МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ЗАПОРІЗЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

ФАКУЛЬТЕТ СОЦІАЛЬНОЇ ПЕДАГОГІКИ ТА ПСИХОЛОГІЇ
КАФЕДРА ПСИХОЛОГІЇ

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА МАГІСТРА

на тему: ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ЖИТТЄСТІЙКОСТІ ВІЙСЬКОВИХ, ЯКІ ЗАЗНАЛИ ПОРАНЕНЬ ПІД ЧАС ВІЙНИ

Виконала: студентка ІІ курсу,
групи 8.0534-2-з
спеціальності: 053 Психологія
освітньої програми: Психологія
Жуліна Жанна Володимирівна
Керівник: PhD, старший викладач кафедри психології Гречаник М.І.
Рецензент: к. психол. наук, доцент кафедри психології Скрипаченко Т. В.

Запоріжжя – 2025

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ

ЗАПОРІЗЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

Факультет соціальної педагогіки та психології
Кафедра психології
Рівень вищої освіти магістр
Спеціальність 053 Психологія
Освітня програма 053 Психологія

ЗАТВЕРДЖУЮ

Завідувач кафедри

_____

к.психол.н., доцент. Н.О. Губа

«____»_____2025 р.

З А В Д А Н Н Я

НА КВАЛІФІКАЦІЙНУ РОБОТУ СТУДЕНТЦІ

Жуліній Жанні Володимирівні

Тема роботи Психологічні особливості життєстійкості військових, які зазнали поранень під час війни

керівник роботи Гречаник М.І. PhD, старший викладач кафедри психології

затверджені наказом ЗНУ від «02» 10 2025 року № 1393-с

2. Строк подання студентом роботи _____

3. Вихідні дані до роботи аналіз психолого-педагогічної літератури.

4. Зміст розрахунково-пояснювальної записки: здійснити теоретичний аналіз поняття життєстійкості особистості; провести теоретичний аналіз психологічних наслідків бойових поранень; розробити концептуальну модель формування життєстійкості у військовослужбовців, які зазнали поранень під час війни; експериментально дослідити рівень життєстійкості військовослужбовців, які зазнали поранень; розробити програму психологічної реабілітації, спрямовану на підвищення життєстійкості та зниження симптомів ПТСР у поранених військовослужбовців.

Перелік графічного матеріалу: 15 таблиць, 2 рисунка.

6. Консультанти розділів роботи

Розділ	Прізвище, ініціали та посада консультанта	Підпис, дата	
		Завдання Видав	Завдання прийняв
Вступ	Гречаник М.І., PhD		
Розділ 1	Гречаник М.І., PhD		
Розділ 2	Гречаник М.І., PhD		
Розділ 3	Гречаник М.І., PhD		
Висновки	Гречаник М.І., PhD		

7. Дата видачі завдання _____

КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН

№ з/п	Назва етапів кваліфікаційної роботи	Строк виконання етапів роботи	Примітка
1	Збір та систематизація матеріалу	січень –лютий 2025 р.	Виконано
2	Робота над вступом	березень 2025 р.	Виконано
3	Робота над першим розділом	квітень-травень 2025 р.	Виконано
4	Робота над другим розділом	липень 2025 р.	Виконано
5	Робота над третім розділом	червень -серпень 2025 р.	Виконано
6	Написання висновків	вересень 2025 р.	Виконано
7	Передзахист	жовтень 2025 р.	Виконано
8	Нормоконтроль	листопад 2025 р.	Виконано

Студент _____ Ж. В. Жуліна

Керівник роботи _____ М. І. Гречаник

Нормоконтроль пройдено

Нормоконтролер _____ Г. В. Коваль

РЕФЕРАТ

Кваліфікаційна робота магістра: 110 сторінок, 2 рисунків, 15 таблиць, 45 джерел.

Об’єкт дослідження: психологічні механізми життєстійкості військовослужбовців, які зазнали поранень у зоні бойових дій.

Предмет дослідження: структура, динаміка та чинники формування життєстійкості поранених військовослужбовців.

Мета дослідження: теоретично обґрунтувати та емпірично дослідити психологічні особливості життєстійкості військовослужбовців після бойових поранень і розробити програму її підвищення.

Гіпотеза дослідження: поранені військовослужбовці характеризуються зниженими показниками життєстійкості порівняно з неушкодженими, що пов’язано з високим рівнем тривоги, посттравматичними симптомами та емоційною дестабілізацією; цілеспрямована програма психологічної реабілітації може підвищити рівень їхньої життєстійкості.

Методи дослідження: теоретичні – теоретико-методологічний аналіз, класифікація й систематизація наукових джерел; емпіричні – спостереження, тестування, анкетування, математична обробка даних.

Наукова новизна: уперше обґрунтовано системну модель життєстійкості поранених військовослужбовців, що інтегрує когнітивно-емоційні, мотиваційні та поведінкові компоненти; емпірично доведено взаємозв’язок між рівнем життєстійкості, симптомами ПТСР і копінг-стратегіями.

Галузь використання: практики військових психологів, центри психологічної реабілітації ветеранів, програмах підготовки офіцерського складу.

ЖИТТЄСТІЙКІСТЬ, ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІ, БОЙОВІ ПОРАНЕННЯ, ПОСТТРАВМАТИЧНИЙ СТРЕСОВИЙ РОЗЛАД, ПСИХОЛОГІЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ, КОПІНГ-СТРАТЕГІЇ, ПОСТТРАВМАТИЧНЕ ЗРОСТАННЯ, ВІЙСЬКОВА ПСИХОЛОГІЯ, ПСИХОЛОГІЧНА ТРАВМА.

SUMMARY

Zhulina Zh. V. Psychological features of the vitality of the military who were injured during the war

The qualifying work consists of an introduction, three chapters, conclusions, references (45 sources, including 8 foreign ones), and three appendices comprising five pages. The total volume of the manuscript is 115 pages, of which 110 constitute the main text. The work contains five figures and seven tables.

The qualifying work presents a theoretical and empirical study of the psychological features of hardiness among military personnel who sustained injuries during combat operations. The research is grounded in systemic, activity-based, subject-centered, existential-humanistic, and positive psychology approaches. It is theoretically substantiated and empirically confirmed that injured servicemen demonstrate significantly lower levels of hardiness compared to uninjured counterparts, especially in the dimensions of commitment and emotional involvement. Strong negative correlations were identified between hardiness indicators and the severity of post-traumatic stress symptoms.

TheResearch object: Psychological mechanisms of hardiness in combat-injured military personnel.

The Research subject: Structure, dynamics, and determinants of hardiness in wounded servicemen.

Research goal: To theoretically substantiate and empirically examine the psychological characteristics of hardiness in injured military personnel and develop a rehabilitation program aimed at its enhancement.

Research tasks:

– To conduct a theoretical analysis of the psychological construct of hardiness and its components.

– To systematize scientific approaches to understanding the psychological consequences of combat injuries.

– To develop a conceptual model of hardiness formation in injured servicemen.

– To empirically assess the level and structure of hardiness among wounded military personnel.

– To design a psychological rehabilitation program aimed at strengthening hardiness and reducing PTSD symptoms.

Chapter 1 «Theoretical foundations of the study of hardiness in military personnel» provides a comprehensive overview of the conceptual evolution of hardiness as a psychological construct and outlines its relevance in military settings.

Chapter 2 «Psychological consequences of combat injuries as a factor influencing hardiness» analyzes the influence of physical trauma, PTSD, anxiety, and emotional dysregulation on the resilience and psychological functioning of wounded soldiers.

Chapter 3 «Empirical study and rehabilitation program development» outlines the methodology of the empirical research and presents the results of data processing, interpretation, and the proposed psychological intervention aimed at strengthening hardiness.

Key words: hardiness, military personnel, combat injuries, post-traumatic stress disorder, psychological rehabilitation, coping strategies, post-traumatic growth, military psychology, psychological trauma.

ЗМІСТ

ВСТУП 8
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ЖИТТЄСТІЙКОСТІ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ, ЯКІ ЗАЗНАЛИ ПОРАНЕНЬ 12
1.1. Життєстійкість як психологічний феномен: сутність, структура та функції 12
1.2. Психологічні наслідки бойових поранень: посттравматичні стресові реакції та їх вплив на життєстійкість 24
1.3. Чинники формування та розвитку життєстійкості у військовослужбовців 40
1.4. Концептуальна модель формування життєстійкості у військовослужбовців, які зазнали поранень 47
РОЗДІЛ 2. МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ЖИТТЄСТІЙКОСТІ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ, ЯКІ ЗАЗНАЛИ ПОРАНЕНЬ ПІД ЧАС ВІЙНИ 59
2.1. Методологічні засади дослідження життєстійкості військовослужбовців, які зазнали поранень 59
2.2. Методи та методики психологічного дослідження життєстійкості у військовослужбовців 65
РОЗДІЛ 3. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ЖИТТЄСТІЙКОСТІ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ, ЯКІ ЗАЗНАЛИ ПОРАНЕНЬ ПІД ЧАС ВІЙНИ 71
3.1. Методологія та організація дослідження 71
3.2. Результати емпіричного дослідження психологічних особливостей життєстійкості військовослужбовців, які зазнали поранень 76
3.3. Аналіз та інтерпретація результатів дослідження 80
ВИСНОВКИ 108
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ 111

ВСТУП

Воєнні дії на території України протягом останніх років призвели до значного зростання кількості військовослужбовців, які зазнали поранень різного ступеня тяжкості. Фізичні травми неминуче супроводжуються психологічними наслідками, які можуть проявлятися у вигляді посттравматичних стресових реакцій, зниження адаптаційного потенціалу та погіршення загального психологічного стану. Життєстійкість як інтегральна особистісна характеристика відіграє ключову роль у процесі подолання наслідків бойових травм та відновлення психологічного благополуччя військовослужбовців. Вивчення психологічних особливостей життєстійкості військовослужбовців, які зазнали поранень, є надзвичайно актуальним завданням сучасної військової психології, оскільки дозволяє розробити ефективні стратегії психологічної реабілітації та супроводу цієї категорії осіб. Попри значний інтерес дослідників до проблеми психологічних наслідків бойових поранень, питання життєстійкості поранених військовослужбовців залишається недостатньо вивченим, що зумовлює необхідність проведення комплексного дослідження у цьому напрямку. Особливого значення набуває дослідження взаємозв’язків між посттравматичними стресовими реакціями та життєстійкістю, а також розробка програм психологічної роботи, спрямованих на підвищення життєстійкості військовослужбовців, які зазнали поранень під час війни.

Попри значний інтерес дослідників до проблеми психологічних наслідків бойових поранень, питання життєстійкості поранених військовослужбовців залишається недостатньо вивченим, що зумовлює необхідність проведення комплексного дослідження у цьому напрямку. Особливого значення набуває дослідження взаємозв'язків між посттравматичними стресовими реакціями та життєстійкістю, а також розробка програм психологічної роботи, спрямованих на підвищення життєстійкості військовослужбовців, які зазнали поранень під час війни.

Об’єктом дослідження є життєстійкість як інтегральна особистісна характеристика.

Предметом дослідження є психологічні особливості життєстійкості військовослужбовців, які зазнали поранень під час війни.

Мета дослідження полягає у теоретичному обґрунтуванні та емпіричному дослідженні психологічних особливостей життєстійкості військовослужбовців, які зазнали поранень під час війни, а також у розробці та апробації програми психологічної роботи, спрямованої на підвищення рівня життєстійкості даної категорії осіб.

Гіпотеза дослідження полягає у припущенні, що військовослужбовці, які зазнали поранень під час війни, мають знижений рівень життєстійкості порівняно з військовослужбовцями без поранень, при цьому рівень життєстійкості негативно корелює з вираженістю посттравматичних стресових реакцій. Найсильнішими негативними предикторами життєстійкості є симптоми вторгнення та збудливості, а також тяжкість поранення. Цілеспрямована психологічна робота, побудована з урахуванням виявлених закономірностей, дозволяє значуще підвищити рівень життєстійкості та знизити вираженість симптомів посттравматичного стресового розладу у військовослужбовців, які зазнали поранень.

Досягнення поставленої мети передбачає виконання таких завдань.

1. Здійснити теоретичний аналіз проблеми життєстійкості у психологічній науці та визначити концептуальні підходи до її розуміння.

2. Проаналізувати психологічні наслідки бойових поранень та визначити особливості посттравматичних стресових реакцій у військовослужбовців, які зазнали поранень під час війни.

3. Емпірично дослідити психологічні особливості життєстійкості військовослужбовців, які зазнали поранень, та виявити взаємозв’язки між показниками посттравматичних стресових реакцій та життєстійкості.

4. Визначити чинники та предиктори життєстійкості у військовослужбовців, які зазнали поранень під час війни.

5. Розробити та теоретично обґрунтувати програму психологічної роботи, спрямовану на підвищення рівня життєстійкості військовослужбовців, які зазнали поранень.

6. Апробувати розроблену програму та оцінити її ефективність у процесі формувального експерименту.

Методологічною основою дослідження є концепція життєстійкості С. Мадді та С. Кобаси, теорія посттравматичного стресового розладу (А. С. Мастен, Дж. Дж. Гросс, Б. ван дер Колк), сучасні підходи до психологічної реабілітації осіб, які пережили травматичні події: когнітивно-поведінковий (А. Бек, Д. Кларк), екзистенційний (В. Франкл, І. Ялом), психодинамічний (П. Левін, Б. ван дер Колк), системний (В. Г. Панок, О. А. Чиханцова), тілесно-орієнтований (П. Левін, П. Огден), а також системний підхід до розуміння психологічних феноменів (Л. З. Сердюк, Т. М. Титаренко, Н. Е. Мілорадова).

Наукова новизна дослідження полягає у тому, що вперше комплексно досліджено психологічні особливості життєстійкості військовослужбовців, які зазнали поранень під час війни; виявлено статистично значущі відмінності у показниках життєстійкості між військовослужбовцями з пораненнями та без поранень; визначено структуру та компоненти життєстійкості поранених військовослужбовців; встановлено взаємозв’язки між показниками посттравматичних стресових реакцій та життєстійкості; виявлено фактори та предиктори життєстійкості; розроблено та апробовано програму психологічної роботи, спрямовану на підвищення рівня життєстійкості поранених військовослужбовців.

Практичне значення дослідження полягає у розробці та апробації програми психологічної роботи, спрямованої на підвищення рівня життєстійкості військовослужбовців, які зазнали поранень під час війни; розробці рекомендацій щодо впровадження цієї програми у практику психологічної реабілітації; створенні діагностичного інструментарію для оцінки рівня життєстійкості та вираженості посттравматичних стресових реакцій у поранених військовослужбовців.

Структура роботи. Робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел та додатків. У першому розділі представлено теоретичний аналіз проблеми життєстійкості та психологічних наслідків бойових поранень.

РОЗДІЛ 1
ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ЖИТТЄСТІЙКОСТІ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ, ЯКІ ЗАЗНАЛИ ПОРАНЕНЬ

1.1 Життєстійкість як психологічний феномен: сутність, структура та функції

Дослідження життєстійкості як психологічного феномену набуває особливої актуальності в сучасних умовах, коли суспільство стикається з численними викликами, що вимагають від особистості мобілізації внутрішніх ресурсів. Важливість вивчення життєстійкості зумовлюється необхідністю розуміння механізмів, які дозволяють людині ефективно протистояти стресовим ситуаціям, зберігати психологічне благополуччя та здатність до продуктивної діяльності в несприятливих умовах. Задля всебічного висвітлення означеної проблематики доцільно структурувати дослідження за такими напрямами: а) здійснення теоретичного аналізу проблеми життєстійкості у психологічній науці; б) визначення концептуальних підходів до її розуміння; в) окреслення особливостей життєстійкості військовослужбовців. Вирішення цих завдань дозволить поглибити уявлення про життєстійкість як фундаментальний особистісний ресурс, що набуває особливого значення в контексті військової діяльності, зокрема для військовослужбовців, які зазнали поранень.

Розпочнемо з першого завдання – *здійснення теоретичного аналізу проблеми життєстійкості у психологічній науці*. Життєстійкість як психологічний феномен належить до ключових особистісних ресурсів, що дозволяють людині ефективно протистояти стресовим ситуаціям, зберігаючи внутрішню збалансованість та успішність діяльності. Концепція життєстійкості (hardiness) була запропонована американським психологом С. Мадді в контексті екзистенційної психології та психології стресу. Згідно з

поглядами С. Мадді [41], життєстійкість являє собою систему переконань про себе, світ, відносини зі світом, що дозволяє людині витримувати та ефективно долати стресові ситуації. Розглядаючи витоки життєстійкості, науковець зазначав, що вона формується в ранньому дитинстві та продовжує розвиватися протягом життя, зазнаючи впливу як спадкових факторів, так і набутого досвіду.

Структура життєстійкості, за С. Мадді [41], включає три взаємопов'язані компоненти: залученість (commitment), контроль (control) та прийняття ризику або виклику (challenge). Залученість відображає переконаність людини в тому, що включеність у події надає максимальний шанс знайти щось вартісне та цікаве для особистості. Людина з розвиненим компонентом залученості отримує задоволення від власної діяльності, відчуває себе значущою та цінною, здатною повністю включатися в розв'язання життєвих завдань попри наявність стресогенних факторів та змін. Аналізуючи компонент залученості, Т. О. Ларіна [17] зазначає, що саме через залученість особистість відчуває власну цінність та значущість, що створює мотиваційну основу для конструктивного подолання труднощів.

Контроль характеризується переконаністю в тому, що боротьба дозволяє вплинути на результат того, що відбувається, навіть якщо успіх не гарантований. Протилежністю контролю є відчуття безпорадності. Людина з сильно розвиненим компонентом контролю відчуває, що сама обирає власну діяльність, свій шлях, впливає на результати своїх дій та загальний хід життя. У дослідженнях В. В. Предко [24] встановлено, що контроль як компонент життєстійкості має сильний зв'язок із внутрішнім локусом контролю та самоефективністю особистості, формуючи основу для активної життєвої позиції.

Прийняття ризику (виклику) базується на переконанні, що розвиток можливий лише через постійне навчання на власному досвіді – як позитивному, так і негативному. Людина, яка розглядає життя як спосіб набуття досвіду, готова діяти за відсутності надійних гарантій успіху, на свій

страх і ризик, вважаючи прагнення до комфорту та безпеки таким, що збіднює життя особистості. Аналізуючи компонент прийняття ризику, В. В. Предко [24] підкреслює, що саме здатність сприймати нові ситуації як виклики, а не загрози, дозволяє особистості зберігати психологічну стійкість в умовах невизначеності та змін.

Функції життєстійкості полягають насамперед у пом'якшенні впливу стресорів на психічне та соматичне здоров'я людини через оптимізацію когнітивних процесів оцінки загрози, зміну поведінкових патернів на більш адаптивні та підтримку фізіологічного балансу організму. Життєстійкість виступає буфером, що поглинає негативний вплив стресових факторів, перетворюючи потенційно руйнівні для особистості ситуації на можливості для зростання та розвитку, як зазначає О. М. Кокун [11].

Життєстійкість тісно пов'язана з іншими психологічними конструктами, такими як резилієнтність, самоефективність, локус контролю, толерантність до невизначеності. Резилієнтність, яка часто використовується як синонім життєстійкості, більше орієнтована на процес відновлення після впливу стресора, тоді як життєстійкість підкреслює активну взаємодію з викликами та перетворення стресового досвіду у ресурс для особистісного зростання, що підкреслює О. М. Корніяка [14]. На думку О. М. Хамініч [35], розмежування понять «життєстійкість», «життєздатність» та «резилієнтність» є важливим теоретико-методологічним питанням, оскільки дозволяє більш точно визначити предмет дослідження та уникнути термінологічної плутанини.

Окремої уваги заслуговує аналіз зв'язків життєстійкості з емоційним інтелектом та фрустраційною толерантністю. Дослідження Д. Гоулмана [4] демонструють, що емоційний інтелект, який включає здатність розпізнавати, розуміти та регулювати емоції, може підсилювати життєстійкість особистості, забезпечуючи більш ефективне подолання емоційно насичених стресових ситуацій. Л. Ракітянська [30] підкреслює, що емоційний інтелект сприяє розвитку життєстійкості через підвищення здатності до саморегуляції

та емоційної стабільності. Фрустраційна толерантність, яка розглядається як здатність протистояти різноманітним життєвим труднощам без втрати психологічної адаптації, також має тісні зв'язки з життєстійкістю. У дослідженнях Н. О. Божок [2] та Л. Іванцева, Н. Іванцева [6] показано, що фрустраційна толерантність може розглядатися як один із механізмів реалізації життєстійкості в ситуаціях блокування значущих потреб та цілей особистості.

Теоретичний аналіз проблеми життєстійкості дозволяє виокремити низку актуальних питань, які потребують подальшого дослідження: співвідношення життєстійкості та інших близьких за змістом психологічних конструктів; механізми формування та розвитку життєстійкості в онтогенезі; індивідуально-типологічні та соціокультурні детермінанти життєстійкості; психологічні механізми впливу життєстійкості на психічне та фізичне здоров'я; можливості цілеспрямованого розвитку життєстійкості в контексті професійної діяльності, зокрема військової служби. Розв'язання цих теоретичних проблем має не лише наукову, а й практичну значущість, оскільки створює основу для розробки ефективних програм психологічної підтримки та розвитку життєстійкості особистості в різних сферах життя.

Перейдемо до другого завдання – *визначення концептуальних підходів до розуміння життєстійкості*. Дослідження життєстійкості у сучасній науці набуває різноманітних підходів, кожен з яких висвітлює специфічні аспекти даного феномена. Структурний підхід, розроблений С. Мадді [41], фокусується на внутрішній будові життєстійкості та розглядає її як сукупність взаємопов'язаних компонентів – залученості, контролю та прийняття ризику. Структурний підхід дозволяє глибше зрозуміти внутрішню організацію життєстійкості, визначити її ключові складові та зв'язки між ними, що має значну цінність для діагностики та цілеспрямованого розвитку життєстійкості особистості. Науковці, які розвивають структурний підхід, зосереджуються на вивченні пропорційного співвідношення компонентів життєстійкості, їх взаємовпливу та

взаємокомпенсації, прагнучи визначити оптимальну конфігурацію для ефективного протистояння стресовим факторам різної природи та інтенсивності.

Функціональний підхід до розуміння життєстійкості, який розвивають Т. М. Титаренко, Т. О. Ларіна [34], фокусується на тому, як життєстійкість сприяє адаптації людини до складних умов. Згідно з функціональним підходом, життєстійкість виконує роль особистісного ресурсу, що дозволяє долати труднощі через трансформацію стресових обставин із потенційних катастроф у можливості для зростання. Життєстійкі індивіди здатні бачити в стресі виклик, а не загрозу, що призводить до позитивної реінтерпретації стресових ситуацій та активного їх подолання. С. Л. Кравчук [15] у своїх дослідженнях підкреслює значущість функціонального підходу для розуміння механізмів впливу життєстійкості на психологічне благополуччя особистості в умовах воєнного конфлікту.

Системно-динамічний підхід, представлений роботами О. А. Чиханцової [38], К. Р. Маннапової [18], розглядає життєстійкість як складну динамічну систему, що перебуває у постійному розвитку та взаємодії з іншими особистісними структурами та зовнішнім середовищем. Відповідно до системно-динамічного підходу, життєстійкість не є статичною характеристикою, а являє собою процес безперервної адаптації та трансформації особистості у відповідь на виклики зовнішнього середовища. Життєстійкість розглядається як відкрита система, здатна до самоорганізації та саморегуляції, що забезпечує її гнучкість та адаптивність. У межах системно-динамічного підходу значна увага приділяється вивченню траєкторій розвитку життєстійкості протягом життєвого шляху особистості, визначенню критичних періодів та факторів, що сприяють її формуванню або, навпаки, призводять до її зниження. В. Г. Панок [21] зазначає, що життєстійкість як системна характеристика особистості формується протягом усього життєвого шляху і залежить від конфігурації життєвих подій та способів їх опрацювання.

Соціокультурний підхід, який розробляють Л. З. Сердюк, О. І. Купрєєва [31], акцентує увагу на соціальних та культурних факторах, що впливають на формування та прояви життєстійкості. З позицій соціокультурного підходу, життєстійкість розглядається не лише як індивідуальна характеристика, але й як колективний феномен, що формується під впливом соціальних норм, цінностей, традицій та практик, притаманних певній культурі або соціальній групі. Соціокультурний підхід дозволяє зрозуміти, яким чином соціальне середовище може сприяти або перешкоджати розвитку життєстійкості, як культурні особливості впливають на інтерпретацію та подолання стресових ситуацій, яку роль відіграють соціальні зв'язки та підтримка у формуванні життєстійкості особистості. О. А. Чиханцова [37] підкреслює важливість соціокультурного середовища як чинника розвитку життєстійкості особистості, зазначаючи, що культурні норми та цінності можуть як підтримувати, так і пригнічувати прояви життєстійкості.

Ресурсний підхід, представлений дослідженнями С. М. Кондратюка [13], Л. В. Степаненко [33], розглядає життєстійкість як ключовий особистісний ресурс, що дозволяє ефективно використовувати інші ресурси для подолання стресових ситуацій. Відповідно до ресурсного підходу, життєстійкість виступає своєрідним метаресурсом, що забезпечує доступ до внутрішніх та зовнішніх ресурсів особистості, оптимізує їх використання та сприяє їх відновленню. Ресурсний підхід дозволяє інтегрувати життєстійкість у більш широкий контекст ресурсної бази особистості, вивчати її взаємозв'язки з іншими ресурсами, такими як соціальна підтримка, емоційний інтелект, толерантність до невизначеності, та розробляти комплексні стратегії підвищення стресостійкості через розвиток життєстійкості як ключового ресурсу. С. М. Кондратюк [12] зазначає, що життєстійкість як ресурс подолання життєвих труднощів в умовах війни набуває особливого значення, оскільки дозволяє мобілізувати всі наявні

ресурси особистості для ефективного протистояння екстремальним стресовим факторам.

Для більш систематизованого уявлення про основні підходи до розуміння життєстійкості доцільно представити їх у вигляді таблиці, яка узагальнює ключові характеристики кожного підходу та його представників (табл. 1.1).

