**Приватне акціонерне товариство «Вищий навчальний заклад «Міжрегіональна Академія управління персоналом»**
***Інститут дистанційного навчання***

*На правах рукопису*

**Коловська Дарина Олександрівна**

# КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

# *Психологічна реабілітація жінок-військовослужбовиць*

подається на здобуття
ступеня вищої освіти ***"Магістр"***
Спеціальність ***"Психологія"***

**Науковий керівник:**
к. психол. н, доцент
***Бригадир М.Б.***

**Виконано студенткою групи**:
*ТУтр–8–24–М1ПС (2.0 здс),*

_____
*(підпис)*

Рукопис закінчено _____
*(дата)*

***Київ 2026***

# ЗМІСТ

ВСТУП 3
РОЗДІЛ 1 ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ПСИХОЛОГІЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ЖІНОК-ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВИЦЬ 8
1.1. Психологічні особливості професійної діяльності жінок військовослужбовець 8
2. Психологічні наслідки участі жінок військових у бойових діях 18
1.3. Теоретичні підходи до психологічної реабілітації жінок військовослужбовців 28
Висновки до розділу 1 36
РОЗДІЛ 2 ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНОГО СТАНУ ЖІНОК-ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ТА ПОТРЕБИ ЇХ ПСИХОЛОГІЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ 38
2.1. Організація та методи дослідження 38
2.2. Аналіз рівня психологічного благополуччя та стресостійкості жінок військовослужбовців 51
2.3. Аналіз психологічних труднощів та потреб у реабілітації жінок-військовослужбовець 63
Висновок до розділу 2 68
РОЗДІЛ 3 ПРОГРАМА ПСИХОЛОГІЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ЖІНОК-ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВИЦЬ 69
Висновок до розділу 3 83
ВИСНОВКИ 85
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ 88
Додатки 98

# ВСТУП

Збройна агресія Російської Федерації проти України стала потужним каталізатором трансформаційних процесів у різних сферах суспільного життя. Війна спричинила суттєві зміни у соціальній структурі суспільства, трудовій зайнятості населення, сімейних відносинах, громадянській активності та гендерних ролях. Особливо помітними стали зміни щодо місця та ролі жінки в сучасному українському суспільстві. За умов воєнного стану значна кількість жінок взяла на себе нові соціальні функції та відповідальність, які раніше традиційно асоціювалися переважно з чоловіками.

Українська жінка, в країні яка веде війну стала невід'ємною складовою обороноздатності держави. Міністерство оборони України зазначило, що у 2025 році у Збройних силах України, чисельність жінок військових складала більше 70 000 осіб, що на 20% більше ніж у 2022 році. Безпосередньо на передовій виконують військові завдання 5500 осіб [31]. Кількість жінок в українському війську у порівнянні з іншими європейськими арміями є однією з найбільших.

Поряд з цим, збільшення кількості жінок в ЗСУ, супроводжується формуванням певних психологічних викликів, що потребують розв'язання. У жінок військових під впливом багатьох чинників розвиваються різні психоемоційні порушення. Адже, вони перебувають постійно в умовах небезпеки, існує реальна загроза втрати їхнього життя, втрата побратимів, поранення, полон, вимушена розлука з сім'єю, а також високий рівень відповідальності та невизначеності майбутнього. Все перелічена зумовлює формування та розвиток посттравматичних стресових розладів, тривожні та депресивні стани, емоційне вигорання, порушення сну, соціальну ізоляцію, труднощі в адаптації після виконання бойових завдань.

Отже, проблема психологічного здоров'я жінок військовослужбовців посилюється у період тривалих воєнних конфліктів, що спостерігаємо

сьогодні в Україні. Це твердження підкріплене оцінками міжнародних організацій. Адже, вони зазначають, що війна створює довготривалі ризики для психічного здоров’я населення, в тому числі й військових. Тому, особливого значення набуває організація та надання психологічної допомоги та психологічної підтримки усім, хто перебуває у зоні впливу бойових дій. Організація Об’єднаних Націй (ООН) зазначає на необхідності розширення програм психічного здоров’я та психосоціальної підтримки для осіб, які постраждали внаслідок дії війни, зокрема й жінок, незалежно від їх статусу (цивільного чи військового).

Особливої актуальності ця проблема набуває щодо жінок-військовослужбовиць. Окрім загальних наслідків бойового стресу, вони часто стикаються зі специфічними психологічними труднощами, пов'язаними з поєднанням військової служби та сімейних обов'язків, переживанням материнства в умовах війни, гендерними стереотипами, ризиками дискримінації та необхідністю адаптації до переважно чоловічого професійного середовища. Дослідження міжнародних організацій свідчать, що жінки-військовослужбовиці та ветеранки мають специфічні потреби у сфері психологічної підтримки та реабілітації, які потребують врахування під час розроблення програм відновлення психічного здоров'я.

Актуальність теми також обумовлюється необхідністю забезпечення довгострокової психологічної стійкості військовослужбовиць. За даними Міністерства оборони України, кількість жінок на бойових та командних посадах постійно зростає, що вимагає удосконалення системи психологічного супроводу, профілактики психотравматизації та організації комплексної психологічної реабілітації.

Теоретичне підґрунтя дослідження становлять праці зарубіжних і вітчизняних учених, присвячені проблемам психічної травми, бойового стресу, психологічної адаптації та реабілітації військовослужбовців. Вагомий внесок у розвиток наукових уявлень про психологічні наслідки травматичних подій здійснили Г. Сельє, Р. Лазарус, С. Фолкман, Дж. Герман, Б. ван дер

Колк, Ч. Фіглі, С. Гобфолл, С. Мадді. Серед українських дослідників значний внесок у вивчення проблем психологічного забезпечення та реабілітації військовослужбовців зробили О. Блінов, О. Кокун, В. Осьодло, Н. Агаєв, Л. Карамушка, М. Корольчук та інші.

Попри значну кількість наукових праць щодо психологічної допомоги військовослужбовцям, проблема психологічної реабілітації саме жінок-військовослужбовиць залишається недостатньо дослідженою. Потребують подальшого вивчення особливості впливу бойового досвіду на психічне здоров'я жінок, чинники їх психологічної стійкості та адаптації, а також шляхи підвищення ефективності реабілітаційних заходів.

Таким чином, висока соціальна значущість проблеми, зростання чисельності жінок у Збройних Силах України, поширеність наслідків бойового стресу та недостатня розробленість гендерно чутливих програм психологічної реабілітації обумовлюють актуальність теми магістерського дослідження «Психологічна реабілітація жінок-військовослужбовиць».

**Метою кваліфікаційної роботи** є теоретичне обґрунтування та емпіричне дослідження психологічних особливостей психоемоційного стану жінок-військовослужбовиць, які мають досвід проходження військової служби в умовах війни, а також розробка програми їх психологічної реабілітації, спрямованої на подолання наслідків бойової психічної травми, розвиток життєстійкості та покращення соціально-психологічної адаптації.

Для досягнення поставленої мети визначено такі завдання:

Здійснити теоретичний аналіз наукових підходів до вивчення психологічної реабілітації військовослужбовців.

Розкрити психологічні особливості професійної діяльності жінок-військовослужбовиць в умовах воєнного стану.

Проаналізувати основні психологічні наслідки впливу бойового стресу та психотравмуючих подій на жінок-військовослужбовиць.

Дослідити рівень тривожності, життєстійкості, соціально-психологічної адаптації та соціальної підтримки жінок-військовослужбовиць.

Визначити психологічні труднощі, потреби та ресурси жінок-військовослужбовиць у процесі психологічної реабілітації.

Розробити комплексну програму психологічної реабілітації жінок-військовослужбовиць.

**Об'єктом дослідження** є жінки-військовослужбовці, які брали участь у військових діях.

**Предметом дослідження** є психологічні особливості психоемоційного стану жінок-військовослужбовиць та засоби їх психологічної реабілітації після пережитого бойового досвіду.

Для досягнення поставленої мети та реалізації завдань дослідження було використано комплекс взаємодоповнюючих методів дослідження. Зокрема, теоретичні методи, серед яких виділимо: аналіз наукової літератури з проблематики психологічної реабілітації військовослужбовців; узагальнення та систематизація наукових підходів; порівняння та інтерпретація результатів наукових досліджень; теоретичне моделювання програми психологічної реабілітації. Емпіричними методами дослідження стали психодіагностичне тестування проведене за допомогою наступних методів: шкали впливу травматичної події (IES-R); госпітальної шкали тривоги та депресії (HADS); тесту життєстійкості С. Мадді; опитувальника посттравматичного зростання (PTGI); багатовимірної шкали соціальної підтримки (MSPSS). Крім того, були використані математичні та графічні описові методи.

Наукова новизна роботи полягає у тому, що:

узагальнено сучасні теоретичні підходи до психологічної реабілітації жінок-військовослужбовиць в умовах російсько-української війни;

визначено особливості психоемоційного стану жінок-військовослужбовиць, зокрема рівень посттравматичного стресу, тривожності, життєстійкості, соціальної підтримки та посттравматичного зростання;

встановлено взаємозв'язки між показниками посттравматичного стресу, тривожності, життєстійкості, соціальної підтримки та посттравматичного

зростання;

обґрунтовано структуру комплексної програми психологічної реабілітації жінок-військовослужбовиць з урахуванням гендерних особливостей переживання бойового досвіду.

Практичне значення роботи полягає у можливості використання отриманих результатів у діяльності військових психологів, психотерапевтів, соціальних працівників, фахівців центрів психологічної реабілітації-

Розроблена програма психологічної реабілітації може бути впроваджена у систему психологічного забезпечення Збройних Сил України, реабілітаційних центрів, військових госпіталів та ветеранських просторів з метою зниження проявів посттравматичного стресу, підвищення життєстійкості, розвитку психологічних ресурсів та покращення соціально-психологічної адаптації жінок-військовослужбовиць.

Емпіричне дослідження проводилося на базі військових частин та реабілітаційних центрів України, які здійснюють психологічний супровід військовослужбовців.

У дослідженні взяли участь 40 жінок-військовослужбовиць віком від 22 до 52 років, які мають досвід проходження військової служби в умовах воєнного стану та виконання службово-бойових завдань.

Кваліфікаційна робота складається в вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел та додатків. У роботі присутні таблиці та рисунки, які більш наочно допомагають сприймати викладену інформацію.

# РОЗДІЛ 1
# ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ПСИХОЛОГІЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ЖІНОК-ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВИЦЬ

## 1.1. Психологічні особливості професійної діяльності жінок-військовослужбовиць

Війна, яка триває в Україні з 2014 року та набула повномасштабного характеру після російського вторгнення у 2022 році, суттєво змінила роль жінок у системі національної безпеки та оборони держави. Сучасні жінки-військовослужбовиці виконують широкий спектр завдань у Збройних Силах України, займаючи як традиційні, так і бойові посади. Вони служать командирами підрозділів, військовими медиками, саперами, снайперами, операторами безпілотних літальних апаратів, зв'язківцями, розвідницями та фахівцями технічного забезпечення.

В Україні у 2025 році у складі Збройних Сил України (ЗСУ) проходило службу більше 70 000 жінок. Їх кількість у 2025 році збільшилась на 20% у порівнянні з 2022 роком [31]. Крім того, більше 5,5 тис [31] жінок військовослужбовиць проходить службу безпосередньо на лінії фронту, виконуючи бойові завдання.

Загалом, жінки в Збройних Силах України під час війни почали займати також й керівні посади. Зокрема, у 2026 році за даними Міністерства Оборони України жінки військовослужбовці займають 21% офіцерських посад. Таким чином, поступово відбувається подолання гендерних бар’єрів у військовому середовищі.

Роль жінки у війську зростає, що показують сучасні реалії. Це пов’язане не лише з потребами оборони держави, але й з глибокими трансформаційними змінами, що відбуваються у суспільних уявленнях щодо професійної реалізації жінок. Військослужбовиці показують високий рівень компетентності, відповідальності та готовності виконувати складні завдання

в умовах бойових дій. Поряд з цим, жінки, що проходять військову службу стикаються з значним психоемоційним навантаження. Отже, зазначене актуалізую питання необхідності організації та надання їм психологічного супроводу та вчасної реабілітації.

Жінки, які перебувають на службі у ЗСУ переживають цілу низку специфічних почуттів, емоцій. Адже, їхня професійна діяльність належить до категорій професій, які вважаються екстремальними. Тобто, вони постійно перебувають під високим впливом фізичних та психічних навантажень. Особливо, ті військовослужбовці, які беруть активну участь у бойових діях. Військовослужбовці перебувають під впливом різних стресогенних чинників. Зокрема, серед них виділимо постійний ризик втрати життя та здоров'я, необхідність приймати рішення в умовах невизначеності, переживання втрати побратимів, тривале перебування у зоні бойових дій.

Загалом, участь жінок у секторі безпеки та оборони протягом тривалого повномасштабного вторгнення росії, значно розширилася. Як зазначає, Т. Марценюк [23], це передусім було зумовлене трансформацією українського суспільства. Крім того, важливе значення у цьому процесі має поступове впровадження принципу гендерної рівності в управлінні ЗС України. Зазначимо, що позитивне вплив на активізацію визнання жінок у професії військових має перехід української армії на стандарти НАТО та дотримання міжнародних зобов'язань, які українська влада має дотримуватися.

Незважаючи на суттєві позитивні зміни у сфері забезпечення гендерної рівності в Збройних Силах України, проблема гендерних стереотипів у військовому середовищі залишається актуальною. Формальне розширення професійних можливостей жінок та забезпечення рівного доступу до більшості військових посад не завжди супроводжується повним подоланням традиційних уявлень про роль жінки у військовій сфері. У результаті жінки-військовослужбовиці продовжують стикатися з низкою психологічних труднощів, зумовлених необхідністю функціонування у переважно чоловічому професійному середовищі.

Одним із проявів такої ситуації є феномен так званої «подвійної доведеності» (double proving), який описується у працях дослідниць гендерних аспектів військової служби М. Сегал (M. Segal) [68], Л. Хайнекен (L. Heinecken) [52] та Т. Марценюк [23]. Сутність цього явища полягає в тому, що жінки змушені постійно підтверджувати власну професійну компетентність, фізичну витривалість та психологічну стійкість значно більшою мірою, ніж їхні колеги-чоловіки. Вони нерідко відчувають необхідність демонструвати високі результати діяльності для того, щоб бути сприйнятими як повноправні члени військового колективу та отримати професійне визнання.

У таких умовах жінка-військовослужбовиця змушена одночасно вирішувати два взаємопов'язані завдання: зберігати власну гендерну ідентичність та інтегруватися в організаційну культуру, яка історично формувалася як переважно чоловіча. Прагнення відповідати існуючим професійним стандартам може супроводжуватися формуванням поведінкових стратегій, які характеризуються підвищеною жорсткістю, емоційною стриманістю, демонстрацією сили та незалежності. У науковій літературі такі прояви іноді розглядаються як елементи маскулінізації поведінки, що виступають своєрідним механізмом психологічної адаптації до специфічних умов професійного середовища.

Зазначені висновки підтверджуються результатами дослідження К. Кроулі та М. Сандхофф [44] «Just a Girl in the Army: U.S. Iraq War Veterans Negotiating Femininity in a Culture of Masculinity» (Crowley & Sandhoff, 2017) [44], присвяченого вивченню особливостей професійного та гендерного досвіду жінок-військовослужбовиць армії Сполучених Штатів Америки. У дослідженні взяли участь 12 жінок-ветеранок, які проходили службу під час військової операції «Іракська свобода» (Operation Iraqi Freedom) та виконували завдання на бойових посадах.

Результати дослідження засвідчили, що більшість учасниць проходили службу в переважно чоловічих військових колективах та належали до першої

хвилі жінок, які отримали можливість виконувати широкий спектр бойових завдань. У процесі адаптації до військового середовища вони були змушені долати не лише професійні труднощі, а й виклики, пов'язані з необхідністю інтеграції у культуру, яка традиційно формувалася навколо маскулінних цінностей та моделей поведінки.

Автори дослідження встановили, що значна частина опитаних жінок ще до вступу на військову службу характеризувалася такими рисами, як незалежність, схильність до ризику, фізична активність, наполегливість та прагнення досягати поставлених цілей. Самі учасниці дослідження часто описували себе терміном «tomboy» – поняттям, яке в англомовній культурі використовується для характеристики дівчат або жінок, які демонструють поведінку, інтереси та риси, традиційно асоційовані з чоловічою гендерною роллю. Йдеться насамперед про захоплення активними видами спорту, змагальність, самостійність, фізичну витривалість та готовність до участі у видах діяльності, які історично вважалися чоловічими.

На думку дослідників, саме наявність таких особистісних характеристик сприяла більш успішній адаптації жінок до умов військової служби та полегшувала процес інтеграції у чоловічі військові колективи. Жінки, які демонстрували подібні риси, швидше здобували довіру та визнання з боку товаришів по службі, а також ефективніше долали бар'єри, пов'язані з гендерними стереотипами.

Водночас дослідження показало, що навіть за наявності виражених маскулінних характеристик жінки продовжували стикатися з необхідністю постійного балансування між власною гендерною ідентичністю та вимогами військового середовища. Учасниці зазначали, що для досягнення професійного визнання їм часто доводилося демонструвати вищий рівень компетентності та витривалості порівняно з чоловіками. Це підтверджує існування феномену «подвійної доведеності», характерного для багатьох жінок-військовослужбовиць у різних країнах світу.

Таким чином, результати дослідження К. Кроулі та М. Сандхофф [44]

свідчать про те, що успішна професійна адаптація жінок у військовому середовищі значною мірою пов'язана з їхньою здатністю інтегруватися в організаційну культуру військових колективів, зберігаючи при цьому власну особистісну та гендерну ідентичність.

Окремою проблемою залишається питання формування авторитету жінок на керівних посадах. Незважаючи на законодавче закріплення принципів рівності, жінки-офіцери можуть стикатися з труднощами під час управління підлеглими чоловіками, особливо в колективах, де переважають традиційні або консервативні уявлення про гендерні ролі. У таких випадках професійні якості жінки-керівниці нерідко оцінюються через призму гендерних стереотипів, що ускладнює процес побудови ефективних управлінських взаємин.

Дослідження українських та зарубіжних науковців свідчать про те, що поряд із відкритими формами дискримінації у військовому середовищі можуть існувати прояви прихованого сексизму, упередженого ставлення, психологічного тиску та гендерно зумовлених упереджень. Зокрема, у дослідженнях Т. Марценюк [27], Л. Хайнекен [53] та M. Herbert [56] зазначається, що жінки-військовослужбовці нерідко повідомляють про необхідність постійно доводити свою професійну спроможність, а також про випадки недооцінювання їхніх професійних досягнень через гендерну належність.

Тривалий вплив зазначених чинників може спричиняти формування хронічного психологічного стресу, підвищення рівня тривожності, емоційного виснаження та відчуття соціальної ізоляції. У частини жінок-військовослужбовиць розвивається надмірна самокритичність, прагнення до перфекціонізму та страх припуститися помилки через побоювання підтвердити існуючі гендерні стереотипи. Крім того, виникає внутрішній конфлікт між власним уявленням про жіночність, суспільними очікуваннями щодо ролі жінки та вимогами військової професії, яка передбачає високу психологічну стійкість, рішучість і готовність діяти в екстремальних умовах.

Зазначене, досить часто веде до формування хронічного стресу, викликає почуття ізоляції. У жінок військовослужбовців за таких умов розвивається надмірна самокритичність. Крім того, у них виникає внутрішній конфлікт, щодо їхньої жіночності та очікувань, які щодо них формується у суспільстві та відповідність вимогам військової служби.

Таким чином, гендерні стереотипи та пов'язані з ними психологічні виклики залишаються важливим фактором професійної діяльності жінок-військовослужбовиць. Вони впливають не лише на ефективність професійної реалізації, а й на психологічне благополуччя, рівень адаптації та потребу в психологічній підтримці та реабілітації.

Однією з найбільш характерних особливостей професійної діяльності жінок-військовослужбовиць є необхідність поєднання військової служби із виконанням традиційних соціальних і сімейних ролей. На відміну від багатьох чоловіків-військовослужбовців, жінки нерідко одночасно виконують ролі матері, дружини, доньки та основної особи, відповідальної за емоційне благополуччя родини. Саме тому професійна діяльність у військовій сфері супроводжується для них додатковими психологічними навантаженнями, які виходять за межі безпосереднього виконання службово-бойових завдань.

Одним із найбільш складних психологічних викликів є поєднання професійної військової ролі з традиційними сімейними обов'язками. На ці проблеми вказує М. Сегал (M. Segal) [68]. Як вона, зазначає, що жінка військовослужбовця одночасно належить до двох так званих «тотальних інституцій» – військової організації та сім'ї. На її думку, кожна з наведених інституцій висуває високі вимоги до особистості. Таким чином, це веде дуже часто до виникнення рольового конфлікту та психологічного напруження.

У дослідженнях Л. Хайнекен (L. Heinecken) [54] визначено, що жінки військові більш частіше стикаються з проблемами поєднання професійної кар’єри та сімейного життя у порівнянні з чоловіками військовими. Особливо, це підкреслено щодо жінок, які мають дітей або здійснюють

догляд за літніми членами родини.

Виконуючи свій військовий обов'язок, жінки часто продовжують нести відповідальність за виховання дітей, догляд за літніми батьками, підтримання сімейного побуту та збереження сімейних взаємин. Навіть перебуваючи у відрядженнях, на ротаціях або в районах ведення бойових дій, багато військовослужбовиць залишаються залученими до вирішення сімейних проблем та організації повсякденного життя родини.

Особливо складною є ситуація для жінок-військовослужбовиць, які мають неповнолітніх дітей. Тривала розлука з родиною, неможливість брати безпосередню участь у вихованні дітей, пропуск важливих етапів їхнього розвитку та постійне переживання за їхню безпеку часто супроводжуються виникненням почуття провини. Багато жінок переживають внутрішній конфлікт між професійним обов'язком захищати державу та потребою бути поруч із власною сім'єю. У результаті формується стан емоційного виснаження, який може негативно впливати на психологічне благополуччя та професійну ефективність.

Додатковим джерелом психологічного навантаження є необхідність підтримання гармонійних подружніх відносин в умовах тривалих відряджень, бойових чергувань та постійного ризику для життя. Не всі партнери готові психологічно адаптуватися до специфіки військової служби жінки. Складнощі можуть виникати через ненормований графік роботи, тривалу відсутність удома, високий рівень відповідальності, перебування в переважно чоловічому колективі або виконання жінкою керівних функцій щодо чоловіків-військовослужбовців.

Дослідники відзначають, що нерозуміння особливостей військової служби з боку партнера, недостатня емоційна підтримка та труднощі у сімейній комунікації можуть призводити до виникнення сімейних конфліктів, кризових ситуацій у шлюбі та погіршення психологічного стану військовослужбовиць. У деяких випадках це стає причиною руйнування сімейних відносин та розлучень. Згідно з дослідженнями D. Vogt [76] та

інших, симптоми посттравматичного стресового розладу негативно впливають не лише на професійну діяльність військовослужбовців, а й на якість сімейного функціонування, рівень задоволеності сімейними стосунками та психологічне благополуччя членів родини.

Таким чином, поєднання військової служби із сімейними обов'язками створює для жінок-військовослужбовиць додаткове психологічне навантаження, яке проявляється у рольових конфліктах, емоційному виснаженні, підвищеному рівні тривожності та ризику розвитку професійного вигорання. Саме тому під час організації психологічного супроводу та реабілітації жінок-військовослужбовиць важливо враховувати не лише наслідки бойового стресу, а й особливості їхнього сімейного та соціального функціонування.

Варто зазначити, що мотивація жінок до проходження військової служби має низку специфічних особливостей. Результати сучасних досліджень свідчать, що рішення жінок щодо обрання військової кар'єри часто характеризується високим рівнем усвідомленості та внутрішньої мотивації. На відміну від суто прагматичних чинників, серед яких стабільне працевлаштування чи соціальні гарантії, для багатьох жінок визначальними мотивами є патріотичні переконання, громадянська відповідальність, прагнення зробити особистий внесок у захист держави та підтримку її незалежності.

Після початку повномасштабного вторгнення Російської Федерації в Україну значна кількість жінок добровільно долучилася до лав Збройних Сил України та інших складових Сил оборони. Для багатьох із них військова служба стала усвідомленим вибором, пов'язаним із бажанням захистити власну родину, громаду та країну від зовнішньої агресії. Дослідники відзначають, що патріотичні мотиви, почуття соціальної відповідальності та готовність до самопожертви займають провідне місце у структурі мотивації жінок-військовослужбовиць.

За результатами досліджень Т. Марценюк [27], жінки, які проходять

військову службу, демонструють високий рівень громадянської свідомості та прагнення брати активну участь у забезпеченні національної безпеки держави. Вони розглядають військову службу не лише як професійну діяльність, а й як форму реалізації власної громадянської позиції та патріотичного обов'язку.

Важливою особливістю є також високий рівень особистісної залученості жінок до виконання службово-бойових завдань. Дослідження у сфері військової психології свідчать, що жінки-військовослужбовиці характеризуються високим рівнем відповідальності, дисциплінованості, сумлінності та готовності до виконання поставлених завдань навіть в умовах значного ризику. Вони активно беруть участь у бойових операціях, виконують завдання у прифронтових районах та демонструють високий рівень професійної підготовки.

На думку О. Кокуна [19] та В. Осьодла [26], важливими психологічними характеристиками жінок-військовослужбовиць є розвинене почуття обов'язку, стійкість до труднощів, здатність до ефективної взаємодії в колективі та високий рівень мотивації до досягнення поставлених цілей. Саме ці якості значною мірою забезпечують успішність їхньої професійної діяльності в умовах воєнного стану.

Основні мотиви вступу жінок на військову службу можна подати у таблиці 1.1.

