

**НАВЧАЛЬНО-НАУКОВИЙ ІНСТИТУТ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я  
КАФЕДРА ЗАГАЛЬНОЇ І МЕДИЧНОЇ ПСИХОЛОГІЇ**

**КВАЛІФІКАЦІЙНА ВИПУСКНА РОБОТА**

на тему:

**«ОЦІНКА ЯКОСТІ ЖИТТЯ ТА ПОТРЕБИ В РЕАБІЛІТАЦІЇ В  
УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ»**

Виконав: Здобувач вищої освіти 6 курсу, групи  
9902, напрямку підготовки 225 Медична  
психологія ННПЗ  
Гусейнова Асмар Сархан кизи

---

Керівник: д. мед. наук, проф., завідувач кафедри загальної  
і медичної психології  
Матяш Михайло Миколайович

---

Рецензент: кандидат психологічних наук, доцент  
Тертична Надія Анатоліївна

---

## ЗМІСТ

<b>ВСТУП</b> .....	3
<b>РОЗДІЛ I. СУЧАНИЙ ОГЛЯД ПРОБЛЕМИ ПСИХОЕМОЦІЙНОГО СТАНУ В УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ</b> .....	7
1.1. Вплив війни на громадян та учасників бойових дій.....	7
1.2. Фізичні, психологічні та соціально-економічні наслідки.....	8
1.3. Вплив війни на українських військових.....	11
1.4. Фізичні, психологічні та соціально-економічні наслідки.....	12
1.5. Поширеність депресії та тривоги у учасників бойових дій.....	13
1.6. Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) у учасників бойових дій...	14
1.7. Якість життя: компоненти та характеристика.....	16
<b>Висновки до розділу 1</b> .....	20
<b>РОЗДІЛ II. ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ДИЗАЙНУ, КОНТИНГЕНТУ І МЕТОДІВ ДОСЛІДЖЕННЯ</b> .....	21
2.1. Дизайн та етапи організації дослідження.....	21
2.2. Характеристика досліджуваної вибірки та процедура залучення.....	23
2.3. Психодіагностичний інструментарій дослідження.....	24
2.4. Статистичний аналіз дослідження.....	27
<b>Висновки до розділу 2</b> .....	28
<b>РОЗДІЛ III. РЕЗУЛЬТАТИ ПЕРВИННОГО ДОСЛІДЖЕННЯ</b> .....	29
3.1. Оцінка рівня тривоги в учасників бойових дій.....	30
3.2. Оцінка рівня депресії в учасників бойових дій.....	30
3.3. Оцінка рівня посттравматичного стресу в учасників бойових дій.....	31
3.4. Оцінка рівня якості життя в учасників бойових дій.....	32
<b>Висновки до розділу 3</b> .....	34
<b>РОЗДІЛ IV. ЕФЕКТИВНІСТЬ КОРОТКОТРИВАЛОГО ПСИХОЛОГІЧНОГО ВТРУЧАННЯ</b> .....	35
4.1. Програма короткотривалого психологічного втручання.....	35
4.2. Оцінка рівня тривоги в учасників бойових дій.....	41
4.3. Оцінка рівня депресії в учасників бойових дій.....	43

4.4. Оцінка рівня посттравматичного стресу в учасників бойових дій .....	44
4.5. Оцінка рівня якості життя в учасників бойових дій .....	45
<b>Висновки до розділу 4</b> .....	48
<b>ВИСНОВКИ</b> .....	49
<b>СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ</b> .....	50
<b>ДОДАТОК А</b> .....	54
<b>ДОДАТОК Б</b> .....	55
<b>ДОДАТОК В</b> .....	56
<b>ДОДАТОК Г</b> .....	58

## ВСТУП

Початок воєнних дій на території України з 2014 року та загострення конфлікту внаслідок широкомаштабного вторгнення росії в Україну 2022 році, встановила новий кризовий етап у нашій державі, що пов'язані з фізичним, психологічним та соціальним відновленням не тільки цивільного населення, а й основної частини опору та захисту нашої країни – учасників бойових дій.

Згідно з даними Міністерства у справах ветеранів України, що представлені у Національному опитуванні реінтеграції ветеранів в Україні у лютому 2022 році, кількість військовослужбовців з бойовим досвідом, зокрема учасників конфлікту на сході країни, зростає. На початок 2021 року ця цифра становила 405,500 осіб, з яких 19,400 були жінками. До середини 2021 року кількість ветеранів збільшилася до 423,076, і до лютого 2022 року ця кількість досягла 439,999 осіб, зокрема 24,095 жінок. Проте, зважаючи на 2024-2025 роки, реальна кількість може сягати більше 2-3 мільйонів (Comparison of the military capabilities of Russia and Ukraine as of 2024).

Звертаючи увагу на зростання кількості ветеранів війни та військовослужбовців, ми маємо розуміти та планувати не тільки забезпечення кількості спеціалістів у сфері охорони психічного здоров'я та реабілітації, а й якості надання психологічної допомоги. Згідно з попередніми дослідженнями, ми розуміємо серйозність наслідків війни, що може відображатись у посттравматичному стресовому розладі, посткомоційному синдромі, труднощах соціальної інтеграції та професійної подальшої реінтеграції учасників бойових дій.

Проте, потреби військовослужбовців та ветеранів війни у реабілітації виходять за рамки медичних послуг і повинні включати підтримку у сфері соціальної інтеграції, працевлаштування та освіти. Зокрема, рівень якості життя значною мірою залежить від здатності людини адаптуватися до нових реалій, в цивільному житті, а не на лінії фронту.

Відповідно до чого, наслідки широкомаштабного вторгнення в Україну, які ми вже маємо станом на 2024 рік дозволяють вже прогнозувати нагальні потреби у створенні ефективних реабілітаційних програми, які будуть комплексними та сприятимуть поверненню ветеранів бойових дій та військовослужбовців до повноцінного життя в умовах сьогоденних реалій, зі зниженням рівня стресу та покращенню соціальної адаптації

**Мета дослідження:** підвищити ефективність реабілітаційних програм для учасників бойових дій, на основі вивчення якості життя, рівня депресії, тривожності та посттравматичного стресу, а також визначенні їхніх потреб під час реабілітаційного процесу.

**Завдання дослідження:**

1. Дослідити та визначити соціально-демографічні, клініко-анамнестичні, клініко-психопатологічні та патопсихологічні особливості учасників бойових дій до та після проходження реабілітаційної програми.

2. Проаналізувати та визначити динаміку взаємозв'язків між психоемоційними показниками та якістю життя.

3. Ідентифікувати ключові психосоціальні потреби учасників бойових дій у реабілітації на основі отриманих даних.

4. Розробити практичні рекомендації з вдосконаленням реабілітаційних програм для фахівців із реабілітації та психологічної допомоги на основі результатів дослідження.

**Об'єкт дослідження:** психоемоційний стан учасників бойових дій під час проходження амбулаторного лікування з застосуванням програми короткострокової програми психологічного втручання.

**Предмет дослідження:** якість життя, рівень депресії, тривожності та посттравматичного стресу та потреби під час проходження амбулаторного лікування з застосуванням програми короткострокової програми психологічного втручання учасниками бойових дій.

**Методи дослідження:**

*Теоретичні методи:* теоретико-методологічний аналіз проблеми, систематизація інформації з літературних джерел, контент-аналіз, аналіз прототипів, порівняння та узагальнення даних.

*Соціально-демографічний:* вивчення розподілу обстежуваних за віком, статтю, рівнем освіти, сімейним станом та працевлаштованістю.

*Клініко-психологічний метод:* структуроване інтерв'ю та аналіз медичної документації з метою визначення анамнестичних особливостей життя та здоров'я пацієнта, якісних характеристик психічного стану обстежуваних.

*Психодіагностичні методи:* для оцінки рівня депресивного порушення було використано Опитувальник про стан здоров'я: Шкала депресії PHQ-9 (Kroenke, K. та ін., 2001), для оцінки рівня тривожності було використано опитувальник для визначення генералізованого тривожного розладу GAD-7 (Spitzer, R. L. та ін., 2006), для оцінки ступеню вираженості посттравматичного стресу було використано шкалу переліку симптомів ПТСР – PCL-5 (Blevins та ін., 2015), для оцінки якості життя було використано шкалу якості життя Чабана О.С. – CQLS (Chaban, O. та ін., 2016).

*Методи статистичної обробки даних:* нормальність розподілу даних оцінювалась за допомогою тестів Колмогорова-Смірнова та Шапіро-Вілка. Критерій  $\chi^2$  використовувалась для порівняння частотних ознак між групами. У випадках, коли дані підпорядковується нормальному закону розподілу, для порівняння груп використовувався двосторонній t-критерій Ст'юдента для незалежних вибірок (з модифікацією Велча у випадках неоднакових дисперсій). Кореляційний аналіз було проведено з використанням критеріїв Пірсона та Спірмена у відповідних випадках.

Всі дані були проаналізовані в програмі для статистичного аналізу медичних досліджень на основі мови програмування R «EzR» v1.61 (Kanda, Y., 2012).

**Наукова новизна:** було досліджено та виявлено взаємозв'язки між психоемоційними показниками та якістю життя учасників бойових дій, внаслідок військової агресії росії на території України. Було виявлено основні психосоціальні потреби у реабілітації учасників бойових дій, що дозволить вдосконалити реабілітаційні програми.

**Практичне значення:** проведене дослідження може бути використано для вдосконалення реабілітаційних програм для учасників бойових дій, відповідно до чого запропоновані рекомендації можуть бути в подальшому використані в практичну діяльність клінічних психологів, лікарів-психологів, лікарів-психотерапевтів, а також реабілітологів, що працюють із ветеранами війни та військовослужбовцями.

## **РОЗДІЛ I. СУЧАНІЙ ОГЛЯД ПРОБЛЕМИ ПСИХОЕМОЦІЙНОГО СТАНУ В УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ**

### **1.1 Вплив війни на громадян та учасників бойових дій**

Війна є одним із наймасштабніших стресогенних факторів, який глибоко впливає на всі сфери життя суспільства. Її наслідки зачіпають не лише безпосередніх учасників бойових дій, але й ширші верстви цивільного населення, формуючи багаторівневу кризу фізичного, психічного, соціального та економічного характеру.

На індивідуальному рівні війна завдає істотної шкоди фізичному здоров'ю через поранення, каліцтва, погіршення загального стану здоров'я внаслідок стресу, обмеженого доступу до медичної допомоги та погіршення умов життя. Психологічний тягар війни проявляється у широкому спектрі реакцій — від гострого стресу та тривожних розладів до довготривалих порушень, таких як посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), депресія, адаптаційні розлади та суїцидальні ризики.

На рівні спільнот війна призводить до масових переміщень населення, руйнування традиційних соціальних зв'язків, підвищення рівня безробіття, зростання соціальної вразливості. В умовах війни змінюється структура соціальних потреб: зростає потреба у медичних, реабілітаційних, психологічних та соціальних послугах.

Особливої уваги потребує вивчення впливу війни на учасників бойових дій. Саме вони найчастіше стають групою ризику щодо розвитку важких травматичних порушень. Бойові дії — це не лише фізичні випробування, але й надзвичайний психологічний тиск, що пов'язаний із

постійною загрозою життю, втратою товаришів, необхідністю приймати рішення у ситуаціях моральної невизначеності.

Досвід інших країн свідчить, що без належної реабілітації учасники бойових дій часто стикаються з труднощами інтеграції в цивільне життя, погіршенням міжособистісних стосунків, професійною дезадаптацією та ізоляваністю. Тому оцінка якості життя та реабілітаційних потреб цієї групи є критично важливою для формування дієвих державних політик та систем підтримки.

У контексті війни в Україні, яка триває з 2014 року і особливо загострилася після повномасштабного вторгнення 2022 року, проблема наслідків бойових дій на здоров'я та добробут громадян набула особливої актуальності. Український досвід має унікальне значення для сучасних досліджень війни та її впливу на людину, враховуючи масштаби бойових дій, тривалість конфлікту та глибину соціальних змін.

## **1.2. Фізичні, психологічні та соціально-економічні наслідки**

Учасники бойових дій часто зазнають поранень, ампутацій, черепно-мозкових травм, опіків та інших тяжких тілесних ушкоджень. Велику групу фізичних симптомів, що порушують функціонування включають: фіброміалгії, хронічний біль, порушення опорно-рухового апарату, мігрень, гіпертонія, прямі та віддаленні наслідки ЧМТ (P J H Beliveau, 2018). Такі травми не лише призводять до довготривалої інвалідності, але й вимагають тривалого медичного та реабілітаційного супроводу.

Крім того, у мирного населення, що проживає в зоні бойових дій, зростає ризик інфекційних захворювань, травм та хронічних хвороб через обмежений доступ до медичної допомоги та порушення систем охорони здоров'я (World Health Organization, 2018).

Війна істотно впливає на психічний стан як військових, так і цивільних. Найпоширенішими психічними наслідками є:

- посттравматичний стресовий розлад;

- депресія;
- тривожні розлади;
- панічні розлади;
- розлади адаптації;
- зловживання психоактивними речовинами.

Дослідження, проведене серед ветеранів та військовослужбовців збройних сил Канади вказують на те, що поширеність інвалідності середнього/тяжкого ступеня становила 10%. Психічні розлади становили 27%, а розлади фізичного здоров'я — 62% від усього тягаря інвалідизації. Хронічні проблеми опорно-рухового апарату 33%, проблеми зі спиною 29%, розлади настрою 16% і посттравматичний стресовий розлад 9% були основними причинами інвалідності, з яких наслідки ЧМТ становили лише 3%. Психічне та фізичне здоров'я широко взаємодіяли, так що люди з психічними розладами відчували непропорційну інвалідність за наявності розладів фізичного здоров'я. У цивільного населення частота психічних розладів також суттєво зростає, особливо серед внутрішньо переміщених осіб, біженців та осіб, які пережили бойові дії (Charlson et al., 2019).

Згідно з дослідження, що проводилося серед ветеранів із підвищеними соціально-економічними ризиками, що отримували допомогу через програми Volunteers of America, а також серед працівників організації, можна виділи дві основні групи наслідків для військовослужбовців (Boles, C., 2025):

#### ***Соціальні наслідки для військовослужбовців:***

1) **Відчуження від цивільного суспільства.** Багато ветеранів повідомляють про труднощі в адаптації до цивільного життя. Вони часто не можуть порозумітися із цивільними, відчувають ізоляцію і соціальну відчуженість через збереження "військової ідентичності". Часто ця проблема стає основою довготривалої ізоляції та неможливості подальшої соціальної та професійної адаптації.

2) **Стигматизація.** Ветерани стикаються з упередженням з боку роботодавців через страх щодо психічних розладів (особливо ПТСР) або

поведінкових проблем. Подібна упередженість також може бути присутня з боку цивільного населення, як-от представників громад.

3) **Проблеми з інтеграцією в цивільне робоче середовище.** Через іншу культуру праці в армії ветеранам важко пристосуватися до цивільної корпоративної етики. Вони часто відчують незадоволення від "недисциплінованості" цивільних колег.

