УНІВЕРСИТЕТ МИТНОЇ СПРАВИ ТА ФІНАНСІВ

ФАКУЛЬТЕТ УПРАВЛІННЯ

КАФЕДРА ПСИХОЛОГІЇ

Нормоконтроль проведено_____

Кваліфікаційна робота

другий (магістерський) рівень вищої освіти

спеціальність 053 «Психологія»

ВПЛИВ СОЦІАЛЬНОЇ САМОТНОСТІ НА ЕФЕКТИВНІСТЬ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ КОМБАТАНТІВ

Виконала:

студентка групи ПС24-1м

Драганчук А. О. _____

Керівник:

к. психол. н.

Храмцова В.В. _____

в. о. завідувача випускової кафедри:

к. психол. н., доцент _____
Склянська О.В.

2026

АНОТАЦІЯ

Драганчук А.О. Вплив соціальної самотності на ефективність фізичної реабілітації комбатантів. – Кваліфікаційна робота на здобуття ступеня магістра за спеціальністю 053 «Психологія». – Університет митної справи та фінансів, Дніпро, 2025.

У кваліфікаційній роботі досліджено вплив соціальної самотності на ефективність фізичної реабілітації комбатантів через аналіз мотивації, якості участі у реабілітаційному процесі та прогресу у відновленні. Проведено теоретичний аналіз феномена соціальної самотності в контексті реабілітації.

Використано комплекс психодіагностичних методик: експрес-діагностика рівня соціальної ізольованості (Д. Рассел, М. Фергюсон), методика «Діагностика мотивації успіху та страху невдач» (А. Реан), опитувальник «Самооцінка станів тривожності, фрустрації, агресивності та регідності», проективна методика "Дерево з Чоловічками" та інші стандартизовані методики.

За результатами кореляційного аналізу виявлено значущий негативний взаємозв'язок між рівнем соціальної самотності та мотивацією до реабілітації. Встановлено, що високий рівень соціальної самотності асоціюється зі зниженою самооцінкою, меншою мотивацією досягати успіху в реабілітації та нижчою якістю соціальних стосунків.

Розроблено практичні рекомендації для зниження рівня самотності та підвищення мотивації у реабілітаційному процесі, які можуть бути використані психологами, реабілітологами та фізичними терапевтами у роботі з особами, що проходять фізичну реабілітацію.

Ключові слова: СОЦІАЛЬНА САМОТНІСТЬ, СУБ'ЄКТИВНЕ ВІДЧУТТЯ САМОТНОСТІ, МОТИВАЦІЯ ДО РЕАБІЛІТАЦІЇ, ФІЗИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ, САМООЦІНКА, ЯКІСТЬ СОЦІАЛЬНИХ СТОСУНКІВ, ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІ, КОМБАТАНТИ, РЕАБІЛІТАЦІЙНИЙ ПРОЦЕС

ABSTRACT

Draganchuk A. The Impact of Social Loneliness on the Effectiveness of Physical Rehabilitation in Combatants. – Master's Qualification Thesis in Specialty 053 "Psychology". – University of Customs and Finance, Dnipro, 2025.

This thesis investigates the impact of social loneliness on the effectiveness of physical rehabilitation in combatants. A theoretical analysis of the phenomenon of social loneliness and its role in the rehabilitation process was conducted.

The empirical study examined the relationship between social loneliness and rehabilitation effectiveness measured through motivation for rehabilitation, quality of participation in the rehabilitation process, and progress in recovery. Psychodiagnostic tools were used to measure social loneliness (Russell and Ferguson Social Isolation Scale), motivation, psychological well-being (modified BIBISI scale), trust, psychological states, and a projective technique "Tree with Little People". Expert assessments by rehabilitation specialists and physical therapists were conducted.

Correlation analysis revealed a significant negative relationship between social loneliness and the effectiveness of physical rehabilitation. High levels of social loneliness are associated with reduced motivation for rehabilitation, lower quality of participation in the rehabilitation process, lower progress in recovery, and lower quality of social relationships.

Practical recommendations were developed to reduce social loneliness and increase the effectiveness of rehabilitation for use by psychologists, rehabilitation specialists, and physical therapists working with combatants.

Keywords: social loneliness, effectiveness of physical rehabilitation, motivation for rehabilitation, physical rehabilitation, quality of participation, progress in recovery, psychological well-being, trust, quality of social relationships, combatants, rehabilitation process.

ЗМІСТ

ВСТУП.....4
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ДОСЛІДЖЕННЯ СОЦІАЛЬНОЇ САМОТНОСТІ В РЕАБІЛІТАЦІЇ КОМБАТАНТІВ.....12
1.1 Соціальна самотність як психологічний феномен у дорослому віці.....12
1.2 Мотивація у контексті реабілітаційного процесу.....15
1.3 Взаємозв'язок самотності, мотивації та якості соціальних стосунків у осіб, що проходять фізичну реабілітацію…….....18
Висновки до першого розділу.....25
РОЗДІЛ 2. МЕТОДОЛОГІЧНЕ ОБҐРУНТУВАННЯ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ВПЛИВУ СОЦІАЛЬНОЇ САМОТНОСТІ НА РЕАБІЛІТАЦІЮ КОМБАТАНТІВ.....24
2.1 Методологічне обґрунтування гіпотез дослідження.....24
2.2 Організація та дизайн емпіричного дослідження.....29
2.2.1 Характеристика вибірки дослідження.....29
2.2.2 Психодіагностичний інструментарій.....32
2.2.3 Процедура проведення дослідження.....40
Висновки до другого розділу.....44
РОЗДІЛ 3. РЕЗУЛЬТАТИ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ВПЛИВУ СОЦІАЛЬНОЇ САМОТНОСТІ НА РЕАБІЛІТАЦІЮ КОМБАТАНТІВ.....46
3.1 Результати дослідження соціальної самотності, мотивації та психологічних характеристик комбатантів.....46
3.2 Аналіз взаємозв'язків між соціальною самотністю, мотивацією та якістю соціальних стосунків.....60
3.3 Практичні рекомендації щодо психологічної підтримки комбатантів у реабілітаційному процесі.....69
3.3.1 Рекомендації щодо зовнішніх чинників впливу.....69

3.3.2 Практичні рекомендації щодо підвищення рівня емоційної довіри.....71
3.3.3 Рекомендації щодо зниження тривожності та агресивності.....75
3.3.4 Рекомендації щодо організації реабілітаційних програм.....79
Висновки до третього розділу.....81
ЗАГАЛЬНІ ВИСНОВКИ.....83
ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ.....89
СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ.....95
ДОДАТКИ.....102
ДОДАТОК А. ШКАЛА СОЦІАЛЬНОЇ САМОТНОСТІ (UCLA LONELINESS SCALE)…….103
ДОДАТОК Б. МЕТОДИКА ДІАГНОСТИКИ МОТИВАЦІЇ УСПІХУ І СТРАХУ НЕВДАЧ (А. О. РЕАН))……105
ДОДАТОК В. МЕТОДИКА ЕКСПРЕС-ДІАГНОСТИКИ ДОВІРИ (ЗА ШКАЛОЮ С. РОЗЕНБЕРГА)……106
ДОДАТОК Г. ОПИТУВАЛЬНИК "САМООЦІНКА СТАНІВ ТРИВОЖНОСТІ, ФРУСТРАЦІЇ, АГРЕСИВНОСТІ ТА РИГІДНОСТІ"……...107
ДОДАТОК Д. МЕТОДИКА "МОДИФІКОВАНА ШКАЛА СУБ'ЄКТИВНОГО БЛАГОПОЛУЧЧЯ БІБІСІ"…….110
ДОДАТОК Е. ПРОЕКТИВНА МЕТОДИКА "ДЕРЕВО З ЧОЛОВІЧКАМИ" (JOHN AND DIANA LAMPEN)……..113
ДОДАТОК Є. АНКЕТА ЕКСПЕРТНИХ ОЦІНОК ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ (ОЦІНКА ЯКОСТІ УЧАСТІ КОМБАТАНТІВ У РЕАБІЛІТАЦІЇ)……..114
ДОДАТОК І. КОРЕЛЯЦІЙНА МАТРИЦЯ ВЗАЄМОЗВ'ЯЗКІВ МІЖ ДОСЛІДЖУВАНИМИ ЗМІННИМИ (N=60)……115

ВСТУП

Актуальність теми дослідження

Сучасні військові конфлікти та техногенні катастрофи спричинили значне зростання кількості людей, які потребують фізичної та психологічної реабілітації. За даними досліджень, у 70% колишніх учасників збройних конфліктів через два роки після завершення бойових дій все ще спостерігається дезадаптація, яка виявляється в нездатності до пристосування до мирного життя з такими ознаками, як страх, високий рівень тривожності, відсутність оптимізму й активності. Військовослужбовці, що отримали травми під час служби, часто стають на шлях довгострокової реабілітації, яка вимагає не лише фізичного відновлення, але й глибокої психологічної адаптації.