Таблиця 1.1

Основні мотиви вступу жінок на військову службу

| **Група мотивів** | **Зміст мотивів** | **Прояви** |
|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** |
| **Патріотичні мотиви** | Прагнення захистити державу, народ та територіальну цілісність України | Добровільний вступ до лав ЗСУ після початку війни, готовність брати участь у бойових діях |
| **Громадянський обов'язок** | Усвідомлення особистої відповідальності за безпеку держави та суспільства | Виконання конституційного обов'язку, участь у захисті країни |
| **Ціннісно-світоглядні мотиви** | Відданість демократичним цінностям, прагнення справедливості та свободи | Готовність до самопожертви заради захисту суспільних цінностей |

Продовження таблиці 1.1

| 1 | 2 | 3 |
|---|---|---|
| **Професійна самореалізація** | Бажання реалізувати власний потенціал у військовій сфері | Опанування нових професій, кар'єрне зростання, отримання військової освіти |
| **Потреба в особистісному розвитку** | Прагнення розвивати лідерські якості, дисципліну та стресостійкість | Підвищення рівня професійної компетентності та самовдосконалення |
| **Соціальні мотиви** | Бажання бути частиною згуртованого колективу та суспільно значущої діяльності | Формування нових соціальних зв'язків, командна взаємодія |
| **Сімейно-захисні мотиви** | Прагнення захистити власну родину та близьких від наслідків війни | Добровільне залучення до сил оборони для забезпечення безпеки сім'ї |
| **Економічні мотиви** | Отримання стабільного доходу, соціальних гарантій та пільг | Матеріальна стабільність, соціальний захист військовослужбовців |
| **Мотиви самоповаги та визнання** | Прагнення суспільного визнання та особистісної значущості | Формування позитивної самооцінки, підвищення соціального статусу |
| **Мотиви наслідування та особистого прикладу** | Вплив військової традиції родини або прикладу знайомих військовослужбовців | Продовження сімейної військової традиції, підтримка близьких на фронті |

Джерело: узагальнено автором на основі праць Т. Марценюк (2023), М. Сегал (Segal, 1995; 2020), Л. Хайнекен (Heinecken, 2017), О. Кокуна (2022), В. Осьодла (2021), результатів соціологічних досліджень щодо мотивації військовослужбовців в умовах російсько-української війни.

Аналіз мотиваційної сфери жінок-військовослужбовиць свідчить, що провідне місце займають патріотичні, громадянські та ціннісно-світоглядні мотиви. На відміну від суто прагматичних чинників, мотивація жінок до військової служби переважно базується на внутрішньому переконанні щодо необхідності захисту держави та власної громадянської відповідальності. Саме високий рівень внутрішньої мотивації виступає важливим психологічним ресурсом адаптації та ефективного виконання службово-бойових завдань.

## 2. Психологічні наслідки участі жінок військових у бойових діях

Жінки-військовослужбовиці, виконуючи свій професійний обов'язок в умовах воєнного стану та безпосередньої участі у бойових діях, перебувають під впливом численних стресогенних чинників. Таким чином, вони можуть негативно позначатися на їхньому психічному здоров'ї. Службово-бойова діяльність пов'язана з постійним ризиком для життя і здоров'я, необхідністю діяти в умовах невизначеності та небезпеки, переживанням втрати побратимів і посестер, необхідністю прийняття складних рішень в екстремальних ситуаціях, а також значними фізичними та психоемоційними навантаженнями. Крім того, військовослужбовиці нерідко стикаються з моральними дилемами, пов'язаними із застосуванням сили, відповідальністю за життя інших людей та необхідністю діяти в умовах, які суперечать звичним уявленням про безпеку та справедливість.

Тривалий вплив зазначених чинників створює передумови для розвитку різноманітних психологічних порушень і дезадаптивних станів. У науковій літературі наголошується, що участь у бойових діях належить до найбільш потужних психотравмуючих факторів, які можуть призводити до порушень емоційної рівноваги, формування стійких стресових реакцій та виникнення психічних розладів різного ступеня вираженості (Блінов, 2019 [4]; Herman, 2015 [55]).

У рамках проведеного дослідження, варто вести мову про бойову психічну травму. Адже, вона є однією з найпоширеніших наслідків участі військових у бойових діях.

Визначення бойової психічної травми дається у «Положенні про психологічну реабілітацію військовослужбовців Збройних Сил України, та Державної спеціальної служби транспорту, які брали участь в антитерористичній операції, здійснювали заходи із забезпечення національної безпеки і оборони, відсічі і стримування збройної агресії Російської Федерації у Донецькій та Луганській областях чи виконували

службові (бойові) завдання в екстремальних умовах» [29] від 15.02.2016 року. Загалом, у цьому правовому документі крім зазначеного терміну, визначено й інші, серед яких бойовий стрес, посттравматичний стресовий розлад, психотравматична ситуація, психологічна реабілітація, психологічна корекція. Отже, бойова психічна травма – «патологічний стан центральної нервової системи, що виникає внаслідок впливу чинників бойового стресу та зумовлює регулювання поведінки особи, що постраждала, через патофізіологічні механізми» [29].

Отже, наведене визначення акцентує увагу на тому, що бойова психічна травма є не лише психологічною реакцією на екстремальні події, а й складним психофізіологічним явищем, яке супроводжується порушенням нормального функціонування центральної нервової системи. Унаслідок впливу інтенсивних стресових факторів відбуваються зміни в механізмах емоційної регуляції, когнітивної діяльності та поведінкових реакцій військовослужбовця, що може призводити до виникнення різноманітних психічних і психосоматичних порушень.

Поряд із нормативно-правовими та науковими підходами до розуміння психічної травми важливе значення мають визначення, запропоновані провідними міжнародними професійними організаціями. Зокрема, Американська психологічна асоціація (American Psychological Association, APA) [39] розглядає психологічну травму як емоційну реакцію людини на надзвичайно стресову або жахливу подію. До таких подій належать воєнні дії, бойові зіткнення, стихійні лиха, нещасні випадки, фізичне або сексуальне насильство, терористичні акти та інші ситуації, які становлять загрозу життю, здоров'ю чи психологічній безпеці особистості.

На думку фахівців Американської психологічної асоціації, безпосередньо після переживання травматичної події у людини можуть спостерігатися гострі реакції, серед яких найпоширенішими є шок, розгубленість, емоційне заціпеніння, почуття страху, заперечення того, що сталося, та труднощі з усвідомленням пережитого досвіду. Подібні реакції

розглядаються як природна відповідь психіки на надзвичайно сильний стресовий вплив і не завжди свідчать про наявність психічного розладу.

Водночас у частини осіб можуть розвиватися довготривалі наслідки психологічної травми. Вони проявляються у вигляді неконтрольованих або надмірно інтенсивних емоційних реакцій, нав'язливих спогадів про травматичну подію, підвищеної тривожності, почуття небезпеки, труднощів у міжособистісних стосунках та порушення соціального функціонування. Людина може повторно переживати травматичні події у спогадах або сновидіннях, уникати ситуацій, які нагадують про пережиту травму, а також відчувати труднощі у встановленні довірливих взаємин з іншими людьми.

Психологічна травма нерідко супроводжується і фізичними симптомами. Серед них найчастіше спостерігаються головний біль, порушення сну, нудота, підвищена втомлюваність, напруження м'язів, прискорене серцебиття та інші психосоматичні прояви. Це свідчить про тісний взаємозв'язок між психічним та фізичним здоров'ям людини, а також про комплексний характер наслідків травматичного досвіду.

Американська психологічна асоціація наголошує, що виникнення таких реакцій після переживання травматичних подій є закономірним і в більшості випадків поступово послаблюється у процесі природного психологічного відновлення. Проте окремим особам буває складно самостійно подолати наслідки травми. Якщо симптоми зберігаються тривалий час, посилюються або суттєво порушують повсякденне життя людини, виникає необхідність у професійній психологічній допомозі та реабілітації.

Не всі люди, які пережили психотравмуючу подію, здатні самостійно відновити психологічну рівновагу та повернутися до звичного способу життя. У частини осіб наслідки пережитого стресу зберігаються протягом тривалого часу та можуть призводити до розвитку психічних розладів, пов'язаних із впливом травматичних подій. У сучасній психіатрії та клінічній психології такі порушення об'єднують у групу розладів, пов'язаних із травмою та стресом (Trauma- and Stressor-Related Disorders) [39].

Відповідно до класифікації DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition), до цієї групи належить низка психічних розладів, виникнення яких безпосередньо пов'язане з переживанням травматичних або надзвичайно стресових подій. Основними серед них є:

Посттравматичний стресовий розлад (Posttraumatic Stress Disorder, PTSD) – психічний розлад, який розвивається після переживання або спостереження подій, пов'язаних із реальною загрозою життю чи здоров'ю. Його основними проявами є нав'язливі спогади про травматичну подію, уникнення нагадувань про неї, негативні зміни емоційного стану та підвищена психофізіологічна збудливість.

Гострий стресовий розлад (Acute Stress Disorder, ASD) – характеризується виникненням гострих психологічних реакцій у період від трьох днів до одного місяця після пережитої травматичної події. За своєю симптоматикою він подібний до ПТСР, однак має коротшу тривалість.

Реактивний розлад прихильності (Reactive Attachment Disorder, RAD) – розлад, який переважно виникає у дитячому віці внаслідок емоційної занедбаності, жорстокого поводження або дефіциту турботи з боку дорослих та проявляється труднощами у формуванні емоційних прив'язаностей.

Розлад соціальної розгальмованості (Disinhibited Social Engagement Disorder, DSED) – характеризується надмірною відкритістю та відсутністю вибірковості у соціальних контактах, що також пов'язано з раннім травматичним досвідом та порушеннями процесу формування прихильності.

Розлади адаптації (Adjustment Disorders) – виникають у відповідь на значущі життєві зміни або стресові події та супроводжуються емоційними і поведінковими порушеннями, які ускладнюють соціальне та професійне функціонування особистості.

Інші уточнені розлади, пов'язані з травмою та стресом (Other Specified Trauma- and Stressor-Related Disorder) – категорія, що використовується у випадках, коли симптоматика пов'язана з пережитою травмою, але не повністю відповідає критеріям конкретного діагнозу.

Неуточнені розлади, пов'язані з травмою та стресом (Unspecified Trauma- and Stressor-Related Disorder) – діагностична категорія, яка застосовується тоді, коли наявні ознаки травматичного розладу, але недостатньо інформації для встановлення більш точного діагнозу.

Науковці О. Блінов, В. Осьодло та О. Кокун зазначають, що бойова психічна травма є одним із найбільш поширених наслідків участі у бойових діях та виступає підґрунтям для розвитку більш складних форм психічної дезадаптації, зокрема посттравматичного стресового розладу, тривожних і депресивних розладів, емоційного виснаження та порушень соціального функціонування. Саме тому своєчасне виявлення ознак бойової психічної травми та організація ефективної психологічної реабілітації є важливою складовою збереження психічного здоров'я військовослужбовців, у тому числі жінок, які брали участь у бойових діях.

Теоретичні та емпіричні дослідження переконливо свідчать, що одним із найпоширеніших психічних наслідків участі у бойових діях є посттравматичний стресовий розлад (ПТСР). Саме цей розлад найчастіше розглядається як одна з основних форм психологічної дезадаптації, що виникає внаслідок переживання екстремальних подій воєнного характеру. За результатами міжнародних клінічних досліджень, симптоми ПТСР різного ступеня вираженості можуть спостерігатися приблизно у 20–30 % військовослужбовців, які брали участь у бойових діях або перебували в умовах тривалого впливу бойового стресу (Hoge et al., 2004 [57]; Fulton et al., 2015 [49]).

Посттравматичний стресовий розлад виникає внаслідок безпосереднього переживання травматичної події або опосередкованого контакту з нею. До таких подій належать ситуації, пов'язані з реальною загрозою життю чи здоров'ю людини, пораненням, загибеллю інших осіб, перебуванням під обстрілами, участю у бойових зіткненнях, перебуванням у полоні або спостереженням наслідків воєнних дій. Особливо високий ризик розвитку ПТСР мають військовослужбовці, які неодноразово зазнавали впливу

психотравмуючих подій або тривалий час перебували у зоні активних бойових дій [37].

Згідно з діагностичними критеріями DSM-5, ключовими проявами ПТСР є повторне переживання травматичної події у вигляді нав'язливих спогадів, флешбеків та нічних кошмарів, уникнення ситуацій або об'єктів, які нагадують про травму, негативні зміни емоційного стану та мислення, а також підвищена психофізіологічна збудливість. Для осіб із ПТСР характерними є постійне відчуття небезпеки, підвищена настороженість, дратівливість, труднощі концентрації уваги та порушення сну.

У багатьох випадках травматичний досвід супроводжується дисоціативними реакціями, які проявляються у відчутті відокремленості від власного тіла, нереальності того, що відбувається, або втраті цілісного сприйняття подій. Людина може переживати спотворення сприйняття часу, простору чи власної особистості, що виступає своєрідним захисним механізмом психіки у відповідь на надмірно інтенсивний стресовий вплив. Подібні реакції особливо часто спостерігаються у військовослужбовців, які стали свідками загибелі людей або самі перебували під безпосередньою загрозою смерті.

Для жінок-військовослужбовиць проблема ПТСР має особливе значення, оскільки поряд із бойовим стресом на їхній психічний стан можуть впливати додаткові чинники, пов'язані з сімейними переживаннями, відповідальністю за дітей, втратою близьких та гендерно зумовленими особливостями реагування на травматичні події.

Варто зазначити, що однією з характерних особливостей посттравматичного стресового розладу у військовослужбовців є відтермінований характер прояву його симптомів. На відміну від багатьох інших психічних розладів, клінічна картина ПТСР не завжди формується одразу після переживання психотравмуючої події. У значної частини військовослужбовців симптоматика може проявитися через декілька місяців або навіть років після завершення участі у бойових діях та повернення до

мирного життя. [7].

На початкових етапах після завершення служби особа може демонструвати відносно задовільний рівень психологічного функціонування, успішно виконувати професійні та соціальні ролі, не виявляючи очевидних ознак психічної дезадаптації. Проте під впливом певних життєвих обставин, стресових ситуацій або нагадувань про пережиті події симптоми ПТСР можуть поступово активізуватися та набувати більш вираженого характеру. До таких тригерів можуть належати річниці травматичних подій, перегляд новин про воєнні дії, звуки, запахи, місця або інші стимули, які асоціюються з пережитим бойовим досвідом.

Відтермінований початок посттравматичного стресового розладу значно ускладнює його своєчасну діагностику та надання необхідної психологічної допомоги. Нерідко військовослужбовці та члени їхніх родин не пов'язують появу психологічних проблем із бойовим досвідом, який був пережитий значний час тому. Унаслідок цього симптоми ПТСР можуть залишатися поза увагою фахівців або помилково інтерпретуватися як прояви перевтоми, депресії, особистісних змін чи труднощів адаптації до цивільного життя.

Відтермінування прояву ПТСР по особливому впливає на жінок військовослужбовців. Оскільки, після закінчення служби вони часто стикаються з необхідністю одночасного відновлення сімейних, соціальних та професійних ролей. Таким чином, психологічні труднощі можуть маскуватися під проблеми адаптації до мирного життя або перевантаження сімейними обов’язками. Зазначене, ще більше буде ускладнювати своєчасне виявлення розладу та організацію ефективної психологічної реабілітації.

Поряд із посттравматичним стресовим розладом у діючих військовослужбовців та ветеранів бойових дій можуть розвиватися й інші психічні порушення. Вони досить часто виступають наслідком бойової психічної травми або супроводжують її перебіг. У науковій літературі зазначається, що психотравмуючий досвід війни має комплексний вплив на особистість, тому його наслідки можуть проявлятися не лише у формі ПТСР,

а й через широкий спектр емоційних, поведінкових та психосоматичних розладів. Особливо актуальною ця проблема є для жінок-військовослужбовиць, які, окрім бойового стресу, часто стикаються з додатковими психологічними навантаженнями, пов'язаними із сімейними та соціальними обов'язками.

Одним із найпоширеніших супутніх розладів є депресія. Вона характеризується стійким пригніченим настроєм, втратою інтересу до життя, відчуттям безнадійності, емоційною спустошеністю та зниженням мотивації до будь-якої діяльності. Особи з депресивними проявами можуть втрачати життєві орієнтири, відчувати власну непотрібність та безперспективність майбутнього. У важких випадках депресія супроводжується появою суїцидальних думок і намірів, що становить серйозну загрозу для життя та здоров'я військовослужбовця [8].

Поширеними наслідками бойового стресу є також тривожні розлади, які проявляються у вигляді постійного внутрішнього напруження, підвищеної настороженості та очікування небезпеки навіть за відсутності реальної загрози. Для таких осіб характерними є труднощі розслаблення, підвищена дратівливість, емоційна нестабільність, прискорене серцебиття та відчуття втрати контролю над ситуацією. У деяких випадках тривожні розлади можуть супроводжуватися панічними атаками, що проявляються раптовими нападами сильного страху та вираженими вегетативними реакціями.

Окрему групу наслідків становлять порушення сну, які часто спостерігаються у військовослужбовців після переживання психотравмуючих подій. Найпоширенішими проявами є інсомнія (безсоння), труднощі засинання, поверхневий сон, часті нічні пробудження та повторювані кошмарні сновидіння, пов'язані з бойовим досвідом. Хронічний дефіцит сну негативно впливає на когнітивні процеси, емоційну регуляцію та загальний психофізичний стан особистості, посилюючи симптоми інших психічних розладів.

Серйозною проблемою серед ветеранів бойових дій є зловживання

психоактивними речовинами. Алкоголь, наркотичні речовини або медикаменти нерідко використовуються як спосіб самолікування та тимчасового зниження психічної напруги. Така поведінка дозволяє короткочасно послабити прояви тривоги, депресії або нав'язливих спогадів, однак у довгостроковій перспективі призводить до формування залежності, поглиблення психічних порушень та погіршення соціального функціонування особистості [38].

Наслідки бойової психічної травми можуть проявлятися і на соматичному рівні. Соматизація являє собою процес трансформації психологічного дистресу у фізичні симптоми та захворювання. Найчастіше у військовослужбовців спостерігаються хронічні больові синдроми, головний біль, розлади шлунково-кишкового тракту, серцево-судинні порушення, підвищення артеріального тиску, загальна слабкість та швидка втомлюваність. Подібні симптоми часто не мають достатнього органічного підґрунтя і виступають фізичним відображенням тривалого психологічного стресу.

Окремої уваги в контексті вивчення психологічних наслідків участі у бойових діях заслуговує феномен моральної травми (moral injury), який останніми роками активно досліджується у військовій психології та психіатрії. На відміну від посттравматичного стресового розладу, який переважно пов'язаний із переживанням загрози життю та фізичній безпеці, моральна травма виникає внаслідок порушення глибоких моральних, етичних або духовних переконань особистості [2].

Поняття моральної травми було запропоноване американським психіатром Дж. Шеєм (J. Shay) [67], який досліджував психологічні наслідки війни у ветеранів бойових дій. У подальшому концепція отримала розвиток у працях Б. Літца (B. Litz) [62] та його колег. Відповідно до сучасних наукових підходів, моральна травма являє собою глибоке психологічне, моральне та екзистенційне ураження особистості, яке виникає внаслідок участі у подіях або діях, що суперечать її моральним цінностям та уявленням про добро і

зло.

Причинами виникнення моральної травми можуть бути різні бойові ситуації. Зокрема, вона може формуватися внаслідок необхідності застосування смертоносної сили, загибелі цивільного населення, спостереження за смертю дітей, переживання втрати побратимів, неможливості надати допомогу постраждалим, виконання наказів, які суперечать особистим переконанням, або, навпаки, невтручання у жорстокі події через обмеження службових повноважень чи бойову обстановку. Подібні ситуації часто руйнують звичні моральні орієнтири людини та ставлять під сумнів її базові уявлення про справедливість, гуманність і власну моральну цінність.

На відміну від ПТСР, де домінують реакції страху та тривоги, моральна травма супроводжується переважно переживаннями провини, сорому, самозвинувачення, морального болю та внутрішнього конфлікту. Особи, які пережили моральну травму, можуть відчувати відповідальність за події, на які фактично не могли вплинути, втрачати довіру до себе, інших людей, суспільства або навіть до власних духовних переконань. Дослідники зазначають, що моральна травма часто супроводжується екзистенційною кризою, втратою життєвих смислів, почуттям відчуження та труднощами у відновленні позитивного образу власного «Я».

Моральна травму жінок-військовослужбовиць може мати особливе значення. Оскільки вони часто характеризуються високим рівнем емпатії, чутливістю до людських страждань та вираженою орієнтацією на міжособистісні взаємини. Переживання наслідків бойових дій, загибелі цивільного населення, поранення дітей чи неможливості надати допомогу постраждалим може спричиняти глибокі моральні переживання та тривалі внутрішні конфлікти.

Науковці наголошують, що моральна травма не завжди супроводжується клінічними симптомами психічного розладу, проте її наслідки можуть суттєво впливати на психологічне благополуччя особистості. Вона здатна

поглиблювати прояви посттравматичного стресового розладу, депресії, тривожних розладів та суїцидальної поведінки. Саме тому сучасні програми психологічної реабілітації військовослужбовців дедалі частіше включають заходи, спрямовані на опрацювання моральних переживань, відновлення життєвих смислів та подолання почуття провини і сорому [2].

## 1.3. Теоретичні підходи до психологічної реабілітації жінок військовослужбовців

Психологічна реабілітація військовослужбовців, в тому числі й жінок, є важливою складовою системи охорони психічного здоров'я та соціальної підтримки. Таким чином, є можливість визначити рівень їхнього бойового стресу і наслідків впливу психотравмуючих подій, та надати своєчасну психологічну допомогу. Зазначимо, що у сучасних умовах російсько-української війни проблема психологічного відновлення військовослужбовців набула особливої актуальності. Адже має місце значне поширення посттравматичних реакцій, труднощів адаптації та інших наслідків бойової психічної травми у військовослужбовців.

У науковій літературі наголошується, що ефективна психологічна реабілітація має ґрунтуватися на комплексному підході, який поєднує психодіагностику, психотерапевтичну допомогу, психоосвіту, розвиток навичок саморегуляції, відновлення соціальних зв'язків та формування ресурсів психологічної стійкості. Водночас сучасні тенденції розвитку військової психології дедалі більше орієнтуються на впровадження гендерно чутливих моделей реабілітації, здатних враховувати індивідуальні потреби жінок-військовослужбовиць та сприяти їхній успішній соціально-психологічній адаптації після пережитого бойового досвіду.

Психологічна реабілітація жінок-військовослужбовиць являє собою систему заходів, спрямованих на відновлення психічного здоров'я, подолання наслідків бойового стресу, відновлення соціального функціонування та

забезпечення успішної адаптації до подальшого життя. Водночас процес реабілітації жінок має враховувати гендерні особливості переживання травматичного досвіду та специфіку їхніх соціальних і сімейних ролей.

Дослідники наголошують, що ефективна реабілітація повинна базуватися на принципах комплексності, індивідуалізації, доступності та інтеграції медичних, психологічних і соціальних заходів.

У сучасній психологічній науці сформувалося декілька теоретичних підходів до психологічної реабілітації військовослужбовців.

Перший метод – медичний (клінічний). Теоретичною основою клінічного підходу виступають праці Дж. Германа, Б. ван дер Колка, Ч. Фіглі та інших дослідників психологічної травми. Представники медичного підходу розглядають наслідки бойового стресу як психічні порушення або розлади, які потребують діагностики, лікування та професійної корекції. Основна увага приділяється виявленню симптомів посттравматичного стресового розладу, депресії, тривожних розладів та інших форм психічної дезадаптації.

Згідно з результатами міжнародних досліджень, ризик розвитку ПТСР серед учасників бойових дій значно перевищує показники загальної популяції. У військовослужбовців, які брали безпосередню участь у бойових діях, імовірність формування ПТСР суттєво зростає за наявності поранень, тривалого перебування у зоні бойових дій та переживання загибелі товаришів по службі.

Одним із найбільш ефективних та науково обґрунтованих напрямів психологічної реабілітації жінок-військовослужбовиць є когнітивно-поведінковий підхід. Його застосування набуло широкого поширення у практиці роботи з наслідками бойової психічної травми, посттравматичним стресовим розладом, тривожними та депресивними станами, які виникають внаслідок участі у бойових діях або тривалого перебування в умовах воєнного стресу.

Теоретичну основу когнітивно-поведінкового підходу становлять праці

А. Бека (A. Beck) [41] та А. Елліса (A. Ellis) [46], які довели, що емоційні реакції людини значною мірою залежать не стільки від самої події, скільки від її інтерпретації та системи переконань. Відповідно до цього підходу, психотравмуючі події можуть призводити до формування негативних когнітивних схем, дезадаптивних переконань та викривленого сприйняття себе, інших людей і навколишнього світу.

У жінок-військовослужбовиць після переживання бойових подій часто формуються негативні автоматичні думки, пов'язані з почуттям провини, безпорадності, втрати контролю над життям або недовіри до оточення. Наприклад, жінка може звинувачувати себе у загибелі побратима, відчувати відповідальність за події, які не залежали від неї, або втрачати віру у власні можливості та безпеку навколишнього світу. Такі переконання підтримують симптоми посттравматичного стресового розладу, депресії та тривожності.

Основною метою когнітивно-поведінкової терапії є виявлення та корекція дезадаптивних переконань, формування більш реалістичного сприйняття пережитого досвіду та розвиток ефективних стратегій подолання стресу. У процесі психотерапевтичної роботи військовослужбовиці навчаються розпізнавати негативні автоматичні думки, аналізувати їхню обґрунтованість та поступово замінювати більш адаптивними способами мислення.

