

Уманський державний педагогічний університет  
імені Павла Тичини  
Факультет соціальної та психологічної освіти  
Кафедра психології

## **ВИПУСКНА КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА**

**освітній ступінь "магістр"**

на тему:

# **ПСИХОЛОГІЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ**

Виконав: здобувач 263 групи,  
спеціальності 053 Психологія  
Освітня програма «Психологія»  
Попиченко Денис Андрійович

Керівник: доктор психологічних  
наук, професор Сафін О.Д.

Рецензент: доктор психологічних  
наук, професор Мороз Л.І.

## ЗМІСТ

ВСТУП.....	3
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНИЙ ОГЛЯД ПРОБЛЕМИ РЕАБІЛІТАЦІЇ УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ	
1.1. Реабілітація як соціально-психологічний феномен.....	7
1.2. Види реабілітації учасників бойових дій та їх характеристика.....	13
РОЗДІЛ 2. ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНА ПЕРЕВІРКА ДІЄВОСТІ ЗДІЙСНЕННЯ РЕАБІЛІТАЦІЇ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ-УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ	
2.1. Організація експериментального дослідження.....	25
2.2. Аналіз та інтерпретація результатів.....	45
2.3. Методичні рекомендації фахівцям щодо реабілітаційної діяльності з військовослужбовцями ЗСУ.....	55
ВИСНОВКИ.....	64
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	66
ДОДАТКИ.....	73

## ВСТУП

Сьогодні в українському суспільстві залишається актуальною тема повернення учасників бойових дій, військовослужбовців до життя після участі у бойових діях шляхом реабілітації.

Реабілітація учасників бойових дій — це один із найважливіших напрямків діяльності органів державної влади щодо створення та реалізації програм соціального захисту бійців, збереження або відновлення фізичного та психологічного здоров'я учасників бойових дій, досягнення ними соціально-психологічного благополуччя.

Військовий конфлікт входить до переліку подій, які можна називати великими травматичними подіями, тобто подіями, у яких людина може зустрітися із травмою, яка характеризується небезпекою для життя, серйозного ураження тіла чи ж сексуального скривдження. Особа може бути жертвою події, свідком, мати надмірну експозицію чи ж довідатися про травматичну подію, що сталася з рідними (зокрема смерть чи загроза життю).

Однозначно, що сама участь у військовому конфлікті не буде гарантувати наявності негативних наслідків впливу травматичних подій, таких як посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), гостра реакція на стрес (ГСР), залежності, депресія, спектр тривожних розладів, утруднене переживання втрати, розлади адаптації та ін. Проте досвід тривалого перебування у гострій стресовій ситуації може значно ускладнити якість життя людини.

Травматичний досвід, отриманий під час бойових дій, негативно впливає на стан здоров'я військовослужбовців. Зокрема, після повернення до мирного життя вони переживають нові стреси, пов'язані з соціальною адаптацією, нерозумінням близьких, труднощами в спілкуванні, професійному самовизначенні, самореалізації, створенням сім'ї тощо. Первинний стрес, отриманий під час бойових дій, підсилюється вторинним, що виникає після повернення додому. Цей стан стає внутрішньою основою психологічної та соціальної дезадаптації комбатантів у суспільстві.

Військовослужбовці Збройних Сил України, які брали участь у військових конфліктах, вимагають підвищеної соціальної уваги, організації системи комплексної адаптації та реабілітації.

Загальні підходи до організації процесу реабілітації представлені у працях Л. Вакуленка, Т. Добровольської, С. Харченка та ін. Психологічні чинники впливу бойових дій на стан особового складу проаналізовані у дослідженнях О. Блінова, О. Бойка, А. Бородія, В. Крайнюка. Різні аспекти реабілітаційної роботи з військовослужбовцями вивчають В. Лесков, М. Маслова, Н. Олексюк, Н. Пономаренко, О. Савченко.

**Мета дослідження** полягає у теоретичному обґрунтуванні та експериментальній перевірці ефективності здійснення реабілітації учасників бойових дій.

Відповідно до поставленої мети сформульовано основні **завдання дослідження**:

- 1) здійснити теоретичний аналіз психологічної літератури з проблеми реабілітації, на основі опрацювання наукових джерел конкретизувати сутність поняття «реабілітація», охарактеризувати її види;
- 2) обґрунтувати систему здійснення реабілітації військовослужбовців – учасників бойових дій;
- 3) експериментально перевірити ефективність здійснення реабілітації учасників бойових дій;
- 4) розробити методичні рекомендації фахівцям психологічних служб щодо оптимізації реабілітаційної діяльності з учасниками бойових дій.

**Об'єкт дослідження** – психологічна реабілітація.

**Предмет дослідження** – реабілітація учасників бойових дій.

**Методи дослідження:** *теоретичні:* вивчення та аналіз психологічної літератури з метою визначення стану розробленості досліджуваної проблеми; *емпіричні:* анкетування, діагностичні методики: методика на визначення рівня стресу Л. Рідера, опитувальник для первинного скринінгу ПТСР, шкала самооцінки депресії, тест на самооцінку стресостійкості особистості В.

Семиченко, тест «Самооцінка конфліктності» В. Ратнікова, тест на оцінку агресивності у взаєминах, шкали тривожності Тейлора; формувальний експеримент.

**Експериментальна база дослідження.** Дослідно-експериментальна робота проводилася впродовж 2022-2023 років на базі Черкаського обласного центру соціально-психологічної допомоги, Черкаського обласного госпіталю ветеранів війни Черкаської обласної ради, Черкаського обласного центру соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді.

**Теоретичне значення дослідження** полягає в тому, що схарактеризовано засади реабілітації учасників бойових дій; сформульовано теоретичні положення, які створюють передумови для розробки системи реабілітаційної діяльності з військовослужбовцями, які брали участь у бойових діях; здійснено уточнення понять «реабілітація».

**Практичне значення** дослідження полягає у реалізації системи реабілітації учасників бойових дій; апробації тренінгу для військовослужбовців, що були учасниками бойових дій; розробці методичних рекомендацій для фахівців психологічних та соціальних служб щодо оптимізації реабілітаційної діяльності з учасниками бойових дій.

**Дані про апробацію.** Матеріали магістерського дослідження доповідалися на засіданні кафедри психології, на I Міжнародному науково-практичному форумі «Психологія і соціальна робота у XXI столітті» (Полтава, 1-3 листопада 2023 року) та на III-й Всеукраїнській студентській науково-практичній конференції «Проблеми та перспективи соціальної роботи та психології в умовах війни» (Умань, 31 жовтня 2023 рік).

Попиченко Д. А. Психологічна реабілітація учасників бойових дій з використанням дихальних психотехнологій. Проблеми та перспективи соціальної роботи та психології в умовах війни: матеріали III-ої Всеукраїнської студентської науково-практичної конференції (Умань, 9 листопада 2023 рік). Умань: УДПУ, 2023. С. 48–51.

**Структура роботи.** Магістерська робота складається зі вступу, двох розділів, висновків, списку використаних джерел, що налічує 63 найменування. Робота містить таблиці та малюнки. Обсяг основного тексту – 65 сторінок.

## РОЗДІЛ 1

# ТЕОРЕТИЧНИЙ ОГЛЯД ПРОБЛЕМИ РЕАБІЛІТАЦІЇ УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ

### 1.1. Реабілітація як соціально-психологічний феномен

В узагальненому вигляді психологічна реабілітація є психічним відновленням колишньої орієнтації після ситуацій, які спричинили в особи почуття тривожності і страху. Психологічна реабілітація – це система психологічних, психолого-педагогічних, соціально-психологічних заходів, спрямованих на відновлення або компенсацію порушених психічних функцій, станів, особистісного та соціального статусу людей, які отримали психічну травму. Психологічна реабілітація полягає в процесі повного або часткового повернення особистості до психічного здоров'я за допомогою психологічних методів впливу. Нам імпонує позиція А. Денисова, який аргументовано доводить, що психологічна реабілітація в цілому спрямована на створення нормального психологічного клімату для людей, які перенесли травматичний шок. Науковці трактують психологічну реабілітацію військовослужбовців як специфічний вид психологічної допомоги, що надається воїнам, ветеранам бойових дій із гострими чи хронічними адаптаційними розладами.

Психологічна реабілітація є системою спеціальних заходів, за рахунок яких відбувається відновлення різних видів психічної діяльності, психічних функцій, якостей та утворень, що дають змогу особистості успішно адаптуватися в середовищі й суспільстві, приймати і виконувати відповідні соціальні ролі, досягати високого рівня самореалізації. Методичний апарат психологічної реабілітації передбачає проведення заходів з психологічного консультування, психотерапії, психокорекції та психологічних тренінгів. Доволі часто виникає необхідність у заходах, спрямованих на зняття тривоги, невротичних реакцій, формування адекватного ставлення до захворювання, до тих реабілітаційних заходів, які визначені з урахуванням всього

комплексу клінічних, соціальних і економічних чинників.

Психологічну реабілітацію розуміють як діяльність, що здійснюють суб'єкти психологічної роботи, спрямовану на відновлення психічних функцій, особистісних властивостей і системи відносин між військовослужбовцями, що дають змогу успішно вирішувати бойові завдання, а також ефективно функціонувати в мирному соціумі. Тобто об'єктом психологічної реабілітації є особи, які отримали бойову психічну травму, яка проявляється гостро або може бути відстрочена в часі.

Психологічна реабілітація виступає невід'ємною складовою загальної реабілітації. У той же час, психологічна реабілітація є найважливішим елементом відновлення психічної рівноваги особи. Її сутність виявляється через здійснення активних впливів на психіку військовослужбовця з урахуванням терапії, гігієни, профілактики та педагогіки. За допомогою психологічної реабілітації відбувається зниження рівня нервово-психічної напруженості, а також виникає можливість швидко «відновити витрачену енергію і, тим самим, суттєво вплинути на прискорення процесів відновлення в інших органах і системах організму.

У широкому сенсі, під психологічною реабілітацією після участі особи у екстремальних впливах розуміємо відновлення здібностей дисгармонійно розвиненої особистості до діяльності в неекстремальних умовах. У вузькому – це психологічна реабілітація після екстремальних впливів – це спільна діяльність психолога і дисгармонійної особистості, спрямована на гармонізацію розвитку особистості і задоволення її потреб у самоствердженні.

Слід констатувати, що мета психологічної реабілітації покликана відновити психічне здоров'я і соціальну поведінку особистості в суспільстві. Залежно від глибини ПТСР та індивідуальних особливостей військовослужбовців можна визначити завдання психологічної реабілітації:

- 1) повернення військовослужбовців до бойового строю;
- 2) підготовка до активної професійної діяльності та перехід на



вищий рівень;

- 3) підготовка до життя в умовах мирного суспільства;
- 4) повернення бажання жити, не допускаючи при цьому емоційно-психічних зривів;
- 5) формування мотивації до висхідної мобільності в нових умовах;
- 6) нормалізація психічного стану;
- 7) відновлення порушених або втрачених особою психічних функцій;
- 8) гармонізація Я-образу ветеранів війни зі сформованою соціально-особистісною ситуацією (поранення, інвалідизація тощо);
- 9) надання допомоги для налагодження конструктивних відносин з референтними особами і групами.

Процес психологічної реабілітації передбачає, на думку В. Попова, низку послідовних етапів, а саме:

- 1) вступний етап, на якому відбувається взаємна адаптація психолога і пацієнта, визначаються цілі та характер взаємодії щодо їх спільної діяльності;
- 2) підготовчий етап передбачає навчання пацієнта навичкам саморегуляції та роботи зі зміненими станами свідомості. У результаті досягається той психічний стан, який стане фоном для досягнення цілей наступного етапу;
- 3) катарсичний етап. Після завершення психологічної підготовки пацієнта у нього провокується катарсис. Емоційне відреагування стану вторинної дезадаптації призводить до того, що механізм психічної регресії отримує можливість своєї реалізації на всьому протязі життєвого шляху особистості. При цьому психічні процеси, викликані катарсисом, не зачіпають форми сформованих стереотипів поведінки, а змінюють їх емоційне наповнення;
- 4) етап усвідомлення неадекватності екстремальної поведінки. На цьому етапі пацієнт спільно з психологом обговорюють найбільш типові

форми поведінки пацієнта на прикладі життєвих ситуацій, що сталися після катарсису. У результаті відсутності колишнього екстремально-емоційного наповнення всіх форм поведінки створюються передумови усвідомлення його неадекватності і формується мотивація на корекцію;

5) етап формування навичок поведінки здійснюється шляхом соціально- психологічного тренінгу в спеціально підібраних групах. Апробування нових навичок в умовах гри полегшує пацієнтові завдання формування орієнтовної основи нової поведінки;

6) етап визначення життєвих перспектив (інсайту). Після перших вдалих спроб застосування нової поведінки пацієнта в реальному житті психолог допомагає, створюючи умови для раптового пізнання своєї життєвої перспективи, формується новий особистісний сенс;

7) етап підтримувальних заходів передбачає періодичне психологічне консультування пацієнта [51].

У нашому розумінні під час організації психореабілітаційних заходів суттєве значення має фактор часу. Чим раніше після виходу з екстремальних умов починається психологічна реабілітація, тим більший ефект можна очікувати від її проведення.

Психологічний аспект реабілітації передбачає вивчення характеру й вираженості психічних порушень і їх своєчасну корекцію. Однак і при нормальному психічному стані особливості особистості й установки хворого суттєво впливають на його відношення до лікування, лікарських рекомендацій, реабілітаційних заходів, визначають рівень соціальної активності хворого у подальшому.

Повністю підтримуємо думку психологів у тому, що психологічна реабілітація може бути як складовою соціально-психологічної реадаптації, що стосується допомоги особам з симптомами психічних дисгармоній, а може виступати і як самостійна діяльність, спрямована на відновлення психічних функцій, бойових можливостей і особистісних якостей учасників бойових дій, які отримали бойову психологічну травму, в інтересах їх

швидкого повернення до бойового строю.

Слід також враховувати, що психологічна реабілітація є важливим статутним елементом психологічної роботи в сучасних умовах діяльності військ. Така робота забезпечує підтримку необхідного стану боєздатності військовослужбовців, дозволяє попередити інвалідність, дає змогу відновлювати психічну рівновагу людей, створює умови для адаптації воїнів, які отримали психічні травми.

Іноколи психологічну реабілітацію підмінюють терміном «психічна реабілітація» (від лат. *re* – знову, *habilis* – зручний, пристосований), яка у психологічному словнику трактується як система медико-психологічних, педагогічних, соціальних заходів, що спрямовані на відновлення, корекцію або компенсацію порушених психічних станів, функцій, особистісного та соціально-трудового статусу хворих та інвалідів, а також тих осіб, які перенесли захворювання, чи отримали психічну травму в результаті різкої зміни соціальних відносин, умов життя тощо. В основі психічної реабілітації покладено уявлення про хворобу як про руйнівний процес в організмі людини, що характеризується не тільки поганим фізичним самопочуттям, але і зміною особистості, зрушеннями в емоційній сфері. Повернення до здоров'я, з точки зору психологічного підходу, як доводять фахівці, передбачає усунення наслідків переживань, небажаних установок, невпевненості в своїх силах, тривоги з приводу можливості погіршення стану і рецидиву хвороби тощо.

Для розуміння сутності психологічної реабілітації необхідно визначити її співвідношення зі спорідненими видами діяльності. Психологічна реабілітація розглядається як складовий елемент цілісного реабілітаційного комплексу, що передбачає медичний, професійний, соціальний та психологічний види. При цьому названі види реабілітації взаємодіють між собою, утворюючи нові види, до прикладу, «медико-психологічну», «професійно-психологічну», «соціально-психологічну», «психолого-акмеологічну» реабілітації.

Процедура медико-психологічної реабілітації передбачає наявність декількох етапів: психологічну діагностику і прогнозування, комплексну психологічну корекцію, а також етап тривалого спостереження і контролю. Мета психологічного вивчення – оцінка розвитку психологічних особливостей особистості, які впливають на ефективність результату реабілітації та ймовірність розвитку ПТСР. До таких характеристик А. Маклаков відносить адаптаційний потенціал особистості, що містить інформацію про особливості нервово-психічної регуляції і самооцінки особистості, говорить про здатність комбатанта будувати взаємини з оточуючими, показує ступінь збереження морально-етичної сфери. Важливу роль відіграє і наявність соціальної підтримки з боку оточуючих і наявність мотивів діяльності на перспективу. Особи з чітко вираженим позитивним полюсом даних характеристик досить швидко повертаються до звичайного життя. У той же час у військовослужбовців з протилежними характеристиками процес реабілітації, як правило, носить затяжний характер. Комплексна медико-психологічна реабілітація передбачає здійснення процедур психологічної, фармакологічної і соціальної корекції, які проводяться з метою нормалізації функціонального стану організму.

Військові психологи переконані, що медико-психологічна реабілітація передбачає мобілізацію психологічних можливостей військовослужбовців у подоланні наслідків поранень, травм, інвалідизації, купірування больових відчуттів, психологічну підготовку постраждалих до операційного втручання і в післяопераційний період. Проведення заходів медико-психологічної реабілітації постраждалих в екстремальних ситуаціях і в тому числі й військових, які були учасниками збройних конфліктів не повинно обмежуватися рамками долікування. Воно має розпочинатися на початкових стадіях формування стресових розладів для відновлення праце- і боєздатності, а також попередження психологічної дезадаптації на наступних етапах життєдіяльності. Науковці переконані, що між медико-психологічною та медичною реабілітацією існує тісний взаємозв'язок, причому першої

найбільше потребують практично всі учасники локальних воєн.

## **1.2. Види реабілітації учасників бойових дій та їх характеристика**

У контексті нашого дослідження цікавим є виокремлення психолого-акмеологічної реабілітації військовослужбовців у посттравматичних стресових станах, яка є складовою частиною соціальної реабілітації та найважливішим фактором у відновленні психічної рівноваги людини і передбачає здійснення різних впливів через психіку на військовослужбовців з урахуванням терапії, профілактики, гігієни та педагогіки. Тобто, за допомогою психологічних впливів стає можливим знизити рівень нервово-психічної напруженості, швидше відновити витрачену енергію і, тим самим, позитивно вплинути на прискорення процесів відновлення в інших органах і системах організму.

Ще один вид реабілітації – психофізіологічна, яку вважають частиною загальної системи реабілітації. Під психофізіологічної реабілітацією розуміють систему медико-психологічних реабілітаційних заходів, спрямованих на відновлення функціонального стану організму, нормалізацію емоційної, морально-етичної та мотиваційної сфер, досягнення оптимального рівня особистісної адаптації і професійно важливих якостей постраждалих (реконвалесцентів), що забезпечують військово-професійну працездатність. Об'єктом психофізіологічної реабілітації є військовослужбовці, які перенесли захворювання з тимчасовою втратою працездатності, а також отримали травми і поранення при виконанні професійних обов'язків.

Проведений аналіз існуючих підходів до розуміння сутності та особливостей психологічної реабілітації військовослужбовців-учасників бойових дій, дає змогу зробити узагальнення. По-перше, поняття реабілітації охоплює переважно психологічну сферу (зменшення проявів деструктивних емоційних станів, відновлення нормального психоемоційного стану, саморегуляція, самотерапія, саморозвиток). По-друге, форми, методи, технології та засоби реабілітаційної діяльності носять, в основному,

психотерапевтичний характер.

Наступним видом реабілітації військовослужбовців ми визначили «соціальну реабілітацію», яка є важливою складовою «соціальної політики», одним із її видів (напрямів), галуззю владних відносин, що реалізуються державою та різними політичними інститутами. Під соціальною реабілітацією розуміємо комплекс психолого-педагогічних, соціальних, соціально-економічних та інших заходів, спрямованих на усунення або компенсацію обмежень життєдіяльності. Це один із напрямів соціальної політики, пов'язаних із відновленням з боку держави функцій захисту соціальних прав і гарантій тих громадян країни, які брали участь у військових конфліктах як всередині країни («гарячі точки»), так і поза нею в складі армії, в якості військових фахівців або радників, а також з відновленням у суспільній свідомості позитивного образу воїна – учасника бойових дій.

