

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ  
НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ О.О.  
БОГОМОЛЬЦЯ**

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

**КВАЛІФІКАЦІЙНА ВИПУСКНА РОБОТА**

на тему:

**«ОЦІНКА ВТОМИ ТА ВТОМЛЮВАНOSTІ УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ  
ДІЙ, ЯКІ ПРОХОДЯТЬ РЕАБІЛІТАЦІЮ»**

Виконав: Здобувач вищої освіти 6 курсу, групи  
9902, напрямку підготовки 225 Медична  
психологія ННПЗ  
Шкаровецька Анастасія Дмитрівна

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

Рецензент: д.наук з держ упр., проф.  
Рожкова Інга Володимирівна

**Київ – 2025 рік**

## ЗМІСТ

<b>ВСТУП.....</b>	<b>4</b>
<b>РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ ВИВЧЕННЯ ВТОМИ ТА ВТОМЛЮВАНОСТІ УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ.....</b>	<b>9</b>
1.1 Поняття втоми та втомлюваності у психологічній науці.....	9
1.2 Причини виникнення втоми в учасників бойових дій.....	18
1.3 Психологічні та фізіологічні механізми втоми.....	30
Висновки до розділу 1.....	40
<b>РОЗДІЛ 2. ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ДИЗАЙНУ, ВИБІРКИ І МЕТОДІВ ДОСЛІДЖЕННЯ.....</b>	<b>42</b>
2.1 Дизайн дослідження та етапи його організації.....	42
2.2 Характеристики вибірки.....	45
2.3 Методи дослідження.....	49
Висновки до розділу 2.....	55
<b>РОЗДІЛ 3 ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ОЦІНКИ ВТОМИ ТА ВТОМЛЮВАНОСТІ УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ У РЕАБІЛІТАЦІЙНОМУ ПРОЦЕСІ .....</b>	<b>57</b>
3.1. Критерії, показники та рівні втоми та втомлюваності в учасників бойових дій.....	57
3.2 Діагностика рівнів прояву втоми та втомлюваності в учасників бойових дій, які проходять реабілітацію.....	61
3.3. Система роботи з подолання втоми та втомлюваності у військовослужбовців за допомогою технік тілесно-орієнтованої терапії.....	74
Висновки до розділу 3.....	89
<b>ВИСНОВКИ.....</b>	<b>91</b>
<b>СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ.....</b>	<b>96</b>
<b>ДОДАТКИ.....</b>	<b>105</b>

## ВСТУП

**Актуальність теми.** Російсько-українська війна, що триває з 2014 року, призвела до появи надзвичайно великої кількості ветеранів та військовослужбовців, які потребують медико-психологічної реабілітації. Станом на серпень 2023 року в Єдиному державному реєстрі України зафіксовано понад 908 тисяч ветеранів бойових дій, переважна більшість з яких брали участь у бойових діях останніх років [34]. Така масова демобілізація захисників супроводжується зростанням випадків психофізичних проблем, серед яких особливе місце посідають хронічна втома та астеничний синдром (патологічна виснажливність).

Хронічна втома і підвищена втомлюваність є частими наслідками тривалого бойового стресу та фізичних навантажень. Астеничний синдром розуміється як стан, за якого людина відчуває постійну виснажливу втому протягом тривалого часу, що супроводжується дратівливістю, емоційною нестабільністю та зниженням продуктивності психічних процесів [1, с. 26]. За даними зарубіжних досліджень, ненормальна (патологічна) втомлюваність є одним з найбільш поширених і виснажливих симптомів, які спостерігаються у ветеранів воєнних конфліктів [59; 61; 62]. Зокрема, ветерани, які пережили бойовий стрес, значно частіше страждають на синдром втоми (СХВ), ніж населення, яке не мало бойового досвіду. Доведено, що наявність посттравматичного стресового розладу (ПТСР) тісно пов'язана з вираженою втомою та погіршенням якості життя ветеранів [61].

Проблема діагностики та корекції втоми у учасників бойових дій наразі є надзвичайно актуальною для системи охорони здоров'я України. Незважаючи на значну поширеність цього явища, в існуючій практиці реабілітації основна увага часто приділяється лікуванню фізичних травм та ПТСР, тоді як синдром втоми та виснаження може залишатися недодіагностованим.

В умовах війни багато військових і ветеранів також переживають емоційне вигорання, яке характеризується емоційним виснаженням, втратою

мотивації та постійною втомою. Тому комплексна оцінка рівня втоми та втомлюваності під час реабілітації є важливою передумовою для ефективної допомоги цій категорії пацієнтів.

Актуальність даного дослідження зумовлена необхідністю розробки науково обґрунтованих підходів до оцінки та подолання втоми у ветеранів. Отримані результати сприятимуть вдосконаленню програм психолого-медичної реабілітації учасників бойових дій, покращенню їхньої працездатності, психічного благополуччя та якості життя. Дослідження має важливе значення для розвитку галузі охорони здоров'я, адже дозволяє заповнити існуючу прогалину в знаннях про астеничні стани у військовослужбовців та обґрунтувати заходи для їх корекції.

**Мета дослідження** полягає у комплексній оцінці рівнів втоми та втомлюваності (астеничного синдрому) у учасників бойових дій, які проходять реабілітацію, та у визначенні оптимальних шляхів психокорекції для зниження їх негативного впливу на психофізичний стан військовослужбовців.

Для реалізації мети дослідження було визначено такі завдання:

1. Проаналізувати сучасні наукові джерела з проблеми втоми і втомлюваності у військовослужбовців.
2. Обґрунтувати причини виникнення втоми в учасників бойових дій.
3. Розглянути психологічні та фізіологічні механізми втоми.
4. Розробити програму емпіричного дослідження та здійснити оцінку рівнів хронічної втоми, астенії, емоційного стану (депресивності/тривожності) та емоційного вигорання в учасників бойових дій під час проходження ними реабілітації.
5. Запропонувати систему роботи з подолання втоми та втомлюваності у військовослужбовців, які проходять реабілітацію.

**Об'єкт дослідження** – втома та втомлюваність учасників бойових дій, які проходять реабілітацію.

**Предмет дослідження** – особливості прояву та оцінювання втоми і втомлюваності в учасників бойових дій, які проходять реабілітацію.

**Методи дослідження.** Для організації та проведення дослідження ми використовували комплекс методів дослідження, а саме:

- **теоретичні методи:** аналіз, порівняння, синтез та систематизація наукової літератури з проблеми втоми, астеничних станів та реабілітації учасників бойових дій, що дозволило сформулювати концептуальну основу дослідження.

- **емпіричні методи:** психодіагностичні опитувальники та тести, а саме:

- *Шкала астеничного стану Л.Д. Малкової* – для експрес-діагностики рівня астенії (хронічної втоми);

- *Опитувальник для оцінки хронічної втоми* – для кількісного вимірювання суб'єктивного рівня втомлюваності;

- *Опитувальник SF-36* (короткий опитувальник загального здоров'я) – для оцінки якості життя, зокрема компонента життєвої активності та енергії (втоми);

- *Шкала депресії Цунга (Zung Self-Rating Depression Scale)* – для оцінки рівня депресивних проявів, що можуть супроводжувати астеничний стан;

- *Методика діагностики емоційного вигорання* – для виявлення ступеня емоційного виснаження та професійного вигорання у військовослужбовців.

- **статистичні методи:** методи описової статистики (обчислення середніх значень, частот, відсотків, стандартних відхилень тощо) для узагальнення отриманих даних; побудова таблиць і діаграм для наочної візуалізації результатів; при необхідності – використання кореляційного аналізу та критеріїв статистичної значущості для перевірки гіпотез дослідження.

**Експериментальна база дослідження.**

Емпірична частина дослідження проводилася на базі Центру психологічної реабілітації ветеранів «Фенікс» у м. Києві. Дослідження тривало з грудня 2024 року по березень 2025 року. У ньому взяли участь 72 учасники бойових дій – ветерани війни (60 чоловіків та 12 жінок) віком від 30 до 55 років. Усі учасники на момент дослідження проходили комплексну медико-психологічну реабілітацію після повернення із зони бойових дій. Зазначена вибірка забезпечує достатню можливість для вивчення проявів втоми в умовах реабілітації та враховує як досвід довготривалої служби, так і гендерний аспект.

Наукова новизна дослідження полягає в тому, що

вперше в Україні проведено комплексне вивчення проявів втоми та астеничного синдрому саме у ветеранів сучасної війни під час їх реабілітації. Отримано нові дані про поширеність та інтенсивність астенії у військовослужбовців з багаторічним бойовим досвідом: виявлено, що значна частка ветеранів (понад половину вибірки) має ознаки помірної та вираженої втоми.

- встановлено взаємозв'язок між високим рівнем втомлюваності та наявністю психоемоційних порушень (таких як депресивні симптоми за шкалою Цунга, прояви емоційного вигорання): ветерани з вищими показниками астенії демонстрували і вищий рівень емоційного виснаження. Дослідження розширює наукові уявлення про психічне здоров'я учасників бойових дій, доповнюючи їх новими відомостями про астеничні стани та їхній вплив на успішність реабілітації.

**Практичне значення одержаних результатів** .Отримані результати мають значне прикладне значення для системи охорони здоров'я та практичної психології. По-перше, вони можуть бути використані при розробці програм психологічної корекції та відновлювального лікування для ветеранів з ознаками втоми та емоційного вигорання. Зокрема, на основі даних дослідження можуть бути складені рекомендації для психологів реабілітаційних центрів щодо виявлення астеничного синдрому на ранніх

етапах реабілітації та цілеспрямованої роботи з його проявами (тренінги з управління стресом і енергією, техніки релаксації, поступове залучення до фізичних активностей тощо). По-друге, матеріали дослідження можуть бути впроваджені у навчальні програми підготовки військових психологів та психотерапевтів, які працюють з учасниками бойових дій.

## **РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ ВИВЧЕННЯ ВТОМИ ТА ВТОМЛЮВАНОСТІ УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ**

## 1.1 Поняття втоми та втомлюваності у психологічній науці

Розвиток цивілізації впливає на стан людини, змушуючи її пристосовуватися до зміненого ритму життя, розширених комунікаційних можливостей, екологічних викликів, урбанізованих просторів та технологічних нововведень. Ці аспекти є ключовими чинниками у формуванні так званих «хвороб цивілізації», до яких відносяться хронічний стрес, функціональні порушення, неврологічні розлади, а також проблеми фізичного та психічного здоров'я. Наукові дослідження підтверджують, що негативні наслідки соціальних змін істотно впливають на якість життя особи, зумовлюючи необхідність розроблення ефективних методик мінімізації та подолання «хвороб цивілізації».

У сучасному світі від кожної людини очікується підвищена продуктивність, що, в свою чергу, призводить до високої ціни за бажання бути визнаним та знайти власне місце у соціумі. Результатом такого тиску стає постійна втома, недостатність відпочинку та моральне виснаження.

З часом особи усвідомлюють власну втому та внутрішню порожнечу, але часто не можуть визначити конкретні причини свого стану або знайти дієві стратегії для його подолання. Хоча людський організм має внутрішні механізми гомеостазу для збереження рівноваги, суспільні умови часто «відключають» ці механізми, нав'язуючи стандарти та цінності, які суперечать природній гармонії індивіда. Цей дисонанс між вродженими біологічними потребами людини та нав'язаними соціальними нормами стає основною причиною хронічної внутрішньої напруги, яка негативно позначається на здоров'ї, сприяючи розвитку хронічного стресу як однієї з головних «хвороб цивілізації».

Довготривала професійна активність та інтенсивний обсяг робочих обов'язків часто призводять до виникнення патологічних станів, які впливають із психоемоційного перевантаження та людського чинника. Одним із розповсюджених наслідків такої ситуації є втома, яка є природньою

відповіддю організму на надлишок навантажень і може серйозно підірвати працездатність у гострій формі.

Згідно з концепцією В.А. Бодрова, втома аналізується не тільки як функціональний стан організму, що настає внаслідок інтенсивних чи тривалих навантажень, але і як тимчасове порушення психічних та фізіологічних функцій, спричинене дією таких навантажень. Таким чином, втома розглядається як комплексне явище, що включає зміни в фізіологічній та психічній сферах індивідуума [10, с. 89].

При продовженні впливу високих навантажень і відсутності можливостей для адекватного відновлення, стан втоми може переходити в стадію перевтоми. М. Гінзбург відзначає, що втома є природною реакцією організму на навантаження і виступає важливим індикатором потреби у відновленні та відпочинку [11, с. 23]. Зазвичай, належний відпочинок і сон мають знімати симптоми втоми, однак у деяких випадках цей стан може супроводжуватися виснаженням і проблемами зі сном.

У сучасній науковій парадигмі втома визначається як транзиторий розлад функцій психофізіології людини, викликаний дією множинних стресових факторів на протязі певного періоду часу. Генеза втоми має поліетіологічний характер, залежно від переважання різних типів навантажень, таких як фізичні, психічні, інтелектуальні або сексуальні. У психологічній літературі, втома категоризується за її локалізацією та характером, включаючи фізичну, розумову, емоційну, змішану, генералізовану, локальну, м'язову, зорову, слухову та інтелектуальну (творчу) втому [18, с. 13]. Ця система класифікації ілюструє комплексність і багатогранність феномену втоми як об'єкта наукових досліджень у сфері психології.

Згідно з прийнятою в науковій спільноті класифікацією, втома поділяється на такі форми, як гостра, хронічна, втомлюваність та перевтома. Сучасна система типологізації втоми базується на аналізі трьох основних груп детермінант: 1) етіологічні чинники, що запускають механізми розвитку

втоми; 2) симптомокомплекс, через який втома проявляється на клінічному рівні; 3) параметри відновлення працездатності після періодів втоми [17, с. 177]. Вказана класифікація сприяє валідації типологічних моделей втоми в рамках наукових досліджень та обрання ефективних корекційних стратегій у практичній площині.

Таблиця 1.1. Класифікація типів втоми за психофізіологічними характеристиками

Категорія / Стани	Компенсована втома	Гостра втома	Хронічна втома	Перевтома
Етіологія (робоче навантаження)	Короткотривала, середньої інтенсивності	Короткотривала, високої інтенсивності	Довготривала, високої інтенсивності	Довготривала, екстремальної інтенсивності
Симптоматика: продуктивність	Відсутність порушень	Мінімальні порушення продуктивності	Явні порушення продуктивності	Критичні порушення, часті помилки
Суб'єктивні відчуття	Відчуття втоми після завершення роботи	Втома після виконання завдань	Неперервна втома, зниження енергії	Постійна втома, сильна апатія, розлади сну
Об'єктивні ознаки	Легкі вегетативні зміни	Порушення сенсорних та вегетативних функцій	Тривалі порушення сенсорних та вегетативних систем	Глибокі порушення функцій, зміни психічного стану
Рекомендації щодо відновлення	Короткий період відновлення	Вимога до подовженого відпочинку	Необхідність у комплексному лікуванні	Комплексні медичні втручання та довготривала терапія

У академічних дослідженнях широко використовується дихотомічний поділ втоми на два основні типи: природну (фізичну) і психологічну (неврологічну). Така двоїста класифікація сприяє чіткому розмежуванню фізіологічних симптомів втоми, які виникають внаслідок інтенсивної фізичної активності або навантажень, від тих, що асоціюються з порушеннями у функціонуванні нервової системи.

Ця методологічна роздільність між природною та психологічною втомою має ключове значення для наукового розуміння цього явища, оскільки дозволяє виділити адаптивні реакції організму від патологічних станів, які

вимагають спеціалізованих втручань. Таким чином, зазначена бінарна класифікація є фундаментальною для теоретичного аналізу та дослідження феномену втоми в рамках наукової парадигми.



Рис. 1.1 Види втоми

У сучасному розумінні провідним фактором, що впливає на виникнення втоми, визнано довготривалий вплив інтенсивних психоемоційних навантажень. На противагу фізичній втомі, яка виникає внаслідок значних енергетичних витрат під час фізичних зусиль, психологічне стомлення спричинене дією тривалого стресу [8, с. 123]. Основні симптоми психологічної втоми включають емоційне виснаження, байдужість, скорочення вкладених зусиль, втрату почуття гумору та нездатність до адекватного відпочинку. Відрізняючись від фізичної втоми, психологічна втома характеризується відчуттями занепокоєння та дезорієнтації, що пов'язані з активною розумовою діяльністю та інформаційним перевантаженням. Ключовими причинами психологічного стомлення є тривала інтенсивна робота та додаткові стрес-фактори у середовищі [19, с.25].

Згідно з результатами емпіричних досліджень, до ризик-факторів, які сприяють розвитку стомлення, відносять: десинхронізація життєвих ритмів, тривалу відсутність особи на робочому місці, що веде до професійної дезадаптації, резидуальні патологічні зміни після хвороб, які знижують функціональні резерви організму, недостатність фізичного розвитку, наявність шкідливих звичок, а також низький рівень фізичної підготовленості [15, с.15].

Дослідження показують, що особи з холеричним темпераментом ефективно протистоять втомі за допомогою соціальної взаємодії та сну, зазвичай віддаючи перевагу активному відпочинку на природі, хоча лише для половини з них такий відпочинок забезпечує повне відновлення після вихідних [16, с. 33-35]. Тому для холериків рекомендується планувати активні види дозвілля, включно з подорожами та екстремальними видами спорту.

Емпіричні дослідження демонструють, що індивіди з сангвінічним темпераментом зазвичай протистоять втомі за допомогою соціальної інтеракції, якісного сну та контакту з тваринами. Сангвініки, які від природи схильні до частих змін інтересів, у вільний час занурюються у свої хобі, демонструючи при цьому високий рівень адаптивності під час відпочинку, зокрема у відпустці. В контрасті, флегматики переважно подолають втому за допомогою фармакологічних засобів та сну, прагнучи до самотності під час відпочинку на природі через менш виражену потребу в соціальних контактах. Меланхоліки знаходять відновлення в активному дозвіллі та сні, однак ступінь їхнього відновлення часто залишається недостатнім [28, с. 72].

За даними досліджень, особи з меланхолійним темпераментом часто зазнають високого рівня емоційного виснаження у порівнянні з іншими типами, маючи підвищену потребу у самотності для регенерації після соціальних взаємодій. В останні десятиліття фіксується зростання втоми, яка може прогресувати до станів перевтоми та переходити у хронічну форму [55]. Через розмаїтість проявів цього синдрому він часто діагностується як соматичне або психічне захворювання. Наукові спостереження показують, що

близько 75% пацієнтів із хронічною втомою — це особи, зайняті в інтенсивних професіях, що пояснюється впливом хронічного стресу та високим рівнем відповідальності [43].

Згідно з останніми даними Національного інституту охорони праці США, глобальна поширеність хронічної втоми оцінюється у понад 40 мільйонів осіб, що вказує на її статус одного з найбільш поширених захворювань у сучасному світі з тенденцією до зростання (Національний інститут охорони праці США, 2019) [76]. В розвинених країнах хронічна втома діагностується приблизно у 20% населення, особливо серед професіоналів, які займаються обробкою великих обсягів інформації та ведуть інтенсивну комунікацію (ВООЗ, 2017). Цей синдром може виникати у будь-якого індивіда, незалежно від соціального статусу чи матеріального добробуту, і часто асоціюється з перенавантаженнями, високою працездатністю та негативними соціально-економічними чи екологічними умовами [53].

Назви синдрому хронічної втоми часто відображають можливі причини його появи: «поствірусна втома», «втома при імунній дисфункції», «втома домогосподарок», «синдром військовослужбовця», «понеділкова втома», «втома менеджерів», «міська втома», «екологічна втома», відображаючи різні біологічні, психологічні та професійні аспекти [6, с. 140]. Вчені вказують, що хронічна втома розвивається як реакція на тривалий стрес, який виснажує адаптаційні ресурси нервової системи.

Сучасні наукові підходи розглядають етіологію синдрому хронічної втоми як поліфакторний процес, в якому значну роль відіграють як фізіологічні порушення, так і психологічні чинники, а також вплив соціально-економічних умов [8, с.23]. Цей комплексний багатовимірний феномен став предметом різних теоретичних розробок у психології, де розглядаються різноманітні теоретичні моделі, що визначають взаємодію біологічних, психологічних і соціальних факторів.

Поняття «втомлюваність» (англ. *fatigability*) у науковій літературі використовується для опису схильності індивіда до настання втоми, тобто

*наскільки швидко і за яких умов виникає втома.* Це поняття є багатовимірним і досліджується різними галузями психології та медицини – клінічною, військовою, когнітивною психологією та ін. Існують деякі розбіжності у визначеннях, проте загалом втомлюваність розглядають як характеристику, що відображає темп зниження працездатності. Згідно з сучасними підходами, втомлюваність можна розглядати як об'єктивний компонент синдрому втоми [73]. Іншими словами, якщо сама втома – це суб'єктивне відчуття виснаження (симптом, який людина відчуває), то втомлюваність – це схильність до падіння продуктивності, яку можна виміряти об'єктивно (через погіршення виконання завдань з часом) [73]. Наприклад, в когнітивних тестах втомлюваність проявиться як прогресуюче зменшення кількості правильних відповідей або уповільнення реакцій протягом тестування.

У клінічній психології та медицині поняття втомлюваності часто обговорюється у контексті різних захворювань і розладів. Підвищена втомлюваність є симптомом багатьох станів – від синдромів хронічної втоми до депресії [5]. В клінічній літературі часто використовується термін «астенія», що означає патологічну фізичну і психічну слабкість, схильність до швидкого виснаження. Власне, астенічний синдром характеризується тим, що людина відчуває втому надто швидко навіть за помірних навантажень, і відпочинок не дає повного відновлення сил [23, с. 40]. Така підвищена втомлюваність може бути наслідком як соматичних хвороб (наприклад, після вірусних інфекцій, при анемії), так і психічних (тривога, депресія, постстресові стани). У клінічній психології важливо кількісно оцінити рівень втомлюваності пацієнта – для цього розроблені опитувальники (Multidimensional Fatigue Inventory, Fatigue Severity Scale тощо), де людина оцінює, наскільки легко вона втомлюється. Таким чином, з клінічної точки зору втомлюваність – це цінний показник, що дозволяє зрозуміти, наскільки сильно втому відчуває і як швидко вона виникає у пацієнта. У випадку ветеранів бойових дій, наприклад, вимір рівня втомлюваності може допомогти виявити астенічні прояви ПТСР чи наслідки черепно-мозкових травм.

В когнітивній сфері втомлюваність вивчається як зниження ефективності когнітивних процесів з часом. Існує поняття «когнітивна втома» та близьке до нього «когнітивна втомлюваність». Одне з сучасних визначень: «когнітивна втомлюваність – це погіршення виконання когнітивного завдання, яке відбувається внаслідок тривалого розумового зусилля» [73]. Тобто якщо людина протягом довгого часу виконує складне мисленнєве завдання, її результативність поступово падає – цей феномен і є проявом втомлюваності. Дослідження з нейропсихології показують, що когнітивна втомлюваність є вимірюваною: наприклад, у пацієнтів із розсіяним склерозом зафіксовано статистично значуще зменшення кількості правильних відповідей у тесті символів протягом кількох хвилин безперервної роботи, що підтверджує наявність у них високої втомлюваності порівняно зі здоровими людьми [72, с. 381]. В когнітивній психології також використовують термін «его-виснаження» (ego depletion) – зменшення ментальної енергії, коли довго доводиться підтримувати самоконтроль чи увагу. Цей ефект в соціальній психології фактично ідентичний поняттю когнітивної втомлюваності [69]. Таким чином, у когнітивній сфері втомлюваність трактується як особливість нервової системи, що не дозволяє нескінченно довго підтримувати високий рівень розумової діяльності. Вимірювання когнітивної втомлюваності (через тести на уважність, швидкість реакції до і після навантаження) є важливим, зокрема, для військових: вони показують, наскільки довго борець може надійно контролювати прилади чи приймати рішення без перерви.

У військово-психологічному контексті поняття втомлюваності з'являється при оцінці надійності та витривалості солдата. Традиційно військова психологія фокусувалася на феномені «бойової втоми», описаному раніше, але сучасні дослідження дедалі більше цікавляться перформативною втомлюваністю – тобто, як швидко погіршується бойова ефективність в умовах стресу та навантажень. Визнається, що схильність до втоми має індивідуальні варіації: деякі військові довше зберігають продуктивність, інші швидше виснажуються. Це зумовило впровадження у практику оцінки

психофізіологічних показників витривалості при відборі та тренуваннях (наприклад, тести на тривале підтримання уваги, марш-кидки на витривалість). На рівні визначень, можна сказати, що у військовій сфері втомлюваність – це *міра того, як швидко бойовий стрес і навантаження призводять до спаду працездатності бійця*. Шерон В. (2010) зазначає, що певні фактори, як-от множинні бойові відрядження, ПТСР і травми голови, підвищують сприйнятливність до станів втоми у військових [74, с. 438-441]. Це вказує на те, що втомлюваність може розглядатися як характеристика, яка погіршується під впливом накопиченого бойового досвіду. З іншого боку, в армії намагаються розробити способи зменшити втомлюваність, наприклад, тренування витривалості, психотренінги стресостійкості, оптимізація розкладу роботи – все це спрямовано на те, щоб солдати повільніше втомлювалися і довше лишалися ефективними.

В сучасній науці є спроби уніфікувати термінологію втоми та втомлюваності. Пропонується, зокрема, таке узагальнене визначення: «Втомлюваність – це зниження показників виконання роботи відносно вихідного рівня за певний час виконання завдання» [69]. Це визначення акцентує на тому, що для наявності втомлюваності повинна спостерігатися динаміка погіршення (наприклад, що довше триває робота – то гірше результати). Якщо ж продуктивність залишається стало високою, то, формально, втомлюваність відсутня. Важливо також, що втомлюваність може стосуватися різних сфер – говорять про фізичну, когнітивну, емоційну втомлюваність залежно від того, у якій сфері відбувається зниження показників [47, с. 142]. Для військових усі ці аспекти є актуальними, тому дослідження втомлюваності бійців носить міждисциплінарний характер. У підсумку, розуміння втомлюваності як наукового поняття допомагає більш точно описати стан військовослужбовців і розробити методи запобігання патологічній, надмірній втомі. Це дозволить зберегти здоров'я та боєздатність військових як під час служби, так і в процесі повернення до мирного життя.

## 1.2 Причини виникнення втоми в учасників бойових дій

Втома у військовослужбовців, які беруть участь у бойових діях, є комплексним явищем, що охоплює фізичне виснаження, психологічне напруження та когнітивне перевантаження. Учасники бойових дій часто зіштовхуються з екстремальними умовами служби – тривалими маршами, нестачею сну, підвищеним рівнем стресу, які разом призводять до розвитку різних видів втоми. В контексті медичної психології актуальним є аналіз причин виникнення фізичної, психологічної та когнітивної втоми у військових, а також вивчення біопсихосоціальних чинників втомлюваності, тобто схильності до швидкого виснаження. Важливо також визначити, як сучасна наука трактує поняття «втомлюваність» у клінічній, військовій та когнітивній психології. Нижче наведено огляд основних причин і чинників, що зумовлюють втому у бійців під час і після бойових дій, а також сучасні наукові підходи до розуміння втомлюваності, із посиланнями на авторитетні джерела.