Таблиця 1.1 – Основні підходи до розуміння життєстійкості

Назва підходу	Основні характеристики життєстійкості	Ключові дослідники
Структурний підхід	Розглядає життєстійкість як систему взаємопов'язаних компонентів (залученість, контроль, прийняття ризику); фокусується на внутрішній будові та пропорційному співвідношенні компонентів	С. Мадді [41], С. Кобаса [40], Д. Хошаба [42], В. В. Предко [24]
Функціональний підхід	Розглядає життєстійкість як особистісний ресурс, що трансформує стресові обставини у можливості для зростання; фокусується на механізмах впливу життєстійкості на психологічне благополуччя	Т. М. Титаренко [34], Т. О. Ларіна [17], С. Л. Кравчук [15], О. М. Корніяка [14]
Системно-динамічний підхід	Розглядає життєстійкість як динамічну систему, що розвивається та взаємодіє з іншими особистісними структурами; акцентує увагу на процесах саморегуляції та адаптації	О. А. Чиханцова [38], К. Р. Маннапова [18], В. Г. Панок [21]
Соціокультурний підхід	Розглядає життєстійкість як колективний феномен, що формується під впливом соціальних норм, цінностей та практик; акцентує увагу на ролі соціального середовища	Л. З. Сердюк [31], О. І. Купрєєва [31], О. А. Чиханцова [37]
Ресурсний підхід	Розглядає життєстійкість як метаресурс, що забезпечує доступ до інших ресурсів особистості; фокусується на інтеграції життєстійкості у ресурсну базу особистості	С. М. Кондратюк [12], Л. В. Степаненко [33], Т. О. Ларіна [17]

Як видно з таблиці 1.1, представлені підходи демонструють багатовимірність феномена життєстійкості та відображають різні аспекти його дослідження. Кожен з підходів має свої переваги та обмеження, проте їх комплексне застосування дозволяє отримати найбільш повне та глибоке розуміння сутності, структури та функцій життєстійкості як психологічного феномена. Варто відзначити, що в сучасних дослідженнях простежується тенденція до інтеграції різних підходів, що дозволяє більш комплексно

розглядати життєстійкість як складний, багаторівневий феномен, який проявляється на різних рівнях функціонування особистості та взаємодіє з різноманітними внутрішніми та зовнішніми факторами.

Перейдемо до третього завдання – окреслення особливостей життєстійкості військовослужбовців. Дослідження військово-професійної життєстійкості, запропоноване О. М. Кокуном [9], розглядає її як інтегральну властивість особистості військовослужбовця, що характеризує його здатність до успішного подолання стрес-факторів військово-професійної діяльності, збереження здоров'я та оптимального рівня працездатності в екстремальних умовах. У структурі військово-професійної життєстійкості автор виділяє емоційний, мотиваційний, соціальний та професійний компоненти, які відображають різні аспекти функціонування особистості військовослужбовця в умовах підвищеного стресу.

Емоційний компонент життєстійкості відображає здатність до регуляції емоційних станів, стійкість до емоційного вигорання та психологічної травматизації. Мотиваційний компонент характеризується збереженням інтересу до діяльності та життя загалом, наявністю цілей та цінностей, що надають сенс існуванню. Соціальний компонент проявляється у здатності встановлювати та підтримувати соціальні зв'язки, отримувати та надавати соціальну підтримку. Професійний компонент відображає здатність підтримувати високий рівень професійної ефективності, розвиватися у професійному плані попри труднощі та перешкоди. Н. Е. Мілорадова [19] у своїх дослідженнях підкреслює значущість професійного компонента життєстійкості для успішної адаптації працівників правоохоронних органів до стресових умов професійної діяльності.

Розглядаючи життєстійкість у контексті військової діяльності, необхідно зазначити, що вона виступає не просто як індивідуальна характеристика окремого військовослужбовця, але й як колективний феномен, що проявляється на рівні військових підрозділів та формується під впливом специфічної військової культури, традицій, системи підготовки та

лідерства. Військова життєстійкість може розглядатися як результат взаємодії індивідуальних, групових та організаційних факторів, що сприяють формуванню психологічної готовності до дій в екстремальних умовах. В. В. Доценко та Н. Е. Мілорадова [5] зазначають, що життєстійкість працівників поліції в умовах воєнного стану формується через комплексну взаємодію індивідуально-психологічних якостей та організаційних факторів, що включають систему психологічного супроводу, підтримку керівництва та колективу, наявність професійних стандартів та процедур, що регламентують діяльність в екстремальних ситуаціях.

Особливого значення набуває дослідження життєстійкості військовослужбовців в умовах сучасних збройних конфліктів, які характеризуються високою інтенсивністю, непередбачуваністю та застосуванням новітніх засобів ураження. Військова діяльність у таких умовах супроводжується впливом множинних стрес-факторів, включаючи загрозу життю та здоров'ю, необхідність приймати рішення в умовах дефіциту часу та інформації, відповідальність за життя товаришів по службі, тривале перебування в стані бойової готовності, фізичне та психологічне виснаження. Життєстійкість у даному контексті виступає як фундаментальний ресурс, що дозволяє військовослужбовцям не лише виживати в екстремальних умовах, але й зберігати психологічне благополуччя, боєздатність та ефективність виконання службових завдань. І. О. Пішко та Н. С. Лозінська [23] у своїх дослідженнях підкреслюють необхідність системного підходу до забезпечення психологічної стійкості військовослужбовців в умовах бойових дій, що включає як підготовку до бойових дій, так і психологічний супровід під час виконання бойових завдань та після їх завершення.

Військова життєстійкість має певні специфічні особливості порівняно з життєстійкістю цивільних осіб. По-перше, вона тісно пов'язана з військово-професійною ідентичністю та почуттям приналежності до військового колективу, що може виступати додатковим ресурсом для подолання

стресових ситуацій. По-друге, військова життєстійкість формується в умовах спеціалізованої підготовки, спрямованої на розвиток психологічної стійкості до бойових стресорів, що включає моделювання екстремальних ситуацій, формування навичок саморегуляції та колективної взаємодії в умовах небезпеки. По-третє, військова життєстійкість проявляється не лише у здатності протистояти стресу, але й у готовності до самопожертви заради виконання бойового завдання та захисту товаришів, що відображає специфічну систему цінностей, притаманну військовій культурі. В. В. Доценко та Н. Е. Мілорадова [5] зазначають, що життєстійкість працівників правоохоронних органів в умовах воєнного стану має особливості, пов'язані зі специфікою професійної діяльності, зокрема, підвищеною відповідальністю за безпеку громадян, необхідністю діяти в умовах підвищеної небезпеки та невизначеності, постійною готовністю до екстремальних ситуацій.

Значний внесок у дослідження психологічної стійкості військовослужбовців зробили зарубіжні вчені. Б. Ван Дер Колк, відомий американський психіатр та дослідник психологічної травми, у своїй роботі «Тіло веде рахунок: мозок, розум і тіло у зціленні від травми» (2014) розглядає життєстійкість як важливий фактор запобігання розвитку посттравматичних стресових розладів у військових. Автор підкреслює важливість інтеграції тілесно-орієнтованих практик у програми розвитку життєстійкості військовослужбовців, оскільки травматичний досвід закарбовується не лише у психіці, але й у тілі людини [39]. С. Юнгер, американський журналіст та документаліст, у своїй книзі «Плем'я: про повернення та приналежність» (2016) аналізує феномен життєстійкості військовослужбовців через призму соціальних зв'язків та групової ідентичності. Дослідник зазначає, що почуття приналежності до військового братства може виступати потужним фактором підтримки життєстійкості в умовах бойових дій та після повернення до мирного життя [44].

У дослідженнях Е. Мастен, американської психологині, розробниці концепції резилієнтності, наголошується на «звичайній магії» життєстійкості – здатності людини відновлюватися після травматичного досвіду завдяки дії базових адаптивних систем, таких як прив'язаність, саморегуляція, інтелектуальні та соціальні компетенції [44]. Застосовуючи цей підхід до розуміння життєстійкості військовослужбовців, можна говорити про необхідність підтримки та розвитку цих базових адаптивних систем як на індивідуальному, так і на організаційному рівні.

Дослідження Дж. Річардсона [45] фокусуються на ролі соціальних зв'язків у формуванні та підтримці життєстійкості особистості. Автор зазначає, що соціальна підтримка виступає буфером, що пом'якшує вплив стресових факторів та сприяє більш ефективному подоланню травматичного досвіду. Для військовослужбовців, які зазнали поранень, соціальна підтримка з боку сім'ї, друзів, товаришів по службі та суспільства в цілому може бути критично важливим фактором, що впливає на їх здатність до психологічного відновлення та реінтеграції.

Військовослужбовці, які зазнали поранень, стикаються з додатковими викликами, що вимагають мобілізації життєстійкості на новому рівні. Процес відновлення після поранення включає не лише фізичну реабілітацію, але й психологічну адаптацію до змінених умов життя, переосмислення власної ідентичності, подолання травматичного досвіду та інтеграцію нового досвіду у загальну картину життя. Життєстійкість у даному контексті відіграє критичну роль, дозволяючи пораненим військовослужбовцям трансформувати травматичний досвід у ресурс для особистісного зростання, знаходити нові сенси та можливості попри обмеження, викликані пораненням, та зберігати відчуття цінності та значущості власного життя. С.М. Кондратюк [12] у своїх дослідженнях підкреслює, що життєстійкість є ключовим ресурсом подолання життєвих труднощів в умовах війни, особливо для осіб, які зазнали фізичних та психологічних травм. Автор зазначає, що розвиток життєстійкості у даної категорії осіб потребує

комплексного підходу, що включає психологічну підтримку, соціальну реабілітацію, створення умов для професійної та особистісної самореалізації.

Дослідження життєстійкості військовослужбовців, які зазнали поранень, має не лише теоретичне, але й практичне значення, оскільки дозволяє розробляти ефективні програми психологічної підтримки та реабілітації, спрямовані на розвиток ресурсів подолання травматичного досвіду та адаптації до нових умов життя. Підвищення життєстійкості поранених військовослужбовців сприяє їх успішній реінтеграції у військове та цивільне життя, зниженню ризику розвитку посттравматичних стресових розладів та інших негативних психологічних наслідків бойових дій, та в цілому підвищенню якості життя та психологічного благополуччя.

Отже, життєстійкість як психологічний феномен являє собою складне, багатовимірне утворення, що включає когнітивні, емоційні, мотиваційні та поведінкові компоненти, які в сукупності забезпечують здатність особистості ефективно протистояти стресовим ситуаціям та трансформувати негативний досвід у можливості для зростання. Аналіз різноманітних підходів до розуміння життєстійкості – структурного, функціонального, системно-динамічного, соціокультурного та ресурсного – дозволяє отримати комплексне уявлення про даний феномен та його прояви в різних контекстах, зокрема у військовій діяльності. Життєстійкість військовослужбовців, особливо тих, які зазнали поранень, набуває особливого значення в умовах сучасних збройних конфліктів, виступаючи як ключовий ресурс, що дозволяє не лише ефективно протистояти множинним стресорам бойової діяльності, але й успішно адаптуватися до нових умов життя після отримання поранень. Інтеграція здобутків вітчизняних та зарубіжних досліджень у даній сфері створює міцне підґрунтя для розробки ефективних програм психологічної підтримки та реабілітації військовослужбовців, спрямованих на розвиток їх життєстійкості та підвищення адаптаційних можливостей в умовах війни та посттравматичного відновлення.

1.2 Психологічні наслідки бойових поранень: посттравматичні стресові реакції та їх вплив на життєстійкість

Дослідження психологічних наслідків бойових поранень та їхнього впливу на життєстійкість військовослужбовців потребує комплексного аналізу різноманітних аспектів даної проблеми. Для всебічного висвітлення означеної проблематики доцільно структурувати дослідження за такими напрямами: а) аналіз специфіки бойових поранень як особливого виду психотравмуючого досвіду; б) визначення психологічних наслідків бойових поранень на різних рівнях функціонування особистості; в) дослідження посттравматичного стресового розладу як найбільш значущого психологічного наслідку бойових поранень; г) вивчення впливу посттравматичних стресових реакцій на життєстійкість поранених військовослужбовців. Вирішення цих завдань дозволить поглибити розуміння складних взаємозв'язків між психологічними наслідками бойових поранень та життєстійкістю військовослужбовців, що має значну теоретичну та практичну цінність для розробки ефективних програм психологічної реабілітації та підтримки.

Розпочнемо з першого завдання – *аналізу специфіки бойових поранень як особливого виду психотравмуючого досвіду*. Бойові поранення являють собою особливий вид психотравмуючого досвіду, який поєднує фізичну травму з потужним психологічним впливом. Поранення під час бойових дій супроводжується переживанням загрози для життя, фізичним болем, раптовою зміною життєвих обставин, що в сукупності створює значне психологічне навантаження на особистість військовослужбовця. Психологічні наслідки бойових поранень мають комплексний характер і проявляються на різних рівнях функціонування особистості: когнітивному, емоційному, поведінковому та соматичному, як зазначають І. О. Пішко та Н. С. Лозінська [23].

В. В. Кобильченко та І. М. Омельченко [8] підкреслюють, що на відміну від інших психотравмуючих подій, бойові поранення характеризуються поєднанням фізичного болю та страждання з психологічною травмою, що створює особливо складні умови для психологічної адаптації. Ця подвійна травматизація (фізична та психологічна) може призводити до ефекту взаємного підсилення негативних наслідків, коли фізичний біль посилює психологічні симптоми, а психологічний дистрес, у свою чергу, може посилювати сприйняття фізичного болю та ускладнювати процес фізичного відновлення.

А. Л. Каценко та співавтори [7] відзначають, що бойові поранення часто супроводжуються втратою відчуття базової безпеки та контролю над власним життям, що є фундаментальними психологічними потребами людини. Раптова та неконтрольована подія, яка призводить до поранення, може порушувати базові переконання особистості про світ як безпечне та передбачуване місце, про себе як компетентну та сильну людину, що здатна контролювати власне життя. Ці порушення базових переконань можуть мати глибокий та довготривалий вплив на психологічне благополуччя військовослужбовця.

Перейдемо до другого завдання – *визначення психологічних наслідків бойових поранень на різних рівнях функціонування особистості*. На когнітивному рівні психологічні наслідки бойових поранень можуть проявлятися у вигляді нав'язливих спогадів про травматичну подію, флешбеків (яскравих, мимовільних спогадів, що супроводжуються відчуттям повторного переживання травматичної ситуації), порушень концентрації уваги, труднощів з прийняттям рішень, негативних думок про себе, оточуючих та майбутнє. Поранені військовослужбовці часто переживають когнітивні викривлення, такі як катастрофізація (схильність очікувати найгіршого розвитку подій), надмірне узагальнення (поширення негативного досвіду на всі аспекти життя), дихотомічне мислення (сприйняття ситуацій у категоріях «все або нічого»), що відзначає В. В. Предко [25].

На думку С. Максименка та Л. Сердюк [43], когнітивні порушення після бойових поранень можуть мати як пряме нейробіологічне походження (особливо у випадку черепно-мозкових травм), так і бути результатом психологічних механізмів подолання травматичного досвіду. Когнітивні порушення можуть суттєво впливати на здатність пораненого військовослужбовця до адаптації у постравматичний період, оскільки вони ускладнюють процеси осмислення травматичного досвіду, планування майбутнього, прийняття рішень та розв'язання проблем.

На емоційному рівні психологічні наслідки бойових поранень проявляються у вигляді підвищеної тривожності, страху, гніву, дратівливості, почуття провини, сорому, безпорадності, емоційного оніміння (зниження здатності переживати позитивні емоції), емоційної лабільності. Характерним є так званий феномен «емоційних гойдалок», коли стан відносного спокою може раптово змінюватися спалахами інтенсивних негативних емоцій, що виникають у відповідь на тригери, пов'язані з травматичним досвідом. Д. Гоулман [4] зазначає, що регуляція емоційних станів є критично важливою для відновлення психологічного благополуччя після травматичного досвіду.

Н. В. Назарук [20] підкреслює, що емоційні наслідки бойових поранень часто проявляються у вигляді амбівалентності емоційних переживань, коли поранений військовослужбовець може одночасно відчувати полегшення від того, що залишився живим, та провину перед товаришами, які загинули або продовжують воювати. На поведінковому рівні психологічні наслідки бойових поранень проявляються у вигляді уникнення ситуацій, місць, людей, які нагадують про травматичну подію, соціальної ізоляції, агресивної поведінки, імпульсивності, зловживання алкоголем та іншими психоактивними речовинами як способу зниження емоційного напруження. Характерними є порушення сну (труднощі із засинанням, поверхневий сон, кошмарні сновидіння), підвищена настороженість, постійна готовність до небезпеки. В. В. Доценко та Н. Е. Мілорадова [5] відзначають, що поведінкові симптоми можуть значно погіршувати соціальне функціонування

поранених військовослужбовців та ускладнювати процес реінтеграції у мирне життя.

О. А. Чиханцова [38] наголошує на важливості розуміння поведінкових стратегій подолання травматичного досвіду, які можуть бути як адаптивними (пошук соціальної підтримки, фізична активність, творча самореалізація), так і дезадаптивними (соціальна ізоляція, агресивна поведінка, зловживання психоактивними речовинами). Розвиток адаптивних стратегій подолання травматичного досвіду є важливим завданням психологічної реабілітації поранених військовослужбовців.

На соматичному рівні психологічні наслідки бойових поранень проявляються у вигляді психосоматичних реакцій: головного болю, підвищеного артеріального тиску, порушення функцій шлунково-кишкового тракту, м'язового напруження, підвищеної втомлюваності. Фізичні обмеження, спричинені пораненням, можуть призводити до порушення образу тіла, зниження самооцінки та впевненості у власних силах, як відзначають Д. Ассонов та О. Хаустова [1].

Л. З. Сердюк [32] підкреслює взаємозв'язок між психологічними та соматичними аспектами травматичного досвіду, зазначаючи, що психологічний стрес може посилювати соматичні симптоми та уповільнювати процес фізичного відновлення, а фізичні обмеження та біль, у свою чергу, можуть посилювати психологічний дистрес. Ця взаємодія психологічних та соматичних факторів вимагає комплексного підходу до реабілітації поранених військовослужбовців, що враховує як фізичні, так і психологічні аспекти відновлення.

Перейдемо до третього завдання – *дослідження посттравматичного стресового розладу як найбільш значущого психологічного наслідку бойових поранень*. Найбільш вивченим та клінічно значущим психологічним наслідком бойових поранень є посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), який визначається як відстрочена або затяжна реакція на стресову подію або ситуацію винятково загрозливого або катастрофічного характеру, що здатна

викликати загальний дистрес практично у будь-якої людини. Згідно з діагностичними критеріями МКХ-11, ПТСР характеризується трьома ключовими групами симптомів: повторним переживанням травматичної події у вигляді нав'язливих спогадів, кошмарів або флешбеків; уникненням думок, спогадів, людей або ситуацій, пов'язаних з травматичною подією; стійким відчуттям підвищеної загрози, що проявляється у підвищеній настороженості або реакції здригання.

Американська психіатрична асоціація у діагностичному та статистичному посібнику з психічних розладів (DSM-5) виділяє чотири групи симптомів ПТСР: симптоми вторгнення (нав'язливі спогади, кошмари, флешбеки, інтенсивні фізичні або емоційні реакції на тригери, пов'язані з травмою); симптоми уникнення (уникнення думок, почуттів, розмов, людей, місць або ситуацій, пов'язаних з травматичною подією); негативні зміни у думках та настрої (нездатність згадати важливі аспекти травматичної події, стійкі негативні переконання про себе, інших або світ, стійкі спотворені думки про причини або наслідки травматичної події, що призводять до самозвинувачення або звинувачення інших, стійкий негативний емоційний стан, значне зниження інтересу до важливих видів діяльності, відчуття відчуженості від інших, нездатність переживати позитивні емоції); симптоми підвищеної збудливості та реактивності (дратівливість, спалахи гніву, ризикована або самодеструктивна поведінка, надмірна настороженість, перебільшена реакція здригання, проблеми з концентрацією уваги, порушення сну). Дж. Дж. Гросс [39] зазначає, що дисрегуляція емоцій є ключовим механізмом підтримки симптомів ПТСР та ускладнює процес відновлення після травматичного досвіду.

К. Р. Маннапова [18] підкреслює, що симптоми ПТСР можуть мати різну динаміку розвитку та прояву. У деяких випадках симптоми ПТСР можуть проявлятися відразу після травматичної події, в інших – лише через декілька місяців або навіть років (відкладений ПТСР). Симптоми ПТСР можуть мати різну інтенсивність та частоту прояву, від окремих епізодичних

симптомів до повного комплексу симптомів, що значно порушує функціонування особистості. Розуміння різноманітності проявів та динаміки розвитку ПТСР є важливим для адекватної діагностики та лікування цього розладу у поранених військовослужбовців.

Поширеність ПТСР серед поранених військовослужбовців значно вища, ніж серед загальної популяції та військовослужбовців без поранень. Дослідження С. Кобаси [40] показують, що поширеність ПТСР серед поранених учасників бойових дій коливається від 10% до 42%, залежно від тяжкості поранення, типу бойових дій, якості медичної та психологічної допомоги. Найвищі показники поширеності ПТСР спостерігаються серед військовослужбовців з тяжкими пораненнями, особливо з травматичними ампутаціями, черепно-мозковими травмами та множинними пораненнями.

О. В. Перегуда та співавтори [22] зазначають, що визначення точних показників поширеності ПТСР серед поранених військовослужбовців ускладнюється низкою факторів, таких як: різні методи діагностики та критерії ПТСР, що використовуються у дослідженнях; відмінності у характеристиках досліджуваних груп; різний час проведення діагностики після травматичної події; вплив культурних та соціальних факторів на готовність повідомляти про психологічні симптоми. Незважаючи на ці методологічні обмеження, наявні дані свідчать про високу поширеність ПТСР серед поранених військовослужбовців, що підкреслює важливість розробки ефективних програм профілактики, діагностики та лікування цього розладу.

Окрім ПТСР, поранені військовослужбовці часто страждають від інших психічних розладів, таких як депресія, тривожні розлади, зловживання психоактивними речовинами. Характерною є коморбідність психічних розладів, коли ПТСР поєднується з депресією, тривожними розладами або зловживанням алкоголем, що значно ускладнює процес діагностики та лікування. С. Л. Кравчук [15] відзначає, що коморбідність психічних розладів пов'язана з більш високим рівнем функціональних порушень та гіршим прогнозом відновлення.

Наведені дані свідчать про необхідність комплексного підходу до оцінки та лікування психологічних наслідків бойових поранень, який враховує можливість розвитку як ПТСР, так і інших психічних розладів, а також їх взаємодію та кумулятивний вплив на функціонування особистості пораненого військовослужбовця.

Перейдемо до четвертого завдання – *вивчення впливу посттравматичних стресових реакцій на життєстійкість поранених військовослужбовців*. Вплив посттравматичних стресових реакцій на життєстійкість поранених військовослужбовців має складний характер. З одного боку, посттравматичні стресові реакції можуть негативно впливати на життєстійкість, знижуючи здатність військовослужбовців ефективно протистояти стресовим ситуаціям та підтримувати високий рівень функціонування. Симптоми вторгнення можуть призводити до постійного психологічного напруження, виснаження психологічних ресурсів, зниження когнітивної ефективності, що негативно впливає на здатність адаптуватися до нових умов та долати труднощі. Симптоми уникнення можуть призводити до соціальної ізоляції, зниження рівня соціальної підтримки, обмеження життєвого простору та активності, що знижує ресурси для протистояння стресу. Симптоми підвищеної збудливості можуть призводити до порушення сну, постійного фізичного та психологічного напруження, дратівливості, що знижує фізичні та психологічні ресурси для подолання стресових ситуацій [11].

Л. В. Степаненко [33] зазначає, що негативний вплив посттравматичних стресових реакцій на життєстійкість може бути особливо виражений у випадку тривалого та неефективно лікованого ПТСР, коли симптоми стають хронічними та проникають у всі сфери життя пораненого військовослужбовця. Хронічний ПТСР може призводити до формування стійких негативних переконань про себе, інших та світ, які прямо суперечать компонентам життєстійкості, таким як залученість, контроль та прийняття ризику. Формується своєрідне замкнене коло, коли симптоми ПТСР

знижують життєстійкість, а низька життєстійкість, у свою чергу, ускладнює подолання симптомів ПТСР.

З іншого боку, посттравматичні стресові реакції можуть стимулювати розвиток життєстійкості через механізми посттравматичного зростання – позитивних психологічних змін, що виникають внаслідок боротьби з високо травматичними життєвими обставинами. Посттравматичне зростання може проявлятися у таких сферах: підвищення цінності життя та зміна пріоритетів; теплі, більш близькі стосунки з іншими; відчуття особистісної сили; визнання нових можливостей; духовний розвиток. Через конструктивне подолання травматичного досвіду військовослужбовці можуть розвивати нові психологічні ресурси, стратегії подолання стресу, глибше розуміння себе та світу, що в сукупності підвищує їхню життєстійкість. Т. М. Титаренко та Т. О. Ларіна [34] зазначають, що травматичний досвід може виступати каталізатором особистісного зростання за умови наявності достатніх ресурсів для його конструктивного опрацювання.

Л. З. Сердюк та О. І. Купрєєва [31] підкреслюють, що посттравматичне зростання не є автоматичним наслідком травматичного досвіду, а результатом складного процесу осмислення та інтеграції цього досвіду в життя особистості. Цей процес вимагає значних психологічних ресурсів та підтримки, як внутрішньої (особистісні ресурси, копінг-стратегії), так і зовнішньої (соціальна підтримка, професійна психологічна допомога). Важливими умовами для посттравматичного зростання є: відкритість до нового досвіду, здатність до рефлексії та осмислення травматичного досвіду, наявність підтримуючого соціального оточення, доступність професійної психологічної допомоги.