Дослідники пов'язують соціальну реабілітацію з категорією «соціального», тобто тим, що охоплює всі явища суспільної життєдіяльності – культурну, трудову, економічну, медичну, професійну сторони тощо. Тим самим соціальна реабілітація є не просто одним із напрямів соціальної політики держави, але і повинна стати пріоритетним.

У процесі дослідження ми прийшли до розуміння того, що однією зі складових соціальної реабілітації є відновлення соціального статусу військовослужбовців, можливість стати повноцінним учасником соціального процесу.

Цікавою є думка Е. Зборовського щодо трактування соціальної реабілітації як системи заходів, що забезпечують покращення рівня і якості життя реабілітованих, створення для них рівних можливостей для повної участі в житті суспільства. Соціальна реабілітація орієнтована на навчання реабілітанта навичкам самообслуговування і забезпечення незалежності методом ерготерапії, педагогічними, психологічними, технічними засобами, включаючи матеріальну допомогу, створення безбар'єрного середовища,

фінансування тощо.

Для розгляду соціальної реабілітації військовослужбовців необхідно звернутися до праць дослідника В. Лескова, який з'ясував, що «соціально-психологічна реабілітація учасників бойових дій» – це система психологічних, педагогічних і соціальних заходів, що спрямовані на відновлення, корекцію або компенсацію порушених психічних функцій та станів, особистісного і соціального статусу військовослужбовців, які отримали психічну травму.

Основними завданнями соціальної реабілітації вчений визначив такі: визначення ступеня та характеру розладів психіки, дослідження індивідуально-особистісних особливостей у поведінці військовослужбовців; оцінка перцептивних, емоційних, інтелектуальних, вольових можливостей військовослужбовців; визначення рівня їх працездатності; розробка та впровадження необхідних заходів індивідуальної та групової психологічної реабілітації військовослужбовців; зниження психічної напруженості до рівня, який відповідає оптимальній працездатності; усунення негативних психічних проявів за допомогою комплексного використання медичних, фізіологічних, психологічних, психотерапевтичних методів; «проведення професійно-психологічної реабілітації, а при втраті професійної придатності – професійної переорієнтації; діагностика психічних станів, аналіз динаміки їх змін; оцінка ефективності психологічної реабілітації військовослужбовців».

Слід також враховувати той факт, що успішна соціальна реабілітація залежить від чинників сімейного благополуччя, так як зміна відносин у сім'ї впливає на «ефективність психологічної допомоги, а бажання проявити себе у творчості є однією з форм самореалізації особистості, що компенсує брак розуміння і співчуття у звичайному житті».

Соціальна реабілітація забезпечує нормальне існування особистості в соціумі, запобігає її деградації. Така реабілітація передбачає повне «викорінення війни» в самосвідомості ветерана і повернення його до довоєнного психологічного стану» [32]. На думку О. Іванова і Н. Жуматій

[31], соціальна реабілітація поранених передбачає комплекс практичних заходів і систему соціальної діяльності, які спрямовані на відновлення функціонального стану організму, нормалізацію емоційної, морально-етичної та мотиваційної сфер, досягнення оптимального рівня особистісної адаптації і професійно важливих якостей військовослужбовця, що забезпечують його військово- професійну працездатність.

Вважаємо, що основні завдання соціальної реабілітації спрямовані на:

- оцінку психофізіологічного стану потерпілих, визначення якості та ступеня психоемоційного розладу;
- визначення оптимальних шляхів і методів впливу, спрямованих на відновлення оптимальної працездатності;
- формування оптимальної психологічної реакції на перебіг і наслідки поранення;
- вивчення динаміки психічних порушень у процесі лікування;
- оцінку фізичної, сенсорної та інтелектуальної працездатності, зіставлення їх з номінальними показниками професійної працездатності та відновлення втрачених психічних функцій;
- корекцію психосоматичного статусу методами психотерапевтичних, психофізіологічних і психофармакологічних впливів;
- здійснення професійної реабілітації, а при необхідності – професійної переорієнтації;
- корекцію самосвідомості, самооцінки і самопочуття;
- надання допомоги в підготовці до повторних хірургічних операцій і купірування больових відчуттів.

Цікавою для нашого дослідження є позиція О. Коржикова, який з упевненістю стверджує та аргументовано доводить, що «соціальна реабілітація в цілому, її ефективність і адекватність у наближеній і віддаленій часовій перспективі залежать не тільки від рівня функціонування організму і наявності фізіологічних резервів, але і від психологічних особливостей особистості». Науковець переконаний, що соціальна реабілітація



військовослужбовців має свої обмеження і особливості. Крім того, як система, вона передбачає медичні, соціальні та психологічні аспекти, а її мета підпорядкована збереженню боєготовності солдатів і офіцерів на високому рівні.

Говорячи про процес реабілітації військовослужбовців-учасників бойових дій, які отримали психічні травми, А. Денисов виокремлює соціетальну реабілітацію, пояснюючи це поняття тим, що людина – істота соціальна, особливу значимість для неї мають події суспільного життя і найближче оточення – соціальний фактор. Тому соціетальна реабілітація виступає однією з найважливіших у системі загальної реабілітації. Такий психосоціальний вплив, його значущість визначають участь у реабілітації не тільки медичних працівників, командирів, товаришів по службі військовослужбовця, але й соціальних фахівців. Тобто, ще в «період служби необхідно звертати увагу на підтримку в підрозділах здорового соціально-психологічного клімату».

На цьому етапі соціетальна реабілітація військовослужбовця визначається характером його взаємовідносин у військовому колективі, наявністю передумов до суспільно корисної праці, особливостями поведінки, виразністю та чіткістю інтересів. Соціетальний вплив спрямовується на коригування світогляду і вироблення позитивного ставлення до життя, активізацію суспільних ідеалів. Такий вплив здійснюється за допомогою психосоціального механізму, найчастіше через проведення групової терапії, стимулювання соціальної активності, зайнятості суспільно значущою діяльністю та роботою, яка приносить задоволення. Відчутно позначається на соціетальній реабілітації постійний контакт військовослужбовця з товаришами по службі, отримання від них особистих повідомлень та листів тощо. Тобто, як доводять науковці, організаційно-виховна діяльність командирів позитивно впливає на реабілітацію.

У складі комплексної реабілітації ми виокремили педагогічну реабілітацію, яка передбачає встановлення довірливих взаємин, формування

позитивної самооцінки, створення ситуації успіху, мотивація на позитивні досягнення, охоплює діяльність щодо надання індивідуальної допомоги, розвиток моральних уявлень, підвищення рівня саморегуляції та вироблення адекватних навичок поведінки і спілкування.

Сутність педагогічної реабілітації військовослужбовців, які виконували службово-бойові завдання, полягає у здійсненні відповідальними посадовими особами і фахівцями доцільної діяльності, що передбачає створення умов для відновлення потенціалу природного розвитку духовних і моральних сил індивіда і здійснюється на принципі поваги до особистості, здатної до самовиховання, самоосвіти і саморозвитку. Ця діяльність спрямована на формування специфічних установок, відновлення порушених зв'язків і відносин з первинним колективом, сім'єю і середовищем неформального спілкування. Зміни очікуються в результаті використання в діяльності взаємопов'язаних педагогічних методів діагностування, проектування, програмування і корекції об'єктивних умов життєдіяльності. При цьому, автор наголошує, що «важливу роль відіграє активна діяльність фахівця, який проводить діагностику і здійснює їх корекцію. З іншого боку, головне місце відводиться провідній активності військовослужбовця, без якої реабілітаційний результат неможливо досягнути».

Зміст педагогічної реабілітації військовослужбовців, які виконували службово-бойові завдання, передбачає дієву систему взаємообумовлених та взаємопов'язаних соціально-педагогічних заходів, спрямованих на формування оптимальних і адекватних особливостям особистості об'єктивних умов життєдіяльності, а також спрямованих на усунення проблем у реадaptaції особистості й її ідентифікації як соціальної істоти, що містить цілі, завдання, визначені суб'єкти та об'єкти, результати, а також зворотні зв'язки.

Поєднання соціального та педагогічного видів реабілітації утворюють соціально-педагогічну реабілітацію, яка, у свою чергу, передбачає роботу з попередження соціальних відхилень, що здійснюється в процесі тривалих,

цілеспрямованих, систематичних педагогічних впливів. Це поняття поглиблюється залежно від ступеня вивченості різних соціальних, психологічних і соціально-педагогічних явищ. На думку В. Могільова, соціально-педагогічна реабілітація це процес взаємодії педагога-реабілітолога і клієнта, що спрямована на створення умов, що сприяють вирішенню тих проблем останнього, які пов'язані з обмеженням можливостей його соціалізації. Автор доводить, що «кінцевою метою соціально-педагогічної реабілітації дослідник визначає соціальну адаптацію та інтеграцію людини в суспільство» [50].

Слід констатувати, що мета соціально-педагогічної реабілітації колишніх військовослужбовців, які мають інвалідність, передбачає підвищення рівня соціальної захищеності, інтеграції їх у суспільство, шляхом створення умов щодо реалізації особистісного потенціалу, на основі зміцнення або розвитку нових соціальних і професійних зв'язків. Процес соціально- педагогічної реабілітації інвалідів спрямований на виникнення нової, більш сприятливої соціальної ситуації розвитку. Соціально-педагогічна реабілітація спрямована на створення умов, які сприяють вирішенню соціальних проблем, що виникли в результаті захворювання, травми, каліцтва, поранення. Таким чином, її розглядають як процес подолання несприятливих впливів, що зустрічаються в скрутних життєвих ситуаціях. Слід враховувати те, що соціально-педагогічна реабілітація є частиною поняття «соціальна допомога». Інваліди особливо потребують такої допомоги, так як можливості їх соціалізації доволі обмежені.

У нашому дослідженні ми притримуємося позиції, що провідною ланкою процесу соціально-педагогічної реабілітації є раціональна організація діяльності й відносин, вона спрямована на формування позитивного соціального досвіду. Умовою ефективності соціально-педагогічної реабілітації є створення системи методів і засобів виховання внутрішнього механізму саморегуляції, що забезпечує захищеність особистості, з урахуванням всієї складності виявлених відхилень і реалізованої спільними

зусиллями педагогів, психологів, медичних працівників.

Зупинимося на розгляді та аналізі медичної реабілітації, яка є важливою складовою комплексної реабілітації. У Термінологічному словнику-довіднику менеджера охорони здоров'я, медична реабілітація військовослужбовців трактується як система медичних заходів, спрямованих на попередження зниження і втрати працездатності, швидше відновлення порушених функцій, профілактику ускладнень і рецидивів захворювань військовослужбовців та раннє повернення їх до професійної діяльності.

На думку фахівців, медичний аспект реабілітації представляє собою комплекс лікувальних заходів, спрямованих на відновлення і розвиток фізіологічних функцій хворого, на виявлення його компенсаторних можливостей для того, щоб створити у подальшому умови для повернення його до активного самостійного життя. Цей аспект реабілітації пов'язаний з організацією та проведенням лікувальних заходів на протязі всього спостереження за хворим і передбачає ранню госпіталізацію.

Медична реабілітація по суті дуже близька до терапії. Однак на відміну від реабілітації завдання лікування передбачає медико-біологічне відновлення організму. Основною ж метою медичної реабілітації, дослідники визначили медико-соціальне відновлення на основі певної діяльності, спрямованої на відновлення, або компенсацію втрачених і порушених функцій, проведення різних лікувальних і коригувальних заходів, що пристосовують людей до життя, військової служби та суспільно-корисної діяльності.

Медична реабілітація передбачає відновлення фізичного і психічного здоров'я і потенціалу людини, або певної соціальної групи, що були пошкоджені в результаті сильного зовнішнього впливу. Вона повинна починатися в процесі лікування, як тільки дозволяє загальний стан хворого. Науковець переконаний, що реабілітація, наприклад, психічно хворих повинна починатися з моменту їх першого контакту з медичним персоналом, з початком їх лікування.

Зокрема, у випадках, коли військовослужбовці отримують доволі серйозні фізичні травми, до них застосовують заходи медичної реабілітації. Зокрема, надання першої медичної допомоги в бойовій обстановці це уже початок медичної реабілітації. Доведено, що навіть короточасне і незначне поліпшення фізичного стану військовослужбовців полегшує контакт, збільшує шанси на одужання та піднімає їхню віру в покращення стану здоров'я. Значущість медичних заходів у відновленні психічної рівноваги полягає не тільки в застосуванні психотропних засобів, що нормалізують емоційну сферу людини, створюючи умови для швидкого і конструктивного впливу на психологічні стани. Суттєву роль у профілактиці психічних розладів у військовослужбовців відіграють такі елементи медичної реабілітації, як повноцінне і раціональне харчування, турбота про стан здоров'я особового складу, дотримання елементарних гігієнічних норм тощо. При наданні кваліфікованої медичної допомоги військовослужбовцям з травмованою психікою в лікувальних установах застосовуються медикаментозна терапія, фізіотерапія, бальнеотерапія, масаж тощо.

З позиції військової медицини доведено, що найбільш актуальним є прогнозування станів практично здорових людей при різних умовах діяльності, в тому, числі і екстремальних. Розв'язання даного завдання здійснюється, як правило, в рамках фізіології. При цьому практично не враховуються особистісні характеристики, хоча, як доводять фахівці, роль індивідуально-психологічних особливостей особистості для збереження здоров'я доволі вагома.

Медична реабілітація безпосередньо пов'язана з фізичною, яка спрямована на відновлення фізичної працездатності, що забезпечується своєчасною й адекватною активізацією хворих, раннім призначенням лікувальної гімнастики, лікувальної фізичної культури (ЛФК), дозованим ходінням, а у більш пізній період – фізичними тренуваннями (контрольованими і неконтрольованими). Фізичний аспект реабілітації займає особливе місце у системі реабілітації, оскільки відновлення здібності

хворих задовільно справлятися з фізичними навантаженнями, що зустрічаються у повсякденному житті і на виробництві, складає основу всієї системи реабілітації.

Виділяють ще один вид реабілітації – військово-професійну реабілітацію, яка передбачає вживання заходів щодо «відновлення в найкоротші терміни після травмування психіки військовослужбовців їх професійних навичок, найважливіших функцій, що забезпечують виконання обов'язків за штатним призначенням. У разі неможливості професійної реабілітації військовослужбовців, здійснюється їх перенавчання, підготовка до виконання інших, більш доступних обов'язків (професійна переорієнтація)».

Професійно-психологічна реабілітація спрямована на швидке відновлення професійно-важливих якостей поранених, психотравмованих військовослужбовців та інвалідів бойових дій; їх професійну переорієнтацію і перепідготовку, працевлаштування та професійну адаптацію; зняття втоми і відновлення фізичної працездатності. У свою чергу, соціально-психологічна реабілітація орієнтується на створення навколо ветеранів бойових дій реабілітуючого соціального середовища. Поряд з реалізацією принципу безбар'єрної архітектури в містобудуванні та транспорті (бордюри, апарелі, ліфти тощо) обов'язкової реалізації потребує принцип «безбар'єрних» відносин для інвалідів у суспільстві.

Слід зазначити, що окрім названих та охарактеризованих вище видів реабілітації науковці [69] виділяють, до прикладу, екстрену реабілітацію, що передбачає комплекс заходів щодо своєчасного попередження і швидкого відновлення порушених психосоматичних функцій, спрямованих на підтримку працездатності, відповідної надійності діяльності військовослужбовців і профілактику у них різних захворювань.

У практичному аспекті, соціально-економічна реабілітація зосереджена на взаємовідносинах тих, кого реабілітують, із суспільством, сім'єю; пенсійним забезпеченням. Професійна і соціально-економічна реабілітація

полягає в тому, щоб повернути реабілітованому економічну незалежність і соціальну повноцінність. Ці завдання вирішуються не тільки медиками (лікуючими лікарями, психологами), але і установами соціального забезпечення, центрами реабілітації. У зазначеному контексті ми вважаємо, що лише комплексне розв'язання всіх аспектів реабілітації може забезпечити ефективність реабілітації у цілому.

Підсумовуючи, акцентуємо увагу на тому, що всі види реабілітаційної діяльності з військовослужбовцями-учасниками військових конфліктів є доволі вагомими, однак лише всі вони в комплексі можуть забезпечити ефективність системи реабілітації у цілому. З'ясовано, що завдання реабілітаційної діяльності вирішуються компетентними фахівцями в установах соціального забезпечення та центрами реабілітації.

1. Встановлено, що «реабілітація» пов'язана з такими категоріями як-от адаптація, реадаптація, переадаптація, дезадаптація, ресоціалізація, психологічна допомога. Сьогодні поняття «реабілітація» активно використовують в різних сферах – медицині, психіатрії, психології, педагогіці, соціології. У соціальному контексті реабілітація передбачає відновлення здоров'я людини, її соціального статусу, втраченого або зниженого через проблеми, що призвели до важкої ситуації. У медичному розумінні реабілітація спрямована на відновлення фізичних і духовних сил людини, її професійних навичок. У широкому розумінні реабілітацію розглядаємо як окремий вид соціальної діяльності спеціально уповноважених органів держави, соціальних служб, об'єднань громадян та інших соціальних інститутів, яка безпосередньо спрямована на здійснення організаційних, економічних, правових, культурних, освітніх, лікувальних, оздоровчих та інших соціальних заходів щодо покращення фізичного та функціонального стану, працездатності й відновлення честі, гідності, прав і свобод певних категорій населення, порушених хворобами, травмами або фізичними, хімічними та іншими соціальними чинниками. Інституційно реабілітація здійснюється в різноманітних соціально-медичних закладах, а саме: кризових

центрах, центрах ранньої соціальної реабілітації, центрах соціально-психологічної реабілітації; спеціалізованих реабілітаційних центрах; військових госпіталях, притулках, лікувальних і спеціалізованих закладах. Основну увагу зосереджено на характеристиці комплексного аспекту реабілітації, оскільки вона є системою наукової та практичної діяльності, спрямованої на відновлення особистісного та соціального статусу суб'єкта шляхом комплексного впливу із залученням медичних, соціальних, психологічних, педагогічних, правових та інших засобів.

Таким чином, реабілітацію військовослужбовців-учасників бойових дій розглядаємо як цілісний комплекс медичних, фізичних, психологічних, соціальних, педагогічних заходів, спрямованих на відновлення у них здоров'я, психоемоційного стану, працездатності, покращення процесу соціалізації та адаптації до умов мирного життя.

У дослідженні представлено психологічну реабілітацію як специфічний вид психологічної допомоги, що надається ветеранам бойових дій із гострими чи хронічними адаптаційними розладами. Визначено соціальну реабілітацію як систему заходів, спрямованих на відновлення соціального статусу військовослужбовців, можливість стати повноцінним учасником соціального процесу. Схарактеризовано медичну реабілітацію як систему медичних заходів, спрямованих на попередження зниження і втрати працездатності, відновлення порушених функцій, профілактику ускладнень і рецидивів захворювань військовослужбовців та їх раннє повернення до професійної діяльності. Встановлено, що педагогічна реабілітація є комплексом заходів, спрямованих на створення ситуації успіху, формування позитивної самооцінки, мотивації досягнення, надання індивідуальної допомоги, розвиток моральних уявлень, вироблення адекватних навичок поведінки і спілкування, підвищення рівня саморегуляції.



## РОЗДІЛ 2

### ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНА ПЕРЕВІРКА ДІЄВОСТІ ЗДІЙСНЕННЯ РЕАБІЛІТАЦІЇ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ-УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ

#### 2.1. Організація експериментального дослідження

Для перевірки ефективності здійснення комплексної реабілітації військовослужбовців – учасників бойових дій нами було організовано експериментальне дослідження.

