МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ЗАПОРІЗЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

ФАКУЛЬТЕТ СОЦІАЛЬНОЇ ПЕДАГОГІКИ ТА ПСИХОЛОГІЇ
КАФЕДРА ПСИХОЛОГІЇ

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА МАГІСТРА

на тему: **ВПЛИВ СТАТУСУ ПРИДАТНОСТІ ДО СЛУЖБИ В ЗБРОЙНИХ СИЛАХ УКРАЇНИ НА ЕМОЦІЙНИЙ СТАН ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ**

Виконала: студентка ІІ курсу,
групи 7.С4.25-5-з
спеціальності С4– Психологія
освітньо-професійної програми: Психологія
Савенко Олена Олексіївна
Керівник: канд. психол. наук, доцент
кафедри психології Паскевська Ю.А.
Рецензент: канд. психол. наук, доцент
кафедри психології Скрипаченко Т.В.

Запоріжжя – 2026

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ЗАПОРІЗЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

Факультет соціальної педагогіки та психології
Кафедра психології
Рівень вищої освіти другий (магістерський)
Спеціальність С4 Психологія
Освітньо-професійна програма Психологія

ЗАТВЕРДЖУЮ
в.о. завідувача кафедри психології
канд. психол. наук, доцент Н.О. Губа
_____
«____»_____2026 р.

З А В Д А Н Н Я

НА КВАЛІФІКАЦІЙНУ РОБОТУ СТУДЕНТЦІ

Савенко Олені Олексіївні

1. Тема роботи: Вплив статусу придатності до служби в Збройних силах України на емоційний стан військовослужбовців

керівник роботи Паскевська Ю.А., канд. психол. наук, доцент кафедри психології

затверджені наказом ЗНУ від «25» 09 2026 року № 1323-с.

2. Строк подання студентом роботи ____24.10.2026_____

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

4. Зміст розрахунково-пояснювальної записки: здійснити теоретичний аналіз основних соціально-психологічних підходів у дослідженні впливу статусу придатності до служби в Збройних силах України на емоційний стан військовослужбовців; теоретично обґрунтувати та емпірично дослідити специфіку емоційного стану військовослужбовців залежно від їхнього статусу придатності до військової служби в Збройних силах України та супутніх психосоціальних чинників.

5. Перелік графічного матеріалу: 13 таблиць, 9 рисунків.

6. Консультанти розділів роботи

Розділ	Прізвище, ініціали та посада консультанта	Підпис, дата	
		Завдання видав	Завдання прийняв
Вступ	Паскевська Ю.А., доцент		
Розділ 1	Паскевська Ю.А., доцент		
Розділ 2	Паскевська Ю.А., доцент		
Розділ 3	Паскевська Ю.А., доцент		
Висновки	Паскевська Ю.А., доцент		

7. Дата видачі завдання ____2026 рік_____

КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН

№ з/п	Назва етапів кваліфікаційної роботи	Строк виконання етапів роботи	Примітка
1	Збір та систематизація матеріалу	січень –лютий 2026 р.	Виконано
2	Робота над вступом	березень 2026 р.	Виконано
3	Робота над першим розділом	квітень-травень 2026 р.	Виконано
4	Робота над другим розділом	липень 2026 р.	Виконано
5	Робота над третім розділом	червень -серпень 2026 р.	Виконано
6	Написання висновків	вересень 2026 р.	Виконано
7	Передзахист	жовтень 2026 р.	Виконано
8	Нормоконтроль	листопад 2026 р.	Виконано

Студент _____ О. О. Савенко

Керівник роботи _____ Ю. А. Паскевська

Нормоконтроль пройдено
Нормоконтролер _____ А. О. Неманежина

РЕФЕРАТ

Кваліфікаційна робота: 85 сторінок, 9 рисунків, 13 таблиць, 3 додатки, 64 джерела.

Об'єкт дослідження – емоційний стан військовослужбовців Збройних Сил України в умовах воєнного часу.

Предмет дослідження – вплив статусу придатності до служби в Збройних Силах України на емоційний стан військовослужбовців.

Гіпотеза: існують статистично значущі відмінності в показниках емоційного стану військовослужбовців залежно від статусу придатності, зокрема за рівнем тривожності, емоційної напруженості та депресивних проявів.

Мета дослідження – теоретично обґрунтувати та емпірично виявити вплив статусу придатності до служби в Збройних Силах України на емоційний стан військовослужбовців та розробити програму психологічного супроводу.

Методи дослідження: теоретичні – аналіз і узагальнення наукових джерел та нормативно-правових актів; емпіричні – анкетування; математико-статистичні – описова статистика, непараметричні критерії, кореляційний і регресійний аналіз.

Наукова новизна: конкретизовано особливості емоційного стану військовослужбовців залежно від статусу придатності до військової служби в умовах оновленої системи висновків ВЛК, визначенні відмінностей у вираженості депресивних проявів, тривожності, сприйнятого стресу та посттравматичної симптоматики у військовослужбовців із різним статусом придатності, дослідженні взаємозв'язку статусу придатності з показниками емоційного неблагополуччя з урахуванням віку, рівня освіти та сімейного стану військовослужбовців.

Галузь використання: військова психологія

ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІ, ДЕПРЕСИВНІСТЬ, ЕМОЦІЙНИЙ СТАН, ПОСТТРАВМАТИЧНИЙ СТРЕСОВИЙ РОЗЛАД, СТАТУС ПРИДАТНОСТІ, ТРИВОЖНІСТЬ.

SUMMARY

Savenko O. O. The Impact of Fitness-for-Service Status in the Armed Forces of Ukraine on the Emotional State of Military Personnel.

The qualifying work consists of Introduction, 3 Chapters, Conclusion, References (64 items, 8 of foreign origin), 3 appendices on 6 pages. The qualifying work volume is 97 pages long, 85 of them – main text. There are 13 tables and 9 illustrations.

The qualifying work gives a theoretical survey and describes an empirical study of the emotional state of military personnel with different fitness-for-service status. The master thesis is composed of 3 chapters, each of them dealing with a different aspect of the problem.

The research object: the emotional state of military personnel of the Armed Forces of Ukraine in wartime.

The research subject: the impact of fitness-for-service status in the Armed Forces of Ukraine on the emotional state of military personnel.

The research goal: to substantiate theoretically and to identify empirically the features of the emotional state of military personnel depending on their fitness-for-service status and related socio-demographic factors, and on this basis to develop a programme of psychological support.

The research tasks are: to analyse theoretical approaches to understanding the emotional sphere and emotional states of a person, in particular under the extreme conditions of military service; to characterise the legal framework for determining fitness for military service and the psychological consequences of a change or uncertainty of fitness status; to substantiate the psychodiagnostic tools and to organise an empirical study of the emotional state of military personnel; to compare the indicators of depression, anxiety, perceived stress and post-traumatic symptoms in servicemen with different fitness status and to determine the role of education, age and marital status; to develop a programme of psychological support for military personnel during the period when their fitness status is being determined or changed.

Chapter 1 «Theoretical and Methodological Foundations of the Study of the Emotional State of Military Personnel in Wartime» provides theoretical analysis of the emotional sphere of a person and the forms of emotional states, of combat stress and psychological trauma and their manifestations in servicemen, of the psychological and legal dimensions of fitness-for-service status, and of status uncertainty and the crisis of military professional identity as factors of psychological vulnerability.

In the Chapter 2 «Organisation and Methods of the Empirical Study of the Emotional State of Military Personnel» the organisation, stages and procedure of the empirical study, the research base and the sample (31 servicemen: 18 fit for service and 13 with limited fitness or under re-examination), the psychodiagnostic methods (PHQ-9, GAD-7, PSS-10, PCL-5) and the methods of statistical analysis are described.

Chapter 3 «Empirical Study of the Impact of Fitness Status and Socio-Demographic Factors on the Emotional State of Military Personnel» explains the results of the research. In a direct comparison the groups with different fitness status do not differ significantly; the level of education is the strongest factor of the emotional state; when education and age are taken into account, servicemen who are fit for service have significantly higher depression, anxiety and post-traumatic symptoms. The chapter also presents a programme of psychological support for military personnel during the period when their fitness status is being determined or changed.

Key words: anxiety, depression, emotional state, fitness-for-service status, military personnel, post-traumatic stress disorder.

ЗМІСТ

ВСТУП 8
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ЕМОЦІЙНОГО СТАНУ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ В УМОВАХ ВОЄННОГО ЧАСУ 13
1.1. Емоційна сфера особистості: сутність, структура та форми емоційних станів 13
1.2. Особливості бойового стресу і психотравми та їх прояви у військовослужбовців 17
1.3. Психологічний і нормативно-правовий вимір статусу придатності до військової служби 22
1.4. Невизначеність статусу, криза військово-професійної ідентичності та чинники психологічної вразливості 26
РОЗДІЛ 2. ОРГАНІЗАЦІЯ ТА МЕТОДИ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ЕМОЦІЙНОГО СТАНУ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ 31
2.1. Організація, етапи та процедура емпіричного дослідження 31
2.2. Характеристика бази дослідження та вибірки 32
2.3. Аналіз психодіагностичних методик та етапів дослідження 36
РОЗДІЛ 3. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ВПЛИВУ СТАТУСУ ПРИДАТНОСТІ ТА СОЦІАЛЬНО-ДЕМОГРАФІЧНИХ ЧИННИКІВ НА ЕМОЦІЙНИЙ СТАН ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ 49
3.1. Порівняльний аналіз емоційного стану військовослужбовців залежно від статусу придатності 49
3.2. Емоційний стан військовослужбовців залежно від соціально-демографічних чинників 52
3.3. Аналіз статусу придатності з урахуванням рівня освіти, сімейного стану та вікових груп військовослужбовців 62
3.4. Програма психологічного супроводу військовослужбовців у період визначення або зміни статусу придатності за результатами дослідження 73
ВИСНОВКИ 83
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ 86
ДОДАТКИ 93

ВСТУП

Актуальність теми дослідження. Повномасштабна війна Російської Федерації проти України зумовила безпрецедентне за тривалістю й інтенсивністю психологічне навантаження на особовий склад Збройних Сил України. Тривале перебування в умовах загрози життю, втрата побратимів, поранення та контузії, хронічна втома і розлука з родиною створюють підґрунтя для розвитку тривожних, депресивних і посттравматичних розладів. За даними клінічного обстеження 590 військовослужбовців ЗСУ, які перебували на лікуванні та реабілітації у 2023–2024 рр., критеріям посттравматичного стресового розладу (ПТСР) або комплексного ПТСР відповідали 67,4 % обстежених, а критеріям великого депресивного епізоду – 34,4 %. Високу поширеність тривоги, депресії та стресу фіксують і дослідження цивільного населення України, що вказує на загальний фон хронічної травматизації суспільства.

Особливе місце серед чинників психологічного неблагополуччя військовослужбовців посідає їхній військово-медичний статус. Висновок військово-лікарської комісії (ВЛК) щодо ступеня придатності до військової служби визначає не лише місце та характер подальшої служби, а й соціальну роль, професійну ідентичність і життєві перспективи людини. Закон України № 3621-IX скасував категорію «обмежено придатний до військової служби» і зобов'язав осіб із цим статусом пройти повторний медичний огляд. Відтак значна кількість військовослужбовців опинилася в ситуації переогляду, очікування нового висновку та можливої зміни місця служби. Психологічна наука розглядає таку невизначеність як окремий потужний стресор, здатний посилювати тривожність і знижувати відчуття контролю над власним життям.

Проблему емоційних станів людини та стресу розкрито в працях Р. Лазаруса і С. Фолкман, С. Гобфолла, а у вітчизняній психології – у працях Г. С. Костюка, С. Д. Максименка, Т. С. Кириленко, Е. Л. Носенко,

Л. Б. Наугольник. Бойовий стрес і бойову психічну травму досліджували О. А. Блінов, М. С. Корольчук, В. М. Крайнюк, О. В. Тімченко, І. І. Приходько, В. В. Ягупов, посттравматичне зростання і резильєнтність – В. О. Климчук, Г. П. Лазос, В. І. Осьодло, Т. М. Титаренко. В українській психології питання психологічної роботи з військовослужбовцями на етапі відновлення висвітлено в працях О. М. Кокуна та співавторів, психологічної допомоги постраждалим унаслідок травматичних подій – у працях З. Г. Кісарчук, моральної травми військовослужбовців – у працях Л. В. Засєкіної, психологічного відновлення після тривалої участі в бойових діях – у працях І. І. Приходька. Тривожність українських військовослужбовців у період повномасштабної війни аналізує Р. Осадчук, соціально-психологічну адаптацію поранених комбатантів – С. Петреченко, О. В. Сергієні зі співавторами.

Водночас емоційний стан військовослужбовців залежно від їхнього офіційного статусу придатності до служби в нових правових умовах вивчено недостатньо. Більшість досліджень зосереджено на учасниках бойових дій або на пацієнтах госпіталів, тоді як порівняння придатних військовослужбовців із тими, хто має обмеження за станом здоров'я чи перебуває в стані переогляду, у межах одного військового підрозділу майже не проводилося. Не з'ясовано також, якою мірою відмінності між такими групами пов'язані з самим статусом, а якою – з віком, освітою та сімейним становищем військовослужбовців. Потреба в розв'язанні цих питань і зумовила вибір теми кваліфікаційної роботи.

Об'єкт дослідження – емоційний стан військовослужбовців Збройних Сил України в умовах воєнного часу.

Предмет дослідження – вплив статусу придатності до служби в Збройних Силах України на емоційний стан військовослужбовців.

Мета дослідження – теоретично обґрунтувати та емпірично виявити особливості емоційного стану військовослужбовців залежно від статусу придатності до військової служби й супутніх соціально-демографічних

чинників та на цій основі розробити програму психологічного супроводу військовослужбовців у період визначення або зміни статусу придатності.

Гіпотеза дослідження: припускається, що існують статистично значущі відмінності в показниках емоційного стану військовослужбовців залежно від їхнього статусу придатності до військової служби, зокрема за рівнем тривожності, емоційної напруженості та депресивних проявів. При цьому характер і вираженість цих відмінностей пов'язані з віком, рівнем освіти та сімейним станом військовослужбовців.

Для досягнення мети поставлено такі завдання:

– проаналізувати теоретичні підходи до розуміння емоційної сфери та емоційних станів особистості, зокрема в умовах екстремальної військово-професійної діяльності;

– охарактеризувати нормативно-правові засади визначення придатності до військової служби та психологічні наслідки зміни чи невизначеності статусу придатності;

– обґрунтувати психодіагностичний інструментарій і організувати емпіричне дослідження емоційного стану військовослужбовців;

– порівняти показники депресивності, тривожності, сприйнятого стресу та посттравматичної симптоматики у військовослужбовців з різним статусом придатності й визначити роль рівня освіти, віку та сімейного стану;

– розробити програму психологічного супроводу військовослужбовців у період визначення або зміни статусу придатності.

Методи дослідження. Теоретико-методологічну основу роботи становлять когнітивно-оцінювальна теорія стресу Р. Лазаруса і С. Фолкман, теорія збереження ресурсів С. Гобфолла, положення вітчизняної психології про єдність емоційної сфери та особистості (Г. С. Костюк, С. Д. Максименко), концепція життєвого світу особистості та посттравматичного життєтворення Т. М. Титаренко, положення про бойовий стрес і психологічну допомогу військовослужбовцям О. М. Кокуна, О. А. Блінова. Для розв'язання завдань застосовано: теоретичні методи –

аналіз, синтез, порівняння та узагальнення наукових джерел і нормативно-правових актів (для розв'язання першого та другого завдань); емпіричні методи – анкетування для збору соціально-демографічних даних, Опитувальник здоров'я пацієнта PHQ-9 (депресивність), Шкалу генералізованої тривожності GAD-7 (тривожність), Шкалу сприйнятого стресу PSS-10 (суб'єктивний стрес), Контрольний перелік симптомів ПТСР PCL-5 (посттравматична симптоматика) (для розв'язання третього та четвертого завдань); методи математичної статистики – описову статистику, критерій нормальності Шапіро–Вілка, U-критерій Манна–Уітні, H-критерій Краскела–Уолліса, точний критерій Фішера, коефіцієнт рангової кореляції Спірмена, множинний регресійний аналіз на рангах (для розв'язання четвертого завдання). Обчислення виконано засобами мови програмування Python (бібліотеки pandas і SciPy).

Емпірична база дослідження. Дослідження проведено на базі військового підрозділу Збройних Сил України штатною чисельністю 280 осіб. Вибірку становив 31 військовослужбовець віком від 25 до 60 років: 18 осіб, визнаних придатними до військової служби, і 13 осіб з обмеженнями за станом здоров'я, які перебувають у стані переогляду або розподілу до підрозділів забезпечення.

Наукова новизна дослідження полягає в конкретизації особливостей емоційного стану військовослужбовців залежно від статусу придатності до військової служби в умовах оновленої системи висновків ВЛК, визначенні відмінностей у вираженості депресивних проявів, тривожності, сприйнятого стресу та посттравматичної симптоматики у військовослужбовців із різним статусом придатності, дослідженні взаємозв'язку статусу придатності з показниками емоційного неблагополуччя з урахуванням віку, рівня освіти та сімейного стану військовослужбовців, характеристиці соціально-демографічних чинників, пов'язаних із підвищеним рівнем емоційної напруженості та посттравматичної симптоматики, розширенні уявлень про психологічні особливості переживання невизначеності статусу придатності

до військової служби та її значення для організації психологічного супроводу військовослужбовців

Практичне значення результатів дослідження полягає в розробці програми психологічного супроводу військовослужбовців у період визначення або зміни статусу придатності, яка містить алгоритм скринінгу з використанням коротких стандартизованих шкал, критерії віднесення до групи підвищеного психологічного ризику та зміст групових і індивідуальних занять. Результати можуть бути використані офіцерами-психологами та фахівцями підрозділів морально-психологічного забезпечення, медичним персоналом ВЛК.

Надійність і достовірність результатів забезпечено використанням стандартизованих методик з доведеними психометричними властивостями, відповідністю методів дослідження його меті й завданням, застосуванням непараметричних статистичних критеріїв, адекватних обсягу вибірки та характеру розподілу даних, а також зіставленням отриманих результатів із даними вітчизняних і зарубіжних досліджень.

Структура та обсяг роботи. Кваліфікаційна робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел (64 найменувань) і 3 додатків. Загальний обсяг роботи становить 97 сторінок, основний текст викладено на 85 сторінках. Робота містить 18 таблиць (з них 5 – у додатках) і 9 рисунків.

РОЗДІЛ 1
ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ЕМОЦІЙНОГО СТАНУ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ В УМОВАХ ВОЄННОГО ЧАСУ

1.1. Емоційна сфера особистості: сутність, структура та форми емоційних станів

Емоції супроводжують кожен акт людської діяльності й забезпечують суб'єктивне відображення значущості подій для потреб і цілей особистості. Г. С. Костюк наголошував, що психічне життя людини не зводиться до пізнання об'єктивного світу: воно нерозривно пов'язане зі ставленням особистості до того, що вона пізнає і робить, і саме в цьому ставленні виявляються почуття та переживання [26]. Такий підхід, укорінений в українській психологічній традиції, розглядає емоційну сферу як невіддільну складову цілісної особистості, а не як окрему ізольовану функцію.

У сучасній психології емоційну сферу визначають як сукупність психічних явищ, що відображають ставлення суб'єкта до дійсності й до самого себе у формі безпосереднього переживання [54]. До її складу належать емоційні реакції, емоційні стани, почуття та стійкі емоційні властивості особистості. С. Д. Максименко підкреслює, що емоції виконують сигнальну, регулятивну, мобілізаційну та комунікативну функції, а їхня якість визначає ефективність діяльності людини в напружених умовах [30].

Історично першою систематичною спробою описати емоційні переживання стала тривимірна модель В. Вундта, яка виокремлювала осі «задоволення – незадоволення», «збудження – заспокоєння» та «напруження – розрядка» [30]. Ідея опису емоцій через невелику кількість базових вимірів отримала розвиток у сучасних двовимірних моделях, відповідно до яких будь-який емоційний стан можна схарактеризувати за валентністю

(приємність – неприємність) і рівнем активації (збудження – спокій) [10]. Ця модель має практичне значення для військової психології: стани, які мають однаково негативну валентність, можуть різко відрізнятися за рівнем активації. Тривога і гнів належать до високоактиваційних станів, тоді як пригніченість, апатія та депресивний настрій – до низькоактиваційних. Відтак скринінг емоційного стану військовослужбовців має охоплювати обидва полюси: і стани надмірного напруження, і стани виснаження.

Альтернативну лінію становлять теорії базових емоцій, у яких обґрунтовано існування обмеженого набору універсальних емоцій (радість, сум, гнів, страх, подив, відраза), кожна з яких має специфічний вираз, фізіологічний патерн і пусковий контекст [5; 10]. К. Ізард у теорії диференціальних емоцій виокремив десять фундаментальних емоцій: інтерес, радість, подив, горе (страждання), гнів, відразу, зневагу, страх, сором і провину [10]. На думку К. Ізарда, кожна фундаментальна емоція має мотиваційне значення, а складні переживання на кшталт тривоги або депресії становлять стійкі комплекси кількох базових емоцій. Ядро тривоги в цій концепції становить страх, до якого приєднуються інші негативні емоції, а ядро депресії – страждання (горе) у поєднанні з гнівом, провиною, страхом та іншими емоціями [10]. Такий підхід дає змогу пояснити, чому в клінічній картині військовослужбовців тривожні й депресивні прояви так часто співіснують.

Третій напрям становить когнітивно-оцінювальний підхід Р. Лазаруса. Відповідно до нього емоція виникає не безпосередньо під впливом подразника, а внаслідок когнітивної оцінки значущості ситуації для благополуччя людини [61]. Первинна оцінка відповідає на питання, чи загрожує ситуація особистим цілям, а вторинна – на питання, чи достатньо в людини ресурсів, щоб із нею впоратися. Емоційний стан, таким чином, є результатом співвідношення сприйнятої загрози й сприйнятих можливостей подолання [61]. Для теми нашого дослідження цей підхід є ключовим: зміна статусу придатності до служби змінює як оцінку загрози (наприклад, ризик

утрати посади, звичного колективу чи соціальних гарантій), так і оцінку ресурсів (стан здоров'я, перспективи, підтримка).

Емоційні процеси розрізняють за тривалістю, інтенсивністю та ступенем усвідомленості. Емоційні реакції є короткочасними відповідями на конкретний подразник; емоційні стани – більш тривалими, відносно стійкими переживаннями, що забарвлюють усю психічну діяльність людини протягом певного часу; почуття – стійкими емоційними ставленнями до значущих об'єктів [30; 54]. До основних форм емоційних станів належать:

– настрій – тривалий емоційний стан помірної або слабкої інтенсивності, який створює загальне емоційне тло життєдіяльності й не завжди має чітко усвідомлену причину;

– афект – сильний, бурхливий і короткочасний стан, що виникає у відповідь на раптові критичні обставини й супроводжується звуженням свідомості та послабленням довільного контролю поведінки;

– стрес – стан психофізіологічного напруження, що виникає у відповідь на вимоги, які сприймаються як такі, що перевищують ресурси людини;

– фрустрація – стан, зумовлений неможливістю задовольнити актуальну потребу через непереборні перешкоди;

– тривога – стан очікування загрози з невизначеним джерелом, що супроводжується напруженням і неспокоєм;

– депресивний стан – стан зниженого настрою, втрати інтересу та енергії, песимістичного бачення майбутнього.

Військово-професійна діяльність надає цим загальним формам специфічного змісту. Перед виконанням бойового завдання типовим є стан передстартового напруження, коли тривога поєднується з мобілізацією і підвищеною готовністю до дії. Під час бойових дій домінують страх і бойове збудження, які за оптимальної інтенсивності загострюють сприйняття та прискорюють реакції, а за надмірної – дезорганізують поведінку [18; 56]. Після виходу з бою настає фаза розрядки, у якій можуть проявитися пригніченість, емоційна спустошеність, дратівливість, порушення сну. Якщо

цикл «напруження – розрядка» повторюється тривалий час без повноцінного відновлення, формуються стійкі стани хронічної втоми, емоційного виснаження і зниженого настрою.

