

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ**  
**УНІВЕРСИТЕТ МИТНОЇ СПРАВИ ТА ФІНАНСІВ**  
Факультет управління  
Кафедра психології

Нормоконтроль проведено \_\_\_\_\_

**Кваліфікаційна робота**

другий (магістерський) рівень вищої освіти  
спеціальності 053 «Психологія»

**ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ, ЯКІ  
ПРОХОДЯТЬ ЛІКУВАННЯ ПРИ ПОРАНЕННЯХ ТА СОМАТИЧНИХ  
ЗАХВОРЮВАННЯХ**

Виконав(-ла):  
студентка групи ПС 24-1рзм  
Борох Г. Ю.

\_\_\_\_\_

Керівник:  
професор кафедри психології,  
д. психол. н.  
Шевяков О. В.

\_\_\_\_\_

Завідувач випускної кафедри  
к. психол. н., доцент  
Склянська О. В.

\_\_\_\_\_

Дніпро 2025

## ЗМІСТ

<b>ВСТУП.....</b>	<b>4</b>
<b>РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ОСНОВИ ВИВЧЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ПІД ЧАС ЛІКУВАННЯ ВІД ПОРАНЕНЬ ТА СОМАТИЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ.....</b>	<b>12</b>
1.1. Психологічні наслідки бойових дій та їх вплив на психічне здоров'я військовослужбовців.....	12
1.2. Психологічні особливості військовослужбовців, які проходять лікування.....	28
1.3. Структурний підхід до аналізу психоемоційного стану особистості.....	43
<b>Висновки до розділу 1.....</b>	<b>56</b>
<b>РОЗДІЛ 2. МЕТОДОЛОГІЧНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЕМОЦІЙНОГО СТАНУ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ У ПЕРІОД ЛІКУВАННЯ .....</b>	<b>58</b>
2.1. Методологічне обґрунтування гіпотез емпіричного дослідження.....	58
2.2. Обґрунтування вибору психодіагностичного забезпечення емпіричного дослідження.....	67
2.3. Організація емпіричного дослідження.....	81
2.4. Методи математико-статистичної обробки даних.....	89
<b>Висновки до розділу 2.....</b>	<b>95</b>
<b>РОЗДІЛ 3. РЕЗУЛЬТАТИ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ АНАЛІЗ.....</b>	<b>98</b>
3.1. Загальна характеристика психоемоційного стану військовослужбовців у період стаціонарного лікування.....	98
3.2. Порівняльний аналіз психоемоційного стану у різних групах військовослужбовців.....	108

3.3. Аналіз фонових та стано-контекстних показників перебування військовослужбовців на лікуванні.....	118
3.4. Кореляційний аналіз взаємозв'язків психологічних показників...	127
3.5. Узагальнення результатів емпіричного дослідження.....	162
<b>Висновки до розділу 3.....</b>	<b>165</b>
<b>ЗАГАЛЬНІ ВИСНОВКИ.....</b>	<b>170</b>
<b>СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....</b>	<b>173</b>
<b>ДОДАТКИ</b>	

## ВСТУП

Сучасні події в Україні, зокрема повномасштабне збройне вторгнення та тривале ведення активних бойових дій, спричинили безпрецедентні соціально-психологічні виклики, що торкнулися всіх верств населення, однак найбільшою мірою - військовослужбовців. Інтенсивність бойових зіткнень, тривале перебування в умовах загрози життю та високий рівень бойового навантаження зумовили зростання кількості поранень, контузій і соматичних захворювань серед українських захисників. Поряд із тілесними ушкодженнями військовослужбовці зазнають значних психологічних наслідків бойового досвіду, зокрема втрати побратимів, переживання моральної травми, тривалої розлуки з родиною, емоційного виснаження, а також розвитку тривожних і депресивних проявів, що ускладнює процес психологічного відновлення та повернення до служби або мирного життя після завершення лікування [7; 20; 41].

У цьому контексті дослідження психологічних особливостей військовослужбовців, які перебувають на стаціонарному лікуванні, набуває особливої наукової та практичної значущості. Поєднання фізичного болю, соматичних порушень і тривалого емоційного напруження формує складний багатовимірний психоемоційний стан, що потребує системного наукового аналізу та професійного психологічного супроводу. У поранених військовослужбовців нерідко фіксуються підвищений рівень тривожності, агресивні реакції як відповідь на фрустрацію, емоційне виснаження, порушення сну, зниження активності, а також переживання провини й втрати смислових орієнтирів, що підтверджується даними сучасних клінічних і емпіричних досліджень [13; 19; 30; 41]. Аналіз структури зазначених переживань і психологічних чинників, пов'язаних зі збереженням психічної стійкості, має принципове значення для підвищення ефективності психореабілітаційних заходів.

**Актуальність теми** дослідження зумовлюється необхідністю науково обґрунтованого аналізу психологічних чинників, пов'язаних із психоемоційним станом військовослужбовців у період лікування. В умовах стаціонарного відновлення особливого значення набувають індивідуально-психологічні особливості, рівень тривожності, емоційної стійкості, агресивності та здатність до емоційної регуляції, які тісно пов'язані з процесами психологічної адаптації та відновлення [12; 16; 32].

У світлі сучасних міжнародних досліджень, що наголошують на необхідності мультидисциплінарних підходів до реабілітації військовослужбовців і ветеранів, особливої уваги набуває врахування психологічного компонента у процесі лікування та відновлення [8; 36; 58].

У цьому контексті результати психологічних досліджень мають самостійну наукову й практичну цінність, оскільки сприяють удосконаленню підходів до психологічного супроводу, розробленню програм психокорекції та підвищенню ефективності роботи психологів у системі лікування й відновлення військовослужбовців.

**Мета дослідження** полягає у виявленні психологічних особливостей психоемоційного стану військовослужбовців, які проходять стаціонарне лікування після поранень і соматичних захворювань, а також у аналізі взаємозв'язків між цими особливостями, показниками емоційного стану та адаптаційного потенціалу. Реалізація зазначеної мети дає змогу сформулювати цілісне уявлення про психоемоційне функціонування військових у період лікування та окреслити психологічні чинники, пов'язані з процесами адаптації і відновлення.

Для реалізації поставленої мети у дослідженні визначено такі завдання:

- здійснити теоретичний аналіз сучасних наукових підходів до проблеми психоемоційного стану та психологічної адаптації військовослужбовців у контексті бойової травми та лікування [11; 16; 34; 41];

- охарактеризувати особливості психоемоційного стану військовослужбовців, які перебувають на стаціонарному лікуванні, з урахуванням індивідуально-психологічних відмінностей;
- провести психодіагностичне дослідження із застосуванням методик САН, шкали ситуативної та особистісної тривожності Спілбергера-Ханіна, опитувальника Басса-Даркі, опитувальника Айзенка та методик оцінки стресостійкості;
- дослідити статистичні взаємозв'язки між показниками тривожності, агресивності, емоційної стійкості, індивідуально-типологічними характеристиками та адаптаційним потенціалом військовослужбовців [13; 16; 32];
- на основі отриманих результатів сформулювати узагальнені висновки щодо особливостей психоемоційного функціонування військових у період лікування та окреслити напрями психологічного супроводу в межах реабілітаційного процесу [8; 36; 58].

**Об'єктом дослідження** є психоемоційний стан військовослужбовців, які проходять стаціонарне лікування після поранень і соматичних захворювань, пов'язаних з участю в бойових діях. Ця категорія військових характеризується складною структурою психоемоційного реагування, зумовленою поєднанням фізичних травм, бойового стресу та тривалого перебування в екстремальних умовах. Саме тому об'єкт дослідження має важливе теоретичне й практичне значення для сучасної військової психології та системи реабілітації [34; 55; 8].

**Предметом дослідження** є взаємозв'язки між показниками емоційної стійкості, тривожності, агресивності, індивідуально-типологічними характеристиками та адаптаційними ресурсами у структурі психоемоційного стану військовослужбовців у період лікування. У межах дослідження аналізується характер і спрямованість цих взаємозв'язків як складових психологічного профілю військовослужбовця в умовах лікування та психологічної адаптації [13; 16; 32; 41].

**Гіпотеза дослідження** ґрунтується на припущенні, що психологічні особливості військовослужбовців у період лікування визначаються специфікою пережитого бойового досвіду, рівнем емоційної стійкості, суб'єктивним ступенем тривоги, вираженістю агресивних тенденцій та типологічними характеристиками темпераменту. Очікується, що комплексне застосування психодіагностичних методик дозволить виявити стабільні психологічні закономірності та окреслити типові профілі психоемоційного функціонування. Для перевірки висунутої гіпотези та реалізації поставлених завдань у дослідженні було застосовано комплекс взаємодоповнювальних методів.

**Теоретичні методи** включали аналіз, узагальнення та систематизацію вітчизняних і зарубіжних наукових джерел, що дало змогу визначити актуальний стан розробленості проблеми, уточнити ключові поняття та окреслити сучасні підходи до дослідження психоемоційних характеристик військовослужбовців у період лікування.

**Емпіричний блок методик** охоплював:

- методику САН, спрямовану на оцінку самопочуття, активності та настрою як показників загального функціонального стану;
- шкалу ситуативної та особистісної тривожності Спілбергера-Ханіна, що дозволяє диференціювати реактивні та стабільні прояви тривожності;
- опитувальник Басса-Даркі для визначення рівня агресивності та ворожості;
- опитувальник Айзенка, який дає змогу оцінити індивідуально-типологічні особливості темпераменту;
- опитувальник стресостійкості, спрямований на оцінку здатності військовослужбовців долати стресові навантаження та зберігати психологічну рівновагу в умовах лікування.

**Статистична обробка** емпіричних даних здійснювалася з використанням методів описової та інферентної статистики з метою

узагальнення основних тенденцій психоемоційного стану військовослужбовців у період лікування.

Для аналізу міжгрупових відмінностей між чоловіками з бойовими пораненнями та військовослужбовцями із соматичними захворюваннями застосовувався t-критерій Стьюдента для незалежних вибірок. Для аналізу статевих відмінностей у підгрупах із малою чисельністю використовувався непараметричний U-критерій Манна-Уїтні.

Виявлення взаємозв'язків між психологічними змінними здійснювалося за допомогою кореляційного аналізу з використанням коефіцієнта лінійної кореляції Пірсона. Отримані результати дали змогу узагальнити особливості психоемоційного функціонування військовослужбовців у період стаціонарного лікування.

**Наукова новизна** проведеного дослідження полягає у застосуванні комплексного підходу до аналізу психоемоційного стану військовослужбовців у період стаціонарного лікування після поранень і соматичних захворювань, пов'язаних з участю в бойових діях.

У межах дослідження уточнено особливості структури психоемоційного стану військовослужбовців шляхом одночасного аналізу показників самопочуття, активності, настрою, тривожності, агресивності, індивідуально-типологічних характеристик та стресостійкості. На основі емпіричних даних виявлено характер і спрямованість взаємозв'язків між основними психологічними змінними, що доповнює наявні уявлення про психоемоційне функціонування військових у період лікування.

Отримані результати розширюють емпіричну базу досліджень у галузі військової психології та психології травми, конкретизуючи особливості психоемоційного реагування військовослужбовців в умовах лікування та психологічної адаптації.

**Практичне значення** одержаних результатів полягає у можливості їх використання у діяльності військових психологів, фахівців медико-

психологічних та реабілітаційних установ з метою психологічної оцінки психоемоційного стану військовослужбовців у період лікування.

Отримані дані можуть бути використані для індивідуалізації психологічного супроводу, уточнення напрямів психологічної підтримки та врахування психоемоційних особливостей військових під час планування реабілітаційних заходів. Результати дослідження також можуть слугувати емпіричною основою для подальших прикладних і наукових досліджень у сфері військової психології та психології травми.

Крім того, результати дослідження мають значну освітню цінність і можуть бути інтегровані у навчальний процес під час викладання курсів «Військова психологія», «Психологічна реабілітація», «Психологія стресу», «Кризове консультування». Використання отриманих даних сприятиме формуванню у майбутніх фахівців компетентностей, необхідних для надання ефективної психологічної допомоги військовослужбовцям у періоди лікування.

**Апробація основних положень та результатів дослідження** здійснювалася в рамках науково-дослідної діяльності та передбачала їх представлення на наукових форумах різного рівня. Матеріали роботи були обговорені на міжнародній науково-практичній конференції в університеті митної справи та фінансів, де отримали позитивні відгуки фахівців у галузі психології, соціальної роботи та реабілітації. За результатами виступу тези дослідження було опубліковано у збірнику наукових матеріалів **«ЕКОНОМІКО-ПРАВОВІ, УПРАВЛІНСЬКО-ТЕХНОЛОГІЧНІ ТА СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНІ ВИМІРИ СЬОГОДЕННЯ: МОЛОДІЖНИЙ ПОГЛЯД»**, на сторінці 18, у статті Г. Ю. Борох «Психологічний супровід військовослужбовців, які проходять лікування від поранень та соматичних захворювань».

Представлені результати викликали зацікавленість серед молодих науковців і практичних спеціалістів, що підтверджує важливість проблематики дослідження та актуальність запропонованого підходу до

аналізу психоемоційних характеристик військовослужбовців у період лікування. Обговорення висновків дало змогу уточнити окремі положення роботи та визначити перспективні напрями подальших наукових розвідок у сфері військової та кризової психології.

**Структура та обсяг роботи** відповідає логіці наукового аналізу й забезпечує послідовність викладення матеріалу від теоретичного обґрунтування проблеми до практичних результатів та рекомендацій. Робота складається зі вступу, трьох розділів, загальних висновків, списку використаних джерел та додатків.

У **вступі** розкрито актуальність теми, окреслено об'єкт, предмет, мету, завдання та гіпотезу дослідження, а також визначено його наукову новизну, практичне значення та напрям апробації.

У **першому розділі** представлено теоретичний аналіз сучасних поглядів на психологічний стан військовослужбовців у період лікування, висвітлено концепції емоційної стійкості, тривожності, агресивності та особливостей темпераменту у контексті бойового досвіду.

**Другий розділ** присвячено методології дослідження: описано вибірку, застосовані психодіагностичні методики та обґрунтовано їх репрезентативність для вивчення психоемоційного стану військовослужбовців.

У **третьому розділі** подано результати емпіричного аналізу, здійснено статистичну обробку даних, наведено таблиці й графічні матеріали, що відображають взаємозв'язки між досліджуваними показниками.

**Загальні висновки** узагальнюють ключові результати, підтверджують гіпотезу дослідження та визначають перспективи подальших наукових розробок.

**Список використаних джерел** включає 72 джерела, серед яких нормативні акти, офіційні документи та наукові праці українських і зарубіжних авторів, що забезпечує ґрунтовність теоретичної бази.

**Додатки** містять 10 тематичних блоків психодіагностичних методик, зразки дослідницької документації а також методологічні матеріалі, що доповнюють основний виклад.

Загальний обсяг роботи складає 179 сторінок друкованого тексту, містить 14 таблиці та 8 рисунків, що забезпечують наочність і обґрунтованість результатів дослідження.

# **РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ОСНОВИ ВИВЧЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ПІД ЧАС ЛІКУВАННЯ ВІД ПОРАНЕНЬ ТА СОМАТИЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ**

## **1.1. Психологічні наслідки бойових дій та їх вплив на психічне здоров'я військовослужбовців**

### **1.1.1. Психологічна специфіка військової служби як професійного середовища**

Військова служба в умовах тривалої повномасштабної війни в Україні характеризується підвищеним рівнем психоемоційного навантаження та постійною дією стресогенних чинників, що суттєво впливають на психологічне функціонування військовослужбовців. Професійна діяльність у таких умовах пов'язана з обмеженням особистої автономії, жорсткою регламентацією поведінки, високою відповідальністю за виконання завдань і збереження життя та здоров'я, а також необхідністю тривалого перебування у стані психологічної мобілізації [34; 55].

Навіть за відсутності безпосереднього бойового контакту військовослужбовці функціонують в умовах хронічної напруги, зумовленої постійним очікуванням небезпеки, інформаційним навантаженням, порушенням звичного режиму життя та сну, а також емоційною залученістю у події війни. Такий контекст не має чітко окреслених часових меж і обмежує можливість повноцінного відновлення психічних ресурсів, що відображається на загальному психоемоційному стані військових [12; 44].

Професійне середовище військової служби висуває підвищені вимоги до емоційної стійкості, самоконтролю та здатності підтримувати ефективність діяльності в умовах невизначеності. Тривале перебування у режимі підвищеної готовності сприяє формуванню специфічних стратегій психологічної адаптації, зокрема посиленого емоційного контролю та стримування негативних переживань. Водночас за тривалого впливу стресорів

такі стратегії можуть супроводжуватися зростанням внутрішньої напруги, підвищенням тривожності та зниженням емоційної гнучкості [32; 39].

Особливістю військової служби в умовах війни є поєднання гострих і хронічних стресових факторів. До гострих належать ситуації раптової загрози, інформація про втрати та необхідність швидкого прийняття рішень, тоді як хронічні проявляються у вигляді тривалої напруженості, дефіциту відпочинку, порушень сну та емоційного виснаження. Сукупний вплив цих чинників асоціюється з підвищенням рівня тривожності, емоційної нестабільності та зниженням адаптаційних можливостей особистості [18; 47].

Наукові дослідження засвідчують, що психоемоційні труднощі військовослужбовців можуть проявлятися не лише у формі клінічно виражених розладів, але й у вигляді субклінічних змін емоційного стану, поведінкових реакцій та особливостей емоційної регуляції. Такі зміни часто мають накопичувальний характер і можуть зберігатися або актуалізуватися в період стаціонарного лікування, коли фізичні обмеження та зниження активності створюють умови для посилення внутрішніх переживань [16; 42].

Соціально-психологічний контекст військової служби також відіграє подвійне значення. З одного боку, військовий колектив може виконувати підтримувальну та стабілізувальну функцію, з іншого - високі очікування щодо психологічної витривалості та установка на стримування емоцій можуть ускладнювати усвідомлення та вербалізацію власного психоемоційного стану [45; 48].

Таким чином, військова служба в умовах війни формує специфічне професійне середовище, в якому поєднуються хронічний стрес, підвищені вимоги до емоційної регуляції та обмежені можливості відновлення. Розуміння цих особливостей є принципово важливим для аналізу психоемоційного стану військовослужбовців у період стаціонарного лікування, оскільки попередній досвід служби продовжує впливати на процес психологічної адаптації та функціонування навіть за відсутності безпосередньої бойової загрози.

### **1.1.2. Хронічний стрес і психоемоційне навантаження у військовослужбовців**

Хронічний стрес є одним із ключових психологічних чинників, що асоціюється з особливостями психоемоційного стану військовослужбовців у сучасних умовах війни. На відміну від гострого стресу, який має обмежений у часі характер і пов'язаний із конкретними подіями, хронічний стрес формується внаслідок тривалого впливу стресогенних чинників, що не мають чітких часових меж і обмежують можливості повноцінного психологічного відновлення [34; 44]. У воєнний період він виступає фоновим компонентом професійної діяльності військовослужбовців незалежно від безпосередньої участі у бойових діях.

Психоемоційне навантаження військовослужбовців формується під впливом комплексу взаємопов'язаних факторів, до яких належать постійне очікування небезпеки, тривожна невизначеність, відповідальність за життя інших, обмежені можливості відпочинку, порушення сну та тривале перебування у стані підвищеної психологічної готовності. Навіть за відсутності прямої бойової загрози військові функціонують у середовищі постійної напруги, що підтримується інформаційним тлом війни та усвідомленням загальної небезпеки [12; 44].

З позицій транзакційної теорії стресу Р. Лазаруса психоемоційні наслідки хронічного стресу визначаються не лише інтенсивністю зовнішніх впливів, а й суб'єктивною оцінкою ситуації та доступними ресурсами подолання. У випадках, коли стресова ситуація тривалий час сприймається як неконтрольована або така, що перевищує адаптаційні можливості особистості, відбувається поступове виснаження психологічних ресурсів і зниження ефективності копінг-стратегій [39]. У військовому середовищі цей процес ускладнюється обмеженими можливостями дистанціювання від джерел стресу та дефіцитом умов для емоційного розвантаження.

Хронічний стрес у військовослужбовців супроводжується характерними змінами психоемоційного стану, зокрема підвищенням рівня тривожності,

зростанням емоційної напруги, дратівливості, зниженням настрою та суб'єктивної активності, а також порушеннями сну. Зазначені прояви мають тенденцію до накопичення і можуть зберігатися або посилюватися у період стаціонарного лікування, коли фізичні обмеження та зниження звичної активності актуалізують внутрішні переживання [16; 42].

Особливістю хронічного стресу у військовослужбовців є його кумулятивний характер, за якого кожен наступний стресовий вплив накладається на попередній досвід, поступово знижуючи адаптаційні резерви та стресостійкість. За відсутності достатніх умов для відновлення це може проявлятися у вигляді стійких негативних психоемоційних станів, зниження толерантності до навантажень і підвищеної вразливості до тривожних та депресивних реакцій [18; 47].

Важливо підкреслити, що в умовах військової служби хронічний стрес часто не усвідомлюється як психологічна проблема. Орієнтація на витривалість, висока цінність самоконтролю та соціальні очікування щодо психологічної стійкості можуть сприяти нормалізації постійної напруги та ігноруванню власних психоемоційних потреб. У таких умовах психологічні труднощі накопичуються і можуть проявлятися саме в період лікування або вимушеного зниження активності, коли звичні механізми психологічної мобілізації послаблюються [45; 48].

Таким чином, хронічний стрес і пов'язане з ним психоемоційне навантаження формують важливий контекст психологічного функціонування військовослужбовців у період війни. Усвідомлення ролі хронічного стресу є необхідною передумовою для аналізу психоемоційного стану військових у період стаціонарного лікування та для коректної інтерпретації результатів емпіричного дослідження.

### **1.1.3. Бойова психічна травма як чинник психоемоційних змін у військовослужбовців**

У сучасній психологічній науці бойова психічна травма розглядається як специфічний чинник психоемоційних змін, що виникає внаслідок

безпосереднього або опосередкованого впливу екстремальних подій, пов'язаних із бойовими діями. На відміну від хронічного стресу, який формується поступово в умовах тривалого психоемоційного навантаження, бойова травма асоціюється з інтенсивними, загрозливими для життя ситуаціями, що суттєво перевищують звичні адаптаційні можливості особистості [34; 55].

У психологічному вимірі бойова психічна травма охоплює сукупність емоційних, когнітивних і поведінкових реакцій, що виникають у відповідь на переживання безпосередньої небезпеки, поранення, втрати побратимів або участі у бойових епізодах, які супроводжуються високим рівнем напруження та моральної невизначеності. Важливо підкреслити, що психологічні наслідки бойового досвіду не зводяться лише до фізичних ушкоджень і можуть зберігатися або актуалізуватися поза межами безпосередньої травматичної ситуації [16; 41].

Дослідження засвідчують, що переживання бойової психічної травми часто асоціюється з підвищенням рівня тривожності, емоційної напруги, дратівливості, труднощами емоційної регуляції та тенденцією до імпульсивних або агресивних реакцій. Водночас інтенсивність і форма таких проявів суттєво варіюють залежно від індивідуально-психологічних особливостей військовослужбовців та умов подальшого функціонування [18; 47].

Важливо зазначити, що бойова психічна травма не є універсальним досвідом для всіх військовослужбовців. У сучасних умовах військової служби значна частина військових може не мати безпосереднього бойового контакту, але перебувати під впливом тривалого хронічного стресу, пов'язаного з війною. Це зумовлює необхідність розглядати бойову травму як один із можливих чинників психоемоційних змін, який взаємодіє з іншими стресогенними впливами, а не як єдину причину психологічних труднощів [12; 44].

Особливої актуальності вплив бойової психічної травми набуває у період стаціонарного лікування. Фізичний біль, обмеження рухливості, зниження звичної активності та дистанціювання від військового підрозділу можуть сприяти актуалізації травматичних спогадів і емоційних реакцій, які раніше частково компенсувалися за рахунок активної діяльності та мобілізації. Саме в цей період у частини військовослужбовців спостерігається посилення тривожних проявів і емоційної напруги, що впливає на загальний психоемоційний стан [42; 47].

Вираженість психоемоційних наслідків бойової травми значною мірою пов'язана з індивідуально-психологічними характеристиками, зокрема рівнем емоційної стійкості, особливостями темпераменту та наявними копінг-стратегіями. Військовослужбовці з обмеженими адаптивними ресурсами або менш гнучкими стратегіями подолання стресу частіше демонструють стійкі негативні психоемоційні реакції, що ускладнюють процес адаптації в умовах лікування [16; 32].

Таким чином, бойова психічна травма виступає важливим, але не визначальним чинником психоемоційних змін у військовослужбовців. Вона взаємодіє з хронічним стресом, особливостями військової служби та індивідуально-психологічними характеристиками особистості, формуючи складну структуру психоемоційного стану. Такий підхід створює теоретичне підґрунтя для подальшого емпіричного аналізу психоемоційних показників військовослужбовців у період стаціонарного лікування.

#### **1.1.4. Моральна травма як окремий феномен у психологічному досвіді військовослужбовців**

У сучасній психологічній науці поняття моральної травми набуло особливої актуальності у зв'язку з усвідомленням обмеженості класичних діагностичних моделей посттравматичного стресового розладу для пояснення широкого спектра емоційних, когнітивних та екзистенційних переживань військовослужбовців після участі в бойових діях. На відміну від травми страху, яка лежить в основі ПТСР і пов'язана передусім із загрозою життю,

моральна травма виникає внаслідок порушення внутрішніх ціннісно-етичних орієнтирів особистості, переживання неможливості діяти відповідно до власних моральних переконань або усвідомлення участі у морально суперечливих подіях [41; 20].

Дослідження показують, що моральна травма охоплює широкий спектр внутрішніх конфліктів, серед яких провідними є почуття провини за вчинені або невчинені дії, сором, зниження самоцінності, переживання втрати моральної цілісності та руйнування базових уявлень про справедливість, добро і відповідальність. Ці переживання мають стійкий характер і можуть зберігатися незалежно від інтенсивності фізичної загрози або наявності тілесних ушкоджень [41; 20].

Моральна травма має міждисциплінарну природу та описується в межах кількох концептуальних моделей. У класичній концепції Дж. Шея моральна травма розглядається як руйнування «морального ядра» особистості, що виникає внаслідок переживання зради з боку авторитетних фігур або інституцій, які раніше сприймалися як надійні та справедливі. Центральним механізмом у цій моделі є підрив довіри до соціального й морального порядку, що формує глибоке відчуття екзистенційної дезорієнтації [41].

Модель Б. Ліца, та колег акцентує увагу на когнітивному вимірі моральної травми, розглядаючи її як наслідок конфлікту між внутрішніми моральними стандартами особистості та реальним досвідом участі у травматичних подіях. Згідно з цим підходом, вирішальним є не сама подія, а її смислова інтерпретація, яка призводить до формування негативних самоустановок, руйнування ідентичності та порушення процесів самоприйняття [41]. Окремі автори також підкреслюють духовний та екзистенційний вимір моральної травми, пов'язуючи її з втратою сенсу життя, внутрішньої цілісності та відчуттям фундаментального порушення морального порядку [20].

Емпіричні дослідження, проведені на українських вибірках, підтверджують значну поширеність моральної травми серед

військовослужбовців і її тісний зв'язок із психоемоційними порушеннями. Зокрема, встановлено, що переживання моральної травми асоціюється зі зростанням рівня тривожності, депресивних симптомів, посттравматичних реакцій, а також зі зниженням самооцінки, посиленням почуттів провини та сорому, соціальним дистанціюванням і дезадаптивними поведінковими стратегіями [63; 64]. Водночас підкреслюється, що моральна травма не зводиться до реакції на фізичну загрозу, а має глибший вплив на систему переконань та особистісну ідентичність.

Для військовослужбовців, які зазнали поранень і проходять стаціонарне лікування, моральна травма часто набуває кумулятивного характеру. Фізичні обмеження, тимчасова або стійка втрата бойових функцій, відрив від підрозділу та зниження звичного рівня діяльності можуть актуалізувати переживання власної неефективності, неспроможності виконувати військовий обов'язок та почуття провини перед побратимами. У цьому контексті особливого значення набуває феномен «провини вижившого», який проявляється у переконанні про власну недостойність життя або одужання порівняно з загиблими товаришами [20; 63]. Цей стан розглядається як вагомий чинник ризику депресивних реакцій, емоційного виснаження та суїцидальних думок [8].

Моральна травма в умовах війни в Україні має виразну соціокультурну специфіку. Висока значущість цінностей честі, відповідальності, самопожертви та бойового братерства формує жорсткі внутрішні стандарти самозвіту, порушення яких сприймається особливо болісно. Переживання втрати побратимів, прийняття морально неоднозначних рішень або неможливість діяти відповідно до власних переконань можуть суттєво підривати внутрішню цілісність особистості. Додатковим ускладнювальним чинником є суспільна героїзація військовослужбовців, яка іноді створює розрив між реальними внутрішніми переживаннями та соціально очікуваним образом, посилюючи тенденцію до приховування емоційних труднощів.

Сучасні нейропсихологічні дослідження вказують на відмінність моральної травми від ПТСР і на рівні мозкових механізмів. Якщо ПТСР частіше пов'язують із гіперактивацією систем страху, зокрема амігдали, то моральна травма асоціюється з порушеннями у мережах соціальної когніції та регуляції сорому і провини, включно з медіальною префронтальною корою та передньою поясною корою. Це пояснює схильність осіб із моральною травмою до самоосуду, перфекціоністичних самозвинувачень та труднощів інтеграції травматичного досвіду [53; 41].

Таким чином, моральна травма є самостійним і важливим феноменом психологічного досвіду військовослужбовців, який не зводиться до класичних посттравматичних реакцій. Вона тісно взаємодіє з хронічним стресом, бойовим досвідом та індивідуально-психологічними характеристиками, істотно впливаючи на психоемоційний стан, мотивацію до лікування та процес психологічної адаптації у період стаціонарного відновлення. Усвідомлення ролі моральної травми є необхідною передумовою для коректної інтерпретації результатів емпіричного дослідження та розроблення ефективних програм психологічного супроводу військовослужбовців.

#### **1.1.5. Посттравматичний стресовий розлад у військовослужбовців**

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) посідає одне з провідних місць серед психічних наслідків участі у бойових діях і розглядається як значуща проблема сучасної військової та клінічної психології. ПТСР формується у відповідь на переживання екстремальних подій, що супроводжуються реальною або уявною загрозою життю, серйозним тілесним ушкодженням чи загибеллю інших осіб і перевищують звичайні можливості психологічної адаптації людини. Для військовослужбовців, які перебували в умовах інтенсивних бойових дій, зазнавали поранень або втрачали побратимів, ризик розвитку посттравматичних реакцій є істотно вищим, що підтверджується даними міжнародних і вітчизняних досліджень [4; 8; 35].

ПТСР характеризується стійким комплексом психоемоційних і поведінкових проявів, до яких належать нав'язливе повторне переживання

травматичного досвіду, уникання стимулів, пов'язаних із травмою, підвищений рівень фізіологічного збудження, гіперпильність, порушення сну та труднощі емоційної регуляції. Дослідження свідчать, що у військовослужбовців із бойовими пораненнями ці прояви, як правило, є більш інтенсивними та тривалими, ніж у осіб без тілесних ушкоджень, що пов'язують із поєднанням фізичного болю, функціональних обмежень і повторної актуалізації травматичних спогадів у процесі лікування [8; 30].

Важливим чинником у перебігу ПТСР у військових є поєднання психологічної травми з соматичними симптомами. Наявність хронічного болю, обмеження рухливості, порушення тілесної цілісності та залежність від медичної допомоги створюють додаткове психоемоційне навантаження, яке підтримує або посилює посттравматичні реакції. Дослідження ветеранів із коморбідністю ПТСР і соматичних порушень демонструють більш тяжкий та хронічний перебіг симптомів, вищий рівень тривожності та схильність до соматизації психологічного дистресу [30; 47].

З нейрпсихологічної точки зору ПТСР пов'язують із порушеннями у функціонуванні систем, відповідальних за обробку страху, пам'яті та емоційної регуляції. Наукові огляди вказують на гіперактивацію мигдалеподібного тіла, а також на дисфункції гіпокампа та префронтальної кори, що ускладнює інтеграцію травматичного досвіду та контроль емоційних реакцій [53; 55]. У військовослужбовців ці механізми можуть проявлятися у вигляді мимовільних спогадів, різкої реакції переляку, підвищеної дратівливості та зниження здатності до концентрації уваги, що негативно впливає на повсякденне функціонування.

Окремої уваги заслуговує феномен комплексного посттравматичного стресового розладу (КПТСР), який виникає в умовах тривалого або повторюваного травматичного впливу, характерного для багатьох військовослужбовців у зоні бойових дій. На відміну від класичного ПТСР, КПТСР включає глибші порушення саморегуляції, стійкі негативні уявлення про себе, труднощі у міжособистісних стосунках та емоційну дезінтеграцію.

За даними сучасних досліджень, саме тривала експозиція бойового стресу у поєднанні з фізичними пораненнями створює передумови для формування більш складних і стійких психоемоційних порушень [17; 23].

Українські емпіричні дослідження підтверджують високий рівень поширеності посттравматичних реакцій серед військовослужбовців, особливо серед тих, хто зазнав втрат, тривалий час перебував у зоні активних бойових дій або проходить стаціонарне лікування після поранень. Встановлено, що симптоми ПТСР часто поєднуються з проявами моральної травми, депресивними реакціями та підвищеною тривожністю, формуючи складну багатовимірну структуру психоемоційних порушень [63; 64]. Така коморбідність ускладнює процес відновлення та потребує комплексного психологічного підходу.

Соціально-культурний контекст війни в Україні також впливає на прояви та перебіг посттравматичних реакцій. З одного боку, суспільна підтримка та героїзація військових можуть виконувати захисну функцію, з іншого - створювати додатковий тиск і очікування психологічної витривалості. Страх бути сприйнятим як «слабкий» або «недостатньо стійкий» нерідко призводить до приховування симптомів і відкладеного звернення за психологічною допомогою, що негативно позначається на прогнозі відновлення [44; 48].

Таким чином, ПТСР у військовослужбовців є складним і багатофакторним феноменом, який формується внаслідок взаємодії бойового досвіду, фізичних ушкоджень, хронічного стресу та індивідуально-психологічних особливостей. Розуміння специфіки посттравматичних реакцій у період стаціонарного лікування є необхідною теоретичною передумовою для подальшого аналізу психоемоційного стану військовослужбовців і коректної інтерпретації результатів емпіричного дослідження.

### **1.1.6. Депресивні реакції у військовослужбовців у період стаціонарного лікування**

Депресивні реакції є поширеним психоемоційним феноменом серед військовослужбовців, які проходять лікування після поранень та соматичних захворювань, і розглядаються як важливий чинник, що впливає на процес психологічної адаптації та відновлення. У контексті військової служби депресивні прояви формуються не як ізольований психічний розлад, а як результат складної взаємодії фізичних обмежень, тривалого стресового впливу, змін соціального статусу та порушення звичних механізмів самореалізації [42; 47].

Одним із ключових психологічних механізмів депресивних реакцій у поранених військовослужбовців є переживання втрати фізичної спроможності. Для військового тіло виконує не лише інструментальну функцію, але й є основою професійної ідентичності, відчуття компетентності та контролю. Обмеження рухливості, залежність від медичного персоналу, необхідність дотримання режиму лікування та реабілітації можуть призводити до фрустрації, зниження самооцінки та формування почуття безсилля, що є характерними елементами депресивного афекту [22; 42].

Важливим чинником депресивних переживань є вимушене дистанціювання від бойового підрозділу та звичного військового середовища. Для багатьох військовослужбовців підрозділ виступає основним джерелом соціальної підтримки, емоційної стабільності та смислової включеності. Тимчасова або тривала ізоляція від побратимів, усвідомлення продовження бойових дій без власної участі та переживання «випадіння» з колективу можуть спричиняти почуття провини, сорому та зниження суб'єктивної значущості, що посилює депресивні тенденції [41; 52].

Депресивні реакції у військових на лікуванні часто мають коморбідний характер, поєднуючись із підвищеною тривожністю, емоційною напругою та соматичними симптомами. У межах сучасних моделей емоційної регуляції підкреслюється, що хронічне виснаження психологічних ресурсів і порушення

здатності до ефективного керування емоціями є центральними механізмами формування депресивного стану в умовах тривалого стресу [32]. У поранених військовослужбовців ці процеси ускладнюються повторною актуалізацією травматичного досвіду та фізичним дискомфортом.

Особливу роль у підтриманні депресивних реакцій відіграє хронічний біль. Дослідження демонструють, що біль не лише знижує рівень загального самопочуття, але й впливає на емоційний фон, підвищує дратівливість, сприяє розвитку відчуття безнадійності та зменшує мотивацію до активної участі в реабілітації. Поєднання депресивних проявів і больового синдрому формує замкнений психофізіологічний цикл, у якому кожен компонент підсилює інший, погіршуючи загальний перебіг відновлення [13; 38].

Важливим аспектом депресивних реакцій у період лікування є переживання втрати автономії та контролю над життєвою ситуацією. Раптовий перехід від активної військової ролі до статусу пацієнта, залежність від зовнішніх рішень і процедур, обмежені можливості впливу на власний розклад та перспективи одужання можуть сприяти формуванню відчуття вразливості та безпорадності. За даними досліджень, саме втрата суб'єктивного контролю є одним із найбільш значущих предикторів депресивних реакцій у військових і ветеранів [46; 52].

Невизначеність майбутнього також суттєво впливає на психоемоційний стан військовослужбовців на лікуванні. Відсутність чітких прогнозів щодо термінів реабілітації, можливості повернення до служби або зміни соціальної ролі підвищує рівень тривожності та посилює депресивні переживання. У цьому контексті депресія виступає не лише як реакція на втрати, але й як відповідь на тривалу ситуацію невизначеності та очікування [44; 51].

Депресивні реакції мають безпосередній вплив на процес лікування та реабілітації. Зниження мотивації, зменшення рівня активності, емоційне виснаження та песимістичні очікування можуть знижувати залученість військовослужбовців у реабілітаційні програми, ускладнювати дотримання медичних рекомендацій і зменшувати ефективність психологічного

супроводу. У зв'язку з цим депресивні прояви розглядаються як важливий психологічний чинник, що потребує врахування при оцінці психоемоційного стану військовослужбовців у період стаціонарного лікування [22; 36].

Таким чином, депресивні реакції у військовослужбовців на лікуванні є багатофакторним психоемоційним явищем, що формується внаслідок поєднання фізичних, психологічних та соціальних змін. Їх аналіз у межах даного дослідження є необхідним для комплексного розуміння структури психоемоційного стану військових та інтерпретації емпіричних результатів, отриманих із використанням психодіагностичних методик.

### **1.1.7. Взаємозв'язок фізичних і психологічних факторів у період лікування**

Взаємозв'язок фізичних і психологічних факторів у військовослужбовців, які проходять лікування після поранень та соматичних захворювань, має системний і взаємозумовлений характер та істотно впливає як на перебіг фізичного одужання, так і на психоемоційний стан особистості. Сучасні дослідження у сфері військової медицини та психології переконливо свідчать, що бойове поранення не може розглядатися виключно як тілесне ушкодження, оскільки воно неминуче супроводжується психологічними реакціями, які модифікують процес відновлення [22; 47].

Порушення фізичного стану створює умови для формування широкого спектра психоемоційних реакцій. Інтенсивний або хронічний біль, обмеження рухливості, залежність від сторонньої допомоги, втрата автономності та неможливість виконувати звичні професійні функції сприяють зростанню фрустрації, дратівливості, почуття безпорадності та емоційного напруження. За даними досліджень, фізичний біль є одним із ключових чинників, що асоціюється з підвищеним рівнем тривожності, депресивних проявів і посттравматичних реакцій у військовослужбовців на лікуванні [13; 30].

Хронічний біль відіграє особливу роль у формуванні психоемоційного дистресу. Доведено, що больовий синдром і тривожні стани мають спільні нейрофізіологічні механізми, пов'язані з активацією системи стресу, що

призводить до взаємного підсилення соматичних і психологічних симптомів. У таких випадках навіть за наявності позитивної динаміки фізичного стану суб'єктивне сприйняття болю може залишатися інтенсивним або посилюватися під впливом емоційних факторів [13; 38].

Фізична травма також впливає на когнітивно-емоційні процеси. Активація стресових систем організму після поранення позначається на здатності до концентрації уваги, регуляції емоцій та інтерпретації тілесних відчуттів. У військовослужбовців це часто супроводжується переживанням втрати контролю над тілом і зниженням впевненості у власних можливостях, що є психологічно значущими факторами у контексті адаптації до лікування [59].

Водночас психоемоційний стан військовослужбовця істотно впливає на темпи й ефективність фізичного відновлення. Депресивні реакції, підвищена тривожність, емоційне виснаження та посттравматичні симптоми можуть змінювати сприйняття болю, погіршувати якість сну, знижувати рівень активності та ускладнювати регенеративні процеси. У межах сучасних моделей емоційної регуляції підкреслюється, що хронічне порушення регуляції афекту активує нейронні механізми, які негативно впливають на фізіологічні показники відновлення [32]. Дослідження також свідчать, що депресивні симптоми є достовірними предикторами уповільненого фізичного одужання та зниження ефективності реабілітаційних програм у поранених військовослужбовців [22; 67].

Психологічний стан впливає і на дотримання лікувальних рекомендацій. Військовослужбовці з вираженим психоемоційним дистресом частіше демонструють знижену мотивацію до участі у фізичній реабілітації, нерегулярне виконання призначень і труднощі з підтриманням лікувального режиму. За даними досліджень, наявність депресивних і тривожних проявів асоціюється зі зниженням прихильності до лікування та меншою залученістю у відновлювальні програми [54; 36].

У науковій літературі також описується феномен психосоматичного підсилення, за якого психологічні порушення зумовлюють суб'єктивно вищу інтенсивність больових відчуттів порівняно з об'єктивними медичними показниками. У такій ситуації психоемоційний стан військовослужбовця може визначати сприйняття тяжкості фізичного ушкодження та значною мірою впливати на загальне самопочуття й адаптаційні можливості [19; 38].

Взаємодія фізичних і психологічних чинників відбувається у ширшому біопсихосоціальному контексті. Рівень соціальної підтримки, якість взаємодії з медичним персоналом, контакт із родиною та збереження зв'язку з військовим колективом істотно модулюють як психоемоційні реакції, так і перебіг фізичного відновлення. Дослідження показують, що дефіцит соціальної підтримки та ізоляція підвищують ризик розвитку тривожних і депресивних станів, тоді як підтримуюче середовище сприяє кращій адаптації та позитивній динаміці лікування [52; 63].

Таким чином, фізичні та психологічні фактори у період лікування військовослужбовців перебувають у тісній взаємодії, формуючи єдину систему реагування на травматичний досвід. Психоемоційний стан не лише відображає наслідки поранення чи соматичного захворювання, але й активно впливає на процес одужання, рівень адаптації та здатність до відновлення.

У зв'язку з цим особливого значення набуває аналіз психологічних ресурсів, механізмів адаптації та чинників стресостійкості, які можуть пом'якшувати негативний вплив травматичних і соматичних факторів та сприяти більш ефективному відновленню військовослужбовців у період лікування. Саме ці аспекти становлять предмет подальшого теоретичного аналізу в наступному підрозділі.

## **1.2. Психологічні особливості військовослужбовців, які проходять лікування**

### **1.2.1. Психологічна ситуація лікування як контекст переадаптації**

Період стаціонарного або амбулаторного лікування після поранень чи соматичних захворювань створює для військовослужбовця окрему психологічну ситуацію розвитку, що відрізняється від умов служби насамперед зміною ролей, режиму життєдіяльності та доступних способів саморегуляції. У цьому контексті лікування виступає не лише медичною, а й адаптаційною подією, оскільки потребує переорганізації звичного способу функціонування, переоцінки власних можливостей і перебудови взаємодії з оточенням. Така переадаптація є особливо складною для військових, чия професійна ідентичність пов'язана з активністю, відповідальністю та контролем над ситуацією [34; 3].

Ключовою характеристикою цього періоду є зміна ролі “військовослужбовець → пацієнт”. Військовий, який звик діяти, приймати рішення та впливати на події, опиняється в умовах, де правила визначаються медичним режимом, процедурною необхідністю та зовнішнім контролем. Роль пацієнта передбачає вимушену залежність від допомоги інших, очікування, дотримання обмежень, що нерідко суперечить звичним установкам на самостійність, витривалість і “функціонування попри обставини”. У психологічному вимірі це може формувати напруження між потребою залишатися суб'єктом власного життя і фактом тимчасової або часткової втрати суб'єктної позиції [3; 52].

Другий важливий компонент лікувального контексту - обмеження автономії та контролю. Обмеження рухливості, больовий синдром, залежність від рекомендацій медичного персоналу та регламентований режим знижують відчуття керованості ситуації. Для військовослужбовців втрата контролю часто переживається не нейтрально, а як загроза ефективності та особистісній спроможності, що підсилює фрустрацію, дратівливість і внутрішнє напруження. З позицій психології стресу, саме суб'єктивна оцінка ситуації як

неконтрольованої підвищує ризик дезадаптивних емоційних реакцій і знижує ефективність саморегуляції [39].