Спираючись на наукові доробки науковців, метою експерименту ми визначили суттєве підвищення стану реабілітованості військовослужбовців учасників бойових дій. Водночас ми зробили основний акцент на таких завданнях, як:

- 1) підібрати діагностичний інструментарій для того, щоб провести комплексну діагностику, яка дасть можливість чітко визначити рівень реабілітованості військовослужбовців-учасників бойових дій за усіма виокремленими компонентами (мотиваційним, стресостійкісним, поведінковим);
- 2) визначити стан реабілітованості військовослужбовців-учасників бойових дій у КГ і ЕГ (I зріз (вступний) формувального етапу експерименту);
- 3) впровадити у процес реабілітації військовослужбовців з ЕГ організаційно-педагогічні умови та розроблену авторську систему організації та здійснення комплексної реабілітації;
- 4) перевірити ефективність виявлених організаційно-педагогічних умов та системи організації та здійснення комплексної реабілітації військовослужбовців-учасників бойових дій (II зріз (підсумковий) формувального етапу експерименту).

Отже, з метою діагностики стану реабілітованості військовослужбовців-учасників бойових дій серед арсеналу діагностичних методик нами були підібрані відомі психодіагностичні методики, а також використано методи внутрішньої діагностики (самооцінка). Використаний

діагностичний інструментарій представлено у додатках. Відзначимо, що усі вони дали змогу визначити рівень реабілітованості військовослужбовців-учасників бойових дій (табл. 2.1).

**Таблиця 2.1**

**Діагностичний інструментарій для визначення стану  
реабілітованості військовослужбовців-учасників бойових дій**

<b>Компо- ненти</b>	<b>Показники</b>	<b>Методики діагностики</b>
<b>Мотиваційний</b>	1) позитивне ставлення до реабілітації; 2) наявність мотивації до проходження реабілітації	1) методика «Незакінчені речення»; 2) ранжування мотивів
<b>Стресостійкісний</b>	1) наявність стресу; 2) наявність наслідків стресу (ПТСР, депресії)	1) модифікована методика на визначення рівня стресу Л. Рідера; 2) анкета «Стрес-фактори»; 3) опитувальник для первинного скринінгу ПТСР; 4) опитувальник про стан здоров'я (RHQ-9) – шкала самооцінки депресії; 5) тест на самооцінку стресостійкості особистості В. Семиченко
<b>Поведінковий</b>	1) поведінка в конфліктних ситуаціях; 2) прояв агресії у поведінці; прояв тривожності у поведінці	1) тест «Самооцінка конфліктності» (за В. Ратніковим); 2) тест А. Ассінгера (оцінка агресивності у відносинах); 3) шкала тривожності (шкала Тейлора, адаптація М. Пейсахова)

На підставі визначених компонентів ми окреслили рівні реабілітованості військовослужбовців-учасників бойових дій. Враховуючи той факт, що оцінка рівня реабілітованості військовослужбовців є досить складним завданням, для мінімізації помилок під час визначення цього рівня

за тим чи іншим компонентом ми використали чотирирівневу систему оцінок, що дає змогу досить точно з'ясувати рівень реабілітованості: високий, достатній, середній і низький. Характеристика виділених рівнів реабілітованості військовослужбовців-учасників бойових дій за основними її компонентами відображена у табл. 2.2.

Таблиця 2.2

**Якісна характеристика рівнів реабілітованості  
військовослужбовців - учасників бойових дій**

Рівні реаб.	Компоненти реабілітованості		
	Мотиваційний	Стресостійкісний	Поведінковий
<b>Низький</b>	Негативне ставлення до реабілітації; відсутність мотивації до проходження реабілітації	Високий рівень стресу, наслідками якого може бути тяжка депресія, імовірний ПТСР; низький рівень стресостійкості	Дуже висока в конфліктність, надмірна агресивність та високий рівень тривожності у поведінці
<b>Середній</b>	Пасивне (індиферентне) ставлення до реабілітації; ситуативна мотивація, що виникає періодично і проявляється бажанні лише інколи брати участь реабілітаційних заходах	Помірний рівень стресу, наслідками якого може бути депресія середньої тяжкості, можливий ПТСР; середній рівень стресостійкості	Доволі висока конфліктність, «самовпевнена» агресивність та вище середнього рівень тривожності у поведінці
<b>Достатній</b>	Позитивне ставлення до реабілітації; достатньо розвинена мотивація до проходження реабілітації	Середній рівень стресу, наслідками якого може бути депресія помірної тяжкості, проявами ПТСР; помірний рівень стресостійкості	Виражена конфліктність, помірна агресивність та середній рівень тривожності у поведінці

<b>Високий</b>	Позитивно-активне ставлення до реабілітації; високорозвинена мотивація до проходження реабілітації, що проявляється у бажанні отримати допомогу висококваліфікованих фахівців	Низький рівень стресу, наслідками якого може бути легка депресія або зовсім відсутня, відсутній ПТСР; високий рівень стресостійкості	Схильність до уникнення конфліктів, незначна агресивність та низький рівень тривожності у поведінці
----------------	---	--	---

Визначені компоненти й конкретизовані показники реабілітованості військовослужбовців учасників бойових дій потребують адекватної системи комплексної діагностики, яка дозволить з достатнім ступенем надійності й валідності визначити рівні реабілітованості військовослужбовців-учасників бойових дій.

Розроблений нами діагностичний інструментарій був використаний як під час проведення I (вступного) зрізу формувального етапу експерименту, так і під час II (підсумкового) зрізу. Ми виходили з тих міркувань, що саме за допомогою чіткої процедури діагностики може відбуватися визначення кількісних та якісних характеристик рівня реабілітованості військовослужбовців-учасників бойових дій. Інструментарій вимірювання охоплює визначені у змістовому плані компоненти, їх показники та рівневу градацію щодо реабілітованості військовослужбовців-учасників бойових дій; діагностичний інструментарій для вимірювання (анкети, опитувальники, психодіагностувальні методики тощо).

При підборі та застосуванні діагностичного інструментарію ми дотримувалися об'єктивності та надійності.

Зупинимось на визначення стану реабілітованості військовослужбовців-учасників бойових дій, тобто організації та проведенні I (вступного) зрізу формувального етапу експерименту.

На початку експериментального дослідження було ухвалено рішення про доцільність виокремлення двох груп: контрольної (КГ) та

експериментальної групи (ЕГ). Контингент військовослужбовців-учасників бойових конфліктів в ЕГ склали 59 осіб, а контингент в КГ склали 61 особу, які перебували у Черкаському обласному центрі соціально-психологічної допомоги та Черкаському обласному госпіталі ветеранів війни Черкаської обласної ради.

Зупинимося більш докладніше на висвітленні результатів I (вступного) зрізу. Так, мотиваційний компонент реабілітованості був представлений двома показниками: 1) позитивне ставлення до реабілітації; 2) наявність мотивації до проходження реабілітації. Зокрема, позитивне ставлення до реабілітації ми перевіряли за допомогою методики «Незакінчені речення» (додаток А). Подамо деякі результати.

Військовослужбовці – учасники бойових дій з низьким рівнем реабілітованості продовжували речення таким чином:

1. Будь-якій людині подобається ... «гарно жити», «заробляти великі гроші», «мати будинок або квартиру, машину».
2. Думаю, що реабілітація ... – це «коли зовсім погано», «коли лікують», «мені не потрібна така допомога».
3. Якщо я відмовлюся проходити реабілітацію ... «нічого не станеться», «для мене нічого не зміниться».
4. Покращити свій психоемоційний стан можна за допомогою ... «гарної випивки», «гарної компанії», «подивитися фільм».
5. Покращити свій фізичний стан можна за допомогою... «гарно виспатися», «нормально поїсти».
6. Якби у мене була така можливість, я б відвідував ... «церкву», «кінотеатр», «своїх друзів».
7. Я хотів би, щоб мене... «цінували», «шанували».
8. Думаю, що спеціально підготовлені фахівці ... «нічого не зможуть», «мені не потрібна допомога, а тому не потрібні фахівці».

Військовослужбовці з середнім рівнем реабілітованості продовжували речення таким чином:

1. Будь-якій людині подобається ... «щоб її любили», «щоб її чекали вдома».
2. Думаю, що реабілітація ... «потрібна для поранених», «для молодих військових».
3. Якщо я відмовлюся проходити реабілітацію ... «все само по собі пройде», «багато хлопців без цього живуть».
4. Покращити свій психоемоційний стан можна за допомогою ... «компанії друзів», «отримати лист від рідних».
5. Покращити свій фізичний стан можна за допомогою... «правильного розпорядку дня», «гарного сну».
6. Якби у мене була така можливість, я б відвідував ... «театр», «поїхав би додому».
7. Я хотів би, щоб мене... «розуміли», «слухали мої рідні».
8. Думаю, що спеціально підготовлені фахівці зможуть ... «допомогти пораненим побратимам», «допомогти мирним жителям із зони бойових дій».

У комбатантів з достатнім рівнем реабілітованості переважали такі відповіді:

1. Будь-якій людині подобається ... «створити сім'ю, народити дітей», «мирно жити».
2. Думаю, що реабілітація ... – «це допомога тим, кому потрібно», «відновлення після поранення».
3. Якщо я відмовлюся проходити реабілітацію ... «напевно, мені буде гірше», «хтось інший зможе її пройти, кому вона більш потрібна», «пізніше мені стане гірше».
4. Покращити свій психоемоційний стан можна за допомогою ... «гарної спокійної музики», «цікавого фільму», «приємного спілкування або бесіди з гарною людиною».
5. Покращити свій фізичний стан можна за допомогою... «занять спортом», «фізичних вправ», «бігати зранку або ввечері».

6. Якби у мене була така можливість, я б відвідував ... «спортзал», «хоча б на пару днів своїх рідних».

7. Я хотів би, щоб мене... «завжди чекали дома».

8. Думаю, що спеціально підготовлені фахівці зможуть ... «допомогти так, щоб хлопці себе гарно почували», «допомогти, щоб можна було повернутися до мирного життя».

Військовослужбовці з високим рівнем реабілітованості продовжували речення таким чином:

1. Будь-якій людині подобається ... «коли вона та її рідні здорові та щасливі», «мирно жити».

2. Думаю, що реабілітація ... – «це коли відновлюють після поранень».

3. Якщо я відмовлюся проходити реабілітацію ... «напевно це погано позначиться у майбутньому», «мені не перестануть снитися жахіття», «я буду продовжувати нервуватися».

4. Покращити свій психоемоційний стан можна за допомогою ... «читання гарних книжок», «прослуховування класичної музики», «коли ти робиш що-небудь своїми руками або малюєш».

5. Покращити свій фізичний стан можна за допомогою... «спеціальної розслаблюючої гімнастики», «гарного масажу», «спеціальних вправ».

6. Якби у мене була така можливість, я б відвідував ... «психолога», «лікаря».

7. Я хотів би, щоб мене... «любили».

8. Думаю, що спеціально підготовлені фахівці зможуть ... «мене розрадити, коли мені зовсім погано», «допомогти мені, якщо я буду погано себе почувати».

Проаналізувавши отримані відповіді, ми дійшли висновку, що військовослужбовці-учасники бойових дій як у КГ, так і у ЕГ необізнані щодо питань реабілітації, більшість з них мають лише загальні уявлення про

її суті та можливості. У процесі бесід ми з'ясували, що на полігоні ніхто не займається проведенням реабілітації, причому це стосується як медичної/фізичної, так і психологічної, про зміст соціальної та педагогічної реабілітації військовослужбовці говорили дуже опосередковано.

Другим показником мотиваційного компоненту була наявність мотивації до проходження реабілітації, який ми досліджували за допомогою ранжування мотивів (додаток Б). Респондентам пропонувалось 10 суджень, які вони мали б проранжувати їх у порядку особистої значущості (табл. 2.3).

**Таблиця 2.3**

**Оцінка значущості мотивів військовослужбовців учасників  
бойових дій**

Мотиви	ЕГ		КГ	
	Сума балів	Рейтинг	Сума балів	Рейтинг
1. Прагнення почувати себе якомога краще	179	1	185	1
2. Прагнення не відчувати фізичний дискомфорт від отриманої травми	288	5	236	3
3. Прагнення уникнути засудження з боку інших військовослужбовців	560	10	570	10
4. Прагнення якомога скоріше повернутися до нормального життя	248	4	287	6
5. Прагнення мати гарні стосунки у сім'ї	342	7	418	7
6. Прагнення швидше знайти гарну роботу після повернення додому	353	8	459	9
7. Прагнення покращити свій психоемоційний стан	297	6	284	5
8. Прагнення знову відчувати позитивні емоції – радість, захоплення, задоволення, щастя від життя	186	2	263	4
9. Прагнення бути прикладом для інших	504	9	422	8
10. Прагнення покращити фізичний стан	225	3	231	2

Військовослужбовці з низьким рівнем реабілітованості на перші місця ставили «прагнення бути прикладом для інших» та «прагнення уникнути засудження з боку інших військовослужбовців». Респонденти з середнім рівнем реабілітованості надавали перевагу таким мотивам, як-от: «прагнення мати гарні стосунки у сім'ї», «прагнення швидше знайти гарну роботу після



повернення додому». Військовослужбовці із достатнім рівнем реабілітованості обирали такі судження, як: «прагнення не відчувати фізичний дискомфорт від отриманої травми», «прагнення покращити свій фізичний стан», «бути якомога краще підготовленим до майбутньої професійної діяльності». І лише незначний відсоток військовослужбовців-учасників бойових дій з високим рівнем реабілітованості віддавали перевагу таким фразам, як: «прагнення почувати себе якомога краще», «прагнення покращити свій психоемоційний стан», «прагнення знову відчути позитивні емоції – радість, захоплення, задоволення, щастя від життя».

Узагальнені результати показників мотиваційного компоненту реабілітованості комбатантів представлені в табл. 2.4.

**Таблиця 2.4**

**Результати мотиваційного компоненту реабілітованості  
комбатантів учасників бойових дій**

Групи	Методики діагностики	Рівні реабілітованості							
		Високий		Достатній		Середній		Низький	
		Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
КГ	Незакінчені речення	3	4,9	8	13,1	13	21,3	37	60,7
	Ранжування мотивів	1	1,6	8	13,1	14	23	38	62,3
	<b>Узагальнені результати</b>	<b>2</b>	<b>3,2</b>	<b>8</b>	<b>13,1</b>	<b>14</b>	<b>23</b>	<b>37</b>	<b>60,7</b>
ЕГ	Незакінчені речення	5	8,5	9	15,3	11	18,6	34	57,6
	Ранжування мотивів	2	3,4	7	11,9	14	23,7	36	61
	<b>Узагальнені результати</b>	<b>3</b>	<b>5,1</b>	<b>8</b>	<b>13,5</b>	<b>13</b>	<b>22,1</b>	<b>35</b>	<b>59,3</b>

У ході діагностики мотиваційного компоненту реабілітованості військовослужбовців – учасників бойових дій виявлено, що респонденти мають низький (ЕГ – 59,3 %, КГ – 60,7 %), середній (ЕГ – 22,1 %, КГ – 23 %), достатній (ЕГ – 13,5 %, КГ – 13,1 %) рівні реабілітованості. Лише у двох військовослужбовців з КГ і трьох з ЕГ було встановлено високий рівень

реабілітованості. Такі результати свідчать про переважання у військовослужбовців-учасників бойових дій низької мотивації до проходження реабілітації, а тому потребують суттєвого вдосконалення.

Стресостійкісний компонент був представлений двома показниками:

1) наявність стресу; 2) наявність наслідків стресу (ПТСР, депресії).

Охарактеризуємо їх детальніше. Наявність стресу ми перевіряли за допомогою модифікованої методики на визначення рівня стресу Л. Рідера. Результати модифікованої методики на визначення рівня стресу Л. Рідера, адаптованої до нашого дослідження (додаток В) представлені в табл. 2.5.

**Таблиця 2.5**

**Рівень стресу у військовослужбовців за методикою Л. Рідера  
(за результатами I зрізу формувального етапу експерименту)**

Рівень стресу	КГ		ЕГ	
	Абс.	%	Абс.	%
Високий	36	59	36	61,1
Помірний	10	16,4	11	18,6
Середній	15	24,6	12	20,3
Низький	–	–	–	–
Загалом	61	100	59	100

Результати, представлені в табл. 2.5 засвідчують той факт, що перед проведенням реабілітаційних заходів у військовослужбовців з ЕГ та з КГ переважав високий рівень стресу (59 % і 61,1 %). Ці дані переконливо свідчать про нестійкість психоемоційного стану та нервові напруження, роздратованість, психофізіологічну виснаженість. Помірний рівень стресу був виявлений лише у 18,6 % респондентів з ЕГ і 16,4 % з КГ. Ці результати вказують на надмірну стурбованість, занепокоєність та хвилювання військовослужбовців-учасників бойових дій. Середній рівень стресу засвідчує помірну наявність симптомів стресового стану – це виявлено у 20,3 % військовослужбовців з ЕГ і 24,6 % з КГ. Нажаль, низький рівень стресу засвідчує стабільність психоемоційного стану, високий енергетичний

потенціал та відсутність надмірної особистісної тривожності та нервового напруження не був виявлений у жодного військовослужбовця, що брав участь у бойових діях ні з ЕГ та з КГ.

Оскільки появу стресу спричиняють різноманітні стрес-фактори, які можуть негативно впливати на психоемоційний стан, ми провели анкетування «Стрес-фактори» (додаток Г). Військовослужбовці повинні були розподілити запропоновані стрес-фактори за ступенем важливості для себе, присвоївши кожному фактору ранг від 1 до 30, враховуючи при цьому, що найбільш значущому фактору присвоюється ранг 30, найменш значимому – ранг 1. Результати анкети «Стрес-фактори» представлені в табл. 2.6.

**Таблиця 2.6**

**Оцінка значущості стрес-факторів, що впливають на психоемоційний стан (за результатами I зрізу формувального етапу експерименту)**

№	Назва фактору	ЕГ		КГ	
		Сума балів	Ранг	Сума балів	Ранг
1	Ситуації, які загрожують життю та фізичній цілісності	1642	30	1760	30
2	Події, у результаті яких постраждали честь та гідність	1475	27	1629	29
3	Фізичне знищення бойовиків (особливо вперше)	1357	24	1528	26
4	Побоювання, страх власної загибелі	1466	26	1597	28
5	Поранення, контузії, каліцтва	1428	2	1576	27
6	Погані гігієнічні умови	979	19	858	18
7	Страхітливі картини смерті, людські втрати та муки	1110	22	1205	23
8	Помилки командування	1151	23	1139	22
9	Стресори сімейного життя	742	13	540	5
10	Стресор морально-етичного характеру (докори сумління, відповідальність за життя невинних людей, необхідність застосування зброї та інших засобів ураження)	713	12	531	4
11	Сексуальна дисгармонія	944	17	962	19
12	Незадоволеність у біологічних і соціальних потребах	425	3	563	6
13	Незадоволеність у матеріальних потребах	426	4	478	2
14	Страх полону	1640	29	1524	25

15	Захоплення у полон бойових побратимів, товаришів	1621	28	1503	24
16	Необхідність переробки великого об'єму інформації та необхідність прийняття рішень	537	7	702	11
17	Досвід невдалих дій (прорахунок при оцінці ситуацій, помилка в техніці рухів та ін.)	408	2	221	1
18	Довготривалі навантаження, які породжують втому	639	10	492	3
19	Монотонність умов, які оточують	680	11	573	7
20	Необхідність постійно виконувати вимоги командирів (начальників)	551	8	605	8
21	Випадки загибелі мирних громадян, побратимів	1064	21	846	17
22	Контакт зі значною кількістю поранених	809	15	1067	21
23	Вигляд трупів, крові	948	18	1019	20
24	Руйнування будівель, техніки, споруд, ландшафту	199	1	758	12
25	Вибухи, гудіння, ревіння, гуркіт, стрілянина	496	5	760	13
26	Запахи газів, трупів та ін.	535	6	781	15
27	Довготривале виконання роботи, яка вимагає напруження, підвищена відповідальність за свої дії	574	9	637	10
28	Різкі, неочікувані зміни умов служби	993	20	636	9
29	Неможливість змінити умови свого існування	783	14	764	14
30	Інтенсивні міжособистісні конфлікти	822	16	805	16

Усі стрес-фактори ми розподілили за групами (пов'язаними з отриманням фізичної шкоди, поранень, полону; непрофесійними діями керівництва; сімейними стосунками; важкими умовами перебування у зоні проведення військових дій). Згідно результатів опитування, військовослужбовці з ЕГ на перші місця поставили стрес-фактори, що пов'язані зі страхами отримання травми. Найменший ранг був присвоєний важким умовам перебування. Подібними є результати опитування військовослужбовців з КГ. З представленого переліку стрес-факторів найбільш вагомими є страх полону і фізичне знищення бойовиків. Аналіз ранжування стрес-факторів показав, що військовослужбовці практично не

звертають уваги на погані умови та втому. Більше значення для них мають події, у результаті яких постраждали їхня честь та гідність.

