МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ТЕРНОПІЛЬСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМЕНІ І. Я. ГОРБАЧЕВСЬКОГО
МІНІСТЕРСТВА ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

Равлів Інна Василівна

На правах рукопису

УДК: 613.86:616.895:159.942:355.01]-057.36

Кваліфікаційна робота

ВПЛИВ ВІЙСЬКОВИХ ПОДІЙ НА ПСИХОЕМОЦІЙНИЙ СТАН УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ

спеціальність 229 «Громадське здоров'я»

Науковий керівник:
доктор медичних наук, професор кафедри
громадського здоров'я
та управління охороною здоров'я
Тернопільського національного
медичного університету
імені І. Я. Горбачевського МОЗ України
Теренда Н.О.

Тернопіль – 2024

ЗМІСТ

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ……..……..... 3
ВСТУП…….……... 4
РОЗДІЛ 1 ТЕОРЕТИКО-МЕТОДИЧНИЙ АНАЛІЗ ПСИХОЕМОЦІЙНОГО СТАНУ УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ 7
1.1. Основні дефініції психоемоційного стану особистості 9
1.2. Обґрунтування поняття психоемоційного стану військовослужбовця під час виконання бойових завдань 13
1.3. Психоемоційний стан та його вплив на поведінку військовослужбовців, які повернулися після виконання бойових дій 20
РОЗДІЛ 2 МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ 27
РОЗДІЛ 3 ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ ТА ОЦІНКА ПСИХОЕМОЦІЙНОГО СТАНУ УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ 32
3.1 Загальна характеристика психоемоційного стану та факторів ризику учасників бойових дій 32
3.2 Характеристика психоемоційного стану та факторів ризику учасників бойових дій залежно від шляху призову на військову службу 41
3.3 Методи психореабілітації військовослужбовців 52
ВИСНОВКИ……. 66
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ…….. 68

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

ВООЗ	Всесвітня організація охорони здоров’я
МОЗ України	Міністерство охорони здоров’я України
ПТСР	Посттравматичний стресовий розлад
США	Сполучені Штати Америки
HAD	Госпітальна шкала тривоги та депресії

ВСТУП

Актуальність теми. В Україні уже 10 років йде війна. За цей час постійно збільшується кількість учасників бойових дій. Як показала психологічна практика, учасники екстремальних подій починають страждати на психічні розлади та відчувають труднощі з адаптацією до мирного життя. Тому необхідно вивчити їх психологічний стан, фактори ризику, які можуть його погіршувати та знайти ефективні шляхи соціально-психологічної реабілітації військовослужбовців, які побували в районах військових конфліктів (Алещенко В. І., Сафін О. Д., Потапчук Є. М., 2017; Карамушка Л., 2023).

Наведені дані свідчать про те, що для успішної соціальної адаптації військовослужбовців необхідно здійснювати для них комплекс заходів психологічної реабілітації. Метою психологічної реабілітації є допомога людям у відновленні нормального функціонування та соціальної інтеграції після втрати функцій і властивостей організму внаслідок медичної реабілітації. Мета психологічної реабілітації полягає в тому, щоб за допомогою психологічних методів допомогти військовослужбовцям подолати шкідливі наслідки стресу, який вони відчувають під час служби, і відновити їхнє психічне благополуччя, щоб вони могли ефективно виконувати свої обов’язки (Майстренко Т. М. та Масик О. Л., 2024). Загальновідомим є той факт, що у солдатів, які брали участь у війнах в Афганістані, Іраку, Чечні, Ізраїлі, спостерігався посттравматичний синдром (ПТСР), який позначався на психічному здоров’ї протягом тривалого часу після закінчення війни.

За останні десять років українське суспільство зіткнулося з важкими випробуваннями та потрясіннями, які особливо посилилися в час повномасштабного вторгнення росії в нашу країну: воєнні дії, внутрішньо переміщені особи, криза економічної системи, зниження матеріальної забезпеченості населення. Всі вони створюють травмуючий вплив на

психологічне здоров’я як мирного населення, так військових. Найбільше негативний вплив на психоемоційну сферу відчувають учасники бойових дій, громадські активісти та волонтери, цивільне населення у прифронтових зонах.

Травма часто відбивається на рівні тілесних і емоційних переживань, тому арт-терапія як засіб невербальної комунікації цінна для тих, кому важко висловити свої переживання словами (Колпакчи О.С., 2018). Творча діяльність створює умови для розуміння і співпереживання один одному через сприйняття створеного образу. Методика арт-терапії передбачає безумовне прийняття пацієнта в будь-яких його проявах.

Мета – проаналізувати психоемоційний стан учасників бойових дій та оцінити вплив немедикаментозних методів лікування.

Завдання дослідження:

1. Провести аналіз світових та вітчизняних наукових інформаційних джерел для психоемоційного стану учасників бойових дій.
2. Проаналізувати психоемоційний стан учасників бойових дій та виокремити поведінкові фактори розвитку неінфекційних захворювань.
3. Проаналізувати немедикаментозні методи лікування тривожності, депресії та порушення адаптаційних можливостей учасників бойових дій загалом і ароматерапії, зокрема та впровадити його у лікування військовослужбовців.

Об'єкт дослідження – учасники бойових дій з порушенням адаптаційних можливостей, симптомах тривожності та депресії.

Предмет дослідження – рівень тривоги і депресії у учасників бойових дій, поведінкові фактори розвитку неінфекційних захворювань.

У процесі дослідження використано такі *методи дослідження,* як бібліосемантичний, соціологічний, статистичний методи та системний аналіз.

Наукова новизна. Автор на сучасному етапі вивчення наслідків військових дій в Україні проаналізувала рівень тривоги та депресії у учасників бойових дій, порушення адаптаційних можливостей та впровадила використання ароматерапії в їх комплексному лікуванні.

Практичне значення одержаних результатів. Проведені дослідження допомогли вивчити порушення адаптаційних можливостей, рівень тривоги та депресії у учасників бойових дій залежно від шляхів призову в українську армію, описати «психологічний портрет» добровольців та військовослужбовців призваних Територіальними центрами комплектування та соціальної підтримки (ТЦК та СП), виокремити поведінкові фактори ризику неінфекційних захворювань, які можуть мати в подальшому вплив на розвиток неінфекційних захворювань, проаналізувати немедикаментозні методи лікування військових з порушенням психоемоційного стану та впровадити використання ароматерапії в комплексному лікуванні таких пацієнтів.

Апробація результатів роботи. Результати досліджень, що включені до кваліфікаційної роботи, оприлюднені на Всеукраїнській науково-практичній конференції з міжнародною участю «Полтавські дні громадського здоров'я».

Публікації. За матеріалами кваліфікаційної роботи опубліковано 3 наукових праці, зокрема, 1 у фаховому науковому журналі «Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України», 1 у матеріалах конференції та 1 тези.

Обсяг та структура кваліфікаційної роботи. Кваліфікаційна робота викладена на 78 сторінці і складається із вступу, огляду літератури, власних досліджень, висновків, списку використаної літератури. Робота містить 6 рисунків і 8 таблиць.

РОЗДІЛ 1.
ТЕОРЕТИКО-МЕТОДИЧНИЙ АНАЛІЗ ПСИХОЕМОЦІЙНОГО СТАНУ УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ

Війна, яка триває в нашій країні, є одним із найстрашніших та найтяжчих періодів існування України за останні сто років. Бомбардування, захоплення, катування, жахливі дії ворога, - всі ці чинники стали поштовхом для виникнення величезного стресу та порушення психоемоційного стану практично у всього населення нашої країни, особливо у тих людей, які безпосередньо стали свідками всіх цих жахіть та захищають мирне населення від бойових дій [5]. Як наслідок цих дій, Алещенко В. І., Сафін О. Д., Потапчук Є. М. Карамушка Л. виявляють значне погіршення не лише фізичного стану та стану здоров'я військовослужбовців, але й їх психічного благополуччя, психічного здоров'я, порушення показників стресостійкості та психоемоційного стану [3, 23].

Для мирного та благополучного населення України війна стала екстремальною та стресовою подією, яка не вкладається в рамки звичайного людського життя, до якого майже ніхто з нас не був пристосований. Більшість наших громадян стали до зброї для захисту своєї Батьківщини, навіть не будучи професійними військовослужбовцями. Такі люди потребують підвищеної уваги зі сторони військових психологів для формування у них стресостійкості та високого рівня психічного та психоемоційного здоров'я для виконання бойових завдань.

Вознесенська О. Л., Сидоркіна М. Ю. вивчають ступінь впливу військової ситуації на стан психічного здоров'я людини та приходять до висновків, що внутрішні перенавантаження психіки часто перевищують можливості людського організму та призводять до виникнення не лише фізичних, алей й психологічних захворювань. Жахи війни, висвітлення та обговорення цих подій, безпосередня

участь у бойових діях призводять до прояву у військовослужбовців психологічних, психосоматичних, психоемоційних, трансгенераційних травм, які спираються на скриті генетичні та родові трагедій і історії, так як нашим пращурам також не раз доводилося переживати і жахи війни, голод, катування, депортації, нелюдське ставлення [12].

Сучасний український військовослужбовець знаходиться у стані постійного стресового способу життя, яке постійно і динамічно змінюється, змушує щогодини прислуховуватися до повітряних тривог, до звуків ракет чи дронів, до звуків пострілів, - все це призводить на думку Кісарчука З. Г., Омельченко Я. М., Лазос Г. П., до посилення стану тривоги, втрати контролю над власним організмом та психологічної рівноваги, напруження, нервування, що в свою чергу призводить до психічних зривів та проявів захворювань організму [25, 66].

Дослідженню тривожних станів у військовослужбовців присвячені роботи Потапчука Є. М., Маслової В., Лубківського І. та інших вчених, які пропонують в якості профілактики використовувати різноманітні методи та прийоми, які спрямовані на визначення психологічних причин виникнення стресової ситуації та порушень у психоемоційному стан військовослужбовця. Серед таких методів дослідники пропонують застосовувати пізнавально-креативну терапію, психоаналіз, комунікаційні психодігностичні методики, гештальт-психологію [39, 55].

В умовах сучасної трансформації свідомості українського суспільства та необхідність психологічної допомоги нашим військовослужбовцям набувають значних змін вимоги до фахової підготовки в закладах вищої освіти військових психологів. Фахові військові психологи мають на високому рівні володіти інноваційними формами, методами, засобами та техніками для забезпечення якісної психологічної допомоги, розвитку стресостійкості, формуванню позитивного психоемоційного стану у військовослужбовців, які мають виконувати найскладніші бойові завдання.

1.1. Основні дефініції психоемоційного стану особистості

Протягом тривалого періоду вчені з різних галузей наук, включаючи філософів (таких як Рене Декарт, Лев Семенович Виготський, Іммануїл Кант та інші), психологів (як Леонід Божович, Вільям Джеймс, Вільгельм Вундт, Абрахам Маслоу, Пол Ізард, Пол Лазарус та інші) активно досліджували емоції. Велика кількість наукових праць присвячена вивченню емоцій як у міжнародній, так і в українській психології, де вчені, кожен у своєму сфері, прагнули розгадати природу людських емоцій і їх значення [78, 79].

У роботах Матійків І. М. було зібрано великий обсяг фактичного матеріалу та розроблено численні теоретичні концепції, що стосуються виникнення емоцій та розробки ефективних методів їх контролю. Однак, невдачі у пошуку надійних засобів для об’єктивного вивчення емоційних станів призвели до того, що вчені стали обмежувати свої дослідження вузькими аспектами, такими як вираз емоцій і вплив конкретних емоційних станів на діяльність. Хоча у цій галузі було досягнуто значних успіхів, багато проблем все ще залишаються невирішеними і вимагають подальшої уваги та глибшого вивчення. У загальному, ця проблематика є актуальною і потребує подальших наукових досліджень [40].

У дослідженнях Кученко О. М., проведених під науковим керівництвом Доценко Л. В., проблема емоцій є однією з найскладніших у психології. Це зрозуміло, оскільки емоції відіграють ключову роль у житті людини, і без їх детального вивчення важко сформулювати загальну теорію психіки. На сучасному етапі дослідження цієї проблеми існують різні точки зору, щодо яких ситуація з вивчення емоцій у психології вважається критичною. Ускладнюють координацію досліджень емоцій на різних етапах термінологічні відмінності, що виникають між різними етапами та мовами. Також велике значення мають традиції різних шкіл, які не завжди однозначно пов’язують психічні стани з термінами «емоції», «емоційність», «почуття», «афекти», «пристрасті» [10, 34].

Різноманітні емоційні стани, описані у дослідженнях Яременко В. А., виконаних під науковим керівництвом професора Рахманова В. О.,

відображають широкий спектр внутрішньої регуляції психологічної діяльності. Вони передають смисл і значення об'єктів і ситуацій, які впливають на особу, і визначають їх роль у її житті. Вже в давнину, у філософії античності, висловлювалися ідеї про емоційне життя та вплив на нього. Навіть тоді були різні погляди на мотиви та рушійні сили поведінки людини. Дослідник наводить приклад того, як Демокрит та Епікур вважали, що почуття функціонують як регулятори поведінки, розрізняючи почуття задоволення, які приближають людину до об'єкту, і почуття незадоволення, які віддаляють її від нього [74].

Гаврилькевич В. та Фірстова О. вказують на те, що ще у минулому столітті виникли наукові ідеї про емоції та наводить посилання на роботи таких вчених, як Вільгельм Вундт, Вільям Джеймс, Ніколас Ланге, Чарльз Дарвін, Джон Вотсон, Волтер Бард, Дональд Хебб, Каррол Ізард та інших, вказує на те, що вони зробили значний внесок у розвиток психології емоцій. У зв'язку з важливістю емоцій у житті людини, вони створили різні теорії, які відображали їх розуміння емоційних процесів, різноманітність їх адаптаційних функцій та механізмів розвитку [13, 64, 76].

У процесі вивчення психології емоцій, Максименко С. Д. встановлює наявність базових емоцій. Він розглядає стійку тенденцію до відчуття однієї з цих базових емоцій як емоційну рису, що, за його переконанням, формується не лише за генетичними передумовами, але й за рахунок раннього соціального досвіду. Поняття емоційний процес пов'язане з особистісною характеристикою, яку автор називає емоційною рисою, що базується на кількох основних емоціях, які проявляються стабільно і часто. Він виділяє чотири основні емоційні риси: тривожність, депресію, ворожість та любов [38].

За висновками Гаркуші І. В., емоційний процес, який поєднується з емоційною рисою, є емоційним явищем, яке регулюється на рівні особистісних механізмів. Важливість емоцій підкреслюється також тим, що серед показників і ключових критеріїв різних типологій особистості, емоційні особливості займають вагому позицію. Різноманітні емоційні стани розглядаються в контексті їх змістових характеристик, представляючи різні вияви афективної

сфери та афективних процесів. Ці стани відрізняються за тривалістю: від миттєвого афекту до тривалого настрою як постійного, хронічного стану, а також до пристрасті як постійного, стійкого стану. Залежно від рівня свідомості, порядок змінюється: від пристрасті як найбільш свідомого стану до менш свідомих настрою та афекту. У відношенні до переваги психічних процесів за їх складністю та контрольованістю, ці стани розташовуються від афекту, де переважають емоції, до настрою та пристрасті як одного емоційно-вольового стану [14, 28, 63].

Емоційно залежний стан, на думку Ільїної Ю. Ю. виражається моделлю поведінки людини, яка призводить до страждань. Ця модель формується в ранньому дитинстві через взаємодію з батьками, які не враховують основні потреби дитини – відчуття безпеки, комфорту, довіри [20].

Емоційний стан, як про це пише Кічук А. В., – це тривалий стан, який може тривати кілька місяців. Важливою характеристикою є його відносна стабільність. Емоційний стан не спрямований на конкретний об'єкт, а відображається у вигляді тла, сцени [26].

Виявлення почуттів, на думку Кобєлєвої А. В., відображає особливий емоційний стан людини та є відображенням психічного процесу, який має свою динаміку. Почуття можуть виражатися у формах, таких як емоції, афекти, настрої, стресові стани та саме почуття. Усі ці аспекти формують емоційну сферу особистості, яка є ключовим регулятором її поведінки та діяльності. Наприклад, почуття спонукають до обрання таких напрямків та форм діяльності, які максимально відповідають конкретним потребам і стимулюють саму діяльність. Почуття є суб’єктивним показником того, наскільки ефективно задовольняються потреби людини. У разі задоволення потреб виникають позитивні емоційні стани, такі як захоплення, радість, задоволення. Негативні емоції виникають у разі невдачі у задоволенні потреб. Таким чином, автор виводить поняття емоції як реакції на ситуації, з якими людина не може одразу адаптуватися [27].

Емоційний стан людини, як про це зазначає Лазуренко О. О., формується відповідно до того, наскільки сильні та нагальні її потреби, і як вона оцінює

можливість їх задоволення. Якщо є вірогідність, що потребу буде великою мірою задоволеною, то виникають позитивні емоції, в іншому випадку – негативні. Емоції з'являються, коли людині не вдається задовольнити свою потребу, коли її дії не досягають мети або коли вони зустрічають перешкоди. Особливе значення емоційних станів полягає у їх здатності регулювати поведінку, оскільки вони виступають як сигнали, які стимулюють або стримують активність людини [35].