Третім чинником виступає невизначеність прогнозу (строки лікування, перспектива повернення до служби, функціональні обмеження, можливі ускладнення). Для військового невизначеність має специфічне значення, оскільки суперечить звичній логіці “завдання → план → виконання”. У період лікування очікування результату часто поєднується з дефіцитом інформації та залежністю від медичних висновків, що може підтримувати тривожне напруження, порушувати сон і знижувати мотиваційну залученість у реабілітацію. Водночас за наявності ресурсів (психологічна стійкість, підтримка, адаптивні стратегії) невизначеність може переноситися без різкого погіршення емоційного стану [33; 52].

Зазначені компоненти лікувальної ситуації безпосередньо пов'язані з тими змінними, які досліджуються в роботі. Суб'єктивний функціональний стан (самопочуття, активність, настрій за методикою САН) відображає, як військовослужбовець переживає власні ресурси “тут і тепер” у контексті болю, виснаження та режимних обмежень. Тривожність (ситуативна і особистісна) є чутливим індикатором переживання загрози, неконтрольованості й невизначеності, а також показником напруження адаптаційних механізмів у період лікування [31]. Агресивність і ворожість можуть проявлятися як реакції на фрустрацію, втрату автономії та обмеження звичних способів розрядки напруги, що важливо враховувати при інтерпретації результатів опитувальника Басса–Даркі [14]. Стресостійкість у такій моделі виступає ресурсним чинником, який потенційно пом'якшує негативний вплив лікувальних стресорів на емоційний стан і сприяє підтриманню адаптивного рівня активності та залученості у відновлення [33].

Отже, психологічна ситуація лікування задає рамку переадаптації: від активної професійної ролі та режиму мобілізації — до режиму відновлення, що включає обмеження контролю, підвищену невизначеність і потребу в нових способах саморегуляції. Саме в цих умовах індивідуально-психологічні

відмінності (тривожність, агресивні тенденції, особливості темпераменту, рівень стресостійкості) набувають практичного значення, оскільки визначають, як військовослужбовець переживає лікування, взаємодіє з оточенням і включається в реабілітаційний процес [22; 67].

### **1.2.2. Емоційні прояви в період лікування: тривога, напруження, виснаження**

Період лікування військовослужбовців супроводжується виразними емоційними змінами, які мають переважно ситуативний характер і безпосередньо пов'язані з умовами перебування в стаціонарі, фізичним станом, обмеженням активності та невизначеністю подальших життєвих перспектив. На відміну від клінічно оформлених психічних розладів, ці емоційні прояви не обов'язково мають патологічний характер, однак істотно впливають на психоемоційний стан, поведінку та залученість військовослужбовців у процес лікування й реабілітації [4; 10; 21].

До найбільш типових емоційних реакцій у період лікування належать підвищена тривожність, внутрішнє напруження, емоційна нестійкість, зниження настрою та відчуття психічного виснаження. Ці стани формуються як відповідь на поєднання кількох стресових чинників: фізичного болю, втрати звичного ритму життя, порушення професійної ролі, зниження автономії та соціальної ізоляції від бойового підрозділу. У сукупності вони створюють фон підвищеного емоційного напруження, який може зберігатися протягом усього періоду лікування [7; 14; 21].

Особливе місце серед емоційних проявів посідає тривожність, яка виступає універсальною реакцією на ситуацію невизначеності та втрати контролю. У військовослужбовців на лікуванні тривога часто пов'язана не лише з переживанням фізичного стану, але й з очікуваннями щодо результатів лікування, можливості повернення до служби, зміни соціального статусу та подальшої життєвої траєкторії. У цьому контексті тривожність виконує сигнальну функцію, відображаючи суб'єктивне сприйняття ситуації як потенційно загрозливої або некерованої [31; 53].

У психологічному аналізі доцільним є розмежування реактивної (ситуативної) та особистісної тривожності. Реактивна тривожність відображає поточний емоційний стан і є чутливою до конкретних умов лікування - больового синдрому, медичних процедур, отримання інформації щодо діагнозу або прогнозу. Вона може змінюватися залежно від динаміки фізичного стану та рівня психологічної підтримки. Особистісна тривожність, натомість, характеризує більш стійку схильність до переживання тривоги як індивідуальної риси та визначає загальний рівень емоційної вразливості в умовах стресу [31; 68].

Саме таке розмежування лежить в основі концепції тривожності Ч. Спілбергера, адаптованої в методиці Спілбергера-Ханіна, що використовується в даному дослідженні. Застосування цієї методики дозволяє диференційовано оцінити ситуаційно зумовлені емоційні реакції та індивідуально-типологічні особливості реагування, що є принципово важливим для аналізу психоемоційного стану військовослужбовців у період лікування [31; 41].

Поряд із тривожністю важливим емоційним компонентом лікувального періоду є внутрішнє напруження, яке може проявлятися у вигляді дратівливості, неспокою, труднощів розслаблення або постійного очікування негативних подій. Напруження часто не має чітко усвідомленого об'єкта і виступає фоновим станом, що підтримується тривалим стресом, больовими відчуттями та обмеженням звичних способів емоційної розрядки. У військовослужбовців цей стан нерідко посилюється внаслідок звички до емоційного самоконтролю, що знижує спонтанність емоційного вираження, але водночас підвищує ризик внутрішнього перенапруження [10; 26].

Тривале перебування у стані напруження поступово призводить до емоційного виснаження, яке проявляється зниженням енергетичного тону, апатією, втратою інтересу до подій навколо та ослабленням мотивації до активної участі в реабілітаційному процесі. Емоційне виснаження розглядається в сучасній психології як наслідок хронічного стресу та

неефективної емоційної регуляції, що особливо актуально для військовослужбовців у період тривалого лікування [10; 21].

Зниження настрою та активності має безпосередній вплив на реабілітаційну активність військовослужбовців. За умов емоційного виснаження лікування сприймається як надмірно складний або позбавлений сенсу процес, що знижує готовність виконувати рекомендації медичного персоналу та брати участь у фізичній терапії. У цьому контексті показники самопочуття, активності та настрою (САН) розглядаються як інтегральні індикатори поточного психоемоційного функціонування, які відображають загальний рівень внутрішніх ресурсів особистості [35; 72].

Методика САН дозволяє зафіксувати суб'єктивне переживання фізичного та психічного стану «тут і тепер», поєднуючи емоційний, енергетичний і мотиваційний компоненти. У дослідженнях реабілітаційної психології ці показники розглядаються як чутливі маркери емоційного виснаження та потенційної дезадаптації в умовах лікування [21; 35].

Таким чином, емоційні прояви в період лікування - тривожність, внутрішнє напруження та емоційне виснаження, утворюють взаємопов'язаний комплекс, що істотно впливає на психоемоційний стан військовослужбовців і їхню реабілітаційну активність. Аналіз цих проявів без використання діагностичних категорій дозволяє зосередитися на психологічних механізмах адаптації, а диференціація ситуативних і особистісних компонентів створює методологічне підґрунтя для подальшого емпіричного дослідження.

### **1.2.3. Поведінкові реакції та фрустраційні механізми: дратівливість, ворожість, агресивні тенденції**

У період лікування психоемоційний стан військовослужбовців проявляється не лише на емоційному, а й на поведінковому рівні. Однією з найбільш типових реакцій у цій ситуації є підвищення дратівливості, ворожості та агресивних тенденцій, які формуються як відповідь на фрустрацію, втрату контролю та обмеження звичних способів дії. У сучасній

психології такі прояви розглядаються не як ізольовані поведінкові порушення, а як механізми емоційної регуляції в умовах тривалого стресу [10; 14; 21].

Фрустраційна ситуація лікування виникає внаслідок блокування значущих для особистості потреб - у автономії, ефективності, активності та професійній реалізації. Для військовослужбовця, чия ідентичність значною мірою пов'язана з дієвістю, контролем і здатністю впливати на ситуацію, поранення або соматичне захворювання створює потужний фрустраційний контекст. Неможливість виконувати звичні дії, залежність від медичного персоналу, обмеження фізичної активності та невизначеність результатів лікування формують внутрішню напругу, яка потребує психологічної розрядки [2; 7; 10].

Агресивні тенденції у цьому контексті можуть виконувати регуляторну функцію, спрямовану на зниження внутрішнього напруження. У класичних фрустраційних моделях агресія розглядається як одна з можливих відповідей на блокування цілей, особливо за умов, коли інші способи емоційного реагування є недоступними або соціально обмеженими [14; 76]. У військовослужбовців у період лікування така ситуація є типовою, оскільки звичні канали розрядки напруги (фізична активність, виконання завдань, бойова взаємодія) різко звужуються.

Важливо підкреслити, що агресивність у період лікування не завжди має відкритий або зовнішньо спрямований характер. У багатьох випадках вона проявляється у формі внутрішньої напруги, роздратованості, нетерпимості до оточення, підвищеної чутливості до зауважень або емоційного відсторонення. Такі реакції можуть не усвідомлюватися самими військовослужбовцями як агресивні, однак вони відображають підвищений рівень внутрішньої фрустрації та емоційної дезорганізації [10; 21].

У психологічному аналізі доцільним є розмежування зовнішньо- та внутрішньо-спрямованих форм агресивних реакцій. Зовнішньо-спрямовані прояви включають вербальну різкість, конфліктність, підвищену ворожість у взаємодії з медичним персоналом або іншими пацієнтами. Внутрішньо-

спрямовані форми агресії можуть проявлятися у вигляді самозвинувачення, внутрішнього гніву, пригніченої злості, а також психосоматичних реакцій. Для військовослужбовців, які тривалий час використовували стратегії емоційного контролю та пригнічення почуттів, саме внутрішньо-спрямовані агресивні тенденції є більш характерними [26; 76].

Окремим компонентом поведінкових реакцій у фрустраційній ситуації є ворожість, яка в психології розглядається як відносно стійка установка недовіри, підозрілості та негативної інтерпретації дій оточення. У період лікування ворожість може формуватися на тлі відчуття несправедливості («зі мною сталося те, чого не мало бути»), зниження контролю над власним життям і переживання втрати статусу. Дослідження у військовому контексті свідчать, що ворожість часто поєднується з тривожністю та емоційним виснаженням, утворюючи стійкий фрустраційно-напружений фон [14; 21].

З позицій системно-структурного підходу агресивні та ворожі реакції слід розглядати не як ізольовані поведінкові феномени, а як елементи загальної структури психоемоційного стану, що взаємодіють із тривожністю, настроєм, рівнем активності та стресостійкістю. Підвищення агресивних тенденцій може свідчити про дефіцит адаптивних механізмів емоційної регуляції та зниження ресурсного потенціалу особистості в умовах лікування [10; 33].

У межах даного дослідження поведінкові та фрустраційні прояви операціоналізуються за допомогою опитувальника Басса–Даркі, який дозволяє диференційовано оцінити різні форми агресивності та ворожості - як відкриті, так і приховані. Методика є концептуально узгодженою з фрустраційними та регуляторними моделями агресії та широко використовується у психологічних дослідженнях для аналізу емоційно-поведінкових реакцій у стресових умовах [14; 76].

Застосування опитувальника Басса-Даркі у поєднанні з показниками тривожності, суб'єктивного функціонального стану (САН) та стресостійкості створює можливість комплексного аналізу поведінкових механізмів

психоемоційного реагування військовослужбовців у період лікування. Це дозволяє розглядати агресивні тенденції не як окремих симптом, а як важливу складову загальної адаптаційної динаміки, що має суттєве значення для інтерпретації емпіричних результатів.

#### **1.2.4. Когнітивні зміни та емоційна регуляція під час лікування**

Період лікування після поранень або тяжких соматичних захворювань супроводжується не лише емоційними та поведінковими змінами, але й помітними зрушеннями у когнітивному функціонуванні військовослужбовців. У психологічних дослідженнях ці зміни розглядаються як закономірний наслідок тривалого стресового навантаження, фізичного виснаження та порушення звичного способу життєдіяльності, а не як ознака органічного ураження чи стійкого когнітивного дефіциту [10; 31; 53].

Найбільш типовими когнітивними труднощами у період лікування є зниження концентрації уваги, підвищена розсіяність, відчуття «ментальної втоми», а також труднощі з утриманням фокусу на поточних завданнях. Військовослужбовці часто описують ці стани як неможливість «зібратися», уповільнення мислення або зниження здатності до планування. У контексті стресу такі прояви пояснюються перевантаженням регуляторних механізмів та постійною внутрішньою мобілізацією, яка не дозволяє психіці перейти у режим відновлення [10; 26].

Особливе місце серед когнітивних змін займають румінації - повторювані, нав'язливі роздуми про травматичні події, обставини поранення, втрати або можливі негативні сценарії майбутнього. Румінації не виконують функції вирішення проблеми, а навпаки, підтримують високий рівень психоемоційної напруги та ускладнюють емоційне відновлення. У період лікування вони часто актуалізуються через фізичну пасивність, обмеження діяльності та дефіцит зовнішніх відволікаючих стимулів, що створює умови для надмірної фіксації на внутрішніх переживаннях [31; 53].

Когнітивні труднощі тісно пов'язані з процесами емоційної регуляції, які в сучасній психології розглядаються як центральний механізм підтримання

психоемоційної рівноваги. Емоційна регуляція включає здатність усвідомлювати власні емоційні стани, модулювати їх інтенсивність та обирати адаптивні способи реагування на стресові стимули. У військовослужбовців, які тривалий час функціонували в умовах бойової мобілізації, переважають стратегії емоційного контролю та пригнічення, що є ефективними у бойовому середовищі, але можуть виявлятися менш адаптивними у ситуації лікування [10; 26].

Порушення емоційної регуляції у період лікування проявляються у вигляді різких емоційних коливань, труднощів у заспокоєнні після емоційного напруження, підвищеної чутливості до фруструвальних стимулів та зниження толерантності до невизначеності. Такі прояви посилюють когнітивне перевантаження, оскільки значна частина психічних ресурсів спрямовується на утримання або пригнічення емоцій, а не на обробку інформації та планування дій [10; 53].

Важливим чинником, що модулює вираженість когнітивних змін та особливості емоційної регуляції, є тривожність. Підвищений рівень тривожності асоціюється з тенденцією до надмірної фіксації на потенційних загрозах, негативних прогнозах і тілесних відчуттях, що безпосередньо знижує здатність до концентрації уваги та гнучкого мислення. У таких умовах когнітивна діяльність набуває захисного характеру і спрямовується не на вирішення поточних завдань, а на моніторинг небезпеки, що є адаптивним у бойовій ситуації, але дезадаптивним у період лікування [31; 41].

Нейротизм як відносно стабільна особистісна характеристика також відіграє важливу роль у формуванні когнітивно-емоційних реакцій. Особи з вищим рівнем нейротизму схильні до інтенсивнішого переживання негативних емоцій, підвищеної чутливості до стресорів і менш ефективної емоційної регуляції. У період лікування це може проявлятися у вигляді посиленних румінацій, зниження когнітивної гнучкості та більш вираженого суб'єктивного відчуття психічного виснаження [32; 68].

З позицій системно-структурного підходу когнітивні зміни та емоційна регуляція розглядаються як взаємопов'язані компоненти психоемоційного стану, що опосередковують вплив соматичних обмежень і стресових чинників на поведінку та адаптацію військовослужбовців. Порушення когнітивної регуляції підсилюють тривожність і емоційну напругу, тоді як ефективні регуляторні стратегії сприяють збереженню активності, стабілізації настрою та залученості у реабілітаційний процес [10; 33].

Таким чином, когнітивні труднощі та особливості емоційної регуляції у період лікування є важливою складовою психоемоційного функціонування військовослужбовців. Їх аналіз у поєднанні з показниками тривожності, нейротизму та суб'єктивного функціонального стану створює теоретичне підґрунтя для комплексної інтерпретації емпіричних результатів та дозволяє краще зрозуміти механізми адаптації й дезадаптації в умовах лікування.

#### **1.2.5. Соматичні чинники (біль, виснаження, порушення сну) як модератори психоемоційного стану**

У період лікування соматичні чинники відіграють ключову роль у формуванні та підтриманні психоемоційного стану військовослужбовців, виступаючи не ізольованими фізичними симптомами, а активними модераторами емоційного та регуляторного функціонування. Біль, фізичне виснаження та порушення сну суттєво впливають на суб'єктивне самопочуття, емоційний тонус і здатність до психологічної адаптації, посилюючи вразливість до тривожних і депресивних реакцій у період госпіталізації та реабілітації.

Одним із найбільш значущих соматичних чинників є біль, який у поранених військовослужбовців часто має хронічний або рецидивний характер. У сучасних дослідженнях біль розглядається як багатовимірне явище, що включає сенсорний, емоційний і когнітивний компоненти. Саме емоційне забарвлення болю зумовлює його тісний зв'язок із рівнем тривожності та настроєм. Фултон і Калгун (2020) зазначають, що інтенсивність суб'єктивно переживаного болю корелює з підвищеною

емоційною напругою, дратівливістю та зниженням настрою, навіть за стабільних медичних показників [7]. Таким чином, біль не лише відображає фізичний стан, але й безпосередньо впливає на психоемоційне реагування.

Взаємозв'язок між болем і тривожністю має двобічний характер. Підвищена тривожність може посилювати фокус уваги на тілесних відчуттях, підвищуючи суб'єктивну інтенсивність болю, тоді як біль, у свою чергу, виступає постійним джерелом напруги та невизначеності. Асмундсон і Кац (2021) підкреслюють, що саме поєднання болю з тривожними очікуваннями формує стійкий фон емоційного дискомфорту, який ускладнює процес психологічної регуляції [19]. У цьому контексті біль може розглядатися як чинник, що підсилює негативний емоційний тонус та знижує загальне суб'єктивне благополуччя.

Важливу роль у психоемоційному функціонуванні відіграють також порушення сну, які є поширеним явищем серед військовослужбовців у період лікування. Біль, зміна режиму дня, тривожні переживання та госпітальні умови часто призводять до труднощів засинання, фрагментованого сну або відчуття неповноцінного відпочинку. Дослідження Кірні і Сімпсон (2020) показують, що хронічне порушення сну асоціюється зі зниженням емоційної стійкості, підвищеною дратівливістю та швидким психічним виснаженням [15]. Недостатній сон знижує здатність до емоційної регуляції та посилює реактивність на стресові стимули.

У науковій літературі описується феномен так званого «замкненого кола», у якому біль, емоційна напруга, порушення сну та виснаження взаємно підсилюють одне одного. Біль спричиняє напруження та тривожність, що ускладнює засинання; порушення сну, у свою чергу, знижує толерантність до болю та посилює емоційну лабільність; накопичене виснаження погіршує настрій і зменшує ресурси психологічної адаптації. Фултон і Калгун (2020) зазначають, що саме цей циклічний механізм часто лежить в основі стійкого психоемоційного дистресу у поранених військових [7]. Важливо підкреслити,

що йдеться не про клінічні розлади, а про функціональні зрушення, які можуть істотно впливати на суб'єктивний стан і поведінкову активність.

Фізичне та психічне виснаження, яке накопичується в умовах тривалого лікування, знижує рівень активності, мотивацію до участі у реабілітаційних заходах і здатність до подолання труднощів. За даними Гросса (2020), виснаження пов'язане з ослабленням механізмів емоційної регуляції, що робить особистість більш уразливою до негативних емоційних станів і фрустраційних реакцій [10]. У такому стані навіть помірні стресори можуть викликати непропорційно сильні емоційні відповіді.

У контексті даного дослідження соматичні чинники розглядаються не як самостійні змінні, а як умови, що модифікують прояви психоемоційного стану та опосередковують взаємозв'язки між психологічними показниками. Зокрема, інтенсивність суб'єктивного болю та рівень фізичного виснаження можуть бути пов'язані зі зниженням показників самопочуття, активності та настрою, а також із підвищенням тривожності. Водночас важливо наголосити, що ці зв'язки не мають лінійного або детермінованого характеру, а відображають тенденції, які проявляються в межах загальної структури психоемоційного функціонування.

Таким чином, біль, порушення сну та виснаження виступають значущими соматичними модераторами психоемоційного стану військовослужбовців у період лікування. Їх урахування є необхідним для адекватного розуміння емоційних, когнітивних і поведінкових реакцій, а також для коректної інтерпретації емпіричних зв'язків між психологічними показниками, виявлених у подальших розділах роботи.

#### **1.2.6. Соціальна підтримка і взаємодія з медичним середовищем як ресурс відновлення**

Соціальна підтримка є одним із ключових ресурсів психологічної адаптації військовослужбовців у період лікування та реабілітації. У сучасних біопсихосоціальних моделях вона розглядається не лише як зовнішня допомога, а як інтегративний чинник, що впливає на емоційний стан,

когнітивні оцінки ситуації лікування та рівень залученості особистості у відновлювальний процес. Для військовослужбовців, які перебувають у стані фізичних обмежень і невизначеності майбутнього, наявність підтримувального соціального середовища істотно знижує психоемоційне напруження та підвищує адаптаційний потенціал.

У період лікування соціальна підтримка реалізується переважно через три взаємопов'язані канали: родинне оточення, побратимів та медичний персонал. Родина виступає базовим джерелом емоційної стабільності, прийняття та відчуття безпеки. Дослідження Єгуди та Лернер (2018) свідчать, що емоційна залученість близьких знижує рівень тривожності та депресивних переживань, а також підтримує мотивацію до лікування й реабілітації [11]. Для військовослужбовців присутність родини допомагає зберігати відчуття життєвої значущості та перспективності майбутнього, навіть за умов тимчасової втрати автономії.

Підтримка побратимів має специфічний характер і ґрунтується на спільному бойовому досвіді, який формує унікальну систему взаєморозуміння та довіри. Контакт із товаришами по службі знижує відчуття ізоляції та «випадіння» з військового контексту, що є важливим чинником збереження професійної ідентичності. Засекіна та ін. (2023) підкреслюють, що підтримка з боку побратимів зменшує ризик формування моральної травми та сприяє емоційному прийняттю стану тимчасової непрацездатності [63]. У цьому сенсі горизонтальні зв'язки виконують компенсаторну функцію, підтримуючи відчуття належності та соціальної значущості.

Взаємодія з медичним середовищем становить третій, не менш важливий канал соціальної підтримки. Якість комунікації з лікарями, психологами, реабілітологами та медичним персоналом суттєво впливає на психологічне самопочуття військовослужбовця, рівень довіри до лікування та готовність дотримуватися рекомендацій. Сіл та ін. (2018) показують, що зрозуміле інформування, емпатійне ставлення та передбачуваність лікувального процесу знижують тривожність і підвищують залученість

пацієнтів у реабілітацію [54]. Медичне середовище в цьому контексті виконує не лише лікувальну, а й стабілізуючу психологічну функцію.

Соціальна підтримка виконує роль ресурсу, який опосередковує вплив соматичних і психологічних стресорів на психоемоційний стан. За наявності підтримувального оточення знижується суб'єктивна інтенсивність болю, легше переживається невизначеність прогнозу та зберігається мотивація до активної участі в лікуванні. Водночас дефіцит підтримки може посилювати тривожність, знижувати настрій і сприяти формуванню унікальної поведінки. Гогу (2019) підкреслює, що соціальна підтримка є одним із найважливіших предикторів успішного відновлення після бойових поранень, впливаючи як на психічні, так і на фізичні показники одужання [34].

У межах даного дослідження соціальна підтримка розглядається як важливий контекстуальний ресурс, що впливає на психоемоційний стан військовослужбовців і модифікує прояви тривожності, настрою, активності та стресостійкості. Її роль полягає не у прямому «усуненні» емоційного дистресу, а у створенні умов, за яких особистість зберігає здатність до саморегуляції, адаптації та поступового психологічного відновлення в період лікування.

### **1.2.7. Проміжні висновки до розділу 1.2**

Аналіз психологічних особливостей військовослужбовців у період лікування показує, що їхній психоемоційний стан формується під впливом комплексу взаємопов'язаних чинників, які охоплюють емоційні реакції, когнітивні зміни, поведінкові прояви, соматичні обмеження та ресурси соціальної підтримки. Період лікування виступає не лише етапом фізичного відновлення, а й специфічною психологічною ситуацією, у межах якої відбувається переадаптація особистості до нових умов функціонування, ролей і життєвих обмежень.

У межах розділу 1.2 було показано, що найбільш релевантними компонентами психоемоційного стану військовослужбовців у період лікування є:

- актуальні психоемоційні стани (самопочуття, активність, настрій), які відображають суб'єктивне переживання власного функціонального стану;
- тривожність як ключовий індикатор емоційного напруження та реакції на невизначеність лікувальної ситуації;
- агресивні та ворожі тенденції як поведінкові форми реагування на фрустрацію, біль і втрату контролю;
- когнітивні труднощі та порушення емоційної регуляції, що знижують адаптивність і ускладнюють реабілітаційний процес;
- соматичні чинники (біль, виснаження, порушення сну), які модифікують емоційні реакції та можуть підтримувати стан хронічного дистресу;
- ресурсні змінні, насамперед стресостійкість і соціальна підтримка, що виконують буферну функцію та сприяють психологічній адаптації.

Важливою особливістю виявлених психологічних проявів є їхня взаємозалежність. Жоден із зазначених компонентів не функціонує ізольовано: соматичні обмеження впливають на емоційний фон, емоційне напруження модифікує когнітивні оцінки ситуації, а рівень ресурсів визначає здатність особистості до саморегуляції та відновлення. Це зумовлює необхідність відмови від фрагментарного аналізу окремих показників на користь цілісного бачення психоемоційного стану як багаторівневої системи.

Саме тому подальший теоретичний аналіз потребує застосування системного та структурного підходів, які дозволяють інтегрувати різнорівневі психологічні змінні в єдину концептуальну модель. Такий підхід дає змогу розглядати психоемоційний стан військовослужбовців у період лікування як результат взаємодії актуальних станів, відносно стійких особистісних характеристик і ресурсних чинників, а також обґрунтувати добір психодіагностичних методик відповідно до різних рівнів психічного функціонування.

Отже, узагальнення матеріалу розділу 1.2 створює логічні та методологічні передумови для переходу до розділу 1.3, у якому психоемоційний стан особистості розглядатиметься з позицій структурно-системного підходу. Це дозволить концептуально впорядкувати описані психологічні прояви, співвіднести їх із емпіричними показниками дослідження та забезпечити теоретичну цілісність подальшого аналізу.

### **1.3. Структурний підхід до аналізу психоемоційного стану особистості**

#### **1.3.1. Психоемоційний стан як багатовимірне утворення: обґрунтування нередукціоністського підходу**

Психоемоційний стан особистості в сучасній психологічній науці розглядається як складне, багатовимірне та динамічне утворення, що не може бути адекватно описане через один окремий показник або ізольований симптом. Особливої актуальності це положення набуває у дослідженні психоемоційного стану військовослужбовців у період лікування, коли на особистість одночасно впливають фізичні обмеження, наслідки бойового досвіду, зміна соціальної ролі та невизначеність подальших життєвих і професійних перспектив [2; 4; 59].

Редукція психоемоційного стану до одного параметра (наприклад, лише рівня тривожності або настрою) призводить до спрощення психологічної реальності та втрати пояснювального потенціалу дослідження. Такий підхід не дозволяє врахувати випадки, у яких подібні за одним показником військовослужбовці демонструють принципово різні патерни адаптації, поведінки та відновлення. У клінічній і військовій психології підкреслюється, що ідентичні рівні тривожності чи депресивності можуть мати різне психологічне значення залежно від особистісних ресурсів, контексту переживання та доступних механізмів регуляції [4; 10; 33].

Нердукціоністський підхід до аналізу психоемоційного стану ґрунтується на уявленні про психіку як багаторівневу систему, у якій актуальні емоційні стани, відносно стійкі особистісні риси та ресурсні характеристики перебувають у постійній взаємодії. У межах такого підходу психоемоційний стан розглядається не як сума окремих реакцій, а як інтегральний результат функціонування особистості в конкретних життєвих умовах [41; 43; 59].

Логіка аналізу психоемоційного стану в межах даного дослідження вибудовується за принципом взаємодії чотирьох ключових компонентів: актуальних психоемоційних станів, індивідуально-типологічних рис, ресурсних характеристик та ситуаційного контексту.

Актуальні психоемоційні стани (самопочуття, активність, настрої, рівень тривожності) відображають безпосередню реакцію особистості на умови лікування, соматичний стан і суб'єктивну оцінку власного функціонування. Вони є лабільними та чутливими до змін, що робить їх важливими індикаторами психологічної адаптації або дезадаптації в короткостроковій перспективі [10; 31; 53]. Саме тому показники методики САН і тривожності широко використовуються у дослідженнях психоемоційного стану пацієнтів у період лікування та реабілітації.

Водночас актуальні стани формуються й проявляються не ізольовано, а на тлі відносно стійких індивідуально-типологічних рис, зокрема нейротизму та екстраверсії. У межах п'ятифакторної моделі особистості нейротизм розглядається як базовий предиктор емоційної вразливості, схильності до тривожних і негативних афективних реакцій та зниження стресостійкості, тоді як екстраверсія пов'язується з особливостями соціальної активності та використання міжособистісної підтримки [32; 43; 68]. Для військовослужбовців у період лікування ці риси значною мірою визначають інтенсивність емоційного реагування на обмеження автономії та невизначеність прогнозу [7; 38].

Третім важливим компонентом є ресурсні характеристики, передусім психологічна стресостійкість. У сучасних дослідженнях вона розглядається як

інтегральний ресурс адаптації, що поєднує когнітивні, емоційні та мотиваційні складові і здатний пом'якшувати негативний вплив стресових та соматичних чинників [33; 59; 64]. У військовослужбовців із вищим рівнем стресостійкості навіть за наявності тяжких фізичних обмежень спостерігається більш стабільний емоційний фон і вища залученість у процес реабілітації [10; 21].

Окрему роль у формуванні психоемоційного стану відіграє ситуаційний контекст, у межах якого відбувається лікування. Період госпіталізації для військовослужбовців є специфічною психологічною ситуацією, що поєднує фізичний біль, втрату звичної професійної ролі, залежність від медичного середовища та дистанціювання від бойового підрозділу. Саме контекст визначає психологічне значення емоційних реакцій і може трансформувати їх з адаптивних у дезадаптивні або навпаки [2; 3; 59].

Таким чином, психоемоційний стан особистості у період лікування доцільно розглядати як багатовимірне утворення, що формується на перетині актуальних станів, особистісних рис, ресурсів та ситуаційного контексту. Такий нередукційоністський підхід забезпечує методологічну основу для структурного аналізу психоемоційного функціонування військовослужбовців, дозволяє уникнути спрощених інтерпретацій і створює концептуальну узгодженість між теоретичною та емпіричною частинами дослідження [41; 43; 59].

### **1.3.2. Методологічна рамка - системно-структурний підхід**

Методологічною основою даного дослідження є системно-структурний підхід який ґрунтується на розгляді психіки та особистості як цілісної системи, елементи якої перебувають у взаємозалежності та ієрархічній організації. У межах цього підходу психоемоційний стан не зводиться до окремих симптомів або показників, а інтерпретується як результат взаємодії актуальних станів, відносно стійких особистісних рис і ресурсних механізмів регуляції [43; 59]. Така логіка є принципово важливою для дослідження військовослужбовців у період лікування, оскільки дозволяє пояснити варіативність емоційних і поведінкових реакцій за подібних медичних умов.

Системно-структурний підхід забезпечує методологічне підґрунтя для інтеграції різнорівневих психологічних змінних, використаних у дослідженні (тривожність, агресивність, індивідуально-типологічні характеристики, показники суб'єктивного функціонального стану та стресостійкість), у єдину аналітичну модель. Це дозволяє не лише фіксувати окремі прояви психоемоційного стану, а й аналізувати їхні взаємозв'язки та структурні співвідношення [10; 33; 59].

У межах даного дослідження зазначений підхід виконує не описову, а **інструментальну функцію**, визначаючи логіку добору психологічних змінних, інтерпретацію міжгрупових відмінностей і кореляційних зв'язків, а також загальну структуру аналізу психоемоційного стану військовослужбовців у процесі лікування.

### **1.3.3. Рівні аналізу психоемоційного функціонування в умовах лікування (структурна модель)**

У межах системно-структурного підходу психоемоційний стан військовослужбовців у період лікування доцільно розглядати як результат взаємодії кількох взаємопов'язаних рівнів психічного функціонування. Така логіка аналізу дозволяє уникнути редукції психоемоційного стану до окремих симптомів або показників і натомість забезпечує цілісне розуміння механізмів адаптації та дезадаптації особистості в умовах тривалого стресу, соматичних обмежень і зміни життєвого контексту [43; 59].

З урахуванням завдань дослідження, специфіки вибірки та умов лікування, у роботі виділено **чотири взаємопов'язані рівні аналізу психоемоційного функціонування**, які утворюють цілісну структурну модель.

#### **Перший рівень - ситуативно-становий.**

Цей рівень відображає актуальні психоемоційні стани, що формуються у відповідь на безпосередні умови лікування, фізичне самопочуття, обмеження активності та невизначеність прогнозу. До нього належать суб'єктивні переживання самопочуття, емоційного тону, активності, а також рівень

ситуативної тривожності. Саме цей рівень є найбільш лабільним і чутливим до змін зовнішніх умов, що робить його важливим індикатором поточного психологічного благополуччя або дистресу військовослужбовця [10; 31]. У межах системної моделі ситуативно-станові показники розглядаються як центральна ланка, через яку соматичні та контекстуальні чинники впливають на поведінку та загальну адаптацію.

### **Другий рівень - особистісно-стійкий.**

Цей рівень охоплює відносно стабільні індивідуально-типологічні характеристики, що визначають загальний стиль емоційного реагування, чутливість до стресу та схильність до певних психоемоційних реакцій. У структурі психоемоційного функціонування особистісно-стійкі властивості виконують модулювальну функцію: вони не зумовлюють безпосередньо конкретний стан, але істотно впливають на його інтенсивність, тривалість і динаміку [32; 43]. В умовах лікування цей рівень визначає, наскільки виражено військовослужбовець переживає тривогу, напруження або зниження настрою за подібних зовнішніх обставин.

### **Третій рівень - регуляторно-поведінковий.**

Регуляторно-поведінковий рівень відображає способи реагування на психоемоційне напруження, фрустрацію та втрату контролю. Він включає поведінкові та емоційно-експресивні прояви, такі як дратівливість, ворожість і агресивні тенденції, які можуть виконувати як адаптивну, так і дезадаптивну функцію. У структурній моделі цей рівень розглядається як механізм зовнішньої або внутрішньої регуляції напруги, що опосередковує зв'язок між емоційними станами та поведінковими реакціями [14; 21]. Особливу актуальність цей рівень набуває в умовах лікування, коли звичні способи розрядки напруги обмежені.

### **Четвертий рівень - ресурсний.**

Ресурсний рівень охоплює внутрішні та зовнішні чинники, що забезпечують психологічну стійкість і здатність до адаптації в умовах стресу. До нього належать індивідуальні ресурси саморегуляції, стресостійкість, а

також контекстуальні ресурси. Ресурсний рівень виконує системоутворювальну функцію, оскільки саме він здатний пом'якшувати негативний вплив соматичних обмежень і психоемоційного напруження та визначати адаптаційний потенціал військовослужбовця [33; 59].

Таким чином, запропонована структурна модель дозволяє розглядати психоемоційний стан військовослужбовців у період лікування як результат динамічної взаємодії актуальних станів, відносно стійких особистісних характеристик, регуляторних поведінкових механізмів і ресурсних чинників. Саме в межах цієї логіки у подальшому здійснюється операціоналізація змінних та обґрунтування вибору психодіагностичних методик, що розглядається у підрозділі 1.3.4.

#### **1.3.4. Операціоналізація змінних: відповідність “теорія → показники → методики”**

У межах системно-структурного підходу ключовим методологічним завданням є коректна операціоналізація теоретичних конструктів, тобто їх переведення у вимірювані психологічні показники. Операціоналізація психоемоційного стану військовослужбовців у період лікування здійснюється з урахуванням його багаторівневої структури, що включає актуальні психоемоційні стани, відносно стійкі особистісні характеристики, регуляторно-поведінкові прояви та ресурсні чинники адаптації [43; 59].

Відповідно до логіки дослідження, кожен із виділених структурних рівнів репрезентований конкретними психологічними показниками, які мають чітке теоретичне обґрунтування, достатню психометричну надійність та емпіричну релевантність для аналізу психоемоційного функціонування військовослужбовців у лікувальному контексті.

Ситуативно-становий рівень операціоналізується через показники суб'єктивного функціонального стану (самопочуття, активність, настрої) та рівень ситуативної тривожності. Ці змінні відображають актуальне переживання власного стану «тут і тепер» та є чутливими до впливу

соматичних обмежень, болю, умов госпіталізації й невизначеності лікувального прогнозу [10; 21; 31].

Особистісно-стійкий рівень представлений показниками нейротизму, екстраверсії та особистісної тривожності, які розглядаються як диспозиційні чинники емоційної реактивності та способів реагування на стрес. У сучасних моделях особистості нейротизм асоціюється з підвищеною емоційною лабільністю та вразливістю до дистресу, тоді як екстраверсія пов'язується з соціальною активністю та потенціалом використання підтримки [32; 43; 68].

Регуляторно-поведінковий рівень операціоналізується через показники агресивності та ворожості, які інтерпретуються як форми емоційної регуляції та реакції на фрустрацію. У військовослужбовців у період лікування ці прояви нерідко мають внутрішньо спрямований характер і пов'язані з переживанням втрати контролю, обмеження автономії та хронічного напруження [14; 21; 76].

Ресурсний рівень представлений показником стресостійкості, який у межах концепцій життестійкості та резильєнтності розглядається як інтегральна здатність особистості зберігати психологічну стабільність і адаптаційний потенціал в умовах тривалого стресу та соматичних навантажень [33; 59; 64].

Для наочності та методологічної узгодженості відповідність між теоретичними рівнями аналізу, психологічними показниками та використаними методиками подано в таблиці 1.1.

Таким чином, запропонована операціоналізація забезпечує узгодженість між теоретичною моделлю психоемоційного стану та емпіричними засобами його вивчення. Поєднання показників різних рівнів дозволяє здійснити цілісний аналіз психоемоційного функціонування військовослужбовців у період лікування та створює надійне методологічне підґрунтя для перевірки гіпотез і подальшої інтерпретації результатів у розділі 2.

**Операціоналізація психоемоційного стану військовослужбовців у  
період лікування**

<b>Структурний рівень</b>	<b>Теоретичний конструкт</b>	<b>Психологічні показники</b>	<b>Методика</b>
Ситуативно-становий	Актуальний психоемоційний стан	Самопочуття, активність, настрої	Методика САН
	Ситуативна емоційна напруга	Ситуативна тривожність	Шкала тривожності Спілбергера–Ханіна
Особистісно-стійкий	Емоційна реактивність	Нейротизм	Опитувальник Айзенка
	Соціальна спрямованість	Екстраверсія	Опитувальник Айзенка
	Стійка тривожна схильність	Особистісна тривожність	Шкала тривожності Спілбергера–Ханіна
Регуляторно-поведінковий	Реакції на фрустрацію	Агресивність, ворожість	Опитувальник Басса–Даркі
Ресурсний	Адаптаційний потенціал	Стресостійкість	Опитувальник стресостійкості

**1.3.5. Логіка очікуваних взаємозв'язків у межах структурної моделі психоемоційного стану**

У межах системно-структурного підходу психоемоційний стан військовослужбовців у період лікування розглядається як результат взаємодії кількох функціонально пов'язаних рівнів — ситуативно-станового,

особистісно-стійкого, регуляторно-поведінкового та ресурсного. Відповідно, аналіз емпіричних даних у даному дослідженні ґрунтується не на ізольованому вивченні окремих показників, а на припущенні про наявність системних взаємозв'язків між ними.

Передусім припускається, що актуальний психоемоційний стан військовослужбовців (самопочуття, активність, настрій) пов'язаний із рівнем емоційної напруги та тривожності. У науковій літературі зазначається, що зниження суб'єктивного функціонального стану в умовах соматичних обмежень і лікування часто супроводжується підвищенням тривожності та зростанням емоційного напруження [10; 21; 31]. У цьому контексті очікується, що показники САН можуть виступати чутливими індикаторами загального психоемоційного благополуччя та залученості в реабілітаційний процес.

На рівні особистісних характеристик очікується, що відносно стійкі індивідуально-типологічні риси, зокрема нейротизм та особистісна тривожність, модулюватимуть інтенсивність ситуативних емоційних реакцій. Згідно з сучасними моделями особистості, високий нейротизм асоціюється з підвищеною чутливістю до стресу, схильністю до негативних афективних станів і труднощами емоційної регуляції [32; 43; 68]. У зв'язку з цим припускається, що індивідуальні відмінності за цими показниками можуть бути пов'язані з варіативністю психоемоційних реакцій у період лікування.

У межах регуляторно-поведінкової ланки передбачається, що агресивність і ворожість можуть виконувати функцію емоційної розрядки або реакції на фрустрацію, зумовлену втратою автономії, болем і обмеженням активності. У військовому контексті агресивні тенденції не завжди мають зовнішньо спрямований характер і можуть проявлятися у формі внутрішньої напруги, дратівливості або негативних когнітивно-емоційних установок [14; 76]. Відтак очікується наявність зв'язків між показниками агресивності, тривожності та суб'єктивного функціонального стану.

Окреме місце в моделі посідає ресурсний рівень, представлений показником стресостійкості. З позицій концепцій життестійкості та

резильєнтності припускається, що вищий рівень стресостійкості пов'язаний із більш стабільним психоемоційним фоном, меншою вираженістю тривожності та кращою здатністю до адаптації в умовах тривалого лікування [33; 59; 64]. Стресостійкість розглядається як потенційний модератор взаємозв'язків між соматичними чинниками, емоційними станами та поведінковими реакціями.

Також очікується, що соматичні чинники, зокрема біль, виснаження та порушення сну, можуть бути пов'язані з показниками емоційного стану та тривожності, утворюючи взаємопосилювальні зв'язки. У наукових роботах підкреслюється ризик формування «замкненого кола», у якому біль і порушення сну підтримують емоційне напруження, що, у свою чергу, негативно впливає на суб'єктивний стан і адаптаційні ресурси [7; 12; 15].

Соціальна підтримка в межах моделі розглядається як контекстний чинник, що потенційно впливає на психоемоційний стан, однак у даному дослідженні не операціоналізується емпірично. Водночас теоретичний аналіз дозволяє припускати, що наявність підтримувального соціального середовища може опосередковувати взаємозв'язки між стресовими навантаженнями, емоційними реакціями та ресурсними характеристиками [2; 11; 22].

Таким чином, логіка очікуваних взаємозв'язків у межах структурної моделі ґрунтується на уявленні про психоемоційний стан як системне утворення, де ситуативні стани, особистісні риси, поведінкові механізми та ресурси перебувають у взаємному динамічному зв'язку. Запропонована модель не передбачає наперед визначених напрямів або сили цих зв'язків, а слугує теоретичним підґрунтям для подальшого емпіричного аналізу, результати якого будуть представлені у наступних розділах роботи.

### **1.3.6. Методологічні обмеження і безпечні межі інтерпретації результатів дослідження**

У межах даного дослідження принципово важливим є дотримання чітких методологічних меж інтерпретації отриманих результатів, що зумовлено як особливостями вибірки військовослужбовців, які перебувають у періоді лікування, так і характером застосованого дослідницького дизайну та

психодіагностичних інструментів. Усвідомлення цих обмежень відповідає сучасним вимогам емпіричних психологічних досліджень і слугує запобіжником проти надмірних або некоректних узагальнень [4].

Передусім необхідно наголосити, що результати дослідження не мають діагностичного характеру. Використані психодіагностичні методики спрямовані на оцінку психоемоційних станів, індивідуально-психологічних тенденцій та ресурсних характеристик особистості, але не призначені для встановлення психічних розладів. Відповідно до сучасних етичних та професійних стандартів, постановка клінічних діагнозів можлива виключно в межах спеціалізованої психіатричної або клініко-психологічної оцінки з опорою на офіційні діагностичні критерії [3; 4].

У цьому контексті підвищені показники тривожності, агресивності або зниження суб'єктивного функціонального стану (самопочуття, активності, настрою) інтерпретуються як прояви психоемоційного напруження, реакції на стрес та умови лікування, а не як ознаки психопатології. Такий підхід узгоджується з транзакційними та біопсихосоціальними моделями стресу, у яких емоційні реакції розглядаються як адаптивні або дезадаптивні відповіді на суб'єктивно значущі життєві обставини [6; 10].

Особливої уваги потребує розмежування ситуативних психоемоційних проявів і відносно стійких особистісних характеристик. Високі значення ситуативної тривожності або зниження показників САН можуть бути зумовлені поточними умовами госпіталізації, фізичним болем, обмеженням автономії та невизначеністю прогнозу лікування, і не свідчать про стійкі особистісні порушення. Водночас особистісні показники (зокрема нейротизм або особистісна тривожність) розглядаються як фактори вразливості, що модулюють інтенсивність психоемоційного реагування, але не визначають його жорстко [10; 43].

Важливим методологічним обмеженням є кореляційний характер дослідження. Виявлені статистичні зв'язки між показниками психоемоційного стану, особистісних характеристик та ресурсних змінних відображають

співвідношення та взаємопов'язаність, але не дозволяють робити висновки про причинно-наслідкові залежності. Зокрема, встановлення кореляцій між рівнем тривожності, суб'єктивним болем або показниками САН не дає підстав стверджувати, що один із чинників є безпосередньою причиною іншого [41; 59].