4) **Ризик криміналізації.** Через труднощі в адаптації, частина ветеранів має судимості або отримує несумлінне звільнення, що ускладнює подальше працевлаштування. Часто ризик криміналізації тісно пов'язаний з факторами стигматизації, неприйняття та упередженості з боку цивільного населення.

#### ***Економічні наслідки для військовослужбовців:***

1) **Високе безробіття.** Ветерани мають вищий рівень безробіття порівняно з цивільними, особливо ті, що мають фізичні чи психічні травми. Поєднуючись з довгостроковим процесом лікування та реабілітації, перешкоджає як ефективній соціалізації, так і професійному становленню.

2) **Низька конкурентоспроможність на ринку праці.** Ветерани часто не мають навичок чи сертифікацій, які безпосередньо відповідають вимогам цивільних посад. Їхній військовий досвід важко транслюється в цивільні професії. Потреба набуття нових професійних навичок та вмінь важко поєднується з усіма попередніми чинниками, що погіршують психосоціальну та професійну адаптацію.

3) **Фінансова нестабільність.** Через складнощі з працевлаштуванням багато ветеранів залишаються без житла, мають борги, або живуть за межею бідності, що в свою чергу є надзвичайною прогалиною в інтеграції військовослужбовців та ветеранів не тільки на рівні громади, але й на рівні держави.

4) **Вплив психічного здоров'я на економічну активність.** ПТСР, депресія та зловживання психоактивними речовинами негативно впливають на працездатність і стабільність зайнятості.

5) **Дискримінація за віком.** І молодші, і старші ветерани стикаються із бар'єрами: старші — через застарілі навички, молодші — через нестачу досвіду й мотиваційні труднощі після звільнення зі служби.

6) **Відсутність відповідних вакансій.** Існує обмежена кількість робочих місць, що відповідають рівню досвіду і навичкам ветеранів, і які одночасно забезпечують гідний рівень доходу.

### **1.3. Вплив війни на українських військових**

Повномасштабна війна, що розпочалася в Україні у 2014 році і загострилася після вторгнення 2022 року, кардинально змінила не лише безпекову ситуацію в країні, але й мала глибокі наслідки для здоров'я, психосоціального функціонування та добробуту українських військовослужбовців. Учасники бойових дій, перебуваючи в екстремальних умовах з підвищеним ризиком для життя, зазнають надзвичайного фізичного і психологічного навантаження, що зумовлює появу численних проблем як у короткостроковій, так і у довготривалій перспективі.

Бойові дії ведуть до значного підвищення рівня травматизму серед військовослужбовців, включаючи мінно-вибухові травми, ампутації, черепно-мозкові пошкодження, а також інші тяжкі тілесні ушкодження. За офіційними оцінками, значна частина поранених українських військових потребує тривалої та комплексної реабілітації, яка включає як фізичне відновлення, так і психосоціальну підтримку.

Психологічний тягар війни також є надзвичайно високим. Учасники бойових дій часто стикаються з посттравматичним стресовим розладом (ПТСР), депресивними та тривожними розладами, адаптаційними труднощами, синдромом "емоційного вигорання", суїцидальними тенденціями. Дослідження свідчать, що психічні розлади серед ветеранів

мають як прихований, так і проявлений характер, а своєчасна допомога залишається недостатньо доступною для значної частини демобілізованих осіб.

Соціальні наслідки війни для військовослужбовців також масштабні: труднощі з працевлаштуванням, руйнування сімейних зв'язків, соціальна ізоляція, стигматизація з боку суспільства, обмежений доступ до якісних медичних та реабілітаційних послуг. Повернення до цивільного життя часто супроводжується відчуттям втрати соціального статусу та особистісної ідентичності, що ще більше ускладнює процес реінтеграції.

Крім індивідуальних втрат, існують і системні виклики: Україна зіткнулася із потребою у швидкому створенні ефективної реабілітаційної інфраструктури, розвитку програм підтримки ветеранів та адаптації існуючих соціальних політик до умов масового повернення військових у цивільне середовище.

Вивчення наслідків війни для українських військових є критично важливим не лише для забезпечення їхнього благополуччя, а й для загальної стійкості суспільства. Саме тому оцінка фізичних, психічних, соціальних та економічних наслідків бойових дій для військовослужбовців має стати основою для розробки державних програм реабілітації та підтримки ветеранів.

#### **1.4. Фізичні, психологічні та соціально-економічні наслідки**

Українські військові часто зазнають тяжких поранень, пов'язаних із мінно-вибуховими травмами, вогнепальними пораненнями, черепно-мозковими травмами, опіками та ампутаціями. За даними Міністерства охорони здоров'я України, близько 30% поранених мають потребу у тривалій реабілітації та протезуванні (МОЗ України, 2023).

Медичні установи фіксують також численні випадки складних поліструктурних поранень, що вимагають мультидисциплінарного підходу до лікування та подальшої реабілітації (Tkalych et al., 2023).

Психічні травми серед українських військових набули масштабного характеру. Згідно з оцінками МОЗ України, до 20–25% військовослужбовців мають симптоми посттравматичного стресового розладу (ПТСР), депресії чи тривожних розладів (МОЗ України, 2024).

Крім того, спостерігається зростання числа звернень за психологічною підтримкою серед демобілізованих бійців, особливо після тривалого перебування на фронті (Lushchak et al., 2023).

Багато ветеранів стикаються з труднощами у поверненні до мирного життя. Проблеми із працевлаштуванням, дискримінація, непорозуміння в суспільстві та втрата соціальних зв'язків є поширеними (Ukrainian Veterans Foundation, 2023).

Додатково, соціальна стигматизація психічних розладів серед військових перешкоджає своєчасному зверненню за допомогою. Оцінки показують, що близько 60% поранених військових в Україні потребують комплексної реабілітації: фізичної, психологічної та соціальної (ВООЗ, 2023). У відповідь держава започаткувала програми розвитку реабілітаційної інфраструктури, зокрема створення мережі реабілітаційних центрів на базі лікарень, проте запит на послуги наразі значно перевищує можливості системи.

### **1.5. Поширеність депресії та тривоги у учасників бойових дій**

Участь у бойових діях значно підвищує ризик розвитку депресії та тривожних розладів серед військовослужбовців. Ці психічні порушення мають глибокі наслідки для якості життя ветеранів, їхньої соціальної адаптації та професійної діяльності.

За результатами систематичного огляду, опублікованого у 2021 році в *The Lancet Psychiatry*, поширеність депресії серед осіб, які зазнали впливу військового конфлікту, оцінюється на рівні до 24%, а тривожних розладів — близько 21% (Charlson et al., 2021).

Інші сучасні дані вказують, що серед ветеранів США та Великої Британії, які брали участь у бойових діях після 2001 року, симптоми депресії і тривоги зустрічаються у приблизно 18–26% осіб залежно від інтенсивності бойового досвіду та соціальної підтримки після служби (Stevelink et al., 2018; Brancu, M. et al., 2017).

Особливо високі показники спостерігаються серед ветеранів із пораненнями, втратами близьких товаришів по службі або тривалим перебуванням у зоні бойових дій.

***Фактори ризику розвитку депресії та тривоги:***

- Наявність травматичних подій під час служби;
- Відсутність або недостатність соціальної підтримки після демобілізації;
- Економічні труднощі та безробіття;
- Хронічний фізичний біль або інші наслідки поранень;
- Відсутність психологічного супроводу демобілізованих.

Останні дослідження психічного здоров'я українських військових свідчать, що серед демобілізованих учасників бойових дій у 2023–2024 роках:

- Симптоми депресії за шкалами PHQ-9 виявлено у близько 28% військових (Chaban et al., 2023) .
- Симптоми тривожних розладів за шкалами GAD-7 — у 23% учасників (Kang, H. et al., 2024) .

Ризик розвитку тяжких депресивних епізодів підвищений серед військових із досвідом участі у тривалих або найгарячіших бойових операціях.

Додатково встановлено, що наявність неподоланих травматичних переживань (втрати побратимів, моральні травми) є ключовим фактором збереження тривожної симптоматики понад 12 місяців після ротації.

Своєчасна діагностика та доступ до психосоціальної підтримки залишаються критично важливими аспектами для запобігання розвитку хронічних форм депресії і тривожних розладів у ветеранів.

### **1.6. Посттравматичний стресовий розлад у учасників бойових дій**

Посттравматичний стресовий розлад є одним із найпоширеніших і найбільш виснажливих психічних наслідків участі у бойових діях. Це складний психічний стан, що виникає у відповідь на переживання або спостереження травматичних подій, пов'язаних із загрозою життю або фізичній цілісності.

Сучасні дослідження свідчать, що серед учасників бойових дій поширеність ПТСР коливається в межах 10–30% залежно від країни, типу бойових дій, тривалості перебування у зоні бойових дій та доступу до психологічної допомоги (Stevellink et al., 2018; Brancu, M. et al., 2017). Зокрема, за даними масштабного огляду 2021 року, серед ветеранів США та Великої Британії ПТСР діагностується у приблизно 15–17% ветеранів (Charlson et al., 2021).

*Фактори ризику розвитку ПТСР включають:*

- Пряму участь у бойових діях;
- Свідчення поранень або смерті товаришів;
- Наявність фізичних травм або поранень;
- Відсутність підтримки після повернення.

*ПТСР у ветеранів часто має хронічний перебіг і супроводжується:*

- Інтрузіями (нав'язливі спогади, флешбеки);
- Униканням нагадувань про травму;
- Негативними змінами мислення та настрою;
- Підвищеною збудливістю (гіперзбудження, тривожність, проблеми зі сном).

Крім того, ПТСР часто поєднується із депресією, тривожними розладами, зловживанням психоактивними речовинами та підвищеним ризиком суїцидальної поведінки. Водночас, війна в Україні створила безпрецедентні умови для розвитку ПТСР серед військового та цивільного населення. За даними досліджень 2023–2024 років:

- Симптоми ПТСР (за шкалою PCL-5) виявлені у приблизно 22–28% демобілізованих українських військовослужбовців (Chaban et al., 2023; Kang, H. et al., 2024).

- Вищі показники ПТСР спостерігаються серед бійців, які брали участь у найбільш інтенсивних бойових операціях, пережили втрати побратимів або особисто зазнали поранень.

Додатково відзначено, що симптоми ПТСР у частини військових зберігаються більше року після повернення із фронту, ускладнюючи їхню соціальну адаптацію, працевлаштування та особистісне функціонування.

Особливим викликом для України залишається недостатній рівень доступу до спеціалізованої психотерапевтичної допомоги для ветеранів, що поглиблює ризики хронізації розладу та розвиток вторинних ускладнень (депресія, суїцидальні тенденції).

### **1.7. Якість життя: компоненти та характеристика**

Якість життя (ЯЖ) є багатовимірним поняттям, яке охоплює фізичне, психічне, соціальне та функціональне благополуччя людини. Згідно з визначенням Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), якість життя — це «сприйняття людиною свого становища в житті в контексті культури та системи цінностей, у яких вона живе, та у зв'язку з її цілями, очікуваннями, стандартами та турботами» (WHOQOL Group, 2021).

Якість життя розглядається як інтегральний показник фізичного здоров'я, психологічного стану, рівня незалежності, соціальних відносин, особистісних переконань та взаємодії з особливостями довкілля.

Сучасні моделі оцінки якості життя виділяють кілька ключових компонентів:

**1. Фізичне здоров'я:**

- 1) Рівень фізичної активності;
- 2) Больові відчуття та дискомфорт;
- 3) Сон, енергія, здатність виконувати повсякденні завдання.

**2. Психічне здоров'я:**

- 1) Емоційне благополуччя (відсутність тривоги, депресії, стресу);
- 2) Когнітивні функції (пам'ять, концентрація уваги);
- 3) Задоволеність життям та психологічна стійкість.

**3. Соціальні взаємини:**

- 1) Якість стосунків із родиною, друзями, спільнотою;
- 2) Рівень соціальної підтримки;
- 3) Здатність будувати і підтримувати важливі стосунки.

**4. Рівень незалежності:**

- 1) Можливість самостійно пересуватися та приймати рішення;
- 2) Виконання особистих і професійних функцій.

**5. Довкілля:**

- 1) Безпека проживання;
- 2) Доступ до медичних послуг;
- 3) Фінансова стабільність;
- 4) Доступ до можливостей для навчання, праці, дозвілля.

Якість життя є суб'єктивною категорією: вона визначається індивідуальним сприйняттям і оцінкою власного стану людини, навіть якщо об'єктивні умови життя є однаковими для кількох осіб. Відтак оцінка якості життя має враховувати як об'єктивні індикатори (функціональні можливості, фінансова забезпеченість, стан здоров'я), так і суб'єктивні (відчуття щастя, задоволення життям, очікування та цінності людини).

Якість життя учасників бойових дій має свої особливості, які обумовлені поєднанням фізичних, психічних і соціальних факторів. Бойовий досвід часто призводить до значних змін у фізичному стані, розвитку хронічного болю, інвалідизації, що істотно впливає на фізичну компоненту якості життя.

Психологічні наслідки участі у бойових діях, такі як посттравматичний стресовий розлад, депресія, тривожні розлади, також серйозно знижують суб'єктивне відчуття благополуччя.

Якість життя ветеранів та учасників бойових дій часто суттєво знижена порівняно з загальною популяцією. Бойовий досвід створює комплексний вплив на фізичне, психічне та соціальне функціонування особистості, що обумовлює виникнення численних бар'єрів для підтримання та відновлення задовільного рівня життя.

Крім того, соціальні труднощі, пов'язані із реінтеграцією в мирне суспільство, проблемами працевлаштування, втратою колишніх соціальних зв'язків і стигматизацією, додатково ускладнюють підтримання високого рівня якості життя серед ветеранів.

Таким чином, комплексний аналіз якості життя учасників бойових дій вимагає врахування мультифакторних взаємозв'язків між фізичними ушкодженнями, психологічними травмами та соціальними умовами, що формують загальний рівень функціонування і суб'єктивного задоволення життям цієї вразливої групи населення.

### ***Основні проблеми та бар'єри:***

#### **1. Фізичні обмеження**

1) Поранення, ампутації, хронічний біль, черепно-мозкові травми істотно знижують фізичну автономію ветеранів.

2) Обмеження у пересуванні, самообслуговуванні та виконанні професійних обов'язків спричиняють зниження самооцінки та рівня задоволення життям (Stevelink et al., 2018).

#### **2. Психічні розлади**

1) Поширеність ПТСР, депресії, тривожних розладів і когнітивних порушень є високою серед учасників бойових дій.

2) Психічні розлади поглиблюють ізоляцію, ускладнюють підтримання соціальних стосунків та знижують функціональність у повсякденному житті (Brancu, M. et al., 2017).

### **3. Соціальні труднощі**

1) Втрата зв'язків з цивільним суспільством, складнощі у професійній реінтеграції, стигматизація ветеранів.

2) Зниження соціальної підтримки веде до погіршення психологічного стану та відчуття самотності (Saxena, S. et al., 2025).