Ще одним показником стресостійкісного компоненту була наявність наслідків стресу, які ми перевіряли за допомогою опитувальника для первинного скринінгу ПТСР (додаток Г), опитувальника про стан здоров'я (PHQ-9) – шкала самооцінки депресії та тесту на самооцінку стресостійкості особистості В. Семиченко. Конкретизуємо запропоновані діагностичні матеріали. Опитувальник для первинного скринінгу ПТСР дав нам змогу визначити наявність ПТСР. Для цього військовослужбовці мали відповідати на сім запитань, з яких чотири і більше позитивних відповідей – вказували на ймовірність ПТСР. Згідно результатів опитувальника нами було встановлено, що у більшості респондентів, які були задіяні в зоні бойових дій, ймовірний ПТСР. Так, результати в ЕГ – 81,4 %, а у КГ – 85,2 %. Оскільки проведений опитувальник лише вказує на ймовірність ПТСР, було прийнято рішення про проведення більш детальної діагностики на наявність ознак, що безпосередньо пов'язані з депресією. Для цього ми використали опитувальник про стан здоров'я (PHQ-9) – шкала самооцінки депресії (додаток Д), результати представлено в табл. 2.7.

*Таблиця 2.7*

**Наявність депресії у військовослужбовців-учасників бойових дій  
(за результатами самооцінки)**

Прояв депресії	ЕГ		КГ	
	Абс.	%	Абс.	%
Депресія відсутня або легка («субклінічна»)	12	20,3	11	18,1
Депресія помірної тяжкості	19	32,2	20	32,8
Депресія середньої тяжкості	20	33,9	16	26,2
Тяжка депресія	8	13,6	14	22,9
Загальні результати	59	100	61	100

Згідно результатів самооцінювання було встановлено, що прояви легкої депресії ми спостерігали у 20,3 % респондентів ЕГ і 18,1 % респондентів КГ. Військовослужбовці пов'язували це із бажанням повернутися до своїх рідних

і близьких. Деякі з них взагалі не вважали свій стан депресивним, пояснюючи це тим, що бойові дії накладають свій негативний емоційний відбиток. Помірна депресія була визначена у третини військовослужбовців ЕГ та КГ (32,2 % і 32,8 %). Встановлено, що депресія середньої тяжкості була характерна для 33,9 % респондентів ЕГ і 26,2 % респондентів КГ. На жаль, серед комбатантів як ЕГ, так і КГ були особи з проявами тяжкої депресії – 13,6 % і 22,9 %. Ми пов'язували отримані результати з довготривалим перебуванням військовослужбовців у зоні проведення бойових дій та пораненнями.

Людина має чинити опір у різних стресових ситуаціях – діяти спокійно й виважено, адекватно реагуючи на події, що є показником стресостійкості. Особливо це стосується військовослужбовців, які постійно перебувають у стані стресу під час ведення бойових дій. Оскільки стресостійкість на пряму пов'язана зі стресом, ми запропонували військовослужбовцям тест на самооцінку стресостійкості особистості В. Семиченко (додаток Е). Результати представлені в табл. 2.8.

**Таблиця 2.8**

**Самооцінювання стресостійкості військовослужбовців-учасників бойових дій (за В. Семиченко)**

Рівні стресостійкості	ЕГ		КГ	
	Абс.	%	Абс.	%
Високий рівень стресостійкості	10	16,9	12	19,7
Помірний рівень стресостійкості	17	28,8	18	29,4
Середній рівень стресостійкості	20	33,9	19	31,2
Низький рівень стресостійкості	12	20,4	12	19,7
Загалом	59	100	61	100

Згідно результатів самооцінювання високий рівень стресостійкості був виявлений у 16,9 % військовослужбовців ЕГ і 19,7 % комбатантів КГ. Це свідчить про те, що вони можуть адекватно діяти в стресових ситуаціях,

протистояти негативному впливу різноманітних стрес-факторів. Помірний рівень ми спостерігали практично у третини респондентів як ЕГ, так і КГ (28,8 % і 29,4 %). Такі люди можуть впоратися в умовах стресової ситуації зі значними фізичними та психоемоційними навантаженнями. Середній рівень був відмічений у 33,9 % респондентів ЕГ і 31,2 % респондентів КГ. За результатами самооцінювання було визначено, що 20,4 % військовослужбовців з ЕГ і 19,7 % з КГ мають низький рівень стресостійкості. Отримані результати говорять про те, що їм важко самостійно впоратися з труднощами, які спричиняють появу стресів, їхня поведінка відрізняється емоційною нестабільністю та конфліктністю, а це негативно впливає на поведінку інших військовослужбовців. (Узагальнені результати представлені в табл. 2.9).

Таблиця 2.9

**Результати стресостійкісного компоненту реабілітованості  
військовослужбовців-учасників бойових дій**

Гру- пи	Методики діагностики	Рівні реабілітованості							
		Високий		Достатній		Середній		Низький	
		Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
КГ	Методика Л. Рідера	-	-	15	24,6	10	16,4	36	59,0
	Самооцінювання депресії	11	18,1	20	32,8	16	26,2	14	22,9
	Самооцінювання стресостійкості	12	19,7	18	29,4	19	31,2	12	19,7
	<b>Загальні результати</b>	<b>7</b>	<b>11,5</b>	<b>18</b>	<b>29,5</b>	<b>15</b>	<b>24,6</b>	<b>21</b>	<b>34,4</b>
ЕГ	Методика Л. Рідера	-	-	12	20,3	11	18,6	36	61,1
	Самооцінювання депресії	12	20,3	19	32,2	20	33,9	8	13,6
	Самооцінювання стресостійкості	10	16,9	17	28,8	20	33,9	12	20,4
	<b>Загальні результати</b>	<b>7</b>	<b>11,9</b>	<b>16</b>	<b>27,1</b>	<b>17</b>	<b>28,8</b>	<b>19</b>	<b>32,2</b>

У ході діагностики стресостійкісного компоненту реабілітованості військовослужбовців-учасників бойових дій виявлено, що вони мають низький (ЕГ – 32,2 %, КГ – 34,4 %), середній (ЕГ – 28,8 %, КГ – 24,6 %),

достатній (ЕГ – 27,1 %, КГ – 29,5 %) рівні реабілітованості. У сімох військовослужбовців з КГ і з ЕГ був виявлений високий рівень реабілітованості (11,9 % і 11,5 %). Такі результати свідчать про переважання у військовослужбовців високого рівня стресу, наявність депресії та середнього рівня стресостійкості.

Поведінковий компонент був представлений трьома показниками. За допомогою тесту «Самооцінка конфліктності» (за В. Ратніковим) (додаток Є), ми перевіряли рівень конфліктності – показник «поведінка в конфліктних ситуаціях». Запропонована методика дала змогу кожному військовослужбовцю вибудувати власний спосіб поведінки у конфліктних ситуаціях, на якому відхилення від середини означає схильність до конфліктності, а відхилення вправо вказує на схильність до уникнення конфліктів.

Результати тесту, що представлені в табл. 2.10, засвідчили переважання дуже високої конфліктності у респондентів ЕГ – 37,3 %, та високої конфліктності у військовослужбовців КГ – 37,7 %. Схожі показники і за критерієм «виражена конфліктність» – 22,1 % в ЕГ та 26,2 % в КГ. Лише у 10,1 % військовослужбовців ЕГ та 4,9 % військовослужбовців КГ була відмічена схильність до уникнення конфліктів.

**Таблиця 2.10**

**Ступінь вираження конфліктності військовослужбовців-учасників бойових дій (за тестом «Самооцінка конфліктності»)**

Ступінь конфліктності	ЕГ		КГ	
	Абс.	%	Абс.	%
Дуже висока конфліктність	22	37,3	19	31,2
Висока конфліктність	18	30,5	23	37,7
Виражена конфліктність	13	22,1	16	26,2
Схильність до уникнення конфліктів	6	10,1	3	4,9
Загальні результати	59	100	61	100

У більшості випадків військовослужбовці, які брали участь у бойових діях, схильні проявляти конфліктність, пояснюючи це важкими умовами, несправедливістю, безвихіддю з ситуації, що склалась, оскільки більшість з



них перебували у зоні бойових дій більше двох років. Деякі з них не називають конфліктну ситуацію такою, пояснюючи що сварка – це не конфлікт, а звичайне спілкування під час служби.

Показник поведінкового компоненту реабілітованості військовослужбовців – учасників бойових дій «прояв агресії у поведінці» ми перевіряли за допомогою тесту А. Ассингера на оцінку агресивності у відносинах, адаптованого до дослідження (додаток Ж), пояснюючи це тим, що саме у конфлікті люди схильні до прояву деструктивних емоційних станів, до яких ми відносимо агресію і тривожність. Результати оцінювання агресивності у відносинах представлені в табл. 2.11.

**Таблиця 2.11**

**Оцінювання агресивності у відносинах військовослужбовців-учасників бойових дій (за тестом А. Ассингера)**

Ступінь агресивності	ЕГ		КГ	
	Абс.	%	Абс.	%
Надмірна агресивність	19	32,2	22	36,1
«Самовпевнена» агресивність	16	27,1	17	27,9
Помірна агресивність	17	28,8	17	27,9
Незначна агресивність	7	11,9	5	8,1
<b>Загальні результати</b>	<b>59</b>	<b>100</b>	<b>61</b>	<b>100</b>

Надмірну агресивність проявляють військовослужбовці як ЕГ (32,2 %), так і КГ (36,1 %). Дії таких людей доволі часто бувають неврівноваженим і жорстоким по відношенню до інших, причому переважає фізична агресія.

«Самовпевнена» агресія, яка проявляється у байдужому ставленні до осудів і критики з боку інших людей, була визначена у 27,1 % респондентів ЕГ і 27,9 % респондентів КГ. Помірну агресивність у відносинах з оточуючими проявляють близько третини військовослужбовців – 28,8 % ЕГ і 27,9 % КГ. Незначний рівень агресивності, що може проявлятися у роздратуванні або не проявлятися візуально, ми визначили у 11,9 % комбатантів ЕГ і 8,1 % комбатантів КГ.

Показник «прояв тривожності у поведінці» ми перевіряли за допомогою шкали тривожності Тейлора (додаток З). Ми запропонували

військовослужбовцям перелік ситуацій, які можуть спричиняти появу тривожності. Результати тесту, представлені в табл. 2.12, засвідчили переважання у військовослужбовців-учасників бойових дій високого рівня тривожності (39 % в ЕГ і 36,1 % у КГ). Середній та вище середнього рівні були визначені у 30,5 %, 27,1 % респондентів ЕГ і 27,9 %, 34,4 % респондентів КГ. Лише у трьох респондентів був виявлений низький рівень тривожності. Ми пояснюємо це тим, що військовослужбовці, перебуваючи у зоні бойових дій, постійно піддаються стресам, які супроводжуються страхами, побоюваннями, жахами та тривожністю. Тривожність виконує захисну функцію організму та не дає змоги розвиватися іншим деструктивним психоемоційним станам.

Таблиця 2.12

**Оцінювання тривожності у відносинах військовослужбовців-учасників бойових дій (за шкалою тривожності Тейлора)**

Рівні тривожності	ЕГ		КГ	
	Абс.	%	Абс.	%
Високий	23	39	22	36,1
Вище середнього	16	27,1	21	34,4
Середній	18	30,5	17	27,9
Низький	2	3,4	1	1,6
Загальні результати	59	100	61	100

Узагальнені результати показників поведінкового компоненту реабілітованості військовослужбовців-учасників бойових дій представлено в табл. 2.13.

Таблиця 2.13

**Результати поведінкового компоненту реабілітованості військовослужбовців – учасників бойових дій**

Групи	Методики діагностики	Рівні реабілітованості							
		Високий		Достатній		Середній		Низький	
		Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
	Тест В. Ратнікова	3	4,9	16	26,2	23	37,7	19	31,2
	Тест А. Ассингера	5	8,1	17	27,9	17	27,9	22	36,1

КГ	Шкала тривожності Тейлора	1	1,6	17	27,9	21	34,4	22	36,1
	<b>Загальні результати</b>	<b>3</b>	<b>4,9</b>	<b>17</b>	<b>27,9</b>	<b>20</b>	<b>32,8</b>	<b>21</b>	<b>34,4</b>
ЕГ	Тест В. Ратнікова	6	10,1	13	22,1	18	30,5	22	37,3
	Тест А. Ассингера	7	11,9	17	28,8	16	27,1	19	32,2
	Шкала тривожності Тейлора	2	3,4	18	30,5	16	27,1	23	39
	<b>Загальні результати</b>	<b>5</b>	<b>8,5</b>	<b>16</b>	<b>27,1</b>	<b>17</b>	<b>28,8</b>	<b>21</b>	<b>35,6</b>

У ході діагностики поведінкового компоненту реабілітованості військовослужбовців-учасників бойових дій виявлено, що вони мають низький (ЕГ – 35,6 %, КГ – 34,4 %), середній (ЕГ – 28,8 %, КГ – 32,8 %), достатній (ЕГ – 27,1 %, КГ – 27,9 %) рівні реабілітованості. Лише у 8,5 % респондентів з ЕГ і 4,9 % з КГ було виявлений високий рівень реабілітованості. Такі результати свідчать про переважання високої конфліктності, яка на пряму пов'язана з надмірною агресивністю та високим рівнем тривожності.

Результати І зрізу представлено табл. 2.14.

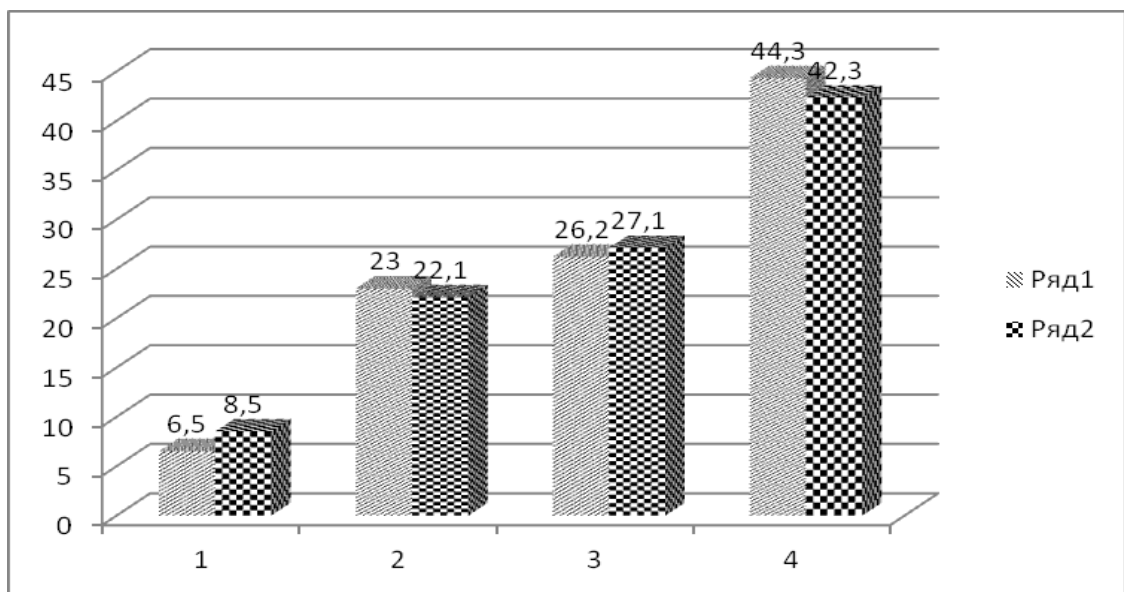
*Таблиця 2.14*

**Розподіл військовослужбовців – учасників бойових дій КГ і ЕГ за рівнями реабілітованості**

Групи	Компоненти	Рівні реабілітованості							
		Високий		Достатній		Середній		Низький	
		Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
КГ (61)	Мотиваційний	2	3,2	8	13,1	14	23	37	60,7
	Стресостійкісний	7	11,5	18	29,5	15	24,6	21	34,4
	Поведінковий	3	4,9	17	27,9	20	32,8	21	34,4
	<b>Загальні результати</b>	<b>4</b>	<b>6,5</b>	<b>14</b>	<b>23</b>	<b>16</b>	<b>26,2</b>	<b>27</b>	<b>44,3</b>
ЕГ (59)	Мотиваційний	3	5,1	8	13,5	13	22,1	35	59,3
	Стресостійкісний	7	11,9	16	27,1	17	28,8	19	32,2
	Поведінковий	5	8,5	16	27,1	17	28,8	21	35,6
	<b>Загальні результати</b>	<b>5</b>	<b>8,5</b>	<b>13</b>	<b>22,1</b>	<b>16</b>	<b>27,1</b>	<b>25</b>	<b>42,3</b>

Варто зазначити, що військовослужбовець, що брав участь у бойових діях може знаходитись на різних рівнях реабілітованості за різними компонентами. Наприклад, за мотиваційним компонентом

військовослужбовець може виходити на високий рівень, а за стресостійкісним або поведінковим – на середній або достатній. Тому слід зробити припущення, що виділені нами компоненти рівнозначні під час оцінки рівнів реабілітованості військовослужбовців учасників бойових дій. У такому випадку узагальнений рівень реабілітованості військовослужбовців є середньостатистичною величиною від суми балів, якою було оцінено кожний компонент. Загалом за результатами I (вступного) зрізу формувального етапу експерименту учасники експерименту розподілилися за рівнями таким чином (рис. 2.1).



**Рис.2.1. Рівні реабілітованості військовослужбовців – учасників бойових дій ЕГ і КГ (за результатами I (вступного) зрізу)**

Із рис. 2.1, видно, що суттєвої різниці щодо рівневої градації реабілітованості військовослужбовців, яких віднесено до ЕГ і КГ, не виявлено. Представлені дослідно-експериментальні матеріали свідчать, що у респондентів обох груп переважає низький рівень реабілітованості (42,3 % в ЕГ, та 44,3 % у КГ). Середній рівень був визначений у 27,1 % військовослужбовців ЕГ і 26,2 % з КГ, достатній рівень відповідно – 22,1 % і 23 %. Високий рівень був виявлений у 8,5 % військовослужбовців ЕГ та 6,5 % військовослужбовців КГ. Отже, помітна перевага низького та середнього рівнів реабілітованості військовослужбовців. Таким чином,

узагальнені результати I-го зрізу формувального етапу експериментального дослідження свідчать, що результати за всіма компонентами у КГ і ЕГ на початку експерименту фактично тотожні та потребують суттєвого вдосконалення. Саме тому необхідно здійснювати комплексну реабілітацію військовослужбовців – учасників бойових дій, що буде представлено у наступному параграфі.

## **2.2 Аналіз та інтерпретація результатів**

Для виконання завдань нашого експериментального дослідження ми поставили собі за мету впровадити в ЕГ розроблену систему організації та здійснення комплексної реабілітації військовослужбовців – учасників бойових дій. Необхідно провести виважену експериментальну перевірку її ефективності, а також дослідити потенціал організаційних умов у реабілітації військовослужбовців, які брали участь у військових конфліктах. Цього можна досягти лише за допомогою комплексного та послідовного експериментального дослідження в ЕГ, тоді як реабілітаційна діяльність у КГ була проведена традиційно і не зазнала ніяких змін.