Окремо слід зазначити, що результати дослідження відображають суб'єктивний психологічний досвід військовослужбовців у період лікування. Психодіагностичні методики, засновані на самооцінці, фіксують внутрішнє переживання стану, яке може змінюватися залежно від контексту, часу проведення обстеження та актуального самопочуття. Це відповідає сучасному розумінню психоемоційного стану як динамічного утворення, чутливого до ситуаційних впливів [31; 53].

Крім того, у межах дослідження не вимірювалися безпосередньо всі можливі соціальні та контекстні чинники (наприклад, об'єктивний рівень соціальної підтримки або якість взаємодії з медичним персоналом). Такі змінні розглядаються як теоретично значущі ресурси адаптації та використовуються для інтерпретації результатів на концептуальному рівні, але не включаються до кількісного аналізу, що також обмежує широту узагальнень [33; 59].

Таким чином, інтерпретація отриманих результатів здійснюється в межах описового та аналітичного рівнів, із фокусом на виявленні тенденцій, взаємозв'язків і структурних співвідношень між показниками психоемоційного стану. Такий підхід забезпечує наукову коректність, етичну безпеку та методологічну обґрунтованість дослідження і створює надійне підґрунтя для подальшого емпіричного аналізу без виходу за межі можливостей обраного дизайну [4; 41; 59].

### **1.3.7. Висновки до підрозділу 1.3**

Проведений у підрозділі 1.3 теоретико-методологічний аналіз дозволив обґрунтувати доцільність використання структурно-системного підходу для вивчення психоемоційного стану військовослужбовців у період лікування. Застосування цього підходу забезпечує цілісне розуміння психоемоційного

функціонування особистості як результату взаємодії актуальних станів, відносно стійких особистісних характеристик, регуляторно-поведінкових механізмів і ресурсних чинників адаптації [39; 46; 56].

У межах даного дослідження психоемоційний стан не розглядається як ізольований показник або сукупність окремих симптомів, а інтерпретується як багатовимірне утворення, чутливе до умов тривалого стресу, соматичних обмежень та контексту лікування. Такий підхід дозволив концептуально обґрунтувати неможливість редукції психоемоційного стану до одного параметра (наприклад, тривожності чи настрою) та підкреслити необхідність одночасного аналізу станів, особистісних рис і ресурсів [16; 33; 51].

На основі структурної моделі було визначено логіку добору психологічних змінних, що відповідають різним рівням психоемоційного функціонування: ситуативно-становому, особистісно-стійкому, регуляторно-поведінковому та ресурсному. Обрані показники (самопочуття, активність, настрої, тривожність, агресивність, нейротизм, екстраверсія, стресостійкість) теоретично узгоджуються між собою та дозволяють здійснити комплексний аналіз психоемоційного стану військовослужбовців у період лікування без виходу за межі коректної психологічної інтерпретації [27; 32; 57].

Важливим результатом підрозділу 1.3 стало також окреслення “безпечних” меж інтерпретації отриманих емпіричних даних, що відповідає сучасним етичним і методологічним стандартам психологічних досліджень. Зокрема, підкреслено недопустимість постановки клінічних діагнозів на основі психодіагностичних показників, ототожнення підвищених рівнів тривожності або агресивності з психічними розладами, а також формулювання причинно-наслідкових висновків у межах кореляційного дизайну дослідження [5; 7; 24].

## Висновки до розділу 1

У Розділі 1 здійснено комплексний теоретико-методологічний аналіз проблеми психоемоційного стану військовослужбовців у період лікування, що дозволило систематизувати сучасні наукові підходи до розуміння психологічних наслідків бойового досвіду, поранень і тривалого соматичного навантаження. Аналіз українських та зарубіжних досліджень засвідчив, що перебування військовослужбовців на лікуванні супроводжується широким спектром психоемоційних проявів, серед яких провідне місце займають тривожність, емоційна напруга, зниження настрою, ознаки емоційного виснаження, а також фрустраційно зумовлені поведінкові реакції [11; 16; 30; 47].

Показано, що психоемоційний стан військових у цей період формується в умовах специфічної психологічної ситуації лікування, яка включає зміну соціально-професійної ролі, обмеження автономії, залежність від медичного середовища та невизначеність подальших життєвих і службових перспектив. Ці чинники виступають потужними стресорами, що актуалізують як ситуативні емоційні реакції, так і індивідуально-типологічні особливості особистості [12; 39; 46].

У межах теоретичного аналізу обґрунтовано взаємозв'язок фізичних і психологічних чинників у період лікування, зокрема роль болю, порушень сну та соматичного виснаження як модераторів психоемоційного стану. Підкреслено, що психоемоційні порушення можуть не лише бути наслідком соматичних обмежень, але й впливати на перебіг реабілітації, мотивацію до лікування та дотримання медичних рекомендацій [13; 22; 47].

Особливу увагу в Розділі 1 приділено аналізу емоційних, когнітивних і поведінкових проявів у період лікування без їх клінічної інтерпретації. Підкреслено доцільність використання некатегоріальних понять «прояви», «тенденції», «рівні», що відповідає сучасним етичним стандартам психологічних досліджень та запобігає некоректним узагальненням [5; 7].

У підрозділі 1.3 обґрунтовано застосування структурно-системного та біопсихосоціального підходів до аналізу психоемоційного стану військовослужбовців у період лікування. Запропонована модель дозволяє розглядати психоемоційний стан як багатовимірне утворення, що формується у взаємодії актуальних станів, відносно стійких особистісних характеристик, регуляторно-поведінкових механізмів і ресурсних чинників адаптації [33; 39; 56]. Такий підхід створив методологічну основу для добору психологічних змінних і психодіагностичних методик, а також визначив логіку подальшого емпіричного аналізу.

Отже, результати теоретичного аналізу підтвердили актуальність обраної теми, обґрунтували концептуальну модель дослідження та забезпечили узгодженість між теоретичними положеннями, гіпотезою і методичним інструментарієм. Це створює необхідні передумови для переходу до емпіричної частини роботи.

У **Розділі 2** буде представлено організацію та методи емпіричного дослідження, зокрема опис вибірки, процедури проведення дослідження, використаних психодіагностичних методик і методів статистичної обробки даних, що дозволить перевірити сформульовані теоретичні припущення в межах обраної структурної моделі психоемоційного стану військовослужбовців у період лікування.

## **РОЗДІЛ 2. МЕТОДОЛОГІЧНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЕМОЦІЙНОГО СТАНУ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ У ПЕРІОД ЛІКУВАННЯ**

### **2.1. Методологічне обґрунтування гіпотез емпіричного дослідження**

#### **2.1.1. Логіка переходу від теоретичної моделі до емпіричної перевірки психологічних змінних**

Теоретичний аналіз, здійснений у першому розділі кваліфікаційної роботи, засвідчив, що психоемоційний стан військовослужбовців у період лікування є багаторівнево організованим психологічним феноменом, який формується в умовах тривалого стресу, фізичних обмежень, невизначеності майбутнього та пережитого травматичного досвіду. У сучасних наукових дослідженнях підкреслюється, що лікування після поранень або соматичних захворювань супроводжується не лише фізичним відновленням, але й глибокими змінами емоційної регуляції, когнітивного функціонування та особистісної адаптації [16; 31].

У межах структурного підходу, обґрунтованого в Розділі 1, психоемоційний стан розглядався як результат взаємодії ситуативних та відносно стабільних психологічних чинників. З одного боку, це актуальні емоційні реакції, пов'язані з перебуванням у стаціонарі, болем, обмеженням рухливості та соціальною ізоляцією; з іншого - індивідуально-психологічні властивості особистості, такі як рівень тривожності, особливості темпераменту, агресивні тенденції та стресостійкість [14; 31]. Відповідно, виникає необхідність емпірично перевірити, чи пов'язані зазначені психологічні характеристики між собою в межах єдиної структурної моделі психоемоційного стану в умовах лікування.

У теоретичному розділі було показано, що період лікування є психологічно вразливим етапом, на якому можуть по-різному актуалізуватися як адаптивні, так і дезадаптивні форми реагування. За даними сучасних досліджень, у цей період підвищується рівень тривожності, зростає емоційна

напруга, можливе посилення агресивних реакцій та зниження суб'єктивного відчуття благополуччя [17; 30]. Саме тому на емпіричному рівні постає завдання визначити, яким чином проявляються ці характеристики у військовослужбовців з різними медичними підставами перебування на лікуванні (після бойових поранень або у зв'язку з соматичними захворюваннями).

Окреме теоретичне обґрунтування у Розділі 1 було присвячене положенню про варіативність психоемоційного реагування залежно від індивідуального досвіду, типологічних особливостей та ресурсів психологічної стійкості. Дослідження свідчать, що навіть за схожих умов лікування військовослужбовці демонструють різні рівні тривожності, агресивності, емоційної виснаженості та суб'єктивного самопочуття, що пов'язано з особливостями темпераменту, попереднім досвідом подолання стресу та рівнем стресостійкості [59]. Це зумовлює необхідність емпірично дослідити індивідуальні відмінності у структурі психоемоційного стану та виявити психологічні змінні, які мають найбільше значення у період лікування. При цьому емпіричний аналіз не передбачає встановлення причинних залежностей між характером лікування та психологічними показниками, а спрямований на виявлення статистично значущих відмінностей і тенденцій у межах вибірки.

Крім того, аналіз сучасної літератури вказує на можливу специфіку психоемоційних проявів залежно від статі, зокрема у межах групи соматично хворих військовослужбовців. Гендерні відмінності у рівнях тривожності, емоційної реактивності та способах подолання стресу не є універсальними, але можуть проявлятися в умовах тривалого лікування та обмеження звичної активності [62]. Це створює підґрунтя для емпіричного аналізу можливих внутрішньогрупових відмінностей за окремими психологічними показниками.

Таким чином, логіка переходу від теоретичного аналізу до емпіричного дослідження полягає у необхідності перевірки теоретично обґрунтованих положень щодо структури психоемоційного стану військовослужбовців у

період лікування за допомогою кількісних психодіагностичних методів. Емпіричне дослідження спрямоване на встановлення взаємозв'язків між емоційними, особистісними та регуляторними змінними, а також на виявлення можливих відмінностей між групами, що дозволяє не лише підтвердити або спростувати висунуті гіпотези, але й конкретизувати психологічні механізми адаптації військовослужбовців у процесі лікування за допомогою стандартизованих психодіагностичних методик та методів описової і інферентної статистики [24; 25; 49].

### **2.1.2. Стратегія емпіричного дослідження: дескриптивна, кореляційна та квазіекспериментальна (порівняльна); обґрунтування неекспериментального формату**

Емпіричне дослідження психологічних особливостей військовослужбовців у період стаціонарного лікування було побудоване на поєднанні дескриптивної, кореляційної та квазіекспериментальної (порівняльної) стратегій, що відповідає як предмету дослідження, так і його етичним та методологічним обмеженням.

Передусім, дескриптивна стратегія застосовувалася з метою опису актуального психоемоційного стану, рівнів тривожності, агресивності, індивідуально-типологічних характеристик і стресостійкості військовослужбовців, які перебувають на лікуванні. Такий підхід дозволяє зафіксувати загальні тенденції та варіативність психологічних показників у вибірці без втручання у природний перебіг психічних процесів. Доцільність дескриптивного аналізу в дослідженнях військових контингентів у стані лікування підкреслюється у роботах, присвячених клінічній та реабілітаційній психології, де наголошується на важливості первинного опису стану як основи для подальшої інтерпретації результатів [25; 26].

Водночас ключовою для перевірки гіпотези дослідження є кореляційна стратегія, оскільки робота спрямована на виявлення взаємозв'язків між різними психологічними змінними, а не на встановлення причинно-наслідкових залежностей. Кореляційний аналіз дозволяє дослідити, яким

чином пов'язані між собою показники психоемоційного стану (самопочуття, активність, настрій), тривожності, агресивності, індивідуально-типологічних властивостей та стресостійкості в умовах лікування. Саме такий підхід є методологічно виправданим у дослідженнях психічного функціонування особистості в умовах тривалого стресу та травми, де змінні взаємодіють у складній, багаторівневій системі [24;37].

Для реалізації кореляційної стратегії у роботі застосовувався коефіцієнт кореляції Пірсона для показників, що відповідали умовам параметричного аналізу і дозволяє оцінити силу та напрям зв'язків між змінними. Такий вибір узгоджується з класичними рекомендаціями щодо аналізу психологічних даних у вибірках середнього обсягу [24; 26;].

Крім того, у дослідженні реалізовано квазіекспериментальну (порівняльну) стратегію, яка передбачає зіставлення психологічних показників між природно сформованими групами респондентів - зокрема між військовослужбовцями, які проходять лікування після поранень, та військовими із соматичними захворюваннями, а також між чоловіками і жінками у групі соматично хворих. Важливо підкреслити, що формування цих груп не здійснювалося шляхом експериментальної маніпуляції, а було зумовлене реальними умовами лікувального процесу, що відповідає визначенню квазіекспериментального дизайну [24; 26].

Застосування порівняльного аналізу дозволяє виявити наявність статистично значущих відмінностей між групами за окремими психологічними показниками, не порушуючи етичних принципів дослідження. Для цього використовувався t-критерій Стюдента для незалежних вибірок, що є стандартним інструментом аналізу міжгрупових відмінностей за умови кількісних даних і дотримання базових статистичних припущень [24; 26; 37].

Принципово важливо зазначити, що дане дослідження не є експериментальним. У його межах не здійснювалося цілеспрямованого впливу на психологічний стан респондентів, не вводилися незалежні змінні та не

контролювалися умови їх впливу. Такий формат був би не лише методологічно недоцільним, але й етично неприйнятним у роботі з військовослужбовцями, які перебувають у стані лікування після поранень або соматичних захворювань. Сучасні етичні стандарти психологічних досліджень наголошують на недопустимості експериментальних маніпуляцій у клінічних і реабілітаційних вибірках без прямої терапевтичної мети [1; 6; 5].

Отже, поєднання дескриптивної, кореляційної та квазіекспериментальної стратегій забезпечує методологічну цілісність емпіричного дослідження, дозволяє всебічно перевірити висунуті гіпотези та узгоджується з сучасними підходами до вивчення психологічного стану військовослужбовців у період лікування [31; 52].

### **2.1.3. Змінні емпіричного дослідження та логіка їх виокремлення**

Побудова емпіричного дослідження ґрунтується на чіткому розмежуванні незалежних і залежних змінних, що є необхідною умовою для коректного застосування методів психологічного аналізу та інтерпретації отриманих результатів. Виокремлення змінних здійснювалося з опорою на теоретичні положення, викладені в Розділі 1, а також з урахуванням специфіки психоемоційного стану військовослужбовців у період стаціонарного лікування [24; 25; 26].

Незалежні змінні у даному дослідженні відображають об'єктивні умови та соціально-демографічні характеристики, які потенційно впливають на перебіг психоемоційних процесів, але не залежать від них безпосередньо. До таких змінних віднесено:

- причину лікування, що диференціюється на лікування у зв'язку з бойовими пораненнями та лікування у зв'язку з соматичними захворюваннями. Дана змінна розглядається як ключова порівняльна основа, оскільки, відповідно до сучасних досліджень, бойова травма та соматичні порушення різняться за психологічними механізмами стресу, емоційного реагування та адаптації [30; 13; 47; 38];

- стать респондентів, яка аналізується у групі соматично хворих військовослужбовців. Виділення цієї змінної зумовлене наявністю емпіричних даних щодо гендерних відмінностей у переживанні тривоги, емоційної напруги та копінг-стратегій, особливо в умовах лікування та обмеження активності [48; 45; 43];
- бойовий досвід розглядається не як основна незалежна змінна, а як фоновий фактор, що може опосередковано впливати на психоемоційний стан. Такий підхід відповідає зауваженням передзахисту та сучасним концепціям військової психології, які наголошують на недоцільності редукції психологічних порушень виключно до факту участі в бойових діях [46]. У межах даної роботи бойовий досвід не виступає предметом порівняння, а враховується лише в інтерпретаційному контексті.

Залежні змінні представлені показниками психоемоційного стану та індивідуально-психологічних характеристик, які безпосередньо вимірюються за допомогою психодіагностичних методик і відображають психологічне функціонування військовослужбовців у період лікування. До них належать:

- показники самопочуття, активності та настрою, які відображають поточний психофізіологічний та емоційний стан;
- рівні реактивної та особистісної тривожності, що характеризують як актуальні реакції на умови лікування, так і стійку схильність до тривожного реагування [57];
- показники агресивності та ворожості, які розглядаються як поведінкові та регуляторні прояви емоційної напруги [71];
- індивідуально-типологічні характеристики нейротизму та екстраверсії, що відображають стабільні властивості темпераменту та визначають уразливість або стійкість до стресових впливів [27];
- рівень стресостійкості, який інтерпретується як ресурсна складова психологічної адаптації в умовах травми та лікування [14; 31].

Таке структурування змінних дозволяє реалізувати системний і структурний підхід до аналізу психоемоційного стану, у межах якого поєднуються стано-динамічні показники та відносно стійкі індивідуально-психологічні характеристики особистості. Зазначений підхід відповідає сучасним міжнародним уявленням про багаторівневу організацію психічного функціонування, де актуальні емоційні стани, особистісні риси та ресурсні чинники перебувають у постійній взаємодії та взаємному впливі [31; 52]. Водночас таке концептуальне рішення створює методологічні передумови для використання як порівняльного, так і кореляційного аналізу, що є необхідним для перевірки сформульованих гіпотез емпіричного дослідження.

#### **2.1.4. Логіка групування й порівнянь (уникнення методичних перекосів)**

Логіка формування груп та організації порівняльного аналізу в даному дослідженні вибудовувалася з урахуванням методологічних вимог до квазіекспериментальних досліджень і спрямовувалася на мінімізацію можливих систематичних викривлень результатів. Оскільки дослідження проводилося в природних умовах стаціонарного лікування та не передбачало активного втручання дослідника у змінні, групування здійснювалося за вже наявними, об'єктивно заданими ознаками, які мають психологічну значущість і безпосередньо пов'язані з предметом дослідження.

Перший рівень групування стосувався чоловічої частини вибірки й був побудований за критерієм причини лікування. У межах цього порівняння зіставлялися військовослужбовці чоловічої статі, які перебували на стаціонарному лікуванні у зв'язку з бойовими пораненнями, та чоловіки, які проходили лікування з приводу соматичних захворювань. Такий підхід дозволяє проаналізувати, яким чином специфіка тілесної травми, пов'язаної з пораненням, порівняно з соматичними порушеннями, відбивається на психоемоційному стані, рівні тривожності, агресивності та ресурсах адаптації. Важливим є те, що у цьому порівнянні контроль за статевим фактором

збережений, що знижує ризик інтерпретаційних помилок, пов'язаних із гендерними відмінностями [43; 48].

Другий рівень групування реалізовувався в межах соматичної підвибірки та був спрямований на аналіз статевих відмінностей. У цьому випадку порівнювалися чоловіки та жінки, які проходили стаціонарне лікування з приводу соматичних захворювань. Принциповим моментом є те, що соматично хворі респонденти включали як осіб із бойовим досвідом, так і без нього, що дозволяє розглядати бойовий досвід не як основний незалежний чинник, а як фонову змінну. Такий підхід відповідає логіці дослідження, в якому ключовим є аналіз психоемоційного стану в умовах лікування, а не безпосередньо наслідки участі в бойових діях [46; 34].

Обрана схема порівнянь дає змогу уникнути методичних «перекосів», зокрема некоректного зіставлення груп, що одночасно різнилися б за кількома критично важливими параметрами. Кожне порівняння ґрунтується на зміні лише одного провідного фактору (причина лікування або стать), тоді як інші характеристики залишаються відносно стабільними. Це підвищує внутрішню логічну узгодженість дослідження та забезпечує коректність подальшого застосування критеріїв статистичного аналізу [25; 26; 37].

Таким чином, логіка групування й порівняльного аналізу в роботі відповідає вимогам квазіекспериментальної методології, узгоджується з теоретичними положеннями першого розділу та створює надійну основу для інтерпретації виявлених відмінностей і взаємозв'язків у третьому розділі кваліфікаційної роботи.

#### **2.1.5. Логіка кореляційного аналізу: обґрунтування зв'язків між психологічними змінними**

Кореляційний аналіз у межах даного емпіричного дослідження застосовується з метою виявлення системи взаємозв'язків між окремими психологічними характеристиками, що формують цілісний психоемоційний стан військовослужбовців у період стаціонарного лікування. Такий підхід відповідає сучасним методологічним вимогам психологічних досліджень,

орієнтованих на аналіз складних інтегративних феноменів, які не зводяться до ізольованих показників [24; 26; 49].

Згідно з теоретичними положеннями, викладеними у Розділі 1, психоемоційний стан військовослужбовців у період лікування формується внаслідок взаємодії станів (поточне самопочуття, активність, настрій), стійких особистісних характеристик (тривожність як риса, нейротизм, тип темпераменту), регуляторних механізмів (агресивність, емоційна регуляція) та ресурсних чинників адаптації (стресостійкість) [32; 39; 31]. Саме тому емпірична перевірка гіпотез потребує не лише порівняльного аналізу груп, але й аналізу внутрішньої структури психологічних зв'язків між досліджуваними змінними.

У межах дослідження кореляційний аналіз спрямований на виявлення таких ключових взаємозв'язків:

- між показниками поточного психоемоційного стану (самопочуття, активність, настрій за методикою САН) та рівнем ситуативної тривожності, що дозволяє оцінити, яким чином актуальний емоційний стан пов'язаний із переживанням напруги та тривоги в умовах лікування [57; 13];
- між особистісною тривожністю та нейротизмом як стійкими індивідуально-психологічними характеристиками, що, згідно з сучасними дослідженнями, виступають предикторами емоційної вразливості та ризику психологічної дезадаптації у військовослужбовців [27; 57; 31];
- між рівнем агресивності (загальною та окремими її формами) і показниками тривожності та нейротизму, що дає змогу розкрити регуляторну функцію агресивних реакцій у структурі психоемоційного реагування на стрес і травму [19; 21; 22];
- між показниками стресостійкості та іншими психологічними змінними (тривожністю, агресивністю, показниками САН), що дозволяє оцінити роль ресурсних характеристик у зниженні вираженості негативних психоемоційних проявів та підтриманні адаптації у період лікування [14; 31].

Застосування кореляційного аналізу відповідає логіці системного підходу до вивчення особистості та психоемоційного стану, покладеного в основу даного дослідження. У межах сучасних міжнародних моделей особистість розглядається як динамічна багаторівнева система, у якій взаємодіють відносно стійкі індивідуально-типологічні характеристики (traits), актуальні психоемоційні стани (states) та ресурсні чинники адаптації. Саме кореляційний аналіз дозволяє емпірично виявити характер і напрям цих взаємозв'язків, що є принципово важливим для розуміння психологічних механізмів адаптації військовослужбовців у період лікування.

Встановлення статистично значущих зв'язків між показниками психоемоційного стану, особистісними рисами та ресурсними змінними створює підґрунтя для інтегративного аналізу, у межах якого психічні явища інтерпретуються не ізольовано, а як взаємопов'язані компоненти єдиної системи психологічного функціонування.

Таким чином, кореляційний аналіз у даному дослідженні не має описового характеру, а виконує пояснювальну функцію, забезпечуючи емпіричну перевірку висунутих гіпотез і дозволяючи розкрити внутрішню логіку взаємодії психологічних чинників, що визначають психоемоційний стан військовослужбовців у стаціонарних умовах лікування.

## **2.2. Обґрунтування вибору психодіагних методик емпіричного дослідження**

### **2.2.1. Принцип комплексності та структурного підходу у виборі психодіагних методик**

Обґрунтування вибору психодіагних методик в емпіричному дослідженні психоемоційного стану військовослужбовців у період стаціонарного лікування ґрунтується на принципі комплексності та системно-структурного підходу до аналізу особистості. Такий підхід є методологічно виправданим з огляду на багатовимірну природу психоемоційного стану, який

формується в умовах поєднання соматичних ушкоджень або захворювань, тривалого стресового впливу, порушення звичного способу життя та невизначеності подальших життєвих і професійних перспектив [39].

У межах даного дослідження теоретичним підґрунтям для побудови системи змінних і добору психодіагностичних методик виступає сучасне уявлення про особистість як динамічну багаторівневу систему, в якій взаємодіють біологічні, емоційно-регулятивні, особистісні та ресурсні компоненти.

Принцип комплексності реалізується через включення до дослідження кількох психодіагностичних методик, кожна з яких спрямована на оцінювання окремого, але концептуально значущого аспекту психоемоційного функціонування. Добір методик здійснювався таким чином, щоб вони не дублювали одна одну за психологічним змістом, а доповнювали, формуючи цілісну картину психоемоційного стану військовослужбовця. Такий підхід відповідає сучасним вимогам до емпіричних досліджень у сфері військової та клінічної психології, де наголошується на необхідності багатовимірної оцінки психологічного функціонування осіб, які перебувають у процесі лікування та реабілітації [30; 34].

Системно-структурний підхід дозволив співвіднести кожному використану методику з певним функціональним рівнем психічної організації. Так, експрес-оцінка самопочуття, активності та настрою відображає актуальний стан-емоційний і психофізіологічний рівень; показники реактивної та особистісної тривожності - емоційно-регулятивний і стабільно-особистісний рівні; індекси агресивності та ворожості - специфіку емоційної регуляції та поведінкових реакцій у ситуації фрустрації; індивідуально-типологічні характеристики (нейротизм, екстраверсія) - відносно стійкі риси особистості, пов'язані з емоційною реактивністю та соціальною спрямованістю; показники стресостійкості - ресурсний рівень адаптації, що інтегрує попередній досвід подолання стресу та здатність до мобілізації внутрішніх психологічних ресурсів.

Застосування саме такого підходу є принципово важливим у контексті дослідження військовослужбовців, які перебувають на стаціонарному лікуванні після поранень або з приводу соматичних захворювань. Як свідчать сучасні дослідження, психоемоційні порушення у цієї категорії осіб рідко мають ізольований характер і, як правило, проявляються у вигляді взаємопов'язаних змін емоційної регуляції, поведінкових реакцій, когнітивних оцінок та суб'єктивного самопочуття [16; 30]. Відповідно, лише комплексний психодіагностичний підхід дозволяє адекватно відобразити цю багатовимірність і забезпечити науково обґрунтовану перевірку висунутих гіпотез.

Таким чином, вибір психодіагностичного забезпечення у даному дослідженні ґрунтується на поєднанні принципу комплексності та системно-структурного підходу, узгодженого з сучасними міжнародними моделями особистості, психічної адаптації та стресостійкості. Це створює методологічно цілісне підґрунтя для подальшого емпіричного аналізу та забезпечує внутрішню узгодженість між теоретичною рамкою, дослідницькими гіпотезами та обраними методами психодіагностики.

### **2.2.2. Методика САН як індикатор поточного психофізіологічного та емоційного стану (станови компонента)**

Методика САН (самопочуття - активність - настрої) у даному дослідженні використовується як інструмент оцінювання актуального психоемоційного та психофізіологічного стану військовослужбовців у період стаціонарного лікування. Її застосування відповідає завданню фіксації станової компоненти психологічного функціонування, яка є найбільш чутливою до впливу соматичних обмежень, больового синдрому, медичних процедур та тривалого стресового навантаження [13; 30]. Повний текст методики, інструкція для досліджуваних та схема інтерпретації результатів подані в додатку А.

У межах сучасних міжнародних підходів до аналізу особистості психоемоційний стан розглядається як динамічний рівень психологічного

функціонування, що відображає поточний баланс між фізіологічними ресурсами, емоційною регуляцією та суб'єктивною оцінкою власного благополуччя. Саме цей рівень є ключовим для розуміння адаптаційних процесів у клінічному та реабілітаційному контексті, оскільки він безпосередньо впливає на мотивацію до лікування, залученість у відновлювальні процедури та загальну психологічну стійкість [22].

Методика САН дозволяє операціоналізувати три взаємопов'язані показники:

- самопочуття - суб'єктивне відчуття фізичного й психічного благополуччя, яке відображає інтегральний ефект соматичного стану, болю, втоми та напруження;
- активність - рівень енергетичної мобілізації, внутрішньої готовності до дії та включеності у поточну діяльність;
- настрій - емоційний фон, що відображає загальну афективну оцінку власного стану та ситуації.

У системному підході ці показники розглядаються як індикатори функціонального рівня психоемоційної регуляції, які інтегрують вплив як біологічних, так і психологічних чинників. Дослідження у сфері військової та клінічної психології підтверджують, що зниження показників самопочуття, активності та настрою у військовослужбовців асоціюється з підвищеним рівнем тривожності, емоційним виснаженням, зростанням соматичних скарг та ризиком дезадаптивних реакцій у процесі лікування й реабілітації [30; 47].

Важливою методологічною перевагою методики САН є її чутливість до ситуативних змін, що дозволяє:

- фіксувати динаміку психоемоційного стану в умовах лікування;
- співвідносити станові показники з відносно стійкими особистісними характеристиками (тривожність, нейротизм, агресивність, стресостійкість);
- здійснювати порівняльний аналіз між групами поранених та соматично хворих військовослужбовців.

У контексті емпіричного дизайну дослідження методика САН виконує інтегративну функцію, забезпечуючи зв'язок між соматичним станом і психологічним переживанням лікувальної ситуації. Саме тому її використання є принципово важливим для перевірки висунутої гіпотези про системний характер психоемоційного стану військовослужбовців та його залежність від поєднання станових, особистісних і ресурсних чинників.

Таким чином, методика САН у даному дослідженні розглядається як валідний і методологічно обґрунтований інструмент оцінки станоситуативного рівня психоемоційного функціонування, що відповідає сучасним міжнародним уявленням про багаторівневу організацію психіки та дозволяє забезпечити науково коректний зв'язок між теоретичною моделлю та емпіричним аналізом.

### **2.2.3. Методика Спілбергера–Ханіна: ситуативна та особистісна тривожність як станова і рисова компоненти психоемоційного реагування**

Методика Спілбергера-Ханіна використовується у даному дослідженні з метою диференційованого аналізу тривожності як багатовимірного психологічного феномену, що включає як актуальні емоційні стани, так і відносно стабільні індивідуальні схильності. Такий підхід відповідає сучасним міжнародним концепціям особистості та психоемоційної регуляції, у межах яких розрізняють станові (state) та рисові (trait) компоненти емоційного реагування [57]. Повний текст методики, інструкція для досліджуваних, а також ключі та принципи інтерпретації показників ситуативної й особистісної тривожності подані в додатку Б.

Реактивна тривожність розглядається як показник поточного психоемоційного стану, що відображає рівень внутрішнього напруження, занепокоєння та суб'єктивного відчуття загрози в конкретній ситуації. У контексті даного дослідження вона фіксує безпосередню емоційну реакцію військовослужбовців на умови стаціонарного лікування, фізичні обмеження, больовий синдром, невизначеність прогнозу та тимчасову втрату звичного

способу життєдіяльності. З позицій сучасної психофізіології та теорії стресу реактивна тривожність є чутливим індикатором актуального рівня психічної напруги та мобілізації ресурсів [57].

Особистісна тривожність інтерпретується як відносно стійка індивідуально-психологічна характеристика, що визначає загальну схильність особистості сприймати різні життєві ситуації як загрозові та реагувати на них підвищеною тривогою. У міжнародних дослідженнях вона розглядається як рисова змінна, пов'язана з емоційною вразливістю, стилями когнітивної оцінки та базовими механізмами регуляції стресу. Для військовослужбовців високий рівень особистісної тривожності може виступати чинником ризику розвитку хронічного психоемоційного напруження в умовах тривалого лікування [57].

Використання методики Спілбергера-Ханіна дозволяє реалізувати системний підхід до аналізу психоемоційного стану, оскільки забезпечує:

- розмежування реактивних емоційних змін, зумовлених ситуацією лікування, та стабільних індивідуальних схильностей;
- оцінювання внеску особистісних факторів у формування психоемоційного неблагополуччя;
- аналіз взаємозв'язків тривожності з іншими змінними дослідження (показниками САН, агресивністю, нейротизмом, стресостійкістю) у межах кореляційного аналізу.

Методика є особливо релевантною для перевірки гіпотези дослідження, згідно з якою психоемоційний стан військовослужбовців у період лікування формується внаслідок взаємодії актуальних стресових впливів та індивідуальних психологічних передумов. Попередні емпіричні дослідження свідчать, що поєднання високої ситуативної та особистісної тривожності асоціюється з гіршими показниками адаптації, підвищеним емоційним виснаженням і ускладненим перебігом психологічної реабілітації у військових [13; 14].

Таким чином, методика Спілбергера-Ханіна у даному дослідженні виконує ключову роль у структурі психодіагностичного забезпечення, дозволяючи інтегрувати аналіз поточних психоемоційних станів і стійких особистісних характеристик. Її застосування забезпечує методологічну узгодженість емпіричного дослідження з сучасними міжнародними моделями стресу, адаптації та емоційної регуляції і створює підґрунтя для глибшої інтерпретації отриманих результатів.

#### **2.2.4. Опитувальник Басса-Даркі: агресивність і ворожість як поведінкові та регуляторні компоненти психоемоційного стану**

Опитувальник Басса-Даркі було включено до психодіагностичного комплексу з метою аналізу агресивності та ворожості як форм поведінкового реагування і емоційної регуляції у військовослужбовців у період стаціонарного лікування. У межах сучасних психологічних підходів агресивність розглядається не лише як деструктивна поведінкова тенденція, а як багатовимірний механізм переробки напруження, фрустрації та внутрішнього конфлікту, що актуалізується в умовах травми, болю та втрати звичного контролю над життєвою ситуацією [34]. Для вивчення рівня агресивності та ворожості військовослужбовців було використано методику діагностики показників і форм агресії А. Басса, А. Дарки, в адаптації А. К. Осницького (див. додаток В).

У рамках міжнародних структурно-системних моделей особистості агресивність і ворожість трактуються як поведінкові та емоційно-регуляторні прояви. З цієї позиції агресивні реакції можуть виконувати адаптивну функцію (мобілізація, розрядка напруження, захист меж) або набувати дезадаптивного характеру, коли стають хронічними, внутрішньо спрямованими чи поєднуються з високою тривожністю та емоційною дезрегуляцією.

Методика Басса–Даркі дозволяє диференційовано оцінити:

- зовнішні поведінкові форми агресії (фізична, вербальна, непряма);
- емоційно-регуляторні прояви (дратівливість, негативізм);

- внутрішньо спрямовані реакції (образа, підозріливість, почуття провини), які мають особливе значення у контексті моральної травми та внутрішніх конфліктів військовослужбовців [15; 41].

У період лікування агресивність і ворожість часто пов'язані з фрустрацією, викликаною фізичними обмеженнями, болем, втратою автономії та зміною соціальної ролі з активного військовослужбовця на пацієнта. Дослідження в галузі військової та клінічної психології свідчать, що підвищені показники агресивності у поранених і соматично хворих військових нерідко поєднуються з високим рівнем тривожності, емоційним виснаженням і зниженням лікувальної комплаєнтності [54].

У межах емпіричного дослідження опитувальник Басса-Даркі використовується для перевірки таких положень гіпотези:

- наявності відмінностей у формах агресивності та ворожості між групами військовослужбовців, які проходять лікування з різних причин (поранення / соматичні захворювання);
- характеру зв'язків агресивності з показниками тривожності, психоемоційного стану (САН) та індивідуально-типологічними характеристиками;
- виявлення дезадаптивних стратегій емоційної регуляції, що можуть ускладнювати психологічне відновлення у період лікування.

Таким чином, застосування опитувальника Басса–Даркі є методологічно обґрунтованим у межах даного дослідження, оскільки він не дублює інші використані методики та відображає поведінковий і регуляторний рівні психоемоційного функціонування, а також дозволяє інтерпретувати агресивність і ворожість як показники адаптації або дезадаптації [71].

### **2.2.5. Опитувальник Айзенка (нейротизм, екстраверсія) як показник індивідуально-типологічних характеристик особистості**

Застосування особистісного опитувальника Айзенка (EPI/EPQ) у межах даного емпіричного дослідження обґрунтовується необхідністю врахування відносно стабільних індивідуально-типологічних характеристик, які

визначають базовий стиль емоційного реагування, чутливість до стресових впливів і специфіку психологічної адаптації військовослужбовців у період стаціонарного лікування. Індивідуально-типологічні особливості військовослужбовців досліджувалися за допомогою опитувальника Айзенка (див. додаток Г).

У сучасних міжнародних моделях особистості нейротизм і екстраверсія розглядаються як фундаментальні диспозиційні характеристики, що формують фон психоемоційного функціонування та опосередковують вплив ситуативних і стресових чинників на поточний психологічний стан [27]. На відміну від станових показників, ці риси мають відносну стабільність у часі та зумовлюють індивідуальні відмінності у сприйнятті загрози, інтенсивності емоційних реакцій і здатності до саморегуляції.

Нейротизм у межах дослідження інтерпретується як інтегральний показник емоційної лабільності, схильності до негативних афективних переживань і підвищеної реактивності на стрес. Численні емпіричні дослідження підтверджують, що високий рівень нейротизму асоціюється з підвищеною тривожністю, соматизацією, емоційним виснаженням і менш ефективною психологічною адаптацією в умовах хронічного стресу та медичної реабілітації [27]. У контексті лікування військовослужбовців нейротизм розглядається як стійкий модератор, який може посилювати або пом'якшувати прояви ситуативної тривожності, агресивних реакцій і зниження психоемоційного тону.

Екстраверсія–інтроверсія відображає особливості соціальної спрямованості, рівень активності та характер взаємодії з оточенням. У рамках біопсихосоціального підходу ця характеристика пов'язується з особливостями використання соціальної підтримки, стилями комунікації та залученістю у процес лікування й реабілітації [27]. Екстравертована орієнтація частіше поєднується з активним пошуком підтримки та відкритістю у взаємодії з медичним персоналом, тоді як інтровертовані тенденції можуть супроводжуватися внутрішньою переробкою переживань, униканням

контактів і підвищеним ризиком емоційного виснаження в умовах тривалої госпіталізації.

Методологічна доцільність включення опитувальника Айзенка полягає в тому, що він дозволяє:

- відмежувати стійкі особистісні риси від ситуативних психоемоційних станів;
- пояснити індивідуальні відмінності у реакціях на поранення, соматичне захворювання та умови лікування;
- інтерпретувати кореляційні зв'язки між тривожністю, агресивністю, показниками САН і стресостійкістю з урахуванням базових диспозиційних характеристик особистості.

Таким чином, опитувальник Айзенка у структурі психодіагностичного забезпечення дослідження виконує функцію оцінювання стійкого індивідуально-типологічного рівня психічної організації, що відповідає сучасним міжнародним уявленням про структуру особистості та забезпечує методологічно коректне розмежування диспозиційних і станових компонентів психоемоційного стану військовослужбовців у період стаціонарного лікування.

#### **2.2.6. Опитувальник стресостійкості як індикатор ресурсного потенціалу психологічної адаптації**

Опитувальник стресостійкості було включено до психодіагностичного комплексу з метою оцінювання ресурсної складової психологічної адаптації військовослужбовців у період стаціонарного лікування (див. додаток Д). На відміну від методик, спрямованих на фіксацію актуальних емоційних станів або відносно стійких особистісних рис, цей інструмент дозволяє оцінити здатність особистості зберігати психологічну рівновагу, ефективність саморегуляції та адаптивність в умовах тривалого стресу, фізичних обмежень і невизначеності життєвої перспективи.

У межах сучасних міжнародних психологічних підходів стресостійкість розглядається як інтегральний ресурс, що формується у взаємодії

індивідуальних особливостей, попереднього досвіду подолання труднощів, набутих копінг-стратегій і поточних умов життєдіяльності. У транзакційній моделі стресу (Р. Лазарус, С. Фолкман) саме ресурсний потенціал особистості визначає, чи буде стресова ситуація інтерпретована як загроза або як керований виклик, а також якими будуть наслідки цього переживання для психоемоційного стану [39].

У контексті даного дослідження стресостійкість розглядається як ресурсний рівень психоемоційного функціонування, що інтегрує:

- здатність до емоційної саморегуляції;
- толерантність до фрустрації та невизначеності;
- збереження суб'єктивного відчуття контролю;
- готовність до мобілізації внутрішніх і зовнішніх ресурсів у складних умовах.

Методика дозволяє оцінити низку показників, які мають безпосереднє значення для аналізу психологічної адаптації військовослужбовців у період лікування, зокрема:

- рівень емоційної напруги та вразливості;
- схильність до виснаження та перевантаження;
- реакції на фрустрацію, обмеження та втрату автономії;
- здатність до відновлення після стресових впливів.

У сучасних дослідженнях військової та клінічної психології наголошується, що саме знижена стресостійкість у поєднанні з фізичним болем, тривожністю та порушеннями емоційної регуляції є одним із ключових чинників психологічної дезадаптації та затяжного перебігу реабілітації. Водночас високий рівень стресостійкості виступає протекторним фактором, який зменшує інтенсивність негативних психоемоційних реакцій, підвищує залученість у лікувальний процес і сприяє ефективнішому відновленню [31; 51; 56].

З методологічної точки зору включення показника стресостійкості до дослідження дозволяє перевірити роль ресурсних змінних у структурі

психоемоційного стану, проаналізувати взаємозв'язки між ресурсами адаптації та тривожністю, агресивністю, нейротизмом і показниками поточного стану, а також пояснити міжіндивідуальні відмінності у психологічному реагуванні, які не зводяться лише до типу поранення або соматичного діагнозу.

Таким чином, опитувальник стресостійкості у структурі психодіагностичного забезпечення дослідження виконує функцію індикатора ресурсного потенціалу адаптації, доповнюючи показники психоемоційних станів і особистісних характеристик. Його застосування забезпечує системне розуміння психологічних механізмів відновлення військовослужбовців у період стаціонарного лікування та логічно узгоджується з сучасною міжнародною біопсихосоціальною та системною методологією аналізу психічного функціонування.

#### **2.2.7. Підсумок: узгодженість психодіагностичного комплексу та відсутність дублювання змінних**

Сформований у дослідженні психодіагностичний комплекс забезпечує цілісне, багатовимірне та методологічно узгоджене охоплення психологічних змінних, релевантних для вивчення психоемоційного стану військовослужбовців у період стаціонарного лікування. Його побудова ґрунтується на принципі комплексності та системно-структурного підходу до аналізу особистості, який розглядає психоемоційний стан як результат взаємодії станових, процесуальних, особистісних і ресурсних компонентів.

Кожна з використаних методик виконує чітко окреслену функцію в межах загальної дослідницької логіки та спрямована на оцінювання окремого рівня психологічного функціонування. Методика САН забезпечує фіксацію поточного психофізіологічного й емоційного стану як динамічної, ситуативно зумовленої складової адаптації. Шкала Спілбергера–Ханіна дозволяє розмежувати реактивну тривожність як актуальний стан та особистісну тривожність як відносно стійку схильність до тривожного реагування. Опитувальник Басса–Даркі відображає поведінково-регуляторні прояви

агресивності та ворожості як способи емоційної переробки напруження і фрустрації. Особистісний опитувальник Айзенка забезпечує оцінку індивідуально-типологічних характеристик, які визначають базовий стиль емоційного реагування. Опитувальник стресостійкості репрезентує ресурсний потенціал адаптації та психологічної витривалості в умовах тривалого стресу.

Принципово важливим є те, що зазначені методики не дублюють одна одну ні за змістом, ні за функціональним призначенням. Навпаки, вони взаємодоповнюють одна одну, дозволяючи простежити, яким чином поточні психоемоційні стани пов'язані зі стійкими особистісними рисами, регуляторними механізмами поведінки та ресурсами психологічної адаптації. Така побудова інструментарію створює методологічні передумови для коректного кореляційного аналізу, порівняння груп та інтерпретації емпіричних результатів не ізольовано, а в межах цілісної системи психологічного функціонування [26].

Отже, сформований психодіагностичний комплекс повністю відповідає завданням емпіричного дослідження, логічно узгоджується з теоретичними положеннями першого розділу та забезпечує надійну основу для подальшого статистичного аналізу й інтерпретації результатів у третьому розділі роботи.

#### **2.2.8. Анкетний блок фонових та контекстуальних показників**

Окрім стандартизованих психодіагностичних методик, у межах емпіричного дослідження було використано анкетний блок фонових та контекстуальних показників, спрямований на фіксацію умов життєдіяльності та лікування військовослужбовців (див. додаток Ж). Застосування такого блоку відповідає системному підходу до аналізу психоемоційного стану, згідно з яким психологічне функціонування особистості формується у взаємодії індивідуальних характеристик із клінічним, соціальним та ситуаційним контекстом.

Анкетний блок має описово-інформаційний характер і не розглядається як психометричний інструмент для вимірювання психологічних конструктів. Його призначення полягає у збиранні контекстуальних даних, необхідних для

коректної інтерпретації результатів, отриманих за допомогою основних психодіагностичних методик, а також для характеристики досліджуваної вибірки.

До анкетного блоку було включено показники, що відображають:

- клінічний контекст (тривалість стаціонарного лікування, наявність больового синдрому, суб'єктивна оцінка фізичного стану, особливості сну);
- бойовий та професійний досвід (наявність і тривалість перебування в зоні бойових дій, характер служби);
- соціально-психологічні умови (рівень сприйнятої соціальної підтримки, контакти з родиною та побратимами);
- попередній досвід психологічної допомоги або обстеження;
- суб'єктивну оцінку стабільності поточного емоційного стану.

