень адаптованості, а ризик розвитку ПТСР є низьким. Зокрема, 62 % респондентів мають низький рівень проявів ПТСР. У 35 % виявлено середній рівень ризику, що свідчить про певні труднощі адаптації. Водночас три учасника дослідження (3 %) продемонстрував високі показники за шкалою, що може бути свідченням наявності посттравматичного стресового розладу та потреби у професійній психологічній допомозі(табл.2.9.).

Таблиця 2.9.

**Аналіз результатів за методикою «Міссісіпська шкала
посттравматичного стресового розладу»**

Рівень проявів ПТСР	Кількість осіб (із 100)	Відсоток, %
Низький рівень ПТСР	62	62
Середній рівень ПТСР	35	35
Високий рівень ПТСР	3	3

Джерело: складено автором за матеріалами [85]

Таким чином, результати дослідження підтверджують потребу у комплексному підході до діагностики та профілактики психічних розладів серед військовослужбовців. Особливої уваги потребують заходи, спрямовані на раннє виявлення депресивних і тривожних симптомів, а також впровадження системних програм соціально-психологічної реабілітації, спрямованих на відновлення психологічного благополуччя та підвищення стресостійкості особового складу.

Отримані результати свідчать, що більшість досліджуваних військовослужбовців продемонстрували достатній рівень адаптованості, що свідчить про їхню здатність пристосовуватись до мінливих умов сучасності – як у сфері сімейного, так і професійного життя.

Отримані показники певною мірою відрізняються від результатів досліджень, проведених серед військовослужбовців із бойовим досвідом. Більшість учасників нашого дослідження не мали безпосередньої участі у бойових діях, що суттєво знижує ризик отримання психічної травми. Ця обставина частково пояснює наявність розбіжностей між нашими результатами та попередніми емпіричними даними.

Для порівняння було проаналізовано результати інших досліджень, орієнтованих на вивчення проявів посттравматичного стресового розладу серед військових. Так, у роботі О. М. Кокуна, Н. А. Агаєва, І. О. Пішко та Н. С. Лозінської (2016) було досліджено критерії ПТСР та рівень їх прояву у військовослужбовців, які зазнали впливу екстремальних бойових факторів [86-88]. За результатами дослідження, високий рівень адаптованості продемонстрували 55 % респондентів, порушення адаптації виявлено у 14 %, а ознаки ПТСР спостерігалися у 32 % військових із бойовим досвідом.

Порівнюючи ці дані з результатами, отриманими серед військовослужбовців, які не брали участі у бойових діях, встановлено значно нижчі показники ПТСР. Так, серед військових без бойового досвіду 72 % виявилися адаптованими, 17 % мали певні порушення адаптації, а ПТСР було діагностовано лише у 11 % респондентів. Отже, різниця між цими двома групами є суттєвою, особливо у показниках адаптованості та наявності симптомів ПТСР [87].

Цікаві результати також наведено у дослідженні О. Д. Гавловського (2019), який вивчав спектр психічних розладів серед учасників антитерористичної операції. Виявлено, що достатній рівень адаптації мають 84 % військових, порушення адаптації – у 9,6 % комбатантів, тоді як ПТСР діагностовано у 6,4 % респондентів [89]. Отримані результати свідчать про

вищий рівень адаптованості військовослужбовців порівняно з попередніми дослідженнями.

Таку різницю можна пояснити кількома чинниками. Дослідження О. М. Кокуна та колег проводилось у 2016 році, коли антитерористична операція перебувала в активній фазі (особливо у 2014-2015 роках, коли спостерігалися запеклі бойові дії та значні втрати) [90]. Натомість дослідження О. Д. Гавловського здійснено у 2019 році, коли бойова активність на лінії розмежування суттєво знизилась [91]. Цілком можливо, що частина військовослужбовців, які раніше мали симптоми ПТСР, до того часу вже отримали відповідну допомогу або пройшли процес психологічного відновлення.

Таким чином, узагальнення результатів вказує на тісний зв'язок між бойовим досвідом і рівнем прояву ПТСР. Військовослужбовці, які не брали участі у бойових діях, демонструють вищий рівень адаптованості та нижчу ймовірність розвитку посттравматичних реакцій. Це підтверджує необхідність проведення цілеспрямованих заходів профілактики ПТСР серед осіб, які перебувають у зоні ризику, а також організації системної психологічної реабілітації для ветеранів із бойовим досвідом.

Результати дослідження засвідчили, що професійне вигорання є актуальною та поширеною проблемою серед військовослужбовців (Додаток Г). Зокрема, 16% опитаних продемонстрували високий рівень психоемоційного виснаження, що свідчить про втрату емоційних, фізичних і енергетичних ресурсів. Це виявляється у хронічній втомі, апатії, байдужості до службових обов'язків і зниженні емоційної залученості до роботи. У решти 84% учасників рівень стресу варіювався від середнього до високого, хоча суб'єктивно вони не завжди усвідомлювали його інтенсивність.

Показник особистісного віддалення мав підвищений рівень у 10% військових. Такий стан характеризується дратівливістю, нетерпимістю у спілкуванні, негативним сприйняттям колег та професійного оточення. Крім того, 31% респондентів продемонстрували низький рівень професійної

мотивації, що частково зумовлено сучасними соціальними обставинами – війною, економічною нестабільністю, наслідками пандемії COVID-19. Усі ці чинники суттєво впливають на психоемоційний стан військових, знижують їхню працездатність і професійне задоволення.

Отримані результати підтверджують, що виконання великої кількості службових завдань у небезпечних і виснажливих умовах негативно позначається на емоційному стані особового складу, провокуючи внутрішню напругу, агресію або апатію. Це, своєю чергою, може впливати на ефективність бойових дій, дисципліну та стосунки у військових колективах.

Отримані результати, здобуті за методикою «Діагностики ресоціалізаційних труднощів військовослужбовців» (адаптований варіант опитувальника Social Adaptation Difficulties Scale), базуються на обстеженні 50 респондентів, які повернулися з війни та мали різний ступінь фізичних або психологічних травм. Зібрані дані дозволили оцінити рівень труднощів, що виникають у процесі повернення військовослужбовців до мирного життя. Узагальнені результати дослідження подано в таблиці 2.10. (рис.2.3).

Таблиця 2.10

Узагальнені результати дослідження за методикою «Діагностики ресоціалізаційних труднощів військовослужбовців»

Рівень ресоціалізаційних труднощів	Кількість осіб (із 50)	Відсоток, %
Низький рівень	13	26
Середній рівень	24	49
Високий рівень	9	18
Дуже високий рівень	4	7

Джерело: складено автором за матеріалами [92]

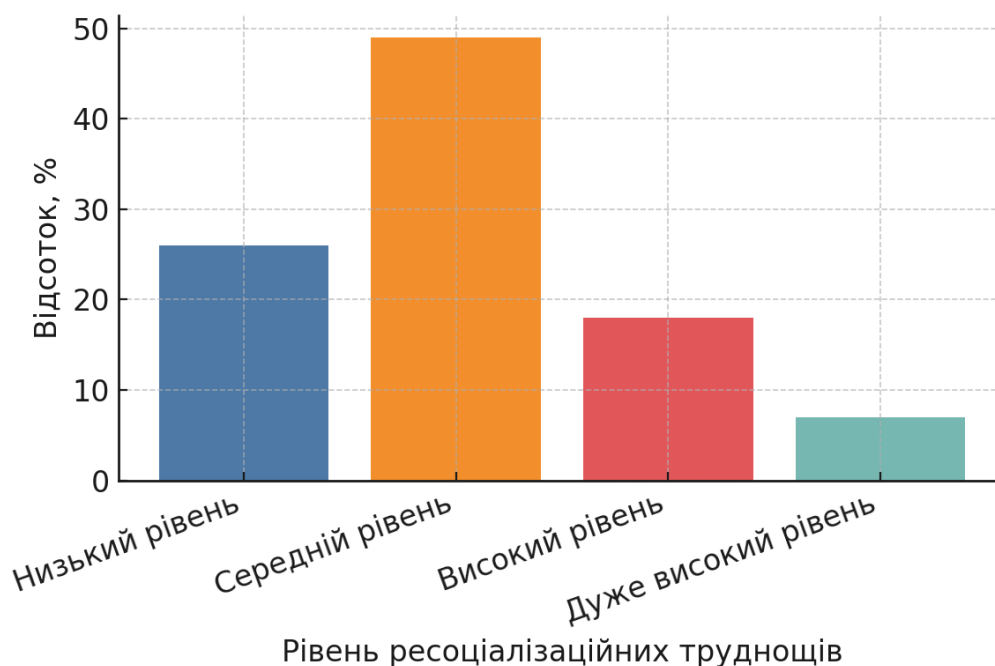


Рисунок 2.3. Графічне відображення отриманих результатів дослідження за методикою «Діагностики ресоціалізаційних труднощів військовослужбовців»

(Джерело: складено автором за матеріалами [93])

Комплексне дослідження психічного стану військовослужбовців дозволило встановити низку закономірностей, які відображають особливості їхнього психологічного функціонування та адаптаційних можливостей після участі у бойових діях або перебування в умовах тривалого стресу.

1. Результати за методикою РНQ-9 (оцінка рівня депресії) показали, що більшість військовослужбовців мають певні симптоми депресивного спектра. Зокрема, 54 % респондентів демонструють помірний рівень депресії, 28 % – легкий, а лише 14 % – не мають депресивних проявів. Це свідчить про необхідність системної психологічної підтримки з метою запобігання хронізації депресивних станів.

2. За результатами дослідження рівня тривоги (методика Бека – ВАІ) встановлено, що у 53 % опитаних спостерігається середній рівень тривожності, у 28 % – легкий, а у 9 % – високий рівень тривоги, що вказує на ризик розвитку тривожних розладів. Отже, для частини військових необхідні

психотерапевтичні та психоедукаційні заходи, спрямовані на стабілізацію емоційного стану та формування навичок саморегуляції.