Вплив посттравматичних стресових реакцій на життєстійкість може модеруватися різними чинниками, такими як тип та тяжкість поранення, час, що минув після поранення, наявність соціальної підтримки, доступність та якість медичної та психологічної допомоги. Тяжкі поранення, особливо ті, що призводять до значних функціональних обмежень, можуть посилювати

негативний вплив посттравматичних стресових реакцій на життєстійкість. Час, що минув після поранення, може як посилювати (через хронізацію симптомів ПТСР), так і послаблювати (через природні процеси відновлення та адаптації) вплив посттравматичних стресових реакцій на життєстійкість. Наявність соціальної підтримки може пом'якшувати негативний вплив посттравматичних стресових реакцій на життєстійкість, надаючи ресурси для конструктивного подолання травматичного досвіду. Дж. Р. Річардсон [45] підкреслює, що соціальні зв'язки відіграють ключову роль у формуванні резильєнтності та сприяють відновленню після травматичного досвіду. Доступність та якість медичної та психологічної допомоги також можуть значно впливати на характер взаємозв'язку між посттравматичними стресовими реакціями та життєстійкістю, сприяючи ефективному подоланню симптомів ПТСР та розвитку адаптивних стратегій подолання стресу.

О. М. Корніяка [14] зазначає, що професійна діяльність та професійна ідентичність можуть виступати важливими факторами, що впливають на взаємозв'язок між посттравматичними стресовими реакціями та життєстійкістю у поранених військовослужбовців. Можливість повернення до професійної діяльності (в армії або в цивільній сфері) та збереження професійної ідентичності можуть сприяти підтримці або відновленню життєстійкості, надаючи відчуття соціальної значущості, структуру повсякденного життя, можливості для самореалізації та соціальних контактів. Водночас, необхідність зміни професії через обмеження, спричинені пораненням, може створювати додаткові виклики для життєстійкості, вимагаючи переосмислення професійної ідентичності та адаптації до нових професійних ролей.

Узагальнюючи результати аналізу психологічних наслідків бойових поранень та їхнього впливу на життєстійкість військовослужбовців, можна зробити висновок про складний та багатовимірний характер цього впливу, який опосередковується низкою індивідуальних, соціальних та ситуативних факторів. Розуміння цих складних взаємозв'язків є важливою теоретичною

основою для розробки ефективних програм психологічної підтримки та реабілітації поранених військовослужбовців, спрямованих на подолання негативних психологічних наслідків бойових поранень та розвиток життєстійкості як ключового ресурсу адаптації у постравматичний період.

Таблиця 1.2 – Психологічні наслідки бойових поранень: рівні прояву та симптоматика

Рівень прояву	Симптоми та прояви	Вплив на життєстійкість	Дослідники
Когнітивний рівень	Нав'язливі спогади про травматичну подію Флешбеки (яскраві, мимовільні спогади) Порушення концентрації уваги Труднощі з прийняттям рішень Негативні думки про себе, оточуючих та майбутнє Когнітивні викривлення (катастрофізація, надмірне узагальнення, дихотомічне мислення)	Зниження компонента контролю через порушення здатності до ефективного аналізу ситуацій та прийняття рішень	С. М. Кондратюк [12], О. М. Кокун [10], І. О. Пішко, Н. С. Лозінська [23]
Емоційний рівень	Підвищена тривожність Страх, гнів, дратівливість Почуття провини, сорому, безпорадності Емоційне оніміння (зниження здатності переживати позитивні емоції) Емоційна лабільність Феномен «емоційних гойдалок»	Зниження компонента залученості через емоційне виснаження та зниження здатності отримувати задоволення від діяльності	Д. Гоулман [4], Л. Ракітянська [30], Дж. Дж. Гросс [39]
Поведінковий рівень	Уникнення ситуацій, місць, людей, які нагадують про травму Соціальна ізоляція Агресивна поведінка, імпульсивність Зловживання психоактивними речовинами Порушення сну Підвищена настороженість, постійна готовність до небезпеки	Зниження компонента прийняття виклику через уникнення потенційно стресових ситуацій та обмеження життєвого простору	В. В. Доценко, Н. Е. Мілорадова [5], Н. Е. Мілорадова [19], Л. В. Степаненко [33]

Продовження таблиці 1.2

Соматичний рівень	Головний біль Підвищений артеріальний тиск Порушення функцій шлунково-кишкового тракту М'язове напруження Підвищена втомлюваність Порушення образу тіла	Загальне зниження життєстійкості через виснаження фізичних ресурсів та зниження самооцінки	Д. Ассонов, О. Хаустова [1], І. В. Ламаш [16]

Психологічні наслідки бойових поранень військовослужбовців набувають особливої актуальності в контексті повномасштабного російського вторгнення в Україну, яке розпочалося 24 лютого 2022 року та продовжується донині. Масштаби впливу війни на психічне здоров'я населення виявилися безпрецедентними: за оцінками Міністерства охорони здоров'я України, до 15 мільйонів громадян потребуватимуть психологічної підтримки в найближчі роки, що становить майже 40% всього населення країни. Дослідження, проведені протягом перших шести місяців після початку повномасштабної агресії, продемонстрували надзвичайно високі показники посттравматичних стресових розладів серед військовослужбовців та цивільного населення, причому поширеність ПТСР серед внутрішньо переміщених осіб та біженців виявилася значно вищою порівняно з тими, хто залишився на своїх місцях проживання.

Специфіка українського досвіду полягає у тривалості та інтенсивності експозиції до бойових дій, адже багато військовослужбовців проходять через множинні ротації на передову через гострий дефіцит людських ресурсів. Перші емпіричні дані, отримані протягом березня-травня 2022 року від 350 учасників, включаючи 191 військовослужбовця Збройних Сил України, які перебували на лінії фронту під час повномасштабного вторгнення, виявили неочікувано високі показники моральної травми, ПТСР, депресії та тривоги саме серед цивільного населення, особливо жінок. Проте аналіз показників серед комбатантів засвідчив, що попередня сімейна травма геноциду виявилася додатковим предиктором розвитку ПТСР саме у

військовослужбовців, що вказує на трансгенераційну передачу травматичного досвіду. Моральна травма, визначена як емоційна реакція на власні дії або свідчення дій інших, які суперечать моральним цінностям та переконанням, виявилася потужним предиктором посттравматичної симптоматики в обох групах.

Лонгітюдні дослідження, проведені через 9-12 місяців після початку повномасштабного вторгнення, включаючи загальнонаціональне опитування, показали значущі відмінності у рівнях стресу, тривоги та поширеності ПТСР між внутрішньо переміщеними особами, біженцями за кордоном та тими, хто залишився в Україні. Найнижчі показники стресу, тривоги та важкості ПТСР спостерігалися серед осіб, які не були переміщені, значно вищі рівні виявлено у внутрішньо переміщених осіб, а найвищі показники зафіксовано серед біженців. Примусове переміщення з попереднього місця проживання та, особливо, входження в нове культурне середовище значно посилювало проблеми психічного здоров'я, спричинені експозицією до війни. Дослідження з використанням шкали сприйманого стресу, опитувальника генералізованого тривожного розладу та контрольного списку ПТСР виявило, що більш ніж дві третини внутрішньо переміщених осіб переживали помірний та екстремальний стрес, а серед біженців поширеність ПТСР сягала 62,2%, що перевищує аналогічні показники у будь-якій іншій групі.

Порівняльний міжнародний аналіз, який охопив 11 країн світу на різних географічних відстанях від епіцентру російсько-української війни та включав 5560 респондентів, виявив, що українці демонстрували найгіршу ситуацію з психічним здоров'ям порівняно з населенням прикордонних та віддалених країн. Проте несподіваним результатом стало те, що тайванські учасники дослідження показали значно підвищені бали за шкалою впливу подій, що свідчить про високий рівень посттравматичного стресу, незважаючи на географічну віддаленість від конфлікту. Дослідники пояснюють таку ситуацію частим впливом графічних медійних зображень насильства та смертей після терористичних атак та воєн, що може

призводити до психологічного стресу навіть у людей, які не мають прямої експозиції до травматичних подій. Найбільш вражаючими виявилися показники, отримані протягом першого року повномасштабної війни: серед українських студентів університетів та персоналу поширеність гніву становила 76,9%, депресії - 84,3%, нервозності - 84,4%, самотності - 51,8%, а виснаження - 86,7%.

Компаративний аналіз із військовими контингентами інших країн демонструє як схожості, так і принципові відмінності у характері та масштабах посттравматичних наслідків. Метааналітичні дослідження поширеності ПТСР серед військовослужбовців, які брали участь в операціях в Іраку та Афганістані, виявили значну варіабельність між різними підгрупами: серед військовослужбовців, задіяних в Іраку, поширеність ПТСР становила 12,9%, тоді як серед тих, хто проходив службу в Афганістані - 7,1%. Серед комбатних підрозділів показники сягали 12,4%, порівняно з 4,9% у некомбатних підрозділах. Приблизно п'ята частина військовослужбовців, які повернулися з Іраку та Афганістану, за даними великомасштабного дослідження, включаючи 300 тисяч осіб, повідомили про симптоми ПТСР або великого депресивного розладу, проте лише трохи більше половини з них зверталися за лікуванням. Загальнонаціональне дослідження здоров'я для нового покоління американських ветеранів, яке охопило 60 тисяч осіб, показало, що 15,7% ветеранів, які проходили службу в зоні бойових дій, мали позитивний скринінг на ПТСР порівняно з 10,9% невійськових ветеранів того самого періоду.

Співставлення українського досвіду з американським виявляє суттєві відмінності у структурі та масштабах психологічних наслідків війни. Якщо серед американських ветеранів Іраку та Афганістану поширеність ПТСР коливається від 12% до 23% залежно від методології дослідження та часового періоду оцінки, то серед українських військовослужбовців та цивільного населення відповідні показники виявилися значно вищими. Національне дослідження, проведене через п'ять місяців після початку повномасштабного

вторгнення серед майже тисячі українських громадян, виявило надзвичайно високу поширеність важких симптомів ПТСР та моральної травми порівняно як із запропонованими клінічними порогами, так і з попередніми вимірюваннями серед подібної популяції. Регресійний аналіз ідентифікував специфічні фактори ризику: більша важкість симптомів ПТСР спостерігалася серед жінок, осіб старшого віку, примусово переміщених осіб та мешканців географічних регіонів під російською окупацією. Вища освіта корелювала з меншою важкістю симптомів ПТСР, тоді як моральна травма виявлялася особливо інтенсивною у молодших осіб.

Унікальність української ситуації полягає у поєднанні декількох факторів, які посилюють психологічний вплив бойових поранень. По-перше, війна відбувається на власній території, що призводить до масштабної руйнації цивільної інфраструктури, втрати житла та засобів до існування мільйонами людей. Дослідження засвідчують, що чим ближче до прифронтових регіонів, де люди часто не мають доступу до базових потреб, таких як їжа, вода, електроенергія, опалення та притулок, тим вищий рівень стресу та тривоги, оскільки населення стикається з повсякденними загрозами життю, пораненнями, смертю близьких та руйнуванням інфраструктури. Повсякденні стресори, посилені збройним конфліктом, ускладнюють існуючі виклики, роблячи психологічне відновлення та розвиток резильєнтності значно складнішими. По-друге, українська війна характеризується безпрецедентним використанням безпілотних літальних апаратів, що створює постійну загрозу та змінює природу бойових дій, роблячи їх більш непередбачуваними та психологічно виснажливими. По-третє, тривалість конфлікту, який фактично триває з 2014 року, означає, що значна частина населення переживає хронічний травматичний стрес протягом понад десяти років.

Траєкторії психологічного відновлення українських військовослужбовців демонструють як надзвичайну резильєнтність, так і серйозні виклики. Дані Всесвітньої організації охорони здоров'я свідчать, що

відновлення від ПТСР відбувається особливо повільно в контексті війни, що вказує на те, що психологічні наслідки поточної кризи можуть бути тривалими. Станом на середину 2024 року в Україні зареєстровано понад 1,3 мільйона ветеранів, з яких майже 80% залишаються мобілізованими, а прогнози Міністерства у справах ветеранів передбачають, що після завершення війни кількість ветеранів разом із членами їхніх сімей може досягти 5-6 мільйонів людей, що становитиме приблизно кожного шостого українця. За оцінками експертів, близько 400 тисяч українських військовослужбовців отримали поранення і не можуть повернутися на передову, а кількість ампутацій досягає 25 тисяч випадків, переважно серед ветеранів. Проблема психологічного благополуччя ускладнюється тим, що багато військовослужбовців після повернення з поля бою або полону змушені справлятися зі своєю фізичною та психічною травмою самостійно, оскільки існує відчуття, що держава використала їх, а потім вони стали непотрібними через свою інакшість.

Дослідження психологічної допомоги українським ветеранам виявляє як досягнення, так і прогалини у системі підтримки. Медичні без кордонів та інші міжнародні організації впроваджують адаптовані протоколи лікування ПТСР, спираючись на досвід роботи з американськими ветеранами, проте стикаються з специфічними викликами українського контексту. Регулярні оцінки кожного пацієнта для моніторингу змін симптомів ПТСР демонструють стабільне покращення таких проявів, як нічні кошмари та проблеми зі сном, проте залишаються значні виклики, зокрема поширена алкогольна залежність серед осіб з ПТСР та стигматизація психічних захворювань. Перший державний медичний центр, спеціалізований на лікуванні психотравми, відомий як «Лісова Поляна», розташований у передмісті Києва та забезпечує лікування 220 чоловіків та жінок, працюючи над «невидимими ранами», включаючи стресові розлади, депресію, тривогу, ПТСР та травматичні пошкодження мозку, а також надаючи допомогу особам, які зазнали катувань або утримувалися в полоні.

Цикл повторної експозиції до травматичних подій через множинні ротації ставить військовослужбовців під ризик розвитку складного ПТСР, стану, який є більш складним та тривалим у лікуванні порівняно з класичним ПТСР. Свідчення бойових медиків ілюструють глибину психологічного впливу: одна з військових медиків описувала епізод, коли вона виявилася паралізована від страху під час місії, хоча ситуація не була особливо небезпечною, проте не могла змусити себе виконувати свої обов'язки, навіть коли її товариші по службі отримували поранення. Напад забрав життя кількох військовослужбовців та поранив інших на її очах, і хоча формального діагнозу ПТСР не було встановлено, вона вважала, що демонструвала його симптоми під час тієї місії. Наслідки нелікованого ПТСР можуть бути катастрофічними, а психологи попереджають про кризу ПТСР, яка насувається через те, що дефіцит військових кадрів посилює психологічне навантаження на тих, хто залишається на службі.

Компаративний аналіз із досвідом ветеранів В'єтнаму виявляє парадоксальні тенденції у поширеності ПТСР між різними поколіннями військовослужбовців. Війни в Іраку та Афганістані продукували історично низькі рівні смертності, поранень, проте водночас призвели до історично безпрецедентних рівнів звернень за компенсацією інвалідності через ПТСР від Департаменту у справах ветеранів США. Станом на кінець 2012 року 45% ветеранів воєн в Афганістані та Іраку подали заяви на отримання пов'язаної зі службою компенсації інвалідності через психіатричні та непсихіатричні медичні проблеми, а 28% вже отримали затвердження. Більше 40% ветеранів війн після 11 вересня, надзвичайно висока пропорція, мають право на довічні виплати через інвалідність, і передбачається, що протягом наступних 30 років показник зросте до 54%. Для порівняння, менше ніж 25% ветеранів Другої світової війни, Кореї, В'єтнаму та першої війни в Перській затоці були сертифіковані як такі, що мають пов'язану зі службою інвалідність.

1.3 Чинники формування та розвитку життєстійкості у військовослужбовців

Дослідження чинників формування та розвитку життєстійкості у військовослужбовців потребує комплексного аналізу з урахуванням специфіки військової діяльності та особливостей функціонування особистості в умовах підвищеного стресу. Для всебічного висвітлення означеної проблематики доцільно структурувати дослідження за такими напрямами: а) аналіз чинників формування та розвитку життєстійкості у військовослужбовців загалом; б) визначення специфічних чинників, що впливають на життєстійкість військовослужбовців, які зазнали поранень. Вирішення цих завдань дозволить створити теоретичне підґрунтя для розробки ефективних програм психологічної підтримки та реабілітації військовослужбовців, спрямованих на розвиток їхньої життєстійкості як ключового ресурсу адаптації в умовах бойової діяльності та посттравматичного відновлення.

Формування та розвиток життєстійкості у військовослужбовців відбувається під впливом складної взаємодії індивідуальних, міжособистісних та організаційних чинників. Розуміння цих чинників дозволяє розробляти ефективні стратегії підвищення життєстійкості як на етапі підготовки військовослужбовців до виконання бойових завдань, так і в процесі психологічної реабілітації після отримання поранень.

Когнітивні стилі, що характеризуються гнучкістю мислення, здатністю до позитивної реінтерпретації стресових ситуацій, конструктивного аналізу проблем, також сприяють розвитку життєстійкості, як зазначає Т. О. Ларіна [17]. Л. В. Степаненко [33] встановила, що активні, проблемно-орієнтовані копінг-стратегії, на відміну від уникаючих та емоційно-орієнтованих, пов'язані з вищим рівнем життєстійкості. Емоційний інтелект, що включає здатність розпізнавати та управляти власними емоціями, розуміти емоції інших людей, використовувати емоційну інформацію для

спрямування мислення та поведінки, є важливим ресурсом для розвитку життєстійкості, що підтверджують дослідження Д. Гоулмана [4] та Л. Ракітянської [30]. Самоефективність – впевненість у своїй здатності досягати поставлених цілей та ефективно діяти в різних ситуаціях – також позитивно пов'язана з життєстійкістю, що відзначають С. Максименко та Л. З. Сердюк [43]. Оптимізм як схильність очікувати позитивних подій у майбутньому та толерантність до невизначеності як здатність приймати складність, неоднозначність та непередбачуваність життєвих ситуацій сприяють формуванню життєстійкості, що підтверджують дослідження І. В. Ламаш [16].

Духовні чинники формування життєстійкості включають наявність сенсу життя, цінностей, духовних переконань та практик. В. Франкл, засновник логотерапії, підкреслював, що здатність знаходити сенс у стражданні є ключовим фактором психологічної стійкості. Військовослужбовці, які мають чітке розуміння сенсу своєї служби, відчувають, що їхня діяльність має значення та цінність, демонструють вищий рівень життєстійкості, як зазначає Н. В. Назарук [20]. Духовні переконання та практики, такі як молитва, медитація, участь у релігійних обрядах, можуть надавати додаткові ресурси для протистояння стресу, сприяючи формуванню життєстійкості, що підтверджують дослідження А. Л. Каценко [7].

Міжособистісні чинники формування та розвитку життєстійкості включають соціальну підтримку, якість міжособистісних стосунків, особливості сімейної системи. Соціальна підтримка є одним з найбільш вивчених та підтверджених факторів, що сприяють розвитку життєстійкості, як зазначає Дж. Р. Річардсон [44]. Вона може проявлятися на різних рівнях: емоційному (вираження емпатії, турботи, довіри), інформаційному (надання порад, інформації, рекомендацій), інструментальному (надання матеріальної допомоги, послуг, практичної допомоги), оціночному (надання зворотного зв'язку, соціального порівняння, що сприяє самооцінці). Якість

міжособистісних стосунків, що характеризується довірою, взаємною підтримкою, ефективною комунікацією, здатністю конструктивно вирішувати конфлікти, також сприяє формуванню життєстійкості, як підкреслюють Т. М. Титаренко та Т. О. Ларіна [34]. Особливості сімейної системи, зокрема, сімейна згуртованість, адаптивність, ефективність комунікації, сімейні цінності та традиції, впливають на розвиток життєстійкості, що відзначає В. Г. Панок [21]. Сім'я може виступати як джерело підтримки та ресурсів для протистояння стресу, але також може бути джерелом додаткового стресу, якщо сімейна система дисфункціональна.

Особливе значення для військовослужбовців має побратимство – особливий тип міжособистісних стосунків, що формується в умовах спільного переживання небезпеки та труднощів військової служби. Побратимство характеризується високим рівнем довіри, взаємної підтримки, готовності до самопожертви заради товаришів. Дослідження І. О. Пішко та Н. С. Лозінської [23] показують, що міцні стосунки з побратимами є одним з ключових факторів, що сприяють розвитку життєстійкості у військовослужбовців.

Організаційні чинники формування та розвитку життєстійкості включають особливості військової культури, системи підготовки, лідерства, організаційного клімату. Військова культура, що цінує стійкість, відданість, честь, мужність, створює контекст, який сприяє розвитку життєстійкості, як зазначають В. В. Доценко та Н. Е. Мілорадова [5]. Система підготовки військовослужбовців, що включає фізичну, тактичну, психологічну підготовку, спрямована на формування готовності до дій в екстремальних умовах, також сприяє розвитку життєстійкості. Психологічна підготовка, зокрема, може включати специфічні тренінги з розвитку життєстійкості, що фокусуються на формуванні адаптивних когнітивних стратегій, емоційної регуляції, ефективних копінг-стратегій, що підтверджують дослідження О. М. Кокуна [11].

Лідерство відіграє ключову роль у формуванні життєстійкості військового підрозділу, як зазначає Н. Е. Мілорадова [19]. Ефективний військовий лідер не лише демонструє високий рівень власної життєстійкості, але й створює умови для розвитку життєстійкості у підлеглих через надання підтримки, встановлення чітких цілей та очікувань, забезпечення необхідних ресурсів, створення атмосфери довіри та взаємної підтримки. Трансформаційне лідерство, що характеризується індивідуальним підходом до кожного підлеглого, інтелектуальною стимуляцією, натхненням та мотивацією, особливо ефективне для розвитку життєстійкості.

Організаційний клімат, що характеризується відкритістю комунікації, підтримкою, справедливістю, визнанням заслуг, також сприяє формуванню життєстійкості, що підтверджують дослідження О. М. Кокуна та співавторів [29]. Важливим аспектом організаційного клімату є ставлення до психологічних проблем та психологічної допомоги. Якщо в організації існує стигматизація психологічних проблем та звернення за психологічною допомогою розглядається як ознака слабкості, це може перешкоджати ефективному подоланню стресу та розвитку життєстійкості. Навпаки, якщо психологічні проблеми розглядаються як природна реакція на екстремальні умови, а звернення за психологічною допомогою заохочується та підтримується, це сприяє розвитку життєстійкості, як відзначають Л. З. Сердюк та О. І. Купрєєва [31].

Чинники формування та розвитку життєстійкості у військовослужбовців, які зазнали поранень, мають свою специфіку. Окрім загальних чинників, для цієї категорії військовослужбовців важливими є такі специфічні фактори, як тип та тяжкість поранення, якість та доступність медичної та психологічної допомоги, соціальна підтримка у процесі реабілітації, наявність перспектив професійної та соціальної реалізації після поранення, як зазначає К. Р. Маннапова [18].

Тип та тяжкість поранення можуть значно впливати на процес формування та розвитку життєстійкості. Поранення, що призводять до

значних функціональних обмежень, особливо ампутації та травми спинного мозку, створюють додаткові виклики для адаптації та потребують значних психологічних ресурсів для подолання. Черепно-мозкові травми можуть безпосередньо впливати на когнітивні та емоційні процеси, що лежать в основі життєстійкості, через порушення функцій лобних долей мозку, відповідальних за планування, прийняття рішень, емоційну регуляцію. Множинні поранення, що потребують тривалого лікування та реабілітації, можуть виснажувати психологічні ресурси, необхідні для формування життєстійкості, що підкреслюють Д. Ассонов та О. Хаустова [1].

Якість та доступність медичної та психологічної допомоги є важливим фактором, що впливає на розвиток життєстійкості у поранених військовослужбовців. Своєчасна та якісна медична допомога, що дозволяє мінімізувати фізичні наслідки поранення та відновити максимально можливий рівень функціонування, створює основу для психологічного відновлення. Психологічна допомога, що включає кризове втручання, психотерапію, групову підтримку, сприяє ефективному подоланню психологічних наслідків поранення та розвитку адаптивних стратегій подолання стресу. Комплексна реабілітація, що поєднує фізичну, психологічну, соціальну та професійну реабілітацію, забезпечує найкращі умови для розвитку життєстійкості, як зазначає О. М. Корніяка [14].

Соціальна підтримка у процесі реабілітації відіграє ключову роль у формуванні життєстійкості поранених військовослужбовців. Підтримка з боку сім'ї, друзів, побратимів, медичного та реабілітаційного персоналу, громади загалом може надавати емоційні, інформаційні, інструментальні ресурси для подолання наслідків поранення. Особливо важливою є підтримка, що сприяє автономії та самоефективності пораненого військовослужбовця, а не створює залежність та безпорадність, що підтверджують дослідження С. М. Кондратюка [12].

Наявність перспектив професійної та соціальної реалізації після поранення є важливим чинником, що краще, впливає на розвиток

життєстійкості. Можливість продовжити військову службу (у доступних ролях) або освоїти нову професію, брати участь у громадській діяльності, вести повноцінне соціальне життя створює підґрунтя для формування позитивного бачення майбутнього, що є важливим компонентом життєстійкості.