Лисенкова І. П. вказує на те, що психоемоційні стани також виконують діагностичну функцію, виражаючи особисте ставлення людини до задоволення своїх потреб. Взаємодія між корою головного мозку та підкорковими центрами визначає емоційний стан та переживання почуттів. Психоемоційний стан може призвести до зміни інтенсивності різних фізіологічних функцій організму людини. Підвищений пульс, частота дихання, напруження м'язів, зміни кров'яного тиску та рівня цукру в крові – це ознаки активізації функцій організму, спричинені емоційним станом. Емоційні стани можуть допомогти мобілізувати енергетичні резерви організму, але якщо сила емоцій перевищує можливості психіки людини, це може призвести до різних захворювань, таких як неврози, інфаркти, гіпертонія, виразкові хвороби [36, 60].

Різноманітність психоемоційних явищ Невоєнна О. А. розділяє за еволюційними, функціональними та структурними ознаками. З еволюційної перспективи дослідники виділяють три рівні прояву емоційних станів: на першому рівні відбувається виявлення емоційного тону відчуттів, що надає емоційне забарвлення чуттєвим сприйняттям та самопочуттям людини. Другий рівень характеризується конкретними емоціями, які виникають у відповідь на різноманітні події та відображають ситуативне ставлення людини до них. Третій рівень включає почуття, такі як гумор, іронія, сарказм та інші [47].

На думку Носовської О. Ю., саме емоції висвітлюють діагностичний погляд індивіда на поточні або можливі ситуації. Вони представляють собою конкретні стани, які виникають у зв'язку з задоволенням певних потреб людини. Крім того, вони вказують на значення подій, що ще не відбулися або вже минули,

і часто з'являються у зв'язку з уявленнями особистості про пережиті або уявні ситуації. Основні емоції включають інтерес, збудження, радість, диво, скорботу, страждання, гнів, огиду, зневагу, страх, сором і провину. Деякі комбінації утворюють складні емоції, такі як тривога, депресія, кохання і ворожнеча. Кожна емоція має свою власну уяву про переживання, яка виявляється через специфічні фізіологічні механізми та характеризується власними виразними рухами [51].

Емоційні стани, вивчені Боковцем О. І., варіюються від миттєвого афекту до тривалого настрою та постійної пристрасті, представляючи різні вияви афективної сфери та афективних процесів. Ця послідовність змінюється в залежності від рівня свідомості, починаючи з пристрасті як стану, що найбільше усвідомлюється, і переходячи до настрою та афекту як менш усвідомлюваних. За їх складністю та вільністю ці стани розташовуються від афекту, де емоції переважають, до настрою та пристрасті як єдиної емоції та волі [7].

Таким чином, проведений нами аналіз літературних джерел вказує на те, що психоемоційний стан особистості є складним та багатогранним явищем, що відображає взаємодію психічних та емоційних процесів. Визначення цього стану включає різноманітні аспекти, такі як емоційний фон, настрій, реактивність та стійкість емоцій, а також вплив зовнішніх факторів. Різноманітні підходи до визначення психоемоційного стану демонструють важливість комплексного розуміння цього явища з різних наукових та методологічних позицій. Детальне вивчення психоемоційного стану може допомогти краще зрозуміти психічний стан особистості, її реакції на події та взаємовідносини з оточуючим середовищем.

1.2. Обґрунтування поняття психоемоційного стану військовослужбовця під час виконання бойових завдань

Протягом більш ніж двох років триває активна війна в нашій країні, викликана підступним нападом боку російської федерації. З самого початку бойових дій стало очевидним, що велика частина українців виявила себе як

патріоти, готові захищати свою Батьківщину, сім'ю та рідних. На сьогоднішній день, служба в Збройних силах України вважається престижною професією, і з кожним днем зростає кількість тих, хто бажає приєднатися до її складу. Однак не кожен громадянин розуміє, з якими викликами можуть стикнутися військовослужбовці під час виконання своїх обов'язків або беручи участь безпосередньо у бойових діях.

Бондаренко М., Вернодубов М. та Паламарь А. підкреслюють той факт, що військова служба супроводжується рядом позитивних та негативних аспектів, які можуть впливати як на фізичне, так і на психічне здоров'я військових, а також зазначають що психічне здоров'я військовослужбовців визначається їх здатністю до гармонійної взаємодії з оточуючим середовищем, адекватною поведінкою, ефективністю навчально-службової діяльності та особистісним розвитком [8].

Іншими словами, це стан психічного благополуччя, який характеризується відсутністю патологічних проявів у психіці та здатністю адекватно реагувати на зовнішні стимули. Саме такі показники психоемоційної стабільності до стресових ситуацій і мають демонструвати військовослужбовці.

Дослідження психоемоційної стресостійкості військовослужбовців, представлені у роботах Романишин А. М., Грицевич Т. Л., Капінус О. С., Мацевко Т. М. стверджують, що особи з міцним психічним здоров'ям можуть бути придатні до військової служби без будь-яких обмежень та можуть виконувати складні бойові завдання. Проте через вплив психоемоційного перевантаження та стресу у зоні військових операцій, частина з них може потрапити до категорії з нервово-психічною нестійкістю. Під цим поняттям психологи розуміють схильність людини до психічних розладів в умовах фізичного та психологічного напруження. Експерти вважають, що при належній підтримці та співпраці з такими військовослужбовцями можливо позбавитися проявів нервово-психічної нестійкості [61].

На думку Олійник М., основану на проведених дослідженнях під науковим керівництвом Міхеєвої Л., важливим є вплив специфічних умов військової

служби на емоційний стан військовослужбовців. Функціонування людини у військових умовах включають жорстку регламентацію, високі вимоги, значні психологічні та фізичні навантаження, що дуже часто призводить до психологічних зривів, депресії, підвищеного рівня стресу, який переходить у хронічну стадію. Всі ці фактори ризику у військовослужбовців, а особливо у тих хто знаходиться постійно у зоні бойових дій, дуже часто призводить до зловживання алкоголем, наркотиками та відзначаються випадки суїцидів серед військових. Саме тому автори вважають актуальною та необхідною для сучасних військовослужбовців проводити постійні консультації, бесіди, спілкування із представниками військових психологів, які допоможуть людині виявити скриті проблеми та вивести його зі стресового стану [52, 53].

Проте щодо розвитку такого напрямку як військова психологія та надання психологічної підтримки військовослужбовцям в нашій країні, в науковій літературі, представленій для широкого загалу, цей аспект практично не відображений. Блінов О. А. цей факт пояснює кількома вагомими причинами. По-перше, через специфіку військової служби, така інформація раніше не була широко розповсюджена. По-друге, до недавнього часу військові підрозділи не мали психологів або інших фахівців, які були б компетентними у питаннях стресостійкості, психічного здоров’я, депресивних та стресових станів у військовослужбовців, які зазнали психологічної травми під час активних бойових дій. По-третє, існує думка стосовно того, що на військову службу призиваються лише особи зі стійким психічним здоров’ям та високими показниками стресостійкості, хоча як свідчать останні події в нашій державі, бо лав збройних сил України вступають всі бажаючі захищати Батьківщину, і дуже часто серед мобілізованих військовослужбовців згодом виникають проблеми зі стресом [6].

Аналізуючи службову діяльність військовослужбовців Потапчук Є. М. та Матеюк О. А. зазначають наявність зовнішніх та внутрішніх факторів ризику виникнення зривів психоемоційного стану та виникнення стресу. У першому випадку дослідники мають на увазі зовнішні умови та обставини військової

служби, що переважно діють як стимули. Дослідник зауважує, що ці стимули можуть включати фінансове винагородження, визнання соціумом або керівництвом, можливості для професійного зростання, надання статусу незалежності та інше [56].

Однак для військовослужбовців, особливо тих, які виконують бойові завдання, необхідно враховувати їхні особисті характеристики, такі як мотивація, потреби, цілі, бажання та інтереси. При аналізі психічного стану здоров'я військовослужбовців Агаєв Н. В., Скрипкін О. Г., Дейко А. Б., Поливанюк В. В., Еверт О. В.. вказують, що вони можуть виконувати свої обов'язки як у мирний період, так і під час бойових дій. Це виокремлює необхідність розрізнення соціально-психологічних факторів, які впливають на психічне здоров'я військовослужбовців у різний період, незалежно від того, чи ведуться бойові дії [2].

Кохан В. Г. вказує на те, що в умовах бойових дій на психіку воїнів та виникнення у них психоемоційних зривів, стресових чи депресивних станів впливають різні чинники [33]:

- порушення режиму життєдіяльності, включаючи зміни в графіку активності, сну, відпочинку, харчування, а також постійні зміни в кліматичних і погодних умовах;
- виклик тривоги, що призводить до перенапруження та нервового виснаження. У бійців може виникати втрата ініціативи, втрата інтересу до подій, безсоння, дратівливість, прискіпливість, озлобленість, цинічність та недисциплінованість, що негативно впливає на колектив;
- очікування бою може поглиблювати тривогу через бездіяльність у передбойовий період;
- організаційні проблеми у командуванні можуть викликати невпевненість та розгубленість у бійців, а також приводити до прийняття неправильних рішень;
- панічний настрій може виникати внаслідок несподіваних дій противника, сильних атак, перевтоми, стресу, відсутності офіційної

інформації, отримання загрозливих повідомлень щодо рідних та близьких осіб;

- нервозність може спостерігатися як під час бою, так і після нього, коли воїни переживають епізоди важких днів, що може призвести до стрілянини під впливом паніки або непроцесованого стресу;
- психічне виснаження проявляється у втраті ініціативи, втраті інтересу до подій, безсонні, дратівливості, прискіпливості, озлобленості, цинічності та недисциплінованості, що може негативно впливати на колектив.

Карамушка Л. М. при аналізі негативного впливу стресових факторів на психоемоційний стан військовослужбовців у воєнних умовах розглядає два основних аспекти: силу та тривалість впливу бойових стресорів на психіку військовослужбовців і реакцію воїнів на цей вплив. Додатково, варто зазначити, що бойові стресори можуть одночасно виступати як причина і наслідок порушень у психічному здоров'ї військовослужбовців [21].

На сьогоднішній день у вітчизняній психологічній науці налічується обмежена кількість досліджень, що присвячені вивченню проблеми формування стабільного психоемоційного стану у військовослужбовців. Деякі вчені, такі як Кокун О. М., Агаєв Н. А., Пішко І. О., Лозінська Н. С. та інші, активно займалися дослідженням психоемоційного стану, який вважається важливою професійною якістю військовослужбовців. Внаслідок підвищеної психоемоційної напруги військової діяльності у багатьох воїнів, зокрема військовослужбовців, які приймають безпосередню участь у активних бойових діях, спостерігається підвищена тривожність, фрустрація, дратівливість, втома, головні болі, безсоння, синдром емоційного вигорання, депресія та посттравматичний стресовий розлад [30, 58, 77].

Сучасні дослідження, представлені у викритому доступі на веб-ресурсах, надають можливість провести аналіз емоційної стійкості, нервово-психічної стійкості та стресостійкості. Гоцуляк Н. Недря К. М. та Романюк О. О. вважають, що емоційна стійкість людини – це не лише здатність досягати високої

продуктивності та цілеспрямованості, але й здатність захищати справедливість і дотримуватися загальноприйнятих моральних норм [16, 48, 62].

Психоемоційну стійкість військовослужбовців дослідники розглядають як складну характеристику, що включає в себе врівноваженість, постійність і опірність. Наприклад, зарубіжні дослідники Hammad J. та Tribe R.. порівнюючи психологічну стійкість військовослужбовця з його психологічною надійністю, стверджують, що надійність представників екстремальних та ризикованих професіях залежить від їхньої психологічної стійкості, яка забезпечує сталість психічних процесів. Згідно з останніми дослідженнями в галузі військової психології, правильно сформована психоемоційна стресостійкість у військових захищає їх від дезінтеграції та різних психічних розладів [75].

Проблема психоемоційної стресостійкості особистості в умовах виконання бойових завдань у складних та екстремальних ситуаціях, пов’язаних з підвищеним ризиком для життя та здоров’я, є предметом зацікавлення дослідників різних наукових галузей. Проте, цю проблему, яка є досить актуальною в сучасних умовах військового стану в нашій країні, ще не вирішено повністю.

У останні роки у наукових та методичних дослідженнях активно вивчаються різні аспекти негативного впливу стресу на психічне здоров’я воїнів [69, 72]. Ці питання досліджуються в роботах багатьох українських науковців, серед яких Карамушка Л., Міронов Д. Р., Приходько І. І., Тюріна В. О. та інші автори. Психоемоційна стресостійкість визначається дослідниками як сукупність особистих якостей, які дозволяють людині переносити значні інтелектуальні, вольові та емоційні навантаження, що виникають у зв’язку з особливостями професійної діяльності, не маючи шкідливого впливу на оточуючих або на самого людину [22, 42, 57, 67, 70].

Тімченко Т. описує поняття психоемоційного стану військового як певну комбінацію елементів, таких як емоційна стійкість, психологічна стійкість до стресу, стресорезистентність і фрустраційна толерантність [49]. Згідно з Неуровою А., психоемоційна стресостійкість є комплексним аспектом

особистості, який виявляється у здатності успішно виконувати завдання і протистояти негативним емоційним станам під час виконання професійних обов’язків [67].

Але при всьому наявному різноманітті досліджень психоемоційного стану людини, вирішення даної проблеми серед військовослужбовців мають на сьогоднішній день наукові обмежений обсяг, що свідчить про недостатню увагу до галузі військової психології. Проблема попередження виникнення психоемоційних порушень у учасників бойових дій та необхідність розвитку у них компенсаторних психологічних механізмів за допомогою методів практичної психології, як про це пише Ягупов В., часто залишається поза увагою сучасних науковців, що обґрунтовує доцільність проведеного дослідження [73].

Саме тому, на нашу думку, є важливим вивчення психологічних показників здатності до сталої психоемоційної стійкості у військовослужбовців, що має виявляється у їх здатності долати виклики, керувати власними емоціями, виявляти витримку та такт, що є надважливим для збереження психічного здоров’я та стабільного стану військовослужбовців.

Обґрунтування поняття психоемоційного стану військовослужбовця полягає в аналізі специфічних вимог, які ставляться перед ними під час виконання бойових завдань. Для сучасного воєнного, на думку Дубчак О., необхідно мати високі показники психологічної мобільності та швидкості реагування на зміни в бойовій обстановці. Однак, ці переваги супроводжуються великими емоційними, стресовими та психологічними навантаженнями. Психоемоційна стійкість в цьому контексті визначається як здатність військовослужбовців ефективно функціонувати та приймати рішення в умовах високого рівня стресу, дотримуючись встановлених стандартів та досягаючи цілей завдань. Особливу увагу слід звернути на їхню здатність зберігати холоднокровність та вибіркову уважність під час стресових ситуацій, що вимагають оперативного реагування та виконання завдань у військовому середовищі [19].

Таким чином, проведений нами аналіз свідчить про те, що в умовах високого рівня небезпеки та підвищеного психоемоційного стану, які можуть включати бойові дії, екстремальні ситуації та небезпеку для життя, важливою стає не лише здатність діяти швидко та ефективно, а й зберігати ясний розум та впевненість у своїх діях. Психоемоційна стійкість дозволяє військовослужбовцям залишатися зосередженими на завданнях та не допускати відволікання у критичний момент. Крім того, вона включає в себе здатність раціонально оцінювати ситуацію, аналізувати доступну інформацію та приймати обґрунтовані рішення, що дозволяє зберігати ефективність у виконанні завдань та досягати поставлених цілей. Однак, варто відзначити, що психоемоційна стійкість не є статичною якістю і може бути покращена завдяки тренуванням, психологічній підготовці та практиці. Тому розвиток цієї якості військовослужбовців є важливим аспектом їхньої підготовки та професійного зростання.

1.3. Психоемоційний стан та його вплив на поведінку військовослужбовців, які повернулися після виконання бойових дій

Більшість військовослужбовців, які повертаються після виконання бойових завдань до мирного життя, знаходяться перед новим викликом – пристосуванням до життя після воєнних дій. Часто вони відчувають безнадійність, мають низький рівень самореалізації, відчувають гнів на оточення, почуття провини, тривогу, відчуження і інші негативні емоції. Багато військовослужбовців уникають відвертих розмов про свій військовий досвід, що призводить до накопичення власних емоцій, що ускладнює можливість трансформувати негативний воєнний досвід. Тому проблема розвитку особистості, реабілітації після військових дій і адаптації до сучасних умов є критично важливою для українського суспільства.

У військово-психологічній науці та у роботах Колесніченко О. С. підкреслюється, що активності осіб, які беруть участь у війні та боях, мають

унікальні особливості. Ці дії здійснюються в умовах постійної загрози втрати здоров’я чи життя, а також у контексті, коли існує не лише можливість безкарного знищення інших, а й пряма необхідність і підтримка для цього в ім’я загального блага для свого народу, а також для збереження власного життя. Ці обставини створюють умови для формування гострого внутрішньо особистісного психологічного конфлікту [31].

Висвітлено у дослідженні Березніцька У. О., Мацевко Т. М., що організація та проведення психологічної підготовки ґрунтується на специфічних психологічних механізмах формування готовності воїнів до бойових дій [34]. Особлива увага у наукових працях Нікітіна О. П., Дацун Г. О. та інших приділяється емоційним аспектам воєнної діяльності [50].

Здатність особистості до адекватної поведінки свідчить про її емоційну та вольову стійкість. Згідно з Мушкевич В., спосіб контролю та управління емоціями залежить від особливостей вольової регуляції, рівня інтелекту та рефлексивних здібностей [44].