3. Дослідження за «Міссісіпською шкалою посттравматичного стресового розладу» засвідчило, що 62 % військовослужбовців мають низький рівень проявів ПТСР, 35 % – середній, а 3 % – високий. Отримані результати підтверджують, що хоча більшість учасників демонструють задовільну адаптованість, частина з них перебуває у зоні ризику та потребує тривалої реабілітаційної допомоги.

4. За методикою О. Рукавишнікова (діагностика професійного вигорання) виявлено, що значна частина військовослужбовців перебуває у стані емоційного виснаження та зниження професійної мотивації. Це зумовлено високим рівнем стресових навантажень, тривалим перебуванням у бойових умовах, відсутністю належного відпочинку та підтримки з боку оточення.

5. За методикою «Діагностики ресоціалізаційних труднощів військовослужбовців» (Social Adaptation Difficulties Scale) встановлено, що 49 % респондентів мають середній рівень труднощів у процесі повернення до мирного життя, 26 % – низький, 18 % – високий і 7 % – дуже високий. Це свідчить про актуальність комплексних програм соціально-психологічної реабілітації, спрямованих на відновлення адаптаційного потенціалу, інтеграцію в цивільне середовище та відновлення професійної ідентичності.

Узагальнюючи результати, можна стверджувати, що переважна більшість військовослужбовців виявляє ознаки психоемоційної напруги, зниження настрою та часткові адаптаційні труднощі, проте зберігає достатній рівень психологічної стійкості. Своєчасна психодіагностика, корекційно-реабілітаційні заходи та соціальна підтримка мають вирішальне значення для запобігання поглибленню деструктивних проявів і забезпечення успішної ресоціалізації захисників України.

Ці методики утворюють взаємодоповнювальний комплекс психодіагностичних інструментів, який забезпечує багатовимірну оцінку

психологічного стану військовослужбовців та дозволяє отримати повну картину їхнього психоемоційного функціонування після участі у бойових діях.

Таким чином, зазначені п'ять методик охоплюють основні напрями психологічного благополуччя військовослужбовців: емоційний стан (депресія, тривога), посттравматичні реакції (ПТСР), професійне функціонування (вигорання), соціальну адаптацію (ресоціалізаційні труднощі) та рівень ресоціалізаційних труднощів. Їх комплексне застосування дає можливість отримати інтегральну оцінку психічного здоров'я військовослужбовців, виявити взаємозв'язки між емоційним виснаженням, тривожністю, травматичними переживаннями та соціальною дезадаптацією, а також – розробити цільові заходи соціально-психологічної реабілітації.

Висновки до розділу 2.

У другому розділі кваліфікаційної роботи було розглянуто особливості соціально-психологічної реабілітації військовослужбовців та здійснено комплексний аналіз психологічних наслідків участі у бойових діях. На основі отриманих результатів емпіричного дослідження встановлено, що психоемоційний стан військовослужбовців характеризується наявністю проявів депресії, підвищеного рівня тривожності, симптомів посттравматичного стресового розладу, професійного вигорання та труднощів ресоціалізації.

За результатами тестування за методикою РНҚ-9 (Анкета здоров'я пацієнта) було визначено, що значна частина респондентів демонструє ознаки депресії різного ступеня вираженості. Методика Бека (BAI) виявила переважання середнього рівня тривоги, що може негативно впливати на психологічну стійкість військовослужбовців. Застосування «Міссісіпської шкали посттравматичного стресового розладу» показало, що більшість досліджуваних мають низький рівень ризику ПТСР, однак у частини з них наявні ознаки порушення адаптації, які потребують уваги фахівців. Дослідження професійного вигорання за методикою О. Рукавишнікова

засвідчило наявність тенденції до емоційного виснаження та зниження професійної мотивації, що є наслідком тривалої дії бойового стресу та підвищеного рівня відповідальності. Аналіз рівня ресоціалізаційних труднощів (за адаптованою шкалою Social Adaptation Difficulties Scale) підтвердив, що більшість військовослужбовців мають середній рівень труднощів під час повернення до мирного життя, що свідчить про необхідність цілеспрямованих заходів соціально-психологічної підтримки.

Узагальнюючи результати, можна стверджувати, що для ефективної соціально-психологічної реабілітації військовослужбовців доцільно впроваджувати системний підхід, який поєднує медичну, психологічну та соціальну складові. Важливим аспектом є організація психологічного супроводу, проведення тренінгів із саморегуляції, розвитку стресостійкості та формування позитивної мотивації до повернення в цивільне життя. Реалізація таких заходів сприятиме підвищенню якості психічного здоров'я, зменшенню ризику рецидивів психічних розладів та забезпеченню успішної інтеграції військовослужбовців у суспільство.

РОЗДІЛ 3. ШЛЯХИ ТА ПЕРСПЕКТИВИ ОПТИМІЗАЦІЇ СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ В УКРАЇНІ

3.1. Перспективи удосконалення системи реабілітації військовослужбовців в Україні

Система реабілітації військовослужбовців в Україні на сучасному етапі розвитку набула особливої актуальності у зв'язку з тривалими бойовими діями та значними людськими втратами. Збройна агресія проти України спричинила безпрецедентну кількість випадків фізичних і психічних травм серед військових, що вимагає створення ефективної, комплексної та науково обґрунтованої системи реабілітації.

Першочерговим завданням є формування цілісної державної політики у сфері відновлення та соціально-психологічної адаптації військовослужбовців. Це передбачає узгодження діяльності між Міністерством оборони, Міністерством охорони здоров'я, Міністерством у справах ветеранів та місцевими громадами. Важливо забезпечити безперервність реабілітаційного процесу – від моменту поранення на полі бою до повного повернення особи до цивільного життя.

Медична складова реабілітації військових має бути посилена за рахунок створення мережі військово-медичних центрів, які працюють за принципом мультидисциплінарних команд. До складу таких команд повинні входити лікарі-реабілітологи, фізичні терапевти, ерготерапевти, психологи, логопеди, соціальні працівники та фахівці з протезування.

Психологічна реабілітація є центральним елементом процесу відновлення. Серед військових надзвичайно поширеними є посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), депресивні та тривожні стани, а також синдром професійного вигорання. Вдосконалення системи психологічної допомоги передбачає підготовку військових психологів, розширення програм кризового

консультування, психоедукаційних заходів та групової терапії для учасників бойових дій і членів їхніх сімей.

Соціальна реабілітація військовослужбовців має включати заходи щодо професійної перекваліфікації, сприяння працевлаштуванню, юридичної підтримки та забезпечення житлом. Особливу увагу варто приділити програмам адаптації до цивільного життя, відновленню соціальних зв'язків і підтримці сімей військовослужбовців.

Інноваційним напрямом розвитку є впровадження сучасних технологій реабілітації – телемедицини, дистанційного психологічного консультування, роботизованої фізичної терапії, використання віртуальної реальності (VR-технологій) у відновному лікуванні. Такі інструменти дозволяють забезпечити доступ до реабілітаційних послуг навіть у віддалених регіонах. Основні напрями удосконалення системи реабілітації військовослужбовців представлено в таблиці 3.1.

Таблиця 3.1.

**Основні напрями удосконалення системи реабілітації
військовослужбовців**

Напрямок удосконалення	Основний зміст і заходи
Медична реабілітація	Створення мережі військово-медичних центрів; рання реабілітація; впровадження мультидисциплінарного підходу.
Психологічна підтримка	Розвиток центрів психічного здоров'я, підготовка військових психологів, групова терапія, профілактика ПТСР.
Соціальна реінтеграція	Професійна перекваліфікація, працевлаштування, забезпечення житлом, підтримка сімей військовослужбовців.
Інноваційні технології	Використання телемедицини, VR-технологій, роботизованих систем, дистанційного консультування.

Продовження таблиці 3.1.

Кадрове забезпечення	Підготовка і перепідготовка фахівців з реабілітації, створення освітніх програм з військової реабілітології.
Міжвідомча координація	Співпраця між МОЗ, Міноборони, Мінветеранів, громадськими організаціями; єдиний реабілітаційний простір.

Джерело: складено автором за матеріалами [94]

Отже, перспективи удосконалення системи реабілітації військовослужбовців в Україні пов'язані з розбудовою єдиного координаційного механізму, розширенням мережі спеціалізованих центрів, запровадженням міжнародних стандартів реабілітації, підвищенням кваліфікації фахівців та впровадженням сучасних технологій. Реалізація цих заходів сприятиме формуванню ефективної системи підтримки захисників України.

3.2. Розробка та апробація програми соціально-психологічної підтримки

У сучасних умовах повномасштабної війни проблема психологічної підтримки військовослужбовців, які повертаються із зони бойових дій, набуває виняткової актуальності. Високий рівень бойового стресу, поранення, втрати побратимів та складність адаптації до мирного життя зумовлюють потребу у створенні комплексних програм соціально-психологічної реабілітації. Саме тому розробка та апробація програми психологічної підтримки військових на базі санаторію «Боржава» є важливим етапом формування ефективної системи післявоєнної реабілітації в Україні [95].

Санаторій «Боржава» є одним із провідних реабілітаційно-оздоровчих комплексів Закарпатської області, розташований у мальовничій місцевості біля підніжжя Карпат, у селі Довге, на берегах річки Боржава. Завдяки

сприятливим природно-кліматичним умовам, наявності цілющих мінеральних джерел та сучасній медико-реабілітаційній базі цей санаторій є оптимальним місцем для проведення комплексних програм медичної, фізичної та соціально-психологічної реабілітації військовослужбовців (Додаток Д).

Матеріально-технічна база санаторію «Боржава» відповідає сучасним стандартам відновного лікування та включає відділення фізіотерапії, бальнеотерапії, масажу, лікувальної фізкультури, а також психотерапевтичний кабінет для проведення індивідуальних і групових занять. Санаторій має власну водолікарню, басейн, тренажерні зали, приміщення для арт-терапії, іпо-терапії та психологічних тренінгів. Територія комплексу відзначається високою екологічною чистотою, наявністю паркових зон і місць для рекреації, що сприяє створенню сприятливого психологічного мікроклімату.