Особливу групу становлять емоційні стани, пов'язані не з безпосередньою загрозою, а з умовами служби: очікуванням (ротації, відпустки, рішення командування чи медичної комісії), розлукою з родиною, монотонністю, невизначеністю перспектив. Такі стани мають меншу інтенсивність, але більшу тривалість, і саме тому можуть суттєво виснажувати ресурси особистості. Вони поєднують негативну валентність із помірною або низькою активацією [10]. Розлучення з колективом, зміна посади або місця служби також належать до цієї групи чинників і можуть спричиняти переживання самотності, непотрібності та втрати сенсу.

Окремо слід зазначити, що емоційний стан військовослужбовця не є лише індивідуальним явищем. Емоції поширюються в колективі через механізми емоційного зараження і групових норм. Стійкий, згуртований підрозділ із довірою до командира виконує буферну функцію, тоді як тривога й зневіра, що поширюються в колективі, посилюють індивідуальні переживання [18; 19]. Тому для військовослужбовця, який через стан здоров'я змушений змінити підрозділ, утрата звичного колективу означає й утрату важливого джерела емоційної регуляції.

Важливою характеристикою емоційної сфери є здатність до її регуляції. Регуляцію емоцій розуміють як процеси, за допомогою яких людина впливає на те, які емоції вона переживає, коли і як їх переживає та виражає [10; 32]. Серед стратегій регуляції розрізняють спрямовані на ситуацію та її оцінку (наприклад, когнітивну переоцінку) і спрямовані на реакцію (наприклад, придушення експресії); перші вважають більш сприятливими для адаптації, тоді як хронічне придушення емоцій підтримує внутрішнє напруження [32; 46]. В українській психології проблему регуляції емоцій розробляють у межах дослідження емоційного інтелекту. Е. Л. Носенко та Н. В. Коврига розглядають емоційний інтелект як

інтегральну здатність розуміти власні й чужі емоції та керувати ними, що визначає успішність адаптації особистості [32].

Отже, емоційну сферу доцільно розглядати як багаторівневу систему, у якій поєднуються фізіологічні, суб'єктивно-переживальні, когнітивні та поведінкові компоненти. Емоційний стан людини формується під впливом зовнішніх подій, але ключову роль відіграє їхня когнітивна оцінка та наявні ресурси подолання. Саме тому для оцінювання емоційного стану військовослужбовців доцільно використовувати комплекс показників, які відображають як актуальні переживання (тривогу, пригніченість), так і суб'єктивне сприйняття ситуації (сприйнятий стрес) та наслідки травматичного досвіду (посттравматичну симптоматику).

1.2. Особливості бойового стресу і психотравми та їх прояви у військовослужбовців

Поняття стресу в науковий обіг увів Г. Сельє, який описав загальний адаптаційний синдром як неспецифічну відповідь організму на будь-яку вимогу [25; 31]. Цей синдром охоплює три стадії: тривоги (мобілізації), резистентності та виснаження. За тривалої дії стресора адаптаційні ресурси вичерпуються, і короткочасна мобілізація переходить у стан виснаження, що супроводжується соматичними й психічними порушеннями [31]. Модель Г. Сельє пояснює, чому в умовах затяжної війни навіть стійкі до стресу військовослужбовці з часом демонструють ознаки психоемоційного виснаження.

Р. Лазарус і С. Фолкман доповнили біологічну модель психологічним виміром. Вони визначили стрес як особливі стосунки між людиною та середовищем, які людина оцінює як такі, що виснажують або перевищують її ресурси й загрожують її благополуччю [61]. Відповідно до транзактної моделі той самий об'єктивний стресор може спричиняти різну за інтенсивністю реакцію в різних людей залежно від їхньої оцінки ситуації та

стратегій подолання (копінгу). Саме на цій моделі ґрунтується Шкала сприйнятого стресу С. Коена, яка вимірює не кількість стресових подій, а ступінь, у якому людина сприймає своє життя як непередбачуване, неконтрольоване та перевантажене [57].

Для розуміння стресу військовослужбовців особливо продуктивною є теорія збереження ресурсів С. Гобфолла. Її основне положення полягає в тому, що люди прагнуть отримувати, зберігати й захищати ресурси, а стрес виникає за загрози втрати ресурсів, їхньої фактичної втрати або неможливості отримати нові ресурси після вкладення зусиль [58]. До ресурсів належать об'єкти, умови (наприклад, стабільна посада чи статус), особистісні характеристики та енергія. Важливим є принцип «спіралей утрат»: людина, яка вже зазнала втрат, більш вразлива до подальших утрат, і втрати накопичуються [58]. Для військовослужбовця, який отримав поранення чи захворювання, а потім опинився в ситуації переогляду ВЛК, утрата здоров'я може потягти за собою втрату звичної посади, колективу, частини грошового забезпечення та соціального статусу. У цьому разі невизначеність щодо майбутнього сама по собі стає загрозою подальших утрат.

Бойовий стрес є специфічною формою стресу, що виникає під впливом чинників бойової обстановки: безпосередньої загрози життю, споглядання загибелі та поранень інших людей, необхідності застосовувати зброю, позбавлення сну, фізичного виснаження та тривалої розлуки з близькими [18]. Його прояви охоплюють фізіологічний (порушення сну, тахікардія, головний біль), емоційний (тривога, дратівливість, гнів, пригніченість), когнітивний (порушення концентрації та пам'яті, нав'язливі спогади) і поведінковий (уникання, агресивність, зловживання алкоголем) рівні [18; 45]. Більшість гострих стресових реакцій є нормальною відповіддю на ненормальні обставини і минає без спеціального втручання. Проте в частини військовослужбовців вони переходять у хронічні розлади.

Найбільш вивченим наслідком бойової травми є посттравматичний стресовий розлад. Відповідно до сучасних діагностичних критеріїв ПТСР діагностують за наявності впливу травматичної події та чотирьох груп симптомів, що тривають понад місяць: інтрузії (нав'язливі спогади, кошмари, флешбеки), уникнення нагадувань про травму, негативні зміни в мисленні та настрої, а також зміни збудливості й реактивності (гіперпильність, дратівливість, порушення сну) [14; 44]. Міжнародна класифікація хвороб 11-го перегляду додатково виокремлює комплексний ПТСР, для якого характерні порушення регуляції афекту, негативна самооцінка та труднощі у стосунках [14; 44]. В Україні медичну допомогу при ПТСР регламентує уніфікований клінічний протокол «Гостра реакція на стрес. Посттравматичний стресовий розлад. Порушення адаптації», затверджений наказом МОЗ України № 1265 від 19.07.2024 [44].

Когнітивні моделі ПТСР пояснюють його хронізацію двома процесами: негативними оцінками травми та її наслідків (наприклад, «я слабкий», «світ небезпечний», «я назавжди змінився») та особливостями травматичної пам'яті, яка погано інтегрована в автобіографічний контекст і тому легко активується зовнішніми й внутрішніми нагадуваннями [8; 52]. Відчуття поточної загрози підтримується дисфункційними стратегіями – униканням, придушенням думок, руминаціями. Такий підхід має пряме значення для роботи з військовослужбовцями, чий статус змінився внаслідок поранення: негативна оцінка власного стану здоров'я та перспектив служби може підтримувати посттравматичну симптоматику навіть після завершення безпосереднього бойового впливу.

Дослідження чинників ризику ПТСР засвідчують, що обставини, які діють під час травматичної події та після неї (тяжкість травми, недостатня соціальна підтримка, додатковий життєвий стрес), мають не менше значення для розвитку розладу, ніж характеристики, що передували травмі (вік, освіта, попередній досвід) [3; 23]. Водночас соціально-демографічні характеристики, зокрема вік і рівень освіти, також розглядають серед чинників, пов'язаних із

наслідками травматизації [35]. Клінічні дослідження учасників бойових дій показали, що симптоми посттравматичного стресу часто поєднуються із симптомами тривоги та депресії [53].

Дослідження учасників бойових дій засвідчують, що поширеність посттравматичних, депресивних і тривожних проявів зростає зі збільшенням тривалості та інтенсивності участі в бойових діях, а значна частина військовослужбовців із симптомами не звертається по допомогу через страх стигматизації та негативних наслідків для служби [7; 17]. Проблеми психічного здоров'я, своєю чергою, ускладнюють військово-професійну адаптацію і подальше проходження служби [55]. Отже, психічний стан і військово-професійний статус пов'язані двобічно: погіршення стану здоров'я впливає на статус, а зміна статусу – на психічний стан.

Окремим наслідком війни є моральна травма. Її визначають як тривалі психологічні, духовні й соціальні наслідки участі в діях, спостереження за діями або неспроможності запобігти діям, які порушують глибинні моральні переконання людини [64]. На відміну від ПТСР, ядро якого становить страх, у моральній травмі домінують провина, сором і гнів. Л. В. Засєкіна та співавтори, аналізуючи наративи військовослужбовців Національної гвардії України, показали, що моральна травма проявляється в почутті зради з боку командування чи суспільства, провині вцілілого та втраті довіри [64]. Для військовослужбовців, які за станом здоров'я змушені залишити бойовий підрозділ, характерними можуть бути провина перед побратимами, що лишилися на позиціях, і сором через неможливість виконувати попередні обов'язки.

Українські дослідження періоду повномасштабної війни фіксують значне поширення емоційних порушень серед військовослужбовців. Р. Осадчук відзначає зростання рівня тривожності військовослужбовців після 2022 р. та її зв'язок з ускладненням подальшої реадаптації [33]. О. Мазур і співавтори розглядають ПТСР як один із найпоширеніших наслідків бойових дій в умовах воєнного часу [29]. І. І. Приходько зі співавторами описують

спектр наслідків тривалої участі в бойових діях – від гострих стресових реакцій і тривожних розладів до порушень адаптації та адиктивної поведінки – і пропонують семиденну програму психологічного відновлення, апробовану на понад 3500 військовослужбовцях [39]. О. А. Блінов звертає увагу на організаційні ресурси психологічної реабілітації військовослужбовців, тобто на роль командування, структури служби та доступності психологічної допомоги [4].

Для умов повномасштабної війни характерна ще одна особливість: травматичний вплив не обмежується окремою подією, а має тривалий і повторюваний характер. Військовослужбовці зазнають численних травматичних епізодів, між якими немає достатнього часу для відновлення, а загроза зберігається і під час перебування в пунктах постійної дислокації чи на лікуванні. Класичні моделі ПТСР, розроблені для ситуацій, коли травма залишилася в минулому, не повністю описують такий досвід. У ситуації триваючої загрози частина симптомів (пильність, напруження, порушення сну) є не лише наслідком минулої травми, а й адаптивною реакцією на реальну небезпеку теперішнього [45; 52]. Це ускладнює розмежування нормальної реакції та розладу і вимагає обережності в інтерпретації результатів скринінгових методик.

Наслідки бойового стресу проявляються не лише в емоційній сфері. Військовослужбовці з посттравматичною симптоматикою частіше скаржаться на головний біль, біль у спині, порушення роботи шлунково-кишкового тракту, серцебиття. Хронічне напруження знижує імунітет і може загострювати наявні захворювання [31]. Саме тому погіршення фізичного здоров'я, яке стає підставою для направлення на ВЛК, нерідко має і психологічну складову. Водночас наявність хронічного захворювання або наслідків поранення сама по собі є стресором, що підтримує тривожні та депресивні переживання. Між станом здоров'я і емоційним станом, таким чином, існує двобічний зв'язок, який необхідно враховувати в роботі з військовослужбовцями, що проходять медичну експертизу.

Поряд із негативними наслідками травматичного досвіду сучасна психологія приділяє увагу резильєнтності та посттравматичному зростанню. Дж. Дослідження резильєнтності показали, що поширеною траєкторією після травматичних подій є не хронічний розлад, а стійкість – збереження відносно стабільного рівня функціонування [20; 28]. Посттравматичне зростання описують як позитивні зміни, що виникають унаслідок боротьби з надзвичайно складними життєвими обставинами: переоцінку цінностей, поглиблення стосунків, відчуття особистої сили [12; 24]. До чинників резильєнтності відносять реалістичний оптимізм, активне подолання, соціальну підтримку та наявність сенсу [19; 28]. О. Пересунко на матеріалі українських військовослужбовців показує, що висока резильєнтність зумовлена поєднанням когнітивних, емоційно-вольових і поведінкових характеристик, а також внутрішніх і зовнішніх ресурсів підтримки [36].

Таким чином, бойовий стрес слід розглядати як багаторівневий процес, результат якого визначається не лише інтенсивністю травматичного впливу, а й оцінкою ситуації, наявними ресурсами та соціальним контекстом. Депресивність, тривожність, сприйнятий стрес і посттравматична симптоматика є взаємопов'язаними, але не тотожними індикаторами цього процесу, тому їх доцільно вимірювати одночасно.

1.3. Психологічний і нормативно-правовий вимір статусу придатності до військової служби

Порядок проходження військової служби та підстави для звільнення з неї визначає Закон України «Про військовий обов'язок і військову службу» [40]. Ступінь придатності військовослужбовців до служби встановлює військово-лікарська комісія відповідно до Положення про військово-лікарську експертизу в Збройних Силах України, затвердженого наказом Міністра оборони України № 402 від 14.08.2008 [42]. Положення містить Розклад хвороб, станів і фізичних вад, який співвідносить конкретні

захворювання з категоріями придатності, та встановлює порядок медичного огляду, оформлення і оскарження висновків ВЛК.

Тривалий час одним із можливих висновків ВЛК була категорія «обмежено придатний до військової служби». Особи з таким висновком у мирний час не підлягали призову, а під час мобілізації могли проходити службу на посадах, не пов'язаних з безпосередньою участю в бойових діях. Закон України № 3621-IX, який набрав чинності 4 травня 2024 р., скасував цю категорію і зобов'язав осіб, визнаних раніше обмежено придатними, пройти повторний медичний огляд протягом дев'яти місяців [41]. Порядок проведення призову громадян на військову службу під час мобілізації визначено постановою Кабінету Міністрів України № 560 від 16.05.2024 [43].

За оновленою системою висновків ВЛК можна виокремити такі основні варіанти статусу:

– придатний до військової служби – військовослужбовець може проходити службу на будь-яких посадах, зокрема в бойових підрозділах;

– придатний до служби у військових частинах забезпечення, територіальних центрах комплектування та соціальної підтримки, військових навчальних закладах, навчальних центрах, закладах охорони здоров'я, підрозділах логістики, зв'язку, оперативного забезпечення, охорони – встановлюється особам із захворюваннями чи порушеннями функцій, які не дозволяють виконувати завдання в бойових підрозділах, але не перешкоджають службі на посадах забезпечення;

– тимчасово непридатний до військової служби – встановлюється на період лікування чи реабілітації після поранень, контузій, травм або гострих захворювань з визначенням строку повторного огляду;

– непридатний до військової служби з переоглядом – передбачає звільнення з військової служби з повторним оглядом через визначений строк;

– непридатний до військової служби – передбачає звільнення з військової служби.

У межах цього дослідження використовуємо робоче поняття «обмежено придатні / у стані переогляду». Ним позначено військовослужбовців, які мають підтверджені обмеження за станом здоров'я і або вже отримали висновок про придатність до служби в частинах забезпечення, або очікують повторного огляду чи розподілу до таких частин. Це поняття збігається з термінологією обліку особового складу підрозділу, на базі якого проводилося дослідження, і відображає фактичну ситуацію, у якій перебувають такі військовослужбовці: їхній подальший статус ще остаточно не визначено або визначено з обмеженнями.

З психологічного погляду висновок ВЛК є не лише медичним документом, а й подією, що змінює соціальну позицію особистості. Перехід між професійними ролями розглядають як процес виходу з однієї ролі та входження в іншу, що супроводжується перебудовою ідентичності; чим більше людина ідентифікувалася з попередньою роллю і чим менше контролює перехід, тим болючішим він є [34]. Для військовослужбовця, який тривалий час виконував бойові завдання, переведення до підрозділу забезпечення може переживатися як утрата частини власного «Я»: статусу воїна, приналежності до бойового колективу, відчуття значущості власного внеску. Водночас для іншої частини військовослужбовців такий висновок може означати зниження безпосередньої загрози життю і, відповідно, полегшення.

Кожен із можливих висновків ВЛК має власний психологічний зміст. Висновок «придатний до військової служби» для військовослужбовця, який пройшов лікування після поранення чи захворювання, означає повернення до попередніх обов'язків, зокрема в бойовому підрозділі. Він може сприйматися як підтвердження власної спроможності й водночас викликати тривогу через повернення до умов загрози, особливо якщо людина суб'єктивно не відчуває себе повністю відновленою. Розбіжність між офіційним висновком і суб'єктивним самопочуттям є окремим джерелом напруження та недовіри до процедури експертизи.

Висновок про придатність до служби в частинах забезпечення поєднує полегшення і втрату. З одного боку, зменшується безпосередня загроза життю. З іншого боку, військовослужбовець утрачає звичний колектив, посаду, частину грошового забезпечення і, головне, ту роль, з якою він себе ідентифікував. Особливо болісним такий висновок може бути для військовослужбовців, які мають значний бойовий досвід і для яких участь у бойових діях становила центральну частину самоповаги.

Висновок про тимчасову непридатність переводить людину в стан тривалого очікування: лікування, реабілітація і повторний огляд можуть тривати місяцями. У цей період військовослужбовець формально залишається на службі, але фактично вилучений із неї, що створює ситуацію «підвішеності» між різними ролями. Висновок про непридатність і звільнення з військової служби означає завершення військової кар'єри та необхідність реінтеграції в цивільне життя, що вимагає окремого психологічного супроводу [37; 48].

Психологічні наслідки висновку ВЛК визначаються також процедурою його отримання. Проходження комісії часто є тривалим: воно передбачає обстеження в кількох лікарів, очікування результатів, оформлення документів і подальше рішення командування щодо посади. На кожному з цих етапів військовослужбовець перебуває в стані невизначеності: він не знає, де і на якій посаді служитиме, чи зберігатиметься його грошове забезпечення, як сприймуть зміну статусу побратими та родина. О. В. Сергієні та співавтори відзначають, що поранення і подальше відновлення можуть суттєво змінювати самооцінку та ідентичність військовослужбовця, а вразливість у цей період залежить від віку та досвіду [48]. С. Петреченко на матеріалі важкопоранених комбатантів показує, що соціально-психологічна адаптація проходить кілька етапів і вимагає індивідуального підходу, який враховує попередній досвід, тип травми та наявну соціальну підтримку [37].

Отже, статус придатності до військової служби є багатовимірним явищем. У нормативно-правовому вимірі він визначає права, обов'язки та місце служби військовослужбовця. У медичному вимірі він відображає стан здоров'я. У психологічному вимірі він виступає чинником, що впливає на ідентичність, відчуття контролю, оцінку майбутнього і, відповідно, на емоційний стан. Скасування категорії «обмежено придатний» і масові переогляди створили ситуацію, у якій значна кількість військовослужбовців одночасно перебуває в стані статусної невизначеності, що й обґрунтовує доцільність емпіричного дослідження.

1.4. Невизначеність статусу, криза військово-професійної ідентичності та чинники психологічної вразливості

Невизначеність посідає особливе місце серед стресорів воєнного часу. У сучасній психології нетерпимість до невизначеності розглядають як чинник, пов'язаний із тривогою та депресією [9; 51]. Тривога значною мірою пов'язана з очікуванням загрози за умов невизначеності: людина з високою тривожністю переоцінює ймовірність і вартість негативних подій, надмірно реагує на неоднозначні сигнали та вдається до уникання [22; 31]. У ситуації очікування висновку ВЛК таких неоднозначних сигналів багато: від реакції лікаря під час огляду до чуток про подальший розподіл.

Невизначеність статусу поєднується з кризою військово-професійної ідентичності. Кризу ідентичності описують як період, коли попередні уявлення людини про себе втрачають відповідність новим обставинам, а нові ще не сформовані [34; 49]. Хоча концепцію Е. Еріксона розроблено насамперед для пояснення юнацького віку, вона продуктивна і для аналізу криз дорослого життя, пов'язаних із різкими змінами соціальних ролей. Т. М. Титаренко розглядає життєвий світ особистості як систему значущих стосунків, смислів і ролей; руйнування звичних меж цього світу внаслідок кризових подій вимагає від особистості активної роботи з його

перебудови [49]. Для військовослужбовця, чий статус змінився, така робота охоплює переосмислення власної цінності, пошук нового сенсу служби та відновлення відчуття приналежності.

Невизначеність статусу впливає також на часову перспективу особистості. Коли людина не знає, де і в якій ролі перебуватиме через кілька місяців, вона втрачає можливість планувати, а майбутнє сприймається як розмите і загрозливе. Звуження часової перспективи, зосередженість на поточних труднощах і неможливість побудувати план дій є характерними ознаками кризових станів [49]. Водночас наявність навіть короткострокового реалістичного плану та чіткої інформації про подальші кроки зменшує нетерпимість до невизначеності і пов'язану з нею тривогу [51]. Це положення має пряме практичне значення: психологічний супровід військовослужбовців, які проходять ВЛК, має включати роботу з плануванням і надання зрозумілої інформації про процедуру.

Зміна статусу може супроводжуватися специфічним комплексом переживань:

– тривогою щодо майбутнього – місця служби, фінансового становища, стану здоров'я;

– провиною перед побратимами, які продовжують виконувати бойові завдання;

– соромом і відчуттям меншовартості через неможливість виконувати попередні обов'язки;

– гнівом і відчуттям несправедливості щодо процедур ВЛК чи рішень командування;

– полегшенням через зменшення безпосередньої загрози, яке може супроводжуватися провиною за це полегшення;

– апатією та втратою сенсу, якщо нова роль сприймається як незначуща.

Окремим чинником, що посилює ці переживання, є соціальні оцінки у військовому середовищі. Протиставлення «бойових» і «тилових»

військовослужбовців, яке трапляється в неформальному спілкуванні, може сприйматися людиною, переведеною до підрозділу забезпечення, як знецінення її попереднього внеску і нинішньої служби. Очікування такої оцінки змушує частину військовослужбовців приховувати свій стан здоров'я, відмовлятися від лікування або, навпаки, переживати сором за свій новий статус. Водночас підтримка з боку командира та побратимів, визнання попереднього досвіду і чітке розуміння значущості нових обов'язків здатні суттєво пом'якшити кризу ідентичності [7; 19].

Переживання провини за полегшення заслуговує окремої уваги. Військовослужбовець, якого переведено з бойового підрозділу, може одночасно відчувати полегшення від зменшення загрози і провину за це полегшення перед тими, хто залишився на позиціях. Така амбівалентність ускладнює усвідомлення та вираження емоцій, а невисловлені переживання провини можуть набувати рис моральної травми [64].

Емоційний стан військовослужбовця в цей період залежить також від низки особистісних і соціально-демографічних чинників, які можуть посилювати чи послаблювати вплив статусних змін.

Вік. Із віком накопичуються хронічні захворювання, знижуються фізичні резерви та швидкість відновлення після навантажень. Старші військовослужбовці частіше стикаються з обмеженнями за станом здоров'я і довше перебувають у стані переогляду. Водночас життєвий досвід може бути ресурсом подолання. О. В. Сергієні та співавтори зазначають, що молодші військовослужбовці більш емоційно вразливі, а старші мають більшу стійкість, але сильніше схильні до хронічних проблем [48].

Рівень освіти. Освіта розглядається як ресурс, що розширює репертуар когнітивних стратегій подолання, зокрема здатність до рефлексії, аналізу ситуації та пошуку інформації. У дослідженнях учасників бойових дій рівень освіти розглядають серед ситуаційно-демографічних чинників, пов'язаних із наслідками травматичного досвіду [35]. З позицій теорії збереження ресурсів освіта є також соціальним ресурсом, який відкриває більше можливостей для професійної переорієнтації в разі зміни статусу [58].

Сімейний стан і соціальна підтримка. Соціальна підтримка є одним із найпотужніших чинників, що захищають від розвитку посттравматичних розладів [23; 28]. Шлюб і родинні зв'язки забезпечують емоційну підтримку, практичну допомогу та відчуття сенсу. Розлучення, вдівство чи відсутність близьких стосунків позбавляють військовослужбовця цих ресурсів і самі по собі можуть бути джерелом стресу. Водночас родина може бути й джерелом тривоги – за безпеку близьких, за фінансове становище.