Включення цих показників зумовлене тим, що, за даними сучасних досліджень у галузі військової та клінічної психології, саме клінічні та соціальні умови лікування істотно модифікують прояви тривожності, емоційного виснаження, агресивних реакцій і загального психоемоційного тону у військовослужбовців [50; 47]. Ігнорування цих чинників може призводити до спрощеної або хибної інтерпретації емпіричних результатів.

Дані анкетного блоку використовувалися переважно з описовою та пояснювальною метою: для характеристики вибірки, уточнення умов перебігу лікування та аналізу можливих контекстуальних впливів на психоемоційний стан. Зазначені показники не включалися до переліку основних залежних змінних та не підлягали окремій статистичній перевірці гіпотез, що дозволило зберегти чітку логіку емпіричного аналізу та уникнути методологічної надмірності.

Таким чином, анкетний блок фонових та контекстуальних показників виконує допоміжну, але принципово важливу функцію у структурі дослідження, забезпечуючи системне бачення психоемоційного стану

військовослужбовців у період стаціонарного лікування та підвищуючи інтерпретаційну валідність отриманих емпіричних результатів.

## **2.3. Організація емпіричного дослідження**

### **2.3.1. База дослідження, умови та етап стаціонарного лікування**

Емпіричне дослідження проводилося на базі лікувального закладу, в якому військовослужбовці проходили стаціонарне лікування у зв'язку з бойовими пораненнями та соматичними захворюваннями. Обстеження здійснювалося без відриву від лікувально-реабілітаційного процесу, у природних для респондентів умовах, що відповідає принципам екологічної валідності психологічних досліджень у клінічній та військовій психології [25].

Усі учасники дослідження перебували на етапі стаціонарного лікування, що характеризується поєднанням медичних процедур, фізичної реабілітації та психологічного навантаження, пов'язаного з адаптацією до умов госпіталю, обмеженням рухливості, больовим синдромом і невизначеністю подальших життєвих та професійних перспектив. Саме цей етап вважається критично важливим для формування та трансформації психоемоційного стану військовослужбовців, оскільки в цей період актуалізуються як адаптивні, так і дезадаптивні механізми психологічного реагування [22; 34].

До вибірки увійшли 85 військовослужбовців, з яких 76 становили чоловіки та 9 жінки. За критерієм причини лікування вибірка розподілялася на такі групи: військовослужбовці чоловічої статі з бойовими пораненнями (34 особи), чоловіки з соматичними захворюваннями (42 особи) та жінки з соматичними захворюваннями (9 осіб). Соматично хворі респонденти включали як осіб із бойовим досвідом, так і військовослужбовців, які не брали безпосередньої участі у бойових діях, що дозволяло розглядати бойовий досвід як фоновий, а не визначальний чинник дослідження.

Віковий діапазон учасників становив від 20 до 60 років, що відповідає активному періоду професійної військової служби та дозволяє уникнути

вікових крайнощів, які могли б суттєво впливати на психоемоційний стан і результати психодіагностики. Усі респонденти добровільно погодилися на участь у дослідженні та повністю заповнили весь психодіагностичний інструментарій, що забезпечує повноту даних і підвищує їхню валідність.

Дослідження проводилося з дотриманням етичних принципів психологічної науки, зокрема вимог конфіденційності, добровільності участі та інформованої згоди, що узгоджується з рекомендаціями Американської психологічної асоціації щодо роботи з клінічними та військовими контингентами [1; 6].

Таким чином, база та умови проведення емпіричного дослідження створювали необхідні передумови для отримання достовірних даних щодо особливостей психоемоційного стану військовослужбовців у період стаціонарного лікування та забезпечували методологічну коректність подальшого статистичного аналізу результатів.

### **2.3.2. Характеристика вибірки та принципи формування груп**

Емпіричне дослідження було проведене на вибірці військовослужбовців, які перебували на етапі стаціонарного лікування в умовах військово-медичного закладу. Загальна чисельність вибірки становила 85 осіб, з яких 76 - чоловіки та 9 - жінки. Віковий діапазон респондентів складав від 20 до 60 років, що відповідає активному професійному віку військовослужбовців та узгоджується з віковими межами, в яких найчастіше фіксуються наслідки бойового та хронічного стресу.

Формування вибірки здійснювалося за принципом цільової (невипадкової) вибірки, що є методично виправданим у дослідженнях клінічних та військових контингентів, де доступ до респондентів обмежений умовами лікування та службовими обставинами [25]. Усі учасники перебували в однакових умовах стаціонарного лікування, що забезпечувало порівнюваність зовнішнього середовища, режиму дня та загального медичного контексту, який, за даними сучасних досліджень, істотно впливає на психоемоційний стан пацієнтів [54].

Ключовим критерієм групування респондентів стала причина лікування, відповідно до якої було виокремлено такі підгрупи:

- військовослужбовці з бойовими пораненнями - 34 особи (усі чоловіки);
- військовослужбовці з соматичними захворюваннями - 51 особа, з них 42 чоловіки та 9 жінок.

Такий поділ відповідає сучасним підходам у військовій психології, де причина госпіталізації (бойова травма чи соматичне захворювання) розглядається як важливий фактор, що диференціює психоемоційні реакції, рівень стресу та особливості адаптації [22; 47]. Відсутність жінок у групі поранених відображає реальну структуру досліджуваного контингенту й не є штучним обмеженням вибірки.

До групи соматично хворих увійшли як військовослужбовці з досвідом участі в бойових діях, так і особи без безпосереднього бойового досвіду. Це дозволило розглядати бойовий досвід не як основну незалежну змінну, а як фоновий фактор, що потенційно модифікує психоемоційний стан, але не визначає його однозначно [34; 12].

З метою уникнення методичних перекосів і некоректних статистичних порівнянь логіка формування груп передбачала такі принципи:

- порівняння військовослужбовців з бойовими пораненнями та соматичними захворюваннями здійснювалося виключно в межах чоловічої підвибірки;
- аналіз статевих відмінностей проводився лише в групі соматично хворих, де були представлені як чоловіки, так і жінки.

Такий підхід відповідає рекомендаціям щодо квазіекспериментальних досліджень у психології, де контроль за структурними відмінностями вибірок є ключовою умовою коректної інтерпретації результатів [25; 26; 49].

Усі учасники дослідження повністю заповнили весь комплекс психодіагностичних методик, що забезпечило цілісність емпіричного масиву

та дозволило використовувати отримані дані для кореляційного й порівняльного аналізу без необхідності виключення окремих протоколів [49].

Таким чином, сформована вибірка є методично обґрунтованою, внутрішньо узгодженою та релевантною завданням дослідження, а застосовані принципи групування створюють необхідні умови для коректного статистичного аналізу та подальшої інтерпретації результатів у третьому розділі роботи.

### **2.3.3. Процедура збору емпіричних даних**

Збір емпіричних даних здійснювався в умовах стаціонарного лікування військовослужбовців і був організований з урахуванням їхнього фізичного стану, психоемоційної вразливості та специфіки клінічного контексту [22; 30].

Процедура збору даних мала стандартизований характер і проводилася в однакових умовах для всіх учасників дослідження, що забезпечувало порівнюваність отриманих результатів та зменшувало вплив зовнішніх факторів. Дослідження проводилося індивідуально у спеціально відведеному приміщенні лікувального закладу, яке забезпечувало тишу, мінімізацію сторонніх подразників і дотримання принципу конфіденційності [25].

Участь у дослідженні була добровільною. Перед початком кожному респонденту надавалася усно та додатково друкований лист з інформацією про мету дослідження, його неінтервенційний характер, відсутність будь-якого впливу результатів на лікувальний процес, а також гарантії анонімності та використання даних виключно в узагальненому науковому вигляді (див. додаток 3). Усі учасники дали усвідомлену згоду на участь у дослідженні, що відповідає етичним принципам роботи психолога та стандартам проведення досліджень з уразливими групами населення [1; 6].

Заповнення психодіагностичних методик здійснювалося у фіксованій послідовності з метою зменшення впливу втоми, когнітивного перевантаження та ситуативних коливань психоемоційного стану. На початковому етапі респондентам пропонувалася методика САН як інструмент фіксації поточного психофізіологічного та емоційного стану. Це дозволяло

зафіксувати актуальний фон самопочуття, активності та настрою на момент обстеження, що є особливо важливим в умовах стаціонарного лікування та наявності больового синдрому [47].

Далі застосовувалася шкала тривожності Спілбергера-Ханіна, яка потребує більшої зосередженості та рефлексії з боку респондентів. Її розміщення на початкових етапах процедури було методично обґрунтованим, оскільки дозволяло мінімізувати вплив психічної втоми на оцінку як ситуативної, так і особистісної тривожності. Такий підхід узгоджується з рекомендаціями щодо застосування цієї методики у клінічних і військових вибірках [13; 31].

Після цього респонденти заповнювали опитувальник Басса-Даркі, спрямований на виявлення форм агресивності та ворожості, які в межах дослідження розглядалися як поведінкові й регуляторні прояви психоемоційного реагування на травму та умови лікування. Розміщення цієї методики після оцінки тривожності дозволяло уникнути спотворення результатів через первинну емоційну активацію [57].

Наступним етапом було застосування особистісного опитувальника Айзенка (EPI/EPQ), який дає змогу оцінити індивідуально-типологічні характеристики - нейротизм та екстраверсію-інтроверсію. Його включення після стано- та емоційно чутливих методик було методично доцільним, оскільки він орієнтований на відносно стійкі властивості особистості та менш залежний від короткочасних змін психоемоційного стану.

Завершальним інструментом процедури був опитувальник самооцінки стійкості до стресу, який дозволяв оцінити ресурсну складову психологічної адаптації військовослужбовців. Розміщення цієї методики наприкінці процедури було виправданим, оскільки вона інтегрує особистісні та поведінкові аспекти реагування на стрес і не потребує високого рівня когнітивного напруження, що є важливим у роботі з клінічною вибіркою [39; 56].

Усі методики були заповнені респондентами в повному обсязі; випадків часткового або перерваного проходження обстеження не зафіксовано, що забезпечило валідність і повноту емпіричних даних. За потреби надавалися стандартні роз'яснення щодо інструкцій, не втручаючись у зміст відповідей і не впливаючи на результати. Загальний час проходження психодіагностичного комплексу становив у середньому 45-60 хвилин, залежно від фізичного стану учасників дослідження.

Таким чином, процедура збору емпіричних даних була організована з урахуванням клінічного та військового контексту, відповідала принципам етичності, добровільності та стандартизації, а також забезпечувала надійність і порівнюваність отриманих результатів, необхідних для подальшого статистичного аналізу в третьому розділі кваліфікаційної роботи.

Поряд зі стандартизованими психодіагностичними методиками у процесі збору емпіричних даних застосовувався анкетний блок фонових та контекстуальних показників, спрямований на фіксацію індивідуальних умов перебування військовослужбовців на стаціонарному лікуванні. Запитання пропонувалися перед основним комплексом методик і стосувалися тривалості лікування, наявності та тривалості бойового досвіду, суб'єктивного відчуття фізичного болю, якості сну, рівня соціальної підтримки з боку побратимів і сім'ї, попереднього досвіду психологічної допомоги, а також суб'єктивної оцінки емоційної стабільності. Доцільність включення таких показників зумовлена положеннями сучасної військової та клінічної психології, які підкреслюють значущість контекстних і ситуативних чинників для розуміння психоемоційного стану осіб у період лікування та реабілітації [47; 50; 54].

Заповнення анкетного блоку здійснювалося у довільному темпі, без часових обмежень, із можливістю відмови від відповіді на окремі запитання, що відповідало етичним вимогам роботи з клінічною вибіркою [1; 6]. Отримані дані використовувалися виключно для опису вибірки та контекстної інтерпретації результатів психодіагностичного обстеження і не включалися до основного масиву залежних змінних, що підлягали статистичному аналізу.

Такий підхід дозволив зберегти методологічну чіткість дослідження, уникнути необґрунтованого розширення гіпотез та водночас підвищити інтерпретаційну валідність емпіричних результатів у третьому розділі роботи [22; 30].

Слід зазначити, що отримані результати необхідно інтерпретувати з урахуванням низки обмежень. Дослідження мало поперечний характер, що не дозволяє простежити динаміку психоемоційного стану військовослужбовців у процесі лікування. У межах роботи не здійснювався контроль тяжкості поранень або соматичних захворювань, характеру та інтенсивності медикаментозної терапії, що могло впливати на показники психоемоційного реагування. Обсяг вибірки був обмеженим і зумовлювався реальними умовами проведення дослідження в клінічному середовищі, що обмежує можливість узагальнення результатів. Зазначені фактори не знижують цінності отриманих даних, проте визначають межі їх інтерпретації та вказують на доцільність подальших досліджень із розширеним дизайном.

#### **2.3.4. Етичні аспекти проведення емпіричного дослідження**

Проведення емпіричного дослідження здійснювалося з обов'язковим дотриманням загальноприйнятих етичних принципів психологічної науки та практики, що регламентують роботу з людьми, які перебувають у стані фізичної та психоемоційної вразливості, зокрема під час стаціонарного лікування. Особлива увага приділялася забезпеченню добровільності участі, інформованої згоди, конфіденційності отриманих даних та психологічної безпеки респондентів [25; 49].

Участь військовослужбовців у дослідженні була добровільною. Кожному потенційному учаснику надавалась зрозуміла інформація про мету дослідження, його загальну спрямованість, характер психодіагностичних процедур та відсутність будь-яких негативних наслідків у разі відмови від участі або припинення роботи на будь-якому етапі. Респонденти були поінформовані, що результати дослідження використовуватимуться виключно в узагальненому вигляді з науковою метою [1; 6; 2; 3].

Принцип інформованої згоди реалізовувався шляхом надання інформації в друкованому вигляді та попереднього усного роз'яснення умов участі у дослідженні з урахуванням фізичного та психоемоційного стану військовослужбовців. Особливо наголошувалося на тому, що участь у дослідженні не має жодного впливу на перебіг лікування, рішення медичного персоналу або подальший статус військовослужбовця. Такий підхід відповідає сучасним етичним стандартам роботи з військовими та пацієнтами медичних закладів [6].

З метою забезпечення конфіденційності персональні дані респондентів не фіксувалися у бланках методик. Усі результати кодувалися та аналізувалися в узагальненому вигляді, без можливості ідентифікації окремої особи. Доступ до первинних даних мав виключно дослідник, а результати подавалися у формі групових статистичних показників, що повністю відповідає етичним вимогам психологічних досліджень [6].

Особливе значення в контексті даного дослідження мало дотримання принципу психологічної безпеки. З огляду на те, що частина респондентів перебувала у стані підвищеного психоемоційного напруження, пов'язаного з пораненнями, соматичними захворюваннями або досвідом війни, дослідження проводилося у щадному режимі, без застосування методик, що могли б викликати повторну травматизацію або надмірний емоційний дискомфорт [4; 8]. У разі виникнення ознак втоми або небажання продовжувати роботу опитування припинялося без будь-якого тиску з боку дослідника.

Таким чином, організація та проведення емпіричного дослідження відповідали основним етичним принципам психологічної науки - повазі до гідності особистості, добровільності участі, конфіденційності та відповідальності дослідника за психологічний стан учасників, що є особливо важливим у роботі з військовослужбовцями в умовах лікування та реабілітації [1; 6; 2].

## 2.4. Методи математико-статистичної обробки даних

### 2.4.1. Описова статистика показників психоемоційного стану

На етапі первинної математико-статистичної обробки емпіричних даних застосовувалися методи описової статистики, спрямовані на узагальнення результатів дослідження та виявлення загальних тенденцій психоемоційного стану військовослужбовців у період стаціонарного лікування. Описова статистика дозволила охарактеризувати центральні тенденції та варіативність показників за всіма досліджуваними змінними, а також підготувати дані до подальшого порівняльного та кореляційного аналізу.

Для кожної змінної обчислювалися середнє арифметичне значення ( $M$ ) та стандартне відхилення ( $SD, \sigma$ ). Середнє арифметичне використовувалося як узагальнений показник рівня прояву відповідної психологічної характеристики у вибірці або підгрупах, тоді як стандартне відхилення відображало ступінь розкиду індивідуальних значень відносно середнього та дозволяло оцінити однорідність груп.

Розрахунок стандартного відхилення здійснювався за формулою:

$$\sigma = \sqrt{\frac{\sum(x_i - \bar{x})^2}{N - 1}}$$

Де  $\sigma$  – стандартне відхилення

$x_i$  – індивідуальне значення респондента

$\bar{x}$  – середнє арифметичне значення вибірки

$N$  – кількість осіб в групі

Застосування саме цієї формули обумовлене тим, що дослідження проводилося на вибіркових даних, а не на генеральній сукупності, що відповідає вимогам психологічних емпіричних досліджень та забезпечує коректність оцінки варіативності показників [25; 37; 49].

Описова статистика розраховувалася окремо для кожної підгрупи, сформованої відповідно до логіки дослідження (військовослужбовці з

бойовими пораненнями та соматичними захворюваннями; чоловіки та жінки у групі соматично хворих), що дозволило виявити попередні відмінності між групами та окреслити напрями подальшого порівняльного аналізу.

Таким чином, використання середніх значень та стандартних відхилень забезпечило базове кількісне описання психоемоційного стану респондентів і створило статистичне підґрунтя для застосування параметричних методів аналізу у наступних етапах обробки емпіричних даних.

#### **2.4.2. Порівняльний аналіз між групами**

З метою виявлення статистично значущих відмінностей між групами військовослужбовців за показниками психоемоційного стану у дослідженні застосовувався диференційований підхід до вибору методів порівняльного аналізу з урахуванням чисельності вибірок, типу вимірювальних шкал та відповідності емпіричних даних основним статистичним припущенням [28; 49].

З огляду на клінічний характер вибірки та можливі відхилення розподілів окремих показників від нормального, у дослідженні застосовувалося поєднання параметричних і непараметричних методів аналізу. Параметричні критерії використовувалися у випадках, коли емпіричні дані відповідали основним статистичним передумовам, тоді як за наявності підстав для обмеження їх застосування використовувалися непараметричні критерії порівняння незалежних вибірок [28; 49].

Для порівняння показників психоемоційного стану між чоловіками з бойовими пораненнями ( $n = 34$ ) та чоловіками із соматичними захворюваннями ( $n = 42$ ) застосовувався t-критерій Стьюдента для незалежних вибірок (див. додаток К). Використання даного критерію було обґрунтоване достатньою чисельністю груп, інтервальним характером досліджуваних показників та відповідністю емпіричних розподілів вимогам параметричного аналізу [28; 49]. Це дозволило оцінити наявність, напрям і вираженість відмінностей у рівнях самопочуття, активності, настрою, тривожності,

агресивності, індивідуально-типологічних характеристик і стресостійкості залежно від причини лікування.

Аналіз статевих відмінностей у групі військовослужбовців із соматичними захворюваннями здійснювався з використанням U-критерію Манна–Уїтні як непараметричного методу порівняння незалежних вибірок (див. додаток Л). Застосування цього критерію було зумовлене малою чисельністю жіночої підгрупи ( $n = 9$ ) та необхідністю дотримання вимог статистичної коректності за умов потенційного порушення нормальності розподілу [28; 49]. Отримані результати інтерпретувалися з урахуванням обмежень, пов'язаних із чисельністю підгруп, і розглядалися як такі, що відображають загальні тенденції психоемоційних відмінностей між чоловіками та жінками в умовах соматичного лікування.

Таким чином, застосування обґрунтованого та диференційованого підходу до вибору статистичних критеріїв забезпечило методологічну коректність порівняльного аналізу, мінімізувало ризик статистичних викривлень і створило надійне підґрунтя для подальшої інтерпретації результатів емпіричного дослідження.

#### **2.4.3. Кореляційний аналіз взаємозв'язків психологічних змінних**

З метою виявлення та аналізу взаємозв'язків між показниками психоемоційного стану, індивідуально-типологічними характеристиками та ресурсними чинниками адаптації у дослідженні застосовувався кореляційний аналіз. Вибір конкретного коефіцієнта здійснювався з урахуванням типувимірювальних шкал і статистичних властивостей змінних. У дослідженні основний кореляційний аналіз здійснювався із застосуванням коефіцієнта лінійної кореляції Пірсона (див. додаток М). З урахуванням клінічного характеру вибірки та можливих відхилень окремих показників від нормального розподілу, в якості методологічно допустимої альтернативи розглядався коефіцієнт рангової кореляції Спірмена ( $\rho$ ), рекомендований для аналізу монотонних залежностей [28; 37; 49]. Статистична значущість кореляцій оцінювалася при рівні  $\alpha = 0,05$  із двобічною перевіркою гіпотез.

Кореляційний аналіз у межах даного дослідження застосовувався як інструмент перевірки гіпотез щодо внутрішньої структурної організації психоемоційного стану військовослужбовців у період стаціонарного лікування та взаємозв'язків між змінними різних рівнів психологічного функціонування, що відповідає сучасним підходам до аналізу багатовимірних психологічних даних [28; 37; 49].

Кореляційний аналіз використовувався для розв'язання таких аналітичних завдань:

- виявлення взаємозв'язків між показниками ситуативної та особистісної тривожності, агресивності, нейротизму та індикаторами самопочуття, активності й настрою за методикою САН;
- аналізу зв'язків між рівнем стресостійкості та емоційними, особистісними й поведінковими характеристиками військовослужбовців;
- перевірки припущень щодо структурної узгодженості психологічних змінних, які репрезентують різні рівні психоемоційного функціонування особистості (становий, регуляторний, індивідуально-типологічний та ресурсний), та їх взаємозв'язку в умовах лікування і психологічної адаптації військовослужбовців.

Інтерпретація сили кореляційних зв'язків здійснювалася з урахуванням загальноприйнятих у психологічних дослідженнях критеріїв: слабкий зв'язок ( $|r| \approx 0,1-0,3$ ), помірний ( $|r| \approx 0,3-0,5$ ) та сильний ( $|r| \geq 0,5$ ) [24; 26].

Таким чином, кореляційний аналіз у межах даного дослідження виступає ефективним аналітичним інструментом, що дозволяє емпірично перевірити логіку структурного підходу, виявити системні взаємозв'язки між психологічними змінними різних рівнів та забезпечити поглиблену інтерпретацію механізмів психоемоційної адаптації військовослужбовців у період лікування.

#### 2.4.4. Рівень статистичної значущості та інтерпретація результатів

Оцінка статистичної значущості результатів емпіричного дослідження здійснювалася з використанням загальноприйнятого в психологічних дослідженнях рівня значущості  $p \leq 0,05$ , що відповідає вимогам до наукової достовірності та надійності отриманих висновків [28; 37; 49]. Значення  $p$  інтерпретувалося як імовірність того, що виявлені відмінності або взаємозв'язки могли виникнути випадково за умови відсутності реального ефекту.

При аналізі результатів порівняльного дослідження враховувалася не лише формальна статистична значущість, але й психологічна інтерпретованість виявлених відмінностей. Це передбачало оцінку узгодженості статистичних показників із теоретичними положеннями, викладеними у першому розділі, а також з урахуванням специфіки військового контингенту та умов стаціонарного лікування.

Під час інтерпретації кореляційних зв'язків аналізувалися:

- напрямок зв'язку (прямий або обернений), що дозволяло визначити характер взаємодії психологічних змінних;
- сила кореляції, відповідно до загальноприйнятих критеріїв (слабка, помірна, виражена);
- психологічний зміст виявлених взаємозв'язків у контексті структури особистості та адаптаційних механізмів [24; 26].

Особлива увага приділялася уникненню формального трактування результатів, коли статистична значущість не супроводжується змістовною психологічною інтерпретацією. Такий підхід відповідає сучасним рекомендаціям щодо аналізу емпіричних даних у клінічній та військовій психології, де статистичні показники розглядаються як інструмент виявлення закономірностей, а не самоціль дослідження [28; 37; 49].

Отже, інтерпретація результатів здійснювалася з урахуванням поєднання статистичних критеріїв значущості, теоретичних положень дослідження та клініко-психологічного аналізу, що дозволяло підвищити

обґрунтованість інтерпретації отриманих даних та забезпечити їх коректне осмислення в межах поставлених завдань і обраного дослідницького дизайну.

#### **2.4.5. Узагальнення ролі статистичного аналізу в дослідженні**

Застосування методів математико-статистичної обробки даних у межах емпіричного дослідження забезпечило надійне кількісне підґрунтя для перевірки висунутих гіпотез та інтерпретації отриманих психологічних результатів. Поєднання методів описової статистики, параметричних і непараметричних критеріїв порівняння, а також кореляційного аналізу відповідає сучасним вимогам до проведення психологічних емпіричних досліджень у клінічних і військових вибірках.

Використання показників середнього арифметичного та стандартного відхилення дало змогу узагальнити рівні основних психологічних змінних і підготувати емпіричні дані до подальшого аналізу, що відповідає загальноприйнятим стандартам первинної статистичної обробки психологічних даних [28; 37; 49]. Описова статистика дозволила виявити загальні тенденції психоемоційного стану військовослужбовців у період лікування та слугувала базою для подальших аналітичних процедур.

Порівняльний аналіз між групами здійснювався з використанням *t*-критерію Стьюдента для незалежних вибірок або *U*-критерію Манна–Уїтні залежно від чисельності груп і відповідності емпіричних розподілів вимогам параметричного аналізу. Такий підхід відповідає методологічним рекомендаціям щодо коректного вибору статистичних критеріїв у психологічних дослідженнях із нерівномірними та малими вибірками [28; 49]. Застосування різних критеріїв дозволило уникнути статистичних викривлень і забезпечити валідність міжгрупових порівнянь.

Для аналізу взаємозв'язків між показниками психоемоційного стану, особистісними характеристиками та ресурсними чинниками адаптації використовувався коефіцієнт лінійної кореляції Пірсона. Кореляційний аналіз дав змогу виявити структурну узгодженість психологічних змінних та емпірично поцінити узгодженість і системність взаємозв'язків між змінними

психоемоційного реагування військовослужбовців у період стаціонарного лікування [28; 37; 49]. Отримані кореляційні зв'язки стали підґрунтям для інтерпретації результатів у межах обраної теоретичної моделі особистості.

Оцінка статистичної значущості результатів здійснювалася на рівні  $p \leq 0,05$ , що відповідає загальноприйнятим стандартам психологічних і медико-психологічних досліджень. Інтерпретація результатів проводилася з урахуванням не лише формальної статистичної значущості, але й психологічного змісту виявлених закономірностей, їхньої теоретичної обґрунтованості та практичної значущості.

Загалом застосований статистичний інструментарій забезпечив:

- емпіричну перевірку висунутих гіпотез;
- кількісне підтвердження теоретичних положень, викладених у першому розділі роботи;
- формування науково обґрунтованих висновків щодо психологічних особливостей військовослужбовців у період лікування.

Таким чином, математико-статистичний аналіз виступив концептуально важливим елементом дослідження, який забезпечив логічний та методологічно коректний перехід від теоретичних положень до інтерпретації емпіричних результатів, представлених у третьому розділі кваліфікаційної роботи.

## **Висновки до розділу 2**

У другому розділі кваліфікаційної роботи здійснено методологічне та організаційне обґрунтування емпіричного дослідження психоемоційного стану військовослужбовців, які перебувають на стаціонарному лікуванні після бойових поранень та соматичних захворювань. Логіка побудови розділу забезпечує послідовний перехід від теоретичних положень, викладених у першому розділі, до їх емпіричної операціоналізації та перевірки.

Визначено, що дослідження має комплексний дизайн і поєднує описовий, порівняльний та кореляційний підходи, що є методологічно виправданим у роботі з клінічною вибіркою та відповідає етичним обмеженням і практичним умовам проведення досліджень у військовому контексті. Обґрунтовано неможливість експериментального впливу на ключові змінні та доцільність використання квазіекспериментальної логіки порівняння груп.

Показано, що добір психодіагностичного забезпечення ґрунтується на принципі комплексності та структурно-системному підході до аналізу психоемоційного стану особистості. Використаний комплекс методик дозволяє охопити різні рівні психологічного функціонування: актуальні психофізіологічні та емоційні стани, відносно стійкі особистісні характеристики, поведінково-регуляторні механізми реагування та ресурсні компоненти адаптації. Така побудова психодіагностичного інструментарію унеможливорює редукцію складного психічного явища до окремих симптомів і підвищує інтерпретаційну валідність емпіричних результатів.

Обґрунтовано доцільність використання методики САН для оцінки станового компонента психоемоційного функціонування, шкали Спілбергер-Ханіна - для диференціації ситуативної та особистісної тривожності, опитувальника Басса-Даркі - для аналізу форм агресивності та ворожості як поведінково-регуляторних проявів, опитувальника Айзенка - для оцінки індивідуально-типологічних характеристик, а також опитувальника стресостійкості - як індикатора ресурсного потенціалу психологічної адаптації. Показано, що зазначені методики не дублюють одна одну, а взаємодоповнюють, утворюючи цілісну систему вимірювання.

Включення анкетного блоку фонових та контекстуальних показників обґрунтовано як допоміжний засіб уточнення клінічних, соціальних і ситуаційних умов перебування військовослужбовців на лікуванні. Зазначений блок використовується з описово-інтерпретаційною метою та не порушує

логіки основного статистичного аналізу, водночас підвищуючи глибину та коректність інтерпретації результатів.

Описано процедуру організації емпіричного дослідження, характеристики вибірки та етапи збору даних, що забезпечує методичну прозорість і відтворюваність дослідження. Наголошено на дотриманні етичних принципів добровільної участі, інформованої згоди та конфіденційності, що є особливо важливим у роботі з військовослужбовцями та клінічними групами.

Обґрунтовано вибір методів математико-статистичної обробки даних відповідно до типу змінних, структури вибірки та завдань дослідження. Застосування описової статистики, параметричних і непараметричних методів порівняльного аналізу, а також кореляційного аналізу створює надійну кількісну основу для перевірки висунутих гіпотез.

Отже, другий розділ забезпечує цілісне, логічно узгоджене та методологічно коректне підґрунтя для емпіричного аналізу психоемоційного стану військовослужбовців у період стаціонарного лікування та створює необхідні умови для інтерпретації результатів дослідження у третьому розділі роботи.

## **РОЗДІЛ 3. РЕЗУЛЬТАТИ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ АНАЛІЗ**

### **3.1. Загальна характеристика психоемоційного стану військовослужбовців у період стаціонарного лікування**

#### **3.1.1. Описові показники психоемоційного стану вибірки**

На першому етапі емпіричного аналізу було здійснено описову статистичну обробку показників психоемоційного стану військовослужбовців, які перебували на стаціонарному лікуванні. Метою цього етапу було узагальнення отриманих даних, виявлення загальних тенденцій психоемоційного функціонування вибірки та створення підґрунтя для подальшого порівняльного й кореляційного аналізу, що відповідає загальноприйнятій логіці психологічних емпіричних досліджень і стандартам первинної статистичної обробки даних [28; 49; 25].

Для кожного з досліджуваних показників обчислювалися середнє арифметичне значення ( $M$ ), яке відображає загальний рівень вираженості ознаки у вибірці, та стандартне відхилення ( $SD$ ), що характеризує ступінь індивідуальної варіативності показників (Табл. 3.1). Використання цих статистичних характеристик є методично виправданим для інтервальних шкал, застосованих у дослідженні, та відповідає рекомендаціям сучасної психологічної статистики.[28; 49; 26].

Описові показники за методикою САН відображають актуальний психофізіологічний та емоційний стан військовослужбовців у період стаціонарного лікування та дозволяють оцінити функціонування базових адаптаційних механізмів в умовах соматичного й психоемоційного навантаження. Отримані середні значення та показники варіативності мають важливе практичне (клініко-психологічне) значення для розуміння психоемоційного фону в умовах госпіталізації та соматичного навантаження [22; 30; 47].

Таблиця 3.1

**Описові статистики показників психоемоційного стану  
військовослужбовців у період стаціонарного лікування (N = 85)**

<b>Показник</b>	<b>M</b>	<b>SD</b>
Самопочуття	3,42	1,47
Активність	3,37	1,23
Настрій	3,93	1,40
САН (інтегральний)	3,58	1,27
Реактивна тривожність	57,76	13,77
Особистісна тривожність	53,85	12,27
Фізична агресія	60,82	20,42
Вербальна агресія	60,26	20,02
Непряма агресія	55,06	21,97
Негативізм	56,24	24,98
Роздратування	55,74	25,41
Підозрілість	58,12	22,39
Образа	61,55	23,63
Почуття вини	73,26	18,68
Індекс агресивності	59,04	16,37
Індекс ворожості	64,14	19,13
Екстраверсія	9,91	3,70
Нейротизм	13,98	5,36
Неправда	3,15	1,92
Стресостійкість	35,61	5,52

**Примітка до табл. 3.1**

1. Методика САН: шкали самопочуття, активності та настрою подано у балах від 1 до 7 (чим вищий бал, тим кращий стан); інтегральний показник САН - середнє трьох шкал.
2. Опитувальник Басса–Даркі: показники за шкалами та індексами подано у вигляді відсотків (0–100%), отриманих шляхом переведення сирих

балів у процентні значення за ключем/нормативною процедурою, використаною в дослідженні.

3. Опитувальник Айзенка (EPI/EPQ): показники екстраверсії, нейротизму та шкали «Неправда» наведено в сирих балах відповідно до ключа методики.
4. Методика Спілбергера–Ханіна: реактивна й особистісна тривожність наведені у сирих балах (діапазон 20–80).
5. Опитувальник стресостійкості: результат подано у сирих балах відповідно до ключа методики.

Показник самопочуття ( $M = 3,42$ ;  $SD = 1,47$ ) перебуває у зоні помірно знижених значень, що свідчить про наявність суб'єктивно відчутного фізичного та психофізіологічного дискомфорту у значної частини вибірки. У клінічному контексті це може відображати вплив больового синдрому, соматичних обмежень і загального виснаження, характерного для госпіталізації [13; 30; 47]. Значна величина стандартного відхилення вказує на істотну індивідуальну варіативність, що узгоджується з різною тяжкістю стану та неоднаковою тривалістю лікування.

Рівень активності ( $M = 3,37$ ;  $SD = 1,23$ ) є помірно зниженим, що вказує на зниження енергетичного потенціалу, уповільнення темпу діяльності та зменшення готовності до активної взаємодії з навколишнім середовищем. У клініко-психологічному вимірі зниження активності часто розглядається як наслідок поєднання фізичного виснаження, емоційної напруги та зниження мотиваційних ресурсів у період лікування, особливо за умов тривалої госпіталізації або невизначеності щодо прогнозу відновлення [30; 13; 47]. Такі показники можуть мати значення для планування реабілітаційних заходів і визначення психологічного ресурсу пацієнтів.

Показник настрою ( $M = 3,93$ ;  $SD = 1,40$ ) є відносно вищим порівняно з самопочуттям і активністю, що може свідчити про часткове збереження емоційної регуляції та здатності до адаптивного емоційного реагування навіть за умов фізичного неблагополуччя. Водночас значна варіативність настрою

вказує на емоційну нестабільність у частини військовослужбовців, що може бути пов'язано з тривогою щодо стану здоров'я, майбутньої служби або пережитого бойового досвіду [30].

Інтегральний показник САН ( $M = 3,58$ ;  $SD = 1,27$ ) у цілому дозволяє охарактеризувати психофізіологічний стан вибірки як помірно знижений із вираженою індивідуальною неоднорідністю. Такий профіль є типовим для клінічних вибірок військовослужбовців у період стаціонарного лікування та відображає поєднання фізичного виснаження, емоційної напруги та різного рівня адаптаційних ресурсів [20; 38; 30].

Узагальнюючи, результати за методикою САН свідчать, що у військовослужбовців у період лікування спостерігається зниження базових показників психофізіологічного функціонування на тлі значної індивідуальної варіативності. Це підтверджує доцільність подальшого диференційованого аналізу між групами та дослідження взаємозв'язків стано-емоційних показників з тривожністю, агресивністю та ресурсними характеристиками особистості, що є важливим для клініко-психологічної оцінки та планування реабілітаційної роботи.

Показники реактивної тривожності відображають актуальний рівень психоемоційної напруги військовослужбовців у період стаціонарного лікування, що формується під впливом соматичного стану, больового синдрому, обмежень фізичної активності, умов госпіталізації та невизначеності щодо подальшого перебігу служби. Середнє значення реактивної тривожності у вибірці ( $M = 57,76$ ;  $SD = 13,77$ ) відповідає підвищеному рівню, що свідчить про значну інтенсивність актуальних тривожних переживань та емоційної напруги в більшості обстежених осіб. Величина стандартного відхилення вказує на істотну індивідуальну варіативність реактивних станів, що є клінічно закономірним для контингенту військовослужбовців із різною тяжкістю соматичного стану, тривалістю лікування та суб'єктивним переживанням загрози власному здоров'ю [57; 13].

Показники особистісної тривожності, які характеризують відносно стійку схильність до тривожного реагування, також перебувають у межах помірно підвищеного рівня ( $M = 53,85$ ;  $SD = 12,27$ ). Це свідчить про наявність у частини респондентів індивідуально-психологічної вразливості до стресових впливів, що може підсилювати інтенсивність реактивних тривожних проявів у ситуації лікування та реабілітації. Отримані дані узгоджуються з положеннями про взаємодію ситуативних і особистісних чинників у формуванні тривожних реакцій у військовослужбовців, які зазнали фізичної або медичної травматизації [57; 13].

Аналіз описових статистик за опитувальником Басса–Даркі дозволив детально охарактеризувати рівень та структуру агресивних і ворожих реакцій у вибірці військовослужбовців, які перебували на стаціонарному лікуванні (табл. 3.1). Середні значення за більшістю шкал агресивності знаходяться в помірному діапазоні, водночас супроводжуються високими показниками стандартного відхилення, що свідчить про суттєву міжіндивідуальну варіативність емоційно-поведінкових реакцій.

Зокрема, середній рівень фізичної агресії ( $M = 60,82$ ;  $SD = 20,42$ ) та вербальної агресії ( $M = 60,26$ ;  $SD = 20,02$ ) вказує на наявність у вибірці тенденції до зовнішнього вираження напруження, однак значні стандартні відхилення свідчать про те, що ці прояви є характерними не для всіх респондентів, а формуються ситуативно — під впливом болю, фрустрації, обмежень рухливості та умов госпіталізації. Аналогічну картину демонструє непряма агресія ( $M = 55,06$ ;  $SD = 21,97$ ), що може відображати опосередковані способи розрядки емоційної напруги в умовах, де пряме вираження агресії є соціально або ситуаційно обмеженим.

Показники негативізму ( $M = 56,24$ ;  $SD = 24,98$ ) та роздратування ( $M = 55,74$ ;  $SD = 25,41$ ) характеризуються одними з найбільших значень стандартного відхилення, що клінічно може вказувати на коливання між станами емоційної стриманості та епізодами підвищеної реактивності. Такі коливання є типовими для військовослужбовців у період тривалого лікування

та відображають нестабільність регуляції афекту в умовах соматичного виснаження і психоемоційного напруження [71; 22].

Особливу увагу привертають підвищені середні значення за шкалами образи ( $M = 61,55$ ;  $SD = 23,63$ ) та почуття вини ( $M = 73,26$ ;  $SD = 18,68$ ). Поєднання цих показників може свідчити про схильність частини респондентів до інтеріоризації негативних переживань, формування внутрішньо спрямованої агресії та самозвинувачення, що у військових контингентах може бути пов'язано з переживаннями моральної травми/самозвинувачення та складними емоційними наслідками бойового досвіду [20; 41; 63].

Інтегральні показники індексу агресивності ( $M = 59,04$ ;  $SD = 16,37$ ) та індексу ворожості ( $M = 64,14$ ;  $SD = 19,13$ ) підтверджують, що агресивно-ворожі реакції у вибірці мають помірну загальну вираженість, але не є однорідними. Отримані дані вказують на неоднорідність агресивно-ворожих реакцій та їх можливу залежність від індивідуальних і контекстуальних чинників, пов'язаних з умовами лікування та адаптації.

Загалом отримані описові показники за методикою Басса–Даркі свідчать про те, що агресивні та ворожі прояви у військовослужбовців у період стаціонарного лікування мають складну, багатокомпонентну структуру та потребують подальшого аналізу в контексті інших психологічних змінних — тривожності, стресостійкості та особистісних характеристик, що буде здійснено у наступних підрозділах розділу 3.

Показники індивідуально-типологічних властивостей за опитувальником Айзенка відображають особливості базового емоційного реагування та поведінкової спрямованості військовослужбовців у період стаціонарного лікування. Середнє значення нейротизму ( $M = 13,98$  при  $SD = 5,36$ ) свідчить про помірно підвищений рівень емоційної нестабільності у вибірці, що проявляється схильністю до тривожних реакцій, емоційної напруги та зниження толерантності до стресових навантажень. Значна величина стандартного відхилення вказує на суттєву міжіндивідуальну

варіативність цього показника, що дозволяє виокремлювати як осіб із відносно стабільним емоційним фоном, так і респондентів із вираженою емоційною вразливістю, які можуть становити групу з більшою емоційною вразливістю та потенційно вищою чутливістю до стресових впливів, що важливо враховувати під час інтерпретації результатів [27].

Показники екстраверсії ( $M = 9,91$  при  $SD = 3,70$ ) загалом відображають середній рівень спрямованості особистості, без вираженого домінування екстравертованої чи інтровертованої полярності. Такий розподіл є клінічно значущим, оскільки свідчить про різноманітність стилів психологічної адаптації у вибірці: від орієнтації на соціальну взаємодію та зовнішню підтримку до схильності до внутрішньої переробки переживань і стриманого емоційного реагування. Варіативність показників екстраверсії також підтверджує доцільність подальшого аналізу її взаємозв'язків з рівнем тривожності, агресивності та стресостійкості у межах кореляційного аналізу.

Загалом результати за опитувальником Айзенка підкреслюють роль індивідуально-типологічних характеристик як фонові особистісної основи, що модулює перебіг психоемоційних реакцій військовослужбовців у клінічних умовах та має бути врахована при інтерпретації даних порівняльного й кореляційного аналізу.

Рівень стресостійкості, визначений за відповідним опитувальником, розглядається як ресурсна складова психологічної адаптації військовослужбовців в умовах стаціонарного лікування та підвищеного соматичного й психоемоційного навантаження. Середнє значення показника стресостійкості у вибірці ( $M = 35,61$ ) у поєднанні з помірною величиною стандартного відхилення ( $SD = 5,52$ ) свідчить про середній рівень здатності до подолання стресових впливів, характерних для періоду госпіталізації та відновлення після поранень або соматичних захворювань.

Водночас зафіксована варіативність показників вказує на нерівномірний розподіл адаптаційних ресурсів серед респондентів: поряд з особами, які демонструють достатній рівень психологічної стійкості та здатність

мобілізувати внутрішні ресурси, виявляється група військовослужбовців зі зниженими показниками стресостійкості. Останні можуть бути більш уразливими до впливу тривалого лікування, фізичного болю, порушень сну та емоційної напруги, що може бути пов'язано з підвищеною уразливістю до дезадаптивних психоемоційних реакцій у контексті лікування та ресурсно-орієнтованого супроводу в процесі відновлення [39; 51; 52; 56].

Таким чином, показник стресостійкості в межах даного дослідження виступає важливим індикатором ресурсного потенціалу адаптації, який може враховуватися при інтерпретації рівнів тривожності, агресивності та загального психоемоційного стану військовослужбовців у період стаціонарного лікування.

Таким чином, результати описового статистичного аналізу свідчать про загалом знижений та неоднорідний психоемоційний фон вибірки, що проявляється у помірно знижених показниках самопочуття, активності та настрою, підвищеному рівні реактивної тривожності, вираженій варіативності агресивних і ворожих реакцій, а також середньому рівні стресостійкості з наявністю групи осіб із зниженим адаптаційним ресурсом. Отримані дані відображають складну, багаторівневу структуру психологічного функціонування військовослужбовців у період лікування та створюють емпіричне підґрунтя для подальшого порівняльного аналізу між групами й дослідження взаємозв'язків між окремими психологічними змінними, що буде реалізовано в наступних підрозділах розділу 3.

### **3.1.2. Попередній аналіз варіативності показників**

Аналіз варіативності показників психоемоційного стану, здійснений на основі значень стандартного відхилення (SD), дозволяє оцінити ступінь індивідуальних відмінностей у межах досліджуваної вибірки та має важливе клініко-психологічне значення. Підвищені або помірні значення SD свідчать про неоднорідність психоемоційного функціонування військовослужбовців, що є очікуваним з огляду на різну причину лікування, соматичний стан,

тривалість госпіталізації та індивідуальні ресурси психологічної адаптації [28; 49; 26].

За показниками методики САН стандартні відхилення коливаються в межах  $SD = 1,23-1,47$ , що вказує на суттєвий розкид значень самопочуття, активності та настрою. Такий рівень варіативності означає, що поряд із військовослужбовцями зі зниженим психофізіологічним функціонуванням у вибірці наявні особи з відносно збереженим або помірно зниженим станом. У клінічному контексті це відображає різний ступінь виснаження, вираженість больового синдрому, рівень фізичної активності та емоційного реагування в умовах стаціонарного лікування [22; 13; 47].

Показники реактивної та особистісної тривожності характеризуються досить високою варіативністю ( $SD = 12,27-13,77$ ), що свідчить про наявність у вибірці як осіб із помірним рівнем тривожності, так і військовослужбовців із вираженою психоемоційною напругою. З клінічної точки зору це вказує на неоднакову чутливість до ситуації госпіталізації, різний ступінь переживання невизначеності щодо стану здоров'я та подальшої служби, а також індивідуальні особливості стресового реагування [57; 28; 49].