Зазначимо, що експериментальна робота з військовослужбовцями-учасниками бойових дій в ЕГ тривала протягом року. Тобто, у практичному аспекті ми здійснювали системну діяльність щодо впровадження в реабілітаційний процес військовослужбовців з ЕГ інноваційних технологій – арт-терапевтичних, ігрових, тренінгових, сімейної терапії. У цілому експериментальна робота була спрямована на досягнення позитивної динаміки щодо рівня реабілітованості військовослужбовців – учасників бойових дій.

Докладніше розкриємо особливості проведення арт-терапевтичних занять в ЕГ. Обираючи варіанти групової арт-терапії, ми надавали перевагу тематично орієнтованим групам, оскільки на них ми мали змогу досліджувати теми, пов'язані з «конфліктами», «болем», «втратами», «любов'ю» тощо. Перед проведенням арт-терапевтичних занять ми пояснили

військовослужбовцям, що арт-терапія не передбачає спеціальних художніх здібностей, умінь «гарно малювати», підкреслюючи, що кожний може вільно виражати себе за допомогою різних художніх матеріалів.

На перших арт-терапевтичних заняттях ми використовували лише пасивну арт-терапію. Для цього військовослужбовцям ми організовували перегляд репродукцій відомих художників, після такого перегляду влаштовувалися обговорення, на яких усі учасники не тільки висловлювалися про свої вподобання, але й намагалися зрозуміти, що хотів передати художник на своїх картинах. Таким чином, вони вчилися розпізнавати емоції інших людей.

Поступово арт-терапевтичні заняття стали проходити з активною арт-терапією, тобто, військовослужбовці-учасники бойових дій почали самі малювати. Особливою популярністю користувалися техніки акватипія і монотипія, кляксографія, оскільки більшість військовослужбовців переживали за відсутність художніх здібностей. Оскільки арт-терапевтичні заняття проходили у груповій формі (по 10–12 чоловік), ми проводили вправи «Мої секрети», «Спільний малюнок», «Розмова», «Сюжетні лінії», «Спільний проект» тощо. На кожному арт-терапевтичному занятті військовослужбовці отримували нові завдання, тим самим вони опановували нові арт-терапевтичні техніки і виконували арт-терапевтичні вправи. Так, учасники ЕГ мали малювати в реалістичній або абстрактно-символічній манері те, чим би вони хотіли поділитися зі всією групою. Виконуючи вправу «Спільний малюнок», військовослужбовці мали малювати одночасно з партнером мовчки, уважно реагуючи на всі його дії. Цікавою для військових була вправа «Розмова», коли кожен у групі мав обрати для себе колір і партнера, орієнтуючись на колір, що обрано. Пізніше пари мали зобразити «розмову» кольорів на спільному аркуші паперу. Ми пропонували учасникам імітувати сварку або примирення. На заключних заняттях ми практикували з комбатантами поєднання пасивної і активної арт-терапії, спочатку вони

переглядали репродукції, а після цього мали малювати, оскільки попередній перегляд активізував уяву і бажання створювати гарні малюнки.

Слід зазначити, що кожне арт-терапевтичне заняття було проведено із дотриманням чіткої структури і не перевищувало двох годин. При цьому більша частина заняття була відведена на обговорення. Кожний військовослужбовець мав висловитися про свій малюнок, зрозуміти й усвідомити відчуття та емоції, пов'язані із переглядом малюнків інших учасників арт-терапевтичної групи. Приємно відзначити, що на кожному занятті панувала приємна спокійна атмосфера, цьому сприяла спокійна класична музика, яку ми включали під час малювання.

Під час прослуховування музики ми використовували, на основі порад науковців, левел-принцип та ізо-принцип. Головна особливість ізо-принципу полягала в тому, що спочатку для прослуховування військовослужбовцям була запропонована музика, яка відповідала їхньому настрою. Одразу після цього ми вмикали «нейтральну» музику і тим музичним фрагментом була мелодія, що допомагала змоделювати необхідний стан – радість, гнів, заспокоєння тощо. Особливістю левел-принципу було те, що перша музика мала пробудити інтерес у військовослужбовців ЕГ та залучити їх до загального групового прослуховування. Наступна мала бути більш жвава, ритмічна, яка мала відволікти й розважити. Третьою композицією ми включали, як правило, веселу або сумну композицію, залежно від мети заняття.

Окремо хотілося б зупинитися на впровадженні арт-терапевтичних технологій при проведенні арт-терапевтичних занять. Так, особливо цікавою для військовослужбовців була пісочна терапія, на якій вони мали змогу не просто малювати на піску, а створювати гарні тематичні композиції, які після того фотографували і влаштовували ретроспективний перегляд з обговоренням.

Корисними для військовослужбовців були арт-терапевтичні заняття із елементами ландшафтної арт-терапії. Враховуючи той факт, що класична

ландшафтна арт-терапія передбачає створення у навколишньому природному середовищі творчих художніх виробів, ми пропонували учасникам з ЕГ створити таке місце, в якому було б приємно не тільки відпочивати, але й жити, так би мовити «місце майбутнього». Військовослужбовці-учасники бойових дій обрали для цього занедбану будівлю біля шпиталю і поступово перетворили її на цікавий арт-об'єкт. Бетонні стіни були розмальовані графіті. На початку вони малювали вибухи, руїни будинків, поступово малюнки змінювались на звичайні «життєві історії», на яких зображалися діти, сім'я, школа тощо.

Спеціально для військовослужбовців ми створили виставку, яка була організована в реабілітаційному центрі та холі шпиталю. На ній були представлені фотографії, малюнки та художні вироби, створені самими військовослужбовцями. У подальших наших заняттях ми використовували цю експозицію для інших арт-терапевтичних груп в якості пасивної арт-терапії. Загалом арт-терапевтичні заняття дали змогу активізувати уяву, творче мислення військовослужбовців, розвинути в них відчуття прекрасного, поступово звільняючи їх від травматичних для них стресових переживань.

Оскільки у розробленій системі організації та здійснення комплексної реабілітації військовослужбовців ЗСУ, які були учасниками бойових дій, процесуальний блок моделі представлений ігровими технологіями, висвітливо їх детальніше.

На початкових етапах здійснення реабілітації ми вивчали ігрові інтереси військовослужбовців, підбираючи такий ігровий матеріал, який поступово покращував психоемоційний стан, зменшуючи їхні деструктивні емоційні стани. Кожне ігрове заняття ми проводили з дотриманням технології, розробленої І. Мельничук. Серед різноманіття ігор особливою популярністю в учасників з ЕГ користувалися реабілітаційні ігри. Це було пов'язано з тим, що в них немає єдиного вірного рішення або стратегії, тому



необхідно було запропонувати декілька альтернативних варіантів, щоб отримати вірний результат.

Цікавими і корисними у практичному плані для військовослужбовців-учасників бойових дій були спортивні ігри. Ці ігри повинні були подолати існуючі в суспільстві стереотипи сприйняття військовослужбовців і ветеранів з інвалідністю. Девізом Ігор є «Ви всі незламні. Ніколи не здавайтесь і робіть все можливе, щоб надихати тих, хто вас оточує». Оскільки військовослужбовці ЕГ мали поранення, ми пропонували їм спортивні ігри, що не вимагали складної координації рухів і напруження уваги. Наприклад, «Кинь м'яч швидше», «Розтисни кулак», «Швидше» тощо. Такі ігри ми супроводжували психогімнастикою, яка також передбачала невеликі фізичні навантаження – вправи «Дзеркало», «Ведучий», «Повтори мене» тощо.

Ще одним видом спортивних ігор був хортинг та Хатха-йога. Якщо хортинг – це по суті звичний вид бойових занять для військовослужбовців, оскільки вправи і прийоми пов'язані з бойовою діяльністю, то Хатха-йога навпаки, допомагає розслабитися і релаксувати. Слід зазначити, що ці ігри проводив фізіотерапевт з мультидисциплінарної команди. При проведенні Хатхи-йоги військовослужбовці намагалися запам'ятовувати різні асани, які періодично повторювалися на наступних заняттях упродовж проведення комплексної реабілітації.

Окремою групою ігор були так звані ігри, спрямовані на згуртування команди. Для цього ми давали завдання учасникам з ЕГ розподілитися по групах і знайти спільну мету групи. Завдання давалися таким чином, що військовослужбовці вчилися координувати свої дії, довіряти один одному. Одночасно з цим ігри мали змагальний ефект, який був спрямований не на членів своєї команди, а на конкурентів – іншу команду.

При ігровому моделюванні ситуацій військові вчилися працювати спільно, навіть якщо в групі були люди, які не імпонували одне одному. Для цього ми проводили ігри «Олівці», «Збір за голосами», «Поворот у

стрибках», «Плутанина», «Живе коло», «Рулет», «Живе дзеркало», «Коло довіри» тощо.

У грі «Міна-розтяжка» ми давали завдання учасникам, щоб вони уявили себе командою розвідників, які, виконуючи бойове завдання, натикаються на міну-розтяжку. Вони не могли її обійти, знешкодити, проповзти повз неї. Єдиний спосіб подолати перешкоду – всій команді переправитися зверху над розтяжкою. Ця гра сприяла формуванню взаємної довіри учасників.

Цікавою для військовослужбовців-учасників бойових дій була гра «Інтелектуальний футбол». Спочатку ми поділили усіх учасників на дві команди, як у справжньому футболі, потім вибрали захисників, нападаючих і воротаря. Кожна команда повинна придумати для іншої команди по 5–7 питань на різні теми: кіно, живопис, спорт, політика тощо. Команда задає питання і кидає м'яч нападаючим противника. Якщо вони не впоралися з питанням, передають м'яч захисникам, а потім воротареві. Якщо відповідь і в цьому випадку не знайдено, зараховується гол. Проведені ігрові заняття дали змогу військовослужбовцям отримати вміння «читати» інших людей, розпізнавати їх настрій та емоції, чути співрозмовника, та при цьому почувати себе комфортно.

До інноваційних психотерапевтичних методів, представлених у процесуальному блоці моделі системи організації та здійснення комплексної реабілітації військовослужбовців-учасників бойових дій, ми віднесли психотерапію. Зазначимо, що проведення психотерапевтичних групових занять відбувалося в умовах шпиталю і реабілітаційного центру, а самі заняття проводилися психотерапевтом – одним із представників мультидисциплінарної команди.

При проведенні групових психотерапевтичних занять нами були використані метод раціональної психотерапії у формі бесіди. На одному із занять ми розповідали про можливі наслідки пережитих стресів і пояснювали, що буде, якщо це не лікувати, намагаючись спрогнозувати

ситуацію як у позитивному, так і негативному ракурсах. Це робилося для того, щоб військовослужбовці усвідомили необхідність відвідування психотерапевтичних занять. У випадку, коли вони відчували дискомфорт на групових заняттях, їм надавалася можливість отримати індивідуальні консультації психолога або психотерапевта. При цьому, ми чітко розписували це в індивідуальній програмі реабілітації – перевага надається індивідуальному чи груповому формату.

Корисними для військовослужбовців були заняття з елементами сугестивної психотерапії, аутогенного тренування, коли психотерапевт проводив сеанси гіпнозу і навіював позитивні емоції, прогножуючи «позитивне» у майбутньому. Наголошувалося на таких важливих аспектах як «здоров'я», «мир», «життя», «щаслива сім'я» тощо. Для того, щоб заняття з аутогенним тренуванням проходили ефективніше, ми спочатку пояснювали військовослужбовцям з ЕГ, як правильно формулювати текст, у теперішньому часі, наприклад «Я здоровий, щасливий. У мене чудова сім'я, мене люблять мої рідні тощо». Поступово вони самостійно тренувалися, проводячи аутогенне тренування вранці і ввечері. Як засвідчували учасники ЕГ в усних бесідах, такі заняття покращували загальний психоемоційний стан, зменшували напругу, агресію і тривожність.

Слід зазначити, що всі перелічені вище інноваційні технології проводилися нами в комплексі, додатково до тих, що передбачені реабілітаційним центром або шпиталем, наприклад, заняття ЛФК, масаж, кінетотерапія, фізіотерапія, ароматерапія, водолікування, які обов'язково проводяться спеціально підготовленим медичним персоналом.

Важливим після проведення комплексної реабілітації був супровід учасників ЕГ, організований сумісно, що передбачав регулярні зустрічі у форматі тренінгів, перегляду відеофільмів, походів на виставки та картинні галереї. У процесі таких зустрічей ми мали змогу спостерігати за психоемоційним станом військовослужбовців, допомагали їм у розв'язанні проблем, які були пов'язані з адаптацією до мирного життя.

Ми запропонували військовослужбовцям з ЕГ для перегляду фільми, після чого влаштовували обговорення, на основі застосування методу під назвою «психологічне зараження». Тобто, «під час перегляду людина зазвичай ідентифікує себе з головним героєм, переживає разом з ним проблемні ситуації. «Зараження» є продуктом психічної діяльності на рівні підсвідомості». Військовослужбовці мали змогу ідентифікувати себе з головними героями фільмів, тим самим уживаючись в образ і намагаючись подібним образом розв'язувати власні проблеми.

Слід зазначити ефективність проведення тренінгових занять (тренінг «Антистрес»). Ми на основі кольорового тесту, на початку і в кінці кожного тренінгового заняття, оцінювали емоційний стан й визначали ступінь задоволеності військовослужбовців-учасників бойових дій від участі в занятті. Ми враховували, що кожний кольоровий відтінок супроводжується вербальною характеристикою та служить своєрідним «словником емоцій» М. Люшера, згідно з яким червоний колір символізує захопленість або активність; жовтий – приємний настрій; зелений – спокій, урівноваженість; оранжевий – радість, теплоту; синій – сум і спокій; фіолетовий – незадоволеність; чорний – тугу.

У військовослужбовців з ЕГ (на початку та в кінці кожного тренінгового заняття) була змога обирати широку гаму кольорів, що характеризувало б їх настрій – від незадоволеного до байдужого, чи навіть до активного стану. Відзначимо, що на початку тренінгових занять, у більшості випадків, військовослужбовці обирали сірі, сині або фіолетові кольори, а в кінці занять кольори змінювалися на більш яскраві (жовті, оранжеві, червоні). Така зміна паліри кольорів свідчила про домінування позитивних емоцій, підтверджувала приємний настрій і задоволення від тренінгового заняття й спілкування з учасниками групи.

Завдання формувального етапу експерименту передбачало організацію II-го (підсумкового) зрізу. Головна мета цього зрізу – з'ясування кінцевого рівня сформованості мотиваційного, стресостійкісного та поведінкового

компонентів реабілітованості військовослужбовців-учасників бойових дій. Наголосимо на тому, що методика проведення підсумкового зрізу була тотожною до організації та проведення вступного зрізу, яку ми описали у п. 2.1. На основі такого підходу ми отримали змогу простежити динаміку змін у рівнях реабілітованості військовослужбовців ЕГ та КГ. Узагальнені результати підсумкового зрізу представлено у табл. 2.15.

Таблиця 2.15

## Розподіл комбатантів КГ та ЕГ за рівнями реабілітованості (II зріз)

Групи	Компоненти	Рівні реабілітованості							
		Високий		Достатній		Середній		Низький	
		Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
КГ (61)	Мотиваційний	3	4,9	14	22,9	19	31,2	25	41,0
	Стресостійкісний	8	13,1	20	32,8	16	26,2	17	27,9
	Поведінковий	5	8,2	19	31,2	22	36,1	15	24,5
	<b>Загальні результати</b>	<b>5</b>	<b>8,2</b>	<b>18</b>	<b>29,5</b>	<b>19</b>	<b>31,2</b>	<b>19</b>	<b>31,2</b>
ЕГ (59)	Мотиваційний	7	11,9	24	40,7	24	40,7	4	6,7
	Стресостійкісний	19	32,2	24	40,7	15	25,4	1	1,7
	Поведінковий	15	25,4	27	45,8	16	27,1	1	1,7
	<b>Загальні результати</b>	<b>14</b>	<b>23,7</b>	<b>25</b>	<b>42,4</b>	<b>18</b>	<b>30,5</b>	<b>2</b>	<b>3,4</b>

Отже, другий зріз показав позитивні зміни щодо сформованості усіх компонентів (мотиваційного, стресостійкісного, поведінкового) реабілітованості військовослужбовців-учасників бойових дій, які були залучені до експериментального дослідження та знаходилися в ЕГ. Тоді як у КГ таких значних позитивних змін ми не спостерігали. Узагальнені результати (I та II зріз) ми представили у таблиці 2.16 а також 2.17.

Таблиця 2.16

**Результати проведення комплексної реабілітації  
військовослужбовців - учасників бойових дій на формувальному етапі  
дослідження (у %)**

Групи	Рівні	Компоненти реабілітованості								
		Мотиваційний			Стресостійкісний			Поведінковий		
		I зріз	II зріз	Приріст	I зріз	II зріз	Приріст	I зріз	II зріз	Приріст
	Високий	3,2	4,9	+1,7	11,5	13,1	+1,6	4,9	8,2	+3,3

	Достатній	13,1	22,9	+9,8	29,5	32,8	+3,3	27,9	31,2	+3,3
	Середній	23,0	31,2	+8,2	24,6	26,2	+1,6	32,8	36,1	+3,3
	Низький	60,7	41,0	-19,7	34,4	27,9	-6,5	34,4	24,5	-9,9
ЕГ (59)	Високий	5,1	11,9	+6,8	11,9	32,2	+20,3	8,5	25,4	+16,9
	Достатній	13,5	40,7	+27,2	27,1	40,7	+13,6	27,1	45,8	+18,7
	Середній	22,1	40,7	+18,6	28,8	25,4	-3,4	28,8	27,1	-1,7
	Низький	59,3	6,7	-52,6	32,2	1,7	-30,5	35,6	1,7	-33,9

Таблиця 2.17

**Узагальнені результати реабілітації військовослужбовців -  
учасників бойових дій на формувальному етапі експериментального  
дослідження (n = 120 (КГ – 61, ЕГ – 59))**

Рівні	Початок експерименту I зріз				Кінець експерименту II зріз			
	КГ		ЕГ		КГ		ЕГ	
	к-ть	%	к-ть	%	к-ть	%	к-ть	%
Високий	<b>4</b>	<b>6,5</b>	<b>5</b>	<b>8,5</b>	<b>5</b>	<b>8,2</b>	<b>14</b>	<b>23,7</b>
Достатній	<b>14</b>	<b>23</b>	<b>13</b>	<b>22,1</b>	<b>18</b>	<b>29,5</b>	<b>25</b>	<b>42,4</b>
Середній	<b>16</b>	<b>26,2</b>	<b>16</b>	<b>27,1</b>	<b>19</b>	<b>31,2</b>	<b>18</b>	<b>30,5</b>
Низький	<b>27</b>	<b>44,3</b>	<b>25</b>	<b>42,3</b>	<b>19</b>	<b>31,2</b>	<b>2</b>	<b>3,4</b>

Таким чином, як засвідчують результати табл. 2. 16 та 2.17, проведена практична діяльність щодо вдосконалення компонентів реабілітованості військовослужбовців – учасників бойових дій, яка базувалася на впровадженні системи організації та здійсненні комплексної реабілітації військовослужбовців Збройних Сил України, які були учасниками бойових дій у ЕГ дала позитивні результати. За результатами, які ми отримали можна констатувати, що військовослужбовці КГ не змогли самостійно досягнути істотних позитивних результатів. Натомість, військовослужбовці, які перебували в ЕГ, мали суттєві позитивні зміни за всіма компонентами (мотиваційним, стресостійкісним, поведінковим).

Таким чином, після проведення комплексу реабілітаційних заходів психоемоційний стан військовослужбовців значно покращився, зменшилися прояви тривожності та агресивної поведінки. Якщо перед проведенням

реабілітаційних заходів деякі з них відмовлялися від спілкування з психологом і психотерапевтом, то після проведення тренінгових занять, вони почали активно з ними працювати, йти на контакт. Окрім цього, покращилися взаємовідносини у сім'ях комбатантів, зменшилися конфлікти і сварки, що може свідчити про ефективність проведених реабілітаційних заходів.