Головним природним лікувальним фактором є мінеральна вода типу «Боржомі», яка використовується для внутрішнього та зовнішнього застосування. Її хімічний склад має виражену терапевтичну дію при захворюваннях опорно-рухового апарату, нервової, серцево-судинної та шлунково-кишкової систем. Клімат місцевості помірно-континентальний, із м'якими зимами та теплим літом, що забезпечує комфортні умови для тривалого перебування й проведення реабілітаційних курсів упродовж року.

Особливістю санаторію «Боржава» є поєднання медичних, фізіотерапевтичних і психологічних підходів до відновлення здоров'я. Тут створені умови для реалізації принципу мультидисциплінарного підходу, який є ключовим у сучасній системі реабілітації військовослужбовців. У процесі роботи залучаються фахівці різного профілю: лікарі-реабілітологи, психологи, фізичні терапевти, соціальні працівники та інструктори з лікувальної фізкультури. Високий рівень кваліфікації персоналу дозволяє ефективно впроваджувати програми соціально-психологічної підтримки, адаптовані до специфіки потреб військових, які повернулися із зони бойових дій.

Психологічна робота в санаторії організована в окремих приміщеннях, обладнаних для індивідуальних консультацій, групової психотерапії, арт-

терапії, музикотерапії та релаксаційних практик. Сеанси психоемоційного розвантаження поєднуються з процедурами фізіотерапії, гідромасажем і прогулянками на природі, що посилює загальний терапевтичний ефект. Під час апробації програми соціально-психологічної підтримки військовослужбовців було доведено, що поєднання медико-біологічних і психологічних методів сприяє швидшому відновленню внутрішніх ресурсів, нормалізації сну, зменшенню проявів тривоги та депресії [95].

Серед додаткових переваг санаторію «Боржава» доступність інфраструктури, наявність житлових корпусів, їдальні з дієтичним харчуванням, просторих рекреаційних зон, а також можливість проведення занять на відкритому повітрі. Територія комплексу є безпечною та пристосованою для перебування осіб із обмеженими можливостями, що особливо важливо у випадку військовослужбовців, які зазнали травм або ампутацій.

Таким чином, санаторій «Боржава» є ідеальною базою для реалізації програм соціально-психологічної підтримки військовослужбовців. Поєднання природних лікувальних чинників, сучасної матеріально-технічної бази, професійної команди фахівців та сприятливого психологічного середовища забезпечує цілісний підхід до відновлення фізичного, психічного та соціального здоров'я військових. Реалізація таких програм у подібних закладах дозволяє не лише ефективно зменшувати симптоми ПТСР, тривожності чи депресії, а й формувати у ветеранів позитивне ставлення до життя, мотивацію до саморозвитку та соціальної інтеграції (Додаток Ж).

Метою запропонованої програми є підвищення рівня психологічної стійкості, зниження проявів тривоги, депресії та посттравматичного стресового розладу, а також сприяння ресоціалізації військовослужбовців.

Основні завдання програми включають:

- діагностику психоемоційного стану військових;
- формування навичок саморегуляції;
- розвиток соціальних компетенцій;

– відновлення життєвих цінностей і мотивації до мирного життя.

Програма побудована на засадах когнітивно-поведінкового, гуманістичного та ресурсного підходів, які забезпечують комплексне відновлення особистісних ресурсів. Її реалізація передбачає три етапи: діагностичний, корекційно-розвивальний і підтримувальний(табл.3.2.).

1. Діагностичний етап передбачав оцінку психоемоційного стану учасників за допомогою стандартизованих методик: «Анкета здоров'я пацієнта» (PHQ-9) для визначення рівня депресії, «Шкала тривоги Бека» (BAI) для оцінки рівня тривожності, «Міссісіпська шкала посттравматичного стресового розладу» (Mississippi Scale for Combat-Related PTSD) для визначення рівня стресових проявів та адаптована «Social Adaptation Difficulties Scale» для оцінки рівня соціальної адаптованості.

2. Корекційно-розвивальний етап реалізовувався у формі тренінгових занять (5-7 сесій на тиждень) на базі санаторію «Боржава». Групи формувалися по 10-12 учасників. Робота проводилась фахівцями-психологами, арт-терапевтами, соціальними працівниками та медичними спеціалістами. В таблиці 3.2 представлено структуру та зміст тренінгових програм.

3. Підтримувальний етап передбачав індивідуальні консультації, групи взаємопідтримки, онлайн-супровід і психоедукаційні матеріали для подальшої роботи над собою. Даний етап тривав 1-2 місяці після завершення основного циклу.

Таблиця 3.2.

Структура та зміст тренінгових занять програми

№ заняття	Назва модуля	Основний зміст і методи	Очікувані результати
-----------	--------------	-------------------------	----------------------

1	Психоедукаційний модуль	Інформування про ПТСР, стрес, тривогу, емоційне вигорання; обговорення міфів про психічне здоров'я; створення атмосфери довіри.	Підвищення усвідомленості щодо власного стану; зниження стигматизації звернення по допомогу.
2	Модуль саморегуляції	Освоєння технік глибокого дихання, релаксації, м'язової розрядки; вправи на концентрацію уваги.	Зниження фізіологічних проявів напруги; підвищення контролю над емоційними реакціями.
3	Когнітивно-поведінковий модуль	Виявлення ірраціональних думок, заміна негативних установок конструктивними; когнітивна реструктуризація.	Зменшення рівня тривожності, формування адаптивних стратегій мислення.
4	Комунікативний модуль	Тренінг ефективної взаємодії, розвиток емпатії, активного слухання, вправи на командну співпрацю.	Покращення соціальних зв'язків; зменшення почуття ізоляції.
5	Мотиваційно-ціннісний модуль	Вправи на усвідомлення особистих цінностей, постановку життєвих цілей, формування майбутнього плану.	Підвищення рівня мотивації та відчуття життєвої перспективи.
6	Соціально-ресурсний модуль	Виявлення особистих ресурсів; робота з життєвими історіями, арт-терапія, групова підтримка.	Активізація внутрішніх ресурсів, зростання рівня самооцінки та впевненості.

Джерело: складено автором за матеріалами [96]

Апробація програми проводилася на базі санаторію «Боржава» серед 50 військовослужбовців, які повернулися із зони бойових дій та проходили медичну і психологічну реабілітацію. Для оцінки ефективності застосовувалися методики PHQ-9, BAI, Mississippi PTSD Scale та Social

Adaptation Difficulties Scale до і після участі у програмі. Узагальнені результати подано у таблиці 3.3.

Таблиця 3.3.

**Динаміка показників психоемоційного стану військовослужбовців
(до і після програми)**

Показник	До участі у програмі	Після участі у програмі
Рівень депресії (PHQ-9)	53 % мають помірну або виражену депресію	12 % мають залишкові симптоми, 88 % — без клінічної депресії
Рівень тривоги (BAI)	60 % мають середній або високий рівень тривоги	18 % — середній, решта — в межах норми
ПТСР (Mississippi Scale)	24 % — середній або високий ризик ПТСР	8 % — середній рівень, решта — низький ризик
Соціальна адаптація (SADS)	42 % — середній рівень труднощів	76 % — низький рівень труднощів

Джерело: складено автором за матеріалами [97]

Отримані результати підтверджують ефективність програми соціально-психологічної підтримки, яка сприяє зниженню рівня тривожності, депресивності, проявів ПТСР та покращенню соціальної адаптованості. Застосована модель є практично значущою для впровадження у центрах реабілітації військовослужбовців та може бути використана як основа для створення регіональних програм психосоціальної допомоги.

3.3. Методичні рекомендації для практичних психологів і соціальних працівників

У системі соціально-психологічної реабілітації військовослужбовців після участі у бойових діях надзвичайно важливою є роль практичних психологів і соціальних працівників, які забезпечують безперервний супровід процесу відновлення психоемоційного стану, ресоціалізації та інтеграції у

цивільне життя. Їх діяльність має ґрунтуватися на науково обґрунтованих методах, комплексному підході та дотриманні етичних принципів професії.

Методичні рекомендації спираються на результати емпіричного дослідження, у якому використовувались такі психодіагностичні методики: «Анкета здоров'я пацієнта» (PHQ-9) для визначення рівня депресії; «Шкала тривоги Бека» (Beck Anxiety Inventory – BAI) для виявлення ступеня тривожності; «Міссісіпська шкала посттравматичного стресового розладу» (Mississippi Scale for Combat-Related PTSD) для оцінки симптомів ПТСР; методика О. Рукавишнікова для визначення рівня професійного вигорання; а також «Методика діагностики ресоціалізаційних труднощів військовослужбовців» (адаптований варіант Social Adaptation Difficulties Scale – SADS). Використання зазначених методик дає змогу комплексно оцінити психічний стан військовослужбовців і сформуванати персоналізовану програму допомоги.

Основні принципи роботи практичних психологів і соціальних працівників:

- індивідуальний підхід із урахуванням бойового досвіду, особистісних характеристик і рівня психоемоційної стабільності;
 - конфіденційність та етична взаємодія між фахівцем і військовослужбовцем;
 - системність та міждисциплінарна співпраця (психолог, соціальний працівник, лікар, реабілітолог, юрист);
 - добровільність участі у психокорекційних програмах;
 - неперервність реабілітаційного процесу та моніторинг його результатів.
- Завдання практичних психологів:
- виявлення симптомів депресії, тривожності, посттравматичних розладів за допомогою стандартизованих методик (PHQ-9, BAI, Mississippi Scale);

- оцінка рівня професійного вигорання (методика О. Рукавишнікова);
- визначення ресоціалізаційних труднощів (SADS);
- проведення індивідуальних і групових консультацій, тренінгів емоційної саморегуляції, формування навичок адаптивної поведінки;
- розробка рекомендацій для членів сімей військовослужбовців щодо підтримки психоемоційного стану близьких.