Однією з найбільш гострих проблем, з якою стикаються реабілітанти, є феномен соціальної самотності. Соціальна самотність – це досвід дискомфорту, що виникає внаслідок розриву або відсутності необхідних соціальних зв'язків та відчуття приналежності до спільноти. На відміну від емоційної самотності, яка пов'язана з відсутністю близьких інтимних стосунків, соціальна самотність відображає суб'єктивне відчуття дефіциту соціальної інтеграції та підтримки. Дослідження підтверджують, що соціальна самотність негативно впливає на психічне здоров'я, збільшує рівень тривожності та депресії, знижує когнітивні здібності та мотивацію до діяльності й позитивних змін.

Мотивація до реабілітації є внутрішньою спрямованістю на досягнення успіху в процесі фізичного та психологічного відновлення. Вона залежить від численних факторів, включаючи якість соціальних стосунків, самооцінку, соціальну підтримку та рівень сподівань на успіх. Численні психологічні дослідження показують, що мотивація є одним із найважливіших предикторів успішності реабілітації та якості життя після завершення лікування. Разом з тим, результати досліджень вказують на низький рівень використання послуг з реабілітації, особливо серед чоловіків та військовослужбовців, що пов'язано

з недовірою до якості послуг, страхом виглядати слабкими, а також недостатнім усвідомленням власних потреб у психологічній підтримці.

Довіра, психологічне благополуччя та якість соціальних стосунків виступають важливими модераторами у взаємозв'язку між самотністю та мотивацією. Довіра відображає здатність до відкритих та безпечних взаємодій з оточуючими, а психологічне благополуччя – загальний стан психічного здоров'я, що впливають на здатність долати труднощі реабілітаційного процесу. Дослідження свідчать, що особи з різним рівнем соціальної самотності відрізняються схильністю виражати негативні переживання у вигляді різних видів та форм агресивності, а також мають різний рівень фрустрації та тривожності. Встановлено статистично значущі зв'язки між показниками самотності, довіри, психологічного благополуччя та якості соціальних стосунків.

Актуальність теми полягає в тому, що розуміння взаємозв'язку між соціальною самотністю та мотивацією до реабілітації має критичне значення для розробки ефективних психологічних інтервенцій у реабілітаційних центрах. На даний час в Україні недостатньо емпіричних досліджень, присвячених цій проблематиці, особливо у контексті військових. Крім того, розуміння ролі довіри, психологічного благополуччя та якості соціальних стосунків як модераторів у цьому взаємозв'язку може допомогти розробити більш персоналізовані та ефективні програми психологічної підтримки, враховуючи чотири основні фази реабілітаційної роботи: знайомство та встановлення контакту, поглиблення довірливих стосунків, первинна діагностика, забезпечення групи підтримки.

Мета дослідження:

Теоретично обґрунтувати та емпірично дослідити вплив соціальної самотності на ефективність фізичної реабілітації комбатантів через показники мотивації до реабілітації, якості участі у реабілітаційному процесі та прогресу у відновленні.

Завдання дослідження:

1. Провести теоретичний аналіз наукової літератури щодо сутності та психологічних особливостей феномена соціальної самотності у дорослому віці та мотивації у контексті реабілітаційного процесу, якості соціальних стосунків та самооцінки.
2. Здійснити добір валідного психодіагностичного інструментарію для вимірювання рівня соціальної самотності, мотивації успіху та невдач як опосередкованого дослідження в реабілітації, самооцінки та якості соціальних стосунків.
3. Розробити анкету експертних оцінок фізичної реабілітації для об’єктивізації мотивації до реабілітації комбатантів.
4. Провести емпіричне дослідження для визначення фактичного рівня соціальної самотності, мотивації та якості соціальних стосунків у вибірці комбатантів, що проходять фізичну реабілітацію.
5. Здійснити кількісний та якісний аналіз отриманих емпіричних даних, включаючи проведення кореляційного аналізу для виявлення значущості взаємозв'язку між змінними та аналізу групових відмінностей.
6. Розробити практичні рекомендації для психологів та реабілітологів щодо зниження рівня самотності та підвищення мотивації у реабілітаційному процесі.

Об'єкт дослідження:

Ефективність фізичної реабілітації комбатантів, що проходять фізичну реабілітацію.

Предмет дослідження:

Соціальна самотність комбатантів та її вплив на ефективність реабілітації через показники мотивації, якості участі та прогресу у відновленні.

Концептуальна гіпотеза:

У комбатантів, що проходять фізичну реабілітацію, високий рівень соціальної самотності значуще негативно взаємопов'язаний із зниженою ефективністю фізичної реабілітації, що проявляється у низькій мотивації до реабілітації, гіршій якості участі у реабілітаційному процесі та нижчих показниках прогресу у відновленні.

Емпіричні гіпотези:

1. Чим вищий рівень соціальної самотності відчуває комбатант в реабілітації, тим нижчою буде його мотивація докладати зусиль для успішного відновлення.

2. Чим нижче відчуття соціальної самотності, тим вищою буде мотивація до активної участі у реабілітаційному процесі.

3. Вища якість соціальних стосунків корелює з нижчим рівнем соціальної самотності та вищою мотивацією до реабілітації.

Теоретико-методологічна основа дослідження:

Теоретико-методологічну основу дослідження складають: теорія самотності (Р. Вайс, Л. Перлман, К. Вейтц, Д. Рассел, Р. Баумайстер), теорії мотивації (А. Маслоу, Д. Макклелланд, Х. Герцберг, Е. Дісі, А,О, Роен), концепція психологічного благополуччя (К. Ріфф), теорія самооцінки особистості (М. Розенберг). Методологічні засади дослідження ґрунтуються на принципах комплексного психологічного аналізу, системному підході до вивчення психологічних явищ, а також на положеннях позитивної психології та психології здоров'я. Особлива увага приділяється сучасним українським дослідженням у галузі фізичної реабілітації постраждалих внаслідок дії екстремальних стрес-факторів (І. Дигун, Л. Романовська, К. Волков, Т. Коломієць, А. Пасічник).

Методи та психодіагностичні методики дослідження:

Для досягнення мети та вирішення поставлених завдань обрано такі методи дослідження:

Теоретичні методи: аналіз та узагальнення наукових джерел, систематизація та класифікація теоретичних підходів до вивчення соціальної самотності, мотивації та якості соціальних стосунків.

Емпіричні методи: психологічне тестування за допомогою стандартизованих методик, анкети для експертів-реабілітологів.

Математико-статистичні методи: описова статистика, кореляційний аналіз (коефіцієнт r-Пірсона), аналіз групових відмінностей (U-критерій Манна-Уітні), якісний контент-аналіз.

Психодіагностичні методики:

1. «Експрес-діагностика рівня соціальної ізольованості» (за шкалою Д. Рассела та М. Фергюсона) – для вимірювання рівня соціальної самотності.

2.Методика «Діагностика мотивації успіху та страху невдач» (А. Реан)

3. «Експрес-діагностика довіри» (за шкалою С. Розенберга) – для вимірювання рівня соціальної довіри.

4. «Модифікована шкала суб'єктивного благополуччя БІБІСІ» (адаптація Л.М. Карамушки, К.В. Терещенко, О.В. Креденцер) – для вимірювання психологічного благополуччя та якості соціальних стосунків (включає шкали: психологічне благополуччя, фізичне здоров'я, стосунки).

5. Опитувальник «Самооцінка станів тривожності, фрустрації, агресивності та регідності» – для вимірювання психологічних станів.

6. Проективна методика "Дерево з Чоловічками" (John and Diana Lampen) – для якісного аналізу емоційного стану та позиції у соціальній групі.

7. Анкета експертних оцінок фізичної реабілітації (для реабілітологів та фізичних терапевтів) – для отримання експертної оцінки параметрів, що впливають на ефективність фізичної реабілітації.

Теоретична значущість роботи:

Робота розширює теоретичне розуміння взаємозв'язку між соціальною самотністю та мотивацією до реабілітації у комбатантів. Вона вносить вклад у розвиток теорії мотивації, відображаючи роль емоційних та соціально-психологічних факторів у мотиваційних процесах. Крім того, дослідження допомагає глибше зрозуміти, як якість соціальних стосунків та самооцінка функціонують як посередники взаємозв'язку між самотністю та мотивацією, що важливо для розвитку психології фізичної реабілітації та адаптації особистості в умовах екстремальних стресових факторів.

Практична значущість роботи:

Практичне значення дослідження полягає в розробці на основі отриманих результатів рекомендацій для психологів, реабілітологів та соціальних працівників щодо:

– виявлення групи ризику серед комбатантів з високим рівнем соціальної самотності та низькою мотивацією;

– розробки психологічних інтервенцій для зниження рівня соціальної самотності та підвищення мотивації з урахуванням чотирьох фаз реабілітаційної роботи;

– удосконалення програм психологічної підтримки у реабілітаційних центрах з акцентом на підвищення рівня довіри, психологічного благополуччя та якості соціальних стосунків;

– підвищення ефективності реабілітаційних заходів шляхом врахування взаємозв'язку психологічних факторів та створення індивідуальних програм допомоги;

– подолання бар'єрів у зверненні за психологічною допомогою, зокрема серед військовослужбовців-чоловіків.

Результати дослідження можуть бути використані у роботі з військовослужбовцями, які проходять реабілітацію, а також адаптовані для роботи з іншими категоріями осіб, що потребують психологічної реабілітації після дії екстремальних стрес-факторів.