### **4. Економічні перешкоди**

1) Безробіття, низький рівень доходів, труднощі з отриманням стабільної роботи відповідно до навичок ветеранів.

2) Багато ветеранів не мають можливості адаптувати військові компетенції до цивільного ринку праці (Boles, C., 2025).

### **5. Обмежений доступ до медичних та реабілітаційних послуг**

1) Нерівномірність доступу до високоякісної медичної допомоги, особливо у сільських або деокупованих регіонах.

2) Відсутність достатньої кількості спеціалізованих програм підтримки для осіб із поєднаними фізичними і психічними розладами (Kang, H. et al., 2024).

Серед українських учасників бойових дій після 2014 та особливо після 2022 року, специфічними бар'єрами стали:

1) Високий рівень фізичних ушкоджень внаслідок мінно-вибухових травм.

2) Масова потреба у тривалій психологічній реабілітації, з огляду на затяжний характер війни та багатократні ротації.

3) Проблеми професійної реінтеграції, обумовлені економічною кризою та недостатньою системою перекваліфікації ветеранів.

4) Соціальна стигматизація психічних розладів і недостатнє розуміння серед цивільного населення специфіки ветеранського досвіду (Chaban et al., 2023; Ukrainian Veterans Foundation, 2023).

Особливу складність для відновлення якості життя створює відсутність чіткої системи комплексного супроводу ветеранів: від моменту поранення і лікування до психологічної підтримки та професійної адаптації.

### **Висновки до розділу 1.**

Війна як потужний стресогенний чинник має комплексний вплив на суспільство, охоплюючи фізичне, психічне, соціальне та економічне благополуччя як учасників бойових дій, так і цивільного населення. Учасники бойових дій зазнають не лише фізичних ушкоджень, а й значного психологічного тиску, що часто призводить до розвитку ПТСР, депресії, тривожних та адаптаційних розладів. В умовах тривалого конфлікту в Україні з 2014 року ці наслідки стали особливо масштабними, створюючи потребу в системній державній політиці реабілітації та підтримки.

Фізичні й психічні наслідки охоплюють широкий спектр травм: від ампутацій і ЧМТ до хронічного болю й фіброміалгії. Психічні порушення, включаючи ПТСР, депресію, зловживання психоактивними речовинами, значно знижують якість життя та сприяють інвалідизації. Психічні й фізичні порушення часто взаємопов'язані, посилюючи одне одного. Вразливими залишаються й цивільні особи, зокрема внутрішньо переміщені, які мають підвищений ризик розвитку психічних розладів через втрату домівок, травматичний досвід та обмежений доступ до допомоги.

Соціально-економічні виклики охоплюють проблеми ізоляції, стигматизації, втрати військової ідентичності та труднощі адаптації до цивільного життя. Ветерани часто зіштовхуються з високим рівнем безробіття, низькою конкурентоспроможністю, відсутністю відповідних навичок та фінансовою нестабільністю. Психічне здоров'я прямо впливає на економічну активність, а недовіра роботодавців лише посилює труднощі інтеграції. Без комплексного підходу до реабілітації ці виклики переростають у хронічні проблеми, що вимагають міждисциплінарного вирішення.

## РОЗДІЛ II. ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ДИЗАЙНУ, КОНТИНГЕНТУ І МЕТОДІВ ДОСЛІДЖЕННЯ

### 2.1. Дизайн та етапи організації дослідження

Дослідження, що відповідає кваліфікаційній випускні роботі, було розподілено на 5 етапів, що відповідали вирішенню встановлених цілей, а також представлено на рис. 2.1.

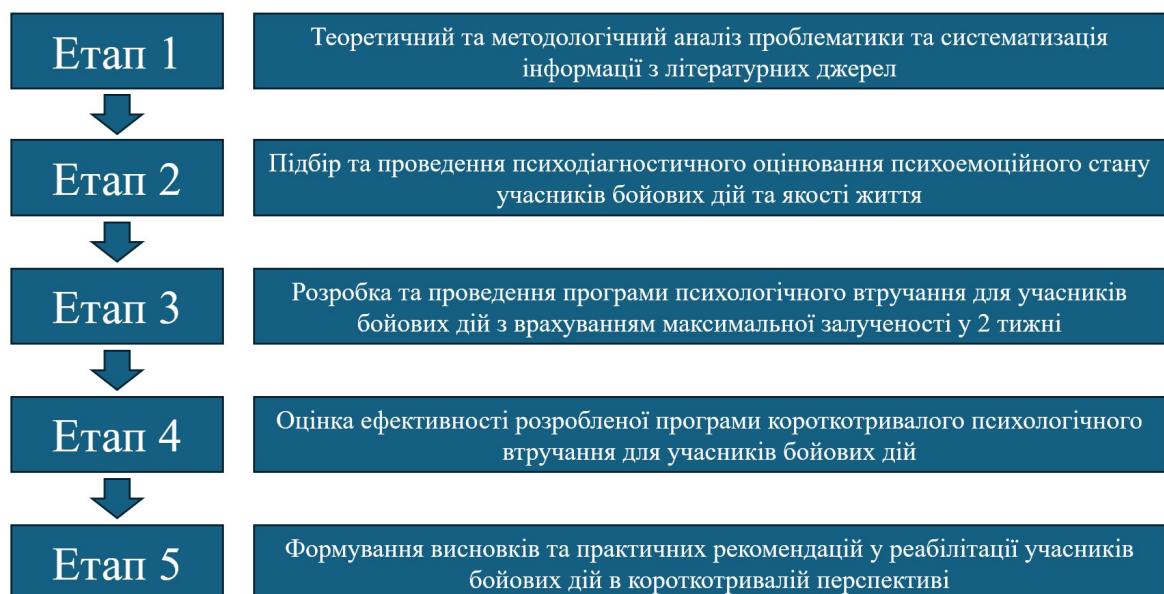


Рис. 2.1. Етапи дослідження

**Перший етап** полягав у аналізі актуальних наукових публікацій та літературі, що були присвячені психоемоційному стану та якості життя в учасників бойових дій. Власне огляд порушень, що супроводжується у діючих військовослужбовців, а саме: тривожних та депресивних порушень, симптомів посттравматичного стресу, а також як наслідків зміни показників якості життя. Аналіз наукової літератури представлений у Розділі I.

**Другий етап** полягав у ретельному доборі валідного та надійного психодіагностичного інструментарію, який би дозволив комплексно оцінити психоемоційний стан учасників бойових дій, зокрема рівень тривожності, депресії, симптомів посттравматичного стресу, а також показники якості життя.

Під час цього етапу були обрані інструменти, що широко використовуються у клінічній практиці та мають наукове підтвердження ефективності у контексті дослідження психічного здоров'я військовослужбовців.

**Третій етап** полягав у створенні та проведенні короткотривалої психологічної програми, яка спрямована на корекцію психоемоційного стану учасників бойових дій. Програма включала методи, що допомогли знизити рівень тривожності та депресії, а також сприяли зменшенню симптомів посттравматичного стресу та покращенню показників якості життя.

Програма, розроблена для учасників бойових дій, була спрямована на швидке, але ефективне поліпшення їхнього психоемоційного стану за обмежений час перебування у відпустці. Зважаючи на обмежену кількість днів, які вони мали для відпочинку, було вирішено створити програму з п'яти сесій, кожна з яких тривала 60 хвилин. Зустрічі проводились раз на 3 дні, що давало можливість учасникам програми встигати застосовувати набуті знання та навички, а також отримувати підтримку і коригування під час наступних зустрічей.

**Четвертий етап** дослідження полягав в оцінці ефективності розробленої короткотривалої психологічної програми. З цією метою після завершення п'ятої зустрічі було повторно застосовано обраний психодіагностичний інструментарій, що використовувався на початку втручання. Це дозволило провести порівняльний аналіз змін у психоемоційному стані учасників програми.

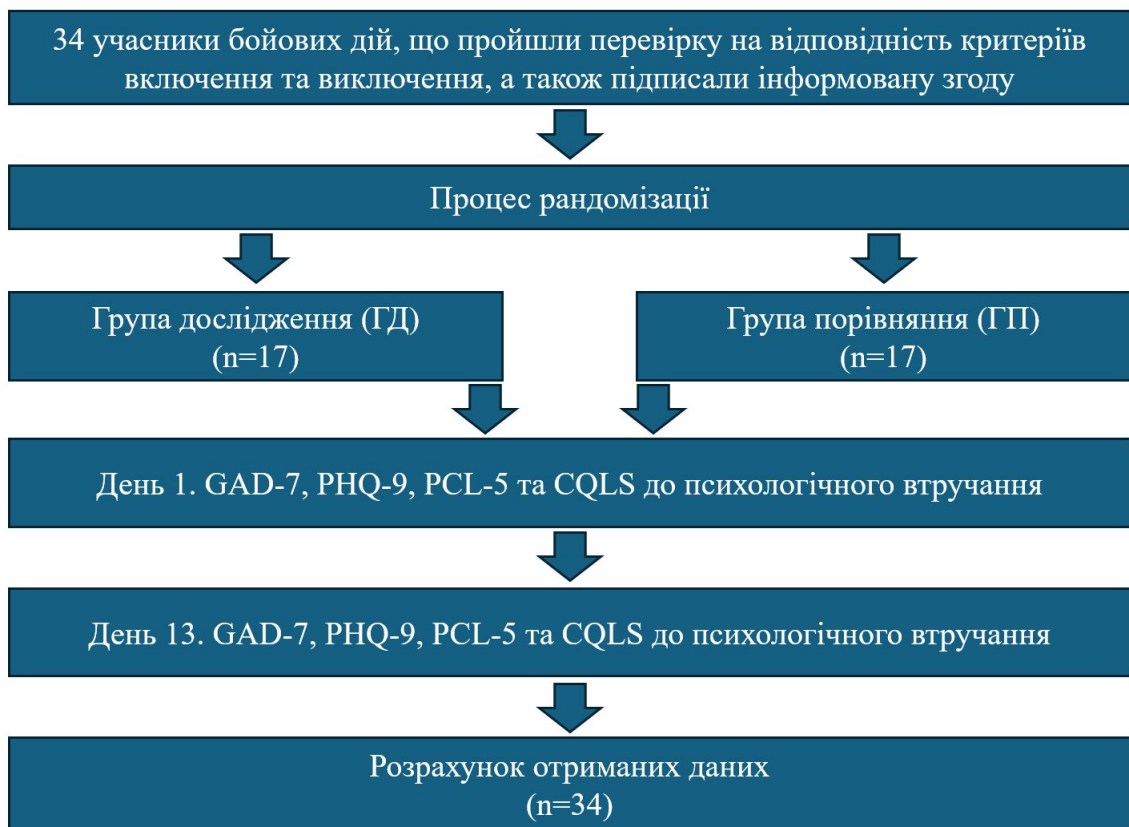
Порівняння результатів до і після участі у програмі дозволило зробити висновки щодо її ефективності. Зокрема, аналіз зосереджувався на виявленні статистично значущих змін у показниках кожної з вищезазначених сфер. Це дало змогу оцінити не лише загальний вплив програми на психоемоційний стан військовослужбовців, але й визначити її найбільш ефективні компоненти, які варто зберігати та масштабувати в подальших інтервенціях.

**П'ятий етап** полягав у формуванні висновків та розробці практичних рекомендацій, спрямованих на покращення психоемоційного стану та якості життя учасників бойових дій у короткотривалій перспективі.

На основі отриманих результатів повторного психодіагностичного обстеження було здійснено узагальнення ефективності застосованої психологічної програми. Висновки ґрунтувались на динаміці змін показників тривожності, депресії, симптомів посттравматичного стресу та якості життя.

## **2.2. Характеристика досліджуваної вибірки та процедура залучення**

Всього у дослідженні прийняло участь 34 учасники, що є діючими учасниками бойових дій та яким надавалась амбулаторна допомога по зверненню в межах Київської клінічної лікарні на залізничному транспорті № 1. Дизайном якого було представлено рандомізоване контрольоване дослідження з паралельними групами, що відповідало етичним та деонтологічним нормам (рис. 2.2).



**Рисунок 2.2.** Блок-схема дизайну дослідження та розподілу учасників на групи.

Критерії включення для учасників дослідження:

1. Чоловіки та жінки віком від 18 до 60 років;
2. Статус учасника бойових дій (наявністю офіційного підтвердження – посвідчення);
3. Письмова згода на участь у дослідженні

Критерії виключення для учасників дослідження:

1. Наявність вираженого психотичного розладу, маніакального епізоду або суїцидальних ризиків, які потребують невідкладного психіатричного втручання.
2. Діагностовані тяжкі когнітивні порушення або органічне ураження головного мозку, що унеможливлюють участь у програмі.
3. Залежність від психоактивних речовин у фазі загострення або відсутність ремісії понад 6 місяців.

Перед початком дослідження всі учасники були детально ознайомлені з протоколом дослідження та надали письмову інформовану згоду на участь. Із загальної кількості претендентів 34 особи відповідали критеріям включення. Учасники були рандомізовані та розподілені на дві підгрупи — групу дослідження (n=34) та групу порівняння (n=34).

### **2.3. Психодіагностичний інструментарій дослідження**

Для комплексної оцінки психосоціального стану учасників бойових дій були використані кілька ефективних діагностичних шкал, які дозволили виявити рівень тривожності, депресії, посттравматичного стресового розладу та якість життя учасників, а саме: для оцінки рівня тривожності було застосовано опитувальник для визначення генералізованого тривожного розладу GAD-7. Для вимірювання депресивних симптомів використано Опитувальник про стан здоров'я: Шкала депресії PHQ-9. Для визначення ступеня вираженості посттравматичного стресу була використана шкала переліку симптомів ПТСР – PCL-5. Оцінку якості життя здійснено за допомогою шкали якості життя Чабана О.С. – CQLS.

**Опитувальник для визначення генералізованого тривожного розладу (GAD-7)** є п'ятим блоком опитувальника PHQ (Опитувальник здоров'я пацієнта) і призначений для самооцінки рівня тривожності та скринінгу генералізованого тривожного розладу (ГТР). Цей інструмент складається з 7 запитань, що охоплюють період «останні 2 тижні» і визначають частоту виникнення симптомів (ніколи — 0 балів, кілька днів — 1 бал, більше половини днів — 2 бали, майже щодня — 3 бали). Пацієнт заповнює шкалу самостійно протягом 1-2 хвилин. Внутрішня узгодженість ( $\alpha$  Кронбаха) становить 0,92, а надійність тесту-ретесту — 0,84 (Spitzer, R. L. та ін., 2006). За допомогою отриманих результатів можна оцінити наявність тривожності та ефективність проведеної терапії. Українську адаптацію цього опитувальника виконали Алексіна Н., Герасименко О., Лавриненко Д. та Савченко О. у 2024 році. Даний опитувальник представлений у Додатку А.