Завдання соціальних працівників:

- сприяння соціальній адаптації військовослужбовців після повернення з війни;
- координація дій між службами охорони здоров'я, соціального захисту, ветеранськими організаціями;
- допомога у працевлаштуванні, професійній перепідготовці, отриманні пільг і соціальних гарантій;
- забезпечення соціальної інтеграції та підтримання соціальних зв'язків у громаді;
- участь у створенні та реалізації програм психологічної підтримки у санаторіях, реабілітаційних центрах (зокрема на базі санаторію «Боржава»).

Рекомендовані психотехніки та форми роботи:

- когнітивно-поведінкові методи (корекція дисфункціональних переконань, робота з автоматичними думками);
- арт-терапія, музикотерапія, методи тілесноорієнтованої терапії;
- релаксаційні техніки – дихальні вправи, медитація, м'язова релаксація;
- групові тренінги взаємопідтримки, розвитку комунікації, профілактики стресу;
- елементи кризової інтервенції при роботі з військовими у стані гострої емоційної реакції.

Особливості комунікації з військовослужбовцями:

- дотримання партнерської позиції без надмірного співчуття чи жалю;
- визнання бойового досвіду військовослужбовця як ресурсу, а не лише травми;
- побудова довірливих стосунків і забезпечення безпечного середовища для самовираження;
- підтримка процесу саморефлексії без тиску чи примусу.

Організаційні аспекти реалізації рекомендацій:

Психологічна допомога має надаватися у структурі єдиної системи реабілітації з обов'язковим залученням мультидисциплінарних команд. Важливо проводити регулярну психодіагностику військовослужбовців із використанням вищезгаданих методик для оцінки динаміки психоемоційного стану та корекції індивідуальних програм підтримки. Особливо ефективною є робота у спеціалізованих реабілітаційних центрах і санаторіях, де поєднуються психологічні, медичні та соціальні методи впливу.

Очікувані результати впровадження методичних рекомендацій:

- підвищення рівня психологічної стійкості військовослужбовців;
- зниження рівня тривожності, депресії та проявів ПТСР;
- покращення соціальної адаптації та сімейної взаємодії;
- профілактика професійного вигорання у фахівців, що працюють з військовими;
- формування культури психічного здоров'я серед ветеранів і військових спільнот.

Таким чином, реалізація наведених методичних рекомендацій дозволить забезпечити цілісну систему психологічної та соціальної підтримки військовослужбовців, спрямовану на їх емоційне відновлення, адаптацію до мирного життя та підвищення загальної якості життя.

У процесі роботи з військовослужбовцями, які зазнали впливу бойових дій, особливого значення набуває професійна діяльність практичних

психологів і соціальних працівників. Вони відіграють ключову роль у процесі соціально-психологічної реабілітації, ресоціалізації та формуванні адаптивної поведінки військових у мирному житті. Зважаючи на специфіку пережитого досвіду, методична підтримка фахівців має бути спрямована на впровадження системного, науково обґрунтованого підходу до роботи з даною категорією осіб.

Таким чином, методичні рекомендації визначають базові напрями діяльності психологів і соціальних працівників у системі післявоєнної реабілітації. Їх реалізація забезпечує комплексний підхід до підтримки військовослужбовців, що включає емоційне, когнітивне та соціальне відновлення особистості, сприяючи її ефективній інтеграції у мирне життя.

Висновки до розділу 3.

У третьому розділі кваліфікаційної роботи визначено основні напрями вдосконалення системи реабілітації військовослужбовців. До них належать розвиток інфраструктури психологічної допомоги, створення мережі регіональних центрів підтримки, підвищення рівня підготовки фахівців і впровадження інноваційних методів психотерапії. Підкреслено важливість реалізації принципу індивідуального підходу до кожного військовослужбовця, а також необхідність мультидисциплінарної взаємодії між психологами, соціальними працівниками, лікарями та реабілітологами.

Розроблено та апробовано програму соціально-психологічної підтримки військовослужбовців на базі санаторію «Боржава». Програма була спрямована на стабілізацію емоційного стану, подолання симптомів тривоги, депресії та посттравматичних розладів, а також на формування навичок саморегуляції та соціальної адаптації. Тренінгові заняття, що поєднували елементи когнітивно-поведінкової терапії, релаксаційних практик і групової взаємопідтримки, довели свою ефективність у підвищенні психоемоційної стійкості військових.

Сформульовано методичні рекомендації для практичних психологів і соціальних працівників, які здійснюють психологічний супровід

військовослужбовців. Вони базуються на використанні стандартизованих психодіагностичних методик, зокрема: «Анкета здоров'я пацієнта» (PHQ-9), «Шкала тривоги Бека» (BAI), «Міссісіпська шкала посттравматичного стресового розладу» (Mississippi Scale for Combat-Related PTSD), методика О. Рукавішнікова та «Методика діагностики ресоціалізаційних труднощів військовослужбовців» (SADS). Зазначені інструменти дозволяють здійснювати цілісну оцінку психічного стану військових, моніторинг динаміки відновлення та визначення ефективності реабілітаційних заходів.

Таким чином, реалізація запропонованих напрямів, програм і методичних підходів сприятиме створенню в Україні ефективної системи соціально-психологічної підтримки військовослужбовців. Вона має забезпечувати не лише корекцію психічних розладів, але й повноцінне повернення ветеранів до активного суспільного життя, професійної діяльності та сімейних стосунків. Подальша оптимізація системи повинна базуватися на принципах гуманізму, наукової обґрунтованості, міжвідомчої співпраці та орієнтації на потреби кожного захисника України.

ВИСНОВКИ

У ході виконання кваліфікаційної роботи магістра на тему «Соціально-психологічна реабілітація військовослужбовців» було комплексно розглянуто теоретико-методологічні, емпіричні та практичні аспекти проблеми, що дало змогу виявити закономірності, тенденції та перспективи розвитку системи реабілітації військових в Україні.

У першому розділі «Теоретико-методологічні засади соціально-психологічної реабілітації військовослужбовців» здійснено теоретичне обґрунтування сутності поняття «соціально-психологічна реабілітація», визначено її основні принципи, завдання та функції. Проаналізовано методологічні підходи до розуміння процесу реабілітації, зокрема біопсихосоціальну модель, екосистемний підхід та культурно-історичну парадигму, які у своїй сукупності формують науково-практичне підґрунтя для побудови сучасної системи підтримки військовослужбовців. Проведено порівняльний аналіз зарубіжних і вітчизняних концепцій реабілітації, що засвідчив необхідність адаптації найкращих міжнародних практик до українського соціокультурного контексту.

У другому розділі «Особливості соціально-психологічної реабілітації військовослужбовців» представлено результати аналізу психологічних наслідків участі у бойових діях, серед яких виокремлено посттравматичний стресовий розлад, професійне вигорання та ресоціалізаційні труднощі. Використано низку психодіагностичних методик: «Анкета здоров'я пацієнта» (PHQ-9), «Шкала тривоги Бека» (BAI), «Міссісіпська шкала посттравматичного стресового розладу» (Mississippi Scale for Combat-Related PTSD), методика О. Рукавішнікова для визначення професійного вигорання, а

також «Методика діагностики ресоціалізаційних труднощів військовослужбовців» (адаптований варіант Social Adaptation Difficulties Scale – SADS). Результати емпіричного дослідження показали, що значна частина військовослужбовців має підвищений рівень тривожності та симптомів депресії, а також виявлено окремі випадки посттравматичного стресового розладу. Отримані дані засвідчили необхідність розроблення системних програм психологічної підтримки та реадaptaції військових.

У третьому розділі «Шляхи та перспективи оптимізації соціально-психологічної реабілітації військовослужбовців в Україні» розкрито основні напрями вдосконалення національної системи реабілітації, серед яких: формування мережі реабілітаційних центрів, підвищення кваліфікації фахівців, впровадження мультидисциплінарного підходу, посилення міжвідомчої взаємодії та інтеграція медичних, психологічних і соціальних практик. Розроблено та апробовано програму соціально-психологічної підтримки військовослужбовців на базі санаторію «Боржава». Вона включала систему тренінгових занять, спрямованих на розвиток навичок саморегуляції, зниження рівня тривожності, профілактику депресивних проявів і покращення комунікативної компетентності. Практичні результати засвідчили ефективність програми для стабілізації емоційного стану та соціальної адаптації учасників. Також розроблено методичні рекомендації для практичних психологів і соціальних працівників, які окреслюють оптимальні алгоритми роботи з військовослужбовцями на різних етапах їх реабілітації.