Найбільш виражений розкид значень зафіксовано за шкалами агресивності та ворожості за опитувальником Басса-Даркі ( $SD = 18,68-25,41$ ). Такий рівень варіативності свідчить про суттєві індивідуальні відмінності у формах поведінкового та емоційного реагування - від відносно стриманих реакцій до підвищеної дратівливості, підозрливості, внутрішньої напруги або інтенсивного почуття вини. У клінічному контексті це може відображати як реакції на травматичний досвід і хронічний фізичний біль, так і накопичену психоемоційну напругу в умовах тривалого лікування та обмеження життєвої активності [71; 22; 32].

Показники індивідуально-типологічних характеристик також демонструють помірну варіативність. Зокрема, стандартне відхилення за шкалою нейротизму становить  $SD = 5,36$ , що свідчить про наявність у вибірці як емоційно стабільних, так і більш вразливих осіб. Варіативність екстраверсії

(SD = 3,70) відображає різні стилі взаємодії з оточенням та способи психологічної переробки пережитого досвіду, що має значення для подальшого аналізу адаптаційних механізмів [27].

Рівень стресостійкості характеризується стандартним відхиленням SD = 5,52, що вказує на помітну різницю в адаптаційних ресурсах військовослужбовців. Поряд з особами, які демонструють достатній рівень здатності до подолання стресових навантажень, у вибірці присутні респонденти зі зниженою стресостійкістю, що може розглядатися як фактор підвищеного психологічного ризику та потреби в додатковому психологічному супроводі [56; 52].

Таким чином, виявлений значний розкид показників за більшістю досліджуваних шкал свідчить про психологічну та клінічну неоднорідність вибірки та наявність підгруп із підвищеними й зниженими значеннями психоемоційних показників, не вдаючись до клінічної діагностики. Значущі коливання рівнів самопочуття, активності, настрою, тривожності, агресивності, індивідуально-типологічних характеристик і стресостійкості вказують на чутливість досліджуваних змінних до таких факторів, як причина лікування та стать, і створюють методологічно обґрунтоване підґрунтя для подальшого порівняльного аналізу між групами та дослідження взаємозв'язків між психоемоційними змінними, що буде реалізовано в наступних підрозділах розділу 3 [28; 49; 25].

Клінічно та психологічно виявлена варіативність означає, що узагальнений аналіз без диференціації за групами може маскувати суттєві відмінності між військовослужбовцями з бойовими пораненнями та соматичними захворюваннями, а також між чоловіками і жінками у межах соматичної підвибірki. Висока варіативність за шкалами тривожності та агресивності обґрунтовує доцільність перевірки гіпотез щодо міжгрупових відмінностей за цими показниками, тоді як стабільні, але неоднорідні індивідуально-типологічні характеристики та рівень стресостійкості доцільно

розглядати як фонові та модульовальні чинники психоемоційного стану, що визначає логіку подальшого порівняльного аналізу [28; 49].

Таким чином, результати попереднього аналізу підтверджують наукову доцільність і методичну коректність подальшого порівняльного дослідження між групами військовослужбовців, сформованими за причиною лікування та статтю. Вони також задають логіку наступного етапу емпіричного аналізу, спрямованого на виявлення статистично значущих відмінностей та уточнення психологічного змісту цих відмінностей у контексті медико-психологічної оцінки стану військовослужбовців у період стаціонарного лікування.

### **3.2. Порівняльний аналіз психоемоційного стану у різних групах військовослужбовців**

Порівняльний аналіз емпіричних даних було спрямовано на виявлення статистично значущих відмінностей у показниках психоемоційного стану військовослужбовців залежно від медичного та соціально-психологічного контексту їх перебування на стаціонарному лікуванні. Згідно з сучасними уявленнями військової та клінічної психології, характер травматичного впливу, а також соматичний стан можуть по-різному модифікувати емоційне реагування, поведінкові прояви та адаптаційні ресурси особистості [22; 13].

Відповідно до логіки дослідження, теоретичних положень, викладених у першому розділі, та методологічних засад, обґрунтованих у другому розділі роботи, порівняльний аналіз здійснювався у двох взаємодоповнювальних напрямках:

- перший напрям передбачав зіставлення показників психоемоційного стану чоловіків, які перебували на лікуванні з приводу бойових поранень, із показниками чоловіків, госпіталізованих у зв'язку з соматичними захворюваннями. Такий підхід дозволяє виокремити специфічний вплив бойової травми як

комплексного стресора, що поєднує фізичне ушкодження, загрозу життю та інтенсивне психоемоційне навантаження [16; 22].

- другий напрям порівняльного аналізу був спрямований на вивчення статевих відмінностей у межах групи соматично хворих військовослужбовців. Аналіз статевих особливостей психоемоційного реагування є методично виправданим, оскільки, за даними численних досліджень, жінки та чоловіки можуть відрізнятися за рівнем тривожності, емоційної чутливості, способами регуляції стресу та залученням соціальної підтримки, особливо в умовах хвороби та госпіталізації [34; 44].

З урахуванням чисельності підгруп та характеру розподілу емпіричних даних у дослідженні застосовувалися як параметричні, так і непараметричні методи статистичного аналізу. Для порівняння показників у чоловічих підгрупах (бойові поранення - соматичні захворювання) використовувався t-критерій Стьюдента для незалежних вибірок, що є доцільним за умов достатнього обсягу вибірок і використання інтервальних шкал [45; 46]. Для аналізу статевих відмінностей у групі соматично хворих, з огляду на малу чисельність жіночої підгрупи, застосовувався U-критерій Манна -Уїтні як надійний непараметричний метод виявлення міжгрупових розбіжностей [46; 47].

Такий комбінований підхід до порівняльного аналізу забезпечує статистичну коректність результатів, відповідає вимогам сучасних емпіричних досліджень у психології та дозволяє отримати диференційовану картину психоемоційного функціонування військовослужбовців у період стаціонарного лікування.

### **3.2.1. Порівняння показників психоемоційного стану поранених і соматично хворих військовослужбовців-чоловіків**

Порівняльний аналіз психоемоційного стану поранених та соматично хворих військовослужбовців-чоловіків був спрямований на виявлення специфічних психологічних відмінностей, зумовлених різною причиною

стаціонарного лікування. Обидві групи перебували в подібних організаційних та лікувальних умовах, що дозволяє розглядати виявлені відмінності насамперед як наслідок бойового поранення або соматичного захворювання, а не зовнішніх факторів. Результати порівняльного аналізу наведено в таблиці 3.2.

Для аналізу міжгрупових відмінностей застосовувався t-критерій Стьюдента для незалежних вибірок, що є методично виправданим з огляду на достатню чисельність груп (поранені -  $n = 34$ ; соматично хворі -  $n = 42$ ), інтервальний характер показників та можливість використання параметричних статистичних методів. Рівень статистичної значущості оцінювався при  $p \leq 0,05$ .

### **Відмінності за показниками методики САН**

Аналіз показників психофізіологічного та емоційного стану за методикою САН виявив статистично значущі відмінності між групами за шкалами активності, настрою та інтегрального показника САН. Зокрема, у соматично хворих військовослужбовців-чоловіків зафіксовано вищі середні значення активності ( $M = 3,69$ ) порівняно з пораненими ( $M = 2,96$ ;  $t = 2,78$ ;  $p \leq 0,01$ ), що свідчить про відносно збережений рівень енергетичного та функціонального ресурсу.

Подібна тенденція простежується і щодо показника настрою: у групі соматично хворих він є достовірно вищим ( $M = 4,18$ ) порівняно з пораненими ( $M = 3,45$ ;  $t = 2,56$ ;  $p \leq 0,05$ ). Інтегральний показник САН також значуще відрізняється між групами ( $t = 2,38$ ;  $p \leq 0,05$ ), що вказує на загалом більш сприятливий психоемоційний фон у соматично хворих військовослужбовців.

Відмінності за шкалою самопочуття хоча й мають напрямок зниження у поранених ( $M = 3,01$ ) порівняно з соматично хворими ( $M = 3,51$ ), проте не досягають рівня статистичної значущості ( $p > 0,05$ ), що може бути пов'язано з індивідуальними відмінностями у переживанні фізичного стану.

**Порівняння показників психоемоційного стану поранених і соматично  
хворих військовослужбовців-чоловіків**

<b>Показник</b>	Поранені (n = 34), M ± SD	Соматичні (n = 42), M ± SD	t	p	Значущість
Самопочуття	3,01±1,36	3,51±1,37	1,27	0,2081	p > 0,05
Активність	2,96±0,92	3,69±1,31	2,78	0,0069	p ≤ 0,01
Настрій	3,45±1,06	4,18±1,42	2,56	0,0125	p ≤ 0,05
САН (інтегральний)	3,16±1,04	3,79±1,26	2,38	0,0199	p ≤ 0,05
Реактивна тривожність	61,91±11,97	54,88±14,92	2,22	0,0295	p ≤ 0,05
Особистісна тривожність	56,35±13,3	51,81±11,79	1,39	0,1687	p > 0,05
Фізична агресія	65,92±19,89	60,24±19,33	1,11	0,2706	p > 0,05
Вербальна агресія	66,29±16,39	57,69±19,52	1,91	0,06	p > 0,05
Непряма агресія	54,97±24,73	55,57±20,69	0,12	1	p > 0,05
Негативізм	58,24±26,29	56,67±22,65	0,18	0,8576	p > 0,05
Роздратування	62,82±24,06	50,48±24,99	2,29	0,0249	p ≤ 0,05
Підозрілість	63,53±18,46	55,48±24,52	1,77	0,0808	p > 0,05
Образа	64,26±21,52	57,33±25,74	1,27	0,2081	p > 0,05
Почуття вини	70,09±19,5	75,88±17,67	1,4	0,1657	p > 0,05
Індекс агресивності	62,18±16,83	57,79±15,3	1,08	0,2836	p > 0,05
Індекс ворожості	63,85±16,64	56,52±21,22	1,57	0,1207	p > 0,05
Екстраверсія	9,68±3,1	10,26±4,14	0,82	0,4148	p > 0,05
Нейротизм	14,79±5,07	13,21±5,76	1,27	0,2081	p > 0,05
Неправда	2,68±1,71	3,43±1,98	1,63	0,1074	p > 0,05
Стресостійкість	37,15±5,19	34,02±5,32	2,42	0,018	p ≤ 0,05

### **Відмінності за показниками тривожності**

Порівняльний аналіз показників тривожності показав, що реактивна тривожність є достовірно вищою у поранених військовослужбовців ( $M = 61,91$ ) порівняно з соматично хворими ( $M = 54,88$ ;  $t = 2,22$ ;  $p \leq 0,05$ ). Це свідчить про більш виражену актуальну психоемоційну напругу, пов'язану з переживанням бойової травми, фізичного болю та невизначеності подальшого відновлення.

За показниками особистісної тривожності статистично значущих відмінностей між групами не виявлено ( $p > 0,05$ ), що вказує на відносну подібність стійких тривожних характеристик особистості незалежно від причини лікування.

### **Відмінності за агресивністю та ворожістю**

Аналіз показників агресивності та ворожості не виявив системних статистично значущих відмінностей між групами за більшістю шкал опитувальника Басса-Даркі ( $p > 0,05$ ). Водночас за шкалою роздратування зафіксовано достовірно вищі значення у поранених військовослужбовців ( $M = 62,82$ ) порівняно з соматично хворими ( $M = 50,48$ ;  $t = 2,29$ ;  $p \leq 0,05$ ). Це може відображати підвищену емоційну напругу та знижену толерантність до фрустраційних чинників унаслідок травматичного досвіду та фізичного виснаження.

Інтегральні індекси агресивності та ворожості не демонструють статистично значущих міжгрупових відмінностей, що свідчить про відсутність принципових розбіжностей у загальному рівні агресивних тенденцій.

### **Відмінності за індивідуально-типологічними характеристиками та стресостійкістю**

Порівняння показників нейротизму та екстраверсії не виявило достовірних відмінностей між групами ( $p > 0,05$ ), що свідчить про відносну схожість базових особистісних характеристик у поранених і соматично хворих військовослужбовців-чоловіків.

Водночас показник **стресостійкості** виявив статистично значущі відмінності: у поранених військовослужбовців він є вищим ( $M = 37,15$ ) порівняно з соматично хворими ( $M = 34,02$ ;  $t = 2,42$ ;  $p \leq 0,05$ ). Це може відображати мобілізаційний характер адаптаційних механізмів у осіб з бойовим пораненням, які в умовах лікування можуть демонструвати мобілізаційний характер адаптаційних реакцій до подолання стресових навантажень.

Таким чином, результати порівняльного аналізу свідчать, що поранені військовослужбовці-чоловіки характеризуються вищим рівнем реактивної тривожності та емоційної напруги на тлі знижених показників активності й настрою, що відображає специфіку переживання бойової травми. Водночас підвищений рівень стресостійкості може розглядатися як мобілізаційний адаптаційний ресурс, який потребує подальшого аналізу у взаємозв'язку з іншими психологічними змінними.

### **3.2.2. Статеві відмінності у групі соматично хворих військовослужбовців (із застосуванням U-критерію Манна—Уїтні)**

З метою виявлення можливих статевих відмінностей у показниках психоемоційного стану було здійснено порівняльний аналіз між чоловіками ( $n = 42$ ) та жінками ( $n = 9$ ), які проходили стаціонарне лікування з приводу соматичних захворювань. Такий підхід дозволив дослідити гендерні особливості психологічного реагування в умовах хвороби без впливу чинника бойового поранення.

З огляду на малочисельність жіночої підвибірки, нерівність обсягів груп та відсутність підстав для припущення нормального розподілу даних, для міжгрупових порівнянь було застосовано U-критерій Манна-Уїтні, що є методично обґрунтованим у подібних дослідженнях [46; 49].

Порівняльний аналіз охоплював показники поточного психоемоційного стану (шкали САН), реактивної та особистісної тривожності, форм агресивності й ворожості, індивідуально-типологічних характеристик, а також рівня стресостійкості.

Отримані результати свідчать, що статистично значущих статевих відмінностей за більшістю досліджуваних показників не виявлено. Зокрема, за шкалами методики САН значення U-критерію становили: для самопочуття -  $U = 236,5$ , для активності -  $U = 177,0$ , для настрою -  $U = 224,0$ , для інтегрального показника САН -  $U = 226,5$ , що відповідає рівням статистичної значущості  $p > 0,05$ . Це свідчить про загальну подібність суб'єктивного психофізіологічного стану чоловіків і жінок у період соматичного лікування.

Аналогічна тенденція простежується й щодо показників тривожності: для реактивної тривожності отримано  $U = 196,0$ , для особистісної тривожності -  $U = 221,0$  ( $p > 0,05$ ). Це дозволяє припустити, що актуальна психоемоційна напруга та стійка тривожна схильність у соматично хворих військовослужбовців значною мірою зумовлені спільними для обох статей умовами госпіталізації, фізичним станом і невизначеністю лікувального прогнозу [30].

За показниками агресивності та ворожості також не виявлено статистично значущих статевих відмінностей. Значення U-критерію коливалися в межах від  $U = 119,5$  (фізична агресія) до  $U = 244,5$  (образ), що відповідає рівням  $p > 0,05$ . Водночас за окремими шкалами спостерігалися тенденції до відмінностей, які проявлялися у різному розподілі рангів між групами, однак не досягали рівня статистичної значущості. Подібні результати узгоджуються з даними досліджень, що вказують на варіативність агресивних реакцій залежно від індивідуального стилю емоційної регуляції, а не лише від статі [71; 22].

Не виявлено значущих статевих відмінностей і за індивідуально-типологічними характеристиками: для екстраверсії  $U = 151,5$ , для нейротизму -  $U = 220,5$ , а також за рівнем стресостійкості -  $U = 251,5$  ( $p > 0,05$ ). Це свідчить про те, що ресурсні та особистісні характеристики адаптації в умовах соматичного захворювання формуються під впливом комплексних біопсихосоціальних чинників, а не визначаються виключно статевою належністю [72]. Числові значення U-критерію Манна-Уїтні та відповідні рівні

статистичної значущості за всіма досліджуваними показниками наведено в таблиці 3.3.

Таким чином, результати аналізу свідчать про відсутність виражених статевих відмінностей у психоемоційному стані соматично хворих військовослужбовців за більшістю показників, водночас виявляючи окремі тенденції, які мають клініко-психологічне значення та можуть бути враховані при індивідуальному психологічному супроводі в процесі реабілітації.

Таблиця 3.3

*Порівняння показників психоемоційного стану соматично хворих військовослужбовців залежно від статі*

Показник	Соматичні - жінки (n = 9), M ± SD	Соматичні - чоловіки (n = 42), M ± SD	U(mi n)	p	Значущість
Самопочуття	4,21±1,93	3,51±1,37	141,5	0,2455	p > 0,05
Активність	3,33±1,44	3,69±1,31	177	0,7763	p > 0,05
Настрій	4,62±1,8	4,18±1,42	153	0,3804	p > 0,05
САН (інтегральний)	4,13±1,66	3,79±1,26	151,5	0,3606	p > 0,05
Реактивна тривожність	55,56±9,59	54,88±14,92	182	0,8724	p > 0,05
Особистісна тривожність	53,89±7,25	51,81±11,79	157	0,4354	p > 0,05
Фізична агресія	46,67±20,62	60,24±19,33	119,5	0,0882	p > 0,05
Вербальна агресія	49,44±27,31	57,69±19,52	152,5	0,3737	p > 0,05

Показник	Соматичні - жінки (n = 9), M ± SD	Соматичні – чоловіки (n = 42), M ± SD	U(mi n)	p	Значущість
Непряма агресія	53±14,79	55,57±20,69	169,5	0,6387	p > 0,05
Негативізм	46,6±28,29	56,67±22,65	145,5	0,288	p > 0,05
Роздратування	53,56±26,06	50,48±24,99	178,5	0,8048	p > 0,05
Підозрілість	50±20,62	55,48±24,52	163	0,5286	p > 0,05
Образа	71±13,87	57,33±25,74	133,5	0,1741	p > 0,05
Почуття вини	73±17,69	75,88±17,67	173	0,7017	p > 0,05
Індекс агресивності	53±17,07	57,79±15,3	159	0,466	p > 0,05
Індекс ворожості	63±12,87	56,52±21,22	153	0,3804	p > 0,05
Екстраверсія	9,11±3,3	10,26±4,14	151,5	0,3606	p > 0,05
Нейротизм	14,44±3,54	13,21±5,76	157,5	0,4437	p > 0,05
Неправда	3,67±2,12	3,43±1,98	171,5	0,6744	p > 0,05
Стресостійкіс ть	37,22±5,5	34,02±5,32	126,5	0,1255	p > 0,05

### 3.2.3. Узагальнення результатів порівняльного аналізу

Порівняльний аналіз показників психоемоційного стану військовослужбовців залежно від причини лікування та статевої належності дозволив виявити низку статистично та психологічно значущих закономірностей, що мають як теоретичне, так і прикладне значення.

Насамперед, у групі чоловіків було встановлено істотні відмінності між військовослужбовцями з бойовими пораненнями та соматичними захворюваннями за рядом показників психоемоційного стану. Поранені військовослужбовці виявляли більш виражені ознаки психоемоційної напруги,

що проявлялося у зниженні суб'єктивного самопочуття та активності, підвищенні рівня реактивної тривожності, а також у більшій інтенсивності окремих форм агресивності та ворожості. Такі відмінності відображають специфіку психологічного реагування на бойову травму, поєднання фізичного болю з травматичним досвідом та тривалим перебуванням у ситуації загрози життю, що узгоджується з сучасними уявленнями про наслідки бойових ушкоджень для психоемоційного функціонування особистості.

Водночас показники індивідуально-типологічних характеристик (нейротизм, екстраверсія) демонстрували відносно меншу міжгрупову диференціацію, що свідчить про те, що виявлені відмінності зумовлені насамперед ситуаційними та стано-реактивними чинниками, а не глибинними особистісними властивостями.

Це підтверджує положення про провідну роль актуального клінічного та травматичного контексту у формуванні психоемоційного стану військовослужбовців у період лікування.

Аналіз статевих відмінностей у групі соматично хворих військовослужбовців не виявив статистично значущих розбіжностей, однак дозволив окреслити певні тенденції у структурі психоемоційного реагування, які проявлялися у різному розподілі показників тривожності та форм емоційного напруження у структурі психоемоційних реакцій чоловіків і жінок. Зокрема, у жінок спостерігалися вищі показники тривожності та більш виражена емоційна чутливість, тоді як у чоловіків частіше фіксувалися зовнішньо спрямовані форми напруження та агресивності. Виявлені закономірності відповідають даним психологічних досліджень щодо гендерно зумовлених відмінностей у способах емоційного реагування та подолання стресу, особливо в умовах соматичного неблагополуччя та госпіталізації [30; 34; 39].

Отримані результати загалом підтверджують висунуті гіпотези дослідження про те, що психоемоційний стан військовослужбовців у період стаціонарного лікування істотно залежить від причини лікування та має

специфічні гендерні особливості. Виявлені міжгрупові відмінності узгоджуються з теоретичними положеннями, викладеними у першому розділі роботи, щодо багаторівневої організації психічного функціонування та взаємодії стано-реактивних, особистісних і ресурсних компонентів у структурі адаптації [7; 22; 30].

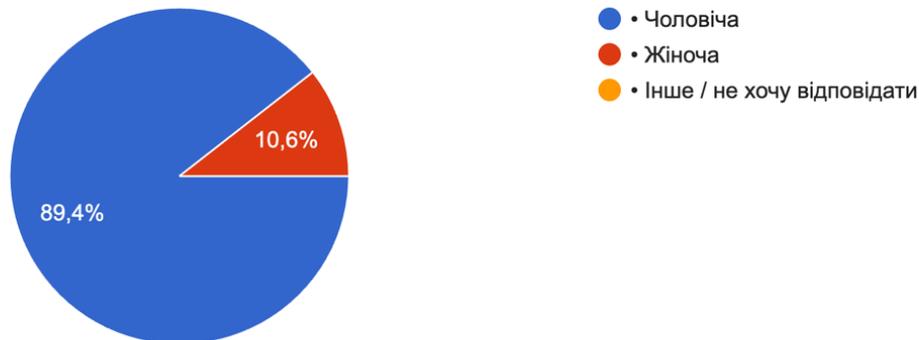
Таким чином, результати порівняльного аналізу не лише емпірично підтверджують обґрунтованість теоретичної моделі дослідження, але й створюють підґрунтя для подальшого аналізу внутрішніх взаємозв'язків між показниками психоемоційного стану, що буде реалізовано в наступному підрозділі, присвяченому кореляційному аналізу.

### **3.3. Аналіз фонових та стано-контекстних показників перебування військовослужбовців на лікуванні**

У межах третього розділу кваліфікаційної роботи, поряд з аналізом основних психодіагностичних показників психоемоційного стану військовослужбовців, доцільним є розгляд фонових та стано-контекстних параметрів, що характеризують умови їхнього перебування на стаціонарному лікуванні. До таких параметрів належать тривалість госпіталізації, суб'єктивне відчуття фізичного болю, наявність порушень сну, а також бойовий досвід, які, у сучасній літературі розглядаються як чинники, що можуть модифікувати психоемоційне функціонування особистості в умовах травми та лікування [7; 30]. На рис. 3.1 подано розподіл вибірки за статтю, що дозволяє окреслити загальні демографічні характеристики досліджуваного контингенту та обґрунтувати подальший аналіз статевих відмінностей.

Зазначені показники не розглядаються в даному дослідженні як основні залежні змінні та не підлягають окремій гіпотезній перевірці. Водночас вони виконують важливу пояснювальну функцію, створюючи контекст для інтерпретації результатів порівняльного та кореляційного аналізу. Саме тому аналіз фонових і стано-контекстних чинників логічно розміщено після

встановлення міжгрупових відмінностей і до узагальнюючого аналізу взаємозв'язків між психологічними змінними.



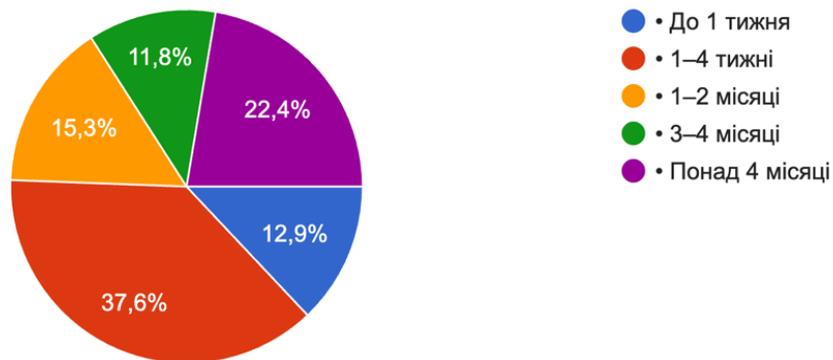
*Примітка: дані наведено за результатами анкетного опитування.*

Рис. 3.1. Структура вибірки військовослужбовців за статтю (N = 85)

Така послідовність викладу дозволяє, з одного боку, уникнути методологічних викривлень і необґрунтованих узагальнень, а з іншого - забезпечити клінічно орієнтовану, багатовимірну інтерпретацію психоемоційного стану військовослужбовців у період стаціонарного лікування [30].

### **3.3.1. Тривалість стаціонарного лікування як контекстний чинник**

Одним із важливих контекстних показників, що характеризує умови перебування військовослужбовців у стаціонарі, є тривалість лікування. Аналіз розподілу респондентів за цим параметром показав, що переважна більшість обстежених (66 осіб, що становить 77,6 % вибірки) перебували на стаціонарному лікуванні до чотирьох місяців, тоді як 19 військовослужбовців (22,4 %) проходили лікування понад чотири місяці. На рис. 3.2 наведено розподіл респондентів за тривалістю стаціонарного лікування, що дозволяє розглядати цей показник як важливий контекстний чинник психоемоційного функціонування.



*Примітка: оцінка здійснювалася за самозвітними даними*

Рис. 3.2. Тривалість стаціонарного лікування військовослужбовців

Такий розподіл свідчить про те, що вибірка включає як осіб, які перебувають на відносно ранніх або середніх етапах відновлення, так і військовослужбовців із затяжним перебігом лікування. З клініко-психологічної точки зору тривалість госпіталізації може виступати значущим фоновим чинником, що впливає на психоемоційний стан: подовження терміну лікування часто супроводжується накопиченням емоційного виснаження, зниженням мотивації до відновлення, посиленням тривожних очікувань та фрустраційних переживань, пов'язаних із невизначеністю подальшого функціонування і перспективи служби [30; 52].

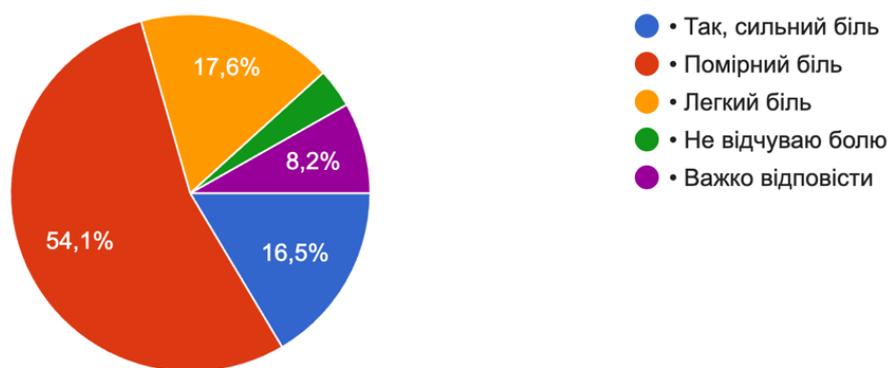
У дослідженнях, присвячених психологічним аспектам реабілітації військовослужбовців, підкреслюється, що тривале перебування в умовах лікувального закладу може підсилювати відчуття втрати контролю, соціальної ізоляції та знижувати суб'єктивне відчуття ефективності відновлення, що, у свою чергу, відбивається на рівні тривожності та емоційної стабільності [22].

Отримані дані дозволяють розглядати тривалість стаціонарного лікування не як окрему змінну для статистичного порівняння, а як важливий контекстуальний чинник, який необхідно враховувати при інтерпретації результатів психодіагностичного обстеження в цілому.

### 3.3.2. Суб'єктивне відчуття фізичного болю та порушення сну

Важливими стано-контекстними показниками, що безпосередньо пов'язані з психоемоційним функціонуванням військовослужбовців у період лікування, є суб'єктивне відчуття фізичного болю та якість сну. Згідно з сучасними уявленнями клінічної та військової психології, саме поєднання соматичних симптомів і порушень сну є одним із ключових чинників формування психоемоційної напруги в умовах травми та реабілітації [47; 50].

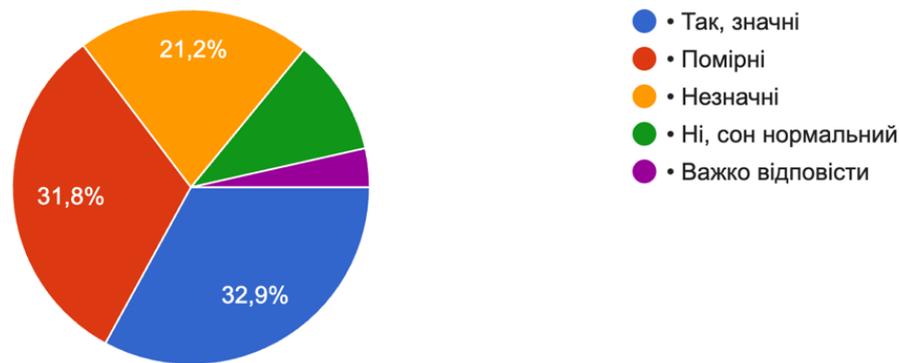
Аналіз самозвітних даних свідчить, що більшість респондентів відчувають фізичний біль різного ступеня інтенсивності. Зокрема, помірний біль зазначили 46 осіб, сильний біль - 14 осіб, легкий біль - 15 осіб. Лише незначна частина вибірки (3 особи) повідомила про відсутність болю, тоді як 7 респондентів утрималися від чіткої оцінки. Такий розподіл вказує на те, що фізичний біль є поширеним і клінічно значущим фоновим чинником для більшості обстежених військовослужбовців, незалежно від причини лікування [13; 47]. На рис. 3.3 представлено розподіл респондентів за рівнем суб'єктивно відчутного фізичного болю, що підтверджує його високу поширеність як фонового чинника психоемоційної напруги.



*Примітка: оцінка здійснювалася за самозвітними даними.*

Рис. 3.3. Інтенсивність суб'єктивного фізичного болю у військовослужбовців у період стаціонарного лікування

Не менш показовими є дані щодо порушень сну. Значні труднощі зі сном відзначили 28 осіб, помірні - 27 осіб, незначні - 18 осіб. Лише 9 респондентів оцінили свій сон як нормальний, тоді як 3 особи не змогли дати однозначну відповідь. Таким чином, понад дві третини вибірки стикаються з тими чи іншими формами порушення сну, що розглядається як один із важливих індикаторів зниження адаптаційних ресурсів у період лікування [50; 47]. Як видно з рис. 3.4, порушення сну різного ступеня вираженості характерні для більшості обстежених військовослужбовців, що має важливе значення для інтерпретації показників тривожності та емоційної стабільності.



*Примітка: дані наведено за результатами суб'єктивної оцінки якості сну і є відповіддю на запитання: Чи є у вас труднощі зі сном в останній тиждень?*

Рис. 3.4. Порушення сну у військовослужбовців у період стаціонарного лікування

У психологічному аспекті поєднання фізичного болю та порушень сну створює несприятливе тло для емоційної стабільності, знижує відновлювальні можливості організму та може посилювати прояви тривожності, дратівливості, агресивних реакцій і емоційного виснаження [13; 50; 47]. Саме тому зазначені показники розглядаються в даному дослідженні як важливі фонові змінні, що уточнюють та поглиблюють інтерпретацію результатів

психодіагностичного обстеження, проте не використовуються як самостійні об'єкти порівняльного статистичного аналізу.

### 3.3.3. Бойовий досвід як фоновий фактор

Важливим контекстуальним чинником, що впливає на психоемоційний стан військовослужбовців у період лікування, є наявність і тривалість бойового досвіду. За даними анкетного блоку, більшість респондентів мали досвід участі у бойових діях, проте його тривалість суттєво варіювала - від короткочасного перебування у зоні бойових дій до тривалого залучення протягом кількох місяців і більше року. Дані, представлені на рис. 3.5, ілюструють варіативність тривалості бойового досвіду як чинника кумулятивного психоемоційного навантаження.

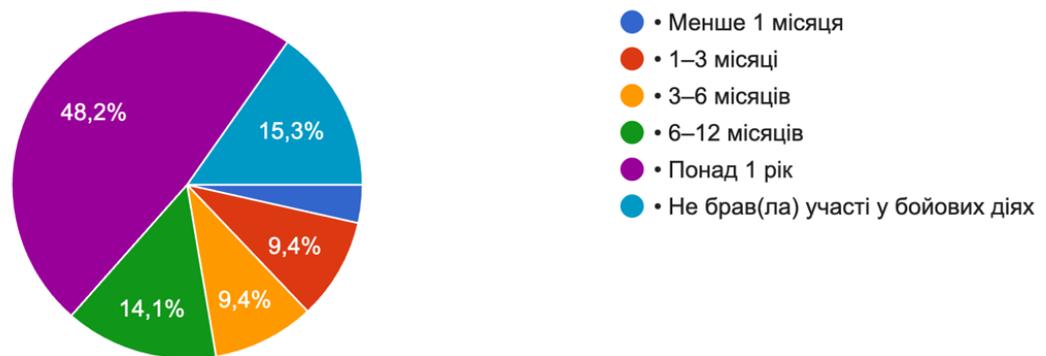


Рис. 3.5. Тривалість участі у бойових діях серед військовослужбовців із бойовим досвідом

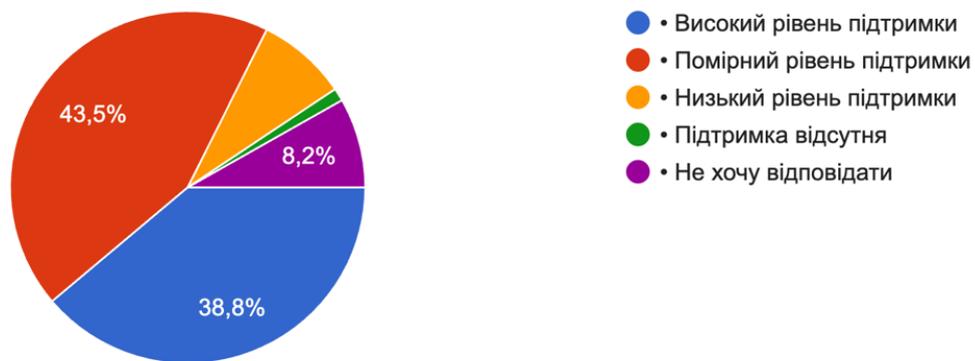
Отриманий розподіл свідчить про те, що вибірка є неоднорідною за інтенсивністю та тривалістю впливу бойових стресорів. У психологічному та клінічному контексті тривалість бойового досвіду розглядається як чинник кумулятивного навантаження, що може посилювати емоційне виснаження, формування тривожних очікувань, дратівливість та напруження, навіть за відсутності безпосередніх симптомів психотравматичних розладів [12; 34].

У межах даного дослідження бойовий досвід не використовувався як основна незалежна змінна для порівняльного статистичного аналізу, а

розглядався як фоновий фактор. Такий підхід дозволяє уникнути методичних викривлень і водночас враховувати потенційний вплив попереднього бойового навантаження при інтерпретації виявлених відмінностей у психоемоційному стані військовослужбовців.

### 3.3.4. Соціальна підтримка та досвід психологічної допомоги

Соціальна підтримка з боку сім'ї та побратимів є одним із ключових ресурсних чинників психологічної адаптації військовослужбовців у період лікування. Аналіз самозвітних даних свідчить, що рівень суб'єктивно сприйнятої підтримки у вибірці є неоднорідним: поряд із респондентами, які оцінюють підтримку як високу або помірну, присутні особи з низьким рівнем підтримки або її фактичною відсутністю. На рис. 3.6 подано розподіл респондентів за рівнем суб'єктивно сприйнятої соціальної підтримки, що дозволяє розглядати її як потенційний ресурс або обмежувальний чинник психологічної адаптації.



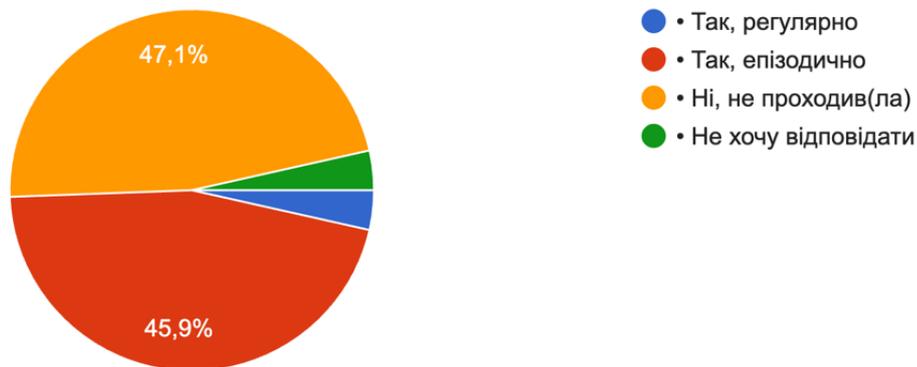
*Примітка: враховувалася підтримка з боку сім'ї та побратимів.*

Рис. 3.6. Рівень суб'єктивно сприйнятої соціальної підтримки у вибірці

Згідно з сучасними уявленнями військової та клінічної психології, знижена соціальна підтримка може виступати обмежувальним чинником адаптації, посилюючи відчуття ізоляваності, емоційної напруги та суб'єктивної вразливості у процесі відновлення [31; 52; 54]. Водночас високий

рівень підтримки розглядається як захисний ресурс, що сприяє стабілізації емоційного стану та зниженню дистресу.

Аналіз попереднього досвіду психологічної допомоги показав, що частина респондентів зверталася до психологічних консультацій раніше (регулярно або епізодично), тоді як значна частина не мала такого досвіду. Цей показник розглядається у дослідженні як фоновий, оскільки він може впливати на рівень усвідомлення власного психоемоційного стану, готовність до рефлексії та стиль реагування на психодіагностичні процедури, але не є предметом окремого статистичного аналізу. Дані, подані на рис. 3.7, відображають неоднорідність досвіду психологічної допомоги у вибірці, що може впливати на рівень усвідомлення власного психоемоційного стану та готовність до рефлексії.



*Примітка: враховано регулярні та епізодичні звернення до фахівців*

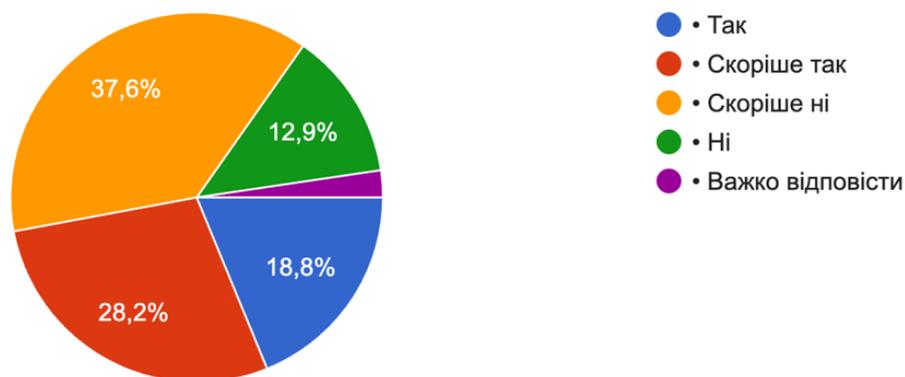
Рис. 3.7. Попередній досвід отримання психологічної допомоги у військовослужбовців.

### 3.3.5. Суб'єктивна оцінка стабільності емоційного стану

Суб'єктивна оцінка стабільності власного емоційного стану є важливим контекстним показником, що дозволяє співвіднести самосприйняття військовослужбовців із результатами об'єктивованої психодіагностики. Дані самозвітного блоку свідчать, що респонденти по-різному оцінюють свій

емоційний стан: від сприйняття його як стабільного або відносно стабільного до визнання наявності емоційної нестабільності чи труднощів з її оцінкою. На рис. 3.8 наведено результати суб'єктивної оцінки стабільності емоційного стану, що дозволяє зіставити самооцінку респондентів із даними стандартизованої психодіагностики.

У психологічному контексті така варіативність може відображати як реальні індивідуальні відмінності у рівні адаптації, так і особливості захисних механізмів, зокрема тенденцію до мінімізації або, навпаки, гіперболізації власних переживань може відображати індивідуальні відмінності в самооцінці та способах опису переживань. Важливо підкреслити, що суб'єктивна оцінка емоційної стабільності не завжди повністю збігається з показниками тривожності, агресивності чи стресостійкості, отриманими за стандартизованими методиками.



*Примітка:* - показник використовується з інтерпретаційною метою.

- дані наведено за результатами суб'єктивної оцінки респондентів відповіддю на запитання: *Чи вважаєте ви свій поточний емоційний стан стабільним?*

Рисунок 3.8. Суб'єктивна оцінка стабільності емоційного стану військовослужбовців

У психологічному контексті така варіативність може відображати як реальні індивідуальні відмінності у рівні адаптації, так і особливості захисних механізмів, зокрема тенденцію до мінімізації або, навпаки, гіперболізації власних переживань [51]. Важливо підкреслити, що суб'єктивна оцінка емоційної стабільності не завжди повністю збігається з показниками тривожності, агресивності чи стресостійкості, отриманими за стандартизованими методиками. Тому інтерпретація цього показника потребує співвіднесення з об'єктивованими психодіагностичними даними та клінічним контекстом перебування військовослужбовців на лікуванні.

У межах даного дослідження цей показник використовується з інтерпретаційною метою - для глибшого розуміння можливих розбіжностей між самооцінкою та вимірними психоемоційними характеристиками. Такий підхід дозволяє уникнути спрощених узагальнень і підкреслює багаторівневий характер психоемоційного функціонування військовослужбовців у період лікування [43].

### **3.4. Кореляційний аналіз взаємозв'язків психологічних показників**

#### **3.4.1. Кореляційна структура психоемоційного стану у поранених військовослужбовців**

З метою виявлення внутрішньої структури психоемоційного стану поранених військовослужбовців у період стаціонарного лікування було проведено кореляційний аналіз показників, отриманих за допомогою комплексу психодіагностичних методик. Аналіз спрямовувався на перевірку припущення про системний характер взаємозв'язків між стано-емоційними показниками, індивідуально-типологічними властивостями особистості та ресурсними характеристиками психологічної адаптації, що узгоджується з сучасними уявленнями військової та клінічної психології про багаторівневу організацію психоемоційного функціонування особистості в умовах бойової травми [7; 21; 22].

Кореляційний аналіз здійснювався з використанням коефіцієнта лінійної кореляції Пірсона, що дозволяє оцінити напрям і силу лінійних взаємозв'язків між інтервальними показниками. Застосування даного коефіцієнта є методично виправданим, оскільки попередній аналіз розподілу змінних не виявив критичних відхилень від нормальності, а використовувані психодіагностичні шкали відповідають вимогам параметричного статистичного аналізу [25; 24; 28]. Водночас, з урахуванням обмеженого обсягу вибірки, отримані результати інтерпретуються з обережністю, з акцентом на стійкі, статистично значущі та теоретично обґрунтовані кореляційні зв'язки.

Кореляційний аналіз проводився окремо для групи поранених військовослужбовців ( $n = 34$ ), що забезпечує методичну коректність інтерпретації результатів з урахуванням специфіки бойової травми, клінічного контексту лікування та впливу сукупного фізичного й психоемоційного навантаження. Узагальнені результати кореляційного аналізу подано у вигляді кореляційної матриці в таблиці 3.4.

У таблиці 3.4 подано кореляційну матрицю показників психоемоційного стану поранених військовослужбовців, яка відображає характер і силу взаємозв'язків між станом-емоційними, особистісними та ресурсними компонентами психологічного функціонування. Представлені дані свідчать про наявність системної кореляційної структури, в межах якої інтегральний показник психофізіологічного стану (САН) пов'язаний із рівнем тривожності, агресивно-ворожими проявами, стресостійкістю та нейротизмом, що створює підґрунтя для подальшої поглибленої інтерпретації виявлених взаємозв'язків.