**Опитувальник про стан здоров'я: Шкала депресії (PHQ-9)** є другим блоком опитувальника PHQ (Опитувальник здоров'я пацієнта) і використовується для діагностики депресії на основі основних (питання 1, 2) і додаткових (питання 3-9) симптомів. Інтервал для оцінки — «останні 2 тижні», де визначається частота виникнення симптомів (жодного разу — 0 балів, кілька днів — 1 бал, більше половини днів — 2 бали, майже щодня — 3 бали). Шкала складається з 10 запитань і заповнюється пацієнтом за 1-2 хвилини. Внутрішня узгодженість ( $\alpha$  Кронбаха) дорівнює 0,89, що підтверджено дослідженням серед 3000 пацієнтів первинної ланки. Тест-ретестова надійність була перевірена за допомогою особистих і телефонних інтерв'ю з тими ж респондентами і становить 0,84 (Kroenke, K. та ін., 2001). Результати опитувальника дозволяють припустити наявність депресії та оцінити ефективність терапевтичного втручання. Переклад українською мовою було здійснено Українським інститутом когнітивно-поведінкової психотерапії у 2012 році.

**Опитувальник симптомів ПТСР (PCL-5)**, розроблений Blevins, С.А. та ін., демонструє високу внутрішню узгодженість ( $\alpha=0.94$ ), надійність ( $r=0.82$ ), а також конвергентну ( $r_s=0.74-0.85$ ) і дискримінантну ( $r_s=0.31-0.60$ ) валідність (Blevins та ін., 2015). PCL-5 складається з 20 тверджень, кожне з яких оцінюється досліджуванним за 5-бальною шкалою від 0 (зовсім не турбувало) до 4 балів (дуже турбувало). Твердження охоплюють такі категорії симптомів ПТСР, як опис травматичної події, симптоми інтрузії, симптоми уникнення, негативні думки та емоції, а також симптоми надмірної реактивності. Загальний бал обчислюється шляхом підсумовування оцінок усіх тверджень, де мінімальний можливий результат — 0 балів, максимальний — 80 балів. Симптоми вважаються клінічно значущими, якщо загальний бал становить 33 бали або більше (Blevins, С.А. та ін., 2015). Отримані результати дають можливість визначити наявність симптомів посттравматичного стресу та оцінити ефективність терапії. Переклад та адаптація українською мовою були виконані Безшейко В.Г. (Безшейко, 2016).

**Шкала оцінки якості життя Чабана О.С. (CQLS)**, розроблена Чабаном О.С. та іншими, включає 10 запитань, що стосуються задоволення різними аспектами життя. Кожне запитання оцінюється за 11-бальною шкалою від 0 (зовсім не задоволений) до 10 (надзвичайно задоволений). Це самоопитувальник, де сума балів по кожному запитанню дозволяє отримати загальний результат. Мінімальний можливий бал становить 0, максимальний — 100. Шкала містить 5 рівнів задоволеності якістю життя: вкрай низький (0-56 балів), низький (57-66 балів), середній (67-75 балів), високий (76-82 бали), дуже високий (83-100 балів). Шкала демонструє високу внутрішню узгодженість ( $\alpha=0.905$ ), надійність ( $r=0.923$ ), а також конвергентну та дискримінантну валідність (Chaban та ін., 2016). Результати, отримані за цією шкалою, дають змогу оцінити якість життя пацієнтів та ефективність проведеного лікування.

Загалом, застосування цих шкал дозволяє не лише точно оцінити поточний психосоціальний стан учасників бойових дій, але й ефективність подальшої реабілітаційної програми, а також визначити напрямки для подальшого коригування терапевтичних втручань.

#### **2.4. Статистичний аналіз дослідження**

Якісні показники були подані у вигляді кількості спостережень та відповідного відсоткового співвідношення. Для перевірки нормальності розподілу кількісних змінних використовувався критерій Шапіро–Віллка. У випадках, коли дані відповідали нормальному розподілу, для порівняння двох незалежних вибірок застосовувався t-критерій для незалежних вибірок. Якщо ж розподіл був відхилений від нормального, використовувався непараметричний критерій Манна–Уїтні.

Для порівняння двох залежних вибірок (у разі нормального розподілу) застосовувався парний t-тест. Для оцінки змін у групах у динаміці використовувався дисперсійний аналіз повторних вимірювань (ANOVA) типу III. Статистичну обробку даних було проведено за допомогою мови

програмування R у середовищі статистичних розрахунків EzR версії 1.61 (Kanda, Y., 2012).

## **Висновки до розділу 2**

У межах дослідження було розроблено та впроваджено короткотривалу психологічну програму для діючих учасників бойових дій, метою якої було зниження рівня тривожності, депресивних симптомів, проявів посттравматичного стресового розладу та покращення якості життя. Дослідження включало п'ять етапів: аналіз літератури, добір валідного психодіагностичного інструментарію, розробка й реалізація інтервенційної програми, оцінка її ефективності та формування висновків і практичних рекомендацій. Програма складалась з п'яти зустрічей тривалістю 60 хвилин, які проводилися з інтервалом у три дні під час короткотривалої відпустки військовослужбовців.

До участі в дослідженні було залучено 34 учасники бойових дій, які проходили амбулаторне лікування на базі Київської клінічної лікарні на залізничному транспорті №1. Дослідження мало дизайн рандомізованого контрольованого експерименту з паралельними групами. Усі учасники

відповідали критеріям включення (вік 18–60 років, наявність статусу учасника бойових дій, письмова згода), а також не мали протипоказань до участі (психотичні розлади, суїцидальні ризики, тяжкі когнітивні порушення або активна фаза залежності).

Для оцінки психоемоційного стану було використано низку валідизованих інструментів: GAD-7 — для оцінки рівня тривожності, PHQ-9 — для діагностики депресії, PCL-5 — для вимірювання симптомів ПТСР, та шкалу якості життя Чабана (CQLS). Всі ці методики мають високу внутрішню надійність і були адаптовані до українського контексту. Проведення повторного обстеження після завершення програми дозволило порівняти результати й оцінити її ефективність у контексті покращення психічного стану військовослужбовців.

### **РОЗДІЛ III. РЕЗУЛЬТАТИ ПЕРВИННОГО ДОСЛІДЖЕННЯ**

Соціально-демографічна інформація учасників дослідження наведена в **таблиці 3.1**. Середній вік пацієнтів досліджуваної групи (n=17) становив  $32,94 \pm 4,33$  роки, а в групі порівняння (n=17) —  $33,05 \pm 4,49$  років ( $t=0,077$ ;  $p=0,939$ ).

Із загальної кількості 8 осіб (23,5%) були жінками (17,6% у групі дослідження; 29,4% у групі порівняння), тоді як 26 осіб (76,5%) були чоловіками (82,4% у групі дослідження; 70,6% у групі порівняння) ( $p=0,686$ ).

Чотирнадцять осіб (41,2%) на момент дослідження були одружені (41,2% у групі дослідження; 41,2% у групі порівняння), а двадцять осіб (58,8%) не мали постійного партнера (58,8% у групі дослідження; 58,2% у групі порівняння) ( $\chi^2=0$ ;  $p=1$ ).

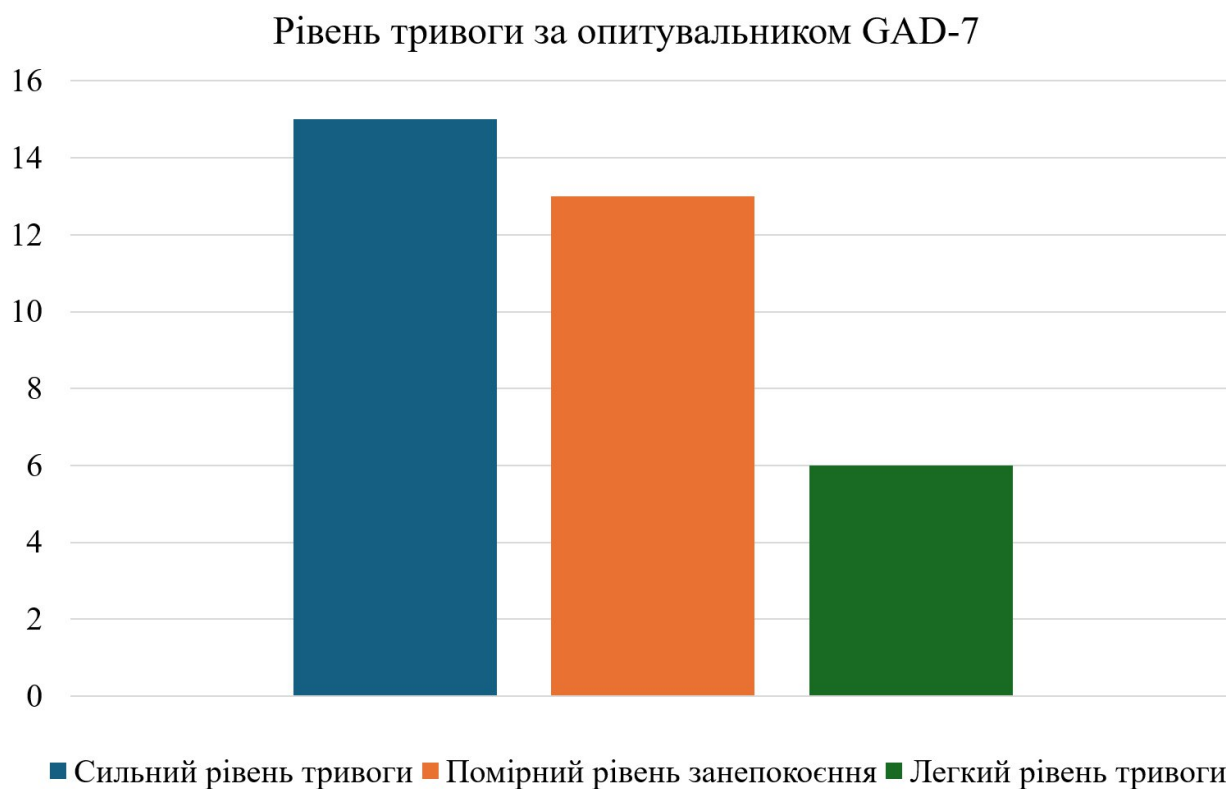
**Таблиця 3.1.** Соціально-демографічні змінні учасників дослідження

Змінні	Група дослідження (n=34)	Група порівняння (n=34)	T / $\chi^2$	P value
<b>Вік (роки)</b>	32,94±4,33	33,05±4,49	t=0.084	0.939
<b>Стать</b>				
<b>Жіноча</b>	3 (17,6%)	5 (29,4%)	$\chi^2=0.163$	0.686
<b>Чоловіча</b>	14 (82,4%)	12 (70,6%)		
<b>Шлюбний статус</b>				
<b>В шлюбі</b>	7 (41,2%)	7 (41,2%)	$\chi^2=0$	1
<b>Не в шлюбі</b>	10 (58,8%)	10 (58,8%)		

Таким чином, до рандомізації групи не мали достовірної різниці за соціально-демографічними показниками. Обидві групи були співставними за основними показниками, а саме за середнім віком, гендерним розподілом та шлюбним статусом.

### 3.1. Оцінка рівня тривоги в учасників бойових дій

На початку дослідження серед 34 учасників було виявлено наступні показники рівня тривоги у учасників бойових дій: у 15 (44,1%) осіб виявлено сильний рівень тривоги, у 13 (38,2%) осіб помірний рівень занепокоєння та у 6 (17,7%) осіб легкий рівень тривоги (рис. 3.1). Після процесу рандомізації показники рівню тривоги були встановлені таким чином: у групи дослідження відзначається, що у 8 (47,0%) осіб сильний рівень тривоги, у 6 (35,3%) осіб помірний рівень занепокоєння та у 3 (17,6%) осіб легкий рівень тривоги, в той же час у групи порівняння у 7 (41,2%) осіб сильний рівень тривоги, у 7 (41,2%) осіб помірний рівень занепокоєння та у 3 (17,6%) осіб легкий рівень тривоги ( $t= -0,837$ ;  $p=0,408$ ).

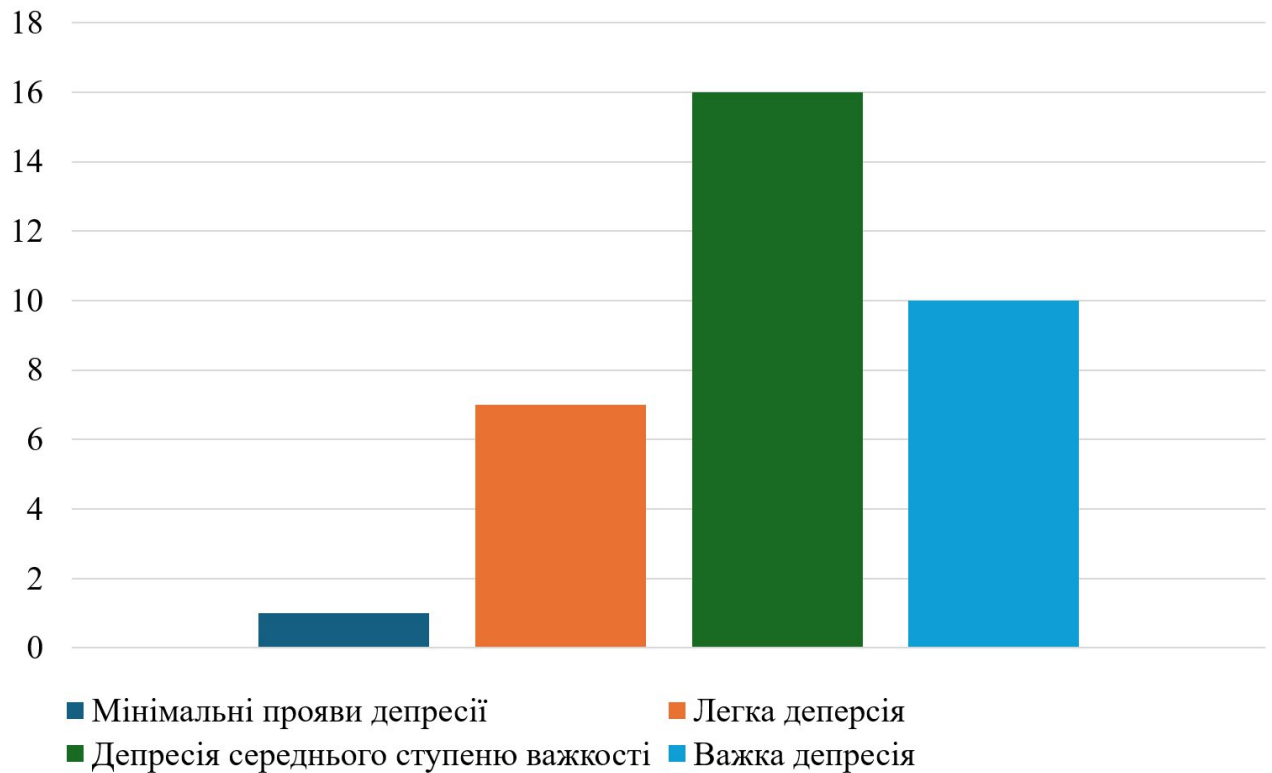


**Рисунок 3.1.** Рівень тривоги в учасників бойових до початку програми короткотривалого психологічного втручання.

### 3.2. Оцінка рівня депресії в учасників бойових дій

Серед 34 учасників дослідження за опитувальником PHQ-9 було визначено, що у 1 (3,0%) особи мінімальні прояви депресії, у 7 (20,6%) осіб прояви легкої депресії, у 16 (47,0%) осіб депресія середнього ступеню важкості та у 10 (29,4%) осіб прояви важкої депресії (рис. 3.2). Після процесу рандомізації показники рівню депресії були встановлені таким чином: у групи дослідження відзначається, що у 1 (5,9%) особи мінімальні прояви депресії, у 3 (17,6%) осіб прояви легкої депресії, у 7 (41,2%) осіб депресія середнього ступеню важкості та у 6 (35,3%) осіб прояви важкої депресії, в той же час у групі порівняння у 4 (23,5%) осіб прояви легкої депресії, у 9 (53,0%) осіб депресія середнього ступеню важкості та у 4 (23,5%) осіб прояви важкої депресії ( $t = -0,393$ ;  $p = 0,696$ ).