Ці чинники діють не ізольовано, а у взаємодії. За принципом «спіралей утрат» С. Гобфолла поєднання кількох несприятливих обставин (наприклад, старшого віку, обмеженого освітнього ресурсу і відсутності сімейної підтримки) створює ситуацію, у якій людині бракує ресурсів, щоб компенсувати нові втрати, зокрема втрату звичного статусу [58]. Саме тому аналіз емоційного стану військовослужбовців з різним статусом придатності доцільно проводити з урахуванням соціально-демографічних характеристик, а не лише через пряме порівняння груп.

Важливо врахувати й те, що групи військовослужбовців з різним статусом придатності можуть систематично відрізнятися за складом. Обмеження за станом здоров'я частіше трапляються в старших людей, а старші військовослужбовці можуть мати інший освітній і сімейний профіль. Якщо цього не враховувати, пряме порівняння груп може як перебільшити, так і приховати відмінності, пов'язані безпосередньо зі статусом. Ця методологічна обставина визначила вибір методів статистичного аналізу в емпіричній частині роботи.

Нарешті, необхідно взяти до уваги, що звернення по психологічну допомогу у військовому середовищі ускладнене стигматизацією. Військовослужбовці побоюються, що визнання психологічних труднощів негативно вплине на їхній статус і кар'єру [7]. У ситуації проходження ВЛК це побоювання може посилюватися: людина може приховувати симптоми, щоб не погіршити висновок, або, навпаки, переживати через те, що її стан недостатньо враховано. Отже, психологічний супровід у період визначення

статусу придатності має бути конфіденційним, добровільним і чітко відокремленим від процедури медичної експертизи.

Таким чином, емоційна сфера особистості є багаторівневою системою, яка поєднує фізіологічні, суб'єктивно-переживальні, когнітивні та поведінкові компоненти. Теорія диференціальних емоцій К. Ізарда, двовимірні моделі емоцій та когнітивно-оцінювальний підхід Р. Лазаруса дають змогу розглядати тривогу та депресивний стан як стійкі комплекси базових емоцій, що різняться рівнем активації та формуються залежно від оцінки загрози й ресурсів подолання.

Результат бойового стресу визначається інтенсивністю травматичного впливу, когнітивною оцінкою ситуації та ресурсами; утрата здоров'я та статусні зміни можуть утворювати «спіраль утрат». Депресивність, тривожність, сприйнятий стрес і посттравматична симптоматика є взаємопов'язаними, проте самостійними індикаторами емоційного неблагополуччя, тому їх доцільно вимірювати одночасно.

Статус придатності до військової служби має нормативно-правовий, медичний і психологічний виміри. Скасування категорії «обмежено придатний» Законом України № 3621-IX і масові повторні огляди створили ситуацію статусної невизначеності для значної кількості військовослужбовців. Висновок ВЛК змінює соціальну роль, військово-професійну ідентичність і життєві перспективи особистості.

Невизначеність статусу є самостійним стресором, пов'язаним із тривожністю та депресивністю, а зміна статусу може спричиняти кризу військово-професійної ідентичності з переживаннями провини, сорому, гніву та втрати сенсу. Вплив статусу на емоційний стан опосередковується віком, рівнем освіти та сімейним станом, які діють у взаємодії. Тому емпіричне дослідження має враховувати соціально-демографічні характеристики військовослужбовців, а психологічний супровід – бути конфіденційним.

РОЗДІЛ 2
ОРГАНІЗАЦІЯ ТА МЕТОДИ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ЕМОЦІЙНОГО СТАНУ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ

2.1. Організація, етапи та процедура емпіричного дослідження

Емпіричне дослідження спрямоване на виявлення особливостей емоційного стану військовослужбовців Збройних Сил України залежно від статусу придатності до військової служби та соціально-демографічних чинників. Його стратегію визначено на основі теоретичних положень першого розділу. По-перше, емоційний стан оцінено за чотирма взаємопов'язаними, але самостійними показниками: депресивністю, тривожністю, сприйнятим стресом і посттравматичною симптоматикою. По-друге, крім статусу придатності, враховано вік, рівень освіти й сімейний стан, які можуть опосередковувати вплив статусу. По-третє, з огляду на обсяг вибірки та характер розподілу даних обрано непараметричні методи статистичного аналізу.

Дослідження мало констатувальний характер і поєднувало порівняльний (зіставлення груп) і кореляційний (аналіз зв'язків між показниками) плани. Відповідно до методичних рекомендацій щодо організації психологічного дослідження [6] його проведено в три етапи.

На першому, підготовчому, етапі здійснено теоретичний аналіз проблеми, визначено об'єкт, предмет, мету, завдання та гіпотезу дослідження. Підібрано психодіагностичні методики, які відповідають меті роботи, мають доведені психометричні властивості, є короткими і придатними для застосування в умовах військової частини. Розроблено анкету для збору соціально-демографічних даних (вік, освіта, сімейний стан, статус придатності) та визначено етичні засади проведення дослідження.

На другому, діагностичному, етапі проведено обстеження військовослужбовців. Тестування здійснювалося в бланковій та електронній формах під час планових заходів психологічного забезпечення. Перед початком учасникам пояснювали мету дослідження, гарантували анонімність і добровільність участі, а також можливість відмовитися від неї на будь-якому етапі. Дані, які могли б ідентифікувати особу (прізвище, посада, номер підрозділу), не збиралися. Протоколи перевірено на повноту заповнення; до аналізу включено 31 повністю заповнений протокол.

На третьому, аналітичному, етапі здійснено кількісну обробку даних методами математичної статистики, інтерпретацію результатів, їх зіставлення з даними інших дослідників, формулювання висновків і розробку програми психологічного супроводу.

Дослідження проведено з дотриманням етичних принципів психологічних досліджень: добровільності та поінформованої згоди, конфіденційності, непричинення шкоди, а також із дотриманням вимог щодо нерозголошення відомостей про військовий підрозділ. Назву, місце дислокації та номер підрозділу в роботі не наведено.

2.2. Характеристика бази дослідження та вибірки

Базою дослідження став військовий підрозділ Збройних Сил України штатною чисельністю 280 осіб. Для розуміння контексту, у якому перебували учасники дослідження, проаналізовано загальну структуру особового складу підрозділу за даними обліку (табл. 2.1).

Таблиця 2.1 – Загальна характеристика особового складу військового підрозділу (N = 280)

Показник	Кількість осіб	% від штату
Усього за штатом	280	100,00
За військовими категоріями:		
старші офіцери	5	1,79

Продовження таблиці 2.1

молодші офіцери	43	15,36
особи рядового, сержантського та старшинського складу	232	82,86
За станом придатності:		
придатні	198	70,71
обмежено придатні (переогляд, розподіл до частин забезпечення)	63	22,50
тимчасово непридатні (на лікуванні)	19	6,79
За віковими групами:		
до 25 років	7	2,50
25–35 років	56	20,00
35–45 років	75	26,79
45–55 років	116	41,43
55–60 років	26	9,29
Залучено до дослідження	31	11,07

Як видно з таблиці 2.1, особовий склад підрозділу переважно представлений особами рядового, сержантського та старшинського складу (82,86 %). Офіцери становлять 17,15 % особового складу, з них старші офіцери – 1,79 %. Щодо стану придатності, 70,71 % військовослужбовців визнано придатними, 22,50 % мають обмеження за станом здоров'я і перебувають у стані переогляду або розподілу до підрозділів забезпечення, 6,79 % тимчасово непридатні і перебувають на лікуванні чи реабілітації (рис. 2.1).

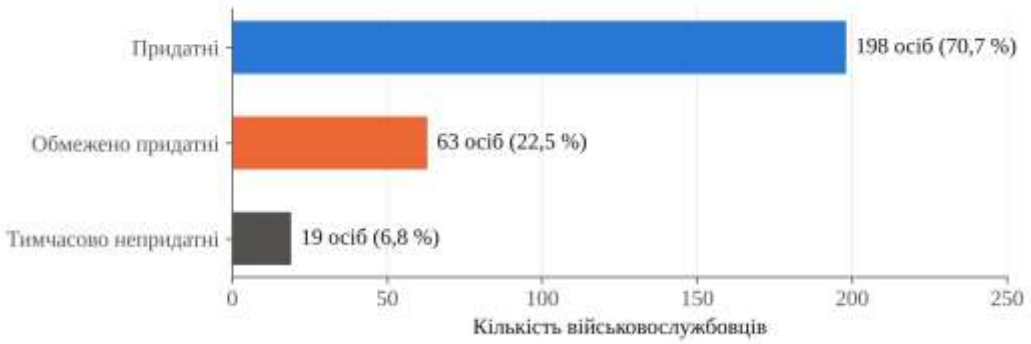


Рисунок 2.1 – Розподіл особового складу підрозділу за станом придатності до військової служби (N = 280)

Отже, майже кожен третій військовослужбовець підрозділу (29,29 %) має ті чи інші обмеження за станом здоров'я. Це означає, що проблема статусу придатності для підрозділу не є поодинокою: вона стосується значної частини колективу і впливає на організацію служби, розподіл обов'язків і морально-психологічний клімат.

Віковий склад підрозділу зміщений у бік старших категорій: найчисленнішою є група 45–55 років (41,43 %), далі – 35–45 років (26,79 %) і 25–35 років (20,00 %). Військовослужбовців віком 55–60 років – 9,29 %, до 25 років – 2,50 %. Такий віковий профіль характерний для мобілізованих підрозділів і зумовлює підвищену частку осіб із хронічними захворюваннями. Відомостей про сімейний стан та освіту всього особового складу облікові дані не містять.

Вибірку дослідження сформовано методом цільового відбору. Завдання полягало в тому, щоб забезпечити достатню кількість учасників в обох порівнюваних групах, тому військовослужбовців з обмеженнями за станом здоров'я залучали в більшій пропорції, ніж їхня частка в підрозділі. Тимчасово непридатні військовослужбовці, які перебували на лікуванні поза місцем дислокації, до дослідження не залучалися. До вибірки увійшов 31 військовослужбовець, що становить 11,07 % штатної чисельності підрозділу.

Учасників розподілено на дві групи відповідно до статусу придатності:

– група 1 «Придатні» – 18 осіб (58,1 % вибірки), визнані придатними до військової служби без обмежень;

– група 2 «Обмежено придатні / у стані переогляду» – 13 осіб (41,9 % вибірки), які мають обмеження за станом здоров'я і отримали висновок про придатність до служби в частинах забезпечення або очікують повторного огляду чи розподілу.

Соціально-демографічну характеристику вибірки наведено в таблиці 2.2.

Таблиця 2.2 – Соціально-демографічна характеристика вибірки за статусом придатності, n (%)

Характеристика	Категорія	Придатні (n = 18)	Обмежено придатні (n = 13)	Усього (n = 31)
Вік	25–35 років	8 (44,4)	1 (7,7)	9 (29,0)
	35–45 років	2 (11,1)	3 (23,1)	5 (16,1)
	45–55 років	6 (33,3)	4 (30,8)	10 (32,3)
	55–60 років	2 (11,1)	5 (38,5)	7 (22,6)
Освіта	вища	8 (44,4)	3 (23,1)	11 (35,5)
	середня повна загальна	3 (16,7)	1 (7,7)	4 (12,9)
	середня спеціальна	7 (38,9)	9 (69,2)	16 (51,6)
Сімейний стан	одружений	8 (44,4)	7 (53,8)	15 (48,4)
	розлучений	5 (27,8)	5 (38,5)	10 (32,3)
	неодружений	5 (27,8)	0 (0,0)	5 (16,1)
	вдівець	0 (0,0)	1 (7,7)	1 (3,2)

Аналіз таблиці 2.2 засвідчує, що групи суттєво відрізняються за соціально-демографічним складом. Серед придатних переважають військовослужбовці віком 25–35 років (44,4 %), тоді як у групі обмежено придатних найбільше осіб віком 55–60 років (38,5 %) і 45–55 років (30,8 %). Серед придатних 44,4 % мають вищу освіту, серед обмежено придатних – лише 23,1 %, тоді як частка осіб із середньою спеціальною освітою в цій групі сягає 69,2 %. Усі неодружені учасники належать до групи придатних. Отже, група обмежено придатних є в середньому старшою і має нижчий освітній рівень. Цю обставину враховано під час статистичного аналізу (підрозділ 3.3).

Порівняння вікової структури вибірки і підрозділу (рис. 2.2) показує, що вибірка порівняно з особовим складом містить більше осіб віком 25–35 років (29,0 % проти 20,0 %) і 55–60 років (22,6 % проти 9,3 %) та менше осіб віком 35–45 років (16,1 % проти 26,8 %) і 45–55 років (32,3 % проти 41,4 %). Відмінність вікового розподілу вибірки від розподілу в підрозділі є

статистично значущою (χ^2 = 8,86; df = 3; p = 0,031). Частка обмежено придатних у вибірці (41,9 %) також значуще перевищує їхню частку серед придатних і обмежено придатних військовослужбовців підрозділу (24,1 %; χ^2 = 5,36; df = 1; p = 0,021), що відповідає цільовому характеру відбору.

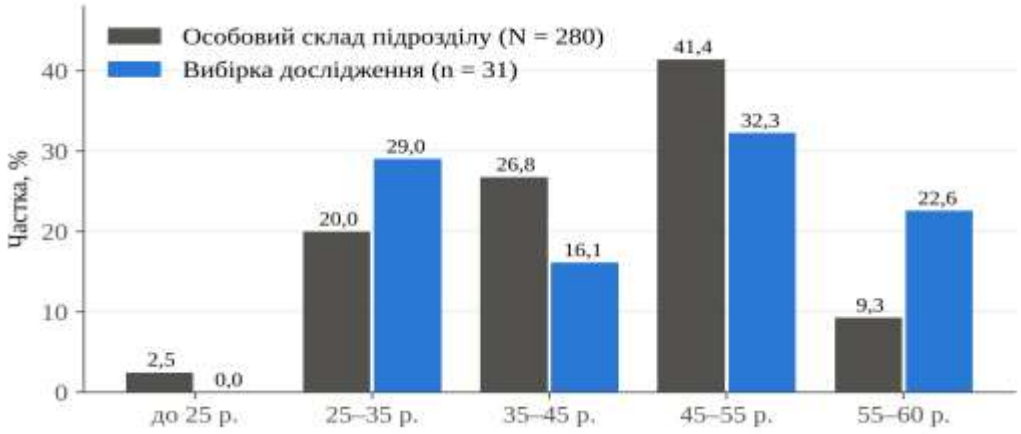


Рисунок 2.2 – Вікова структура особового складу підрозділу та вибірки дослідження, %

Отже, вибірка не є статистично репрезентативною щодо всього особового складу підрозділу. Вона сформована для порівняння двох груп і дозволяє виявити закономірності, які потребують подальшої перевірки на більших і випадкових вибірках. Це обмеження враховано під час інтерпретації результатів.

2.3. Аналіз психодіагностичних методик та етапів дослідження

Вибір методик ґрунтувався на таких критеріях: відповідність предмету дослідження; наявність доведених психометричних властивостей; міжнародне визнання, що дає змогу зіставляти результати з даними інших досліджень; стислість і простота заповнення; можливість застосування в умовах військової частини без участі лікаря. Усі чотири обрані методики є шкалами самозвіту, які широко використовуються для скринінгу в первинній медичній допомозі, у військовій психології та в дослідженнях наслідків війни, зокрема в Україні [1; 13]. Загальну характеристику інструментарію наведено в таблиці 2.3.

Таблиця 2.3 – Психодіагностичний інструментарій дослідження

Методика	Що вимірює	Кількість пунктів; період оцінювання	Діапазон балів	Критерії інтерпретації
PHQ-9 [60]	Вираженість депресивної симптоматики	9; останні 2 тижні	0–27	0–4 – мінімальна; 5–9 – легка; 10–14 – помірна; 15–19 – помірно тяжка; 20–27 – тяжка
GAD-7 [62]	Вираженість тривожності	7; останні 2 тижні	0–21	0–4 – мінімальна; 5–9 – легка; 10–14 – помірна; 15–21 – тяжка
PSS-10 [57]	Сприйнятий стрес: оцінка життя як непередбачуваного, неконтрольованого, перевантаженого	10; останній місяць	0–40	0–13 – низький; 14–26 – помірний; 27–40 – високий
PCL-5 [2; 63]	Симптоми ПТСР за DSM-5 (інтрузії, уникнення, негативні зміни когніцій і настрою, збудливість)	20; останній місяць	0–80	≥ 33 – імовірний ПТСР (потребує клінічного обстеження)

Опитувальник здоров'я пацієнта PHQ-9 (Patient Health Questionnaire-9) розроблено К. Кроенке, Р. Спітцером і Дж. Вільямсом як депресивний модуль опитувальника PRIME-MD [60]. Дев'ять пунктів методики відповідають дев'яти діагностичним критеріям великого депресивного епізоду: знижений інтерес або задоволення від діяльності; пригнічений настрій або безнадія; порушення сну; втома або брак енергії; порушення апетиту; негативне ставлення до себе, почуття провини; порушення концентрації уваги; психомоторна загальмованість або збудження; думки про смерть чи самоушкодження. Респондент оцінює, як часто протягом останніх двох тижнів його турбували відповідні проблеми, за шкалою від 0 («зовсім ні») до 3 («майже щодня»). Загальний бал коливається від 0 до 27.

Інтерпретацію результатів здійснюють за такими рівнями: 0–4 бали – мінімальна депресивна симптоматика; 5–9 – легка; 10–14 – помірна; 15–19 – помірно тяжка; 20–27 – тяжка [60]. У дослідженні авторів методики бал 10 і вище виявляв великий депресивний розлад із чутливістю та специфічністю

по 88 % [60]. Бал 10 є загальноприйнятим стандартним порогом клінічно значущої депресивної симптоматики [60]. Методика чутлива до змін стану, що дає змогу використовувати її не лише для скринінгу, а й для моніторингу динаміки [60]. Водночас пункт 9, що стосується думок про смерть чи самоушкодження, потребує окремої уваги: будь-яка позитивна відповідь на нього має бути підставою для індивідуальної бесіди з психологом.

Шкала генералізованої тривожності GAD-7 (Generalized Anxiety Disorder-7) розроблена Р. Спітцером, К. Кроенке, Дж. Вільямсом і Б. Льове [62]. Сім пунктів методики описують основні прояви тривоги: нервозність і напруження; нездатність зупинити або контролювати хвилювання; надмірне хвилювання з різних приводів; труднощі з розслабленням; таке сильне занепокоєння, що важко всидіти на місці; дратівливість; страх, що може статися щось жахливе. Як і в PHQ-9, респондент оцінює частоту проявів протягом останніх двох тижнів за шкалою від 0 до 3. Загальний бал – від 0 до 21.

Рівні тривожності інтерпретують так: 0–4 бали – мінімальна; 5–9 – легка; 10–14 – помірна; 15–21 – тяжка тривожність [62]. Поріг 10 балів виявляв генералізований тривожний розлад із чутливістю 89 % і специфічністю 82 %; внутрішня узгодженість шкали становила $\alpha = 0{,}92$ [62]. Шкала має однофакторну структуру і придатна для оцінювання тривожності не лише в клінічних вибірках [62]. Методика чутлива не лише до генералізованої тривоги, а й до панічного, соціального тривожного та посттравматичного стресового розладів [62], тому її високі бали слід розглядати як загальний індикатор тривожного неблагополуччя.

Шкала сприйнятого стресу PSS-10 (Perceived Stress Scale-10) розроблена С. Коеном зі співавторами [57]. Початковий варіант містив 14 пунктів; скорочений варіант із 10 пунктів, запропонований С. Коеном і Г. Вільямсоном, має кращі психометричні показники і є найпоширенішим [57]. Методика вимірює ступінь, у якому людина оцінює ситуації свого життя як непередбачувані, неконтрольовані та перевантажені.

Респондент оцінює, як часто протягом останнього місяця він відчував, наприклад, що не може контролювати важливі речі у своєму житті, або, навпаки, був упевнений у здатності впоратися з особистими проблемами. Відповіді оцінюють від 0 («ніколи») до 4 («дуже часто»); чотири пункти, сформульовані позитивно (4, 5, 7, 8), підраховують у зворотному порядку. Загальний бал – від 0 до 40.

PSS-10 не має офіційних клінічних порогів, оскільки вимірює не розлад, а суб'єктивну оцінку життєвої ситуації. У дослідницькій практиці застосовують орієнтовну градацію: 0–13 балів – низький рівень сприйнятого стресу; 14–26 – помірний; 27–40 – високий. Особливу цінність методики для нашого дослідження становить те, що вона прямо відображає когнітивну оцінку контрольованості й передбачуваності життя, тобто саме ті параметри, які порушуються в ситуації статусної невизначеності [57; 61].

Контрольний перелік симптомів ПТСР PCL-5 (PTSD Checklist for DSM-5) розроблений Національним центром ПТСР США [63]. Двадцять пунктів методики відповідають двадцяти симптомам ПТСР за DSM-5 і групуються в чотири кластери: інтрузії (пункти 1–5), уникнення (пункти 6–7), негативні зміни в когніціях і настрої (пункти 8–14), зміни збудливості та реактивності (пункти 15–20) [63]. Респондент оцінює, наскільки його турбувала кожна проблема протягом останнього місяця, за шкалою від 0 («зовсім ні») до 4 («надзвичайно»). Загальний бал – від 0 до 80.

Методика має високу внутрішню узгодженість і добру конвергентну валідність; україномовну версію опитувальника адаптовано для української популяції [2; 63]. Для скринінгу ймовірного ПТСР рекомендовано поріг 31–33 бали [63]. У нашому дослідженні як поріг імовірного ПТСР застосовано бал 33. Слід наголосити, що високий бал PCL-5 не є діагнозом: діагноз ПТСР може встановити лише лікар за результатами клінічного обстеження відповідно до чинного протоколу [44].

Застосування саме цих чотирьох шкал має кілька переваг. Вони охоплюють і високоактиваційні (тривога, гіперзбудження), і

низькоактиваційні (пригніченість, втрата інтересу) емоційні стани, а також когнітивну оцінку ситуації (сприйнятий стрес) і наслідки травматичного досвіду (ПТСР). Короткі шкали з чіткими критеріями інтерпретації можна використовувати повторно для моніторингу стану, що робить їх придатними для практичної роботи психолога військової частини. Водночас самозвітний характер методик зумовлює обмеження: на відповіді можуть впливати соціальна бажаність, побоювання щодо наслідків для служби чи, навпаки, прагнення підкреслити тяжкість свого стану в період проходження ВЛК. Анонімність дослідження частково нівелює ці чинники.

Під час планування дослідження розглядалася можливість застосування інших методик, зокрема розгорнутих особистісних опитувальників і проєктивних методик. Від них відмовилися з кількох причин. По-перше, вони потребують значно більше часу на заповнення та обробку, що в умовах військової частини знижує готовність учасників до співпраці та якість відповідей. По-друге, результати проєктивних методик значною мірою залежать від інтерпретації дослідника і не мають чітких кількісних критеріїв, необхідних для порівняння груп. По-третє, для практичної роботи психолога військової частини важливо мати інструменти, які можна швидко застосувати повторно і результати яких зрозумілі медичному персоналу. Обрані шкали відповідають цим вимогам і використовуються в міжнародній та вітчизняній клінічній практиці [1; 44].

Процедура заповнення методик була однаковою для всіх учасників. Перед початком психолог пояснював, що метою дослідження є вивчення емоційного стану військовослужбовців і що результати використовуватимуться лише в узагальненому вигляді, без зазначення прізвищ. Учасникам пропонувалося відповідати щиро, орієнтуючись на свої переживання протягом зазначеного в інструкції періоду (останні два тижні для PHQ-9 і GAD-7, останній місяць для PSS-10 і PCL-5). Загальний обсяг психодіагностичних шкал становить 46 пунктів, що дає змогу заповнити весь комплекс приблизно за 15–20 хвилин і не перевантажує учасників.