### **2.3 Методичні рекомендації фахівцям щодо реабілітаційної діяльності з військовослужбовцями ЗСУ**

Результати проведеного дослідження дали можливість розробити методичні рекомендації фахівцям психологічних та соціальних служб щодо оптимізації реабілітаційної діяльності з військовослужбовцями ЗСУ, що брали участь у бойових діях. Ефективність та якість реалізації відповідної системи організації реабілітації військовослужбовців-учасників бойових дій залежать від усвідомлення всіма учасниками мультидисциплінарної команди, в тому числі і комбатантами, важливості та необхідності оптимізації реабілітаційної діяльності з військовослужбовцями-учасниками бойових дій, від узгодженої діяльності фахівців служб щодо впровадження комплексу реабілітаційних технологій.

Основна мета методичних рекомендацій – оптимізувати практичну діяльність з військовослужбовцями – учасниками бойових дій. Для реалізації цієї мети були сформульовані такі завдання:

- ознайомити фахівців мультидисциплінарної команди з системою комплексної реабілітації військовослужбовців ЗСУ, що були задіяні у бойових діях, з відповідним розподілом функціональних обов'язків;
- ознайомити психолога / військового психолога, соціального працівника з розробленим діагностувальним інструментарієм для визначення рівня реабілітованості військовослужбовців-учасників бойових дій;
- ознайомити фахівців мультидисциплінарної команди з інноваційними реабілітаційними технологіями;

– підготувати сім'ї військовослужбовців до повернення демобілізованих військовослужбовців із зони проведення бойової операції.

Зазначимо, що здійснювати психодіагностику психоемоційного стану військовослужбовців – учасників бойових дій повинен психолог. Як наголошує колектив українських дослідників, «на відміну від цивільних психологів, які розглядаються як фахівці вузького профілю, діяльність військового психолога включає в себе психодіагностику, психопрофілактику, психологічну підготовку, соціально-психологічну адаптацію та психологічне консультування військовослужбовців. По суті, військовий психолог поєднує основні компетенції психолога-діагноста, соціального психолога, психолога праці та власне військового психолога. У своїй повсякденній професійній діяльності він повинен вирішувати завдання з вивчення психологічних особливостей військовослужбовців, військових колективів, здійснювати психологічне забезпечення бойової готовності, несення особовим складом бойового чергування, здійснювати профілактику негативних соціально-психологічних проявів та надавати допомогу військовослужбовцям у вирішенні їх психологічних проблем. У воєнний час він є безпосереднім організатором усієї системи психологічного забезпечення бойових дій підрозділу».

Пропонуємо комплекс методик, які допомагають фахівцям організувати та провести вивчення психоемоційного стану військовослужбовців – учасників бойових дій. Сутність даного комплексу полягає у можливості здійснити фахівцем психологічних та соціальних служб планомірну системну діагностику стресу та його наслідків у військовослужбовців – учасників бойових дій, а саме з'ясувати рівень ПТСР, депресії, проявів конфліктної, агресивної та тривожної поведінки.

Зазначимо, що розроблена програма діагностики може бути доповнена іншими методиками. Окрім цього психолог має займатися вивченням індивідуально- психологічних особливостей військовослужбовців. Слід враховувати той факт, що «проведення динамічного психологічного



вивчення особового складу підрозділу здійснюється фахівцями з відповідною психологічною освітою та з додержанням положень Етичного кодексу психолога».

Отримані діагностичні дані дадуть змогу офіцеру-психологу ефективно здійснювати соціально-психологічний супровід діяльності військовослужбовців – учасників бойових дій, а також вчасно надавати ефективні рекомендації командирам щодо розв’язання конфліктних ситуацій у військовому підрозділі.

Слід зазначити, що тривале перебування учасників військових дій у зоні проведення бойової операції, призводить до проявів неадекватної поведінки під час їх попадання в мирне середовище. Тобто, у цьому контексті поділяємо позицію науковців про те, що «існує ймовірна загроза проявів сприйняття навколишнього середовища через «військову призму дійсності», замкненості в собі, тривоги щодо зміни ставлення сім’ї до нього, відчуття боязкості за свою сім’ю, щоб сім’я не дізналася про жахи війни». Для цього сімейні психологи мають пояснювати кожному члену сім’ї характерні особливості «нової» поведінки комбатантів та її причини для того, щоб допомогти їм впоратися з внутрішніми психологічними проблемами.

У деяких членів сімей (дружин, дітей, батьків) може з’явитися відчуття відчуженості військовослужбовця від родини. Для цього, сімейний психолог має пояснити, що слід пам’ятати про те, що військовослужбовець стикався зі складними обставинами під час проведення бойових дій, тому усім членам його сім’ї, для відновлення колишньої близькості, довіри і підтримки, необхідно навчитися знову довіряти одне одному і покладатися один на одного. З метою якнайшвидшого подання відчуття відчуженості необхідно переглянути та переоцінити сімейні цінності та вдосконалити спектр звичних сімейних ролей.

Окрім цього, з метою налагодження позитивного сімейного клімату у родині, сімейний психолог має наголошувати на тому, що при поверненні бійця додому, члени родини можуть стикатися з проблемами у стосунках, а

саме: поява нових знайомих та друзів, виникнення почуття підозри невірності другої половини. У такі моменти членам родини в обов'язковому порядку необхідно розмовляти один з одним, обговорювати ті почуття, які в них виникають та разом шукати шляхи вирішення проблем.

Особливу увагу, як доводять фахівці-практики, необхідно звернути сімейному психологу на дітей військовослужбовців, оскільки вони, залежно від віку, можуть по-різному реагувати на повернення у сім'ю батька- бійця або матері-бійця. Так, діти до 12 місяців можуть реагувати на зміни у розпорядку дня, оточенні, зміни настрою матері або відсутність її уваги. Зокрема, у більшості випадків, діти можуть відмовлятися від їжі й навіть втрачати вагу та ставати апатичними. Як засвідчує практика, діти віком ві 1 до 3 років можуть необґрунтовано плакати та ображатися, погано спати й систематично влаштовувати істерики, якщо батько/мати перебуває в стресовому стані після повернення із зони проведення бойових дій. Діти віком від 3 до 6 років можуть також проявляти нетипову поведінку (регресувати, смоктати пальці, мати проблеми зі сном, підвищений рівень тривожності, необґрунтовані роздратування, боязнь втрати матері/батька, відчуття своєї провини через мобілізацію батьків у зону проведення бойових дій). Діти цього віку можуть впадати у гнів, легко роздратовуватися, бути пригніченими або навпаки надміру агресивними, вони систематично можуть скаржитися на біль, або неприємні відчуття. Для дітей віком від 6 до 12 років можуть бути притаманні негативні особистісні реакції. Зокрема, вони можуть бути агресивними й нервовими, капризувати і скаржитися, у них часто можуть траплятися істеричні скандали. Як свідчать практики, у дітей цієї вікової категорії може зненацька з'являтися різкий головний або шлунковий біль тощо. Дуже часто дошкільнята або молодші школярі турбуються, переживають про безпеку батька вдома.

Діти, віком від 13 до 18 років можуть безпідставно хвилюватися, нервувати, протестувати. Це відбувається, головним чином, тому, що їм може не сподобатися новий розподіл сімейних ролей і обов'язків під час

відсутності батька/матері та після повернення їх назад додому. У зв'язку з пережитим стресом, підлітки можуть потрапити до груп ризику, а саме: тютюнопаління, зловживання алкоголем, наркотичні засоби, схильність до суїциду та правопорушень.

Таким чином, необхідно, щоб сімейний психолог підготував дитину, незважаючи на її вік, до повернення одного із батьків (матері-воїна, чи батька-воїна) додому, огорнути її додатковою увагою та піклуватися про них, проявити розуміння до почуттів дитини, проявляти терпіння до її реакції (агресії, ревність, злість, провина). У цьому контексті доцільно, насмперед, обговорити нову ситуацію, яка виникла у сім'ї, у зв'язку із поверненням члена родини додому та постаратися зберегти звичайний (традиційний для кожної родини) ритм життя.

Сімейний психолог має пояснити усім членам сім'ї, у яку повертається військовослужбовець-учасник бойових дій, що вони можуть знизити ймовірність негативних проявів поведінки демобілізованого лише у тому випадку, коли будуть:

- надавати можливість проводити частину вільного часу віч-на-віч із кожним членом сім'ї або близьким другом;
- підтримувати його у стосунках з іншими, але в той же час надавати йому певний час побути наодинці з самим собою;
- спільно проводити дозвілля (відвідувати кінотеатри, театри, свята, культурно-розважальні заходи тощо);
- справедливо розподіляти домашні обов'язки та обговорювати ймовірні нові зобов'язання, які виникають;
- поважати думки та дії кожного члена сім'ї, йти на компроміс чи поступки.

Психолог / соціальний працівник має:

- проводити індивідуальну роботу з військовослужбовцями – учасниками бойових дій;

- у разі необхідності особисто відвідати сім'ї військовослужбовців, створити умови для відвертого, довірливого обговорення і розв'язання складних життєвих ситуацій;
- проводити профілактичні заходи щодо запобігання агресивної, конфліктної, тривожної поведінки як у військовослужбовців, так і у членів його родини;
- організувати психологічний та соціальний супровід військовослужбовця – учасника бойових дій і його сім'ї;
- проводити тренінгові заняття з військовослужбовцями задля успішної адаптації їх до нових умов мирного життя;
- вивчати соціально-психологічний стан військовослужбовці – учасників бойових дій, а також аналізувати суспільну думку, настрої, які є у близького оточення;
- проводити заходи для підтримки здорового морально-психологічного клімату військовослужбовців – учасників бойових дій;
- піклуватися про соціальний захист військовослужбовців, що брали участь у бойових діях і членів їх сімей, допомагати у відновленні порушених прав та допомагати отримувати соціальну підтримку, яка закріплена законодавчими актами;
- проводити консультування з соціально-правових і сімейно-побутових проблем, які можуть виникнути у військовослужбовців-учасників бойових дій, а також у членів їхніх родин;
- піклуватися про створення сприятливих матеріально-побутових умов для військовослужбовців-учасників бойових дій і членів їхніх сімей;
- сприяти культурному і духовному розвитку військовослужбовців ЗСУ, що були задіяні в проведенні бойових операцій;
- організувати змістовне дозвілля військовослужбовців-учасників бойових дій та їхніх родин;
- активно взаємодіяти з міськими, обласними та регіональними центрами соціальних служб для дітей, сім'ї та молоді, реабілітаційними

центрами, медичними установами, місцевими органами влади, місцевого самоврядування в інтересах проведення спільних заходів щодо створення умов для здорового способу життя військовослужбовців-учасників бойових дій та їх родин.

Лікар-реабітолог має:

- проводити медичне обстеження військовослужбовців-учасників бойових дій;
- виявляти військовослужбовців, які брали участь у бойових діях, із відхиленнями у фізичному і психічному розвитку, схильних до вживання наркотиків, алкоголізму, токсикоманії та вживати адекватних заходів щодо їхнього лікування;
- здійснювати медико-профілактичні заходи щодо виявлення військовослужбовців-учасників бойових дій із нервово-психічною нестійкістю та надавати їм необхідну допомогу;
- формувати у військовослужбовців-учасників бойових дій установку на ведення здорового способу життя;
- цілеспрямовано та системно надавати допомогу у реабілітації військовослужбовцям-учасникам бойових дій, які прибули з лікувальних закладів.

Результати проведеного дослідження переконливо доводять, що перспективність запропонованих рекомендацій полягає в тому, що вони передбачають оптимізацію реабілітаційної діяльності з військовослужбовцями ЗСУ, що брали участь у бойових діях.

Отже, розроблена система організації комплексної реабілітації військовослужбовців ЗСУ, які були учасниками бойових дій, вимагала експериментальної перевірки ефективності її реалізації у реабілітаційних закладах України. У практичному контексті було проведено формувальний етап експериментального дослідження. Основною базою для експериментальної роботи були: Черкаський обласний центр соціально-психологічної допомоги, Черкаський обласний госпіталь ветеранів війни

Черкаської обласної ради. До організації та проведення експериментальної діяльності залучено 120 військовослужбовців-учасників бойових дій.

Результати I зрізу засвідчили, що переважна більшість продіагностованих нами респондентів мають низький (ЕГ – 59,3 %, КГ – 60,7 %), середній (ЕГ – 22,1 %, КГ – 23 %), достатній (ЕГ – 13,5 %, КГ – 13,1 %), високий (ЕГ – 5,1%, КГ – 3,2%) рівні реабілітованості за мотиваційним компонентом; низький (ЕГ – 32,2 %, КГ – 34,4 %), середній (ЕГ – 28,8 %, КГ – 24,6 %), достатній (ЕГ – 27,1 %, КГ – 29,5 %), високий (ЕГ – 11,9%, КГ – 11,5%) рівні реабілітованості за стресостійкісним компонентом; низький (ЕГ – 35,6 %, КГ – 34,4 %), середній (ЕГ – 28,8 %, КГ – 32,8 %), достатній (ЕГ – 27,1 %, КГ – 27,9 %), високий (ЕГ – 8,5%, КГ – 4,9%) рівні реабілітованості за поведінковим компонентом. Отримані результати засвідчили, що стан реабілітованості військовослужбовці – учасників бойових дій є недостатнім та підтвердили наше припущення про те, що підвищувати рівень їхньої реабілітованості потрібно через моделювання та упровадження створеної нами системи.

Ефективними у роботі з військовослужбовцями – учасниками бойових дій визначено психологічну допомогу консультаційного характеру, групову та індивідуальну психотерапію, тренінгові заняття. При проведенні групової психотерапії з комбатантами дієвими виявилися техніки емоційно-вольової саморегуляції, медитативні та арт-терапевтичні техніки. Серед арсеналу різноманітних психотерапевтичних методів при проведенні комплексної реабілітації з військовослужбовцями особлива увага була приділена раціональній, сугестивній, особисто орієнтованій психотерапії, наркопсихотерапії.

Отримані результати II зрізу формувального етапу експериментального дослідження показали, що рівень реабілітованості військовослужбовців в ЕГ є вищим, ніж у військовослужбовців КГ, що дало підставу стверджувати про ефективність впровадженої нами системи організації та здійснення комплексної реабілітації. Таким чином, експериментальне дослідження

повністю підтвердило доцільність впровадження розробленої системи організації та здійснення комплексної реабілітації військовослужбовців, які були учасниками бойових дій.

Розроблені методичні рекомендації для фахівців психологічних та соціальних служб допоможуть оптимізувати реабілітаційну діяльність з військовослужбовцями ЗСУ, що брали участь у бойових діях. Вони спрямовані на ознайомлення фахівців мультидисциплінарної команди з системою комплексної реабілітації; відповідним розподілом функціональних обов'язків; розробленим діагностувальним інструментарієм для визначення рівня реабілітованості комбатантів; інноваційними реабілітаційними технологіями.

## ВИСНОВКИ

Теоретико-експериментальне дослідження проблеми реабілітації учасників військових конфліктів дозволило зробити такі висновки.

Узагальнення результатів теоретичного аналізу досліджень вітчизняних і зарубіжних учених дало можливість розкрити загальні підходи до трактування основних дефініцій дослідження. Встановлено, що «реабілітація» пов'язана з такими категоріями, як адаптація, реадaptaція, ресоціалізація, психологічна допомога. Реабілітація є системою наукової та практичної діяльності, спрямованої на відновлення особистісного та соціального статусу суб'єкта через комплексний вплив на особистість із залученням медичних, соціальних, психологічних, педагогічних, правових та інших засобів. Представлено реабілітацію учасників бойових дій як цілісний комплекс медичних, фізичних, психологічних, педагогічних, соціальних заходів, спрямованих на відновлення їх здоров'я, психоемоційного стану, працездатності, покращення процесу соціалізації та адаптації до умов мирного життя. Встановлено, що реабілітація цієї категорії населення передбачає наявність чотирьох основних видів – психологічної, медичної/фізичної, соціальної та педагогічної, які можуть поєднуватися між собою.

Під час проведення реабілітаційної роботи з учасниками військових конфліктів, які мають психоемоційні розлади і стреси, наслідки ПТСР, прояви деструктивних емоційних станів, особливе місце займає арт-терапія – технологія лікування засобами образотворчого мистецтва – малюнком, графікою, живописом, скульптурою для гармонійного розвитку особистості з різними допоміжними технологіями – ігровою, пісочною, театральною, танцювально-руховою, музико-, казко-, фототерапією. Визначено ігрові методи у роботі з військовослужбовцями – метод аналізу конкретних ситуацій, «мозкового штурму», інтелектуальної розминки.

Встановлено, що при проведенні реабілітації високоефективними є



різні види тренінгів – спеціалізовані, професійні, комунікативні, соціально-психологічні, адаптивні. Особливим видом психотерапії визначено сімейну терапію, спрямовану на корекцію міжособистісних взаємин та усунення емоційних розладів у сім'ях військовослужбовців, які повернулися після виконання бойових завдань до мирного життя.

Підсумковий зріз формувального експерименту засвідчив, що рівень реабілітованості військовослужбовців у експериментальній групі є вищим, ніж у контрольній групі. Розроблено методичні рекомендації для фахівців психологічних та соціальних структур щодо оптимізації реабілітаційної діяльності з військовослужбовцями Збройних Сил України, що брали участь у бойових діях.

## СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Агаєв Н.А. Соціально-психологічні аспекти адаптації особистості в умовах військової діяльності. Проблеми загальної та педагогічної психології: Зб. наук. праць Інституту психології ім. Г.С. Костюка АПН України. За ред. С.Д. Максименка. К.: ГНОЗІС, 2005. Т. VII. Вип. 5, С. 6–10.
2. Актуальні проблеми соціальної адаптації військовослужбовців та членів їх сімей. Під. Ред. Рубцова. К., 2011. 346 с.
3. Алещенко В. І. Військова психологія: ретроспективний аналіз та подальший розвиток. *Теорія і практика управління соціальними системами*. 2015. 2. С. 46–53.
4. Антонова-Турченко О. Г., Дробот Л. С. Музична психотерапія : посібник-хрестоматія. К. : ІЗМН, 1997. 260 с.
5. Бедюк М. В. Особливості реалізації програми «Психологічна допомога бійцям АТО та їхнім сім'ям». *Збірник наукових праць РДГУ*. 2016. Випуск 6. С. 18–21.
6. Безпалько О., Савич Ж. Спілкуємось та діємо: Навч.-метод, посіб. К.: Навч. Книга, 2002. 112 с.
7. Білий О. В., Іванцова Г. М., Мартинюк Г. М. Особливості психофізіологічної адаптації військовослужбовців до умов військової служби в залежності від спеціальності. *Актуальні проблеми транспортної медицини*. 2012. № 1 (27). С. 96–100.
8. Блінов О. А. Вплив стрес-факторів діяльності на військовослужбовців. *Вісник НАОУ*. К. : Міленіум, 2006. Вип. 2. С. 118–124.
9. Богуславська О. Як не загубитися у розмаїтті тренінгових програм: [Електронний ресурс]: 1 ч. Режим доступу: <http://www.b17.ru/article/2704/>
10. Бондаренко В. В. Надання психологічної допомоги прикордонникам та членам їх сімей як важливий компонент діяльності офіцерів по роботі з персоналом. *Збірник наукових праць Національної академії Державної прикордонної служби України*. Серія: педагогічні та психологічні науки). 2013. 2 (67). С. 282–292.

11. Бриндіков Ю. Л. Комплексна соціально-педагогічна реабілітація військовослужбовців-учасників збройних конфліктів. *Науковий вісник Ізмаїльського гуманітарного університету* : зб. наук. праць. Серія Педагогічні науки. Ізмаїл : РВВ ІДГУ, 2017. Вип. 36. С. 18–22.