**Кореляційна матриця показників психоемоційного стану у  
поранених військовослужбовців (n = 34)**

<b>Показники</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>
1. САН (інтегр.)	1									
2. Самопочуття	0,89 **	1								
3. Активність	0,81 **	0,74 **	1							
4. Настрій	0,86 **	0,79 **	0,70 **	1						
5. Реактивна тривожність	-0,70 **	-0,72 **	-0,50 **	-0,69 **	1					
6. Особистісна тривожність	-0,67 **	-0,68 **	-0,46 *	-0,67 **	0,76 **	1				
7. Індекс агресивності	-0,52 **	-0,49 **	-0,38 *	-0,45 **	0,58 **	0,61 **	1			
8. Індекс ворожості	-0,48 **	-0,46 **	-0,35 *	-0,44 **	0,62 **	0,59 **	0,74 **	1		
9. Стресостійкість	0,64 **	0,61 **	0,47 **	0,59 **	-0,66 **	0,63 **	-0,55 **	-0,53 **	1	
10. Нейротизм	-0,60 **	-0,58 **	-0,42 *	-0,57 **	0,71 **	0,73 **	0,49 **	0,52 **	-0,68 **	1

**Примітка:** \*  $p \leq 0,05$ ; \*\*  $p \leq 0,01$ .

### **3.4.1.1. Взаємозв'язки між показниками психоемоційного стану та тривожності**

З метою аналізу взаємозв'язків між актуальним психоемоційним станом та тривожними проявами у поранених військовослужбовців було проведено кореляційний аналіз між показниками методики САН (самопочуття,

активність, настрій, інтегральний показник) і рівнями реактивної та особистісної тривожності. Для оцінки сили та напрямку зв'язків застосовувався коефіцієнт лінійної кореляції Пірсона, що є методично виправданим з огляду на інтервальний характер показників і достатню чисельність підгрупи ( $n = 34$ ) [24; 28]. Кореляційний аналіз проводився окремо для групи поранених військовослужбовців з метою виявлення специфіки взаємодії психоемоційних і тривожних компонентів у контексті бойової травми та стаціонарного лікування. Узагальнені результати аналізу подано в таблиці 3.5.

таблиці 3.5

**Кореляційні зв'язки між показниками САН та тривожності у поранених військовослужбовців ( $n = 34$ )**

Кореляційний аналіз (поранені)	<b>r</b>	p	Значущість
Самопочуття↔Реактивна тривожність	<b>-0,72</b>	1,58649E-06	$p < 0,001$
Активність↔Реактивна тривожність	<b>-0,5</b>	0,0026	$0,001 \leq p < 0,01$
Настрій↔Реактивна тривожність	<b>-0,69</b>	6,33837E-06	$p < 0,001$
Інтегральний САН↔Реактивна тривожність	<b>-0,7</b>	4,06953E-06	$p < 0,001$
Самопочуття↔Особистісна тривожність	<b>-0,68</b>	9,70507E-06	$p < 0,001$
Активність↔Особистісна тривожність	<b>-0,46</b>	0,0062	$0,001 \leq p < 0,01$
Настрій↔Особистісна тривожність	<b>-0,67</b>	1,46235E-05	$p < 0,001$
Інтегральний САН↔Особистісна тривожність	<b>-0,67</b>	1,46235E-05	$p < 0,001$

Аналіз отриманих даних засвідчив наявність статистично значущих обернених зв'язків між усіма показниками методики САН та рівнями як реактивної, так і особистісної тривожності. Зокрема, встановлено сильний негативний зв'язок між самопочуттям і реактивною тривожністю ( $r = -0,72$ ;  $p < 0,001$ ), а також між настроєм і реактивною тривожністю ( $r = -0,69$ ;  $p < 0,001$ ). Інтегральний показник САН також тісно пов'язаний із реактивною тривожністю ( $r = -0,70$ ;  $p < 0,001$ ), що свідчить про системний характер взаємодії між актуальним психоемоційним станом і рівнем ситуаційної напруги.

Подібна закономірність простежується і щодо особистісної тривожності. Значущі обернені кореляції виявлено між самопочуттям і особистісною тривожністю ( $r = -0,68$ ;  $p < 0,001$ ), настроєм і особистісною тривожністю ( $r = -0,67$ ;  $p < 0,001$ ), а також між інтегральним показником САН і особистісною тривожністю ( $r = -0,67$ ;  $p < 0,001$ ). Показник активності також демонструє статистично значущі зв'язки з обома видами тривожності, проте меншої сили (з реактивною тривожністю:  $r = -0,50$ ;  $p = 0,002$ ; з особистісною тривожністю:  $r = -0,46$ ;  $p = 0,006$ ).

Отримані результати свідчать про те, що у поранених військовослужбовців підвищення рівня як реактивної, так і особистісної тривожності системно пов'язане зі зниженням суб'єктивної оцінки самопочуття, активності та настрою. Це підтверджує багатоконпонентний характер психоемоційного стану та провідну роль тривожності як чинника, що модифікує психофізіологічне функціонування в умовах бойової травми та стаціонарного лікування [7; 31; 53].

#### **3.4.1.2. Зв'язки показників САН з агресивністю та ворожістю**

Наступним етапом кореляційного аналізу стало дослідження взаємозв'язків між показниками поточного психофізіологічного стану за методикою САН та інтегральними показниками агресивності й ворожості у групі поранених військовослужбовців. Застосування такого аналізу є

методично обґрунтованим з огляду на уявлення про психоемоційний стан як регулятор поведінкових реакцій в умовах фізичної травми, тривалого стресу та стаціонарного лікування [21; 22]. Кореляційний аналіз проводився з використанням коефіцієнта лінійної кореляції Пірсона для інтервальних показників у підгрупі поранених військовослужбовців ( $n = 34$ ). Узагальнені результати аналізу подано в таблиці 3.6.

Таблиця 3.6

**Кореляційні зв'язки між показниками САН та індексами агресивності й ворожості у поранених військовослужбовців ( $n = 34$ )**

Кореляційний аналіз (поранені)	<b>r</b>	p	Значущість
Самопочуття↔Індекс агресивності	<b>-0,46</b>	0,0062	$0,001 \leq p < 0,01$
Активність↔Індекс агресивності	<b>-0,28</b>	0,1087	$p \geq 0,05$
Настрій↔Індекс агресивності	<b>-0,4</b>	0,019	$0,01 \leq p < 0,05$
Інтегральний САН↔Індекс агресивності	<b>-0,42</b>	0,0134	$0,01 \leq p < 0,05$
Самопочуття↔Індекс ворожості	<b>-0,46</b>	0,0062	$0,001 \leq p < 0,01$
Активність↔Індекс ворожості	<b>-0,25</b>	0,1539	$p \geq 0,05$
Настрій↔Індекс ворожості	<b>-0,55</b>	0,0008	$p < 0,001$
Інтегральний САН↔Індекс ворожості	<b>-0,46</b>	0,0062	$0,001 \leq p < 0,01$

Результати кореляційного аналізу засвідчили наявність статистично значущих обернених зв'язків між більшістю показників методики САН та інтегральними індексами агресивності й ворожості. Зокрема, зниження

суб'єктивної оцінки самопочуття супроводжується підвищенням як індексу агресивності ( $r = -0,46$ ;  $p < 0,01$ ), так і індексу ворожості ( $r = -0,46$ ;  $p < 0,01$ ). Аналогічні за напрямком зв'язки виявлено між інтегральним показником САН та індексами агресивності ( $r = -0,42$ ;  $p < 0,05$ ) і ворожості ( $r = -0,46$ ;  $p < 0,01$ ).

Найбільш виражений кореляційний зв'язок зафіксовано між показником настрою та індексом ворожості ( $r = -0,55$ ;  $p < 0,001$ ), що свідчить про тісний зв'язок між емоційним неблагополуччям і формуванням негативних установок, підозрливості та внутрішньої напруженості. Така закономірність узгоджується з уявленнями про ворожість як форму психологічного захисту та спосіб переробки хронічного стресу й фрустрації в умовах соматичного неблагополуччя та травматичного досвіду [22; 41].

Водночас показник активності не демонструє статистично значущих зв'язків ні з індексом агресивності, ні з індексом ворожості ( $p \geq 0,05$ ), що може свідчити про відносну автономність енергетичного компоненту психофізіологічного стану від агресивно-ворожих проявів у даній групі. Це дозволяє припустити, що агресивність і ворожість у поранених військовослужбовців більшою мірою пов'язані з емоційно-оцінними компонентами стану, ніж із рівнем загальної активності.

Кореляційні зв'язки між показниками САН та індексом агресивності загалом мають помірну силу, що вказує на менш прямий і більш опосередкований характер взаємодії між поточним психоемоційним станом та зовнішньо спрямованими агресивними проявами. Це може свідчити про вплив додаткових чинників, зокрема індивідуально-типологічних особливостей, попереднього бойового досвіду або рівня стресостійкості, які будуть проаналізовані у наступних підрозділах.

З позицій структурного підходу отримані результати свідчать про те, що психофізіологічний стан (САН) виконує регуляторну функцію у системі психоемоційного функціонування поранених військовослужбовців, впливаючи передусім на формування ворожих установок і внутрішньої емоційної напруженості, а в меншій мірі — на інтенсивність агресивних

реакцій. Це підтверджує положення гіпотези дослідження щодо взаємозв'язку між стано-емоційними та поведінковими компонентами психоемоційного реагування у період стаціонарного лікування [7; 21].

### 3.4.1.3. Роль стресостійкості у структурі психоемоційного стану

Аналіз кореляційних зв'язків між показниками стресостійкості та іншими компонентами психоемоційного стану поранених військовослужбовців (табл. 3.7) дозволяє уточнити місце цього показника у загальній структурі психологічного функціонування в умовах бойової травми та стаціонарного лікування.

Таблиця 3.7

#### Кореляційні зв'язки між показниками стресостійкості та компонентами психоемоційного стану у поранених військовослужбовців (n = 34)

Кореляційний аналіз (поранені)	r	p	Значущість
Стресостійкість↔самопочуття	<b>-0,49</b>	0,0033	$0,001 \leq p < 0,01$
Стресостійкість↔Активність	<b>-0,29</b>	0,0962	$p \geq 0,05$
Стресостійкість↔Настрій	<b>-0,64</b>	4,5843E-05	$p < 0,001$
Стресостійкість↔Інтегральний САН	<b>-0,52</b>	0,0016	$0,001 \leq p < 0,01$
Стресостійкість↔Реактивна тривожність	<b>0,53</b>	0,0013	$0,001 \leq p < 0,01$
Стресостійкість↔Особистісна тривожність	<b>0,57</b>	0,0004	$p < 0,001$
Стресостійкість↔Індекс ворожості	<b>0,68</b>	9,70507E-06	$p < 0,001$

Аналіз кореляційних зв'язків між показниками стресостійкості та іншими компонентами психоемоційного стану поранених військовослужбовців (табл. 3.7) дозволяє уточнити місце цього показника у загальній структурі психологічного функціонування в умовах бойової травми та стаціонарного лікування. У сучасних клініко-психологічних підходах стресостійкість розглядається як багатовимірна характеристика адаптаційних можливостей особистості, тісно пов'язана з тривожністю, емоційною регуляцією та реакціями на тривалий стрес [33].

Важливо зазначити, що у використаній методиці сумарний бал має інверсний характер: вищі значення відповідають нижчому рівню стресостійкості, тобто більшій психологічній вразливості до стресових впливів. З урахуванням цього отримані кореляційні зв'язки інтерпретуються як відображення взаємозв'язків між зниженою стресостійкістю та показниками психоемоційного стану.

Результати аналізу засвідчили наявність статистично значущих негативних кореляцій між сумарним балом стресостійкості та показниками самопочуття ( $r = -0,49$ ;  $p < 0,01$ ), настрою ( $r = -0,64$ ;  $p < 0,001$ ) та інтегральним показником САН ( $r = -0,52$ ;  $p < 0,01$ ). Це означає, що зниження стресостійкості асоціюється зі зниженням суб'єктивного фізичного комфорту, емоційного фону та загального психоемоційного благополуччя у поранених військовослужбовців, що відповідає уявленням про роль емоційного стану як чутливого індикатора адаптаційних порушень у клінічному контексті травми.

Щодо показників тривожності, встановлено статистично значущі позитивні кореляційні зв'язки між сумарним балом стресостійкості та реактивною тривожністю ( $r = 0,53$ ;  $p < 0,01$ ), а також особистісною тривожністю ( $r = 0,57$ ;  $p < 0,001$ ). Такі результати свідчать про те, що нижча стресостійкість супроводжується вищим рівнем як ситуативної, так і стійкої тривожності, що узгоджується з положеннями теорій стресу та емоційної регуляції, згідно з якими тривожність виступає маркером виснаження адаптаційних ресурсів.

Особливо вираженим є сильний позитивний кореляційний зв'язок між сумарним балом стресостійкості та індексом ворожості ( $r = 0,68$ ;  $p < 0,001$ ). Це вказує на те, що зростання психологічної вразливості до стресу супроводжується підвищенням внутрішньої напруженості, настороженості та негативних емоційних установок щодо оточення. У клініко-психологічному контексті ворожість і підозрілість розглядаються як емоційно-регуляторні реакції на тривалий стрес, фрустрацію та досвід загрози, характерні для осіб із бойовою травмою.

Таким чином, результати кореляційного аналізу свідчать про те, що стресостійкість (у її інверсному вимірі) займає важливе місце у структурі психоемоційного стану поранених військовослужбовців. Зниження стресостійкості пов'язане з погіршенням суб'єктивного самопочуття, емоційної стабільності, підвищенням тривожності та ворожих реакцій. Отримані дані підтверджують багатовимірний характер психоемоційного функціонування та необхідність комплексного клініко-психологічного підходу до оцінки стану військовослужбовців у період стаціонарного лікування [33; 52].

#### **3.4.1.4. Індивідуально-типологічні чинники у кореляційній структурі психоемоційного стану поранених військовослужбовців**

Аналіз кореляційних зв'язків індивідуально-типологічних характеристик з показниками психоемоційного стану дозволяє уточнити роль стійких особистісних чинників у формуванні психологічних реакцій на бойову травму та перебування в умовах стаціонарного лікування. У межах даного підрозділу розглянуто взаємозв'язки нейротизму та екстраверсії з показниками тривожності, поточного психоемоційного стану (САН), агресивності, ворожості та стресостійкості [32; 33]. Узагальнені результати кореляційного аналізу подано в таблиці 3.8.

Отримані результати свідчать про системну роль нейротизму як індивідуально-типологічного чинника емоційної вразливості у поранених військовослужбовців. Виявлено статистично значущі прямі кореляційні

зв'язки нейротизму з реактивною тривожністю ( $r = 0,34$ ;  $p < 0,05$ ) та особистісною тривожністю ( $r = 0,44$ ;  $p < 0,01$ ), що вказує на підвищену схильність осіб з високим рівнем нейротизму до інтенсивнішого переживання як актуальної ситуаційної напруги, так і стійких тривожних тенденцій у період лікування.

Таблиця 3.8

**Кореляційні зв'язки індивідуально-типологічних характеристик із показниками психоемоційного стану у поранених військовослужбовців  
(n = 34)**

Кореляційний аналіз (поранені)	r	p	Значущість
Нейротизм↔Реактивна тривожність	<b>0,34</b>	0,0491	$0,01 \leq p < 0,05$
Нейротизм↔Особистісна тривожність	<b>0,44</b>	0,0092	$0,001 \leq p < 0,01$
Нейротизм↔Самопочуття	<b>-0,4</b>	0,0191	$0,01 \leq p < 0,05$
Нейротизм↔Активність	<b>-0,26</b>	0,1375	$p \geq 0,05$
Нейротизм↔Настрій	<b>-0,52</b>	0,00161	$0,001 \leq p < 0,01$
Нейротизм↔Інтегральний САН	<b>-0,42</b>	0,0133	$0,01 \leq p < 0,05$
Нейротизм↔Індекс ворожості	<b>0,6</b>	0,0001	$p < 0,001$
Екстраверсія↔Самопочуття	<b>0,4</b>	0,0190	$0,01 \leq p < 0,05$
Екстраверсія↔Активність	<b>0,32</b>	0,0650	$p \geq 0,05$
Екстраверсія↔Настрій	<b>0,39</b>	0,0226	$0,01 \leq p < 0,05$
Екстраверсія↔Інтегрований САН	<b>0,4</b>	0,0191	$0,01 \leq p < 0,05$

Кореляційний аналіз (поранені)	r	p	Значущість
Екстраверсія↔Стресостійкість	<b>-0,041</b>	0,8179	$p \geq 0,05$
Екстраверсія↔Реактивна тривожність	<b>-0,29</b>	0,0962	$p \geq 0,05$
Екстраверсія↔Особистісна тривожність	<b>-0,36</b>	0,0365	$0,01 \leq p < 0,05$
Екстраверсія↔Індекс ворожості	<b>-0,029</b>	0,8707	$p \geq 0,05$
Екстраверсія↔індекс агресивності	<b>-0,041</b>	0,8179	$p \geq 0,05$

Одночасно зафіксовано статистично значущі обернені кореляційні зв'язки нейротизму з показниками психоемоційного стану за методикою САН, зокрема з самопочуттям ( $r = -0,40$ ;  $p < 0,05$ ), настроєм ( $r = -0,52$ ;  $p < 0,01$ ) та інтегральним показником САН ( $r = -0,42$ ;  $p < 0,05$ ). Це свідчить про те, що підвищений рівень нейротизму асоціюється зі зниженням суб'єктивного відчуття фізичного комфорту, емоційної стабільності та загального психоемоційного благополуччя в умовах травматичного досвіду. Зв'язок нейротизму з показником активності виявився статистично незначущим ( $r = -0,26$ ;  $p \geq 0,05$ ), що може вказувати на відносну автономність поведінкової активності від емоційної нестабільності у даній клінічній групі.

Особливо вираженим є прямий кореляційний зв'язок нейротизму з індексом ворожості ( $r = 0,60$ ;  $p < 0,001$ ), що дозволяє розглядати нейротизм як один із ключових особистісних чинників формування внутрішньої напруженості, підвищеної настороженості та негативних емоційних установок щодо оточення. У контексті бойової травми такі прояви можуть виконувати захисну функцію, спрямовану на психологічне самозбереження в умовах тривалого стресу та фізичного болю [21; 41].

Показники екстраверсії демонструють іншу, менш однорідну структуру кореляційних зв'язків. Виявлено статистично значущі позитивні кореляції екстраверсії з самопочуттям ( $r = 0,40$ ;  $p < 0,05$ ), настроєм ( $r = 0,39$ ;  $p < 0,05$ ) та інтегральним показником САН ( $r = 0,40$ ;  $p < 0,05$ ), що свідчить про асоціацію екстравертованої спрямованості з більш позитивною суб'єктивною оцінкою психоемоційного стану. Водночас зв'язок екстраверсії з активністю не досяг рівня статистичної значущості ( $r = 0,32$ ;  $p \geq 0,05$ ).

Щодо тривожності, екстраверсія не продемонструвала статистично значущого зв'язку з реактивною тривожністю ( $r = -0,29$ ;  $p \geq 0,05$ ), однак виявлено помірний обернений зв'язок з особистісною тривожністю ( $r = -0,36$ ;  $p < 0,05$ ), що може свідчити про нижчу схильність екстравертованих осіб до стійких тривожних установок. Зв'язки екстраверсії зі стресостійкістю, індексами ворожості та агресивності виявилися статистично незначущими, що вказує на опосередкований характер впливу цієї риси на поведінкові та ресурсні компоненти психоемоційного функціонування.

У цілому отримані результати підтверджують положення структурного підходу про диференційований внесок індивідуально-типологічних характеристик у психоемоційний стан поранених військовослужбовців. Нейротизм виступає системоутворюючим чинником емоційної напруги, тривожності та ворожості, тоді як екстраверсія пов'язана переважно з суб'єктивними аспектами емоційного благополуччя і не визначає безпосередньо рівень агресивності чи стресостійкості. Це узгоджується з логікою дослідження та створює підґрунтя для інтеграції особистісних і стано-реактивних компонентів у загальній моделі психоемоційного функціонування поранених військовослужбовців [33; 41; 58].

#### **3.4.1.5. Інтерпретація результатів з позицій структурного підходу**

Отримана кореляційна структура психоемоційного стану поранених військовослужбовців свідчить про багаторівневу організацію психологічного функціонування, що узгоджується зі структурним підходом до аналізу особистості. У межах цього підходу психоемоційний стан розглядається як

результат взаємодії стано-реактивних, регуляторних і відносно стабільних індивідуально-типологічних компонентів, чутливих до клінічного та травматичного контексту [32; 33].

Становий рівень, представлений показниками самопочуття, активності та настрою за методикою САН, виявляє тісні та системні зв'язки з показниками реактивної й особистісної тривожності. Обернені кореляції між показниками САН і тривожністю свідчать про те, що підвищення психоемоційної напруги супроводжується зниженням суб'єктивного відчуття фізичного та емоційного благополуччя. Це підтверджує положення про домінуючу роль актуального емоційного стану в період стаціонарного лікування та його високу чутливість до тривожних переживань у ситуації травми й невизначеності [7; 31; 53].

Регуляторний рівень психоемоційного реагування проявляється через взаємозв'язки між показниками агресивності, ворожості та іншими компонентами структури. Позитивні кореляції між індексом ворожості та тривожністю, а також негативні зв'язки з показниками САН вказують на те, що ворожість у поранених військовослужбовців виконує не лише поведінкову, а й внутрішньо-регуляторну функцію. У клінічному контексті вона може виступати формою психологічної реакції на тривалий стрес, фізичний біль і фрустрацію, що супроводжують процес лікування та реабілітації [21; 22; 41].

Особливе місце у структурі психоемоційного стану займає стресостійкість як ресурсний компонент адаптації. Виявлені негативні кореляції між стресостійкістю та показниками САН, а також позитивні зв'язки з тривожністю та ворожістю свідчать про складний і неоднозначний характер цього показника у клінічному контексті. У даній вибірці підвищена стресостійкість може відображати не лише адаптаційні ресурси, а й напружені компенсаторні механізми, що формуються в умовах тривалої мобілізації, бойового досвіду та необхідності психологічного самоконтролю. Подібна інтерпретація узгоджується з сучасними уявленнями про феномен

«мобілізаційної стійкості», характерний для військових контингентів у період лікування [33; 41].

Індивідуально-типологічний рівень, представлений нейротизмом та екстраверсією, виконує системоутворювальну функцію у загальній структурі психоемоційного стану. Нейротизм демонструє стабільні позитивні зв'язки з тривожністю та ворожістю і негативні - з показниками САН, що вказує на його роль як чинника підвищеної емоційної вразливості в умовах травматичного досвіду [32]. Екстраверсія, навпаки, асоціюється з кращим самопочуттям і настроєм, але не виявляє стійких зв'язків зі стресостійкістю та агресивністю, що дозволяє розглядати її не як безпосередній регулятор психоемоційного реагування, а як модератор суб'єктивного переживання станів у процесі адаптації [27; 32].

Загалом, отримана кореляційна структура підтверджує положення про те, що психоемоційний стан поранених військовослужбовців формується внаслідок складної взаємодії актуальних станів, регуляторних реакцій та відносно стабільних особистісних характеристик. Така багатовимірна організація психоемоційного функціонування зумовлює необхідність комплексного клініко-психологічного підходу до оцінки стану та планування психологічного супроводу в період стаціонарного лікування [21; 33; 41].

#### **Висновок до підрозділу 3.4.1**

Таким чином, кореляційний аналіз психоемоційного стану поранених військовослужбовців дозволив виявити цілісну, внутрішньо узгоджену структуру психологічного функціонування, що включає станові, регуляторні та індивідуально-типологічні компоненти. Отримані результати свідчать, що зниження суб'єктивного самопочуття, активності та настрою тісно пов'язане з підвищенням тривожності, ворожості та емоційної нестабільності.

Нейротизм у поранених військовослужбовців демонструє стійкі зв'язки з негативними психоемоційними проявами, тоді як показники екстраверсії пов'язані з окремими позитивними компонентами психоемоційного стану. Стресостійкість у клінічному контексті поранених військовослужбовців

характеризується складною системою кореляційних зв'язків з іншими показниками психоемоційного стану. Отримані результати свідчать, що даний показник не може інтерпретуватися однозначно як прямий індикатор суб'єктивного психоемоційного благополуччя, а відображає особливості психологічного функціонування в умовах травми та стаціонарного лікування.

Отримані дані підтверджують гіпотезу дослідження щодо структурної зумовленості психоемоційного стану військовослужбовців у період лікування та узгоджуються з сучасними уявленнями про багаторівневу організацію психоемоційного функціонування в умовах травматичного досвіду. Виявлені закономірності створюють підґрунтя для подальшого аналізу кореляційних зв'язків у групах соматично хворих військовослужбовців, а також для формулювання практичних рекомендацій у заключному розділі роботи [33].

#### **3.4.2. Кореляційна структура психоемоційного стану у соматично хворих військовослужбовців-чоловіків**

З метою поглибленого аналізу психологічних механізмів функціонування військовослужбовців із соматичними захворюваннями було проведено кореляційний аналіз показників психоемоційного стану в цій підгрупі. На відміну від поранених, для соматично хворих військовослужбовців характерною є інша клінічна ситуація - відсутність безпосередньої бойової травми при наявності тривалих соматичних порушень, хронічного болю, функціональних обмежень та пролонгованої госпіталізації, що зумовлює специфіку психоемоційного реагування.

Кореляційний аналіз здійснювався з використанням коефіцієнта лінійної кореляції Пірсона та охоплював показники станового рівня (самопочуття, активність, настрій, інтегральний показник САН), тривожності (реактивної та особистісної), агресивності й ворожості, стресостійкості, а також індивідуально-типологічні характеристики (нейротизм, екстраверсія). Такий підхід відповідає структурній логіці дослідження й дозволяє розглядати психоемоційний стан як багаторівневу систему взаємопов'язаних компонентів [30].

Узагальнені результати кореляційного аналізу подано в таблиці 3.9, яка відображає характер і спрямованість взаємозв'язків між основними психоемоційними показниками у групі соматично хворих військовослужбовців-чоловіків.

таблиця 3.9

**Кореляційна матриця показників психоемоційного стану у  
соматично хворих військовослужбовців (чоловіки) (n=42)**

Показники	1	2	3	4	5	6	7	8
1.САН (інт.)	1,00							
2.Реактивна тривожність	<b>-0,72*</b> **	1,00						
3.Особистісна тривожність	<b>-0,73*</b> **	<b>0,78*</b>	1,00					
4.Індекс агресивності	-0,17	0,19	0,22	1,00				
5.Індекс ворожості	-0,30	0,31	<b>0,34**</b> *	<b>0,61*</b>	1,00			
6.Стресостійкість	<b>-0,46*</b> *	<b>0,58*</b>	<b>0,48**</b>	0,18	0,27	1,00		
7.Нейротизм	<b>-0,48*</b>	<b>0,37*</b>	<b>0,37*</b>	0,29	<b>0,43*</b>	<b>0,41*</b>	1,00	
8.Екстраверсія	0,24	-0,28	-0,26	0,27	-0,17	0,11	-0,21	1,00

**Примітки до таблиці:**

- наведено коефіцієнти кореляції Пірсона (r);
- **жирним** позначено статистично значущі кореляції;
- \*\*\* -  $p < 0,001$
- \*\* -  $0,001 \leq p < 0,01$
- \* -  $0,01 \leq p < 0,05$

Подана кореляційна матриця дозволяє окреслити загальну конфігурацію зв'язків між стано-емоційними, регуляторними та особистісними змінними без детального аналізу окремих кореляцій.

З метою уникнення повторів і перевантаження тексту, інтерпретація отриманих кореляційних зв'язків здійснюватиметься поетапно у наступних підпунктах розділу 3.4.

#### **3.4.2.1. Взаємозв'язки між показниками психоемоційного стану та тривожності у соматично хворих чоловіків**

Кореляційний аналіз у групі соматично хворих військовослужбовців-чоловіків був спрямований на дослідження взаємозв'язків між показниками поточного психоемоційного функціонування (самопочуття, активність, настроїв та інтегральний показник САН) і рівнями реактивної та особистісної тривожності (табл. 3.10). Такий підхід відповідає сучасним уявленням клінічної та військової психології про провідну роль тривожності у регуляції психоемоційного стану в умовах соматичного захворювання та стаціонарного лікування [30].

Результати кореляційного аналізу засвідчили наявність статистично значущих зворотних зв'язків між усіма показниками методики САН та рівнем реактивної тривожності у групі соматично хворих військовослужбовців-чоловіків. Зокрема, встановлено сильний негативний зв'язок між самопочуттям і реактивною тривожністю ( $r = -0,68$ ;  $p < 0,001$ ), між активністю та реактивною тривожністю ( $r = -0,60$ ;  $p < 0,001$ ), між настроєм і реактивною тривожністю ( $r = -0,71$ ;  $p < 0,001$ ), а також між інтегральним показником САН і реактивною тривожністю ( $r = -0,72$ ;  $p < 0,001$ ). Отримані результати свідчать про те, що зниження суб'єктивно переживаного психофізіологічного та емоційного тону тісно пов'язане зі зростанням актуальної психоемоційної напруги в умовах соматичного захворювання та стаціонарного лікування, що узгоджується з сучасними клініко-психологічними уявленнями про роль тривожності в структурі психосоматичної адаптації [30].

**Кореляційні зв'язки між показниками САН та тривожності у соматично хворих військовослужбовців (чоловіки) (n=42)**

Кореляційний аналіз (соматичні захворювання)	r	p	Значущість
Самопочуття↔Реактивна тривожність	-0,68	5,3849E-06	p < 0,001
Активність↔Реактивна тривожність	-0,6	0,0001	p < 0,001
Настрій↔Реактивна тривожність	-0,71	1,234E-06	p < 0,001
Інтегральний САН↔Реактивна тривожність	-0,72	7,2229E-07	p < 0,001
Самопочуття↔Особистісна тривожність	-0,67	8,4557E-06	p < 0,001
Активність↔Особистісна тривожність	-0,67	8,4557E-06	p < 0,001
Настрій↔Особистісна тривожність	-0,68	5,3849E-06	p < 0,001
Інтегральний САН↔Особистісна тривожність	-0,73	4,1232E-07	p < 0,001

Результати кореляційного аналізу засвідчили наявність статистично значущих зворотних зв'язків між усіма показниками методики САН та рівнем реактивної тривожності у групі соматично хворих військовослужбовців-чоловіків. Зокрема, встановлено сильний негативний зв'язок між самопочуттям і реактивною тривожністю ( $r = -0,68$ ;  $p < 0,001$ ), між активністю та реактивною тривожністю ( $r = -0,60$ ;  $p < 0,001$ ), між настроєм і реактивною тривожністю ( $r = -0,71$ ;  $p < 0,001$ ), а також між інтегральним показником САН і реактивною тривожністю ( $r = -0,72$ ;  $p < 0,001$ ). Отримані результати свідчать про те, що зниження суб'єктивно переживаного психофізіологічного та

емоційного тону тісно пов'язане зі зростанням актуальної психоемоційної напруги в умовах соматичного захворювання та стаціонарного лікування, що узгоджується з сучасними клініко-психологічними уявленнями про роль тривожності в структурі психосоматичної адаптації [30].

Аналогічні закономірності виявлено і щодо особистісної тривожності. Зафіксовано статистично значущі зворотні кореляції між самопочуттям та особистісною тривожністю ( $r = -0,67$ ;  $p < 0,001$ ), активністю та особистісною тривожністю ( $r = -0,67$ ;  $p < 0,001$ ), настроєм та особистісною тривожністю ( $r = -0,68$ ;  $p < 0,001$ ), а також між інтегральним показником САН і особистісною тривожністю ( $r = -0,73$ ;  $p < 0,001$ ). Це вказує на тісний взаємозв'язок між суб'єктивним рівнем психоемоційного функціонування та стійкою схильністю до тривожного реагування, що відповідає клініко-психологічним моделям хронічного стресу та психосоматичної регуляції [32].

Отже, у групі соматично хворих військовослужбовців-чоловіків показники психоемоційного стану та тривожності формують єдину, внутрішньо узгоджену кореляційну структуру, у межах якої зниження самопочуття, активності й настрою асоціюється з підвищенням як ситуативної, так і особистісної тривожності. Це підтверджує доцільність розгляду тривожності як одного з провідних психологічних чинників, що опосередковують переживання соматичного захворювання та процес адаптації до умов стаціонарного лікування.

#### **3.4.2.2. Зв'язки показників САН з агресивністю та ворожістю**

На наступному етапі кореляційного аналізу було досліджено взаємозв'язки між показниками поточного психоемоційного стану за методикою САН та поведінково-регуляторними характеристиками, відображеними інтегральними індексами агресивності й ворожості, у групі соматично хворих військовослужбовців чоловічої статі. Такий аналіз дозволяє оцінити, наскільки зниження або збереженість суб'єктивного самопочуття, активності та настрою пов'язані з агресивно-ворожими тенденціями в умовах лікування. Результати кореляційного аналізу наведено в таблиці 3.11.

Таблиця 3.11

**Кореляційні зв'язки між показниками САН та індексами агресивності й ворожості у соматично хворих військовослужбовців (чоловіки) (n=42)**

Кореляційний аналіз (соматичні захворювання)	r	p	Значущість
Самопочуття↔Індекс агресивності	-0,16	0,36468567	$p \geq 0,05$
Активність↔Індекс агресивності	-0,06	0,73561771	$p \geq 0,05$
Настрій↔Індекс агресивності	-0,254	0,14523469	$p \geq 0,05$
Інтегральний САН↔Індекс агресивності	-0,17	0,33499408	$p \geq 0,05$
Самопочуття↔Індекс ворожості	-0,22	0,20939785	$p \geq 0,05$
Активність↔Індекс ворожості	-0,28	0,10679232	$p \geq 0,05$
Настрій↔Індекс ворожості	-0,34	0,04745524	$0,01 \leq p < 0,05$
Інтегральний САН↔Індекс ворожості	-0,3	0,08284029	$p \geq 0,05$

Як видно з таблиці 3.14, у групі соматично хворих чоловіків більшість зв'язків між показниками САН та індексом агресивності не досягають рівня статистичної значущості ( $p \geq 0,05$ ). Це свідчить про відносну автономність агресивних проявів від поточного психоемоційного стану в умовах соматичного лікування.

Водночас було виявлено один статистично значущий негативний кореляційний зв'язок між настроєм та індексом ворожості ( $r = -0,34$ ;  $p < 0,05$ ),

що вказує на тенденцію до зростання ворожих установок на тлі зниження емоційного фону. Решта зв'язків між компонентами САН та індексом ворожості мають негативний напрям, однак не досягають рівня статистичної значущості.

Отримані результати свідчать, що у соматично хворих військовослужбовців агресивність і ворожість у цілому не є прямою функцією актуального психоемоційного стану, а можуть опосередковуватися іншими чинниками - зокрема, особистісними характеристиками, рівнем тривожності та ресурсами адаптації, що узгоджується з положеннями сучасних клініко-психологічних моделей.

#### **3.4.2.3. Роль стресостійкості у структурі психоемоційного стану соматично хворих військовослужбовців**

У межах кореляційного аналізу було досліджено роль стресостійкості у структурі психоемоційного стану соматично хворих військовослужбовців. Згідно з логікою застосованої методики, показник стресостійкості відображає не лише збереження психологічної рівноваги, але й інтенсивність адаптаційної мобілізації та напруженість психоемоційного реагування в умовах тривалого соматичного захворювання та стаціонарного лікування [33; 51].

Результати кореляційного аналізу (табл. 3.12) засвідчили наявність статистично значущих обернених зв'язків між показником стресостійкості та складовими психоемоційного стану за методикою САН. Зокрема, виявлено негативні кореляції між стресостійкістю та самопочуттям ( $r = -0,48$ ;  $p < 0,01$ ), активністю ( $r = -0,35$ ;  $p < 0,05$ ), настроєм ( $r = -0,43$ ;  $p < 0,05$ ), а також інтегральним показником САН ( $r = -0,46$ ;  $p < 0,01$ ). Це свідчить про те, що вищі значення показника стресостійкості асоціюються з гіршою суб'єктивною оцінкою психофізіологічного та емоційного стану, що відображає напружений характер адаптації у соматично хворих військовослужбовців.

Таблиця 3.12

**Кореляційні зв'язки стресостійкості з показниками психоемоційного стану у соматично хворих військовослужбовців (n = 42)**

Кореляційний аналіз (соматичні захворювання)	r	p	Значущість
Стресостійкість↔самопочуття	-0,48	0,0035	$0,001 \leq p < 0,01$
Стресостійкість↔Активність	-0,35	0,0408	$0,01 \leq p < 0,05$
Стресостійкість↔Настрій	-0,43	0,0102	$0,01 \leq p < 0,05$
Стресостійкість↔Інтегральний САН	-0,46	0,0055	$0,001 \leq p < 0,01$
Стресостійкість↔Реактивна тривожність	0,58	0,00024	$p < 0,001$
Стресостійкість↔Особистісна тривожність	0,48	0,0035	$0,001 \leq p < 0,01$
Стресостійкість↔Індекс ворожості	0,27	0,1205	$p \geq 0,05$

Водночас встановлено статистично значущі прямі кореляційні зв'язки між показником стресостійкості та рівнями тривожності: реактивної ( $r = 0,58$ ;  $p < 0,001$ ) та особистісної ( $r = 0,48$ ;  $p < 0,01$ ). Така спрямованість зв'язків вказує на те, що активізація адаптаційних механізмів супроводжується підвищенням внутрішньої напруги та тривожного реагування, а не їх зниженням. У клінічному контексті соматичного захворювання це може відображати мобілізований, але емоційно затратний стиль подолання, за якого психологічна стабільність досягається ціною зростання напруження [51].

Зв'язок між показником стресостійкості та індексом ворожості у даній групі не досяг рівня статистичної значущості ( $r = 0,27$ ;  $p \geq 0,05$ ), що дозволяє розглядати ворожі установки як менш залучені до регуляції психоемоційного

стану соматично хворих військовослужбовців порівняно з тривожними та стано-емоційними компонентами.

Таким чином, у структурі психоемоційного стану соматично хворих військовослужбовців показник стресостійкості відображає інтенсивність і напруженість адаптаційних процесів, а не ресурсну стабільність у класичному розумінні. Отримані результати підкреслюють необхідність обережної інтерпретації цього показника з урахуванням клінічного контексту соматичного неблагополуччя та стаціонарного лікування [33].

#### **3.4.2.4. Індивідуально-типологічні чинники у кореляційній структурі психоемоційного стану соматично хворих військовослужбовців**

У межах кореляційного аналізу окрему увагу було приділено ролі індивідуально-типологічних характеристик особистості - нейротизму та екстраверсії - у формуванні психоемоційного стану соматично хворих військовослужбовців. Зазначені показники розглядаються як відносно стійкий рівень психічної організації, що модулює інтенсивність емоційних реакцій, спосіб переживання стресових чинників і специфіку адаптації в умовах тривалого лікування та соматичного навантаження [32].

Результати кореляційного аналізу взаємозв'язків між індивідуально-типологічними характеристиками та основними показниками психоемоційного стану наведено в таблиці 3.13.

Аналіз отриманих даних свідчить, що нейротизм посідає центральне місце у кореляційній структурі психоемоційного стану соматично хворих військовослужбовців. Виявлено статистично значущі прямі кореляційні зв'язки нейротизму з реактивною тривожністю ( $r = 0,37$ ;  $p < 0,05$ ) та особистісною тривожністю ( $r = 0,37$ ;  $p < 0,05$ ), що вказує на підвищену схильність осіб із високим рівнем нейротизму до інтенсивнішого тривожного реагування в умовах соматичного захворювання та госпіталізації.

**Кореляційні зв'язки індивідуально-типологічних характеристик з показниками психоемоційного стану у соматично хворих військовослужбовців (n = 42)**

Кореляційний аналіз (соматичні захворювання)	r	p	Значущість
Нейротизм↔Реактивна тривожність	0,37	0,0298	$0,01 \leq p < 0,05$
Нейротизм↔Особистісна тривожність	0,37	0,0298	$0,01 \leq p < 0,05$
Нейротизм↔Самопочуття	-0,42	0,0124	$0,01 \leq p < 0,05$
Нейротизм↔Активність	-0,41	0,0149	$0,01 \leq p < 0,05$
Нейротизм↔Настрій	-0,51	0,0017	$0,001 \leq p < 0,01$
Нейротизм↔Інтегральний САН	-0,48	0,0035	$0,001 \leq p < 0,01$
Нейротизм↔Індекс ворожості	0,43	0,0102	$0,01 \leq p < 0,05$
Екстраверсія↔Самопочуття	0,15	0,3958	$p \geq 0,05$
Екстраверсія↔Активність	0,25	0,1519	$p \geq 0,05$
Екстраверсія↔Настрій	0,26	0,1355	$p \geq 0,05$
Екстраверсія↔Інтегрований САН	0,24	0,1696	$p \geq 0,05$
Екстраверсія↔Стресостійкість	0,11	0,5348	$p \geq 0,05$
Екстраверсія↔Реактивна тривожність	-0,28	0,1067	$p \geq 0,05$
Екстраверсія↔Особистісна тривожність	-0,26	0,1355	$p \geq 0,05$
Екстраверсія↔Індекс ворожості	-0,17	0,3349	$p \geq 0,05$
Екстраверсія↔індекс агресивності	0,27	0,1205	$p \geq 0,05$

Аналіз отриманих даних свідчить, що нейротизм посідає центральне місце у кореляційній структурі психоемоційного стану соматично хворих військовослужбовців. Виявлено статистично значущі прямі кореляційні зв'язки нейротизму з реактивною тривожністю ( $r = 0,37$ ;  $p < 0,05$ ) та

особистісною тривожністю ( $r = 0,37$ ;  $p < 0,05$ ), що вказує на підвищену схильність осіб із високим рівнем нейротизму до інтенсивнішого тривожного реагування в умовах соматичного захворювання та госпіталізації.

Одночасно встановлено статистично значущі обернені кореляції нейротизму з показниками психоемоційного стану за методикою САН: самопочуттям ( $r = -0,42$ ;  $p < 0,05$ ), активністю ( $r = -0,41$ ;  $p < 0,05$ ), настроєм ( $r = -0,51$ ;  $p < 0,01$ ) та інтегральним показником САН ( $r = -0,48$ ;  $p < 0,01$ ). Отримані результати свідчать про те, що підвищений нейротизм асоціюється зі зниженням суб'єктивного психофізіологічного комфорту, емоційного фону та загального відчуття благополуччя, що узгоджується з клініко-психологічними уявленнями про нейротизм як чинник емоційної вразливості та дезадаптації [32].

Крім того, виявлено статистично значущий прямий зв'язок нейротизму з індексом ворожості ( $r = 0,43$ ;  $p < 0,05$ ), що може відображати тенденцію до формування підвищеної настороженості, недовіри та негативних установок щодо оточення в умовах хронічного соматичного стресу. Подібні прояви розглядаються в клінічній психології як емоційно-захисні реакції, що супроводжують тривале переживання захворювання та обмеження функціонування [22].

На відміну від нейротизму, екстраверсія не продемонструвала статистично значущих кореляцій із показниками психоемоційного стану, тривожності, агресивності, ворожості чи стресостійкості ( $p \geq 0,05$ ). Відсутність значущих зв'язків свідчить про її другорядну роль у формуванні актуального психоемоційного стану соматично хворих військовослужбовців у клінічному контексті, де провідного значення набувають рівень емоційної стабільності, тривожного напруження та адаптаційних ресурсів, а не комунікативна чи поведінкова спрямованість особистості.

Таким чином, індивідуально-типологічна структура психоемоційного стану соматично хворих військовослужбовців характеризується домінуванням нейротизму як системоутворюючого особистісного чинника, що пов'язаний із

підвищенням тривожності, ворожості та зниженням суб'єктивного благополуччя, тоді як екстраверсія не відіграє суттєвої ролі у регуляції психоемоційного функціонування в умовах соматичного захворювання.

### **Інтерпретація результатів кореляційного аналізу з позицій структурного підходу**

Отримані результати кореляційного аналізу психоемоційного стану соматично хворих військовослужбовців дозволяють інтерпретувати виявлені взаємозв'язки з позицій структурного підходу до особистості, відповідно до якого психічне функціонування розглядається як цілісна система взаємопов'язаних рівнів — від відносно стійких індивідуально-типологічних властивостей до ситуативних емоційних станів і поведінкових проявів.

У структурі кореляційних зв'язків психоемоційного стану соматично хворих військовослужбовців тривожність демонструє найбільш виражені та статистично значущі обернені асоціації з усіма компонентами САН. Це вказує на тісний взаємозв'язок як реактивної, так і особистісної тривожності з показниками самопочуття, активності та настрою у період стаціонарного лікування. У межах кореляційного аналізу тривожність у даній групі може розглядатися як ключовий компонент психоемоційного стану, тісно пов'язаний із суб'єктивною оцінкою власного функціонування.

Важливе місце у структурі психоемоційного стану соматично хворих військовослужбовців посідає стресостійкість, яка демонструє системні зв'язки як зі стано-емоційними показниками (САН), так і з тривожністю. Виявлені обернені кореляції зі складниками САН та прямі зв'язки з показниками тривожності свідчать про те, що в умовах тривалого соматичного захворювання стресостійкість відображає не лише рівень адаптаційних ресурсів, а й напруженість адаптаційних процесів. У даному клінічному контексті підвищення показників стресостійкості може бути пов'язане з мобілізаційним характером психічного функціонування, що супроводжується зростанням внутрішньої напруги та суб'єктивним зниженням благополуччя.

Індивідуально-типологічні характеристики, зокрема нейротизм, органічно вбудовані у загальну структуру психоемоційного стану. Виявлені прямі зв'язки нейротизму з тривожністю та ворожістю, а також обернені — з показниками САН, дозволяють розглядати його як стабільний особистісний чинник, що підвищує чутливість до соматичних і психоемоційних навантажень. З позицій структурного підходу нейротизм формує фон, на якому розгортаються емоційні та адаптаційні процеси, посилюючи негативні переживання в умовах хвороби та лікування.