Крім психодіагностичних методик, учасники заповнювали анкету, яка містила питання про статус придатності до військової служби, вікову групу (25–35, 35–45, 45–55, 55–60 років), рівень освіти (середня повна загальна, середня спеціальна, вища) та сімейний стан (неодружений / незаміжня, одружений / заміжня, розлучений / розлучена, вдівець / вдова). Вік фіксували за інтервалами, а не точним числом років, що узгоджується з принципом анонімності, проте обмежує можливості кореляційного аналізу вікового чинника.

Методи математико-статистичного аналізу даних. Вибір статистичних методів визначено трьома обставинами: невеликим обсягом вибірки (n = 31), нерівними і малими за чисельністю підгрупами, а також характером розподілу показників.

Для перевірки нормальності розподілу застосовано критерій Шапіро–Вілка, який є найпотужнішим тестом нормальності для малих вибірок [47]. Розподіл показників депресивності (W = 0,929; p = 0,041), сприйнятого стресу (W = 0,899; p = 0,007) та посттравматичної симптоматики (W = 0,799; p < 0,001) статистично значуще відхиляється від нормального. Для тривожності відхилення не досягло рівня значущості (W = 0,937; p = 0,069), проте розподіл також має правосторонню асиметрію. Отже, застосування параметричних методів, які передбачають нормальний розподіл (t-критерій Стьюдента, коефіцієнт кореляції Пірсона), є некоректним, тому основний аналіз виконано непараметричними методами [11; 47].

У дослідженні застосовано такі методи:

– описову статистику – середнє арифметичне (M), стандартне відхилення (SD), медіану (Me), мінімальне та максимальне значення, абсолютні та відносні частоти;

– U-критерій Манна–Уітні – для порівняння двох незалежних груп (придатні та обмежено придатні) [11]; розмір ефекту оцінювали за ранговим бісеріальним коефіцієнтом r (0,1 – малий, 0,3 – середній, 0,5 – великий ефект);

– H-критерій Краскела–Уолліса – для порівняння трьох і більше незалежних груп (вікових, освітніх, за сімейним станом) [11]; розмір ефекту оцінювали за коефіцієнтом ε^2 (0,01 – малий, 0,08 – середній, 0,26 – великий ефект); для попарних порівнянь застосовано U-критерій із поправкою Бонферроні;

– точний критерій Фішера – для порівняння частот перевищення клінічних порогів у двох групах;

– критерій χ^2 Пірсона – для порівняння структури вибірки і генеральної сукупності;

– коефіцієнт рангової кореляції Спірмена – для аналізу зв'язків між показниками емоційного стану [47];

– множинний регресійний аналіз на рангах – для оцінювання зв'язку статусу придатності з показниками емоційного стану за одночасного врахування рівня освіти та віку; ранжування залежної змінної робить цей метод стійким до відхилень від нормальності і дає змогу оцінити внесок кожного чинника за інших рівних умов.

Логіка непараметричних критеріїв полягає в тому, що вони порівнюють не самі бали, а їхні ранги, тобто порядкові місця в загальному впорядкованому ряду значень. Наприклад, U-критерій Манна–Уітні перевіряє, чи частіше значення однієї групи займають вищі місця в загальному ряду, ніж значення іншої групи [11]. Завдяки цьому на результат не впливають окремі екстремальні значення, які в нашій вибірці трапляються за шкалою PCL-5 (до 54 балів за медіани 13 балів). Середній ранг групи показує, наскільки високо в загальному ряду розташовані її значення: що вищий середній ранг, то вищі показники групи.

Регресійний аналіз на рангах застосовано для розв'язання проблеми, яка виникає, коли порівнювані групи відрізняються не лише за досліджуваною ознакою (статусом придатності), а й за іншими характеристиками (освітою, віком). Модель оцінює внесок кожного чинника за умови, що інші чинники залишаються незмінними. Коефіцієнт β для статусу показує, на скільки рангових позицій у середньому відрізняються придатні й обмежено придатні військовослужбовці з однаковим рівнем освіти та однаковою віковою

групою. Коефіцієнт детермінації R^2 показує частку варіативності рангів показника, пояснену всіма чинниками моделі разом. Щоб уникнути перенавчання моделі на малій вибірці, до неї включено лише три чинники, а сімейний стан, пов'язаний із віком та освітою, не включено.

Критичним рівнем статистичної значущості прийнято $p < 0,05$. Відмінності на рівні $0,05 \leq p < 0,10$ розглядаються як тенденції, що потребують подальшої перевірки. Статистичну обробку даних здійснено засобами мови програмування Python (бібліотеки pandas, NumPy, SciPy); графічні матеріали побудовано за допомогою бібліотеки Matplotlib. Первинні дані дослідження наведено в Додатку А (табл. А.1), результати перевірки нормальності розподілу та додаткових статистичних розрахунків – у Додатку Б (табл. Б.1–Б.3).

Під час інтерпретації результатів ураховано, що через малий обсяг підгруп статистична потужність критеріїв є обмеженою: відсутність значущих відмінностей не завжди означає відсутність ефекту, а може свідчити про недостатній обсяг вибірки для його виявлення. Тому поряд із рівнем значущості аналізували величину ефекту, а результати для підгруп чисельністю менше п'яти осіб розглядали лише як описові.

Загальна характеристика емоційного стану військовослужбовців. Первинний аналіз даних дав змогу охарактеризувати емоційний стан військовослужбовців вибірки загалом і в кожній із груп. Описову статистику наведено в таблиці 2.4.

Таблиця 2.4 – Описова статистика показників емоційного стану військовослужбовців: M ± SD; Me (min–max)

Показник	Вибірка (n = 31)	Придатні (n = 18)	Обмежено придатні (n = 13)
Депресивність (PHQ-9)	7,61 ± 4,68 Me = 7,0 (1–17)	8,06 ± 4,77 Me = 7,5 (1–17)	7,00 ± 4,67 Me = 6,0 (1–15)
Тривожність (GAD-7)	6,87 ± 4,75 Me = 6,0 (0–17)	8,00 ± 4,80 Me = 7,5 (0–17)	5,31 ± 4,37 Me = 4,0 (1–15)
Сприйнятий стрес (PSS-10)	16,90 ± 4,53 Me = 16,0 (10–30)	17,17 ± 4,00 Me = 16,0 (12–26)	16,54 ± 5,33 Me = 15,0 (10–30)
Симптоми ПТСР (PCL-5)	17,35 ± 14,11 Me = 13,0 (3–54)	20,00 ± 16,19 Me = 14,5 (3–54)	13,69 ± 10,05 Me = 9,0 (5–34)

Середній показник депресивності у вибірці становить 7,61 бала (SD = 4,68), що відповідає легкому рівню депресивної симптоматики. Середній показник тривожності (M = 6,87; SD = 4,75) також перебуває в межах легкого рівня. Сприйнятий стрес (M = 16,90; SD = 4,53) відповідає помірному рівню. Середній бал посттравматичної симптоматики (M = 17,35; SD = 14,11) не перевищує порогового значення, однак має найбільший розкид: від 3 до 54 балів. Медіана PCL-5 (13 балів) суттєво нижча за середнє, що вказує на правосторонню асиметрію: більшість військовослужбовців мають помірні бали, а невелика група – дуже високі.

У групі придатних середні показники за всіма чотирма шкалами вищі, ніж у групі обмежено придатних: депресивність – 8,06 проти 7,00 бала, тривожність – 8,00 проти 5,31, сприйнятий стрес – 17,17 проти 16,54, посттравматична симптоматика – 20,00 проти 13,69 бала. Найбільша різниця спостерігається за тривожністю (2,69 бала) та посттравматичною симптоматикою (6,31 бала), найменша – за сприйнятим стресом (0,63 бала). Водночас стандартні відхилення в обох групах великі, а діапазони значень значною мірою перекриваються. Статистичну значущість цих відмінностей перевірено в підрозділі 3.1.

Для практичної інтерпретації важливим є не лише середнє значення, а й розподіл військовослужбовців за рівнями вираженості показників (табл. 2.5, рис. 2.3).

Таблиця 2.5 – Розподіл військовослужбовців за рівнями вираженості показників емоційного стану, n (%)

Шкала	Рівень	Придатні (n = 18)	Обмежено придатні (n = 13)	Усього (n = 31)
Депресивність (PHQ-9)	мінімальна (0–4)	6 (33,3)	4 (30,8)	10 (32,3)
	легка (5–9)	7 (38,9)	6 (46,2)	13 (41,9)
	помірна (10–14)	2 (11,1)	2 (15,4)	4 (12,9)
	помірно тяжка (15–19)	3 (16,7)	1 (7,7)	4 (12,9)
	тяжка (20–27)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)

Продовження таблиці2.5

Тривожність (GAD-7)	мінімальна (0–4)	4 (22,2)	8 (61,5)	12 (38,7)
	легка (5–9)	7 (38,9)	2 (15,4)	9 (29,0)
	помірна (10–14)	5 (27,8)	2 (15,4)	7 (22,6)
	тяжка (15–21)	2 (11,1)	1 (7,7)	3 (9,7)
Сприйнятий стрес (PSS-10)	низький (0–13)	3 (16,7)	3 (23,1)	6 (19,4)
	помірний (14–26)	15 (83,3)	9 (69,2)	24 (77,4)
	високий (27–40)	0 (0,0)	1 (7,7)	1 (3,2)
Симптоми ПТСР (PCL-5)	нижче порогу (0–32)	14 (77,8)	11 (84,6)	25 (80,6)
	імовірний ПТСР (≥ 33)	4 (22,2)	2 (15,4)	6 (19,4)

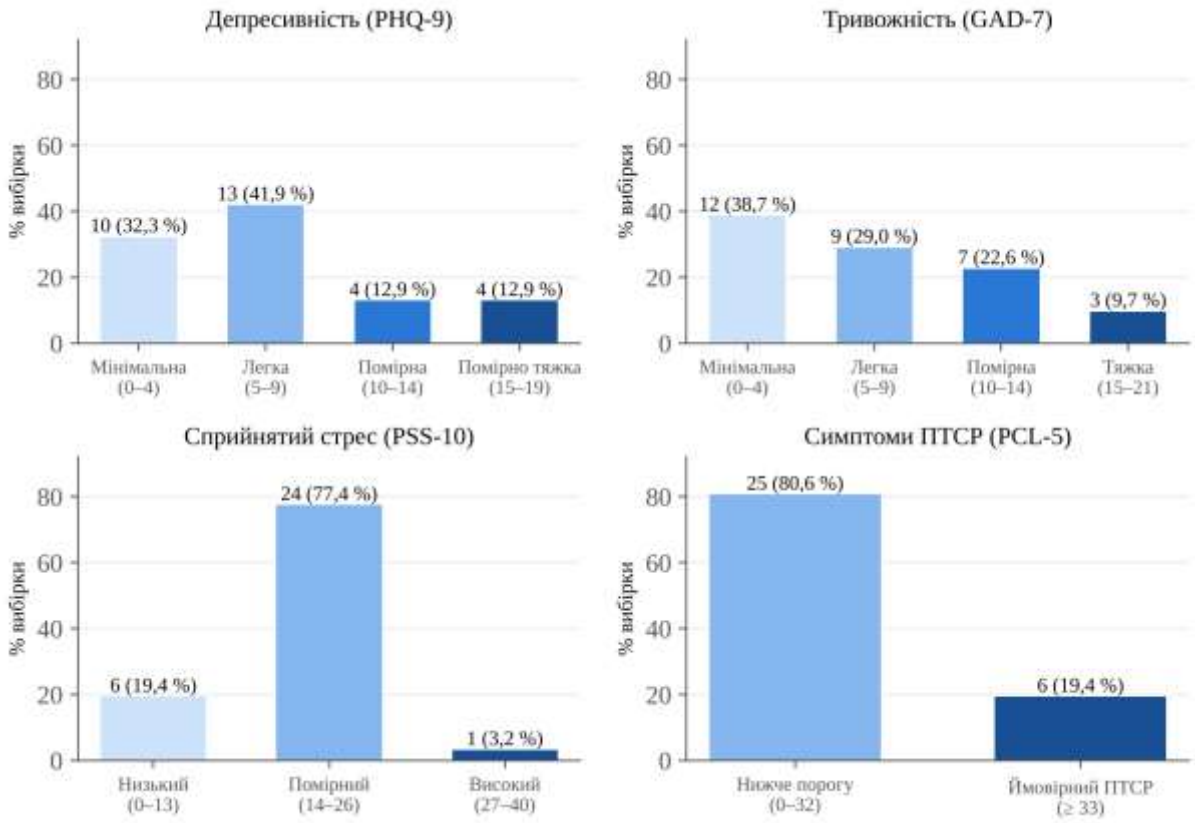


Рисунок 2.3 – Розподіл військовослужбовців за рівнями вираженості показників емоційного стану (n = 31)

За шкалою PHQ-9 найбільша частка респондентів має легку депресивну симптоматику (41,9 %), мінімальну – 32,3 %. Водночас у кожного четвертого військовослужбовця (25,8 %) бал становить 10 і більше, тобто відповідає

помірній або помірно тяжкій депресивній симптоматиці, за якої рекомендоване поглиблене обстеження. Тяжкої депресивної симптоматики не виявлено.

За шкалою GAD-7 мінімальну тривожність мають 38,7 % респондентів, легку – 29,0 %. Помірну тривожність виявлено в 22,6 %, тяжку – у 9,7 % військовослужбовців. Отже, майже третина вибірки (32,3 %) має клінічно значущий рівень тривожності (10 балів і більше). Серед обмежено придатних мінімальну тривожність мають 8 із 13 осіб (61,5 %), серед придатних – лише 4 з 18 (22,2 %).

За шкалою PSS-10 переважна більшість військовослужбовців (77,4 %) має помірний рівень сприйнятого стресу, 19,4 % – низький і лише одна особа (3,2 %) – високий. Такий розподіл свідчить, що підвищене стресове навантаження є загальним фоном служби в умовах війни, який зачіпає майже всіх військовослужбовців незалежно від статусу.

За шкалою PCL-5 бал 33 і вище, що відповідає ймовірному ПТСР, мають 6 військовослужбовців (19,4 %): 4 у групі придатних (22,2 %) і 2 у групі обмежено придатних (15,4 %). Цей показник є найбільш тривожним результатом первинного аналізу: майже кожен п'ятий учасник дослідження потребує поглибленого клінічного обстеження щодо посттравматичного стресового розладу. Отримана частка нижча, ніж у клінічній вибірці військовослужбовців, які перебували на лікуванні та реабілітації (67,4 % за даними клінічного інтерв'ю) [59], що закономірно, оскільки наша вибірка складається з військовослужбовців, які проходять службу в підрозділі, а не перебувають у медичних закладах.

Частки військовослужбовців, які перевищують клінічні пороги, у групах не відрізняються статистично значуще (точний критерій Фішера: PHQ-9 $\geq$ 10 – $p = 1{,}000$; GAD-7 $\geq$ 10 – $p = 0{,}452$; PCL-5 $\geq$ 33 – $p = 1{,}000$). Отже, психологічне неблагополуччя клінічного рівня трапляється в обох групах, і статус придатності сам по собі не дає змоги визначити, хто з військовослужбовців потребує допомоги.

Щодо співіснування різних проявів неблагополуччя, 10 військовослужбовців (32,3 %) перевищують поріг хоча б за однією з трьох шкал, що мають клінічні пороги (PHQ-9, GAD-7, PCL-5). Серед придатних таких 7 із 18 (38,9 %), серед обмежено придатних – 3 із 13 (23,1 %). Шість військовослужбовців перевищують пороги одночасно за всіма трьома шкалами; саме вони становлять групу з імовірним ПТСР. Ще двоє мають одночасно клінічно значущу депресивність і тривожність без посттравматичної симптоматики, а двоє – лише підвищену тривожність. Отже, ймовірний ПТСР у дослідженій вибірці жодного разу не трапився ізольовано, а завжди поєднувався з тривожно-депресивною симптоматикою. Звертає на себе увагу й те, що серед 10 військовослужбовців, які перевищують хоча б один клінічний поріг, немає жодного з вищою освітою.

Таким чином, дослідження проведено в три етапи з дотриманням принципів добровільності та анонімності на базі військового підрозділу ЗСУ (280 осіб), у якому 29,29 % військовослужбовців мають обмеження за станом здоров'я. Вибірку, сформовану методом цільового відбору, становив 31 військовослужбовець: 18 придатних і 13 обмежено придатних / у стані переогляду.

Порівнювані групи суттєво відрізняються за складом: обмежено придатні в середньому старші та мають нижчий рівень освіти. Вибірка не є статистично репрезентативною щодо підрозділу за віком і часткою обмежено придатних, що необхідно враховувати під час узагальнення результатів.

Для оцінювання емоційного стану застосовано чотири стандартизовані шкали з доведеними психометричними властивостями: PHQ-9 (депресивність), GAD-7 (тривожність), PSS-10 (сприйнятий стрес), PCL-5 (посттравматична симптоматика). Через відхилення розподілу від нормального та малий обсяг підгруп статистичний аналіз виконано непараметричними методами з оцінюванням розмірів ефекту.

Емоційний стан вибірки загалом характеризується легким рівнем депресивності й тривожності та помірним рівнем сприйнятого стресу.

Водночас 25,8 % військовослужбовців мають клінічно значущий рівень депресивності, 32,3 % – тривожності, а 19,4 % – посттравматичної симптоматики на рівні ймовірного ПТСР, причому ймовірний ПТСР завжди поєднується з тривожно-депресивною симптоматикою. Середні показники придатних за всіма шкалами вищі, ніж в обмежено придатних, однак частки осіб, які перевищують клінічні пороги, у групах статистично значуще не відрізняються.

РОЗДІЛ 3
ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ВПЛИВУ СТАТУСУ ПРИДАТНОСТІ ТА СОЦІАЛЬНО-ДЕМОГРАФІЧНИХ ЧИННИКІВ НА ЕМОЦІЙНИЙ СТАН ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ

3.1. Порівняльний аналіз емоційного стану військовослужбовців залежно від статусу придатності

Першим кроком перевірки гіпотези стало безпосереднє порівняння показників емоційного стану в групах придатних (n = 18) та обмежено придатних / у стані переогляду (n = 13) військовослужбовців. Оскільки розподіл більшості показників відхиляється від нормального, а групи невеликі й нерівні за чисельністю, для порівняння застосовано U-критерій Манна–Уітні. Результати наведено в таблиці 3.1.

Таблиця 3.1 – Порівняння показників емоційного стану придатних і обмежено придатних військовослужбовців (U-критерій Манна–Уітні)

Показник	Середній ранг: придатні	Середній ранг: обмежено придатні	Me: придатні	Me: обмежено придатні	U	z	p	r
Депресивність (PHQ-9)	17,06	14,54	7,5	6,0	136,0	0,74	0,457	0,16
Тривожність (GAD-7)	18,33	12,77	7,5	4,0	159,0	1,67	0,096	0,36
Сприйнятий стрес (PSS-10)	16,92	14,73	16,0	15,0	133,5	0,65	0,519	0,14
Симптоми ПТСР (PCL-5)	17,61	13,77	14,5	9,0	146,0	1,14	0,253	0,25

Як видно з таблиці 3.1, середні ранги групи придатних за всіма чотирма показниками вищі, ніж у групи обмежено придатних. Проте жодна з відмінностей не досягає рівня статистичної значущості.

За показником депресивності (PHQ-9) відмінність між групами мінімальна: медіана в групі придатних становить 7,5 бала, у групі обмежено

придатних – 6,0 бала (U = 136,0; p = 0,457). Розмір ефекту малий (r = 0,16). Отже, депресивна симптоматика однаковою мірою властива обом групам.

За показником тривожності (GAD-7) відмінність найбільша: медіана в групі придатних становить 7,5 бала, в обмежено придатних – 4,0 бала (U = 159,0; p = 0,096). Розмір ефекту наближається до середнього (r = 0,36), а рівень значущості відповідає статистичній тенденції. Тобто придатні військовослужбовці мають тенденцію до вищої тривожності, але на вибірці такого обсягу ця тенденція не може вважатися доведеною.

За показником сприйнятого стресу (PSS-10) групи практично не відрізняються: медіани становлять 16,0 і 15,0 бала (U = 133,5; p = 0,519; r = 0,14). Цей результат має принципове значення: він засвідчує, що суб'єктивне відчуття непередбачуваності та неконтрольованості життя однаковою мірою властиве військовослужбовцям обох груп.

За показником посттравматичної симптоматики (PCL-5) медіана в групі придатних (14,5 бала) вища, ніж в обмежено придатних (9,0 бала), а розмір ефекту малий або близький до середнього (r = 0,25). Однак відмінність статистично незначуща (U = 146,0; p = 0,253). Вагомою причиною цього є висока неоднорідність групи придатних: стандартне відхилення PCL-5 у ній становить 16,19 бала, а діапазон значень – від 3 до 54 балів.

Середні показники груп за всіма чотирма методиками унаочнено на рисунку 3.1. Стовпчики групи придатних вищі за всіма шкалами, проте різниця між групами за депресивністю (1,06 бала) і сприйнятим стресом (0,63 бала) мінімальна. Помітніші відмінності спостерігаються за тривожністю (2,69 бала) і посттравматичною симптоматикою (6,31 бала), однак і вони не досягають статистичної значущості через великий розкид індивідуальних значень. В обох групах наявні як військовослужбовці з мінімальною симптоматикою, так і особи з високими балами: ймовірний ПТСР (PCL-5 ≥ 33) виявлено і серед придатних (4 особи), і серед обмежено придатних (2 особи).

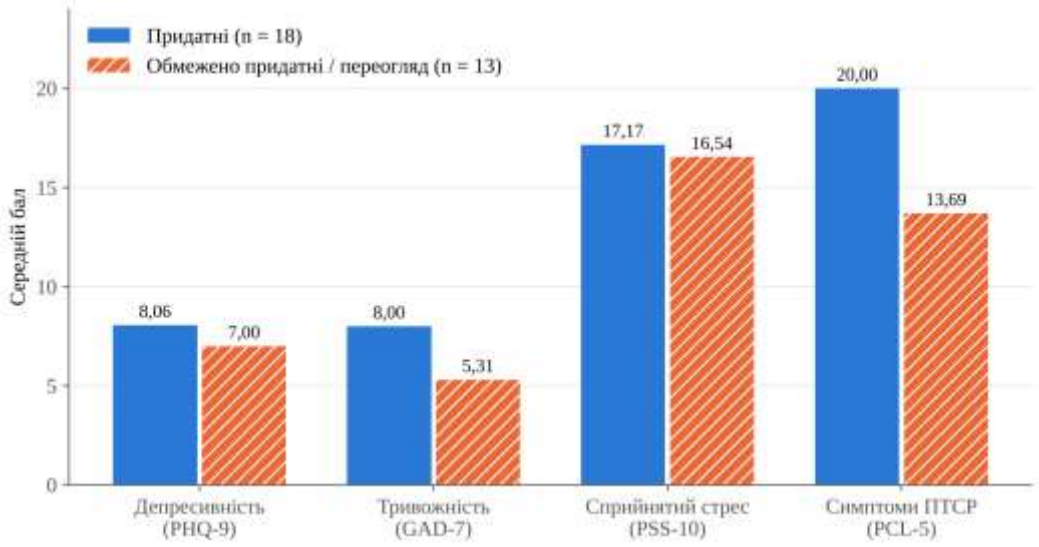


Рисунок 3.1 – Середні показники емоційного стану військовослужбовців залежно від статусу придатності

Ще один аспект порівняння стосується того, наскільки часто в групах трапляються особи без будь-яких виражених проявів неблагополуччя. Мінімальний рівень і депресивності, і тривожності (обидва показники нижче 5 балів) мають 4 з 18 придатних (22,2 %) і 4 з 13 обмежено придатних (30,8 %) військовослужбовців. Хоча б один клінічний поріг перевищують 7 придатних (38,9 %) і 3 обмежено придатні (23,1 %) особи. Отже, обидві групи є внутрішньо неоднорідними: у кожній із них є як психологічно благополучні військовослужбовці, так і ті, хто потребує допомоги. Ця неоднорідність є однією з причин того, що середні значення груп статистично значуще не відрізняються.