Апробація результатів дослідження:

– Драганчук А. О. Роль соціальної підтримки в реабілітації військовослужбовців, які зазнали травмівного впливу. Цифрове суспільство: міжнародні економічні відносини, управління, фінанси та соціум : матеріали Міжнар. наук.-практ. конф. (м. Дніпро, 25 квіт. 2025 р.). Дніпро : УМСФ, 2025. С. 30–32.

– Драганчук А. О., Лихолат О. А. Соціальна самотність: психологічний аспект. Економіко-правові та управлінсько-технологічні виміри сьогодення: молодіжний погляд : матеріали Міжнар. наук.-практ. конф. (м. Дніпро, 08 листоп. 2024 р.). Дніпро : УМСФ, 2024. Т. 2. С. 274–276.

Структура роботи:

Робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків, списку використаної літератури та додатків.

У першому розділі розглядаються теоретичні аспекти соціальної самотності як психологічного феномена, аналізуються сучасні підходи до розуміння мотивації у реабілітаційному контексті, розкривається взаємозв'язок між самотністю, мотивацією, якістю соціальних стосунків та самооцінкою на основі вітчизняних та зарубіжних досліджень.

Другий розділ присвячений методологічному обґрунтуванню гіпотез дослідження та описанню його організації. Розкривається дизайн дослідження, характеризується вибірка.

У третьому розділі подаються результати емпіричного дослідження, здійснюється їх кількісний та якісний аналіз, інтерпретація отриманих даних у контексті теоретичних концепцій та результатів попередніх досліджень, зокрема аналізуються кореляційні зв'язки між змінними та групові відмінності.

У висновках узагальнюються основні результати теоретичного та емпіричного дослідження, пропонуються практичні рекомендації щодо психологічної підтримки комбатантів та визначаються перспективи подальшої розробки цієї проблематики.

РОЗДІЛ 1
ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ДОСЛІДЖЕННЯ СОЦІАЛЬНОЇ САМОТНОСТІ В РЕАБІЛІТАЦІЇ КОМБАТАНТІВ

1.1 Соціальна самотність як психологічний феномен у дорослому віці

Самотність як комплексний психічний феномен виступає об'єктом різних гуманітарних наук: соціології, класичної соціальної філософії, антропології, психології. Однак у вітчизняній психології вкрай мало спеціальних робіт, присвячених самотності, її сутності, проявам, генезису. Зокрема, самотність розглядалася в роботах таких авторів: філософів – Й.В. Гете, Ж.-Ж. Руссо, Г.І. Циммермана, Н.Н. Трубнікова, Н.Є. Покровского, А.І. Тітаренко, Н.В. Хамітова та інших; зарубіжних учених – Е. Фромма, Е. Еріксона, Д. Майерса, а також вітчизняних – Ю.М. Швалба, О.В. Данчевої, О.С. Алейникової, В.І. Сіляєвої, І.С. Кона, Н.Є. Харламенкової, І.В. Бабанової, К.А. Абульханової та багатьох інших [19].

Самотність – це соціально-психологічне явище, емоційний стан, пов'язане з відсутністю близьких, позитивних емоційних зв'язків з людьми та зі страхом їх втрати в результаті вимушеної або наявної психологічної причини соціальної ізоляції. У рамках цього поняття розрізняють два різних феномени – позитивна (самітність) і негативна (ізоляція) самотність, однак найчастіше поняття самотності має негативні конотації.

Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) визнала самотність нагальною глобальною загрозою для здоров'я. Її вплив може бути таким же шкідливим для здоров'я людини, як і паління 15 сигарет за добу. Метааналіз 148 досліджень взаємозв'язку самотності та здоров'я показав, що самотність є вагомим провісником смертності, навіть якщо з методологічних міркувань не враховувати випадків смерті внаслідок самогубства [48].

Самотність впливає на кров'яний тиск та імунну систему, викликає підвищення в організмі рівня гормонів стресу. Це збільшує ризик розвитку

хвороби Альцгеймера і на тривалий час викликає загальне ослаблення когнітивних навиків. Також самотність прискорює процес старіння. Сон самотніх за тривалістю такий самий, як і сон несамотніх, але якість сну перших гірша і вони частіше прокидаються вночі. Саме суб'єктивне почуття самотності, а не фактичний обсяг соціальної підтримки корелюється з порушеннями психічного та соматичного здоров'я. Отже, для передбачення негативних наслідків для здоров'я суб'єктивна соціальна ізоляція – набагато точніша змінна за об'єктивну соціальну ізоляцію [50].

Самотність може стати патологічною, коли вона переростає в хронічне і болісне відчуття неможливості по-справжньому бути пов'язаним із кимось, коли кожні стосунки з іншими в основному досвідчуються як відсутність прив'язаності. Виявляється, що можна передбачити збільшення симптомів депресії виходячи з самотності, але не збільшення самотності з симптомів депресії. Зрештою, йдеться про два окремих стани; можна бути самотнім, не будучи в депресії, і бути в депресії, не будучи самотнім. Крім того, є сильне взаємовідношення між самотністю і думками про самогубство та суїцидальною поведінкою [11].

Розглядаючи самотність як психічний феномен, більшість дослідників підкреслюють її відмінності з такими поняттями, як «усамітнення» й «ізоляція», вважаючи, що самотність має певний специфічний внутрішній контекст. Ізоляція більшою мірою пов'язана з фізичною, просторовою та тимчасовою локалізацією людини по відношенню до соціального оточення і є зовні обумовленою ситуацією, а не внутрішнім психічним переживанням. Предметом самотності виступає сама людина. Самотність спрямована на суб'єкта, об'єкт тут ніби вторинний. Можна бути ізольованим, але не самотнім. Можна перебувати на самоті та не бути ізольованим. Самотність, на відміну від об'єктивної ізоляції, відображає дисгармонію відносин між «Я» та «ВОНИ», розлад зі світом, самим собою, супроводжуючись стражданнями, кризами. Ізоляція може супроводжуватися або не супроводжуватися самотністю, але ці поняття в жодному випадку не тотожні [5].

У науковому аналізі самотності можна виділити дві тенденції, які обумовлені її негативною та позитивною спрямованістю. Роберт С. Вайс розрізняє соціальну і емоційну самотність. Соціальна самотність – це брак соціальної інтеграції, соціально самотня людина прагне бути частиною спільноти. Емоційно самотній людині, навпаки, бракує по-справжньому близького зв'язку з кимось. На думку Вайсса, це різні форми самотності – вони якісно відрізняються одна від одної. Тому можна страждати від однієї форми, не потерпаючи при цьому від іншої, можна зуміти полегшити страждання від однієї форми, не зменшивши страждання від іншої. Можна знайти собі місце у спільноті й однаково почуватися емоційно самотнім. І навпаки, можна знайти іншу людину і мати з нею близький зв'язок і при цьому почуватися соціально самотнім [3; 70].

У таблиці 1.1 наведено порівняльну характеристику емоційної та соціальної самотності за класифікацією Р. Вайса.

Таблиця 1.1

Порівняльна характеристика типів самотності за Р. Вайсом

Критерій	Емоційна самотність	Соціальна самотність
Сутність	Відсутність близької інтимної прив'язаності	Відсутність дружнього зв'язку чи почуття спільності
Супутні емоції	Неспокій, тривога, порожнеча	Туга, переживання соціальної маргінальності
Потреба	У близькому, інтимному зв'язку з конкретною людиною	У почутті належності до групи, спільноти
Можливість компенсації	Не компенсується соціальними контактами	Не компенсується близькими стосунками з однією людиною

Джерело: складено автором на основі [3; 70]

Щодо факторів сприяння самотності, то ми бачимо низку психологічних факторів. Наприклад, це може бути низька довіра, яка призводить до уникнення контактів з іншими людьми через страх критики, що, своєю чергою, створює порочне коло – в результаті відсутності контактів самооцінка

ще більше падає. Слабкі навички спілкування також сприяють виникненню відокремленості від товариства, суспільства, посиленню самотності. Люди з погано розвиненими навичками міжособистісного спілкування, низькою соціалізацією через страх зазнати невдачі у відносинах або потрапити в психологічну залежність також нерідко прагнуть до самотності, особливо якщо в них вже є невдалий досвід спілкування з іншими людьми [5].

Самотність також пов'язана з довірою. Можемо стверджувати, що саме низький рівень довіри призводить до самотності, а не навпаки. Коли ми не довіряємо іншим, то стаємо обережнішими в тому, що кажемо та робимо, менш безпосередніми та спонтанними, менш відкритими. Довіряти – це завжди ризикувати, адже гарантій, що тебе не ошукають, просто немає. Довіра до інших робить нас вразливими, і не всі готові та мають змогу йти на цей ризик [44].

Таким чином, соціальна самотність є складним, багатоаспектним психологічним феноменом, що характеризується суб'єктивним переживанням відсутності соціальної інтеграції та належності до спільноти. На відміну від об'єктивної соціальної ізоляції, соціальна самотність є внутрішнім психічним станом, який може виникати навіть за наявності формальних соціальних контактів. Розуміння механізмів виникнення та проявів соціальної самотності є критично важливим для розробки ефективних психологічних інтервенцій, особливо у контексті реабілітації осіб, що пережили травмуючі події.