Особливе значення у роботі з жінками-військовослужбовці мають техніки когнітивної реструктуризації, експозиційної терапії, тренування навичок емоційної саморегуляції та розвитку психологічної стійкості. Ефективними є також методи управління тривогою, навчання релаксаційним технікам та формування навичок усвідомленого контролю власних емоційних реакцій.

Наукові дослідження свідчать, що когнітивно-поведінкова терапія є одним із найбільш результативних методів психологічної допомоги особам із посттравматичним стресовим розладом. За даними міжнародних клінічних досліджень, застосування когнітивно-поведінкових програм дозволяє суттєво

знизити рівень симптомів ПТСР, депресії та тривожності, а також покращити соціальне функціонування ветеранів бойових дій. Зокрема, метааналіз досліджень, проведений J. Bisson та співавторами [42], підтвердив високу ефективність когнітивно-поведінкової терапії у роботі з наслідками психічної травми у військовослужбовців.

Для жінок-військовослужбовиць перевагою когнітивно-поведінкового підходу є можливість поєднання роботи з бойовою травмою та вирішенням супутніх психологічних проблем, пов'язаних із сімейними ролями, почуттям провини перед дітьми, труднощами адаптації до цивільного життя та переживанням моральної травми. Саме тому когнітивно-поведінкова терапія сьогодні входить до більшості міжнародних протоколів психологічної реабілітації військовослужбовців і розглядається як один із базових методів психологічної допомоги жінкам, які брали участь у бойових діях.

Для психологічної реабілітації жінок військових можна використати психодинамічний підхід. Його особливість полягає в тому, що основна увага зосереджується не лише на симптомах психічних порушень, а й на глибинних внутрішньо особистісних переживаннях, несвідомих конфліктах та емоційних наслідках психотравмуючого досвіду.

У межах психодинамічної реабілітації значна увага приділяється усвідомленню та опрацюванню травматичного досвіду. Психотерапевтична робота спрямована на допомогу людині у вираженні пригнічених емоцій, осмисленні пережитих подій та інтеграції травматичного досвіду у власну життєву історію. Вважається, що неусвідомлені або витіснені переживання можуть підтримувати психологічний дистрес та перешкоджати повноцінному відновленню особистості. Особливого значення психодинамічний підхід набуває у роботі з моральною травмою, яка часто супроводжує жінок-військовослужбовиць після участі у бойових діях.

На думку Дж. Герман [55], одним із головних завдань психотерапії травми є відновлення відчуття контролю над власним життям, формування безпечних міжособистісних стосунків та інтеграція травматичного досвіду

без його витіснення або заперечення. Саме тому психодинамічний підхід широко використовується у роботі з ветеранами війни, які мають складні емоційні переживання та труднощі адаптації після повернення до мирного життя.

Водночас сучасні дослідники наголошують, що найбільшої ефективності психодинамічний підхід досягає у поєднанні з іншими методами психологічної допомоги, зокрема когнітивно-поведінковою терапією, методами роботи з травмою та ресурсно-орієнтованими практиками. Такий комплексний підхід дозволяє не лише зменшити прояви психічних порушень, а й сприяти глибокому особистісному відновленню жінок-військовослужбовиць після пережитого бойового досвіду.

Позитивним у реабілітації жінок військовослужбовців є використання ресурсного підходу. Він вважається одним із найбільш перспективних напрямів роботи з наслідками бойового стресу та психотравмуючого досвіду. Ресурсний підхід акцентує увагу на внутрішніх і зовнішніх можливостях особистості, які можуть бути використані для подолання наслідків травматичних подій та відновлення психічного здоров'я.

Теоретичною основою ресурсного підходу є теорія збереження ресурсів (Conservation of Resources Theory), розроблена американським психологом С. Гобфоллом (S. Hobfoll) [58]. Відповідно до цієї концепції, людина постійно прагне накопичувати, зберігати та примножувати власні ресурси, до яких належать особистісні якості, соціальні зв'язки, матеріальні цінності, професійні навички, сімейна підтримка, життєві смисли та фізичне здоров'я. Психологічний стрес виникає внаслідок втрати ресурсів, загрози їх втрати або неможливості їх відновлення.

У контексті військової служби жінки-військовослужбовиці нерідко стикаються із суттєвими втратами різних видів ресурсів. Бойові дії можуть призводити до погіршення психічного та фізичного здоров'я, втрати соціальних контактів, порушення сімейних відносин, руйнування звичних життєвих планів та професійних перспектив. Саме тому одним із головних

завдань психологічної реабілітації стає не лише подолання наслідків психотравми, а й відновлення ресурсного потенціалу особистості.

Особливістю ресурсного підходу є орієнтація на сильні сторони людини та її адаптаційні можливості. У процесі реабілітації фахівці допомагають жінкам-військовослужбовицям усвідомити власні внутрішні ресурси, відновити впевненість у собі, сформувати відчуття контролю над життям та активізувати механізми психологічної стійкості. Значна увага приділяється розвитку навичок саморегуляції, підвищенню самооцінки, формуванню позитивного бачення майбутнього та пошуку нових життєвих смислів.

Важливим ресурсом для жінок-військовослужбовиць виступає соціальна підтримка. Дослідження С. Гобфолла та його послідовників свідчать, що підтримка з боку сім'ї, друзів, побратимів, колег та суспільства загалом є одним із найважливіших чинників успішного психологічного відновлення після травматичних подій. Особливого значення набуває підтримка інших жінок-військовослужбовиць, які мають схожий життєвий досвід та можуть сприяти формуванню відчуття приналежності й взаєморозуміння.

У межах ресурсного підходу також активно використовуються методи розвитку життєстійкості (resilience), психологічної гнучкості та посттравматичного зростання. Наукові дослідження доводять, що навіть після переживання важких психотравмуючих подій людина здатна не лише відновити втрачені ресурси, а й сформувати нові особистісні якості, підвищити рівень психологічної стійкості та переосмислити власні життєві пріоритети.

Одним із найсучасніших напрямів у психологічній реабілітації жінок військових є травма-орієнтований підхід (Trauma-Informed Approach). Він останніми роками набув широкого поширення у практиці психологічної допомоги особам, що пережили бойові дії, насильство, вимушене переміщення та інші психотравмуючі події. Цей підхід зосереджується не стільки на симптомах психічних порушень, скільки на розумінні впливу травматичного досвіду на всі сфери функціонування особистості.

Теоретичні засади травма-орієнтованого підходу сформувалися на основі досліджень психологічної травми, проведених Дж. Герман [55], Б. ван дер Колком [2], С. Блум [43] та іншими науковцями. Вони довели, що травматичний досвід здатний впливати на когнітивні процеси, емоційну сферу, поведінку, міжособистісні відносини та фізичне здоров'я людини. Особливо це стосується осіб, які тривалий час перебували в умовах загрози життю та пережили множинні психотравмуючі події.

Основна ідея травма-орієнтованого підходу полягає у визнанні того, що більшість психологічних труднощів, поведінкових реакцій та емоційних проблем людини можуть бути пов'язані з пережитими травматичними подіями. Тому фахівець має розглядати поведінку людини крізь призму її травматичного досвіду, ставлячи питання не «Що з вами не так?», а «Що з вами сталося?». Такий підхід сприяє формуванню безпечного та підтримуючого середовища, у якому людина може поступово відновлювати психологічну рівновагу без ризику повторної травматизації.

У процесі психологічної реабілітації жінок-військовослужбовиць особлива увага приділяється створенню атмосфери безпеки, яка дозволяє поступово опрацьовувати травматичні переживання без надмірного емоційного перевантаження. Важливими компонентами роботи є психоосвіта, розвиток навичок емоційної саморегуляції, стабілізація психоемоційного стану, відновлення довіри до себе та оточення, а також формування відчуття контролю над власним життям.

Перевагою травма-орієнтованого підходу є його комплексність та гуманістична спрямованість. Він дозволяє розглядати жінку-військовослужбовицю не як носія певного психічного розладу, а як особистість, яка пережила складний травматичний досвід і потребує підтримки у процесі відновлення. Саме тому цей підхід дедалі частіше використовується у сучасних програмах психологічної реабілітації ветеранів війни та осіб, які постраждали внаслідок воєнних дій.

У межах вивчення сучасних підходів до психологічної реабілітації

жінок-військовослужбовиць особливу увагу доцільно приділити концепції посттравматичного зростання (Posttraumatic Growth, PTG). Концепція посттравматичного зростання була розроблена американськими психологами Річардом Тедескі (Richard Tedeschi) та Лоуренсом Калгуном (Lawrence Calhoun) [70] у середині 1990-х років. Науковці довели, що переживання психотравмуючих подій не завжди призводить виключно до психологічних порушень або дезадаптації. У певних випадках людина може досягати якісно нового рівня особистісного розвитку, переосмислювати життєві цінності та формувати нові психологічні ресурси.

На думку Р. Тедескі та Л. Калгуна, посттравматичне зростання являє собою процес позитивних психологічних змін, які виникають у результаті боротьби особистості з наслідками важких життєвих подій. При цьому важливо зазначити, що посттравматичне зростання не заперечує наявності психологічного болю чи страждання. Навпаки, саме подолання кризи виступає основою для формування нових життєвих смислів та особистісних ресурсів.

У дослідженнях авторів виділено п'ять основних сфер посттравматичного зростання:

підвищення усвідомлення власної внутрішньої сили та життєстійкості;

покращення міжособистісних взаємин;

відкриття нових життєвих можливостей;

зміна системи життєвих цінностей і пріоритетів;

духовний та екзистенційний розвиток особистості.

Наукові дослідження свідчать, що значна частина ветеранів бойових дій поряд із негативними психологічними наслідками повідомляє про позитивні зміни у власному житті після пережитого досвіду. Зокрема, за даними досліджень Р. Тедескі та співавторів, ознаки посттравматичного зростання різного ступеня вираженості виявляються у 30–70 % осіб, які пережили тяжкі психотравмуючі події. Найчастіше такі зміни стосуються переоцінки життєвих цінностей, зміцнення міжособистісних стосунків та формування

нових життєвих цілей.

У контексті психологічної реабілітації жінок-військовослужбовиць концепція посттравматичного зростання передбачає не лише подолання симптомів посттравматичного стресового розладу чи інших психічних порушень, але й активне сприяння особистісному розвитку. Основними завданнями психологічної допомоги стають пошук життєвих смислів, відновлення відчуття контролю над власним життям, формування позитивного бачення майбутнього та розвиток психологічної стійкості.

Особливе значення у цьому процесі мають психотерапевтичні методики, спрямовані на рефлексію пережитого досвіду, розвиток усвідомленості, формування нової життєвої перспективи та зміцнення соціальних зв'язків. Саме тому елементи концепції посттравматичного зростання дедалі частіше інтегруються у сучасні програми психологічної реабілітації ветеранів війни в країнах НАТО та в Україні.

Практичні дослідження ефективності комплексних програм реабілітації підтверджують доцільність інтеграції різних підходів. Так, застосування комплексних програм психологічної реабілітації ветеранів дозволило знизити прояви ПТСР на 22,5 %, депресії – на 55,3 %, тривожності – до 35 %, а соматизації – до 45 % від початкових показників.

**Висновки до розділу 1**

В умовах російсько-української війни роль жінок у системі національної безпеки та оборони суттєво зросла. Таким чином, відбулося розширення їх професійних функцій. Загалом, чисельність жінок у Збройних Силах України суттєво збільшилась, що підтверджується статистичними даними.

Професійна діяльність жінок-військовослужбовиць пов'язана з впливом значної кількості стресогенних чинників. Серед них, виділено постійний ризики для життя, участь у бойових діях, переживання втрат, необхідність прийняття рішень в екстремальних умовах, а також поєднання військової

служби із сімейними та соціальними ролями. Додатковими психологічними викликами виступають гендерні стереотипи, необхідність адаптації до переважно чоловічого середовища та феномен «подвійної доведеності».

Участь у бойових діях жінок військових може призводити до розвитку бойової психічної травми, посттравматичного стресового розладу, депресивних та тривожних розладів, порушень сну, соматизації та моральної травми. Особливістю жінок-військовослужбовиць є поєднання бойового стресу з переживаннями, пов'язаними із сімейними обов'язками та соціальними ролями.

Аналіз наукової літератури дозволив визначити основні теоретичні підходи до психологічної реабілітації жінок-військовослужбовиць. Найбільш перспективними визначено когнітивно-поведінковий, психодинамічний, ресурсно-орієнтований та травма-орієнтований підходи. Важливе значення для відновлення психічного здоров'я мають розвиток життєстійкості, активізація соціальної підтримки та сприяння посттравматичному зростанню.

# РОЗДІЛ 2
# ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНОГО СТАНУ ЖІНОК-ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ТА ПОТРЕБИ ЇХ ПСИХОЛОГІЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ

## 2.1. Організація та методи дослідження

Емпіричне дослідження особливостей реабілітації психологічного стану жінок військовослужбовець проводилося, враховуючи необхідність пошуку заходів для покращення їх психоемоційного стану. У зв’язку з цим було визначено мету, яка полягала у визначені стану психоемоційного стану рівня психологічної травматизації, життєстійкості та наявності психологічних ресурсів у жінок, які проходять військову службу або також мають досвід участі у бойових діях. Таким чином, буде сформовано необхідні заходи для ефективної системи їх реабілітації.

Проведення дослідження ґрунтувалося на загальнонаукових принципах науковості, об'єктивності, системності та комплексності. Участь респонденток була добровільною та здійснювалася за умови отримання їхньої інформованої згоди. Особлива увага приділялася забезпеченню конфіденційності персональних даних та результатів психодіагностичного обстеження. Крім того, у процесі дослідження дотримувалися етичні норми психологічної діяльності, які передбачають повагу до особистості учасників, недопущення психологічного тиску та забезпечення психологічної безпеки респонденток.

Дослідження проводилося протягом січня–березня 2026 року.

У дослідженні взяли участь 40 жінок-військовослужбовиць віком від 22 до 52 років. Середній вік респонденток становив 35,8 року. До вибірки були включені військовослужбовиці, які проходять службу у різних підрозділах Збройних Сил України. Частина з них має безпосередній досвід участі у бойових діях та виконанні службово-бойових завдань. Інші респондентки

здійснюють службову діяльність у підрозділах забезпечення, виконуючи адміністративні, організаційні та управлінські функції.

До складу вибірки також увійшли жінки-військовослужбовці, які проходять службу у медичних підрозділах та медичних батальйонах Збройних Сил України. Їхня професійна діяльність пов'язана з наданням медичної допомоги пораненим військовослужбовцям, евакуацією постраждалих та виконанням інших завдань в умовах підвищеного психоемоційного навантаження. Таким чином, сформована вибірка дозволила охопити різні категорії жінок-військовослужбовиць та врахувати особливості їхнього професійного досвіду і службової діяльності.

Учасниці емпіричного дослідження характеризувалися різним сімейним станом, що дозволяє врахувати вплив сімейних факторів на психоемоційний стан та особливості психологічної адаптації жінок-військовослужбовиць. Аналіз отриманих даних показав, що найбільшу частку вибірки становили одружені жінки – 22 особи (55%). Неодруженими були 10 респонденток (25%), розлученими – 6 осіб (15%), а вдовами – 2 особи (5%). Розподіл учасників за шлюбно сімейним станом відображено на рис. 2.1.

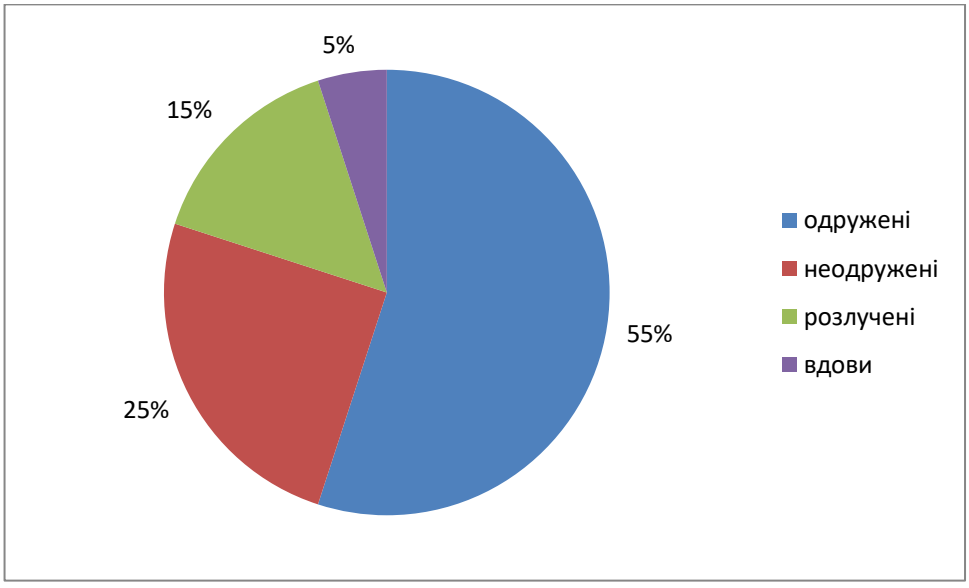


Рис. 2.1. Розподіл учасників (жінок-військовослужбовців) емпіричного дослідження за шлюбно-сімейним критерієм.

Наявність значної частки одружених жінок у вибірці свідчить про важливість сімейної підтримки у процесі подолання наслідків бойового

стресу та психологічної реабілітації. Водночас розлучені та овдовілі військовослужбовиці можуть потребувати додаткових ресурсів соціальної та психологічної підтримки у зв'язку з переживанням сімейних втрат або кризових життєвих ситуацій.

Крім того, 26 жінок-військовослужбовець має дітей (65%). Відповідно не мають 14 осіб (35%). На рис. 2.2 відображено їх розподіл.

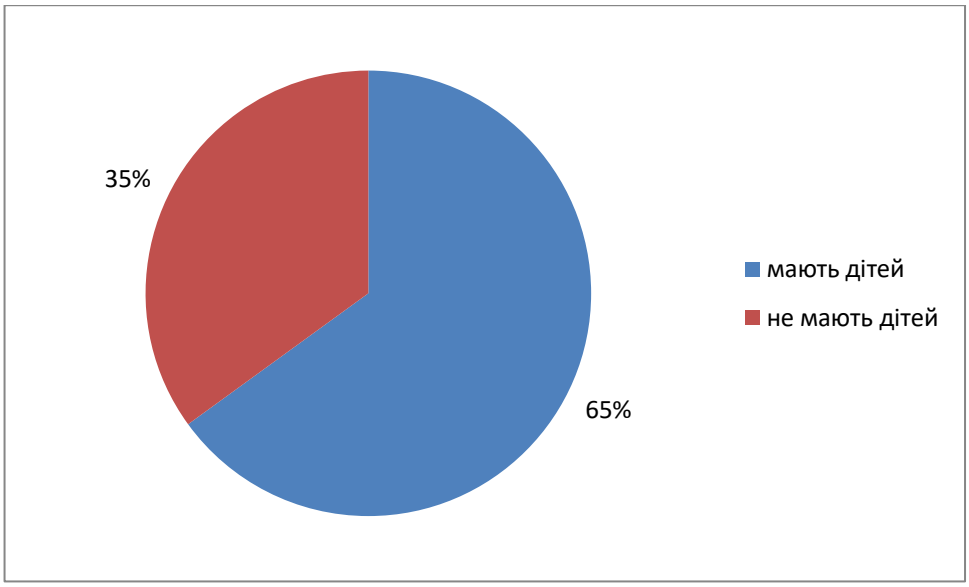


Рис. 2.2. Розподіл жінок військовослужбовець за критеріям наявності дітей, %

Важливим критерієм характеристики вибірки стала тривалість проходження військової служби респондентками. Саме досвід перебування у військовому середовищі значною мірою впливає на особливості професійної адаптації, рівень психологічної стійкості, накопичення бойового досвіду та специфіку переживання стресових ситуацій.

Результати аналізу показали, що 12 жінок-військовослужбовиць (30%) проходять військову службу до 3 років. До цієї категорії переважно належать особи, які долучилися до лав Збройних Сил України після початку повномасштабного вторгнення російської федерації у 2022 році.

Найбільшу частку вибірки становили військовослужбовиці зі стажем служби від 3 до 7 років – 17 осіб (42,5%). Наявність значної кількості респонденток цієї категорії свідчить про достатній рівень професійної

адаптації та сформованість навичок виконання службових обов'язків в умовах військової діяльності.

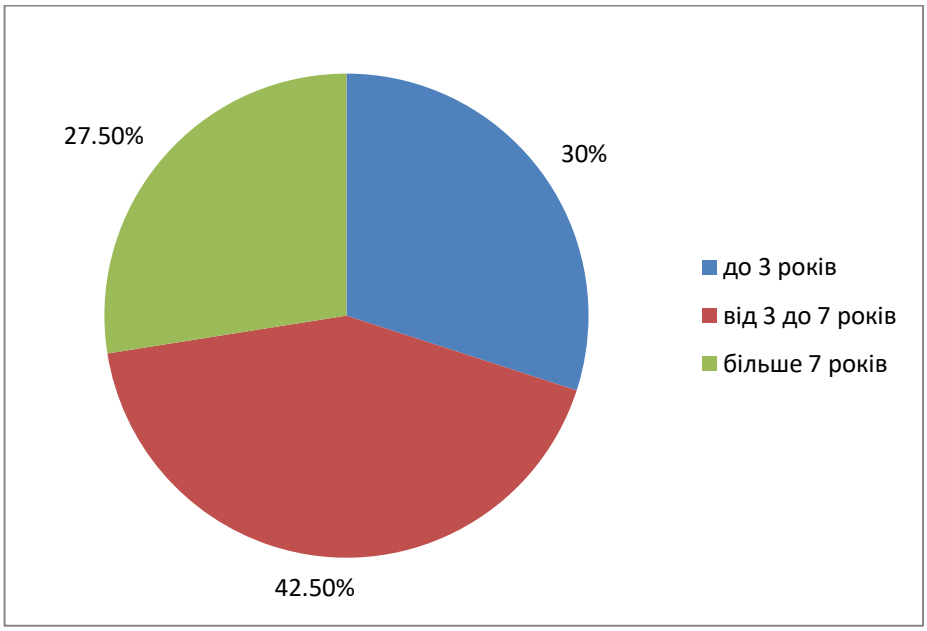


Рис. 2.3. Розподіл жінок військовослужбовців за критерієм тривалості проходження військової служби

Крім того, 11 жінок-військовослужбовиць (27,5%) мають досвід служби понад 7 років. Дана група характеризується найбільшим професійним досвідом, тривалим перебуванням у військовому середовищі та значним рівнем залученості до виконання завдань оборони держави.

Отримані результати свідчать про достатню репрезентативність вибірки, оскільки до дослідження були включені жінки-військовослужбовці з різним досвідом проходження військової служби. Це дозволяє більш об'єктивно оцінити особливості їхнього психоемоційного стану, рівень психологічної травматизації та потреби у психологічній реабілітації залежно від тривалості професійної діяльності у військовій сфері.

З метою отримання комплексної інформації про психологічний стан респонденток було використано низку стандартизованих психодіагностичних методик, спрямованих на оцінювання рівня посттравматичного стресу, тривожності, депресивних проявів, життєстійкості, соціальної підтримки та посттравматичного зростання. Застосування зазначеного

психодіагностичного інструментарію дозволило всебічно дослідити особливості психологічного функціонування жінок військовослужбовці та визначити їхні основні потреби у психологічній реабілітації.

Зокрема, у дослідженні використано наступні методики.

Шкала впливу травматичної події (IES-R – Impact of Event Scale-Revised) (Weiss & Marmar, 1997) [77]. Зазначена методика проводилася для оцінювання вираженості симптомів посттравматичного стресу у жінок-військовослужбовиць. Запропонована шкала була розроблена М. Вайсом та Ч. Мармаром (Weiss & Marmar, 1997). Загалом, аналізована методика є найбільш поширеним інструментом для здійснення психологічної діагностики наслідків психотравмуючих подів. Вона достатньо часто використовується у клінічній кризовій та військовій психології.

В Україні шкала впливу травматичної події IES-R (Impact of Event Scale-Revised) широко використовується у дослідженнях психологічних наслідків війни, бойової психічної травми та посттравматичного стресового розладу серед військовослужбовців, ветеранів та цивільного населення. Методика застосовується у практиці військових психологів, реабілітаційних центрів та наукових установ для скринінгу симптомів ПТСР, оцінки рівня травматизації та моніторингу ефективності програм психологічної реабілітації.

Отже, опитувальник аналізованої методики призначений для визначення суб’єктивного рівня дистресу, що пов'язаний з пережитою травматичною подією. Таким чином, запропонована методика дозволяє оцінити симптоми посттравматичного стресу, який виникає після участі у бойових діях, пережиттям загрози життю, втрати близьких або інших екстремальних подій.

Аналізована методика складається з 22 тверджень. Кожне наведене твердження має оцінити респондент за п’ятибальною шкалою. Оцінюються частота прояву певних переживань протягом останніх семи днів. Кожен бал має відповідну оцінку, що залежить від відповіді. Отже, 0 балів виставляється за відповідь зовсім не турбувало, 1 бал – рідко, 2 бали іноді та 3 бали відповідно часто, у 4 бали оцінюється дуже часто.

За допомогою шкали впливу травматичної події існує можливість оцінити три компоненти посттравматичного стресу.

Перший компонент – вторгнення. Зазначена шкала буде характеризувати частоту повторного переживання травматичної події. Зокрема, вона відповідає за оцінку таких проявів як навзливі спогади, небажані думки, екомційно насичені спогади про пережитті події, нічні кошмари та флеш беки (повтори місця та подій). Високі показники за цією шкалою будуть вказувати на існування труднощів у психологічному дистанціюванні від травматичного досвіду.