У бойових умовах військові зазнають надзвичайних фізичних навантажень, що перевищують звичні межі. Інтенсивне м'язове напруження протягом тривалого часу без належного відпочинку призводить до поступового зниження фізичної працездатності і появи відчуття виснаження [4]. Втома, що виникає під впливом надмірної роботи, проявляється у зменшенні кількісних і якісних показників діяльності та порушенні координації рухів. Згідно з військово-фізіологічними дослідженнями, основними чинниками фізичної втоми на полі бою є поєднання декількох стресорів: тривале важке фізичне навантаження, обмежений доступ до їжі (дефіцит калорій), нестача сну та відпочинку, що поєднуються з бойовим стресом [74, с. 440]. Сукупна дія важкого фізичного напруження, браку енергії (калорій) і депривації сну на фоні бойових навантажень веде до вираженої фізичної втоми, яка значно знижує ефективність роботи військовослужбовця [74].

Хронічне недосипання є чи не найважливішим фактором фізичного виснаження у військових. В умовах нічних чергувань, бойових виходів у будь-яку пору доби та загального порушення циркадного ритму, організм не встигає відновитися. Постійне переривання сну призводить до стану перевтоми: накопичується загальна слабкість, м'язова втома, знижується здатність підтримувати пильність [41, с. 29]. Дослідження, проведені на військовослужбовцях, показують, що навіть одна ніч без сну в поєднанні з фізичною активністю помітно знижує рівень бадьорості та фізичної готовності бійця наступного дня [50; 64].

Нестача сну та відпочинку не лише безпосередньо викликає втому, але й погіршує здатність м'язів відновлювати енергію, сприяє накопиченню метаболічних продуктів, що разом веде до швидшого настання виснаження при подальших навантаженнях.

Крім того, фізична втома підсилюється екстремальними умовами, в яких перебувають учасники бойових дій. Висока або низька температура, вологість, недостатнє забезпечення водою призводять до зневоднення та розладів терморегуляції, збільшуючи навантаження на організм. Наприклад, марш-кидки в повному спорядженні під палючим сонцем чи в мороз спричиняють швидку втрату сил. Нерегулярне харчування і відсутність достатнього пиття ведуть до енергетичного голодування м'язів та порушення електролітного балансу, що погіршує м'язову витривалість. Сукупність цих факторів – екстремальних погодних умов, відсутності нормального сну та харчування – формує картину фізичного виснаження, добре відому військовим медикам та психологам [41]. У стані перевтоми, викликаному такими чинниками, організм військовослужбовця може тимчасово втратити здатність ефективно діяти.

З фізіологічної точки зору, втома має як периферичні (м'язові), так і центральні (нервово-системні) компоненти. Довгий час вважалося, що головною причиною м'язової втоми є накопичення молочної кислоти у м'язах, однак сучасні дані свідчать, що центральна нервова система відіграє вирішальну роль у виникненні відчуття втоми [4]. Під час бойових дій нервова

система отримує безперервний потік сигналів про втому м'язів, біль, а також про стресові фактори. У відповідь мозок може знижувати «команду» на подальшу активність, викликаючи суб'єктивне відчуття виснаження, аби запобігти небезпечному перевантаженню. Таким чином, фізична втома у військового є результатом комплексної відповіді організму: периферичні м'язові зміни (виснаження енергетичних ресурсів, мікротравми м'язів) поєднуються з центральним пригніченням активності, що разом зменшує фізичну продуктивність бійця.

Психологічна (емоційна) втома у військових виникає внаслідок тривалого впливу бойового стресу та екстремальних переживань. Термін «бойова втома» (combat fatigue) історично позначає гострий психологічний розлад у відповідь на травми війни. Бойовий стрес – це нормальна реакція психіки на небезпеку та надмірну емоційну напругу, і він може призвести до симптомів виснаження нервової системи [41]. Характерні прояви такого стану: відчуття спустошення, підвищена дратівливість, уповільнення реакцій, ніби «затуманена» свідомість, труднощі з концентрацією уваги і пригнічення пам'яті [41, с. 30]. У розпал бою борець може відчувати притуплення емоцій та байдужість, або навпаки – паніку та дезорганізацію поведінки. Усі ці прояви зменшують ефективність виконання бойових завдань [41, с. 80]. Такий стан гострого стресового виснаження зазвичай короткочасний, але він сигналізує про критичне перенапруження психіки військового. Бойова втома може розвинутися не лише у солдат на передовій, а й у медичного персоналу, рятувальників чи волонтерів в зоні бойових дій – усіх, хто зазнає інтенсивного стресового впливу.

Якщо вплив бойових стресорів тривалий і повторюваний (наприклад, при багатьох ротаціях у зону бойових дій), психіка військовослужбовця піддається хронічному стресу. Постійне перебування в стані бойової готовності, відчуття небезпеки для життя, спостереження втрат товаришів – усе це виснажує емоційні ресурси особистості. Розвивається явище, схоже на емоційне вигорання: зниження здатності переживати радість чи смуток, втрата

мотивації, апатія, відчуття постійної втоми. Військові психологи відзначають, що страх може мати двоякий вплив: помірний страх мобілізує (через викид адреналіну підсилюється реакція, зростає витривалість), тоді як надмірний страх діє руйнівню, паралізує волю та виснажує нервову систему [26; 27]. Таким чином, тривалий надмірний страх і напруга призводять до психічного виснаження, коли військовий відчуває себе емоційно «спустошеним». Це стан, за якого навіть за відсутності фізичної роботи людина відчувається вкрай стомленою – внаслідок нервово-психічного перенапруження.

Після завершення бойових дій частина ветеранів стикається з посттравматичним стресовим розладом (ПТСР) та іншими психологічними проблемами, які теж супроводжуються високою втомлюваністю. ПТСР характеризується постійною тривогою, нав'язливими спогадами про травматичні події, порушеннями сну (нічні кошмари, безсоння) та підвищеною збудливістю нервової системи. Безсоння і поганий сон у ветеранів з ПТСР призводять до хронічної денної втоми та низького рівня енергії [70]. Дослідження відзначають, що серед фізичних симптомів ПТСР у ветеранів часто фігурують постійна втома і виснаження, які суттєво погіршують якість життя. Зокрема, ветерани з ПТСР часто скаржаться на брак сил, швидке виснаження при виконанні повсякденних справ, утруднення концентрації уваги та емоційну оніміння [70]. Хоча ПТСР є психіатричним діагнозом, його соматичні прояви (втома, порушення сну, головні болі) значною мірою впливають на загальне самопочуття. Іншим наслідком бойового травматичного досвіду може бути астеничний синдром (або неврастенія) – нервово-психічна слабкість, що проявляється підвищеною втомлюваністю та дратівливістю. Такий синдром нерідко спостерігається у військових після тривалих бойових ротацій і по суті відображає виснаження адаптаційних резервів психіки.

Психологічна втома тісно пов'язана зі зниженням мотивації та бойового духу військовослужбовців. Коли боєць перебуває у стані емоційного виснаження, йому важче підтримувати високу відданість завданню, проявляти

ініціативу та сміливість. Втомлений психологічно солдат може втрачати віру в успіх, відчувати байдужість або фаталізм. Соціально-психологічні дослідження в армії показують, що накопичена втома (як фізична, так і моральна) може стати причиною погіршення дисципліни, збільшення кількості помилок у бою, зниження рівня кооперації в підрозділі. Тому командири намагаються запобігати надмірному виснаженню підлеглих шляхом ротації, надання відпочинку, психологічної підтримки. Висока психологічна втома без втручання може переходити у клінічні стани депресії чи тривожного розладу, що вимагають фахової допомоги.

Когнітивна втома – це різновид психічної втоми, який проявляється у погіршенні розумової працездатності, уваги, швидкості мислення. У бойових умовах солдати повинні обробляти величезні обсяги інформації: стежити за обстановкою, координувати дії з товаришами, приймати швидкі рішення під тиском часу і небезпеки. Така інтенсивна розумова робота в екстремальних умовах призводить до виснаження когнітивних ресурсів мозку. Довготривале підтримання високого рівня пильності неминуче викликає спад концентрації уваги і збільшення кількості помилок. Наприклад, після кількох годин безперервного чергування спостерігається уповільнення реакції на зовнішні стимули, труднощі з обробкою нової інформації – класичні ознаки когнітивної втоми [41]. Емпіричні дослідження, проведені серед військовослужбовців під час виконання навчально-бойових завдань, засвідчили, що пролонговане когнітивне навантаження (зокрема, тривале спостереження за радаром або несення чергування на посту) спричиняє поступове зниження концентрації уваги. Такий ефект може проявлятися у вигляді несвоєчасного реагування або пропуску важливих сигналів, особливо за умови тривалого виконання завдань без достатніх перерв на відновлення [64, с. 12]. Це явище відоме як погіршення пильності або когнітивне виснаження.

Когнітивна ефективність тісно пов'язана із загальним фізичним станом організму. Недосипання, фізичне перевтомлення безпосередньо позначаються на роботі мозку: з'являється сонливість, уповільнюється мислення,

знижується здатність утримувати та переключати увагу. Після ночі без сну у поєднанні з бойовими діями військові демонструють ознаки когнітивного дефіциту, подібні до стану сп'яніння: затримки реакції, погіршення короткочасної пам'яті, помилки у розрахунках дистанцій або часу. Експеримент за участі солдатів показав, що нічне навчання з позбавленням сну суттєво знижує здатність підтримувати достатній рівень бадьорості і пильності наступного дня [64]. Водночас певні стресові чинники можуть тимчасово маскувати когнітивну втому – наприклад, бій на близькій відстані викликає викид адреналіну, що на деякий час «підстьобує» мозок, підтримуючи увагу навіть у стомленого бійця [63, с. 501]. Водночас зазначене явище має транзиторний характер, так по завершенні фази інтенсивної діяльності когнітивна втома проявляється повторно, часто з більшою виразністю, що свідчить про її кумулятивну динаміку в умовах тривалого психоемоційного навантаження. Отже, накопичена фізична втома і недосипання значно підвищують когнітивну втомлюваність, при цьому мозок втомленої людини швидше «відмовляється» ефективно працювати.

Сьогодні військові операції пред'являють високі вимоги до когнітивних можливостей солдата. Окрім суто фізичних завдань, бійці повинні опановувати складні прилади, засоби зв'язку, орієнтуватися за електронними картами, аналізувати численні рапорти. Це створює постійний мультизадачний режим, який прискорює настання ментальної втоми. Когнітивна сфера перевантажується не лише бойовими стимулами, а й необхідністю утримувати у пам'яті багато деталей одночасно. Результати нейропсихологічних досліджень свідчать, що екстремальні умови війни можуть звужувати діапазон когнітивних функцій військових. Зокрема, відзначається спрощення мислення (солдати починають діяти більш автоматично, стереотипно), зниження рівня емпатії та гнучкості мислення як наслідок захисного пригнічення «непотрібних» у бою функцій [44]. Це можна розглядати як адаптивну реакцію мозку на перенапруження: він вимикає другорядні когнітивні процеси, щоб сконцентруватися на виживанні. Однак у

довгостроковій перспективі така адаптація може перерости у стійкі когнітивні дефіцити, якщо військовослужбовець не отримує можливості для відпочинку і відновлення в мирному середовищі.

Окремо варто згадати, що черепно-мозкові травми (часто легкі, від вибухових хвиль або ударів – так звані мТБІ) у військових теж можуть бути причиною підвищеної когнітивної втоми після бойових дій. Дослідження ветеранів показали, що втома і когнітивні труднощі є поширеними після бойової травми голови, зокрема при легких контузій [60]. Травма мозку може призвести до порушень уваги, пам'яті, виконавчих функцій, а також до синдрому втоми. Поєднання мікропошкоджень нейронних мереж і посттравматичного стресу створює підґрунтя для тривалого стану когнітивного виснаження. В одному з досліджень мТБІ виявлено, що хронічний головний біль і біль взагалі корелюють із рівнем втоми у ветеранів, причому найбільш вираженими компонентами втоми були загальна слабкість, ментальна втома та знижена активність [60]. Тобто бійці з наслідками контузій відчувають себе стомленими, мають труднощі із підтриманням ясності думки і мотивації. Це підтверджує, що когнітивна втома у постраждалих військових має і органічні причини – ушкодження мозкових структур, які відповідають за енергійність і тонус.

Явище втомлюваності (схильності до швидкого настання втоми) обумовлюється сукупною дією біологічних, психологічних та соціальних факторів. Біопсихосоціальна модель припускає, що виснаження є результатом взаємодії фізіологічного стану організму, психічних процесів та соціального оточення людини. У випадку військовослужбовців до цього додаються ще й професійні стресори, пов'язані зі специфікою військової служби. Нижче розглянуто основні фактори кожного рівня, що впливають на втомлюваність учасників бойових дій.

Індивідуальні особливості організму визначають, наскільки швидко людина стомлюється. Військові з кращою фізичною підготовкою та тренуваністю мають, як правило, нижчу фізичну втомлюваність – їхні м'язи,

серцево-судинна система більш витривалі до навантажень. Натомість слабка фізична форма, хронічні захворювання (напр. анемія, діабет, захворювання щитоподібної залози) підвищують схильність до втоми. Вік також впливає: молоді солдати витриваліші, тоді як старші можуть швидше виснажуватися. Стан здоров'я (наявність поранень, болю, інфекцій) є критичним фактором: біль та запальні процеси самі по собі викликають втому, а у поєднанні з бойовим навантаженням вони багаторазово знижують резерви. Крім того, як згадувалось, черепно-мозкові травми можуть призвести до патологічної втомлюваності через порушення роботи мозку [60]. Отже, біологічна основа втомлюваності – це як базова витривалість організму, так і придбані в бойових умовах фізіологічні проблеми.

Вже зазначалося, що хронічне недосипання – один з найпотужніших фізіологічних чинників швидкої втомлюваності. Сон необхідний для відновлення нейрохімічного балансу мозку та поповнення енергетичних запасів м'язів. Якщо сон систематично уривчастий або скорочений, військовий накопичує «борг» втоми і щоразу стомлюється дедалі швидше. Постійна депривація сну в зоні бойових дій веде до того, що навіть помірні зусилля викликають невідповідно сильну втому [3]. Це яскравий приклад біологічного підґрунтя втомлюваності: порушення фізіологічних ритмів (сон/неспання) прямо підвищує схильність до виснаження. Аналогічно діє хронічне недоїдання та зневоднення: організм, що працює «на порожньому баку», швидше втомлюється, бо йому бракує палива та ресурсів для підтримання працездатності.

Стрессова реакція організму супроводжується викидом гормонів наднирників (адреналіну, кортизолу). Короткочасно вони підвищують тонус, але тривалий стрес веде до виснаження надниркових залоз і дисбалансу гормонів, що може проявлятися стійкою втомою. Дослідження військових у бойових навчаннях фіксують зміни ендокринної, когнітивної та неврологічної функції внаслідок впливу екстремальних умов [74, с. 439]. Підвищений кортизол може порушувати сон, викликати м'язовий катаболізм, що збільшує

фізичну втомлюваність. Нейромедіатори мозку (серотонін, дофамін, норадреналін) теж залучені: виснаження їхніх запасів при тривалому навантаженні пов'язують з появою відчуття втоми і зниженням мотивації продовжувати діяльність. Отже, фізіологічна складова втомлюваності включає цілу низку процесів – від м'язового метаболізму до гормонального статусу – які визначають, наскільки швидко боєць втрачає сили.

Психологічний стан безпосередньо впливає на суб'єктивне відчуття енергійності чи виснаженості. Хронічний стрес підточує психологічну стійкість: солдат, що постійно очікує атаки або знаходиться у напруженні, витрачає багато психічної енергії навіть без фізичної роботи. Це призводить до підвищеної втомлюваності – коли навіть невеликі задачі здаються виснажливими. Емоційна напруга, тривога, страх діють як «психічне навантаження», яке додається до фізичного і прискорює настання втоми [50; 71]. Наприклад, солдат у стані постійної бойової тривоги може відчувати себе втомленим ще до початку активних дій, оскільки його нервова система вже перевантажена.

Наявність певних психологічних особливостей або розладів може робити військового більш уразливим до втомлюваності. Депресивні стани часто супроводжуються суб'єктивним відчуттям постійної втоми, браком енергії та мотивації. Якщо боєць знаходиться у пригніченому настрої, йому важче долати втому, він швидше «здається» під навантаженням. Тривожні розлади також можуть посилювати втомлюваність, оскільки постійне нервове збудження виснажує. І навпаки, висока стресостійкість, резильєнтність пов'язана з меншою втомлюваністю: психологічно стійкі військові краще зберігають працездатність під тиском. Цікаво, що навіть події дитинства можуть впливати: у дослідженні нідерландських військових виявлено, що емоційне насильство в дитинстві корелювало з більш важким перебігом втоми після бойового відрядження [75, с. 1076]. Тобто психологічні травми минулого зменшують сучасні резерви психіки і сприяють швидшому виснаженню.

Психологічні ресурси, такі як мотивація, почуття обов'язку, бойовий дух, можуть відтермінувати настання втоми. Мотивований і ідейно налаштований боєць здатен довше терпіти втому, адже його психіка «підживлює» тіло додатковою енергією через сильну мотивацію. Однак, якщо мотивація падає, то й толерантність до навантажень знижується. Вольові риси характеру – наполегливість, дисциплінованість – теж грають роль: вони допомагають долати перші ознаки втоми і продовжувати діяльність. Втім, воля не безмежна: при тотальному виснаженні навіть найстійкіші особистості відчувають межу. Емоційна підтримка (похвала командира, підтримка товаришів) психологічно підбадьорює і може тимчасово знизити відчуття втоми, тоді як емоційна ізоляція чи конфлікти в колективі навпаки прискорюють психічне виснаження.

Соціально-психологічний клімат у підрозділі помітно впливає на здатність військових протистояти втомі. Коли в колективі панує товарицькість, взаємна підтримка, солдати менше піддаються виснаженню, оскільки можуть розраховувати на допомогу і розуміння. Бойове братерство часто згадується ветеранами як фактор, що допомагав «триматися» навіть на межі втоми. Навпаки, конфлікти, нестача довіри в групі, погані відносини з командирами підвищують психічну напругу і тим самим втомлюваність. Соціальна підтримка з тилу – зв'язок з родиною, підтримка суспільства – теж важлива: військовий, який відчуває, що про нього піклуються, морально стійкіший і витриваліший. Якщо ж боєць відчувається покинутим або незрозумілим цивільними, це може викликати додатковий стрес і апатію.

Соціокультурні чинники теж відіграють роль. У військових колективах існує культура ставлення до втоми: часто пропагується витривалість, зневажливе ставлення до скарг на втому («гарний солдат не скаржиться»). З одного боку, це мотивує бійців перевершувати себе, з іншого – може призводити до ігнорування меж власних можливостей і наступного різкого виснаження. Очікування командування виконати місію за будь-яку ціну також тиснуть соціально: солдати можуть перенапружуватися, аби не підвести групу.

Поза бойовими умовами, соціальна адаптація ветеранів (повернення в мирне життя, прийняття суспільством) теж впливає на їхній енергетичний стан. Дружнє, шанобливе ставлення суспільства дає ветерану ресурс для відновлення, тоді як соціальні труднощі (наприклад, безробіття, непорозуміння в сім'ї) підтримують стан хронічної втоми після війни.

Професійні фактори включають специфічні умови військової праці. Одним з найважчих чинників є довготривалість і повторюваність бойових ротацій. Коли військовослужбовець багаторазово відправляється в зону бойових дій без достатнього часу на відпочинок між турами, його організм і психіка не встигають повністю відновитися. Наукові спостереження підтверджують, що повторні військові відрядження мають кумулятивний ефект: кожна наступна місія забирає більше сил, підвищуючи сприйнятливність до станів втоми [74].

Такий накопичувальний професійний стресор може призвести до того, що борець починає відчувати втому вже на старті нового завдання – його резерви зменшено попередніми навантаженнями.

Військова служба, особливо в бойових умовах, не має фіксованого робочого дня – солдати несуть службу цілодобово за потреби. Довгі години чергувань, нічні операції, мінімум вихідних – усе це означає відсутність регулярного відпочинку. Умовно кажучи, робота без змін і вихідних призводить до професійного виснаження, аналогічно до синдрому вигорання на цивільній роботі, але прискорено. Крім того, висока ціна помилки (ризик для життя) тримає військового в постійній напрузі, що підсилює втомлюваність [50]. Виконання складних задач під тиском часу, багатозадачність і необхідність бути постійно напоготові – всі ці професійні вимоги виснажують і тіло, і психіку.

Ще одним стресором є непередбачуваність бойових умов. Стан невизначеності («що станеться далі?») психологічно вимотує, адже мозок постійно аналізує можливі загрози. Також відчуття власного безсилля вплинути на ситуацію (наприклад, чекати під обстрілом підтримки авіації,

коли від тебе мало що залежить) породжує емоційне виснаження. У професійному плані це можна порівняти зі станом працівника, що не контролює робочий процес – у військового це проявляється у вигляді фрустрації і втрати бойового запалу, що підвищує втомлюваність.

Біопсихосоціальна перспектива дозволяє зрозуміти, що втома та втомлюваність воїна залежать не тільки від фізичного навантаження, але й від психологічного стану та соціального оточення.

Таблиця 1.2 Основні чинники втомлюваності учасників бойових дій за біопсихосоціальною моделлю

Категорія чинників	Детальний опис чинників, що сприяють втомі
Біологічні (фізіологічні)	Недосипання, значне фізичне виснаження, травматичні ушкодження, дегідратація, недоїдання, наявність хронічних захворювань, дисбаланс гормонів
Психологічні (емоційні)	Постійний вплив стресових факторів, підвищена тривожність, стани депресії, зниження мотиваційних компонентів, наявність психологічних травм
Соціальні	Відсутність соціальної підтримки від близьких, конфлікти у колективі, ізоляція, суспільна стигматизація, культурний тиск витримувати напругу
Професійні (службові стресори)	Продовжені періоди бойових дій без можливості відпочинку, нерегулярний робочий ритм, високі рівні відповідальності, непередбачуваність обставин, перенавантаження завданнями

Як відмічено на табл. 1.2, причини втомлюваності бійця охоплюють і об'єктивні фактори (напр. нестача сну), і суб'єктивні (емоційний стан, підтримка). Тому програми зниження патологічної втомлюваності військових мають бути комплексними, враховувати всі ці аспекти.

### 1.3 Психологічні та фізіологічні механізми втоми

Втома характеризується як тимчасове зниження функціональних здібностей організму чи конкретного органу, спричинене інтенсивною або

тривалою діяльністю, що призводить до зменшення кількісних і якісних параметрів продуктивності та погіршення координації робочих процесів. Втома має різні форми та проявляється на кількох етапах. Цей стан властивий усім людям протягом життя, але вищий ризик його виникнення спостерігається серед осіб, чия професійна діяльність пов'язана з тривалими або високоінтенсивними навантаженнями, як фізичними, так і психічними. Вивченням механізмів втоми займаються спеціалісти різних дисциплін, включаючи фізіологів, біохіміків, медиків, спортсменів та психологів [2; 24; 25; 40].

Незважаючи на значні зусилля, повне розкриття механізмів втоми досі не відбулося. Втома являє собою комплексне, багатогранне явище, залежне від численних факторів: типу та інтенсивності діяльності, її тривалості, умов оточення, індивідуальних морфо-фізіологічних і генетичних особливостей, психічного стану суб'єкта, та інших аспектів. Особливу увагу наразі варто звернути на дослідження причин, характеристик і наслідків бойової втоми, з огляду на військові реалії в країні [12; 46; 52]. Таким чином, тема втоми залишається актуальною та вимагає подальших наукових досліджень.

Втома є складним феноменом, який включає фізіологічні та біохімічні механізми. Розуміння цих процесів є критично важливим для розробки ефективних стратегій відновлення функціонального потенціалу, особливо у контексті військовослужбовців. Втома, або стомлення, виступає як біологічна захисна реакція організму, яка запобігає виснаженню, зокрема функціональних можливостей центральної нервової системи. Цей стан може розвинути в результаті тривалої або інтенсивної діяльності і включає декілька типів, таких як розумова, сенсорна, емоційна, та фізична втома. Згідно з дослідженнями Дж. Вілмора та Д. Костілла (2003), у стані втоми спостерігається значне зниження ефективності виконуваних завдань.

Науковці ідентифікують кілька основних причин втоми: вичерпання енергетичних систем, накопичення метаболічних проміжних продуктів, «втома» нервової системи, а також дисфункція скоротливого механізму

м'язових волокон. Важливо зазначити, що жоден з цих факторів сам по собі не може повністю пояснити всі аспекти втоми. Стомлення може також бути спричинене стресовими ситуаціями та критичними умовами середовища.

Загалом, ключовим об'єктивним показником будь-якого типу втоми є зниження працездатності. Проте, варто розрізняти втому від інших станів, які також можуть призвести до зниження працездатності, але не вважаються втомою, таких як голод або хвороба, оскільки вони не є результатом активної діяльності.

Враховуючи клінічні аспекти феномену втоми, існує кілька рівнів її прояву: легка втома, гостра втома, перенапруження та перетренованість. При легкій втомі здатність до праці залишається незмінною. Гостра втома часто асоціюється з одноразовим фізичним навантаженням максимальної інтенсивності. Перенапруження виникає в контексті зниження функціонального статусу організму та його здатності адаптуватися до фізичного навантаження. Перетренованість є результатом неадекватного чергування тренувань та відпочинку, що особливо характерно для спортсменів.

Інтенсивність втоми корелює з зниженням працездатності, яка, у свою чергу, залежить від кількісних та якісних характеристик виконаної роботи. Втома має різні причини, включно з локалізацією втоми в провідній системі, де функціональні зміни слугують причиною її виникнення, та механізмами втоми, які включають зміни у провідних функціональних системах, спричиняючи розвиток стану.

Розвиток втоми включає кілька стадій: приховану втому, де працездатність підтримується за допомогою вольових зусиль; компенсовану втому, яка вимагає значних енергетичних витрат для виконання роботи; та некомпенсовану втому, що характеризується суттєвим зниженням працездатності. У стані некомпенсованої втоми спостерігається пригнічення функцій наднирників, зниження активності ферментів окисного фосфорилування та посилення процесів гліколізу.

Втома поділяється на різні класифікації з відповідними фізіологічними та біохімічними характеристиками. На першій стадії втоми відзначаються зміни у параметрах серцево-судинної та дихальної систем порівняно з нормою. Подальше зниження біоелектричної активності кори головного мозку і збільшення навантаження на серцево-судинну та дихальну системи спостерігаються на другій стадії втоми. Третя стадія характеризується подальшим зниженням біоелектричної активності кори великого мозку на 22% порівняно з попередніми стадіями, що супроводжується погіршенням функціонування серцево-судинної та дихальної систем.