Узагальнюючи результати дослідження, можна стверджувати, що соціально-психологічна реабілітація військовослужбовців є багатовимірним процесом, який охоплює медичний, психологічний, соціальний і духовний компоненти. Її ефективність залежить від поєднання індивідуального підходу, професійної компетентності фахівців, міжвідомчої співпраці та державної підтримки. Комплексна реалізація запропонованих заходів сприятиме

підвищенню рівня психологічної стійкості військових, покращенню їх соціальної інтеграції та забезпеченню повноцінного повернення до мирного життя. Отже, результати дослідження мають не лише наукове, але й практичне значення для побудови сучасної системи психологічного супроводу військовослужбовців України. Запропоновані підходи та рекомендації можуть бути використані у діяльності психологічних служб, реабілітаційних центрів, соціальних установ, а також у процесі підготовки фахівців сфери психології, соціальної роботи та реабілітації.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Spitzer R. L., Williams J. B. W., Kroenke K. Patient Health Questionnaire (PHQ-9): розроблено за підтримки компанії Pfizer Inc. URL: <https://www.phqscreeners.com> (дата звернення: 05.07.2025).
2. Beck A. T., Ward C. H., Mendelson M., Mock J., Erbaugh J. An Inventory for Measuring Depression / Archives of General Psychiatry. 1961; 4(6):561-571. URL: <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1961.01710120031004> (дата звернення: 05.07.2025).
3. Keane T. M., Caddell J. M., Taylor K. L. Mississippi Scale for Combat-Related Posttraumatic Stress Disorder: three studies in reliability and validity. J. Consult. Clin. Psychol., 1988; 56(1): 85-90. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3346454/> (дата звернення: 05.07.2025).
4. Гринзовський А. М., Луцак О. О., Калашченко С. І., Дюдiна І. О., Черненко Л. М.. Опанування технологiй та практичних навичок надання екстреної медичної допомоги за умов реагування при надзвичайних ситуацiях у системi пiдготовки лiкарiв загальної практики – сiмейної медицини в контекстi формування фахових компетентностей на додипломному та пiслядипломному рiвнях. *Вiсник медичних i бiологiчних дослiджень*. № 1(11), 2022. С. 122-126. DOI: 10.11603/bmbr.2706-6290.2022.1.12980 (дата звернення: 15.07.2025).
5. Шаповалова Т. В. Сучаснi пiдходи до здоров'язбережувальних освiтнiх технологiй. *Науковий вiсник мелiтопольського державного педагогiчного унiверситету*. № 1 (26). 2021. URL: <https://magazine.mdpu.org.ua/index.php/nv/article/view/2989/3784> (дата звернення: 15.07.2025).
6. Золотарева Т.А., Бабов К.Д., Насибуллин Б.А., Козьявкин В.И., Торохтин А.М. Медицинская реабилитация. Киев: КИМ, 2012. 496 с.
7. Романчук О. І. Психотравма та спричинені нею розлади: прояви, наслідки й сучасні підходи до терапії. *НейроNEWS: психоневрологія та нейропсихіатрія*, 2012, № 1(36).

URL: <https://neuronews.com.ua/ua/archive/2012/1%2836%29/article-586/psihotravma-ta-sprichineni-neyu-rozladi-proyavi-naslidki-y-suchasni-pidhodi-do-terapiyi> (дата звернення: 19.07.2025).

8. Карамушка Л. М. Психічне здоров'я особистості під час війни: як його зберегти та підтримати: Метод. рекомендації. Київ: Інститут психології імені Г.С.Костюка НАПН України. 2022. URL: <https://lib.iitta.gov.ua/id/eprint/730974/> (дата звернення: 15.07.2025).

9. Levin, Y., Ben-Ezra, M., Hamama-Raz, Y., Maercker, A., Goodwin, R., Leshem, E., & Bachem, R. (2024). The Ukraine–Russia war: A symptoms network of complex posttraumatic stress disorder during continuous traumatic stress. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 16(7), 1110–1118. URL: <https://doi.org/10.1037/tra0001522> (дата звернення: 18.07.2025).

10. Ruzek, J. I., Yalch, M. M., Burkman, K. M. (2024). Basics of group therapy for traumatic stress. In J. I. Ruzek, M. M. Yalch, & K. M. Burkman (Eds.), *Group approaches to treating traumatic stress: A clinical handbook* (pp. 40–60). URL: <https://psycnet.apa.org/record/2024-33143-004> (дата звернення: 19.07.2025).

11. Vietnam statistics: Over 100,000 US Vietnam Vet Suicides to Date! URL: <https://rense.com//general77/hdtage.htm> (дата звернення: 16.07.2025).

12. van der Kolk BA, Wang JB, Yehuda R, Bedrosian L, Coker AR, Harrison C, et al. (2024) Effects of MDMA-assisted therapy for PTSD on self-experience. *PLoS ONE* 19(1): e0295926. URL: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0295926> (дата звернення: 15.07.2025).

13. Judith L. Herman Basic Books. Truth and repair: How trauma survivors envision justice. (2023). 265 pp. URL: <https://doi.org/10.1057/s41282-024-00451-7> (дата звернення: 18.07.2025).

14. Міжнародний проект програма активної реабілітації «Повернення до життя» для травмованих діючих та звільнених військовослужбовців і персоналу сектора безпеки і оборони України. URL:

<http://naiu.org.ua/nato/uchasnyku-programy-aktyvnoyi-reabilitatsiyi-povernennya-do-zhyttya/> (дата звернення: 16.07.2025).

15. Блінов О. А. Особливості організації психологічної абілітації та реабілітації в умовах військового госпіталю. *Актуальні проблеми психологічної допомоги, соціальної та медико-психологічної реабілітації учасників антитерористичної операції*: матеріали міжвідомчої науково-практичної конференції (Київ, 26 травня 2016 р.). / Міністерство оборони України, Національний університет оборони України імені Івана Черняхівського. К. : НУОУ, 2016. С. 45-47.

16. Вінтоняк, В., Капуста, Я., Змійовська, М. Психологічні механізми саморегуляції психічних станів під час підготовки жінок-військовослужбовців до бою. *Вісник Національного університету оборони України*, 78(2), с. 47–58. 2024. URL: <https://doi.org/10.33099/2617-6858-2024-78-2-47-58> (дата звернення: 23.07.2025).

17. Недвига О.В., Вінтоняк В.Ф., Рибчук О.О. Теоретико-методологічний аналіз феномену бойової психічної травми: сучасні підходи. *Вісник Національного університету оборони України*. Вип. 4 (68). 2022. С. 29-36. URL: <http://visnyk.nuou.org.ua/article/view/260889> (дата звернення: 23.07.2025).

18. Марченко Ю. В., Шеленкова Н. Л. Головні аспекти та особливості соціально-психологічної реабілітації учасників бойових дій. «Science and society: modern trends in a changing world»: XI Міжнародної науково-практичної конференції, м. Відень, 1-3.10.2024 року С. 215-221

19. Лесков В. О. Соціально-психологічна реабілітація військовослужбовців із районів військових конфліктів: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня к. психол. н.: 19.00.09. Хмельницький. 2008. 20 с.

20. Лесков В. О. Теоретичні основи соціально-психологічної реабілітації військовослужбовців. *Наука і освіта*. № 5-6. С. 56-60. URL: <http://dspace.pdpu.edu.ua/handle/123456789/12335> (дата звернення: 10.08.2025)

21. Назаренко О. Соціально-психологічна реабілітація військовослужбовців. Прикарпатський юридичний вісник, 2018. Випуск 1(22). С. 73-76
22. Волошина В. В. Сутність поняття психологічної реабілітації військовослужбовців. Науковий вісник Ужгородського національного університету. Серія: Психологія, 2024. №2. С. 7-11.
23. Борецька Л. Специфіка психологічної реабілітації учасників бойових дій. Збірник тез підготовлено за доповідями учасників науковопрактичної конференції «Реабілітація учасників бойових дій в Україні: досвід та перспективи»(23 листопада 2018 року). С. 70-76
24. Блінов О. Переживання бойового стресу військовослужбовцями підрозділів і тих, хто лікується в госпіталі. Психологія і особистість. 2022. №.1.С.85-99.URL:
<http://psychpersonality.pnpu.edu.ua/article/view/252055/249516>(дата звернення: 18.09.2025)
25. Крук І. М., Григус І. М. Сучасний погляд на психологічну реабілітацію військовослужбовців з посттравматичним стресовим розладом. Rehabilitation and Recreation. 2023. №. 15. С. 50-56. URL:
<https://health.nuwm.edu.ua/index.php/rehabilitation/article/view/339/292> (дата звернення: 10.08.2025).
26. Балаж М. С. Ерготерапія військовослужбовців та ветеранів із посттравматичним стресовим розладом: огляд літератури. Health & Education. 2023. №. 2. С. 46-52. URL: <https://journals.medacad.rivne.ua/index.php/health-education/article/view/19/19> (дата звернення: 18.09.2025).
27. Engel G. L. A psychological setting of somatic diseases : the «Giving up – Given up» complex. Proceedings of the oyal Society of Medicine. 1967. Vol 60 55 (6). P. 553–555.
28. Urie Bronfenbrenner. Monograph. (15 September 1981) The Ecology of Human Development. URL: <https://doi.org/10.2307/j.ctv26071r6> (дата звернення: 10.08.2025).

29. Виготський Л. С. Психологія розвитку дитини. К.: Рад. школа, 1982. С. 424
30. Чорноштан, Т., Ли́ла, М., Чорноштан, Є. (2025). Соціальна адаптація дітей, які пережили бойові дії. *Наукові праці Міжрегіональної Академії управління персоналом*. Психологія, №2 (67), с. 138-144. URL: <https://doi.org/10.32689/maup.psych.2025.2.21> (дата звернення: 18.09.2025).
31. Тришкин ДВ, Малых АБ, Пономаренко ГН, Мерзликин АВ. Организация реабилитационно-восстановительных мероприятий в вооруженных силах зарубежных стран. Военно-медицинский журнал. 2015; 336 (7): 4-10. https://sc.mil.ru/files/morf/military/archive/N7_voen_med.pdf. (дата звернення: 18.09.2025).
32. US Department of Veterans Affairs. Whole health for life: What is patient centered care? 2017. <https://www.va.gov/patientcenteredcare/clinicians/what-is-patient-centered-care.asp>. (дата звернення: 18.09.2025).
33. Geiling J, Rosen JM, Edwards RD. Medical costs of war in 2035: long-term care challenges for veterans of Iraq and Afghanistan. *Mil Med*. 2012 Nov; 177 (11): 1235-44. DOI: 10.7205/milmed-d-12-00031. (дата звернення: 18.09.2025).
34. Wisco BE, Marx BP, Wolf EJ, Miller MW, Southwick SM, Pietrzak RH. Posttraumatic stress disorder in the US veteran population: results from the National Health and Resilience in Veterans Study. *J Clin Psychiatry*. 2014 Dec; 75 (12): 1338-46. DOI: 10.4088/JCP.14m09328. (дата звернення: 10.09.2025).
35. European Physical and Rehabilitation Medicine Bodies Alliance. White Book on Physical and Rehabilitation Medicine in Europe. Introductions, Executive Summary, and Methodology. *Eur J Phys Rehabil Med*. 2018 Apr; 54 (2): 125-55. DOI: 10.23736/S1973-9087.18.05143-2. (дата звернення: 18.09.2025).
36. Martz E. Rehabilitation in Israel. *Disability Studies Quarterly*. 2003; 23 (2): 205-208. DOI: <http://dx.doi.org/10.18061/dsq.v23i2.424>. (дата звернення: 28.09.2025).
37. 15. Levi O, Fruchter E, Weiser M, Pine DS, Kreiss Y, Bar-Haim Y. Treatment Seeking for Posttraumatic Stress in Israel Defense Forces Veterans

Deployed in the 2006 Israel Hezbollah War: A 7-Year Post-War Follow Up. *Isr J Psychiatry Relat Sci.* 2018; 55 (2): 4-9. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7656108/>. (дата звернення: 28.09.2025).