Наступна шкала – уникнення. Вона відображає прагнення людини уникати будь яких нагадувань про психотравмуючу подію. Найбільш часто в оцінці цієї шкали будуть проявлятися наступні ознаки: уникнення розмов про пережите, місця, людей, ситуації або думок, які асоціюються з травматичним досвідом. Отримані високі показники цієї шкали показують про наявність формування та дії захисних психологічних механізмів, які спрямовуються на зменшення емоційного болю у досліджуваних.

Методика у своєму складі має також шкалу фізіологічне збудження. Отже, вона призначена для оцінки рівня психофізіологічної напруженості особистості. Основними проявами у неї є підвищений рівень настороженості, високий рівень дратівливості, труднощі концентрації уваги, порушення сну, підвищена реакція на раптові подразники та постійне відчуття небезпеки. Загалом, високі результати отриманих оцінок за цією шкалою вказую, на збереження стану психологічної мобілізації у людини, навіть після завершення травматичної ситуації.

Для інтерпретації результатів аналізованої методики, за кожною шкалою бали додаються. Отже, чим більший отриманий бал, то тим більше вираженими будуть симптоми посттравматичного стресу. У наукових дослідженнях показник понад 33 бали часто розглядаються як індикатори високої ймовірності наявності посттравматичного стресового розладу та потреби у подальшому психологічному обстеженні.

Отже, використання аналізованого методу у даному дослідженні дає можливість оцінити рівень травматизації жінок військовослужбовців. Крім того, це дає можливість визначити домінуючі симптоми постравматичного стресу та встановити потребу у проведенні психологічної реабілітації.

Для оцінювання емоційного стану жінок-військовослужбовиць у дослідженні використано Госпітальну шкалу тривоги та депресії (Hospital Anxiety and Depression Scale – HADS). Вона була розроблену А. Зігмондом та Р. Снейтом (A. Zigmond & R. Snaith) [79] у 1983 році. Методика є одним із найбільш поширених психодіагностичних інструментів для виявлення симптомів тривоги та депресії в клінічній, медичній, військовій та консультативній психології [1].

Шкала HADS була створена для швидкого скринінгу емоційних порушень у пацієнтів із соматичними захворюваннями. Однак у подальшому вона набула широкого застосування для оцінки психоемоційного стану у різних категорій населення. Її активно використовують, й зокрема для оцінки психоемоційного стану військовослужбовців, ветеранів бойових дій, осіб із посттравматичним стресовим розладом та учасників програм психологічної реабілітації.

Отже, аналізована методика складається з 14 тверджень. Вони поділені на дві самостійна шкали. Перша, шкала тривоги (HADS-A) нараховує 7 тверджень. Наступні 7 тверджень об’єднані у наступні шкалу депресій (HADS-D). Респондент має обирати варіант відповіді, який найбільш точно відображає його психоемоційний стан протягом останнього тижня. Кожна відповідь оцінюється від 0 до 3 балів. На кожне питання виставляється певний бал. За кожною з шкал досліджуваний може набрати максимальну кількість балів, яка становить 21 бал.

Інтерпретація результатів здійснюється окремо за шкалами тривоги та депресії. Таким чином, від 0 до 7 балів є нормою, що означає відсутність клінічно значущих проявів. Від 8 до 10 балів вказує на субклінічно виражені симптоми. Якщо отримано від 11 балів та більше, то ці результати означають

клінічно виражені прояви тривоги або наявність в особи депресії.

Шкала тривоги дозволяє оцінити рівень внутрішнього напруження, занепокоєння, відчуття небезпеки, емоційної нестабільності та труднощів психологічної адаптації. Для військовослужбовиць підвищені показники тривожності можуть бути пов'язані з наслідками бойового стресу, невизначеністю майбутнього, переживанням за власне життя та безпеку близьких.

Шкала депресії спрямована на виявлення таких проявів, як пригнічений настрій, зниження життєвої активності, втрата інтересу до звичних видів діяльності, емоційна виснаженість та песимістичне ставлення до майбутнього. У жінок-військовослужбовиць депресивні симптоми можуть виникати внаслідок тривалого впливу бойового стресу, переживання втрат, труднощів соціальної адаптації або моральної травми.

Перевагами методики HADS є її компактність, простота застосування, висока надійність та валідність. Вона не містить запитань щодо соматичних симптомів, що дозволяє уникнути спотворення результатів у випадках фізичних захворювань або наслідків бойових поранень.

Зазначимо, що в Україні аналізована шкала тривоги та депресії використовується активно у клінічній практиці, психотерапії, військовій психології та дослідженнях психічного здоров'я військовослужбовців. Крім того, після початку російсько-українського вторгнення її застосовують у програмах психологічного супроводу та реабілітації військових, ветеранів і членів їхніх сімей для оцінки рівня тривожності та депресивних проявів.

Отже, використання HADS у даному дослідженні дозволяє визначити особливості емоційного стану жінок-військовослужбовиць, оцінити рівень тривожності та депресії, а також встановити взаємозв'язок між наслідками бойового досвіду та психологічним благополуччям респонденток.

З метою дослідження психологічних ресурсів жінок військовослужбовиць у роботі використано Тест життєстійкості (Hardiness Survey). Цей тест розроблений американським психологом Сальваторе Мадді

(Salvatore Maddi) [63]. Методика ґрунтується на концепції життєстійкості (hardiness), яка розглядається як важливий особистісний ресурс, що сприяє ефективному подоланню стресу, адаптації до складних життєвих обставин та збереженню психічного здоров'я в умовах тривалих навантажень.

На думку С. Мадді [63], життєстійкість являє собою систему особистісних установок і переконань, які дозволяють людині успішно протистояти негативному впливу стресогенних факторів та використовувати складні життєві ситуації як можливість для розвитку. Дослідник довів, що особи з високим рівнем життєстійкості краще адаптуються до кризових обставин, рідше демонструють ознаки психологічної дезадаптації та ефективніше долають наслідки психотравмуючих подій.

Особливо актуальним є використання даної методики у дослідженнях військовослужбовців, оскільки життєстійкість розглядається як один із ключових чинників психологічної стійкості до бойового стресу та важливий ресурс подолання наслідків бойової психічної травми.

Методика дозволяє оцінити три основні компоненти життєстійкості:

Залученість, яка відображає ступінь активної участі людини у власному житті та її зацікавленість у подіях, що відбуваються у навколишньому світі. Особи з високим рівнем залученості відчувають значущість власної діяльності, прагнуть брати активну участь у життєвих процесах та знаходити сенс навіть у складних обставинах. Для жінок військовослужбовців високий рівень залученості сприяє підтриманню професійної мотивації та ефективному виконанню службових обов'язків.

Наступним елементом шкали є контроль. Даний компонент характеризує переконаність людини у власній здатності впливати на події свого життя та приймати рішення навіть за несприятливих умов. Особи з високими показниками контролю схильні брати відповідальність за власні дії та активно шукати шляхи розв'язання проблем. У контексті військової служби це сприяє ефективному подоланню стресових ситуацій та збереженню психологічної стабільності.

Ще однією складовою компоненти життєстійкості є прийняття ризику. Прийняття ризику відображає ставлення людини до змін, невизначеності та труднощів як до природної складової життя та можливості для особистісного розвитку. Особи з високим рівнем даного компонента сприймають нові виклики не як загрозу, а як шанс здобути новий досвід і вдосконалити власні можливості. Для військовослужбовиць ця характеристика має особливе значення в умовах постійної необхідності адаптації до змін бойової обстановки.

За результатами тестування визначається рівень розвитку кожного компонента окремо. Крім того, розраховується загальний показник життєстійкості. Високі показники свідчать про наявність значного адаптаційного потенціалу та здатність ефективно протистояти негативному впливу стресових чинників. Низькі результати можуть вказувати на підвищений ризик розвитку психологічної дезадаптації, тривожних і депресивних станів, а також труднощів у процесі психологічної реабілітації.

Тест життєстійкості С. Мадді широко використовується в Україні у дослідженнях, які стосуються психологічного благополуччя військовослужбовців, ветеранів бойових дій, рятувальників та представників інших професій ризику.

Зазначимо, що використання аналізованого тесту життєстійкості проведеному дослідженні дає можливість оцінити рівень особистісних ресурсів жінок військовослужбовців, визначити їхню здатність протистояти наслідкам бойового стресу та виявити потенціал для успішної психологічної реабілітації.

Для дослідження позитивних психологічних змін, які можуть виникати після переживання психотравмуючих подій, у роботі використано Опитувальник посттравматичного зростання (Posttraumatic Growth Inventory – PTGI). Ця методика розроблена американськими психологами Річардом Тедескі (Richard Tedeschi) та Лоуренсом Калгуном (Lawrence Calhoun) у 1996 році [71].

Аналізована методика ґрунтується на концепції посттравматичного зростання. Отже, відповідно до неї переживання складних життєвих подій може призводити не лише до негативних психологічних наслідків, а й до позитивних особистісних трансформацій. Автори концепції наголошують, що боротьба людини з наслідками психотравми здатна сприяти розвитку нових життєвих смислів, переоцінці власних цінностей, зміцненню внутрішніх ресурсів та особистісному розвитку.

Особливого значення дана методика набуває у дослідженнях військовослужбовців, оскільки дозволяє оцінити не лише наслідки бойової психічної травми, але й позитивні зміни, які можуть формуватися у процесі подолання кризових життєвих обставин. Для жінок-військовослужбовиць це дає можливість виявити особливості особистісного розвитку після пережитого бойового досвіду та оцінити потенціал їхнього психологічного відновлення.

Оригінальна версія опитувальника містить 21 твердження. Вони відображають можливі позитивні зміни після переживання травматичних подій. Респонденти оцінює ступінь змін за шестибальною шкалою від 0 («не відбулося жодних змін») до 5 («дуже значні зміни»).

Таким чином, методика дозволяє оцінити п'ять основних сфер посттравматичного зростання:

Перша стосується нових можливостей. Ця шкала характеризує здатність людини відкривати нові перспективи та життєві шляхи після переживання травматичного досвіду. Отже, вона відображає готовність особи до змін ,пошук нею нових цілей та розширення життєвих можливостей.

Наступна шкала – покращення між особистих стосунків. Аналізована шкала буде відображати зміни, які відбуваються (відбулися) у взаєминах з близькими людьми, підвищення рівня емпатія, довіри, здатності до підтримки інших та усвідомлення цінності людських стосунків. Для жінок військовослужбовців цей компонент є особливо важливим у процесі повернення до сімейного та соціального життя.

Шкала особистісна сила характеризує усвідомлення власної внутрішньої сили, здатності долати різні труднощі та впевненість у власних можливостях. Високі результати за цією шкалою свідчать про розвиток психологічної стійкості та віри у власну здатність справлятися з життєвими викликами.

Наступна шкала, які присутня у аналізованій методиці – духовні зміни. Ця шкала оцінює зміни, які відбулися у світогляді, переконаннях, духовних цінностях особи та в її ставленні до життя. Після переживання психотравмуючих подій людина може переосмислювати питання віри, моральних принципів та життєвого призначення.

Остання шкала методики – переоцінка життя. Цей компонент аналізованої методики відображає зміну ставлення до життя, усвідомлення його цінності, здатності отримувати задоволення від повсякденних подій. Таким чином, особа отримує більш глибоке розуміння значущості людського існування.

Для отримання результатів за аналізованою методикою та відповідно з метою їх інтерпретації, отримані бали за кожною шкалою потрібно підрахувати. Далі визначається загальний індекс посттравматичного зростання. Отже, якщо показники високі, то це означає, що в особи відбуваються позитивні особистісні зміни, які сформувалися у результаті подолання посттравматичного досвіду.

Важливо, що використання опитувальника посттравматичного зростання (Posttraumatic Growth Inventory – PTGI), дозволяє визначити рівень посттравматичного зростання у жінок військових. Крім того, за його допомогою є можливість оцінити позитивні особистісні зміни, які викликані подоланням наслідків психічної травматизації та бойового досвіду [21].

У дослідженні також використана була методика «Багатовимірна шкала соціальної підтримки» (Multidimensional Scale of Perceived Social Support – MSPSS). Вона необхідна була для оцінювання рівня соціальної підтримки жінок військовослужбовиць. Багатовимірну шкалу сприйнятої соціальної підтримки (Multidimensional Scale of Perceived Social Support – MSPSS),

розроблену Г. Зіметом, Н. Далемом, С. Зіметом та Г. Фарлі (Zimet et al., 1988) [80].

Теоретичною основою методики є положення про те, що соціальна підтримка виступає одним із найважливіших ресурсів подолання стресу та психологічної адаптації особистості до складних життєвих обставин. У контексті військової служби підтримка з боку близьких людей сприяє зниженню негативного впливу бойового стресу, підвищує психологічну стійкість та полегшує процес відновлення після психотравмуючих подій.

Особливого значення соціальна підтримка набуває для жінок-військовослужбовиць, які після повернення із зони бойових дій нерідко стикаються з труднощами адаптації до цивільного життя, необхідністю відновлення сімейних взаємин та подоланням наслідків бойової психічної травми. Саме наявність підтримуючого соціального оточення виступає одним із ключових чинників успішної психологічної реабілітації.

Методика MSPSS складається з 12 тверджень, які оцінюються респондентом за семибальною шкалою від 1 («повністю не згоден») до 7 («повністю згоден»).

Опитувальник дозволяє оцінити три основні джерела соціальної підтримки:

Перша шкала – це підтримка сімї. Шкала відображає рівень емоційної, психологічної та практичної підтримки, яку людина отримує від членів своєї родини. Для жінок військовослужбовиць сімейна підтримка виступає важливим чинником подолання наслідків бойового стресу та відновлення психологічного благополуччя.

Наступна шкала – це підтримка друзів. Дана шкала характеризує сприйняття підтримки з боку друзів та близького соціального оточення. Вона включає можливість отримати допомогу, пораду, співчуття та розуміння у складних життєвих ситуаціях.

Третя шкала підтримка значущих осіб. Шкала оцінює рівень підтримки від людей, які мають особливе значення для особистості. Це можуть бути

чоловік або дружина, партнер, наставник, командир, побратими чи інші особи, яким людина довіряє та на яких може покластися у важкі моменти життя.

За результатами обстеження визначаються показники за кожною із трьох шкал, а також загальний рівень сприйнятої соціальної підтримки. Високі показники свідчать про наявність потужного соціального ресурсу, який сприяє психологічній стійкості та успішному подоланню стресових ситуацій. Низькі показники можуть вказувати на ризик соціальної ізоляції, труднощі психологічної адаптації та потребу у додаткових реабілітаційних заходах.

Численні дослідження підтверджують існування тісного взаємозв'язку між рівнем соціальної підтримки та психологічним благополуччям військовослужбовців. Особи, які отримують достатню підтримку від сім'ї, друзів та значущих осіб, демонструють нижчі показники посттравматичного стресового розладу, тривожності та депресії, а також вищий рівень життєстійкості та посттравматичного зростання.

Зазначені методики, у комплексному застосування дали можливість отримати розуміння психологічного стану жінок-військовослужбовців. Крім того, здійснити оцінку їхніх реабілітаційних потреб та розробити практичні рекомендації для надання їм допомоги.

## 2.2. Аналіз рівня психологічного благополуччя та стресостійкості жінок військовослужбовців

Провівши тестування жінок-військовослужбовців та опрацювавши їх, можемо навести їх результати.

Отже, результати шкали впливу травматичної події (IES-R – Impact of Event Scale-Revised) (Weiss & Marmar, 1997) відображені у таблиці 2.1. Отримані дані дозволяють оцінити рівень вираженості симптомів посттравматичного стресу серед жінок-військовослужбовиць, які брали участь у дослідженні.

Зазначена таблиця показує рівень вираженості симптомів посттравматичного стресу за шкалою впливу травматичної події.

Таблиця 2.1

Рівень вираженості симптомів посттравматичного стресу за шкалою IES-R

| **Рівень прояву симптомів ПТСР** | **Кількість осіб** | **%** |
|---|---|---|
| Низький (до 24 балів) | 5 | 12,5 |
| Помірний (24–32 бали) | 11 | 27,5 |
| Високий (33–36 балів) | 13 | 32,5 |
| Дуже високий (понад 37 балів) | 11 | 27,5 |
| **Разом** | **40** | **100,0** |

Аналіз результатів показав, що лише у 5 респонденток (12,5%) виявлено низький рівень прояву симптомів посттравматичного стресу. Для цієї групи характерна відносно успішна адаптація до пережитого бойового досвіду та відсутність виражених ознак психологічної травматизації.

У 11 жінок-військовослужбовців (27,5%) встановлено помірний рівень прояву симптомів ПТСР. У даної категорії респонденток спостерігаються окремі ознаки психологічного дистресу, проте вони не мають критичного характеру та не призводять до суттєвого порушення повсякденного функціонування.

Найбільшу групу склали респондентки з високим рівнем симптомів посттравматичного стресу – 13 осіб (32,5%). Для них характерні нав'язливі спогади про травматичні події, підвищена тривожність, труднощі емоційної саморегуляції та періодичне уникнення ситуацій, які нагадують про бойовий досвід.

Водночас у 11 жінок-військовослужбовців (27,5%) виявлено дуже високий рівень прояву симптомів посттравматичного стресу. Це свідчить про значну психологічну травматизацію та можливу наявність клінічно значущих проявів ПТСР, що потребують поглибленої психологічної діагностики та

спеціалізованої психологічної допомоги.

Загалом результати дослідження свідчать, що 60 % опитаних жінок-військовослужбовців мають високий або дуже високий рівень прояву симптомів посттравматичного стресу, що підтверджує значний вплив бойового досвіду на їхній психоемоційний стан та актуалізує необхідність проведення комплексних програм психологічної реабілітації.

Середні показники по досліджуваній вибірці за окремими шкалами методики IES-R відображено на рис. 2.4.

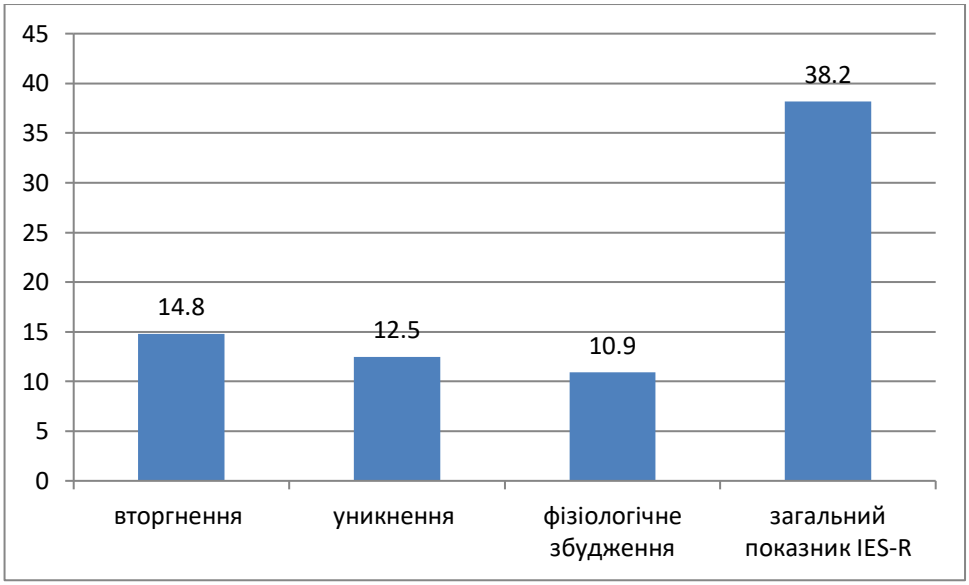


Рис. 2.4. Середні показники за шкалами методики шкалою IES-R.

Аналіз середніх значень показав, що найвищі показники отримано за шкалою «Вторгнення» (M = 14,8 бала). Це свідчить про те, що значна частина респонденток продовжує переживати нав'язливі спогади про бойові події, емоційно насичені спогади, флешбеки та нічні кошмари. Саме повторне переживання травматичного досвіду є одним із найбільш характерних проявів посттравматичного стресу.

Середній показник за шкалою «Уникнення» становив 12,5 бала, що вказує на прагнення частини жінок-військовослужбовиць уникати думок, почуттів, розмов або ситуацій, які нагадують про пережиті травматичні події. Подібна поведінка виступає захисним механізмом психіки, однак за тривалого збереження може ускладнювати процес психологічної адаптації.

Показник за шкалою «Фізіологічне збудження» склав 10,9 бала, що свідчить про наявність у респонденток підвищеної настороженості, труднощів концентрації уваги, дратівливості, порушень сну та постійного очікування небезпеки.

Загальний середній показник за методикою IES-R становив 38,2 бала, що відповідає високому рівню психологічної травматизації вибірки та підтверджує необхідність впровадження спеціалізованих заходів психологічної підтримки та реабілітації жінок-військовослужбовиць.

Таким чином, результати дослідження за шкалою IES-R свідчать про значну поширеність симптомів посттравматичного стресу серед досліджуваних жінок-військовослужбовців. Найбільш вираженими проявами є нав'язливе повторне переживання травматичних подій, уникнення спогадів про бойовий досвід та підвищене психофізіологічне напруження.

Результати отримані за методикою - Госпітальною шкалою тривоги та депресії (HADS) відображено у таблиці 2.2. та 2.3. Аналіз отриманих даних дозволяє оцінити рівень тривожності та депресивних проявів у жінок-військовослужбовців, а також визначити особливості їхнього психоемоційного стану.

Таблиця 2.2

Розподіл рівнів тривожності (HADS-A)

| **Рівень** | **Кількість** | **%** |
|---|---|---|
| Норма (0–7) | 11 | 27,5 |
| Субклінічний (8–10) | 16 | 40,0 |
| Клінічний (11–21) | 13 | 32,5 |
| **Разом** | **40** | **100,0** |

Як свідчать дані таблиці 2.2, лише 11 респонденток (27,5%) продемонстрували нормативний рівень тривожності. Водночас у більшості досліджуваних виявлено підвищені показники тривоги. Так, 16 осіб (40,0%) мають субклінічний рівень тривожності, а ще 13 осіб (32,5%) – клінічно виражені прояви тривожного стану.

Отримані результати свідчать про те, що майже три чверті досліджуваних (72,5%) характеризуються підвищеним рівнем тривожності. Це може бути наслідком тривалого перебування в умовах стресу, участі у бойових діях, постійної загрози життю та здоров'ю, а також необхідності виконання службових обов'язків в умовах невизначеності та високої відповідальності. Підвищена тривожність у жінок-військовослужбовців може проявлятися у вигляді постійного внутрішнього напруження, надмірної настороженості, труднощів психологічного розслаблення та схильності до переживань щодо майбутнього.

Аналіз результатів за шкалою депресії (табл. 2.3) показав дещо іншу тенденцію.

Таблиця 2.3

Розподіл рівнів депресії (HADS-D)

| **Рівень** | **Кількість** | **%** |
|---|---|---|
| Норма (0–7) | 23 | 57,5 |
| Субклінічний (8–10) | 11 | 27,5 |
| Клінічний (11–21) | 6 | 15,0 |
| **Разом** | **40** | **100,0** |

Більше половини респонденток – 23 особи (57,5%) – продемонстрували нормативні показники депресивних проявів. Разом з тим у 11 жінок-військовослужбовців (27,5%) виявлено субклінічний рівень депресії, а у 6 осіб (15,0%) – клінічно виражені депресивні прояви.

Таким чином, загалом у 42,5% респонденток спостерігаються різні прояви депресивних станів. Подібні результати можуть бути пов'язані з емоційним виснаженням, переживанням втрат, тривалим впливом бойового стресу, труднощами соціальної адаптації та необхідністю поєднання професійних і сімейних ролей.

Середні показники за шкалами HADS представлені на рис. 2.5.

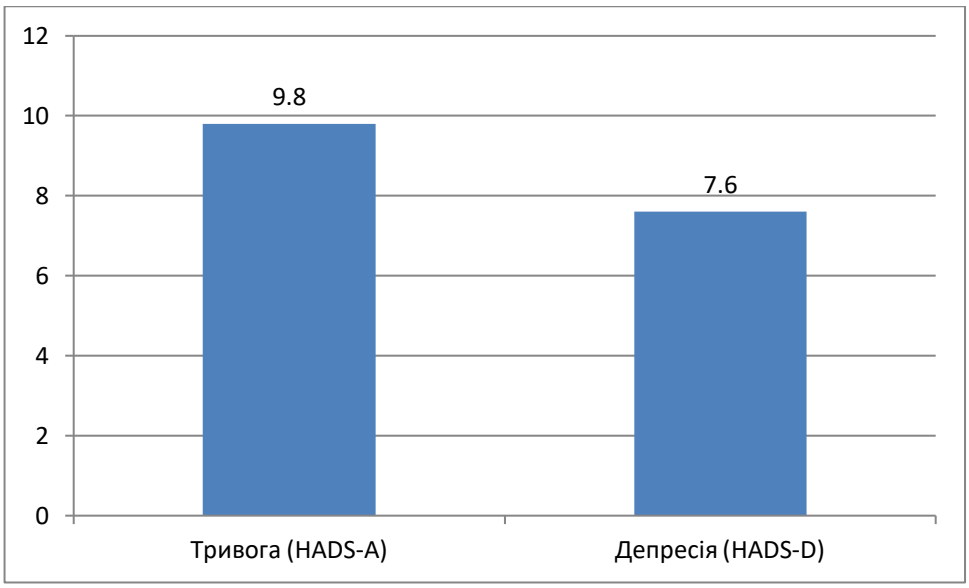


Рис. 2.5. Середні показники за шкалами госпітальної шкали тривоги та депресії (HADS)

Аналіз отриманих результатів показав, що середній показник за шкалою тривоги становить 9,8 бала, що відповідає субклінічному рівню тривожності. Це свідчить про наявність у більшості жінок-військовослужбовців стійкого психоемоційного напруження та ознак психологічного неблагополуччя.