12. Бриндіков Ю. Л. Методологічні принципи реабілітації військовослужбовців-учасників бойових дій. *Педагогічні науки* : зб. наук. праць. Херсонський державний університет. Херсон, 2017. Вип. LXXVII (77). Том 2. С. 149–153.

13. Бриндіков Ю. Л. Реабілітація військовослужбовців учасників бойових дій в системі соціальних служб: теоретико-методичні основи: монографія. Хмельницький: Вид-во «Поліграфіст», 2018. 372 с.

14. Бриндіков Ю. Л. Сутнісні характеристики тренінгу для військовослужбовців-учасників бойових дій. *Науковий часопис Національного педагогічного університету імені М.П.Драгоманова*. Серія 11. Соціальна робота. Соціальна педагогіка. Вип. 24 (I том). К. : Вид-во НПУ імені М.П. Драгоманова, 2018. С.142–151.

15. Буряк О. О., Гіневський М. І. Соціальна адаптація армії України до нових умов існування . *Збірник наукових праць Харківського університету Повітряних Сил*. 2014. Випуск 4. С. 160-166. Режим доступу: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/ZKhUPS\\_2014\\_4\\_41](http://nbuv.gov.ua/UJRN/ZKhUPS_2014_4_41)

16. Буряк О. О., Гіневський М. І., Катеруша Г. Л. Військовий синдром «АТО»: актуальність та шляхи вирішення на державному рівні. *Збірник наукових праць Харківського університету Повітряних Сил*. 2015. Випуск 2 (43). С. 176–181.

17. Варій М. Й. Морально-психологічний стан військ: навчальний посібник. Львів, 2000. 162 с.

18. Великий тлумачний словник сучасної української мови / уклад. і голов. ред. Бусел В. Т.. К. ; Ірпінь : Перун, 2007. 1736 с.

19. Голяченко А. О. Основи медичної реабілітації. Тернопіль : Лілея, 2000. 120 с.

20. Гончаренко Л. О. Професіоналізація військової діяльності в сучасному суспільстві (соціально-філософський аналіз): автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. філос. наук: 09.00.03 / Леонід Олександрович Гончаренко. Харків, 1998. 16 с.

21. Діяльність психолога у ході психологічного забезпечення професійної діяльності особового складу Збройних Сил України: (методичні рекомендації). Міністерство оборони України, Наук.-дослід. центр гуманітар. проблем Збройних Сил України: О.Г. Скрипкін, А.Б. Дейко, О.В. Еверт. К.: НДЦ ГП ЗС України, 2016. 110 с.

22. Динамічне психологічне вивчення особового складу : Методичні рекомендації командирам та офіцерам-психологам підрозділів. Випуск перший / В. О. Баношенко, Н. І. Копаниця, Е. С. Литвиненко, В. Є. Солодовніков. К. : СПЦ ЗСУ, 2009. 60 с.

23. Дуткевич Т. Теорія і практика розвивально-корекційної роботи психолога. К.: КНТ, 2017. 266 с.

24. Дуткевич Т. В., Савицька О. В. Практична психологія: вступ до спеціальності. 2-ге вид. К. : Центр учбов. літ., 2010. 256 с.

25. Екстремальна психологія : підручник / О.П. Євсюков, А.С. Куфлієвський, Д.В. Лебедєв та ін. За заг. ред. проф. О.В. Тімченка. К. : Август Трейд, 2007. 502 с.

26. Єжова Т. Є. Зміст і завдання соціальної реабілітації. Соціальна педагогіка : навч. посіб. для студ. вищ. навч. закл. / за ред. О.В. Безпалько. К. : Академвидав, 2013. С. 101–110.

27. Єна А. І., Маслюк В. В., Сергієнко А. В. Актуальність і організаційні засади медико-психологічної реабілітації учасників антитерористичної операції. *Науковий журнал МОЗ України*. 2014. № 1 (5). С. 5–16.

28. Зарецька Н. В., Гридковець Л. М. Організаційні засади надання психологічної реабілітації учасникам АТО та членам їх сімей. *Вісник*. 2016. Випуск 3 (31). С. 26–33.

29. Іващенко С. Н., Шахліна Л. Я., Лазарева О. Б. Особливості побудови фазової моделі фізичної реабілітації військовослужбовців, що постраждали внаслідок бойових дій. *Науковий часопис НПУ імені М. П. Драгоманова* 2016. Випуск 3 (72). С. 63–67.
30. Кандибович М. І. Військова психологія і педагогіка. Сучасна військова психологія: хрестоматія. Минск: Харвест, 2003. 576 с.
31. Каністерапія [Електронний ресурс]. Режим доступу : <http://www.uamodna.com/articles/kanisterapiya/>
32. Капська А. Й., Олексюк Н.С. Організаційно-педагогічне забезпечення позитивної життєдіяльності сім'ї військовослужбовця. *Вісник Чернігівського державного педагогічного університету імені Т.Г.Шевченка*. Випуск 61. Серія: Педагогічні науки, Чернігів: ЧДПУ 2009. № 61. С. 6–11.
33. Каськов І. В. Теоретичні аспекти адаптації молодих офіцерів до професійної діяльності. *Психологія : збірник наукових праць НПУ імені М. П. Драгоманова*, 2000. № 11. С. 439–442.
34. Ковальчук О. П. Особливості прояву спонукальної складової професійної діяльності військовослужбовців, які беруть участь в антитерористичній операції. *Проблеми сучасної психології* : Зб. наук. праць Кам'янець-Подільського нац. ун-ту імені Івана Огієнка, Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України / за наук. ред. С.Д. Максименка, Л.А. Онуфрієвої. Вип. 32. Кам'янець-Подільський : Аксіома, 2016. С.196–205.
35. Кокун О. М. Оптимізація адаптаційних можливостей людини: психофізіологічний аспект забезпечення діяльності: монографія. К. : Міленіум, 2004. 265 с.
36. Крайнюк В. М. Теорія та практика психологічної допомоги. К. : НАОУ, 2003. 158 с.
37. Креймер Д., Запорожець О. Психологічні засади травматерапії сімей учасників бойових дій. *Вісник*. 2016. 3 (31). С. 43–47.
38. Ліпатов І. І. Психологічна адаптація військовослужбовців до

бойової діяльності: навчальний посібник. Харків: ХВУ, 1999. 148 с.

39. Мозговий В. І. Дослідження поняття психологічного супроводу військовослужбовців на різних етапах службової діяльності. *Вісник Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна. Серія «Психологія»*. Вип. 63. 2017. С. 58–63.

40. Мороз Л. І. Професійно-психологічний тренінг у становленні особистості фахівця (на прикладі працівників ОВС): монографія. Івано-Франківськ: ЗАТ «Наддвірнянська друкарня», 2007. 312 с.

41. Настільна книга шкільного психолога. Авт.-уклад. О. Є. Марінушкіна. Харків: Ранок, 2010. 29 с.

42. Невмержицький В. М. Особливості професійно-психологічного відбору військовослужбовців до діяльності в особливих умовах. *Вісник Національного університету оборони України імені Івана Черняховського*. 2014. Вип. 2 (39). С. 269–273.

43. Невмержицький В. М. Практичні аспекти здійснення психологічної підготовки військовослужбовців. *Вісник Національного університету оборони України* 3 (34) К., 2013. с. 260–265.

44. Невмержицький В. М. Психологічні детермінанти адаптації військовослужбовців строкової служби до особливих умов діяльності: автореферат дисертації канд. псих. наук. К.: Військовий гуманітарний інститут Національної Академії оборони України. 2006, 194 с.

45. Олексюк Н. С. Професійна підготовка фахівців соціальної реабілітації в Україні як вимога часу. *Вісник Луганського національного університету імені Тараса Шевченка. Серія : Педагогічні науки*, 2016. 6 (303) жовтень, 2016. Частина III. С. 40–47.

46. Орбан-Лембрик Л. Е. Соціальна психологія : навч. посіб. К.: Академвидав, 2005. 448 с.

47. Основи психологічної допомоги військовослужбовцям в умовах бойових дій: Методичний посібник / О.М. Кокун, Н.А. Агаєв, І.О. Пішко, Н.С. Лозінська. К. : НДЦ ГП ЗСУ, 2015. 170 с.

48. Полозенко. О. В. Основи загальної психології. Том II. К.: НУБіП, 2009. 257 с.
49. Профілактика відхильної поведінки у військовослужбовців : навч.-метод. посіб. / А. М. Романишин, Т. М. Мацевко, О. С. Капінус «та ін.». Львів: НАСВ, 2017. 159 с.
50. Психологічна робота з військовослужбовцями-учасниками АТО на етапі відновлення: Методичний посібник / О. М. Коун, Н. А. Агаєв, І. О. Пішко, Н. С. Лозінська, В. В. Остапчук. К. : НДЦ ГП ЗСУ, 2017. 282 с.
51. Сафін О. Реабілітація та реадптація учасників бойових дій: психологічний аспект. *Вісник Київського національного університету імені Тараса Шевченка. Військово-спеціальні науки*. 2016. Вип. 1. С. 38–43.
52. Сафін О. Д. Психологічний самозахист як маркер індивідуального захисного стилю особистості. *Psychology Travelogs*, 2023. №3. С. 222-235.
53. Сафін О. Д., Тептюк Ю. О. Ключові характеристики негативної креативності особистості, що виявляються у її девіантній поведінці. *Психологічний журнал*. №10. 2023. С. 54-63.
54. Семиченко В. А., Заслуженюк В. С. Мистецтво взаєморозуміння. *Психологія та педагогіка сімейного спілкування*. К. : «Веселка», 1998. 214 с.
55. Стеценко С. Військовослужбовці в місцях постійної дислокації не мають умов для нормального життя [Електронний ресурс]. Главком. Режим доступу : <https://glavcom.ua/news/viyskovosluzhbovci-v-miscyah-postiynoji-dislokaciji-ne-mayut-umov-dlya-normalnogo-zhittya-410434.html>
56. Шевцов А. Г. Методичні основи організації соціальної реабілітації дітей з вадами здоров'я: монографія. К. : НТІ «Інститут соціальної політики», 2004. 240 с.
57. Шевцов А. Г. Методологічні принципи соціальної реабілітації осіб з обмеженими функціями здоров'я. *Збірник наукових праць Кам'янець-Подільського державного університету* : Серія соціально-педагогічна. 2006. Випуск VI. С. 337–342.
58. Шевченко В. В., Руденко А. А. Психологічна реабілітація

військовослужбовців, що перебували в миротворчому контингенті. *Науковий вісник Миколаївського державного університету імені В. О. Сухомлинського*. Серія : Психологічні науки. 2014. Вип. 2.12. С. 239–243.

59. Шльонська О.О. Розгляд поняття «адаптація» з погляду системного підходу. Актуальні проблеми психології. Том III. Консультативна психологія і психотерапія : *Збірник наукових праць Інституту психології імені Г.С.Костюка НАПН України*. 2013. Вип. 9.

60. Шпак В. П. Реабілітаційна педагогіка : навч. посіб. Полтава : АСМІ, 2006. 328 с.

61. Ягупов В. В. Військова психологія : Підручник. Київ: Тандем, 2004. 656 с.

62. Якубова Л. Структурно-функціональна модель соціальної реабілітації осіб, що повернулись із зони АТО. *Молодь і ринок*. 2017. 5 (148). С.50–54.

63. Oksana Kravchenko, Natalia Koliada, Oleksandr Safin, Olha Boiko. Mobility program impact on the internationalization of higher education at The Faculty of Social and Psychological Education of Pavlo Tychyna Uman State Pedagogical University. 2023. №1(46). S. 69-80.



## ДОДАТКИ

### Додаток А

#### Методика «Незакінчені речення»

Інструкція: «На бланку тесту закінчіть речення одним або декількома словами».

1. Будь-якій людині подобається ...
2. Думаю, що реабілітація ...
3. Якщо я відмовлюся проходити реабілітацію ...
4. Покращити свій психоемоційний стан можна за допомогою ...
5. Покращити свій фізичний стан можна за допомогою...
6. Якби у мене була така можливість, я б відвідував ...
7. Я хотів би, щоб мене...
8. Думаю, що спеціально підготовлені фахівці зможуть...

### Додаток Б

#### Завдання на визначення мотивів військовослужбовців-учасників бойових дій

Інструкція: «Проранжуйте мотиви проходження реабілітації у порядку значущості для вас».

Мотиви	Ранг
1. Прагнення почувати себе якомога краще	
2. Прагнення не відчувати фізичний дискомфорт від отриманої травми	
3. Прагнення уникнути засудження з боку інших військовослужбовців	
4. Прагнення якомога скоріше повернутися до нормального життя	
5. Прагнення мати гарні стосунки у сім'ї	
6. Прагнення швидше знайти гарну роботу після повернення додому	
7. Прагнення покращити свій психоемоційний стан	
8. Прагнення знову відчувати позитивні емоції – радість, захоплення, задоволення, щастя від життя	
9. Прагнення бути прикладом для інших	
10. Прагнення покращити свій фізичний стан	

### Модифікована методика на визначення рівня стресу Л. Рідера

Оцініть, будь ласка, ступінь вашої згоди з такими твердженнями:

Твердження	Згоден	Скоріше згоден	Скоріше не згоден	Не згоден
1. Я людина нервова	1	2	3	4
2. Я дуже турбуюсь про своє навчання	1	2	3	4
3. Я часто відчуваю нервове напруження	1	2	3	4
4. Моя повсякденна діяльність викликає в мене значне напруження	1	2	3	4
5. Коли я спілкуюсь з людьми я часто відчуваю нервове напруження	1	2	3	4
6. Наприкінці дня я цілком виснажений фізично та психічно	1	2	3	4
7. У моїй родині часто виникають напружені стосунки	1	2	3	4

В процесі обробки даних підраховується сума балів за всіма 7 пунктами, яка потім ділиться на 7. Цей середній бал віднімається від 4-ох. В результаті визначається показник психосоціального стресу, який може варіювати від 0 до 3 балів. В залежності від цього показника визначається рівень психосоціального стресу, який може бути низьким, середнім та високим.

Рівень стресу	Середній бал	
	Чоловіки	Жінки
Високий	2,28 – 3,00	2,78 – 3,00
Помірний	1,52 – 2,27	1,78 – 2,77
Середній	0,76 – 1,51	1,00 – 1,77
Низький	0,00 – 0,75	0,00 – 0,99

**Анкета «Стрес-фактори»**  
Реєстраційний бланк

П.І.Б. (повністю) \_\_\_\_\_  
 Дата обстеження \_\_\_\_\_ Вік \_\_\_\_\_ Стать \_\_\_\_\_  
 Посада (підрозділ) \_\_\_\_\_  
 Спеціальність \_\_\_\_\_ Військове звання \_\_\_\_\_

Інструкція: «Вам пропонується ряд значимих стрес-факторів, які частіше за все можуть негативно впливати на Ваш психоемоційний стан. Оцініть їх за ступенем важливості для Вас, присвоївши кожному фактору ранг від 1 до 30, враховуючи при цьому, що фактору, який для Вас є найбільш значимим, присвоюється ранг 30, фактору найменш значимому – ранг 1».

№	Назва фактору	Ранг
1	Ситуації, які загрожують життю та фізичній цілісності	
2	Події, у результаті яких постраждали честь та гідність	
3	Фізичне знищення бойовиків (особливо вперше)	
4	Побоювання, страх власної загибелі	
5	Поранення, контузії, каліцтва	
6	Погані гігієнічні умови	
7	Страхітливі картини смерті, людські втрати та муки	
8	Помилки командування	
9	Стресори сімейного життя	
10	Стресор морально-етичного характеру (докори сумління, відповідальність за життя невинних людей, необхідність застосування зброї та інших засобів ураження)	
11	Сексуальна дисгармонія	
12	Незадоволеність у біологічних і соціальних потребах	
13	Незадоволеність у матеріальних потребах	

14	Страх полону	
15	Захоплення у полон бойових побратимів, товаришів	
16	Необхідність переробки великого об'єму інформації та необхідність прийняття рішень	
17	Досвід невдалих дій (прорахунок при оцінці ситуацій, помилка в техніці рухів та ін.)	
18	Довготривалі навантаження, які породжують втому	

19	Монотонність умов, які оточують	
20	Необхідність постійно виконувати вимоги командирів (начальників)	
21	Випадки загибелі мирних громадян, побратимів	
22	Контакт зі значною кількістю поранених	
23	Вигляд трупів, крові	
24	Руйнування будівель, техніки, споруд, ландшафту	
25	Вибухи, гудіння, ревіння, гуркіт, стрілянина	
26	Запахи газів, трупів та ін.	
27	Довготривале виконання роботи, яка вимагає напруження, підвищена відповідальність за свої дії	
28	Різкі, неочікувані зміни умов служби	
29	Неможливість змінити умови свого існування	
30	Інтенсивні міжособистісні конфлікти	

## Опитувальник для первинного скринінгу ПТСР

### Реєстраційний бланк

П.І.Б. (повністю) \_\_\_\_\_

Дата обстеження \_\_\_\_\_ Вік \_\_\_\_\_

Стать \_\_\_\_\_

Посада (підрозділ) \_\_\_\_\_

Спеціальність \_\_\_\_\_

Військове звання \_\_\_\_\_

1. Ви уникаєте нагадувань про травматичну подію шляхом уникнення певних місць, людей або діяльності?
  - Так                      – Ні
2. Ви втратили інтерес до діяльності, яка колись була важливою або приємною для Вас?
  - Так                      – Ні
3. Ви стали почувати себе більш далеким або ізольованим від інших людей?
  - Так                      – Ні
4. Ви втратили здатність переживати почуття любові або прихильності до інших людей?
  - Так                      – Ні
5. Ви стали думати, що немає ніякого сенсу будувати плани на майбутнє?
  - Так                      – Ні
6. У вас виникли проблеми із засинанням або сном?
  - Так                      – Ні
7. Ви стаєте більш нервовим або роздратованим через звичайний шум чи рух?
  - Так                      – Ні

Чотири і більше позитивних відповідей – вказують на ймовірність ПТСР. В такому випадку рекомендується провести більш детальну діагностику респондента на наявність ознак ПТСР.

**Опитувальник респондента про стан здоров'я (PHQ-9) – шкала  
самооцінки депресії**

Реєстраційний бланк

П.І.Б. (повністю) \_\_\_\_\_

Дата обстеження \_\_\_\_\_ Вік \_\_\_\_\_

Спеціальність \_\_\_\_\_ Посада (підрозділ) \_\_\_\_\_

Військове звання \_\_\_\_\_

Інструкція: «Як часто за останні 2 тижні Вас турбували наступні прояви? Зробіть позначку у відповідній клітинці реєстраційного бланку (потрібну цифру обведіть кружечком)».

<b>Прояви</b>	<b>Не турбували взагалі</b>	<b>Протягом декількох днів</b>	<b>Більше половини</b>	<b>Майже кожного дня</b>
Дуже низька зацікавленість або задоволення від звичайних справ (відсутність бажання щось робити)	0	1	2	3
Поганий настрій, пригніченість або відчуття безпорадності	0	1	2	3
Труднощі із засинанням, переривчастий або занадто тривалий сон	0	1	2	3
Почуття втоми або знесилення (занепад сил)	0	1	2	3
Поганий апетит чи навпаки – переїдання	0	1	2	3
Погані (негативні) думки про себе. Ви вважаєте себе невдахою або розчаровані в собі, або вважаєте, що не виправдали сподівань своєї родини	0	1	2	3
Труднощі концентрації уваги (наприклад, зосередитися на читанні газети чи перегляді телепередач)	0	1	2	3
Ваші рухи або мова були настільки повільними, що оточуючі могли помітити. Або навпаки, Ви були настільки метушливі або збуджені, що рухалися більше, ніж зазвичай	0	1	2	3

Думки про те, що Вам краще було б померти або про те, щоб заподіяти собі шкоду будь-яким чином	0	1	2	3
<b>Сума</b>				
			<b>Загальний бал</b>	
У випадку наявності у Вас наведених вище проблем – наскільки вони ускладнили виконання Вами службових обов’язків, домашніх справ або спілкування з іншими людьми?				Зовсім не ускладнили Деяко ускладнили Дуже ускладнили Надзвичайно ускладнили

### Інтерпретація результатів

Критерії оцінки результатів PHQ-91 Загальний бал тяжкості депресії:

0–6 – депресія відсутня або легка («субклінічна») депресія;

7–13 – помірної тяжкості депресія;

14–20 – середньої тяжкості депресія;

21–27 – тяжка депресія.