Отже, пряме порівняння груп не дає підстав стверджувати, що статус придатності сам по собі зумовлює статистично значущі відмінності в емоційному стані військовослужбовців. Найбільше групи відрізняються за тривожністю, що проявляється на рівні тенденції та узгоджується з припущенням про вищу напруженість військовослужбовців, які можуть бути залучені до виконання бойових завдань. Водночас результати першого етапу аналізу не можна розглядати як остаточні. Як показано в підрозділі 2.2, групи суттєво відрізняються за віком і освітою. Якщо ці характеристики самі

пов'язані з емоційним станом, вони можуть маскувати або спотворювати зв'язок статусу з показниками. Тому наступним кроком став аналіз ролі соціально-демографічних чинників.

3.2. Емоційний стан військовослужбовців залежно від соціально-демографічних чинників

Рівень освіти. Порівняння показників емоційного стану військовослужбовців з різним рівнем освіти виконано за допомогою H-критерію Краскела–Уолліса (табл. 3.2).

Таблиця 3.2 – Показники емоційного стану військовослужбовців залежно від рівня освіти: M ± SD (H-критерій Краскела–Уолліса)

Показник	Вища (n = 11)	Середня повна (n = 4)	Середня спеціальна (n = 16)	H	p	ε^2
Депресивність (PHQ-9)	4,27±2,20	8,50±2,65	9,69±5,12	9,16	0,010	0,31
Тривожність (GAD-7)	3,55±2,11	9,00±2,94	8,62±5,26	8,22	0,016	0,27
Сприйнятий стрес (PSS-10)	13,91±2,02	16,00±4,08	19,19±4,76	11,27	0,004	0,38
Симптоми ПТСР (PCL-5)	8,91±4,46	19,75±11,59	22,56±16,59	7,47	0,024	0,25

Рівень освіти виявився єдиним соціально-демографічним чинником, пов'язаним з усіма чотирма показниками емоційного стану на статистично значущому рівні. Військовослужбовці з вищою освітою мають найнижчі середні показники депресивності (4,27 бала), тривожності (3,55), сприйнятого стресу (13,91) і посттравматичної симптоматики (8,91 бала). Усі ці значення відповідають мінімальному або низькому рівню. У військовослужбовців із середньою спеціальною освітою відповідні показники значно вищі: депресивність – 9,69, тривожність – 8,62, сприйнятий стрес – 19,19, посттравматична симптоматика – 22,56 бала. Показники осіб із середньою повною загальною освітою (n = 4) близькі до показників осіб із середньою спеціальною освітою.

Розміри ефекту за критерієм Краскела–Уолліса великі: ε^2 коливається від 0,25 (PCL-5) до 0,38 (PSS-10). Це означає, що рівень освіти пов'язаний із чвертю – понад третиною варіативності рангів показників емоційного стану. Найсильніший зв'язок виявлено зі сприйнятим стресом ($H = 11{,}27$; $p = 0{,}004$), що узгоджується з уявленням про освіту як ресурс когнітивної оцінки ситуації та планування дій.

Попарні порівняння з поправкою Бонферроні (табл. Б.2 Додатка Б) засвідчили, що статистично значущими є відмінності між військовослужбовцями з вищою та середньою спеціальною освітою за всіма чотирма показниками: депресивністю ($p = 0{,}021$), тривожністю ($p = 0{,}046$), сприйнятим стресом ($p = 0{,}003$) і посттравматичною симптоматикою ($p = 0{,}040$). Відмінність між особами з вищою та середньою повною загальною освітою значуща лише за тривожністю ($p = 0{,}045$), що зумовлено малою чисельністю останньої підгрупи. Військовослужбовці із середньою повною та середньою спеціальною освітою статистично значуще не відрізняються за жодним показником.

Отримані дані узгоджуються з результатами досліджень, у яких рівень освіти розглядають серед ситуаційно-демографічних чинників, пов'язаних із наслідками травматичного досвіду учасників бойових дій [35]. Пояснити протективну роль вищої освіти можна кількома механізмами. По-перше, вища освіта пов'язана з розвиненішими навичками рефлексії, пошуку та аналізу інформації, тобто з когнітивними стратегіями подолання, які Р. Лазарус і С. Фолкман вважали проблемно-орієнтованими [61]. По-друге, вища освіта є соціальним ресурсом: вона частіше пов'язана з офіцерськими або технічними посадами і відкриває більше можливостей для професійної переорієнтації в разі зміни статусу [58]. По-третє, слід урахувати, що в нашій вибірці жоден військовослужбовець віком 55–60 років не має вищої освіти, тоді як серед осіб із середньою спеціальною освітою 12 із 16 мають вік 45 років і більше. Отже, освітній чинник частково переплітається з віковим, і їх необхідно аналізувати спільно (підрозділ 3.3).

Аналіз за статусом придатності в межах освітніх груп. Для кожної з чотирьох методик порівняно показники придатних і обмежено придатних військовослужбовців з однаковим рівнем освіти (рис. 3.2).

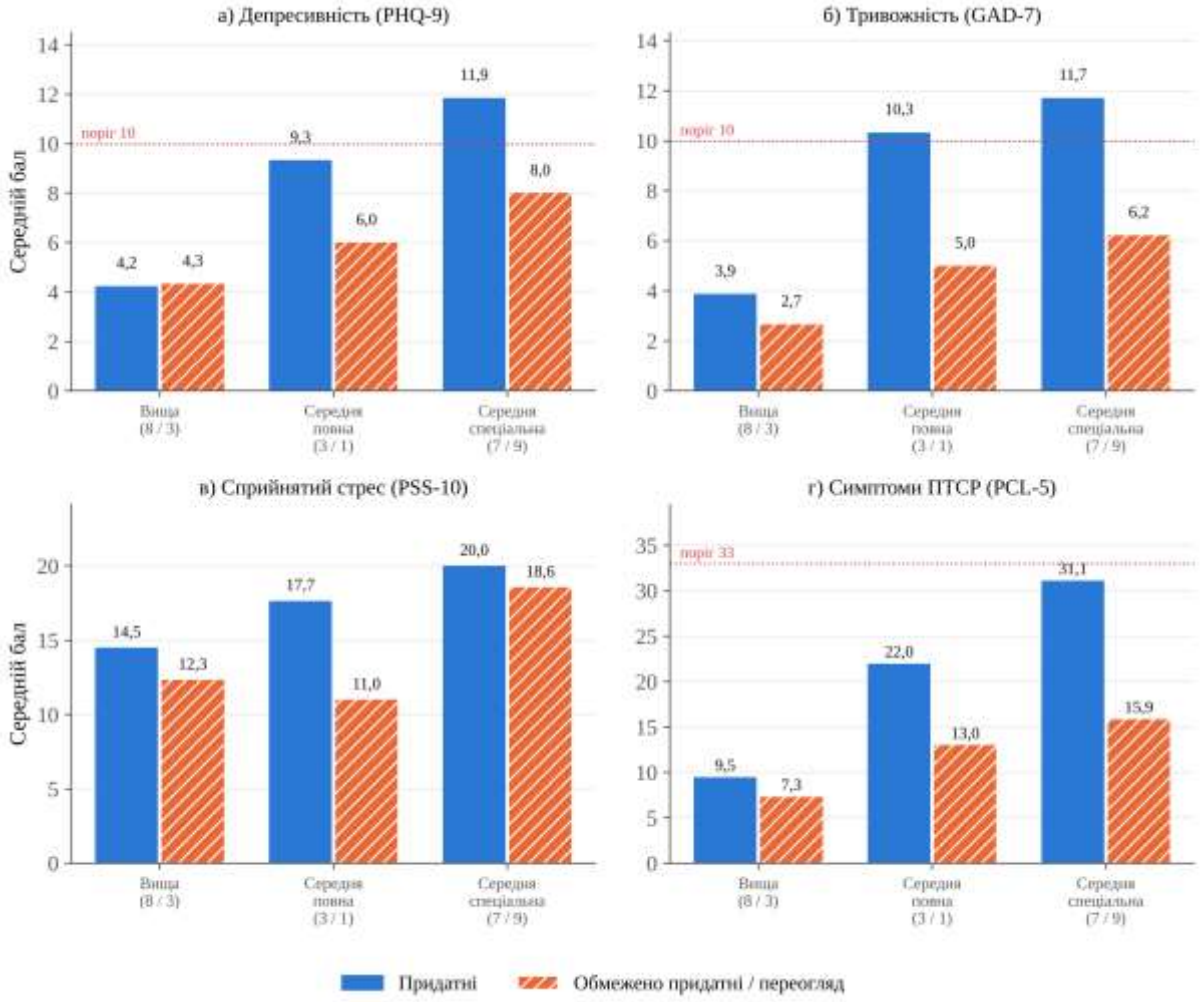


Рисунок 3.2 – Середні показники емоційного стану військовослужбовців залежно від рівня освіти та статусу придатності: а) депресивність; б) тривожність; в) сприйнятий стрес; г) симптоми ПТСР (у дужках – кількість придатних / обмежено придатних)

Депресивність (рис. 3.2, а). Серед військовослужбовців з вищою освітою показники придатних (4,25 бала) і обмежено придатних (4,33 бала) практично однакові та відповідають мінімальному рівню. Серед осіб із середньою повною освітою депресивність придатних (9,33 бала) вища, ніж у єдиного обмежено придатного (6,00 бала). Серед осіб із середньою спеціальною освітою придатні (11,86 бала) перевищують поріг клінічно

значущої депресивності, тоді як обмежено придатні (8,00 бала) залишаються в межах легкого рівня; відмінність не досягає рівня значущості (U = 47,0; p = 0,111).

Тривожність (рис. 3.2, б). За цим показником закономірність ще виразніша. У військовослужбовців з вищою освітою тривожність мінімальна в обох групах (3,88 і 2,67 бала). Серед осіб із середньою спеціальною освітою придатні мають помірну тривожність (11,71 бала), майже вдвічі вищу, ніж обмежено придатні (6,22 бала), і ця різниця є статистично значущою (U = 50,5; p = 0,049). Придатні із середньою повною освітою також перевищують поріг клінічно значущої тривожності (10,33 бала).

Сприйнятий стрес (рис. 3.2, в). Відмінності між придатними та обмежено придатними в межах освітніх груп невеликі: 14,50 і 12,33 бала серед осіб з вищою освітою, 20,00 і 18,56 бала серед осіб із середньою спеціальною освітою (p = 0,489). Отже, сприйнятий стрес залежить насамперед від рівня освіти, а не від статусу: обмежено придатні із середньою спеціальною освітою мають вищий рівень стресу, ніж придатні з вищою освітою.

Симптоми ПТСР (рис. 3.2, г). Найбільші відмінності за статусом спостерігаються саме за цим показником. Серед осіб із середньою спеціальною освітою середній бал PCL-5 придатних (31,14) майже вдвічі перевищує бал обмежено придатних (15,89) і наближається до порогу ймовірного ПТСР; відмінність має характер тенденції (U = 50,0; p = 0,056). Серед осіб з вищою освітою показники обох груп низькі (9,50 і 7,33 бала).

Хоча б один клінічний поріг перевищують 5 із 7 придатних і 3 з 9 обмежено придатних військовослужбовців із середньою спеціальною освітою, 2 з 3 придатних із середньою повною освітою і жоден військовослужбовець з вищою освітою. Отже, статус придатності пов'язаний з емоційним станом передусім у військовослужбовців без вищої освіти: саме в них придатні мають помітно вищі тривожність, депресивність і посттравматичну симптоматику.

Вік. Результати порівняння вікових груп наведено в таблиці 3.3.

Таблиця 3.3 – Показники емоційного стану військовослужбовців залежно від віку: M ± SD (H-критерій Краскела–Уолліса)

Показник	25–35 р. (n = 9)	35–45 р. (n = 5)	45–55 р. (n = 10)	55–60 р. (n = 7)	H	p	ε^2
Депресивність (PHQ-9)	6,11±3,82	4,40±2,41	9,70±5,64	8,86±4,18	5,02	0,170	0,17
Тривожність (GAD-7)	6,22±3,99	3,00±2,12	8,90±5,67	7,57±4,43	5,33	0,149	0,18
Сприйнятий стрес (PSS-10)	16,33±2,40	15,20±2,17	18,70±6,77	16,29±3,82	0,78	0,855	0,03
Симптоми ПТСР (PCL-5)	13,78±9,68	8,40±4,88	21,80±18,17	22,00±14,65	5,25	0,155	0,17

Відмінності між чотирма віковими групами за критерієм Краскела–Уолліса статистично незначущі за всіма показниками (p від 0,149 до 0,855). Водночас простежується певна закономірність. Найнижчі показники депресивності (4,40), тривожності (3,00) і посттравматичної симптоматики (8,40 бала) мають військовослужбовці віком 35–45 років. Найвищі показники депресивності (9,70), тривожності (8,90), сприйнятого стресу (18,70) і посттравматичної симптоматики (21,80) зафіксовано у групі 45–55 років; близькі значення має група 55–60 років.

Для перевірки цієї закономірності військовослужбовців об'єднано у дві ширші групи: молодші (25–45 років; n = 14) і старші (45–60 років; n = 17). Порівняння за U-критерієм Манна–Уітні засвідчило, що старші військовослужбовці мають статистично значуще вищий рівень депресивності (9,35 проти 5,50 бала; p = 0,042). Відмінності за тривожністю (8,35 проти 5,07; p = 0,073) і посттравматичною симптоматикою (21,88 проти 11,86; p = 0,077) мають характер тенденції, а за сприйнятим стресом відсутні (17,71 проти 15,93; p = 0,749).

Отже, вік пов'язаний насамперед із депресивністю. Цей результат узгоджується з уявленням про накопичення втоми, хронічних захворювань і втрат у старших військовослужбовців, а також з даними О. В. Сергієні та співавторів про схильність старших військовослужбовців до хронічних проблем [48]. Водночас сприйнятий стрес від віку не залежить, що вкотре засвідчує його загальний, «фоновий» характер.

Аналіз за статусом придатності в межах вікових груп. Порівняння придатних та обмежено придатних у межах вікових груп (рис. 3.3) слід інтерпретувати обережно, оскільки в трьох із чотирьох вікових груп одна з підгруп налічує від однієї до трьох осіб. Статистичне порівняння можливе лише для групи 45–55 років (6 придатних і 4 обмежено придатні).

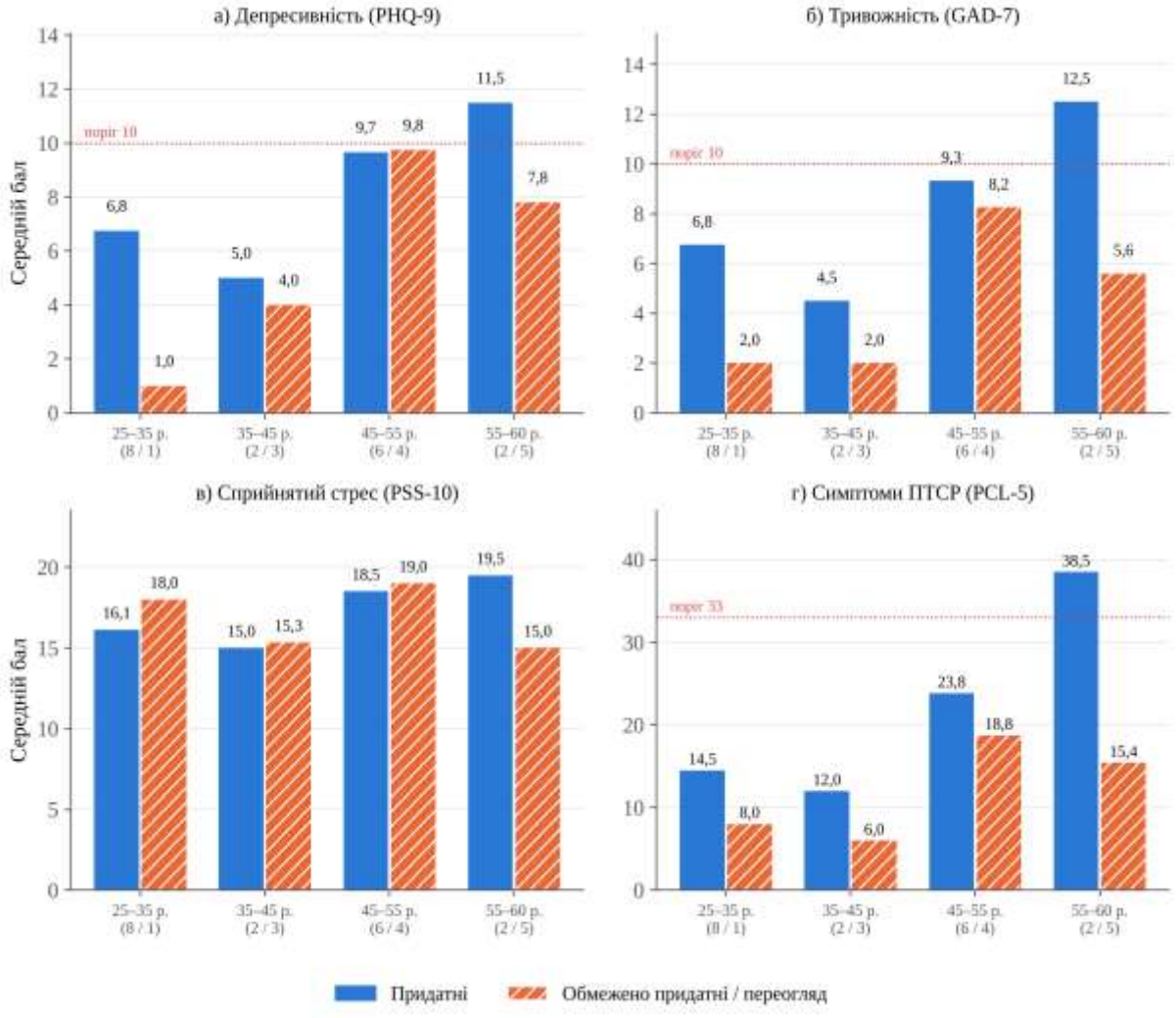


Рисунок 3.3 – Середні показники емоційного стану військовослужбовців залежно від віку та статусу придатності: а) депресивність; б) тривожність; в) сприйнятий стрес; г) симптоми ПТСР (у дужках – кількість придатних / обмежено придатних)

Депресивність (рис. 3.3, а). У віці 25–35 і 35–45 років показники придатних (6,75 і 5,00 бала) вищі, ніж обмежено придатних (1,00 і 4,00 бала), проте не виходять за межі мінімального та легкого рівнів. У групі 45–55

років показники обох груп практично однакові (9,67 і 9,75 бала; U = 12,0; p = 1,000) і наближаються до клінічного порогу. У групі 55–60 років придатні (11,50 бала; n = 2) перевищують поріг, тоді як обмежено придатні (7,80 бала; n = 5) залишаються в межах легкого рівня.

Тривожність (рис. 3.3, б). Придатні мають вищу тривожність у всіх вікових групах, причому різниця найбільша в крайніх групах: 6,75 проти 2,00 бала у віці 25–35 років і 12,50 проти 5,60 бала у віці 55–60 років. У групі 45–55 років показники близькі (9,33 і 8,25 бала; p = 0,762).

Сприйнятий стрес (рис. 3.3, в). Цей показник майже не залежить ні від віку, ні від статусу: у трьох вікових групах відмінність між придатними й обмежено придатними не перевищує 2 балів, а в групі 25–35 років обмежено придатний військовослужбовець має навіть вищий рівень стресу (18,00 бала), ніж придатні (16,12 бала). Лише в групі 55–60 років придатні мають помітно вищий стрес (19,50 проти 15,00 бала).

Симптоми ПТСР (рис. 3.3, г). У придатних військовослужбовців середній бал PCL-5 зростає з віком: від 14,50 і 12,00 бала у віці 25–45 років до 23,83 бала у віці 45–55 років і 38,50 бала у віці 55–60 років. В обмежено придатних такого зростання немає (від 6,00 до 18,75 бала). Найвищий показник, у придатних віком 55–60 років, перевищує поріг імовірного ПТСР, однак він відображає стан лише двох осіб.

Отже, у вікових групах простежується та сама тенденція, що й в освітніх: придатні мають вищу тривожність і посттравматичну симптоматику, і ця різниця зростає у старших вікових групах. Через малу чисельність підгруп ці закономірності мають характер тенденцій і потребують перевірки на більшій вибірці.

Сімейний стан. Показники емоційного стану військовослужбовців з різним сімейним станом наведено в таблиці 3.4.

Таблиця 3.4 – Показники емоційного стану військовослужбовців залежно від сімейного стану: M ± SD (H-критерій Краскела–Уолліса)

Показник	Неодружені (n = 5)	Одружені (n = 15)	Розлучені (n = 10)	Вдівець (n = 1)	H	p	ε^2
Депресивність (PHQ-9)	5,80±3,27	6,27±3,53	10,40±5,93	9,00	3,04	0,218	0,10
Тривожність (GAD-7)	6,00±4,30	5,60±3,40	9,30±6,25	6,00	1,87	0,393	0,06
Сприйнятий стрес (PSS-10)	15,20±1,92	15,93±2,52	19,40±6,82	15,00	1,37	0,504	0,05
Симптоми ПТСР (PCL-5)	10,00±5,10	14,80±10,40	25,20±19,31	14,00	2,13	0,345	0,07

Найвищі середні показники за всіма шкалами мають розлучені військовослужбовці: депресивність – 10,40 бала, тривожність – 9,30, сприйнятий стрес – 19,40, посттравматична симптоматика – 25,20 бала. Одружені (6,27; 5,60; 15,93; 14,80) і неодружені (5,80; 6,00; 15,20; 10,00) військовослужбовці мають помітно нижчі показники. Проте відмінності між групами статистично незначущі (p від 0,219 до 0,504), так само як і безпосереднє порівняння розлучених з одруженими (p від 0,119 до 0,357). Показники єдиного військовослужбовця, який є вдівцем, до статистичного порівняння не включено.

Відсутність статистичної значущості за значної різниці середніх пояснюється великою неоднорідністю групи розлучених: серед них є як особи з мінімальними показниками, так і три військовослужбовці з найвищими балами PCL-5 у вибірці (46, 50 і 54 бали). До того ж 8 із 10 розлучених належать до вікової групи 45–55 років, а 7 із 10 мають середню спеціальну освіту. Отже, сімейний стан у нашій вибірці тісно переплітається з віком та освітою, і його самостійний внесок на вибірці такого обсягу виокремити неможливо.

Водночас тенденція до вищого рівня емоційного неблагополуччя в розлучених військовослужбовців узгоджується з численними даними про протективну роль соціальної підтримки [23; 28]. Розлучення позбавляє військовослужбовця одного з ключових ресурсів подолання і саме є джерелом втрат у термінах теорії збереження ресурсів [58].

Аналіз за статусом придатності в межах груп за сімейним станом. Порівняння придатних і обмежено придатних (рис. 3.4) можливе лише для одружених (8 придатних і 7 обмежено придатних) і розлучених (по 5 осіб у кожній групі), оскільки всі неодружені учасники є придатними, а єдиний вдівець – обмежено придатним.