Таблиця 1.3 – Чинники формування та розвитку життєстійкості у військовослужбовців

Група чинників	Основні характеристики	Ключові дослідники
Індивідуальні чинники		
Біологічні	Генетичні передумови стресостійкості Особливості функціонування нервової та ендокринної систем Загальний стан здоров'я Фізична підготовка	С. Р. Мадді [41], С. Кобаса [40], В. В. Кобильченко, І. М. Омельченко [8]
Психологічні	Особистісні риси (екстраверсія, відкритість досвіду, сумлінність, емоційна стабільність) Когнітивні стилі (гнучкість мислення, позитивна реінтерпретація) Копінг-стратегії (активні, проблемно-орієнтовані) Емоційний інтелект Самоефективність Оптимізм Толерантність до невизначеності	О. А. Чиханцова [38], Т. О. Ларіна [17], Л. В. Степаненко [33], Д. Гоулман [4], Л. Ракітянська [30], С. Максименко, Л. З. Сердюк [43], І. В. Ламаш [16]
Духовні	Наявність сенсу життя Цінності Духовні переконання та практики Здатність знаходити сенс у стражданні	В. Франкл, Н. В. Назарук [20], А. Л. Каценко [7]
Міжособистісні чинники		
Соціальна підтримка	Емоційний рівень (емпатія, турбота, довіра) Інформаційний рівень (поради, інформація, рекомендації) Інструментальний рівень (матеріальна допомога, послуги) Оціночний рівень (зворотний зв'язок, соціальне порівняння)	Дж. Р. Річардсон [44], Т. М. Титаренко, Т. О. Ларіна [34]

Продовження таблиці 1.3

Якість міжособистісних стосунків	Довіра Взаємна підтримка Ефективна комунікація Здатність конструктивно вирішувати конфлікти	Т. М. Титаренко, Т. О. Ларіна [34], О. А. Чиханцова [37]
Особливості сімейної системи	Сімейна згуртованість Адаптивність Ефективність комунікації Сімейні цінності та традиції	В. Г. Панок [21], Л. З. Сердюк [32]
Побратимство	Високий рівень довіри Взаємна підтримка Готовність до самопожертви заради товаришів	І. О. Пішко, Н. С. Лозінська [23], В. В. Доценко, Н. Е. Мілорадова [5]
Організаційні чинники		
Військова культура	Цінності стійкості, відданості, честі, мужності Традиції та ритуали Професійна ідентичність	В. В. Доценко, Н. Е. Мілорадова [5], В. В. Предко [24]
Система підготовки	Фізична підготовка Тактична підготовка Психологічна підготовка Специфічні тренінги з розвитку життєстійкості	О. М. Кокун [11], І. О. Пішко, Н. С. Лозінська [23]
Лідерство	Демонстрація власної життєстійкості Надання підтримки Встановлення чітких цілей та очікувань Забезпечення необхідних ресурсів Створення атмосфери довіри та взаємної підтримки Трансформаційне лідерство	Н. Е. Мілорадова [19], О. М. Кокун [9]
Організаційний клімат	Відкритість комунікації Підтримка Справедливість Визнання заслуг Ставлення до психологічних проблем та психологічної допомоги	О. М. Кокун та ін. [29], Л. З. Сердюк, О. І. Купрєєва [31]
Специфічні чинники для поранених військовослужбовців		
Тип та тяжкість поранення	Функціональні обмеження Вплив на когнітивні та емоційні процеси Тривалість лікування та реабілітації	К. Р. Маннапова [18], Д. Ассонов, О. Хаустова [1]

Продовження таблиці 1.3

Якість та доступність медичної та психологічної допомоги	Своєчасність та якість медичної допомоги Психологічна допомога (кризове втручання, психотерапія, групова підтримка) Комплексна реабілітація	О. М. Корніяка [14], О. М. Хамініч [35]
Соціальна підтримка у процесі реабілітації	Підтримка сім'ї, друзів, побратимів Підтримка медичного та реабілітаційного персоналу Підтримка громади Сприяння автономії та самоефективності	С. М. Кондратюк [12, 13], Дж. Р. Річардсон [44]
Перспективи професійної та соціальної реалізації	Можливість продовжити військову службу Освоєння нової професії Участь у громадській діяльності Повноцінне соціальне життя Програми професійної перепідготовки, соціальної інтеграції	О. М. Кокун [11], В. В. Предко [25, 27]

Отже, формування та розвиток життєстійкості у військовослужбовців, особливо тих, хто зазнав поранень, відбувається під впливом складної взаємодії індивідуальних, міжособистісних та організаційних чинників. Розуміння цих чинників дозволяє розробляти ефективні стратегії підвищення життєстійкості, адаптовані до специфічних потреб та обставин кожного військовослужбовця. Інтегративний підхід до розвитку життєстійкості, що враховує всі групи чинників та їх взаємодію, забезпечує найбільш ефективну психологічну підтримку військовослужбовців як у процесі підготовки до виконання бойових завдань, так і в період реабілітації після поранень.

1.4 Концептуальна модель формування життєстійкості у військовослужбовців, які зазнали поранень

Узагальнюючи теоретичні положення та емпіричні дані щодо життєстійкості та психологічних наслідків бойових поранень, можна запропонувати концептуальну модель формування життєстійкості у

військовослужбовців, які зазнали поранень під час війни. Модель ґрунтується на системному підході, що розглядає життєстійкість як результат динамічної взаємодії різних підсистем: індивідуальної (біологічні, психологічні, духовні аспекти особистості), міжособистісної (соціальні зв'язки, підтримка), організаційної (військова культура, система підготовки, реабілітації) та соціокультурної (суспільні цінності, ставлення до військовослужбовців, державна політика щодо ветеранів).

Модель представлено на Рис. 1.1.

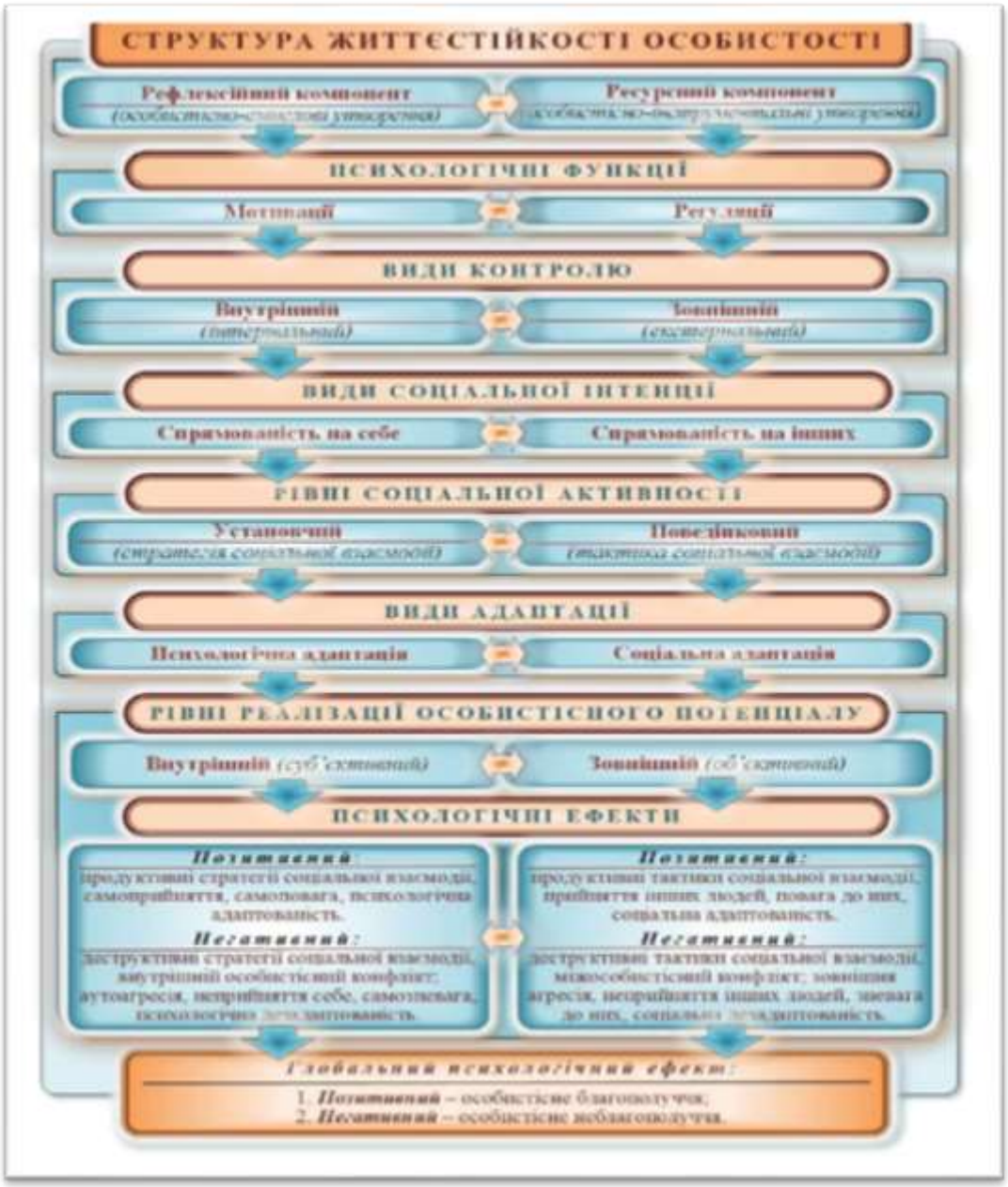


Рисунок 1.1 – Структурно-функціональна модель життєстійкості особистості

Відповідно до запропонованої моделі, формування життєстійкості у поранених військовослужбовців відбувається через взаємодію трьох основних процесів: подолання психологічних наслідків бойових поранень, відновлення та розвиток ресурсів життєстійкості, інтеграцію травматичного досвіду в нову картину світу та образ себе. О. А. Чиханцова [38] зазначає, що ці процеси не є лінійними та послідовними, вони можуть відбуватися паралельно та взаємно впливати один на одного.

Перший процес – подолання психологічних наслідків бойових поранень – спрямований на зниження рівня симптомів посттравматичного стресового розладу та інших психологічних проблем, пов'язаних з пораненням. Цей процес включає стабілізацію психологічного стану (зниження рівня тривоги, напруження, нормалізацію сну), опрацювання травматичного досвіду (інтеграцію фрагментованих травматичних спогадів у цілісну наративну пам'ять, надання сенсу травматичній події), розвиток навичок емоційної регуляції (здатності розпізнавати, приймати та конструктивно виражати емоції), відновлення відчуття безпеки та контролю (формування реалістичного сприйняття загроз, розвиток стратегій подолання тривоги та страху) [11].

Ефективність цього процесу залежить від таких чинників, як тяжкість психологічної травми, наявність попереднього травматичного досвіду, своєчасність та якість психологічної допомоги, індивідуальні особливості військовослужбовця (нейробіологічні особливості, особистісні риси, когнітивні стилі), наявність соціальної підтримки. Зниження рівня симптомів ПТСР створює підґрунтя для розвитку життєстійкості, звільняючи психологічні ресурси, необхідні для адаптації до нових життєвих обставин та подолання викликів, пов'язаних з пораненням. О. М. Корніяка [14] підкреслює, що життєстійкість у професійній діяльності формується через подолання психологічних наслідків стресових ситуацій та відновлення психологічних ресурсів особистості.

Другий процес – відновлення та розвиток ресурсів життєстійкості – спрямований на формування та зміцнення компонентів життєстійкості: залученості, контролю, прийняття виклику, а також емоційного, мотиваційного, соціального та професійного компонентів. Цей процес включає відновлення здатності отримувати задоволення від діяльності та взаємодії з іншими (компонент залученості), розвиток відчуття впливу на власне життя та здатності приймати ефективні рішення (компонент контролю), формування здатності бачити в труднощах можливості для зростання та розвитку (компонент прийняття виклику). С. Р. Мадді [41] зазначає, що саме ці три компоненти є ключовими для формування життєстійкості особистості, що дозволяє ефективно протистояти стресовим ситуаціям.

Розвиток емоційного компонента життєстійкості передбачає формування здатності розпізнавати та регулювати емоції, переживати позитивні емоції, використовувати емоції як джерело інформації та енергії для адаптивної поведінки. Д. Гоулман [4] підкреслює значущість емоційного інтелекту для ефективної адаптації до стресових ситуацій, що є важливим аспектом життєстійкості. Розвиток мотиваційного компонента включає формування цілей та цінностей, що надають сенс життю після поранення, підтримання мотивації до подолання труднощів та досягнення поставлених цілей. Л. З. Сердюк [32] зазначає, що мотивація учіння є ключовим фактором формування особистісної ефективності, що є важливим компонентом життєстійкості. Розвиток соціального компонента передбачає відновлення та зміцнення соціальних зв'язків, формування навичок ефективної комунікації, здатності отримувати та надавати підтримку. Т. М. Титаренко та Т. О. Ларіна [34] підкреслюють, що соціальна підтримка є одним з ключових факторів формування життєстійкості особистості. Розвиток професійного компонента включає формування нової професійної ідентичності (якщо продовження попередньої військової спеціальності неможливе), освоєння нових професійних навичок, адаптацію до нових професійних умов.

Н. Е. Мілорадова [19] зазначає, що професійна ідентичність є важливим ресурсом життєстійкості правоохоронців в умовах воєнного стану.

Ефективність цього процесу залежить від наявності та доступності ресурсів для розвитку життєстійкості: індивідуальних (когнітивні та емоційні навички, фізичний стан, духовні переконання), соціальних (сім'я, друзі, побратими, громада), матеріальних (фінансове забезпечення, доступ до медичної та реабілітаційної допомоги), інформаційних (доступ до знань та інформації про життя після поранення, можливості реабілітації та реінтеграції). В. В. Доценко та Н. Е. Мілорадова [5] підкреслюють значущість ресурсозберігаючих технологій для формування життєстійкості працівників поліції в умовах воєнного стану.

Третій процес – інтеграція травматичного досвіду в нову картину світу та образ себе – спрямований на переосмислення травматичного досвіду поранення та формування нової, більш складної та гнучкої системи переконань про світ, себе та своє місце у світі. Цей процес включає переоцінку базових переконань про безпечність та передбачуваність світу, справедливість, контрольованість подій, власну цінність та компетентність, які могли бути зруйновані травматичним досвідом. С. Л. Кравчук [15] зазначає, що інтеграція травматичного досвіду є ключовим фактором формування психологічної пружності особистості юнацького віку в умовах воєнного конфлікту.

Інтеграція травматичного досвіду передбачає формування нової наративної ідентичності, що включає досвід поранення як важливу, але не визначальну частину життєвої історії. Цей процес може призводити до посттравматичного зростання – позитивних психологічних змін, що виникають внаслідок боротьби з високотравматичними життєвими обставинами. Посттравматичне зростання може проявлятися у таких сферах: підвищення цінності життя та зміна пріоритетів; теплі, більш близькі стосунки з іншими; відчуття особистісної сили; визнання нових можливостей; духовний розвиток. А. С. Мастен [44] підкреслює, що

резилієнтність у розвитку формується через процеси адаптації до травматичних ситуацій та інтеграції травматичного досвіду в цілісну картину світу.

Ефективність цього процесу залежить від когнітивних здібностей військовослужбовця (здатності до рефлексії, абстрактного мислення, створення наративів), наявності культурних та духовних ресурсів для осмислення страждання та втрати, соціального контексту, що підтримує або перешкоджає формуванню певних наративів про травматичний досвід. О. А. Чиханцова [37] зазначає, що соціокультурне середовище є важливим чинником розвитку життєстійкості особистості, впливаючи на процеси інтеграції травматичного досвіду та формування нової ідентичності.

Військовослужбовці, які зазнали поранень, стикаються з унікальними викликами, що впливають на їхню життєстійкість. У випадках неможливості продовження військової служби, питання професійної переорієнтації набуває критичного значення для збереження життєстійкості. Т. О. Ларіна [17] відзначає, що успішна професійна переорієнтація, яка дозволяє знайти нове покликання, реалізувати свій потенціал, досягти фінансової незалежності та соціального визнання, сприяє відновленню відчуття контролю над життям, цілеспрямованості та життєвої перспективи – ключових компонентів життєстійкості. Натомість, неможливість професійної самореалізації може призводити до відчуття безпорадності, втрати сенсу життя, соціальної ізоляції, що знижує життєстійкість.

Вагомим чинником формування життєстійкості поранених військовослужбовців виступає їхня духовність та система цінностей. В. В. Предко [27] визначає духовність як інтегральну якість особистості, що проявляється в прагненні до пізнання та самопізнання, творчості, саморозвитку та самовдосконалення. Високий рівень духовного розвитку дозволяє військовослужбовцям знаходити глибинний сенс у пережитому досвіді, розглядати поранення не лише як втрату, але й як можливість для переосмислення життєвих цінностей та пріоритетів, що підтримує та розвиває їхню життєстійкість.

Ключовим аспектом психологічної реабілітації виступає наративом травматичного досвіду – процес конструювання послідовної, зв'язної розповіді про травматичну подію та її наслідки, що дозволяє інтегрувати цей досвід в автобіографічну пам'ять та загальну картину життя. О. А. Чиханцова [36] зазначає, що формування наративу про поранення, який включає не лише опис фактів, але й їхнє емоційне та смислове опрацювання, дозволяє пораненим військовослужбовцям відновити відчуття послідовності та зв'язності життєвого шляху, знайти сенс у пережитому, трансформувати хаотичні, фрагментовані спогади про травму в осмислену історію, що підтримує життєстійкість.

Важливим ресурсом розвитку життєстійкості поранених військовослужбовців постає система психологічної допомоги, яка включає психологічну просвіту, консультування, психотерапію, групову роботу, тренінги. К. Р. Маннапова [18] підкреслює значущість системного підходу до психологічної допомоги, який враховує індивідуальні особливості та потреби кожного пораненого військовослужбовця, стадію процесу відновлення після поранення, наявні ресурси та обмеження. Ефективна психологічна допомога, спрямована на розвиток навичок саморегуляції, конструктивних копінг-стратегій, осмислення та інтеграцію травматичного досвіду, пошук нових сенсів та цілей, сприяє формуванню та підтриманню високого рівня життєстійкості.

Один із малодосліджених, проте потужних чинників впливу на життєстійкість військовослужбовців – трансформація часової перспективи після поранення. Фізичні обмеження, спричинені пораненням, зміна життєвих планів та цілей можуть суттєво впливати на сприйняття часу, порушувати безперервність часової перспективи, змінювати баланс між орієнтацією на минуле, теперішнє та майбутнє. Н. Е. Мілорадова [19] зазначає, що відновлення позитивної часової перспективи, яка включає конструктивне ставлення до минулого, здатність жити в теперішньому та формувати реалістичні, позитивні очікування щодо майбутнього, є важливою

складовою процесу формування життєстійкості поранених військовослужбовців.

Взаємодія означених чинників відбувається у контексті конкретних життєвих обставин пораненого військовослужбовця, які визначаються типом та тяжкістю поранення, соціально-демографічними характеристиками, доступністю ресурсів для реабілітації та реінтеграції, соціокультурним контекстом. С. М. Кондратюк [12] підкреслює, що життєстійкість є ресурсом подолання життєвих труднощів в умовах війни, формування якого відбувається через динамічну взаємодію індивідуальних та соціальних факторів.

На основі проведеного теоретичного аналізу проблеми життєстійкості військовослужбовців, які зазнали поранень, доцільно запропонувати концептуальну модель, що відображає складні взаємозв'язки між різними факторами та процесами, які впливають на формування та розвиток життєстійкості даної категорії осіб. Запропонована модель ґрунтується на системному підході та розглядає життєстійкість як динамічну характеристику, що формується через взаємодію різних підсистем особистості та її оточення.

Відповідно до запропонованої моделі, формування життєстійкості у військовослужбовців, які зазнали поранень, відбувається через взаємодію трьох основних процесів:

1. подолання психологічних наслідків бойових поранень (зокрема, симптомів посттравматичного стресового розладу, тривожних та депресивних станів, дезадаптивних когнітивних схем, негативних емоційних станів);
2. відновлення та розвиток ресурсів життєстійкості (особистісних, соціальних, духовних, фізичних, матеріальних);
3. інтеграція травматичного досвіду в нову картину світу та образ себе (переосмислення досвіду поранення, формування нової ідентичності, що інтегрує досвід травми, знаходження нових сенсів та цінностей).

Три процеси відбуваються не послідовно, а паралельно, взаємовпливаючи один на одного. Так, успішне подолання психологічних наслідків бойових поранень звільняє психологічні ресурси, необхідні для відновлення та розвитку життєстійкості. Відновлення та розвиток ресурсів життєстійкості, у свою чергу, сприяє більш ефективному подоланню психологічних наслідків поранення та полегшує процес інтеграції травматичного досвіду. Інтеграція травматичного досвіду в нову картину світу та образ себе надає психологічних ресурсів для подолання наслідків поранення та розвитку життєстійкості.

Взаємодія цих трьох процесів спричиняє якісні зміни у структурі особистості пораненого військовослужбовця, зокрема у компонентах життєстійкості: залученості, контролі, прийнятті ризику. В. В. Доценко та Н. Е. Мілорадова [5] відзначають, що життєстійкість працівників поліції в умовах воєнного стану формується через зміни у структурі особистості, зокрема у системі цінностей, копінг-стратегіях, характері соціальних взаємодій, що свідчить про системний характер цього процесу.

Визначальним фактором формування життєстійкості виступає адаптація до нової тілесності – процес психологічного прийняття та інтеграції змін у фізичному тілі, спричинених пораненням. С. Кобаса [40] зауважує, що ставлення до власного тіла після поранення суттєво впливає на здатність військовослужбовця адаптуватися до нових життєвих обставин та підтримувати психологічне благополуччя. Адаптація до нової тілесності включає: прийняття змін у зовнішньому вигляді та функціональних можливостях тіла; розвиток нових навичок взаємодії з тілом та навколишнім середовищем; формування нового образу тіла, який інтегрує досвід поранення; переосмислення значення тілесних змін для ідентичності та життєвих перспектив.

Психологічна реабілітація поранених військовослужбовців має ґрунтуватися на інтегративному підході, що поєднує елементи різних психотерапевтичних напрямів: когнітивно-поведінкової терапії (для

подолання симптомів ПТСР та розвитку адаптивних когнітивних та поведінкових стратегій), екзистенційної терапії (для пошуку сенсу та цінностей після травматичного досвіду), психодинамічної терапії (для опрацювання глибинних аспектів травми та інтеграції тіньових аспектів особистості), системної терапії (для роботи з соціальним контекстом та відновлення порушених стосунків), тілесно-орієнтованої терапії (для роботи з тілесними аспектами травми та відновлення зв'язку з тілом). І. О. Пішко та Н. С. Лозінська [23] зазначають, що забезпечення психологічної стійкості військовослужбовців в умовах бойових дій потребує комплексного підходу, що включає різні напрями психологічної роботи.

Ефективність психологічної роботи з підвищення життєстійкості значною мірою залежить від урахування індивідуальних особливостей кожного пораненого військовослужбовця, його потреб, ресурсів, обмежень, а також стадії процесу відновлення після поранення. На ранніх стадіях, коли основним завданням виступає стабілізація психологічного стану, акцент має робитися на розвитку навичок емоційної регуляції, відновленні відчуття безпеки та контролю. На пізніших стадіях, коли базова психологічна стабільність досягнута, більше уваги може приділятися опрацюванню травматичного досвіду, інтеграції його в життєву історію, пошуку нових сенсів та цілей, розвитку нових навичок та стратегій подолання стресу. В. В. Предко [25] підкреслює важливість індивідуального підходу до розвитку життєстійкості, що враховує особливості та потреби конкретної особистості.

Запропонована концептуальна модель може слугувати теоретичною основою для розробки емпіричних досліджень, спрямованих на вивчення особливостей життєстійкості поранених військовослужбовців, а також для створення програм психологічної роботи, орієнтованих на підвищення рівня їхньої життєстійкості. Л. З. Сердюк та О. І. Купрєєва [31] наголошують, що розвиток життєстійкості особистості потребує комплексного підходу, який ґрунтується на розумінні психологічних закономірностей формування цієї властивості.

Визначальною особливістю моделі є акцент на трансформаційному характері формування життєстійкості після поранення. Життєстійкість поранених військовослужбовців розглядається не просто як повернення до попереднього рівня функціонування, а як глибинна трансформація особистості, що включає інтеграцію травматичного досвіду, розвиток нових ресурсів та стратегій подолання стресу, формування нової ідентичності та картини світу, які дозволяють ефективно функціонувати та розвиватися в нових життєвих обставинах. Дж. Р. Річардсон [45] підкреслює, що соціальні зв'язки постають важливим ресурсом резильєнтності, що дозволяє особистості не лише відновлюватися після травматичних подій, але й зростати та розвиватися.

Теоретичний аналіз проблеми життєстійкості військовослужбовців, які зазнали поранень під час війни, дозволив сформулювати наступні висновки:

1. Життєстійкість як психологічний феномен являє собою складне, багатовимірне утворення, що включає когнітивні, емоційні, мотиваційні та поведінкові компоненти, які в сукупності забезпечують здатність особистості ефективно протистояти стресовим ситуаціям та трансформувати негативний досвід у можливості для зростання. Структура життєстійкості, згідно з концепцією С. Мадді [41], включає три взаємопов'язані компоненти: залученість, контроль та прийняття виклику. У контексті військової діяльності життєстійкість доцільно розглядати також через призму емоційного, мотиваційного, соціального та професійного компонентів, що відображають різні аспекти функціонування особистості військовослужбовця в умовах підвищеного стресу, як зазначає О. М. Кокун [9].

2. Психологічні наслідки бойових поранень характеризуються комплексністю проявів на когнітивному, емоційному, поведінковому та соматичному рівнях. Найбільш клінічно значущим психологічним наслідком бойових поранень виступає посттравматичний стресовий розлад, що характеризується симптомами вторгнення, уникнення та підвищеної збудливості. Поширеність ПТСР серед поранених військовослужбовців

суттєво перевищує відповідні показники для загальної популяції та військовослужбовців без поранень, що підтверджують дослідження С. Кобаси [40]. Вплив посттравматичних стресових реакцій на життєстійкість поранених військовослужбовців має амбівалентний характер: з одного боку, ці реакції можуть виснажувати психологічні ресурси та знижувати життєстійкість; з іншого – через конструктивне подолання травматичного досвіду можливе посттравматичне зростання та розвиток нових ресурсів життєстійкості, що підтверджують дослідження Т. М. Титаренко та Т. О. Ларіної [34].

3. Формування та розвиток життєстійкості у військовослужбовців відбувається під впливом складної взаємодії індивідуальних, міжособистісних та організаційних чинників. Для поранених військовослужбовців критичне значення мають специфічні чинники, зокрема: тип та тяжкість поранення, якість та доступність медичної та психологічної допомоги, соціальна підтримка у процесі реабілітації, наявність перспектив професійної та соціальної реалізації після поранення, здатність до трансформаційних змін у структурі особистості та системі цінностей, що відзначає К. Р. Маннапова [18].

4. Запропонована концептуальна модель формування життєстійкості у поранених військовослужбовців ґрунтується на системному підході та розглядає життєстійкість як результат динамічної взаємодії різних підсистем особистості та її соціального оточення, що підтверджують дослідження В. Г. Панка [21]. Згідно з моделлю, формування життєстійкості відбувається через взаємодію трьох ключових процесів: подолання психологічних наслідків бойових поранень, відновлення та розвиток ресурсів життєстійкості, інтеграція травматичного досвіду в нову картину світу та образ себе, як зазначає О. А. Чиханцова [38].

Проведений теоретичний аналіз створює підґрунтя для емпіричного дослідження психологічних особливостей життєстійкості військовослужбовців, які зазнали поранень під час війни, а також для розробки ефективних програм психологічної реабілітації, спрямованих на підвищення рівня життєстійкості цієї категорії осіб.