1.2. Мотивація у контексті реабілітаційного процесу

Мотиваційна готовність особистості виступає фундаментальним предиктором ефективності фізичного та психологічного відновлення. Успіх реабілітації після перенесених травм, хірургічних втручань або соматичних захворювань безпосередньо залежить від комплексного підходу, що інтегрує медичні заходи із системною психосоціальною підтримкою. Дослідники, зокрема Н. Бирченко та Л. Вольнова, наголошують на неможливості

досягнення стійких результатів без врахування внутрішнього стану індивіда та специфіки його соціального оточення [2, с. 171].

Проблема мотивації набуває особливої гостроти через тривалість реабілітаційного процесу. Згідно з емпіричними даними, лише половина пацієнтів завершують повний курс відновлення, тоді як решта припиняє лікування через брак внутрішніх ресурсів або відсутність зовнішньої підтримки [33]. Ключовими детермінантами, що стимулюють активність пацієнта, виступають: внутрішня впевненість (самоефективність), наявність соціального капіталу та структурованість процесу.

Теоретичний фундамент цього питання закладений у роботах Альберта Бандури, який підкреслював значення самоефективності — віри людини у власну здатність подолати труднощі. Пацієнти з високим рівнем самоефективності демонструють більшу резистентність до перешкод, тоді як когнітивні сумніви у власних силах призводять до втрати мотивації при зіткненні з першими труднощами [33]. Це доповнюється теорією постановки цілей Едвіна Лока, згідно з якою чіткі, реалістичні та декомпозовані за часом завдання дозволяють пацієнту відчути прогрес, що є критично важливим в умовах відсутності негайних результатів [58].

Для систематизації розуміння комплексного впливу факторів на мотивацію в реабілітаційному процесі доцільно розглянути їх у вигляді концептуальної моделі. На рисунку 1.2 представлено інтегровану схему взаємодії внутрішніх та зовнішніх детермінант мотивації.

Як видно з рисунка 1.2, мотивація до реабілітації формується під впливом двох груп факторів. Внутрішні фактори включають самооцінку (що корелює з самоефективністю за Бандурою), віру у власні сили, життєві цілі (що відповідає теорії постановки цілей Лока) та позитивний досвід. Зовнішні фактори представлені соціальною підтримкою, якістю стосунків (терапевтичний альянс), підтримкою фахівців та доступністю ресурсів. Взаємодія цих факторів визначає динамічний рівень мотивації, який, у свою чергу, безпосередньо впливає на ефективність реабілітаційного процесу.

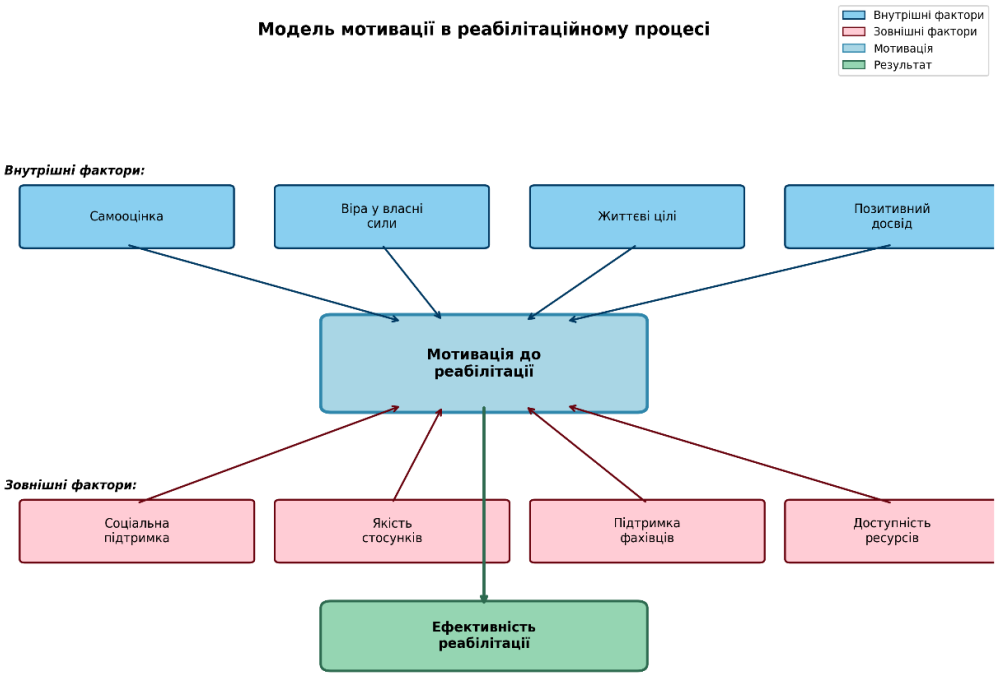


Рис. 1.2. Модель мотивації в реабілітаційному процесі

Джерело: розроблено автором на основі [4; 33; 59]

Окремої уваги заслуговує вплив соціальної самотності. Вона не є простою відсутністю контактів, а являє собою деструктивний психологічний стан, що виснажує когнітивний ресурс. Емпірично доведено, що соціальна ізоляція корелює з низькою самоефективністю: пацієнт, який відчуває себе покинутим, втрачає віру в успіх, що призводить до пасивно-апатичного ставлення до терапії. У цьому контексті ключовим «антидотом» виступає терапевтичний альянс — якість стосунків між пацієнтом та реабілітологом. Спільне формування цілей та емпатична підтримка створюють безпечне середовище, де мотивація підживлюється відчуттям приналежності до спільної справи. Клінічні дослідження А. Медалії та А. Саперштейн підтверджують, що без належної емоційної підтримки з боку референтних осіб та персоналу мотивація пацієнта неминуче знижується [59].

Сучасна реабілітаційна парадигма також передбачає впровадження «цифрової прозорості». Використання мобільних застосунків для моніторингу прогресу не має замінювати людське спілкування, проте виступає дієвим

інструментом об'єктивізації успіху, зміцнюючи віру пацієнта у власні сили [2; 4].

Замість класичних діяльнісних концепцій, механізм формування внутрішніх мотивів доцільно розглядати крізь призму теорії самодетермінації Е. Десі та Р. Раяна. Згідно з нею, розвиток мотивації є продуктом трансформації відносин людини зі світом через задоволення потреб в автономії та компетентності. Робота психолога в реабілітації має бути спрямована на активацію внутрішніх ресурсів та відновлення суб'єктної позиції пацієнта, допомагаючи йому знайти нове місце в соціумі, що є найефективнішим засобом подолання самотності [4].

Критична оцінка: Попри ґрунтовність викладених підходів, слід зауважити на певних ризиках. По-перше, акцент на соціальній підтримці та терапевтичному альянсі не повинен трансформуватися у патологічну залежність пацієнта від фахівця, що може загальмувати розвиток його автономії. По-друге, впровадження цифрових рішень не враховує фактор «цифрового розриву» (особливо для пацієнтів похилого віку), де складність технології може стати додатковим демотиватором. Крім того, теорії часто ігнорують фактор фізичного болю як домінуючого біологічного бар'єру, який здатен нівелювати навіть високу самоефективність.

Отже, мотивація пацієнта — це не константа, а динамічний емоційно-когнітивний стан, який детермінується взаємодією індивідуальних ресурсів та якості мікросоціального оточення. Ефективне управління цим станом вимагає диференціації видів підтримки залежно від типу особистості пацієнта та його актуальних потреб.

1.3 Взаємозв'язок самотності, мотивації та якості соціальних стосунків у осіб, що проходять фізичну реабілітацію

Особливу увагу заслуговує розгляд цих взаємозв’язків у контексті військової популяції. Військовослужбовці, які проходять реабілітацію після

бойових дій, часто стикаються з подвійним викликом: з одного боку, вони переживають травматичний досвід та фізичні обмеження, а з іншого – соціальну ізоляцію через труднощі реінтеграції у цивільне життя. Дослідження показують, що у цієї категорії осіб взаємозв'язок між самотністю та мотивацією є особливо сильним [6].

На малюнку 1.3 представлено концептуальну модель взаємозв'язку соціальної самотності, мотивації до реабілітації та якості соціальних стосунків у комбатантів.