Відповідно до ролі локалізації втоми у процесі фізичної діяльності можна виділити три основні групи систем, що беруть участь у виконанні та адаптації до фізичного навантаження:

1. Регуляторні системи, які включають центральну нервову систему (ЦНС) та вегетативну нервову систему, а також гормонально-гуморальну систему. Ці системи координують відповідь організму на фізичне навантаження, регулюючи такі процеси, як стрес-реакції, метаболічні зміни та адаптацію до тривалого навантаження.

2. Системи дихання, крові та кровообігу, які забезпечують транспортування кисню та поживних речовин до м'язових тканин, а також виведення метаболічних відходів і вуглекислого газу з організму. Вони відіграють ключову роль у підтримці фізіологічної гомеостази під час активності та відновлення.

3. Система реалізації рухових дій, яка включає м'язи та скелет, дозволяє виконувати фізичні дії. М'язова система використовує отримані енергетичні ресурси для генерації сили та руху, що є основою фізичної активності.

Кожна з цих систем взаємодіє та взаємозалежна в контексті адаптації до фізичних навантажень, і відповідно до їх стану виникає загальна втома організму, яка може бути оцінена за різними параметрами функціональної активності.

Біохімічні механізми втоми включають декілька ключових процесів:

1. Вичерпання резервів креатинфосфату (КФ). Креатинфосфат слугує в анаеробних умовах для регенерації аденозинтрифосфату (АТФ) у клітинах. Зниження концентрації креатинфосфату призводить до зменшення рівнів АТФ. У випадку їх виснаження, запаси КФ та АТФ стають недостатніми.

Щоб уникнути передчасного втомлення, спортсмени повинні ретельно контролювати інтенсивність своїх фізичних зусиль. При високій швидкості запаси КФ та АТФ швидко зменшуються, що спричиняє раннє стомлення і знижує здатність підтримувати високу швидкість дій, особливо для спортсменів без достатнього досвіду. Досвідчені спортсмени через тривалі тренування навчаються використовувати оптимальну швидкість для ефективнішого використання АТФ і КФ під час змагань.

Запаси АТФ у м'язах достатні лише для 1 секунди інтенсивної м'язової діяльності, а запаси креатинфосфату (КФ) забезпечують енергію на 6–8 секунд. Таке навантаження може використовувати майже всі доступні резерви креатинфосфату.

АТФ також зменшується не тільки в м'язових волокнах, але й у нейронах, що ускладнює синтез ацетилхоліну, необхідного для нормальної роботи синапсів. Це викликає порушення передачі електричних імпульсів у мотонейронах, що спрямовані до скелетних м'язів. В результаті в моторних центрах накопичується  $\gamma$ -аміномасляна кислота (ГАМК), що ініціює захисне гальмування [2].

2. Однією з ключових біохімічних причин втоми серед учасників бойових дій є вичерпання запасів м'язового глікогену. АТФ, необхідний для підтримки м'язової активності в умовах високих фізичних навантажень, синтезується через розщеплення м'язового глікогену, що відбувається як в аеробних, так і анаеробних умовах. Інтенсивність бойових операцій може призвести до швидкого зниження рівнів глікогену, що серйозно обмежує здатність воїнів до тривалих фізичних дій.

3. Значним фактором є також вичерпання глікогену в м'язах та глюкози в крові. У тривалих бойових зіткненнях, м'язовий глікоген не може самотужки задовольнити енергетичні потреби, і тому необхідною стає глюкоза, яка надходить до м'язів з крові. Глюкоза утворюється в печінці з глікогену і транспортується до м'язів кров'ю, а зі збільшенням тривалості бойових дій роль глюкози стає все важливішою. Проте, запаси глікогену в печінці обмежені, і при їх тривалому споживанні розвивається гіпоглікемія, змушуючи м'язи до інтенсивнішого використання своїх резервів глікогену, що призводить до розвитку втоми [2; 25].

4. Проміжні продукти метаболізму відіграють значущу роль у процесах втоми, особливо серед учасників бойових дій, де фізичні навантаження часто є інтенсивними та тривалими. В умовах інтенсивного короткотривалого м'язового навантаження, характерного для воєнних операцій, в м'язових волокнах може відбуватися значне накопичення молочної кислоти. Це контрастує з довготривалими навантаженнями, де стомлення пов'язане з нестачею енергетичних ресурсів, а не просто з накопиченням молочної кислоти.

Молочна кислота у м'язах перетворюється на лактат, який веде до накопичення іонів гідрогену ( $H^+$ ). Це накопичення іонів сприяє підкисленню м'язового середовища, що призводить до розвитку ацидозу.

Енергетичні перетворення в організмі бійців можна відобразити за такою схемою: глікоген (запасений у печінці та м'язах)  $\rightarrow$  глюкоза  $\rightarrow$  молочна кислота  $\rightarrow$  лактат  $\rightarrow$  акумуляція гідрогенових іонів ( $H^+$ )  $\rightarrow$  підкислення м'язів  $\rightarrow$  ацидоз.

Попри інтенсивність бойових дій, значне закислення організму часто не відбувається завдяки наявності буферних систем, зокрема, бікарбонату, які забезпечують буферування збільшених концентрацій  $H^+$ . Ці системи

дозволяють ефективно регулювати кислотно-лужний баланс навіть під час високих фізичних навантажень, типових для воєнних конфліктів.

У стані виснаження, м'язовий рН знижується зі значень 7,1 до 6,6-6,4. Зниження рН нижче 6,9 призводить до інгібування ключових гліколітичних ферментів, що відіграють важливу роль у процесах гліколізу та синтезу АТФ [2; 25; 40]. Коли рН досягає 6,4, процес розщеплення глікогену припиняється. Іони гідрогену мають здатність витіснити іони кальцію з м'язових волокон, що негативно впливає на взаємодію актину і міозину, тим самим знижуючи скоротливу здатність м'язових волокон. Таким чином, зниження м'язового рН є основним обмежувачем м'язової активності і вважається головною причиною втоми під час короткочасних максимальних фізичних навантажень.

Відновлення рівня м'язового рН після інтенсивних навантажень зазвичай триває від 30 до 35 хвилин. Також для оцінки функціонального стану особи використовують показники активності симпатoadреналової системи, яка відіграє ключову роль у регуляції гормональної та медіаторної відповідей організму.

При тривалих фізичних навантаженнях, особливо коли вони впливають на серцево-судинну та дихальну системи, може спостерігатися зниження функціональних властивостей нервових регуляторних центрів. В таких випадках втома розвивається не через накопичення метаболітів, а на тлі гіпоглікемії [2; 40].

## 5. Втома та нервова система

Значущі дослідження видатних фізіологів, таких як І. Сеченов, І. Павлов, Н. Введенський, А. Ухтомський, Л. Орбелі та Г. Фольборт, підкреслюють, що основною ареною первинної локалізації втоми є нервова система. М'язова активність ініціюється та підтримується завдяки координаційній роботі нервових центрів та периферійних волокон мотонейронів, що засвідчує тісний зв'язок втоми з виснаженням центральної нервової системи (ЦНС). В умовах тривалої діяльності домінуючими стають процеси гальмування, які переважають над збуджувальними процесами.

В. Розенблат у 1975 році запропонував центрально-коркову теорію втоми, за якою втома у м'язах ініціюється змінами у коркових центрах. Втома нейронів кори мозку порушує управління складними координаційними процесами. Зазначено, що гальмівний вплив  $\gamma$ -аміномасляної кислоти (ГАМК) асоціюється з втомою в нервовій системі. Під час короткочасних максимальних навантажень концентрація ГАМК знижується, тоді як після тривалої активності спостерігається її зростання. Дослідники вважають, що зміна рівня ГАМК в нервових центрах є ключовою причиною втоми. Розвиток захисного гальмування в нервових центрах призводить до виключення з роботи певних м'язових волокон та рухових одиниць, що знижує працездатність.

ГАМК також впливає на проникливість клітинних мембран для іонів калію, що впливає на поляризацію клітинної мембрани і порушує формування рухового імпульсу. Крім того, ГАМК конкурує з ацетилхоліном, а накопичення ГАМК вчені пов'язують із зниженням активності ферментів, що беруть участь у метаболічних перетвореннях, зокрема сукцинатдегідрогенази, активність якої може залежати від гормонального статусу [24].

На сьогоднішній день, втома оцінюється як функціональний стан організму, індукований як розумовою, так і фізичною активністю, що супроводжується тимчасовим зниженням працездатності, модифікацією функцій організму та виникненням відчуття стомленості. Вона представляє собою біологічно обґрунтовану реакцію, націлену на запобігання виснаженню функціонального потенціалу організму. У фізіології розрізняють втому як стан, що виникає через активність та характеризується пониженням працездатності, та "втомленість" як психічне відчуття.

Діяльність центральної нервової системи (ЦНС) може зазнавати погіршення, яке може бути первинним чи вторинним. У випадках розумової діяльності, складних ситуаціях, страху перед супротивником та інших подібних обставинах зміни в діяльності нервової системи є первинними факторами, що спричиняють втому. Вторинно, діяльність нервової системи

може бути пригнічена внаслідок збільшення в крові концентрацій метаболічних проміжних продуктів, гіпоксії, гіпоглікемії, зміни рівня гормонів та інших чинників. Це призводить до погіршення програмування та координації рухових і вегетативних функцій, що спричиняє відчуття втоми.

Важливо зазначити, що нервова система є дуже лабільною та пластичною. Вона здатна до перепрограмування під час роботи, переключаючи активність із залучених (втомлених) клітин або органів на не залучені (не втомлені). Ця властивість є критично важливою, оскільки таким чином мобілізуються резерви організму, і тим самим, настання втоми та виснаження організму відкладається у часі [24].

#### 6. Нервово-м'язове стомлення

Основна функція нервової системи полягає у активації м'язових волокон. В деяких випадках, коли нервова система не може належним чином активувати м'язи, це може спричинити стомлення. Нервовий імпульс передається через кінцеву пластинку рухового нерва до м'яза, внаслідок чого м'язова мембрана активується, і саркоплазматичний ретикулум виділяє кальцій, який взаємодіє з тропоніном, запускаючи процес м'язового скорочення.

Можливі причини стомлення на кінцевій пластинці рухового нерва м'яза включають:

- Зниження виділення або синтезу ацетилхоліну – нейромедіатора, який переключає нервовий імпульс на мембрану м'яза, що може призвести до недостатньої концентрації ацетилхоліну для ініціації потенціалу дії.
- Гіперактивність холінестерази – ферменту, який розщеплює ацетилхолін після передачі імпульсу, що може перешкоджати утворенню адекватної концентрації ацетилхоліну.
- Гіпоактивність холінестерази може призвести до надмірного накопичення ацетилхоліну, що може тимчасово паралізувати м'язове волокно.
- Збільшення порогу збудження мембрани м'язового волокна, що ускладнює її активацію.

- Деякі субстанції можуть конкурувати з ацетилхоліном за зв'язування з рецепторами мембрани, не активуючи її.

- Вихід калію з внутрішньоклітинного простору скоротного м'яза може знизити потенціал мембрани наполовину [24; 40].

Ці фактори сприяють порушенню ефективності м'язової активації та можуть бути ключовими у розвитку нервово-м'язового стомлення.

В аналізі біохімічних детермінант втоми, що виникають під час виконання завдань різної тривалості та інтенсивності, можна виділити наступні фактори:

Для короткотривалих вправ максимальної та субмаксимальної інтенсивності:

1. Акумуляція АДФ та іонів водню, які сприяють пониженню рН.
2. Істотне виснаження запасів глікогену в швидкоскорочувальних м'язових волокнах.
3. Неадекватність електрохімічних сигналів у процесі збудження від нервів до м'язів.
4. Активація механізмів захисного гальмування.
5. Дисфункція у передачі нервових імпульсів та регуляції мозкового кровообігу.
6. Зміни в рівнях неорганічного фосфату та інозинмонофосфату (ІМФ).
7. Максимальне збільшення рівнів лактату у тканинах.
8. Підвищення рівнів аміаку при максимальних навантаженнях.

Для довготривалих вправ великої та помірної інтенсивності:

1. Зниження внутрішньом'язових запасів глікогену.
2. Кумуляція метаболітів від неповного окислення жирів.
3. Підвищення концентрації аміаку та інозинмонофосфату.
4. Розвиток гіпоглікемії.
5. Неадекватність електрохімічного зв'язку у активних м'язах.

Зниження ефективності центральної нервової системи в умовах значного підвищення температури тіла, дегідратації та порушень електролітного балансу [2; 24; 25; 40].

Ці фактори відображають комплексність та багатогранність механізмів, які спричиняють втому в різних сценаріях фізичної активності.

При виконанні циклічної роботи високої потужності спостерігається швидке виснаження нервових центрів, яке супроводжується зниженням функціональності органів дихальної та серцево-судинної систем. Внаслідок цього збільшується кисневий борг, а накопичені недоокислені продукти метаболізму порушують нормальне функціонування нервових центрів. В контексті статичної роботи відсутність ритмічного чергування між збудженням і гальмуванням в нервових центрах призводить до швидкого зниження їх працездатності та прискореного розвитку втоми.

Фізична втома має неоднорідний характер і залежить від кількості задіяних м'язів. Втома, що виникає при локальній м'язовій роботі, істотно відрізняється від втоми, яка виникає при глобальній м'язовій активності. Спортсмени та військовослужбовці часто задіюють переважну більшість скелетних м'язів у своїй діяльності.

У контексті сучасних подій в Україні, де країна веде боротьбу проти зовнішнього агресора, виникає необхідність у глибокому дослідженні такого феномену, як «бойова втома». Цей вид втоми виникає під час бойових дій. Зазвичай, під час боїв помірної інтенсивності від 20 до 25% військових відчувають бойову втому, тоді як під час інтенсивніших зіткнень цей показник може зростати до 30-50% [52].

### **Висновки до розділу 1**

У сучасних умовах цивілізаційного розвитку, інтенсифікації робочих процесів та постійного інформаційного потоку, феномен втоми набуває особливого значення в наукових дослідженнях. Втома, як багатогранне явище, включає фізичні, психологічні та емоційні компоненти, які спричинені як зовнішніми навантаженнями, так і внутрішньою дисфункцією різних систем

організму. Характеристика втомлюваності вказує на схильність організму до зниження працездатності в умовах навантаження, що дозволяє виділити це явище як об'єктивно вимірюваний параметр стану індивідуума. Враховуючи значний вплив втоми на професійну діяльність, здоров'я та загальний стан людини, науковий інтерес до дослідження цього феномену зосереджується на розробці стратегій ефективного управління втомою та втомлюваністю, а також на впровадженні корекційних заходів для підтримки адаптивних можливостей індивіда у вимогливому сучасному світі.

Втома серед учасників бойових дій представляє собою складне і багатоаспектне явище, яке включає фізичне, психологічне, та когнітивне виснаження. Основними причинами такої втоми є екстремальні умови служби, такі як тривалі марші, нестача сну, високий рівень стресу, а також складність і непередбачуваність бойових дій. Ці фактори сприяють виснаженню, яке може бути посилене психологічними аспектами, такими як тривала напруга і емоційне навантаження. Важливою складовою є також когнітивна втома, яка виникає через необхідність швидкої обробки великої кількості інформації та прийняття рішень у стислі терміни під тиском. Зазначені чинники вимагають від науки і практики розробки ефективних методів діагностики, моніторингу та корекції стану втоми, щоб мінімізувати її негативний вплив на здоров'я і бойову готовність військовослужбовців.

Втома є складним феноменом, який охоплює як фізіологічні, так і психологічні механізми, і залучає різні рівні функціонування організму. З фізіологічної точки зору, втома виявляється як зниження працездатності через вичерпання енергетичних запасів, акумуляцію метаболічних продуктів, зокрема молочної кислоти, та недостатньої кількості кисню та поживних речовин у м'язах. Ключові фізіологічні процеси, які лежать в основі втоми, включають дисфункцію енергетичних систем м'язів, накопичення втомлюючих метаболітів, які порушують нормальну м'язову функцію, та «втому» нервової системи, яка впливає на ефективність сигналізації від мозку до м'язів.

З психологічної сторони, втома впливає на когнітивну функцію, знижуючи увагу, здатність до концентрації та інші когнітивні процеси. Це може бути результатом як зниження фізіологічної ефективності, так і психоемоційного впливу тривалого стресу, викликаного високими вимогами або виснажливими обставинами. Втома спричиняє не тільки зниження фізичної та розумової працездатності, але й може підвищити рівень іритації, зменшити мотивацію та загальне задоволення життям.

Таким чином, важливо розглядати втому як багатоаспектне явище, що включає в себе широкий спектр взаємопов'язаних процесів, які взаємодіють та впливають один на одного, вимагаючи комплексного підходу у її вивченні та управлінні.

## **РОЗДІЛ 2. ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ДИЗАЙНУ, ВИБІРКИ І МЕТОДІВ ДОСЛІДЖЕННЯ**

### **2.1 Дизайн дослідження та етапи його організації**

Застосований дизайн дослідження представляє собою неекспериментальний крос-секційний підхід, що включає одноразове обстеження певної групи осіб протягом визначеного періоду часу, з основним фокусом на аналізі кількісних даних.

Метою дослідження є оцінка рівнів втоми та втомлюваності (схильності до втоми) учасників бойових дій та виявлення можливих взаємозв'язки із психологічними факторами (астенічний стан, депресивні прояви, емоційне вигорання тощо). Вибір такого дизайну зумовлений необхідністю отримати об'єктивні показники психофізичного стану військовослужбовців у період реабілітації, без втручання у реабілітаційний процес.

Емпіричне дослідження здійснювалося в кілька послідовних етапів, що були заздалегідь сплановані відповідно до мети. Зокрема, було визначено такі основні етапи дослідження:

1. На підготовчому етапі дослідження (планування та формування вибірки) було сформовано мету й завдання, обрано методики психодіагностики та визначено критерії включення учасників.

На цьому етапі налагоджено співпрацю з реабілітаційним центром «Фенікс» (м. Київ) для залучення ветеранів бойових дій, які проходять там реабілітацію, отримано дозвіл керівництва закладу на проведення дослідження. Визначено критерії відбору: учасники бойових дій, що перебувають у стані реабілітації після виконання бойових завдань, віком 30–55 років, зі стажем військової служби понад 7 років. Також було підготовлено інформаційні матеріали для учасників (мета дослідження, права учасників) та бланки інформованої згоди.

2. На другому основному етапі (збір даних) проведено психодіагностичне обстеження відібраної групи учасників бойових дій, які проходять реабілітацію із застосуванням стандартизованих методик. Обстеження відбувалося в малих групах у спокійній обстановці реабілітаційного центру. Учасникам надавалися інструкції щодо заповнення опитувальників. В середньому виконання набору психодіагностичних тестів тривало 30–40 хвилин, що не створювало надмірного навантаження для респондентів. На цьому етапі забезпечувалося дотримання всіх етичних умов, тобто перед початком учасники добровільно підписували інформовану згоду, їм гарантовано анонімність та конфіденційність відповідей.

3. Третій етап – аналітичний (обробка та аналіз результатів) – після збору даних усі опитувальні бланки були перевірені на повноту та коректність заповнення. Дані закодовано з використанням унікальних числових ідентифікаторів замість особистих даних для збереження анонімності. Результати опитувальників оброблено згідно з інструкціями до кожної методики: обчислено сумарні бали, визначено показники за шкалами. Далі проведено кількісний аналіз, а саме розраховано описову статистику (середні значення, стандартні відхилення) для основних показників втоми та втомлюваності, побудовано розподіли за категоріями. Крім того, було застосовано методи статистичної перевірки гіпотез, а саме, кореляційний аналіз для оцінки взаємозв'язків між рівнем втоми та іншими психометричними показниками за критерієм Стьюдента.

4. Четвертий етап – інтерпретаційний (узагальнення результатів) – отримані кількісні результати проінтерпретовано в контексті поставлених дослідницьких питань. На основі аналізу даних сформульовано висновки щодо рівнів втоми та втомлюваності у вибірці учасників бойових дій, а також окреслено психологічні особливості, які супроводжують підвищену втому (астенічні прояви, депресивні тенденції, ознаки емоційного вигорання). Окремо розроблено практичні рекомендації для фахівців реабілітаційного центру щодо врахування виявлених факторів втомлюваності при плануванні психокорекційних заходів.

Дослідження проведено з чітким дотриманням етичних норм психологічної практики і наукового експерименту. Участь ветеранів у обстеженні була добровільною, де жоден з потенційних учасників не зазнавав тиску чи примусу до участі. Кожному респонденту перед початком було надано інформацію про мету і процедуру дослідження, перелік методик, приблизний час заповнення анкет, а також роз'яснено, що участь не вплине на хід їхнього лікування чи реабілітації. Підкреслювалося право в будь-який момент відмовитися від участі або не відповідати на окремі запитання без будь-яких негативних наслідків. Реалізації цього принципу слугувала

процедура інформованої згоди, де кожен учасник підписував бланк згоди, засвідчуючи обізнаність щодо характеру дослідження та своє добровільне бажання взяти участь. Інформована добровільна згода є центральним етичним принципом психологічного дослідження і передбачає, що учасник дає згоду вільно, без будь-якого примусу, обману чи тиску. У бланку інформованої згоди також зазначалося, що всі отримані дані будуть використані виключно в узагальненому вигляді для наукових цілей.

Другим важливим етичним моментом є забезпечення конфіденційності та анонімності. В анкетах учасники не вказували своїх прізвищ чи інших прямих ідентифікаційних даних – кожному було присвоєно код (номер). Таким чином, анонімність означає, що особисті дані учасників не розкриваються, що захищає їхню конфіденційність. Отримана інформація зберігалася у захищеному вигляді; доступ до сирих даних мав лише дослідник. При обробці та публікації результатів застосовано принцип знеособлення, тобто всі результати подавалися в груповому форматі або зі згадуванням лише узагальнених характеристик, без можливості виокремити дані конкретної особи.

Також враховано принцип «неспричинення шкоди», це свідчить про те, що обрані методики не є інвазивними чи такими, що можуть спричинити психологічний дистрес в учасників бойових дій, які проходять реабілітацію. Усі опитувальники пройшли психологічну експертизу та широко застосовуються у клінічній психології, тому ризик завдання шкоди був мінімальним. У разі, якщо під час заповнення тестів у учасника виникали б неприємні емоційні переживання (наприклад, окремі питання могли б нагадати про важкі події), ми були готові надати підтримку або за потреби припинити тестування. Після завершення обстеження учасникам надано зворотній зв'язок, а саме: загальні результати (у формі усної консультації) щодо їхніх показників втомлюваності та рекомендації стосовно подальших кроків за необхідності.

Таким чином, дослідження відповідало етичним стандартам Української асоціації психологів та принципам, викладеним у Гельсінській декларації, що регламентують добровільність участі, інформованість респондентів та захист їх прав і гідності.

## **2.2 Характеристики вибірки**

Вибірку дослідження склали 72 ветерани бойових дій, які проходили реабілітацію в Центрі «Фенікс» (м. Київ). Дослідження було реалізовано у період з січня по березень 2025 року. До вибірки були включені військовослужбовці, що брали безпосередню участь у бойових діях (учасники операцій/війн), після отриманих поранень або пережитого бойового стресу, котрі на момент дослідження перебували на етапі відновлення (реабілітації). Середній час, що минув від останньої участі в бойових діях до моменту обстеження, становив кілька місяців (оскільки всі учасники активно проходили реабілітацію). Критерієм відбору також був стаж військової служби понад 7 років, аби зосередитися на досвідчених військових, які тривалий час перебували в умовах підвищеного навантаження. Вибірка є цілеспрямованою (не випадковою), сформованою за допомогою фахівців центру «Фенікс», що запропонували військовим долучитися до дослідження згідно визначених критеріїв. Загальна характеристика вибірки охоплює демографічні показники (стать, вік) та професійні показники, пов'язані зі службою (тривалість військової служби).

У дослідженні взяли участь як чоловіки, так і жінки-військовослужбовці, проте чоловіків було значно більше.

З 72 учасників бойових дій, 60 осіб (83%) становлять чоловіки, а 12 осіб (17%) – жінки. Такий гендерний дисбаланс відповідає реальній статистиці, оскільки більшість учасників бойових дій – чоловіки, хоча жінки також беруть участь у збройному конфлікті. Наявність у вибірці жінок (близько однієї шостої частини) дозволяє здійснити гендерно-чутливий аналіз. Загалом

гендерний склад вибірки відображає структуру контингенту реабілітаційного центру «Фенікс» у зазначений період.



Рис. 2.1 Розподіл учасників за статтю

Крім того, вибірка охоплює представників зрілого віку від 30 до 55 років. Середній вік учасників становить близько 41 року, медіана – 40 років, що свідчить про концентрацію вибірки в межах пізньої молодості та середнього дорослого віку.

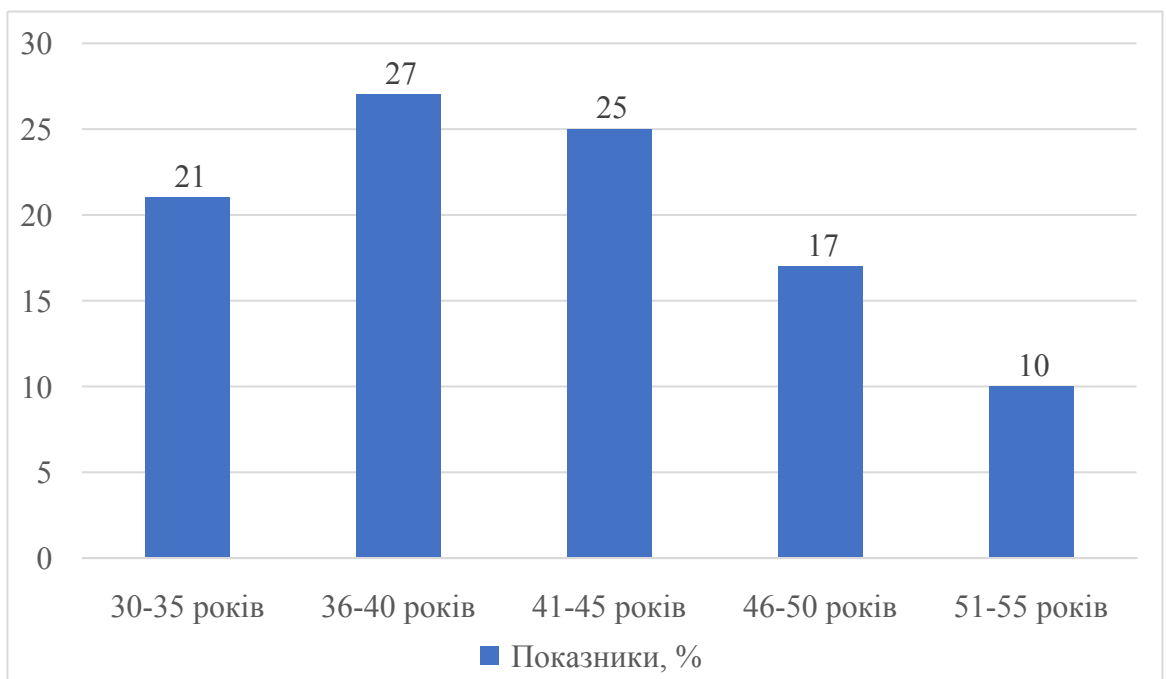


Рис. 2.2. Розподіл учасників бойових дій за віком

За результатами розподілу, найбільша кількість ветеранів належала до вікової групи 36 - 40 років – 20 осіб (27%). До іншої за чисельністю групи 41 - 45 років входило 18 осіб, (25%). Таким чином, більш ніж половина опитаних (близько 62%) були у віці 36–45 років – тобто відносно молоді, працездатні люди. Дещо менше представлені учасники 30 – 35 років – 15 осіб (21%) та 46 – 50 років – 12 осіб (17%). Найменш чисельною виявилася вікова категорія 51 – 55 років – лише 7 ветеранів (10%). Такий віковий розподіл свідчить, що переважна частина вибірки – учасники бойових дій середнього віку, які мають достатньо тривалий бойовий досвід, але знаходяться ще в активному віці, потенційно здатні до подальшої служби або іншої професійної діяльності після реабілітації. Молодших ветеранів (до 30 років) у вибірці немає через специфіку критеріїв (необхідний значний стаж служби) та контингенту центру. Відносно невелика частка старших ветеранів (за 50 років) може пояснюватися тим, що особи цього віку рідше беруть участь безпосередньо в бойових діях останніх років або вже вийшли на пенсію.