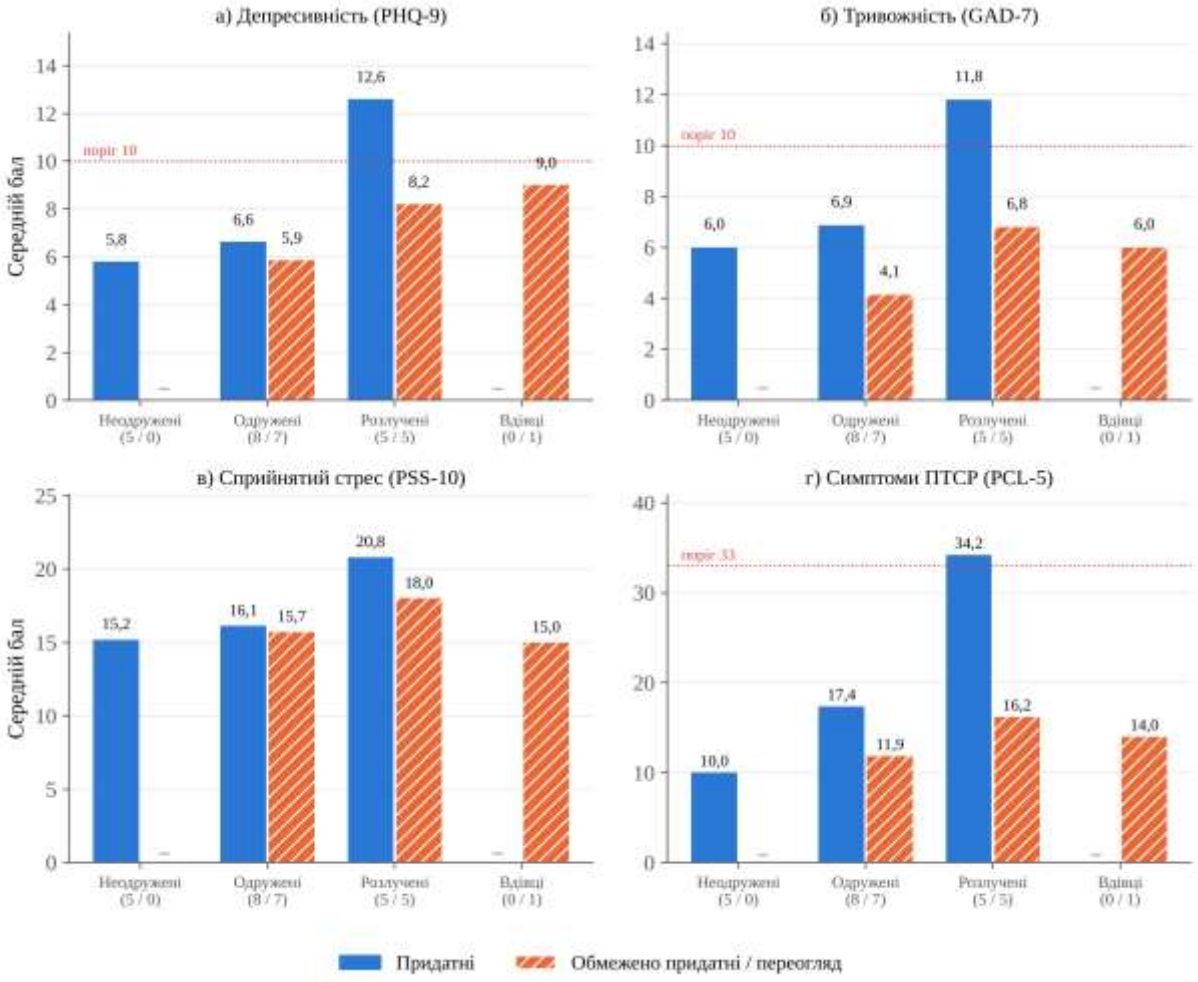


Рисунок 3.4 – Середні показники емоційного стану військовослужбовців залежно від сімейного стану та статусу придатності: а) депресивність; б) тривожність; в) сприйнятий стрес; г) симптоми ПТСР (у дужках – кількість придатних / обмежено придатних)

Депресивність (рис. 3.4, а). Серед одружених показники придатних і обмежено придатних близькі (6,62 і 5,86 бала; p = 0,484) і відповідають легкому рівню. Серед розлучених придатні мають помірну депресивність (12,60 бала), що перевищує клінічний поріг, тоді як обмежено придатні – легку (8,20 бала); проте відмінність статистично незначуща (p = 0,248).

Тривожність (рис. 3.4, б). Серед одружених придатні мають статистично значуще вищу тривожність, ніж обмежено придатні (6,88 проти 4,14 бала; U = 45,5; p = 0,048). Серед розлучених різниця ще більша за величиною (11,80 проти 6,80 бала), але через малу чисельність підгруп незначуща (p = 0,310).

Сприйнятий стрес (рис. 3.4, в). Рівень стресу одружених військовослужбовців майже не залежить від статусу (16,12 і 15,71 бала). У розлучених він вищий в обох групах (20,80 і 18,00 бала), що узгоджується з уявленням про втрату сімейної підтримки як самостійне джерело стресу.

Симптоми ПТСР (рис. 3.4, г). Найвищий середній бал PCL-5 серед усіх підгруп за сімейним станом (34,20) мають розлучені придатні військовослужбовці; він перевищує поріг імовірного ПТСР. Серед розлучених обмежено придатних цей показник удвічі нижчий (16,20 бала; p = 0,249). Серед одружених різниця менша (17,38 проти 11,86 бала; p = 0,222).

Хоча б один клінічний поріг перевищують 4 з 5 розлучених придатних і 2 з 5 розлучених обмежено придатних, 2 з 8 одружених придатних і 1 із 7 одружених обмежено придатних військовослужбовців. Отже, поєднання статусу «придатний» з розлученням супроводжується найвищим рівнем емоційного неблагополуччя.

Узагальнюючи результати аналізу за всіма трьома соціально-демографічними чинниками, можна виокремити спільну закономірність. У більшості підгруп придатні військовослужбовці мають вищі показники тривожності, депресивності та посттравматичної симптоматики, ніж обмежено придатні тієї самої категорії, тоді як сприйнятий стрес від статусу майже не залежить. Найбільші відмінності за статусом спостерігаються в підгрупах з несприятливим соціально-демографічним профілем: у військовослужбовців без вищої освіти, старшого віку та розлучених. Статистично значущими в межах окремих підгруп виявилися відмінності за тривожністю серед осіб із середньою спеціальною освітою (p = 0,049) та серед одружених (p = 0,048). Ця закономірність стала підставою для багатофакторного аналізу.

3.3. Аналіз статусу придатності з урахуванням рівня освіти, сімейного стану та вікових груп військовослужбовців

Результати попередніх підрозділів поставили питання: чи пов'язаний статус придатності з емоційним станом військовослужбовців, якщо врахувати, що групи відрізняються за освітою та віком? Група обмежено придатних є старшою і має нижчий освітній рівень, тобто сукупність характеристик, які самі пов'язані з вищими показниками неблагополуччя. Якщо придатні військовослужбовці дійсно мають вищий рівень тривожності та посттравматичної симптоматики, ця відмінність може бути «прихована» тим, що серед обмежено придатних більше людей з несприятливим соціально-демографічним профілем.

Для перевірки цього припущення спочатку порівняно групи з різним статусом окремо серед військовослужбовців з вищою освітою та без неї (об'єднавши осіб із середньою повною та середньою спеціальною освітою; див. рис. 3.2 і табл. Б.3 Додатка Б).

Серед військовослужбовців з вищою освітою (8 придатних і 3 обмежено придатних) показники обох груп низькі й майже однакові: депресивність – 4,25 і 4,33 бала, тривожність – 3,88 і 2,67, сприйнятий стрес – 14,50 і 12,33, посттравматична симптоматика – 9,50 і 7,33 бала. Статистично значущих відмінностей немає.

Інша картина спостерігається серед військовослужбовців без вищої освіти (10 придатних і 10 обмежено придатних). У цій підгрупі придатні мають помітно вищі показники за всіма шкалами: депресивність – 11,10 проти 7,80 бала ($p = 0,088$), тривожність – 11,30 проти 6,10 бала ($p = 0,023$), сприйнятий стрес – 19,30 проти 17,80 бала ($p = 0,360$), посттравматична симптоматика – 28,40 проти 15,60 бала ($p = 0,041$). Відмінності за тривожністю та посттравматичною симптоматикою є статистично значущими. Середній бал PCL-5 придатних військовослужбовців без вищої освіти (28,40) наближається до порогу ймовірного ПТСР.

Отже, вплив статусу придатності проявляється не в усій вибірці, а насамперед у військовослужбовців без вищої освіти. Для формальної перевірки цього висновку застосовано множинний регресійний аналіз на рангах. Залежними змінними були ранги кожного з чотирьох показників емоційного стану, незалежними – статус придатності (1 – придатний, 0 – обмежено придатний), наявність вищої освіти (1 – так, 0 – ні) та вікова група (від 1 – 25–35 років до 4 – 55–60 років). Результати наведено в таблиці 3.5.

Таблиця 3.5 – Результати множинного регресійного аналізу на рангах: зв'язок статусу придатності, освіти та віку з показниками емоційного стану (df = 27)

Залежна змінна (ранги)	Чинник	β	t	p	R^2
Депресивність (PHQ-9)	Статус «придатний»	6,49	2,26	0,032	0,43
	Вища освіта	−10,26	−3,57	0,001	
	Вікова група	2,00	1,55	0,132	
Тривожність (GAD-7)	Статус «придатний»	9,42	3,50	0,002	0,50
	Вища освіта	−10,42	−3,86	< 0,001	
	Вікова група	1,83	1,52	0,141	
Сприйнятий стрес (PSS-10)	Статус «придатний»	3,89	1,34	0,192	0,41
	Вища освіта	−12,30	−4,22	< 0,001	
	Вікова група	−1,04	−0,80	0,431	
Симптоми ПТСР (PCL-5)	Статус «придатний»	7,60	2,59	0,015	0,40
	Вища освіта	−9,50	−3,22	0,003	
	Вікова група	1,95	1,48	0,150	

За одночасного врахування освіти та віку статус придатності виявився статистично значущим чинником для трьох із чотирьох показників. Придатні військовослужбовці за інших рівних умов мають вищі ранги депресивності (β = 6,49; p = 0,032), тривожності (β = 9,42; p = 0,002) і посттравматичної симптоматики (β = 7,60; p = 0,015). Для сприйнятого стресу зв'язок зі статусом незначущий (β = 3,89; p = 0,192). Наявність вищої освіти є

найсильнішим чинником у всіх чотирьох моделях і пов'язана зі значно нижчими рангами всіх показників ($p \leq 0{,}003$). Вікова група за врахування статусу та освіти значущого самостійного внеску не має (p від 0,132 до 0,431). Моделі пояснюють від 40 % до 50 % варіативності рангів показників.

Для наочності ту саму модель оцінено на вихідних балах. За інших рівних умов придатні військовослужбовці мають у середньому на 3,2 бала вищу депресивність ($p = 0{,}045$), на 4,7 бала вищу тривожність ($p = 0{,}002$) і на 12,6 бала вищу посттравматичну симптоматику ($p = 0{,}011$), ніж обмежено придатні. Наявність вищої освіти пов'язана з нижчими на 5,0 бала депресивністю ($p = 0{,}003$), на 5,5 бала тривожністю ($p = 0{,}001$), на 5,0 бала сприйнятим стресом ($p = 0{,}004$) і на 13,0 бала посттравматичною симптоматикою ($p = 0{,}009$). Ці оцінки збігаються з ранговими за напрямом і значущістю.

Отже, багатофакторний аналіз дає змогу уточнити висновок підрозділу 3.1. Статус придатності пов'язаний з емоційним станом військовослужбовців, але цей зв'язок маскується тим, що обмежено придатні є старшими і мають нижчий рівень освіти. Після врахування цих відмінностей виявляється, що придатні військовослужбовці мають вищий рівень тривожності, депресивності та посттравматичної симптоматики. Сприйнятий стрес залишається однаково високим незалежно від статусу.

Кумулятивний профіль ризику. Теоретичний аналіз (підрозділ 1.4) показав, що несприятливі чинники можуть діяти кумулятивно, утворюючи «спіраль утрат» [58]. Щоб перевірити це положення, для кожного військовослужбовця обчислено індекс кумулятивного ризику – кількість наявних несприятливих чинників із трьох: вік від 45 років, відсутність вищої освіти, статус розлученого чи вдівця. Індекс набуває значень від 0 до 3. Середні показники емоційного стану за рівнями індексу наведено на рисунку 3.5.

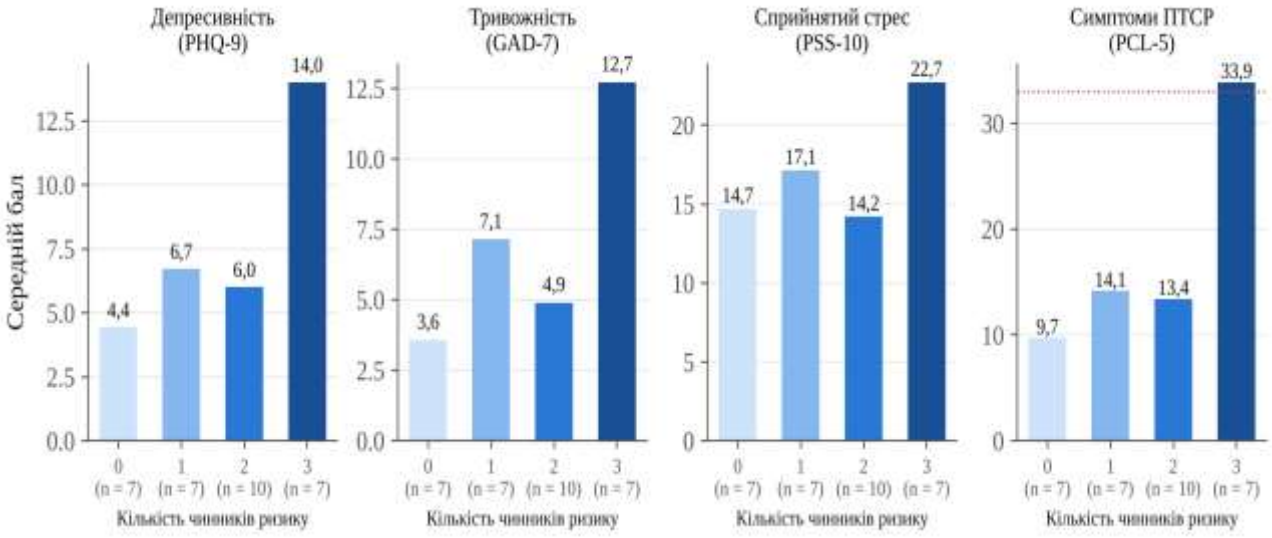


Рисунок 3.5 – Середні показники емоційного стану залежно від кількості чинників ризику (вік від 45 років, відсутність вищої освіти, розлучення або вдівство)

Індекс кумулятивного ризику статистично значуще корелює з усіма чотирма показниками: депресивністю ($\rho = 0{,}58$; $p < 0{,}001$), тривожністю ($\rho = 0{,}50$; $p = 0{,}005$), посттравматичною симптоматикою ($\rho = 0{,}49$; $p = 0{,}005$) і сприйнятим стресом ($\rho = 0{,}36$; $p = 0{,}049$). Проте зв'язок не є рівномірно лінійним. Військовослужбовці з одним чи двома чинниками ризику мають близькі показники, тоді як за наявності всіх трьох чинників спостерігається різке зростання: середня депресивність сягає 14,00 бала (помірний рівень), тривожність – 12,71 бала (помірний рівень), сприйнятий стрес – 22,71 бала, а посттравматична симптоматика – 33,86 бала, що перевищує поріг імовірного ПТСР. З 7 військовослужбовців, які мають усі три чинники ризику, у 4 бал PCL-5 становить 33 і більше. Серед 24 військовослужбовців з меншою кількістю чинників таких лише двоє.

Профіль осіб з імовірним ПТСР. Для поглибленого аналізу розглянуто характеристики шести військовослужбовців, бал PCL-5 яких становить 33 і більше (табл. 3.6).

Таблиця 3.6 – Характеристики військовослужбовців з імовірним ПТСР (PCL-5 ≥ 33; n = 6)

№ протоколу	Статус	Вік	Освіта	Сімейний стан	PHQ-9	GAD-7	PSS-10	PCL-5	Чинників ризику
6	придатний	45–55	серед. спец.	розлучений	16	17	26	54	3
10	придатний	45–55	серед. спец.	розлучений	17	16	25	50	3
7	придатний	55–60	серед. спец.	розлучений	15	14	23	46	3
11	придатний	25–35	серед. повна	одружений	12	12	21	37	1
2	обмежено придатний	45–55	серед. спец.	розлучений	15	11	30	34	3
5	обмежено придатний	55–60	серед. спец.	одружений	14	11	19	33	2

Аналіз таблиці 3.6 засвідчує виразний спільний профіль. П'ятеро з шести військовослужбовців мають вік 45 років і більше, п'ятеро – середню спеціальну освіту, четверо – розлучені. Четверо належать до групи придатних, двоє – до групи обмежено придатних. В усіх шести осіб одночасно підвищені показники депресивності (12–17 балів) і тривожності (11–17 балів), тобто посттравматична симптоматика поєднується з тривожно-депресивною. Трьом військовослужбовцям з найвищими балами PCL-5 (46, 50 і 54 бали) притаманне поєднання всіх ризикових характеристик: старший вік, середня спеціальна освіта, розлучення і статус придатного до служби.

Отже, найбільш вразливою групою в дослідженій вибірці є не військовослужбовці з певним статусом придатності як такі, а особи, у яких поєднуються кілька несприятливих чинників. Статус «придатний» у поєднанні зі старшим віком, відсутністю вищої освіти та сімейної підтримки утворює профіль найвищого ризику.

Взаємозв'язки показників емоційного стану. Для з'ясування структури емоційного неблагополуччя військовослужбовців проаналізовано взаємозв'язки між чотирма показниками. Через ненормальний розподіл даних основним методом обрано коефіцієнт рангової кореляції Спірмена. Для зіставлення з попередніми розрахунками наведено також коефіцієнти кореляції Пірсона (табл. 3.7, рис. 3.6).

Таблиця 3.7 – Коефіцієнти кореляції між показниками емоційного стану військовослужбовців (n = 31)

Пара показників	ρ Спірмена	p	r Пірсона	p
Депресивність – тривожність	0,937	< 0,001	0,939	< 0,001
Депресивність – сприйнятий стрес	0,746	< 0,001	0,816	< 0,001
Депресивність – симптоми ПТСР	0,897	< 0,001	0,880	< 0,001
Тривожність – сприйнятий стрес	0,743	< 0,001	0,780	< 0,001
Тривожність – симптоми ПТСР	0,932	< 0,001	0,900	< 0,001
Сприйнятий стрес – симптоми ПТСР	0,745	< 0,001	0,814	< 0,001

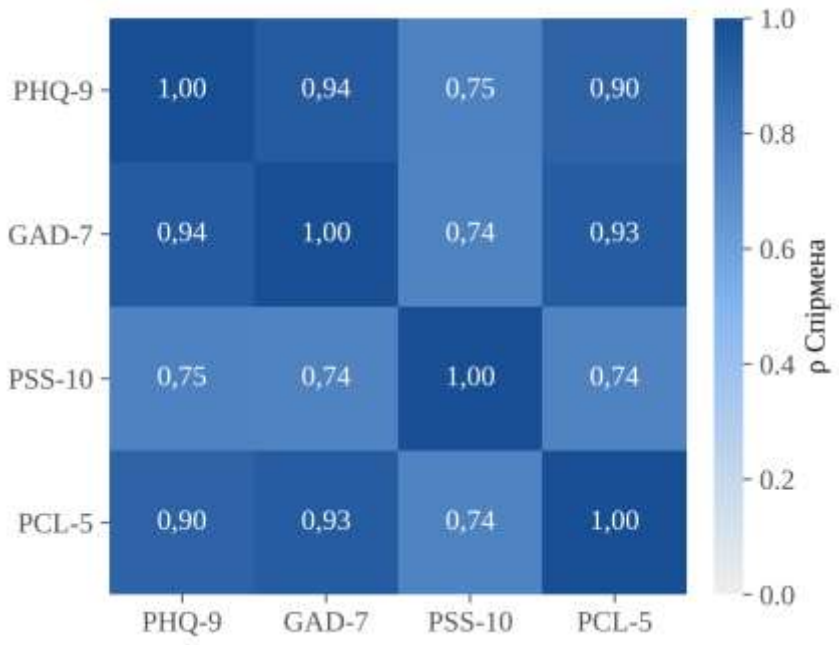


Рисунок 3.6 – Матриця коефіцієнтів рангової кореляції Спірмена між показниками емоційного стану військовослужбовців (n = 31; для всіх коефіцієнтів p < 0,001)

Усі коефіцієнти кореляції додатні, високі за величиною і статистично значущі на рівні p < 0,001. Це засвідчує, що депресивність, тривожність, сприйнятий стрес і посттравматична симптоматика утворюють єдиний комплекс емоційного неблагополуччя.

Найтісніший зв'язок виявлено між депресивністю і тривожністю (ρ = 0,94), а також між тривожністю і посттравматичною симптоматикою

(ρ = 0,93). Тісний зв'язок депресивності й тривожності відповідає даним про поєднання симптомів посттравматичного стресу, тривоги та депресії в учасників бойових дій [16; 53] і узгоджується з уявленням про те, що тривога та депресія містять спільні базові емоції [10]. Водночас частково цей зв'язок зумовлений змістовим перекриттям методик: обидві шкали містять пункти про порушення сну, втому, труднощі з концентрацією та дратівливість.

Тісний зв'язок тривожності та посттравматичної симптоматики (ρ = 0,93) пояснюється тим, що кластер змін збудливості й реактивності в PCL-5 (гіперпильність, напруження, дратівливість, порушення сну) змістовно близький до проявів генералізованої тривоги. З позицій когнітивних моделей ПТСР, відчуття поточної загрози, яке підтримує розлад, безпосередньо проявляється в тривозі [52].

Сприйнятий стрес пов'язаний з іншими показниками дещо слабше (ρ = 0,74–0,75). Це узгоджується з його природою: PSS-10 вимірює не симптоми, а когнітивну оцінку життєвої ситуації як неконтрольованої. Сприйнятий стрес тісно пов'язаний з емоційним неблагополуччям, але не зводиться до нього. Водночас сам факт тісного зв'язку засвідчує, що суб'єктивне відчуття втрати контролю над життям є невід'ємною складовою емоційного неблагополуччя військовослужбовців.

Порівняння коефіцієнтів Спірмена й Пірсона показує, що вони близькі за величиною: різниця не перевищує 0,07. Найбільше відрізняються коефіцієнти для пар зі сприйнятим стресом (наприклад, для пари «депресивність – стрес» ρ = 0,75, r = 0,82). Коефіцієнт Пірсона в цьому разі дещо завищений через вплив кількох екстремальних значень, тому інтерпретацію доцільно ґрунтувати на коефіцієнтах Спірмена.

Додатково проаналізовано зв'язки показників емоційного стану з віковою групою (як порядковою змінною) і статусом придатності. Вікова група слабко і статистично незначуще корелює з депресивністю (ρ = 0,29; p = 0,114), посттравматичною симптоматикою (ρ = 0,25; p = 0,172) і тривожністю (ρ = 0,21; p = 0,260) та практично не пов'язана зі сприйнятим

стресом (ρ = −0,01; p = 0,968). Статус придатності корелює з показниками ще слабше (ρ від 0,12 до 0,31; усі p > 0,05), найбільше – з тривожністю (ρ = 0,31; p = 0,092). Ці результати узгоджуються з даними порівняльного аналізу: окремо взяті вік і статус є слабкими предикторами, а їхній внесок проявляється лише в поєднанні з іншими чинниками.

Отже, кореляційний аналіз підтвердив системний характер емоційного неблагополуччя військовослужбовців. Для практики це означає, що виявлення підвищених значень за однією шкалою має бути підставою для оцінювання інших: військовослужбовець із високою тривожністю з високою ймовірністю має також депресивні та посттравматичні прояви.

Обговорення результатів. Отримані результати дають змогу відповісти на центральне питання роботи: чи пов'язаний статус придатності до військової служби з емоційним станом військовослужбовців. Відповідь не є однозначною і складається з трьох положень.

По-перше, безпосереднє порівняння придатних та обмежено придатних військовослужбовців не виявило статистично значущих відмінностей за жодним із чотирьох показників. Частки військовослужбовців, які перевищують клінічні пороги, у групах також однакові. Отже, статус придатності сам по собі не є надійним маркером психологічного неблагополуччя, і орієнтуватися на нього під час визначення потреби в допомозі недоцільно.

По-друге, за врахування освіти та віку виявляється, що придатні військовослужбовці мають вищий рівень тривожності, депресивності та посттравматичної симптоматики. Найімовірнішим поясненням є різниця у впливі бойових стресорів. Придатні військовослужбовці можуть бути залучені до виконання завдань з найвищим ризиком, і їхній емоційний стан відображає постійну готовність до загрози. Цей результат узгоджується з даними про зв'язок вираженості індикаторів ПТСР з екстремальними чинниками бойової діяльності [17; 23], а також із моделлю бойового стресу, описаною О. М. Кокуном зі співавторами [18]. Водночас висновок ВЛК про

обмежену придатність може сприйматися частиною військовослужбовців не лише як утрата, а і як зменшення безпосередньої загрози. Варто наголосити, що в дослідженні не вимірювалася інтенсивність бойового досвіду, тому пояснення через бойове навантаження є припущенням, яке потребує перевірки.