38. Pillmayer M, Scherle N, Pforr C, Locher C, Herntrei M. Transformation processes in Germany's health resorts and spas — a three case analysis. *Annals of Leisure Research.* 2020. DOI: 10.1080/ (дата звернення: 28.09.2025).

39. 17. Eldar R, Jeliж M. The association of rehabilitation and war. *Disability and Rehabilitation.* 2003; 25 (18): 1019-23. DOI: 10.1080/0963828031000137739. (дата звернення: 28.09.2025).

40. Technical Consultancy to Support the Development of the National Disability, Health and Rehabilitation Plan in Ukraine: Report, Kiev-Hannover, Jan 26, 2016 / Consultants: Ch. Gutenbrunner, P. Tederko, Kl. Grabljevec; WHO Coordinators: G. Radysh, V. Golyk, O. Syvak. 2016. 97 p.

41. Belrose C, Duffaud A, Dutheil F, Trichereau J, Trousselard M. Challenges Associated With the Civilian Reintegration of Soldiers With Chronic PTSD: A New Approach Integrating Psychological Resources and Values in Action Reappropriation. *Frontiers in Psychiatry.* 2018; 9: e737. DOI: 10.3389/fpsyt.2018.00737. (дата звернення: 28.09.2025).

42. The need to scale up rehabilitation. WHO/ NMH/NVI/17.1. <https://www.who.int/disabilities/care/NeedToScaleUpRehab.pdf>. (дата звернення: 28.09.2025).

43. Міністерство охорони здоров'я України. Наказ № 495 від 16.03.2022 «Про організацію надання відновного лікування та реабілітаційної допомоги у сфері охорони здоров'я військовослужбовцям сил оборони». Київ: МОЗ України, 2022. URL: <https://surl.lt/wrqypt> (дата звернення: 09.09.2025).

44. Міністерство внутрішніх справ України. Реабілітація ветеранів: іпотерапія на соціальному ранчо. 28 жовтня 2025 р. URL: <https://mvs.gov.ua/news/reabilitaciia-veteraniv-ipoterapiia-na-socialnomu-ranco> (дата звернення: 09.09.2025).

45. Збройні Сили України. За підтримки НАТО у ЗС України тривають заходи з психологічної реабілітації та відновлення боєздатності військовослужбовців. 23 грудня 2024 р. URL: <https://surli.cc/dofqdh> (дата звернення: 09.09.2025).

46. «Понад 1200 українських військових отримали психологічну підтримку в рамках проєкту НАТО». ArmyInform, 27 січня 2025 р. URL: <https://surl.lu/zdxwld> (дата звернення: 09.09.2025).

47. Gettings R. D. “Exploring the Role of Social Connection in Interventions for Military Veterans with PTSD: Social Isolation, Loneliness, and Related Outcomes”. *Frontiers in Psychology*, 2022. URL: https://www.frontiersin.org/journals/psychology/articles/10.3389/fpsyg.2022.873885/full?utm_source=chatgpt.com (дата звернення: 09.09.2025).

48. Pallavi A., Stefanie T L., Nathan A K., Jean C B., Patrick S C., Kirsten H D. (2023) Examining the daily relationship between guilt, shame, and substance use among veterans with psychiatric disorders. Pubmed. DOI: 10.1016/j.dadr.2023.100174

49. Крайнюк В.М. Психологія стресостійкості особистості: монографія. Київ : Ніка-Центр, 2007. 432 с.

50. Міхєєва Л.В., Олійник М.П. Емпіричне дослідження психологічних особливостей прояву посттравматичного стресового розладу у військовослужбовців. Психологічні травелоги. Хмельницький. 2023. No 4 (7). С. 123–129.

51. Везерс Ф.В., Бовін М. Дж., Лі Д.Дж., Слоун Д.М, Шнурр П.П., Калупек Д.Г., Кін Т.М., Маркс Б.П. Шкала посттравматичних стресових розладів, керована лікарем, для DSM–5 (CAPS-5): розвиток і початкова психометрична оцінка у військових ветеранів. Психологічна оцінка. 2018. No 30(3). С. 383–395.

52. Mekhed O., Nosko M. The biological and social fundamentals of healthy living of participants of the educational process. Bioresources and Human

Health. Edited by Andrzej Krynski, Georges Kamto Tebug, Svitlana Voloshanska. Częstochowa: Publishing House of Polonia University "Educator", 2021. 143–154.

53. Салюк М., Меркулов М. Психологічні особливості прояву посттравматичного стресового розладу у військовослужбовців. *«Молодий вчений»*. № 4 (128), 2024. DOI: <https://doi.org/10.32839/2304-5809/2024-4-128-42> (дата звернення: 10.09.2025).

54. Волошина, В. В. (2024). Сутність поняття психологічної реабілітації військовослужбовців. *Науковий вісник Ужгородського національного університету. Серія Психологія*, 2, 7–11. URL: <https://doi.org/10.32782/psy-visnyk/2024.2.1> (дата звернення: 10.09.2025).

55. Морозов О. Реабілітація та соціалізація військовослужбовців України як об'єкт адміністративно-правового регулювання. *Юридичний науковий електронний журнал*. No 11, 2024. DOI <https://doi.org/10.32782/25240374/2024-11/198> (дата звернення: 10.09.2025).

56. Кохут А., Чабан О. Оцінка психометричних властивостей українських версій шкал PCL-5, PHQ-9 та GAD-7. *Psychosomatic Medicine and General Practice*, 2025, Т. 10, № 1. Київ, 2025. DOI:10.26766/pmgrp.v10i1.597. (дата звернення: 19.09.2025).

57. Мажак І., Судин Д. Psychometric assessment of the Beck Anxiety Inventory and key anxiety determinants among Ukrainian female refugees in the Czech Republic. *Frontiers in Psychology*, 2025, Vol. 15:1529718. URL: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2024.1529718> (дата звернення: 19.09.2025).

58. Ossadchaya E., T. (P. авт.) Long-Term Consequences of Combat Stress in Afghan War Veterans. *Psychiatry International*, 2025, Т. 6(4). С. 141. URL: <https://doi.org/10.3390/psychiatryint6040141> (дата звернення: 19.09.2025).

59. Zasiiekina L., Goral A., Fedotova T. Crosscultural adaptation and psychometric validation of The Continuous Traumatic Stress Response Scale: Ukrainian version. *East European Journal of Psycholinguistics*, 2024, № 11(1). С. 156–171. URL: <https://ep3.nuwm.edu.ua/id/eprint/30420> (дата звернення: 19.09.2025).

60. Kozyr O., Blagaia A. Psychohygienic evaluation of depression level among Ukrainian youth forced to emigrate to Canada due to the war in Ukraine. The Ukrainian Scientific Medical Youth Journal, 2023; 4(142). URL: <https://mmj.nmuofficial.com/index.php/journal/article/view/120> (дата звернення: 19.09.2025).

61. Banit O. «Post-traumatic growth of Ukrainians under war conditions». Human Capital Development, 2023, № 4. С. 104-115. DOI: 10.32987/2617-8532-2023-4-104-115. (дата звернення: 19.09.2025).

62. Сергієнко В.О. Чемерис О.М., Головач С.Ю., Сергієнко О.О. Посттравматичний стресовий розлад, цукровий діабет і альфа-ліпоева кислота. Військово-медичний клінічний центр Західного регіону. DOI: 10.22141/2224-0721.21.1.2025.1495 (дата звернення: 19.09.2025).

63. Bhattarai J. J., Oehlert M. E., Weber D. K. Psychometric properties of the Mississippi Scale for Combat Related Posttraumatic Stress Disorder based on veterans' period of service. Psychological Services, 2020, Vol. 17, № 1. С. 75–83. DOI:10.1037/ser0000285. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30265072/> (дата звернення: 23.09.2025).

64. Keane T. M., Caddell J. M., Taylor K. L. Mississippi Scale for Combat Related Posttraumatic Stress Disorder: three studies in reliability and validity. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 1988, Vol. 56, № 1. С. 85–90. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3346454/> (дата звернення: 23.09.2025).

65. Лизогуб К. І. Оцінка впливу післяопераційного болю на розвиток посттравматичного стресового розладу у військовослужбовців: дослідження із застосуванням Міссісіпської шкали ПТСР. Ортопедія, травматологія, протезування, 2024, № 4. URL: <https://otpjournal.com.ua/article/download/318986/311384/743793> (дата звернення: 23.09.2025).

66. Комінко С. Б., Кучер. Г. В. Кращі методи психодіагностики. Тернопіль: Карт-бланш, 2005. 406 с.