Середній показник за шкалою депресії становить 7,6 бала, що перебуває на межі нормативних та субклінічних значень. Це вказує на те, що хоча клінічно виражені депресивні прояви характерні лише для частини вибірки, окремі симптоми емоційного виснаження та зниження психологічного благополуччя є досить поширеними серед досліджуваних.

Порівняння середніх показників за шкалами HADS дозволяє зробити висновок, що у жінок-військовослужбовців більш вираженими є саме тривожні переживання, ніж депресивні прояви. Це є закономірним наслідком впливу бойового досвіду, який супроводжується підвищеним рівнем настороженості, постійною готовністю до небезпеки та труднощами психологічного розслаблення навіть після завершення виконання службово-бойових завдань.

У результаті тестування жінок військовослужбовців за методикою життєстійкості С. Мадді (Hardiness Survey) отримано результати відображені у таблиці 2.4. Отримані дані дозволяють оцінити рівень розвитку

особистісних ресурсів, які забезпечують здатність ефективно долати стресові ситуації, адаптуватися до складних життєвих обставин та зберігати психологічну стійкість в умовах підвищеного психоемоційного навантаження.

Таблиця 2.4

Рівень життєстійкості жінок-військовослужбовців

| **Рівень життєстійкості** | **Кількість осіб** | **%** |
|---|---|---|
| Низький | 8 | 20,0 |
| Середній | 20 | 50,0 |
| Високий | 12 | 30,0 |
| Разом | 40 | 100,0 |

Аналіз результатів показав, що низький рівень життєстійкості характерний для 8 респонденток (20,0%). Для цієї категорії жінок-військовослужбовців характерними можуть бути труднощі адаптації до стресових ситуацій, підвищена вразливість до негативних наслідків бойового досвіду, а також недостатня сформованість психологічних ресурсів для ефективного подолання життєвих труднощів.

Найбільшу групу склали респондентки із середнім рівнем життєстійкості – 20 осіб (50,0%). Це свідчить про наявність у більшості досліджуваних достатнього адаптаційного потенціалу та здатності протистояти стресогенним чинникам. Водночас вони можуть потребувати додаткової психологічної підтримки в умовах тривалого психоемоційного навантаження.

Високий рівень життєстійкості було виявлено у 12 жінок-військовослужбовців (30,0%). Представниці цієї групи характеризуються високою психологічною стійкістю, здатністю зберігати внутрішню рівновагу в кризових ситуаціях, ефективно долати труднощі та використовувати складні життєві обставини як джерело особистісного розвитку.

Загалом результати свідчать про те, що 80,0% респонденток мають середній або високий рівень життєстійкості, що можна розглядати як

позитивний показник психологічної адаптації та наявності ресурсів для подолання наслідків бойового стресу. Отримані дані також підтверджують, що життєстійкість виступає важливим чинником психологічного благополуччя жінок-військовослужбовців та може сприяти їх успішній психологічній реабілітації.

Середні показники компонентів життєстійкості представлені на рис. 2.6.

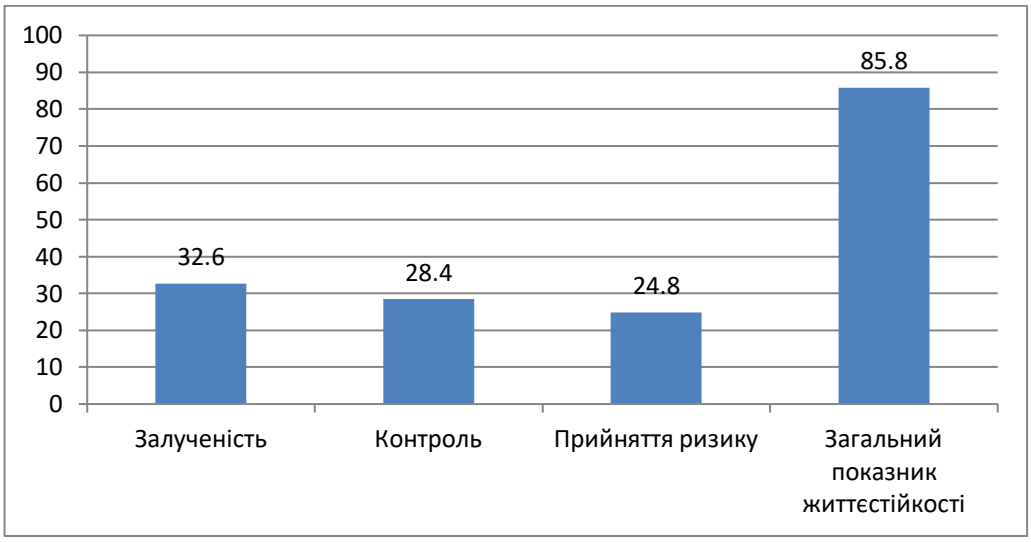


Рис. 2.6. Середні показники компонентів життєстійкості

Аналіз середніх значень засвідчив, що найвищий показник отримано за компонентом «Залученість» (M = 32,6 бала). Це свідчить про високий рівень включеності більшості респонденток у професійну діяльність та життєві процеси, а також про прагнення активно взаємодіяти з навколишнім середовищем навіть в умовах складних життєвих обставин.

Середній показник за компонентом «Контроль» становив 28,4 бала, що характеризує достатній рівень переконаності жінок-військовослужбовиць у власній здатності впливати на події свого життя та приймати відповідальні рішення в умовах невизначеності.

Найнижчі середні значення були зафіксовані за компонентом «Прийняття ризику» (M = 24,8 бала). Це може бути пов'язано з пережитим бойовим досвідом, який формує більш обережне ставлення до невизначених ситуацій та підвищує потребу в безпеці.

Результат обробки опитувальника посттравматичного зростання (PTGI)

у жінок військовослужбовців відображено у таблиці 2.5. Отримані дані дозволяють оцінити рівень позитивних особистісних змін, що відбулися у жінок-військовослужбовців після переживання психотравмуючих подій, пов'язаних із проходженням військової служби та участю у бойових діях.

Таблиця 2.5

Рівень посттравматичного зростання жінок-військовослужбовиць

| **Рівень посттравматичного зростання** | **Кількість осіб** | **%** |
|---|---|---|
| Низький | 7 | 17,5 |
| Середній | 21 | 52,5 |
| Високий | 12 | 30,0 |
| Разом | 40 | 100,0 |

Аналіз результатів показав, що низький рівень посттравматичного зростання виявлено у 7 респонденток (17,5%). Для цієї категорії характерною є відсутність або незначна вираженість позитивних особистісних змін після пережитого травматичного досвіду. Такі жінки можуть потребувати додаткової психологічної підтримки, спрямованої на пошук особистісних ресурсів та формування нових життєвих смислів.

Найбільшу групу становили респондентки із середнім рівнем посттравматичного зростання – 21 особа (52,5%). Отримані результати свідчать про те, що більшість досліджуваних демонструє окремі позитивні зміни, які сформувалися внаслідок подолання життєвих труднощів та наслідків бойового досвіду. У них спостерігається переоцінка життєвих цінностей, посилення віри у власні сили та усвідомлення значущості міжособистісних взаємин.

Високий рівень посттравматичного зростання зафіксовано у 12 жінок-військовослужбовиць (30,0%). Це свідчить про наявність виражених позитивних особистісних трансформацій, які проявляються у підвищенні психологічної стійкості, формуванні нових життєвих цілей, зміцненні внутрішніх ресурсів та більш глибокому усвідомленні цінності життя.

Таким чином, результати дослідження свідчать, що 82,5% респонденток

мають середній або високий рівень посттравматичного зростання, що є позитивним показником психологічної адаптації після пережитих психотравмуючих подій. Отримані дані підтверджують, що навіть за наявності значного бойового досвіду та психологічної травматизації жінки-військовослужбовиці здатні демонструвати особистісний розвиток та формувати нові психологічні ресурси.

На рис. 2.7 відображено середні показники за шкалами опитувальника посттравматичного зростання (PTGI).

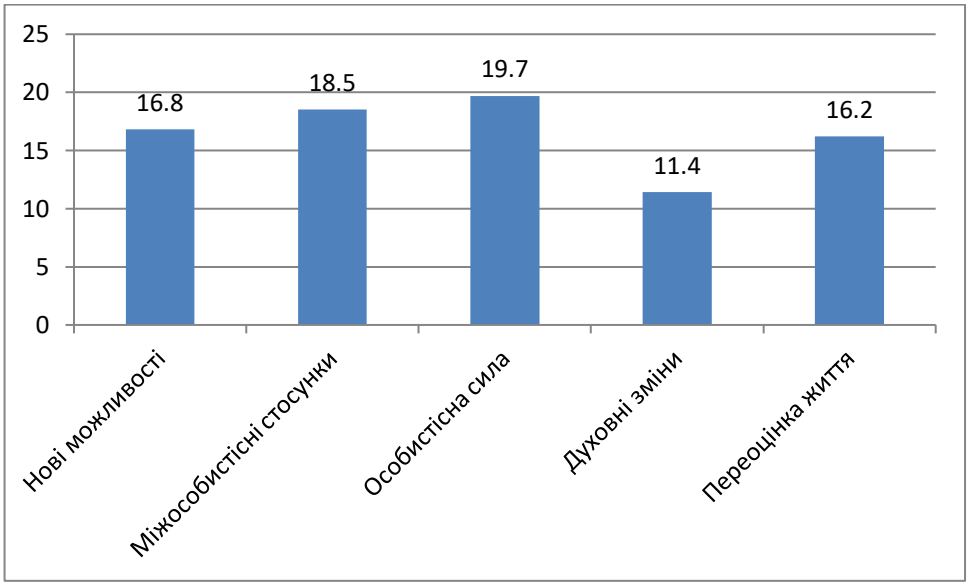


Рис. 2.7. Середні показники за шкалами опитувальника посттравматичного зростання (PTGI)

Аналіз середніх значень показав, що найвищі результати отримано за шкалою «Особистісна сила» (M = 19,7 бала). Це свідчить про розвиток у респонденток впевненості у власних можливостях, здатності долати труднощі та успішно справлятися зі складними життєвими ситуаціями. Пережитий бойовий досвід став для багатьох жінок джерелом усвідомлення власної психологічної стійкості та внутрішніх ресурсів.

Дещо нижчі показники зафіксовано за шкалою «Міжособистісні стосунки» (M = 18,5 бала). Отримані результати свідчать про зростання цінності близьких взаємин, підтримки з боку сім'ї, друзів та побратимів, а також підвищення здатності до співпереживання та взаємодопомоги.

Середній показник за шкалою «Нові можливості» становив 16,8 бала, що свідчить про готовність багатьох респонденток відкривати нові перспективи, ставити нові життєві цілі та знаходити нові напрямки самореалізації після пережитого досвіду.

За шкалою «Переоцінка життя» отримано середній показник 16,2 бала. Це вказує на більш глибоке усвідомлення цінності життя, зміну життєвих пріоритетів та переосмислення власного життєвого досвіду.

Найнижчі середні значення виявлено за шкалою «Духовні зміни» (M = 11,4 бала). Це може свідчити про те, що духовно-світоглядні трансформації у досліджуваних жінок відбуваються менш інтенсивно порівняно з особистісними та соціальними змінами.

Отже, результати опитувальника PTGI засвідчили наявність у більшості жінок-військовослужбовців ознак посттравматичного зростання. Найбільш вираженими позитивними наслідками пережитого бойового досвіду є розвиток особистісної сили, покращення міжособистісних взаємин та формування нових життєвих можливостей.

Результати дослідження за методикою «Багатовимірна шкала соціальної підтримки» (Multidimensional Scale of Perceived Social Support – MSPSS) представлені у таблиці 2.6.

Таблиця 2.6

Рівень сприйняття соціальної підтримки жінками-військовослужбовцями

| **Рівень соціальної підтримки** | **Кількість осіб** | **%** |
|---|---|---|
| Низький | 10 | 25,0 |
| Середній | 18 | 45,0 |
| Високий | 12 | 30,0 |
| Разом | 40 | 100,0 |

Аналіз отриманих даних показав, що низький рівень соціальної підтримки характерний для 10 жінок-військовослужбовців (25,0%). Для цієї

групи респонденток властиве недостатнє відчуття підтримки з боку близького соціального оточення, що може негативно впливати на процес психологічної адаптації та відновлення після пережитих психотравмуючих подій.

Найбільшу частку вибірки становили респондентки із середнім рівнем соціальної підтримки – 18 осіб (45,0%). Це свідчить про наявність у більшості жінок певних ресурсів соціальної допомоги, які сприяють подоланню стресу та підтриманню психологічного благополуччя. Високий рівень соціальної підтримки було виявлено у 12 жінок-військовослужбовців (30,0%). Представниці цієї групи відзначають наявність стабільної підтримки з боку родини, друзів та інших значущих осіб, що виступає важливим фактором психологічної стійкості та успішної реабілітації.

Аналіз отриманих даних показав, що низький рівень соціальної підтримки характерний для 10 жінок-військовослужбовців (25,0%). Для цієї групи респонденток властиве недостатнє відчуття підтримки з боку близького соціального оточення, що може негативно впливати на процес психологічної адаптації та відновлення після пережитих психотравмуючих подій.

Середні показники за окремими шкалами MSPSS представлені на рис. 2.8.

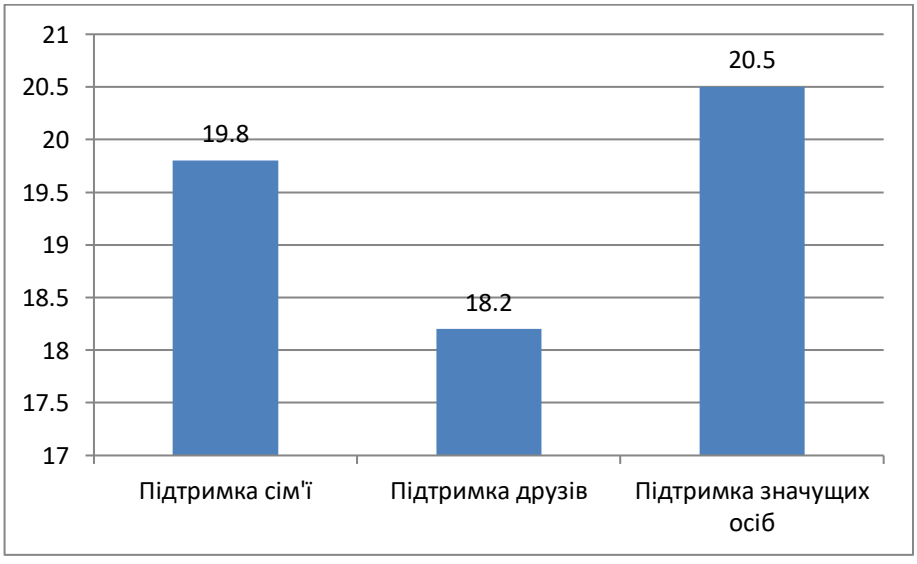


Рис. 2.8. Середні показники за шкалами соціальної підтримки (MSPSS)

Найвищі значення отримано за шкалою «Підтримка значущих осіб» (M = 20,5 бала), що свідчить про важливу роль близьких людей у процесі психологічного відновлення жінок-військовослужбовців. Дещо нижчими є показники за шкалою «Підтримка сім'ї» (M = 19,8 бала), які також залишаються на достатньо високому рівні.

Найнижчий середній показник отримано за шкалою «Підтримка друзів» (M = 18,2 бала). Це може бути пов'язано з обмеженням соціальних контактів під час проходження військової служби, тривалими відрядженнями, ротаціями та зміною звичного кола спілкування.

Таким чином, результати дослідження свідчать, що соціальна підтримка виступає одним із ключових ресурсів психологічної адаптації та реабілітації жінок-військовослужбовців. Водночас кожна четверта респондентка демонструє недостатній рівень соціальної підтримки, що потребує врахування під час розроблення програм психологічної допомоги та реабілітації.

## 2.3. Аналіз психологічних труднощів та потреб у реабілітації жінок-військовослужбовець

Проведене дослідження дозволило виявити основні психологічні труднощі, з якими стикаються жінки-військовослужбовці після участі у бойових діях та виконання службово-бойових завдань. Встановлено, що у 60,0% респонденток виявлено високий або дуже високий рівень симптомів посттравматичного стресу за методикою IES-R. Це свідчить про наявність у значної частини досліджуваних нав'язливих спогадів про травматичні події, підвищеної емоційної напруги, труднощів психологічної адаптації та ознак психотравматизації.

Найбільш вираженими виявилися симптоми повторного переживання травматичних подій, що проявляються у формі нав'язливих спогадів, нічних кошмарів, емоційно насичених спогадів про бойові події та постійного

повернення до пережитого досвіду. Крім того, значна частина жінок демонструє поведінкові прояви уникнення, що виражаються у небажанні обговорювати пережиті події або контактувати зі стимулами, які нагадують про бойовий досвід.

Отже, результати опитування показали, що більшість респонденток продовжують переживати окремі наслідки бойового досвіду навіть після завершення виконання бойових завдань.

У таблиці 2.7 наводяться дані отримані під час анкетування жінок військовослужбовців. Отже,

Таблиця 2.7

Особливості переживання бойового досвіду жінками-військовослужбовцями

| Прояви переживання бойового досвіду | Кількість осіб | % |
|---|---|---|
| Нав'язливі спогади про бойові події | 24 | 60,0 |
| Підвищена тривожність та настороженість | 26 | 65,0 |
| Порушення сну та нічні кошмари | 18 | 45,0 |
| Емоційне виснаження | 22 | 55,0 |
| Почуття провини за пережиті події | 16 | 40,0 |
| Труднощі психологічного розслаблення | 21 | 52,5 |

Отримані результати свідчать, що найбільш поширеними наслідками бойового досвіду є підвищена тривожність, нав'язливі спогади про пережиті події та емоційне виснаження. Частина жінок зазначала, що після повернення із району бойових дій їм складно позбутися відчуття постійної небезпеки, навіть перебуваючи у безпечному середовищі.

Під час індивідуальних бесід респондентки також повідомляли про переживання втрати побратимів та посестер, страх повторного потрапляння у бойову ситуацію, а також труднощі повернення до звичного способу життя. Для багатьох жінок характерним було переосмислення життєвих цінностей та підвищення усвідомлення крихкості людського життя.

Особливістю переживання бойового досвіду жінками-військовослужбовцями є поєднання професійних військових викликів із

традиційними соціальними ролями. Для багатьох респонденток характерними є переживання, пов'язані з тривалою розлукою з сім'єю, неможливістю виконувати звичні сімейні обов'язки, почуттям відповідальності за дітей та близьких. Подібні переживання посилюють психоемоційне навантаження та можуть ускладнювати процес психологічного відновлення.

Водночас результати опитувальника PTGI свідчать про наявність у більшості досліджуваних ознак посттравматичного зростання. Значна частина жінок після пережитого бойового досвіду демонструє підвищення особистісної сили, переоцінку життєвих цінностей та формування нових життєвих орієнтирів, що можна розглядати як важливий ресурс психологічної реабілітації.

Поряд із наслідками бойового стресу у жінок-військовослужбовців спостерігаються труднощі соціально-психологічної адаптації.

Аналіз результатів дослідження дозволив виявити низку соціально-психологічних проблем, характерних для жінок-військовослужбовиць. Однією з найбільш поширених є проблема підвищеної тривожності. За результатами HADS у 72,5% респонденток встановлено субклінічний або клінічний рівень тривоги. Це свідчить про постійне внутрішнє напруження, відчуття небезпеки, невизначеності майбутнього та труднощі психологічного розслаблення.

Виявлено також поширеність депресивних проявів, які спостерігаються у 42,5% досліджуваних. Вони проявляються у формі емоційного виснаження, зниження мотивації, песимістичного сприйняття майбутнього та втрати інтересу до окремих сфер життя.

Важливою соціально-психологічною проблемою залишається необхідність поєднання військової служби із сімейними обов'язками. Багато жінок змушені одночасно виконувати ролі військовослужбовиці, матері, дружини або доньки, що створює додаткове психоемоційне навантаження та підвищує ризик емоційного вигорання.

Основні соціально-психологічні проблеми респондентом згруповані у таблиці 2.8

Таблиця 2.8

Основні соціально-психологічні проблеми респондентом

| Соціально-психологічна проблема | Кількість осіб | % |
|---|---|---|
| Труднощі адаптації до мирного життя | 20 | 50,0 |
| Нерозуміння з боку оточення | 18 | 45,0 |
| Складнощі у сімейних взаєминах | 17 | 42,5 |
| Емоційна дистанційованість від близьких | 15 | 37,5 |
| Почуття самотності | 13 | 32,5 |
| Конфлікти через зміну життєвих цінностей | 14 | 35,0 |

Окремої уваги заслуговують труднощі соціальної адаптації після виконання службово-бойових завдань. Частина респонденток відзначає труднощі у спілкуванні з цивільним оточенням, відчуття нерозуміння з боку інших людей та складність повернення до звичного ритму життя після перебування в умовах бойових дій.

Особливу увагу привертають проблеми у сімейній сфері. Майже половина опитаних повідомила про певні труднощі у взаєминах із членами родини. Найчастіше вони були пов'язані зі зміною ролей у сім'ї, тривалими розлуками, труднощами емоційного спілкування та підвищеним рівнем психологічної напруги.

Окремі респондентки зазначали, що після пережитого бойового досвіду стали більш стриманими у прояві емоцій, менш довірливими до оточення та відчували труднощі у відновленні звичних соціальних контактів.

Важливим завданням дослідження було визначення потреб жінок-військовослужбовців у психологічній допомозі та реабілітації. Насамперед вони потребують психологічної допомоги, спрямованої на подолання наслідків бойової психічної травми, зниження рівня тривожності та профілактику розвитку посттравматичного стресового розладу.

Результати тесту життєстійкості С. Мадді показали, що хоча більшість респонденток мають середній або високий рівень життєстійкості, частина з

них потребує додаткового розвитку психологічних ресурсів для ефективного подолання стресових ситуацій.

Не менш важливою є потреба у сімейному та соціально-психологічному консультуванні. Отримані результати за шкалою MSPSS свідчать, що кожна четверта респондентка має недостатній рівень соціальної підтримки. Тому доцільним є залучення членів сім'ї до процесу психологічної реабілітації та розвиток системи соціальної підтримки військовослужбовиць

Таблиця 2.9

Основні потреби у психологічній підтримці

| Вид психологічної допомоги | Кількість осіб | % |
|---|---|---|
| Індивідуальне психологічне консультування | 29 | 72,5 |
| Навчання методам подолання стресу | 27 | 67,5 |
| Групи психологічної підтримки | 24 | 60,0 |
| Сімейне консультування | 19 | 47,5 |
| Психологічна допомога після демобілізації | 23 | 57,5 |
| Програми розвитку життєстійкості | 25 | 62,5 |

Аналіз результатів показав, що найбільший запит респондентки мають на індивідуальну психологічну допомогу та навчання ефективним способам подолання стресу. Значна частина жінок висловила потребу у професійній підтримці під час адаптації до мирного життя та відновлення сімейних взаємин.

Особливу цінність для учасниць дослідження мають групи психологічної підтримки, у межах яких вони можуть спілкуватися з іншими жінками, які мають подібний бойовий досвід. Такі форми роботи сприяють зниженню почуття ізоляції, нормалізації переживань та відновленню соціальних зв'язків.

Отже, результати дослідження свідчать, що жінки-військовослужбовці стикаються з комплексом психологічних і соціально-психологічних труднощів, пов'язаних із пережитим бойовим досвідом. Найбільш

поширеними є підвищена тривожність, емоційне виснаження, труднощі соціальної адаптації та проблеми у сімейних взаєминах. Водночас більшість респонденток демонструють високий рівень мотивації до психологічного відновлення та потребують комплексних програм реабілітації, які поєднують індивідуальну, групову та сімейну форми психологічної допомоги.

**Висновок до розділу 2**

У другому розділі представлено результати емпіричного дослідження психологічного стану жінок-військовослужбовиць. У дослідженні взяли участь 40 жінок віком від 22 до 52 років, які проходять військову службу в Збройних Силах України та мають різний рівень бойового досвіду.

За результатами шкали впливу травматичної події (IES-R) встановлено, що 60,0 % респонденток мають високий або дуже високий рівень прояву симптомів посттравматичного стресу, що свідчить про значний рівень психологічної травматизації та необхідність проведення реабілітаційних заходів.

Результати госпітальної шкали тривоги та депресії (HADS) показали переважання тривожних проявів над депресивними. Клінічний та субклінічний рівень тривожності було виявлено у 72,5 % досліджуваних, тоді як клінічні прояви депресії спостерігалися лише у 15,0 % респонденток.

Дослідження життєстійкості за методикою С. Мадді засвідчило, що більшість учасниць мають середній (50,0 %) або високий (30,0 %) рівень життєстійкості, що свідчить про наявність достатнього внутрішнього потенціалу для подолання наслідків бойового стресу.

За результатами опитувальника посттравматичного зростання (PTGI) встановлено, що 82,5 % жінок-військовослужбовиць мають середній або високий рівень посттравматичного зростання, що свідчить про здатність частини респонденток використовувати складний життєвий досвід для особистісного розвитку.

# РОЗДІЛ 3
# ПРОГРАМА ПСИХОЛОГІЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ЖІНОК-ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВИЦЬ

Проблема психологічної реабілітації жінок-військовослужбовців є складною та багатогранною. Ефективність психологічної допомоги значною мірою залежить від комплексного підходу до її організації. Пережитий бойовий досвід впливає не лише на психічний стан жінки, а й на її фізичне здоров'я, соціальне функціонування, сімейні відносини та професійну діяльність. Саме тому найбільш ефективною вважається міждисциплінарна модель реабілітації, яка передбачає залучення фахівців різного профілю.