Отже, емоційно-вольова стійкість має кілька компонентів: емоційний, який відображає здатність керувати власними емоціями; вольовий – уміння саморегулювати поведінку та організовувати дії відповідно до свідомо встановлених цілей; пізнавально-прогностичний, який включає об'єктивну оцінку та прогнозування можливих наслідків ситуацій та дій інших осіб; мотиваційний, що виражений внутрішніми стимулами для виконання певних дій, залежно від ціннісних орієнтацій особистості.

Кожен військовий набуває свій власний досвід, але важливо розуміти, що кожна особа, яка повертається з зони бойових дій, потребує часу для адаптації до мирного життя. Ці реакції можуть бути особливо виразними у перший місяць після повернення. Це є звичайною частиною процесу адаптації. Більшість повернених бійців пристосовуються до мирного життя протягом кількох місяців після повернення з зони бойових дій. У дослідження Майстренко Т. М. та Масик О. Л. розглядаються основні типові фізичні, емоційні та поведінкові реакції бійців після повернення додому [37].

Фізичні прояви, на думку Терещук А. Д. включають проблеми зі сном та постійну втому, дискомфорт у шлунку та з харчуванням, болі голови та пітливість при мисленні про війну, швидке серцебиття та задишка, а також загострення наявних захворювань. Щодо емоційних реакцій, вони охоплюють сни з кошмарами та часті негативні спогади про війну, відчуття гніву та ворожнечі, безпорадність, страх і роздратованість, почуття самотності, суму та непотрібності, а також збудження та тривогу. На додаток, можуть виникнути шок та відчуття оніміння, втрата можливості відчувати позитивні емоції, легке погіршення настрою, відчуття провини, сорому та самоосуду, а також відчуття безнадії стосовно майбутнього [65].

При поверненні додому після військових дій, на думку Пустового О., особа може відчувати непотрібні спогади про війну. Якщо вона стикається з подіями, що нагадують про воєнні часи, реакція може бути надзвичайно сильною – від прояву нав'язлих образів та небажаних думок до живих спогадів про бої. Ці спогади можуть бути настільки реалістичними, що особі здається, ніби вона знову знаходиться на полі бою. Після повернення з військових дій, людина може проявляти нервозність або реагувати неадекватно на звичні сімейні проблеми. Гнів та агресія стають типовими реакціями на воєнний стрес. Навіть дрібні події можуть викликати неадекватну та вибухову реакцію. Більшість ветеранів, що повертаються із зони бойових дій, переживають стресові реакції [59].

Харченко А. О. вказує на такі поведінкові прояви психоемоційних порушень у учасників бойових дій, як складності зі збереженням уваги; швидка наляканість та реакція на голосні звуки; постійний стан тривоги та підвищена обережність, нав'язливі думки про безпеку; ухилення від суспільних місць або ситуацій, що пов'язані з травматичними подіями; занадто велике вживання алкоголю, тютюну та наркотиків; зменшений апетит та неувага до власного здоров'я; труднощі з виконанням звичних обов'язків вдома чи на роботі; агресивний стиль водіння автомобіля [68].

За даними дослідження Гнедюк Н. І., багато родин, в які повернулися ветерани військових дій відмічають, що особи, що повернулися додому, можуть

виявляти позитивні зміни, такі як зростання особистісної зрілості, більше цінування сімейних взаємин та проведеного разом часу, почуття впевненості в собі та своїй родині, розуміння своєї місії та віра в власні можливості. Воїн також може розвивати свій духовний напрямок особистості, звертаючись до своїх духовних цінностей та переконань. Тому багато поранених бійців висловлюють бажання повернутися на передову і продовжувати захищати свою країну. Важливо усвідомлювати, що як позитивні, так і негативні психологічні реакції на воєнний стрес можуть проявлятися одночасно [15].

Враховуючи результати проведеного теоретичного аналізу, нам видається важливим здійснення соціально-психологічної адаптації ветеранів, що включає у себе переробку травматичної інформації та досвіду, реагування на травматичний матеріал при підтримці емоційної підтримки та вирішення особистісних проблем ветеранів.

Одним із ключових способів поліпшення психоемоційного стану у учасників бойових дій, на думку Наконечного В., є вдосконалення дихання. Дихальна гімнастика сприяє зняттю надмірного напруження та забезпечує відповідний режим функціонування організму. У якості прикладу автор наводить методику Бутейко К. П., за якою під час вдиху відбувається активація психічного стану, тоді як під час видиху настає заспокоєння. Один із варіантів цього методу – регулювання психоемоційно стану шляхом вольової ліквідації глибокого дихання. Цей метод включає поступове зменшення глибини дихання шляхом розслаблення діафрагми до виникнення відчуття нестачі повітря, а потім постійне збереження цього відчуття протягом всього тренування, а також дихання по-квадрату та дихання діафрагмою [46].

На думку Браницької Т. Р., Матохнюка Л. О., Шпортун О. М., застосування методів майндфулнес-орієнтованої терапії призводить до досягнення ефективних результатів. Вправи майндфулнес сприяють зосередженню, поліпшують психологічну саморегуляцію та стійкість, сприяють емоційному і фізичному благополуччю. Майндфулнес, або уважність, - це спеціальний метод усвідомлення тілесних відчуттів, переживань і думок, який спрямований на

покращення самопочуття, звільнення від нав'язливих думок і невдалих спроб щось змінити. Техніки майндфулнес включають когнітивний, емоційний та фізіологічний аспекти і, при регулярному застосуванні, виявляються дуже ефективними для регулювання емоцій [9].

Мистецька терапія або інакше, арт-терапія, як про це пише у дисертаційному дослідженні Четверик-Бурчак А. Г., сприяє розвитку саморозуміння та вираженню негативних емоцій. Під час динамічно-орієнтованої мистецької терапії глибокі почуття і думки, що виникають з несвідомого, розкриваються у вигляді образів. Деяка інформація може бути зрозумілою свідомістю лише через вираження її у мистецьких творах, що неможливо передати словами [71].

Під час формування та створення візуальних образів, на думку Гульбс О., спостерігається активізація спогадів і фантазій, і часто людина не усвідомлює, яке психологічне значення мають ці образи. Використання цього методу, на думку вченої, є важливою складовою роботи з важкими емоційними порушеннями у військовослужбовців. Мистецька терапія дозволяє об'єднати групу, при цьому зберігаючи індивідуальний підхід, і сприяє полегшенню процесу комунікації, використовуючи загальний творчий процес [17].

Таким чином, проведений нами аналіз впливу психоемоційного стану на поведінку військовослужбовців, які повернулися додому після виконання бойових завдань, вказує на необхідність проведення з ними психотерапевтичної та психокорекційної роботи, спрямованої на виявлення та корекцію психоемоційної сферу постраждалих через такі заходи. Психокорекційна робота має на меті максимальне відновлення працездатності і покращення життя воїнів, які пережили негативний психотравматичний та психоемоційний досвід.

Таким чином, необхідно здійснювати соціально-психологічну адаптацію ветеранів, в яку входить аналіз та переосмислення травматичного досвіду та інформації, реагування на емоційно заряджений матеріал з підтримкою та розв'язання особистісних проблем. Психологічна підготовка та супровід є необхідною частиною цього процесу, під час якого формується властивість

особистості ветерана – психологічна та психоемоційна стійкість, яка допомагає зберігати напруження на прийнятному рівні.

Успішна психологічна реабілітація учасників бойових дій сильно залежить від того, наскільки готовий та підготовлений соціум прийняти ветеранів у мирне життя та допомогти їм в їх інтеграції. Процес успішного включення людей, які пережили травматичний досвід, в суспільство має великий вплив на те, чи виникнуть у них психологічні наслідки внаслідок участі в бойових діях. Для досягнення цієї мети потрібно об'єднати зусилля різноманітних психологічних служб, які здійснюють дослідження для кращого розуміння психологічної дійсності війни та вивчення її наслідків, а також розробки методів для виявлення та корекції цих наслідків з метою надання допомоги ветеранам бойових дій.

На основі аналізу науково-психологічної літератури ми приходимо до висновку, що психічне здоров'я військовослужбовця означає такий стан функціонування психіки, який сприяє гармонійній взаємодії з оточуючим світом, адекватній поведінці, ефективності службової діяльності та особистісному розвитку. Іншими словами, це стан душевного благополуччя військовослужбовця, який характеризується відсутністю патологічних проявів психіки та забезпечує адекватну регуляцію поведінки та діяльності відповідно до умов навколишньої дійсності.

Встановлено, що психоемоційна стійкість військовослужбовців допомагає зберігати психічну стійкість і внутрішню гармонію. Ця стійкість до порушень психоемоційного стану зазвичай вища, коли у воїна є позитивне самовідчуття, яке відповідає особистісним потребам та досягненням, зберігає віру в сенс життя та досяжність мети, підтримує свідому діяльність та раціональне поведінкове рішення, а також ґрунтується на відмінному фізичному здоров'ї та витривалості військовослужбовця.

Теоретичні дослідження поняття психоемоційного стану військовослужбовця свідчать про його визначальне значення у військовій сфері. Вони підкреслюють необхідність цієї якості для успішного виконання військових завдань та забезпечення безпеки та ефективності операцій.

Дослідження дозволяють краще розуміти компоненти та складнощі формування психоемоційного стану, а також сприяють розробці методів її підвищення та підтримки серед військовослужбовців.

Теоретичні аспекти досліджень зазначають важливість психологічної підготовки та тренувань для підвищення рівня психоемоційної стресостійкості військовослужбовців. Це вказує на необхідність вдосконалення методів навчання та військової підготовки з метою підвищення готовності та реагування на стресові ситуації у військовому середовищі.

Таким чином, визначені нами теоретичні аспекти досліджень психоемоційного стану військовослужбовців мають важливе значення для розуміння та підтримки психологічної готовності військових підрозділів у різних ситуаціях, що виникають у сучасних умовах бойових дій.

РОЗДІЛ 2
МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Для вирішення поставленої задачі вивчення психоемоційного стану та факторів ризику розвитку неінфекційних захворювань у учасників бойових дій та обґрунтування рекомендацій по його покращенню нами було проведено опитування серед учасників бойових дій. Дослідження проводилось на базі КНП «Тернопільська обласна клінічна психоневрологічна лікарня» ТОР. Від початку війни та до сьогодні на базі закладу охорони здоров'я постійно проходять стаціонарне обстеження та лікування, а також психо- та нейрореабілітацію військовослужбовці, які приймали участь у бойових діях.

На основі поставлених завдань сформовано анкету для вивчення способу життя учасників бойових дій. Анкетування проводиться з військовими з різними психіатричними та неврологічними діагнозами. При опитуванні використовували методику безпосереднього заповнення анкет респондентом, окрім пунктів щодо виставленого діагнозу та результатів анкетування за Місісіпською шкалою та шкалою HAD. Анкетування було добровільним, персональні дані пацієнтів кодувалися.

Опитування проводили за заздалегідь сформованою анкетою. Виділяли дві групи запитань: загальні та спеціальні.

До переліку загальних запитань належали такі як вік, стать, освіта, місце проживання.

Код ПІП _____

1. Вкажіть Ваш вік (роки): _____

2. Вкажіть Вашу стать:

а) чоловік

б) жінка

3. Вкажіть Вашу освіту:

а) вища

б) неповна вища

в) середня

г) інше

4. Ваше місце проживання:

а) місто

б) селище міського типу

в) село

Далі ішла низка запитань, які стосувалися способу життя учасника бойових дій.

5. Ваша тривалість участі у бойових діях _____ (місяці)

6. Як Ви потрапили у зону бойових дій

а) кадровий військовий

б)доброволець

в)призваний через ОТЦК та СП

7. Чи Ви палите?

а) не палю

б) палю понад 10 цигарок на добу

в) палю до 10 цигарок/доба

г) кинув _____(років тому)

8. Чи вживаєте Ви алкоголь

а) не вживаю

б) вживаю рідше, ніж 1 раз на тиждень

в) вживаю 1 раз на тиждень

г) щодня

9. Чи вживаєте Ви заспокійливі засоби

а) ніколи

б) інколи

в) часто (щодня)

10. Який рівень артеріального тиску у Вас на даний час? _____

Останні три пункти магістрантка заповнювала самостійно.

11. Діагноз

_____

12. Наявність супутніх захворювань

_____

13. Проведені методики, тести та їх результати:

- Місісіпська шкала _____
- HAD (Т_____, Д_____)

Для оцінювання психоемоційного стану учасників бойових дій використано стандартизовані методики – Місісіпська шкала та шкала HAD для визначення стану тривожності та депресії.

У 1987 році Т.М. Кеапе зі співавторами розробив тест для використання в клініці для діагностики ПТСР у військовослужбовців, що воювали в зоні бойових дій. Його назвали **Міссісіпська шкала** посттравматичного стресового розладу (англ. Mississippi Scale). Дана шкала складається із 35 запитань, які розділені на три шкали діагностики груп симптомів ПТСР та 5 додаткових запитань. Відповідно до першої шкали належать 11 запитань, які описують симптоми “вторгнення”, до другої – 11 запитань, які описують симптоми “уникнення”, до третьої – 8 запитань, які описують симптоми “збудливості”. Останні 5 додаткових запитань відповідають за почуттям провини та схильності до суїциду. Отримана сума балів, яку обраховують за допомогою спеціального ключа, дозволяє віддиференціювати в учасників бойових дій наявність або відсутність ПТСР.

За даними ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України» [1] розлади адаптації до травмуючого досвіду на людину поділяють на:

- до 76 балів – добре адаптовані;

- 77-97 балів – розлади адаптації;
- 98 балів і більше – підозра на ПТСР.

Якщо обстежуваний отримує оцінку вище ніж 98 балів, це свідчить про значний вплив отриманої травми і пацієнт потребує медичного обстеження. Якщо діагностовані розлади адаптації – необхідна допомога психолога, при приєднанні ознак депресії та втрати суті життя – необхідні консультації психотерапевта, а іноді і психіатра.

Госпітальна шкала тривоги та депресії (HAD). Це скринінгова шкала для виявлення тривоги та депресії у пацієнтів з соматичними хворобами у госпітальних умовах. Складена у 1983 р. А.С. Зігмундом і Р.П. Снайтом. На даний час шкалу можуть використовувати і лікарі первинної медичної допомоги, і психіатри загального профілю, і лікарі психіатри у спеціалізованих психіатрисних клініках [18].

Пункти субшкали депресії відібрані зі списку найпоширеніших скарг і симптомів, які відображають переважно компонент відсутності будь якого задоволення як ознаки депресивних розладів. Пункти субшкали тривоги базуються на відповідних пунктах стандартизованих клінічних інтерв'ю. Такий поділ дає можливість одночасно оцінювати два стани і тривожність, і депресію. Шкала складається з 14 запитань, відповіді на які кодуються та розшифровуються за допомогою спеціального ключа. Інтерпретація шкали:

- до 8 балів – норма;
- 8-10 балів – пограничний (субклінічний) стан;
- більше 10 балів – можлива тривожність/депресія.

При заповненні анкети оцінюються відчуття пацієнтів за останні 1-2 дні.

Опитано 155 пацієнтів (учасників бойових дій), які знаходилися на лікуванні та обстеженні у КНП «Тернопільська обласна клінічна психоневрологічна лікарня» ТОР. Середній вік респондентів становив 37,7±2,45 років.

Статистична обробка матеріалу проводилася із застосуванням пакету ліцензованих прикладних програм Statistica 10.0 та MS Excel XP. Використано

методи розрахунку середніх величин: середню арифметичну (M), похибку середньої арифметичної величини (m). Оцінка достовірності відмінностей середніх величин для вибірок виконувалася з використанням t-критерію Стьюдента. Різницю між порівнюваними величинами вважали вірогідною при $p<0,05$. Використовували також дисперсійний аналіз з розрахунком критерію Фішера, який дозволяє оцінити значущість факторів та їх взаємодію. Критерій Фішера ґрунтується на додаткових припущеннях про незалежність та нормальність вибірок даних.

В роботі проводили також розрахунок коефіцієнтів кореляції та детермінації.

РОЗДІЛ 3
ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ ТА ОЦІНКА ПСИХОЕМОЦІЙНОГО СТАНУ УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ

3.1 Загальна характеристика психоемоційного стану та факторів ризику учасників бойових дій

З метою вивчення стану психологічної складової здоров'я було опитано 155 осіб. Всі вони проходили лікування та реабілітацію у КНП «Тернопільська обласна клінічна психоневрологічна лікарня» ТОР. Основні діагнози, які були виставлені пацієнтам:

- розлад адаптації – 70 (46,7 %)
- інсомнія неорганічного генезу – 15 (10%)
- посттравматичний стресовий розлад – 23 (15.3%)
- тривожно-депресивний розлад – 9 (6 %)
- стан після перенесеної гострої реакції на стрес – 16 (10,7%)
- гострий поліморфний психотичний розлад із симптомами шизофренії – 4 (2,7%)
- розлади психіки та поведінки внаслідок вживання алкоголю – 4 (2,7 %)
- розлади психіки та поведінки внаслідок вживання психоактивних речовин – 2 (1,3%)
- акцентуація особи – 4 (2,7%)
- емоційно-лабільний розлад – 3 (1,9%)

Переважаюча більшість була чоловіки 153 (98,7 %) та 2 жінок (1,3 %). Згідно класифікації ВООЗ перегляду 2015 року в сучасному погляді на демографічні процеси виділяють такі вікові періоди: молодий вік (18-45 років), середній (46-65 років), похилий вік (66-75 років), старечий вік (75-90 років) та довгожителі (старше 90 років).