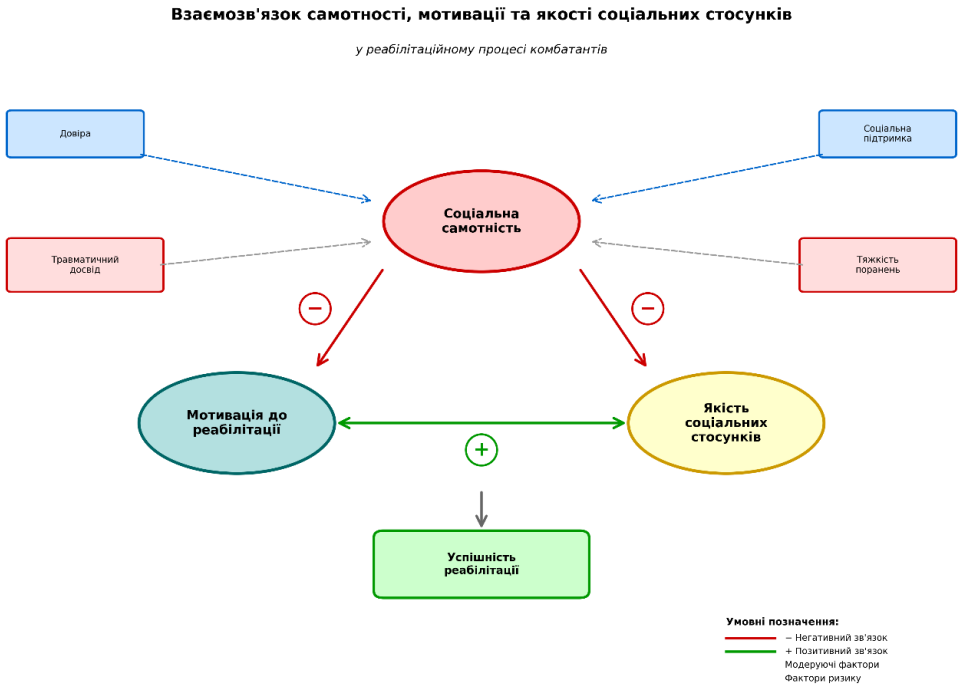


Рис. 1.3. Взаємозв'язок самотності, мотивації та якості соціальних стосунків у реабілітаційному процесі комбатантів

Джерело: розроблено автором на основі [1; 48; 64]

Як видно з рисунка 1.3, взаємозв'язок між основними змінними дослідження має складний, багатосторонній характер. Соціальна самотність демонструє негативний зв'язок як з мотивацією до реабілітації, так і з якістю соціальних стосунків. Це означає, що вищий рівень соціальної самотності асоціюється з нижчою мотивацією до участі у реабілітаційному процесі та гіршою якістю взаємин з оточуючими. Водночас, мотивація до реабілітації та якість соціальних стосунків позитивно пов'язані між собою – особи з більш

якісними соціальними зв’язками демонструють вищу мотивацію до відновлення.

Важливим аспектом є розуміння того, що взаємозв’язок між досліджуваними змінними не є направленими у один бік. Існує ефект взаємного посилення: соціальна самотність знижує мотивацію, що призводить до зниження активності у соціальних контактах, що, у свою чергу, посилює самотність. Розірвання цього замкнутого кола вимагає комплексного підходу, що включає як індивідуальну роботу з підвищення мотивації та самооцінки, так і створення умов для покращення якості соціальних стосунків [13].

Психологічне благополуччя, як інтегральний показник психічного здоров’я, також тісно пов’язане з усіма трьома основними змінними дослідження. Концепція психологічного благополуччя Керол Ріфф включає шість компонентів: самоприйняття, позитивні стосунки з іншими, автономію, контроль над середовищем, цілі в житті та особистісне зростання. Дослідження показують, що високий рівень соціальної самотності негативно корелює з усіма компонентами психологічного благополуччя, особливо з позитивними стосунками з іншими [66].

Мотивація до реабілітації, у свою чергу, тісно пов’язана з такими компонентами психологічного благополуччя, як цілі в житті та особистісне зростання. Особи з чітко сформованими життєвими цілями та прагненням до саморозвитку демонструють вищий рівень мотивації до реабілітації навіть за наявності значних фізичних обмежень [66].

Якість соціальних стосунків безпосередньо впливає на компонент психологічного благополуччя «позитивні стосунки з іншими», який є одним із найважливіших предикторів загального благополуччя. Дослідження також показують, що якість стосунків корелює з автономією та контролем над середовищем, оскільки підтримуючі соціальні зв’язки надають людині більше можливостей для прийняття самостійних рішень та ефективного впливу на своє оточення [66].

Особливу увагу заслуговує роль стилю прив'язаності у формуванні взаємозв'язку між самотністю, мотивацією та якістю стосунків. Дослідження Фрейлі, Воллера та Бреннана показали, що особи з надійним стилем прив'язаності краще справляються з почуттям самотності та мають вищу мотивацію до подолання труднощів. Навпаки, особи з уникаючим або тривожним стилем прив'язаності більш схильні до переживання хронічної самотності та мають нижчу мотивацію до реабілітації [48].

Хошкам та колеги у своєму дослідженні виявили, що самооцінка виступає медіатором у взаємозв'язку між стилем прив'язаності та чутливістю до відторгнення. Особи з низькою самооцінкою більш чутливі до соціального відторгнення, що призводить до уникнення соціальних контактів та посилення почуття самотності [44].

У контексті реабілітації військовослужбовців важливо також враховувати специфічні фактори, що впливають на взаємозв'язок досліджуваних змінних. Зокрема, наявність посттравматичного стресового розладу (ПТСР) може значно посилювати почуття самотності та знижувати мотивацію до реабілітації. Дослідження показують, що у військовослужбовців з ПТСР рівень соціальної самотності значно вищий порівняно з тими, хто не має цього діагнозу [21].

Ще одним важливим аспектом є вплив групової динаміки на мотивацію до реабілітації. Програми групової реабілітації, що включають комбатантів з подібним досвідом, показують вищу ефективність порівняно з індивідуальними програмами. Це пояснюється тим, що групова взаємодія знижує почуття самотності, підвищує почуття належності та створює додаткові мотиваційні стимули через механізм соціального порівняння та підтримки [6].

Важливість родинної підтримки не можна переоцінити. Дослідження показують, що якість стосунків з членами родини є одним із найсильніших предикторів успішності реабілітації. Військовослужбовці, які отримують постійну емоційну та практичну підтримку від родини, демонструють вищу

мотивацію до реабілітації та нижчий рівень самотності навіть за наявності значних фізичних обмежень [14].

Таким чином, взаємозв’язок між соціальною самотністю, мотивацією до реабілітації та якістю соціальних стосунків є складним, багаторівневим феноменом, що вимагає комплексного підходу до психологічної підтримки осіб, які проходять реабілітацію. Розуміння цих взаємозв’язків дозволяє розробити більш ефективні інтервенції, спрямовані на одночасне зниження рівня самотності, підвищення мотивації та покращення якості соціальних стосунків, що, у свою чергу, сприяє підвищенню ефективності реабілітаційного процесу в цілому.

Висновки до розділу 1

У результаті теоретичного аналізу наукової літератури щодо сутності соціальної самотності та мотивації у контексті реабілітації комбатантів було встановлено наступне:

1. Доведено, що соціальна самотність у дорослому віці є суб’єктивним переживанням дефіциту значущої соціальної інтеграції, що докорінно відрізняється від об’єктивної ізоляції. Встановлено, що вона виступає потужним предиктором погіршення фізичного здоров'я та створює «порочне коло» у взаємодії з низькою самооцінкою, що призводить до соціального відчуження.
2. Визначено, що мотивація є ключовим фактором успіху відновлення, проте лише 50% пацієнтів завершують курс реабілітації через брак внутрішніх ресурсів. Для комбатантів встановлено специфічні бар’єри: стигматизація допомоги, недовіра до фахівців та страх перед фіксацією психічних проблем. Відповідно до концепції А. Реана, ці фактори зміщують мотиваційний фокус із «прагнення до успіху» на «остраху невдач».

3. Теоретично обґрунтовано складний характер взаємозв’язку: високий рівень соціальної самотності негативно корелює з мотивацією до активної участі у реабілітації та компонентами психологічного благополуччя за К. Ріфф (зокрема «цілі в житті»).
4. Виявлено, що самооцінка відіграє роль буфера: особи з високою самооцінкою зберігають орієнтацію на успіх навіть в умовах самотності. Соціальна підтримка та підтримка побратимів визначені як критичні ресурси, що здатні розірвати замкнене коло деструктивного впливу самотності на процес відновлення.

Таким чином, перше завдання дослідження виконано: теоретично підтверджено необхідність емпіричного вивчення зв'язку між соціальною самотністю та мотивацією успіху у комбатантів для розробки ефективних психологічних інтервенцій.

РОЗДІЛ 2
МЕТОДОЛОГІЧНЕ ОБҐРУНТУВАННЯ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ВПЛИВУ СОЦІАЛЬНОЇ САМОТНОСТІ НА РЕАБІЛІТАЦІЮ КОМБАТАНТІВ

2.1. Методологічне обґрунтування гіпотез дослідження

Емпірична частина кваліфікаційної роботи спрямована на практичну перевірку теоретичних положень, викладених у першому розділі, та підтвердження або спростування висунутих гіпотез щодо впливу соціальної самотності на мотивацію до реабілітації у комбатантів.

Метою емпіричного дослідження є встановлення характеру та сили взаємозв'язку між рівнем соціальної самотності та мотивацією до реабілітації у комбатантів, що проходять фізичну реабілітацію, а також виявлення ролі додаткових психологічних факторів (довіри, психологічного благополуччя, самооцінки) у цьому взаємозв'язку.