РОЗДІЛ 2
МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ЖИТТЄСТІЙКОСТІ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ, ЯКІ ЗАЗНАЛИ ПОРАНЕНЬ ПІД ЧАС ВІЙНИ

2.1 Методологічні засади дослідження життєстійкості військовослужбовців, які зазнали поранень

Дослідження психологічних особливостей життєстійкості військовослужбовців, які зазнали поранень під час війни, потребує ретельного обґрунтування методологічних засад, які визначають концептуальний каркас наукового пошуку та забезпечують валідність отриманих результатів. Методологічна основа дослідження формується на перетині декількох фундаментальних підходів сучасної психологічної науки, кожен з яких вносить специфічний внесок у розуміння складного феномену життєстійкості в контексті травматичного досвіду бойових поранень [2].

Системний підхід становить базову методологічну платформу дослідження, оскільки дозволяє розглядати життєстійкість не як ізольовану психологічну характеристику, а як складне системне утворення, що виникає у результаті динамічної взаємодії множини факторів різного рівня організації. Згідно з системним підходом, життєстійкість військовослужбовця, який зазнав поранення, формується та проявляється у контексті багаторівневої системи, яка включає біологічний рівень (нейрофізіологічні механізми стресостійкості, генетичні предиспозиції, фізичний стан здоров’я), психологічний рівень (когнітивні процеси, емоційна регуляція, особистісні риси, копінг-стратегії), соціальний рівень (міжособистісні стосунки, соціальна підтримка, сімейна система, військове побратимство) та соціокультурний рівень (суспільні цінності, культурні норми, державна політика щодо ветеранів) [3].

Системний підхід дозволяє уникнути редукціоністського розуміння життєстійкості як простої суми окремих характеристик та розглядати її як емерджентну властивість системи, яка не може бути повністю зрозуміла через аналіз окремих компонентів. Водночас системний підхід підкреслює динамічний характер життєстійкості як системи, що знаходиться у постійному розвитку та адаптації до мінливих умов середовища. Травматичний досвід поранення розглядається не просто як негативний вплив на систему, а як потужний дезорганізуючий фактор, який може призводити як до деструкції системи, так і до її реорганізації на новому, більш високому рівні функціонування [11].

Діяльнісний підхід, розроблений у вітчизняній психології, додає методологічному фундаменту дослідження розуміння життєстійкості як характеристики суб'єкта діяльності, що формується та проявляється у процесі активної взаємодії з навколишнім світом. Згідно з діяльнісним підходом, життєстійкість не може розглядатися як статична особистісна риса, а являє собою динамічне утворення, що розвивається та змінюється у процесі виконання різних видів діяльності. Для військовослужбовців основними видами діяльності є професійна військова діяльність, навчальна діяльність (підготовка та підвищення кваліфікації), комунікативна діяльність (взаємодія з побратимами, сім'єю, суспільством) та реабілітаційна діяльність (відновлення після поранення) [14].

Діяльнісний підхід підкреслює активну роль особистості у формуванні власної життєстійкості через цілеспрямовану діяльність. Поранення розглядається як фактор, який кардинально змінює структуру та зміст діяльності військовослужбовця, потребуючи перебудови усталених патернів поведінки та формування нових способів досягнення життєвих цілей. Процес реабілітації та адаптації до наслідків поранення розглядається як специфічний вид діяльності, успішність якого значною мірою визначається рівнем життєстійкості особистості [12].

Суб’єктний підхід дозволяє розглядати процес подолання наслідків бойового поранення не як пасивну адаптацію до нових умов, а як активний процес самотворення, у ході якого військовослужбовець може не просто відновити попередній рівень функціонування, але й досягти якісно нового рівня особистісного розвитку. Поняття суб’єктності тісно пов’язане з концепцією посттравматичного зростання, яке передбачає можливість позитивних особистісних змін у результаті подолання травматичного досвіду [14].

Екзистенційно-гуманістичний підхід вносить у методологічну основу дослідження розуміння життєстійкості як фундаментальної екзистенційної характеристики людини, пов’язаної з її здатністю знаходити сенс у житті, приймати відповідальність за власні вибори та зберігати автентичність навіть у найскладніших життєвих обставинах. Згідно з екзистенційно-гуманістичним підходом, травматичний досвід поранення може призводити до екзистенційної кризи, пов’язаної з руйнуванням попередніх життєвих сенсів та цінностей, але водночас відкриває можливості для глибинного переосмислення життя та формування нової, більш автентичної ідентичності [13].

Екзистенційно-гуманістичний підхід підкреслює унікальність кожної людської долі та неможливість повної стандартизації процесів подолання травматичного досвіду. Водночас він акцентує увагу на внутрішніх ресурсах особистості, її здатності до самоактуалізації та самотрансценденції, що є ключовими компонентами життєстійкості. Поняття екзистенційного вибору, центральне для цього підходу, дозволяє розуміти життєстійкість як результат свідомого вибору на користь життя, зростання та розвитку навіть у найскладніших обставинах [11].

Позитивний підхід у психології, додає методологічній основі дослідження фокус на позитивних аспектах людського функціонування та здатності до процвітання навіть в умовах адверсивності. Згідно з позитивним підходом, життєстійкість розглядається не просто як відсутність

психопатології або здатність повертатися до попереднього стану після травми, а як здатність до позитивної адаптації, зростання та процвітання в умовах значного стресу або травми [12].

Позитивний підхід підкреслює роль таких ресурсів, як оптимізм, надія, вдячність, соціальні зв'язки, сенс життя, особистісні сильні сторони у формуванні життєстійкості. Травматичний досвід поранення розглядається не лише через призму негативних наслідків, але й як потенційний каталізатор для розвитку позитивних характеристик особистості. Концепція посттравматичного зростання, яка є центральною для позитивного підходу, дозволяє розуміти життєстійкість як динамічний процес, який може призводити до якісно нових рівнів особистісного функціонування [15].

Інтегративний підхід, який об'єднує елементи різних методологічних традицій, дозволяє створити цілісну концептуальну рамку для дослідження життєстійкості військовослужбовців, які зазнали поранень. Інтегративний підхід визнає складність та багатовимірність феномену життєстійкості, який не може бути повністю зрозумілий у рамках будь-якого окремого теоретичного підходу. Водночас інтегративний підхід не передбачає механічного поєднання різних підходів, а вимагає їх синтезу на більш високому рівні абстракції.

Методологічною основою інтегративного підходу є принцип комплементарності, згідно з яким різні теоретичні підходи розглядаються як взаємодоповнюючі перспективи, кожна з яких висвітлює певні аспекти складного феномену життєстійкості. Системний підхід забезпечує розуміння структурно-функціональної організації життєстійкості, діяльнісний підхід - її формування та розвитку у процесі діяльності, суб'єктний підхід - активної ролі особистості у процесах самодетермінації, екзистенційно-гуманістичний підхід - сенсових та ціннісних аспектів, позитивний підхід - ресурсів та можливостей для зростання.

Емпіричну стратегію дослідження визначають принципи об'єктивності, валідності, надійності та етичності. Принцип об'єктивності передбачає

використання стандартизованих психодіагностичних методик, статистичних методів обробки даних та контролю систематичних помилок. Принцип валідності вимагає забезпечення відповідності використаних методів та процедур цілям та завданням дослідження, а також адекватності інтерпретації отриманих результатів. Принцип надійності передбачає стабільність та відтворюваність результатів дослідження. Принцип етичності вимагає дотримання етичних норм проведення психологічних досліджень, зокрема, інформованої згоди учасників, конфіденційності даних та мінімізації можливої шкоди.

Стратегія дослідження грунтується на комбінації кількісних та якісних методів, що дозволяє отримати більш повне та глибоке розуміння досліджуваного феномену. Кількісні методи забезпечують можливість статистичного аналізу закономірностей та взаємозв'язків, виявлення значущих відмінностей між групами, побудови прогностичних моделей. Якісні методи дозволяють глибше зрозуміти індивідуальні особливості переживання травматичного досвіду, механізми подолання та адаптації, суб'єктивні значення та інтерпретації подій.

Дизайн дослідження має поперечний характер з елементами лонгітюдного аналізу, що дозволяє дослідити як актуальний стан життєстійкості поранених військовослужбовців, так і динаміку її змін у процесі реабілітації. Поперечний дизайн забезпечує можливість порівняння показників життєстійкості у військовослужбовців з пораненнями та без поранень, а також у військовослужбовців з різними типами та ступенем тяжкості поранень. Лонгітюдні елементи дослідження дозволяють відстежити зміни у рівні життєстійкості та посттравматичних стресових реакцій у процесі реабілітації та адаптації.

Емпіричне дослідження психологічних особливостей життєстійкості військовослужбовців, які зазнали поранень під час війни, проводилось протягом 2025 року на базі Військово-медичного центру.

Основну групу дослідження склали 40 військовослужбовців, які зазнали поранень під час виконання бойових завдань. Серед них 35 чоловіків (87,5%) та 5 жінок (12,5%). Контрольну групу склали 40 військовослужбовців без поранень, які проходили службу в аналогічних умовах, серед яких 35 чоловіків (87,5%) та 5 жінок (12,5%). Групи було зрівняно за основними соціально-демографічними показниками: віком, освітою, військовим досвідом та сімейним станом, що дозволило забезпечити репрезентативність та валідність результатів дослідження.

Середній вік досліджуваних основної групи становив 29,4 роки (діапазон від 21 до 43 років), контрольної групи – 30,1 роки (діапазон від 22 до 45 років). За рівнем освіти учасники основної групи розподілилися таким чином: середня освіта – 6 осіб (15%), професійно-технічна освіта – 14 осіб (35%), неповна вища освіта – 5 осіб (12,5%), вища освіта – 15 осіб (37,5%). У контрольній групі розподіл був аналогічним.

За типом поранень респонденти основної групи розподілилися таким чином: осколкові поранення – 19 осіб (47%), вогнепальні – 13 осіб (32%), мінно-вибухові травми – 7 осіб (18%), інші види травм – 1 особа (3%). За ступенем тяжкості: легкі поранення – 8 осіб (21%), середнього ступеня тяжкості – 21 особа (53%), тяжкі – 11 осіб (26%).

Термін військової служби учасників основної групи коливався від 8 місяців до 6 років, у середньому складаючи 2,7 роки. У контрольній групі цей показник становив від 1 року до 7 років, у середньому – 3,1 роки. За військовими званнями учасники основної групи розподілилися наступним чином: рядовий склад – 13 осіб (32,5%), сержантський склад – 17 осіб (42,5%), молодший офіцерський склад – 9 осіб (22,5%), старший офіцерський склад – 1 особа (2,5%). У контрольній групі розподіл був подібним.

За сімейним станом учасники основної групи розподілилися таким чином: неодружені – 14 осіб (35%), одружені – 21 особа (52,5%), розлучені – 5 осіб (12,5%). Серед одружених військовослужбовців 15 осіб (71,4%) мали дітей. У контрольній групі розподіл був аналогічним.

Вибірка дослідження формувалася на основі принципу репрезентативності з урахуванням основних характеристик генеральної сукупності військовослужбовців, які зазнали поранень під час бойових дій. Критерії включення до вибірки передбачали наявність документально підтвердженого бойового поранення (для основної групи), вік від 18 до 50 років, відсутність тяжких психічних розладів, що унеможливлюють участь у дослідженні, добровільну згоду на участь у дослідженні.

Критерії виключення включають наявність черепно-мозкових травм з когнітивними порушеннями, тяжких соматичних захворювань у стадії декомпенсації, активних суїцидальних намірів. Контрольна група формується з військовослужбовців, які проходили службу в аналогічних умовах, але не зазнали поранень. Групи зрівнюються за основними соціально-демографічними характеристиками (вік, освіта, сімейний стан), військово-професійними характеристиками (термін служби, військова спеціальність, участь у бойових діях) та психологічними характеристиками до отримання поранення (за можливості ретроспективної оцінки).

2.2 Методи та методики психологічного дослідження життєстійкості у військовослужбовців

Вибір методів та методик психологічного дослідження життєстійкості у військовослужбовців, які зазнали поранень під час війни, зумовлюється специфікою досліджуваного феномену, особливостями досліджуваної популяції та необхідністю забезпечення високого рівня валідності та надійності отриманих результатів. Комплексний характер життєстійкості як психологічного феномену потребує використання різноманітних методичних підходів, які дозволяють дослідити її структурні компоненти, функціональні особливості, динамічні характеристики та зв’язки з іншими психологічними конструктами [16].

Психодіагностичні методи становлять основу емпіричного дослідження життєстійкості, забезпечуючи можливість кількісної оцінки досліджуваних параметрів та їх статистичного аналізу. Вибір конкретних психодіагностичних методик здійснюється на основі аналізу їхніх психометричних характеристик, відповідності теоретичним засадам дослідження, культурної адаптації та досвіду використання у подібних дослідженнях. Пріоритет надається стандартизованим методикам з доведеною валідністю та надійністю, які мають нормативні дані для досліджуваної популяції або близьких до неї груп [1].

Для дослідження життєстійкості як основного конструкту використовується Опитувальник військово-професійної життєстійкості, розроблений О.М. Кокуном. Методика спеціально створена для дослідження життєстійкості у військовослужбовців та враховує специфіку військово-професійної діяльності. [2].

Теоретичною основою методики є концепція життєстійкості С. Мадді, адаптована до специфіки військово-професійної діяльності. Включеність розуміється як здатність військовослужбовця бути повністю залученим у військово-професійну діяльність, відчувати її значущість та цінність, отримувати задоволення від виконання службових обов’язків навіть в умовах стресу та небезпеки. Контроль визначається як впевненість військовослужбовця у своїй здатності впливати на хід подій, приймати ефективні рішення у складних ситуаціях, контролювати власні реакції та поведінку. Прийняття виклику характеризується як здатність сприймати складні та стресові ситуації військової служби як можливості для навчання, розвитку та професійного зростання [5].

Емоційний компонент життєстійкості відображає здатність військовослужбовця регулювати емоційні стани, зберігати емоційну стабільність в умовах стресу, переживати позитивні емоції навіть у складних обставинах. Мотиваційний компонент характеризує стійкість мотивації до військово-професійної діяльності, здатність зберігати цілеспрямованість та

наполегливість у досягненні професійних цілей. Соціальний компонент відображає здатність встановлювати та підтримувати ефективні соціальні зв'язки у військовому колективі, отримувати та надавати соціальну підтримку. Професійний компонент характеризує здатність підтримувати високий рівень професійної компетентності та ефективності навіть в умовах стресу та складних обставин [14].

Для дослідження посттравматичних стресових реакцій використовується Шкала оцінки впливу травматичної події (Impact of Event Scale-Revised, IES-R), розроблена Д. Вейсом та Ч. Марпаром і переглянута Д. Вейсом. Методика є одним з найбільш широко використовуваних інструментів для оцінки симптомів посттравматичного стресового розладу та має добрі психометричні характеристики у різних культурних контекстах. IES-R дозволяє оцінити три основні кластери симптомів ПТСР відповідно до діагностичних критеріїв: вторгнення (intrusion), уникнення (avoidance) та гіперзбудження (hyperarousal) [12]. Субшкала вторгнення включає пункти, які оцінюють наявність нав'язливих думок, спогадів, образів, почуттів або кошмарів, пов'язаних з травматичною подією. Методика має високу внутрішню узгодженість (α Кронбаха 0,87-0,94 для різних субшкал) та добру конвергентну валідність з іншими інструментами оцінки ПТСР. IES-R адаптована для використання в українській популяції та має встановлені норми та кат-офф пункти для діагностики клінічно значущих симптомів ПТСР. Методика дозволяє не лише оцінити наявність та вираженість симптомів ПТСР, але й відстежувати їх динаміку у процесі лікування або реабілітації [11].

Для дослідження рівня суб'єктивного контролю використовується методика діагностики рівня суб'єктивного контролю (РСК), розроблена Дж. Роттером. Методика дозволяє оцінити рівень суб'єктивного контролю особистості у різних сферах життєдіяльності та є релевантною для дослідження життєстійкості, оскільки локус контролю тісно пов'язаний з компонентом контролю у структурі життєстійкості [14]. Методика включає

шкали загального інтернального контролю, інтернальності у сфері досягнень, інтернальності у сфері невдач, інтернальності у сімейних відносинах, інтернальності у виробничих відносинах, інтернальності у сфері міжособистісних відносин та інтернальності відносно здоров'я і хвороби. Для дослідження військовослужбовців найбільш релевантними є шкали загального інтернального контролю, інтернальності у сфері досягнень та невдач, а також інтернальності у виробничих відносинах (яка може бути інтерпретована як інтернальність у професійній діяльності) [15].

Активне подолання характеризується цілеспрямованими діями, спрямованими на вирішення проблеми або зміну стресової ситуації. Пасивне подолання включає стратегії, спрямовані на регуляцію емоційного стану без прямого впливу на стресову ситуацію. Уникнення передбачає відхід від стресової ситуації або її ігнорування. Дослідження показують, що активні стратегії подолання пов'язані з вищим рівнем життєстійкості, тоді як стратегії уникнення - з нижчим [9]. Додатково для більш повного дослідження психологічного стану військовослужбовців можуть використовуватися методики оцінки депресивних симптомів (наприклад, Шкала депресії Бека), тривожності (Шкала реактивної та особистісної тривожності Спілбергера-Ханіна), якості життя (SF-36), соціальної підтримки (Багатовимірна шкала сприйнятої соціальної підтримки) та посттравматичного зростання (Опитувальник посттравматичного зростання Тедеші та Калхуна) [6].

Психометричні вимоги до використовуваних методик включають валідність (конструктну, критеріальну, дискримінантну), надійність (внутрішню узгодженість, тест-ретестову стабільність, надійність паралельних форм), стандартизованість (наявність норм для відповідної популяції, стандартизовані процедури проведення та обробки результатів) та практичність (прийнятна тривалість проведення, зрозумілість інструкцій, простота обробки результатів) [2].

Спостереження як метод дослідження *використовується для отримання додаткової інформації про поведінкові* прояви життєстійкості у військовослужбовців, які зазнали поранень. Структуроване спостереження проводиться під час групових занять, реабілітаційних процедур, взаємодії з медичним персоналом та іншими пораненими військовослужбовцями. Об'єктами спостереження є емоційні реакції на стресові ситуації, стратегії подолання труднощів, особливості міжособистісної взаємодії, рівень активності та залученості у реабілітаційний процес. Напівструктуроване інтерв'ю використовується для глибшого дослідження суб'єктивного досвіду військовослужбовців, їхнього розуміння власної життєстійкості, стратегій подолання наслідків поранення, джерел підтримки та ресурсів для відновлення. Інтерв'ю включає блоки питань про досвід отримання поранення, початкові реакції на травму, процес адаптації, зміни у самосприйнятті та світогляді, плани на майбутнє, оцінку власних ресурсів та потреб у підтримці.

Аналіз документів включає вивчення медичної документації для отримання об'єктивної інформації про тип, тяжкість та обставини отримання поранення, хід лікування та реабілітації, наявність супутніх захворювань та ускладнень. Також аналізується особистісна документація (щоденники, листи, записи у соціальних мережах за згодою учасників) для виявлення індикаторів життєстійкості у природних умовах.

Проективні методики можуть використовуватися як додатковий інструмент для дослідження несвідомих аспектів життєстійкості, особливо у випадках, коли існують підозри на соціально бажані відповіді або неповну відвертість учасників. Найбільш релевантними є тематичний апперцептивний тест (ТАТ), тест незавершених речень, малюнкові тести. Психофізіологічні методи можуть використовуватися для об'єктивної оцінки стресових реакцій та ефективності їх регуляції. Вимірювання частоти серцевих скорочень, артеріального тиску, шкірно-гальванічної реакції, рівня кортизолу у слині дозволяють оцінити фізіологічні корелят життєстійкості та їх зміни у процесі

реабілітації. Валідація та адаптація використовуваних методик для досліджуваної популяції включає перевірку внутрішньої узгодженості шкал, факторної структури, дискримінантної валідності, тест-ретестової надійності, а також встановлення норм та кат-офф пунктів для військовослужбовців, які зазнали поранень. Процедура валідизації включає пілотажне дослідження на малій вибірці, аналіз психометричних характеристик, корекцію методик при необхідності та повторну перевірку на основній вибірці.

РОЗДІЛ 3
ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ЖИТТЄСТІЙКОСТІ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ, ЯКІ ЗАЗНАЛИ ПОРАНЕНЬ ПІД ЧАС ВІЙНИ

3.1 Методологія та організація дослідження

Емпіричне дослідження психологічних особливостей життєстійкості військовослужбовців, які зазнали поранень під час війни, проводилось протягом 2025 року на базі госпіталів та реабілітаційних центрів для поранених військовослужбовців.

Основну групу дослідження склали 40 військовослужбовців, які зазнали поранень під час виконання бойових завдань. Серед них 35 чоловіків (87,5%) та 5 жінок (12,5%). Контрольну групу склали 40 військовослужбовців без поранень, які проходили службу в аналогічних умовах, серед яких 35 чоловіків (87,5%) та 5 жінок (12,5%). Групи було зрівняно за основними соціально-демографічними показниками: віком, освітою, військовим досвідом та сімейним станом, що дозволило забезпечити репрезентативність та валідність результатів дослідження.

Середній вік досліджуваних основної групи становив 29,4 роки (діапазон від 21 до 43 років), контрольної групи – 30,1 роки (діапазон від 22 до 45 років). За рівнем освіти учасники основної групи розподілилися таким чином: середня освіта – 6 осіб (15%), професійно-технічна освіта – 14 осіб (35%), неповна вища освіта – 5 осіб (12,5%), вища освіта – 15 осіб (37,5%). У контрольній групі розподіл був аналогічним.

За типом поранень респонденти основної групи розподілилися таким чином: осколкові поранення – 19 осіб (47%), вогнепальні – 13 осіб (32%), мінно-вибухові травми – 7 осіб (18%), інші види травм – 1 особа (3%). За ступенем тяжкості: легкі поранення – 8 осіб (21%), середнього ступеня

тяжкості – 21 особа (53%), тяжкі – 11 осіб (26%). Локалізація поранень: верхні кінцівки – 14 осіб (35%), нижні кінцівки – 13 осіб (32,5%), тулуб – 8 осіб (20%), голова та шия – 4 особи (10%), множинні поранення – 1 особа (2,5%).

Термін військової служби учасників основної групи коливався від 8 місяців до 6 років, у середньому складаючи 2,7 роки. У контрольній групі цей показник становив від 1 року до 7 років, у середньому – 3,1 роки. За військовими званнями учасники основної групи розподілилися наступним чином: рядовий склад (солдати, старші солдати) – 13 осіб (32,5%), сержантський склад (молодші сержанти, сержанти, старші сержанти, старшини) – 17 осіб (42,5%), молодший офіцерський склад (молодші лейтенанти, лейтенанти, старші лейтенанти, капітани) – 9 осіб (22,5%), старший офіцерський склад (майори, підполковники) – 1 особа (2,5%). У контрольній групі розподіл був подібним.

За сімейним станом учасники основної групи розподілилися таким чином: неодружені – 14 осіб (35%), одружені – 21 особа (52,5%), розлучені – 5 осіб (12,5%). Серед одружених військовослужбовців 15 осіб (71,4%) мали дітей. У контрольній групі розподіл був аналогічним.

Вибірка дослідження формувалася на основі принципу репрезентативності з урахуванням основних характеристик генеральної сукупності військовослужбовців, які зазнали поранень під час бойових дій. Критерії включення до вибірки передбачали наявність документально підтвердженого бойового поранення (для основної групи), вік від 18 до 50 років, відсутність тяжких психічних розладів, що унеможливлюють участь у дослідженні, добровільну згоду на участь у дослідженні.

Дослідження проводилось у кілька етапів. На першому етапі здійснювався підбір психодіагностичного інструментарію, формування вибірки та налагодження співпраці з реабілітаційними центрами та госпіталями. На другому етапі проводилось безпосереднє психодіагностичне обстеження військовослужбовців. Процедура дослідження включала

індивідуальну та групову психодіагностику. Індивідуальна психодіагностика проводилась для військовослужбовців, стан здоров'я яких не дозволяв брати участь у групових формах роботи. Третій етап включав статистичну обробку та аналіз отриманих даних, інтерпретацію результатів та формулювання висновків. Усі учасники дослідження були поінформовані про мету та процедуру дослідження та надали інформовану згоду на участь.

Для дослідження психологічних особливостей життєстійкості військовослужбовців, які зазнали поранень під час війни, було використано комплекс психодіагностичних методик, які дозволили всебічно дослідити феномен життєстійкості та пов'язаних з ним психологічних конструктів.

Основним інструментом дослідження життєстійкості військовослужбовців став «Опитувальник військово-професійної життєстійкості» (О. Кокун). Методика спрямована на визначення загального рівня військово-професійної життєстійкості, а також ступеня вираженості її складових та компонентів. Опитувальник містить 24 запитання, які відображають різні аспекти військово-професійної життєстійкості. Респондентам пропонується оцінити відповідність тверджень їхнім переконанням та особистому досвіду за п'ятибальною шкалою.

Відповіді на кожне запитання оцінюються за порядковою шкалою зростання вираженості ознаки зліва направо (від 0 до 4 балів). Загальний показник військово-професійної життєстійкості обчислюється як сума балів за всіма запитаннями і може коливатися від 0 до 96 балів. Інтерпретація результатів здійснюється за такими рівнями: низький (0-53 бали), нижчий за середній (54-59 балів), середній (60-63 бали), вищий за середній (64-69 балів) та високий (70-96 балів).

Для дослідження посттравматичних стресових реакцій у військовослужбовців, які зазнали поранень, використовувалась «Шкала оцінки впливу травматичної події» (Impact of Event Scale, IES-R). Методика спрямована на виявлення симптомів посттравматичного стресового розладу і оцінку ступеня їх вираженості. Опитувальник містить 22 твердження, які

відображають різні аспекти переживання травматичного досвіду. Респондентам пропонується оцінити частоту прояву кожного симптому за останній тиждень за чотирибальною шкалою: «ніколи» – 0 балів, «рідко» – 1 бал, «іноді» – 3 бали, «часто» – 5 балів.