Учасники дослідження – ветерани бойових дій, які почали свою службу після початку війни в Україні у 2014 році. Всі учасники дослідження мають значний стаж військової служби. Мінімальний стаж складає 2 роки, максимальний – 11 років, із середнім стажем близько 6,5 років ( $M = 6,5$ ;  $SD \approx 2,8$  року). Для аналізу стаж було поділено на кілька інтервалів: найчисельніша підгрупа учасників бойових дій має стаж 9–11 років – 30 осіб, тобто 42% вибірки. Друга за чисельністю група включає учасників бойових дій із стажем 7–8 років – 20 осіб, тобто 28%. Ветерани з 3–6 роками служби складають 15 осіб (20%), а менший досвід – 2 роки служби

- мають 7 учасників бойових дій (10% вибірки). Цей розподіл стажу свідчить про різноманітність військового досвіду учасників і можливість аналізу зв'язків між стажем служби та рівнем втоми.

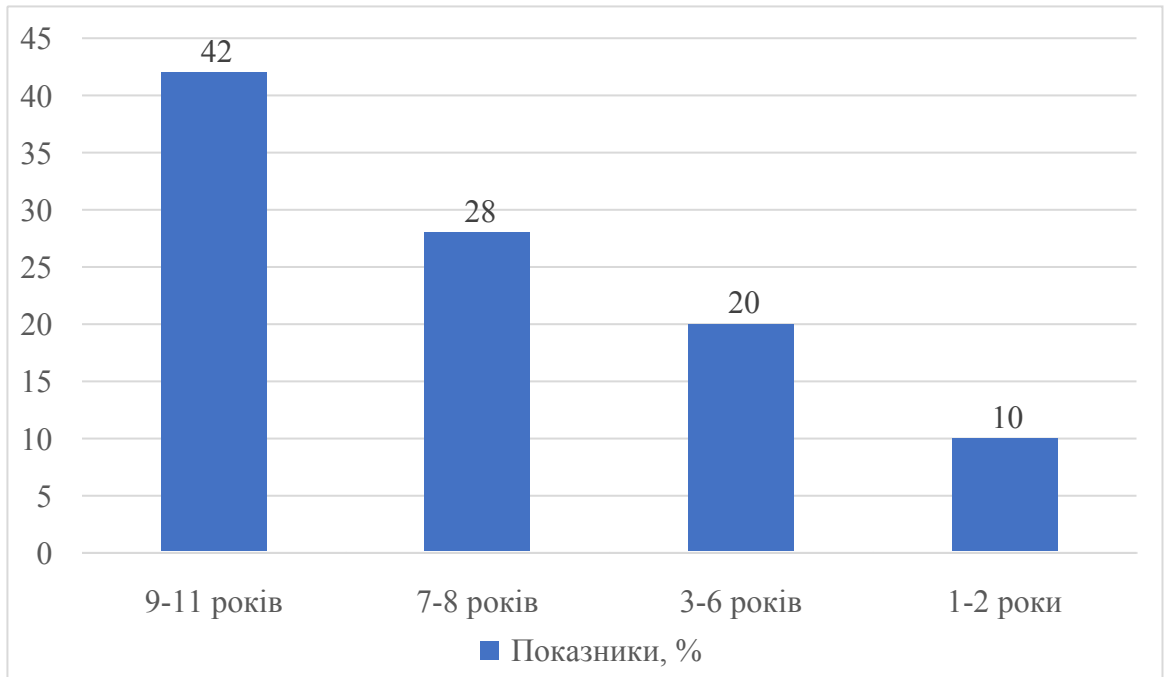


Рис. 2.3 Розподіл учасників за стажем служби, у %

Такий розподіл стажу вказує, що учасники дослідження – переважно кадрові військові зі значним досвідом, які, ймовірно, неодноразово були в зоні бойових дій. Це важливо враховувати при інтерпретації результатів, оскільки втома та психічне виснаження можуть накопичуватися протягом років служби, тому очікується, що у ветеранів з більшим стажем прояви втомлюваності та вигорання можуть бути виразнішими. Водночас, досвід може сприяти й розвитку копінг-стратегій, тож цікаво перевірити, як саме стаж корелює з показниками втоми.

Окрім базових демографічних показників, було зібрано додаткові дані, що можуть характеризувати вибірку. Зокрема, більшість учасників – одружені (65%) і мають дітей (58%), що узгоджується з їхнім віком. Аналізуючи освітній рівень ветеранів, було визначено що 45% мають повну вищу освіту, а інші 55% – середню спеціальну або базову вищу (коледж). За військовим званням

вибірка була різнорідною: від сержантського складу до офіцерів середньої ланки; це опосередковано також пов'язано зі стажем (більший стаж – вище звання). За станом соматичного здоров'я частина ветеранів мала бойові поранення чи контузії в анамнезі (30% повідомили про серйозні поранення), проте всі на час реабілітації були у відносно стабільному фізичному стані. Важливо, що всі учасники проходили саме психологічну реабілітацію (відновлення психічного стану, адаптація до мирного життя), тому вони становлять достатньо однорідну групу за критерієм наявності бойового стресового досвіду і потреби у відновленні.

У цілому вибірка з 72 учасників бойових дій репрезентує цільову популяцію дослідження – військовослужбовців, які після тривалого та інтенсивного військового досвіду перебувають у процесі реабілітації. Така вибірка є достатньою за обсягом для виявлення загальних тенденцій та статистично значущих залежностей у межах обраних показників (при рівні значущості 0,05 потужність вибірки для великих ефектів є високою).

### **2.3 Методи дослідження**

Для дослідження феноменів втоми та втомлюваності учасників бойових дій було обрано комплекс валідних психодіагностичних методик. Вибір методів ґрунтувався на теоретичному аналізі проблеми та охоплював різні аспекти психічного та фізичного стану, пов'язані з втомою. Зокрема, застосовано такі інструменти: Шкала астеничного стану Л.Д. Малкової (для оцінки астенії як синдрому втоми), опитувальник хронічної втоми (для вимірювання рівня суб'єктивної втомленості), підшкала «Життєва активність» опитувальника SF-36 (для оцінки рівня життєвої енергії та загальної втомлюваності), Шкала депресії Цунга (для скринінгу депресивних симптомів, які можуть впливати на відчуття втоми) та методика діагностики емоційного вигорання (для виявлення симптомів професійного вигорання, пов'язаного з психічним виснаженням). Кожна з цих методик добре зарекомендувала себе

у психологічних дослідженнях і має відповідні показники надійності та валідності. Нижче наведено докладний опис кожної методики та її призначення у контексті нашого дослідження.

1) *Шкала астеничного стану Л.Д. Малкової*. Даний метод призначений для виявлення та кількісної оцінки астеничного синдрому – стану, що проявляється підвищеною втомлюваністю, виснаженістю, дратівливістю та нестійкістю емоцій [38]. Шкалу астеничного стану (ШАС) було створено психологом Л.Д. Малковою і адаптовано Т.Г. Чертовою на основі пунктів тесту ММРІ. Методика являє собою опитувальник, який складається з 30 тверджень, що відображають різні прояви астениї (соматичні та психологічні). Респондент оцінює, наскільки кожне твердження вірно характеризує його самопочуття (як правило, за шкалою від «невірно» до «цілком вірно»). Приклад тверджень: «Вранці я почуваюся втомленим, ніби й не відпочивав», «Мене втомлюють люди навколо мене», «Я відчуваю загальну слабкість», «Мені важко зосередитися через втому» тощо – такі симптоми є характерними для астеничного стану. Після заповнення опитувальника підраховується сумарний астеничний індекс: відповіді кодуються в бали і сумуються. Діапазон можливих сумарних балів – від 30 до 120. Відповідно до методичних рекомендацій встановлено такі інтервали оцінки астениї: 30–50 балів – астения відсутня (респондент не має виражених ознак втоми), слабка астения (легкий рівень астеничного стану), 76–100 балів – помірна астения, і 101–120 балів – виражена астения (високий рівень астеничного виснаження). Такий розподіл дозволяє віднести кожного обстежуваного до певної градації: від норми до різних ступенів астеничного синдрому. ШАС Малкової є скринінговим інструментом для попередньої діагностики астениї. Іншими словами, він виявляє наявність і ступінь втоми та супутніх їй симптомів безвідносно до конкретних, що астеничний синдром може мати різне походження – виникати після тривалого стресу, важких хвороб, травм або психічних розладів.

Таким чином, шкала Л.Д. Малкової дозволяє кількісно виміряти суб'єктивний рівень астенії у кожного учасника та порівняти учасників бойових дій між собою за ступенем вираженості хронічної втоми.

2. *Шкала оцінки втоми (Fatigue Assessment Scale, FAS)* – зручний короткий опитувальник. Шкала FAS містить 10 тверджень, що стосуються відчуття втоми та виснаження у повсякденному житті. Половина запитань стосується фізичних аспектів втоми (наприклад, «Я дуже швидко втомлююся», «Мої м'язи часто відчувають слабкість»), інша половина – психічних аспектів (наприклад, «У мене бракує енергії для багатьох справ протягом дня», «Мені важко зосередитися через втому»). Респондент оцінює кожне твердження за ступенем згоди або частоти переживання (як правило, в градаціях від «ніколи» до «дуже часто»). Кожна відповідь кодується у бали від 1 до 5. Сумарний показник FAS, таким чином, може варіюватися від 10 до 50 балів – що вище бал, то сильніша хронічна втома у особи [45]. Втома в цьому контексті розглядається як суб'єктивне відчуття виснаження і брак енергії, яке накопичується поступово. Шкала FAS дозволяє кількісно зафіксувати цей суб'єктивний рівень. У нашому дослідженні опитувальник хронічної втоми є одним з центральних, адже саме він дає інтегральний бал втомлюваності для кожного учасника бойових дій. Надалі цей бал можна було співвіднести з іншими показниками (астенії, депресії тощо). З практичної точки зору, FAS є зручним по часу і легко сприймається респондентами (запитання прості і зрозумілі). Отримані за цією шкалою бали інтерпретуються порівнянням з нормативними даними або емпіричним розподілом вибірки. Наприклад, можна виділити групу з підвищеною втомлюваністю – це респонденти, чий бал FAS нього квартилю розподілу (тобто 25% найбільш втомлених).

3) *Опитувальник SF-36 (підшкала життєвої активності)*. Для комплексної оцінки якості життя учасників та, зокрема, рівня їх життєвої енергії, використано *Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36)* – один із найвідоміших опитувальників загального стану здоров'я. SF-36 складається з 36 питань, об'єднаних у вісім шкал (суб'єктивних показників

здоров'я). Серед цих шкал – фізичне функціонування, рольове функціонування, біль, загальне здоров'я, соціальне функціонування, емоційне функціонування, психічне здоров'я та життєва енергія. Нас у контексті втоми цікавить передусім показник «Життєва енергія» (Vitality) – іноді його ще називають шкалою життєвої активності. Ця підшкала відображає рівень енергійності чи, навпаки, стомлюваності респондента у повсякденному житті. Шкала життєвої енергії включає питання про те, як часто протягом останніх 4 тижнів людина відчувала себе енергійною, бадьорою, чи, навпаки, виснаженою. Приклади запитань (у форматі тверджень з вибором частоти): «Протягом останнього місяця чи відчували Ви приплив сил і енергії?»; «...чи почувалися знесиленим (спустошеним)?» тощо. Відповіді подаються за шкалою частоти (від «ніколи» до «весь час»), які потім конвертуються у бали. Обчислення результатів здійснюється у два етапи: спочатку підсумовуються бали за кожним розділом, потім вони трансформуються у шкалу від 0 до 100, де 0 означає мінімальний рівень (найгірший стан), а 100 – максимальний.

Таким чином, показник життєвої енергії набуває значення від 0 до 100 балів: вищі значення відповідають більшому відчуттю енергійності і меншій втомлюваності [31]

У нашому дослідженні SF-36 використовувався саме для того, щоб отримати об'єктивізований показник втоми/енергії у житті ветеранів, доповнюючи спеціальні шкали втомлюваності. Цей показник відображає суб'єктивне самопочуття учасників у ширшому контексті якості життя. Крім того, SF-36 – міжнародно валідований інструмент, результати якого можна порівнювати з іншими вибірками або нормативами.

Інші його шкали (фізичне здоров'я, психічне здоров'я тощо) використовувались опосередковано – для загальної характеристики вибірки або перевірки, чи немає в учасників серйозних обмежень за станом здоров'я, що могли б спотворити результати щодо втоми. Наприклад, якщо б у ветерана були надзвичайно низькі показники фізичного функціонування або гострий біль, це могло б вплинути на його рівень енергії; проте у нашій вибірці таких

крайніх випадків не спостерігалось (за даними SF-36 загальне здоров'я учасників було на середньому рівні).

4) Шкала депресії Цунга. Оскільки депресія є одним із можливих психологічних факторів, що супроводжують втому (відомо, що підвищена втомлюваність часто спостерігається при депресивних розладах, до батареї методик включено Шкалу самооцінки депресії Цунга. Ця методика розроблена В. Цунгом (William W. Zung) для скринінгової діагностики депресивних станів у клініці та дослідницьких цілях [7]. Шкала Цунга є опитувальником із 20 тверджень, які описують різні симптоми депресії: поганий настрій, відчуття безнадії, порушення сну, зниження апетиту, втома, дратівливість тощо. Важливо, що десять тверджень сформульовано в позитивній формі (наприклад, «Мене радує те, що я роблю щодня»), а десять – у негативній («Я відчуваю пригніченість і смуток»). Це зроблено для контролю тенденції до односторонніх відповідей. Респондент повинен оцінити частоту прояву кожного симптому у нього останнім часом, обираючи одну з чотирьох градацій: «ніколи або зрідка», «іноколи», «часто», «майже або весь час». Відповідям відповідають бали від 1 до 4. Після заповнення обраховується сумарний бал (від 20 до 80). Згідно з критеріями Цунга, результати оцінюються за чотирма рівнями: до 49 балів вказує на відсутність депресії (норма), 50–59 балів – легка депресія, 60–69 балів – помірно виражена депресія, 70 балів і більше – тяжка депресія.

Таким чином, шкала Цунга відіграє роль контрольної методики, що дозволяє інтерпретувати результати більш точно і диференційовано.

5) Методика діагностики емоційного вигорання. Останнім інструментом у нашому дослідженні стала методика, спрямована на виявлення ступеня професійного (емоційного) вигорання. В умовах бойових дій та військової служби протягом багатьох років у військовослужбовців може розвинути стан, близький до вигорання: емоційне виснаження, зниження мотивації, апатія, цинізм або психічне притуплення. Щоб оцінити цей аспект, ми використали методику В.В. Бойка для діагностики рівня емоційного

вигорання. Методика складається з 84 тверджень, на які потрібно відповісти «так» чи «ні» відповідно до того, чи трапляється вказане явище у діяльності та переживаннях респондента. Ці твердження згруповані за 12 симптомами вигорання, по 4 симптоми на кожному з трьох фаз розвитку вигорання за концепцією Бойка [37]. Фази (стадії) емоційного вигорання такі: 1) «Напруження» – початковий етап, що включає симптоми перенапруги, переживання травмуючих обставин, тривоги та відчуття загнаності у кут; 2) «Резистенція» – фаза опору, коли формується психологічний захист від стресу, але при цьому виникають симптоми неадекватного вибіркового емоційного реагування, емоційно-моральної дезорієнтації, розширення сфери економії емоцій, редукції професійних обов'язків; 3) «Виснаження» – фінальна фаза, що характеризується власне емоційним виснаженням, деперсоналізацією (черствістю у стосунках) та чинними проявами виснаження. Кожен із 12 симптомів в опитувальнику Бойка діагностується через окремий набір запитань, а результат підраховується як сума повідних відповідей. Залежно від сумарних балів по кожній фазі визначається рівень сформованості цієї чи іншої стадії синдрому – від відсформованої фази. Методика Бойка є якісно-кількісною, оскільки вона дозволяє як виявити наявність синдрому вигорання, так і оцінити, наскільки виражені окремі його компоненти. Інтерпретація здійснюється за спеціальними шкалами для кожного з 12 симптомів (в балах) і в цілому за фазами. Синдром емоційного вигорання проявляється різними комбінаціями симптомів, серед яких часто зустрічаються: відчуття емоційної спустошеності, постійна втома, зниження працездатності, роздратування і конфліктність, байдужість до роботи та оточення. Зокрема, постійна втома і емоційне виснаження є ключовими ознаками фази виснаження, що пов'язує дану методику з предметом нашого дослідження. Високі показники вигорання у ветерана можуть пояснювати високий рівень хронічної втоми, оскільки емоційне вигорання супроводжується психічним і фізичним виснаженням ресурсів особистості. Таким чином, включення цієї методики мало на меті перевірити, чи не є підвищена втомлюваність у учасників бойових дій

частиною більш загального синдрому професійного вигорання, набутого внаслідок тривалого перебування у стресогенних умовах служби

## **Висновки до розділу 2**

Дизайн даного дослідження інтегрував неекспериментальний крос-секційний підхід, з орієнтацією на кількісний аналіз даних. Підготовчий етап охоплював планування, визначення методик психодіагностики та формування вибірки з ветеранів, що проходять реабілітацію. Збір даних здійснювався через групові сесії в спокійних умовах, де учасники заповнювали стандартизовані психодіагностичні інструменти. Аналітичний етап включав кодування, обробку результатів опитувальників та статистичний аналіз, в тому числі кореляційний аналіз для оцінки зв'язків між втомою та психометричними показниками. Цей етап дозволив отримати описові статистики, побудувати розподіли за категоріями та виявити ключові кореляції. Інтерпретаційний етап включав узагальнення результатів, формулювання висновків щодо рівнів втоми та втомлюваності серед учасників дослідження, а також розробку рекомендацій для реабілітаційного центру.

Вибірка дослідження включала 72 ветеранів бойових дій, які проходили реабілітацію в Центрі «Фенікс» у Києві з січня по березень 2025 року. До вибірки були включені військовослужбовці, що брали безпосередню участь у бойових діях, після отриманих поранень або пережитого бойового стресу, котрі на момент дослідження перебували на етапі відновлення. Вибірка була сформована цілеспрямовано, відповідно до критеріїв, що включали стаж військової служби понад 7 років, що дозволило зосередитися на досвідчених військових.

Також враховувалися демографічні (стать, вік) та професійні показники, пов'язані зі службою. Чоловіків у вибірці було значно більше (60 осіб або 83%), ніж жінок (12 осіб або 17%). За віковим складом, ветерани переважно належали до вікової групи 36 - 45 років. Середній вік учасників складав

приблизно 41 рік, що вказує на переважання респондентів пізньої молодості та середнього дорослого віку.

Такий підхід дозволив забезпечити дослідження об'єктивними показниками стану ветеранів і зробити обгрунтовані висновки на основі кількісних даних.

### **РОЗДІЛ 3 ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ОЦІНКИ ВТОМИ ТА ВТОМЛЮВАНOSTІ УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ У РЕАБІЛІТАЦІЙНОМУ ПРОЦЕСІ**

### **3.1. Критерії, показники та рівні втоми та втомлюваності в учасників бойових дій**

Дослідження критеріїв, показників та рівнів втоми та втомлюваності у учасників бойових дій є значущим для забезпечення їхнього психологічного та фізичного благополуччя. Це зумовлено потребою в глибокому розумінні та своєчасному виявленні таких станів, що можуть призвести до розвитку стресових розладів та інших психічних ускладнень. Раннє діагностування і зорієнтоване втручання можуть значно зменшити ризики пов'язані з тривалою втомою.

За результатами наукових досліджень, критерії визначення втоми включають, але не обмежуються, наступними симптомами: постійна фізична втома, зниження рівня концентрації уваги, порушення сну, головні болі та м'язова слабкість. Ці показники можуть бути корисними для встановлення ступеня втоми, що, в свою чергу, допомагає у плануванні відповідних заходів підтримки.

На практиці застосовуються валідні методики для визначення рівнів втоми, які базуються на самооцінці учасників бойових дій та клінічних спостереженнях. Вивчення динаміки втоми дозволяє фахівцям адаптувати підходи до підтримки здоров'я, зорієнтовані на особливості відновлення кожного військовослужбовця.

На констатувальному етапі експериментального дослідження було здійснено аналіз виокремлених критеріїв та показників втоми. В рамках цієї роботи було враховано досвід українських науковців, зокрема допрацювання професора Л.І. Шевченко, яка зазначає важливість комплексного підходу до діагностики та оцінки станів, пов'язаних з втомою в умовах бойових дій [3, с. 13].

О. В. Гринчук, доцент кафедри психіатрії та психотерапії, у своїй праці виділяє ряд показників, що дозволяють оцінити втому: від фізичних симптомів, таких як зниження активності та підвищена стомлюваність, до

психологічних – порушення уваги, зниження мотивації, і депресивних проявів. Соціальні показники, включаючи ускладнення в міжособистісних стосунках та ізоляцію, також є важливими для діагностики [5, с. 14].

У нашому аналізі ми також використовували дані з міжнародних джерел. Е. Кеннеді, американський професор, у своїх дослідженнях визначає соматичні критерії втоми, які включають зміни в крові, такі як рівні гемоглобіну, лейкоцитів, тромбоцитів і імуноглобулінів. А. Магнуссон із Швеції вказує на гормональні зміни, такі як рівні гормону росту, кортизолу і мелатоніну, які можуть свідчити про стан втоми. М. Сімон, французька професорка, акцентує на емоційних та особистісних наслідках втоми, включаючи соціальну пасивність та емоційну відчуженість.

Таким чином, комплексний підхід до вивчення втоми та втомлюваності, що включає різні фізичні, психологічні та соціальні аспекти, є ключовим для розуміння цього явища у ветеранів та розробки ефективних методів їх підтримки та реабілітації.

Для об'єктивної оцінки рівня втоми та втомлюваності серед військовослужбовців було застосовано комплексний підхід, що охоплює соматичні, особистісні та емоційні критерії. Під терміном «критерій» у даному контексті слід розуміти специфічну характеристику або індикатор, який використовується для кількісної та якісної оцінки визначеного стану. Нижче представлено узагальнені дані, структуровані у вигляді таблиці, що демонструє взаємозв'язок між визначеними критеріями та виявленими рівнями втоми.

Таблиця 3.1 Методики психодіагностики за критеріями оцінки втоми та втомлюваності учасників бойових дій

Категорія критерію	Показники	Назви методик
Соматичний критерій	Загальний фізичний стан, стомлюваність при фізичних навантаженнях, якість сну, реакція на фізичне навантаження	Опитувальник для оцінки хронічної втоми
Особистісний	Стресова реакція у кризових	Шкала астенічного

критерій	ситуаціях, здатність до саморегуляції під час стресу, емоційна реактивність, здатність до відновлення після стресових подій	стану Л.Д. Малкової Опитувальник SF-36
Емоційний критерій	Рівень емоційного напруження, виснаження пов'язане з тривалою напругою, симптоми, такі як тривожність, зниження мотивації, частота появи депресивних станів	Шкала депресії Цунга (Zung Self-Rating Depression Scale) Методика діагностики емоційного вигорання

Оцінка втоми та втомлюваності у учасників бойових дій включає ретельний аналіз соматичних критеріїв, які охоплюють широкий спектр фізичних та біохімічних показників для визначення загального фізичного стану і здоров'я військовослужбовців. Важливим аспектом є вимірювання фізичної активності, що включає аналіз тренувань, вправ та результатів фізичних тестів, які допомагають виявити зниження фізичної витривалості. Також моніториться загальний стан здоров'я через показники ваги, артеріального тиску та пульсу, що може вказувати на фізичне навантаження або стрес. Визначення якості та тривалості сну надає інформацію про ефективність відновлення організму. Біологічні показники, такі як рівень гормону кортизолу та ендорфіни, розкривають біохімічні зміни, що відбуваються у відповідь на хронічний стрес або втому. Нарешті, фізичні симптоми, включаючи біль, незручності, слабкість, є важливими індикаторами, які допомагають оцінити рівень втоми. Цей інтегрований підхід дозволяє забезпечити об'єктивну оцінку фізичного стану військовослужбовців та виявити наявність та ступінь втоми, пов'язаної з умовами бойових дій.

Оцінка втоми серед військовослужбовців істотно залежить від особистісних критеріїв, які визначають ставлення індивіда до власного фізичного та психічного стану. Ці критерії дозволяють глибше зрозуміти, як військовослужбовець сприймає своє самопочуття і реагує на стресові умови, що є ключовим для виявлення і керування рівнем втоми.

Серед важливих показників особистісного критерію можна виділити стресову відповідь, що включає аналіз реакції на стресові ситуації, оцінку здатності справлятися з високим рівнем стресу та адаптацію до них. Самооцінка та самосприйняття також грають значну роль, де військовослужбовці оцінюють свій фізичний і психічний стан та втомлюваність, що може впливати на їх загальну ефективність.

Емоційне виснаження, яке включає симптоми, такі як втома, роздратованість, депресія та зниження емоційної стійкості, є ключовим для ідентифікації емоційної складової втоми. Ці аспекти доповнюються дослідженням мотивації та інтересів, що допомагає зрозуміти, наскільки військовослужбовці зацікавлені виконувати свої обов'язки та розвиватися професійно.