Відповідно до поставленої мети, було сформульовано наступні завдання емпіричного дослідження:

1) здійснити підбір валідного психодіагностичного інструментарію для вимірювання рівня соціальної самотності, мотивації до реабілітації, довіри, психологічного благополуччя та психологічних станів у комбатантів;

2) провести емпіричне дослідження для визначення фактичного рівня соціальної самотності, мотивації та супутніх психологічних характеристик у вибірці комбатантів;

3) здійснити кількісний аналіз отриманих даних за допомогою методів описової статистики та кореляційного аналізу;

4) виявити статистично значущі взаємозв'язки між досліджуваними змінними;

5) провести аналіз групових відмінностей між комбатантами з різним рівнем соціальної самотності;

6) здійснити якісний аналіз даних анкети експертних оцінок фізичної реабілітації (для реабілітологів та фізичних терапевтів);

7) інтерпретувати отримані результати у контексті теоретичних концепцій та результатів попередніх досліджень.

Об'єктом емпіричного дослідження виступає ефективність фізичної реабілітації комбатантів, що проходять фізичну реабілітацію в Державній установі «Українській державний науково-дослідний інститут медико-соціальних проблем інвалідності МОЗ України» у м. Дніпро.

Предметом емпіричного дослідження є соціальна самотність та її вплив на ефективність фізичної реабілітації через показники мотивації до реабілітації, якості участі в реабілітаційному процесі та прогресу у відновленні.

У основі емпіричного дослідження лежить концептуальна гіпотеза: у комбатантів, що проходять фізичну реабілітацію, високий рівень соціальної самотності значуще негативно взаємопов'язаний із низьким рівнем самооцінки та зниженою мотивацією успіху в реабілітації. Соціальна самотність є значущим негативним предиктором як мотивації успіху, так і якості соціальних стосунків.

Дана концептуальна гіпотеза базується на теоретичних положеннях, викладених у першому розділі роботи. Зокрема, теорія потреби у належності Р. Баумайстера та М. Лірі [48] постулює, що потреба у належності є однією з фундаментальних людських потреб, і її незадоволення призводить до численних негативних психологічних наслідків. Теорія самодетермінації Е. Дісі та Р. Райана [51] вказує на важливість задоволення базових психологічних потреб, включаючи потребу у зв'язку з іншими людьми, для підтримки внутрішньої мотивації. Концепція психологічного благополуччя К. Ріфф [66] підкреслює роль якісних міжособистісних стосунків як одного з ключових компонентів психологічного благополуччя особистості.

Концептуальна гіпотеза конкретизується у трьох емпіричних гіпотезах, які підлягають безпосередній статистичній перевірці:

Емпірична гіпотеза 1: чим вищий рівень соціальної самотності відчуває комбатант в реабілітації, тим нижчою буде його мотивація докладати зусиль для успішного відновлення.

Дана гіпотеза передбачає наявність негативного кореляційного зв'язку між рівнем соціальної самотності та мотивацією до реабілітації. Теоретичним обґрунтуванням цієї гіпотези слугують дослідження Р. Вайса [70], який виділив соціальну самотність як брак соціальної інтеграції, що супроводжується переживанням маргінальності та відсутності почуття спільності. Численні емпіричні дослідження підтверджують, що високий рівень соціальної самотності негативно корелює з мотивацією до активної участі у різних видах діяльності [50].

Емпірична гіпотеза 2: чим нижче відчуття соціальної самотності, тим вищою буде мотивація до активної участі у реабілітаційному процесі.

Ця гіпотеза є комплементарною до першої та передбачає, що низький рівень соціальної самотності асоціюється з вищою мотивацією. Теоретичною основою даної гіпотези є положення про те, що відчуття належності до групи та наявність якісних соціальних зв'язків є важливими факторами підтримки мотивації, особливо у контексті реабілітації [59]. Дослідження А. Медалії та А. Саперштейн показали, що соціальна підтримка та відчуття зв'язку з іншими є ключовими предикторами успішності реабілітаційних програм.

Емпірична гіпотеза 3: вища якість соціальних стосунків корелює з нижчим рівнем соціальної самотності та вищою мотивацією до реабілітації.

Дана гіпотеза передбачає наявність опосередкованого зв'язку, де якість соціальних стосунків виступає як модеруюча змінна у взаємозв'язку між соціальною самотністю та мотивацією. Емпіричні дослідження показують, що якість соціальних стосунків є важливим буфером, що може пом'якшувати негативний вплив самотності на різні показники психологічного функціонування [47]. Дослідження Й. Йілдірім та С. Кочабійік виявили, що соціальна підтримка значущо корелює як зі зниженням рівня самотності, так і

з підвищенням мотивації до лікування у пацієнтів з онкологічними захворюваннями.

Обґрунтування стратегії дослідження. У даній роботі використовується кореляційна стратегія дослідження, яка дозволяє встановити наявність та характер взаємозв'язків між досліджуваними змінними без їх експериментального маніпулювання. Вибір кореляційної стратегії обумовлений специфікою об'єкта дослідження – комбатантів, що проходять реабілітацію, – та етичними міркуваннями, оскільки експериментальне маніпулювання рівнем самотності або мотивації у даній групі є неприйнятним.

Кореляційна стратегія дозволяє вирішити наступні завдання: 1) встановити наявність та силу взаємозв'язку між змінними; 2) визначити напрямок зв'язку (позитивний або негативний); 3) оцінити статистичну значущість виявлених зв'язків; 4) порівняти групи досліджуваних з різним рівнем соціальної самотності за показниками мотивації та супутніх характеристик.

Обґрунтування змінних дослідження. У структурі даного дослідження виділяються наступні типи змінних:

Незалежна змінна – соціальна самотність комбатантів. Операціоналізація цієї змінної здійснюється через показники, отримані за методикою «Експрес-діагностика рівня соціальної ізольованості» за шкалою Д. Рассела та М. Фергюсона [32; 65]. Дана методика вимірює суб'єктивне відчуття соціальної ізоляції та дефіциту якісних соціальних взаємодій.

Операціоналізація здійснюється через показники методики «Діагностика мотивації успіху та страху невдач» (А. Реан) [33], використовується як опосередкований інструментарій для вимірювання мотивації до реабілітаційної діяльності. Методика дозволяє оцінити співвідношення мотивації успіху та страху невдачі.

Об’єктивним інструментом виступає розроблена нами анкета експертних оцінок фізичної реабілітації (для реабілітологів та фізичних терапевтів).

Модеруючі змінні – психологічні характеристики, що можуть впливати на взаємозв'язок між соціальною самотністю та мотивацією:

1) Довіра – вимірюється за допомогою методики «Експрес-діагностика довіри» за шкалою С. Розенберга [36; 64]. Довіра розглядається як здатність особистості покладатися на інших людей та відкритість до соціальних взаємодій.

2) Психологічне благополуччя – вимірюється за допомогою «Модифікованої шкали суб'єктивного благополуччя БІБІСІ» в адаптації Л. М. Карамушки, К. В. Терещенко, О. В. Креденцер. Методика включає три субшкали: психологічне благополуччя, фізичне здоров'я та якість стосунків.

3) Психологічні стани (тривожність, фрустрація, агресивність, ригідність) – вимірюються за допомогою опитувальника «Самооцінка станів тривожності, фрустрації, агресивності та ригідності».

4) Емоційний стан та соціальна позиція – оцінюються за допомогою проективної методики «Дерево з Чоловічками» (John and Diana Lampen).

Методологічна основа дослідження. Емпіричне дослідження базується на комплексному підході до вивчення психологічних явищ, що передбачає використання як кількісних, так і якісних методів аналізу даних. Теоретико-методологічну основу емпіричної частини складають:

1) Теорія самотності (Р. Вайс, Л. Перлман, Д. Рассел) [18; 61; 70], яка розрізняє соціальну та емоційну самотність та постулює різні механізми їх виникнення та подолання.

2) Теорія потреби у належності (Р. Баумайстер, М. Лірі) [48], що розглядає потребу у соціальних зв'язках як фундаментальну людську мотивацію.

3) Теорія самодетермінації (Е. Дісі, Р. Райан) [51], яка підкреслює роль задоволення базових психологічних потреб (автономії, компетентності, зв'язку) у підтримці внутрішньої мотивації.

4) Концепція психологічного благополуччя (К. Ріфф) [66], що включає шість компонентів благополуччя, серед яких позитивні стосунки з іншими виступають як один із ключових.

5) Теорії мотивації (А. Маслоу, Д. Макклелланд) [57; 58], які розглядають мотивацію як складну систему спонукань, що визначають напрямок та інтенсивність поведінки.

6) Сучасні українські дослідження у галузі психологічної реабілітації військовослужбовців [4; 8; 14; 45], які підкреслюють специфіку роботи з даною категорією осіб та необхідність врахування травматичного досвіду, особливостей військової культури та бар'єрів у зверненні за психологічною допомогою.

Методологічні принципи дослідження включають: принцип комплексності (використання різних методів для всебічного вивчення явища), принцип об'єктивності (використання стандартизованих методик та статистичних методів аналізу), принцип етичності (дотримання конфіденційності, інформованої згоди, поваги до учасників), принцип системності (розгляд досліджуваних явищ у їх взаємозв'язку та взаємозумовленості).

Таким чином, методологічне обґрунтування гіпотез дослідження базується на міцній теоретичній основі та передбачає використання науково обґрунтованих методів збору та аналізу даних, що забезпечує валідність та надійність отриманих результатів.