По-третє, сприйнятий стрес є однаковим у військовослужбовців обох груп і не залежить від статусу та віку. Цей результат можна інтерпретувати двояко. З одного боку, він засвідчує загальний фон стресового навантаження, характерний для служби в умовах війни. З іншого боку, однаковий рівень сприйнятого стресу в групах із різним рівнем симптоматики означає, що в обмежено придатних він має інше джерело: не безпосередню загрозу, а невизначеність щодо майбутнього, втрату контролю та звичної ролі [9; 51]. Слід звернути увагу, що єдиний у вибірці військовослужбовець із високим рівнем сприйнятого стресу (30 балів) належить до групи обмежено придатних. Тобто стрес статусної невизначеності співмірний за інтенсивністю зі стресом бойової служби, хоча й не супроводжується таким самим рівнем тривожної та посттравматичної симптоматики.

Найсильнішим і найстійкішим чинником емоційного стану в дослідженні виявився рівень освіти. Військовослужбовці з вищою освітою мають низькі показники незалежно від статусу придатності, тоді як серед осіб без вищої освіти статус пов'язаний з емоційним станом найвиразніше. Це дає змогу розглядати вищу освіту як чинник, що буферує вплив стресорів військової служби. Протективна роль освіти узгоджується з даними про значення ситуаційно-демографічних чинників [35], а також із концепцією ресурсів С. Гобфолла [58]. Водночас освіта в нашій вибірці переплітається з віком і посадовим становищем, тож її ефект може частково відображати ці чинники.

Можливі й альтернативні пояснення протективної ролі освіти. Вища освіта у військовому середовищі часто пов'язана з офіцерськими або технічними посадами, які передбачають більший контроль над власною

діяльністю, доступ до інформації та участь в ухваленні рішень. Саме ці характеристики, а не освіта як така, можуть зменшувати відчуття безпорадності та невизначеності. Цікаво, що в клінічному дослідженні військовослужбовців ЗСУ офіцери рідше, ніж рядові, мали ПТСР, хоча частіше – комплексний ПТСР [59]. Оскільки посада в нашому дослідженні не фіксувалася, розмежувати вплив освіти та посади неможливо, що визначає одне з завдань подальших досліджень.

Виявлений кумулятивний профіль ризику (старший вік, відсутність вищої освіти, розлучення) відповідає принципу «спіралей утрат»: військовослужбовці, які вже мають менше ресурсів, більш вразливі до нових утрат [58]. Висока частка ймовірного ПТСР у цій підгрупі вказує на те, що саме такі військовослужбовці мають бути пріоритетом психологічного супроводу незалежно від їхнього статусу придатності.

Порівняння з іншими дослідженнями засвідчує, що частка військовослужбовців з імовірним ПТСР у нашій вибірці (19,4 %) суттєво нижча, ніж у клінічній вибірці військовослужбовців ЗСУ, які перебували на лікуванні та реабілітації (67,4 %) [59]. Різниця пояснюється як складом вибірок (особи, що проходять службу в підрозділі, і пацієнти медичних закладів), так і методами оцінювання (скринінгова шкала і клінічне інтерв'ю). Отримані частки клінічно значущої депресивності (25,8 %) і тривожності (32,3 %) співмірні з даними досліджень населення України в умовах війни [13]. Це засвідчує, що психологічне неблагополуччя військовослужбовців розгортається на тлі загальної травматизації суспільства.

Отримані дані узгоджуються з результатами українських досліджень періоду повномасштабної війни. Р. Осадчук відзначає, що тривожність військовослужбовців після 2022 р. зросла і ускладнює їхню подальшу реадаптацію [33]; у нашій вибірці тривожність є саме тим показником, за яким групи з різним статусом відрізняються найбільше. І. І. Приходько зі співавторами описують у військовослужбовців після тривалої участі в

бойових діях поєднання гострих стресових реакцій, афективних і тривожних розладів та порушень адаптації [39]. Тісні кореляції між показниками в нашому дослідженні підтверджують, що ці прояви утворюють єдиний комплекс, а не існують ізольовано.

Варто звернути увагу і на зв'язок отриманих результатів із проблемою звернення по допомогу. Дослідження засвідчують, що проблеми психічного здоров'я ускладнюють військово-професійну адаптацію, а значна частина військовослужбовців і ветеранів не звертається по допомогу через побоювання стигматизації [7; 55]. У нашій вибірці військовослужбовці з найвищими показниками посттравматичної симптоматики мають статус придатних, тобто продовжують виконувати службові обов'язки в повному обсязі. Це може означати, що їхні проблеми залишаються непоміченими, оскільки висновок ВЛК ґрунтується насамперед на соматичних критеріях. Отже, психологічний скринінг під час проходження ВЛК є важливим доповненням до медичного огляду.

Нарешті, результати дослідження мають значення для розуміння ролі соціальної підтримки. Найвищі показники неблагополуччя виявлено в розлучених військовослужбовців, а моральна травма, як показує Л. В. Засєкіна зі співавторами, значною мірою пов'язана з переживанням зради і втрати довіри [64]. Утрата сімейної підтримки може посилювати ці переживання і робити людину вразливішою до наслідків як бойового стресу, так і статусних змін. Тому залучення родини та побратимів має бути обов'язковою складовою психологічного супроводу.

Результати дослідження мають такі обмеження, які необхідно враховувати під час їх узагальнення.

1. Малий обсяг вибірки (n = 31) і особливо підгруп обмежує статистичну потужність. Частину відмінностей, які проявилися на рівні тенденцій, можна було б підтвердити на більшій вибірці.

2. Вибірку сформовано методом цільового відбору на базі одного підрозділу; вона не є репрезентативною щодо підрозділу за віком і часткою обмежено придатних, а тим більше щодо Збройних Сил України загалом.

3. Дослідження має одномоментний (крос-секційний) характер, що не дає змоги встановити причинно-наслідкові зв'язки. Можливий і зворотний зв'язок: погіршення психічного стану може впливати на висновок ВЛК.

4. Не вимірювалися інтенсивність і тривалість бойового досвіду, наявність поранень, тривалість перебування в стані переогляду, стать і посада, які можуть впливати на емоційний стан.

5. Вік фіксувався за інтервалами, що обмежує точність аналізу вікового чинника.

6. Група «обмежено придатні / у стані переогляду» є неоднорідною: до неї входять як військовослужбовці, які вже отримали висновок про придатність до служби в частинах забезпечення, так і ті, хто очікує повторного огляду.

7. Усі методики є шкалами самозвіту, на відповіді за якими можуть впливати соціальна бажаність і побоювання щодо наслідків для служби.

Перспективи подальших досліджень полягають у проведенні лонгітюдного дослідження, яке дасть змогу простежити динаміку емоційного стану військовослужбовців до, під час і після проходження ВЛК; у залученні більших і випадкових вибірок з кількох підрозділів; у вимірюванні бойового досвіду, тривалості статусної невизначеності, нетерпимості до невизначеності та психологічного благополуччя; у дослідженні тимчасово непридатних військовослужбовців, які перебувають на лікуванні та реабілітації; а також в оцінюванні ефективності запропонованої програми психологічного супроводу.

3.4. Програма психологічного супроводу військовослужбовців у період визначення або зміни статусу придатності за результатами дослідження

Результати емпіричного дослідження дають змогу сформулювати кілька положень, на яких ґрунтується програма психологічного супроводу.

1. Статус придатності сам по собі не визначає потреби в психологічній допомозі: клінічно значущі прояви трапляються в обох групах. Отже, скринінг має охоплювати всіх військовослужбовців, які проходять ВЛК, а не лише тих, хто отримав обмеження.

2. Сприйнятий стрес однаково високий незалежно від статусу, а для обмежено придатних його головним джерелом є невизначеність. Отже, необхідний окремий інформаційний компонент, спрямований на зменшення невизначеності.

3. Найвищий ризик мають військовослужбовці з поєднанням кількох несприятливих чинників (вік від 45 років, відсутність вищої освіти, розлучення). Їм необхідний пріоритетний індивідуальний супровід.

4. Депресивність, тривожність і посттравматична симптоматика тісно пов'язані. Отже, втручання мають бути комплексними, а виявлення підвищених значень за однією шкалою – приводом для оцінювання інших.

Мета програми – збереження та відновлення психологічного благополуччя військовослужбовців у період визначення або зміни статусу придатності до військової служби, запобігання розвитку тривожних, депресивних і посттравматичних розладів, сприяння адаптації до нової військово-професійної ролі.

Завдання програми:

– своєчасно виявляти військовослужбовців з підвищеним рівнем емоційного неблагополуччя та групи підвищеного психологічного ризику;

– знижувати рівень невизначеності через надання чіткої інформації про процедуру ВЛК та її наслідки;

– формувати навички саморегуляції емоційних станів і подолання стресу;

– сприяти переосмисленню військово-професійної ідентичності та пошуку сенсу в новій ролі;

– активізувати соціальну підтримку з боку побратимів, командування та родини;

– забезпечувати своєчасне скерування до фахівців у сфері психічного здоров'я в разі виявлення ознак розладів.

Принципи програми: добровільність і конфіденційність; відокремленість психологічного супроводу від процедури військово-лікарської експертизи (результати скринінгу не передаються до ВЛК без згоди військовослужбовця); диференційованість залежно від рівня ризику; комплексність; доказовість (використання методів з доведеною ефективністю); наступність (супровід не припиняється після отримання висновку ВЛК).

Програма ґрунтується на сучасних підходах до психологічної допомоги військовослужбовцям та постраждалим від травматичних подій. Основу становлять принципи першої психологічної допомоги та психологічної допомоги постраждалим унаслідок кризових подій [27; 45], методи формування стресостійкості й саморегуляції [19; 46], когнітивно-поведінкові техніки, рекомендовані клінічним протоколом [44], а також досвід психологічної роботи з військовослужбовцями, напрацьований українськими фахівцями [15; 18; 21; 39]. Доцільність групових психоедукаційних і тренінгових форм роботи з військовослужбовцями обґрунтовано в працях із психології екстремальної діяльності [7; 38]. Структуру програми наведено в таблиці 3.8.

Таблиця 3.8 – Структура програми психологічного супроводу військовослужбовців у період визначення або зміни статусу придатності

Етап	Зміст і методи	Тривалість і форма	Виконавці
1. Скринінг і визначення рівня ризику	Заповнення PHQ-9, GAD-7, PSS-10, PCL-5 і анкети; розподіл за рівнями ризику (високий, підвищений, базовий); скерування осіб високого ризику до фахівців у сфері психічного здоров'я	Під час направлення на ВЛК; 15–20 хв, індивідуально	Офіцер-психолог
2. Інформаційно-психоедукаційний модуль	Роз'яснення порядку ВЛК, можливих висновків і їхніх наслідків, прав військовослужбовця; психоедукація щодо реакцій на стрес; пам'ятка з алгоритмом дій	1 зустріч, 60–90 хв, група	Психолог, представники медичної служби та кадрового органу

Продовження таблиці 3.8

3. Груповий модуль «Перехід»	Шість занять: стрес і невизначеність; саморегуляція; когнітивна переоцінка; ідентичність і сенс; провина, сором і підтримка; індивідуальний план	6 занять по 90 хв, 2 рази на тиждень, групи 6–10 осіб	Офіцер-психолог
4. Індивідуальний супровід груп ризику	Консультації з використанням когнітивно-поведінкових технік, мотиваційного консультування, стабілізації; координація з медичною службою	4–8 консультацій по 50 хв	Психолог, за потреби – лікар-психіатр, клінічний психолог
5. Робота з командирами та родиною	Рекомендації командирам щодо комунікації та запобігання стигматизації; консультації для членів родини (за згодою військовослужбовця)	Протягом усього періоду	Психолог, командири підрозділів
6. Моніторинг ефективності	Повторне тестування за PHQ-9, GAD-7, PSS-10, PCL-5; аналіз динаміки та частки осіб вище клінічних порогів; опитування учасників щодо корисності занять	Після групового модуля та через 3 місяці після висновку ВЛК	Офіцер-психолог

Етап 1. Скринінг і визначення рівня ризику. Під час направлення на ВЛК кожному військовослужбовцю пропонують анонімно або конфіденційно заповнити чотири шкали (PHQ-9, GAD-7, PSS-10, PCL-5). Заповнення займає 15–20 хвилин. За результатами визначають рівень ризику:

– високий рівень – PCL-5 ≥ 33, або PHQ-9 ≥ 15, або GAD-7 ≥ 15, або будь-яка позитивна відповідь на пункт 9 PHQ-9; потребує невідкладної індивідуальної бесіди з психологом і скерування до лікаря-психіатра чи клінічного психолога відповідно до клінічного протоколу [44];

– підвищений рівень – PHQ-9 або GAD-7 від 10 до 14 балів, або наявність двох і більше чинників ризику (вік від 45 років, відсутність вищої освіти, розлучення чи вдівство, відсутність соціальної підтримки); потребує участі в груповому модулі та індивідуального супроводу;

– базовий рівень – показники нижче наведених порогів; передбачає участь в інформаційному модулі та за бажанням – у груповому.

Етап 2. Інформаційно-психоедукаційний модуль. Його мета – зменшити невизначеність, яка, за результатами дослідження, є провідним джерелом стресу для обмежено придатних. Психолог разом із представником медичної служби та кадрового органу проводить зустріч, на якій пояснює порядок проходження ВЛК, можливі висновки та їхні наслідки для служби, строки ухвалення рішень, права військовослужбовця та порядок оскарження висновку. Учасники отримують пам'ятку з покроковим алгоритмом дій. Окремо надається інформація про нормальні реакції на стрес, ознаки, які потребують звернення по допомогу, і доступні ресурси психологічної підтримки.

Етап 3. Груповий модуль «Перехід». Модуль складається з шести занять тривалістю 90 хвилин, які проводяться двічі на тиждень у групах по 6–10 осіб. Детальний план занять наведено в Додатку В (табл. В.1).

Заняття 1 «Стрес і невизначеність» – знайомство, правила групи, психоедукація про механізми стресу й тривоги, нормалізація реакцій, ведення щоденника стресових ситуацій.

Заняття 2 «Тіло і саморегуляція» – навчання діафрагмальному диханню, прогресивній м'язовій релаксації Е. Джекобсона [46], технікам заземлення для зниження гострої тривоги та інтрузивних спогадів.

Заняття 3 «Думки про майбутнє» – виявлення автоматичних негативних думок щодо статусу та майбутнього («я більше нікому не потрібен», «мене списали»), їх когнітивна переоцінка, розрізнення того, що людина контролює, і того, що не контролює [15; 52].

Заняття 4 «Хто я тепер» – робота з військово-професійною ідентичністю: аналіз цінностей, сильних сторін і досвіду, які зберігаються незалежно від посади; пошук сенсу служби в новій ролі [49; 50].

Заняття 5 «Провина, сором і підтримка» – обговорення переживань провини перед побратимами, сорому, гніву; техніки самоспівчуття; обмін досвідом у групі; запрошення військовослужбовців, які вже успішно адаптувалися до нової ролі [7; 64].

Заняття 6 «Мій план» – складання індивідуального плану на наступні три місяці (служба, здоров'я, родина, навчання), визначення ресурсів підтримки, підбиття підсумків.

Етап 4. Індивідуальний супровід. Призначається військовослужбовцям високого та підвищеного рівня ризику. Передбачає 4–8 індивідуальних консультацій з використанням методів когнітивно-поведінкової терапії, мотиваційного консультування та технік стабілізації. Для військовослужбовців із підвищеним рівнем посттравматичної симптоматики застосовують методи, рекомендовані клінічним протоколом, або скеровують їх до спеціалізованої допомоги [14; 44]. Особливу увагу приділяють військовослужбовцям, у яких поєднуються кілька чинників ризику: старшим за віком, розлученим, без вищої освіти. Для них важливо активізувати наявні соціальні зв'язки та допомогти у вирішенні практичних питань, пов'язаних зі зміною місця служби.

Етап 5. Робота з командирами та родиною. Командирам надаються рекомендації щодо комунікації з військовослужбовцями, які проходять ВЛК: своєчасне інформування про рішення, недопущення стигматизації та негативних висловлювань про «тилових», залучення досвіду таких військовослужбовців до навчання особового складу. Для членів родини за згодою військовослужбовця проводяться консультації щодо підтримки близької людини в період зміни статусу.

Етап 6. Моніторинг ефективності. Повторне тестування за PHQ-9, GAD-7, PSS-10 і PCL-5 здійснюють після завершення групового модуля та через три місяці після отримання висновку ВЛК. Критеріями ефективності програми є зниження середніх показників за шкалами, зменшення частки військовослужбовців, які перевищують клінічні пороги, а також суб'єктивна оцінка учасниками корисності занять. Індивідуальна динаміка обговорюється з військовослужбовцем і використовується для корекції подальшого супроводу.

Очікувані результати реалізації програми:

– своєчасне виявлення військовослужбовців із клінічно значущими проявами депресивності, тривожності та посттравматичної симптоматики, зокрема серед тих, хто визнаний придатним до служби;

– зниження рівня сприйнятого стресу та тривожності завдяки зменшенню невизначеності щодо процедури ВЛК та її наслідків;

– оволодіння учасниками навичками саморегуляції, які вони можуть застосовувати самостійно;

– формування реалістичного позитивного образу себе в новій військово-професійній ролі;

– зменшення стигматизації військовослужбовців, переведених до підрозділів забезпечення, і зміцнення взаємопідтримки в колективі.

Умови ефективної реалізації програми. Ефективність програми залежить від кількох організаційних умов. По-перше, необхідна підтримка командування: заняття мають проводитися в службовий час, а участь у них не повинна сприйматися як ознака слабкості. По-друге, результати скринінгу мають зберігатися конфіденційно і не впливати на висновок ВЛК без згоди військовослужбовця, інакше учасники приховуватимуть свій стан. По-третє, необхідна налагоджена взаємодія психолога з медичною службою, щоб у разі виявлення ознак розладу військовослужбовця можна було швидко скерувати до лікаря. По-четверте, психолог, який проводить заняття, має володіти методами кризового консультування і бути готовим надати першу психологічну допомогу в разі гострих реакцій [45].

На основі результатів дослідження сформульовано також рекомендації для різних учасників процесу.

Офіцерам-психологам рекомендовано: проводити скринінг емоційного стану всіх військовослужбовців, які направляються на ВЛК, незалежно від їхнього можливого висновку; приділяти пріоритетну увагу військовослужбовцям із поєднанням кількох чинників ризику; використовувати повторне тестування за короткими шкалами для

оцінювання динаміки стану; у разі виявлення ймовірного ПТСР забезпечувати скерування до спеціалізованої допомоги відповідно до клінічного протоколу [44].

Командирам підрозділів рекомендовано: своєчасно та відкрито інформувати військовослужбовців про рішення щодо їхнього статусу і подальшого місця служби; не допускати знецінювальних висловлювань щодо військовослужбовців, переведених до підрозділів забезпечення; визнавати попередній бойовий досвід таких військовослужбовців і залучати його до навчання особового складу; підтримувати участь підлеглих у заходах психологічного супроводу.

Медичному персоналу ВЛК рекомендовано: роз'яснювати військовослужбовцям порядок і строки проходження огляду, а також зміст висновку; звертати увагу на ознаки психологічного неблагополуччя під час огляду і за згодою військовослужбовця повідомляти про них психолога; ураховувати, що скарги на соматичний стан можуть мати і психологічну складову.

Самим військовослужбовцям рекомендовано: розглядати звернення по психологічну допомогу як вияв відповідального ставлення до власного здоров'я і боєздатності, а не як ознаку слабкості; регулярно застосовувати навички саморегуляції; підтримувати зв'язок із родиною та побратимами, зокрема після зміни місця служби.

Програма може бути інтегрована в наявну систему морально-психологічного забезпечення. Скринінг під час направлення на ВЛК доповнює планові заходи психологічної діагностики особового складу, груповий модуль може проводитися в межах занять із психологічної підготовки, а індивідуальний супровід – у межах консультативної роботи психолога. Для документування роботи доцільно вести знеособлений журнал результатів скринінгу та повторного тестування, що дасть змогу накопичувати дані для оцінювання ефективності програми і вдосконалювати її зміст.

Реалізація програми не потребує значних ресурсів: її можуть здійснювати офіцери-психологи підрозділів морально-психологічного забезпечення за участі медичної служби. Короткі стандартизовані шкали дозволяють швидко виявити військовослужбовців, які потребують допомоги, а груповий формат забезпечує охоплення більшої кількості учасників і створює середовище взаємної підтримки. Апробація та оцінювання ефективності програми становлять завдання подальших досліджень.

Таким чином, безпосереднє порівняння придатних і обмежено придатних військовослужбовців не виявило статистично значущих відмінностей за показниками депресивності, тривожності, сприйнятого стресу та посттравматичної симптоматики. Найбільша відмінність спостерігається за тривожністю (тенденція, $p = 0{,}096$) на користь вищих значень у придатних. Частки військовослужбовців, які перевищують клінічні пороги, у групах однакові.

Рівень освіти є найсильнішим чинником емоційного стану: військовослужбовці з вищою освітою мають статистично значуще нижчі показники за всіма чотирма шкалами з великим розміром ефекту. Старші військовослужбовці (45–60 років) мають значуще вищий рівень депресивності. Розлучені військовослужбовці мають найвищі середні показники, однак через неоднорідність групи та її зв'язок із віком і освітою ця відмінність статистично незначуща.

За одночасного врахування освіти та віку статус «придатний» пов'язаний зі статистично значуще вищими показниками депресивності, тривожності та посттравматичної симптоматики. Цей зв'язок найвиразніший серед військовослужбовців без вищої освіти; у межах окремих підгруп значуще вищу тривожність придатних виявлено серед осіб із середньою спеціальною освітою та серед одружених. Сприйнятий стрес однаковий в обох групах, що засвідчує його загальний характер і може вказувати на різне походження: бойові стресори в придатних і статусну невизначеність в обмежено придатних.

Поєднання трьох чинників ризику (вік від 45 років, відсутність вищої освіти, розлучення або вдівство) супроводжується різким зростанням усіх показників, а середній бал посттравматичної симптоматики в цій підгрупі перевищує поріг імовірного ПТСР. Показники емоційного стану тісно взаємопов'язані ($\rho = 0{,}74–0{,}94$), що засвідчує системний характер емоційного неблагополуччя.

На основі отриманих результатів розроблено програму психологічного супроводу військовослужбовців у період визначення або зміни статусу придатності, яка включає скринінг з визначенням рівня ризику, інформаційно-психоедукаційний модуль, груповий модуль «Перехід» із шести занять, індивідуальний супровід груп ризику, роботу з командирами та родиною, а також моніторинг ефективності.

ВИСНОВКИ

У кваліфікаційній роботі здійснено теоретичне узагальнення та емпіричне розв'язання завдання щодо виявлення особливостей емоційного стану військовослужбовців Збройних Сил України залежно від статусу придатності до військової служби та соціально-демографічних чинників. Результати дослідження дали змогу сформулювати такі висновки.

1. Проаналізовано теоретичні підходи до розуміння емоційної сфери особистості. З'ясовано, що емоційні стани формуються залежно від когнітивної оцінки загрози й наявних ресурсів подолання, а в умовах бойового стресу емоційне неблагополуччя проявляється у взаємопов'язаних, але самостійних формах: депресивності, тривожності, сприйнятому стресі та посттравматичній симптоматиці.

2. Охарактеризовано нормативно-правові засади визначення придатності до військової служби та їх психологічні наслідки. Встановлено, що скасування категорії «обмежено придатний» Законом України № 3621-IX і масові повторні огляди створили ситуацію статусної невизначеності для значної кількості військовослужбовців. Показано, що висновок ВЛК змінює соціальну роль і військово-професійну ідентичність особистості, а невизначеність щодо майбутнього є самостійним стресором, пов'язаним із тривогою, депресивністю та переживаннями провини, сорому й утрати сенсу.