Методика дозволяє оцінити три основні групи симптомів ПТСР: вторгнення (запитання 1, 2, 3, 6, 9, 16, 20), уникнення (запитання 5, 7, 8, 11, 12, 13, 17, 22) та збудливість (запитання 4, 10, 14, 15, 18, 19, 21). Загальний показник впливу травматичної події обчислюється як сума балів за всіма запитаннями. Показники за кожною субшкалою розраховуються як сума балів за відповідними запитаннями.

Для поглибленого аналізу психологічного стану військовослужбовців додатково використовувались «Методика діагностики рівня суб'єктивного контролю» (РСК) Дж. Роттера та «Методика діагностики стратегій поведінкової активності в стресових умовах» Л. Вассермана та Н. Гуменюка. Перша методика дозволила визначити рівень суб'єктивного контролю над різноманітними життєвими ситуаціями, що є важливим компонентом життєстійкості. Друга методика дала можливість виявити домінуючі стратегії поведінки в стресових умовах, що особливо актуально для військовослужбовців, які пережили травматичний досвід поранення.

Отримані в ході дослідження емпіричні дані було піддано математико-статистичній обробці з використанням пакету статистичних програм SPSS Statistics 25.0 та Microsoft Excel 2019. Вибір методів статистичного аналізу здійснювався відповідно до мети та завдань дослідження, а також з урахуванням особливостей отриманих даних.

Для первинної обробки результатів використовувались методи описової статистики: обчислення середніх значень, стандартних відхилень, мінімальних та максимальних значень, побудова частотних розподілів. Для перевірки нормальності розподілу даних застосовувався критерій Колмогорова-Смірнова та візуальний аналіз гістограм розподілу.

Для порівняння показників життєстійкості та посттравматичних стресових реакцій у групах військовослужбовців з пораненнями та без поранень використовувався t-критерій Стьюдента для незалежних вибірок (для показників з нормальним розподілом) та U-критерій Манна-Уітні (для показників, розподіл яких відрізнявся від нормального). Для порівняння більше ніж двох груп (наприклад, груп військовослужбовців з різними типами поранень) застосовувався однофакторний дисперсійний аналіз (ANOVA) з подальшим попарним порівнянням груп за допомогою критерію Тьюкі.

Для виявлення взаємозв'язків між показниками життєстійкості та посттравматичних стресових реакцій проводився кореляційний аналіз з використанням коефіцієнта кореляції Пірсона (для показників з нормальним розподілом) та коефіцієнта рангової кореляції Спірмена (для показників, розподіл яких відрізнявся від нормального).

Для визначення факторної структури життєстійкості військовослужбовців, які зазнали поранень, застосовувався факторний аналіз з використанням методу головних компонент та обертання Varimax. Критерієм значущості факторів було обрано власне значення фактора більше 1, а критерієм включення змінної до фактора – факторне навантаження не менше 0,40.

Для визначення предикторів життєстійкості військовослужбовців, які зазнали поранень, використовувався множинний регресійний аналіз з покроковим включенням змінних. Оцінка якості регресійних моделей здійснювалась за допомогою коефіцієнта детермінації (R^2), а також за критерієм Фішера (F).

Рівень статистичної значущості для всіх видів аналізу було встановлено на рівні $p<0,05$, що є стандартним для психологічних досліджень.

3.2 Результати емпіричного дослідження психологічних особливостей життєстійкості військовослужбовців, які зазнали поранень

Проведене емпіричне дослідження дозволило отримати значний масив даних щодо психологічних особливостей життєстійкості військовослужбовців, які зазнали поранень під час війни. Результати дослідження представлено у вигляді таблиць та рисунків, що дозволяє наочно відобразити виявлені закономірності та особливості.

Аналіз загального рівня військово-професійної життєстійкості у військовослужбовців досліджуваних груп дозволив встановити статистично значущі відмінності між групою військовослужбовців, які зазнали поранень, та контрольною групою ($t=3,42$, $p<0,01$). Середні значення загального показника військово-професійної життєстійкості представлено в Таблиці 3.1.

Таблиця 3.1 – Середні значення загального показника військово-професійної життєстійкості у військовослужбовців досліджуваних груп

Група	N	Середнє значення	Стандартне відхилення	t	p
Військовослужбовці з пораненнями	42	61,24	9,78	3,42	0,001
Військовослужбовці без поранень (контрольна група)	40	68,45	8,92		

Як видно з Таблиці 3.1, військовослужбовці, які зазнали поранень, мають статистично значуще нижчий рівень загальної військово-професійної життєстійкості порівняно з військовослужбовцями без поранень. Цей результат може свідчити про те, що травматичний досвід поранення негативно впливає на здатність військовослужбовців ефективно протистояти стресовим ситуаціям та підтримувати високий рівень функціонування в умовах військової служби.

Більш детальний аналіз структурних компонентів військово-професійної життєстійкості також виявив статистично значущі відмінності між досліджуваними групами. Результати порівняння представлено в Таблиці 3.2.

Таблиця 3.2 – Середні значення показників структурних компонентів військово-професійної життєстійкості у військовослужбовців досліджуваних груп

Компонент	Військовослужбовці з пораненнями (N=42)	Військовослужбовці без поранень (N=40)	t	p
Включеність	19,43 (4,21)	23,18 (3,87)	4,36	0,000
Контроль	22,67 (3,92)	24,35 (3,45)	2,14	0,035
Прийняття виклику	19,14 (4,56)	20,92 (4,02)	1,96	0,054
Емоційний компонент	14,52 (3,78)	17,84 (3,21)	4,58	0,000
Мотиваційний компонент	16,35 (3,45)	18,26 (3,12)	2,75	0,007
Соціальний компонент	15,87 (3,92)	16,38 (3,56)	0,64	0,525
Професійний компонент	14,50 (4,13)	15,97 (3,89)	1,72	0,089

Примітка: в дужках вказано стандартне відхилення.

Аналіз даних, представлених у Таблиці 3.2, дозволяє зробити висновок, що найбільш виражені відмінності між групами спостерігаються за показниками включеності ($t=4,36$, $p<0,001$) та емоційного компонента життєстійкості ($t=4,58$, $p<0,001$). Військовослужбовці, які зазнали поранень, мають значно нижчі показники за цими компонентами, що може свідчити про зниження їхньої залученості в життя та діяльність, а також про труднощі в емоційній регуляції та переживанні позитивних емоцій.

Статистично значущі відмінності також виявлено за показниками контролю ($t=2,14$, $p<0,05$) та мотиваційного компонента життєстійкості ($t=2,75$, $p<0,01$). Військовослужбовці з пораненнями демонструють нижчий рівень впевненості у своїй здатності контролювати події та впливати на ситуацію, а також мають нижчу мотивацію до діяльності та подолання труднощів.

Водночас не виявлено статистично значущих відмінностей між групами за показниками прийняття виклику ($t=1,96$, $p>0,05$), соціального ($t=0,64$, $p>0,05$) та професійного ($t=1,72$, $p>0,05$) компонентів життєстійкості.

Це може свідчити про те, що здатність сприймати складні ситуації як виклик та можливість для розвитку, а також соціальні взаємодії та професійна ідентичність менше страждають внаслідок травматичного досвіду поранення.

Аналіз показників посттравматичних стресових реакцій у військовослужбовців, які зазнали поранень, дозволив виявити високий рівень вираженості симптомів ПТСР у значної частини досліджуваних. Результати представлено на Рис. 3.1.

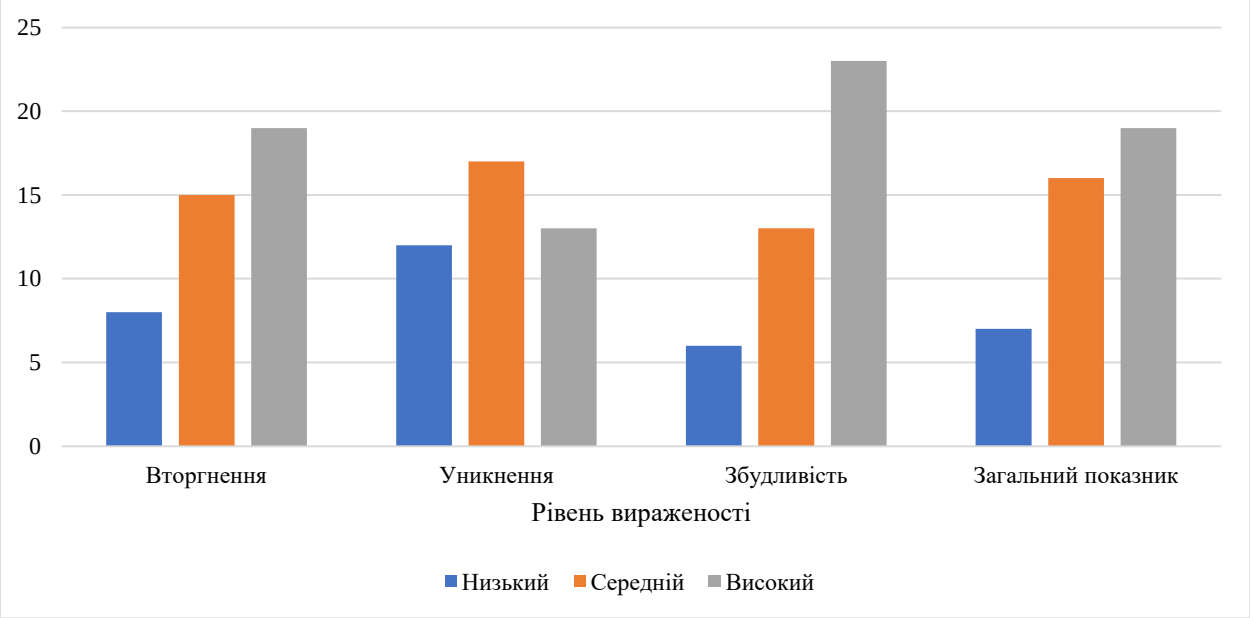


Рисунок 3.1 – Розподіл військовослужбовців, які зазнали поранень, за рівнем вираженості симптомів ПТСР (за методикою IES-R)

Як видно на Рис. 3.1, у значної кількості військовослужбовців, які зазнали поранень, спостерігається високий рівень вираженості симптомів ПТСР. Зокрема, високий рівень за загальним показником IES-R виявлено у 45,24% досліджуваних, що може свідчити про наявність клінічно значущих симптомів посттравматичного стресового розладу. Найбільш вираженими є симптоми збудливості (високий рівень у 54,76% досліджуваних) та вторгнення (високий рівень у 45,24% досліджуваних), що проявляється у підвищеній дратівливості, порушеннях сну, труднощах з концентрацією уваги, а також у нав’язливих спогадах про травматичну подію та флешбеках.

Для виявлення взаємозв'язку між показниками військово-професійної життєстійкості та посттравматичних стресових реакцій було проведено кореляційний аналіз з використанням коефіцієнта кореляції Пірсона. Результати представлено в Таблиці 3.3.

Таблиця 3.3 – Кореляційні зв'язки між показниками військово-професійної життєстійкості та посттравматичних стресових реакцій у військовослужбовців, які зазнали поранень

Показники життєстійкості	Вторгнення	Уникнення	Збудливість	Загальний показник IES-R
Включеність	-0,482**	-0,356*	-0,512**	-0,486**
Контроль	-0,421**	-0,392**	-0,467**	-0,453**
Прийняття виклику	-0,318*	-0,245	-0,389**	-0,342*
Емоційний компонент	-0,587**	-0,421**	-0,624**	-0,592**
Мотиваційний компонент	-0,435**	-0,387**	-0,456**	-0,458**
Соціальний компонент	-0,312*	-0,278	-0,345*	-0,336*
Професійний компонент	-0,268	-0,242	-0,298*	-0,289
Загальний показник життєстійкості	-0,524**	-0,412**	-0,567**	-0,542**

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

Аналіз кореляційних зв'язків, представлених у Таблиці 3.3, дозволяє зробити висновок про наявність статистично значущих негативних кореляцій між показниками військово-професійної життєстійкості та посттравматичних стресових реакцій. Зокрема, загальний показник життєстійкості має сильні негативні кореляції з загальним показником IES-R ($r=-0,542$, $p<0,01$), а також з показниками вторгнення ($r=-0,524$, $p<0,01$) та збудливості ($r=-0,567$, $p<0,01$). Це свідчить про те, що вищий рівень життєстійкості пов'язаний з нижчим рівнем посттравматичних стресових реакцій у військовослужбовців, які зазнали поранень.

Найсильніші негативні кореляції з показниками ПТСР має емоційний компонент життєстійкості (r від -0,421 до -0,624, $p<0,01$), що підкреслює

важливість емоційної регуляції та здатності переживати позитивні емоції для подолання наслідків травматичного досвіду. Також сильні негативні кореляції спостерігаються для показників включеності (r від -0,356 до -0,512, $p<0,05$-0,01) та контролю (r від -0,392 до -0,467, $p<0,01$), що свідчить про важливість залученості в життя та відчуття контролю над ситуацією для зниження рівня посттравматичних стресових реакцій.

Варто зазначити, що професійний компонент життєстійкості має найслабші кореляції з показниками ПТСР, причому статистично значущий зв'язок виявлено лише з показником збудливості ($r=-0,298$, $p<0,05$), що може свідчити про те, що професійна ідентичність та компетентність меншою мірою пов'язані з переживанням травматичного досвіду поранення порівняно з іншими аспектами життєстійкості.

3.3 Аналіз та інтерпретація результатів дослідження

Детальний аналіз посттравматичних стресових реакцій у військовослужбовців, які зазнали поранень, дозволив виявити певні закономірності та особливості прояву симптомів ПТСР у цій категорії осіб. Результати дослідження показали, що значна частина поранених військовослужбовців (45,24%) має високий рівень вираженості симптомів ПТСР за загальним показником методики IES-R, що може свідчити про наявність клінічно значущих симптомів посттравматичного стресового розладу.

Аналіз окремих груп симптомів ПТСР дозволив встановити, що найбільш вираженими у поранених військовослужбовців є симптоми збудливості (54,76% досліджуваних мають високий рівень) та вторгнення (45,24% мають високий рівень). Симптоми збудливості проявляються у підвищеній дратівливості, гіперчутливості до стимулів, труднощах з концентрацією уваги, порушеннях сну, постійній настороженості та очікуванні небезпеки. Симптоми вторгнення включають нав'язливі спогади

про травматичну подію, флешбеки, нічні кошмари, інтенсивні емоційні та фізичні реакції на тригери, пов’язані з травмою.

Симптоми уникнення виражені дещо менше (30,95% досліджуваних мають високий рівень), проте також присутні у значної кількості поранених військовослужбовців. Ці симптоми проявляються у прагненні уникати думок, почуттів, розмов, людей, місць або ситуацій, пов’язаних з травматичною подією, емоційному заціпенінні, зниженні інтересу до раніше значущих видів діяльності, відчутті відчуженості від інших людей.

Подальший аналіз дозволив виявити взаємозв’язок між типом поранення та вираженістю симптомів ПТСР. Результати представлено в Таблиці 3.4.

Таблиця 3.4 – Середні значення показників посттравматичних стресових реакцій у військовослужбовців з різними типами поранень

Тип поранення	N	Вторгнення	Уникнення	Збудливість	Загальний показник IES-R
Осколкові	20	18,45 (5,32)	16,78 (4,92)	19,56 (5,21)	54,79 (14,23)
Вогнепальні	13	17,23 (4,87)	15,92 (4,56)	18,34 (4,89)	51,49 (12,78)
Мінно-вибухові	8	22,38 (5,67)	19,25 (5,34)	23,75 (5,78)	65,38 (15,42)
Інші	1	14,00	12,00	15,00	41,00
F		2,53	1,47	3,12*	2,87*
p		0,071	0,237	0,037	0,048

Примітка: в дужках вказано стандартне відхилення; * - $p<0,05$.

Аналіз даних, представлених у Таблиці 3.4, дозволяє зробити висновок, що тип поранення має вплив на вираженість симптомів ПТСР у військовослужбовців. Зокрема, найвищі показники симптомів ПТСР спостерігаються у військовослужбовців з мінно-вибуховими травмами, що може бути пов’язано з особливою травматичністю таких поранень, які часто супроводжуються втратою кінцівок, значними пошкодженнями тканин та органів, а також високим ризиком для життя. Статистично значущі відмінності між групами виявлено за показником збудливості ($F=3,12$, $p<0,05$) та загальним показником IES-R ($F=2,87$, $p<0,05$).

Також було проаналізовано взаємозв’язок між ступенем тяжкості поранення та вираженістю симптомів ПТСР. Результати представлено в Таблиці 3.5.

Таблиця 3.5 – Середні значення показників посттравматичних стресових реакцій у військовослужбовців з різним ступенем тяжкості поранень

Ступінь тяжкості	N	Вторгнення	Уникнення	Збудливість	Загальний показник IES-R
Легкі	9	15,67 (4,53)	14,22 (4,21)	16,89 (4,76)	46,78 (12,45)
Середнього ступеня	22	18,86 (5,12)	17,32 (4,87)	19,77 (5,23)	55,95 (14,32)
Тяжкі	11	21,45 (5,67)	18,91 (5,34)	22,64 (5,78)	63,00 (15,42)
F		3,46*	2,85*	3,78*	3,92*
p		0,041	0,049	0,032	0,028

Примітка: в дужках вказано стандартне відхилення; * - $p<0,05$.

Аналіз даних, представлених у Таблиці 3.5, дозволяє зробити висновок, що ступінь тяжкості поранення має статистично значущий вплив на вираженість усіх груп симптомів ПТСР, а також на загальний показник IES-R (F від 2,85 до 3,92, $p<0,05$). Спостерігається чітка тенденція: зі збільшенням ступеня тяжкості поранення зростає вираженість симптомів ПТСР. Військовослужбовці з тяжкими пораненнями мають найвищі показники симптомів вторгнення, уникнення та збудливості, а також найвищий загальний показник IES-R. Це може бути пов’язано з тим, що тяжкі поранення часто супроводжуються більшим ризиком для життя, більш тривалим та складним лікуванням та реабілітацією, а також більш значними обмеженнями функціональних можливостей, що може посилювати психологічну травматизацію. У період від 6 місяців до 1 року після поранення спостерігається певне зниження вираженості симптомів, проте воно не є статистично значущим. Значне зниження вираженості симптомів ПТСР спостерігається у військовослужбовців, які отримали поранення більше 1 року тому, що може свідчити про поступову адаптацію до наслідків травматичного досвіду та ефективність заходів психологічної реабілітації.

Аналіз особливостей життєстійкості військовослужбовців, які зазнали поранень, дозволив виявити низку закономірностей та специфічних характеристик. Результати дослідження показали, що військовослужбовці з пораненнями мають статистично значуще нижчий рівень загальної військово-професійної життєстійкості порівняно з військовослужбовцями без поранень (61,24 проти 68,45 балів, $t=3,42$, $p<0,01$). Це свідчить про те, що травматичний досвід поранення може негативно впливати на здатність військовослужбовців ефективно протистояти стресовим ситуаціям та підтримувати високий рівень функціонування в умовах військової служби.

Найбільш виражені відмінності між групами спостерігаються за показниками включеності (19,43 проти 23,18 балів, $t=4,36$, $p<0,001$) та емоційного компонента життєстійкості (14,52 проти 17,84 балів, $t=4,58$, $p<0,001$). Зниження включеності у поранених військовослужбовців проявляється у зменшенні залученості в життя та діяльність, відчутті відчуженості та ізольованості, труднощах у встановленні та підтриманні соціальних контактів. Зниження емоційного компонента життєстійкості проявляється у труднощах в емоційній регуляції, переважанні негативних емоцій, зниженні здатності отримувати задоволення від діяльності та спілкування.

Статистично значущі відмінності також виявлено за показниками контролю (22,67 проти 24,35 балів, $t=2,14$, $p<0,05$) та мотиваційного компонента життєстійкості (16,35 проти 18,26 балів, $t=2,75$, $p<0,01$). Зниження контролю у поранених військовослужбовців проявляється у зменшенні впевненості у своїй здатності впливати на ситуацію, відчутті безпорадності та невизначеності щодо майбутнього. Зниження мотиваційного компонента життєстійкості проявляється у зниженні інтересу до діяльності, труднощах у постановці та досягненні цілей, зниженні прагнення до самореалізації.

Водночас не виявлено статистично значущих відмінностей між групами за показниками прийняття виклику (19,14 проти 20,92 балів, $t=1,96$,

p>0,05), соціального (15,87 проти 16,38 балів, t=0,64, p>0,05) та професійного (14,50 проти 15,97 балів, t=1,72, p>0,05) компонентів життєстійкості. Це може свідчити про те, що здатність сприймати складні ситуації як виклик та можливість для розвитку, а також соціальні взаємодії та професійна ідентичність менше страждають внаслідок травматичного досвіду поранення.

Для більш детального аналізу особливостей життєстійкості поранених військовослужбовців було проведено порівняння показників життєстійкості у військовослужбовців з різними типами поранень. Результати представлено в Таблиці 3.6.

Таблиця 3.6 – Середні значення показників військово-професійної життєстійкості у військовослужбовців з різними типами поранень

Тип поранення	N	Включеність	Контроль	Прийняття виклику	Загальний показник
Осколкові	20	19,85 (4,23)	22,95 (3,87)	19,45 (4,34)	62,25 (10,12)
Вогнепальні	13	20,23 (4,12)	23,31 (3,76)	19,77 (4,21)	63,31 (9,87)
Мінно-вибухові	8	16,63 (4,67)	20,75 (4,12)	17,38 (4,89)	54,76 (11,23)
Інші	1	21,00	24,00	20,00	65,00
F		2,12	1,43	0,87	1,98
p		0,114	0,249	0,465	0,134

Примітка: в дужках вказано стандартне відхилення.

Аналіз даних, представлених у Таблиці 3.6, показує, що тип поранення не має статистично значущого впливу на показники військово-професійної життєстійкості (F від 0,87 до 2,12, p>0,05). Проте спостерігається тенденція до нижчих показників життєстійкості у військовослужбовців з мінно-вибуховими травмами порівняно з іншими типами поранень. Це може бути пов’язано з особливою травматичністю таких поранень, які часто супроводжуються втратою кінцівок та значними функціональними обмеженнями.

Також було проаналізовано взаємозв’язок між ступенем тяжкості поранення та показниками життєстійкості. Результати представлено в Таблиці 3.7.

Таблиця 3.7 – Середні значення показників військово-професійної життєстійкості у військовослужбовців з різним ступенем тяжкості поранень

Ступінь тяжкості	N	Включеність	Контроль	Прийняття виклику	Загальний показник
Легкі	9	21,67 (3,84)	24,11 (3,41)	20,56 (4,12)	66,34 (9,34)
Середнього ступеня	22	19,68 (4,12)	22,95 (3,76)	19,32 (4,45)	61,95 (9,87)
Тяжкі	11	17,09 (4,56)	21,18 (4,23)	17,82 (4,78)	56,09 (10,45)
F		3,85*	2,36	1,52	3,24*
p		0,030	0,108	0,232	0,049

Примітка: в дужках вказано стандартне відхилення; * - $p<0,05$.

Аналіз даних, представлених у Таблиці 3.7, дозволяє зробити висновок, що ступінь тяжкості поранення має статистично значущий вплив на показник включеності ($F=3,85$, $p<0,05$) та загальний показник військово-професійної життєстійкості ($F=3,24$, $p<0,05$). Спостерігається чітка тенденція: зі збільшенням ступеня тяжкості поранення знижуються показники життєстійкості. Військовослужбовці з тяжкими пораненнями мають найнижчі показники включеності, контролю, прийняття виклику та загальний показник життєстійкості. Це може бути пов’язано з тим, що тяжкі поранення часто супроводжуються значними функціональними обмеженнями, більш тривалим та складним лікуванням та реабілітацією, а також більшими змінами у звичному способі життя та діяльності.

Для виявлення факторної структури життєстійкості військовослужбовців, які зазнали поранень, було проведено факторний аналіз з використанням методу головних компонент та обертання Varimax. Результати факторного аналізу представлено в Таблиці 3.8.

Таблиця 3.8. – Факторна структура життєстійкості військовослужбовців, які зазнали поранень

Показники	Фактор 1	Фактор 2	Фактор 3
Включеність	0,824	0,312	0,167
Контроль	0,436	0,743	0,124

Продовження таблиці 3.8

Прийняття виклику	0,387	0,286	0,782
Емоційний компонент	0,856	0,245	0,178
Мотиваційний компонент	0,423	0,768	0,134
Соціальний компонент	0,312	0,178	0,834
Професійний компонент	0,245	0,712	0,321
Власне значення	2,87	2,12	1,56
% дисперсії	34,78	25,67	18,92

Примітка: жирним шрифтом виділено факторні навантаження >0,40.

Факторний аналіз дозволив виділити три основні фактори, які пояснюють 79,37% загальної дисперсії показників життєстійкості військовослужбовців, які зазнали поранень.

Перший фактор (34,78% дисперсії) включає показники включеності (0,824) та емоційного компонента життєстійкості (0,856). Цей фактор можна інтерпретувати як "Емоційна залученість", що відображає здатність військовослужбовців бути емоційно включеними в життя та діяльність, отримувати задоволення від активності та спілкування.

Другий фактор (25,67% дисперсії) включає показники контролю (0,743), мотиваційного (0,768) та професійного (0,712) компонентів життєстійкості. Цей фактор можна інтерпретувати як "Цілеспрямована діяльність", що відображає здатність військовослужбовців контролювати ситуацію, ставити та досягати цілей, реалізовувати себе у професійній діяльності.

Третій фактор (18,92% дисперсії) включає показники прийняття виклику (0,782) та соціального компонента життєстійкості (0,834). Цей фактор можна інтерпретувати як "Соціальна адаптивність", що відображає здатність військовослужбовців сприймати складні ситуації як виклик та можливість для розвитку, а також ефективно взаємодіяти з оточуючими в умовах стресу.

Аналіз взаємозв’язку між показниками посттравматичних стресових реакцій та життєстійкості у військовослужбовців, які зазнали поранень, дозволив виявити низку статистично значущих кореляцій, що свідчить про тісний зв’язок між цими психологічними феноменами. Результати

кореляційного аналізу, представлені в Таблиці 2.4, показали наявність статистично значущих негативних кореляцій між показниками військово-професійної життєстійкості та посттравматичних стресових реакцій.