Водночас екстраверсія не виявила значущої включеності у кореляційну структуру психоемоційного стану соматично хворих військовослужбовців. Відсутність статистично значущих зв'язків з основними психологічними змінними свідчить про те, що комунікативна спрямованість особистості в даних умовах не виконує провідної регуляторної функції, поступаючись за значущістю емоційній стабільності та ресурсам адаптації.

#### **Висновки до розділу 3.4.2**

Результати кореляційного аналізу психоемоційного стану соматично хворих військовослужбовців дозволяють зробити такі узагальнені висновки:

1. Структура психоемоційного стану у соматично хворих військовослужбовців має виразно інтегрований характер, у межах якого ключову роль відіграють тривожність, стресостійкість та нейротизм.

2. Як реактивна, так і особистісна тривожність у соматично хворих військовослужбовців демонструють виражені та статистично значущі обернені асоціації з показниками самопочуття, активності та настрою, що відображає високий рівень емоційної напруги в умовах стаціонарного лікування.

3. Стресостійкість у соматично хворих військовослужбовців тісно пов'язана з показниками психоемоційного стану та відображає особливості адаптації до умов захворювання й стаціонарного лікування в ситуації тривалого соматичного навантаження.

4. Нейротизм у соматично хворих військовослужбовців тісно пов'язаний з показниками тривожності та ворожості, а також із нижчими оцінками суб'єктивного емоційного благополуччя.

5. У межах проведеного дослідження екстраверсія не виявляє статистично значущих зв'язків із основними показниками психоемоційного стану соматично хворих військовослужбовців.

Загалом отримані результати підтверджують положення структурного підходу щодо багаторівневої організації психоемоційного стану та узгоджуються з гіпотезою дослідження про визначальну роль тривожності, адаптаційних ресурсів і особистісної емоційної стабільності у психологічному функціонуванні військовослужбовців у період лікування.

### **3.4.3. Кореляційна структура психоемоційного стану у соматично хворих військовослужбовців-чоловіків: порівняння з групою поранених**

Порівняльний аналіз кореляційної структури психоемоційного стану у соматично хворих військовослужбовців-чоловіків у зіставленні з групою поранених дозволяє виявити як спільні закономірності психологічного реагування в умовах стаціонарного лікування, так і принципові відмінності, зумовлені характером ушкодження та клінічним контекстом перебування.

Спільною рисою обох груп є провідна роль тривожності як системоутворювального компонента психоемоційного стану. Як у поранених, так і у соматично хворих військовослужбовців зафіксовано тісні негативні зв'язки між показниками САН та як реактивною, так і особистісною тривожністю. Це свідчить про те, що незалежно від причини лікування зростання тривожності супроводжується погіршенням суб'єктивного самопочуття, зниженням активності та емоційного фону. Водночас у групі соматично хворих ці зв'язки мають більш виражений та однорідний характер, що вказує на більшу інтегрованість тривожності у загальну структуру психоемоційного стану.

Принциповою відмінністю між групами є роль агресивно-ворожих проявів. У поранених військовослужбовців агресивність і ворожість

демонструють численні та статистично значущі зв'язки з показниками САН, тривожністю та стресостійкістю, формуючи важливий регуляторний рівень психоемоційного реагування. Натомість у соматично хворих чоловіків агресивність практично не інтегрована в кореляційну структуру: більшість зв'язків між індексом агресивності та показниками САН або тривожності є статистично незначущими. Це свідчить про те, що у цій групі агресивні прояви не виступають провідним способом психологічної регуляції напруги, а психоемоційні труднощі мають більш внутрішньо спрямований характер.

Стресостійкість у соматично хворих військовослужбовців, як і у поранених, займає важливе місце у структурі психоемоційного стану, однак її функціональна роль має специфічний характер. Виявлені обернені зв'язки зі складниками САН та прямі кореляції з тривожністю свідчать про те, що цей показник відображає не лише рівень адаптаційних ресурсів, а й напруженість адаптаційно-мобілізаційних процесів у клінічних умовах. Таким чином, стресостійкість у цій групі доцільно розглядати як індикатор мобілізаційного типу психологічної адаптації, а не як однозначний показник суб'єктивного благополуччя.

Аналіз індивідуально-типологічних чинників також виявляє відмінності між групами. У соматично хворих військовослужбовців нейротизм демонструє стабільні зв'язки з тривожністю, показниками САН та ворожістю, що свідчить про його роль як особистісного підґрунтя підвищеної емоційної вразливості. Водночас екстраверсія у цій групі не включена у значущі кореляційні взаємозв'язки з основними показниками психоемоційного стану, що вказує на її обмежене значення у процесах психологічної адаптації в умовах соматичного лікування. У групі поранених, навпаки, екстраверсія частково включається у регуляторні взаємозв'язки, що може відображати роль соціальної взаємодії та зовнішньої активності як механізмів психологічної компенсації.

Таким чином, порівняння кореляційних структур показує, що у поранених військовослужбовців психоемоційний стан має більш складну,

багаторівневу організацію з активним залученням поведінкових та регуляторних компонентів, тоді як у соматично хворих чоловіків структура є більш «внутрішньо орієнтованою», з домінуванням тривожності, нейротизму та ресурсних чинників. Отримані результати підтверджують доцільність диференційованого підходу до психологічної інтерпретації та подальшого психопрофілактичного супроводу військовослужбовців залежно від причини лікування та характеру психоемоційного реагування, що повністю узгоджується з теоретичними положеннями структурного підходу, викладеними у першому розділі роботи.

Отримані результати кореляційного аналізу дозволяють виокремити специфічні механізми психологічної адаптації, характерні саме для соматично хворих військовослужбовців-чоловіків. На відміну від групи поранених, у цій підгрупі провідну роль у структурі психоемоційного стану відіграють показники тривожності та нейротизму, які демонструють системні й тісні зв'язки з усіма компонентами САН. Це свідчить про те, що зниження самопочуття, активності та настрою в умовах соматичного захворювання значною мірою опосередковується внутрішніми емоційно-особистісними чинниками, а не лише реакціями на травматичний досвід або гострі стресові події.

Водночас слабка або статистично незначуща пов'язаність показників САН з індексами агресивності та ворожості вказує на те, що у соматично хворих військовослужбовців поведінкові форми напруження меншою мірою включені в адаптаційний процес. Адаптація в цій групі має переважно інтернальний характер і реалізується через переживання тривоги, емоційної нестабільності та зниження фонові життєвої активності, а не через зовнішні форми емоційного реагування.

Роль стресостійкості у цій групі також має свою специфіку: її значущі зв'язки з показниками САН і тривожності вказують на те, що адаптаційний потенціал функціонує насамперед як фактор регуляції внутрішнього емоційного стану, відображаючи напружений характер психологічної

мобілізації в умовах соматичного захворювання. При цьому відсутність стійких зв'язків стресостійкості з агресивністю та ворожістю додатково свідчить про те, що механізми психологічного пристосування у соматично хворих військовослужбовців меншою мірою залучають поведінковий рівень і більшою — емоційно-особистісний.

Таким чином, специфіка адаптаційних механізмів у соматично хворих військовослужбовців-чоловіків полягає у домінуванні внутрішніх регуляторних процесів, високій ролі тривожності та нейротизму і відносно слабкому включенні агресивно-ворожих реакцій. Це відрізняє їх від поранених військовослужбовців і підтверджує доцільність диференційованого підходу до психологічної оцінки та підтримки залежно від причини лікування, що узгоджується з гіпотезою дослідження та теоретичними положеннями структурного підходу, викладеними в Розділі 1.

#### **3.4.4. Узагальнення результатів кореляційного аналізу**

Проведений кореляційний аналіз дозволив виявити стійку систему взаємозв'язків між основними компонентами психоемоційного стану військовослужбовців, що перебувають на стаціонарному лікуванні, та окреслити ключові системоутворювальні чинники цієї структури. Отримані результати підтверджують доцільність застосування структурного підходу до аналізу психоемоційного функціонування та узгоджуються з теоретичними положеннями, викладеними у першому розділі роботи [69].

Центральне місце у кореляційній структурі як у поранених, так і у соматично хворих військовослужбовців посідають показники тривожності (реактивної та особистісної). Саме вони демонструють найбільш тісні й системні зв'язки з усіма компонентами САН, що дозволяє розглядати тривожність як провідний регулятор поточного психоемоційного стану в умовах лікування. Зниження самопочуття, активності та настрою тісно пов'язане з підвищенням рівня тривожного реагування, що відповідає сучасним уявленням про роль тривожності в умовах соматичного та травматичного стресу [31; 53].

Другим системоутворювальним компонентом виступає стресостійкість, яка в обох групах демонструє значущі зв'язки з показниками САН і тривожності. Виявлений характер кореляцій свідчить про її регуляторну функцію: зниження ресурсів стресостійкості супроводжується погіршенням психоемоційного стану та посиленням тривожності. Це підтверджує положення про стресостійкість як важливий регуляторний та ресурсно-мобілізаційний показник адаптації військовослужбовців у клінічних і кризових умовах [33; 59].

Важливим елементом структури психоемоційного стану є нейротизм як індивідуально-типологічна характеристика. Його стабільні позитивні зв'язки з тривожністю та негативні зв'язки з показниками САН дозволяють розглядати нейротизм як фоновий чинник, що підвищує емоційну вразливість і знижує адаптаційний потенціал особистості в умовах лікування [32]. Натомість екстраверсія не формує стійких системоутворювальних зв'язків, що свідчить про її другорядну роль у структурі психоемоційного стану досліджуваного контингенту.

Показники агресивності та ворожості включаються в кореляційну структуру вибірково та мають різне функціональне значення залежно від причини лікування. У поранених військовослужбовців вони частіше пов'язані з емоційною напругою та ресурсами адаптації, тоді як у соматично хворих ці зв'язки є слабшими або фрагментарними. Це дозволяє розглядати агресивно-ворожі прояви не як універсальний, а як ситуаційно зумовлений компонент психоемоційного реагування [22].

Таким чином, ключовими системоутворювальними елементами кореляційної структури психоемоційного стану виступають тривожність, стресостійкість та нейротизм, які формують взаємопов'язану регуляторну систему, що визначає характер емоційного функціонування військовослужбовців у період лікування. Отримані результати підтверджують гіпотезу дослідження щодо багаторівневої організації психоемоційного стану та підкреслюють необхідність диференційованого психологічного супроводу

залежно від причини лікування й індивідуально-особистісних ресурсів адаптації.

Одержані результати кореляційного аналізу загалом підтверджують та уточнюють висунуту гіпотезу дослідження щодо структурної зумовленості психоемоційного стану військовослужбовців у період стаціонарного лікування.

Зокрема, встановлені систематичні та статистично значущі взаємозв'язки між показниками психоемоційного стану (САН), рівнями реактивної й особистісної тривожності, агресивністю/ворожістю, нейротизмом і стресостійкістю свідчать про не випадковий, а інтегрований характер психічного реагування в умовах травми або соматичного захворювання. Це узгоджується з положеннями про багаторівневу організацію психічного функціонування особистості, де стано-емоційні, особистісні та ресурсні компоненти перебувають у тісній взаємодії [12; 51].

Водночас результати дозволяють уточнити гіпотезу, показавши, що характер і сила кореляційних зв'язків відрізняються залежно від причини лікування. У групі поранених військовослужбовців психоемоційний стан виявляється більш тісно пов'язаним із показниками ворожості, нейротизму та стресостійкості, що відображає вплив бойової травми й високої інтенсивності стресу. У соматично хворих чоловіків провідну роль відіграють тривожні прояви та ресурсні характеристики, тоді як агресивні компоненти мають менш виражену інтеграцію у загальну структуру психоемоційного стану.

Таким чином, гіпотеза дослідження підтверджується частково і з уточненнями: психоемоційний стан військовослужбовців у період лікування справді має системний характер, однак його структурна організація та провідні механізми адаптації змінюються залежно від типу травматичного чи соматичного досвіду. Отримані результати поглиблюють теоретичні положення, викладені в Розділі 1, та створюють підґрунтя для формулювання практичних рекомендацій у межах медико-психологічного супроводу військовослужбовців.

Узагальнюючи результати кореляційного аналізу, доцільно інтерпретувати виявлені взаємозв'язки з позицій структурно-системного підходу до особистості, відповідно до якого психоемоційний стан розглядається як результат взаємодії динамічних станових показників, відносно стійких особистісних характеристик та ресурсних механізмів адаптації.

Отримані емпіричні дані свідчать, що психоемоційне функціонування військовослужбовців у період стаціонарного лікування має багаторівневий характер і не зводиться до ізольованих симптомів або окремих психологічних показників. Показники самопочуття, активності та настрою відображають актуальний стан психофізіологічної та емоційної регуляції, який є найбільш чутливим до поточних умов лікування, фізичного болю та госпіталізаційного стресу. Їх системні зв'язки з реактивною тривожністю підтверджують залежність цього рівня від ситуативних і контекстуальних чинників.

Водночас особистісна тривожність, нейротизм, а також показники агресивності та ворожості репрезентують відносно стійкі індивідуально-психологічні характеристики, що визначають загальний стиль емоційного реагування та спосіб переробки стресового досвіду. Їх кореляційні зв'язки з показниками психоемоційного стану свідчать про те, що саме ці властивості опосередковують інтенсивність і тривалість емоційних порушень у тривалих та хронічно напружених умовах лікування.

Особливе місце в структурі психоемоційного функціонування займає стресостійкість, яка виступає інтегративним адаптаційно-регуляторним показником і поєднує індивідуальні особливості регуляції, набутий досвід подолання труднощів та здатність до збереження психологічної рівноваги в умовах тривалого стресу. Виявлені системоутворювальні зв'язки стресостійкості з емоційними станами, тривожністю та ворожістю підтверджують її ключову роль у процесах психологічної адаптації військовослужбовців.

Таким чином, результати кореляційного аналізу підтверджують доцільність системного підходу до аналізу психоемоційного стану, згідно з яким станові, особистісні та ресурсні компоненти утворюють єдину функціональну систему. Отримані взаємозв'язки демонструють, що психоемоційні порушення та адаптаційні ресурси перебувають у тісній взаємодії, що забезпечує концептуальну узгодженість емпіричних результатів із теоретичними положеннями, викладеними в попередніх розділах роботи.

### **3.5. Узагальнення результатів емпіричного дослідження**

#### **3.5.1. Комплексна інтерпретація результатів порівняльного та кореляційного аналізу**

Результати емпіричного дослідження, отримані за допомогою порівняльного та кореляційного аналізу, дозволяють здійснити цілісну інтерпретацію психоемоційного стану військовослужбовців у період стаціонарного лікування з урахуванням причини лікування, статевої належності та структурних взаємозв'язків між психологічними змінними.

Порівняльний аналіз, виконаний із застосуванням t-критерію Стьюдента та U-критерію Манна — Уїтні, засвідчив наявність статистично значущих відмінностей між окремими групами військовослужбовців за низкою показників психоемоційного стану. Зокрема, виявлені відмінності між пораненими та соматично хворими чоловіками підтверджують роль характеру травматичного впливу та клінічного контексту як чинників, що модифікують рівень тривожності, окремі компоненти психоемоційного стану та особливості адаптації. Водночас використання непараметричного критерію Манна - Уїтні для аналізу статевих відмінностей у групі соматично хворих дозволило уникнути методологічних викривлень і забезпечити коректність висновків за умов нерівної чисельності підгруп [28; 49].

Кореляційний аналіз, проведений окремо для поранених та соматично хворих військовослужбовців-чоловіків, доповнив результати порівняльного

аналізу, розкривши внутрішню структуру психоемоційного стану в кожній групі. Виявлені системоутворювальні зв'язки між показниками САН, тривожністю, агресивністю, ворожістю, нейротизмом і стресостійкістю свідчать про те, що психоемоційний стан не є сумою окремих симптомів, а функціонує як ієрархічно організована система, чутлива до як ситуаційних, так і особистісних чинників [31; 39].

Особливо важливим є те, що результати порівняльного аналізу (міжгрупові відмінності) та результати кореляційного аналізу (внутрішні взаємозв'язки) не суперечать, а взаємно доповнюють одне одного. Так, групові відмінності за рівнем тривожності та показниками САН отримують пояснення через специфіку кореляційних структур: у поранених військовослужбовців домінує більш напружена, емоційно насичена структура, тоді як у соматично хворих чоловіків більш виразними є адаптаційні та регуляторні механізми, пов'язані з особистісними характеристиками [36; 58]. Водночас виявлені кореляційні зв'язки не мають причинно-наслідкового характеру, а відображають статистичні асоціації між психологічними показниками в межах досліджуваної вибірки, що зумовлює їх інтерпретацію в дослідницькому контексті.

Таким чином, комплексне використання параметричних і непараметричних критеріїв порівняння разом із кореляційним аналізом забезпечило багаторівневе дослідження психоемоційного стану військовослужбовців та створило надійне емпіричне підґрунтя для узагальнення результатів у контексті висунутої гіпотези та теоретичних положень, викладених у вступі й першому розділі роботи.

### **3.5.2. Взаємодія станів, особистісних і ресурсних чинників**

Отримані в ході емпіричного дослідження результати свідчать про тісну взаємодію між поточними психоемоційними станами, особистісними характеристиками та ресурсними чинниками адаптації військовослужбовців у період стаціонарного лікування. Аналіз цих взаємозв'язків дозволяє розглядати психоемоційний стан не як ізольований набір показників, а як

цілісну динамічну систему, у межах якої стано-ситуативні, індивідуально-типологічні та ресурсні компоненти перебувають у постійній взаємодії [31; 39].

Стано-ситуативні показники, представлені шкалами самопочуття, активності, настрою та тривожності, відіграють ключову роль у відображенні актуального психологічного функціонування військовослужбовців. Результати кореляційного аналізу засвідчили, що зниження показників САН тісно пов'язане з підвищенням як реактивної, так і особистісної тривожності, що свідчить про взаємне підсилення негативних емоційних станів в умовах лікування. Така взаємодія є особливо вираженою в групі поранених військовослужбовців, де фізична травма, біль і наслідки бойового досвіду створюють додаткове психоемоційне навантаження [34; 47].

Особистісні чинники, насамперед нейротизм і екстраверсія, виконують функцію внутрішніх регуляторів психоемоційного реагування. Високі значення нейротизму асоціюються з підвищеною тривожністю, зниженими показниками емоційного благополуччя та більш вираженою ворожістю, що вказує на зниження ефективності саморегуляції в умовах стресу. Водночас екстраверсія виявляє менш стабільні та менш універсальні зв'язки з показниками психоемоційного стану, що дозволяє розглядати її радше як модулюючий, а не визначальний чинник адаптації в клінічному контексті [27; 32].

Показник стресостійкості за застосованою методикою виявив статистично значущі зв'язки з компонентами САН та тривожністю. За напрямом кореляцій він співвідноситься зі зниженням показників САН та підвищенням тривожності (а в окремих групах - і з ворожістю), що може відображати або особливості кодування шкали (інверсність), або напружений, мобілізаційний характер адаптації в умовах тривалого лікування. Відтак у межах цього дослідження показник доцільно інтерпретувати як адаптаційно-регуляторний, без ототожнення з суб'єктивним благополуччям [51; 56].

Таким чином, результати дослідження свідчать, що психоемоційний стан військовослужбовців формується внаслідок складної взаємодії станівих і ситуативно зумовлених проявів, відносно стабільних особистісних характеристик та ресурсних можливостей особистості. Така багаторівнева організація психоемоційного функціонування відповідає сучасним структурно-системним уявленням про особистість, згідно з якими психічні стани, індивідуальні риси та адаптаційні ресурси перебувають у взаємозалежному та динамічному зв'язку, спільно визначаючи характер психологічного реагування в умовах тривалого стресу та лікування.

Отже, інтеграція результатів порівняльного та кореляційного аналізу дозволяє зробити висновок, що адаптаційні механізми військовослужбовців у період стаціонарного лікування визначаються не окремими чинниками, а їх системною взаємодією, що має принципове значення для розуміння психологічних наслідків поранень і соматичних захворювань та для розроблення цілеспрямованих психокорекційних заходів.

### **Висновки до розділу 3**

У ході емпіричного дослідження було комплексно проаналізовано психоемоційний стан військовослужбовців у період стаціонарного лікування з урахуванням причини лікування, статевої належності, індивідуально-типологічних характеристик та ресурсних чинників адаптації.

На рівні описової статистики встановлено, що психоемоційний стан вибірки загалом характеризується помірно зниженими показниками самопочуття, активності та настрою, підвищеним рівнем реактивної та особистісної тривожності, а також значною варіативністю проявів агресивності, ворожості та стресостійкості. Високі значення стандартних відхилень за більшістю шкал свідчать про це свідчить про психологічну неоднорідність вибірки за досліджуваними показниками, що є типовим для військовослужбовців у ситуації травми та госпіталізації [16; 47].

Порівняльний аналіз показав, що **причина лікування є статистично значущим чинником диференціації психоемоційного стану**. У чоловіків із бойовими пораненнями виявлено більш виражені порушення за низкою показників психоемоційного функціонування порівняно з соматично хворими військовослужбовцями, що виявлено за результатами t-критерію Стюдента. Отримані дані узгоджуються з положеннями військової та клінічної психології щодо підвищеного психоемоційного навантаження в осіб із поєднанням бойової травми та фізичних ушкоджень [34; 47].

Аналіз статевих відмінностей у групі соматично хворих військовослужбовців із використанням U-критерію Манна — Уїтні виявив окремі статистично значущі розбіжності за показниками психоемоційного стану, що дозволяє розглядати стать як **додатковий модифікуючий фактор** психологічного реагування, не зводячи його до провідної пояснювальної змінної [43; 49].

Кореляційний аналіз дозволив розкрити **структурні взаємозв'язки між станом-емоційними показниками, тривожністю, агресивністю, індивідуально-типологічними характеристиками та стресостійкістю**. У поранених військовослужбовців психоемоційний стан має більш напружену та інтегровану структуру, у якій тривожність, нейротизм і ворожість виступають системоутворювальними чинниками, тоді як показник стресостійкості виявляє статистично значущі зв'язки з тривожністю та компонентами САН, що дозволяє розглядати його як **ресурсно-регуляторну** характеристику психоемоційного функціонування. З огляду на спрямованість частини кореляційних зв'язків, інтерпретація цього показника потребує врахування **кодування шкали** та можливого **мобілізаційного характеру** адаптаційних процесів у клінічних умовах. У соматично хворих чоловіків кореляційна структура є більш диференційованою, з домінуванням зв'язків між показниками САН і тривожністю та меншою залученістю агресивних компонентів [32; 39].

Аналіз фонових і стано-контекстних показників (тривалість лікування, фізичний біль, порушення сну, бойовий досвід, соціальна підтримка, досвід психологічної допомоги та суб'єктивна оцінка емоційної стабільності) показав, що ці чинники формують **значуще контекстуальне тло психоемоційного стану**, посилюючи або пом'якшуючи прояви психологічної напруги, однак не виступають самостійними об'єктами порівняльного статистичного аналізу [50; 52].

Загалом отримані емпіричні результати свідчать про **багаторівневу, структурно організовану природу психоемоційного стану військовослужбовців у період стаціонарного лікування**, що підтверджує доцільність поєднання порівняльного та кореляційного підходів і створює підґрунтя для інтеграції результатів у межах обраної теоретичної моделі особистості.

### **Значення отриманих результатів для теорії та практики військової психології**

Отримані в ході емпіричного дослідження результати мають суттєве теоретичне та прикладне значення для розвитку сучасної військової психології. З теоретичної точки зору вони поглиблюють уявлення про психоемоційний стан військовослужбовців у період стаціонарного лікування як складне багаторівневе утворення, що формується у взаємодії станів, особистісних і ресурсних компонентів. Виявлені стійкі взаємозв'язки між показниками психофізіологічного функціонування (САН), тривожності, агресивності, індивідуально-типологічних характеристик і стресостійкості підтверджують системний характер психоемоційного реагування, за якого актуальні стани не можуть бути адекватно інтерпретовані без урахування відносно стабільних особистісних властивостей і адаптаційних ресурсів особистості [31; 39].

Диференційований аналіз груп поранених і соматично хворих військовослужбовців дозволив уточнити роль клінічного контексту в формуванні психоемоційних реакцій. Зокрема, встановлено, що у поранених

військовослужбовців адаптаційні процеси більшою мірою опосередковуються взаємодією стресостійкості, ворожості та нейротизму, тоді як у соматично хворих чоловіків провідну роль відіграє тісний зв'язок тривожності з показниками самопочуття, активності та настрою. Це розширює теоретичні уявлення про специфіку адаптації в умовах різної етіології лікування та підтверджує необхідність контекстуалізованого підходу до аналізу психоемоційного стану військовослужбовців [32; 34].

Практичне значення результатів полягає у можливості їх використання в роботі військових психологів, лікарів-психологів та медико-психологічних комісій. Виявлені системоутворювальні зв'язки дозволяють більш обґрунтовано оцінювати психологічний стан військовослужбовців у період лікування, виділяти групи підвищеного психологічного ризику та визначати напрями пріоритетного психологічного супроводу. Зокрема, поєднання високої реактивної тривожності та підвищеної ворожості у поєднанні зі специфічними значеннями показника стресостійкості може розглядатися як **сигнальний профіль підвищеного ризику ускладненої адаптації**, що потребує пріоритетної уваги під час психологічного скринінгу та планування супроводу [8; 56].

Крім того, результати дослідження можуть бути використані при розробці програм психологічної реабілітації та відновлення військовослужбовців, з урахуванням як стану-емоційних показників, так і особистісно-ресурсних характеристик. Це відповідає сучасним вимогам до комплексного медико-психологічного супроводу у військовій сфері та сприяє підвищенню ефективності реабілітаційних заходів у післятравматичний і лікувальний періоди [8; 36].

Завершуючи аналіз результатів емпіричного дослідження, слід зазначити, що отримані в третьому розділі дані логічно узагальнюють і конкретизують теоретичні положення, викладені у першому розділі, а також методологічні підходи, обґрунтовані у другому розділі роботи. Виявлені міжгрупові відмінності, кореляційні зв'язки та особливості структурної

організації психоемоційного стану військовослужбовців дозволяють перейти від аналізу окремих показників до цілісного розуміння психологічних механізмів адаптації в умовах стаціонарного лікування.

Таким чином, результати розділу 3 створюють необхідне емпіричне підґрунтя для формулювання загальних висновків кваліфікаційної роботи, у яких буде узагальнено основні наукові положення дослідження, оцінено ступінь підтвердження висунутої гіпотези, а також окреслено теоретичну й практичну значущість отриманих результатів для військової та медико-психологічної практики.

## ЗАГАЛЬНІ ВИСНОВКИ

Актуальність обраної теми зумовлена необхідністю поглибленого психологічного аналізу психоемоційного стану військовослужбовців у період стаціонарного лікування в умовах сучасних воєнних викликів. Поєднання бойових травм, соматичних захворювань, тривалого перебування у лікувальних закладах і невизначеності подальшої служби формує складний комплекс психологічних чинників, що по-різному залучають емоційні, особистісні та ресурсні механізми психоемоційного функціонування особистості й потребують науково обґрунтованого аналізу з позицій військової та медичної психології.

У першому розділі роботи здійснено теоретичне узагальнення сучасних наукових підходів до аналізу психоемоційного стану особистості як складного системного утворення, що формується у взаємодії емоційних станів, індивідуально-типологічних властивостей і адаптаційно-ресурсних механізмів. Проаналізовано наукові уявлення щодо тривожності, агресивності, індивідуально-типологічних характеристик та стресостійкості як ключових компонентів психоемоційного функціонування військовослужбовців в умовах тривалого стресу та лікування. Теоретичне підґрунтя дослідження сформовано на основі структурно-системного підходу до особистості, що дозволило розглядати психоемоційний стан як багаторівневу динамічну систему, у межах якої взаємопов'язані станоситуативні прояви, відносно стійкі особистісні характеристики та регуляторно-ресурсні чинники.

У другому розділі обґрунтовано методологічну стратегію емпіричного дослідження, сформульовано гіпотези та визначено логіку переходу від теоретичних положень до їх емпіричної перевірки. Використаний комплекс психодіагностичних методик дав змогу охопити різні рівні психоемоційного функціонування, а застосування параметричних і непараметричних методів

статистичного аналізу забезпечило коректність статистичної перевірки отриманих результатів.

На основі проведеного емпіричного дослідження та відповідно до поставлених у вступі завдань сформульовано такі висновки:

1. **Виявлено**, що психоемоційний стан військовослужбовців у період стаціонарного лікування характеризується вираженою індивідуальною варіативністю, яка проявляється у показниках самопочуття, активності, настрою, рівнях тривожності, а також у показниках агресивності, ворожості й стресостійкості. Це свідчить про клінічну та психологічну неоднорідність вибірки й підтверджує доцільність диференційованого підходу до її аналізу.
2. **Отримано дані**, що у чоловіків із бойовими пораненнями та у військовослужбовців із соматичними захворюваннями наявні статистично значущі відмінності за низкою показників психоемоційного стану, що узгоджується з роллю причини лікування як фактора, пов'язаного з особливостями емоційного реагування та перебігу адаптаційних процесів.
3. **Показано**, що у групі соматично хворих військовослужбовців виявляються окремі статеві відмінності у психоемоційному функціонуванні, що обґрунтовує необхідність урахування статевого чинника під час психологічної оцінки та планування психокорекційної роботи, без надання йому провідного пояснювального значення.
4. **Аналіз показав**, що кореляційна структура психоемоційного стану має системний характер і відрізняється залежно від причини лікування. У поранених військовослужбовців психоемоційний стан характеризується більш тісними асоціаціями між показниками тривожності, агресивності, зокрема ворожості, та нейротизму, тоді як у соматично хворих чоловіків провідну роль відіграють зв'язки між тривожністю та загальним емоційним фоном.

5. **Встановлено**, що показник стресостійкості посідає важливе місце в структурі ресурсних характеристик психоемоційної адаптації в обох групах, однак при цьому характер його взаємозв'язків з іншими показниками відрізняється залежно від клінічного контексту. Отримані результати дозволяють розглядати стресостійкість не лише як показник наявності адаптаційних ресурсів, а й як індикатор напруженого або мобілізаційного характеру адаптаційних процесів у період лікування.
6. **З'ясовано**, що індивідуально-типологічні властивості, зокрема нейротизм пов'язаний із вищими рівнями тривожності та ворожості й зниженням суб'єктивного емоційного благополуччя, тоді як екстраверсія відіграє менш виражену роль у регуляції психоемоційного стану в умовах стаціонарного лікування.
7. **Підтверджено**, що психоемоційний стан військовослужбовців у період стаціонарного лікування є багатокомпонентним утворенням, у якому взаємодіють стано-динамічні, особистісні та ресурсні чинники, а характер цих взаємозв'язків відрізняється між групами залежно від причини лікування та індивідуальних особливостей.

Узагальнюючи результати дослідження, можна зробити висновок, що психоемоційний стан військовослужбовців у період лікування доцільно розглядати як цілісну багаторівневу систему психоемоційного функціонування, чутливу як до клінічного контексту перебування у стаціонарі, так і до індивідуально-психологічних ресурсів особистості. Такий підхід підкреслює необхідність комплексної психологічної оцінки та індивідуалізованого медико-психологічного супроводу.

Перспективами подальших досліджень є поглиблене вивчення динаміки психоемоційного стану на різних етапах лікування та реабілітації, розширення вибірки за рахунок інших категорій військовослужбовців, а також розробка й апробація програм психологічної підтримки з урахуванням виявлених структурних особливостей психоемоційного функціонування.

## СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

### Нормативні акти та офіційні документи

1. World Medical Association. Declaration of Helsinki: Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects. 2013 (зі змінами).
2. Закон України «Про захист персональних даних». Відомості Верховної Ради України. 2010 (чинна редакція). URL: <https://zakon.rada.gov.ua> (дата звернення: 10.01.2026).
3. Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я». Відомості Верховної Ради України. 1993 (чинна редакція). URL: <https://zakon.rada.gov.ua> (дата звернення: 10.01.2026).
4. World Health Organization. International Classification of Diseases 11th Revision (ICD-11): PTSD and Complex PTSD. Geneva: WHO, 2019. 72 p.
5. American Psychological Association. Publication Manual of the American Psychological Association. 7th ed. Washington, DC: APA, 2020. 427 p.
6. American Psychological Association. Ethical Principles of Psychologists and Code of Conduct. Washington, DC: APA, 2022.
7. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5-TR). Washington, DC: American Psychiatric Association, 2022.
8. Veterans Health Administration; Department of Defense. VA/DoD Clinical Practice Guideline for the Management of Posttraumatic Stress Disorder and Acute Stress Disorder. Washington, DC, 2023. 184 p.
9. National Institute for Health and Care Excellence. Post-traumatic stress disorder (NG116). London: NICE, 2018. 61 p.
10. International Society for Traumatic Stress Studies. Guidelines for the Prevention and Treatment of PTSD. 2018 (updated ed.). 112 p.

### Наукова та навчально-методична література

11. Adler A. B., Bliese P. D., Castro C. A. Deployment psychology and resilience training: Advances for military populations. *American Psychologist*. 2021.

12. Adler A. B., Castro C. A., McGurk D. Time, distance, and resilience: Mental health implications of prolonged military stress. *American Psychologist*. 2020.
13. Asmundson G. J. G., Katz J. Understanding the co-occurrence of anxiety disorders and chronic pain: State of the art. *Depression and Anxiety*. 2021.
14. Bartone P. T. Hardiness as a predictor of military performance and psychological resilience. *Military Behavioral Health*. 2020.
15. Basham K. Making meaning after combat trauma and moral injury. In: *Trauma: Theory, Research, and Practice*. Amsterdam: Elsevier, 2017.
16. Bonanno G. A., Mancini A. D. Beyond resilience and PTSD: Mapping heterogeneity of responses to trauma. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*. 2021.
17. Brewin C. R., Cloitre M. The spectrum of complex trauma: Definition, theory and evidence. *European Journal of Psychotraumatology*. 2022.
18. Brewin C. R., Andrews B., Valentine J. D. Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2020.
19. Bryan C. J., Jennings K. W., Jobes D. A., Bradley J. Military-related depression: Prevalence, mechanisms and treatment. *Clinical Psychology Review*. 2019.
20. Bryan C. J., Bryan A. O. Moral injury, suicide, and trauma in military service members. *Current Psychiatry Reports*. 2020.
21. Bryan C. J. Cognitive and behavioral interventions for moral injury among military personnel. *Clinical Psychology Review*. 2023.
22. Carrico A. W., Roy M. J. Psychological predictors of physical rehabilitation outcomes in combat-injured soldiers. *Rehabilitation Psychology*. 2020.
23. Cloitre M., Garvert D. W., Brewin C. R., Bryant R. A., Maercker A. Evidence for proposed ICD-11 PTSD and complex PTSD: A latent profile analysis. *European Journal of Psychotraumatology*. 2019.

24. Cohen J. *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences*. 2nd ed. New York: Routledge, 2013. 567 p.
25. Coolican H. *Research Methods and Statistics in Psychology*. 7th ed. London: Routledge, 2019. 548 p.
26. Dancey C. P., Reidy J. *Statistics Without Maths for Psychology*. 8th ed. Harlow: Pearson Education, 2020. 648 p.
27. Eysenck H. J., Eysenck S. B. G. *Manual of the Eysenck Personality Questionnaire*. London: Hodder & Stoughton, 1991. 96 p.
28. Field A. *Discovering Statistics Using IBM SPSS Statistics*. 5th ed. London: SAGE Publications, 2018. 952 p.
29. Foa E. B., McLean C. P. The role of emotional processing in treating trauma: Current updates. *Current Psychiatry Reports*. 2020.
30. Fulton J. J., Calhoun P. S. The relationship between PTSD and somatic symptoms in veterans. *Journal of Psychosomatic Research*. 2020.
31. Georgescu M. F., Fischer I. C., Lowe S., Pietrzak R. H. Psychological resilience in veterans. *Psychiatric Quarterly*. 2023.
32. Gross J. J. Emotion regulation: New trends. *Annual Review of Psychology*. 2020.
33. Herman J. L. *Trauma and Recovery: The Aftermath of Violence – From Domestic Abuse to Political Terror*. New York: Basic Books, 2015. 336 p.
34. Hoge C. W., Castro C. A. *Combat Stress and Its Consequences*. Oxford: Oxford University Press, 2019. 384 p.
35. Hoge C. W. et al. PTSD in military personnel: Epidemiology and treatment challenges. *New England Journal of Medicine*. 2014.
36. Hoskins M., Pearce J., Bethell A. et al. Treatment of PTSD in military populations: Updated systematic review. *Psychological Medicine*. 2022.
37. Howell D. C. *Statistical Methods for Psychology*. 8th ed. Boston: Cengage Learning, 2017. 768 p.
38. Kearney D. J., Simpson T. L. Depression and chronic pain comorbidity in veterans: A systematic review. *Psychological Services*. 2020.

39. Lazarus R. S., Folkman S. *Stress, Appraisal, and Coping*. New York: Springer, 1984. 456 p.
40. Liu J. J., Ein N., Forchuk C. et al. Online CBT in military populations: A systematic review. *Military Medicine*. 2023.
41. Litz B. T., Stein N., Delaney E. et al. Moral injury and moral repair in war veterans. *Clinical Psychology Review*. 2021.
42. Maguen S., Li Y. Depression trajectories in injured military personnel. *Journal of Affective Disorders*. 2021.
43. Maguen S., Griffin B. J., Copeland L. A. et al. Gender differences in mental health outcomes among military personnel and veterans. *Journal of Psychiatric Research*. 2021.
44. McFarlane A. C., Williams R. Mental health services required after war and disaster. *British Journal of Psychiatry*. 2020.
45. McLean C. P., Anderson E. R. Brave men and timid women? Gender differences in fear and anxiety. *Clinical Psychology Review*. 2020.
46. Miller K. E., Rasmussen A. Mental health and armed conflict: Distinguishing war exposure and other adversity. *Social Science & Medicine*. 2020.
47. Murphy D., Busuttill W., Fear N. T. Chronic pain, PTSD and depression in military populations: A systematic review. *Psychological Medicine*. 2021.
48. Olf M. Sex and gender differences in post-traumatic stress disorder. *Current Psychiatry Reports*. 2021.
49. Pallant J. *SPSS Survival Manual: A Step by Step Guide to Data Analysis Using IBM SPSS*. 7th ed. London: McGraw-Hill Education, 2020. 368 p.
50. Pigeon W. R., Campbell C. E., Possemato K., Ouimette P. Longitudinal relationships of insomnia, nightmares, and PTSD severity in combat veterans. *Journal of Traumatic Stress*. 2020. Vol. 33(3). P. 398–406. <https://doi.org/10.1002/jts.22515>
51. Pietrzak R. H., Tsai J. Stress resilience and recovery in injured veterans. *Journal of Psychiatric Research*. 2021.

52. Pietrzak R. H., Tsai J., Harpaz-Rotem I. Social support, resilience, and mental health in military populations. *Military Psychology*. 2022.
53. Pitman R. K., Rasmusson A. M., Koenen K. C. et al. Biological studies of PTSD. *Nature Reviews Neuroscience*. 2012.
54. Seal K. H., Shi Y., Cohen G. et al. Association of depression and PTSD with nonadherence to medical treatment in injured veterans. *General Hospital Psychiatry*. 2018.
55. Shalev A., Liberzon I., Marmar C. Post-traumatic stress disorder. *New England Journal of Medicine*. 2017.
56. Southwick S. M., Charney D. S. The science of resilience: Implications for prevention and treatment of depression. *Science*. 2018.
57. Spielberger C. D. *Anxiety: Current Trends in Theory and Research*. Vol. 1: *Theory*. New York: Academic Press, 1972. 384 p.
58. Steenkamp M. M., Litz B. T. Innovations in military trauma treatment: Review of clinical practices. *Annual Review of Clinical Psychology*. 2023.
59. Sydorova N. M., Baranov A. Y., Kazmirchuk K. A., Tsaralunha V. M. Long-term consequences of combat trauma in military personnel regarding the cardiovascular system and metabolic disorders. *Ukrainian Journal of Military Medicine*. 2024. № 5(1).
60. Watkins L. E., Sprang G., Rothbaum B. Evidence-based psychotherapies for combat-related PTSD: A meta-analysis. *Journal of Traumatic Stress*. 2022.
61. Wisco B. E., Marx B. P., May C. L. Longitudinal course of depression in veterans with combat injury. *Psychiatry Research*. 2022.
62. Yehuda R., Lehrner A. Intergenerational transmission of trauma effects in military families. *American Journal of Psychiatry*. 2018.
63. Zasiiekina L., Duchyminska T., Bifulco A., Bignardi G. War trauma impacts in Ukrainian combat and civilian populations: Moral injury and mental health symptoms. *Military Psychology*. 2023.
64. Zasiiekina L. Psychological consequences of war exposure: Ukrainian context and clinical implications. *European Journal of Psychotraumatology*. 2022.

65. World Health Organization. *Guidelines for the Management of Conditions Specifically Related to Stress*. Geneva: WHO, 2013. 103 p.
66. American Psychiatric Association. *Practice guideline for the treatment of patients with acute stress disorder and PTSD*. Washington, DC: APA, 2017.
67. Carrico A. W., Roy M. J., Keane T. M. Psychological factors influencing rehabilitation outcomes in combat-injured service members. *Rehabilitation Psychology*. 2020. Vol. 65(2). P. 137–147. <https://doi.org/10.1037/rep0000306>
68. Cloitre M. et al. Treatment approaches for complex PTSD and related presentations: Evidence and recommendations. *European Journal of Psychotraumatology*. 2020.
69. McCrory P., Meeuwisse W., Dvořák J. et al. Consensus statement on concussion in sport. *British Journal of Sports Medicine*. 2017.
70. Steenkamp M. M., Litz B. T., Hoge C. W., Marmar C. R. Psychotherapy for military-related PTSD: A review of randomized clinical trials. *JAMA*. 2015. Vol. 314(5). P. 489–500. <https://doi.org/10.1001/jama.2015.8370>
71. Buss A. H., Durkee A. An inventory for assessing different kinds of hostility. *Journal of Consulting Psychology*. 1957. Vol. 21(4). P. 343–349. <https://doi.org/10.1037/h0046900>
72. Engel G. L. *The need for a new medical model: A challenge for biomedicine*. *Science*. 1977. Vol. 196, No. 4286. P. 129–136.

## ДОДАТОК А

### Методика «САН» (Самопочуття – Активність – Настрій)

Ця методика призначена для самоконтролю і самооцінки самопочуття, активності і настрою.

Шкала САН складається з індексів (3 2 1 0 1 2 3) і розташована між тридцятьма парами слів протилежного значення, що відображують рухливість, швидкість і темп протікання функцій (активність), силу, здоров'я, стомлення (самопочуття), а також характеристики емоційного стану (настрій). Перевагами тесту є його стислість і можливість кількаразового використання впродовж певного часу.

*Інструкція.* Слід співвіднести свій стан з ознаками за багатоступінчастою шкалою. Ви маєте вибрати і позначити цифру що найбільш точно відбиває ваш стан на даний момент.

Самопочуття добре	3 2 1 0 1 2 3	Самопочуття погане
Почуваюся сильним	3 2 1 0 1 2 3	Почуваюся слабким
Пасивний	3 2 1 0 1 2 3	Активний
Малорухливий	3 2 1 0 1 2 3	Рухливий
Веселий	3 2 1 0 1 2 3	Сумний
Добрий настрій	3 2 1 0 1 2 3	Поганий настрій
Працездатний	3 2 1 0 1 2 3	Розбитий
Сповнений сил	3 2 1 0 1 2 3	Знесилений
Повільний	3 2 1 0 1 2 3	Швидкий
Бездіяльний	3 2 1 0 1 2 3	Діяльний
Щасливий	3 2 1 0 1 2 3	Нещасливий
Життєрадісний	3 2 1 0 1 2 3	Похмурий
Напружений	3 2 1 0 1 2 3	Розслаблений

Здоровий	3 2 1 0 1 2 3	Хворий
Байдужий	3 2 1 0 1 2 3	Захоплений
Спокійний	3 2 1 0 1 2 3	Схвильований
Захоплений	3 2 1 0 1 2 3	Сумовитий
Радісний	3 2 1 0 1 2 3	Печальний
Відпочивший	3 2 1 0 1 2 3	Стомлений
Свіжий	3 2 1 0 1 2 3	Виснажений
Сонливий	3 2 1 0 1 2 3	Збуджений
Бажання відпочити	3 2 1 0 1 2 3	Бажання працювати
Спокійний	3 2 1 0 1 2 3	Стурбований
Оптимістичний	3 2 1 0 1 2 3	Песимістичний
Витривалий	3 2 1 0 1 2 3	Втомлений
Бадьорий	3 2 1 0 1 2 3	Млявий
Думати важко	3 2 1 0 1 2 3	Думати легко
Розсіяний	3 2 1 0 1 2 3	Уважний
Сповнений сподівань	3 2 1 0 1 2 3	Розчарований
Задоволений	3 2 1 0 1 2 3	Незадоволений

*Обробка та інтерпретація.* При обробці ці цифри перекоднуються в такий спосіб. Негативні стани за шкалою САН приймаються за 1 бал, наступний за ним за 2 бали і так далі. Слід ураховувати те, - що полюси шкали постійно змінюються. Позитивні стани завжди одержують високі бали, а негативні низькі. За цими балами розраховується середнє арифметичне як загалом, так і окремо за активністю, самопочуттям і настроєм. Зразок перекодування наведений у таблиці.