Вік респондентів коливався від 23 до 60 років, в середньому він становив 37,7±2,45 років. Відповідно згідно рекомендацій ВООЗ виділено 2 групи опитаних: молодого віку – 121 особа (78,1 %) та середнього віку – 34 особи (21,9 %) (рис. 3.1).

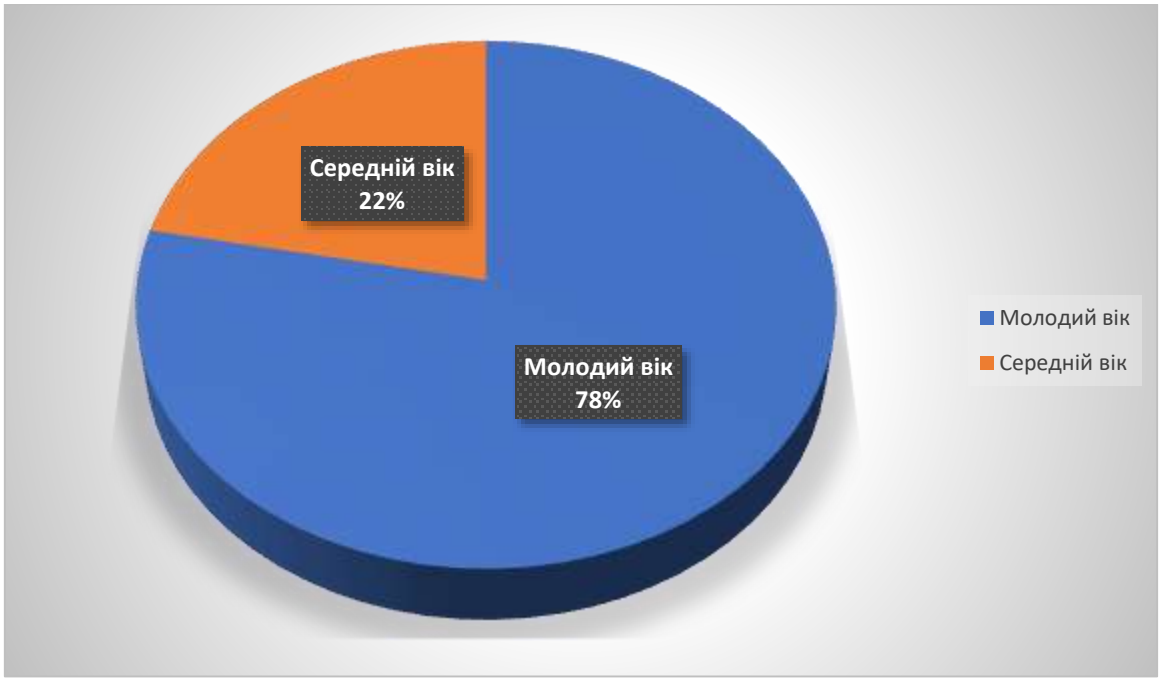

Рис. 3.1 Розподіл респондентів по віку, %

Розглянуто розподіл пацієнтів також по рівню освіти. Переважна більшість пацієнтів 58,7 % мали середню спеціальну освіту, 21,9 % – вищу, 16,1 % – незакінчену вищу освіту, 3,2 % – інші види освіти.

Більшість пацієнтів (81 особа) проживали в місті, 65 – у селі та 9 – у селищах міського типу (рис. 3.2).

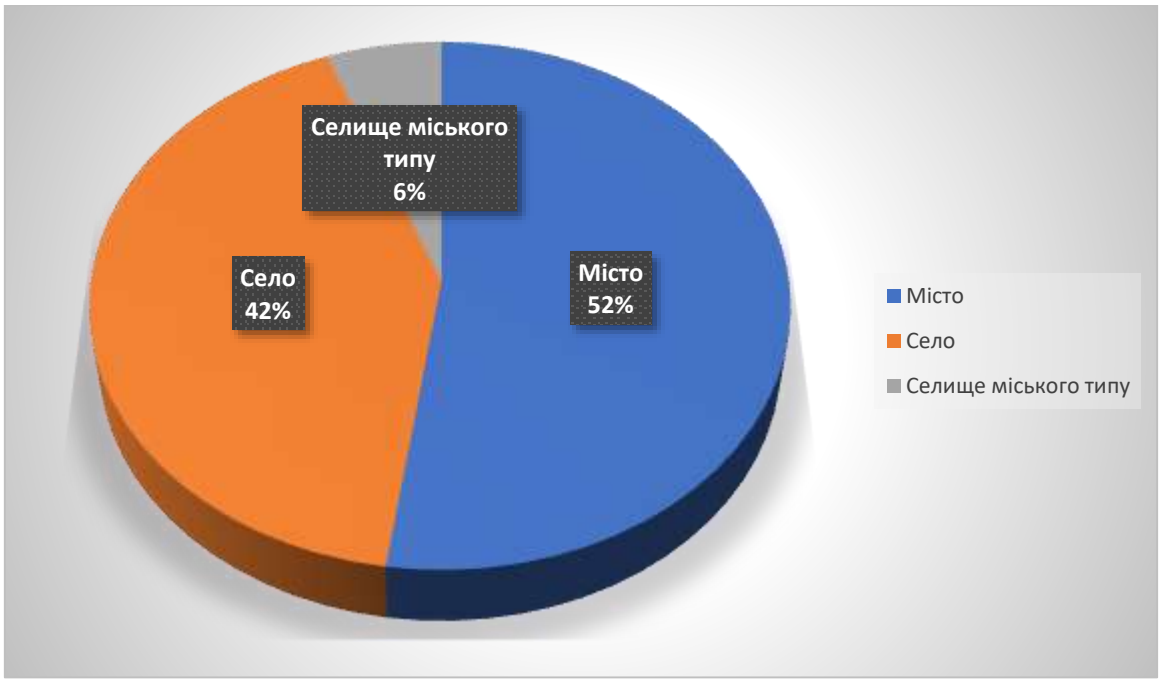

Рис. 3.2 Розподіл респондентів по місцю проживання, %

Нами проведена оцінка шляху респондентів в українську армію. Переважна більшість опитаних були призвані на військову службу територіальними центрами комплектування та соціальної підтримки (ТЦК та СП) – 105 осіб (67,7 %), 44 особи (28,4 %) були добровольцями і лише 6 осіб (3,9 %) – кадровими військовими (рис. 3.3).

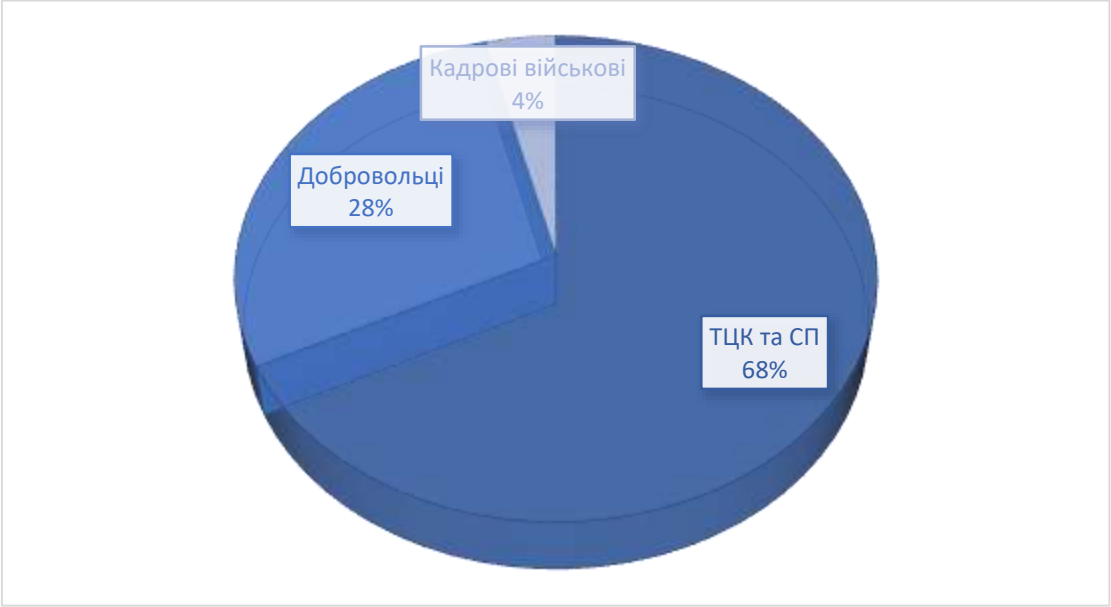

Рис. 3.3 Розподіл респондентів щодо шляхів призову в українську армію, %

Тривалість участі у бойових діях коливалася від 5 місяців до 10 років, склавши в середньому 21,9±2,7 місяці.

Також нами вивчено поведінкові фактори ризику розвитку неінфекційних захворювань. Так, тютюнопаління спостерігалося у 112 осіб (72,3 %). При цьому до 10 цигарок на день випалювали 64 (41,3 %) пацієнтів, більше 10 цигарок на день випалювали 48 (31,0 %) осіб. Лише 43 респонденти (27,7 %) не палили.

Щодо споживання алкоголю, то нами встановлено, що 56 осіб (36,1 %) вживають алкоголь 1 раз на тиждень, 27 (17,4 %) – більше одного разу на тиждень, 4 особи (2,6 %) – щодня і 68 (43,9 %) вживають алкоголь рідко.

Враховуючи порушення психологічного здоров'я у респондентів нами вивчено вживання медикаментів із заспокійливою дією, які вони могли приймати самостійно або за рекомендацією знайомих. Ніколи не вживали заспокійливих середників 55 (35,5 %) осіб, інколи – 71 (45,8 %), часто – 29 (18,7 %). Підвищення артеріального тиску вище пограничного рівня 140/90 мм рт. ст. спостерігалося у 24 (15,5 %) пацієнтів.

Нами вивчено психоемоційний стан респондентів за шкалою HAD та Місісіпською шкалою.

На виявлені порушення психоемоційного стану можуть мати вплив низка чинників. Зокрема, у респондентів ми вивчали вплив освіти, місця проживання, методу призову на військову службу, тривалість участі у бойових діях, вживання заспокійливих препаратів, рівень артеріального тиску. Використано метод регресійного аналізу з визначенням критерію Фішера (табл. 3.1).

Таблиця 3.1 Аналіз впливу факторів на розвиток порушень адаптації внаслідок травматичних подій (Місісіпська шкала)

Показник	Критерій Фішера (F)	p
1	2	3
Вплив рівня освіти		
Вища	4,512	0,012

Продовження табл. 3.1.		
1	2	3
Неповна вища	0,142	0,868
Середня	2,846	0,061
Інше	0,487	0,615
Місце проживання		
Місто	0,444	0,643
Селище міського типу	0,361	0,698
Село	0,743	0,477
Шлях призову на військову службу		
Кадровий військовий	0,387	0,680
Доброволець	4,850	0,009
ТЦК та СП	3,402	0,036
Тривалість участі у бойових діях		
тривалість	0,131	0,878
Вживання заспокійливих препаратів		
Ніколи	0,703	0,497
Інколи	1,326	0,269
Часто	2,772	0,066
Рівень артеріального тиску		
Вище 140/90 мм рт ст.	0,775	0,463

Отримані результати вказують на достовірний вплив рівня освіти (вища освіта, p=0,012) та шляху призову на військову службу (доброволець, p=0,009 та призваний ТЦК та СП, p=0,036) на розвиток порушень адаптації внаслідок травматичних подій (Місісіпська шкала).

При розгляді адаптаційних можливостей до травмуючих подій респондентів розділили на три групи, залежно від отриманих балів: добре адаптовані до 76 балів (1 група), виявлені розлади адаптації 77-97 балів (2 група) та підозра на ПТСР 98 балів і більше (3 група). При цьому добре адаптованими

до травмуючого досвіду виявилося лише 8 (5,2 %) пацієнтів, розлади адаптації виявлено у 55 (35,5 %) пацієнтів, підозру на ПТСР – у 92 (59,3 %) осіб, що свідчить про виражений вплив на особу травмуючих подій і потребу подальшого медичного обстеження.

Нами проаналізовано вплив перелічених вище факторів на порушення адаптаційних можливостей до травмуючих подій по Місісіпській шкалі згідно виявлених груп. При проведенні парних порівнянь при наявності вищої освіти встановлено достовірне переважання добре адаптовних пацієнтів порівняно із групою з розладами адаптації (p=0,009, [95 % ДІ 0,098-0,825]) та з групою із підозрою на ПТСР (p=0,020, [95 % ДІ 0,053-0,762]). При порівнянні другої та третьої груп достовірної різниці не виявлено. Також при проведенні парних порівнянь щодо шляхів призову на військову службу встановлено достовірне переважання добре адаптовних пацієнтів порівняно із групою з розладами адаптації у добровольців (p=0,018, [95 % ДІ 0,066-0,857]) та призваних через ТЦК та СП (p=0,050, [95 % ДІ -0,820-0,007]). Достовірної різниці у кадрових військових виявлено не було.

Достовірного впливу неповної вищої, середньої та інших видів освіти на різницю між групами адаптації не виявлено.

Також нами проаналізовано результати оцінки психоемоційного стану респондентів за шкалою HAD для визначення стану тривожності або депресії (табл. 3.2).

Таблиця 3.2 Розподіл за шкалою HAD для визначення стану тривожності/депресії

	Тривожність		Депресія		p
	абс.	%	абс.	%	
Норма	18	11,6	26	16,8	0,004
Пограничний стан	36	23,2	40	25,8	0,045
Патологія	101	65,2	89	57,4	<0,001

Отримані результати вказують на переважання патологічних змін у пацієнтів: 65,2 % у вигляді тривожності та 57,4 % у вигляді депресії. При цьому ознаки тривожності достовірно переважають (p <0,001).

Проаналізовано вплив різних факторів на виникнення тривожності за шкалою HAD (табл. 3.3)

Таблиця 3.3 Аналіз впливу факторів на виникнення тривожності за шкалою HAD

Показник	Критерій Фішера (F)	p	Коефіцієнт кореляції (r_{xy})
1	2	3	4
Вплив рівня освіти			
Вища	0,952	0,388	0,041
Неповна вища	2,397	0,094	-0,144
Середня	1,654	0,195	0,098
Інше	2,070	0,130	-0,068
Місце проживання			
Місто	4,200	0,017	0,196
Селище міського типу	0,666	0,515	0,078
Село	6,256	0,002	-0,235
Шлях призову на військову службу			
Кадровий військовий	0,494	0,611	0,022
Доброволець	0,820	0,442	-0,011
ТЦК та СП	0,345	0,709	0,001
Тривалість участі у бойових діях			
тривалість	0,934	0,395	0,093
Вживання заспокійливих препаратів			
Ніколи	1,452	0,237	-0,134
Інколи	1,356	0,261	0,132

Продовження табл. 3.2.			
1	2	3	4
Часто	0,121	0,887	-0,004
Рівень артеріального тиску			
Вище 140/90 мм рт ст.	1,800	0,169	0,106

Серед перелічених факторів лише місце проживання достовірно впливає на виникнення тривожності у опитаних – проживання у місті (p=0,017) або в селі (p=0,002). Встановлено, що респонденти, які проживали у селі, мали меншу імовірність розвитку стану тривожності – слабкий зворотній зв'язок r_{xy}=-0,235, ті, які проживали у місті, мали пряму слабку імовірність розвитку стану тривожності – слабкий прямий зв'язок r_{xy}=0,196. Коефіцієнт детермінації в обох випадках становив відповідно 5,5 % та 3,8 %.

При розгляді розвитку тривожності за шкалою HAD респондентів розділили на три групи, залежно від отриманих балів: наявність норми до 8 балів (1 група), пограничний стан 8-10 балів (2 група) та наявність тривожності 11 балів і більше (3 група). При цьому відсутність тривожності виявлено лише у 18 пацієнтів (11,6 %), пограничний стан у 36 осіб (23,2 %), наявність тривожності у 101 пацієнта (65,2 %).

Встановлено, що серед пацієнтів, які проживали в місті, третя група (наявність тривожності) була достовірно вищою (p=0,013) порівняно із першою групою (нормальний стан). Серед пацієнтів, які проживали у селі достовірно переважала перша група (нормальний стан) порівняно із другою групою (пограничний стан) (p=0,045) та третьою групою (наявність тривожності) (p=0,002). При порівнянні груп за іншими факторами ризику достовірної різниці встановлено не було.

Також проаналізовано вплив різних факторів на виникнення депресії за шкалою HAD (табл. 3.4).

Таблиця 3.4 Аналіз впливу факторів на виникнення депресії за шкалою HAD

Показник	Критерій Фішера (F)	p	Коефіцієнт кореляції (r_{xy})
Вплив рівня освіти			
Вища	0,018	0,982	-0,003
Неповна вища	2,173	0,117	-0,160
Середня	0,699	0,499	0,090
Інше	0,647	0,525	0,088
Місце проживання			
Місто	1,128	0,326	0,121
Селище міського типу	0,998	0,371	0,066
Село	2,001	0,139	-0,154
Шлях призову на військову службу			
Кадровий військовий	3,196	0,044	-0,056
Доброволець	1,232	0,295	0,067
ТЦК та СП	0,174	0,841	-0,041
Тривалість участі у бойових діях			
тривалість	1,254	0,288	0,170
Вживання заспокійливих препаратів			
Ніколи	3,255	0,041	-0,202
Інколи	1,925	0,149	0,154
Часто	0,521	0,595	0,052
Рівень артеріального тиску			
Вище 140/90 мм рт ст.	0,215	0,807	-0,017

Дисперсійний аналіз показав, що на виникнення депресії впливають лише такі фактори як метод призову на військову службу (кадровий військовий, p=0,044) та невживання заспокійливих препаратів (p=0,041). Встановлено, що респонденти, які були кадровими військовими, мали меншу імовірність розвитку стану депресії – слабкий зворотній зв'язок r_{xy}=-0,056. Коефіцієнт детермінації становив 0,3 %.