### Рівень депресії за опитувальником PHQ-9

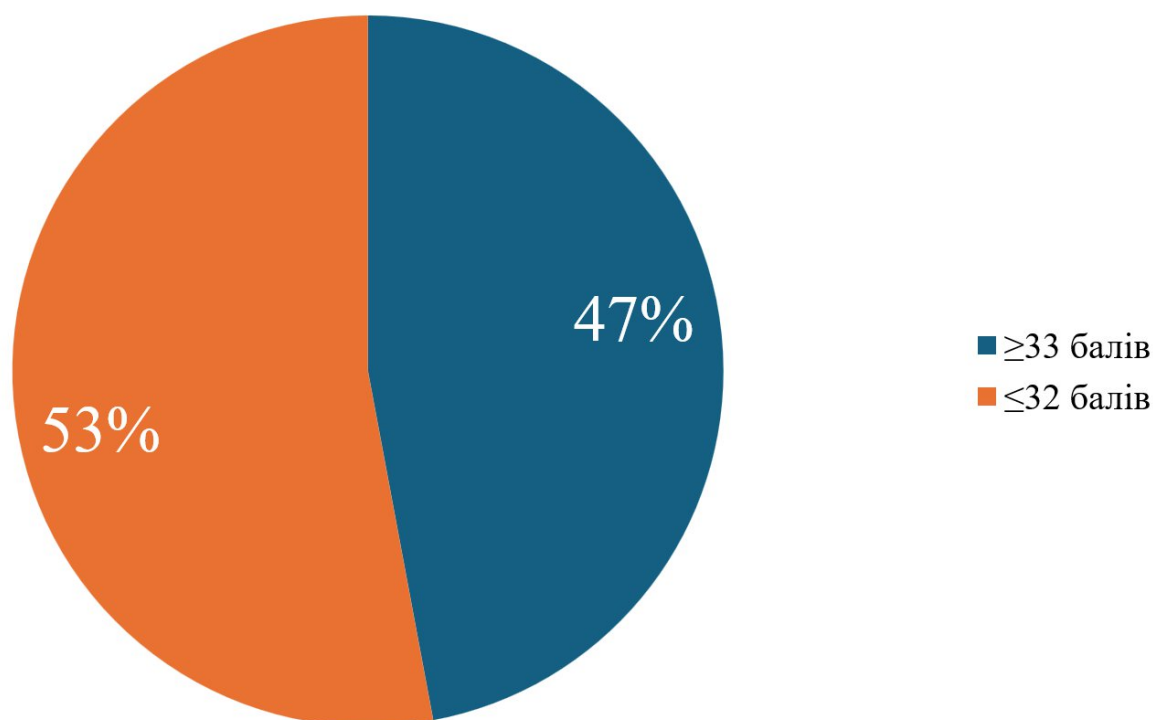


**Рисунок 3.2.** Рівень депресії в учасників бойових до початку програми короткотривалого психологічного втручання.

### 3.3. Оцінка рівня посттравматичного стресу в учасників бойових дій

Для визначення показників посттравматичного стресу було використано шкалу PCL-5, відповідно до якої у 16 (47,0%) учасників дослідження було виявлено показник  $\geq 33$  балів, що дозволяє підтвердити симптоми посттравматичного стресового розладу, в той же час у 18 (53,0%) учасників сума балів не досягла граничного значення. Після процесу рандомізації учасники були розподілені наступним чином: у групі дослідження показник  $\geq 33$  балів сягав у 8 (47,0%) учасників, відповідно показник був меншим у 9 (53,0%) учасників, відповідний розподіл сягав і у групі порівняння ( $t=0,06$ ;  $p=0.949$ ).

## Рівень посттравматичного стресу за шкалою PCL-5

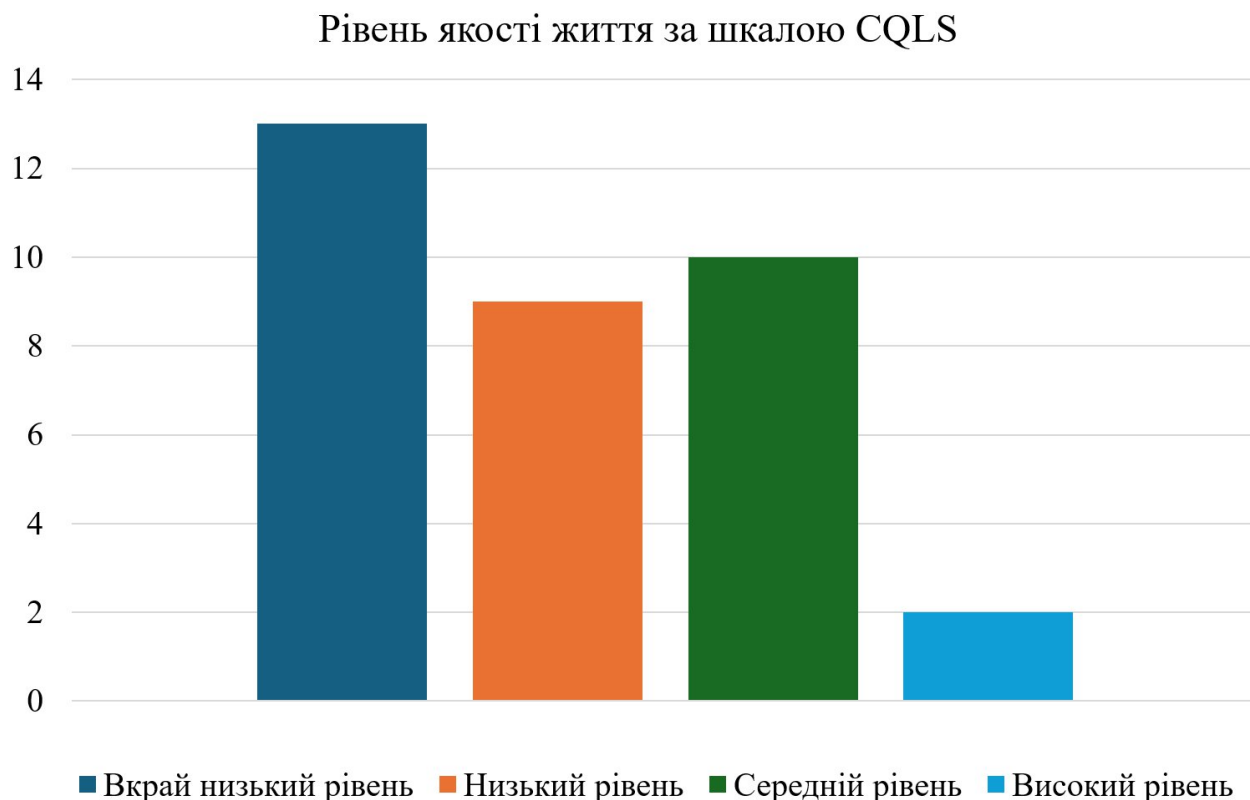


**Рисунок 3.3.** Рівень посттравматичного стресу в учасників бойових до початку програми короткотривалого психологічного втручання.

### 3.4. Оцінка рівня якості життя в учасників бойових дій

На початку дослідження серед 34 учасників було виявлено наступні показники рівня якості життя у учасників бойових дій: у 13 (38,2%) учасників вкрай низький рівень якості життя, у 9 (26,5%) учасників низький рівень якості життя, у 10 (29,4%) учасників середній рівень якості життя та у 2 (5,9%) учасників високий рівень якості життя. Після процесу рандомізації показники рівню депресії були встановлені таким чином: у групи дослідження відзначається, що у 8 (47,0%) учасників вкрай низький рівень якості життя, у 3 (17,6%) учасників низький рівень якості життя, у 5 (29,5%) учасника середній рівень якості життя та у 1 (5,9%) учасників високий рівень якості життя, в той же час у групи порівняння у 5 (29,5%) учасників вкрай низький рівень якості життя, у 6 (35,2%) учасників низький рівень якості

життя, у 5 (29,4%) учасників середній рівень якості життя та у 1 (5,9%) учасника високий рівень якості життя ( $t=0,828$ ;  $p=0,413$ ).



**Рисунок 3.4.** Рівень якості життя в учасників бойових до початку програми короткотривалого психологічного втручання.

### **Висновки до розділу 3**

На початку дослідження серед учасників бойових дій були виявлені високі показники психологічної дистресу. Зокрема, 82,3% учасників демонстрували помірний або сильний рівень тривоги, а майже три чверті

респондентів мали депресивні симптоми середнього або важкого ступеня. Понад 47% опитаних також мали клінічно значущі прояви посттравматичного стресового розладу, що підтверджується показником  $\geq 33$  балів за шкалою PCL-5. Крім того, 64,7% учасників оцінювали якість свого життя як низьку або вкрай низьку, що свідчить про значний вплив психоемоційного стану на повсякденне функціонування.

Після процесу рандомізації розподіл психологічних симптомів у групах дослідження та порівняння виявився порівнянно однорідним. Наприклад, у групі дослідження 82,3% учасників також мали помірну або сильну тривогу, а в групі порівняння – 82,4%. Аналогічна ситуація спостерігається щодо рівня депресії: у досліджуваній групі 76,5% осіб мали депресію середнього або важкого ступеня, а в контрольній – 76,5%. Щодо проявів ПТСР, то 47% учасників в обох групах мали показник вище діагностичного порогу.

Ці дані свідчать про високий ступінь психічної вразливості серед учасників бойових дій, що виявляється у поширеності тривожних, депресивних і посттравматичних симптомів, а також у зниженій якості життя. Однорідність показників після рандомізації дозволяє об'єктивно оцінити ефективність подальшого втручання та дослідити можливості медико-психологічної реабілітації для цієї цільової групи.

Таким чином, отримані результати на етапі до втручання формують обґрунтовану основу для подальших клініко-психологічних втручань, спрямованих на зниження рівня психоемоційного навантаження та покращення якості життя учасників бойових дій.

## **РОЗДІЛ IV. ЕФЕКТИВНІСТЬ КОРОТКОТРИВАЛОГО ПСИХОЛОГІЧНОГО ВТРУЧАННЯ**

### **4.1. Програма короткотривалого психологічного втручання**

Програма психологічного втручання складається з п'яти індивідуальних сесій і спрямована на формування базових навичок психологічної самодопомоги. Вона розроблена для осіб, які переживають стрес, тривогу, депресивні симптоми або мають потребу у внутрішній стабілізації після травматичних подій. Програма включає елементи психоедукації, навчання емоційній регуляції, розвитку усвідомленості, самоспостереження, технік стабілізації та самоспівчуття.

Поступове занурення в ключові навички дозволяє учасникам навчитися розпізнавати та регулювати власні емоційні реакції, переосмислювати автоматичні думки та формувати внутрішні ресурси для подолання труднощів. У фіналі програми клієнт отримує персональний набір технік самодопомоги, які можна використовувати в повсякденному житті для підтримки психічного благополуччя.

Перша сесія програми психологічного втручання присвячена **психоедукації та формуванню усвідомленості** (табл. 4.1), що є базою для подальших навичок психологічної самопомоги. На цьому етапі учасник ознайомлюється з поняттями психічного здоров'я, стресу, тривоги, емоційного виснаження та їх впливу на тіло, думки й поведінку. Обговорюються природні реакції психіки на стрес та травму, з акцентом на нормалізацію переживань і зменшення почуття провини або сорому за свій стан.

Другою ключовою частиною сесії є розвиток базової **усвідомленості (mindfulness)** — здатності помічати свої думки, емоції, тілесні відчуття без негайної реакції на них. Клієнту пропонуються прості вправи на дихання, фокусування уваги та відсторонене спостереження за внутрішніми станами. Завданням є створення безпечного простору, де людина починає чути себе й поступово розвивати внутрішню опору. У фіналі сесії обговорюються перші кроки до особистої практики усвідомленості вдома.

#### **Таблиця 4.1. Сесія 1. Психоедукація та відновлення контролю**

<b>Мета</b>	ознайомлення учасника бойових дій з механізмами стресу,
-------------	---

	тривоги, депресії та посттравматичного стресу. Нормалізація емоційного стану.
<b>Зміст</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>— встановлення терапевтичного контакту.</li> <li>— обговорення симптомів, з якими звернувся клієнт.</li> <li>— пояснення: що таке тривога, депресія, посттравматичний стрес – з точки зору мозку та тіла.</li> <li>— концепція «реакції боротьби–втечі–завмирання».</li> <li>— вправа: «Коло контролю» – відокремлення речей, які я можу/не можу контролювати.</li> <li>— домашнє завдання: щоденник тривоги (короткий опис ситуацій, коли виникає тривога).</li> </ul>
<b>Очікування</b>	перша сесія має закласти основу для формування внутрішнього спостерігача — здатності помічати свої стани в моменті, що є ключовою навичкою для подальшої роботи над саморегуляцією й відновленням.

Друга сесія присвячена навичкам **емоційної регуляції та заспокоєння нервової системи** (табл. 4.2), щоб допомогти учаснику бойових дій навчитися розпізнавати свої емоції, а також оволодіти простими, але ефективними техніками самозаспокоєння, які можна застосовувати у повсякденному житті. В умовах хронічного стресу, тривоги або симптомів посттравматичного стресу важливо навчитися стабілізувати свій емоційний стан, перш ніж переходити до глибшого опрацювання переживань.

На цій сесії зазвичай пропонуються базові дихальні практики, техніки заземлення («grounding»), релаксації тіла, а також обговорення внутрішніх та зовнішніх тригерів емоцій. Учасник вчиться помічати перші сигнали емоційного напруження і відповідати на них не автоматичними реакціями (наприклад, униканням чи агресією), а навмисними діями, які сприяють зниженню напруги. Дана сесія також допомагає розширити уявлення про те, що емоції — це сигнали, а не вороги.

<b>Таблиця 4.2. Сесія 2. Усвідомленість і стабілізація</b>	
<b>Мета</b>	формування навичок самоспостереження, стабілізації та зниження емоційного перенапруження.
<b>Зміст</b>	— аналіз щоденника тривоги.