Соціальна підтримка від колег, сім'ї та команди може суттєво знизити рівень втоми та стресу, забезпечуючи необхідну емоційну підтримку. Психологічна стійкість та здатність впливати на власні емоції також є важливими для подолання викликів, пов'язаних із бойовими діями.

Особистісні ресурси, такі як рішучість і самодисципліна, забезпечують додаткову підтримку для військовослужбовців у протистоянні втомі та стресу, що є вирішальним у управлінні втомою у таких напружених умовах.

Емоційний критерій вимірювання втоми у військовослужбовців зосереджується на вивченні емоційних та психологічних аспектів, які впливають на психічний стан та загальний рівень втоми. Аналіз включає розгляд рівня стресу, який військовослужбовці переживають під час виконання своїх обов'язків. Стрес, особливо пов'язаний з військовими умовами, може глибоко вплинути на емоційний стан особи, призводячи до значної втоми.

Важливим є також вивчення емоційного виснаження, що проявляється через різні симптоми, такі як роздратованість, апатія та емоційне вигорання. Ці симптоми вказують на високий рівень емоційного напруження, яке

негативно впливає на здоров'я і здатність військовослужбовців виконувати свої завдання.

Дослідження сприйняття емоцій також є ключовим для розуміння, як військовослужбовці ідентифікують та реагують на свої емоції у різних ситуаціях, включаючи стресові моменти. Цей аспект дозволяє зрозуміти, наскільки ефективно особи можуть керувати своїми емоційними реакціями, що безпосередньо впливає на їх здатність протистояти втомі в умовах військової служби.

### **3.2 Діагностика рівнів прояву втоми та втомлюваності в учасників бойових дій, які проходять реабілітацію**

Дослідження проведено на базі Центру психологічної реабілітації ветеранів «Фенікс» (м. Київ) протягом січня – березня 2025 р. У ньому взяли участь 72 учасники бойових дій (ЕГ – експериментальна група), що проходили реабілітацію після служби в зоні бойових дій. Серед них – 60 чоловіків і 12 жінок віком від 30 до 55 років (середній вік – 41 рік), зі стажем військової служби від 2 до 11 років. Для порівняння було сформовано контрольну групу (КГ) з 60 військовослужбовців (55 чоловіків, 5 жінок, середній вік – 39 р., стаж 2–10 років), які не брали безпосередньої участі у бойових діях (служба в мирних частинах). Поділ вибірки на ЕГ та КГ обґрунтований необхідністю перевірити вплив бойового досвіду на рівень втоми та виснаженості – відомо, що інтенсивний бойовий стрес може призводити до явища «бойової втоми» (combat fatigue) і виснаження.

З історичних джерел відомо, що під час Другої світової війни до половини усіх вибуттів військових зі служби було зумовлено саме бойовим виснаженням [67]. Таким чином, очікується, що ветерани із бойовим досвідом матимуть вищі показники втоми та астенизації, ніж військові без досвіду бойових дій.

Для оцінки рівнів втоми у військовослужбовців на етапі реабілітації було використано комплексний підхід за трьома критеріями: соматичним, особистісним та емоційним. Досліджуваних було розподілено на дві групи – контрольну (КГ) та експериментальну (ЕГ). Результати наведено у відсотках (%) і відображають розподіл військовослужбовців за рівнями втоми: низьким, середнім та високим. Представимо структуровані дані та їх інтерпретації для кожного критерію.

Соматичний критерій відображає фізичні (соматичні) та неврологічні прояви хронічної втоми у військових. Для його оцінки було застосовано дві діагностичні методики: оцінка ступеня хронічної втоми та її впливу на функціональні можливості організму та реєстрація соматичних і нервово-психічних проявів синдрому хронічної втоми (СХВ). У табл. 3.2 наведено відсоткові показники рівнів хронічної втоми за цими методиками в контрольній і експериментальній групах, а також загальна оцінка за соматичним критерієм (усереднені значення двох методик).

Таблиця 3.2. Розподіл рівнів втоми військовослужбовців за соматичним критерієм (у %)

Показник (методика)	Низький рівень		Середній рівень		Високий рівень	
	КГ	ЕГ	КГ	ЕГ	КГ	ЕГ
Оцінка хронічної втоми (функціональні можливості)	26,0	24,0	45,0	47,0	29,0	29,0
Оцінка соматичних проявів СХВ	28,0	24,0	44,0	46,0	28,0	30,0
Загальна оцінка (соматичний критерій)	27,0	24,0	44,5	46,5	28,5	29,5

Вважаємо за необхідне представити отримані результати на рис. 3.1

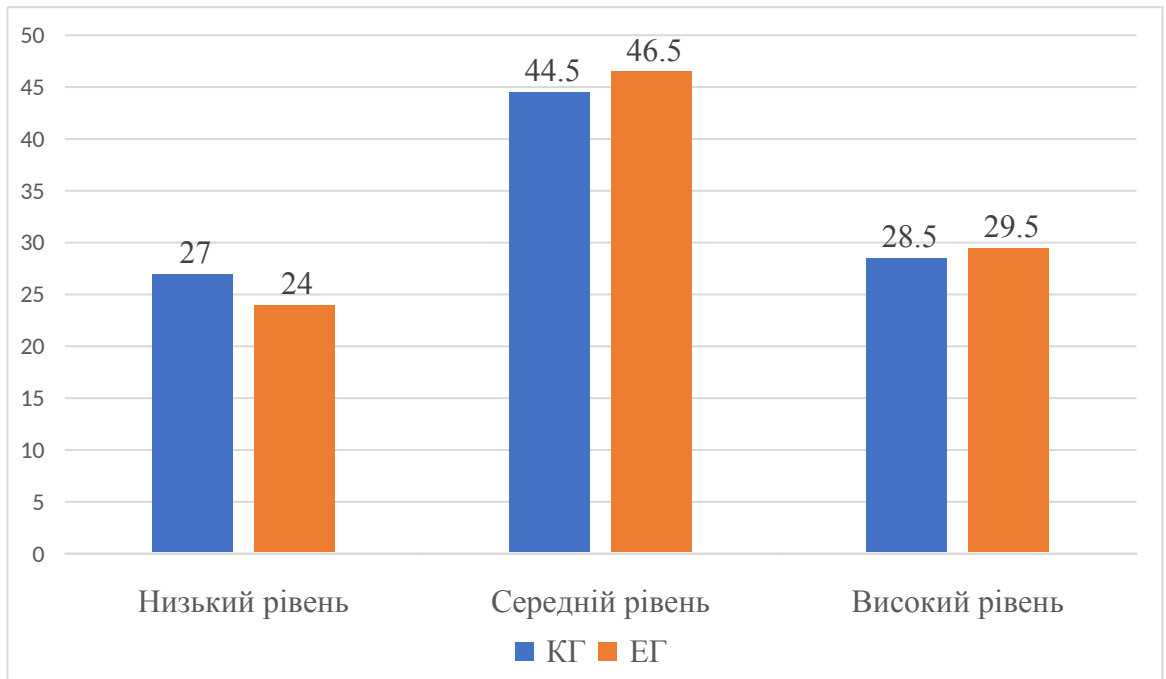


Рис. 3.1 Аналіз результатів щодо рівнів втоми за соматичним критерієм у контрольній (КГ) та експериментальній (ЕГ) групах

На рис. 3.1 відмічено, що середній рівень втоми за соматичним критерієм переважає в обох групах, так у КГ таких 44,5%, а в ЕГ – 46,5%. Це свідчить про те, що більшість військовослужбовців відчують помірно виражену фізичну втому, наприклад, після значних навантажень вони відчують виснаження, можуть спостерігатися порушення у роботі аналізаторних систем (зору, слуху тощо), що певною мірою впливає на якість виконання службових завдань. Низький рівень втоми за соматичним критерієм спостерігається у 27,0% контрольної групи та у 24% ЕГ. У яких фіксуються лише незначні прояви втоми, а саме легке відчуття стомленості після роботи, яке швидко минає після відпочинку і не відбивається суттєво на працездатності. Натомість високий рівень втоми у 28,5 % досліджуваних, які входять до контрольної групи, тоді як 29,5% у респондентів експериментальної групи. Військовослужбовці ЕГ з високим рівнем втоми скаржаться на відчуття постійної фізичної виснаженості, загальної слабкості, часті порушення сну. Це вказує на виражений негативний вплив тривалого фізичного та бойового навантаження на їхній стан здоров'я.

Особистісний критерій відображає суб'єктивне самопочуття, астеничні стани та якість життя військовослужбовців в контексті втоми. Для його оцінки використовувалися методики: оцінка ступеня вираження астеничного стану та опитувальник якості життя SF-36. Результати обстеження за особистісним критерієм подано у табл. 3.3, де наведено відсоток військових КГ і ЕГ з різними рівнями втоми за кожною методикою та узагальнену оцінку.

Таблиця 3.3 Результати дослідження рівнів втоми за особистісним критерієм (у %)

Показник (методика)	Низький рівень		Середній рівень		Високий рівень	
	КГ	ЕГ	КГ	ЕГ	КГ	ЕГ
Оцінка астеничного стану	26,0	22,0	46,0	45,0	28,0	33,0
Опитувальник SF-36 (якість життя)	23,0	24,0	44,0	47,0	33,0	29,0
Загальна оцінка (особистісний критерій)	24,5	23,0	45,0	46,0	30,5	31,0

Отримані результати представлені на рис. 3.2

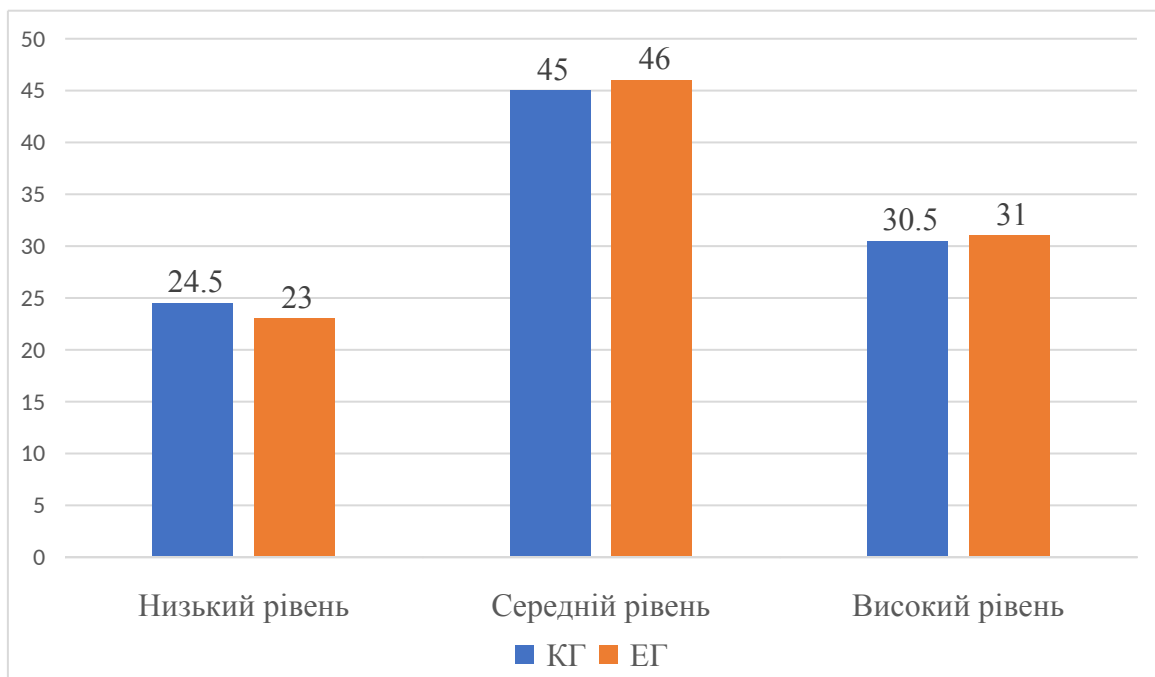


Рис. 3.2 Аналіз результатів щодо рівнів втоми за соматичним критерієм у контрольній (КГ) та експериментальній (ЕГ) групах

За даними особистісного критерію також переважає середній рівень втоми, так у 45,0% військовослужбовців КГ та 46,0% ЕГ. Це означає, що в обох групах більшість респондентів відчувають помірно виражені астеничні прояви і зниження життєвого тону. Вони зазначають помітний вплив стану здоров'я на повсякденну активність та виконання службових обов'язків – з'являється швидка виснажуваність, погіршується концентрація уваги, знижується загальна працездатність. Низький рівень за особистісним критерієм виявлено у приблизно 1/4 військових (КГ – 24,5%; ЕГ – 23,0%), що свідчить про відносно благополучний стан, тобто такі військовослужбовці не відзначають суттєвого впливу перенесених навантажень та перебування в бойових умовах на своє самопочуття. У них відзначаються лише поодинокі скарги або мінімальні вегетативні порушення. Високий рівень втоми за особистісними показниками зафіксовано у 30,5% військовослужбовців КГ та 31,0% ЕГ. Ці респонденти мають виражений астеничний синдром через відчуття постійної слабкості, апатії, поганого загального стану, що негативно впливає на якість життя. Зокрема, у військових з високим рівнем втоми відзначено погіршення швидкості психомоторних реакцій, розлади сну, зниження мотивації до діяльності. Таким чином, за особистісним критерієм більшість опитаних мають на достатньому рівні, менша частка – на високому та початковому рівнях. Отже, схожі рівні втоми, які спостерігаються між контрольною групою військовослужбовців, що не брали участі у бойових діях, та експериментальною групою, які проходять реабілітацію після повернення з бойових завдань, можуть бути зумовлені декількома ключовими факторами. Перший фактор – психологічний тиск і стрес, який є невід'ємною частиною військового життя незалежно від участі у бойових діях. Високі вимоги, строга дисципліна та велика відповідальність можуть спричинити розвиток симптомів втоми.

Другим фактором є загальне середовище військовослужбовців, що включає стресори, такі як тривала відсутність вдома і обмеження у звичайному

соціальному житті. Ці умови можуть впливати на здоров'я та самопочуття військовослужбовців у контрольній групі.

Третім важливим аспектом є адаптація до умов служби. Учасники обох груп можуть адаптуватися до умов військової служби, що може зменшити відчуття втоми навіть серед тих, хто не брав участі в активних бойових діях. Адаптація може включати розвиток механізмів справляння із стресом, що допомагають управляти втомою.

Четвертим фактором є фізичні вимоги та активність, що висуваються до всіх військовослужбовців незалежно від участі в бойових діях. Регулярні фізичні тренування та інші обов'язки можуть сприяти виникненню симптомів втоми.

Емоційний критерій відображає психологічний стан військовослужбовців, зокрема наявність депресивних проявів та синдром емоційного вигорання, пов'язаних з втомою. Для оцінювання цього критерію було застосовано психометричну шкалу депресії Цунга та методику діагностики рівня емоційного вигорання. У табл. 2.4 представлено результати за кожною з цих методик у КГ та ЕГ, а також загальну оцінку рівнів втоми за емоційним критерієм.

Таблиця 3.4 Результати дослідження рівнів втоми за емоційним критерієм (у %)

Показник (методика)	Низький рівень		Середній рівень		Високий рівень	
	КГ	ЕГ	КГ	ЕГ	КГ	ЕГ
Шкала депресії (Цунга)	30,0	20,0	40,0	50,0	30,0	30,0
Оцінка рівня емоційного вигорання	28,0	18,0	42,0	52,0	30,0	30,0
Загальна оцінка (емоційний критерій)	29,0	19,0	41,0	51,0	30,0	30,0

Вважаємо за необхідне представити отримані результати на рис. 3.3

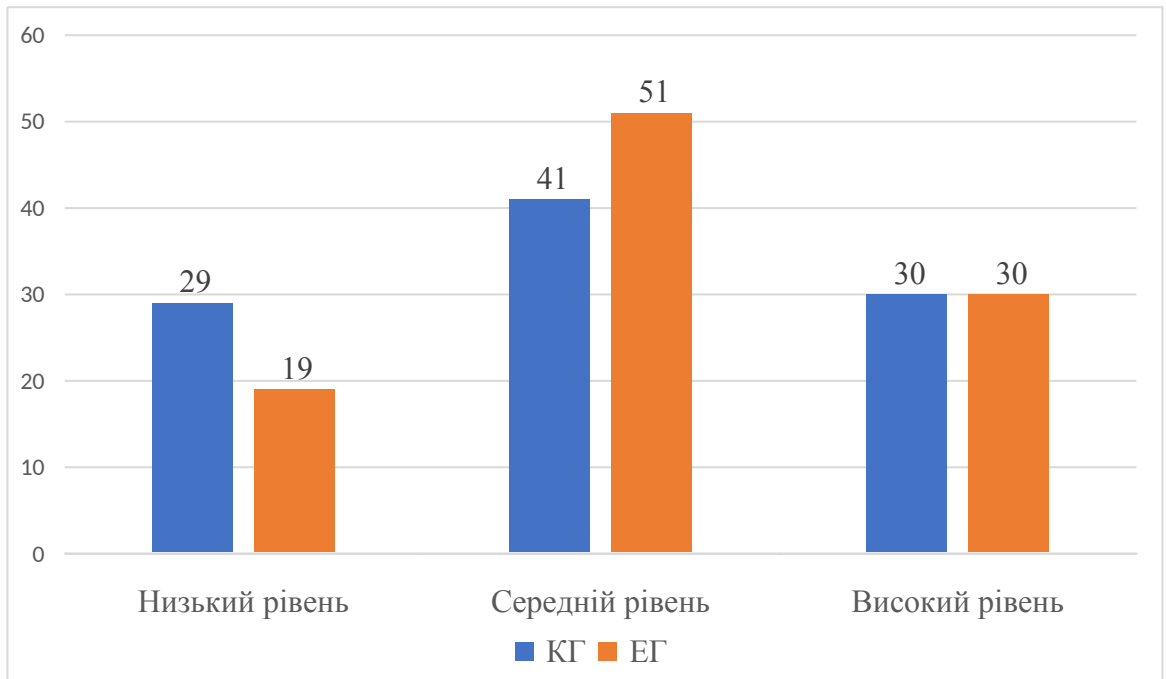


Рис. 3.3 Аналіз результатів щодо рівнів втоми за емоційним критерієм у контрольній (КГ) та експериментальній (ЕГ) групах

У дослідженні, яке аналізувало рівні втоми за емоційним критерієм серед двох груп військовослужбовців – одна з яких складалась з осіб, що не брали участі у бойових діях (контрольна група), а інша включала осіб, що проходили реабілітацію після повернення з бойових завдань (експериментальна група), було виявлено наступні особливості. За даними шкали депресії Цунга та методики оцінки рівня емоційного вигорання, рівні втоми учасників обох груп відрізняються, що може бути пов'язано з особливостями їхнього досвіду та умовами служби.

Так, у 30% досліджуваних, які входили до контрольної групи за шкалою Цунга і у 28% військовослужбовців за методикою оцінки емоційного вигорання мають низький рівень втоми, що може свідчити про наявність менш вираженої емоційної втоми порівняно з експериментальною групою. Це відображає різницю в емоційному навантаженні, яке військовослужбовці зазнали під час служби, та може бути пов'язане з меншим рівнем стресу в умовах, де не було безпосередньої участі в бойових діях.



Низький рівень	27,0	24,0	24,5	23,0	29,0	19,0	26,8	22
Середній рівень	44,5	46,5	45,0	46,0	41,0	51,0	43,5	47,8
Високий рівень	28,5	29,5	30,5	31,0	30,0	30,0	29,6	30,1

У проведеному дослідженні аналізувалися рівні втоми за соматичним, особистісним, та емоційним критеріями серед двох груп військовослужбовців. Контрольна група включала осіб, що не брали участі у бойових діях, тоді як експериментальна група складалась з осіб, які проходили реабілітацію після повернення з бойових завдань.

За даними дослідження, у 27% досліджуваних контрольної групи за соматичним критерієм відмічався низький рівень втоми, тоді як у експериментальній групі цей показник складав 24%. За особистісним критерієм низький рівень втоми спостерігався у 24,5% контрольної групи та 23% експериментальної групи. У контексті емоційного критерію, низький рівень втоми було відзначено у 29% контрольної групи проти 19% експериментальної групи. Ці результати можуть вказувати на більш виражений вплив стресу та бойових умов на емоційний стан учасників експериментальної групи.

Середній рівень втоми виявився трохи вищим у експериментальній групі по всіх трьох критеріях. Він був зафіксований у 44,5% досліджуваних контрольної групи за соматичним критерієм та 46,5% за тим же критерієм в експериментальній групі. За особистісним критерієм середній рівень втоми склав 45% у контрольній групі та 46% в експериментальній групі, та за емоційним критерієм відповідно 41% та 51%.

Високий рівень втоми був майже однаковим у обох групах, що вказує на можливість схожого впливу тривалої військової служби на військовослужбовців незалежно від безпосередньої участі у бойових діях. У контрольній групі високий рівень втоми за соматичним критерієм був відзначений у 28,5%, за особистісним у 30,5%, та за емоційним у 30%

досліджуваних. В експериментальній групі ці показники склали 29,5%, 31%, та 30% відповідно.

Таким чином, результати дослідження підтверджують необхідність комплексного підходу до оцінки втоми у військовослужбовців, оскільки вона може бути обумовлена різними соматичними, особистісними, та емоційними факторами, які вимагають детального вивчення та адекватних реабілітаційних заходів.

У процесі аналізу було розраховано описові статистики для кожного з критеріїв втоми та втомлюваності – соматичного, особистісного, емоційного та загального індексу – окремо в експериментальній групі (ЕГ, ветерани бойових дій,  $n=72$ ) та контрольній групі (КГ, військові без бойового досвіду,  $n=60$ ). Зведені дані подано в таблиці 3.6.

Таблиця 3.6. Описова статистика рівнів втоми у експериментальній (ЕГ) та контрольній (КГ) групах (М – середнє значення; SD – стандартне відхилення).

Критерій втоми	ЕГ (М±SD)	Медіана ЕГ	КГ (М±SD)	Медіана КГ
Соматична	65,5 ± 8,9	65,4	60,1 ± 10,2	60,3
Особистісна	63,0 ± 6,0	62,9	54,8 ± 8,3	53,7
Емоційна	72,2 ± 4,7	72,2	48,3 ± 9,8	48,9
Загальна	67,1 ± 6,7	66,8	54,3 ± 7,5	54,0

Як видно з таблиці 3.6, в усіх вимірах середні показники втоми у ветеранів (ЕГ) вищі, ніж у військовослужбовців без бойового досвіду (КГ). Найбільша різниця спостерігається за емоційним критерієм: середнє значення емоційної втоми в ЕГ становить  $M \approx 72$ , що суттєво перевищує показник КГ ( $M \approx 48$ ). Це вказує на значно вищий рівень емоційного виснаження у ветеранів. Загальний індекс втоми також помітно вищий у ЕГ ( $M \approx 67$  проти  $M \approx 54$  у КГ). Середній рівень особистісної втоми (пов'язаної з особистісними проявами виснаження) у

ветеранів дещо перевищує аналогічний показник у контролі ( $\approx 63$  проти 55). Найменша міжгрупова різниця спостерігається за соматичною втомою: середнє значення соматичного компонента (фізичної втомлюваності) в ЕГ становить  $\approx 65$ , що лише на  $\sim 5$  одиниць більше, ніж у КГ ( $\approx 60$ ).

Розподіли даних близькі до нормальних: середні та медіанні значення майже збігаються для всіх показників, що свідчить про відсутність значної асиметрії. Наприклад, медіани загального індексу втоми ( $\approx 66,8$  в ЕГ та  $54,0$  в КГ) майже відповідають середнім, а модальні значення лежать поблизу цих центральних тенденцій (розподіл одномодальний). Варіабельність показників (SD) в цілому помірна і порівнянна між групами, хоча у ветеранів спостерігається трохи менша дисперсія за деякими показниками (особистісна та емоційна втома,  $SD \approx 5-7$ ) порівняно з контрольною групою ( $SD \approx 8-10$ ), що може свідчити про більш однорідний рівень виснаження серед учасників бойових дій.

Для оцінки значущості міжгрупових відмінностей було застосовано t-критерій Стьюдента для незалежних вибірок (двосторонні критерії) по кожному з критеріїв втоми, а також за загальним індексом втоми. Результати статистичних порівнянь представлені в таблиці 3.7

Таблиця 3.7. Результати t-тесту для порівняння показників втоми між експериментальною (ЕГ) та контрольною (КГ) групами.

Критерій втоми	t	p
----------------	---	---

Соматична	3,25	0,002
Особистісна	6,50	<0,001
Емоційна	18,31	<0,001
Загальна	10,32	<0,001

Як видно з таблиці, за всіма показниками зафіксовано статистично значущі відмінності між групами. Найбільш суттєва різниця виявилася за рівнем емоційної втоми:  $t \approx 18,3$ ,  $p < 0,001$ , що вказує на надзвичайно високий ступінь значущості (учасники бойових дій мають значно вищу емоційну виснаженість, ніж військові без бойового досвіду). Дуже помітними є також відмінності за загальним індексом втоми ( $t \approx 10,3$ ,  $p < 0,001$ ) та особистісною втомою ( $t \approx 6,5$ ,  $p < 0,001$ ): ветерани демонструють вищий загальний рівень виснаження та втомлюваності, а також більший особистісний компонент втоми (суб'єктивне відчуття виснаження, мотиваційне вигорання тощо) порівняно з контролем.

Найменша різниця між групами спостерігається за соматичною (фізичною) втомою: хоча середній бал ЕГ дещо перевищує показник КГ ( $\approx 65$  проти  $60$ ), ця відмінність статистично менш виражена ( $t \approx 3,25$ ,  $p \approx 0,002$ ). Тим не менше, вона теж є значущою на рівні  $p < 0,01$ . Отже, можна констатувати, що учасники бойових дій мають вищі показники втоми за всіма розглянутими критеріями. З практичної точки зору, розмір ефекту цих відмінностей варіюється від помірного для соматичної втоми (різниця  $\sim 0,5$  SD) до дуже великого для

емоційної втоми (більш ніж 3 SD), що підкреслює особливу уразливість ветеранів саме в емоційній сфері виснаження.

Комплексний статистичний аналіз отриманих даних дозволив всебічно охарактеризувати рівні втоми та втомлюваності у ветеранів бойових дій порівняно з військовослужбовцями без бойового досвіду. Встановлено, що експериментальна група ветеранів достовірно перевищує контрольну групу за всіма компонентами втоми – соматичною, особистісною, емоційною, а також за інтегральним показником загальної втоми. Найбільш виражені відмінності стосуються емоційного виснаження, так ветерани відчувають значно сильніше емоційне вигорання та психічну втому. Це можна пояснити впливом пережитого бойового стресу та травматичного досвіду, який призводить до емоційного виснаження. Також високими є показники особистісної втоми (мотиваційного виснаження, втрати ентузіазму) серед ветеранів, що узгоджується з явищем професійного вигорання внаслідок тривалого виконання важких службових обов'язків. Фізична (соматична) втома у ветеранів теж дещо вища, ніж у контролі, хоча різниця менш суттєва – ймовірно, тому, що обидві групи складаються з військових, які мають певний рівень фізичного навантаження і тренуваності, тож базовий рівень соматичної втомлюваності у них подібний.