2.2. Організація та дизайн емпіричного дослідження

2.2.1. Характеристика вибірки дослідження

Емпіричне дослідження було проведено на базі Державної установи «Український державний науково-дослідний інститут медико-соціальних проблем інвалідності МОЗ України» у місті Дніпро. Вибір даної бази обумовлений кількома факторами. По-перше, інститут має понад 90-річну

історію наукової та практичної діяльності у сфері медико-соціального забезпечення людей з інвалідністю та є єдиним науковим закладом в Україні, що спеціалізується на вирішенні державних завдань у галузі медико-соціальної допомоги та реабілітації осіб з інвалідністю [45]. По-друге, інститут володіє потужною клінічною базою, що охоплює відділення реабілітації, неврології, терапії, травматології та інші медичні спеціалізації. По-третє, наявність кваліфікованих фахівців та сучасного обладнання забезпечує високу якість реабілітаційних послуг.

У дослідженні взяли участь 60 комбатантів, які на момент проведення дослідження знаходилися на різних етапах фізичної реабілітації в інституті. Вікові характеристики вибірки охоплювали діапазон від 28 до 58 років, що відображає широкий спектр вікових груп серед учасників бойових дій. Статевий розподіл вибірки – всі особи чоловічої статі.

Обґрунтування обсягу вибірки. Розмір вибірки у 60 осіб є достатнім для проведення кореляційного аналізу та застосування параметричних статистичних методів. Згідно з рекомендаціями щодо планування емпіричних досліджень, для кореляційних досліджень мінімальний обсяг вибірки має становити не менше 30 осіб, а оптимальний – від 50 до 100 осіб. Обраний обсяг вибірки ($n=60$) знаходиться в межах оптимального діапазону та забезпечує достатню статистичну потужність для виявлення зв'язків середньої сили ($r \geq 0,30$) при рівні значущості $p < 0,05$.

Критерії включення учасників до вибірки дослідження:

1) статус комбатанта – особи, які перебували в зоні активних бойових дій під час повномасштабного вторгнення РФ та отримали бойові поранення;

2) проходження фізичної реабілітації в ДУ «Укр Держ НДІМСПІ МОЗ України» на момент проведення дослідження;

3) добровільна інформована згода на участь у дослідженні;

4) відсутність гострих психічних розладів, що унеможливлюють адекватне заповнення опитувальників;

5) здатність до самостійного читання та письма українською мовою.

Критерії виключення:

1) наявність гострих психотичних станів або важкої депресії на момент дослідження;

2) стан алкогольної або наркотичної інтоксикації;

3) відмова від участі при відповіді на 50% методик.

Формування вибірки відбувалося за принципом доступності (convenience sampling) з урахуванням критеріїв включення та виключення. Усі учасники дослідження були проінформовані про мету, завдання та процедуру дослідження, про конфіденційність даних та право відмовитися від участі в будь-який момент. Кожен учасник підписав інформовану згоду на участь у дослідженні та обробку персональних даних.

У процесі аналізу даних було виділено підгрупу комбатантів з низьким реабілітаційним індексом (n=10, що становить 16,7% від загальної вибірки). Критерієм виділення цієї підгрупи став експертний бал за загальною оцінкою участі в реабілітації ≤ 25 балів (з максимальних 30 можливих балів). Аналіз характеристик цієї підгрупи дозволив виявити специфічні психологічні особливості комбатантів, які демонструють низьку прихильність до реабілітаційного процесу.

Детальна характеристика вибірки представлена в таблиці 2.1.

Таблиця 2.1

Характеристика вибірки дослідження

Характеристика	Показник
Загальна кількість учасників	n = 60
Вік	28-58 років
Стать	Чоловіки
База дослідження	Державна Установа «Український державний науково-дослідний інститут медико-соціальних проблем інвалідності МОЗ України», м. Дніпро
Критерії включення	- Комбатанти - Проходять фізичну реабілітацію - Добровільна згода на участь

Продовження таблиці 2.1

Підгрупа з низькою реабілітаційною оцінкою	n = 10 (16,7%)
Критерій виділення підгрупи	Експертний бал ≤ 25

Джерело: складено автором

Таким чином, сформована вибірка є репрезентативною для популяції комбатантів, що проходять фізичну реабілітацію в спеціалізованих медичних закладах України, та відповідає вимогам до проведення кореляційного дослідження.

2.2.2. Психодіагностичний інструментарій

Для вирішення завдань емпіричного дослідження було використано комплекс валідних та надійних психодіагностичних методик, які дозволяють всебічно оцінити рівень соціальної самотності, мотивації до реабілітації та супутніх психологічних характеристик у комбатантів. Підбір методик здійснювався з урахуванням специфіки досліджуваної популяції, мети дослідження та необхідності мінімізації психологічного навантаження на учасників [27; 45].

Загальна характеристика використаного психодіагностичного інструментарію представлена в таблиці 2.2.

Таблиця 2.2

Психодіагностичний інструментарій дослідження

№	Назва методики	Автор	Що вимірює	К-ть питань
1	Шкала соціальної ізольованості особистості	Д. Рассел, М. Фергюсон	Рівень суб'єктивного відчуття самотності та соціальної ізоляції	20

Продовження таблиці 2.2

2	Модифікована шкала суб'єктивного благополуччя БІБІСІ	Адаптація Л.М. Карамушки, К.В. Терещенко, О.В. Креденцер	Суб'єктивне, психологічне благополуччя, стосунки, психічне здоров'я та благополуччя, міжособистісні зв'язки (3 шкали)	24
3	Діагностика мотивацiЇ успіху та остраху невдач	Артур Реан	Внутрішня та зовнішня мотивація	20
4	Експрес-діагностика довіри	С. Розенберг	Рівень соціальної довіри	3
5	Самооцінка станів тривожності, фрустрації, агресивності, регідності	Адаптація Г. Айзенка	Тривожність, фрустрація, агресія, ригідність	40
6	Проективна методика «Емоційна шкала»	Джон та Дайана Лампен (John and Diana Lampen)	Самооцінка, соціальна адаптація, емоційний стан	3
7	Анкета кспертних оцінок	Розроблено автором та керівником	Якість участі в реабілітації	6

Джерело: складено автором

Розглянемо детальніше кожну з використаних методик.

1. Методика «Експрес-діагностика рівня соціальної ізольованості особистості» (за шкалою Д. Рассела та М. Фергюсона)

Дана методика базується на UCLA Loneliness Scale, розробленій Д. Расселом, Л. Пепло та М. Фергюсоном у 1978 році [32; 65]. Методика є одним із найбільш валідних та широко використовуваних інструментів для вимірювання суб'єктивного відчуття самотності та соціальної ізоляції особистості в усьому світі.

Методика вимірює суб'єктивне відчуття самотності як емоційно-когнітивний стан, що характеризується переживанням дефіциту якісних соціальних взаємодій та емоційних зв'язків. Важливо підкреслити, що

методика фокусується не на фізичній відсутності людей поруч, а на суб'єктивному переживанні недостатності та/або незадовільної якості соціальних контактів.

Методика складається з 20 тверджень, які оцінюються за 4-бальною шкалою Лайкерта (від «ніколи» до «завжди»). Твердження охоплюють різні аспекти переживання самотності: відчуття недостатності спілкування, сприйняття ізоляції, поверхневість зв'язків, відчуття нерозуміння, емоційний дискомфорт від необхідності робити багато справ наодинці.

Обробка результатів здійснюється шляхом підсумовування балів за всіма твердженнями з урахуванням зворотних пунктів. Загальний показник може коливатися від 20 до 80 балів. Інтерпретація результатів: низький рівень соціальної ізольованості (20-34 бали) свідчить про відчуття згуртованості та включеності у соціальні зв'язки; середній рівень (35-49 балів) вказує на помірний дефіцит соціальних зв'язків або незадовільність їхньою якістю; високий рівень (50-80 балів) свідчить про гостре переживання самотності та соціальної ізоляції, що може потребувати психологічної корекції.

Вибір даної методики для дослідження обумовлений її високою валідністю та надійністю (коефіцієнт альфа Кронбаха становить 0,89-0,94), широким застосуванням у дослідженнях різних популяцій, включаючи ветеранів та військовослужбовців, відносною короткістю, що мінімізує навантаження на респондентів, та можливістю отримання кількісної оцінки рівня соціальної самотності.

2. Методика «Модифікована шкала суб'єктивного благополуччя БІБІСІ» (адаптація Л.М. Карамушки, К.В. Терещенко, О.В. Креденцер)

Дана методика є адаптованою версією британського опитувальника суб'єктивного благополуччя BBC Subjective Well-being Scale, створеного BBC Lab UK спільно з університетами Кембриджа, Екзетера та Йорка. Українська адаптація була здійснена Л.М. Карамушкою, К.В. Терещенко та

О.В. Креденцер з урахуванням специфіки українського контексту та особливостей мовних конструкцій.

Методика призначена для комплексної оцінки суб'єктивного благополуччя особистості та включає три субшкали: 1) психологічне благополуччя – здатність контролювати своє життя, відчувати оптимізм щодо майбутнього, впевненість у власних думках і переконаннях, особистісний ріст та розвиток; 2) фізичне здоров'я та благополуччя – задоволеність фізичним здоров'ям, якістю сну, здатністю працювати та здійснювати повсякденну життєву активність, займатись спортом і відпочивати, відсутність депресії та тривоги; 3) стосунки – комфортність у спілкуванні з іншими людьми, наявність щасливих дружніх і особистих відносин, здатність звернутися за допомогою до інших, задоволеність соціальним життям.