При розгляді розвитку депресії за шкалою HAD респондентів розділили на три групи, залежно від отриманих балів: наявність норми до 8 балів (1 група), пограничний стан 8-10 балів (2 група) та наявність тривожності 11 балів і більше (3 група). При цьому відсутність депресії виявлено лише у 26 пацієнтів (16,8 %), пограничний стан у 40 осіб (25,8 %), наявність депресії у 89 пацієнтів (57,4 %). Достовірної різниці при порівнянні впливу перелічених факторів на окремі групи пацієнтів щодо розвитку депресій не було встановлено.

Отже, в результаті дисперсійного аналізу нами виявлено вплив рівня освіти та шляху призову на військову службу при вивченні адаптаційних можливостей до травмуючих подій (Місісіпська шкала), місце проживання при вивченні тривожності (шкала HAD) та шлях призову на військову службу і невживання заспокійливих препаратів при вивченні депресії (шкала HAD).

3.2 Характеристика психоемоційного стану та факторів ризику учасників бойових дій залежно від шляху призову на військову службу

На основі отриманих даних нами було детальніше вивчено перелічені фактори впливу на психоемоційне здоров’я залежно від шляху призову на військову службу.

Усі кадрові військові були чоловічої статі. Середній вік становив 36,5 років, з них 83,3 % належали до категорії молодого віку і 16,7 % – середнього віку. Вищу освіту мали 2, неповну вищу – 1, середню спеціальну – 3 опитаних (рис. 3.4).

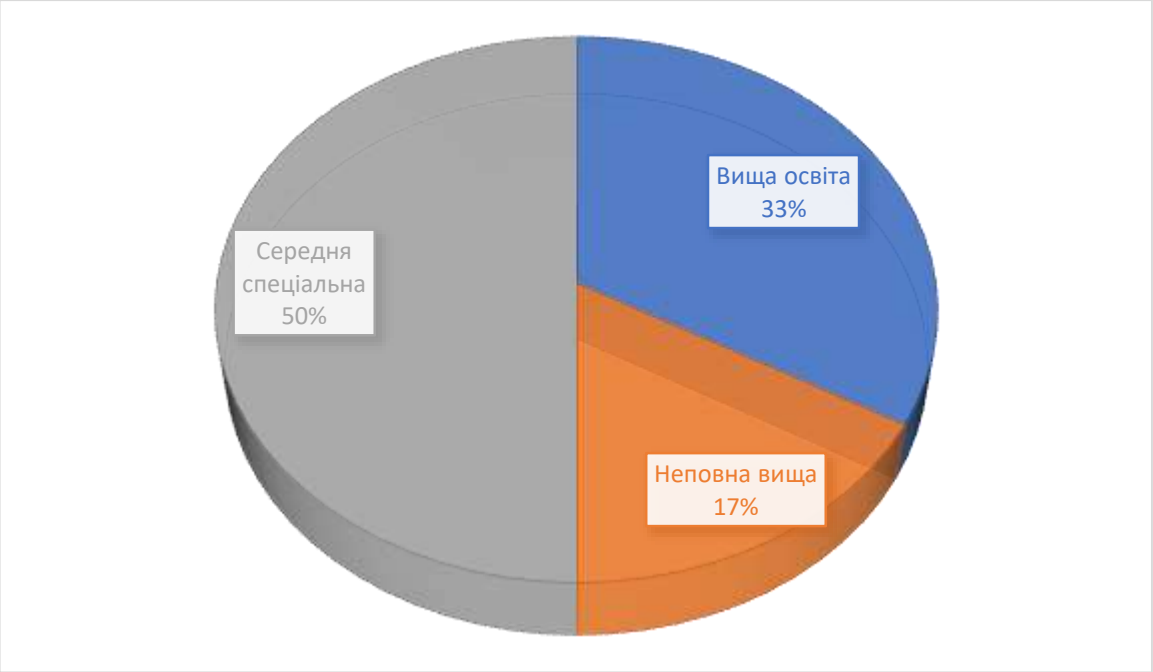

Рис. 3.4 Розподіл респондентів по рівню освіти серед кадрових військових, %

Переважна більшість проживала у місті (83,3 %) і незначна кількість осіб – у селі (16,7 %). Тривалість участі у бойових діях коливалася від 11 до 26 місяців і в середньому становила 18,7 місяця.

Серед поведінкових чинників ризику розвитку неінфекційних захворювань тютюнопаління було поширене у половини респондентів, з них 16,7 % викурювали до 10 цигарок на день і 33,3 % більше 10. Подібна ситуація спостерігалася і щодо вживання алкоголю: половина респондентів заперечувала вживання алкоголю, а інша половина вживала алкоголь більше 1 разу на тиждень. Лише 50 % інколи вживали заспокійливі середники. Підвищений артеріальний тиск 140/90 мм рт.ст. зафіксовано у 1 пацієнта (16,7 %).

Серед пацієнтів, які добровільно вступили в лави української армії, переважали чоловіки 95,5 %, жінок відповідно було 4,5 %. Середній вік опитаних становив 37,0 років, з них молодого віку було 35 осіб (79,5 %), середнього 9 (20,5 %). Вищу освіту мали 13 пацієнтів, неповну вищу – 7 осіб, середню спеціальну – 23, іншу – 1 (рис. 3.5).

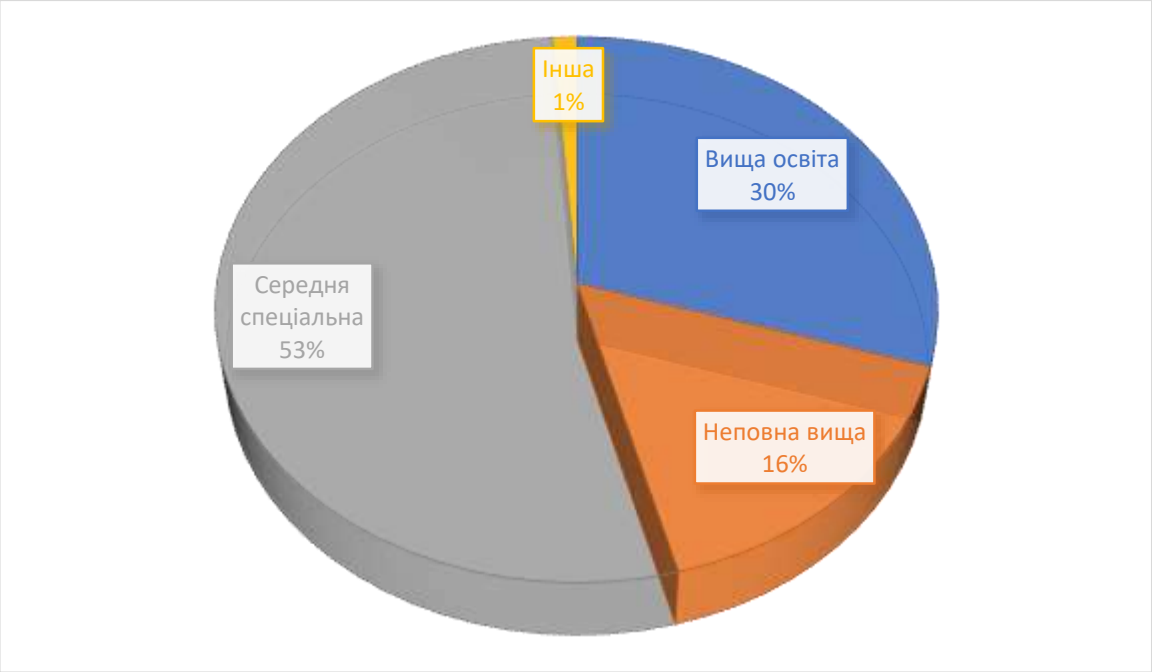

Рис. 3.5 Розподіл респондентів по рівню освіти серед добровольців, %

Половина добровольців була вихідцями із міст, 4,5 % проживали у селищах міського типу, 45,5 % – у селах. Тривалість участі у бойових діях коливалася від 7 до 120 місяців і в середньому становила 31,8 місяців.

Поширеність тютюнопаління склала 77,3 %, з них 16 осіб (36,4 %) випалюють до 10 цигарок на день, 18 (40,9 %) – більше 10 цигарок. Не палять 10 (22,7 %) респондентів. 18 пацієнтів (40,9 %) не вживають алкоголь, 17 (38,6 %) – до 1 разу на тиждень, 7 (15,9 %) більше 1 разу на тиждень і 2 (4,5 %) – щодня.

Заспокійливі препарати застосовують іноді 18 (40,9 %) опитаних, часто – 11 (25,0 %), ніколи – 15 (34,1 %). Підвищений рівень артеріального тиску зафіксовано у 9 (20,5 %) опитаних.

Всі військовослужбовці призвані через ТЦК та СП були чоловіками. Вік коливався від 21 до 59 років, склавши в середньому 38,1 років, з них 81 чоловік (77,1 %) був молодого віку, 24 (22,9 %) – середнього. Вищу освіту мали 19 пацієнтів, неповну вищу – 17 осіб, середню спеціальну – 65, іншу – 4 (рис. 3.6).

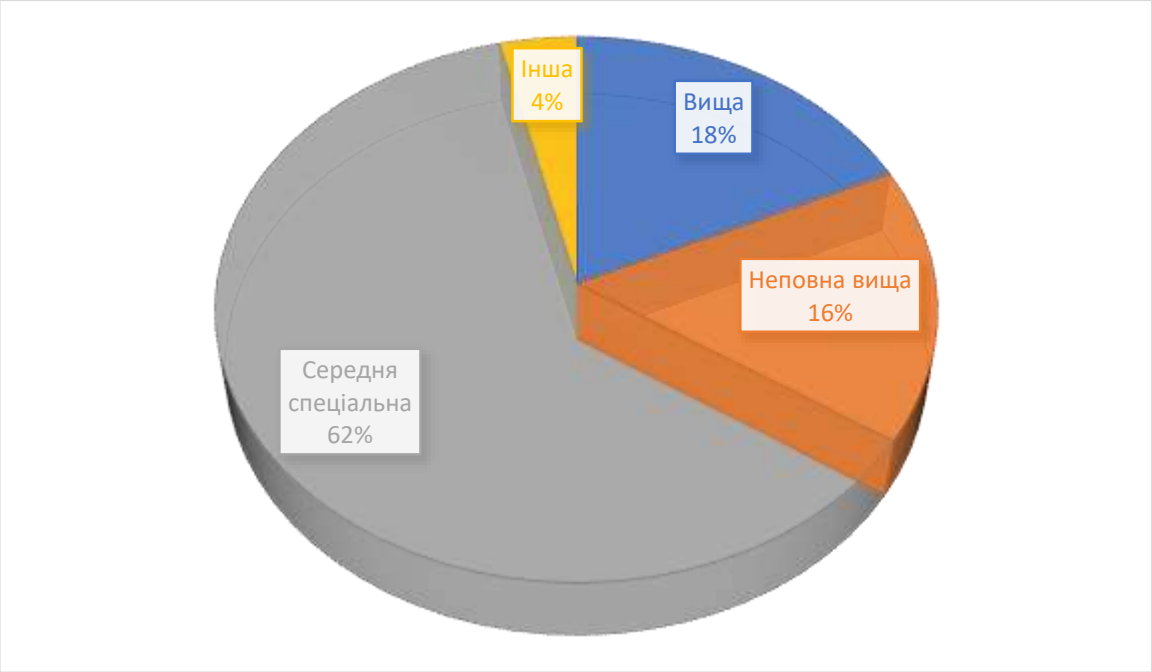

Рис. 3.6 Розподіл респондентів по рівню освіти серед призваних ТЦК та СП, %

Дещо більше від половини чоловіків (51,4 %) проживали у містах, 6,7 % у селищах міського типу, 41,9 % у селах. Тривалість участі у бойових діях становила від 5 до 100 місяців, склавши в середньому 18,0 місяців.

Серед поведінкових чинників ризику розвитку неінфекційних захворювань тютюнопаління було поширене у 71,5 % опитаних, з них до 10 цигарок на день випалюють 47 (44,8 %) осіб, більше 10 цигарок – 28 (26,7 %). Не палять 30 (28,5 %) осіб. До 1 разу на тиждень вживають алкоголь 39 (37,1 %) чоловіків, більше 1 разу на тиждень – 17 (16,2 %), щодня – 2 (1,9 %), не вживають – 47 (44,8 %) осіб.

Заспокійливі середники застосовують іноді 50 (47,6 %) пацієнтів, часто – 18 (17,1 %), не застосовують – 37 (35,2 %) опитаних. Підвищений артеріальний тиск констатовано у 14 (13,3 %) опитаних.

Отже, у досліджуваних групах пацієнтів залежно від шляху призову на військову службу нами виявлено такі особливості (табл. 3.5).

Таблиця 3.5 Аналіз соціально-медичних, поведінкових чинників ризику розвитку неінфекційних захворювань, порушень психічного здоров'я залежно від шляху призову на військову службу, %

Чинники		Кадрові військові	Добро-вольці	Призвані через ТЦК та СП	p^{1-2}	p^{1-3}	p^{2-3}
1		2	3	4	5	6	7
Середній вік		36,5±5,62	37,0±1,34	38,1±0,82	0,909	0,670	0,479
Рівень освіти, %	Вища	33,3	29,5	18,1	0,853	0,359	0,122
	Неповна вища	16,7	15,9	16,2	0,963	0,976	0,966
	Середня спеціальна	50,0	52,3	61,9	0,919	0,565	0,278
	Інше	-	2,3	3,8	0,716	0,630	0,637
Місце проживання, %	Місто	83,3	50,0	51,4	0,129	0,130	0,875
	Селище міського типу	-	4,5	6,7	0,603	0,518	0,623
	Село	16,7	45,5	41,9	0,187	0,224	0,692
Тривалість участі у бойових діях, місяці		18,7±2,20	31,8±4,48	18,0±1,31	0,291	0,910	<0,001

Продовж. табл. 3.5

1		2	3	4	5	6	7
Тютюнопаління, %	Не палить	50,0	22,7	28,5	0,159	0,268	0,466
	до 10 цигарок/день	16,7	36,4	44,8	0,349	0,180	0,347
	більше 10 цигарок/день	33,3	40,9	26,7	0,729	0,724	0,087
Вживання алкоголю, %	не вживає	50,0	40,9	44,8	0,680	0,804	0,668
	до 1 разу на тиждень	-	38,6	37,1	0,063	0,065	0,865
	більше 1 разу на тиждень	50,0	15,9	16,2	0,052	0,036	0,966
	щодня	-	4,5	1,9	0,603	0,736	0,366
Вживання заспокійливих препаратів, %	Ніколи	50,0	34,1	35,2	0,457	0,468	0,894
	Інколи	50,0	40,9	47,6	0,680	0,911	0,457
	Часто	-	25,0	17,1	0,172	0,272	0,272

Продовж. табл. 3.5						
1	2	3	4	5	6	7
Підвищений рівень артеріального тиску, %	16,7	20,5	13,3	0,832	0,818	0,275

Середній вік у досліджуваних групах практично не відрізнявся. Серед кадрових військових та добровольців спостерігалося переважання вищої освіти, серед призваних ТЦК та СП – середньої спеціальної. Кадрові військові переважно проживали у містах, а добровольці та призовники майже однаково як у містах, так і селах.

Найбільший період участі у бойових діях достовірно переважав у добровольців порівняно з призваними ТЦК та СП ($p < 0,001$), що свідчить про їх вмотивованість. Поширеність тютюнопаління була високою як серед добровольців (77,3 %), так і серед призваних ТЦК та СП (71,5 %). Вживання алкоголю коливалося в межах 50-59,1 %. При цьому вживання більше 1 разу на тиждень достовірно переважало у кадрових військових порівняно із групою добровольців ($p=0,052$) і призваних ТЦК та СП ($p=0,036$). Третина опитаних не вживає заспокійливих препаратів, інші інколи або часто. Підвищений рівень артеріального тиску найбільше виявлений у добровольців (кожен п’ятий).

Також нами проаналізовано розвиток порушень адаптації до впливу травмуючих подій (за Місісіпською шкалою) залежно від шляху призову на військову службу (табл. 3.6).

Таблиця 3.6 Вплив шляху призову на військову службу на розвиток порушень адаптації внаслідок травматичних подій (Місісіпська шкала), %

	Кадрові військові (n=6)		Добровольці (n=44)		Призвані через ТЦК та СП (n=105)		p^{1-2}	P^{1-3}	P^{2-3}
	абс.	%	абс.	%	абс.	%			
Добра адаптація	-	-	5	11,4	3	2,8	0,394	0,678	0,036
Розлади адаптації	3	50,0	9	20,4	43	41,0	0,117	0,665	0,016
Підозра на ПТСР	3	50,0	30	68,2	59	56,2	0,388	0,769	0,176

Отримані результати вказують на найвищий рівень адаптації до травмуючих подій серед добровольців (достовірно переважав групу призваних через ТЦК та СП (p=0,036)), найнижчий – у кадрових військових. Розлади адаптації переважали у кадрових військових, призваних через ТЦК та СП порівняно із добровольцями (p=0,016). Підозра на ПТСР найбільше проявлялася у добровольців, за ними розмістилися призвані через ТЦК та СП і далі кадрові військові.