Підсумовуючи, проведене дослідження демонструє, що ветерани бойових дій характеризуються підвищеною втомлюваністю за всіма напрямками порівняно з військовослужбовцями, які не брали участі в боях. Отримані результати мають важливе прикладне значення, оскільки вони вказують на необхідність спеціалізованих реабілітаційних заходів, спрямованих на зниження емоційного вигорання та особистісного виснаження ветеранів, а також на підтримку їх фізичного здоров'я. Таким чином, результати дослідження дають науково обґрунтовані підходи до розробки програм психофізичної реабілітації ветеранів та до превентивних заходів, що допоможуть підтримувати працездатність і психологічне благополуччя військових.

### **3.3 Система роботи з подолання втоми та втомлюваності у військовослужбовців, які проходять реабілітацію**

Повернення учасників бойових дій до мирного життя часто супроводжується вираженим синдромом втоми – як фізичної, так і психічної. Наше дослідження емпірично засвідчило наявність підвищених рівнів втоми та втомлюваності у військових ветеранів за соматичними, особистісними та емоційними показниками. Це підтверджує актуальність розробки цілісної системи психофізичної реабілітації, спрямованої на подолання виснаження. Хронічна «бойова втома» (Battle Fatigue) – поняття, що описує граничне виснаження організму після тривалих бойових навантажень. В таких умовах тіло і психіка ветерана працюють на межі можливостей, що призводить до астенизації (зниження адаптаційних резервів) і погіршення працездатності [22]. За даними кризової служби підтримки ветеранів, серед основних проблем учасників бойових дій фіксуються постійна втома, виснаження та апатія внаслідок тривалої участі у воєнних діях [36]. Водночас психологічні травми, втрати, поранення і соматичні захворювання утворюють коморбідні «шари» проблем, кожен з яких посилює загальне виснаження. Отже, система реабілітації повинна мати багаторівневий характер, включаючи заходи для відновлення як фізичних, так і психічних ресурсів ветеранів.

Втома є комплексним, мультидисциплінарним феноменом, що охоплює соматичні, психологічні та когнітивні компоненти [58, с. 1121–1123]. В учасників бойових дій втома часто поєднується з посттравматичним стресом, депресією, безсонням і болем, що обумовлює фізичне виснаження підсилює психологічні проблеми і навпаки. Соматичний аспект втоми проявляється у м'язовій слабкості, зниженні витривалості, швидкій стомлюваності під час фізичних навантажень. Особистісний аспект (його ще можна назвати мотиваційно-когнітивним) відображає зниження мотивації, труднощі концентрації, уповільнення мислення і реакцій – тобто ознаки психічного

виснаження [56; 58]. Емоційний аспект втрати виявляється через емоційну виснаженість, апатію, дратівливість та коливання настрою. Отримані результати вимірювання втомлюваності за цими трьома критеріями показали, що учасники бойових дій мають істотні відхилення від норми, зокрема: переважна більшість – високий рівень фізичної квалості, значна частина – симптоми емоційного вигорання, а також суб'єктивне відчуття «спустошення» та браку сил для повсякденної активності.

Наукові дослідження підтверджують, що подолання такого багатокomпонентного синдрому потребує системного підходу. Зокрема, досвід інших країн свідчить на користь мультидисциплінарної реабілітації: поєднання фізичної активності, психологічних втручань та медичних заходів в єдиний протокол дає найкращий ефект при втраті [57]. У випадку ветеранів з травматичним досвідом реабілітаційна система повинна охоплювати кілька рівнів допомоги одночасно – психологічний, фізіологічний та соціальний. Психофізична реабілітація в даному контексті розуміється як комплекс методик, що відновлюють цілісне функціонування організму ветерана, а також нормалізують роботу нервової системи, гормонального балансу, покращують сон і витривалість тіла, а також сприяють психологічній адаптації, стресостійкості та мотивації до життя. Наукове обґрунтування такої системи базується на принципах психофізіологічної єдності, де психіка і тіло невід'ємно впливають одне на одного, тому вплив тільки на один рівень (лише медикаментозне лікування або тільки психотерапія) дає обмежений результат. Натомість комплексна програма реабілітації враховує весь спектр проявів втрати – від м'язової слабкості до емоційного вигорання – і націлена на відновлення життєстійкості учасників бойових дій у всіх цих вимірах.

У процесі розробки системи ми спиралися як на результати власного дослідження, так і на сучасні наукові джерела. Як відомо, соматичні симптоми втрати (м'язове виснаження, головний біль, порушення сну) у ветеранів тісно пов'язані з психологічними чинниками (рівень тривожності, депресивність, ПТСР). Це узгоджується з концепцією «енергетичного бюджету» організму,

оскільки тривалий бойовий стрес виснажує резерви енергії, порушує регуляцію кори наднирників (синдром хронічного стресу) та призводить до стану постійної перевтоми [66]. Таким чином, науково вмотивованим є висновок, що подолання втоми у ветеранів вимагає одночасної роботи з відновленням тілесних ресурсів (сон, витривалість, м'язова сила) і психологічних ресурсів (емоційна рівновага, мотивація, когнітивні функції). Цей підхід підтримується сучасними реабілітаційними парадигмами, що рекомендують інтегративні втручання при втомі різного генезу – від розладів центральної нервової системи (напр. розсіяний склероз) до постстресових станів [57].

Розглянемо ефективні підходи та методи, які доцільно включити в систему роботи з подолання втоми та підвищеної втомлюваності у військових, які проходять реабілітацію.

Сучасні підходи до подолання втоми у ветеранів спираються на принципи біопсихосоціальної моделі. Це означає, що лікування та реабілітація мають враховувати біологічні фактори (травми, соматичні хвороби), психологічні фактори (стрес, емоційний стан, когніції) та соціальні чинники (підтримка, реінтеграція). Нижче розглянемо ключові напрямки допомоги, що довели свою ефективність або перспективність у дослідженнях останнього десятиліття.

#### *1. Когнітивно-поведінкова терапія (далі – КПТ).*

Когнітивно-поведінкова терапія є одним з найефективніших психотерапевтичних підходів для зниження проявів втоми, особливо коли йдеться про поєднання фізичних симптомів з психологічними. КПТ зарекомендувала себе у лікуванні синдрому втоми, так мета-аналіз клінічних досліджень показав, що цей метод достовірно зменшує вираженість втоми порівняно зі стандартним медичним доглядом [45]. У контексті учасників бойових дій, КПТ адаптують під специфічні потреби – зокрема, вчать долати негативні думки, пов'язані з травматичним досвідом, та відновлювати активність поступово, не перевантажуючи організм.

КПТ може покращувати регуляцію активності та відпочинку. Одним з компонентів терапії є навчання пацієнта принципам енергоменеджменту, тобто балансування навантажень і відпочинку протягом дня, постановка реалістичних цілей. Ветерани з втомою часто мають схильність або до гіперактивності (коли «накочує» енергія – намагаються зробити занадто багато одразу), або до уникання діяльності через страх виснаження. Терапевт допомагає сформувати стабільний розпорядок, чергувати періоди активності та відновлення. Модифікація дезадаптивних переконань щодо власних можливостей також є важливою, наприклад, ідеї типу «я більше ні на що не здатен» погіршують мотивацію та збільшують суб'єктивне відчуття втоми. КПТ сприяє розвитку більш адаптивного мислення і самоефективності ветерана.

Доведено, що КПТ ефективна і при супутніх розладах, які посилюють втому – насамперед при безсонні та тривозі. Застосування когнітивно-поведінкової терапії для лікування безсоння у пацієнтів з черепно-мозковою травмою (ЧМТ) показало не лише поліпшення сну, але й зменшення денного виснаження та болю [45]. Отже, комплексний ефект КПТ полягає у тому, що покращуючи сон, настрій і подолання стресу, вона опосередковано підвищує рівень енергії. В одному з небагатьох досліджень, де втому розглядали як основний результат терапії у ветеранів з черепно-мозковою травмою, застосовували спеціалізовану програму КПТ, доповнену навчанням навичкам управління втомою; результати продемонстрували позитивну динаміку, хоч і потребують подальших підтверджень [48]. Експерти відзначають, що когнітивно-поведінковий підхід до подолання втоми є перспективним і потребує ширшого впровадження, особливо з урахуванням того, що він відносно безпечний і не має побічних ефектів, на відміну від фармакотерапії [48].

Отже, включення КПТ у реабілітаційну систему дозволяє вирішувати одразу кілька завдань, а саме: навчити ветерана ефективних способів совладання зі стресом і виснаженням, покращити його сон та емоційний стан,

сформувати здорові поведінкові стратегії (наприклад, поступове нарощування фізичної активності, а не життя «стрибками» від перевантаження до повної пасивності). За рахунок цього загальний рівень втомлюваності знижується, і людина відчуває більше контролю над своїм станом.

## *2. Тілесно-орієнтовані методики та фізична реабілітація.*

Тілесно-орієнтовані підходи спрямовані на відновлення фізичних ресурсів організму, а також на зняття м'язової напруги та соматичних проявів стресу. До цієї категорії належать: лікувальна фізична культура, дозовані аеробні навантаження (хідьба, плавання, легкий біг), дихальні гімнастики, методи релаксації (прогресивна м'язова релаксація, аутогенне тренування), масаж та інші техніки роботи з тілом.

Наукові дані останніх років підтверджують, що регулярна фізична активність помірної інтенсивності є одним з найдієвіших способів боротьби з втомою. Зокрема, в рамках реабілітації після черепно-мозкових травм було випробувано кілька програм вправ: піші прогулянки, аеробіка та акватерапія. Три з чотирьох таких інтервенцій продемонстрували позитивний ефект – зменшення суб'єктивної втоми та покращення витривалості [48]. Навіть проста ходьба 3 рази на тиждень може відчутно поліпшити самопочуття ветерана і зменшити рівень втомлюваності; тому ходьба рекомендована як базовий компонент менеджменту втоми. Фізичні вправи низького ризику (наприклад, скандинавська ходьба, плавання) покращують кровообіг, нормалізують обмін речовин та сприяють виділенню ендорфінів, що сумарно підвищує рівень енергії і настрій.

Окрім аеробних навантажень, важливе місце займають дихальні та релаксаційні техніки. У ветеранів зі станом бойової перевтоми часто спостерігається хронічна напруга в скелетних м'язах (особливо м'язах шиї, спини), порушене дихання (поверхневий, переривчастий вдих) та підвищена активність симпатичної нервової системи. Методики тілесної релаксації допомагають «перезавантажити» фізіологічні реакції, так, наприклад, глибоке діафрагмальне дихання активує парасимпатичну систему, знижуючи рівень

кортизолу і уповільнюючи пульс. Практики на зразок йоги та медитації майндфулнес успішно застосовуються серед учасників бойових дій для зменшення стресу і покращення самопочуття. Нещодавнє рандомізоване дослідження за участю 150 ветеранів показало, що 12-тижнева програма йоги (двічі на тиждень по 60 хвилин) не лише зменшує біль у спині, а й значно знижує рівень втоми та підвищує якість життя учасників порівняно з контрольною групою [51]. Ці результати підтримують доцільність ширшого впровадження йоги та подібних практик у реабілітацію ветеранів як доповнення до традиційних методів.

Масаж та фізіотерапія (наприклад, електростимуляція м'язів, біологічний зворотний зв'язок) також можуть бути корисними для зняття м'язового перенапруження і поліпшення тонусу. Хоча доказова база щодо них поки обмежена, деякі ветерани відзначають полегшення після курсу масажу або програми біофідбек-тренінгу, що навчила їх краще розслаблятися.

Загалом, тілесно-орієнтований компонент системи реабілітації вирішує завдання відновлення фізичної енергії, насамперед, покращує сон (за рахунок розслаблення), підвищує витривалість (за рахунок тренувань), зменшує соматичні симптоми стресу (наприклад, м'язові болі, головний біль). Важливо, щоб фізичні навантаження вводилися поступово і під наглядом фахівця з реабілітації, з урахуванням стану здоров'я ветерана (наявність поранень, хронічних хвороб). Індивідуально підібрана програма ЛФК (лікувальної фізкультури) – невід'ємна частина системної роботи з подолання втомлюваності.

### *3. Групова психотерапія та підтримка.*

Групові форми роботи займають важливе місце в психологічній реабілітації ветеранів. Групова психотерапія, взаємодопомога ровесників (peer support groups), терапевтичні спільноти – всі ці формати забезпечують середовище, де ветерани можуть відкрито обговорити свій досвід війни, почути історії інших та разом навчатися способам подолання труднощів.

Подолання втоми тут відбувається опосередковано, через нормалізацію емоційного стану та соціальну підтримку.

Групова терапія ефективно зменшує почуття ізоляції та непорозуміння, які часто переслідують воїнів у цивільному житті. Коли людина усвідомлює, що інші учасники відчувають схожі проблеми – втому, безсоння, тривогу – це саме по собі знімає частину емоційного напруження. У групі учасники діляться практичними порадами, як вони борються зі знесиленням, наприклад, хтось розповідає про вправи, що йому допомогли, інший – про корисні книги чи прийоми саморегуляції. Так накопичується «банк» дієвих методик, якими можуть користуватися всі члени групи. Почуття товариства і «плеча побратима» підвищує мотивацію долати труднощі, вселяє надію на відновлення. Нерідко саме в групі учасники бойових дій вперше усвідомлюють, що їхній стан – не просто «лінь» чи «слабкість», а поширений наслідок війни, який потребує фахового підходу.

З психологічної точки зору, групова психотерапія сприяє емоційному розвантаженню. В безпечному груповому просторі учасники можуть висловити накопичені почуття – біль втрати, гнів, страх, сором за свою слабкість. Проживання цих емоцій у присутності тих, хто розуміє, приводить до зниження внутрішньої напруги. Як результат, зменшуються такі прояви, як дратівливість, тривожність, емоційне виснаження – отже, суб'єктивно людина відчуває себе менш втомленою. Досвід США показує, що групові програми (наприклад, групова когнітивна терапія, групи підтримки при госпіталях) є ефективними у подоланні ПТСР та депресії у ветеранів [68]. Хоча пряма дія на синдром втоми менше досліджена, можна припустити, що покращення психологічного стану внаслідок групової терапії позитивно позначиться і на рівні енергії.

Окремо варто згадати специфічні формати групової роботи, які останнім часом набувають популярності, так терапія природою (*adventure therapy*), арт-терапевтичні групи, сімейні групи для ветеранів та їхніх близьких. Усі вони включають елемент згуртованості і обміну досвідом, який критично важливий

для відновлення. Наприклад, багатоденна групова програма на природі, що поєднує похід, кемпінг, командні завдання, дозволяє ветеранам перевірити свої сили, підтримувати одне одного і разом переживати радість маленьких досягнень, що сприяє відновленню впевненості та життєвої енергії.

Таким чином, групова психотерапія та підтримка є невід'ємною складовою системної допомоги. Вона забезпечує соціально-психологічний фундамент, на якому індивідуальні зусилля ветерана (в лікуванні, тренуваннях, терапії) стають більш результативними. Оскільки людина, що відчуває підтримку спільноти, менше виснажується емоційно і більш наполегливо рухається до відновлення.

#### *4. Фармакотерапія та медичні підходи.*

Медикаментозне лікування може відігравати допоміжну роль у подоланні надмірної втомлюваності учасників бойових дій. Важливо зазначити, що наразі не існує єдиного специфічного препарату від втоми; фармакотерапія спрямована переважно на корекцію супутніх станів, які погіршують втому, або на тимчасове полегшення окремих симптомів. Наукові дослідження підкреслюють, що доказова база ефективності ліків при посттравматичній втомі обмежена [48].

У систематичному огляді 2014 року виявлено, що серед досліджених підходів лише два – психостимулятор модафініл та програма КПТ з навчанням управління втомою – були перевірені більш ніж в одному рандомізованому дослідженні [48]. Результати при цьому суперечливі, так, модафініл (препарат для підвищення бадьорості, що застосовується при нарколепсії) виявився неефективним для зменшення посттравматичної втоми, тому наразі не рекомендується як рутинна терапія. Натомість є певні дані, що пірацетам (ноотропний препарат) може частково знижувати астенію, а також потенційно корисним може бути вплив яскравого блакитного світла (світлотерапія) на циркадні ритми, що впливає на відчуття бадьорості. Проте ці підходи потребують подальших досліджень.

На практиці лікарі при роботі з учасниками бойових дій, які скаржаться на виснаження, вдаються до симптоматичної фармакотерапії. Якщо у пацієнта діагностовано депресію чи тривожний розлад, призначаються антидепресанти (наприклад, SSRIs) або анксиолітики. Усунення депресивної симптоматики часто приводить до підвищення енергійності та мотивації. Якщо порушений сон (інсомнія, часті нічні пробудження), можуть бути застосовані коротким курсом снодійні або мелатонін для відновлення нормального добового ритму. Поліпшення якості сну прямо корелює зі зменшенням денної втоми. За наявності болю (наслідки поранень, артралгії тощо), призначаються знеболювальні або ад'ювантні засоби (протизапальні, міорелаксанти) – це дозволяє розірвати коло, коли біль виснажує і не дає відпочити.

Іноді в умовах вираженої астенії лікарі пробують короткочасно застосовувати стимулювальні препарати (психостимулятори, аналоги амфетаміну) для «підйому» тону – наприклад, метилфенідат використовується при черепно-мозкових травмах, аби покращити увагу і зменшити втому. Однак такі призначення повинні бути дуже обережними, оскільки вони показані лише при суворих показаннях і під наглядом, оскільки є ризик побічних ефектів (тахікардія, підвищення тиску, залежність). Дослідження свідчать, що ефект стимуляторів непостійний, а ризики можуть перевищувати користь [48]. Тому основний акцент у фармакотерапії – на лікуванні коморбідних розладів.

Окрім ліків, до медичних підходів можна віднести й такі заходи як нутритивна підтримка (вітаміни, мікроелементи), особливо якщо у ветерана анемія або дефіцит B12, D – їх компенсація здатна покращити самопочуття; гормональна терапія, якщо виявлено ендокринні порушення (наприклад, гіпотиреоз, що викликає слабкість, – тоді призначають тиреоїдні гормони). У деяких випадках доцільна нейропсихіатрична діагностика для виключення станів на кшталт поствірусного синдрому або міастенії, які можуть вимагати специфічного лікування.

Загалом, фармакотерапія в системі подолання втоми відіграє допоміжну і підтримуючу роль. Вона полегшує окремі симптоми, створюючи вікно можливостей для активнішої реабілітації психологічними та фізичними методами. Важливо уникати поліфармації та зайвого призначення стимулюючих препаратів без достатніх підстав. Натомість акцент робиться на безпечних засобах для корекції сну, лікуванні депресії, усуненні больового синдрому, тобто на всьому, що дозволить ветерану краще відпочивати і відновлювати сили.

### *5. Комплексні реабілітаційні протоколи*

Останнім часом в Україні та світі формуються реабілітаційні протоколи для учасників бойових дій, що інтегрують різні підходи в єдину систему допомоги. Йдеться про стандартизовані програми, які можуть впроваджуватися у шпиталях, реабілітаційних центрах, санаторіях чи амбулаторно. Вони базуються на міждисциплінарній команді: психолог, лікар-невролог (або лікар фізичної реабілітації), психотерапевт, фізичний терапевт, ерготерапевт, соціальний працівник. Кожен з фахівців працює над своїм компонентом відновлення, а разом вони забезпечують цілісний прогрес пацієнта.

У світовій практиці відомими є програми типу «Polytrauma Rehabilitation» у системі госпіталів Veterans Affairs (США), де з ветеранами займаються протягом декількох місяців, відновлюючи їх після складних поранень і супутнього постстресового розладу. В цих програмах обов'язково приділяється увага менеджменту втоми, за допомогою навчання енергозбереженню при виконанні побутових справ, розробка індивідуального плану фізичних тренувань, участь в терапевтичних групах. Деякі протоколи включають телереабілітацію – коли частина занять (наприклад, сесії КПТ чи консультування щодо способу життя) проводяться дистанційно через відеозв'язок. Досвід показує, що гнучкий формат (очно + онлайн) підвищує залученість ветеранів, зменшує кількість зривів у лікуванні [57].

В Україні затверджено ряд нормативних документів щодо реабілітаційної допомоги учасникам бойових дій. Хоча конкретно протокол подолання втоми може ще перебувати в стадії розробки, в існуючі програми реабілітації вже закладені необхідні елементи. Наприклад, протокол надання реабілітаційної допомоги при черепно-мозкових травмах включає оцінку втоми та використання шкал її вимірювання на кожному етапі лікування [35]. Це означає, що фахівці моніторять динаміку астенії і коригують план втручань. Крім того, діють комплексні програми психологічної реабілітації для ветеранів (зокрема за державний кошт або за підтримки міжнародних організацій), де протягом 14–21 днів ветерани проходять курс, що включає психотерапевтичні заняття, фізіопроцедури, спортивні активності, арт-терапію тощо. Такі програми покликані одночасно покращити і фізичний стан, і психічне благополуччя, підготувати людину до повернення в родину та робоче середовище з новими навичками самодопомоги.

Важливою частиною комплексного підходу є психоедукація, тобто ветеранам пояснюють природу їхньої втоми, вчать розпізнавати сигнали перенапруження і вчасно відпочивати. Також формуються навички саморегуляції – ті самі вправи релаксації, дихання, майндфулнес, про які йшлося вище, але доведені до автоматизму. По суті, метою є зробити ветерана активним співучасником власної реабілітації, озброїти його «арсеналом» засобів для подолання виснаження в повсякденному житті.

Комплексні протоколи часто містять компонент соціальної реінтеграції: трудотерапію, допомогу в профорієнтації, відновленні соціальних ролей. Це теж опосередковано впливає на зниження втоми, адже коли людина бачить свій прогрес і повертається до звичних занять, у неї зростає життєва енергія, з'являється відчуття сенсу, що протидіє апатії.

Отже, огляд підходів показує, що для ефективного подолання втоми у військовослужбовців, які проходять реабілітацію, необхідне поєднання таких методів: психотерапевтичних (особливо КПТ), фізичних (тренування, релаксація), соціальних (групова підтримка) і медичних (адресне лікування

супутніх розладів). Підсумовуючи, наведемо практичні рекомендації щодо організації такої системної допомоги.

На основі проведеного аналізу та отриманих емпіричних даних можна запропонувати такі рекомендації для оптимальної організації допомоги ветеранам, що страждають від підвищеної втомлюваності:

1. Комплексна оцінка втоми. На початку реабілітації доцільно проводити багатовимірну діагностику втоми за соматичними, особистісними та емоційними показниками. Використовувати опитувальники (наприклад, шкали втомлюваності, опитувальник якості життя), а також збирати медичний анамнез щодо можливих причин виснаження (травми, інфекції, розлади сну), що дозволить індивідуалізувати програму реабілітації відповідно до профілю проблем ветерана.

2. Психоедукація та мотивація. З самого початку варто проводити роз'яснювальні бесіди: пояснювати ветерану природу його стану («бойова втома» як нормальна реакція на надмірні навантаження), акцентувати, що багато людей проходять через подібне і відновлюються. Наголосити на важливості активної участі самого ветерана у процесі реабілітації, сформуванню установки, що відновлення можливе при систематичних зусиллях. Мотиваційні інтерв'ю допоможуть подолати можливу апатію і залучити клієнта до роботи.

3. Індивідуальний план реабілітації. Розробити для кожного ветерана письмовий план подолання втоми, який охоплює різні сфери: режим дня (час підйому, відходу до сну, денного відпочинку), графік фізичних вправ (з поступовим збільшенням навантаження), участь у психотерапевтичних сесіях (індивідуальних чи групових), прийом необхідних ліків (якщо призначено лікарем). План має бути реалістичним і погодженим з ветераном, щоб він відчував контроль над процесом і розумів його структуру.

4. Регулярна фізична активність. Включити до розпорядку ветерана посильні щоденні фізичні вправи. Почати можна з 15–20 хвилин ходьби чи лікувальної гімнастики і поступово нарощувати до 30 хвилин або більше,

орієнтуючись на самопочуття. Рекомендуються аеробні навантаження помірної інтенсивності не менше 3 разів на тиждень (хідьба, легкий біг, велосипед, плавання), оскільки вони довели ефективність у відновленні енергетичного тону. Важливо чергувати дні активності і дні відносного спокою, аби організм встигав відновитися і не виникало перевтоми.

5. Навчання навичкам релаксації. Проводити з ветераном тренінги психофізіологічної саморегуляції – навчити технік глибокого дихання, прогресивної м'язової релаксації, медитативних вправ на усвідомленість. Спершу ці техніки відпрацьовуються в присутності психолога (наприклад, групове заняття з релаксації), а далі ветеран виконує їх самостійно щодня, особливо у моменти підвищеного напруження чи перед сном. Регулярна практика зменшує рівень базового стресу в організмі, завдяки чому знижується суб'єктивна втома і покращується якість відпочинку.

6. Когнітивно-поведінкові сесії. Забезпечити ветерану можливість проходити курс КПТ, орієнтований на подолання стресу та втоми. Якщо немає ресурсу для індивідуальної терапії – розглянути формат групової КПТ або онлайн-терапії. На цих сесіях фокусуватися на реструктуризації негативних думок («я завжди буду таким слабким» тощо), розвитку оптимальних патернів активності, подоланні відчуття безнадійності. Мінімумально рекомендовано 8–10 сесій з частотою раз на тиждень, після чого – підтримувальні зустрічі при потребі.

7. Групова підтримка і соціалізація. Заохочувати ветерана відвідувати групи взаємодопомоги або терапевтичні групи для ветеранів. Організувати такі групи при центрах реабілітації чи громадських організаціях ветеранів. На зустрічах приділяти увагу обміну стратегіями боротьби з втомою в побуті: як розподіляти обов'язки, як спілкування з родиною може допомогти, яких ситуацій перевтоми уникати. Включати елементи групового тренінгу навичок – наприклад, планування дня, тайм-менеджменту з урахуванням періодів низької енергії.

8. Медичний супровід. Організувати регулярні огляди лікаря для моніторингу соматичного стану ветерана. Забезпечити, щоб лікувались супутні захворювання: артеріальна гіпертензія, цукровий діабет, хронічні інфекції – все, що може додатково обтяжувати стан. Перевірити лабораторні показники (гемоглобін, гормони щитоподібної залози, рівень вітаміну D тощо) і при відхиленнях провести відповідну корекцію. Фармакотерапію використовувати за призначенням: антидепресанти при депресії, анксиолітики при тривозі, знеболювальні при хронічному болю, мелатонін або легкі седативні засоби при порушенні сну. Всі призначення узгоджувати з ветераном, пояснювати їхню мету і очікуваний ефект, щоб підвищити прихильність до лікування.