Загальний показник життєстійкості має сильні негативні кореляції з загальним показником IES-R ($r=-0,542$, $p<0,01$), а також з показниками вторгнення ($r=-0,524$, $p<0,01$) та збудливості ($r=-0,567$, $p<0,01$). Це свідчить про те, що вищий рівень життєстійкості пов'язаний з нижчим рівнем посттравматичних стресових реакцій у військовослужбовців, які зазнали поранень. Іншими словами, життєстійкість може виступати як захисний фактор, що зменшує негативний вплив травматичного досвіду поранення на психологічний стан військовослужбовців.

Найсильніші негативні кореляції з показниками ПТСР має емоційний компонент життєстійкості (r від -0,421 до -0,624, $p<0,01$), що підкреслює важливість емоційної регуляції та здатності переживати позитивні емоції для подолання наслідків травматичного досвіду. Військовослужбовці з високим рівнем емоційного компонента життєстійкості демонструють нижчий рівень симптомів вторгнення, уникнення та збудливості, що може бути пов'язано з їхньою здатністю ефективно регулювати емоційні реакції на тригери, пов'язані з травмою, зберігати позитивне емоційне ставлення до життя та діяльності, отримувати задоволення від спілкування та активності.

Сильні негативні кореляції також спостерігаються для показників включеності (r від -0,356 до -0,512, $p<0,05$-$0,01$) та контролю (r від -0,392 до -0,467, $p<0,01$), що свідчить про важливість залученості в життя та відчуття контролю над ситуацією для зниження рівня посттравматичних стресових реакцій. Військовослужбовці з високим рівнем включеності та контролю демонструють нижчий рівень симптомів ПТСР, що може бути пов'язано з їхньою здатністю залишатися активними та залученими в життя та діяльність, не дивлячись на травматичний досвід, а також з впевненістю у своїй здатності впливати на ситуацію та контролювати своє життя.

Показник прийняття виклику має менш виражені, але статистично значущі негативні кореляції з показниками вторгнення ($r=-0,318$, $p<0,05$), збудливості ($r=-0,389$, $p<0,01$) та загальним показником IES-R ($r=-0,342$, $p<0,05$). Це свідчить про те, що здатність сприймати складні ситуації як виклик та можливість для розвитку також може сприяти зниженню рівня посттравматичних стресових реакцій, хоча і меншою мірою, ніж включеність та контроль.

Мотиваційний компонент життєстійкості має статистично значущі негативні кореляції з усіма показниками ПТСР (r від -0,387 до -0,458, $p<0,01$), що підкреслює важливість збереження мотивації до діяльності та подолання труднощів для зниження рівня посттравматичних стресових реакцій. Військовослужбовці з високим рівнем мотиваційного компонента життєстійкості демонструють нижчий рівень симптомів ПТСР, що може бути пов’язано з їхньою здатністю ставити та досягати цілей, зберігати інтерес до діяльності та прагнення до самореалізації, не дивлячись на травматичний досвід.

Соціальний компонент життєстійкості має менш виражені, але статистично значущі негативні кореляції з показниками вторгнення ($r=-0,312$, $p<0,05$), збудливості ($r=-0,345$, $p<0,05$) та загальним показником IES-R ($r=-0,336$, $p<0,05$). Це свідчить про те, що здатність ефективно взаємодіяти з оточуючими та отримувати соціальну підтримку також може сприяти зниженню рівня посттравматичних стресових реакцій, хоча і меншою мірою, ніж емоційний та мотиваційний компоненти життєстійкості.

Професійний компонент життєстійкості має найслабші кореляції з показниками ПТСР, причому статистично значущий зв’язок виявлено лише з показником збудливості ($r=-0,298$, $p<0,05$). Це може свідчити про те, що професійна ідентичність та компетентність меншою мірою пов’язані з переживанням травматичного досвіду поранення порівняно з іншими аспектами життєстійкості.

Для більш глибокого розуміння взаємозв’язку між показниками посттравматичних стресових реакцій та життєстійкості було проведено множинний регресійний аналіз з метою виявлення предикторів життєстійкості у військовослужбовців, які зазнали поранень. Результати регресійного аналізу представлено в Таблиці 3.9.

Таблиця 3.9 – Результати множинного регресійного аналізу для визначення предикторів загального показника військово-професійної життєстійкості у військовослужбовців, які зазнали поранень

Предиктори	B	SE B	β	t	P
Константа	79,56	4,21		18,90	0,000
Вторгнення	-0,42	0,18	-0,32	-2,33	0,025
Збудливість	-0,57	0,19	-0,41	-3,00	0,005
Тяжкість поранення	-3,45	1,32	-0,24	-2,61	0,013
Час після поранення	0,56	0,23	0,21	2,43	0,020

Примітка: R^2=0,53, F=10,76, p<0,001.

Результати емпіричного дослідження, представлені у попередньому розділі, демонструють складний характер взаємозв’язків між посттравматичними стресовими реакціями та життєстійкістю у військовослужбовців, які зазнали поранень під час бойових дій. Виявлені закономірності створюють фундамент для розробки теоретично обґрунтованих напрямків психологічної роботи, спрямованих на підвищення життєстійкості даної категорії осіб. Психологічна робота з пораненими військовослужбовцями має ґрунтуватися на системному підході, враховувати виявлені предиктори життєстійкості та фокусуватися на зниженні симптомів посттравматичного стресового розладу, особливо проявів вторгнення та збудливості, які мають найсильніший негативний вплив на рівень життєстійкості.

Аналіз наукової літератури та результати проведеного дослідження дозволяють визначити кілька ключових теоретичних підходів, які становлять методологічну основу для роботи з пораненими військовослужбовцями. Когнітивно-поведінковий підхід зарекомендував себе як один з найбільш

ефективних у роботі з посттравматичними стресовими розладами та підвищенні психологічної стійкості. Методи когнітивно-поведінкової терапії, такі як когнітивна реструктуризація, експозиційна терапія, тренінг керування тривогою та техніки релаксації, дозволяють ефективно знижувати рівень симптомів вторгнення та збудливості, які, згідно з результатами дослідження, є найсильнішими негативними предикторами життєстійкості. Когнітивна реструктуризація допомагає військовослужбовцям ідентифікувати та змінювати дисфункціональні думки та переконання, пов'язані з травматичним досвідом поранення, що сприяє зниженню рівня симптомів вторгнення. Експозиційна терапія, яка передбачає контрольоване та безпечне зіткнення з тригерами травматичних спогадів, дозволяє поступово знижувати інтенсивність емоційних реакцій на ситуації, пов'язані з травмою, що сприяє зниженню рівня симптомів збудливості, як зазначають І. О. Пішко та Н. С. Лозінська [23], С. М. Кондратюк [12, 13], а також Дж. Дж. Гросс [39] у дослідженнях регуляції емоцій.

Екзистенційний підхід також має значний потенціал у роботі з пораненими військовослужбовцями, оскільки дозволяє працювати з питаннями сенсу життя, цінностей та особистісного зростання в контексті травматичного досвіду. Згідно з концепцією життєстійкості, запропонованою С. Р. Мадді [41, 42], життєстійкість є результатом екзистенційного вибору на користь майбутнього, активності та зростання, на противагу вибору на користь минулого, пасивності та стагнації. Методи екзистенційної терапії допомагають військовослужбовцям знаходити новий сенс життя після травматичного досвіду поранення, що сприяє підвищенню рівня включеності та прийняття виклику як компонентів життєстійкості. Логотерапія В. Франкла, як напрямок екзистенційної терапії, фокусується на пошуку сенсу життя та подоланні екзистенційного вакууму, що особливо актуально для військовослужбовців, які переживають кризу ідентичності та втрату сенсу життя після поранення, як підкреслюють Н. В. Назарук [20] та А. Л. Каценко [7] у своїх дослідженнях життєстійкості як здатності відповідати викликам життя.

Психодинамічний підхід, зокрема травмофокусована психодинамічна терапія, дозволяє працювати з глибинними аспектами травматичного досвіду, інтегрувати травматичні спогади в автобіографічну пам'ять та відновлювати порушену внаслідок травми цілісність особистості. Методи психодинамічної терапії, такі як вільні асоціації, аналіз сновидінь та аналіз переносу, допомагають усвідомити та опрацювати витіснені травматичні спогади та почуття, що сприяє зниженню рівня симптомів вторгнення та уникнення. Психодинамічна концепція контейнування допомагає військовослужбовцям розвивати здатність витримувати сильні негативні емоції, пов'язані з травмою, що сприяє підвищенню рівня емоційного компонента життєстійкості, як зазначають О. М. Хамініч [35], Т. М. Титаренко та Т. О. Ларіна [34] у своїх дослідженнях інтеграції травматичного досвіду та формування життєстійкості особистості.

Системний підхід підкреслює важливість роботи не лише з пораненим військовослужбовцем, а й з його соціальним оточенням – сім'єю, близькими, товаришами по службі. Згідно з результатами дослідження, соціальний компонент життєстійкості має статистично значущі негативні кореляції з показниками посттравматичних стресових реакцій, що підкреслює важливість соціальної підтримки для подолання наслідків травматичного досвіду. Методи системної сімейної терапії допомагають відновлювати порушені внаслідок травми сімейні стосунки, розвивати навички ефективної комунікації та взаємної підтримки, що сприяє підвищенню рівня соціального компонента життєстійкості, як зазначають В. Г. Панок [21], О. А. Чиханцова [37], Л. З. Сердюк та О. І. Купрєєва [31] у своїх дослідженнях соціокультурних аспектів життєстійкості та соціальних чинників психологічної допомоги. Дж. Р. Річардсон [44] також підкреслює, що соціальні зв'язки є критично важливим буфером проти стресу та ключовим фактором формування резильєнтності особистості.

Тілесно-орієнтований підхід фокусується на роботі з тілесними проявами травми, що особливо актуально для військовослужбовців з

фізичними пораненнями. Згідно з теорією соматичного переживання Пітера Левіна, травматичний досвід "застигає" в тілі у вигляді нереалізованих захисних реакцій та порушень нервової регуляції. Методи тілесно-орієнтованої терапії, такі як соматичне переживання, сенсомоторна психотерапія та техніки усвідомленості, допомагають відновлювати нормальну регуляцію нервової системи, що сприяє зниженню рівня симптомів збудливості та підвищенню рівня емоційного компонента життєстійкості.

Інтегративний підхід, який поєднує елементи різних теоретичних підходів, дозволяє розробляти комплексні програми психологічної роботи, адаптовані до індивідуальних особливостей та потреб кожного пораненого військовослужбовця. Згідно з результатами дослідження, військовослужбовці з різним типом та ступенем тяжкості поранень мають різні показники життєстійкості та посттравматичних стресових реакцій, що підкреслює необхідність індивідуального підходу в психологічній роботі.

Комплексний аналіз теоретичних підходів та результатів емпіричного дослідження дозволяє визначити ключові напрямки психологічної роботи з підвищення життєстійкості поранених військовослужбовців: зниження рівня симптомів посттравматичного стресового розладу, особливо проявів вторгнення та збудливості; розвиток емоційної регуляції та здатності переживати позитивні емоції; підвищення рівня включеності в життя та діяльність; розвиток відчуття контролю над ситуацією та здатності впливати на власне життя; формування здатності сприймати складні ситуації як виклик та можливість для розвитку; розвиток соціальних навичок та здатності отримувати соціальну підтримку; відновлення та розвиток професійної ідентичності та компетентності.

На основі теоретичного обґрунтування напрямків психологічної роботи та результатів емпіричного дослідження було розроблено комплексну програму підвищення життєстійкості військовослужбовців, які зазнали поранень під час війни. Програма ґрунтується на інтегративному підході, який поєднує елементи когнітивно-поведінкової, екзистенційної,

психодинамічної, системної та тілесно-орієнтованої терапії, та спрямована на зниження рівня симптомів посттравматичного стресового розладу та підвищення рівня життєстійкості.

Мета програми полягає у підвищенні рівня життєстійкості військовослужбовців, які зазнали поранень під час війни, шляхом розвитку компонентів життєстійкості (включеності, контролю, прийняття виклику) та зниження рівня посттравматичних стресових реакцій (вторгнення, уникнення, збудливості). Завдання програми включають: зниження рівня симптомів вторгнення шляхом інтеграції травматичного досвіду в автобіографічну пам'ять та розвитку навичок керування травматичними спогадами; зниження рівня симптомів збудливості шляхом розвитку навичок емоційної регуляції та релаксації; зниження рівня симптомів уникнення шляхом поступової експозиції до тригерів травматичних спогадів та розвитку навичок протидії уникненню; підвищення рівня включеності шляхом розвитку здатності бути залученим в життя та діяльність, відновлення інтересу до активності та спілкування; підвищення рівня контролю шляхом розвитку впевненості у своїй здатності впливати на ситуацію та контролювати власне життя; підвищення рівня прийняття виклику шляхом розвитку здатності сприймати складні ситуації як можливість для зростання та розвитку; розвиток емоційного компонента життєстійкості шляхом розвитку навичок емоційної регуляції та здатності переживати позитивні емоції; розвиток мотиваційного компонента життєстійкості шляхом відновлення інтересу до діяльності, розвитку здатності ставити та досягати цілей; розвиток соціального компонента життєстійкості шляхом відновлення соціальних зв'язків, розвитку навичок ефективної комунікації та здатності отримувати соціальну підтримку; розвиток професійного компонента життєстійкості шляхом відновлення професійної ідентичності, розвитку професійних навичок та адаптації до нових професійних можливостей.

Діагностичний блок передбачає комплексну психологічну діагностику рівня життєстійкості та посттравматичних стресових реакцій, а також

індивідуальних особливостей та потреб пораненого військовослужбовця. Блок складається з 2 зустрічей: перша – проведення вхідного психодіагностичного обстеження (опитувальник військово-професійної життєстійкості, шкала впливу травматичної події IES-R, методика діагностики емоційного інтелекту Н. Холла, опитувальник копінг-стратегій COPE, соціодемографічна анкета); друга – проведення клінічного інтерв'ю, збір анамнезу та формування індивідуального плану психологічної роботи, який враховує тип та ступінь тяжкості поранення, рівень вираженості симптомів ПТСР, рівень життєстійкості та індивідуальні особливості військовослужбовця.

Стабілізаційний блок спрямований на забезпечення психологічної стабільності та безпеки, розвиток базових навичок емоційної регуляції та релаксації, які є необхідною умовою для подальшої психологічної роботи. Блок включає 4-6 зустрічей, залежно від індивідуальних потреб військовослужбовця, і проводиться 2 рази на тиждень. Методи стабілізаційного блоку включають техніки заземлення та центрування ("Техніка 5-4-3-2-1", "Сканування тіла"), дихальні вправи ("Квадратне дихання", "Діафрагмальне дихання"), прогресивну м'язову релаксацію за Джекобсоном, техніки усвідомленості ("Усвідомлене дихання", "Усвідомлене споживання їжі"), візуалізацію безпечного місця, техніки самозаспокоєння ("Контейнування", "Безпечний простір"). Стабілізаційний блок також включає психоедукацію щодо природи травматичного стресу, симптомів ПТСР та механізмів їх виникнення, що допомагає військовослужбовцям краще розуміти свій стан та нормалізувати свої реакції на травматичний досвід. Наприкінці стабілізаційного блоку проводиться проміжна діагностика для оцінки досягнутого рівня психологічної стабільності та готовності до переходу до наступного блоку.

Психологічний блок спрямований на опрацювання травматичного досвіду, зниження рівня симптомів ПТСР та розвиток компонентів життєстійкості. Блок включає 8-12 зустрічей, проводиться 1-2 рази на

тиждень залежно від індивідуальних особливостей та потреб військовослужбовця. Методи психологічного блоку включають когнітивну реструктуризацію, експозиційну терапію, десенсибілізацію та переробку рухами очей (EMDR), терапію прийняття та зобов'язання (ACT), наративну терапію, логотерапію, соматичне переживання, сенсомоторну психотерапію, техніки усвідомленості та співчуття до себе. Вибір конкретних методів та технік здійснюється відповідно до індивідуальних особливостей та потреб військовослужбовця, а також специфіки травматичного досвіду. Для оцінки ефективності психологічної роботи в рамках цього блоку проводиться проміжна діагностика після кожних 4 зустрічей, що дозволяє вносити корективи в план роботи залежно від досягнутих результатів та актуальних потреб військовослужбовця.

Інтеграційний блок спрямований на інтеграцію набутих навичок та досвіду в повсякденне життя, розвиток стратегій подолання майбутніх стресових ситуацій та підтримку досягнутих результатів. Блок включає 4-6 зустрічей, проводиться 1 раз на тиждень, з подальшим переходом на підтримуючі сесії 1 раз на 2-4 тижні протягом 3 місяців. Методи інтеграційного блоку включають розробку плану підтримки психологічного благополуччя, тренінг соціальних навичок, професійну орієнтацію та консультування, сімейну терапію, групи взаємодопомоги та підтримки. Структура інтеграційного блоку: 1-2 зустрічі – розробка індивідуального плану підтримки психологічного благополуччя та стратегій подолання стресових ситуацій; 1-2 зустрічі – робота з соціальним оточенням (сімейне консультування, координація з групами підтримки); 1-2 зустрічі – професійна орієнтація та планування подальшої діяльності; 4-6 підтримуючих сесій протягом 3 місяців для моніторингу динаміки змін та корекції плану в разі необхідності. Інтеграційний блок також передбачає вихідне психодіагностичне обстеження для оцінки ефективності програми та визначення напрямків подальшої роботи.

Форми роботи в рамках програми включають індивідуальну психологічну консультацію, групову терапію, сімейну терапію, тренінги та майстер-класи, групи взаємодопомоги та підтримки. Вибір конкретних форм роботи здійснюється відповідно до індивідуальних особливостей та потреб військовослужбовця, а також наявних ресурсів та можливостей. Індивідуальна психологічна консультація є основною формою роботи на початкових етапах програми, коли необхідно забезпечити безпечний простір для опрацювання травматичного досвіду та розвитку базових навичок емоційної регуляції. Групова терапія стає більш актуальною на пізніших етапах програми, коли військовослужбовець досягає певного рівня психологічної стабільності та готовий ділитися своїм досвідом та вчитися у інших. Сімейна терапія є важливою формою роботи для відновлення порушених внаслідок травми сімейних стосунків та розвитку навичок ефективної комунікації та взаємної підтримки. Тренінги та майстер-класи дозволяють розвивати конкретні навички та вміння, які сприяють підвищенню рівня життєстійкості. Групи взаємодопомоги та підтримки забезпечують довготривалу підтримку та можливість обміну досвідом з іншими військовослужбовцями, які пережили подібний травматичний досвід.

Тривалість програми варіюється залежно від індивідуальних особливостей та потреб військовослужбовця, а також специфіки травматичного досвіду, і становить від 3 до 12 місяців. Інтенсивність програми також варіюється: на початкових етапах, коли необхідно забезпечити психологічну стабільність та безпеку, сесії проводяться частіше (2-3 рази на тиждень); на пізніших етапах, коли основний фокус зміщується на інтеграцію набутих навичок та досвіду в повсякденне життя, інтенсивність знижується (1 раз на тиждень або рідше).

Оцінка ефективності програми здійснюється шляхом порівняння результатів психодіагностичного обстеження до початку, в процесі та після завершення програми. Основними критеріями ефективності є зниження рівня симптомів ПТСР (за методикою IES-R) та підвищення рівня життєстійкості

(за опитувальником військово-професійної життєстійкості). Додатковими критеріями ефективності є покращення загального психологічного стану, підвищення якості життя, відновлення соціальних зв'язків, повернення до активного життя та діяльності, а також суб'єктивна оцінка військовослужбовцем результатів програми.

Для оцінки ефективності розробленої програми підвищення життєстійкості військовослужбовців, які зазнали поранень під час війни, було проведено формувальний експеримент. Експеримент проводився на базі реабілітаційних центрів для поранених військовослужбовців: реабілітаційного центру «Незламні» (м. Київ), Центру медичної реабілітації та санаторного лікування «Трускавецький» (м. Трускавець) та відділення психологічної реабілітації Військово-медичного клінічного центру Західного регіону (м. Львів) протягом 6 місяців.

У експерименті взяли участь 60 військовослужбовців, які зазнали поранень різного ступеня тяжкості під час бойових дій та мали діагностовані симптоми посттравматичного стресового розладу. Учасники експерименту були випадковим чином розподілені на експериментальну (30 осіб) та контрольну (30 осіб) групи. Групи були зрівняні за основними соціально-демографічними показниками, типом та ступенем тяжкості поранення, а також початковим рівнем симптомів ПТСР та життєстійкості.

Експериментальна група проходила розроблену програму підвищення життєстійкості, яка включала індивідуальну психологічну консультацію (2 рази на тиждень протягом перших 2 місяців, 1 раз на тиждень протягом наступних 2 місяців, 1 раз на 2 тижні протягом останніх 2 місяців), групову терапію (1 раз на тиждень протягом 4 місяців), сімейну терапію (1 раз на 2 тижні протягом 3 місяців), тренінги та майстер-класи (1 раз на 2 тижні протягом 6 місяців), а також участь у групі взаємодопомоги та підтримки (1 раз на тиждень протягом 6 місяців). Контрольна група отримувала стандартну психологічну допомогу, яка включала індивідуальну психологічну консультацію (1 раз на тиждень протягом 3 місяців) та участь у

групі підтримки (1 раз на 2 тижні протягом 3 місяців). Індивідуальна психологічна консультація в експериментальній групі проводилась згідно з розробленою програмою та включала методи когнітивно-поведінкової, екзистенційної, психодинамічної та тілесно-орієнтованої терапії. На початкових етапах фокус консультації був спрямований на забезпечення психологічної стабільності та безпеки, розвиток базових навичок емоційної регуляції та релаксації. На пізніших етапах фокус зміщувався на опрацювання травматичного досвіду, зниження рівня симптомів ПТСР та розвиток компонентів життєстійкості. Індивідуальна консультація в контрольній групі проводилась за стандартним протоколом психологічної допомоги для військовослужбовців з ПТСР та включала переважно методи підтримуючої психотерапії та психоедукації.

Групова терапія в експериментальній групі проводилась у форматі закритої групи з постійним складом учасників (10-12 осіб), з частотою зустрічей 1 раз на тиждень протягом 10 тижнів. Кожна групова сесія тривала 120 хвилин і включала тематичні блоки, спрямовані на розвиток різних компонентів життєстійкості. Формат групової роботи передбачав створення безпечного психологічного простору, встановлення групових правил (конфіденційність, взаємоповага, добровільність участі в обговореннях та вправах, право говорити від першої особи), а також структурований план кожної зустрічі, що включав вступну частину (шерінг, обговорення домашніх завдань) – 20 хвилин, основну частину (теоретичний блок та практичні вправи) – 80 хвилин, заключну частину (підведення підсумків, рефлексія, формулювання домашнього завдання) – 20 хвилин.

Програма групової терапії була побудована за принципом поступового ускладнення та інтеграції навичок, починаючи з базових технік стабілізації та емоційної регуляції і закінчуючи складними аспектами життєстійкості, пов'язаними з професійною реалізацією та життєвими перспективами. Теми сесій включали: "Травматичний стрес та його подолання", "Емоційна регуляція та управління стресом", "Прийняття та інтеграція травматичного

досвіду", "Розвиток здатності бути залученим в життя та діяльність", "Розвиток відчуття контролю над ситуацією", "Перетворення складностей на можливості для зростання", "Розвиток соціальних навичок та здатності отримувати підтримку", "Професійна реалізація після поранення", а також вступну зустріч (знайомство, формування правил, діагностика потреб групи) та заключну зустріч (підведення підсумків, планування подальших кроків, завершення групової роботи).

Сімейна терапія в експериментальній групі проводилась з військовослужбовцями та їхніми близькими (партнерами, батьками, дітьми) та була спрямована на відновлення порушених внаслідок травми сімейних стосунків, розвиток навичок ефективної комунікації та взаємної підтримки. Сесії включали психоедукацію щодо впливу травматичного досвіду на сімейну систему, розвиток навичок активного слухання та емпатії, розв’язання конфліктів, встановлення здорових кордонів, розвиток навичок спільного подолання стресу.

Тренінги та майстер-класи в експериментальній групі проводились за різними темами, спрямованими на розвиток конкретних навичок та вмінь, які сприяють підвищенню рівня життєстійкості. Теми тренінгів включали: "Управління стресом та тривогою", "Техніки релаксації та самозаспокоєння", "Усвідомленість та присутність у моменті", "Ефективна комунікація та вирішення конфліктів", "Постановка та досягнення цілей", "Тайм-менеджмент та організація діяльності", "Розвиток креативності та творчого мислення", "Фізична активність та здоровий спосіб життя". Кожен тренінг включав теоретичну частину, демонстрацію навичок, практичні вправи та рекомендації щодо застосування набутих навичок у повсякденному житті. Аналіз результатів формувального експерименту дозволив оцінити ефективність розробленої програми підвищення життєстійкості військовослужбовців, які зазнали поранень під час війни. Для оцінки ефективності програми порівнювались показники симптомів ПТСР та життєстійкості в експериментальній та контрольній групах до початку, в

середині та після завершення програми. Результати представлено в Таблиці 3.10 та Таблиці 3.11.

Таблиця 3.10 – Динаміка показників симптомів ПТСР (за методикою IES-R) в експериментальній та контрольній групах

Група	Вторгнення			Уникнення			Збудливість			Загальний показник		
	До	Середина	Після	До	Середина	Після	До	Середина	Після	До	Середина	Після
Експериментальна	19,47 (5,23)	15,33 (4,78)*	11,20 (4,12)**	17,13 (4,87)	14,27 (4,56)*	10,93 (3,98)**	20,60 (5,45)	16,40 (4,98)*	12,53 (4,23)**	57,20 (14,65)	46,00 (13,21)*	34,67 (11,45)**
Контрольна	19,33 (5,12)	17,80 (4,98)	16,27 (4,76)	17,27 (4,92)	16,53 (4,78)	15,40 (4,56)	20,47 (5,34)	19,07 (5,12)	18,13 (4,98)	57,07 (14,32)	53,40 (13,87)	49,80 (13,21)
t	0,08	1,36	3,14**	0,08	1,28	2,82**	0,07	1,45	3,28**	0,02	1,48	3,36**
p	0,937	0,184	0,004	0,937	0,211	0,009	0,945	0,158	0,003	0,984	0,150	0,002

Примітка: в дужках вказано стандартне відхилення; * - p<0,05 порівняно з показником "До" в межах групи; ** - p<0,01 порівняно з показником "До" в межах групи.