Результати вивчення впливу шляху призову на військову службу на виникнення тривожності за шкалою HAD представлені у таблиці 3.7.

Таблиця 3.7 Вплив шляху призову на військову службу на виникнення тривожності за шкалою HAD

	Кадрові військові (n=6)		Добровольці (n=44)		Призвані через ТЦК та СП (n=105)		p^{1-2}	P^{1-3}	P^{2-3}
	абс.	%	абс.	%	абс.	%			
Норма	-	-	7	15,9	11	10,5	0,302	0,408	0,357
Пограничний стан	2	33,3	8	18,2	25	23,8	0,394	0,601	0,454
Наявність тривожності	4	66,7	29	65,9	69	65,7	0,971	0,962	0,982

Отримані результати вказують на високий рівень тривожності у всіх групах респондентів незалежно від шляху призову на військову службу (65,7-66,7 %). Лише у 15,9 % добровольців та у 10,5 % призваних через ТЦК та СП відмічалася норма при визначенні тривожності за шкалою HAD. При цьому найменший відсоток пограничного стану спостерігався у добровольців. Достовірної різниці при порівнянні груп виявлено не було.

Також нами вивчено результати впливу шляху призову на військову службу на виникнення депресії за шкалою HAD (табл. 3.8).

Таблиця 3.8 Вплив шляху призову на військову службу на виникнення депресії за шкалою HAD

	Кадрові військові (n=6)		Добровольці (n=44)		Призвані через ТЦК та СП (n=105)		p^{1-2}	P^{1-3}	P^{2-3}
	абс.	%	абс.	%	абс.	%			
Норма	-	-	8	18,2	18	17,1	0,264	0,272	0,880
Пограничний стан	4	66,7	8	18,2	28	26,7	0,008	0,036	0,273
Наявність депресії	2	33,3	28	63,6	59	56,2	0,162	0,278	0,404

Отримані результати свідчать про високу частку депресії серед добровольців та призваних через ТЦК та СП (56,2-63,6 %). При цьому у 17,1-18,2 % випадків у них також була наявна норма за шкалою HAD. Найвища частка респондентів із пограничним станом була зареєстрована серед кадрових військових – у них спостерігалося достовірне переважання як із групою добровольців (p=0,008), так і з призваними через ТЦК та СП (p=0,036).

Проведене дослідження встановило наявність поведінкових факторів ризику виникнення неінфекційних захворювань серед військовослужбовців: тютюнопаління (72,3 %) та споживання алкоголю (56,1 %). Підвищення артеріального тиску вище пограничного рівня 140/90 мм рт. ст. спостерігалося у 15,5 % пацієнтів.

Проведений дисперсійний аналіз показав, що на розвиток порушень адаптації внаслідок травматичних подій (Місісіпська шкала) достовірно

впливають рівень освіти (вища освіта, p=0,012) та шлях призову на військову службу (доброволець, p=0,009 та призваний ТЦК та СП, p=0,036). Так, при проведенні парних порівнянь наявність вищої освіти достовірно збільшує число добре адаптовних пацієнтів порівняно із групою з розладами адаптації (p=0,009, [95 % ДІ 0,098-0,825]) та з групою із підозрою на ПТСР (p=0,020, [95 % ДІ 0,053-0,762]).

При аналізі розвитку тривожності за шкалою HAD встановлено, що на її виникнення достовірно впливає місце проживання респондента – серед пацієнтів, які проживали в місті, тривожність була достовірно вищою (p=0,013). Коефіцієнт детермінації впливу проживання на виникнення тривожності в місті та селі випадках становив відповідно 3,8 % та 5,5 %. На виникнення депресії достовірно впливають лише такі фактори як метод призову на військову службу (кадрові військові мали меншу імовірність розвитку стану депресії, p=0,044) та невживання заспокійливих препаратів (p=0,041). Коефіцієнт детермінації становив 0,3 %.

Отже, в результаті дисперсійного аналізу нами виявлено вплив рівня освіти та шляху призову на військову службу при вивченні адаптаційних можливостей до травмуючих подій (Місісіпська шкала), місце проживання при вивченні тривожності (шкала HAD) та шлях призову на військову службу і невживання заспокійливих препаратів при вивченні депресії (шкала HAD).

При аналізі окремих груп респондентів щодо шляхів призову на військову службу можна сформувати портрет добровольців та військовослужбовців призваних ТЦК та СП щодо наявних факторів ризику розвитку неінфекційних захворювань та стану психологічного здоров’я.

Серед добровольців переважає наявність вищої освіти, найдовший період участі у бойових діях порівняно з призваними ТЦК та СП (p <0,001), висока частка тютюнопаління (77,3 %), вживання алкоголю (59,1 %), підвищений рівень артеріального тиску (20,5 %). Стан психологічного здоров’я характеризується вищим рівнем адаптації до травмуючих подій (11,4 %, що достовірно переважає групу призваних через ТЦК та СП (p=0,036)) та наявністю нормальних

показників при визначенні тривожності (15,9 %) та депресії (18,2 %) за шкалою HAD порівняно з іншими групами, що свідчить про їх вмотивованість. Проте незважаючи на таку ситуацію у значної частини добровольців були наявні порушення адаптації до травмуючих подій з підозрою на ПТСР (68,2 %), ознаки тривожності (65,9 %) та депресії (63,6 %).

Серед військових призваних ТЦК та СП переважає середня освіта, висока частка тютюнопаління (71,5 %), вживання алкоголю (55,2 %), підвищений рівень артеріального тиску (13,3 %), майже половина (47,6 %) іноді вживають заспокійливі препарати. У них переважають розлади адаптації (41,0 % порівняно із добровольцями (p=0,016)) та підозра на ПТСР (56,2 %), є високий рівень тривожності (65,7 %) та депресії (56,2 %) при нижчих, ніж у добровольців показниках норми при визначенні тривожності (10,5 %) та депресії (17,1 %) та пограничних станів порівняно із кадровими військовими (p=0,036).

3.3 Методи психореабілітації військовослужбовців

Одними із обов'язкових складових збереження та підтримання психологічного здоров'я індивіда в умовах воєнного стану є різні види психологічних втручань задля забезпечення психологічного здоров'я в громаді, країні. Загалом, мова йде про дії, які використовуються для зміни поведінки людини, його емоційного стану і переживань. Слід зазначити, що психологічні втручання мають багато різних застосувань і найчастіше використовуються для лікування психічних розладів за допомогою психотерапії, а кінцевою метою цих втручань є не тільки зменшення симптомів, але й усунення провідної причини таких розладів.

Психологічні втручання також можуть бути використані задля забезпечення позитивного психічного здоров'я з метою профілактики психічних розладів. Хоч вони неспрямовані на лікування порушень ментального здоров’я, їх використання призводить до зміцнення здорових емоцій, стосунків та звичок, що може покращити якість життя, навіть при відсутності психічних

захворювань. Особливо це важливо в умовах війни, коли як і мирне населення, так і військові тривалий час піддаються хронічному стресу.

Значної психологічної підтримки потребують наші військові задля збереження та підтримки психічного здоров'я, профілактики негативного впливу травмуючих подій та попередження або корекції психологічних розладів.

І значна щодо збереження та підтримки психічного здоров'я має надаватись військовослужбовцям, зокрема щодо профілактики у них травматизації [29] та психологічних розладів.

Згідно з сучасним розумінням, ПТСР – це важкий психічний розлад, який змушує людей тривалий час переживати, уникати, відчувати себе погано та негативно думати про свій травматичний досвід. Травма – це слово, яке означає різні види ситуацій, які змушують людей відчувати страх або занепокоєння, але не всі страшні або тривожні ситуації є травмами, які можуть спричинити у людей ПТСР. Це означає, що людина має пережити дуже погану та страшну ситуацію, яка може її вбити або заподіяти біль, і що ситуація має бути реальною, а не лише уявною. Статистичні дані вказують на те, що ПТСР є рідкісним серед населення в мирних умовах з поширеністю 6-8%, і більшість симптомів з'являються протягом 6 місяців після переживання травматичної події. У довоєнний період такими травматичними подіями були: стихійне лихо, пожежа, дорожньо-транспортна пригода, пограбування, авіакатастрофа, медичний діагноз, який загрожував життю, травма або смерть. Зараз посттравматичний стресовий розлад частіше зустрічається в осіб, які брали безпосередню участь у бойових діях, були в зоні бойових дій, постійно піддаються нападам, проживають у районах частих бомбардувань, зазнали фізичного чи сексуального насильства, бачили, як хтось насильницько помер на очах, або були свідками катувань чи зґвалтувань. У Сполучених Штатах Америки зібрана найповніша інформація про причини та лікування посттравматичних стресових розладів. Національний центр посттравматичного стресового розладу в цій країні активно займається наданням допомоги постраждалим, а також аналізує дані про виникнення цього розладу. На веб-сайті цього урядового агентства показано, що близько 6% людей у США

в якийсь момент переживуть ПТСР, а в 2020 році було 13 мільйонів американців, які страждали від ПТСР, що становить 5% усього населення.

Дослідники Національного центру по боротьбі із ПТСР США вказують, що військовослужбовці частіше страждають від ПТСР, ніж цивільні, а ветерани, які безпосередньо брали участь в бойових діях, частіше схильні до розвитку цього захворювання, ніж ті, хто не був в зоні бойових дій.

Згідно з сучасними вітчизняними дослідженнями, поширеність ПТСР в Україні складає близько 25%, і майже половина населення (57%) схильна до ризику його розвитку. Провокуючими чинниками можуть бути також високий рівень тривоги, депресії, стресу, пов’язаних із травмою. Опитування цивільного населення, не тільки підтверджує американські дані про схильність жінок до розвитку ПТСР, але і показує, що люди похилого віку, внутрішньопереміщені особи і жителі окупованих росією районів знаходяться в групі ризику. Згідно інших даних певними чинниками, які забезпечують стійкість до розвитку ПТСР є високий рівень добробуту, індивідуальна стійкість та приналежність до чоловічої статі [43].

На додаток до стандартних підходів до лікування ПТСР в даний час в усьому світі використовується додаткова і альтернативна медицина, що пропонує використання біорегуляторів, фітотерапії і ароматерапії, арт-терапії, голковколювання, масажу, фізіотерапевтичних процедур, йоги, танців і релаксаційної терапії.

Військові дії можуть призвести до фізичних та психологічних травм. Відновлення після них вимагає комплексного догляду. Такий підхід обов'язково включає заняття з психотерапевтами і використання різних методик, включаючи індивідуальну, групову терапію, гіпнотерапію, арт-терапію, музикотерапію, фізіотерапію, залучення сім'ї для ранньої реабілітації тощо [11, 39].

Психотерапія може включати індивідуальні заняття з терапевтами, які дозволяють пацієнтам розпізнати та зрозуміти свої емоції та проблеми. Перевага індивідуальних занять в тому, що людина може більше розкритися і відчувати

себе вільніше в діалозі. Крім того, загальна увага терапевта зосереджена на конкретних проблемах [54].

Групова терапія є важливою частиною комплексної психологічної допомоги військовим. Беручи участь в групових заняттях, учасники бойових дій спілкуються один з одним і розповідають про загальні проблеми, стресові ситуації, травматичний досвід, які виникали під час війни. Це допомагає зрозуміти, що вони несамотні у цих ситуаціях, і що є вже багато людей, які зуміли подолати цей шлях або тільки його розпочинають. Групова терапія може використовувати різні методики, в тому числі арт-терапію, музичну терапію тощо.

Окрім порушень психічного здоров’я та виникнення психічних розладів, військовослужбовці можуть стикатися зі стійкими проблемами зі здоров'ям та фізичними травмами внаслідок бойових дій. Сюди належать вогнепальні, мінно-вибухові поранення, контузії, опіки, ампутації та інші пошкодження організму, які можуть надовго обмежити фізичні можливості людини. В подальшому це неминуче призводить до погіршення психічного здоров’я та стресу. І як наслідок при покращенні соматичного здоров’я психологічні проблеми заважають зосередитися на позитивних результатах, а відповідно в подальшому сповільнює одужання від фізичних травм. Це створює замкнене коло.

Тому так важливо, щоб реабілітацію проводити комплексно із залученням як занять із психологом, так і проведенням фізичних вправ, маніпуляцій з ерготерапевтом.

Щодо впливу на психічне здоров’я, то необхідно зупинитися на деяких методиках, які використовуються. Одними із них є медитація та майндфулнес (усвідомленість). Це ефективні способи боротьби зі стресом та тривогою. Їх рекомендують військовослужбовцям для подолання ПТСР, який може розвинутися після бойових операцій.

Медитація полягає у практиці зосередження уваги на диханні та контролі над своїми думками. Існує вона вже тисячі років. Раніше людство використовувало медитацію для удосконалення розуміння священних і

містичних сил життя. Пройшов час і зараз медитацію використовують для розслаблення та зняття стресу. Основний вплив її відбувається на вегетативну нервову систему, обмінні процеси. Під впливом медитації покращується діяльність внутрішніх органів, систем та судин. Медитація змінює ставлення людини до проблеми, дозволяє подолати травмуючий досвід, легше сприймати невдачі. Вона дозволяє бути більш врівноваженими, добрішими, зменшити прояви тривожності та депресії.

На даний час є декілька основних принципів цієї методики.

Зосередженість. Вона полягає у концентрації на чомусь ззовні або всередині себе. Це дозволяє заспокоїтися, істотно зменшити негативні відчуття і емоції.

Перебування в сьогоденні. необхідно зосередитися на сьогоденні, а не на минулому чи майбутньому. Це потребує певних зусиль, так як більшість людей часто уникають сьогодення а думають про майбутнє або минуле.

Змінений стан свідомості. При тривалих тренуваннях людина може впадати у змінений рівень свідомості, транс [41].

Майндфулнес передбачає усвідомлення своїх почуттів та емоцій та прийняття їх без опору. Використовуючи практики медитації та усвідомленості учасники бойових дій можуть позбутися думок, швидко зосередившись на диханні при панічних атаках, нападах тривоги та ознаках ПТСР.

Сімейна терапія може допомогти військовим та членам їх сімей швидше та ефективніше боротися з негативними наслідками війни. Зрозуміло, що військові, які повертаються із зон бойових дій, мають труднощі з адаптацією до цивільного життя. Ці проблеми спостерігаються як в спілкуванні з незнайомими людьми, так і з членами сім'ї. Допомогти відновити цей зв'язок, покращити спілкування може допомогти психотерапевт. У той же час поведінка та звичне спілкування усіх учасників сімейної терапії можуть вимагати координації та перегляду, тому важливо, щоб у сесії брали участь не лише військові, а й члени їх сімей. При цьому формуються навики підтримки один одного, особливо дітей, уникання та подолання конфліктів в сім’ї, психологічна підтримка учасників бойових дій.

Останнім часом часто для лікування тривожності використовують арт-терапію. Вона дозволяє досягати високих терапевтичних результатів, завдяки своїй близькості до навколишнього середовища і ненав'язливості, і результат цього процесу творчі прояви – картини, вірші, музика тощо [32]. Її активно використовують психологи, лікарі, художники, завдяки її поліфункціональності та достатньо широким можливостям. Цей термін був вперше використаний в 1938 році, коли англійський педагог і художник Андріан Гійом описав свої роботи, і який швидко став популярним.

Основною метою арт-терапії є гармонізація розвитку особистості шляхом розвитку здатності до самовираження, самопізнання через мистецтво і здатності до конструктивних дій з урахуванням реалій навколишнього світу. Арт-терапія допомагає зняти психічну напругу і стрес, подолати тривогу і страх, агресію і імпульсивність, гармонізувати внутрішній стан людини різного віку.

Основним принципом арт-терапії є схвалення і прийняття всіх продуктів творчої візуалізації, незалежно від змісту, форми і якості.

Так як тривожний стан часто проявляється в емоційному дисбалансі, який дуже важко висловити за допомогою мови, то перевагою арт-терапії при роботі з такими пацієнтами є можливість використання невербальних способів самовираження та спілкування, розпізнавання емоції та можливості керувати ними. Психологи пропонують людям створювати колажі та висловлювати свої емоції за допомогою ліплення та малювання.

Ці процеси дозволяють людині, яка переживає образу, знайти причину занепокоєння і показати свою цілісність і унікальність, наповнитися ресурсом та інтегруватися, стають відкритішим до спілкування і допомоги. Також можуть бути використані інші види терапії – танець, музика, пісочна терапія, образно-асоціативна карткова терапія. Таким чином, досягається мета: вираження почуттів і емоцій, пов'язаних з власними проблемами, власними переживаннями; активний пошук нових форм взаємодії зі світом; розвиток власної особистості.

Найстарішим методом арт-терапії у лікуванні тривожності вважають ізотерапію – лікування засобами образотворчого мистецтва, яке

використовується для психологічної корекції дорослих, дітей і підлітків. Її використовують для корекції не тільки тривожності, але і сімейних конфліктів. може допомогти вам висловити свої почуття, емоції, переживання, страхи та мрії. Тут важливу роль відіграють художні матеріали, кольори, розташування предметів на аркуші, розмір і форма, використовувані пацієнтом. Важливим є опис малюнка.