9. Залучення родини. Працювати не лише з самим ветераном, а й з його найближчим оточенням. Провести хоча б одну сімейну консультацію з метою пояснити рідним, що підвищена втомлюваність – це об'єктивний стан, а не лінощі. Навчити родину підтримувати ветерана: розподілити домашні обов'язки з урахуванням його стану, заохочувати його успіхи, але й розуміти, коли потрібен відпочинок. Така сімейна підтримка знизить ризик конфліктів і відчуття провини у ветерана та створить сприятливі умови для реабілітації.

10. Моніторинг прогресу. Ввести систему відстеження змін у рівні втоми протягом реабілітації. Наприклад, раз на місяць заповнювати коротку анкету самопочуття, відзначати динаміку фізичних показників (пройдену відстань, виконані вправи), оцінювати емоційний стан за шкалою. Це дозволить об'єктивно побачити, що є поліпшення (навіть невеликі), або вчасно скоригувати план, якщо застій. Для самого ветерана моніторинг теж корисний – він бачить результати своїх зусиль, що додає мотивації.

11. Післяреабілітаційна підтримка. Після завершення основного курсу реабілітації необхідно забезпечити наступність допомоги. Вихід у цивільне життя – стресовий момент, тому варто дати ветерану контакти служб підтримки, груп самопомоги, можливість періодичних консультацій (наприклад, телефон довіри чи онлайн-чат для ветеранів). Розробити разом з

ветераном «план дій при загостренні»: що робити, якщо знову з'явилося виражене виснаження чи інші симптоми (до кого звернутися, які техніки згадати). Така постійна опора допоможе утримати досягнутий прогрес.

Дотримання цих рекомендацій сприятиме організації системної, безперервної допомоги, яка враховує виявлені у нашому дослідженні особливості втомлюваності ветеранів за соматичним, особистісним та емоційним компонентами. Суть у тому, щоб не обмежуватися якимось одним заходом, а синхронізувати кілька напрямків підтримки – тільки тоді можна досягти помітного і стійкого зниження втоми.

Отже, запропонована система роботи з подолання втоми та втомлюваності у військовослужбовців, які проходять реабілітацію, являє собою науково обґрунтований, багаторівневий підхід, що поєднує психотерапевтичні, фізичні, фармакологічні та соціальні інтервенції. Проведений аналіз літератури та практичних даних підтверджує, що ізольовані зусилля (лише медикаменти чи тільки поради відпочивати) не дають належного ефекту – натомість потрібна синергія методів, спрямованих на різні аспекти синдрому втоми.

Теоретичні засади подолання втоми – принципи єдності психіки і тіла, концепція стресу і астенії, когнітивно-біхевіоральні моделі – знаходять своє відображення у конкретних практичних заходах системи. Так, врахування соматичного компонента реалізується через фізичну реабілітацію та медичний нагляд; робота з особистісно-когнітивним компонентом – через КПТ, навчання навичкам саморегуляції; вплив на емоційний компонент – через підтримуючу психотерапію, групову роботу, залучення родини. Ця відповідність між теорією і практикою забезпечує релевантність запропонованої системи реальним потребам цільової групи.

Таким чином, можна констатувати, що запропонована система психофізичної реабілітації є ефективним інструментом подолання патологічної втомлюваності у військовослужбовців. Її впровадження у ширшу практику – у військових шпиталях, центрах для ветеранів, поліклініках –

відповідає нагальним викликам часу, оскільки тисячі українських воїнів повертаються з війни, несучи не тільки видимі поранення, а й невидимий тягар виснаження. Інтеграція такої системи допомоги сприятиме повноцінному відновленню їхнього здоров'я, працездатності та якості життя, що є нашим моральним обов'язком перед тими, хто захищав країну.

### **Висновки до розділу 3**

Оцінка втоми та втомлюваності у учасників бойових дій має важливе значення для їх психологічного та фізичного здоров'я. Критично важливими є критерії визначення втоми, які охоплюють фізичні (загальний стан, стомлюваність, якість сну), особистісні (реакція на стрес, емоційна реактивність) та емоційні аспекти (рівень емоційного напруження, симптоми вигорання). Розрізняють соматичні показники, такі як зміни в крові та гормональний баланс, та психологічні показники, які включають оцінку стресу, мотивації та емоційного стану. Методики, що використовуються для визначення рівнів втоми, засновані на самооцінці та клінічних спостереженнях, дозволяють комплексно оцінювати стан учасників та адаптувати підходи підтримки.

Дослідження рівнів втоми в учасників бойових дій, що проходять реабілітацію в Центрі «Фенікс» в Києві, підкреслює значення діагностики цих станів за допомогою соматичних, особистісних та емоційних критеріїв. Використання методик оцінки втоми та впливу на функціональні можливості, разом із психометричними шкалами для визначення емоційного вигорання, дозволяє об'єктивно оцінювати ступінь втоми серед ветеранів. Результати показують, що військовослужбовці з бойовим досвідом мають вищі рівні втоми порівняно з тими, хто не брав участь в бойових діях, особливо у психологічному аспекті. Це підкреслює потребу в спеціалізованих програмах психологічної підтримки та реабілітації для цієї групи ветеранів.

Дослідження показало високі рівні втоми серед ветеранів, виявлених за соматичними, особистісними та емоційними показниками, що підкреслює

необхідність розробки комплексної системи психофізичної реабілітації. Пропонується мультидисциплінарний підхід, який включає когнітивно-поведінкову терапію, фізичну реабілітацію, соціальну підтримку, та, за потреби, фармакотерапію. Особлива увага приділяється індивідуалізації лікувальних планів, враховуючи унікальні потреби кожного ветерана, інтеграції сімейного підходу та наступності допомоги після завершення основного курсу реабілітації. Цей комплексний підхід дозволяє ефективно боротися з втомою, сприяє відновленню життєвої енергії, соціальній адаптації та поліпшенню якості життя ветеранів.

## **ВИСНОВКИ**

У процесі проведення оцінки рівнів втоми та втомлюваності (астенічного синдрому) у учасників бойових дій, які проходять реабілітацію, та у визначенні оптимальних шляхів психокорекції для зниження їх негативного впливу на психофізичний стан військовослужбовців були сформовані наступні висновки:

1. Проаналізовано сучасні наукові джерела з проблеми втоми і втомлюваності у військовослужбовців. Втома визначається як стан зниження

фізичної та психологічної ефективності, що виникає через тривалі навантаження або стрес, і часто має хронічний характер у військових через особливості їхньої діяльності. Втомлюваність розглядається як швидкість, з якою втома настає при певних умовах, відображаючи чутливість індивіда до виснаження під час фізичної чи психологічної активності. Це поняття є особливо важливим для визначення здатності військовослужбовців підтримувати високий рівень оперативності під час тривалих або інтенсивних операцій. Дослідження підтверджують, що надмірні втоми та втомлюваність можуть негативно впливати на психофізіологічний стан військовослужбовців, підриваючи їхню боєздатність та здоров'я, тому розробка ефективних стратегій їхнього управління та профілактики є критично важливою.

2. Обґрунтовано причини виникнення втоми в учасників бойових дій. Втома у військовослужбовців, які беруть участь у бойових діях, є комплексним явищем, що виникає внаслідок кількох взаємопов'язаних чинників. Фізичне виснаження є однією з ключових причин, оскільки бойові дії вимагають тривалого м'язового напруження і фізичних зусиль, які перевищують звичайні межі фізичної витривалості. Нестача сну та відпочинку посилює це виснаження, оскільки в умовах бойових дій військовослужбовці часто стикаються з перерваним або недостатнім сном, що ускладнює відновлення організму і знижує ефективність їх дій.

Психологічний та емоційний стрес також грає важливу роль у розвитку втоми серед учасників бойових дій. Постійний вплив бойового стресу, страх за власне життя та життя побратимів, а також відповідальність за результати бойових операцій призводять до емоційного вигорання. Ці аспекти психологічного тиску можуть призвести до зниження морального духу і підвищення рівня втомлюваності.

Когнітивне перевантаження також є значною причиною втоми. Воно виникає внаслідок необхідності швидкого прийняття рішень, обробки великої кількості інформації та постійної готовності до реагування на змінні умови бойових дій. Таке навантаження виснажує когнітивні ресурси, зменшуючи

здатність до уваги, пам'яті та аналітичного мислення, що в кінцевому підсумку веде до зниження бойової ефективності та підвищення загальної втомлюваності.

Отже, втома у військовослужбовців є результатом складної взаємодії фізичного виснаження, нестачі сну, психологічного стресу та когнітивного перевантаження, що разом формують стан великої втомлюваності і знижують ефективність виконання бойових завдань.

3. Розглянуто психологічні та фізіологічні механізми втоми. Фізіологічні аспекти втоми обумовлені виснаженням енергетичних запасів, акумуляцією метаболітів як молочної кислоти, що призводить до зниження рН м'язів, втратою ефективності скоротливих процесів у м'язах та «втомленням» нервової системи. Ці процеси знижують спроможність м'язів до скорочення та зменшують загальну фізичну працездатність.

Психологічні механізми втоми включають емоційне виснаження, яке може бути наслідком тривалого стресу, відсутності мотивації, а також когнітивне перевантаження, що виявляється в утрудненні концентрації та зниженні розумової ефективності. Втома може впливати на емоційний стан, призводячи до зниження ентузіазму та загальної активності, що особливо критично для професій, пов'язаних з високими психоемоційними навантаженнями, таких як військова служба.

Обидва механізми – фізіологічний та психологічний – тісно взаємопов'язані і взаємовпливають один на одного, формуючи комплексну картину втоми. Наприклад, фізичне виснаження може знижувати психологічну резистентність до стресу, а психологічне виснаження, в свою чергу, може знижувати поріг фізичної втоми. Важливість розуміння цих механізмів полягає у розробці ефективних методів відновлення та запобігання втомі, зокрема у підготовці військовослужбовців, де здатність швидко відновлюватися та підтримувати високий рівень бойової готовності є ключовими.

4. Розроблено програму емпіричного дослідження. Метою дослідження було оцінити рівні втоми та втомлюваності учасників бойових дій та визначити зв'язок цих параметрів із психологічними факторами, такими як астения, депресивні стани та емоційне вигорання. Для цього було використано неекспериментальний крос-секційний дизайн, що дозволив зібрати дані в один період часу без втручання у стандартний реабілітаційний процес учасників.

Дослідження проходило у кілька етапів: підготовчий (формування вибірки, планування та підготовка інструментарію для збору даних); збір даних (проведення психодіагностики серед учасників, що включало заповнення стандартизованих опитувальників); аналітичний (обробка та аналіз отриманих результатів, використання описової статистики і кореляційного аналізу); інтерпретаційний етап (узагальнення результатів, формулювання висновків та рекомендацій для подальшого використання у практиці)

Дослідження охопило 72 ветерана бойових дій, які проходили реабілітацію у Центрі "Фенікс" у Києві з січня по березень 2025 року. Вибірка включала переважно чоловіків (83%) віком від 30 до 55 років зі стажем служби понад 7 років. Більшість ветеранів (62%) належала до вікової категорії 36-45 років, вказуючи на їх активну працездатність та значний військовий досвід. Стаж служби коливався від 2 до 11 років, з великою частиною ветеранів, що мали стаж 9-11 років. Ця вибірка є достатньо репрезентативною для аналізу впливу військових стресів на рівень втоми та втомлюваності серед ветеранів.

Для дослідження феноменів втоми та втомлюваності учасників бойових дій було обрано комплекс валідних психодіагностичних методик. Вибір методів ґрунтувався на теоретичному аналізі проблеми та охоплював різні аспекти психічного та фізичного стану, пов'язані з втомою. Зокрема, застосовано такі інструменти: Шкала астенічного стану Л.Д. Малкової (для оцінки астенії як синдрому хронічної втоми), опитувальник хронічної втоми (для вимірювання рівня суб'єктивної втомленості), підшкала «Життєва

активність» опитувальника SF-36 (для оцінки рівня життєвої енергії та загальної стомлюваності), Шкала депресії Цунга (для скринінгу депресивних симптомів, які можуть впливати на відчуття втоми) та методика діагностики емоційного вигорання (для виявлення симптомів професійного вигорання, пов'язаного з психічним виснаженням).

В рамках дослідження, проведеного на базі Центру психологічної реабілітації ветеранів «Фенікс» (м. Київ) у період з січня по березень 2025 року, були досліджені рівні прояву втоми та втомлюваності серед учасників бойових дій, які проходили реабілітацію. Вивчення включало 72 учасників (ЕГ – експериментальна група), включаючи 60 чоловіків і 12 жінок віком від 30 до 55 років. Для порівняння була сформована контрольна група (КГ) з 60 осіб, які не мали бойового досвіду.

Дослідження розглядало три основних критерії втоми: соматичний, особистісний та емоційний. Результати вказали на помірні до високих рівнів фізичної та емоційної втоми серед учасників ЕГ, що можна пояснити тривалим бойовим навантаженням та стресом.

Соматичний критерій виявив, що значна частина обох груп зазнає помірної до високої фізичної втоми, з незначно вищими показниками в ЕГ (46,5% середній рівень проти 44,5% у КГ). Такі дані можуть свідчити про значний фізичний вплив бойових дій на ветеранів.

Особистісний критерій показав, що понад 46% ЕГ та 45% КГ зазнали середніх рівнів втоми. Ці результати відображають астеничні стани, які впливають на якість життя і повсякденну активність військовослужбовців.

Емоційний критерій був найбільш розкриваючим, з вищими показниками емоційного вигорання в ЕГ (50% середній рівень та 30% високий), що порівнюються з менш вираженими рівнями в КГ (40% і 30% відповідно). Ці дані свідчать про глибокі емоційні наслідки бойових дій, що включають депресивні стани та виснаження.

Загальний аналіз підтверджує, що учасники бойових дій зазнають значно вищих рівнів втоми в усіх трьох критеріях порівняно з контрольною

групою, що вимагає спеціалізованих реабілітаційних заходів для їхньої підтримки. Результати дослідження підкреслюють важливість комплексного підходу до розуміння і лікування втоми серед ветеранів, з особливим акцентом на їхні емоційні та особистісні потреби.

5. Запропоновано систему роботи з подолання втоми та втомлюваності у військовослужбовців, які проходять реабілітацію. Система базується на багаторівневому підході, що включає комплекс фізичних вправ, психотерапевтичні сесії, соціальну адаптацію та медикаментозне лікування за необхідності. Фізичний компонент передбачає аеробні вправи, вправи на розтяжку та силові тренування, які покращують м'язову витривалість та сприяють фізичному відновленню. Психотерапевтичний компонент включає застосування когнітивно-поведінкової терапії для адресації емоційних і когнітивних наслідків стресу та втоми, а також техніки релаксації для зниження напруги. Соціальна адаптація включає програми реінтеграції в суспільство та відновлення соціальних зв'язків. Медикаментозне втручання застосовується для корекції супутніх соматичних і психічних розладів. Ця система роботи дозволяє комплексно підійти до проблеми втоми серед ветеранів, сприяючи їхньому ефективному відновленню та адаптації до мирного життя.

## СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Барна О. М., Калініченко, М. А. (2021). Астенічний синдром: нові виклики – новий підхід. *Ліки України*. 2021. Вип. (4(250)). С. 25–29.
2. Біохімічні фактори втоми та процесів відновлення. URL: [https://repository.ldufk.edu.ua/bitstream/34606048/4586/1/%D0%BB%D0%B5%D0%BA%D1%86\\_3.pdf](https://repository.ldufk.edu.ua/bitstream/34606048/4586/1/%D0%BB%D0%B5%D0%BA%D1%86_3.pdf) (Дата звернення: 30.03.2025)

3. Весь час втомлююсь: причини та методи боротьби. МОЗ України. URL: <https://moz.gov.ua/uk/ves-chas-vtomlujus-prichini-ta-metodi-borotbi> (Дата звернення: 30.03.2025)

4. Втома (фізіологія). Вікіпедія. URL: [https://uk.wikipedia.org/wiki/%D0%92%D1%82%D0%BE%D0%BC%D0%B0\\_\(%D1%84%D1%96%D0%B7%D1%96%D0%BE%D0%BB%D0%BE%D0%B3%D1%96%D1%8F\)#](https://uk.wikipedia.org/wiki/%D0%92%D1%82%D0%BE%D0%BC%D0%B0_(%D1%84%D1%96%D0%B7%D1%96%D0%BE%D0%BB%D0%BE%D0%B3%D1%96%D1%8F)#) (Дата звернення: 30.03.2025)

5. Втома: що варто знати і як уберегтися. Центр громадського здоров'я МОХ України. 2019. URL: <https://www.phc.org.ua/news/vtoma-scho-var-to-znati-i-yak-uberegtisya#> (Дата звернення: 30.03.2025)

6. Гаврилюк О. В., Гайдей О. М. Хронічна втома у військовослужбовців: клінічні та психологічні аспекти. *Науковий вісник НЛТУ України*. 2020. No 20(1). С. 138-143.

7. Гринів О.І. Шляхи поліпшення результатів лікування артеріальної гіпертензії і-її стадії: обґрунтування можливостей використання препаратів магнію та психоемоційної корекції. автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.01.11 – кардіологія. Івано-Франківськ. 2020. 29 с.

8. Гудзенко С. В., Козаченко О. В. Хронічна втома у військовослужбовців: діагностика, лікування, профілактика. Київ : Наукова думка, 2023. 256 с.

9. Денисенко М.М., Лакінський Р.В., Шестопалова Л.Ф., Лінський І.В. Основні клінічні варіанти постстресових розладів у комбатантів. *Український вісник психоневрології*. 2018. Т. 26. № 2 (95). С. 50–55.

10. Жовті В.А., Швець В.К. Автоматизація професійного психологічного відбору в армії. *Військова психологія: Збірник наукових праць*. 1994. Вип. 13. С. 88–97.

11. Іванова Г.С., Шиян О.І., Смирнова Г.В. Сучасні напрями в дослідженні стресостійкості. *Психологічний часопис*. 2007. Т. 3, № 1. С. 27–36.

12. Кальниш В. В., Скочко Т. В. Особливості формування хронічної втоми в комбатантів із тривалим перебуванням у зоні бойових дій, які

лікуються в мобільному шпиталі після поранення чи захворювання. *Український журнал з проблем медицини праці*. 2020. Вип. 16(2). С. 115–128.

13. Карчевський І. Р. До проблеми професійного вигорання офіцерського складу військових формувань силових відомств України. *Вісник Національної академії Державної прикордонної служби України*. 2012. Вип. 5. URL: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/Vnadps\\_2012\\_5\\_40](http://nbuv.gov.ua/UJRN/Vnadps_2012_5_40) (Дата звернення: 30.03.2025)

14. Кисленко Д.П. Діагностика проявів психоемоційного та професійного вигорання у військовослужбовців. *Академічні візії*, 2023. Вип. 23. URL: <https://academy-vision.org/index.php/av/article/view/649> (Дата звернення: 30.03.2025)

15. Клименко С.В., Котик О.М., Лисенко Є.М. Клініко-психологічні аспекти хронічної втоми у військовослужбовців. *Наукові праці Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика*. 2023. Т. 30, № 1 (324). С. 11-17.

16. Клименко С.В., Котик О.М., Лисенко Є.М. Хронічна втома в військовослужбовців: особливості діагностики та лікування. Київ: Науково-видавничий центр «Друкарня Академії», 2022. 120 с.

17. Ключникова В.В., Карпенко О.В. Хронічна втома у військовослужбовців: сучасні підходи до діагностики та лікування. *Вісник проблем біології і медицини*. 2023. № 2(2). С. 176-180.

18. Козаченко О.В., Гудзенко С.В., Шимчук Т.В. Хронічна втома у військовослужбовців: сучасні підходи до лікування та профілактики. Київ: Наукова думка, 2022. 160 с.

19. Козаченко О.В., Гудзенко С.В., Шимчук Т.В. Хронічна втома у військовослужбовців: фактори ризику, діагностика, лікування. *Український медичний альманах*. 2023. № 1. С. 23-27.

20. Кокун О.М. Основи психологічної допомоги військовослужбовцям в умовах бойових дій: Методичний посібник. Київ: НДЦ ГП ЗСУ, 2015. 170 с.

21. Кокун О.М., Агаєв Н.А., Пішко І.О., Лозінська Н.С., Остапчук В.В. Психологічна робота з військовослужбовцями - учасниками АТО на етапі відновлення: Методичний посібник. Київ: НДЦ ГП ЗСУ, 2017. 282 с.
22. Лавриненко Н., Лисенко С. Психофізіологічна саморегуляція функціональних станів військовослужбовців - учасників бойових дій. INFORUM. URL: <https://www.inforum.in.ua/conferences/29/103/840#> (Дата звернення: 30.03.2025)
23. Литвинова А.В., Кожедуб О.В. Синдром емоційного вигорання у військовослужбовців учасників бойових дій. *Débats scientifiques et orientations prospectives du développement scientifique*. 2021. Vol. 2. 2021. С. 39-40
24. Маракушин Д. І., Чернобай Л. В., Ващук М. А. та ін. (2021). Фізіологічні механізми розвитку втоми. *Медична наука України*. 2021. Вип. 17(2). С. 125–131.
25. Матвієнко Т. Ю., Заводовський Д. О., Ноздренко Д. М. М'язова втома: фактори розвитку та шляхи корекції. *Фізіологічний журнал*, 2017. Вип. 63(1). С. 95–104.
26. Матяш М. М. Особливості діагностування психічного стану особистості в сучасних умовах. *Військова медицина України*. 2016. Т. 16, № 2. С. 108-114.
27. Матяш М. М. Український синдром: особливості посттравматичного стресового розладу в учасників антитерористичної операції. *Український медичний часопис*. 2014. № 6. С. 124-127.
28. Мельник О.В., Кравченко О.В. Хронічна втома у військовослужбовців: сучасні підходи до діагностики та лікування. *Медичні перспективи*. 2019. № 24(1). С. 69-74.
29. Міщенко М.С. Особливості дослідження синдрому емоційного вигорання за допомогою методики “Діагностики рівня емоційного вигорання”. Херсон. *Молодий вчений*. 2015. №4(19). С. 103–106.
30. Москвін І. О., Поліщук Л. М., Устянська О. В. Особливості Функціонування психоемоційних процесів людини під час надзвичайних

ситуацій у воєнний час. *Науковий вісник Ужгородського національного університету*. Психологія, 2023. Вип. 4, С. 29-34.

31. Овдій М., Асанова А. Оцінка ментальних порушень, способу життя та якості життя у пацієнтів з хронічним болем у попереку. *Психосоматична медицина та загальна практика*. 2024. Том 9 № 2. С. 1-8.

32. Пінчук І.Я., Петриченко О.О., Колодежний О.В. та ін. Структура захворюваності та поширеність реакцій на важкий стрес т порушення адаптації в Україні у першому півріччі 2016 року. *Архів Психіатрії*. 2016. Т. 22. № 3. С. 12–15.

33. Платинюк О.Б. Діагностика, корекція та профілактика непсихотичних психічних розладів в учасників бойових дій, які отримали поранення : дис. ... д-ра філ.н. 222. Харків, 2021. 158 с.

34. Потрібна допомога та реабілітація: скільки ветеранів в Україні. 2023. URL: [https://24tv.ua/skilki-veteraniv-ukrayini-minveteraniv-nazvalo-tsifru\\_n2378026](https://24tv.ua/skilki-veteraniv-ukrayini-minveteraniv-nazvalo-tsifru_n2378026) (Дата звернення: 30.03.2025)

35. Про затвердження Протоколу надання реабілітаційної допомоги пацієнтам з коронавірусною хворобою (COVID-19) та реконвалесцентам: Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 20.04.2021 № 771. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0771282-21#Text> (Дата звернення: 30.03.2025)

36. Путівник для ветеранів і членів їхніх родин у межах системи надання психологічної, медикопсихологічної, психіатричної допомоги. Збірник напрацювань і адаптованих матеріалів з досвіду діяльності Гарячої лінії кризової підтримки Українського ветеранського фонду / автори Лашко О. В., Вареня Т. В., Тимофієв В. Г., Кошова І. В., Петрушко Є. М., Орловська Н. М., Циганкова Г. Ю., Тернопольська І. Д., Діденко О. В.. 2023. 234 с

37. П'янківська Л. В. Психологічна профілактика синдрому «емоційного вигорання» у курсантів вищих навчальних закладів МВС України: дис.... канд. психол. наук: спец.19.00.09. Київ, 2019. 281 с.

38. Сілютіна О.М. Регулятивні чинники розвитку тілесного інтелекту особистості. Дисертація на здобуття ступеня доктора філософії. 053 - Соціальні та поведінкові науки. Психологія. 2021. Харків. 208 с.
39. Хайрулін О.М. Психологія професійного вигорання військовослужбовців. Тернопіль: ТНЕУ, 2015. 220 с.
40. Циба Ю. Г., Молдован А., Горюк П. І. Медико-біологічні технології підвищення працездатності спортсменів. Чернівецький нац. ун-т ім. Ю. Федьковича. 2021.
41. Чабан О.С., Хаустова О.О., Омелянович В.Ю. Психічні розлади воєнного часу. Київ. «Видавничий дім Медкнига», 2023. 232 с.
42. Чорна В. В., Серебреннікова О. А., Коломієць В. В. Посттравматичний стресовий розлад під час повномасштабної війни у військовослужбовців. «Молодий вчений». 2023. № 12 (124). С. 28-39
43. Ajala T.O. The effects of adaptogens on the physical and psychological symptoms of chronic stress. DISCOV. Ga. State Honor. Coll. Undergrad. Res. J. 2017;4:2. doi: 10.31922/disc4.2.
44. Armenta R.F., Rush T., LeardMann C. A. et al. Factors associated with persistent posttraumatic stress disorder among U.S. military service members and veterans. BMC Psychiatry. 2018. Vol. 18. No. 1. P. 48.
45. Arshad A. Jussely M., Judith M. Fatigue After Traumatic Brain Injury: A Systematic Review. *Journal of Head Trauma Rehabilitation*. 2022. Vol. 37(4). Pp. 249-257.
46. Balacki, M. F. (1992). Battle fatigue intervention: a vital role for nursing. *Mil Med*, 1992. Vol. 157(4). Pp. 192–195.
47. Baumeister, R. F., Tice, D. M., and Vohs, K. D. (2018). The strength model of self-regulation: conclusions from the second decade of willpower research. *Perspect. Psychol. Sci.* 13, 141–145. doi: 10.1177/1745691617716946.
48. Cantor J. B., Ashman T., Bushnik T., Cai X. Systematic review of interventions for fatigue after traumatic brain injury: a NIDRR traumatic brain injury

model systems study. *J Head Trauma Rehabil.* 2014 Vol. 29(6). Pp. 490-497. doi: 10.1097/HTR.000000000000102.