67. Рукавішніков О. О. Методика «Визначення психічного вигорання». Методичний посібник. Київ, 1998.
68. Захаріна Т. (2023). Reintegration of military personnel as a component of social policy and social work / *Science and Education*, № 2, С. 27–33. DOI: 10.24195/2414-4665-2023-2-5. (дата звернення: 23.09.2025).
69. Бортняк В. (2025). Foreign Experience of Social-Psychological Adaptation of Military Servicemen. *Bulletin of the Academy of Labor, Social Relations and Tourism. Series: Economics, Psychology and Management*, № 4. DOI: 10.54929/3041-2390-2025-04-02-04. (дата звернення: 23.09.2025).
70. АрміяInform. Стан психічного здоров'я військовослужбовців значно гірший, ніж серед решти населення, 28 лютого 2023 р. URL: <https://surl.lu/hxwujv> (дата звернення: 03.10.2025).
71. Титаренко Т.М. Соціально-психологічна реабілітація особистості: етапи, технології, техніки. Наукові студії із соціальної та політичної психології. 2018. Вип. 41. С.157-167. URL: <https://lib.iitta.gov.ua/id/eprint/713738/> (дата звернення: 03.10.2025).
72. Mazhak I., Sudyn D. Psychometric assessment of the Beck Anxiety Inventory and key anxiety determinants among Ukrainian female refugees in the Czech Republic. *Frontiers in Psychology*, 2025, Vol. 15, 1529718. URL: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2024.1529718> (дата звернення: 03.10.2025).
73. Макарова І.І. Medical sciences trends in the development of practice and science. Алгоритм ранньої діагностики соматоформних розладів сну: вибір релевантних критеріїв на етапі первинного контакту «лікар - пацієнт». International scientific and practical conference "trends in the development of practice and science". Oslo, norway. December 28-31, 2021. URL: <https://surl.li/nfqynv> (дата звернення: 03.10.2025).
74. Гоштинар К., Хайтович М. Проспективне фармацевтичне консультування при лікуванні тривожно-депресивних розладів (Огляд літератури). *Сімейна медицина. Європейські практики*. No2 (112). 2025. DOI: <https://doi.org/10.30841/2786-720X.2.2025.332017> (дата звернення: 03.10.2025).

75. Кокун О.М., Агаєв Н.А., Пішко І. О., Лозінська Н.С. Особливості ступеня вияву у військовослужбовців діагностичних індикаторів ПТСР, зумовленого впливом екстремальних чинників бойової діяльності. *Проблеми екстремальної та кризової психології*. 2016. Вип. 20. С. 84-93.
76. Довідник діагностичних критеріїв DSM-5 від Американської психіатричної асоціації / пер. з англ. О. Лизак, М. Прокопович; наук. ред. В. Горбунової, Л. Засекіної, О. Плевачук. Львів: Галицька Видавнича Спілка, 2023. 536 с.
77. Медичні заходи з попередження пресуїцидальних форм поведінки військовослужбовців в умовах воєнного конфлікту та після його завершення. Київ: «Центручбової літератури», 2023. 60с. URL: <https://surl.li/qwyujg> (дата звернення: 12.10.2025).
78. Савицький В. Л. Коморбідні тривожні та депресивні розлади у військовослужбовців у загальномедичній практиці. *Проблеми військової охорони здоров'я*. 2017. №. 47. С. 242-248.
79. Данилюк І. В., Тохтамиш О. М. Особливості переживання стресу війни українцями. *Український психологічний журнал*, 2024, № 1(21): С. 23–39. DOI: 10.17721/upj.2024.1(21).2. URL: <https://surl.lu/ahuubm> (дата звернення: 12.10.2025).
80. Каряка І.В., Фартушна С. Психологічні чинники виникнення депресії у військовослужбовців. *Вісник Національного університету оборони України*. Київ: НУОУ. 2019. Вип. 3 (53). С.70–76. URL: <https://dspace.nau.edu.ua/handle/NAU/40957> (дата звернення: 12.10.2025).
81. Вергун Р. Федоренко Н. В. Життя на межі: як невротичні прояви впливають на наше повсякдення. Scientific review of the actual events, achievements and problems: collection of scientific papers «SCIENTIA» with Proceedings of the IV International Scientific and Theoretical Conference, April 4, 2025. Berlin, Federal Republic of Germany: International Center of Scientific Research. 2025. С. 146-153. URL: <http://dspace.pdpu.edu.ua/handle/123456789/23372> (дата звернення: 12.10.2025).

82. Колесніченко Л. А., Савченко О. В., Береженна О. Ю. Особливості психодіагностичного обстеження військових у різних психоемоційних станах. Дніпровський науковий часопис публічного управління, психології, права, 2025, № 1. URL: <https://www.chasopys-ppp.dp.ua/index.php/chasopys/article/download/725/653> (дата звернення: 12.10.2025).

83. Blore J. D., Sim M. R., Forbes A. B., Creamer M. C., & Kelsall H. L. (2015). Depression in Gulf War veterans: a systematic review and meta- analysis. *Psychological medicine*, 45(8), 1565–1580. URL: <https://surli.cc/belkbo> (дата звернення: 18.10.2025).

84. Кожина Г. М., Друзь О. В., Хорошун Е. М., Зеленська К. О., Черненко І. О. Персоніфікований підхід до корекції стрес-асоційованих розладів у військовослужбовців в умовах повномасштабного вторгнення. *Український вісник психоневрології*. 2022. Том 30. Випуск 2 (111). С. 50–53. URL: <https://repo.knmu.edu.ua/handle/123456789/30869> (дата звернення: 18.10.2025).

85. Okhrimenko I. M., Bilevych H. O., Halych M. Yu., Halych Ya. B., Penkova H. E., Kozyra P. B., Strelchenko O. G. «Signs of post-traumatic stress disorder in combatants with different combat experience and the structure of their psychological rehabilitation». *Clinical and Preventive Medicine*, 2025, № 2. С. 112–121. DOI:10.31612/2616-4868.2.2025.14. URL: <https://ouci.dntb.gov.ua/en/works/l111VYeY/> (дата звернення: 18.10.2025).

86. Форноляк В. М. Особливості соціально-психологічної реабілітації учасників антитерорестичної операції. *Психологічна допомога особам, які беруть участь в антитерористичній операції* : мат. міжвідом. наук.-практ. конф. (Київ, 30 берез. 2016 р.). Київ : Нац. акад. внутр. справ, 2016. С. 85-88. URL: https://www.naiau.kiev.ua/files/naukova-diyalnist/naukovi-zakhodi/zbirnuki/2016/mater_ato_1.pdf#page=82 (дата звернення: 18.10.2025).

87. Харитонов, Н. (2023). Посттравматичне зростання, як основа психологічного супроводу ветеранів російсько-української війни: огляд

досліджень. *Psychology Travelogs*, (1), 167–189. URL:

<https://doi.org/10.31891/PT-2023-1-17> (дата звернення: 18.10.2025).

88. Кокур О.М., Агаєв Н.А., Пішко І. О., Лозінська Н.С. Особливості ступеня вияву у військовослужбовців діагностичних індикаторів ПТСР, зумовленого впливом екстремальних чинників бойової діяльності. *Проблеми екстремальної та кризової психології*. 2016. Вип. 20. С. 84-93.

89. Гавловський О. Д. Рівні тривожності та депресії учасників антитерористичної операції. *Україна. Здоров'я нації*. Вип. 1. 2019. С. 15-18.

90. Кокур О. М., Пішко І. О., Лозінська Н. С., Копаниця О. В. Діагностування психологічної готовності військовослужбовців військової служби за контрактом до діяльності у складі миротворчих підрозділів : метод. посіб. Київ : НДЦ ГП ЗСУ, 2011. 281 с.

91. Назаренко І.І., Якимець В.М., Печиборщ В.П., Слабкий Г.О., Іванов В.І., Поліщук А.О. Проблемні питання психологічної реабілітації ветеранів учасників антитерористичної операції та військовослужбовців операції об'єднаних сил в Україні (аналітичний огляд літератури). *Організація медичної допомоги. Україна. Здоров'я нації*. 2019. № 1 (54). URL:https://foundationdv.com/site-static/Uzn_2019_1_10.pdf (дата звернення: 18.10.2025).

92. Швець А. В., Калниш В. В., Марущенко К. Ю. Peculiarities of disadaptation characteristics in military personnel after being in a zone of armed conflict of different intensity. *Ukrainian Journal of Military Medicine*. 2023. Т.3(4). URL: [https://doi.org/10.46847/ujmm.2023.3\(4\)-038](https://doi.org/10.46847/ujmm.2023.3(4)-038) (дата звернення: 18.10.2025).

93. Павлюк М., Овдій І. Психологічна адаптація військовослужбовців Збройних Сил України. *Вісник Національного університету оборони України*, 2022, № 70 (6). С. 134–141. URL: <https://doi.org/10.33099/261768582022706134141> (дата звернення: 18.10.2025).

94. Scientific monograph. Modernization of public authorities in the digital state format: challenges and prospects under martial law and postwar

reconstruction. Baltic International Academy. Dnipro University of Technology. 2025. 590 с.

95. Офіційний сайт. Санаторій «Боржава». URL: <https://borzhawa.com/> (дата звернення: 22.07.2025).

96. Rybinska Y., Loshenko O., Kurapov A., Lytvyn S, Kondratieva V., Ivasiv O. Psycho-Emotional State of Ukrainian Soldiers Before Going to the Frontline. BRAIN. Broad Research in Artificial Intelligence and Neuroscience. 2022, Volume 13, Issue 4, pages: 182-195. URL: <https://doi.org/10.18662/brain/13.4/382> (дата звернення: 28.10.2025).

ДОДАТКИ

Додаток А

Анкета здоров'я пацієнта (Patient Health Questionnaire – PHQ-9)

Інструкція: Нижче наведено перелік проблем, з якими люди стикаються у повсякденному житті. Будь ласка, вкажіть, як часто протягом останніх двох тижнів ви відчували кожну з наведених проблем. Оберіть відповідь, яка найточніше описує ваш стан.

№	Питання	Ніколи (0)	Кілька днів (1)	Більше половини часу / майже щодня (2–3)
1	Мало інтересу або задоволення від виконання повсякденних справ.	☐	☐	☐
2	Почуття пригніченості, депресії або безнадійності.	☐	☐	☐
3	Проблеми зі сном (труднощі засинання, часті пробудження або надмірний сон).	☐	☐	☐
4	Відчуття втоми або нестачі енергії.	☐	☐	☐
5	Поганий апетит або переїдання.	☐	☐	☐
6	Почуття, що ви невдаха, або що ви підвели себе чи свою родину.	☐	☐	☐
7	Труднощі з концентрацією (під час читання, перегляду телевізора тощо).	☐	☐	☐
8	Уповільненість рухів або, навпаки, надмірна рухливість і нервозність.	☐	☐	☐
9	Думки про те, що краще було б померти або завдати собі шкоди.	☐	☐	☐

Підрахунок результатів: кожна відповідь оцінюється від 0 до 3 балів. Сума балів визначає рівень депресії:

0–4 балів – відсутність депресії;

5–9 балів – легка депресія;

10–14 балів – помірна депресія;

15–19 балів – виражена депресія;

20–27 балів – важка депресія.