До реалізації реабілітаційної програми доцільно залучати військового психолога, клінічного психолога, психотерапевта, соціального працівника, лікаря-психіатра (за наявності відповідних показань), фахівця з фізичної реабілітації та сімейного консультанта. Кожен із зазначених спеціалістів виконує власні функції у процесі відновлення психічного здоров'я військовослужбовців. Зокрема, військовий психолог здійснює первинну психологічну діагностику та супровід, клінічний психолог проводить поглиблене психологічне обстеження, психотерапевт забезпечує корекцію наслідків психотравматичного досвіду, а соціальний працівник сприяє вирішенню соціально-побутових та адаптаційних проблем.

Разом із тим слід враховувати, що в сучасних умовах не завжди існує можливість забезпечити повноцінну роботу мультидисциплінарної команди. Це може бути пов'язано з кадровими, фінансовими або організаційними обмеженнями. Тому в практичній діяльності психологічна реабілітація жінок-військовослужбовців нерідко здійснюється одним фахівцем або невеликою групою спеціалістів.

У зв'язку з цим доцільним є використання моделі психологічної реабілітації, центральне місце в якій займає психотерапевт або психолог, підготовлений до роботи з наслідками бойової психічної травми. Найбільш

ефективними можуть бути когнітивно-поведінковий, травма-фокусований, ресурсно-орієнтований або інтегративний напрями психотерапії. При цьому за необхідності до роботи можуть залучатися інші фахівці для вирішення окремих медичних, соціальних чи сімейних проблем.

Таким чином, ідеальною моделлю психологічної реабілітації жінок-військовослужбовців є міждисциплінарний підхід із залученням фахівців різних спеціальностей. Водночас за умов обмежених ресурсів ефективне психологічне відновлення може забезпечуватися завдяки роботі психотерапевта або психолога, який використовує сучасні науково обґрунтовані методи допомоги та, за потреби, координує взаємодію з іншими спеціалістами.

Проведене емпіричне дослідження дало можливість сформувати програму психологічної реабілітації жінок військовослужбовців. Загалом, вона має враховувати виявлені особливості їхнього психоемоційного стану, рівень психологічної травматизації, життєстійкості, соціальної підтримки а посттравматичного зростання.

Зазначимо, що мета програми психологічної реабілітації полягає у відновленні психоемоційного благополуччя жінок-військовослужбовців, зниження проявів посттравматичного стресу, тривожності та емоційного виснаження, розвиток життєстійкості, внутрішніх психологічних ресурсів та сприяння успішній соціально-психологічній адаптації після виконання службово-бойових завдань.

Щодо завдань психологічної програми реабілітації, то вона має наступні складові:

Зменшення рівня наслідків психологічної травматизації та симптомів ПТСР;

Зменшення рівня проявів тривожності та емоційного напруження;

Формування навичок емоційної саморегуляції;

Розвиток життєстійкості та психологічної стресостійкості;

Активізація внутрішніх ресурсів особистості;

Формування позитивних стратегій подолання стресу;

Розвиток соціальної підтримки та навичок конструктивної взаємодії.

Для ефективного впровадження запропонованої програми необхідне організаційне, кадрове, матеріально-технічне забезпечення.

Програма психологічної реабілітації жінок-військовослужбовців буде розрахована на 10 тижнів. Вона передбачає проведення 20 занять. Зазначимо, що заняття можуть здійснюватися у груповій або в індивідуальній формі. Тривалість одного заняття становить 90-120 хвилин. Загалом, найбільш ефективним проведення занять з періодичністю два рази на тиждень. Зазначимо, що загальний обсяг програми складає 40 академічних годин.

Розраховуємо, що оптимальна чисельність реабілітаційної групи становитиме 8-12 осіб. Таким чином, це дозволить забезпечити індивідуальний підхід до кожної учасниці та створити безпечне середовище для обговорення особистих переживань.

Оскільки мова, йде про учасників, жінок військових, які беруть участь у військових діях, то програму доцільно реалізовувати на базі військових центрів психологічної реабілітації, військових госпіталів, центрів психічного здоров’я, реабілітаційних відділеннях медичних закладів, підрозділах психологічного забезпечення Збройних Сил України, ветеранських центрах та центрах підтримки військовослужбовців.

Важливою умовою успішної реалізації програми є створення психологічно безпечного середовища. Учасниці повинні бути впевнені у конфіденційності отриманої інформації, відсутності осуду та можливості вільно висловлювати власні переживання. Особлива увага має приділятися принципу добровільності участі та дотриманню етичних стандартів психологічної роботи.

Отже, психологічна програма реабілітації жінок військових складається з п’яти модулів. У таблиці 3.1 відображена структура програми психологічної реабілітації жінок військовослужбовців. Кожен з модулів буде взаємопов’язаний між собою.

Таблиця 3.1

Структура програми психологічної реабілітації жінок військовослужбовців

| Модуль | Мета | Основні форми роботи | Очікуваний результат |
|---|---|---|---|
| Психоосвітній | Формування розуміння наслідків бойового стресу | Мінілекції, групові дискусії, психоосвіта | Усвідомлення власного психологічного стану |
| Емоційна саморегуляція | Навчання управлінню емоціями | Дихальні вправи, релаксація, майндфулнес | Зниження тривожності та напруження |
| Робота з травматичним досвідом | Опрацювання травматичних переживань | КПТ-техніки, наративні методи, арт-терапія | Зниження симптомів ПТСР |
| Розвиток життєстійкості | Формування внутрішніх ресурсів | Тренінгові вправи, ресурсні практики | Підвищення стресостійкості |
| Підвищення стресостійкості | Відновлення соціальних зв'язків | Групова робота, комунікативний тренінг | Покращення адаптації та підтримки |

Отже, перший модуль – психоосвітній. Він триває два заняття. Основними темами цього модулі будуть психологічні наслідки бойового досвіду; симптоми ПТСР; тривожність та її прояви; особливості жіночого переживання бойового досвіду; можливості психологічної допомоги.

Мета запропонованого модулю підвищення рівня психологічної обізнаності жінок-військовослужбовців щодо наслідків бойового стресу, формування розуміння механізмів виникнення психотравматичних реакцій, розвиток навичок раннього розпізнавання симптомів психологічного неблагополуччя та формування мотивації до участі у психологічній реабілітації.

Отже, на першому занятті будуть розглянуті питання психологічних наслідків бойового досвіду та ПТСР. Метою першого заняття є сформувати уявлення про вплив бойових дій на психічне здоров'я та ознайомити з основними проявами бойової психічної травми.

На другому занятті - Тривожність, особливості жіночого переживання

бойового досвіду та можливості психологічної допомоги. Таким чином, на ньому учасниці мають ознайомитися з проявами тривожності, особливостями жіночого переживання війни та сучасними методами психологічної підтримки.

У таблиці 3.2 наведена структура психоосвітнього модуля програми психологічної реабілітації жінок-військовослужбовців.

Таблиця 3.2

Структура психоосвітнього модуля програми психологічної реабілітації жінок-військовослужбовців

| Заняття | Етап заняття | Зміст роботи | Час (хв.) | Методи роботи |
|---|---|---|---|---|
| **1. Психологічні наслідки бойового досвіду та ПТСР** | Вступна частина | Знайомство учасниць, визначення правил роботи групи, очікування від програми | 15 | Бесіда, групове обговорення |
| | Теоретичний блок 1 | Психологічні наслідки бойового досвіду, бойовий стрес, бойова психічна травма | 25 | Мінілекція, презентація |
| | Теоретичний блок 2 | ПТСР: причини виникнення, симптоми, наслідки для психічного здоров'я | 20 | Мінілекція, дискусія |
| | Практична вправа | Вправа «Моє розуміння стресу» | 20 | Самоаналіз, обговорення |
| | Завершення | Підбиття підсумків, рефлексія | 10 | Рефлексивне коло |
| **Разом** | | | **90 хв.** | |
| **2. Тривожність, особливості жіночого переживання війни та можливості психологічної допомоги** | Актуалізація знань | Обговорення попереднього заняття | 10 | Бесіда |
| | Теоретичний блок 1 | Тривожність та її прояви, вплив на психоемоційний стан | 20 | Мінілекція |
| | Теоретичний блок 2 | Особливості переживання бойового досвіду жінками-військовослужбовицями | 20 | Мінілекція, дискусія |
| | Теоретичний блок 3 | Сучасні методи психологічної допомоги та реабілітації | 20 | Мінілекція, презентація |
| | Практична вправа | Вправа «Карта ресурсів» | 15 | Індивідуальна та групова робота |
| | Завершення | Рефлексія, підбиття підсумків | 5 | Обговорення |
| **Разом** | | | **90 хв.** | |

Другий модуль програми психологічної реабілітації спрямований на формування у жінок-військовослужбовців навичок емоційної саморегуляції, зниження рівня психоемоційного напруження та підвищення здатності

ефективно долати наслідки бойового стресу. Необхідність впровадження даного модуля обумовлена результатами проведеного емпіричного дослідження, які засвідчили наявність підвищеного рівня тривожності, симптомів посттравматичного стресу та емоційного виснаження у значної частини респонденток.

Метою модуля є розвиток навичок управління власним емоційним станом, зниження рівня тривожності та психологічної напруги, формування здатності контролювати власні реакції на стресові ситуації та відновлювати психоемоційну рівновагу.

Основними завданнями модуля є: формування навичок усвідомлення власних емоційних станів; навчання технікам швидкого зниження психоемоційного напруження; розвиток навичок контролю фізіологічних реакцій на стрес; підвищення рівня емоційної стійкості; формування навичок самодопомоги в кризових ситуаціях; профілактика розвитку хронічного стресу та емоційного вигорання.

У таблиці 3.3 наведена структура модуля 2 «Тренінг емоційної саморегуляції».

Однією з базових технік є діафрагмальне дихання, яке дозволяє швидко знизити рівень фізіологічного збудження та активізувати механізми природного заспокоєння організму. Регулярне використання даної техніки сприяє зменшенню проявів тривожності, стабілізації серцевого ритму та покращенню загального психоемоційного стану.

Важливе місце у модулі займає прогресивна м'язова релаксація Джекобсона, яка ґрунтується на послідовному напруженні та розслабленні окремих груп м'язів. Використання цієї техніки дозволяє знизити рівень фізичного напруження, покращити сон та сформувати навички усвідомлення тілесних проявів стресу.

Для розвитку навичок концентрації уваги та зменшення інтенсивності негативних переживань використовуються майндфулнес-практики. Їх основна мета полягає у формуванні здатності концентруватися на поточному

моменті без оцінювання власних думок та емоцій. Це дозволяє зменшити рівень тривожності, нав'язливих думок та переживань, пов'язаних із травматичним досвідом.

Таблиця 3.3

Структура модуля 2 «Тренінг емоційної саморегуляції»

| Заняття | Етап заняття | Зміст роботи | Час (хв.) | Методи роботи |
|---|---|---|---|---|
| **1. Основи емоційної саморегуляції та діафрагмальне дихання** | Вступна частина | Актуалізація емоційного стану учасниць, визначення очікувань | 15 | Бесіда, рефлексія |
| | Теоретичний блок | Поняття емоційної саморегуляції та її значення для військовослужбовиць | 20 | Мінілекція |
| | Практична частина | Навчання техніці діафрагмального дихання | 35 | Практичне відпрацювання |
| | Обговорення результатів | Аналіз відчуттів після виконання вправи | 15 | Групова дискусія |
| | Завершення | Рефлексія | 5 | Обговорення |
| **Разом** | | | **90 хв.** | |
| **2. М'язова релаксація та зниження фізичного напруження** | Вступна частина | Обговорення домашнього завдання | 10 | Бесіда |
| | Теоретичний блок | Вплив стресу на тіло та психіку | 15 | Мінілекція |
| | Практична частина | Прогресивна м'язова релаксація Джекобсона | 45 | Практичне тренування |
| | Обговорення | Аналіз фізичних та емоційних змін | 15 | Дискусія |
| | Завершення | Рефлексія | 5 | Обговорення |
| **Разом** | | | **90 хв.** | |
| **3. Майндфулнес та техніка «Заземлення»** | Вступна частина | Перевірка самопочуття учасниць | 10 | Бесіда |
| | Теоретичний блок | Усвідомленість як ресурс подолання стресу | 15 | Мінілекція |
| | Практична частина 1 | Майндфулнес-практика «Тут і тепер» | 25 | Медитативна практика |
| | Практична частина 2 | Техніка «Заземлення 5-4-3-2-1» | 25 | Практичне відпрацювання |
| | Обговорення | Аналіз досвіду використання технік | 10 | Дискусія |
| | Завершення | Рефлексія | 5 | Обговорення |
| **Разом** | | | **90 хв.** | |
| **4. Емоційний щоденник та інтеграція навичок саморегуляції** | Вступна частина | Аналіз змін емоційного стану учасниць | 10 | Бесіда |
| | Теоретичний блок | Значення усвідомлення емоцій у подоланні наслідків стресу | 15 | Мінілекція |
| | Практична частина 1 | Техніка ведення емоційного щоденника | 25 | Індивідуальна робота |
| | Практична частина 2 | Комплексне відпрацювання технік саморегуляції | 30 | Практичне тренування |
| | Завершення | Підсумкова рефлексія модуля | 10 | Групове обговорення |
| **Разом** | | | **90 хв.** | |

Особливе значення для жінок-військовослужбовиць має техніка «Заземлення», яка допомагає стабілізувати емоційний стан під час виникнення сильних стресових реакцій, панічних проявів або нав'язливих спогадів. Вона спрямована на повернення уваги людини до поточного моменту через активізацію сенсорного сприйняття навколишнього середовища.

Також до модуля включено техніку ведення емоційного щоденника, яка сприяє розвитку навичок самоусвідомлення та емоційної рефлексії. Аналіз власних емоційних реакцій дозволяє учасницям краще розуміти причини виникнення негативних переживань та поступово формувати більш адаптивні способи реагування на стресові ситуації.

Третій модуль програми психологічної реабілітації спрямований на опрацювання травматичного досвіду жінок-військовослужбовиць, зменшення інтенсивності негативних емоційних переживань та подолання наслідків бойової психічної травми. Необхідність впровадження даного модуля обумовлена результатами проведеного дослідження, які засвідчили високий рівень посттравматичної симптоматики серед значної частини респонденток.

Основною метою модуля є створення безпечних умов для усвідомлення, прийняття та поступового опрацювання травматичного досвіду, зниження рівня психологічної травматизації та формування більш адаптивних способів сприйняття пережитих подій.

Завданнями модуля є: зниження інтенсивності симптомів посттравматичного стресу; опрацювання травматичних спогадів та емоційних переживань; зменшення почуття провини, сорому та безпорадності; формування більш адаптивних когнітивних установок; розвиток навичок емоційного опрацювання травматичного досвіду; сприяння інтеграції пережитих подій у життєвий досвід особистості.

Для реалізації зазначених завдань використовуються сучасні психотерапевтичні методи, ефективність яких підтверджена у роботі з військовослужбовцями та особами, які пережили психотравмуючі події.

Одним із базових методів роботи виступає когнітивно-поведінкова терапія (КПТ). Її застосування спрямоване на виявлення та корекцію дисфункціональних переконань, які виникли внаслідок травматичного досвіду. Особлива увага приділяється роботі з негативними автоматичними думками, переконаннями щодо власної провини, безпорадності або втрати контролю над життям.

Важливе місце у структурі модуля займає наративна терапія, яка дозволяє учасницям переосмислити власний життєвий досвід через створення особистої історії пережитих подій. Під час роботи жінки отримують можливість не лише розповісти про власний досвід, але й сформувати нове бачення себе як особистості, яка змогла подолати складні життєві випробування.

Особливу роль відіграє техніка реконструкції травматичного досвіду, яка допомагає поступово інтегрувати травматичні спогади у загальну структуру життєвого досвіду. Завдяки цьому зменшується емоційна інтенсивність травматичних спогадів та підвищується здатність контролювати власні реакції на нагадування про пережиті події.

Для безпечного вираження складних емоцій застосовуються методи арт-терапії. Малювання, колажування, робота з метафоричними образами та інші творчі техніки дозволяють учасницям символічно опрацьовувати пережиті події, виражати пригнічені емоції та знаходити внутрішні ресурси для відновлення.

Окремим напрямом роботи є подолання почуття провини та переживання втрати. Досвід бойових дій нерідко супроводжується втратою близьких людей, побратимів або відчуттям відповідальності за певні події. Робота у цьому напрямі спрямована на усвідомлення власних переживань, прийняття неминучих життєвих втрат та формування конструктивних способів проживання горя.

Модуль включає шість послідовних занять, під час яких відбувається поступове опрацювання травматичного досвіду від усвідомлення власних

переживань до їх інтеграції та переосмислення. Така послідовність забезпечує психологічну безпечність роботи та мінімізує ризик повторної травматизації учасниць.

Структура модуля наведена у таблиці 3.4.

Таблиця 3.4

Структура модуля 3 «Робота з травматичним досвідом»

| Заняття | Етап заняття | Зміст роботи | Час (хв.) | Методи роботи |
|---|---|---|---|---|
| **1. Усвідомлення травматичного досвіду** | Вступна частина | Створення безпечної атмосфери, визначення правил роботи | 15 | Бесіда, групова дискусія |
| | Теоретичний блок | Психологічна травма та її вплив на особистість | 20 | Мінілекція |
| | Практична частина | Вправа «Моя історія переживання» | 40 | Наративна терапія |
| | Рефлексія | Обговорення емоційного стану | 15 | Групове обговорення |
| **Разом** | | | **90 хв.** | |
| **2. Робота з травматичними спогадами** | Актуалізація досвіду | Обговорення попереднього заняття | 10 | Бесіда |
| | Теоретичний блок | Особливості травматичної пам'яті | 15 | Мінілекція |
| | Практична частина | Техніка реконструкції травматичного досвіду | 50 | КПТ, робота з травматичними спогадами |
| | Рефлексія | Обговорення переживань | 15 | Дискусія |
| **Разом** | | | **90 хв.** | |
| **3. Подолання негативних переконань** | Вступна частина | Аналіз змін психологічного стану | 10 | Бесіда |
| | Теоретичний блок | Вплив негативних думок на емоційний стан | 20 | Мінілекція |
| | Практична частина | Виявлення та корекція дисфункціональних переконань | 45 | Когнітивно-поведінкова терапія |
| | Рефлексія | Підбиття підсумків | 15 | Обговорення |
| **Разом** | | | **90 хв.** | |
| **4. Робота з почуттям провини та сорому** | Вступна частина | Обговорення актуальних переживань | 10 | Бесіда |
| | Теоретичний блок | Психологічна природа провини та сорому | 15 | Мінілекція |
| | Практична частина | Техніки опрацювання почуття провини | 50 | КПТ, терапевтичні вправи |
| | Рефлексія | Обговорення результатів | 15 | Групова дискусія |
| **Разом** | | | **90 хв.** | |
| **5. Проживання втрати та горювання** | Вступна частина | Підготовка до роботи з темою втрати | 10 | Бесіда |
| | Теоретичний блок | Стадії переживання втрати | 15 | Мінілекція |
| | Практична частина | Арт-терапевтична вправа «Лист пам'яті» | 50 | Арт-терапія |
| | Рефлексія | Обговорення почуттів та висновків | 15 | Обговорення |
| **Разом** | | | **90 хв.** | |
| **6. Інтеграція травматичного досвіду та посттравматичне зростання** | Вступна частина | Аналіз особистісних змін | 10 | Бесіда |
| | Теоретичний блок | Посттравматичне зростання та психологічне відновлення | 20 | Мінілекція |
| | Практична частина | Вправа «Мій шлях сили» | 45 | Наративна терапія, ресурсний підхід |
| | Завершення модуля | Підсумкова рефлексія та зворотний зв'язок | 15 | Групове обговорення |
| **Разом** | | | **90 хв.** | |

Модуль «Розвиток життєстійкості та ресурсності» спрямований на формування та зміцнення внутрішніх психологічних ресурсів жінок-

військовослужбовців, необхідних для успішного подолання наслідків бойового стресу та адаптації до складних життєвих обставин.

Основною метою модуля є підвищення рівня життєстійкості, розвиток особистісної сили та формування ефективних стратегій психологічної адаптації. У межах реалізації модуля учасниці отримують можливість усвідомити власні сильні сторони, виявити внутрішні та зовнішні ресурси підтримки, навчитися використовувати їх у подоланні стресових ситуацій та життєвих труднощів.

Основними завданнями модуля є: розвиток впевненості у власних можливостях; формування позитивного ставлення до власного життєвого досвіду; виявлення та активізація внутрішніх ресурсів особистості; розвиток адаптивних стратегій подолання труднощів; формування навичок конструктивного вирішення проблем; підвищення рівня психологічної гнучкості; розвиток здатності до самопідтримки та самовідновлення.

Структура модуля наведена у таблиці 3.5.

Першим напрямом роботи є розвиток особистісної сили. Під час занять учасниці аналізують власні життєві досягнення, успішний досвід подолання складних ситуацій та особистісні якості, які допомагали їм долати труднощі. Усвідомлення власних сильних сторін сприяє підвищенню самооцінки, впевненості у власних силах та формуванню позитивної самоідентичності.

Наступним важливим напрямом є виявлення внутрішніх ресурсів особистості. Учасниці навчаються визначати власні психологічні, соціальні та духовні ресурси, які можуть бути використані для подолання наслідків стресу. До таких ресурсів належать життєвий досвід, професійні компетентності, соціальна підтримка, сімейні стосунки, цінності, переконання та особистісні якості.

Особлива увага приділяється формуванню позитивного мислення. У процесі роботи жінки-військовослужбовиці вчаться помічати позитивні аспекти власного життя, переосмислювати складні життєві ситуації та замінювати деструктивні переконання більш адаптивними установками. Така

робота сприяє зниженню рівня тривожності, підвищенню психологічного благополуччя та розвитку оптимістичного ставлення до майбутнього.

Таблиця 3.5

Структура модуля 4 «Розвиток життєстійкості та ресурсності»

| Заняття | Етап заняття | Зміст роботи | Час (хв.) | Методи роботи |
|---|---|---|---|---|
| **1. Розвиток особистісної сили та життєстійкості** | Вступна частина | Обговорення актуального психологічного стану учасниць | 10 | Бесіда |
| | Теоретичний блок | Поняття життєстійкості, її компоненти та значення у подоланні бойового стресу | 20 | Мінілекція |
| | Практична частина | Вправа «Мої сильні сторони» | 45 | Самоаналіз, групове обговорення |
| | Рефлексія | Аналіз отриманого досвіду | 15 | Групова дискусія |
| **Разом** | | | **90 хв.** | |
| **2. Виявлення внутрішніх ресурсів особистості** | Вступна частина | Обговорення домашнього завдання | 10 | Бесіда |
| | Теоретичний блок | Психологічні ресурси та їх роль у подоланні труднощів | 15 | Мінілекція |
| | Практична частина | Вправа «Карта особистих ресурсів» | 50 | Ресурсно-орієнтований підхід |
| | Рефлексія | Усвідомлення власних ресурсів | 15 | Обговорення |
| **Разом** | | | **90 хв.** | |
| **3. Формування позитивного мислення та адаптивних копінг-стратегій** | Вступна частина | Аналіз життєвих труднощів та способів їх подолання | 10 | Бесіда |
| | Теоретичний блок | Позитивне мислення та копінг-стратегії у кризових ситуаціях | 20 | Мінілекція |
| | Практична частина | Вправи «Переформулювання негативних переконань», «Коло впливу» | 45 | КПТ, тренінгові вправи |
| | Рефлексія | Обговорення отриманих навичок | 15 | Групова дискусія |
| **Разом** | | | **90 хв.** | |
| **4. Формування навичок вирішення проблем та планування майбутнього** | Вступна частина | Актуалізація особистісних цілей | 10 | Бесіда |
| | Теоретичний блок | Алгоритм конструктивного вирішення проблем | 15 | Мінілекція |
| | Практична частина | Вправи «Дерево рішень», «Мій план розвитку» | 50 | Тренінг прийняття рішень |
| | Підсумкова рефлексія | Аналіз особистісних змін та завершення модуля | 15 | Групове обговорення |
| **Разом** | | | **90 хв.** | |

Важливим компонентом модуля є розвиток адаптивних копінг-стратегій. Учасниці знайомляться з різними способами подолання стресу та навчаються використовувати найбільш ефективні з них. Особлива увага приділяється проблемно-орієнтованим та ресурсно-орієнтованим стратегіям, які дозволяють конструктивно реагувати на труднощі та зберігати психологічну стійкість.

Окремий напрям роботи присвячений формуванню навичок вирішення

проблем. Жінки-військовослужбовці опановують алгоритми аналізу складних життєвих ситуацій, постановки цілей, пошуку альтернативних рішень та оцінювання можливих наслідків власних дій. Це сприяє підвищенню рівня особистісного контролю та впевненості у власних можливостях впливати на життєві обставини.

Робота в межах модуля здійснюється з використанням ресурсно-орієнтованого підходу, елементів когнітивно-поведінкової терапії, тренінгових вправ, методів самоаналізу та групового обговорення. Такий комплексний підхід дозволяє не лише розвивати життєстійкість, але й сприяє формуванню посттравматичного зростання та зміцненню психологічного благополуччя.

Завершальний модуль програми психологічної реабілітації спрямований на відновлення соціального функціонування жінок-військовослужбовців, покращення міжособистісних взаємин та формування умов для успішної інтеграції у професійне, сімейне та суспільне середовище.

Метою модуля є розвиток соціально-психологічної компетентності, покращення міжособистісних взаємин та формування навичок ефективної соціальної адаптації.

Основними завданнями модуля є: відновлення та зміцнення соціальних контактів; розвиток навичок ефективної комунікації; покращення сімейних взаємин; подолання соціальної ізоляції; посилення соціальної підтримки; формування навичок конструктивного вирішення міжособистісних конфліктів; планування подальшого особистісного та професійного розвитку.