Перекодуванн	Повний	7	6	5	4	3	2	1	Розчарований
Текст САН	Повний	3	2	1	0	1	2	3	Розчарований

При оцінці функціонального стану важливі значення окремих показників та їхнє співвідношення. Наприклад, у відпочилої людини оцінки активності, настрою і самопочуття приблизно однакові. У міру наростання втоми співвідношення між ними змінюється за рахунок відносного зниження самопочуття й активності в порівнянні з настроєм.

*Ключ.*

Питання на самопочуття» 1, 2, 7, 8, 13, 14, 19, 20, 25, 26.

Питання на активність-3, 4, 9, 10, 15, 16, 21, 22, 27, 28.

Питання на настрій-5, 6, 11, 12, 17, 18, 23, 24, 29, 30.

Оцінки, які перевищують 4 бала, говорять про сприятливий стан людини за кожною категорією (самопочуття, активність, настрій); оцінки нижче 4 балів свідчать про протилежне.

Нормальні оцінки знаходяться в діапазоні 5-5,5 бала.

## ДОДАТОК Б

### **Шкала реактивної та особистісної тривожності Ч. Спілбергера – Ю. Ханіна (СХ)**

Опитувальник СХ призначений для оцінки реактивної та особистісної тривожності.

Опитувальник Ч. Спілбергера складається з 40 питань-суджень, з котрих 1-20 призначені для оцінки реактивної тривожності (шкала "Як ви себе почуваєте в даний момент?") та 21-40 - для визначення особистісної тривожності (шкала "Як Ви себе почуваєте звичайно?"). На кожне запитання можливі 4 відповіді за ступенем інтенсивності (зовсім ні, мабуть так, вірно, цілком вірно) - для шкали реактивної тривожності, та 4 відповіді за частотою (майже ніколи, іноді, часто, майже завжди) - для шкали особистісної тривожності.

Одні питання-судження в опитувальнику Ч. Спілбергера сформульовані так, що відповідь (1) означає відсутність чи легку ступінь тривожності. Це в шкалі реактивної тривожності так звані прямі запитання: № 3, 4, 6, 7, 9, 12, 13, 14, 17, 18, а в шкалі особистісної тривожності - № 22, 23, 24, 25, 28, 29, 31, 32, 34, 35, 37, 38, 40. В інших, так званих зворотних запитаннях відповідь (1) означає високий ступінь тривожності, а відповідь (4) - низьку тривожність: № 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19, 20 - в шкалі реактивної тривожності; № 21, 26, 27, 30, 33, 36, 39 - в шкалі особистісної тривожності. Обробка проводиться у такий спосіб. Спочатку окремо складаються результати за зворотними та прямими запитаннями, потім із сум прямих віднімається сума зворотних запитань і до одержаного числа додається постійне число 50 для шкали реактивної тривожності та 35 - для шкали особистісної тривожності.

Показник результату за кожною шкалою може знаходитись в діапазоні від 20 до 80 балів. Чим він більший, тим вищий рівень тривожності (реактивної або особистісної). Оцінка рівнів реактивної та особистісної тривожності за результатами показників здійснюється в таких межах: до 30 балів - низький рівень тривожності, від 31-45 балів - середній, більше 45 балів - високий рівень

тривожності.

Шкала самооцінки ситуативної тривожності (Спілбергера-Ханіна)

Інструкція. Прочитайте уважно кожне з приведених запитань і закресліть ту цифру справа, в залежності від того як Ви себе почувате в даний момент. Над запитанням довго не задумуйтесь, оскільки правильних або неправильних відповідей немає.

1.	Я спокійний.	Ні, не зовсім так	Мабуть так	Вірно	Цілком вірно
2.	Мені нічого не загрожує.	Ні, не зовсім так	Мабуть так	Вірно	Цілком вірно
3.	Я напружений.	Ні, не зовсім так	Мабуть так	Вірно	Цілком вірно
4.	Я відчуваю співчуття.	Ні, не зовсім так	Мабуть так	Вірно	Цілком вірно
5.	Я відчуваю себе вільно.	Ні, не зовсім так	Мабуть так	Вірно	Цілком вірно
6.	Я прикро вражений.	Ні, не зовсім так	Мабуть так	Вірно	Цілком вірно
7.	Мене хвилюють можливі негаразди.	Ні, не зовсім так	Мабуть так	Вірно	Цілком вірно
8.	Я відчуваю себе відпочившим.	Ні, не зовсім так	Мабуть так	Вірно	Цілком вірно
9.	Я насторожений.	Ні, не зовсім так	Мабуть так	Вірно	Цілком вірно
10.	Я відчуваю внутрішнє задоволення.	Ні, не зовсім так	Мабуть так	Вірно	Цілком вірно
11.	Я впевнений у собі.	Ні, не зовсім так	Мабуть так	Вірно	Цілком вірно

12.	Я нервую.	Ні, не зовсім так	Мабуть так	Вірно	Цілком вірно
13.	Я не знаходжу собі місця.	Ні, не зовсім так	Мабуть так	Вірно	Цілком вірно
14.	Я напружений (накручений в собі).	Ні, не зовсім так	Мабуть так	Вірно	Цілком вірно
15.	Я не відчуваю напруги і скованості.	Ні, не зовсім так	Мабуть так	Вірно	Цілком вірно
16.	Я задоволений.	Ні, не зовсім так	Мабуть так	Вірно	Цілком вірно
17.	Я заклопотаний.	Ні, не зовсім так	Мабуть так	Вірно	Цілком вірно
18.	Я занадто збуджений і мені ніяково.	Ні, не зовсім так	Мабуть так	Вірно	Цілком вірно
19.	Мені радісно.	Ні, не зовсім так	Мабуть так	Вірно	Цілком вірно
20.	Мені приємно.	Ні, не зовсім так	Мабуть так	Вірно	Цілком вірно

Шкала самооцінки особистісної тривожності (Спілбергера-Ханіна)

Інструкція. Прочитайте уважно кожне з приведених питань і закресліть ту цифру справа в залежності від того, як Ви себе відчуваєте звичайно. Над запитаннями довго не задумуйтесь, оскільки правильних або неправильних відповідей немає.

21.	Я відчуваю задоволення.	Майже ніколи	Інколи	Часто	Майже завжди
22.	Я швидко втомлююсь.	Майже ніколи	Інколи	Часто	Майже завжди
23.	Я легко можу заплакати.	Майже ніколи	Інколи	Часто	Майже завжди
24.	Я хотів би бути таким же щасливим, як і інші.	Майже ніколи	Інколи	Часто	Майже завжди
25.	Буває, що я програю через те, що недостатньо швидко приймаю рішення.	Майже ніколи	Інколи	Часто	Майже завжди
26.	Я почуваю себе бадьорим.	Майже ніколи	Інколи	Часто	Майже завжди
27.	Я спокійний, холонокровний і зібраний.	Майже ніколи	Інколи	Часто	Майже завжди
28.	Очікувані труднощі дуже непокоять мене.	Майже ніколи	Інколи	Часто	Майже завжди
29.	Я занадто переживаю через дрібниці.	Майже ніколи	Інколи	Часто	Майже завжди
30.	Я буваю повністю щасливий.	Майже ніколи	Інколи	Часто	Майже завжди
31.	Я приймаю все занадто близько до серця.	Майже ніколи	Інколи	Часто	Майже завжди
32.	Мені не дістає впевненості у собі.	Майже ніколи	Інколи	Часто	Майже завжди
33.	Я почуваю себе в безпеці.	Майже ніколи	Інколи	Часто	Майже завжди

34.	Я стараюсь обходити критичні ситуації і труднощі.	Майже ніколи	Інколи	Часто	Майже завжди
35.	У мене буває хандра.	Майже ніколи	Інколи	Часто	Майже завжди
36.	Я задоволений.	Майже ніколи	Інколи	Часто	Майже завжди
37.	Всякі дрібниці відволікають та хвилюють мене.	Майже ніколи	Інколи	Часто	Майже завжди
38.	Я так сильно переживаю свої розчарування, що потім довго не можу про них забути.	Майже ніколи	Інколи	Часто	Майже завжди
39.	Я врівноважена людина.	Майже ніколи	Інколи	Часто	Майже завжди
40.	Мене охоплює сильне занепокоєння, коли я думаю про свої справи та турботи.	Майже ніколи	Інколи	Часто	Майже завжди

## ДОДАТОК В

### Методика діагностики показників і форм агресії (А. Басса, А. Дарки, в адаптації А. К. Осницького)

Методика А. Басса і А. Дарки в адаптації А. К. Осницького дозволяє дослідити структуру агресивності людини. Вона має досить давню традицію застосування в діагностиці працівників правоохоронних органів.

*Інструкція.* Визначте, наскільки наведені нижче твердження відповідають вашому стилю поведінки, вашому способу життя, і надайте одну з чотирьох можливих відповідей: “так”, “мабуть, так”, “мабуть, ні”, “ні”.

1.	Іноді не можу справитися з бажанням нашкодити комусь-небудь.	так	можливо, так	можливо, ні	ні
2.	Іноколи можу розповсюджувати плітки про людей, яких не люблю.	так	можливо, так	можливо, ні	ні
3.	Легко виходжу з себе, проте легко й заспокоююсь.	так	можливо, так	можливо, ні	ні
4.	Якщо до мене не звернуться по-доброму, прохання не виконаю.	так	можливо, так	можливо, ні	ні
5.	Не завжди отримую те, що мені належить.	так	можливо, так	можливо, ні	ні
6.	Знаю, що люди говорять про мене за мою спиною.	так	можливо, так	можливо, ні	ні
7.	Якщо не схвалюю вчинки інших людей, даю їм це відчуття.	так	можливо, так	можливо, ні	ні

8.	Якщо трапляється обманути когось, відчуваю докори сумління.	так	можливо, так	можливо, ні	ні
9.	Мені здається, що я не здатен вдарити людину.	так	можливо, так	можливо, ні	ні
10.	Ніколи не роздратовуюсь настільки, щоб розкидати речі.	так	можливо, так	можливо, ні	ні
11.	Завжди поблажливий до чужих недоліків.	так	можливо, так	можливо, ні	ні
12.	Коли встановлене правило не подобається мені, хочеться його порушити.	так	можливо, так	можливо, ні	ні
13.	Інші майже завжди вміють скористатися за сприятливих умов.	так	можливо, так	можливо, ні	ні
14.	Мене насторожують люди, які відносяться до мене більш дружньо, ніж я очікував.	так	можливо, так	можливо, ні	ні
15.	Часто буваю не згоден з людьми.	так	можливо, так	можливо, ні	ні
16.	Іноді в голову приходять думки, за які мені соромно.	так	можливо, так	можливо, ні	ні
17.	Якщо хто-небудь вдарить мене, я не відповім тим же.	так	можливо, так	можливо, ні	ні
18.	При роздратуванні грюкаю дверима.	так	можливо, так	можливо, ні	ні
19.	Я більш роздратований, ніж здається зі сторони.	так	можливо, так	можливо, ні	ні

20.	Якщо хтось корчить з себе начальника, я роблю йому наперекір.	так	можливо, так	можливо, ні	ні
21.	Мене трохи засмучує моя доля.	так	можливо, так	можливо, ні	ні
22.	Думаю, багато людей не люблять мене.	так	можливо, так	можливо, ні	ні
23.	Не можу втриматись від суперечки, якщо люди не згодні зі мною.	так	можливо, так	можливо, ні	ні
24.	Ті, хто уникають роботи, повинні мати відчуття провини.	так	можливо, так	можливо, ні	ні
25.	Хто ображає мене чи мою сім'ю, наражається на бійку.	так	можливо, так	можливо, ні	ні
26.	Я не здатен на грубі жарти.	так	можливо, так	можливо, ні	ні
27.	Мене охоплює злість, коли наді мною насміхаються.	так	можливо, так	можливо, ні	ні
28.	Коли люди вдають із себе начальників, я роблю все, щоб вони не зазнавались.	так	можливо, так	можливо, ні	ні
29.	Майже щотижня бачу когонебудь з тих, хто мені не подобається.	так	можливо, так	можливо, ні	ні
30.	Досить багато людей заздять мені.	так	можливо, так	можливо, ні	ні
31.	Вимагаю, щоб люди поважали мої права.	так	можливо, так	можливо, ні	ні

32.	Мене засмучує, що я мало роблю для своїх батьків.	так	можливо, так	можливо, ні	ні
33.	Люди, які постійно "дістають" нас, заслуговують на те, щоб їм дали щигля по носі.	так	можливо, так	можливо, ні	ні
34.	Від злості інколи буваю похмурий.	так	можливо, так	можливо, ні	ні
35.	Якщо до мене відносяться гірше, ніж я на те заслуговую, я не засмучуюсь.	так	можливо, так	можливо, ні	ні
36.	Якщо хтось намагається вивести мене із себе, я не звертаю уваги.	так	можливо, так	можливо, ні	ні
37.	Хоч я і не показую того, іноді мене мучить заздрість.	так	можливо, так	можливо, ні	ні
38.	Інколи мені здається, що наді мною сміються.	так	можливо, так	можливо, ні	ні
39.	Навіть якщо злюся, не використовую грубих висловів.	так	можливо, так	можливо, ні	ні
40.	Хочеться, щоб всі мої гріхи були прощені.	так	можливо, так	можливо, ні	ні
41.	Рідко даю здачі, навіть коли хто-небудь вдарить мене.	так	можливо, так	можливо, ні	ні
42.	Ображаюсь, коли іноді виходить не по-моєму.	так	можливо, так	можливо, ні	ні
43.	Інколи люди роздратовують мене своєю присутністю.	так	можливо, так	можливо, ні	ні

44.	Нема людей, яких би я посправжньому ненавидів.	так	МОЖЛИВО, так	МОЖЛИВО, ні	ні
45.	Мій принцип: "ніколи не довіряй чужакам".	так	МОЖЛИВО, так	МОЖЛИВО, ні	ні
46.	Якщо хтось дратує мене, готовий сказати йому все, що про нього думаю.	так	МОЖЛИВО, так	МОЖЛИВО, ні	ні
47.	Роблю багато такого, про що потім жалкую.	так	МОЖЛИВО, так	МОЖЛИВО, ні	ні
48.	Якщо рознервуюсь, можу вдарить кого-небудь.	так	МОЖЛИВО, так	МОЖЛИВО, ні	ні
49.	З десяти років у мене не було вибухів гніву.	так	МОЖЛИВО, так	МОЖЛИВО, ні	ні
50.	Часто відчуваю себе як порохова бочка, готова вибухнути.	так	МОЖЛИВО, так	МОЖЛИВО, ні	ні
51.	Якби всі знали, що я відчуваю, мене б вважали людиною, з якою нелегко дійти згоди.	так	МОЖЛИВО, так	МОЖЛИВО, ні	ні
52.	Завжди думаю про те, що за таємні причини примушують людей робити щось приємне мені.	так	МОЖЛИВО, так	МОЖЛИВО, ні	ні
53.	Коли кричать на мене, кричу у відповідь.	так	МОЖЛИВО, так	МОЖЛИВО, ні	ні
54.	Невдачі засмучують мене.	так	МОЖЛИВО, так	МОЖЛИВО, ні	ні

55.	Б'юся не рідше і не частіше інших.	так	МОЖЛИВО, так	МОЖЛИВО, ні	ні
56.	Можу згадати випадки, коли був настільки злим, що хапав першу річ під рукою та ламав її.	так	МОЖЛИВО, так	МОЖЛИВО, ні	ні
57.	Інколи відчуваю, що готовий першим почати бійку.	так	МОЖЛИВО, так	МОЖЛИВО, ні	ні
58.	Інколи відчуваю, що життя зі мною обходиться несправедливо.	так	МОЖЛИВО, так	МОЖЛИВО, ні	ні
59.	Раніше думав, що більшість людей говорить правду, але тепер в це не вірю.	так	МОЖЛИВО, так	МОЖЛИВО, ні	ні
60.	Сварюся тільки від злості.	так	МОЖЛИВО, так	МОЖЛИВО, ні	ні
61.	Коли вчиняю неправильно, відчуваю докори сумління.	так	МОЖЛИВО, так	МОЖЛИВО, ні	ні
62.	Якщо для захисту своїх прав потрібно застосувати фізичну силу, я застосую її.	так	МОЖЛИВО, так	МОЖЛИВО, ні	ні
63.	Інколи виражаю свою злість тим, що стукаю по столу.	так	МОЖЛИВО, так	МОЖЛИВО, ні	ні
64.	Буваю грубим по відношенню до людей, котрі мені не подобаються.	так	МОЖЛИВО, так	МОЖЛИВО, ні	ні
65.	У мене немає ворогів, які б не хотіли мені нашкодити.	так	МОЖЛИВО, так	МОЖЛИВО, ні	ні

66.	Не вмію поставити людину на місце, навіть коли вона на це заслуговує.	так	МОЖЛИВО, так	МОЖЛИВО, ні	ні
67.	Часто думаю, що живу неправильно.	так	МОЖЛИВО, так	МОЖЛИВО, ні	ні
68.	Знаю людей, які можуть довести мене до бійки.	так	МОЖЛИВО, так	МОЖЛИВО, ні	ні
69.	Не сумую із-за дрібниць.	так	МОЖЛИВО, так	МОЖЛИВО, ні	ні
70.	Мені рідко приходить в голову думка про те, що люди намагаються розізлити чи образити мене.	так	МОЖЛИВО, так	МОЖЛИВО, ні	ні
71.	Часто просто погрожую людям, не збираючись виконувати свої погрози.	так	МОЖЛИВО, так	МОЖЛИВО, ні	ні
72.	Останнім часом я став занудою.	так	МОЖЛИВО, так	МОЖЛИВО, ні	ні
73.	У суперечці часто підвищую голос.	так	МОЖЛИВО, так	МОЖЛИВО, ні	ні
74.	Намагаюся приховати погане відношення до людей.	так	МОЖЛИВО, так	МОЖЛИВО, ні	ні
75.	Краще погоджуся з чимось, аніж стану сперечатися.	так	МОЖЛИВО, так	МОЖЛИВО, ні	ні

### *Обробка та інтерпретація результатів*

Результати відповіді “так” і “мабуть, так” об’єднуються (оцінюються як відповіді “так”), так само і відповіді “ні” і “мабуть, ні” (оцінюються як відповіді “ні”).

### Ключі до інтерпретації результатів

1. *Фізична агресія* ( $n = 11$ ): “+”: 1, 25, 33, 41, 48, 55, 62, 68. “-”: 9, 17.
2. *Вербальна агресія* ( $n = 8$ ): “+”: 7, 15, 23, 31, 46, 53, 60, 71, 73. “-”: 39, 66, 74, 75.
3. *Непряма агресія* ( $n = 13$ ): “+”: 2, 10, 18, 34, 42, 56, 63. “-”: 26, 49.
4. *Негативізм* ( $n = 20$ ): “+”: 4, 12, 20, 28. “-”: 36.
5. *Роздратування* ( $n = 9$ ): “+”: 3, 19, 27, 43, 50, 57, 64, 72. “-”: 11, 35, 69.
6. *Підозрілість* ( $n = 11$ ): “+”: 6, 14, 22, 30, 38, 45, 52, 59. “-”: 65, 70.
7. *Образа* ( $n = 13$ ): “+”: 5, 13, 21, 29, 37, 44, 51, 58.
8. *Почуття вини* ( $n = 11$ ): “+”: 8, 16, 24, 32, 40, 47, 54, 61, 67.

Оскільки кожна шкала передбачає неоднакову кількість тверджень, то для того, аби можна було порівняти їх, потрібно набрану за кожною шкалою суму балів поділити на кількість питань цієї шкали (вона вказана в дужках біля назви кожної шкали), і помножити на 100 %. Таким чином, провести процедури переведення отриманих балів у відсотки. Отриманий показник свідчить про те, яка агресивність обстежуваного порівняно з максимально можливою за шкалою методики.

Крім того, у методиці передбачено два інтегральних показники:

$(\text{Фізична агресія} + \text{Вербальна агресія} + \text{Непряма агресія}) / 3 = \text{ІА}$  – індекс агресивності;

$(\text{Підозрілість} + \text{Образа}) / 2 = \text{ІВ}$  – індекс ворожості.

У формули сумарних показників потрібно підставляти не “сирі”, а приведені бали (відсотки).

Низький рівень (0–30%)

- Агресивні тенденції майже не виражені.
- Людина уникає конфліктів, стримує негативні емоції.
- Можлива схильність до пасивності, надмірного самоконтролю.
- У деяких випадках — внутрішнє напруження без прояву назовні.

Помірний (середній) рівень (30–60%)

- Агресивність у межах норми.
- Емоції проявляються адекватно ситуації.
- Людина здатна захищати свої кордони.
- Немає патологічних тенденцій.

Це нормальний, здоровий рівень агресивності.

Високий рівень (60% і вище)

- Яскраво виражені агресивні тенденції.
- Може спостерігатися імпульсивність, нестриманість.
- Конфліктність, труднощі з контролем емоцій.
- Ризик руйнівних реакцій (вербальних або фізичних).

80–100% часто свідчить про сформовані агресивні форми поведінки або сильне внутрішнє напруження залежно від шкали.

Автори А. Басс і А. Дарки запропонували опитувальник для виявлення важливих, на їхню думку, показників і форм агресії.

1. Використання фізичної сили проти іншої особи - фізична агресія.383
2. Вираження негативних почуттів як через форму (сварка, крик, вереск), так і через зміст словесних звернень до інших осіб (погроза, прокляття, лайка) - вербальна агресія.
3. Використання обхідним шляхом спрямованих проти інших осіб пліток, жартів і прояв неспрямованих, непорядкованих вибухів люті (крик, тупотіння ногами тощо) – непряма агресія.
4. Опозиційна форма поведінки, спрямована зазвичай проти авторитету й керівництва і може наростати від пасивного опору до активних дій проти вимог, правил, законів, - негативізм.
5. Схильність до роздратування, готовність у разі найменшого збудження виплеснутись у запальності, різкості, грубості - роздратування.
6. Схильність до недовіри й настороженого ставлення до людей, що виникає з переконання, що оточення має намір заподіяти шкоду, – підозрілість.

7. Прояви заздрості й ненависті до оточення, обумовлені почуттям гніву, невдоволення кимось конкретно або всім світом за справжні чи уявні страждання, - образа.

8. Ставлення до себе і оточення пояснюється можливим переконанням обстежуваного в тому, що він є поганою людиною, чинить недобре (шкідливо, злісно або безсовісно), – аутоагресія, або почуття провини.

Опитувальник не убезпечений від мотиваційних викривлень (наприклад, через соціальну бажаність).

## ДОДАТОК Г

### Опитувальник Айзенка для визначення індивідуально-типологічних характеристик

Інструкція. Вам пропонується кілька питань. На кожне питання відповідайте лише «так» або «ні». Не витрачайте час на обговорення питань, тут не може бути гарних або поганих відповідей, тому що це не випробування розумових здібностей.

1.	Ви часто відчуваєте потяг до нових вражень, бажання відчути збудження?	так	ні
2.	Чи часто Ви відчуваєте потребу в друзях, які Вас розуміють, можуть підбадьорити і втішити?	так	ні
3.	Чи вважаєте Ви себе безтурботною людиною?	так	ні
4.	Чи правда, що Вам дуже важко відповісти “Ні”?	так	ні
5.	Чи обмірковуєте Ви свої справи не поспішаючи, чи віддаєте Ви перевагу тому, щоб почекати перед тим, як діяти?	так	ні
6.	Ви завжди стримуєте свої обіцянки, не зважаючи на те, що Вам це не завжди вигідно?	так	ні
7.	Чи часто у Вас бувають спади і підйоми настрою?	так	ні
8.	Взагалі Ви дієте і розмовляєте швидко, без запинок для обмірковування?	так	ні
9.	Чи виникало у Вас коли-небудь почуття, що Ви “нещасна людина”, хоча ніякої вагомої причини для цього не було?	так	ні
10.	Чи зробили б Ви все, будь-що, на спір?	так	ні
11.	Чи виникає у Вас почуття невпевненості та сорому, коли хочете зав’язати розмову з симпатичною (ним) незнайомкою (цем)?	так	ні

12.	Чи буває коли-небудь, що Ви сердитесь, виходите з себе?	так	ні
13.	Чи часто Ви дієте під впливом тимчасового настрою?	так	ні
14.	Чи часто Ви хвилюєтесь із-за того, що зробили або сказали щось таке, чого не слід було робити або говорити?	так	ні
15.	Чи віддаєте Ви перевагу книжкам над зустрічами з людьми?	так	ні
16.	Чи правда, що Вас легко образити?	так	ні
17.	Ви любите часто бувати в компаніях?	так	ні
18.	Чи бувають у Вас такі думки, що Ви хотіли б приховати від інших?	так	ні
19.	Чи правда, що Ви часом повні енергії так, що все горить у руках, а часом зовсім в'ялі?	так	ні
20.	Чи хотіли б Ви, щоб у Вас було друзів менше, але щоб вони були дуже близькими?	так	ні
21.	Чи часто Ви мрієте?	так	ні
22.	Коли на Вас кричать, Ви відповідаєте тим же?	так	ні
23.	Чи часто Вас хвилює відчуття провини?	так	ні
24.	Чи всі Ваші звички хороші та Бажані?	так	ні
25.	Чи здатні Ви дати волю своїм почуттям і повеселитись у галасливій компанії?	так	ні
26.	Чи рахуєте Ви себе людиною збудливою і вразливою?	так	ні
27.	Чи вважають Вас людиною жвавою і веселою?	так	ні
28.	Після того, як справа зроблена, чи часто Ви подумки повертаєтесь до неї, гадаєте, що можна було б зробити краще?	так	ні

29.	Ви, як правило, мовчите, коли знаходитесь в компанії інших людей?	так	ні
30.	Буває так, що Ви інколи переказуєте плітки чи чутки?	так	ні
31.	Буває таке, що Вам не спиться через те, що різні думки лізуть у голову?	так	ні
32.	Якщо Ви хочете дізнатись про що-небудь, то Ви скоріше прочитаєте про це в книжці, ніж запитаете?	так	ні
33.	Чи буває у Вас сильне серцебиття?	так	ні
34.	Чи подобається Вам робота, яка вимагає від Вас постійної уваги?	так	ні
35.	Чи бувають у Вас приступи сильного тремтіння?	так	ні
36.	Якщо б Ви знали, що сказане Вами ніколи не буде розголошено, Ви б завжди висловлювались у дусі загальноприйнятого (як всі)?	так	ні
37.	Чи справді Вам неприємно знаходитись у компаніях, де насміхаються один над одним?	так	ні
38.	Ви дратівлива людина?	так	ні
39.	Чи подобається Вам робота, яка вимагає швидких дій?	так	ні
40.	Чи хвилюєтесь Ви з приводу будь-яких неприємних подій, які могли б статись?	так	ні
41.	Чи правда, що Ви людина повільна і некваплива в рухах?	так	ні
42.	Ви коли-небудь спізнювались на побачення чи на роботу?	так	ні
43.	Чи часто Вам сняться жахливі сни?	так	ні
44.	Чи правда, що Ви так любите поговорити, що ніколи не пропустите зручного випадку порозмовляти з незнайомою людиною?	так	ні
45.	Чи турбують Вас які-небудь болі?	так	ні

46.	Чи Ви б відчували себе дуже нещасним, якщо б тривалий час були позбавлені широкого спілкування з людьми?	так	ні
47.	Чи можете Ви назвати себе нервовою людиною?	так	ні
48.	Серед людей, яких Ви знаєте, такі, що Вам дуже не подобаються?	так	ні
49.	Могли б Ви сказати про себе, що Ви впевнена в собі людина?	так	ні
50.	Чи легко Ви ображаєтесь, коли люди вкажуть на Ваші помилки в роботі або на Ваші особисті промахи?	так	ні
51.	Чи рахуєте Ви, що важко отримати справжнє задоволення від вечорниць?	так	ні
52.	Чи турбує Вас відчуття, що Ви чимось гірші за інших?	так	ні
53.	Чи легко Вам внести пожвавлення в досить скучну компанію?	так	ні
54.	Чи буває так, що Ви говорите про речі, на яких зовсім не розумієтесь?	так	ні
55.	Чи піклуєтесь Ви про своє здоров'я?	так	ні
56.	Чи любите Ви жартувати над іншими?	так	ні
57.	Чи страждаєте Ви від безсоння?	так	ні

Опрацювання результатів

Екстраверсія.

Обчислюється сума відповідей «так» у питаннях 1, 3, 8, 10, 13, 17, 22, 25, 27, 39, 44, 46, 49, 53, 56 і відповідей «ні» у питаннях 5, 15, 20, 29, 32, 34, 37, 41, 51.

Якщо сума балів дорівнює 0-10, інтроверт, занурений в себе.

Якщо 15-24, екстраверт, товариська людина, обернена до зовнішнього світу.

Якщо 11-14, то Ви амбіверт, спілкуєтесь, коли Вам це потрібно.

Нейротизм.

Обчислюється кількість відповідей «так» у питаннях 2, 4, 7, 9, 11, 14, 16, 19, 21, 23, 26, 28, 31, 33, 35, 38, 40, 43, 45, 47, 50, 52, 55, 57.

Якщо кількість відповідей «так» дорівнює 0-10, то це свідчить про емоційну стійкість.

Якщо 11-16, то це емоційна вразливість.

Якщо 17-22, то з'являються окремі ознаки розхитаності нервової системи.

Якщо 23-24, то — невротизм, що межує з патологією, можливий зрив, невроз.

Неправда.

Обчислюється сума балів відповідей «так» у питаннях 6, 24, 36 і відповідей «ні» у питаннях 12, 18, 30, 42, 48, 54.

Якщо набрана кількість балів 0-3 — норма людської неправди, відповідям можна довіряти.

Якщо 4-5, то сумнівно.

Якщо 6-9, то відповіді недостовірні.

## ДОДАТОК Д

### Методика оцінки рівня стресостійкості

Методика дає можливість визначити рівень стресостійкості особистості. Стресостійкість характеризує деяку сукупність особистісних якостей працівника, що дозволяє йому переборювати значні інтелектуальні, вольові й емоційні навантаження, обумовлені професійною діяльністю в умовах змін. Вона виступає умінням ефективно працювати в напруженому ритмі, розв'язувати одночасно декілька завдань у обмежених часових проміжках, оперативно та розумно організувати процес їх виконання.

#### Інструкція для учасників дослідження

Різноманітні негативні чинники нашого життя створюють нервові стани та часто призводять до стресу. Нижче пропонується тест, який дозволить Вам дати самооцінку стійкості до стресу. Результат буде об'єктивнішим, якщо Ваші відповіді будуть якомога щирішими.

#### Текст опитувальника

№	Запитання	Рідко	Іноді	Часто
1.	Я думаю, що мене недооцінюють в колективі	1	2	3
2.	Я намагаюся працювати, навіть якщо буваю не цілком здоровим	1	2	3
3.	Я постійно переживаю за якість своєї роботи	1	2	3
4.	Я буваю налаштованим агресивно	1	2	3
5.	Я не терплю критики на свою адресу	1	2	3
6.	Я буваю роздратованим	1	2	3
7.	Я стараюся стати лідером там, де це можливо	1	2	3
8.	Мене вважають людиною наполегливою і напористою	1	2	3
9.	Я страждаю на безсоння	1	2	3
10.	Своїм недругам я можу дати відсіч	1	2	3

11.	Я емоційно і хворобливо переживаю неприємності	1	2	3
12.	У мене бракує часу для відпочинку	1	2	3
13.	У мене виникають конфліктні ситуації	1	2	3
14.	Мені бракує влади, щоб реалізувати себе	1	2	3
15.	Мені бракує часу, щоб зайнятися улюбленою справою	1	2	3
16.	Я все роблю швидко	1	2	3
17.	Я відчуваю страх, що втрачу роботу	1	2	3
18.	Я дію гарячково, а потім переживаю за свої справи та вчинки	1	2	3

#### Обробка та інтерпретація результатів

Далі підрахуйте суму балів, яку Ви набрали, і визначте, який рівень Вашої стійкості до стресу.

Сумарне число балів	Рівень Вашої стійкості до стресу
43 - 54	низький рівень
31 - 42	середній рівень
18 - 30	високий рівень

Чим менше сумарне число балів, тим вища стійкість до стресу і навпаки

## ДОДАТОК Ж

### Анкетний блок фонових та контекстуальних показників

**1. Чи ознайомлені ви з метою дослідження та даєте добровільну згоду на участь?**

*Обов'язкове запитання*

- Так, даю добровільну згоду
- Ні, не даю згоду

**2. Ваш вік**

- До 20 років
- 20–25 років
- 26–30 років
- 31–35 років
- 36–40 років
- 41–45 років
- 46–50 років
- Старше 50 років

**3. Стать:**

- Чоловіча
- Жіноча
- Інше / не хочу відповідати

**4. Який ваш військовий статус?**

- Діючий військовослужбовець
- Ветеран (демобілізований)
- Інше

**5. Ви проходите лікування у зв'язку з:**

*(можна обрати кілька варіантів)*

- Бойовим пораненням
- Контузією / ЧМТ/АКБТ
- Соматичним захворюванням (хворобою)
- Хронічним болем
- Психоемоційними наслідками бойових дій
- Інше

**6. Тривалість перебування на лікуванні:**

- До 1 тижня
- 1–4 тижні
- 1–2 місяці
- 3–4 місяці
- Понад 4 місяці

**7. Чи брали ви участь у бойових діях?**

- Так
- Ні
- Важко відповісти

**8. Якщо так, скільки часу ви перебували у зоні бойових дій?**

- Менше 1 місяця
- 1–3 місяці
- 3–6 місяців
- 6–12 місяців
- Понад 1 рік
- Не брав(ла) участі у бойових діях

**9. Чи відчуваєте ви зараз фізичний біль?**

- Так, сильний біль
- Помірний біль
- Легкий біль
- Не відчуваю болю
- Важко відповісти

**10. Чи є у вас труднощі зі сном в останній тиждень?**

- Так, значні
- Помірні
- Незначні
- Ні, сон нормальний
- Важко відповісти

**11. Як ви оцінюєте рівень підтримки з боку побратимів / сім'ї зараз?**

- Високий рівень підтримки
- Помірний рівень підтримки
- Низький рівень підтримки
- Підтримка відсутня
- Не хочу відповідати

**12. Чи проходили ви раніше психологічне обстеження або консультації?**

- Так, регулярно
- Так, епізодично
- Ні, не проходив(ла)
- Не хочу відповідати

**13. Чи вважаєте ви свій поточний емоційний стан стабільним?**

- Так
- Скоріше так
- Скоріше ні
- Ні
- Важко відповісти

**14. Чи готові ви чесно та відверто відповідати на запитання психодіагностичних методик?**

- Так
- Так, але мені може бути складно
- Не впевнений(а)
- Ні

## ДОДАТОК 3

### Інформаційна згода учасника психологічного дослідження

#### Шановний військовослужбовцю!

Просимо вас узяти участь в анонімному психологічному опитуванні, яке проводиться в рамках дослідження *«Психологічні особливості військовослужбовців, які проходять лікування після поранень і соматичних захворювань»*.

Ваш досвід і ваша думка є надзвичайно важливими для покращення якості психологічної підтримки та реабілітації українських захисників.

Опитування **анонімне**, не містить запитань, які можуть вас ідентифікувати, та триватиме орієнтовно **45–60 хвилин**. Участь є **цілком добровільною** — ви можете перервати або завершити її в будь-який момент без будь-яких наслідків.

У ході опитування вам буде запропоновано відповісти на запитання про ваш емоційний стан та самопочуття під час лікування. Деякі питання можуть стосуватися пережитих подій та емоційних реакцій. Якщо будь-яке питання викликає дискомфорт, ви можете пропустити його.

Усі відповіді обробляються **лише у зведеному вигляді**, будуть використані виключно для наукових цілей і не передаватимуться третім особам чи командуванню.

Дякую вам за мужність, витримку та готовність поділитися своїм досвідом.

Ваш внесок допоможе зробити систему психологічної підтримки військових більш ефективною.

## ДОДАТОК К

### Застосування t-критерію Стьюдента для перевірки міжгрупових відмінностей

У межах даного дослідження для перевірки статистичної значущості відмінностей між середніми значеннями показників психоемоційного стану в незалежних групах військовослужбовців застосовувався t-критерій Стьюдента для незалежних вибірок. Використання цього критерію є доцільним у випадках порівняння двох незалежних груп за кількісними показниками за умови дотримання відповідних статистичних передумов.

#### Передумови застосування t-критерію

Застосування t-критерію Стьюдента передбачає виконання таких умов:

1. досліджувані змінні мають кількісну шкалу вимірювання;
2. групи є незалежними;
3. розподіл показників у групах наближений до нормального;
4. дисперсії порівнюваних груп є приблизно рівними.

У разі порушення окремих передумов результати t-критерію інтерпретувалися з обережністю та доповнювалися результатами непараметричних методів.

#### Покроковий алгоритм застосування t-критерію Стьюдента

##### Крок 1. Формулювання статистичних гіпотез

- **Нульова гіпотеза ( $H_0$ ):** середні значення показника у двох незалежних групах не відрізняються.
- **Альтернативна гіпотеза ( $H_1$ ):** між середніми значеннями показника у двох незалежних групах існують статистично значущі відмінності.

##### Крок 2. Обчислення описових статистик

Для кожної групи визначалися:

- середнє арифметичне значення ( $M$ );
- стандартне відхилення ( $SD$ );
- обсяг вибірки ( $n$ ).

### Крок 3. Обчислення значення t-критерію

Значення t-критерію для незалежних вибірок обчислюється за формулою:

$$t = \frac{|M_1 - M_2|}{\sqrt{\frac{(N_1 - 1)\sigma_1^2 + (N_2 - 1)\sigma_2^2}{N_1 + N_2 - 2} \cdot \left(\frac{1}{N_1} + \frac{1}{N_2}\right)}}$$

де:

- $M_1, M_2$  — середні значення показника у першій та другій групах;
- $SD_1, SD_2$  — стандартні відхилення у групах;
- $N_1, N_2$  — чисельність вибірок.

### Крок 4. Визначення ступенів свободи

Кількість ступенів свободи визначається за формулою:

$$df = N_1 + N_2 - 2$$

### Крок 5. Оцінка статистичної значущості

Отримане значення  $t$  порівнюється з критичним значенням або використовується відповідне значення  $p$ .

Рівень статистичної значущості в дослідженні приймався на рівні  **$p \leq 0,05$** .

### Крок 6. Інтерпретація результатів

- при  $p \leq 0,05$  нульова гіпотеза відхиляється, і робиться висновок про наявність статистично значущих відмінностей між групами;
- при  $p > 0,05$  підстав для відхилення нульової гіпотези немає.

Отримані результати інтерпретуються виключно як статистичні відмінності між групами та не розглядаються як причинно-наслідкові зв'язки, що відповідає неекспериментальному характеру дослідження.

## Методологічна примітка

Застосування t-критерію Стьюдента у даному дослідженні слугувало інструментом перевірки міжгрупових відмінностей у межах квазіекспериментального (порівняльного) дизайну та доповнювалося результатами описового й кореляційного аналізу, що дозволяло уникнути надінтерпретації отриманих даних.

## ДОДАТОК Л

### Застосування U-критерію Манна–Уїтні для перевірки міжгрупових відмінностей

У межах даного дослідження для перевірки статистичної значущості відмінностей між показниками психоемоційного стану в незалежних групах військовослужбовців поряд із параметричними методами застосовувався U-критерій Манна–Уїтні. Використання цього непараметричного критерію є доцільним у випадках, коли розподіл показників не відповідає вимогам нормальності або коли чисельність вибірок є обмеженою.

Передумови застосування U-критерію Манна–Уїтні

Застосування U-критерію Манна–Уїтні передбачає виконання таких умов:

1. досліджувані змінні мають щонайменше порядкову або кількісну шкалу вимірювання;
2. порівнювані групи є незалежними;
3. розподіли показників у групах можуть відрізнятися від нормального;
4. форма розподілів у групах є відносно подібною.

U-критерій не потребує дотримання вимоги нормальності розподілу, що робить його придатним для аналізу даних у клінічних та військових вибірках.

Покроковий алгоритм застосування U-критерію Манна–Уїтні

Крок 1. Формулювання статистичних гіпотез

- Нульова гіпотеза ( $H_0$ ): розподіли показника в двох незалежних групах не відрізняються.
- Альтернативна гіпотеза ( $H_1$ ): між розподілами показника в двох незалежних групах існують статистично значущі відмінності.

Крок 2. Ранжування спостережень

Усі значення показника з двох груп об'єднуються в єдину сукупність і впорядковуються за зростанням. Кожному значенню присвоюється

відповідний ранг; у разі наявності однакових значень використовуються середні ранги.

Крок 3. Обчислення суми рангів

Для кожної з груп обчислюється сума рангів:

$R_1$  - сума рангів першої групи;

$R_2$  - сума рангів другої групи.

Крок 4. Обчислення значення U-критерію

Значення U для кожної з груп визначається за формулами:

$$U_1 = n_1 n_2 + \frac{n_1(n_2 + 1)}{2} - R_1$$

$$U_2 = n_1 n_2 + \frac{n_2(n_1 + 1)}{2} - R_2$$

де:

$n_1, n_2$  - чисельність першої та другої груп;

$R_1, R_2$  - суми рангів відповідних груп.

Для подальшого аналізу використовується менше з двох значень U.

Крок 5. Оцінка статистичної значущості

Отримане значення U порівнюється з критичним або використовується відповідне значення  $p$ , обчислене за допомогою статистичного програмного забезпечення.

Рівень статистичної значущості в дослідженні приймався на рівні  $p \leq 0,05$ .

Крок 6. Інтерпретація результатів

- при  $p \leq 0,05$  нульова гіпотеза відхиляється, що свідчить про наявність статистично значущих відмінностей між групами;
- при  $p > 0,05$  підстав для відхилення нульової гіпотези не виявлено.

Результати U-критерію Манна–Уїтні інтерпретуються як відмінності у розподілах показників, без висновків про причинно-наслідкові зв'язки.

### Методологічна примітка

Застосування U-критерію Манна–Уїтні в даному дослідженні дозволило доповнити результати параметричного аналізу та підвищити надійність інтерпретації міжгрупових відмінностей у межах квазіекспериментального (порівняльного) дизайну.

## ДОДАТОК М

### Застосування коефіцієнта кореляції Пірсона для аналізу взаємозв'язків між показниками

У межах даного дослідження для аналізу взаємозв'язків між показниками психоемоційного стану військовослужбовців застосовувався коефіцієнт лінійної кореляції Пірсона ( $r$ ). Використання цього статистичного методу є доцільним для оцінки сили та напрямку лінійного зв'язку між кількісними змінними у вибірках із достатньою чисельністю спостережень.

Передумови застосування коефіцієнта Пірсона

Застосування коефіцієнта кореляції Пірсона передбачає виконання таких умов:

1. досліджувані змінні мають кількісну шкалу вимірювання;
2. зв'язок між змінними має лінійний характер;
3. розподіл змінних є наближеним до нормального;
4. відсутні значні викиди, що можуть істотно спотворювати значення коефіцієнта.

У разі можливого порушення окремих передумов результати аналізу інтерпретувалися з обережністю та, за необхідності, доповнювалися застосуванням непараметричних кореляційних методів.

Покроковий алгоритм застосування коефіцієнта Пірсона

Крок 1. Формулювання статистичних гіпотез

- Нульова гіпотеза ( $H_0$ ): між досліджуваними змінними відсутній лінійний кореляційний зв'язок.
- Альтернативна гіпотеза ( $H_1$ ): між досліджуваними змінними існує статистично значущий лінійний кореляційний зв'язок.

Крок 2. Обчислення середніх значень

Для кожної змінної визначається середнє арифметичне значення.

Крок 3. Обчислення коефіцієнта кореляції Пірсона

Коефіцієнт кореляції Пірсона обчислюється за формулою:

$$r_{xy} = \frac{\sum_{i=1}^n (x_i - \bar{x}) \cdot (y_i - \bar{y})}{\sqrt{\sum_{i=1}^n (x_i - \bar{x})^2} \cdot \sqrt{\sum_{i=1}^n (y_i - \bar{y})^2}}$$

Де  $r_{xy}$  – коефіцієнт кореляції Пірсона для вибірки

$x_i, y_i$  – окремі точки вибірки з індексом  $i$

$\bar{x}, \bar{y}$  – середнє арифметичне значення вибірки

Крок 4. Визначення статистичної значущості

Для перевірки статистичної значущості коефіцієнта кореляції використовується відповідне значення  $p$ , обчислене з урахуванням обсягу вибірки.

Рівень статистичної значущості в дослідженні приймався на рівні  $p \leq 0,05$ .

Крок 5. Інтерпретація сили та напрямку зв'язку

Значення коефіцієнта  $r$  інтерпретується з урахуванням таких орієнтовних меж:

$|r| \approx 0,10$  — слабкий зв'язок;

$|r| \approx 0,30$  — помірний зв'язок;

$|r| \geq 0,50$  — виражений зв'язок.

Додатне значення  $r$  вказує на прямий зв'язок між змінними, від'ємне — на обернений.

Крок 6. Інтерпретація результатів

Отримані кореляційні зв'язки інтерпретуються виключно як статистичні асоціації між показниками та не розглядаються як причинно-наслідкові залежності, що відповідає неекспериментальному характеру дослідження.

Методологічна примітка

Застосування коефіцієнта кореляції Пірсона в даному дослідженні дозволило описати структуру взаємозв'язків між компонентами психоемоційного стану військовослужбовців у період стаціонарного лікування та доповнило результати порівняльного аналізу в межах квазіекспериментального дизайну.