	<ul style="list-style-type: none"> <li>— навчання техніці «заземлення»: 5-4-3-2-1 (візуальне, слухове, тілесне переключення уваги).</li> <li>— дихальні вправи: «4-7-8», «Квадратне дихання».</li> <li>— навичка «усвідомленого дихання» – основа для майбутніх практик.</li> <li>— візуалізація безпечного місця.</li> <li>— домашнє завдання: щоденна практика дихання й заземлення у стресових ситуаціях.</li> </ul>
<b>Очікування</b>	під час другої сесії учасник ознайомиться з основами емоційної саморегуляції, навчиться розпізнавати власні емоції та тілесні реакції на стрес, отримає досвід використання хоча б однієї простої техніки самозаспокоєння (наприклад, дихальної вправи або заземлення), а також відчує впевненість у своїй здатності впливати на емоційний стан у складних ситуаціях.

Третя сесія програми зосереджена **на розвитку навичок когнітивної саморегуляції та здатності змінювати негативні або деструктивні думки** (табл. 4.3), що впливають на емоційний стан. Учасник навчиться ідентифікувати автоматичні негативні думки та розпізнавати їх вплив на самопочуття. Особлива увага приділяється технікам когнітивної рефреймінгу, де учасник вчиться замінювати негативні переконання на більш конструктивні й адаптивні. Це допомагає знижувати рівень стресу, тривоги та депресії, сприяючи більш здоровому сприйняттю ситуацій і власних емоцій.

В результаті сесії учасник також ознайомиться з техніками позитивного мислення та навчиться використовувати їх для досягнення більш конструктивного сприйняття свого оточення та внутрішніх переживань. Третя сесія стане важливим кроком у розвитку здатності самостійно управляти своїми думками та емоціями, створюючи здоровий психологічний фон для подальшої роботи над стійкістю та адаптацією до життєвих труднощів.

**Таблиця 4.3. Сесія 3. Робота з емоціями та самоспівчуттям**

<b>Мета</b>	підвищення емоційної грамотності, навчання прийняттю
-------------	--

	емоцій і навичці турботи про себе.
<b>Зміст</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>— емоції як сигнали: що вони нам говорять.</li> <li>— вправа: «Розпізнай – Назви – Прийми» (РНП).</li> <li>— введення концепції самоспівчуття (self-compassion) — альтернатива самокритиці.</li> <li>— практика: «Турботливе внутрішнє звернення» або «Як би я говорив до друга?»</li> <li>— домашнє завдання: щоденник емоцій + практика самоспівчуття.</li> </ul>
<b>Очікування</b>	учасники зможуть навчитися розпізнавати автоматичні негативні думки та застосовувати стратегії для їх корекції, що допоможе зменшити рівень тривоги та депресії.

Четверта сесія програми зосереджена на **когнітивному переосмисленні автоматичних негативних думок та формуванні внутрішнього ресурсу** (табл. 4.4) для подолання стресових ситуацій. Під час сесії учасники розглянуть, як думки впливають на емоції, дії та наслідки, що допоможе їм краще усвідомити, як автоматичні негативні думки формують їхній емоційний стан. Одна з основних вправ цієї сесії – це «Злови думку», яка допомагає учасникам виявляти автоматичні негативні думки та ставити під сумнів їхню правдивість.

Крім того, учасники освоюють метод «Докази за / проти», щоб перевірити реальність тривожних чи депресивних переконань, що допоможе змінити негативне мислення на більш конструктивне. У рамках сесії буде проведена вправа «Внутрішній ресурс», де учасники за допомогою візуалізації зможуть створити уявний образ ситуації сили, яка допомагає їм справлятися з труднощами. Як домашнє завдання учасники отримають щоденник думок, у якому вони фіксуватимуть свої автоматичні думки і практикуватимуть техніки роботи з ними.

**Таблиця 4.4.** Сесія 4. Переосмислення думок і формування внутрішнього ресурсу

<b>Мета</b>	навчання когнітивному переосмисленню автоматичних
-------------	---

	негативних думок
<b>Зміст</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>— зв'язок: думка – емоція – дія – наслідок.</li> <li>— вправа: «Злови думку» – визначення автоматичних негативних думок.</li> <li>— метод «Докази за / проти» – перевірка реальності тривожних/депресивних переконань.</li> <li>— вправа: «Внутрішній ресурс» – візуалізація ситуації сили.</li> <li>— домашнє завдання: щоденник думок + практика ресурсу.</li> </ul>
<b>Очікування</b>	учасники зможуть усвідомити та розпізнати свої автоматичні негативні думки, зрозуміти їхній вплив на емоції та поведінку, а також навчитися перевіряти реальність тривожних і депресивних переконань. Крім того, учасники навчатимуться формувати внутрішній ресурс через візуалізацію ситуацій сили, що сприятиме розвитку емоційної стійкості та критичного мислення для самостійної роботи з негативними думками в майбутньому.

П'ята сесія програми спрямована на **узагальнення набутого досвіду та навичок самодопомоги** (табл. 4.5), а також на формування індивідуального плану підтримки психічного здоров'я на майбутнє. Учасники підсумовують усі сесії, обговорюючи, що їм допомогло, а що було складно. За допомогою вправи «Мій інструментарій самодопомоги» вони складають персональний список технік, які допомогли їм у роботі над своїм емоційним станом. Також створюється план підтримки емоційної рівноваги, який включає роль соціального оточення, ритуалів та здорового режиму. Важливим етапом є опрацювання можливих реакцій на рецидиви тривоги або депресії, що дозволить учасникам зберігати емоційну стійкість у майбутньому. Сесія завершується завершенням терапевтичного циклу.

<b>Таблиця 4.5. Сесія 5. Інтеграція та план подальшої самодопомоги</b>	
<b>Мета</b>	узагальнення навичок, формування плану підтримки психічного здоров'я на майбутнє
<b>Зміст</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>— підсумок усіх сесій: що допомогло, що було складно.</li> <li>— вправа: «Мій інструментарій самодопомоги» – складання персонального списку технік.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>— побудова індивідуального плану підтримки емоційної рівноваги.</li> <li>— роль підтримки: соціальне оточення, ритуали, здоровий режим.</li> <li>— опрацювання реакцій на можливі рецидиви тривоги або депресії.</li> <li>— завершення терапевтичного циклу.</li> </ul>
<b>Очікування</b>	учасники зможуть усвідомити свої досягнення, виявити стратегії, які допомогли їм долати труднощі, і систематизувати їх у вигляді персонального інструментарію самопомоги.

Таким чином, програма психологічного втручання складається з п'яти індивідуальних сесій, кожна з яких спрямована на розвиток базових навичок самопомоги та підтримки психічного здоров'я. Першою сесією є знайомство з учасником, визначення його потреб і цілей, а також введення в концепцію психологічної самопомоги. Друга сесія присвячена навчанням методам саморегуляції, зокрема через техніки дихальних вправ і релаксації, що допомагають знижувати рівень стресу та тривоги. Третя сесія фокусується на виявленні та зміні негативних переконань і автоматичних думок, що заважають психічному благополуччю, з використанням методів когнітивного переосмислення.

Четверта сесія зосереджена на формуванні внутрішнього ресурсу та здатності учасників адаптуватися до труднощів через візуалізацію ситуацій сили та перевірку реальності тривожних переконань. Остання п'ята сесія підсумовує здобуті навички та допомагає учасникам створити персональний план підтримки психічного здоров'я на майбутнє, а також розробити стратегії подолання рецидивів тривоги або депресії. Програма націлена зміцнити впевненість учасників у своїх силах і навичках самопомоги, що забезпечує стійкість і емоційну рівновагу в довгостроковій перспективі.

Ефективність психологічних інтервенцій надалі оцінювалась шляхом повторного тестування за опитувальником для визначення генералізованого тривожного розладу GAD-7, опитувальником якості життя: шкала депресії

PHQ-9, опитувальником симптомів ПТСР PCL-5 та шкалою оцінки рівня якості життя Чабана О.С. (CQLS) (табл. 4.6).

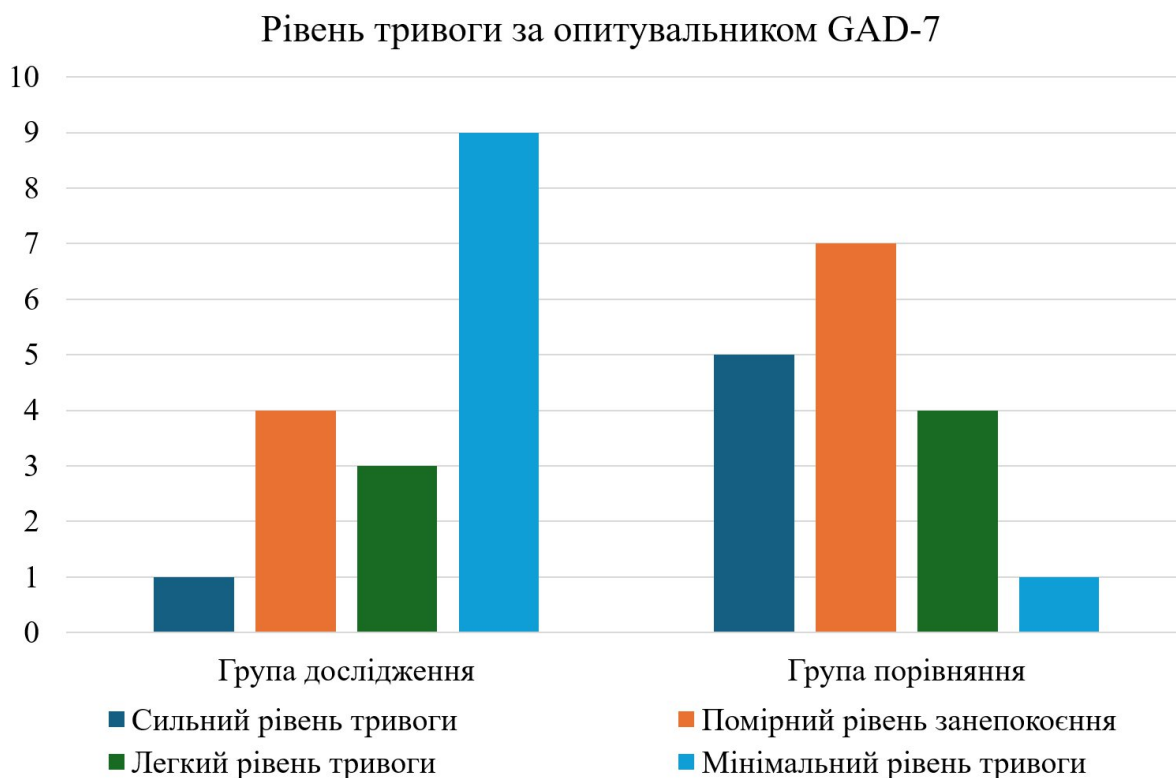
**Таблиця 4.6.** Результати ANOVA з повторними вимірюваннями для GAD-7, PHQ-9, PCL-5 та CQLS.

Змінні	SS	Error SS	df	F value	P value
<b>GAD-7</b>					
Intercept	8184.1	993.41	1	263.62	<0.001
Group	80.5	993.41	1	2.594	0.117
Time	476.5	213.65	1	71.366	<0.001
Group×time	197.9	213.65	1	29.639	<0.001
<b>PHQ-9</b>					
Intercept	16059.2	1398.53	1	367.45	<0.001
Group	187.8	1398.53	1	4.296	<0.01
Time	559.2	441.94	1	40.489	<0.001
Group×time	292.4	441.94	1	21.169	<0.001
<b>PCL-5</b>					
Intercept	45088	12620.1	1	114.32	<0.001
Group	559	12620.1	1	1.417	0.242
Time	854	2126.9	1	12.85	<0.001
Group×time	492	2126.9	1	7.409	<0.01
<b>CQLS</b>					
Intercept	266626	9945.2	1	857.9	<0.001
Group	498	9945.2	1	1.602	0.214
Time	1203	1514.2	1	25.42	<0.001
Group×time	1506	1514.2	1	31.823	<0.001

#### 4.2. Оцінка рівня тривоги в учасників бойових дій

По завершенню короткострокової програми психологічного втручання для учасників бойових дій та повторному оцінюванню за опитувальником GAD-7, було встановлено, що у групі дослідження у 9 (52,9%) учасників рівень тривоги сягнув позначки мінімальний рівень тривоги, у 3 (17,6%) учасників було визначено легкий рівень тривоги у 4 (23,6%) учасників було визначено помірний рівень занепокоєння та у 1 (5,9%) учасника відзначився сильний рівень тривоги, в той же час у групі порівняння у 1 (5,9%) учасника було визначено мінімальний рівень тривоги, у 4 (23,6%) учасників легкий

рівень тривоги, у 7 (41,1%) учасників помірний рівень занепокоєння та у 5 (29,4%) учасників відзначався сильний рівень тривоги (рис. 4.1).



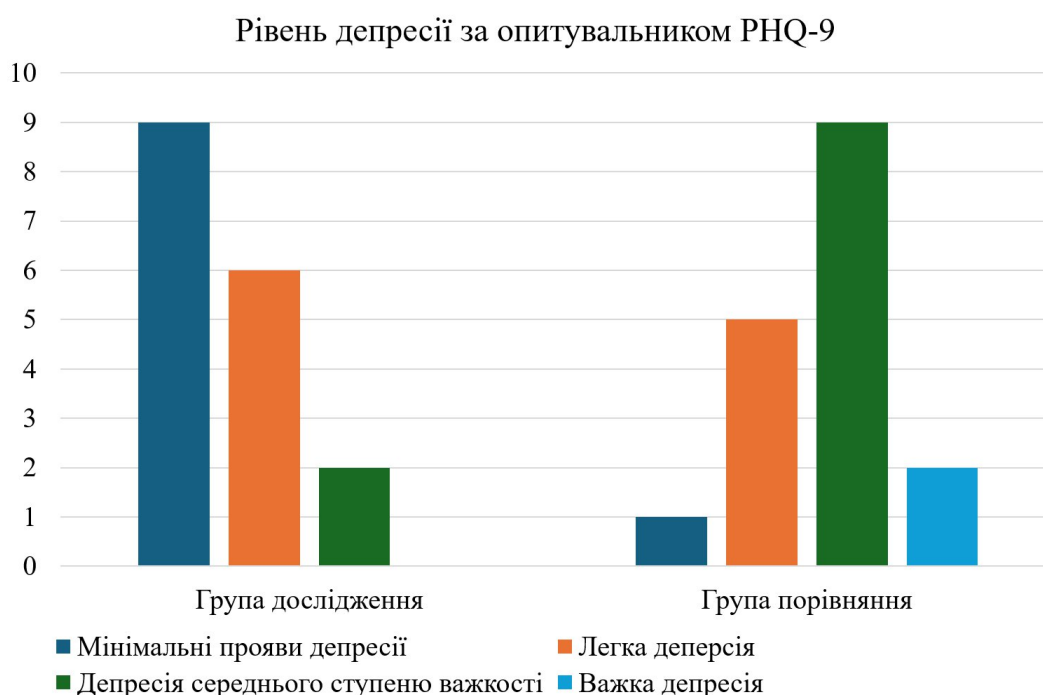
**Рисунок 4.1.** Діаграма показників тривоги у групі дослідження та групи порівняння по завершенню програми короткострокової психологічної інтервенції за опитувальником GAD-7.