Особлива увага приділяється відновленню системи соціальної підтримки. Під час занять учасниці аналізують власне соціальне оточення, визначають джерела підтримки та способи зміцнення взаємин із близькими людьми. Важливим завданням є усвідомлення ролі сім'ї, друзів та колег у процесі психологічного відновлення.

Окремий напрям роботи присвячений сімейним взаєминам після пережитого бойового досвіду. Жінки-військовослужбовці нерідко стикаються

зі змінами сімейних ролей, труднощами взаєморозуміння та необхідністю повторної адаптації до сімейного життя після тривалого виконання службово-бойових завдань. У зв'язку з цим учасниці навчаються навичкам конструктивної взаємодії, активного слухання та ефективного вирішення конфліктних ситуацій.

Структура модуля наведена у таблиці 3.6.

Таблиця 3.6

Структура модуля 5 «Соціально-психологічна адаптація»

| Заняття | Етап заняття | Зміст роботи | Час (хв.) | Методи роботи |
|---|---|---|---|---|
| **1. Відновлення соціальних контактів та соціальної підтримки** | Вступна частина | Обговорення труднощів соціальної адаптації | 10 | Бесіда |
| | Теоретичний блок | Роль соціальної підтримки у психологічному відновленні | 20 | Мінілекція |
| | Практична частина | Вправа «Карта соціальної підтримки» | 45 | Тренінгова вправа, самоаналіз |
| | Рефлексія | Обговорення результатів роботи | 15 | Групова дискусія |
| **Разом** | | | **90 хв.** | |
| **2. Сімейні відносини після бойового досвіду** | Вступна частина | Обговорення змін у сімейних взаєминах | 10 | Бесіда |
| | Теоретичний блок | Особливості сімейної адаптації після участі у бойових діях | 20 | Мінілекція |
| | Практична частина | Вправи «Сімейний баланс», «Активне слухання» | 45 | Тренінг комунікативних навичок |
| | Рефлексія | Аналіз отриманого досвіду | 15 | Групове обговорення |
| **Разом** | | | **90 хв.** | |
| **3. Конструктивна комунікація та подолання соціальної ізоляції** | Вступна частина | Актуалізація труднощів спілкування | 10 | Бесіда |
| | Теоретичний блок | Основи ефективної комунікації та профілактика конфліктів | 15 | Мінілекція |
| | Практична частина | Вправи «Я-повідомлення», «Конструктивний діалог» | 50 | Рольові ігри, тренінг |
| | Рефлексія | Обговорення труднощів та успіхів | 15 | Дискусія |
| **Разом** | | | **90 хв.** | |
| **4. Планування особистісного розвитку та завершення програми** | Вступна частина | Аналіз особистісних змін після проходження програми | 10 | Бесіда |
| | Теоретичний блок | Посттравматичне зростання та перспективи розвитку | 15 | Мінілекція |
| | Практична частина | Вправа «Мій життєвий маршрут», складання індивідуального плану розвитку | 50 | Самоаналіз, коучингові техніки |
| | Завершення модуля | Підсумкова рефлексія та зворотний зв'язок | 15 | Групове обговорення |
| **Разом** | | | **90 хв.** | |

Важливим компонентом модуля є розвиток комунікативної компетентності. Використання тренінгових вправ та рольових ігор сприяє формуванню навичок відкритого спілкування, вираження власних потреб та емоцій, а також конструктивного розв'язання міжособистісних проблем.

Завершальна частина модуля присвячена плануванню подальшого особистісного розвитку. Учасниці аналізують отриманий досвід, визначають власні життєві цілі та розробляють індивідуальні плани подальшого психологічного, соціального та професійного зростання.

Таким чином, запропонована програма охоплює всі ключові компоненти психологічної реабілітації: психоосвіту, емоційну стабілізацію, опрацювання травматичного досвіду, розвиток життєстійкості та соціальну адаптацію. Комплексне поєднання зазначених модулів створює умови для зниження проявів посттравматичного стресу, підвищення психологічного благополуччя, розвитку посттравматичного зростання та успішної інтеграції жінок-військовослужбовців у професійне й соціальне середовище. Очікується, що реалізація програми сприятиме не лише подоланню негативних наслідків бойового досвіду, але й зміцненню особистісного потенціалу, підвищенню якості життя та підтриманню психічного здоров'я жінок, які виконують важливу місію із захисту України.

**Висновок до розділу 3**

У третьому розділі на основі результатів теоретичного аналізу та емпіричного дослідження розроблено комплексну програму психологічної реабілітації жінок-військовослужбовиць.

Метою програми визначено відновлення психічного здоров'я, зниження проявів посттравматичного стресу, розвиток життєстійкості та покращення соціально-психологічної адаптації жінок, які проходять військову службу або мають досвід участі у бойових діях. Структура програми включає п'ять взаємопов'язаних модулів

Отже, запропонована програма психологічної реабілітації жінок-військовослужбовців має комплексний характер та спрямована на відновлення психічного здоров'я, зміцнення психологічних ресурсів і покращення соціальної адаптації учасниць. Структура програми побудована відповідно до результатів проведеного емпіричного дослідження, яке виявило підвищений рівень симптомів посттравматичного стресу, тривожності, окремих депресивних проявів, а також потребу у розвитку життєстійкості та посиленні соціальної підтримки.

# ВИСНОВКИ

У кваліфікаційній роботі здійснено теоретичне та емпіричне дослідження особливостей психологічної реабілітації жінок-військовослужбовців, а також розроблено програму психологічної реабілітації, спрямовану на відновлення їхнього психічного здоров'я та підвищення рівня їх соціально-психологічної адаптації.

У результаті проведеного дослідження сформульовано такі висновки:

Встановлено, що професійна діяльність жінок-військовослужбовиць характеризується високим рівнем психоемоційного навантаження та впливом численних стресогенних чинників. До основних психологічних особливостей їхньої служби належать необхідність функціонування в екстремальних умовах, виконання службово-бойових завдань в умовах постійної загрози життю, переживання втрат, поєднання військової служби із сімейними обов'язками, а також необхідність подолання гендерних стереотипів у військовому середовищі.

З'ясовано, що участь у бойових діях є потужним психотравмуючим фактором, який може призводити до розвитку різних негативних психологічних наслідків. Найбільш поширеними серед них є посттравматичний стресовий розлад, депресивні та тривожні стани, порушення сну, психосоматичні прояви, моральна травма та труднощі соціальної адаптації. Особливістю жінок-військовослужбовиць є поєднання наслідків бойового стресу з переживаннями, пов'язаними із сімейними та соціальними ролями.

Проаналізовано основні теоретичні підходи до психологічної реабілітації жінок-військовослужбовиць. Встановлено, що найбільш ефективними є комплексні реабілітаційні моделі, які поєднують когнітивно-поведінковий, психодинамічний, ресурсно-орієнтований та травма-орієнтований підходи. Важливе значення для психологічного відновлення мають також концепція посттравматичного зростання, розвиток

життєстійкості та активізація соціальної підтримки.

Результати емпіричного дослідження засвідчили наявність значного рівня психологічної травматизації серед жінок-військовослужбовиць. За результатами методики IES-R встановлено, що 60,0 % респонденток мають високий або дуже високий рівень прояву симптомів посттравматичного стресу. Це свідчить про необхідність своєчасного психологічного супроводу та проведення реабілітаційних заходів.

За результатами госпітальної шкали тривоги та депресії (HADS) виявлено підвищений рівень тривожності у більшості учасниць дослідження. Клінічно виражені прояви тривожності спостерігалися у 32,5 % респонденток, а субклінічні — у 40,0 %. Водночас депресивні прояви були менш вираженими: клінічний рівень депресії виявлено у 15,0 % досліджуваних, що свідчить про переважання тривожних переживань над депресивними.

Дослідження життєстійкості за методикою С. Мадді показало, що більшість жінок-військовослужбовиць характеризуються середнім (50,0 %) та високим (30,0 %) рівнем життєстійкості. Це дозволяє розглядати життєстійкість як важливий внутрішній ресурс подолання наслідків бойового стресу та основу для успішної психологічної реабілітації.

Результати опитувальника посттравматичного зростання (PTGI) засвідчили наявність позитивних особистісних змін після пережитого бойового досвіду. Високий рівень посттравматичного зростання продемонстрували 30,0 % респонденток, а середній рівень — 52,5 %. Отримані дані свідчать про потенціал особистісного розвитку навіть за умов переживання складних психотравмуючих подій.

Аналіз рівня соціальної підтримки показав її важливу роль у процесі психологічного відновлення жінок-військовослужбовиць. Встановлено, що вищий рівень соціальної підтримки пов'язаний із кращими показниками життєстійкості, нижчим рівнем тривожності та меншою вираженістю симптомів посттравматичного стресу.

На основі результатів теоретичного та емпіричного дослідження розроблено комплексну програму психологічної реабілітації жінок-військовослужбовиць, яка включає п'ять взаємопов'язаних модулів: психоосвітній модуль, тренінг емоційної саморегуляції, роботу з травматичним досвідом, розвиток життєстійкості та ресурсності, а також соціально-психологічну адаптацію. Програма спрямована на зниження симптомів посттравматичного стресу, покращення емоційного стану, розвиток психологічних ресурсів та відновлення соціального функціонування.

Отже, результати проведеного дослідження підтвердили, що проблема психологічної реабілітації жінок-військовослужбовиць є надзвичайно актуальною в умовах сучасної російсько-української війни. Ефективна система психологічної допомоги має ґрунтуватися на комплексному, гендерно чутливому та ресурсно-орієнтованому підході, який дозволяє не лише подолати негативні наслідки бойового досвіду, але й сприяє розвитку життєстійкості, посттравматичного зростання та успішній інтеграції жінок-військовослужбовиць у професійне й соціальне середовище.

# СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Агаєв Н.А., Кокун О.М., Пішко І.О., Лозінська Н.С., Остапчук В.В., Ткаченко В.В. Збірник методик для діагностики негативних психічних станів військовослужбовців: Методичний посібник. К.: НДЦ ГП ЗСУ, 2016. 234 с. URL: https://lib.iitta.gov.ua/id/eprint/107163/1/%D0%9F%D0%BE%D1%81%D1%96%D0%B1%D0%BD%D0%B8%D0%BA%20%D0%9D%D0%9F%D0%A1_16.pdf

2. Бессел ван дер Колк. Тіло пам'ятає все: мозок, розум і тіло в подоланні травми. Київ: Наш Формат, 2020. 448 с.

3. Блінов О.А. Психологія бойової психічної травми: монографія. К.: Талком, 2016. 246 с. URL: https://files.znu.edu.ua/files/Bibliobooks/Inshi71/0051503.pdf

4. Блінов О. А. Бойова психічна травма: монографія. К.: Талком, 2019. 700 с. URL: https://er.kai.edu.ua/server/api/core/bitstreams/91c241f5-b75e-4b24-b760-827fe4c1dcf9/content

5. Борщевська М.І. Проблеми розуміння психологічної травми для досліджень судово-психологічної експертизи. URL: https://expertize-journal.org.ua/psihologicheskaya-ekspertiza/6332-borshchevska-m-i-problemi-rozuminnya-psikhologichnoji-travmi-dlya-doslidzhen-sudovo-psikhologichnoji-ekspertizi

6. Гендер в українському війську: історія, сучасність, перспективи: Збірник тез доповідей круглого столу (Львів, 1 червня 2021 р.). Львів: НАСВ,2021. 27с. URL: https://asv.mil.gov.ua/content/nauka/2021/01-06-2021_zb_tez_dop.pdf

7. Гончаренко Т. М. Психологічна реабілітація ветеранів АТО/ООС: сучасні підходи. *Практична психологія та соціальна робота.* 2021. № 4. С. 18–23.

8. Гончаренко Т. М. Система психологічної допомоги учасникам бойових дій: міжнародний досвід та українські реалії. *Психологія і*

*суспільство*. 2022. № 1. С. 34–40.

9. Гордовська Т.І. Конструкт моральної травми та його концептуальний зміст. *Науковий вісник ХДУ Серія Психологічні науки.* 2021. №4. С. 7-16. URL: https://pj.journal.kspu.edu/index.php/pj/article/view/1228

10. Гриценко Г. Як жінки змінили українську армію. Гендер в деталях. 2019. 10 жовтня. URL: https://genderindetail.org.ua/season-topic/gender-aftereuromaidan/yak-zhinki-zminili-ukrainsku-armiyu-1341190.html

11. Гуревич К. М., Шевченко А. П. Військова психологія: навчальний посібник. Львів: ЛДУВС, 2021. 176 с.

12. Довідник діагностичних критеріїв DSM-5-TR. Американська психіатрична асоціація. Львів: Видавництво «Компанія «Манускрипт», 2024. 592 с.

13. Екстремальна психологія: підручник / ред. О. В. Тімченко. Київ : ТОВ «Август Трейд», 2007. 502 с.

14. Зубровський Д.С. Адаптація та апробація україномовної версії методики “опитувальник посттравматичного зростання. https://www.researchgate.net/publication/329806216_ADAPTATION_AND_APPROPRIATION_OF_THE_UKRAINIAN_VERSION_OF_THE_POSTTRAUMATIC_GROWTH_INVENTORY_METHODIC

15. Касіяненко, Д. М. Україномовна версія шкали оцінки посттравматичного зростання (PTGI-UA): адаптація та психометрична валідація. *Вісник Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна. Серія «Психологія»*. 2025. №79. С. 99-112. https://doi.org/10.26565/2225-7756-2025-79-13 URL: https://periodicals.karazin.ua/psychology/article/view/28154

16. Климчук В. О. Психологія посттравматичного зростання: монографія. Національна академія педагогічних наук України, Інститут соціальної та політичної психології. Кропивницький : Імекс-ЛТД, 2020. 125 с. URL: https://ispp.org.ua/wp-content/uploads/2021/02/klymchuk-mono-2020.pdf

17. Козігора М. А. Прояви симптомів моральної травми у

військовослужбовців та цивільного населення під час війни. *Науковий вісник Херсонського державного університету.* Серія «Психологічні науки». 2022. Вип. 2. С. 20–27.

18. 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.

19. Кокун О.М., Мороз В.М., Лозінська Н.С., Пішко І.О. Психологічна профілактика психотравматизації військовослужбовців Збройних Сил України : метод. посіб. К. : НДЦ ГП ЗСУ, 2021. 301 с. URL: https://lib.iitta.gov.ua/id/eprint/723954/1/%D0%9F%D0%9E%D0%A1%D0%86%D0%91_%D0%9F%D1%80%D0%BE%D1%84%D1%96%D0%BB_%D0%BF%D1%81%D0%B8%D1%85%D0%BE%D1%82%D1%80%D0%B0%D0%B2%D0%BC%D0%B0%D1%82%D0%B8%D0%B7%D0%B0%D1%86%D1%96%D1%97_%D0%B7%20ISBN.pdf

20. Кокун О. М. Діагностика професійної життєстійкості та психофізіологічної стійкості : методичні рекомендації. Київ : Інститут психології імені Г. С. Костюка НАПН України, 2024. 58 с. URL: https://lib.iitta.gov.ua/id/eprint/739679/1/%D0%9C%D0%B5%D1%82%D0%BE%D0%B4_%D1%80%D0%B5%D0%BA_%D0%9A%D0%BE%D0%BA%D1%83%D0%BD.pdf

21. Кокун О.М., Пішко І.О., Лозінська Н.С., Олійник В.О. Теоретичні основи посттравматичного зростання військовослужбовців – учасників бойових дій : метод. посіб. К. : ТОВ «7БЦ», 2023. 148 с. URL: https://lib.iitta.gov.ua/id/eprint/738702/1/%D0%A2%D0%B5%D0%BE%D1%80%D0%B5%D1%82%D0%B8%D1%87%D0%BD%D1%96%20%D0%BE%D1%81%D0%BD%D0%BE%D0%B2%D0%B8%20%D0%9F%D0%A2%D0%97.pdf

22. Кокун О.М., Олійник В.О., Пішко І.О., Лозінська Н.С. Психологічне опитування «Посттравматичне зростання військовослужбовців в умовах війни» : препринт. Київ : ТОВ «7БЦ», 2024. 32 с. URL:

https://lib.iitta.gov.ua/id/eprint/742924/1/%D0%9F%D1%80%D0%B5%D0%BF%D1%80%D0%B8%D0%BD%D1%82%20%D0%9F%D1%81%D0%B8%D1%85%D0%BE%D0%BB%D0%BE%D0%B3%D1%96%D1%87%D0%BD%D0%B5%20%D0%BE%D0%BF%D0%B8%D1%82%D1%83%D0%B2%D0%B0%D0%BD%D0%BD%D1%8F%20%D0%9F%D0%A2%D0%97.pdf

23. Марценюк Т. Забезпечення ґендерної рівності у Збройних силах України. EMPIRIO. 2024. №1 (1). С. 44-54. URL: https://doi.org/10.18523/30411718.2024.1.44-54.

24. Мельник Ю. Б., Стаднік А. В. Багатомірна шкала сприйняття соціальної підтримки: метод. посіб. (укр. версія). Харків: ХОГОКЗ. 2023. 12 с. https://doi.org/10.26697/melnyk.stadnik.6.2023 URL: https://culturehealth.org/hogokz_knigi/Programs/Melnyk.Stadnik.6.2023.MSPSS.pdf

25. «Невидимий батальйон»: участь жінок у військових діях в АТО (соціологічне дослідження) / за заг. ред. Тамари Марценюк. К.: ФОП Клименко, 2016. 80 с. URL: https://uwf.org.ua/wp-content/uploads/2021/07/nevydymy_batalion_ukr_full.pdf

26. Осьодло В. І. Психологія професійного становлення офіцера : монографія. Київ : ПП «Золоті Ворота», 2012. 464 с.

27. Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи (тестові методики). URL: http://ecopsy.com.ua/cpps/OBSE%20metodyky%20PTSD.pdf

28. Практична психосоматика: діагностичні шкали. Навчальний посібник / За заг. ред. О.О. Чабана, О.О. Хаустової. 2-ге видання, виправлене і доповнене. К.: Видавничий дім Медкнига, 2019. 112 с. URL: https://www.researchgate.net/profile/O-Khaustova/publication/351086530_Prakticna_psihosomatika_diagnosticni_skali_Navcalnij_posibnik/links/6096883a92851c490fc3f737/Prakticna-psihosomatika-diagnosticni-skali-Navcalnij-posibnik.pdf

29. Про затвердження Положення про психологічну реабілітацію

військовослужбовців Збройних Сил України, та Державної спеціальної служби транспорту, які брали участь в антитерористичній операції, здійснювали заходи із забезпечення національної безпеки і оборони, відсічі і стримування збройної агресії Російської Федерації у Донецькій та Луганській областях чи виконували службові (бойові) завдання в екстремальних умовах: Наказ Міністерства оборони України від 09.12.2015 № 702. Дата оновлення: 14.02.2020. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0237-16#Text

30. Психологічна допомога учасникам АТО та їх сім'ям : колективна монографія / ред. М. І. Мушкевич. Луцьк : Вежа-Друк, 2016. 260 с.

31. Станом на 1 січня 2025 року у Збройних силах України (ЗСУ) військову службу проходять понад 70 тисяч жінок, 5 500 з яких служать на передовій. URL: https://suspilne.media/965741-u-minoboroni-rozpovili-skilki-zinok-sluzat-v-zsu/

32. ТЕСТ життєстійкості С. Мадді. URL: https://vseosvita.ua/test/test-zhyttiestiikosti-s-maddi-4236618.html

33. Франкова І., Сеник О., Лещук І., Аврамчук О. Шкала Реакції на Тривалий Травматичний Стрес - Оновлена Українська Версія_Continuous Traumatic Stress Response Scale (CTSR) - Ukrainian revised version. URL: https://www.researchgate.net/publication/393502500_Skala_Reakcii_na_Trivalij_Travmaticnij_Stres_-_Onovlena_Ukrainska_Versia_Continuous_Traumatic_Stress_Response_Scale_CTSR_-_Ukrainian_revised_version

34. Чиханцова О. Життєстійкість як ресурс психологічної стійкості. URL: https://pdfs.semanticscholar.org/203d/e7089d284460aac46124f491db0f89bcc54e.pdf

35. Шемчук О., Гаврюшенко В., Вербин Н. Науково-теоретичні аспекти психології моральності військовослужбовців в сучасній російсько-українській війні. *Вісник Національного університету оборони України.* 2023. Вип. 2 (72). С. 146–160.

36. Юр'єва Н.В. Вплив психологічних особливостей військовослужбовців-жінок на результат виконання службово-бойової діяльності. 2019. *Честь і закон*. №3 (70). https://chiz.nangu.edu.ua/article/view/190053/189885

37. Яковенко С. І., Куліков В. І. Психологічна допомога військовослужбовцям з ПТСР: теорія і практика. Київ: Університет «Україна», 2020. 144 с.

38. Яковенко С. І. Психологічне забезпечення військової діяльності. Київ: НАВС, 2019. 212 с.

39. American Psychological Association. Trauma. URL: https://www.apa.org/topics/trauma

40. Baumann, J., Williamson, C. and Murphy D. (2022) 'Exploring the impact of gender-specific challenges during and after military service on female UK Veterans', *Journal of Military, Veteran, and Family Health*. 2022. №8(2). P. 72-81. URL: https://jmvfh.utpjournals.press/doi/pdf/10.3138/jmvfh-2021-0065?cookieSet=1

41. Beck A. T. Cognitive Therapy and Emotional Disorders. New York : International Universities Press, 1976. 351 p. URL: https://archive.org/details/cognitivetherapy0000beck_e3y7

42. Bisson J. I., Roberts N. P., Andrew M. et al. Psychological therapies for chronic post-traumatic stress disorder (PTSD) in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2013. No. 12. Art. No.: CD003388.

43. Bloom S. L. Creating Sanctuary: Toward the Evolution of Sane Societies. New York : Routledge, 2013. 328 p.

44. Crowley K., Sandhoff M. Just a Girl in the Army: U.S. Iraq War Veterans Negotiating Femininity in a Culture of Masculinity. *Armed Forces & Society*. 2017. Vol. 43. № 4. P. 622–642. DOI: 10.1177/0095327X16687038.

45. Currier J. M., Holland J. M., Drescher K., Foy D. Initial psychometric evaluation of the Moral Injury Questionnaire – Military version. *Clinical Psychology & Psychotherapy*. 2015. Vol. 22, no. 1. P. 54–63.

46. Ellis A. Reason and Emotion in Psychotherapy. New York : Lyle Stuart, 1962. 442 p.

47. Frankova I. Senyk O., Avramchuk O., Leshchuka I., Rudys A., Kurapov A., Goral A. Psychometric properties of the revised Ukrainian version of the Continuous Traumatic Stress Response scale (CTSR) in the context of the Russo-Ukrainian war. European Journal of Psychotraumatology. 2025. Volume 16. URL: https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/20008066.2025.2463186?scroll=top&needAccess=true#abstract

48. Foa E. B., Keane T. M., Friedman M. J., Cohen J. A. Effective Treatments for PTSD. New York : Guilford Press, 2009. 656 p.

49. Fulton J. J., Calhoun P. S., Wagner H. R., Tupler L. A., Beckham H. C. The prevalence of posttraumatic stress disorder in Operation Enduring Freedom/Operation Iraqi Freedom (OEF/OIF) Veterans: A meta-analysis. *Journal of Anxiety Disorders*. 2015. Vol. 31. P. 98–107.

50. Griffin B. J., Purcell N., Burkman K., Litz B. T., Bryan C. J., Schmitz M., Maguen S. Moral injury: An integrative review. *Journal of Traumatic Stress.* 2019. Vol. 32, no. 3. P. 350–362.

51. Handbook of Posttraumatic Growth: Research and Practice / ed. by L. G. Calhoun, R. G. Tedeschi. New York : Routledge, 2014. 448 p.

52. Heinecken L. Discontent within the ranks? The inclusion of women in the military and its impact on gender relations. *Armed Forces & Society*. 2002. Vol. 28, no. 4. P. 545–563.

53. Heinecken L. South Africa’s Armed Forces. South Africa's Post-Apartheid Military: Reframing Civil-Military Relations. Boulder : Lynne Rienner Publishers, 2020. P. 115–138.

54. Heinecken L. Affirming Gender Equality: The Challenges Facingthe South African Armed Forces. URL: https://www.researchgate.net/publication/249680063_Affirming_Gender_Equality_The_Challenges_Facing_the_South_African_Armed_Forces

55. Herman J. L. Trauma and recovery: The aftermath of violence--from

domestic abuse to political terror. New York : Basic Books, 2015. 290 p. URL: https://ia803207.us.archive.org/14/items/radfem-books/Trauma%20and%20Recovery_%20The%20Afterm%20-%20Judith%20L.%20Herman.pdf

56. Herbert M. S. Camouflage Isn't Only for Combat: Gender, Sexuality, and Women in the Military. New York : New York University Press, 1998. 224 p.

57. Hoge C. W., Castro C. A., Messer S. C., McGurk D., Cotting D. I., Koffman R. L. Combat duty in Iraq and Afghanistan, mental health problems, and barriers to care. *New England Journal of Medicine*. 2004. Vol. 351, no. 1. P. 13–22.

58. Hobfoll S. E. Conservation of resources: A new attempt at conceptualizing stress. *American Psychologist*. 1989. Vol. 44, No. 3. P. 513–524. URL: https://scholar.archive.org/fatcat/release/g3p7e5eanba27aflpacwtdb3r4

59. Krupelnytsk Liudmyla, Yatsenko Nazar, Morozova-Larina Olha, Keller Vladyslava. The impact of events scale-revised (IES-R): Validation of the Ukrainian version. Comprehensive Psychiatry. 2025. № 139 (3). URL: https://www.researchgate.net/publication/390324931_The_impact_of_events_scale-revised_IES-R_Validation_of_the_Ukrainian_version

60. Kelber M. S., Xian Liu, O'Gallagher K, Thonsen Stewart L., Belsher B.E., Morgan M. A., Workman D. E., Skopp, N. A., McGraw, K., & Evatt D. P.P. Evatt. Women in combat: The effects of combat exposure and gender on the incidence and persistence of posttraumatic stress disorder diagnosis. 2021. *Journal of Traumatic Stress*. 2021. Vol. 34, no. 4. P. 713–724.