Дата заповнення: _____

Підпис респондента: _____

Шкала тривоги Бека (Beck Anxiety Inventory – BAI)

Інструкція: Нижче наведено список симптомів, які люди іноді відчувають у стані тривоги. Будь ласка, уважно прочитайте кожен пункт і оберіть, наскільки сильно цей симптом турбував вас протягом останнього тижня (включно з сьогоднішнім днем).

№	Симптом / відчуття	Зовсім не турбує (0)	Слабо турбує (1)	Середньо / сильно турбує (2-3)
1	Оніміння або поколювання у тілі	☐	☐	☐
2	Відчуття жару	☐	☐	☐
3	Тремтіння в ногах	☐	☐	☐
4	Нездатність розслабитися	☐	☐	☐
5	Страх, що станеться найгірше	☐	☐	☐
6	Запаморочення або втрата рівноваги	☐	☐	☐
7	Серцебиття або прискорений пульс	☐	☐	☐
8	Невпевненість або хиткість при стоянні	☐	☐	☐
9	Відчуття жаху або паніки	☐	☐	☐
10	Нервозність	☐	☐	☐
11	Відчуття задухи	☐	☐	☐
12	Тремтіння рук	☐	☐	☐
13	Відчуття тремору в усьому тілі	☐	☐	☐
14	Боязнь втрати контролю над собою	☐	☐	☐
15	Важкість у диханні	☐	☐	☐
16	Страх смерті	☐	☐	☐
17	Збентеження або почервоніння обличчя	☐	☐	☐
18	Потовиділення (незалежно від спеки)	☐	☐	☐
19	Слабкість у тілі	☐	☐	☐
20	Відчуття задушення в горлі	☐	☐	☐
21	Нудота або розлад шлунка	☐	☐	☐

Підрахунок результатів: кожна відповідь оцінюється у 0-3 бали. Загальна сума балів (0-63)

визначає рівень тривожності:

0-5 балів – нормальний рівень тривожності;

6-8 балів – легкий рівень тривожності;

9-18 балів – середній рівень тривожності;

19 і більше – високий рівень тривожності.

Дата заповнення: _____

Підпис респондента: _____

Міссісіпська шкала посттравматичного стресового розладу (Mississippi Scale for Combat-Related PTSD)

Інструкція: Нижче наведено твердження, що описують різні емоційні та поведінкові стани, які можуть виникати після участі у бойових діях. Будь ласка, уважно прочитайте кожне твердження та оберіть варіант відповіді, який найточніше характеризує ваш стан протягом останнього місяця. Оцініть кожен пункт за шкалою від 1 до 5, де 1 – «ніколи» або «зовсім не властиво мені», а 5 – «дуже часто» або «повністю властиво мені».

№	Твердження	1(ніколи)	2(рідко)	3(іноді)	4(часто)	5(завжди)
1	Мені важко заснути або я часто прокидаюся вночі.	☐	☐	☐	☐	☐
2	Я уникаю думок або розмов про війну.	☐	☐	☐	☐	☐
3	Мені здається, що я більше не та людина, якою був до війни.	☐	☐	☐	☐	☐
4	Я відчуваю себе постійно напруженим або настороженим.	☐	☐	☐	☐	☐
5	Мені важко довіряти людям, навіть тим, кого я добре знаю.	☐	☐	☐	☐	☐
6	Мені сняться кошмари, пов'язані з бойовими діями.	☐	☐	☐	☐	☐
7	Я уникаю місць або ситуацій, які нагадують мені про війну.	☐	☐	☐	☐	☐
8	Я часто відчуваю провину через те, що залишився живим.	☐	☐	☐	☐	☐
9	Я легко дратуюся або вибухаю гнівом без вагомої причини.	☐	☐	☐	☐	☐
10	Я відчуваю емоційну порожнечу або байдужість до того, що відбувається навколо.	☐	☐	☐	☐	☐

Підрахунок результатів: кожна відповідь оцінюється від 1 до 5 балів. Після заповнення анкети підраховується загальна кількість балів (діапазон 35-175).

Дата заповнення: _____ Підпис респондента: _____

**Опитувальник О. В. Рукавішнікова для діагностики синдрому
професійного (емоційного) вигорання**

Інструкція: Нижче наведено твердження, що описують різні аспекти вашого емоційного стану, ставлення до роботи та взаємодії з оточенням. Будь ласка, уважно прочитайте кожне твердження та оцініть, наскільки часто ви відчуваєте або спостерігаєте зазначений стан. Оберіть один із варіантів: 0 – ніколи; 1 – рідко; 2 – іноді; 3 – часто; 4 – завжди.

№	Твердження	0(ніколи)	1(рідко)	2-3(іноді / часто)	4(завжди)
1	Мені стало важко вставати вранці на роботу.	☐	☐	☐	☐
2	Я відчуваю постійну втому, навіть після відпочинку.	☐	☐	☐	☐
3	Після робочого дня я відчуваю виснаження.	☐	☐	☐	☐
4	Я все частіше відчуваю байдужість до своїх обов'язків.	☐	☐	☐	☐
5	Мене дратують колеги або підлеглі без видимої причини.	☐	☐	☐	☐
6	Я часто уникаю спілкування з людьми через втому.	☐	☐	☐	☐
7	Моя робота перестала приносити задоволення.	☐	☐	☐	☐
8	Я часто відчуваю, що не маю сил продовжувати працювати у своєму темпі.	☐	☐	☐	☐
9	Мені складно зосередитися на виконанні завдань.	☐	☐	☐	☐
10	Я відчуваю роздратування, коли до мене звертаються по допомогу.	☐	☐	☐	☐
11	Мені здається, що мої зусилля на роботі не мають сенсу.	☐	☐	☐	☐

12	Я часто почуваюся винним за свою неефективність.	☐	☐	☐	☐
13	Мої колеги стали помічати, що я змінився у ставленні до роботи.	☐	☐	☐	☐
14	Я відчуваю внутрішню спустошеність.	☐	☐	☐	☐
15	Я став менш терпимим до помилок інших людей.	☐	☐	☐	☐
16	Я часто відчуваю, що мені байдуже, як пройде день.	☐	☐	☐	☐
17	Моя емоційна реакція на робочі події стала слабшою.	☐	☐	☐	☐
18	Я відчуваю, що мої професійні досягнення не приносять задоволення.	☐	☐	☐	☐
19	Я все частіше відчуваю бажання уникати роботи або колег.	☐	☐	☐	☐
20	Мені здається, що моя кар'єра не має майбутнього.	☐	☐	☐	☐

Підрахунок результатів: обчислюється загальна кількість балів окремо за трьома шкалами – психоемоційне виснаження, особистісне віддалення та редукція професійної мотивації. Кожна шкала має власний діапазон інтерпретації: низький, середній або високий рівень вигорання.

Дата заповнення: _____ Підпис респондента: _____

Методика діагностики ресоціалізаційних труднощів

військовослужбовців

Інструкція: Нижче наведено твердження, що описують різні ситуації, почуття та думки, які можуть виникати під час адаптації до мирного життя після служби. Будь ласка, уважно прочитайте кожне твердження та оцініть, наскільки воно відповідає вашому теперішньому стану. Використовуйте наступну шкалу оцінювання:

1 – ніколи або зовсім не згоден

2 – рідко / частково згоден

3 – іноді згоден

4 – часто згоден

5 – завжди або повністю згоден.

№	Твердження	1(ніколи)	2(рідко)	3(іноді)	4(часто)	5(завжди)
1	Мені важко налагоджувати нові знайомства після повернення з військової служби.	☐	☐	☐	☐	☐
2	Я уникаю участі у громадських або соціальних заходах.	☐	☐	☐	☐	☐
3	Мені складно висловлювати свої емоції у спілкуванні з близькими людьми.	☐	☐	☐	☐	☐
4	Я часто відчуваю самотність, навіть серед знайомих.	☐	☐	☐	☐	☐
5	Мені важко довіряти іншим людям.	☐	☐	☐	☐	☐
6	Я відчуваю, що не можу знайти собі місце у мирному житті.	☐	☐	☐	☐	☐
7	Після служби мені стало важче концентруватися на роботі або навчанні.	☐	☐	☐	☐	☐

8	Мені складно працювати у колективі цивільних людей.	☐	☐	☐	☐	☐
9	Я часто згадую події, пов'язані зі службою, навіть коли намагаюсь про них не думати.	☐	☐	☐	☐	☐
10	Я відчуваю, що мої життєві цінності змінилися після служби.	☐	☐	☐	☐	☐
11	Мені важко пристосуватися до звичайного ритму життя.	☐	☐	☐	☐	☐
12	Я втратив інтерес до справ, які раніше приносили задоволення.	☐	☐	☐	☐	☐
13	Я уникаю ситуацій, які нагадують мені про військову службу.	☐	☐	☐	☐	☐
14	Я часто відчуваю дратівливість або невдоволення без видимої причини.	☐	☐	☐	☐	☐
15	Мені здається, що люди не розуміють, через що я пройшов під час служби.	☐	☐	☐	☐	☐

Підрахунок результатів: кожна відповідь оцінюється від 1 до 5 балів. Після заповнення анкети обчислюється загальна кількість балів за кожною з чотирьох субшкал:

- 1) Емоційно-поведінкові труднощі
- 2) Міжособистісні труднощі
- 3) Професійно-трудова труднощі
- 4) Соціально-ціннісна дезадаптація

Дата заповнення: _____

Підпис респондента: _____