Ізотерапія дозволяє вивільнити і усунути негативні емоції за допомогою таких видів малювання, як заливка, штрихування, малювання на склі, малювання пальцями тощо. Психологи можуть досліджувати динаміку зниження або підвищення тривожності у людини за допомогою занять. Кращий приклад – промальовувати тривогу, страхи на всіх зустрічах з психологами і аналізувати, як вони змінюються, а також внутрішні страхи, хвилювання і занепокоєння пацієнтів, що займаються ізотропними змінами. Малювати найкраще фарбами, тому що це можна зробити великими мазками. Після того, як намалювали картинку, бажано, щоб пацієнт сам говорив про свої страхи, свої тривоги [24].

Ще один приклад терапевтичного мистецького підходу це казкотерапія. Казки люблять і діти, і дорослі. Під впливом казки доросла людина занурюється в свої емоції: пригадує своє дитинство, повертається в затишок рідного дому, відчуває голос матері. Казкотерапія допомагає зануритися у внутрішній потаємний світ і зав’язати ниточки контакту із зовнішнім через проекції і символи. Також казки передають людині мудрість. Завдяки казкам можна буде позбутися тривоги, страху і перешкод за допомогою вигаданих ілюзорних речей.

Сеанси казкотерапії дозволяють створювати казки, щоб позбутися страхів і тривог, зменшити їх або перетворити на щось хороше або цікаве. Психолог може розповісти терапевтичну казку (авторську або народну) або запропонувати створити її самостійно. При цьому улюблений казковий герой або героїня може стати в центрі придуманої казки, залучити пацієнта до створення сюжету на основі основних рис характеру героя/героїні, їх місця проживання. Важливо, щоб казка закінчилася позитивно. В кінці сеансу потрібно обов’язково провести аналіз казки, а також відобразити її іншими методами мистецтва (намалювати її

або розіграти епізод). Казки є одним із традиційних способів спілкування психологів з дорослими з тривожністю. Це дає можливість пацієнтам побачити та оцінити себе, свої страхи і тривоги зі сторони.

Ще один із видів арт-терапії – терапія піском. Цей психологічний метод надає унікальну можливість досліджувати свій власний внутрішній світ використовуючи незліченну кількість мініатюрних фігурок, контакт з піском, відчуття свободи, захищеності та самовираженості при роботі з піском [24].

Контакт із піском знімає нервове напруження, покращує настрій, викликає найрізноманітніші асоціації та спогади. Творча робота з піском захоплює і дорослих, і дітей. Вона дозволяє виразити свої відчуття та переживання.

Позитивним є момент загальної доступності до цього матеріалу. Також його можна замінити манною крупою, камінцями або іншими сипучими речовинами, які можна розфарбувати в різні яскраві або пастельні кольори і використовувати в терапії пацієнтів з тривожністю.

В даний час музична терапія широко впроваджується в різних закладах, таких як лікарні, реабілітаційні центри, дитячі садки та школи в багатьох країнах. У Сполучених Штатах Америки, Японії, Великій Британії та Франції музика використовується як у промисловості, так і в сільському господарстві. Присутність музики в космосі покращувала самопочуття астронавтів під час тривалого перебування на орбіті.

Музикотерапія – це сфера, яка існує вже давно. При пасивній (рецептивній) музикотерапії пацієнт слухає музику, яку грає лікар або звуковідтворювальний пристрій, але жодним чином не змінює музичний образ. У минулому рецептивна музична терапія була відома як пасивна, але цей термін еволюціонував, оскільки розуміння музики припускає, що це не просто пасивний досвід, але й активний. Основою рецептивної музичної терапії є розуміння того, що музика може підвищити самосвідомість і самосприйняття через слухання. Щоб використовувати свої особисті ресурси, слухайте музику, яка має важливе значення в житті (музика, яка пов’язана з конкретними життєвими подіями).

Вплив музики на людину значною мірою залежить від її особистих уподобань і суб’єктивної інтерпретації, які формуються її музичним фоном, віком, соціальним становищем, середовищем прослуховування та іншими факторами. У терапевтичних умовах музику можна використовувати за допомогою технічних пристроїв для відтворення звуку. Це дозволяє необмежену кількість ідеальних повторів, які відповідають оригіналу. Психотерапевт може відтворювати музику, щоб змінити свій настрій або почуття, і це може допомогти пацієнту зосередитися на власній улюбленій музиці.

Активна музична терапія відрізняється від пасивної тим, що пацієнт при активній музикотерапії може змінювати музику або слова. Під час активної музичної терапії пацієнт включається в процес, граючи на музичному інструменті.

Інструмент, на якому пацієнт в основному імпровізує, пропонує йому новий засіб самовираження – музику. Вибір того чи іншого музичного інструменту залежить від конкретної ситуації лікування. Музичні вміння пацієнтів не мають ніякого значення, тому що музика, яка використовується в музикотерапії, не потребує здібностей, а є засобом відтворення душевного стану пацієнта.

Прослуховування правильно підібраних мелодій допомагає знизити артеріальний тиск, зменшити частоту серцевих скорочень, нормалізувати емоційний стан, сприяти концентрації уваги і поліпшити мовні навички. Музична терапія також сприяє запам'ятовуванню, зменшує біль, конфліктні ситуації, зменшує негативні емоції, покращує якість життя. У сприйнятті і відтворенні музики задіяні багато ділянок мозку в обох півкулях та підкіркові області головного мозку. Ось чому музика настільки ефективна при реабілітації після мозкового інсульту, черепно-мозкових травм, деменції та психічних розладів. Музична терапія допомагає також розвинути соціальні навички, підвищити впевненість в собі, навчитися висловлювати емоції, зменшити тривожність.

На базі КНП «Тернопільська обласна клінічна психоневрологічна лікарня» ТОР працює Центр ментального здоров'я, де пацієнти відвідують аромотерапію, індивідуальну та групову психотерапію, арт-терапію, мейндфундлес, музико-терапію, фізіотерапію (відвідують басейн, ванни, масаж та інші фізіотерапевтичні процедури) як окремі методи лікування, так і їх поєднання.

У поліклініці активно проводиться лікування учасників бойових дій методом аромотерапії, до якого я активно долучена, адже працюю керівником середнього та молодшого медичного персоналу, організовую та проводжу сеанси, так як маю фахову підготовку з психології.

Розглянемо цей метод лікування. Аромотерапію проводять за допомогою натуральних ефірних олій, які так чи інакше впливають на психічний стан людини. Використовується для зняття тривожності, депресії, покращення пам'яті та нормалізації сну, завдяки концентрації уваги на ароматі.

Ще в минулому столітті знаменитий англійський поет Дж.Байрон відмічав, що завжди відчував приплив натхнення, якщо "обкурював" себе запахом трюфелів. Авіцена писав про олію розового дерева, як таку, що підвищує розумову діяльність і швидкість мислення. Фізіолог Д.І.Шатенштейн в 1939 році науково обґрунтував і експериментально доказав, що деякі аромати впливають на працездатність.

Аромотерапія являється одним з видом групової психотерапії. Перед проведенням для формування групи потрібно зібрати осіб з однаковим рівнем тривоги і депресії. Тому проводять наступні психологічні тести Місісіпська шкала та HAD.

В залежнозні від нозоології використовуються різні комбінації олій, адже одні своїм впливом збуджують центральну нервову систему, а інші заспокоюють.

Важливо зазначити, що вибір методу залежить від індивідуальних особливостей пацієнта, а також від типу та тяжкості його пролонгованого розладу.

Сеанс аромотерапії триває 50 хв. проводиться в зручних кріслах-реклайнерах, з дотриманням температурного та світлового режимів, із супроводом розслаблюючих мелодій для сну, для релаксації, звуки арфи, інструментальну - Ki-taru, Wangelis. З обережністю використовують звуки природи, та мелодії, які включають духові інструменти, тому що вони можуть провокувати тривогу.

Перед проведенням сеансу збираю короткий анамнез та проводжу нюхову пробу, для визначення переносимості даного аромату. Ознайомлюю пацієнтів з ходом проведення процедури, яка поділяється на три послідовних етапи:

- початок сеансу, де використовую техніки:
  - заземлення,
  - відчеплення від гачка,
  - діємо згідно з власними цінностями,
  - проявляємо доброту,
  - створюємо простір,
- релаксація;

- пробудження з потягуванням, яке сприяє покращенню кровообігу і запобіганню головокружінню, тахікардії.

Композиції використовую трьох-компонентні: летючі, заспокійливі і тонізуючі. Солодкі запахи заборонено у використанні для військових, адже це провокує флешбеки з війни («запах мертвого тіла»).

Як правило, для проведення аромотерапії для військовослужбовців використовую наступні композиції:

- Пачулі-кедр-лимон
- Лаванда-м’ята-лимон
- Ялина-ялівець-м’ята
- Меліса-лимон-бергамот
- Кориця-апельсин-мандарин (асоціація з дитинством)
- Чебрець-шалфей-лимон.

Під час лікування пацієнти відвідують 7-10 сеансів протягом яких відмічається значне покращення стану:

- сну;
- настрою;
- зниження рівня тривожності;
- бажання жити у невійськових реаліях (адже “солдат один раз - солдат на все життя”).

У зв’язку із військовим станом особливе місце в психотерапевтичній практиці займає пролонгований розлад горя. Пролонгований розлад горя (Prolonged Grief Disorder) - це розлад, який характеризується тривалим та інтенсивним горем за втратою близької людини. При цьому стані відмічаються такі симптоми: постійне зниження настрою, втрата інтересу до життя та інших розваг, відчуття порожнечі та надмірної тривоги. Дуже важливо розуміти як працювати з людьми, які страждають від пролонгованого розладу горя, оскільки цей розлад може вплинути на їхнє здоров’я та життєві перспективи.

Важливо усвідомлювати, що процес зцілення може зайняти тривалий час та вимагати індивідуального підходу до кожного клієнта.

Відвідуючи сеанси аромотерапії, пацієнт зосереджується на своїх внутрішніх відчуттях, що допомагає зняти напругу та покращити своє психологічне становище.

Після проходження курсу аромотерапії в учасників бойових дій відмічалося: зняття відчуття втоми, підвищення працездатності, активізація розумової діяльності, покращення пам’яті, швидкості мислення, уваги, сну, зниження стресу та страху, депресії та тривоги, зменшення негативних емоцій та невротичних станів. Пацієнти відчували приплив енергії, у них проявилось більше бажання до контакту та комунікації з оточуючими. У військових відновився зв’язок із своїм ресурсами та цінностями - щоб знайти сили творити життя далі, зберігаючи в серці пам’ять про тих, кого вони люблять і хто відійшов з цього світу...

ВИСНОВКИ

1. Аналіз вітчизняних та світових наукових джерел засвідчив важливість психологічної підготовки та тренувань для підвищення рівня психоемоційної стресостійкості військовослужбовців. Це вказує на необхідність вдосконалення методів навчання та військової підготовки з метою підвищення готовності та реагування на стресові ситуації у військовому середовищі.

2. В результаті проведеного дослідження нами виявлено вплив рівня освіти та шляху призову на військову службу при вивченні адаптаційних можливостей до травмуючих подій (Місісіпська шкала), місця проживання при вивченні тривожності (шкала HAD) та шляху призову на військову службу і невживання заспокійливих препаратів при вивченні депресії (шкала HAD).

3. Сформовано «портрет» військовослужбовців щодо наявних факторів ризику розвитку неінфекційних захворювань та стану психологічного здоров’я залежно від шляху призову на військову службу.

Серед добровольців переважає наявність вищої освіти, найдовший період участі у бойових діях порівняно з призваними ТЦК та СП ($p < 0{,}001$), висока частка тютюнопаління (77,3 %), вживання алкоголю (59,1 %), підвищений рівень артеріального тиску (20,5 %). Стан психологічного здоров’я характеризується вищим рівнем адаптації до травмуючих подій (11,4 %, що достовірно переважає групу призваних через ТЦК та СП ($p=0{,}036$)) та наявністю нормальних показників при визначенні тривожності (15,9 %) та депресії (18,2 %) за шкалою HAD порівняно з іншими групами, що свідчить про їх вмотивованість. Проте незважаючи на таку ситуацію у значної частини добровольців були наявні порушення адаптації до травмуючих подій з підозрою на ПТСР (68,2 %), ознаки тривожності (65,9 %) та депресії (63,6 %).

Серед військових призваних ТЦК та СП переважає середня освіта, висока частка тютюнопаління (71,5 %), вживання алкоголю (55,2 %), підвищений рівень артеріального тиску (13,3 %), майже половина (47,6 %) іноді вживають

заспокійливі препарати. У них переважають розлади адаптації (41,0 % порівняно із добровольцями (p=0,016)) та підозра на ПТСР (56,2 %), є високий рівень тривожності (65,7 %) та депресії (56,2 %) при нижчих, ніж у добровольців показниках норми при визначенні тривожності (10,5 %) та депресії (17,1 %) та пограничних станів порівняно із кадровими військовими (p=0,036).

4. Вивчено та впроваджено у практичну діяльність використання ароматерапії в комплексному лікуванні тривоги та депресії у учасників бойових дій.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРНИХ 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.

2. Агаєв Н. В., Скрипкін О. Г., Дейко А. Б., Поливанюк В. В., Еверт О. В. Алгоритм роботи військового психолога щодо психологічного забезпечення професійної діяльності особового складу Збройних Сил України : методичні рекомендації. К.: Міністерство оборони України, Наук.- дослід. центр гуманітар. проблем Збройних Сил України. 2016. 147 с. URL: https://www.mil.gov.ua/content/pdf/avp_book.pdf (дата звернення: 28.04.2024)

3. Алещенко В. І., Сафін О. Д., Потапчук Є. М. Організація забезпечення збереження психічного здоров'я військовослужбовців. Методичний посібник для офіцерів, професорсько-викладацького складу, слухачів і курсантів збройних сил України. Київ, 2017. 134 с.

4. Березніцька У. О., Мацевко Т. М. Психічні стани військовослужбовців після повернення із зони ведення бойових дій. *Особистість в екстремальних умовах : матеріали IX Всеукраїнської науково-практичної конференції (17 травня 2019 р., м. Львів*). Львів, 2019. С. 15-18. URL: https://conf.ldubgd.edu.ua/documents/Zbirnyk_osobystist.pdf (дата звернення: 28.04.2024)

5. Бідна О. С., Сірко Р. І. Прояви емоційного вигорання співробітників ДСНС України. *Особистість в екстремальних умовах : матеріали IX Всеукраїнської науково-практичної конференції (17 травня 2019 р., м. Львів*). Львів, 2019. С. 18-20. URL: https://conf.ldubgd.edu.ua/documents/Zbirnyk_osobystist.pdf (дата звернення: 28.04.2024)

6. Блінов О. А. Психологічні особливості прояву бойового стресу військовослужбовців – учасників бойових дій. *Матеріали наукового семінару*

«Шляхи трансформації системи морально-психологічного забезпечення у Збройних силах України», 27 листопада 2019 року. Київ: НУОУ, 2019. С. 21-23.

7. Боковець О. І. Емоційний інтелект як ресурс психічного здоров'я. *Габітус*. 2022. Випуск 37. С. 68-75. URL: https://ela.kpi.ua/server/api/core/bitstreams/9b4af678-8010-45f1-945e-2cbed394b550/content (дата звернення: 28.04.2024)

8. Бондаренко М., Вернодубов М., Паламарь А. Актуальні проблеми психогігієни та психопрофілактики у військових частинах та підрозділах : методичний посібник для командирів, офіцерів виховної роботи та лікарів. Одеса: ВКФ ДРУК, 1998. 107 с.

9. Браницька Т. Р., Матохнюк Л. О., Шпортун О. М. Психологічна підтримка та супровід у кризових ситуаціях: практикум. Вінниця : Видавництво КЗВО «Вінницька академія безперервної освіти», 2022. 131 с. URL: https://drive.google.com/file/d/1-_uHPcX-fqz9XyyRBzMvJP-EwrUNsfUS/view (дата звернення: 16.03.2024)

10. Вишневський С. В. Механізми виникнення емоцій, їх види, прояви та стани. *Актуальні напрями психопрофілактичних заходів у закладах вищої освіти : Матеріали І Всеукраїнського круглого столу* (ДДУВС, 18.05.2018). 2018. С. 19-24. URL: https://er.dduvs.in.ua/bitstream/123456789/2848/1/1.pdf (дата звернення: 28.04.2024)

11. Вознесенська О. Л. Арт-терапія як засіб психосоціального відновлення особистості // Вознесенська О. Л. / Актуальні проблеми соціології, психології, педагогіки : [Зб. наук. праць] / Київський національний університет імені Тараса Шевченка, 2015. – К. : КНУ імені Тараса Шевченка. – № 3 (29). – С. 40-47.

12. Вознесенська О. Л., Сидоркіна М. Ю. Арт-терапія у подоланні психічної травми : практичний посібник. К. : Золоті ворота. 2015. 148 с.

13. Гаврилькевич В., Фірстова О. Емоційні стани особистості: теоретичне дослідження феномену. *Psychology Travelogs*. 2023. Вип. (2). С. 41-50. https://doi.org/10.31891/PT-2023-2-15

14. Гаркуша І. В. Особливості емоційної сфери особистості після переживання екстремальної ситуації. *European vector of contemporary*. 2019. № 1 (17). С .61-68.

15. Гнедюк Н. І. Порядок проведення психологічної допомоги та реабілітації учасників ООС. *Філософсько-соціологічні та психолого-педагогічні проблеми підготовки особистості до виконання завдань в особливих умовах (5 листопада 2020 р.).* Міністерство оборони України, Національний університет оборони України імені Івана Черняховського, Інститут психології імені Г. С. Костюка НАПН України. Київ: НУОУ, 2020. С. 64-67.