61. Litz B. T., Stein N., Delaney E., Lebowitz L., Nash W. P., Silva C., Maguen S. Moral injury in the military of look-back veterans. *Clinical Psychology Review*. 2009. Vol. 29, no. 8. P. 695–706.

62. Litz B.T., Stein N., Delaney E. et al. Moral Injury and Moral Repair in War Veterans: A Preliminary Model and Intervention Strategy. *Clinical Psychology Review.* 2009. Vol. 29(8). P. 695–706.

63. Maddi S. R**.** Hardiness: An Operationalization of Corporate

Existentialism. *Journal of Humanistic Psychology*. 2004. Vol. 44, no. 3. P. 279–298.

64. Maddi S. R., Khoshaba D. M. Hardiness Resilience Training. *Resilience in Children, Adolescents, and Adults* / ed. by S. Goldstein, R. B. Brooks. New York : Springer, 2013. P. 363–372.

65. Munsey Christopher. Women and war. Researchers find a link between sexual trauma and post-deployment PTSD, but signs of resilience, too. September 2009, Vol 40, No. 8 URL: https://www.apa.org/monitor/2009/09/women-war?utm_source=chatgpt.com

66. MSPSS — Багатомірна шкала сприйняття соціальної підтримки Короткий довідник із користування. URL: https://start.ua-test.com/pub/files/mspss-manual.pdf

67. Shay J. Achilles in Vietnam: Combat Trauma and the Undoing of Character. New York : Scribner, 1994.

68. Segal M. W. Women's military roles cross-nationally: Past, present, and future. *Gender & Society*. 1995. Vol. 9, no. 6. P. 757–775.

69. Segal M. W. The military and the family as greedy institutions. *Armed Forces & Society*. 1986. Vol. 13, no. 1. P. 9–38.

70. Tedeschi R. G., Calhoun L. G. Trauma and Transformation: Growing in the Aftermath of Suffering. Thousand Oaks : SAGE Publications, 1995. 208 p.

71. Tedeschi R. G., Calhoun L. G. Posttraumatic Growth: Conceptual Foundations and Empirical Evidence. *Psychological Inquiry*. 2004. Vol. 15, no. 1. P. 1–18.

72. Tedeschi R. G., Calhoun L. G. The Posttraumatic Growth Inventory: Measuring the Positive Legacy of Trauma. *Journal of Traumatic Stress*. 1996. Vol. 9, no. 3. P. 455–471.

73. Trauma Experiences in the Backgrounds of Violent Young Offenders. URL: https://www.researchgate.net/publication/324438581.

74. The Challenging Continuity of Change and the Military: Female Soldiers – Conflict Resolution – South America. Proceedings of the Interim Conference

2000 of ISA RC 01. URL: https://d-nb.info/1199812412/34

75. Vogt D. S., Samper R. E., King D. W., King L. A., Martin J. A. Deployment stressors and post-deployment outcomes among female and male Vietnam veterans: A comparative structural model analysis. *Journal of Traumatic Stress*. 2008. Vol. 21, no. 4. P. 349–358.

76. Vogt D., Smith B. N., Fox A. B., Amoroso T., Taverna E., Schnurr P. P. Consequences of deployment stressors on military veterans' quality of life and the mediating role of PTSD symptoms and post-traumatic growth. *Health and Quality of Life Outcomes*. 2017. Vol. 15, no. 1. P. 1–12.

77. Weiss D. S., Marmar C. R. The Impact of Event Scale - Revised. *Assessing Psychological Trauma and PTSD* / ed. by J. P. Wilson, T. M. Keane. New York : Guilford Press, 1997. P. 399–411.

78. Williamson C., Baumann J., and Murphy D. The impacts of having a first child during service on military mothers', BMJ Mil Health. Available at: Military families: the impacts of having a first child during service on military mothers. BMJ Military Health. 2021.

79. Zigmond A. S., Snaith R. P. The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 1983. Vol. 67, no. 6. P. 361–370.

80. Zimet G. D., Dahlem N. W., Zimet S. G., Farley G. K. The Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *Journal of Personality Assessment*. 1988. Vol. 52, no. 1. P. 30–41.

# Додатки

## Додаток А

**АНКЕТА**

**Вивчення психологічних труднощів та потреб у психологічній реабілітації жінок-військовослужбовиць**

Шановна учаснице!

Дана анкета є анонімною та використовується виключно в наукових цілях. Просимо Вас уважно ознайомитися із запитаннями та обрати відповідь, яка найбільше відповідає Вашому досвіду та теперішньому стану.

**Блок 1. Загальні відомості**

1. Вік:
   □ 18–25 років
   □ 26–35 років
   □ 36–45 років
   □ 46 років і більше
2. Сімейний стан:
   □ Одружена
   □ Неодружена
   □ Розлучена
   □ Вдова
3. Чи маєте Ви дітей?
   □ Так
   □ Ні
4. Тривалість військової служби:
   □ До 3 років
   □ Від 3 до 7 років
   □ Більше 7 років
5. Чи брали Ви безпосередню участь у бойових діях?
   □ Так
   □ Ні
6. Ваша посада:
   □ Бойова
   □ Медична
   □ Адміністративна
   □ Логістична
   □ Інше _____

**Блок 2. Особливості переживання бойового досвіду**

7. Наскільки часто Ви згадуєте травматичні події, пов'язані з військовою службою?

□ Ніколи
□ Рідко

□ Іноді
□ Часто
□ Дуже часто

8. Чи виникають у Вас нав'язливі спогади про пережиті події?

□ Ніколи
□ Рідко
□ Іноді
□ Часто
□ Постійно

9. Чи намагаєтесь Ви уникати розмов або ситуацій, які нагадують про бойовий досвід?

□ Так
□ Частково
□ Ні

10. Чи відчуваєте Ви підвищену настороженість або напруженість?

□ Ніколи
□ Рідко
□ Іноді
□ Часто
□ Постійно

11. Чи маєте труднощі зі сном?

□ Ні
□ Незначні
□ Помірні
□ Виражені

**Блок 3. Соціально-психологічні труднощі**

12. Які труднощі найбільше турбують Вас після пережитого бойового досвіду? (можна обрати декілька відповідей)

□ Тривожність
□ Дратівливість
□ Почуття провини
□ Емоційне виснаження
□ Проблеми зі сном
□ Конфлікти у сім'ї
□ Самотність
□ Відсутність підтримки
□ Інше _____

13. Чи відчуваєте Ви труднощі у спілкуванні з близькими людьми?

□ Так
□ Частково
□ Ні

14. Чи відчуваєте Ви нерозуміння з боку цивільного оточення?

□ Так
□ Частково
□ Ні

15. Наскільки Ви задоволені рівнем соціальної підтримки?

□ Повністю задоволена
□ Скоріше задоволена
□ Важко відповісти
□ Скоріше незадоволена
□ Незадоволена

16. Чи відчуваєте Ви соціальну ізоляцію?

□ Так
□ Частково
□ Ні

**Блок 4. Психологічні ресурси**

17. Що найбільше допомагає Вам долати труднощі? (можна обрати декілька відповідей)

□ Родина
□ Друзі
□ Побратими/посестри
□ Віра
□ Робота
□ Психологічна допомога
□ Власні внутрішні ресурси
□ Інше _____

18. Наскільки Ви впевнені у власних силах?

□ Зовсім не впевнена
□ Скоріше не впевнена
□ Частково впевнена
□ Впевнена
□ Повністю впевнена

19. Чи вважаєте Ви себе психологічно стійкою людиною?

□ Так
□ Скоріше так
□ Важко відповісти

□ Скоріше ні
□ Ні

**Блок 5. Потреби у психологічній реабілітації**

20. Чи потребуєте Ви психологічної допомоги?

□ Так
□ Частково
□ Ні

21. Які форми психологічної допомоги Ви вважаєте найбільш ефективними?

□ Індивідуальне консультування
□ Групова терапія
□ Тренінги
□ Онлайн-консультування
□ Сімейне консультування
□ Інше _____

22. Які теми Ви хотіли б опрацювати під час психологічної реабілітації?

□ Подолання тривожності
□ Робота з травматичним досвідом
□ Емоційна саморегуляція
□ Подолання почуття провини
□ Відновлення сімейних стосунків
□ Розвиток життєстійкості
□ Планування майбутнього
□ Інше _____

23. Чи готові Ви брати участь у програмі психологічної реабілітації?

□ Так
□ Скоріше так
□ Важко відповісти
□ Скоріше ні
□ Ні

24. Ваші побажання щодо організації психологічної допомоги:

---

---

Дякуємо за участь у дослідженні!

# Додаток Б

**ШКАЛА ОЦІНЮВАННЯ ВПЛИВУ ТРАВМІВНОЇ ПОДІЇ (IES-R) ІНСТРУКЦІЯ.**

Нижче описано переживання людей, які мали важкі стресові ситуації. Оцініть, наскільки ви відчували такі почуття з приводу подібної ситуації. Що трапилась з вами. Для цього виберіть і обведіть кружечком цифру, що відповідає тому, як часто ви переживали подібне протягом останніх семи днів, сьогодні також.

| № | ПИТАННЯ | Ніколи | Рідко | Іноді | Часто |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Будь-яке нагадування про цю подію (ситуацію) змушує мене знову пережити все, що трапилося | 0 | 1 | 2 | 5 |
| 2 | Я не міг(могла) спокійно спати ночами | 0 | 1 | 2 | 5 |
| 3 | Деякі речі змушували мене весь час думати про те, що зі мною сталося | 0 | 1 | 2 | 5 |
| 4 | Я відчував(ла) постійне роздратування і гнів | 0 | 1 | 2 | 5 |
| 5 | Я не дозволяв(ла) собі засмучуватися, коли думав(ла) про цю подію або щось нагадувало мені про неї | 0 | 1 | 2 | 5 |
| 6 | Я думав(ла) про те, що трапилося проти своєї волі | 0 | 1 | 2 | 5 |
| 7 | Мені здавалося, що всього того, що сталося зі мною, ніби й не було насправді, або все, що тоді відбувалося, було нереальним | 0 | 1 | 2 | 5 |
| 8 | Я намагався(лася) уникати всього, що могло б мені нагадати про те, що трапилося | 0 | 1 | 2 | 5 |
| 9 | Окремі картини того, що сталося раптово виникали в свідомості | 0 | 1 | 2 | 5 |
| 10 | Я був(ла) весь час напруженим(ною) і сильно здригався(лась), якщо щось раптово лякало мене | 0 | 1 | 2 | 5 |
| 11 | Я намагався(лася) не думати про те, що трапилося | 0 | 1 | 2 | 5 |
| 12 | Я розумів(ла), що мене і досі буквально переповнюють важкі переживання з приводу того, що трапилося, але нічого не робив(ла), щоб їх уникнути | 0 | 1 | 2 | 5 |
| 13 | Я відчував (ла) щось на зразок заціпеніння і всі мої переживання з приводу того, що сталося були наче «паралізовані» | 0 | 1 | 2 | 5 |
| 14 | Я раптом помітив(ла), що дію або почуваюся так, ніби все ще перебуваю в тій ситуації | 0 | 1 | 2 | 5 |
| 15 | Мені було важко заснути | 0 | 1 | 2 | 5 |
| 16 | Мене буквально переповнювали нестерпно важкі переживання, пов’язані з тією ситуацією | 0 | 1 | 2 | 5 |
| 17 | Я намагався(лася) витіснити з пам’яті те, що трапилося | 0 | 1 | 2 | 5 |
| 18 | Мені було важко зосередити увагу на чому-небудь | 0 | 1 | 2 | 5 |
| 19 | Коли щось нагадувало мені про те, що трапилося, я відчував(ла) неприємні фізичні ознаки: пітнів(ла), дихання збивалося, починало нудити, частішав пульс тощо | 0 | 1 | 2 | 5 |
| 20 | Мені снилися важкі сни про те, що зі мною сталося | 0 | 1 | 2 | 5 |
| 21 | Я постійно остерігався(лась) і весь час чекав(ла), що трапиться щось погане | 0 | 1 | 2 | 5 |
| 22 | Я намагався(лася) ні з ким не говорити про те, що трапилося | 0 | 1 | 2 | 5 |

ОПРАЦЮВАННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ:

• субшкала «вторгнення»: сума балів за пунктами 1, 2, 3, 6, 9, 16, 20;

• субшкала «уникнення»: сума балів за пунктами 5, 7, 8, 11, 12, 13,17, 22;

• субшкала «фізіологічна збудливість»: сума балів за пунктами 4, 10, 14, 15, 18, 19,21.

Загальна оцінка реакції на стресову ситуацію визначається за сумою балів усіх субшкал.

| № | РЕАКЦІЯ НА СТРЕСОВУ СИТУАЦІЮ (ТРАВМУ) | Сума балів |
|---|---|---|
| 1 | Низька | < 30 |
| 2 | Помірна | 30–50 |
| 3 | Виражена | > 50 |

# Додаток В

**Тест життєстійкості Сальваторе Мадді**

Діагностична мета: оцінка здатності і готовності людини активно і гнучко діяти в ситуації стресу і труднощів, ступінь його уразливості до переживань стресу і депресивності.

Тест життєстійкості є адаптацію опитувальника Hardiness Survey, розробленого американським психологом Сальваторе Мадді.

Життєстійкість (hardiness) являє собою систему переконань про себе, про світ, про відносини зі світом. Це диспозиція, що включає в себе три порівняно автономних компонента: залученість, контроль, прийняття ризику. Виразність цих компонентів і життєстійкості в цілому перешкоджає виникненню внутрішньої напруги в стресових ситуаціях за рахунок стійкого совладания (hardy coping) зі стресами і сприйняття їх як менш значущих (на відміну від подібних конструктів буде обгрунтовано нижче).

Виразність всіх трьох компонентів життєстійкості необхідна для збереження здоров'я і оптимального рівня працездатності і активності в стресогенних умовах.

Контингент: опитувальник призначений для людей від 18 років і старше, без обмежень по освітнім, соціальним і професійними ознаками.

Процедура обстеження:

Учаснику дослідження пропонується відповісти на 45 тверджень, вибравши один із запропонованих варіантів відповідей:

- Немає
- Скоріше ні ніж так
- Скоріше так ніж ні
- Так

Інструкція: "Вітаю! Дайте відповідь, будь ласка, на кілька питань, відзначаючи галочкою той відповідь, який найкращим чином відображає Ваша думка » Текст опитувальника

| № | питання | немає | скоріше ні ніж так | скоріше так ніж ні | так |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Я часто не впевнений в своїх рішеннях. | | | | |
| 2 | Іноді мені здається, що нікому немає до мене діла. | | | | |
| 3 | Часто, навіть добре виспавшись, я насилу змушую себе встати з ліжка. | | | | |
| 4 | Я постійно зайнятий, і мені це подобається. | | | | |
| 5 | Часто я віддаю перевагу «плисти за течією». | | | | |
| 6 | Я міняю свої плани в залежності від обставин. | | | | |
| 7 | Мене дратують події, через які я змушений змінювати свій розпорядок дня. | | | | |
| 8 | Непередбачені труднощі часом сильно стомлюють мене. | | | | |
| 9 | Я завжди контролюю ситуацію настільки, наскільки це необхідно. | | | | |
| 10 | Часом я так втомлююся, що вже ніщо не може зацікавити мене. | | | | |
| 11 | Часом все, що я роблю, здається мені марним. | | | | |
| 12 | Я намагаюся бути в курсі всього, що відбувається навколо мене. | | | | |
| 13 | Краще синиця в руках, ніж журавель у небі. | | | | |
| 14 | Увечері я часто відчуваю себе абсолютно розбитою. | | | | |
| 15 | Я вважаю за краще ставити перед собою важкодоступні цілі і досягати їх. | | | | |
| 16 | Іноді мене лякають думки про майбутнє. | | | | |
| 17 | Я завжди впевнений, що зможу втілити в життя те, що задумав. | | | | |
| 18 | Мені здається, я не живу повним життям, а тільки граю роль. | | | | |
| 19 | Мені здається, якби в минулому у мене було менше розчарувань і негараздів, мені було б зараз легше жити на світі. | | | | |
| 20 | Проблеми, що виникають часто здаються мені | | | | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | нерозв'язними. | | | | |
| 21 | Зазнавши поразки, я буду намагатися взяти реванш. | | | | |
| 22 | Я люблю знайомитися з новими людьми. | | | | |
| 23 | Коли хто-небудь скаржиться, що життя нудне, це означає, що він просто не вміє бачити цікаве. | | | | |
| 24 | Мені завжди є чим зайнятися. | | | | |
| 25 | Я завжди можу вплинути на результат того, що відбувається навколо. | | | | |
| 26 | Я часто шкодую про те, що вже зроблено. | | | | |
| 27 | Якщо проблема вимагає великих зусиль, я вважаю за краще відкласти її до кращих часів. | | | | |
| 28 | Мені важко зближуватися з іншими людьми. | | | | |
| 29 | Як правило, оточуючі слухають мене уважно. | | | | |
| 30 | Якби я міг, я багато чого змінив би в минулому. | | | | |
| 31 | Я досить часто відкладаю на завтра те, що важко здійснити, або те, в чому я не впевнений. | | | | |
| 32 | Мені здається, життя проходить повз мене. | | | | |
| 33 | Мої мрії рідко збуваються. | | | | |
| 34 | Несподіванки дарують мені інтерес до життя. | | | | |
| 35 | Часом мені здається, що всі мої зусилля марні. | | | | |
| 36 | Часом я мрію про спокійне розмірене життя. | | | | |
| 37 | Мені не вистачає завзятості закінчити розпочате. | | | | |
| 38 | Буває, життя здається мені нудним і безбарвним. | | | | |
| 39 | У мене немає можливості впливати на несподівані проблеми. | | | | |
| 40 | Навколишні мене недооцінюють. | | | | |
| 41 | Як правило, я працюю із задоволенням. | | | | |
| 42 | Іноді я відчуваю себе зайвим навіть в колі друзів. | | | | |
| 43 | Буває, на мене навалюється стільки проблем, що просто руки опускаються. | | | | |
| 44 | Друзі поважають мене за завзятість і непохитність. | | | | |
| 45 | Я охоче беруся втілювати нові ідеї. | | | | |

Обробка результатів

Для підрахунку результатів відповідей на прямі пункти присвоюються бали від 0 до 3 ( «ні» - 0 балів, «скоріше ні, ніж так» - 1 бал, «скоріше так, ніж ні» - 2 бали, «так» - 3 бали) , відповідям на зворотні пункти присвоюються бали від 3 до 0 ( «ні» - 3 бали, «так» - 0 балів). Потім підсумовується загальний бал життєстійкості і показники для кожної з 3 субшкал (залученості, контролю і прийняття ризику). Прямі та зворотні пункти для кожної шкали представлені нижче.

Прямі та зворотні пункти для кожної шкали представлені нижче.

| | прямі пункти | Зворотні пункти |
|---|---|---|
| залученість | 4, 12, 22, 23, 24, 29, 41 | 2, 3, 10, 11, 14, 28, 32, 37, 38, 40, 42 |
| контроль | 9, 15, 17, 21, 25, 44 | 1, 5, 6, 8, 16, 20, 27, 31, 35, 39, 43 |
| прийняття ризику | 34, 45 | 7, 13, 18, 19, 26, 30, 33, 36 |

Таблиця

Середні і стандартні відхилення загального показника і шкал Тесту життєстійкості

| норми | життєстійкість | залученість | контроль | прийняття ризику |
|---|---|---|---|---|
| середнє | 80,72 | 37,64 | 29,17 | 13,91 |
| Стандартне відхилення | 18,53 | 8,08 | 8,43 | 4,39 |

Інтерпретація результатів.

Значення за шкалами, що відповідають середнім і вище середнього свідчать про вираженість вимірюваних показників.

Залученість (Commitment) визначається як «переконаність в тому, що залученість в події дає максимальний шанс знайти щось достойне і цікаве для особистості». Людина з розвиненим компонентом

залученості отримує задоволення від власної діяльності. На противагу цьому, відсутність подібної переконаності породжує відчуття відкинутості, відчуття себе «поза» життя. «Якщо ви відчуваєте впевненість в собі і в тому, що світ великодушний, вам властива залученість».

Контроль (Control) є переконаність в тому, що боротьба дозволяє вплинути на результат того, що відбувається, нехай навіть цей вплив не абсолютний і успіх не гарантований. Протилежність цьому - відчуття власної безпорадності. Людина з сильно розвиненим компонентом контролю відчуває, що сам вибирає власну діяльність, свій шлях.

Прийняття ризику (Challenge) - переконаність людини в тому, що все те, що з ним трапляється, сприяє його розвитку за рахунок знань, які з досвіду, - неважливо, позитивного або негативного. Людина, яка розглядає життя як спосіб набуття досвіду, готова діяти за відсутності надійних гарантій успіху, на свій страх і ризик, вважаючи прагнення до простого комфорту і безпеки збіднює життя особистості. В основі прийняття ризику лежить ідея розвитку через активне засвоєння знань з досвіду і використовувались.

Додаток Г

Опитувальник посттравматичного зростання (PTGI)
(Р.Тадеші і Л.Калхаун, адаптація Д. Зубовський)

Опитувальник складається з 21 твердження. Вкажіть, будь ласка, ступінь, в якому відповідна зміна відбулася у вашому житті внаслідок кризових (травматичних) подій, пов‘язаних з Російсько-українською війною, за шкалою, де 0 = жодних змін, 1 = дуже незначні зміни, 2 = невеликі зміни, 3 = помірні зміни, 4 = великі зміни, 5 = дуже суттєві зміни.

1. Я змінив свої пріоритети про те, що важливо у житті
2. Я набагато краще розумію цінність власного життя
3. У мене з'явилися нові інтереси
4. Я став більш впевненим у собі
5. Я став краще розуміти духовні питання
6. Я розумію, що можу розраховувати на людей у скрутних ситуаціях
7. Я скерував своє життя на новий шлях
8. Я відчуваю більшу близькість з оточуючими
9. Я охоче виражаю свої емоції
10. Я краще розумію, що можу впоратися зі складнощами
11. Я можу зробити багато гарних справ у своєму житті
12. Я більшою мірою здатен приймати речі такими, якими вони є
13. Я можу більше цінувати кожен день свого життя
14. У мене з’явилися нові можливості, як не були мені доступні раніше
15. Я став більше співчувати іншим
16. Я докладаю більше зусиль на встановлення відносин з іншими людьми
17. Я більше намагаюсь змінити те, що потребує змін
18. Я став більш віруючим (релігійнішим)
19. Я зрозумів, що я сильніший, ніж я думав
20. Я дізнався про те, якими чудовими бувають люди
21. Я краще розумію потреби інших людей

Додаток Г

**“Багатомірна шкала сприйняття соціальної підтримки” Multidimensional Scale of Perceived Social Support – MSPSS (Zimet et al., 1988)**

“Багатомірна шкала сприйняття соціальної підтримки” розкриває основні положення україномовної версії опитувальника Multidimensional Scale of Perceived Social Support – MSPSS (Zimet et al., 1988) із 12 пунктів.

MSPSS складається з трьох субшкал, кожна з яких містить чотири пункти:

Субшкала "Сім'я": оцінює наявність та адекватність соціальної підтримки з боку членів сім'ї. Субшкала "Друзі": оцінює наявність та адекватність соціальної підтримки з боку друзів.

Субшкала "Близькі люди": оцінює наявність та адекватність соціальної підтримки з боку близьких людей.

ІНСТРУКЦІЯ: Опитування проводиться з метою дослідження особистого самопочуття. Опитування є добровільним і анонімним. Ми зацікавлені в тому, що ви думаєте щодо кожного з наступних тверджень. Уважно прочитайте кожне твердження і виберіть цифру відповідно до того, як ви оцінюєте твердження щодо себе, якщо: 0 - ви дуже не згодні, 1 - ви не згодні, 2 - ви трохи не згодні, 3 - якщо ви нейтральні, 4 - ви злегка згодні, 5 - ви згодні, 6 - ви дуже згодні. Відповіді мають бути на всі питання. Дякуємо за Ваш час та відповіді!

| № | Твердження | "ви дуже не згодні"; | "ви не згодні" | "ви трохи не згодні" | "якщо ви нейтральні" | "ви злегка згодні | "ви згодні | ви дуже згодні |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Є хтось, хто поряд, коли я в біді. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 2 | Є хтось, з ким я можу розділити свої біди і радощі. | | | | | | | |
| 3 | Моя сім'я насправді хоче мені допомогти. | | | | | | | |
| 4 | Я отримую емоційну підтримку, в якій маю потребу, від моєї сім'ї. | | | | | | | |
| 5 | У мене є хтось, з ким я відчуваю себе добре. | | | | | | | |
| 6 | Мої друзі насправді намагаються мені допомогти. | | | | | | | |
| 7 | Я можу розраховувати на моїх друзів, коли мені погано. | | | | | | | |
| 8 | Я можу говорити про мої проблеми з моєю сім'єю. | | | | | | | |
| 9 | У мене є друзі, з якими я можу розділити свої біди і радощі. | | | | | | | |
| 10 | Є хтось особливий в моєму житті, кого турбують мої почуття. | | | | | | | |
| 11 | Моя сім'я хоче допомогти мені в прийнятті рішень. | | | | | | | |
| 12 | Я можу говорити про мої проблеми з моїми друзями. | | | | | | | |