3. Обґрунтовано психодіагностичний інструментарій та організовано емпіричне дослідження на базі військового підрозділу ЗСУ (31 військовослужбовець: 18 придатних і 13 обмежено придатних / у стані переогляду) із застосуванням шкал PHQ-9, GAD-7, PSS-10 і PCL-5 та непараметричних методів статистичного аналізу. З'ясовано, що загалом у вибірці переважає легкий рівень депресивності й тривожності та помірний рівень сприйнятого стресу. Водночас 25,8 % військовослужбовців мають клінічно значущий рівень депресивності, 32,3 % – тривожності, а 19,4 % – посттравматичної симптоматики на рівні ймовірного ПТСР.

4. Порівняно показники емоційного стану військовослужбовців з різним статусом придатності та визначено роль соціально-демографічних чинників. Встановлено, що:

– за безпосереднього порівняння груп статистично значущих відмінностей не виявлено; придатні мають тенденцію до вищої тривожності ($p = 0,096$), а частки осіб, які перевищують клінічні пороги, у групах однакові;

– найсильнішим чинником емоційного стану є рівень освіти: військовослужбовці з вищою освітою мають статистично значуще нижчі показники за всіма шкалами (p від 0,004 до 0,024; великий розмір ефекту); старші військовослужбовці (45–60 років) мають значуще вищу депресивність ($p = 0,042$); розлучені мають найвищі середні показники, однак ця відмінність статистично незначуща;

– за одночасного врахування освіти та віку статус «придатний» пов'язаний зі значуще вищими показниками депресивності ($p = 0,032$), тривожності ($p = 0,002$) і посттравматичної симптоматики ($p = 0,015$); найвиразніше цей зв'язок проявляється серед військовослужбовців без вищої освіти;

– сприйнятий стрес однаково високий незалежно від статусу та віку, що засвідчує його загальний характер для служби в умовах війни;

– поєднання трьох чинників ризику (вік від 45 років, відсутність вищої освіти, розлучення або вдівство) супроводжується різким зростанням усіх показників, а середній бал посттравматичної симптоматики в цій підгрупі (33,86) перевищує поріг імовірного ПТСР;

– показники емоційного стану тісно взаємопов'язані (ρ Спірмена від 0,74 до 0,94; $p < 0,001$), що свідчить про системний характер емоційного неблагополуччя.

5. Розроблено програму психологічного супроводу військовослужбовців у період визначення або зміни статусу придатності. Програма передбачає скринінг усіх військовослужбовців, які проходять ВЛК,

інформаційний модуль для зменшення невизначеності, груповий модуль «Перехід» із шести занять, індивідуальний супровід груп ризику, роботу з командирами та родиною і моніторинг ефективності.

Гіпотезу дослідження підтверджено частково. Припущення про статистично значущі відмінності в показниках емоційного стану військовослужбовців залежно від статусу придатності не підтвердилося за безпосереднього порівняння груп, проте підтвердилося за врахування рівня освіти та віку щодо тривожності й депресивних проявів, а також посттравматичної симптоматики; за рівнем емоційної напруженості (сприйнятого стресу) групи не відрізняються. Припущення про зв'язок цих відмінностей із соціально-демографічними характеристиками підтверджено щодо рівня освіти та частково – щодо віку; роль сімейного стану виявлено лише на рівні тенденції. Отже, статус придатності сам по собі не є надійним маркером психологічного неблагополуччя: потреба в психологічній допомозі визначається поєднанням статусу з освітнім, віковим і сімейним профілем військовослужбовця.

Результати можуть бути використані офіцерами-психологами під час супроводу військовослужбовців, які проходять ВЛК. Перспективи подальших досліджень полягають у лонгітюдному вивченні динаміки емоційного стану військовослужбовців на більших вибірках з урахуванням бойового досвіду, а також в апробації запропонованої програми.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Агаєв Н. А., Кокун О. М., Пішко І. О., Лозінська Н. С. та ін. Збірник методик для діагностики негативних психічних станів військовослужбовців : метод. посіб. Київ : НДЦ ГП ЗСУ, 2016. 234 с.

2. Безшейко В. Г. Адаптація Шкали для клінічної діагностики ПТСР та опитувальника «Перелік симптомів ПТСР» для української популяції. *Психосоматична медицина та загальна практика*. 2016. Т. 1, № 1.

3. Блінов О. А. Бойова психічна травма : монографія. Київ : Талком, 2016. 700 с.

4. Блінов О. А. Організаційні ресурси психологічної реабілітації військовослужбовців. *Організаційна психологія. Економічна психологія*. 2022. № 1 (25). С. 16–22.

5. Варій М. Й. Загальна психологія : підручник. 3-тє вид. Київ : Центр учбової літератури, 2009. 1007 с.

6. Горбань Г. О., Губа Н. О., Мосол Н. О., Неманежина А. О. Кваліфікаційна робота з психології : навч.-метод. посіб. для здобувачів вищої освіти другого (магістерського) рівня. 2-ге вид., онов. Запоріжжя : Запорізький національний університет, 2025. 138 с.

7. Горбунова В. В., Карачевський А. Б., Климчук В. О., Нетлюх Г. С., Романчук О. І. Соціально-психологічна підтримка адаптації ветеранів АТО : навч. посіб. Львів : Інститут психічного здоров'я УКУ, 2016. 96 с.

8. Зливков В. Л., Лукомська С. О., Федан О. В. Психодіагностика особистості у кризових життєвих ситуаціях. Київ : Педагогічна думка, 2016. 219 с.

9. Карамушка Л. М. Психічне здоров'я особистості під час війни: як його зберегти та підтримати : метод. рек. Київ : Інститут психології імені Г. С. Костюка НАПН України, 2022. 52 с.

10. Кириленко Т. С. Психологія: емоційна сфера особистості : навч. посіб. Київ : Либідь, 2007. 256 с.

11. Климчук В. О. Математичні методи у психології : навч. посіб. Київ : Освіта України, 2009. 288 с.

12. Климчук В. О. Психологія посттравматичного зростання : монографія. Кропивницький : Імекс-ЛТД, 2021.

13. Кокун О. М. Психодіагностичні показники рівня психічного здоров'я дорослого населення України після перших місяців війни. *Актуальні проблеми психології*. 2022. Т. V, вип. 22. С. 78–86.

14. Кокун О. М., Агаєв Н. А., Пішко І. О., Лозінська Н. С. Основи психологічних знань про психічні розлади для військового психолога : метод. посіб. Київ : НДЦ ГП ЗСУ, 2018. 310 с.

15. Кокун О. М., Агаєв Н. А., Пішко І. О., Лозінська Н. С. Основи психологічної допомоги військовослужбовцям в умовах бойових дій : метод. посіб. Київ : НДЦ ГП ЗСУ, 2015. 170 с.

16. Кокун О. М., Агаєв Н. А., Пішко І. О., Лозінська Н. С. Особливості вияву негативних психічних станів у військовослужбовців внаслідок тривалої участі в бойових діях та перебування в зоні АТО. *Вісник Національного університету оборони України*. 2015. Вип. 3 (46). С. 123–129.

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

18. Кокун О. М., Агаєв Н. А., Пішко І. О., Лозінська Н. С., Остапчук В. В. Психологічна робота з військовослужбовцями – учасниками АТО на етапі відновлення : метод. посіб. Київ : НДЦ ГП ЗСУ, 2017. 282 с.

19. Кокун О. М., Клочков В. М., Мороз В. М., Пішко І. О., Лозінська Н. С. Забезпечення психологічної стійкості військовослужбовців в умовах бойових дій : метод. посіб. Київ ; Одеса : Фенікс, 2022.

20. Кокун О. М., Мельничук Т. І. Резилієнс-довідник : практ. посіб. Київ : Інститут психології імені Г. С. Костюка НАПН України, 2023.

21. Кокун О. М., Мороз В. М., Лозінська Н. С., Пішко І. О. Психологічна профілактика психотравматизації військовослужбовців Збройних Сил України : метод. посіб. Київ : НДЦ ГП ЗСУ, 2021. 301 с.

22. Кокун О. М., Мороз В. М., Пішко І. О., Лозінська Н. С. Теорія і практика управління страхом в умовах бойових дій : метод. посіб. Київ ; Одеса : Фенікс, 2022.

23. Кокун О. М., Пішко І. О., Лозінська Н. С. Стресогенні чинники бойової діяльності, що зумовлюють виникнення у військовослужбовців посттравматичних стресових розладів. *Проблеми екстремальної та кризової психології*. 2017. Вип. 22. С. 143–150.

24. Кокун О. М., Пішко І. О., Лозінська Н. С., Олійник В. О. Теоретичні основи посттравматичного зростання військовослужбовців – учасників бойових дій : метод. посіб. Київ : 7БЦ, 2023. 148 с.

25. Корольчук М. С., Крайнюк В. М. Соціально-психологічне забезпечення діяльності в звичайних та екстремальних умовах : навч. посіб. Київ : Ніка-Центр, 2006. 580 с.

26. Костюк Г. С. Навчально-виховний процес і психічний розвиток особистості / за ред. Л. М. Проколієнко. Київ : Радянська школа, 1989. 608 с.

27. Кризова психологія : навч. посіб. / за заг. ред. О. В. Тімченка. Харків : НУЦЗУ, 2010. 401 с.

28. Лазос Г. П. Резільєнтність: концептуалізація понять, огляд сучасних досліджень. *Актуальні проблеми психології*. 2018. Т. 3, вип. 14. С. 26–64.

29. Мазур О., Ткаченко І., Чепурна В. Посттравматичний стресовий розлад в умовах військового стану. *Наукові перспективи*. 2023. № 5 (35). С. 825–834.

30. Максименко С. Д. Загальна психологія : навч. посіб. 3-тє вид., переробл. та доповн. Київ : Центр учбової літератури, 2008. 272 с.

31. Наугольник Л. Б. Психологія стресу : підручник. Львів : Львівський державний університет внутрішніх справ, 2015. 324 с.

32. Носенко Е. Л., Коврига Н. В. Емоційний інтелект: концептуалізація феномену, основні функції : монографія. Київ : Вища школа, 2003. 126 с.

33. Осадчук Р. Особливості тривожності серед українських військовослужбовців. *Вісник Київського національного університету імені Тараса Шевченка.* Серія : Психологія. 2024. № 1 (19). DOI : https://doi.org/10.17721/BPSY.2024.1(19).7

34. Осьодло В. І. Психологія професійного становлення офіцера : монографія. Київ : Золоті ворота, 2012. 464 с.

35. Осьодло В. І., Зубовський Д. С. Ситуаційно-демографічні детермінанти прояву посттравматичного зростання учасників АТО. *Проблеми екстремальної та кризової психології*. 2021. № 1 (1). С. 17–33.

36. Пересунко О. Проблеми резильєнтності військовослужбовців в умовах бойових дій. *Вісник Київського інституту бізнесу та технологій*. 2025. № 2 (53). С. 233–242. DOI : https://doi.org/10.37203/kibit.2025.53(2).21

37. Петреченко С. Аналіз індивідуального процесу соціально-психологічної адаптації важкопоранених комбатантів. *Психологічні травелоги*. 2024. № 4. DOI : https://doi.org/10.31891/PT-2024-4-1

38. Приходько І. І., Колесніченко О. С., Тімченко О. В. та ін. Психологія екстремальної діяльності : навч. посіб. / за заг. ред. І. І. Приходька. Харків : НА НГУ, 2016. 571 с.

39. Приходько І., Мацегора Я., Байда М. Психологічне відновлення українських військовослужбовців після тривалої участі у бойових діях. *Честь і закон*. 2023. № 4 (87). С. 121–131. DOI : https://doi.org/10.33405/2078-7480/2023/4/87/295208

40. Про військовий обов'язок і військову службу : Закон України від 25.03.1992 № 2232-XII. URL : https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2232-12 (дата звернення: 20.10.2026).

41. Про внесення змін до деяких законів України щодо забезпечення прав військовослужбовців та поліцейських на соціальний захист : Закон України від 21.03.2024 № 3621-IX. URL : https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/3621-20 (дата звернення: 20.10.2026).

42. Про затвердження Положення про військово-лікарську експертизу в Збройних Силах України : наказ Міністра оборони України від 14.08.2008 № 402. URL : https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1109-08 (дата звернення: 20.10.2026).

43. Про затвердження Порядку проведення призову громадян на військову службу під час мобілізації, на особливий період : постанова Кабінету Міністрів України від 16.05.2024 № 560. URL : https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/560-2024-п (дата звернення: 20.10.2026).

44. Про затвердження Уніфікованого клінічного протоколу первинної та спеціалізованої медичної допомоги «Гостра реакція на стрес. Посттравматичний стресовий розлад. Порушення адаптації» : наказ Міністерства охорони здоров'я України від 19.07.2024 № 1265.

45. Психологічна допомога постраждалим внаслідок кризових травматичних подій : метод. посіб. / за ред. З. Г. Кісарчук. Київ : Логос, 2015. 207 с.

46. Розов В. І. Адаптивні антистресові психотехнології : навч. посіб. Київ : Кондор, 2005. 278 с.

47. Руденко В. М. Математична статистика : навч. посіб. Київ : Центр учбової літератури, 2012. 304 с.

48. Сергієні О. В., Горіна О. В., Білокурова К. В. Соціально-психологічні особливості військовослужбовців у період відновлення їх здоров'я після поранень. *Міжнародна та національна безпека: теоретичні і прикладні аспекти* : матеріали IX Міжнар. наук.-практ. конф. (м. Дніпро, 21 берез. 2025 р.). Дніпро : ДДУВС, 2025. Ч. 2. С. 687–690.

49. Титаренко Т. М. Життєвий світ особистості: у межах і за межами буденності. Київ : Либідь, 2003. 376 с.

50. Титаренко Т. М. Посттравматичне життєтворення: способи досягнення психологічного благополуччя : монографія. Кропивницький : Імекс-ЛТД, 2020. 160 с.

51. Титаренко Т. М. Психологічне здоров'я особистості: засоби самодопомоги в умовах тривалої травматизації : монографія. Кропивницький : Імекс-ЛТД, 2018. 160 с.

52. Туриніна О. Л. Психологія травмуючих ситуацій : навч. посіб. Київ : Персонал, 2017. 160 с.

53. Чабан О. С., Безшейко В. Г. Симптоми посттравматичного стресу, тривоги та депресії серед учасників бойових дій в зоні антитерористичної операції. *Український вісник психоневрології*. 2017. Т. 25, вип. 2 (91). С. 80–84.

54. Шапар В. Б. Сучасний тлумачний психологічний словник. Харків : Прапор, 2007. 640 с.

55. Шелестова О. В. Медико-психологічні чинники розладів військово-професійної адаптації військовослужбовців : дис. … канд. психол. наук. Київ : Інститут психології імені Г. С. Костюка НАПН України, 2018. 217 с.

56. Ягупов В. В. Військова психологія : підручник. Київ : Тандем, 2004. 656 с.

57. Cohen S., Kamarck T., Mermelstein R. A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior*. 1983. Vol. 24, № 4. P. 385–396.

58. Hobfoll S. E. Conservation of resources: a new attempt at conceptualizing stress. *American Psychologist*. 1989. Vol. 44, № 3. P. 513–524.

59. Hyland P., Shevlin M., Karatzias T., Bondjers K., Scherbakova A., Sulaieva O., Bibikova A., Dudin O., Savchenko A., Voznitsyna K., Dosenko V., Martsenkovskyi D. Clinician assessed rates of PTSD and complex PTSD in a medical-rehabilitation sample of active-duty military personnel in the Armed Forces of Ukraine. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2025. Vol. 153, № 2. P. 133–139. DOI : https://doi.org/10.1111/acps.70050

60. Kroenke K., Spitzer R. L., Williams J. B. W. The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *Journal of General Internal Medicine*. 2001. Vol. 16, № 9. P. 606–613.

61. Lazarus R. S., Folkman S. Stress, Appraisal, and Coping. New York : Springer, 1984. 445 p.

62. Spitzer R. L., Kroenke K., Williams J. B. W., Löwe B. A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. *Archives of Internal Medicine*. 2006. Vol. 166, № 10. P. 1092–1097.

63. Weathers F. W., Litz B. T., Keane T. M., Palmieri P. A., Marx B. P., Schnurr P. P. The PTSD Checklist for DSM-5 (PCL-5). National Center for PTSD, 2013. URL : https://www.ptsd.va.gov (date of access: 20.10.2026).

64. Zasiekina L., Kokun O., Kozihora M., Fedotova T., Zhuravlova O., Bojko M. A concept analysis of moral injury in Ukrainian National Guard service members' narratives: a clinical case study. *East European Journal of Psycholinguistics*. 2022. Vol. 9, № 1. DOI : https://doi.org/10.29038/eejpl.2022.9.1.zas

ДОДАТКИ

Додаток А

Первинні дані емпіричного дослідження

Таблиця А.1 містить знеособлені первинні дані 31 учасника дослідження. Позначення: П – придатний, О – обмежено придатний / у стані переогляду; освіта: В – вища, СС – середня спеціальна, СП – середня повна загальна; сімейний стан: О – одружений, Р – розлучений, Н – неодружений, В – вдівець.

Таблиця А.1 – Первинні дані дослідження (n = 31)

№	Статус	Вік	Освіта	Сімейний стан	PHQ-9	GAD-7	PSS-10	PCL-5
1	О	25–35	СС	О	1	2	18	8
2	О	45–55	СС	Р	15	11	30	34
3	О	55–60	СС	В	9	6	15	14
4	О	45–55	СС	Р	14	15	23	24
5	О	55–60	СС	О	14	11	19	33
6	П	45–55	СС	Р	16	17	26	54
7	П	55–60	СС	Р	15	14	23	46
8	П	55–60	СС	О	8	11	16	31
9	П	35–45	В	О	3	3	13	7
10	П	45–55	СС	Р	17	16	25	50
11	П	25–35	СП	О	12	12	21	37
12	П	35–45	В	О	7	6	17	17
13	П	25–35	В	О	9	7	16	14
14	П	25–35	В	О	4	5	16	15
15	О	55–60	СП	О	6	5	11	13
16	П	45–55	В	О	3	5	14	7
17	П	25–35	СП	Н	9	10	16	16
18	П	25–35	СП	Н	7	9	16	13
19	О	45–55	В	Р	5	4	10	8

Продовження таблиці А.1

№	Статус	Вік	Освіта	Сімейний стан	PHQ-9	GAD-7	PSS-10	PCL-5
20	П	45–55	СС	Р	12	10	17	15
21	О	55–60	СС	О	4	2	16	8
22	О	45–55	В	Р	5	3	13	9
23	О	35–45	СС	Р	2	1	14	6
24	О	55–60	СС	О	6	4	14	9
25	О	35–45	В	О	3	1	14	5
26	П	25–35	СС	Н	8	8	17	11
27	П	45–55	В	Р	3	2	13	6
28	П	25–35	В	Н	1	0	12	3
29	П	25–35	В	Н	4	3	15	7
30	О	35–45	СС	О	7	4	18	7
31	П	45–55	СС	О	7	6	16	11

Додаток Б

Результати додаткових статистичних розрахунків

Таблиця Б.1 – Перевірка нормальності розподілу показників (критерій Шапіро–Вілка)

Показник	W (n = 31)	p	W (придатні)	p	W (обмежено придатні)	p
Депресивність (PHQ-9)	0,929	0,041	0,936	0,249	0,890	0,098
Тривожність (GAD-7)	0,937	0,069	0,974	0,873	0,844	0,024
Сприйнятий стрес (PSS-10)	0,899	0,007	0,852	0,009	0,886	0,085
Симптоми ПТСР (PCL-5)	0,799	< 0,001	0,817	0,003	0,754	0,002

Таблиця Б.2 – Попарні порівняння груп за рівнем освіти (U-критерій Манна–Уітні з поправкою Бонферроні)

Показник	Пара груп	U	p	p (Бонферроні)
Депресивність (PHQ-9)	Вища – середня спеціальна	33,0	0,007	0,021
	Вища – середня повна	4,0	0,021	0,062
	Середня повна – середня спеціальна	26,5	0,635	1,000
Тривожність (GAD-7)	Вища – середня спеціальна	38,5	0,015	0,046
	Вища – середня повна	3,0	0,015	0,045
	Середня повна – середня спеціальна	33,5	0,924	1,000
Сприйнятий стрес (PSS-10)	Вища – середня спеціальна	20,5	< 0,001	0,003
	Вища – середня повна	14,0	0,321	0,963
	Середня повна – середня спеціальна	20,0	0,273	0,818
Симптоми ПТСР (PCL-5)	Вища – середня спеціальна	37,5	0,013	0,040
	Вища – середня повна	7,0	0,057	0,172
	Середня повна – середня спеціальна	36,0	0,741	1,000

Таблиця Б.3 – Додаткові порівняння груп (U-критерій Манна–Уітні)

Показник	Порівнювані групи	M (група 1 / група 2)	U	p
Депресивність (PHQ-9)	Старші (45–60 р., n = 17) / молодші (25–45 р., n = 14)	9,35 / 5,50	170,5	0,042
Тривожність (GAD-7)	Старші (45–60 р., n = 17) / молодші (25–45 р., n = 14)	8,35 / 5,07	164,5	0,073
Сприйнятий стрес (PSS-10)	Старші (45–60 р., n = 17) / молодші (25–45 р., n = 14)	17,71 / 15,93	127,5	0,749
Симптоми ПТСР (PCL-5)	Старші (45–60 р., n = 17) / молодші (25–45 р., n = 14)	21,88 / 11,86	164,0	0,077
Депресивність (PHQ-9)	Придатні / обмежено придатні з вищою освітою (8 / 3)	4,25 / 4,33	9,5	0,675
Тривожність (GAD-7)	Придатні / обмежено придатні з вищою освітою (8 / 3)	3,88 / 2,67	16,0	0,470
Сприйнятий стрес (PSS-10)	Придатні / обмежено придатні з вищою освітою (8 / 3)	14,50 / 12,33	18,5	0,214
Симптоми ПТСР (PCL-5)	Придатні / обмежено придатні з вищою освітою (8 / 3)	9,50 / 7,33	13,0	0,918
Депресивність (PHQ-9)	Придатні / обмежено придатні без вищої освіти (10 / 10)	11,10 / 7,80	73,0	0,088
Тривожність (GAD-7)	Придатні / обмежено придатні без вищої освіти (10 / 10)	11,30 / 6,10	80,5	0,023
Сприйнятий стрес (PSS-10)	Придатні / обмежено придатні без вищої освіти (10 / 10)	19,30 / 17,80	62,5	0,360
Симптоми ПТСР (PCL-5)	Придатні / обмежено придатні без вищої освіти (10 / 10)	28,40 / 15,60	77,5	0,041

Додаток В

План занять групового модуля «Перехід»

Таблиця В.1 – План занять групового модуля «Перехід» (6 занять по 90 хвилин)

№	Тема	Мета	Зміст і техніки	Домашнє завдання
1	Стрес і невизначеність	Створити безпечну атмосферу, нормалізувати реакції на стрес і невизначеність	Знайомство, правила групи; психоедукація про механізми стресу та тривоги; вправа «Що я контролюю, а що ні»	Щоденник стресових ситуацій
2	Тіло і саморегуляція	Навчити технік швидкого зниження фізіологічного напруження	Діафрагмальне дихання, дихання «4–7–8»; прогресивна м'язова релаксація; техніка заземлення «5–4–3–2–1»	Щоденна практика однієї техніки
3	Думки про майбутнє	Навчити розпізнавати та переоцінювати автоматичні негативні думки щодо статусу	Модель «ситуація – думка – емоція – дія»; пошук доказів «за» і «проти»; формулювання альтернативних думок	Запис і переоцінка трьох думок
4	Хто я тепер	Сприяти переосмисленню військово-професійної ідентичності	Вправа «Мої ролі»; аналіз цінностей і сильних сторін, що не залежать від посади; обговорення сенсу служби в новій ролі	Лист «собі через рік»
5	Провина, сором і підтримка	Опрацювати переживання провини, сорому, гніву; активізувати взаємопідтримку	Групове обговорення; техніки самоспівчуття; зустріч із військовослужбовцем, який успішно адаптувався до нової ролі	Розмова з близькою людиною
6	Мій план	Закріпити набуті навички, сформувати план дій	Індивідуальний план на 3 місяці (служба, здоров'я, родина, навчання); карта ресурсів підтримки; зворотний зв'язок	Повторне тестування