На основі отриманих результатів можна зробити висновок, що короткострокова програма психологічного втручання виявилася ефективною у зниженні рівня тривоги серед учасників бойових дій. У групі дослідження, яка отримувала втручання, значна частина учасників (52,9%) досягла мінімального рівня тривоги після завершення програми, тоді як до втручання цей показник був відсутній. Водночас частка осіб із високим рівнем тривоги знизилася з 47,0% до 5,9%. У групі порівняння позитивна динаміка була менш вираженою: лише 5,9% учасників досягли мінімального рівня тривоги, тоді як частка з високим рівнем тривоги залишалася високою (29,4%). Статистично значуща різниця між групами ( $t=3.71$ ;  $p<0.05$ ) (табл. 4.6)

свідчить про ефективність запропонованого психологічного втручання у зменшенні тривожності серед учасників бойових дій.

### 4.3. Оцінка рівня депресії в учасників бойових дій

На 13 день по завершенню програми короткострокового психологічного втручання для учасників бойових дій за опитувальником PHQ-9 було виявлено, що у групі дослідження у 9 (52,9%) учасників спостерігається мінімальні депресивні прояви, у 6 (35,3%) учасників легкі прояви депресії та у 2 (11,8%) учасників було визначено депресію середнього ступеню важкості, в той же час у представників групи порівняння було виявлено, що у 1 (5,9%) учасника спостерігаються мінімальні депресивні прояви, у 5 (29,4%) учасників легкий рівень депресії, у 9 (52,9%) учасників було виявлено депресію середнього ступеню важкості та у 2 (11,8%) учасників було визначено важку ступінь депресії (рис. 4.2).



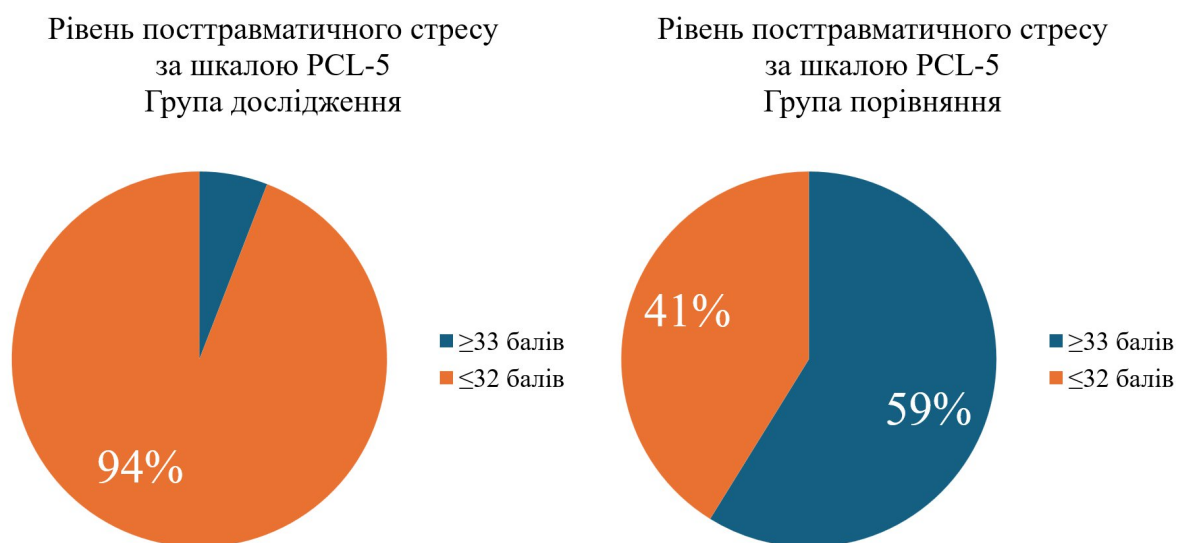
**Рисунок 4.2.** Діаграма показників депресії у групи дослідження та групи порівняння по завершенню програми короткострокової психологічної інтервенції за опитувальником PHQ-9.

Отримані результати свідчать про суттєве покращення емоційного стану учасників бойових дій після проходження короткострокової програми

психологічного втручання. У групі дослідження спостерігається виразне зниження рівня депресивних симптомів: частка учасників із мінімальними проявами депресії зросла з 5,9% до 52,9%, а кількість осіб із важкою депресією зменшилася до нуля. Водночас у групі порівняння позитивна динаміка була значно менш вираженою — лише 5,9% учасників досягли мінімального рівня депресії, а частка осіб із середнім і важким ступенем депресії залишалася високою (64,7%). Статистично значуща різниця між групами ( $t=4.83$ ;  $p<0.05$ ) (табл. 4.6) підтверджує ефективність втручання у зменшенні проявів депресії, що вказує на терапевтичну цінність програми для покращення психічного здоров'я учасників бойових дій.

#### 4.4. Оцінка рівня посттравматичного стресу в учасників бойових дій

По завершенню короткострокової програми психологічного втручання та при повторному оцінюванні за шкалою PCL-5 було виявлено, що у 16 (94,1%) учасників досліджуваної групи симптоми посттравматичного стресу були сягнули позначки менше 33 балів, середній показник в групі сягнув  $16,64 \pm 10,61$ , в той же час як у групі порівняння у 7 (41,1%) учасників було визначено що сума сягає менше 33 балів, а у 10 (58,9%) учасників симптоми посттравматичного стресу сягають більше 33 балів, де середній показник становить  $27,76 \pm 16.79$  (рис. 4.3).



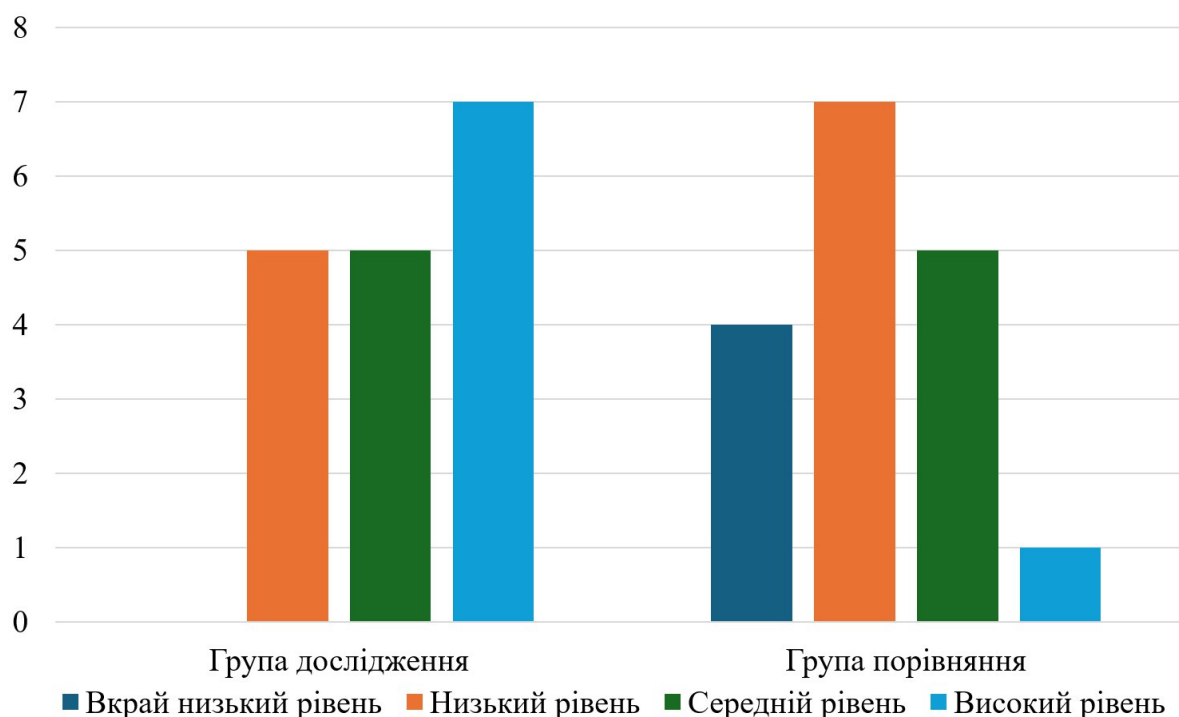
**Рисунок 4.3.** Діаграма показників посттравматичного стресу у групи дослідження та групи порівняння по завершенню програми короткострокової психологічної інтервенції за шкалою PCL-5.

Результати дослідження демонструють виражене зниження симптомів посттравматичного стресового розладу у учасників бойових дій після проходження короткострокової програми психологічного втручання. Якщо на початку дослідження симптоми ПТСР за шкалою PCL-5 (понад 33 бали) спостерігалися у 47,0% учасників, то після завершення програми у досліджуваній групі лише 5,9% зберігали клінічно значущий рівень симптомів, тоді як у 94,1% бал знизився нижче порогового рівня. Середній бал у цій групі зменшився до  $16,64 \pm 10,61$ . У групі порівняння позитивні зміни були значно менш вираженими: лише у 41,1% учасників симптоми ПТСР знизилися до субклінічного рівня, а середній бал залишився суттєво вищим —  $27,76 \pm 16,79$ . Статистично значуща різниця між групами ( $t=2.3$ ;  $p<0.05$ ) (табл. 4.6) підтверджує ефективність психологічного втручання у зменшенні симптомів посттравматичного стресу.

#### **4.5. Оцінка рівня якості життя в учасників бойових дій**

На 13 день по завершенню програми короткострокового психологічного втручання для учасників бойових дій, було здійснено повторне оцінювання за шкалою CQLS, відповідно до якої було виявлено, що у 5 (29,4%) учасників низький рівень якості життя, у 5 (29,4%) учасників середній рівень якості життя та у 7 (41,2%) учасників виявлено високий рівень якості життя, в той же час як у групи порівняння було виявлено, що у 4 (23,5%) учасників вкрай низький рівень якості життя, у 7 (41,2%) учасників низький рівень якості життя, у 5 (29,4%) учасників середній рівень якості життя та у 1 (5,9%) учасника було виявлено високий рівень якості життя (рис. 4.4).

### Рівень якості життя за шкалою CQLS



**Рисунок 4.3.** Діаграма показників якості життя у групи дослідження та групи порівняння по завершенню програми короткострокової психологічної інтервенції за шкалою CQLS.

Результати повторного оцінювання за шкалою CQLS свідчать про суттєве покращення якості життя у учасників бойових дій після проходження короткострокової програми психологічного втручання. Якщо на початку дослідження у досліджуваній групі переважали вкрай низькі та низькі показники якості життя (разом 64,6%), то після завершення втручання ці показники значно знизилися: вкрай низький рівень не фіксувався взагалі, а низький рівень було виявлено лише у 29,4% учасників. Натомість у 41,2% учасників відзначено високий рівень якості життя, що свідчить про позитивну динаміку та значне покращення добробуту.

У групі порівняння жодної суттєвої позитивної динаміки не було зафіксовано, у 64,7% учасників продовжували мати низький або вкрай низький рівень якості життя, а високий рівень спостерігався лише у одного учасника (5,9%). Статистично значуща різниця між групами ( $t=3.29$ ;  $p<0.05$ ) (табл. 4.6) підтверджує ефективність запропонованої програми

психологічного втручання щодо покращення суб'єктивної якості життя учасників бойових дій.

Результати дослідження свідчать про ефективність короткострокового психологічного втручання для учасників бойових дій, зокрема в контексті зниження рівня депресивних та тривожних проявів, симптомів посттравматичного стресу та покращення якості життя. Проте обмежена кількість учасників (n=34) не дозволяє повною мірою узагальнити отримані дані на ширшу популяцію. Саме тому виникає потреба у розширенні вибірки дослідження для підвищення надійності та валідності результатів.

Збільшення вибірки дозволить здійснити більш точну оцінку ефективності інтервенції, виявити додаткові патерни реагування учасників на втручання, а також врахувати різноманітні соціально-демографічні та психопатологічні фактори, які можуть впливати на результат. Це особливо важливо в умовах війни, коли психічне здоров'я значної частини населення знаходиться під загрозою, а попит на ефективні та доступні психологічні інтервенції невпинно зростає.

Крім того, розширене дослідження дозволить провести аналіз, порівнюючи ефекти втручання в різних категоріях військовослужбовців (наприклад, за віком, статтю, бойовим досвідом), що дасть змогу персоналізувати підходи та вдосконалити програми психологічної допомоги для цільових груп. Масштабування дослідження є необхідним етапом для наукового обґрунтування ефективності втручання та його подальшого впровадження у систему психосоціальної підтримки учасників бойових дій.

#### **Висновки до розділу 4**

Проведене дослідження підтверджує високу ефективність короткострокової програми психологічного втручання для учасників бойових дій. Інтервенція сприяла суттєвому зниженню рівня тривоги, депресії, симптомів посттравматичного стресового розладу та покращенню якості життя. Статистично значущі відмінності між досліджуваною та контрольною

групами свідчать про терапевтичну цінність програми та її потенціал як практичного інструменту для підтримки психічного здоров'я ветеранів.

Водночас обмежена вибірка (n=34) не дозволяє узагальнити результати на ширшу популяцію військовослужбовців, що знижує рівень доказовості отриманих даних. Для наукової обґрунтованості інтервенції та її подальшого впровадження у клінічну практику необхідним є масштабування дослідження. Розширення вибірки дозволить не лише підвищити достовірність результатів, але й виявити додаткові змінні, що впливають на ефективність втручання.

Подальші дослідження із залученням більшої кількості учасників дадуть змогу провести глибший аналіз впливу соціально-демографічних характеристик, бойового досвіду та психопатологічних особливостей на динаміку психічного стану. Це дозволить удосконалити програму з урахуванням індивідуальних потреб різних категорій військовослужбовців, зробити її більш адаптивною та ефективною, а також інтегрувати у систему надання психосоціальної допомоги на національному рівні.

## **ВИСНОВКИ**

На основі проведеного дослідження вдалося визначити ключові соціально-демографічні, клініко-анамнестичні, клініко-психопатологічні та патопсихологічні характеристики учасників бойових дій, що мають значення у контексті їх психічного здоров'я. До проходження реабілітаційної

програми більшість учасників демонстрували високий рівень тривожності, депресивні симптоми та клінічно значущі прояви посттравматичного стресового розладу, що свідчить про значне психоемоційне навантаження, пов'язане з участю у бойових діях. Після втручання ці показники суттєво знизились, що засвідчує ефективність запропонованої програми.

Аналіз динаміки взаємозв'язків між психоемоційними показниками та якістю життя показав, що зниження тривожності, депресії та симптомів ПТСР безпосередньо корелює з покращенням суб'єктивної оцінки якості життя. Це підтверджує необхідність комплексного підходу у реабілітації, де відновлення емоційної стабільності сприяє загальному покращенню добробуту. У досліджуваній групі, на відміну від групи порівняння, відзначено значне зростання частки учасників з високим рівнем якості життя, що є важливим показником ефективності психологічного втручання.