### Тест на самооцінку стресостійкості особистості В. Семиченко

Інструкція: Дайте відповіді на подані нижче твердження, обведіть відповідну цифру. Чим більш щирими будуть Ваші відповіді, тим більш об'єктивним буде отриманий результат.

	Твердження	Рідко-1	Іноді-2	Часто-3
1.	Я думаю, що мене недооцінюють у колективі			
2.	Я прагну працювати, навіть якщо буваю не зовсім здоровий			
3.	Я постійно переживаю за якість своєї роботи			
4.	Я буваю налаштований агресивно			
5.	Я не терплю критики на свою адресу			
6.	Я буваю дратівливий			
7.	Я прагну бути лідером там, де це можливо			
8.	Мене вважають людиною наполегливою і цілеспрямованою			
9.	Я погано сплю			
10.	Своїм недругам я можу дати відсіч			
11.	Я емоційно хворобливо переживаю невдачі			
12.	У мене не вистачає часу на відпочинок			
13.	У мене виникають конфліктні ситуації			
14.	Мені бракує влади, щоб реалізувати себе			
15.	У мене не вистачає часу, щоб зайнятися улюбленою справою			
16.	Я усе роблю швидко			
17.	Я відчуваю страх, що не поступлю до інституту			
18.	Я дію зопалу, а потім переживаю за свої вчинки			

Обробка даних: Підрахуйте сумарну кількість балів і визначте рівень Вашої стресостійкості.

Рівень стресостійкості:

- 1) 51–46 – низький рівень стресостійкості;
- 2) 45–38 – середній рівень стресостійкості;
- 3) 37–30 – помірний рівень стресостійкості;
- 4) 29–22 – високий рівень стресостійкості.

Чим менша сумарна кількість балів, тим вища стресостійкість, і навпаки. Якщо у досліджуваного 1-й і навіть 2-й рівень стресостійкості, то йому необхідно кардинально змінювати свій спосіб життя.



### Тест «Самооцінка конфліктності»

Вашій увазі представлено тест, який дає змогу оцінити ступень вашої власної конфліктності. Тест містить шкалу, яка буде використовуватися вами для самооцінки за десятьма парами тверджень. Виконання його зводиться до наступного. Ви оцінюєте кожне твердження лівої і правої колонки. При цьому відмічаєте кружком, на скільки балів у вас проявляється властивість, яка представлена в лівій колонці. Оцінку слід проводити за 7-ми бальною шкалою. При цьому 7 балів означає, що характеристика, яку ви оцінювали, властива Вам завжди, а 1 бал вказує на те, що ця властивість не проявляється у Вашому характері зовсім.

№	Твердження	Бали	Твердження
1	Рветесь в конфліктну суперечку	7 6 5 4 3 2 1	Ухиляєтеся від конфліктної суперечки
2	Свої висновки супроводжуєте різким тоном	7 6 5 4 3 2 1	Свої висновки супроводжуєте винуватим тоном
3	Вважаєте, що досягнете свого, якщо будете дуже активно протестувати.	7 6 5 4 3 2 1	Вважаєте, що якщо будете дуже сильно протестувати то не досягнете зовсім нічого
4	Не звертаєте уваги на той факт, що оточуючі не сприймають ваші аргументи	7 6 5 4 3 2 1	Погоджуєтесь, коли бачите, що інші не сприймають доводів
5	Спірні питання обговорюєте в присутності свого опонента	7 6 5 4 3 2 1	Розмірковуєте над спірними питаннями у відсутності свого опонента
6	Вам не важко, коли ви попадаєте у напружену ситуацію	7 6 5 4 3 2 1	В напруженій ситуації ви відчуваєте себе не в своїй тарілці
7	Вважаєте, що в суперечці варто показати свій характер	7 6 5 4 3 2 1	Вважаєте, що в суперечці не варто демонструвати свої емоції
8	Не програєте у суперечках	7 6 5 4 3 2 1	Поступаєтесь в суперечках
9	Вважаєте, що люди легко виходять із конфліктів	7 6 5 4 3 2 1	Вважаєте, що люди з трудом виходять із конфліктів
10	Якщо ви зриваєтесь, то вважаєте, що без цього не можна	7 6 5 4 3 2 1	Якщо ви зриваєтесь, то пізніше відчуваєте почуття провини

#### Оцінка результатів

На кожній лінійці відмітьте оцінки по балах і побудуйте свій графік. Відхилення від середини означає схильність до конфліктності, а відхилення вправо буде вказувати на схильність до уникнення конфліктів.

Підрахуйте загальну кількість балів. Якщо сума дорівнює 70 балів, то це означає, що Ви маєте дуже високу конфліктність, 60 балів – вам властива висока конфліктність, 50 – у вас виражена конфліктність, число балів 10–15 характеризує вас як людину, яка схильна уникати конфліктів.

## Додаток Ж

**Тест А. Ассингера (оцінка агресивності у відносинах)**

Флегматична людина рідко проявляє себе як цікавий співрозмовник, але з надмірно агресивною, такою, що кидається як тигр, людиною теж неприємно спілкуватися. Тест А. Ассингера дає змогу визначити, чи коректна людина у відношеннях з оточуючими і чи легко їй спілкуватися з ними. Для більшої об'єктивності відповідей можна провести взаємооцінку, коли колеги відповідають на питання один за одного. Це допоможе зрозуміти, наскільки вірна їх самооцінка.

Виберіть одну з відповідей та підкресліть її номер.

## Текст опитувальника

1. Чи схильні Ви шукати шляхи до примирення після чергового конфлікту?
  - 1) Завжди.
  - 2) Іноді.
  - 3) Ніколи.
2. Як Ви поведетесь в критичній ситуації?
  - 1) Стримуетесь.
  - 2) Зберігаєте повний спокій.
  - 3) Втрачаєте самовладання.
3. Яким вважають Вас інші військовослужбовці?
  - 1) Самовпевненим і заздрисним.
  - 2) Доброзичливим.
  - 3) Спокійним і незаздрисним.
4. Як Ви відреагуєте, якщо вам запропонують зробити щось відповідальне і важливе?
  - 1) Погодитесь із деякими побоюваннями.
  - 2) Погодитесь без коливань.
  - 3) Відмовитися від цього заради власного спокою.
5. Як Ви будете себе вести, якщо хто-небудь з колег без дозволу візьме щось Ваше?
  - 1) Посваритесь.
  - 2) Примусите повернути.
  - 3) Запитайте, чи не потрібне йому ще чого-небудь.
6. Якими словами Ви зустрінете чоловіка (дружину), якщо він (вона) повернувся(лась) з роботи пізніше за звичайне?
  - 1) «Що тебе так затримало»?
  - 2) «Де ти лазиш допізна»?
  - 3) «Я вже почав(ла) хвилюватися».
7. Як Ви поведетесь за кермом автомобіля?
  - 1) Прагнете обігнати машину, яка показала вам хвіст?
  - 2) Вам все одно, скільки машин вас обігнало.
  - 3) Помчитесь з такою швидкістю, щоб ніхто не наздогнав вас.
8. Якими Ви вважаєте свої погляди на життя?
  - 1) Збалансованими.
  - 2) Легковажними.
  - 3) Вкрай жорсткими.
9. Що Ви робите, якщо не все вдається?
  - 2) Намагаєтеся звалити провину на іншого.
  - 3) Залишаєте незакінченим.

- 4) Стаєте надалі обережнішим.
10. Як Ви відреагуєте на несправедливу ситуацію?
- 1) «Пора вже щось зробити».
  - 2) «Треба дати їм ще один шанс».
  - 3) «І чого ми стільки терпимо?»
11. Що Ви відчуваєте, якщо місце, яке Ви хотіли зайняти, дісталось іншому?
- 1) «І навіщо я тільки на це нерви витрачав?»
  - 2) «Напевно, так має бути».
  - 3) «Можливо, мені це вдасться іншим разом».
12. Як Ви дивитеся страшний фільм?
- 1) Боїтеся.
  - 2) Нудьгуєте.
  - 3) Одержуєте задоволення.
13. Якщо Ви спізнюєтеся на важливу зустріч?
- 1) Нервуватимете під час зустрічі.
  - 2) Спробуєте викликати поблажливість.
  - 3) Засмутитесь.
14. Як Ви ставитесь до своїх спортивних успіхів?
- 1) Обов'язково прагнете виграти.
  - 2) Цінуєте задоволення відчути себе знов молодим.
  - 3) Дуже гніваєтесь, якщо не везе.
15. Як Ви поступите, якщо Вам зробили щось погане?
- 1) Стерпите, уникаючи скандалу.
  - 2) Спробуєте розібратися.
  - 3) Почнете сваритися.
16. Як Ви поведетеся, якщо близьку вам людину образили?
- 1) Поговорю з тим, хто це зробив.
  - 2) Влаштуєте скандал.
  - 3) Порадите близькій людині розібратися самостійно.
17. Як Ви вважаєте, яка Ви людина?
- 1) Середня.
  - 2) Самовпевнена.
  - 3) Пробивна.
18. Що Ви скажете підлеглому, який зробив щось не так і почав вибачатися перед вами?
- 1) «Вибачте, це моя провина».
  - 2) «Нічого страшного, дурниці».
  - 3) «Уважніше треба бути!»
19. Як Ви відреагуєте на політичну статтю в газеті?
- 1) Коли ж, нарешті, будуть вжиті конкретні заходи?
  - 2) Треба ввести покарання.
  - 3) Не можна все валити на політиків.
20. Уявіть, що Ви заново народитесь, але вже твариною. Якій тварині ви віддасте перевагу?
- 1) Тигру або леопарду.
  - 2) Домашньому коту.
  - 3) Ведмедю.

Обробка результатів

Уважно проглянете підкреслені відповіді. Підрахуйте суму номерів відповідей.

46 і більше балів (надмірна агресивність). Ви надмірно агресивні і при цьому нерідко буваєте невірноваженим і жорстоким по відношенню до інших. Ви розраховуєте на власні методи, бажаєте добитися успіху, жертвуючи інтересами тих людей, що Вас оточують. Тому вас не дивує неприязнь товаришів по службі, але при щонайменшій нагоді ви стараетесь їх за це покарати.

31–45 бали («самовпевнена» агресивність). Ви агресивні, але не звертаєте на це уваги і почуваете себе комфортно улюбій ситуації.

16–30 бали (помірна агресивність). Ви помірно агресивні, цілком успішно йдете по життю, оскільки у вас достатньо здорового честолубства і самовпевненості.

15 і менше балів (незначна агресивність). Ви надмірно миролюбиві, що обумовлено недостатньою упевненістю у власних силах і можливостях. Це зовсім не означає, що ви, як «травичка», гнетесь під будь-яким вітерцем. Та все ж таки більше рішучості вам не зашкодить!

### Шкала тривожності (Шкала Тейлора)

#### Інструкція

Необхідно дати відповідь на всі твердження, які містить опитувальник. Якщо вони відповідають Вашому уявленню про себе, напишіть «Так», у протилежному разі – «Ні». Якщо Вам важко дати певну відповідь, напишіть «Не знаю». Працювати бажано швидко, не пропускати запитань, ніяких додаткових записів не робити.

#### Запитання

- 1 Часто я працюю з великим напруженням
- 2 Вночі мені важко заснути
- 3 Для мене приємні несподівані зміни у звичних обставинах
- 4 Мені часто сняться страшні сни
- 5 Мені важко зосередитися на якомусь завданні чи роботі
- 6 У мене дуже неспокійний і переривчастий сон
- 7 Я хотів би бути таким щасливим, як, на мій погляд, інші
- 8 Безперечно, мені не вистачає впевненості в собі
- 9 Моє здоров'я дуже турбує мене
- 10 Часто я відчуваю себе нікому не потрібним
- 11 Я часто плачу, у мене «очі на мокрому місці»
- 12 Я помічаю, що мої руки починають тремтіти, коли я намагаюся зробити щось складне чи небезпечне
- 13 Часом, коли я збентежений, у мене виникає сильна пітливість і це дуже турбує мене
- 14 Я часто ловлю себе на думці, що мене щось тривожить
- 15 Нерідко я думаю про такі речі, про які не хотілося б говорити
- 16 Навіть у холодні дні я легко пітнію
- 17 У мене бувають періоди такого занепокоєння, що я не можу всидіти на місці
- 18 Життя для мене майже завжди пов'язане з надзвичайною напруженістю
- 19 Я набагато чутливіший, ніж більшість людей
- 20 Я легко бентежусь
- 21 Моє місце серед інших дуже мене хвилює
- 22 Мені дуже важко зосередитися на чомусь
- 23 Майже весь час я відчуваю тривогу через когось або через щось
- 24 Часто я стаю надто збудженим і мені важко заснути
- 25 Мені доводилося відчувати страх навіть тоді, коли я точно знав, що мені нічого не загрожує
- 26 Я схильний сприймати все дуже серйозно
- 27 Мені часом здається, що переді мною постають такі труднощі, які я не здолаю
- 28 Я майже завжди відчуваю невпевненість у собі
- 29 Мене дуже тривожать можливі невдачі
- 30 Очікування завжди нервує мене
- 31 Часом мені здається, що я ні на що не здатний
- 32 Бували періоди, коли через тривогу я не міг заснути
- 33 Іноді я засмучуюся через дрібниці
- 34 Я легко збудлива людина
- 35 Я часто боюся, що ось-ось почервонію
- 36 У мене не вистачить духу пережити всі майбутні труднощі
- 37 Часом мені здається, що моя нервова система розхитана, і я ось-ось втрачу

розум

- 38 Найчастіше мої ноги і руки досить теплі
- 39 У мене рівний і добрий настрій
- 40 Я майже завжди відчуваю себе зовсім щасливим
- 41 Коли потрібно на щось довго чекати, я можу бути спокійним
- 42 У мене рідко буває головний біль
- 43 У мене не буває прискороеного серцебиття під час очікування на щось нове

або тяжке

- 44 Мої нерви розхитані не більше ніж у інших людей
- 45 Я впевнений у собі
- 46 Порівняно з іншими людьми я вважаю себе сміливим
- 47 Я сором'язливий не більше ніж інші
- 48 Часто я спокійний і вивести мене з рівноваги нелегко
- 49 Я практично ніколи не червонію
- 50 Я можу спокійно спати після будь-яких неприємностей

#### Обробка результатів

У твердженнях 1–37 підраховується кількість відповідей «Так», у твердженнях 38–50 – кількість відповідей «Ні». Відповіді «Не знаю» підраховуються в усіх твердженнях і кількість їх ділиться на 2. Рівень тривожності визначається сумою цих трьох показників.

- до 20 балів – низький рівень тривожності;
- 21–23 бали – середній рівень тривожності;
- 24–27 балів – вище середнього;
- 28–50 балів – високий рівень тривожності.

**Програма тренінгу «Антистрес» для військовослужбовців-  
учасників бойових дій**

№	Тема	Мета заняття	Зміст	Обладнання
1.	Самопізнання та самопрезентація	Презентувати себе, розкрити свої здібності, характеристики, таланти, можливості	Вправа «Знайомство»; вступне тестування учасників тренінгу за модифікованою методикою на визначення рівня стресу Л. Рідера, вправа «Без маски»; вправа «Улюблена тварина»; вправа незакінчене речення «Я люблю ...»; вправа «Суд над самим собою»; вправа «Досвід моїх помилок»; вільне малювання; рефлексія; обговорення заняття; ритуал прощання	Музика для релаксації; кольорові олівці, акварельні фарби, папір
2.	Стрес, ПТСР	Ознайомити з поняттям «стрес», ПТСР, їх видами, причинами, стадіями, способами корекції та профілактики	Ознайомлення з поняттями «стрес», «ПТСР». Тестування учасників за допомогою тесту на самооцінку стресостійкості особистості, гра «Ім'я – якість»; вправа «Половинка»; дихальні вправи; техніка розслаблення обличчя «Маска релаксації»; вправа «Хор зоопарку»; вправа «Дощ»; гра на згуртування «Піраміда»; самонавіювання на підвищення працездатності; рефлексія; обговорення заняття; ритуал прощання	Музика для релаксації; кольоровий папір, картон, клей, ножиці

3.	Комунікативна компетентність	Познайомити з правилами ефективного спілкування	Ознайомлення зі структурою спілкування; комунікативними характеристиками людини. Вправа «Автомийка»; гра «Желе»; дихальні вправи; візуалізація «Маяк»; гра «Ніжі масло»; вправа «Хвиля»; самомасаж «Перекоти м'яч»; проєктивне малювання «Людина під дощем»; самонавіювання на підвищення працездатності; рефлексія; обговорення заняття; ритуал прощання	Музика для релаксації; м'яч масажний, малюнки маяка
4.	Конструктивна поведінка в конфліктах	Ознайомити з різними шляхами розв'язання конфліктів; моделями поведінки у конфліктних ситуаціях	Ознайомлення з поняттям «конфлікт», структурою, видами конфліктів; поведінкою в конфліктній ситуації. Гра «Казка про вправного військового»; візуалізація «Море»; вправи на релаксацію; вправа «Зміна місць»; вправа «Коло»; вправа «Асоціації»; рефлексія; обговорення заняття; ритуал прощання	Музика для релаксації; «Шум моря або океану»
5.	Саморегуляція, саморефлексія	Створити умови для оволодіння способами психічної саморегуляції, саморефлексії для відновлення внутрішніх ресурсів організму	Ознайомлення з поняттями «саморегуляція», «саморефлексія»; методами і прийомами зняття стресу. Вправа «Кроки Чарлі Чапліна»; візуалізація «Притулок»; самонавіювання на підвищення працездатності; вправа «Голосова розрядка»; дихальні вправи; вправа «Лист товаришу»; аутогенне тренування; рефлексія; обговорення заняття; ритуал прощання	Музика для релаксації; папір; ручки.



6.	Аутогенне тренування	Ознайомити з прийомами аутогенного тренування	Ознайомлення з поняттям «аутогенне тренування»; методами і прийомами аутогенного тренування. Вправа «Ім'я і епітет»; гра «Карусель»; вправа «Проміжна рефлексія»; візуалізація «Корабель»; дихальні вправи; вправа «Мій настрій»; вправа «Порядковий рахунок»; малювання під різну музику; рефлексія; обговорення заняття; ритуал прощання	Музика для релаксації; м'яч; фарби, папір
7.	Цілепокладання і управління часом	Створити умови для усвідомлення своїх проблем і способів їх подолання; ознайомити з правилами розподілу часу	Ознайомлення з поняттями «цілепокладання», «управління часом». Вправа «Чемодан»; гра «Час»; самонавіювання на підвищення працездатності; вправа «Почуття і емоції»; самомасаж; вправа «Довіра»; саморегуляція «Як я борюся зі стресом»; незакінчене речення «Я хочу...; я можу...; я буду...; я роблю...»; рефлексія; обговорення заняття; ритуал прощання	Картки із зображення м емоцій; музика для релаксації; кольоровий папір; ручки
8.	Алгоритм впевненості, наші цілі	Ознайомити з алгоритмом впевненості, скоригувати з урахуванням власних бажань; формулювання особистих і професійних цілей	Ознайомлення з алгоритмом впевненості. Розробка власного алгоритму впевненості у собі. Вправа «Загальна увага»; вправа «Страхи і бажання»; казка про впевнену людину; вправа «Людина-стресор»; вправа «Досвід впевненості»; вправа «Невпевнені, впевнені та агресивні відповіді»; релаксація під музику; вправа «Мої цілі»; обговорення заняття; ритуал прощання; підведення підсумків тренінгу	Музика для релаксації; ручки; папір