49. Fatigue Assessment Scale (FAS). <https://www.wasog.org/education-research/questionnaires.html>

50. Giessing, L., Frenkel, M. O., Zinner, C., Rummel, J., Nieuwenhuys, A., Kasperk, C., et al. (2019). Effects of coping-related traits and psychophysiological stress responses on police recruits' shooting behavior in reality-based scenarios. *Front. Psychol.* 10, 1523. doi: 10.3389/fpsyg.2019.01523

51. Groessl E. J, Liu L., Schmalzl L., Chang D. G. Secondary Outcomes from a Randomized Controlled Trial of Yoga for Veterans with Chronic Low-Back Pain. *Int J Yoga Therap.* 2020. Vol. 30(1). Pp. 69–76. doi: 10.17761/2020-D-19-00036

52. Hravnak, M., Pellathy, T., Chen, L. et al. (2018). A call to alarms: Current state and future directions in the battle against alarm fatigue. *J Electrocardiol.* 51(6S), 44–48. <https://doi.org/10.1016/j.jelectrocard.2018.07.024>

53. Jones M. T., Bell D. A., Kaplan A. L. Chronic fatigue syndrome in military personnel: A review of the literature. *Military Medicine*, 2016.

54. Kahill S. Interventions for burnout in the helping professions: A review of the empirical evidence. *Canadian Journal of counseling review.* 2017. V. 22, No 3. P. 310-342

55. Kamal M., Arif M., Jawaid T. Adaptogenic medicinal plants utilized for strengthening the power of resistance during chemotherapy—A review. *Orient. Pharm. Exp. Med.* 2017;17:1–18. doi: 10.1007/s13596-016-0254-6.

56. Kluger BM, Krupp LB, Enoka RM. Fatigue and fatigability in neurologic illnesses. *Neurology.* 2013;80(4):409–416. doi:10.1212/WNL.0b013e31827f07be

57. Knowles L.M., Yang B., Turner A.P. Perspectives on fatigue management among veterans living with multiple sclerosis. 2024. Vol. 88. [https://www.msard-journal.com/article/S2211-0348\(24\)00293-1/abstract](https://www.msard-journal.com/article/S2211-0348(24)00293-1/abstract).

58. Krupp LB, LaRocca NG, Muir-Nash J, Steinberg AD. The fatigue severity scale. Application to patients with multiple sclerosis and systemic lupus

erythematosus. Arch Neurol. 1989;46(10):1121–1123.  
doi:10.1001/archneur.1989.00520460115022

59. Lerdal A, Lee KA, Rokne B, Knudsen O Jr, Wahl AK, Dahl AA. A population-based study of associations between current posttraumatic stress symptoms and current fatigue. *J Trauma Stress*. 2010;23(5):606–14.

60. Lewis J., Knutson K. , and Wassermann E. Characterization of pain and fatigue following deployment-related mild traumatic brain injury (P5.149). *Clinical Neuro-rehabilitation*. 2017.  
[https://www.neurology.org/doi/10.1212/WNL.88.16\\_supplement.P5.149#:~:text=Chronic%20pain%20and%20fatigue%20are,functional%20connectivity%20with%20pain%20symptoms](https://www.neurology.org/doi/10.1212/WNL.88.16_supplement.P5.149#:~:text=Chronic%20pain%20and%20fatigue%20are,functional%20connectivity%20with%20pain%20symptoms)

61. Mawson AR, Croft AM. Gulf War Illness: unifying hypothesis for a continuing health problem. *Int J Environ Res Public Health*. 2019;16(1):111.

62. McCallum SM, Batterham PJ, Callear AL, Sunderland M, Carragher N, Kazan D. Associations of fatigue and sleep disturbance with nine common mental disorders. *J Psychosom Res*. 2019;123:109727.

63. McIntire, L. K., McKinley, R. A., Goodyear, C., and Nelson, J. (2014). A comparison of the effects of transcranial direct current stimulation and caffeine on vigilance and cognitive performance during extended wakefulness. *Brain Stimul*. 7, 499–507. doi: 10.1016/j.brs.2014.04.008

64. Passi T., Lukander K. , Laarni J. Effects of overnight military training and acute battle stress on the cognitive performance of soldiers in simulated urban combat. *Front. Psychol*. 2022. Sec. Cognition. Vol. 13. Pp. 1-16

65. Prontenko K., Bondarenko V., Bezpaliy S., Kyslenko D., Lisnichenko, Yu., Ollo V., Aloshyna A., Bychuk (2020). Physical training as the basis of professional activities of patrol policemen. *Baltic Journal of Health and Physical Activity*. 2020. Vol. 12(1). Pp. 41-53.

66. PTSD, Fatigue, And The Increased Risks For Emotional Meltdown.  
<https://interventionhelpline.com/blog/ptsd-fatigue-and-the-increased->

[r i s k s - f o r - e m o t i o n a l -  
meltdown/#:~:text=Different%20Types%20of%20Fatigue%20with,PTSD](#)

67. SCARS ON THEIR SOULS: PTSR and Veterans of Ukraine / Luliia Osmolovska, Mandy Bostwick, Lenny Grant, Oleksandr Gershanov, Max Goldenberg, Serhii Myronets, Olena Konovalova etc. / GLOBSEC Ideas tne word. Vajnorska 100/B, 83104 BRATISLAVA SLOVAK REPUBLIC. 2023. 80 p.

68. Sloan D.M., Unger W., Lee D. A Randomized Controlled Trial of Group Cognitive Behavioral Treatment for Veterans Diagnosed With Chronic Posttraumatic Stress Disorder. *J Trauma Stress*. 2018. Vol. 31(6). Pp. 886–898. doi: 10.1002/jts.22338

69. Skau S., Sundberg K., Kuhn H.-G.A Proposal for a Unifying Set of Definitions of Fatigue. *Front. Psychol.* 2021. Vol.12. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8548736/>

70. 7 Physical Symptoms of PTSD in Veterans . *Telemedica*. 31.10.2024. <https://telemedicallc.com/blog/ptsd-and-physical-symptoms>

71. Taverniers J., and De Boeck, P. (2014). Force-on-force handgun practice: an intra-individual exploration of stress effects, biomarker regulation, and behavioral changes. *Hum. Factors*. 2014. Vol. 56. Pp. 403–413.

72. Tommasin S., Luca F., Ferrante I., Gurreri F., Castelli L. Cognitive fatigability is a quantifiable distinct phenomenon in multiple sclerosis/ *Journal of Neuropsychology*. 2019. Volume 14, Issue 3 p. 370-383

73. Walker L. , Berard J., Islam T., Pilutti L. Development of a behavioural intervention for cognitive fatigability in multiple sclerosis: Protocol for a pilot and feasibility study. 2022. *Front. Rehabil. Sci.*<https://www.frontiersin.org/journals/rehabilitation-sciences/articles/10.3389/fre.2022.999266/full>

74. Weeks Sharon R , McAuliffe Caitlin L , Durussel D. , Pasquina P. Physiological and psychological fatigue in extreme conditions: the military example. 2010. *PM&R Mol.*2, Issue 5 p. 438-441

75. Wiborg J. F., Rademaker A. R., Geuze E., Twisk J., Vermetten E. Course and Predictors of Postdeployment Fatigue: A Prospective Cohort Study in the Dutch Armed Forces. *The Journal of Clinical Psychiatry*. 2016;77(8):1074-1079

76. Wong IS, Arlinghaus A. NIOSH science blog: work-related fatigue reaches beyond the workplace [Internet]. Centers of Disease Control and Prevention/National Institute for Occupational Safety and Health; 2020. <https://blogs.cdc.gov/niosh-science-blog/2020/04/27/fatigue-spillover/>

## **ДОДАТКИ**

### **Додаток А**

Карта реєстрації та оцінки ступеня хронічної втоми

1. Протягом останніх місяців ступінь моєї енергійності та бадьорості є таким:

- а) високий ступінь енергійності та бадьорості;
- б) відносно високий ступінь енергійності впродовж більшої частини часу;
- в) досить значні коливання рівня енергійності з дня на день;
- г) як правило, для мене характерний низький ступінь енергійності та бадьорості більшу частину часу;
- д) значно низький ступінь енергійності та бадьорості більшу частину часу;
- е) відсутність бадьорості та енергійності загалом, відчуття повного виснаження.

2. Протягом останніх місяців я відчував себе стомленим та розбитим:

- а) жодного разу;
- в) впродовж незначного періоду часу; г) іноді;
- д) впродовж відносно тривалого періоду; е) увесь час.

3. Протягом останніх місяців ступінь в'ялості та бадьорості у мене коливався наступним чином:

- а) був дуже бадьорим та активним кожний день; в) був в основному бадьорим та активним;
- г) був відносно бадьорим та активним і рідко в'ялим; д) був більшу частину часу в'ялим та апатичним;
- е) був дуже в'ялим та апатичним кожний день.

4. Протягом останніх місяців у мене «пробуджувалось» відчуття свіжості, яке відмічалось:

- а) увесь час;
- б) тривалу частину часу; в) значну частину часу; г) деяку частину часу;
- д) незначну частину часу; е) не відмічалось загалом.

## Додаток Б

Карта реєстрації соматичних та нервово-психічних проявів синдрому  
хронічної втоми

№ п/п	Критерії оцінки	Так (+)	Ні (-)
1.	Виникнення стабільної чи рецидивуючої значної втоми або швидкої втомлюваності, які не зникають після відпочинку у ліжку та знижують середній рівень активності на 50 % і більше протягом не менш, ніж 6 місяців		
2.	Виникнення стабільної чи рецидивуючої втоми або швидкої втомлюваності, які не зникають після відпочинку та знижують середній рівень активності на 50 % і більше протягом не менше 30 днів		
3.	Підвищення температури тіла до 37,5-38,6 °С (якщо температура вище 38,6 °С, слід шукати інші причини захворювання)		
4.	Часті застудні захворювання		
5.	Запалення горла або задньої стінки глотки		
6.	Больові відчуття у лімфатичних вузлах, які мають розмір не більше 2 см в діаметрі, на шиї та під пахвами (якщо лімфатичні вузли більше 2 см – слід шукати інші причини)		
7.	Загальна м'язова слабкість, що не має об'єктивних пояснень		
8.	Дискомфорт або больові відчуття в області м'язів		
9.	Безпричинне схуднення		
10.	Тривале загальне стомлення (понад 24 години) після фізичних навантажень, які раніше добре переносилися		
11.	Головний біль, який відрізняється від звичного за типом важкості, структурою, локалізацією тощо		
12.	Болі у суглобах, які не супроводжуються гіперемією суглобів або їх набряком, причому біль нібито переходить від одного суглоба до іншого		
13.	Скарги нервово-психічного характеру (роздратованість, порушення уваги, депресія), нездатність концентрувати увагу, аномальне сприйняття світла тощо		
14.	Розлади сну: гіперсомнія або безсоння		

**Додаток В**

Оцінка ступеня вираження астеничного стану

№ п/п	Твердження	Відповіді
1	2	3
1.	Я працюю з великим напруженням	1 2 3 4
2.	Мені важко зосередитися на чомусь	1 2 3 4
3.	Моє сексуальне життя мене не задовольняє	1 2 3 4
4.	Очікування нервує мене	1 2 3 4
5.	Я відчуваю м'язову слабкість	1 2 3 4
6.	У мене немає бажання ходити ані в кіно, ані в театр	1 2 3 4
7.	Я став забудькуватою людиною	1 2 3 4
8.	Я відчуваю себе втомленим(ою)	1 2 3 4
9.	Мої очі втомлюються під час тривалого читання	1 2 3 4
10.	Мої руки тремтять	1 2 3 4
11.	У мене поганий апетит	1 2 3 4
12.	Мені важко бути на вечірці або в галасливій компанії	1 2 3 4
13.	Я вже не так добре розумію прочитане, як раніше	1 2 3 4
14.	Мої руки та ноги холодні	1 2 3 4
15.	Мене легко «зацепити»	1 2 3 4
16.	У мене часто болить голова	1 2 3 4
17.	Я прокидаюся вранці втомленим і не відпочившим	1 2 3 4
18.	У мене бувають запаморочення	1 2 3 4
19.	У мене бувають посмикування м'язів	1 2 3 4
20.	У мене часто шумить у вухах	1 2 3 4
21.	Мене турбують питання сексуального змісту	1 2 3 4
22.	Я відчуваю важкість у голові	1 2 3 4
23.	Я відчуваю загальну слабкість	1 2 3 4
24.	Я відчуваю біль в області тім'яної кістки	1 2 3 4
25.	Моє життя пов'язане з постійним напруженням	1 2 3 4

26.	Моя голова ніби стягнута обручом	1 2 3 4
27.	Я легко прокидаюся від шуму	1 2 3 4
28.	Мене втомлюють люди, які оточують	1 2 3 4
29.	Коли я хвилююся, то швидко пітнію	1 2 3 4
30.	Мені не дають засинати тривожні думки	1 2 3 4

## Підрахунок основних показників опитувальника SF-36.

Показники	Запитання	Мінімальне та максимальне значення	Допустимий діапазон значень
Фізичне функціонування (PF)	3а, 3б, 3в, 3г, 3д, 3е, 3ж, 3з, 3и, 3к	10–30	20
Рольове (фізичне) функціонування (RP)	4а, 4б, 4в, 4г	4–8	4
Біль (P)	7, 8	2–12	10
Загальне здоров'я (GH)	1, 11а, 11б, 11в, 11г	5–25	20
Життєва активність (VT)	9а, 9д, 9ж, 9и	4–24	20
Соціальне функціонування (SF)	6, 10	2–10	8
Емоційне функціонування (RE)	5а, 5б, 5в	3–6	3
Психічне здоров'я (MH)	9б, 9в, 9г, 9е, 9з	5–30	25

## Додаток Ж

## Оцінка ступеня вираження депресивних проявів

Твердження	Ніколи або зрідка	Іноді	Часто	Майже завжди або постійно
<i>1</i>	2	3	4	5
1. Я відчуваю пригнічення	1	2	3	4
2. Вранці я почуваю себе набагато краще	1	2	3	4
3. У мене бувають періоди розпачу або близькості до сліз	1	2	3	4
4. У мене поганий нічний сон	1	2	3	4
5. Апетит у мене не гірше звичайного	1	2	3	4

6. Мені приємно дивитися на привабливих жінок/чоловіків, розмовляти з ними, знаходитися поряд	1	2	3	4
7. Я помічаю, що втрачаю вагу	1	2	3	4
8. Мене турбують закрепи	1	2	3	4
9. Серце доволі часто б'ється швидше, ніж зазвичай	1	2	3	4
10. Я втомлююся без будь-яких причин	1	2	3	4
11. Я мислю так само ясно, як завжди	1	2	3	4
12. Мені легко робити те, що я вмію	1	2	3	4
13. Я відчуваю неспокій і доволі часто не можу всидіти на місці	1	2	3	4
14. У мене є надії на майбутнє	1	2	3	4
15. Нині я дратівливіший(а), ніж зазвичай	1	2	3	4
16. Мені легко приймати рішення	1	2	3	4
17. Я відчуваю, що можу бути корисним для інших	1	2	3	4
18. Я живу достатньо повним життям	1	2	3	4
19. Я відчуваю, що іншим людям стане краще, якщо я помру	1	2	3	4
20. Мене до цих пір тішить те, що тішило завжди	1	2	3	4

### Додаток 3

Текст опитувальника за методикою діагностики рівня професійно-обумовленого емоційного вигорання

1. Організаційні помилки на роботі постійно змушують нервувати, напружуватися, хвилюватися.
2. Сьогодні я задоволений своєю професією не менше, ніж на початку кар'єри.
3. Я помилився у виборі професії або профілю діяльності (займаю не своє місце).
4. Мене турбує те, що я став гірше працювати (менш продуктивно, менш якісно, повільніше).
5. Тепло́та у взаємодії з партнерами чітко залежить від мого настрою.
6. Від мене, як від професіонала, мало залежить добробут партнерів.
7. Коли я приходжу з роботи додому, то деякий час (години 2-3) мені хочеться побути на самоті, щоб зі мною ніхто не спілкувався.
8. Коли я відчуваю втому або напруження, то намагаюся швидше вирішити проблеми партнера (згорнути взаємодію).
9. Мені здається, що емоційно я не можу дати колегам того, що потребує мій професійний обов'язок.
10. Моя робота притуплює емоції.
11. Я відверто втомився від людських проблем, з якими доводиться мати справу на роботі.
12. Трапляється, що я погано засинаю через хвилювання, пов'язані з роботою.
13. Взаємодія з партнерами потребує від мене великого напруження.
14. Робота з людьми приносить мені все менше і менше задоволення.
15. Я б змінив місце роботи, якби з'явилась така можливість.
16. Мене часто засмучує те, що я не можу на потрібному рівні надати професійну підтримку, послугу, допомогу.

17. Мені завжди вдається запобігти впливу поганого настрою на ділові робочі контакти.
18. Мене дуже засмучує ситуація, коли щось не йде на лад у стосунках з діловим партнером.
19. Я так стомлююся на роботі, що вдома намагаюся спілкуватися якомога менше.
20. Через брак часу, втому та напруження я часто приділяю партнеру менше уваги, ніж потрібно.
21. Іноді звичні ситуації спілкування на роботі дратують мене.
22. Я спокійно сприймаю обґрунтовані претензії партнерів.
23. Спілкування з партнерами спонукає мене уникати людей.
24. У разі згадки про деяких партнерів і колег, у мене псується настрій.
25. Конфлікти та суперечки з колегами віднімають багато сил і емоцій.
26. Мені все складніше встановлювати або підтримувати контакти з діловими партнерами.
27. Обставини на роботі мені здаються дуже складними і важкими.
28. У мене часто виникають тривожні очікування, пов'язані з роботою: щось має трапитися, як би не припуститися помилки, чи зможу я зробити все як потрібно, тощо.
29. Якщо партнер мені неприємний, то я намагаюся обмежити час спілкування з ним, менше приділяти йому уваги.
30. У спілкуванні на роботі я дотримуюся принципу «не роби людям добра – не отримаєш зла».
31. Я з радістю розповідаю домашнім про свою роботу.
32. Трапляються дні, коли мій емоційний стан погано відображується на результатах роботи (менше працюю, знижується якість, виникають конфлікти).
33. Іноді я відчуваю, що потрібно поспівчувати партнерові, але не в змозі цього зробити.

34. Я дуже хвилююся за результати своєї роботи.
35. Партнерам по роботі віддаю більше уваги та турботи, ніж отримую від них вдячності.
36. При одній згадці про роботу мені стає погано: починає колоти в області серця, підвищується тиск, виникає головний біль.
37. У мене добрі стосунки з безпосереднім керівником.
38. Я часто радію, коли бачу, що моя робота приносить користь людям.
39. Останнім часом мене переслідують невдачі на роботі.
40. Деякі аспекти (факти) моєї роботи викликають розчарування, нудьгу і зневіру.
41. Трапляються дні, коли контакти з партнерами складаються гірше, ніж зазвичай.
42. Я переймаюся проблемами ділових партнерів (суб'єктів діяльності) у меншій мірі, ніж зазвичай.
43. Втома від роботи призводить до того, що я намагаюся скоротити час спілкування з друзями та знайомими.
44. Зазвичай я виявляю зацікавленість особистістю партнера більше, ніж того вимагає справа.
45. Зазвичай я приходжу на роботу відпочивши, зі свіжими силами, у доброму гуморі.
46. Іноді я ловлю себе на тому, що працюю з партнерами автоматично, без душі.
47. У справах зустрічаються настільки неприємні люди, що всупереч волі бажаєш їм чогось недоброго.
48. Після спілкування з неприємними партнерами у мене буває погіршення фізичного і психічного самопочуття.
49. На роботі я постійно відчуваю фізичне і психічне перевантаження.
50. Успіхи в роботі надихають мене.

51. Ситуація на роботі, в якій я опинився, здається безвихідною (майже безвихідною).
52. Я втратив спокій через роботу.
53. Впродовж останнього року траплялися скарги на мене з боку партнерів.
54. Мені вдається зберегти нерви тільки через те, що багато з того, що відбувається з партнерами, я не приймаю близько до серця.
55. Я часто з роботи «приношу» додому негативні емоції.
56. Я часто працюю через силу.
57. Раніше я був більш уважним до партнерів, ніж тепер.
58. У роботі з людьми керуюся принципом: не псуй нерви, бережи здоров'я.
59. Іноді я йду на роботу з важким відчуттям: як все набридло, нікого б не бачити й не чути.
60. Після напруженого робочого дня я відчуваю, що занедужав.
61. Контингент партнерів, з якими я працюю, дуже важкий.
62. Іноді мені здається, що результати моєї роботи не варті тих зусиль, які я витрачаю.
63. Якщо б мені поталанило з роботою, я був би набагато щасливішим.
64. Я у відчаї від того, що на роботі в мене серйозні проблеми.
65. Іноді я поведжуся зі своїми партнерами так, як би не хотів, щоб вони вчиняли зі мною.
66. Я засуджую партнерів, що розраховують на особливу поблажливість та увагу.
67. Зазвичай після робочого дня у мене не вистачає сил займатися домашніми справами.
68. Часто я «підганяю» час: швидше б закінчився робочий день.
69. Стан, прохання та потреби партнерів зазвичай мене щиро хвилюють.

70. Працюючи з людьми, я зазвичай ніби ставлю перед собою екран, який захищає мене від чужих страждань та негативних емоцій.
71. Робота з людьми (з партнерами) дуже розчаровує мене.
72. Щоб відновити сили, я часто вживаю ліки.
73. Як правило, мій робочий день проходить спокійно і легко.
74. Мої вимоги до виконуваної роботи вищі, ніж те, чого я досягаю через певні обставини.
75. Моя кар'єра склалася вдало.
76. Я дуже нервую з приводу всього того, що пов'язане з роботою.
77. Деяких із своїх постійних партнерів я не хотів би бачити й чути.
78. Я схвалюю колег, які повністю присвячують себе людям (партнерам), нехтуючи власними інтересами.
79. Моя втома на роботі зазвичай не відображується па спілкуванні з домашніми і друзями.
80. За можливості, я віддаю партнерові менше уваги, але так, щоб він цього не помітив.
81. Мене часто підводять нерви у спілкуванні з людьми на роботі.
82. До всього (майже до всього), що відбувається на роботі, я втратив зацікавленість, живі почуття.
83. Робота з людьми погано вплинула на мене як на фахівця – зробила знервованим, злим, притупила емоції тощо.
84. Робота з людьми, вочевидь, підриває моє здоров'я.

Бланк для відповідей

Назва

закладу

Повних

років:

Дата діагностування:

<i>№ з/п</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>	<i>6</i>	<i>7</i>
Відповідь + або –							
<i>№ з/п</i>	<i>8</i>	<i>9</i>	<i>10</i>	<i>11</i>	<i>12</i>	<i>13</i>	<i>14</i>
Відповідь + або –							
<i>№ з/п</i>	<i>15</i>	<i>16</i>	<i>17</i>	<i>18</i>	<i>19</i>	<i>20</i>	<i>21</i>
Відповідь + або –							
<i>№ з/п</i>	<i>22</i>	<i>23</i>	<i>24</i>	<i>25</i>	<i>26</i>	<i>27</i>	<i>28</i>
Відповідь + або –							
<i>№ з/п</i>	<i>29</i>	<i>30</i>	<i>31</i>	<i>32</i>	<i>33</i>	<i>34</i>	<i>35</i>
Відповідь + або –							
<i>№ з/п</i>	<i>36</i>	<i>37</i>	<i>38</i>	<i>39</i>	<i>40</i>	<i>41</i>	<i>42</i>
Відповідь + або –							
<i>№ з/п</i>	<i>43</i>	<i>44</i>	<i>45</i>	<i>46</i>	<i>47</i>	<i>48</i>	<i>49</i>
Відповідь + або –							
<i>№ з/п</i>	<i>50</i>	<i>51</i>	<i>52</i>	<i>53</i>	<i>54</i>	<i>55</i>	<i>56</i>
Відповідь + або –							
<i>№ з/п</i>	<i>57</i>	<i>58</i>	<i>59</i>	<i>60</i>	<i>61</i>	<i>62</i>	<i>63</i>
Відповідь + або –							
<i>№ з/п</i>	<i>64</i>	<i>65</i>	<i>66</i>	<i>67</i>	<i>68</i>	<i>69</i>	<i>70</i>
Відповідь + або –							
<i>№ з/п</i>	<i>71</i>	<i>72</i>	<i>73</i>	<i>74</i>	<i>75</i>	<i>76</i>	<i>77</i>
Відповідь + або –							
<i>№ з/п</i>	<i>78</i>	<i>79</i>	<i>80</i>	<i>81</i>	<i>82</i>	<i>83</i>	<i>84</i>
Відповідь + або –							

## Підрахунок підсумкових показників

Фаза напруження:	
1. Переживання психотравмувальних обставин	+1 (2), +13 (3), +25 (2), -37 (3), +49 (10), +61 (5), -73 (5)
2. Невдоволення собою	-2 (3), +14 (2), +26 (2), -38 (10), -50 (5), +62 (5), +74 (3)
3. «Загнаність до клітки»	+3 (10), +15 (5), +27 (2), +39 (2), +51 (5), +63 (1), -75 (5)
4. Тривога і депресія	+4 (2), +16 (3), +28 (5), +40 (5), +52 (10), +64 (2), +76 (3)
<i>Разом для фази напруження</i>	
Фаза резистентності:	
1. Неадекватне вибіркоче емоційне реагування	+5 (5), -17 (3), +29 (10), +41 (2), +53 (2), +65 (3), +77 (5)
2. Емоційно-моральна дезорієнтація	+6 (10), -18 (3), +30 (3), +42 (5), +54 (2), +66 (2), -78 (5)
3. Розширення сфери економії емоцій	+7 (2), +19 (10), -31 (2), +43 (5), +55 (3), +67 (3), -79 (5)
4. Редукція професійних обов'язків	+8 (5), +20 (5), +32 (2), -44 (2), +56 (3), +68 (3), +80 (10)
<i>Разом для фази резистентності</i>	

Фаза виснаження	
1. Емоційний дефіцит	+9 (3), +21 (2), +33 (5), -45 (5), +57 (3), -69 (10), +81 (2)
2. Емоційне відчуження	+10 (2), +22 (3), -34 (2), +46 (3), +58 (5), +70 (5), +82 (10)
3. Особистісне відчуження (деперсоналізація)	+11 (5), +23 (3), +35 (3), +47 (5), +59 (5), +72 (2), +83 (10)
4. Психосоматичні та психовегетативні порушення	+12 (3), +24 (2), +36 (5), +48 (3), +60 (2), +72 (10), +84 (5)
<i>Разом для фази виснаження</i>	
<i>Підсумковий показник</i>	