16. Гоцуляк Н. Психологічний аналіз емоційно-вольової сфери бійців учасників операції Об'єднаних сил. Збірник наукових праць Національної академії Державної прикордонної служби України. Серія : Психологічні науки. 2019. № 2. С. 81-93.

17. Гульбс О. Соціально-психологічна реабілітація учасників бойових дій. *Психологічний журнал*. 2021. Випуск 7. С. 100-106.

18. Діагностика, терапія та профілактика медико-психологічних наслідків бойових дій в сучасних умовах. / Київ, Харків, 2014.

19. Дубчак О. Особливості емоційних станів військовослужбовців нового призову у період адаптації. *Вісник Національного авіаційного університету. Серія: Педагогіка. Психологія*: зб. наук. пр. Київ: Національний авіаційний університет, 2019. Вип. 2(15). С. 118-123.

20. Ільїна Ю. Ю. До питання емоційного реагування особистості з різним рівнем самооцінки на надзвичайну ситуацію. *Proceedings of the XVIII International Scientific and Practical Conference «Advancing in research, practice and education», Florence, Italy*. 2022. С. 541-546.

21. Карамушка Л. М. Психічне здоров'я особистості під час війни: як його зберегти та підтримати: Метод. рекомендації. Київ: Інститут психології імені Г.С. Костюка НАПН України. 2022. URL: https://lib.iitta.gov.ua/730974/ (дата звернення: 16.03.2024)

22. Карамушка Л. Психічне здоров'я: сутність, основні детермінанти,

стратегії та програми забезпечення. Psychological Journal, 2021. Вип. 7(5). С. 26–37. DOI: https://doi.org/10.31108/1.2.7.5.3

23. Карамушка Л. Тренінгова програма «Як зберегти та підтримати психічне здоров'я освітнього персоналу в умовах війни»: зміст, структура, процедура проведення : наукова стаття, 2023. С. 24-45. https://doi.org/10.48020/mppj.2022.02.03 URL: https://lib.iitta.gov.ua/734063/1/24-Article%20Text-31-1-10-20230112%20(1).pdf (дата звернення: 14.03.2024)

24. Карапетрова О.В. Використання методів арт-терапії у роботі психолога з корекції тривожних станів особистості. Вісник університету імені Альфреда Нобеля. Серія «Педагогіка і психологія». Педагогічні науки, 2020. № 2 (20) С. 34-39

25. Кісарчук З. Г., Омельченко Я. М., Лазос Г. П. Технології психотерапевтичної допомоги постраждалим у подоланні проявів посттравматичного стресового розладу : монографія. Київ: Видавничий Дім «Слово». 2020. URL: https://lib.iitta.gov.ua/722181 (дата звернення: 16.03.2024)

26. Кічук А. В. До характеристики емоційних ознак психологічного здоров'я особистості. Science Progressin European Countries: new concept sand modern solutions. 2018. С. 275-279.

27. Кобєлєва А. В. Проблема функціонування емоційної сфери особистості в контексті психофізіологічного підходу. *Теоретико-методологічні проблеми практичної психології та її перспективирозвитку: Збірник доповідей Всеукраїнської студентської науковопрактичної конференції, присвяченої 125-річчю з Дня народження Гордона Олпорта. Кропивницький*, 2022. С. 96-98.

28. Коваленко Ю. В. Етнорелігійна ідентичність молоді як чинник поведінки подолання стресової ситуації : дис.. … к.психол.н. : 19.00.05 «Соціальна психологія. Психологія соціальної роботи». Інститут психології імені Г.С. Костюка НАПН України. Київ. 2020. 350 с. URL: http://psychology-naes-ua.institute/files/pdf/kovalenko_u.v._1608060953.pdf (дата звернення: 14.03.2024)

29. Кокун О.М. Психологічна профілактика психотравматизації військовослужбовців Збройних Сил України, 2021 (у співавт.). URL: https://lib.iitta.gov.ua/723954/

30. Кокун О. М., Агаєв Н. А., Пішко І. О., Лозінська Н. С. Основи психологічних знань про психічні розлади для військового психолога : методичний посібник. К.: НДЦ ГП ЗСУ, 2018. 310 с. URL: https://core.ac.uk/download/pdf/159118753.pdf (дата звернення: 28.04.2024)

31. Колесніченко О. С. Моніторинг психологічного стану військовослужбовців-учасників бойових дій, які повернулися до місць постійної дислокації. *Збірник наукових праць Національної академії Державної прикордонної служби України. Серія: психологічні науки*. 2018. № 3(11). С. 156-162.

32. Колпакчи О.С. Арт-терапія: курс лекцій: навч. посіб. Київ: Цент учбової літератури, 2018. 288 с.

33. Кохан В. Г. Діяльність військового керівника по збереженню психічного здоров'я військовослужбовців : автореф дис. канд. психол. наук: 19.00.09 / Національна академія ПВУ ім. Б. Хмельницького. Хмельницький, 2003. С. 18.

34. Кученко О. М. Психологічні чинники емоційної залежності чоловіків та жінок : кваліфікаційна робота на здобуття ступеня магістра за спеціальністю 053 Психологія / науковий керівник: кандидат психологічних наук, доцент Доценко Л. В. Київ : Національний авіаційний університет. 2020. 129 с. URL: https://core.ac.uk/download/372700755.pdf (дата звернення: 28.04.2024)

35. Лазуренко О. О. Проблема емоційності в психології. *Проблеми загальної та педагогічної психології: Збірник наукових праць Інституту психології ім. Г. С. Костюка АПН України*. Київ, 2014. Т. VI, вип. 4. С. 170-176.

36. Лисенкова І. П. Когнітивний підхід у дослідженні емоційної сфери. Психологія і особистість. 2018. № 2 (14). С. 59-69.

37. Майстренко Т. М., Масик О. Л. Пам'ятка для сімей військовослужбовців, які повернулися з зони АТО. URL:

https://psyhologdcpp.in.ua/wp-content/uploads/2019/10/biblioteka/file41.pdf (дата звернення: 28.04.2024)

38. Максименко С. Д. Психологія особистості : підручник. Київ : КММ, 2007. 296 с.

39. Маслова В., Лубківський І. Метод творчої реабілітації в роботі з учасниками бойових дій. Простір арт-терапії : збірник наукових праць. К. : Золоті ворота. 2015. Вип. 2 (18). С. 65-80.

40. Матійків І. М. Тренінг емоційної компетентності: навчально-методичний посібник. К.: Педагогічна думка, 2012. 112 с. URL: https://lib.iitta.gov.ua/6191/1/12-41.pdf (дата звернення: 28.04.2024)

41. Медитація для початківців: техніки, з яких можна розпочати, 2020 Режим доступу: https://life.pravda.com.ua/health/2021/03/07/244150/

42. Міронов Д. Р. Психічне здоров'я: поняття та структура. Актуальні проблеми особистісного зростання. 2019. С. 90-91. URL: http://eprints.zu.edu.ua/29605/1/Mirov%20Dmitro.pdf (дата звернення: 05.03.2024).

43. Можина Т. Посттравматичний стресовий розлад під час війни: можливості розширення терапевтичного діапазону. Медична газета «Здоров'я України 21 сторіччя» № 17 (553), 2023 р. Режим доступу: https://health-ua.com/article/74442-posttravmatichnij-stresovij-rozlad-pd-chas-vjni-mozhlivost-rozshirennya-ter

44. Мушкевич В. Психологічні особливості фрустраційної поведінки військовослужбовців. *Психологічні перспективи*. 2020. Випуск 35. С. 101-118.

45. Наказ начальника Генерального штабу – Головнокомандувача Збройних Сил України від 16.11.2012 року № 240 «Про впровадження психологічної підготовки особового складу в навчальний процес підготовки органів управління та військ (сил)».

46. Наконечний В. Досвід організації психологічної роботи під час ведення збройних конфліктів, підготовки та виконання миротворчих завдань : *збірник інформаційно-аналітичних матеріалів*. Київ: Соціально-психологічний центр ЗСУ, 2018. С. 56-59.

47. Невоєнна О. А. Особливості емоційної сфери осіб, що проживають у гарячих точках світу. *Вісник Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна. Серія : Психологія*. 2014. № 1110. Випуск 55. С. 37-42.

48. Недря К. М. Стресостійкість у роботі поліцейського : навчально-практичний посібник. Дніпро : Дніпропетровський державний університет внутрішніх справ. 2020. 124 с. URL: https://er.dduvs.in.ua/bitstream/123456789/5718/5/%D0%A1%D1%82%D1%80%D0%B5%D1%81%D0%BE%D1%81%D1%82%D1%96%D0%B9%D0%BA%D1%96%D1%81%D1%82%D1%8C%20%D0%B2%20%D1%80%D0%BE%D0%B1%D0%BE%D1%82%D1%96%20%D0%BF%D0%BE%D0%BB%D1%96%D1%86%D0%B5%D0%B9%D1%81%D1%8C%D0%BA%D0%BE%D0%B3%D0%BE_%D1%82%D0%B2%D0%B5%D1%80%D0%B4.pdf (дата звернення: 05.03.2024).

49. Неурова А. Б. Психологічні особливості емоційної стійкості рятувальників : автореф. дис. канд. психол. наук: 19.00.09 / Держ. служба України з надзвичайн. ситуацій, Нац. ун-т цивіл. захисту України. Харків, 2016. С. 20.

50. Нікітіна О. П., Дацун Г. О. Психологічний вплив війни на образ життя особистості сучасного студента. Психологія особистості. 2023. Вип. 48. С. 120-124. URL: http://habitus.od.ua/journals/2023/48-2023/21.pdf (дата звернення: 05.02.2024)

51. Носовська О. Ю. Дослідження впливу самооцінки на формування емоційної сфери. *Проблеми охорони праці, промислової та цивільної безпеки : збірник матеріалів Двадцять п'ятої Всеукраїнської науково-методичної конференції (з участю студентів), м. Київ*, 17-19 листопада 2021 р. Київ : КПІ ім. Ігоря Сікорського, 2021. С. 156-161

52. Олійник М. Психологічні особливості прояву посттравматичного стресового розладу у військовослужбовців у період ресоціалізації : кваліфікаційна робота на здобуття ступеня магістра за спеціальністю 053 Психологія / наук. керівник: кандидат педагогічних наук, доцент Міхеєва Л. Хмельницький : Хмельницький національний університет. 2023. 70 с. URL:

https://elar.khmnu.edu.ua/server/api/core/bitstreams/0192df4e-0621-49a7-a278-56f79590cace/content (дата звернення: 17.03.2024)

53. Орос М. М. Вплив війни на людину. Зміни психіки та характеру в умовах воєнного стану. *Український медичний часопис: Неврологія та психіатрія*. 2023. DOI:10.32471/umj.1680-3051.154.241952 URL: www.umj.com.ua/uk/publikatsia-241952-vpliv-vijni-na-lyudinu-zmini-psihiki-ta-harakteru-v-umovah-voyennogo-stanu (дата звернення: 28.04.2024)

54. Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків криз / за ред. Н. Пророк. Київ, 2018. 208 с.

55. Потапчук Є. М. Виявлення та обґрунтування показників психічного здоров'я військовослужбовців : Збірник наукових праць. Хмельницький: Вид-во НАПВУ, 2012. № 12. С. 178-186.

56. Потапчук Є. М., Матеюк О. А. Деякі аспекти проблеми збереження та зміцнення психічного здоров'я військовослужбовців. Психологія : збірник наукових праць. НПУ імені М. П. Драгоманова, 2000. Вип. 11. С. 435-438.

57. Приходько І. І. Типізація індивідуально-психологічних особливостей у військовослужбовців, схильних до суїцидальної поведінки. *Збірник наукових праць Національної академії Державної прикордонної служби України. Серія : Психологічні науки*. 2018. № 1. С. 174-203.

58. Психосоматичні стани під час війни. УКР. МЕД. ЧАСОПИС, 5 (151) – IX/X 2022. С. 1-3. URL: https://api.umj.com.ua/wp/wp-content/uploads/2022/09/5158.pdf (дата звернення: 15.03.2024)

59. Пустовий О. Дослідження емоційного стану учасників бойових дій на Сході України. *Організаційна психологія. Економічна психологія*. №4(11), 2019 С. 86-92.

60. П'янківська Л. В. Аналіз сучасних поглядів на емоційної сфери особистості. Логос. 2019. Т. 4. С. 21-23.

61. Романишин А. М., Грицевич Т. Л., Капінус О. С., Мацевко Т. М. Психологія бою : навчальний посібник. Львів: Видавництво «Астролябія», 2017. С. 352.

62. Романюк О. О. Посттравматичний стресовий розлад як наслідок впливу бойового стресу на військовослужбовців. *Питання психології. Вісник Національного університету оборони України* 5 (58). 2020. С. 161-164.

63. Старко О. Л. Емоційний стан особи: окремі кримінально-правові аспекти : наукова стаття. 2020. С. 133-140. URL: https://dspace.uzhnu.edu.ua/jspui/bitstream/lib/35662/1/%D0%95%D0%9C%D0%9E%D0%A6%D0%86%D0%99%D0%9D%D0%98%D0%99%20%D0%A1%D0%A2%D0%90%D0%9D%20%D0%9E%D0%A1%D0%9E%D0%91%D0%98.pdf (дата звернення: 28.04.2024)

64. Столяренко О. Б. Психологія особистості : начальний посібник. К.: Центр учбової літератури. 2012. 280 с. URL: https://filos.lnu.edu.ua/wp-content/uploads/2020/03/Psykholohia-osobystosti.-Stoliarenko-O.-B..pdf (дата звернення: 28.04.2024)

65. Терещук А. Д. Психоемоційний стан і поведінка військовослужбовців, що повернулися із зони АТО : наукова стаття. URL: https://lib.iitta.gov.ua/712659/1/%D0%A1%D1%82%D0%B0%D1%82%D1%82%D1%8F%20%D0%A2%D0%B5%D1%80%D0%B5%D1%89%D1%83%D0%BA.pdf (дата звернення: 28.04.2024)

66. Тімченко О. В. Професійний стрес працівників органів Внутрішніх справ України (концептуалізація, прогнозування, діагностика та корекція) : автороф. дис. докт. психол. наук: 19.00.06. Харків: Національний ун-т внутрішніх справ МВС України, 2003. 35 с.

67. Тюріна В. О. Вплив військових конфліктів на психічне здоров'я людини: короткий огляд зарубіжних досліджень. Особистість, Суспільство, Війна. Харків, 2022. С. 116-118. URL: https://dspace.univd.edu.ua/server/api/core/bitstreams/0450d416-8be2-41e6-badd-1b4c917d7e3a/content (дата звернення: 01.03.2024).

68. Харченко А. О. Структурні особливості емоційної сфери учасників бойових дій з постстресовою психологічною дезадаптацією. *Вісник Харківського*

національного педагогічного університету імені Г. С. Сковороди. Психологія. 2018. Вип. 58. С. 67-79.

69. Храбан Т. Є. Преференція використання копінг-стратегій цивільним населенням України у перші п'ятнадцять днів з початку воєнного конфлікту 2022 року. Insight: the psychological dimensions of society, 2022. Вип. 7. С. 59–74.

70. Чебикін О. Я. Становлення емоційної зрілості особистості: монографія. Одеса: СВД Черкасов. 2019. 230 с.

71. Четверик-Бурчак А. Г. Механізми впливу емоційного інтелекту на успішність життєдіяльності особистості: дис. … канд. психол. наук : 19.00.01. Одеса, 2015. 189 с.

72. Юденко О. Корекція стресостійкості засобами спортивних ігор у військовослужбовців із наслідками бойової травми. *Збірник наукових праць "Військова освіта" Національного університету оборони України імені Івана Черняховського, м. Київ*. 2021. № 1 (43). С. 381-391.

73. Ягупов В. Військова психологія: підручник. Київ: Тандем, 2014. 656 с.

74. Яременко В. А. Особливості емоційних станів військовослужбовців в умовах війни : кваліфікаційна робота на здобуття ступеня магістра за спеціальністю 053 Психологія / науковий керівник: доктор педагогічних наук, професор Рахманов В. О. Київ : Національний авіаційний університет. 2022. 117 с. URL: https://dspace.nau.edu.ua/bitstream/NAU/57075/1/%D0%AF%D1%80%D0%B5%D0%BC%D0%B5%D0%BD%D0%BA%D0%BE%20%D0%92%D1%96%D0%BA%D1%82%D0%BE%D1%80%D1%96%D1%8F%20%D0%92%D0%BE%D0%BB%D0%BE%D0%B4%D0%B8%D0%BC%D0%B8%D1%80%D1%96%D0%B2%D0%BD%D0%B0.pdf (дата звернення: 28.04.2024)

75. Hammad J., Tribe R. Adaptive coping duringprotracted political conflict, war and military blockade in Gaza. *International review of psychiatry (Abingdon, England)*, 2021. 33(1-2). P. 56–63. https:// doi.org/10.1080/09540261.2020.1741257

76. Jones E., Fear N. and Wessely S. Shell Shock and Mild Traumatic Brain Injury: A Historical Review. *Am J Psychiatry*, 2007. P. 1641-1645.

77. Kokun O. The Ukrainian population's war losses and their psychological and physical health. *Journal of Loss and Trauma*. 2022. https://doi.org/10.1080/15325024.2022.2136612

78. Shephard B. A War of Nerves: Soldiers and Psychiatrists, 1914–1994. London, Jonathan Cape, 2000. 730 p.

79. Zysberg L. Emotional intelligence and health outcomes. *Psychology*. 2018. № 9. P. 2471–2481.