Таблиця 3.11 – Динаміка показників життєстійкості (за опитувальником військово-професійної життєстійкості) в експериментальній та контрольній групах

Група	Включеність			Контроль			Прийняття виклику			Загальний показник		
	До	Середина	Після	До	Середина	Після	До	Середина	Після	До	Середина	Після
Експериментальна	19,33 (4,18)	22,47 (3,92)*	25,60 (3,67)**	22,53 (3,87)	24,87 (3,56)*	27,33 (3,21)**	19,07 (4,45)	21,40 (4,12)*	23,87 (3,78)**	60,93 (9,67)	68,73 (8,98)*	76,80 (8,23)**
Контрольна	19,27 (4,23)	20,33 (4,12)	21,47 (3,98)	22,60 (3,92)	23,33 (3,78)	24,07 (3,67)	19,13 (4,56)	19,87 (4,34)	20,73 (4,12)	61,00 (9,78)	63,53 (9,45)	66,27 (9,12)
t	0,04	1,47	2,96**	0,05	1,15	2,64*	0,04	1,02	2,22*	0,02	1,57	3,28**
p	0,968	0,153	0,006	0,961	0,260	0,013	0,968	0,316	0,035	0,984	0,128	0,003

Примітка: в дужках вказано стандартне відхилення; * - p<0,05 порівняно з показником "До" в межах групи; ** - p<0,01 порівняно з показником "До" в межах групи.

Аналіз даних, представлених у Таблиці 3.10, дозволяє зробити висновок, що розроблена програма підвищення життєстійкості є ефективною для зниження рівня симптомів ПТСР у військовослужбовців, які зазнали поранень під час війни. В експериментальній групі спостерігається статистично значуще зниження рівня симптомів вторгнення, уникнення та збудливості, а також загального показника IES-R як в середині ($p<0,05$), так і після завершення програми ($p<0,01$) порівняно з початковими показниками. В контрольній групі також спостерігається певне зниження рівня симптомів ПТСР, проте воно не є статистично значущим. Порівняння показників експериментальної та контрольної груп після завершення програми показує статистично значущі відмінності за всіма показниками IES-R ($p<0,01$), що свідчить про ефективність розробленої програми порівняно зі стандартною психологічною допомогою.

Найбільш виражене зниження в експериментальній групі спостерігається за показниками вторгнення (з 19,47 до 11,20 балів, що становить 42,5% від початкового рівня) та збудливості (з 20,60 до 12,53 балів, що становить 39,2% від початкового рівня), які, згідно з результатами емпіричного дослідження, є найсильнішими негативними предикторами життєстійкості. Це свідчить про ефективність використаних в програмі методів когнітивно-поведінкової, екзистенційної, психодинамічної та тілесно-орієнтованої терапії для зниження рівня саме тих симптомів ПТСР, які мають найбільший негативний вплив на рівень життєстійкості.

Аналіз даних, представлених у Таблиці 3.11, дозволяє зробити висновок, що розроблена програма є ефективною для підвищення рівня життєстійкості військовослужбовців, які зазнали поранень під час війни. В експериментальній групі спостерігається статистично значуще підвищення рівня включеності, контролю, прийняття виклику, а також загального показника життєстійкості як в середині ($p<0,05$), так і після завершення програми ($p<0,01$) порівняно з початковими показниками. В контрольній групі також спостерігається певне підвищення рівня життєстійкості, проте

воно є менш вираженим та не досягає рівня статистичної значущості. Порівняння показників експериментальної та контрольної груп після завершення програми показує статистично значущі відмінності за всіма показниками життєстійкості ($p<0,05$-$0,01$), що свідчить про ефективність розробленої програми порівняно зі стандартною психологічною допомогою.

Найбільш виражене підвищення в експериментальній групі спостерігається за показником включеності (з 19,33 до 25,60 балів, що становить 32,4% від початкового рівня), який, згідно з результатами емпіричного дослідження, має найсильніші негативні кореляції з показниками ПТСР. Це свідчить про ефективність використаних в програмі методів для розвитку здатності бути залученим в життя та діяльність, відновлення інтересу до активності та спілкування, що є важливими компонентами життєстійкості.

Для більш детального аналізу ефективності програми було проведено оцінку індивідуальної динаміки показників ПТСР та життєстійкості в експериментальній групі. Результати показали, що у всіх учасників експериментальної групи спостерігається зниження рівня симптомів ПТСР та підвищення рівня життєстійкості, проте вираженість цих змін варіює залежно від індивідуальних особливостей військовослужбовців, типу та ступеня тяжкості поранення, а також початкового рівня симптомів ПТСР та життєстійкості. Найбільш виражені позитивні зміни спостерігаються у військовослужбовців з легкими та середньої тяжкості пораненнями, а також з початково високим рівнем симптомів ПТСР та низьким рівнем життєстійкості. Військовослужбовці з тяжкими пораненнями, особливо з мінно-вибуховими травмами, демонструють менш виражені позитивні зміни, що може бути пов’язано з особливою травматичністю таких поранень та значними функціональними обмеженнями.

Таким чином, результати формувального експерименту підтверджують ефективність розробленої програми підвищення життєстійкості військовослужбовців, які зазнали поранень під час війни. Програма дозволяє

ефективно знижувати рівень симптомів ПТСР, особливо проявів вторгнення та збудливості, які є найсильнішими негативними предикторами життєстійкості, а також підвищувати рівень життєстійкості, особливо компонента включеності, який має найсильніші негативні кореляції з показниками ПТСР.

На основі результатів формувального експерименту та аналізу ефективності розробленої програми підвищення життєстійкості військовослужбовців, які зазнали поранень під час війни, було розроблено ряд рекомендацій щодо впровадження програми у практику психологічної реабілітації. Рекомендації спрямовані на забезпечення ефективності, доступності та сталості програми в різних умовах та для різних категорій поранених військовослужбовців.

Першочергово рекомендується впроваджувати програму у реабілітаційних центрах для поранених військовослужбовців, госпіталях, санаторно-курортних закладах, а також у центрах психологічної допомоги та реабілітації. Для ефективного впровадження програми необхідно забезпечити відповідну підготовку фахівців, які будуть її реалізовувати. Підготовка має включати навчання методам когнітивно-поведінкової, екзистенційної, психодинамічної, системної та тілесно-орієнтованої терапії, а також спеціалізовану підготовку з питань роботи з травмою та ПТСР. Рекомендується також забезпечити постійну супервізію та інтервізію для фахівців, які реалізують програму, що дозволить підтримувати високу якість роботи та запобігати професійному вигоранню.

Для забезпечення доступності програми рекомендується розробити її модифікації для різних умов та ресурсів: повну версію для реабілітаційних центрів з достатніми ресурсами, скорочену версію для закладів з обмеженими ресурсами, а також онлайн-версію для віддаленої роботи з військовослужбовцями, які не мають можливості відвідувати реабілітаційні центри. Онлайн-версія програми може включати відеоконсультації, вебінари, онлайн-групи підтримки, а також мобільні додатки для самодопомоги та моніторингу психологічного стану.

Для забезпечення сталості результатів програми рекомендується розробити систему подальшого супроводу військовослужбовців після завершення основної програми. Супровід може включати періодичні підтримуючі сесії, участь у групах взаємодопомоги та підтримки, а також доступ до онлайн-ресурсів для самодопомоги. Рекомендується також залучати військовослужбовців, які успішно пройшли програму, до роботи з новими учасниками в якості менторів або волонтерів, що дозволить не лише забезпечити додаткову підтримку для нових учасників, але й підтримувати мотивацію та самоефективність у військовослужбовців, які вже пройшли програму.

Для підвищення ефективності програми для військовослужбовців з тяжкими пораненнями, особливо з мінно-вибуховими травмами, рекомендується розробити спеціалізовані модулі, які враховують особливості цієї категорії осіб. Модулі можуть включати додаткову роботу з тілесними аспектами травми, адаптацію до фізичних обмежень, розвиток нових навичок та компетенцій, а також роботу з образом тіла та самоприйняттям. Рекомендується також забезпечити інтеграцію психологічної роботи з фізичною реабілітацією, що дозволить досягти синергетичного ефекту та підвищити загальну ефективність реабілітаційного процесу.

Для підвищення ефективності програми для військовослужбовців з різними індивідуальними особливостями та потребами рекомендується використовувати модульний принцип організації програми, який дозволяє гнучко комбінувати різні компоненти та адаптувати програму до конкретних потреб кожного військовослужбовця. Базові модулі програми, спрямовані на забезпечення психологічної стабільності та безпеки, розвиток навичок емоційної регуляції та релаксації, є обов’язковими для всіх учасників. Додаткові модулі, спрямовані на опрацювання конкретних аспектів травматичного досвіду, розвиток специфічних компонентів життєстійкості або адаптацію до конкретних життєвих ситуацій, можуть використовуватись вибірково, відповідно до індивідуальних потреб кожного військовослужбовця.

Для забезпечення системної підтримки військовослужбовців, які зазнали поранень, рекомендується інтегрувати програму підвищення життєстійкості з іншими аспектами реабілітації та соціальної адаптації. Це включає взаємодію з медичними, соціальними, освітніми та професійними службами для забезпечення комплексної підтримки військовослужбовців. Рекомендується також розробити систему міжвідомчої взаємодії та координації для забезпечення безперервності та наступності підтримки військовослужбовців на різних етапах реабілітації та адаптації.

Для оцінки ефективності розробленої програми проводилося комплексне психодіагностичне обстеження учасників експериментальної та контрольної груп на трьох етапах: до початку програми, в середині (через 3 місяці) та після завершення (через 6 місяців). Діагностичний інструментарій включав методики "Шкала оцінки впливу травматичної події" (IES-R) для оцінки рівня симптомів ПТСР та "Опитувальник військово-професійної життєстійкості" для оцінки рівня життєстійкості.

Результати діагностики симптомів ПТСР (систематизовані у таблиці 3.12) продемонстрували суттєві позитивні зміни в експериментальній групі. На початку програми середній загальний показник IES-R у цій групі становив 57,20 балів, через 3 місяці знизився до 46,00 балів ($p<0,05$), а після завершення програми досяг 34,67 балів ($p<0,01$), що відображає зниження на 39,4% від початкового рівня. Найбільш виражену динаміку продемонстрували показники вторгнення (зниження з 19,47 до 15,33 і далі до 11,20 балів) та збудливості (зниження з 20,60 до 16,40 і далі до 12,53 балів). Натомість у контрольній групі, яка отримувала стандартну психологічну допомогу, загальний показник IES-R знизився незначно: з 57,07 балів на початку до 53,40 через 3 місяці та 49,80 балів через 6 місяців, що не досягає рівня статистичної значущості.

Таблиця 3.12 – Результати діагностики симптомів ПТСР

Група	Етап дослідження	Загальний показник IES-R (балів)	Показник вторгнення (балів)	Показник збудливості (балів)	Рівень значущості	Зміна від початкового рівня (%)
Експериментальна	Початок програми	57,20	19,47	20,60	–	–
	Через 3 місяці	46,00	15,33	16,40	$p<0,05$	−19,6%
	Після завершення програми	34,67	11,20	12,53	$p<0,01$	−39,4%
Контрольна	Початок програми	57,07	–	–	–	–
	Через 3 місяці	53,40	–	–	n.s.	−6,4%
	Через 6 місяців	49,80	–	–	n.s.	−12,7%

Паралельно відбувалися позитивні зміни в показниках життєстійкості експериментальної групи. Загальний показник життєстійкості зріс з 60,93 балів на початку програми до 68,73 балів через 3 місяці ($p<0,05$) та 76,80 балів через 6 місяців ($p<0,01$), що відображає зростання на 26,0% від початкового рівня. Найбільш виражену позитивну динаміку продемонстрував компонент включеності, який зріс з 19,33 до 22,47 і далі до 25,60 балів, що становить 32,4% від початкового рівня. У контрольній групі також спостерігалося певне підвищення загального показника життєстійкості (з 61,00 до 63,53 і далі до 66,27 балів), проте ці зміни були менш вираженими та не досягали рівня статистичної значущості.

Порівняльний аналіз показників експериментальної та контрольної груп після завершення програми виявив статистично значущі відмінності за всіма компонентами життєстійкості ($p<0,05$-$0,01$) та симптомами ПТСР ($p<0,01$), що підтверджує ефективність розробленої програми порівняно зі стандартною психологічною допомогою. Особливо показовими є результати для військовослужбовців із легкими та середньої тяжкості пораненнями, які продемонстрували найбільш виражені позитивні зміни як у зниженні

симптомів ПТСР, так і в підвищенні показників життєстійкості. Водночас військовослужбовці з тяжкими пораненнями, особливо з мінно-вибуховими травмами, демонстрували менш виражену, хоча й статистично значущу, позитивну динаміку, що свідчить про необхідність додаткової адаптації програми для цієї категорії поранених.

Отже, впровадження розробленої програми підвищення життєстійкості військовослужбовців, які зазнали поранень під час війни, у практику психологічної реабілітації дозволить забезпечити ефективну психологічну підтримку та допомогу цій категорії осіб, сприятиме зниженню рівня симптомів ПТСР.

ВИСНОВКИ

1. Встановлено на основі теоретичного аналізу, що життєстійкість як психологічний феномен являє собою складне, багатовимірне утворення, що включає когнітивні, емоційні, мотиваційні та поведінкові компоненти. Виокремлено п'ять концептуальних підходів до розуміння життєстійкості: структурний (С. Р. Мадді, С. Кобаса), функціональний (Т. М. Титаренко, Т. О. Ларіна), системно-динамічний (О. А. Чиханцова, К. Р. Маннапова), соціокультурний (Л. З. Сердюк, О. І. Купрєєва) та ресурсний (С. М. Кондратюк, Л. В. Степаненко). Визначено, що в контексті військової діяльності життєстійкість набуває особливого значення, виступаючи як ключовий ресурс, що дозволяє військовослужбовцям зберігати психологічне благополуччя та підтримувати високий рівень ефективності в умовах підвищеної небезпеки та невизначеності.

2. Проаналізовано психологічні наслідки бойових поранень, які проявляються на когнітивному, емоційному, поведінковому та соматичному рівнях. Виявлено, що найбільш вивченим та клінічно значущим психологічним наслідком бойових поранень є посттравматичний стресовий розлад, поширеність якого серед поранених військовослужбовців становить від 10% до 42%, залежно від тяжкості поранення, типу бойових дій, якості медичної та психологічної допомоги. Встановлено, що вплив посттравматичних стресових реакцій на життєстійкість має складний характер: з одного боку, посттравматичні стресові реакції можуть негативно впливати на життєстійкість, знижуючи психологічні ресурси; з іншого боку, через конструктивне подолання травматичного досвіду можливе посттравматичне зростання та розвиток нових ресурсів життєстійкості.

3. Виявлено в результаті емпіричного дослідження, що військовослужбовці, які зазнали поранень, мають статистично значуще нижчі показники загального рівня життєстійкості, а також її компонентів: залученості, контролю та прийняття виклику, порівняно з

військовослужбовцями без поранень. Встановлено статистично значущі негативні кореляції між показниками посттравматичних стресових реакцій та життєстійкості: найсильніші негативні зв'язки виявлено між симптомами вторгнення, уникнення та показниками залученості та контролю як компонентами життєстійкості. Визначено, що найбільш уразливими компонентами життєстійкості у поранених військовослужбовців є залученість та контроль, тоді як компонент прийняття виклику виявляє більшу стійкість до впливу травматичного досвіду.

4. Визначено ключові чинники та предиктори життєстійкості у військовослужбовців, які зазнали поранень під час війни. До індивідуальних чинників віднесено: емоційний інтелект, копінг-стратегії, духовні переконання; до міжособистісних – соціальну підтримку, якість міжособистісних стосунків, побратимство; до організаційних – доступність та якість медичної та психологічної допомоги, перспективи професійної реалізації. Встановлено, що найсильнішими предикторами життєстійкості є: рівень соціальної підтримки, здатність до емоційної регуляції, використання активних, проблемно-орієнтованих копінг-стратегій, наявність сенсу життя та цінностей, а також тип та ступінь тяжкості поранення.

5. Розроблено на основі теоретичного аналізу та емпіричного дослідження комплексну програму психологічної роботи, спрямовану на підвищення рівня життєстійкості військовослужбовців, які зазнали поранень. Структура програми включає чотири основні блоки: діагностичний, стабілізаційний, психологічний та інтеграційний, що забезпечує комплексний вплив на різні компоненти життєстійкості та посттравматичні стресові реакції. Теоретично обґрунтовано ефективність інтегративного підходу, що поєднує методи когнітивно-поведінкової, екзистенційної, психодинамічної та системної терапії для роботи з пораненими військовослужбовцями.

6. Доведено ефективність розробленої програми в процесі формувального експерименту. Встановлено статистично значуще підвищення рівня загальної життєстійкості, а також її компонентів

(залученості, контролю, прийняття виклику) в експериментальній групі після проходження програми порівняно з контрольною групою. Виявлено статистично значуще зниження рівня симптомів посттравматичного стресового розладу (вторгнення, уникнення, підвищеної збудливості) в експериментальній групі. Визначено, що найбільш ефективними компонентами програми є розвиток навичок емоційної регуляції, когнітивна реструктуризація дисфункціональних переконань, пов'язаних з травматичним досвідом, а також формування соціальних навичок та здатності отримувати підтримку.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Ассонов Д., Хаустова О. Розвиток концепції резилієнсу в науковій літературі протягом останніх років. *Психосоматична медицина та загальна практика.* 2019. Т. 4, № 4. e0404219. URL : https://uk.emedjournal.com/index.php/psp/article/view/219 (дата звернення: 22.06.2025)

2. Божок Н. О. Психологічні особливості юнацького віку та їх вплив на формування фрустраційної толерантності майбутнього фахівця. *Психологія особистості.* 2013. № 1. С. 187–194

3. Бринза І., Кузнєцова О. Психодіагностична методика «Парціальні позиції життєстійкості особистості» : результати розробки та апробації. *Вісник Київського університету.* 2020. Т. 1, № 11. С. 14–22

4. Васильєва М. Роль емоційної регуляції у формуванні життєстійкості особистості. *Психологічний журнал.* 2021. Т. 8, № 2. С. 73–82

5. Гоулман Д. *Емоційний інтелект / п*ер. з англ. С. Л. Гумецької. Харків : Вівіт, 2020. 512 с.

6. Доценко В. В., Мілорадова Н. Е. Особливості розвитку життєстійкості працівників поліції в умовах воєнного стану. URL : http://elar.naiau.kiev.ua/bitstream/123456789/23812/1/Збірник.pdf (дата звернення: 22.06.2025)

7. Жижка С. Г., Повод М. Г. Породи свиней України : методичний посібник. Суми : СНАУ, 2025. 22 с.

8. Іванцев Л., Іванцев Н. Фрустраційна толерантність як показник особистісної стійкості студентів у процесі подолання кризи адаптації до навчання. *Вісник Львівського університету.* Серія психологічні науки. 2020. Вип. 6. С. 79–85

9. Каценко А. Л., Бондар В. П., Шаповал О. М. Життєстійкість як внутрішній ключовий ресурс особистості. *Психологія розвитку та життєстійкості особистості: виклики та нові можливості.* Полтава : ПНПУ, 2024. С. 45–49

10. Кобильченко В. В., Омельченко І. М. Життєстійкість як базова характеристика особистості дитини з особливими освітніми потребами в умовах воєнного часу. *Авіаційна та екстремальна психологія у контексті технологічних досягнень.* Київ : НАУ, 2024. С. 125–132

11. Кокун О. М. Життєстійкість і резильєнтність людини в сучасному світі: теорія, дослідження, практика. Київ : Інститут психології імені Г. С. Костюка НАПН України, 2025. 214 с.

12. Кокун О. М. Життєстійкість як напрям сучасних психологічних досліджень. *Актуальні проблеми психології.* Т. V, Вип. 21. 2021. С. 69–88. URL : https://lib.iitta.gov.ua/727273

13. Кокун О. М. Професійна життєстійкість особистості: аналіз феномена. *Актуальні проблеми психології.* Т. V, Вип. 20. 2020. С. 68–81

14. Кондратюк С. М. Життєстійкість як ресурс подолання життєвих труднощів в умовах війни. *Дніпровський науковий часопис публічного управління, психології, права.* 2022. № 4. С. 78–83

15. Корніяка О. М. Життєстійкість у професії викладача. *Актуальні проблеми психології.* 2019. Т. 19. С. 93–110

16. Кравчук С. Л. Особливості життєстійкості як фактора психологічної пружності особистості юнацького віку в умовах воєнного конфлікту. *Науковий вісник Херсонського державного університету.* Серія «Психологічні науки». 2018. Т. 1, Вип. 1. С. 99–105

17. Ламаш І. В. Психологічні особливості працівників ДСНСУ з різним рівнем толерантності до невизначеності. *Проблеми екстремальної та кризової психології.* 2013. Вип. 13. С. 155–169

18. Ларіна Т. О. Життєстійкість як життєве завдання особистості. *Актуальні проблеми психології : Психологічна герменевтика.* 2007. Т. 2, Вип. 5. С. 131–138

19. Маннапова К. Р. Життєстійкість у системі поняття життєздатності. *Вісник Харківського національного педагогічного університету імені Г. С. Сковороди.* Серія «Психологія». 2012. Вип. 44, № 1. С. 143–150

20. Мельник Ю. Ф., Найденко К. А., Журавель М. П. Практикум з розведення сільськогосподарських тварин. Київ : Видавничий дім «Слово», 2007. 240 с.

21. Мілорадова Н. Е. Ресурсозберігаючі технології як складова формування життєстійкості працівників поліції. *Підготовка правоохоронців в системі МВС України в умовах воєнного стану.* Вінниця : ХНУВС, 2023. С. 113–118

22. Назарук Н. В. Життєстійкість як здатність відповідати викликам життя. *Психологія розвитку та життєстійкості особистості: виклики та нові можливості.* Полтава : ПНПУ, 2024. С. 110–112

23. Остапчук П. П. Породи свиней та їх використання. Київ : Урожай, 1980. 190 с.

24. Панок В. Г. Життєвий шлях особистості як категорія прикладної психології. *Науковий вісник Миколаївського державного університету імені В. О. Сухомлинського.* Серія «Психологічні науки». 2014. № 12. С. 146–151

25. Петренко І. П., Зубець М. В., Віннічук Д. Т. та ін. Генетико-популяційні процеси при розведенні тварин. Київ : Аграрна наука, 1997. 215 с.

26. Пішко І. О., Лозінська Н. С. Забезпечення психологічної стійкості військовослужбовців в умовах бойових дій. Київ–Одеса : Фенікс, 2022. 128 с.

27. Повод М. Г., Михалко О. Г. Методичні вказівки для виконання індивідуального завдання з дисципліни «Технологія виробництва продукції свинарства». Суми : СНАУ, 2021. 72 с.

28. Повод М. Г., Михалко О. Г. Робочий зошит для лабораторно-практичних занять по курсу «Технологія виробництва продукції свинарства». Суми : СНАУ, 2022. 104 с.

29. Повод М. Г., Дудін В. Ю., Шпетний М. Б. Розробка основних засад щодо обґрунтованого визначення розмірів санітарно-захисних зон свиноферм. Суми : Сумський національний аграрний університет, 2019. 96 с.

30. Повод М. Г., Лихач В. Я., Лихач А. В., Оборонько Д. М. Практична реалізація існуючих та удосконалених технологій виробництва продукції свинарства. Миколаїв : Іліон, 2022. 375 с. ISBN 978-617-534-679-2

31. Потоково-цехова система виробництва свинини / І. С. Трончук, І. І. Заболотний, М. Д. Березовський та ін. Київ : Урожай, 1990. 160 с.

32. Предко В. В. Психологічне значення життєстійкості задля ефективного розвитку підлітка в умовах освітнього середовища. *Габітус.* 2020. Вип. 19. С. 185–189. URL : http://nbuv.gov.ua/UJRN/habit_2020_19_34 (дата звернення: 22.06.2025)

33. Предко В. В. Розвиток життєстійкості особистості підлітка в умовах інноваційної освітньої діяльності. Київ : Ніка-Центр, 2021. 104 с.

34. Рибалко В. П., Буркат В. П. Селекція та гібридизація у свинарстві. Київ : БМТ, 1996. 144 с.

35. Рибалко В. П., Мельник Ю. Ф., Нагаєвич В. М. Породи свиней в Україні. Харків : Еспада, 2001. 80 с.

36. Супрун І. О. Методичні рекомендації «Основи розведення сільськогосподарських тварин. Тестові завдання». Київ : Компринт, 2014. 50 с.

37. Титаренко Т. М., Ларіна Т. О. Життєстійкість особистості: соціальна необхідність і безпека. Київ : Марич, 2009. 76 с.

38. Хамініч О. М. Резільєнтність: життєстійкість, життєздатність або резільєнтність? *Науковий вісник Херсонського державного університету.* Серія «Психологічні науки». 2016. Т. 6, № 2. С. 160–165

39. Хмельничий Л. М., Супрун І. О. Основи генетики та селекції сільськогосподарських тварин. Київ : Аграрна освіта, 2011. 440 с.

40. Хмельничий Л. М., Зубець М. В., Бащенко М. І., Найденко К. А., Витриховська А. В. *Лінійна оцінка екстер'єру молочних корів.* Київ: НАУ, 2000. 124 с.

41. Чиханцова О. А. Модель життєстійкості особистості. *Актуальні проблеми психології.* 2017. Т. 17, Вип. 5. С. 142–150

42. Maddi S. Hardiness: An Operationalization of Existential Courage. *Journal of Humanistic Psychology.* 2004. Vol. 44, № 3. P. 278–298. DOI : https://doi.org/10.1177/0022167804266101

43. Maddi S. R., Khoshaba D. M., Harvey R. H., Fazel M., Resurreccion N. The Personality Construct of Hardiness. *Journal of Humanistic Psychology.* 2011. Vol. 51, № 3. P. 369–388

44. Masten A. S. Ordinary magic: Resilience in development. New York : The Guilford Press, 2014.

45. Richardson J. R. Social connections and resilience: Buffering the effects of stress. *Journal of Applied Psychology.* 2018. Vol. 25, № 4. P. 102–115