Зібрані дані також дали змогу ідентифікувати основні психосоціальні потреби учасників бойових дій. До таких належать: потреба у стабілізації емоційного стану, відновленні почуття безпеки, поверненні до соціальної активності, а також у доступній і зрозумілій психологічній підтримці, адаптованій до досвіду війни. Значна частина учасників відчувала потребу в індивідуалізованих підходах, що враховують бойовий досвід, травматичні переживання та особисті ресурси.

На основі отриманих результатів доцільним є впровадження короткострокових програм втручання, орієнтованих на стабілізацію емоційного стану, розвиток навичок саморегуляції та підвищення якості життя.

## **СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ**

1. Bezsheiko, V. (2016). Адаптація Шкали для клінічної діагностики ПТСР та опитувальника "Перелік симптомів ПТСР" для української популяції. *Психосоматична медицина та загальна практика*, 1(1), e010108.

2. Blevins C.A., Weathers F.W., Davis M.T. (2017). Postdeployment mental health problems among U.S. veterans: An updated meta-analysis. *Psychological Services*, 20(1), 47–60. <https://doi.org/10.1037/ser0000624>
3. Blevins C.A., Weathers F.W., Davis M.T. (2023). Postdeployment mental health problems among U.S. veterans: An updated meta-analysis. *Psychological Services*, 20(1), 47–60. <https://doi.org/10.1037/ser0000624>
4. Blevins, C. A., Weathers, F. W., Davis, M. T., Witte, T. K., & Domino, J. L. (2015). The Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5 (PCL-5): Development and Initial Psychometric Evaluation. *Journal of traumatic stress*, 28(6), 489–498. <https://doi.org/10.1002/jts.22059>
5. Boles, C. (2025). *Exploring the Lived Experiences of Junior US Air Force Military Members: A Phenomenological Journey of Morale* (Doctoral dissertation, Creighton University).
6. Brancu, M., Wagner, H. R., Morey, R. A., Beckham, J. C., Calhoun, P. S., Tupler, L. A., ... & Fairbank, J. A. (2017). The Post-Deployment Mental Health (PDMH) study and repository: A multi-site study of US Afghanistan and Iraq era veterans. *International journal of methods in psychiatric research*, 26(3), e1570. <https://doi.org/10.1002/mpr.1570>
7. Charlson F.J., van Ommeren M., Flaxman A., Cornett J., Whiteford H.A., Saxena S. (2019). New WHO prevalence estimates of mental disorders in conflict settings: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet*, 394(10194), 240-248. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)30934-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)30934-1)
8. Charlson F.J., van Ommeren M., Flaxman A., Cornett J., Whiteford H.A., Saxena S. (2021). New estimates of mental disorder prevalence in conflict settings: A systematic review and meta-analysis. *The Lancet Psychiatry*, 8(11), 892–900. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(21\)00216-3](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(21)00216-3)
9. Dijkers M.P. (2005). Quality of life of individuals with traumatic spinal cord injury: a review of conceptualization, measurement, and research findings.

*Journal of Rehabilitation Research and Development*, 42(3), 87-110.  
<https://doi.org/10.1682/JRRD.2004.08.0100>

10. EuroQol Research Foundation. (2022). EQ-5D Instruments. Retrieved from <https://euroqol.org/eq-5d-instruments/>

11. Hoge C.W., Auchterlonie J.L., Milliken C.S. (2006). Mental Health Problems, Use of Mental Health Services, and Attrition From Military Service After Returning From Deployment to Iraq or Afghanistan. *JAMA*, 295(9), 1023–1032. <https://doi.org/10.1001/jama.295.9.1023>

12. Kanda, Y. (2012). Investigation of the freely available easy-to-use software ‘EZR’ for medical statistics. *Bone Marrow Transplantation*, 48(3), 452-458. <https://doi.org/10.1038/bmt.2012.244>

13. Kang, H., Fischer, I. C., Vus, V., Kolyshkina, A., Ponomarenko, L., Chobanian, A., ... & Pietrzak, R. H. (2024). Psychological Resilience of Mental Health Workers During the Russia-Ukraine War: Implications for Clinical Interventions. *The Primary Care Companion for CNS Disorders*, 26(5), 57334. <https://www.psychiatrist.com/pcc/psychological-resilience-mental-health-workers-russia-ukraine-war-implications-clinical-interventions/>

14. Kintzle, S., Keeling, M., Xintarianos, E., Taylor-Diggs, K., Munch, C., Hassan, A. M., & Castro, C. A. (2015). Exploring the economic & employment challenges facing us veterans. USC School of Social Work Center for Innovation and Research on Veterans & Military Families. <https://www.researchgate.net/publication/280238737>

15. Klymenko, I. (2024). Psychological state of war victims in ukraine: assessment of stress reactions and psychopathological symptoms. *Baltic Journal of Legal and Social Sciences*, (3), 211-220. <https://doi.org/10.30525/2592-8813-2024-3-22>

16. Kroenke, K., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. (2001). The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *Journal of general internal medicine*, 16(9), 606-613. <https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x>
17. Lushchak, O., Velykodna, M., Bolman, S., Strilbytska, O., Berezovskyi, V., & Storey, K. B. (2024). Prevalence of stress, anxiety, and symptoms of post-traumatic stress disorder among Ukrainians after the first year of Russian invasion: a nationwide cross-sectional study. *The Lancet Regional Health–Europe*, 36. <https://doi.org/10.1016/j.lanepe.2023.100773>
18. Murray C.J.L., Abbafati C., Abbas K.M., et al. (2020). Global burden of 87 risk factors in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis. *The Lancet*, 396(10258), 1223-1249. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30752-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30752-2)
19. P J H Beliveau, D Boulos, M A Zamorski, Contribution of mental and physical disorders to disability in military personnel, *Occupational Medicine*, Volume 68, Issue 5, July 2018, Pages 332–339. <https://doi.org/10.1093/occmed/kqy066>
20. Saxena, S., & Rathore, B. (2025). Adversity quotient as determining factor of mental health and professional quality of life among healthcare professionals: A systematic review. *Annals of Neurosciences*, 32(1), 58-65. <https://doi.org/10.1177/09727531241231055>
21. Sayer N.A., Carlson K.F., Frazier P.A. (2014). Reintegration challenges in US service members and veterans following combat deployment. *Social Issues and Policy Review*, 8(1), 33–73. <https://doi.org/10.1111/sipr.12001>
22. Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. B., & Löwe, B. (2006). A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. *Archives of internal medicine*, 166(10), 1092-1097. <https://doi.org/10.1001/archinte.166.10.1092>

23. Stenberg U., Ruland C.M., Miaskowski C. (2021). Review of quality of life instruments used in palliative care. *Supportive Care in Cancer*, 29(2), 529–545. <https://doi.org/10.1007/s00520-020-05795-2>
24. Stevelink S.A.M., Jones M., Hull L., et al. (2018). Mental health outcomes at the end of the British involvement in the Iraq and Afghanistan conflicts: A cohort study. *The British Journal of Psychiatry*, 217(5), 678–685. <https://doi.org/10.1192/bjp.2018.175>
25. Tkalych, M., Snyadanko, I., Shapovalova, T., Falova, O., & Sokolova, I. (2023). Psychological rehabilitation of combatants in Ukraine from 2014 to 2021: statistics and current status. *Acta Neuropsychologica*, 21, 441-455.
26. Ukrainian Veterans Foundation (2023). Challenges in social adaptation of Ukrainian veterans. Retrieved from <https://veteranfund.com.ua>
27. Ukrainian Veterans Foundation (2023). Challenges in social adaptation of Ukrainian veterans. Retrieved from <https://veteranfund.com.ua>
28. World Health Organization (2023). Ukraine emergency situation report – Health Needs. Retrieved from <https://www.who.int/emergencies/situations/ukraine>
29. World Health Organization Quality of Life Group (WHOQOL Group). (2021). WHOQOL: Measuring Quality of Life. Retrieved from <https://www.who.int/tools/whoqol>
30. World Health Organization. (2018). Health response to the impact of conflict and displacement in Ukraine. Retrieved from: <https://www.who.int>
31. Міністерство охорони здоров'я України (2023). Звіт про стан надання медичної допомоги пораненим військовослужбовцям. Київ: МОЗ України. <https://moz.gov.ua>
32. Міністерство охорони здоров'я України (2024). Оцінка психічного здоров'я військовослужбовців після ротації. Київ: МОЗ України.

33. Чабан О. С. Валідизація "Шкали оцінки якості життя" / О. С. Чабан, О. О. Хаустова, В. Г. Безшейко, О. В. Москаленко // Український вісник психоневрології. - 2017. - Т. 25, вип. 1. - С. 159-160.

## ДОДАТОК А

Прочитайте твердження нижче і оцініть, як часто **протягом останніх двох тижнів** Вас турбували будь-які з перерахованих проблем?

Використовуйте «√» для відповідей.	Ніколи	Декілька днів	Більшу половину часу	Майже щодня
1. Ви нервували, відчували тривогу або були дуже напружені				
2. Ви не могли зупинити або контролювати своє хвилювання				
3. Ви занадто хвилювались через різні речі				
4. Вам було важко розслабитись				
5. Ви були настільки неспокійні, що Вам було важко всидіти на одному місці				
6. Вам було легко дошкулити або роздратувати				
7. Ви відчували страх, неначе щось жахливе може статися				

Сума \_\_\_\_\_

Якщо Ви відзначили будь-які проблеми, то наскільки вони ускладнили для Вас виконання Вашої роботи, домашніх обов'язків, або наскільки ускладнили стосунки з людьми?

Зовсім не важко \_\_\_\_\_ Трохи важко \_\_\_\_\_ Дуже важко \_\_\_\_\_ Надзвичайно важко \_\_\_\_\_

## ДОДАТОК Б

Прочитайте твердження нижче і оцініть, як часто протягом останніх двох тижнів Вас турбували будь-які з перерахованих проблем?

Використовуйте «√» для відповідей.	Ніколи	Декілька днів	Більшу половину часу	Майже щодня
1. Зниження інтересу чи відчуття задоволення від виконаних справ				
2. Поганий настрій, відчуття пригнічення чи безнадії				
3. Труднощі з засинанням, поверхневий сон або, навпаки, надмірна сонливість				
4. Відчуття втоми або зниження енергії				
5. Поганий апетит або переїдання				
6. Негативне відчуття щодо себе – що Ви невдаха або, що Ви підвели себе чи свою родину				
7. Труднощі з концентрацією уваги, наприклад, під час читання газети чи перегляду телевізора				
8. Сповільненість рухів та мовлення, помітна навіть для оточуючих. Або навпаки, надмірна і непритаманна Вам метушливість та активність				
9. Думки, що було б краще, якби Ви померли або думки про те, щоб заподіяти собі шкоду				

Сума \_\_\_\_\_

Якщо Ви відзначили будь-які проблеми, то наскільки вони ускладнили для Вас виконання Вашої роботи, домашніх обов'язків, або наскільки ускладнили стосунки з людьми?

Зовсім не важко \_\_\_\_\_ Трохи важко \_\_\_\_\_ Дуже важко \_\_\_\_\_ Надзвичайно важко \_\_\_\_\_



## ДОДАТОК В

Далі будуть перераховані проблеми з якими інколи стикаються люди, що пережили сильну стресову подію: будь ласка, тримаючи у голові найгіршу подію, уважно прочитай проблеми та відмітьте наскільки вони вас турбувала протягом останнього тижня. Будь ласка, коротко опишіть подію (якщо це викликає сильне занепокоєння, пропустіть цей пункт)

Використовуйте «√» для відповідей. Протягом останнього місяця, як сильно Вас турбували	Зовсім ні	Трохи	Помірно	Відчутно	Дуже
1. Повторювані, хвилюючі та небажані спогади стресового досвіду?					
2. Повторювані, хвилюючі сновидіння про стресовий досвід?					
3. Раптове почуття або події, ніби стресовий досвід знову трапляється?					
4. Почуття засмученості, коли щось нагадує про стресовий досвід?					
5. Сильні фізичні реакції, коли щось нагадувало про стресовий досвід (наприклад, серцебиття, утруднене дихання, потіння)?					
6. Уникання спогадів, думок або почуттів, пов'язаних із стресовим досвідом?					
7. Уникання зовнішніх стимулів (людей, предметів, місць...), які нагадують про стресовий досвід?					
8. Проблеми згадування важливих моментів стресового досвіду?					
9. Сильні негативні переконання про себе, інших людей або навколишній світ (наприклад, «я поганий», «зі мною щось дуже не так», «нікому не можна довіряти», «світ – небезпечне місце»)?					
10. Самозвинувачення або звинувачення інших на рахунок стресового досвіду, або того, що сталося після нього?					

11. Сильні негативні емоції, такі як страх, жах, злість, почуття провини або сором?					
12. Втрата інтересу до тієї активності (діяльності), яка раніше приносила задоволення?					
13. Відчуття віддаленості або відокремленості від інших людей?					
14. Проблеми у переживанні позитивних емоцій (наприклад, незмога у відчутті радості або любові по відношенні до близької людини)					
15. Роздратування, спалахи гніву, агресивна поведінка?					
16. Те, що ви дуже ризикуєте або робите речі, які можуть зашкодити?					
17. Бути «на взводі» або «на сторожі»?					
18. Відчуття постійної напруги?					
19. Труднощі із зосередженістю?					
20. Проблеми із засинанням або нічні прокидання?					

Сума \_\_\_\_\_

## ДОДАТОК Г

Згадайте, будь ласка, ті події, що відбувались із Вами за **останні 30 днів**. Враховуючи їх, наскільки Ви були задоволені наступним із нижчепереліченого. Вкажіть ту кількість балів, яка підходить найбільше (від 0 до 10), **обвівши її**, де:

- 0 – зовсім не задоволений (-а);
- 1-3 – більш незадоволений (-а), ніж задоволений (-а);
- 4-6 – посередньо;
- 7-9 – більш задоволений (-а), ніж не задоволений (-а);
- 10 – надзвичайно задоволений (-а).

1. Своїм фізичним станом?

0      1      2      3      4      5      6      7      8      9      10

2. Настроєм?

0      1      2      3      4      5      6      7      8      9      10

3. Проведенням вільного часу?

0      1      2      3      4      5      6      7      8      9      10

4. Любов'ю, сексуальною активністю?

0      1      2      3      4      5      6      7      8      9      10

5. Повсякденною активністю (хобі, робота по дому та ін.)?

0      1      2      3      4      5      6      7      8      9      10

6. Соціальною активністю (спілкування з рідними, друзями)?

0      1      2      3      4      5      6      7      8      9      10

7. Фінансовим благополуччям?

0      1      2      3      4      5      6      7      8      9      10

8. Умовами проживання?

0      1      2      3      4      5      6      7      8      9      10

9. Роботою, навчанням, іншою зайнятістю?

0      1      2      3      4      5      6      7      8      9      10

10. Загальний рівень задоволеності життям?

0      1      2      3      4      5      6      7      8      9      10

Сума \_\_\_\_\_