Опитувальник складається з 24 пунктів, які оцінюються за 5-бальною шкалою Лайкерта (від 1 – «зовсім не згодний» до 5 – «цілком згодний»). Обробка результатів здійснюється шляхом підсумовування балів окремо за кожною субшкалою та обчислення загального показника суб'єктивного благополуччя. Високі бали свідчать про вищий рівень благополуччя в відповідній сфері.

Методика була обрана для дослідження з огляду на її комплексний характер, що дозволяє оцінити різні аспекти благополуччя; наявність субшкали «стосунки», яка безпосередньо пов'язана з досліджуваною проблематикою соціальної самотності; адаптацію до українського контексту; високі психометричні показники надійності та валідності.

3. Методика «Діагностика мотивації успіху та страху невдач» (А. Реан)

Методика призначена для діагностики мотивації успіху та страху невдач і базується на теорії мотивації досягнення Д. Макклелланда та Дж. Аткінсона. Методика була розроблена А. Реаном і дозволяє виміряти співвідношення між мотивацією на успіх та страхом невдачі [33].

У контексті даного дослідження методика була застосована як опосередкована методика оцінки мотивації до реабілітаційної діяльності. Про мотивацію успіху йдеться, коли для особистості має значення сама діяльність (в даному випадку – процес відновлення здоров'я, бажання повернутися до повноцінного життя). Якщо ж в основі мотивації до реабілітації лежить прагнення уникнути негативних наслідків (наприклад, осуду оточуючих, втрати незалежності), то йдеться про страх невдачі. Методика складається із 20 питань (у формі тверджень, з якими піддослідний має погодитися або ні) та дихотомічної шкали.

Зовнішні мотиви диференціюються на зовнішні позитивні (прагнення до заохочення, визнання) та зовнішні негативні (уникнення покарання, осуду). Безперечно, зовнішні позитивні мотиви є більш ефективними та бажаними, ніж негативні.

Обробка результатів здійснюється шляхом підрахунку балів за кожним типом мотивації. Переважання внутрішньої мотивації та мотивації успіху свідчить про оптимальну мотиваційну структуру, що сприяє ефективності реабілітаційного процесу.

Методика була обрана для дослідження, оскільки дані показники виступають індикаторами ефективності фізичної реабілітації: домінування мотивації успіху свідчить про готовність досліджуваного до активної співпраці з фахівцями, тоді як переважання остраху невдач вказує на потребу в додатковій психологічній корекції соціальної самотності, яка, за нашою гіпотезою, блокує прагнення до успіху.

4. Методика «Експрес-діагностика довіри» (за шкалою С. Розенберга)

Шкала довіри Розенберга є класичним інструментом для вимірювання узагальненої (генералізованої) довіри до людей. Методика була розроблена американським соціальним психологом Моррісом Розенбергом у 1965 році [36; 64] та широко використовується в соціологічних та психологічних дослідженнях у всьому світі.

Методика вимірює соціальну довіру як суб'єктивне ставлення індивіда до чесності, надійності та доброзичливості інших людей у суспільстві. Вона фокусується на готовності довіряти більшості людей в цілому (навіть незнайомим), сприйнятті надійності інших, рівні скептицизму та підозрілості щодо намірів інших людей.

Методика складається з трьох коротких питань: «Чи можна довіряти більшості людей?», «Чи більшість людей чесні?», «Чи більшість людей намагаються допомогти іншим?». Відповіді оцінюються за тричленною шкалою. Сумарний бал може коливатися від 0 до 3 балів.

Інтерпретація результатів: низькі показники (0-1 бал) свідчать про відсутність або втрату довіри до людей та світу загалом, високий рівень скептицизму та підозрілості; середні показники (1-2 бали) вказують на збалансоване, поміркований ставлення до соціального середовища; високі показники (2-3 бали) свідчать про високий рівень довіри до людей та світу загалом, що є важливим ресурсом у складних життєвих ситуаціях.

Вибір методики обумовлений її стислістю (всього 3 питання), що мінімізує навантаження на респондентів; високою валідністю та надійністю; широким використанням у дослідженнях різних популяцій; концептуальною важливістю конструкту довіри для розуміння взаємозв'язку між самотністю та соціальними стосунками.

5. Опитувальник «Самооцінка станів тривожності, фрустрації, агресивності та ригідності»

Опитувальник є адаптованим варіантом методики Г. Айзенка для оцінки психічних станів особистості. Методика спрямована на визначення рівня таких станів як тривожність, агресивність, фрустрація та ригідність [27].

Методика складається з 40 питань, які розподілені на чотири парні групи по 10 питань на кожен стан. Всі твердження описують психологічні стани особистості та потребують відповіді «так» або «ні».

Тривожність розглядається як стан емоційного занепокоєння, внутрішнього напруження, очікування небезпеки. Фрустрація – стан, що виникає при зіткненні з перешкодами на шляху до мети, характеризується переживанням невдачі. Агресивність – схильність до конфліктної поведінки, вербальної або фізичної агресії. Ригідність – психологічна негнучкість, труднощі у зміні установок, звичок, способів поведінки.

Обробка результатів здійснюється окремо за кожною шкалою. За кожною шкалою визначається рівень вираженості стану: низький (0-7 балів), середній (8-14 балів), високий (15-20 балів).

Методика була включена в дослідження для оцінки емоційних станів, які можуть виступати як модеруючі змінні у взаємозв'язку між соціальною самотністю та мотивацією; широкого використана в роботі з військовослужбовцями [27]; можливості швидкої діагностики станів, що потребують психологічної корекції.

6. Проективна методика «Дерево з Чоловічками»

Проективна методика «Дерево з Чоловічками» (або «Емоційна шкала») була запропонована англійськими психологами Джоном та Дайаною Лампен (John and Diana Lampen) у 1997 році. Методика являє собою малюнок дерева з 21 схематичним зображенням чоловічків, які займають різні позиції на дереві та навколо нього.

Методика діагностує самооцінку та сприйняття власної позиції в групі, рівень соціальної адаптації, емоційний стан особистості, характер міжособистісних стосунків. Позиція чоловічка (на вершині, у центрі, ізольовано) є прямою проекцією самооцінки та соціального статусу особистості.

Процедура проведення передбачає, що досліджуваному пропонується обрати чоловічка, який найбільше відповідає його поточному стану, та за бажанням – позначити позицію інших значущих осіб. Аналіз здійснюється на основі інтерпретації обраних позицій.

Чоловічки в центральних, стійких та комфортних позиціях (наприклад, №10, 15) вказують на нормальну адаптацію та психологічний комфорт. Вибір позицій, що відрізняються від центральних (наприклад, чоловічок №14, який «падає в прірву»), часто є сигналом про необхідність глибшої роботи з емоційним станом досліджуваного. Позиції №1, 3, 6, 7 характеризують установку на подолання перешкод. Позиції №2, 11, 12, 18, 19 вказують на комунікабельність, дружню підтримку. Проблемні позиції (№13, 21, 8, 14) можуть свідчити про дезадаптацію, відстороненість, кризовий стан.

Методика була включена в дослідження для швидкого скринінгу емоційного стану; виявлення осіб, які потребують негайної психологічної допомоги; оцінки соціальної позиції у групі; мінімізації впливу соціальної бажаності відповідей завдяки проективному характеру методики.

7. Анкета експертних оцінок фізичної реабілітації (для реабілітологів та фізичних терапевтів).

Для отримання експертної оцінки якості участі комбатантів у реабілітаційному процесі нами було розроблено анкету експертних оцінок фізичної реабілітації для реабілітологів та фізичних терапевтів, які безпосередньо працюють з учасниками дослідження.

Анкета включає оцінку за шістьма параметрами за 5-бальною шкалою від 0 до 5: регулярність відвідування реабілітаційних занять; сумлінність виконання вправ та рекомендацій; відповідальність ставлення до фізичної реабілітації; якість співпраці з фізичним терапевтом; результат, що складався із оцінки фахівця та пацієнта прогресу у відновленні; та загальна оцінка ефективності фізичної реабілітації.

Експертні оцінки дозволяють отримати об'єктивну інформацію про поведінкові прояви мотивації до реабілітації, яка доповнює дані самозвітних опитувальників. Використання експертних оцінок дозволяє зменшити вплив соціальної бажаності та суб'єктивних викривлень у самооцінці учасників.

Таким чином, використаний комплекс психодіагностичних методик забезпечує всебічну оцінку досліджуваних психологічних феноменів, поєднує кількісні та якісні методи, включає як самозвітні опитувальники, так і проективні методики та експертні оцінки, що підвищує валідність та надійність отриманих результатів.

2.2.3. Процедура проведення дослідження

Емпіричне дослідження проводилося з дотриманням чіткої послідовності етапів та суворого дотримання етичних принципів роботи психолога з комбатантами, які проходять реабілітацію [4; 8; 14; 15].

Етичні принципи дослідження.

Під час проходження практики в ДУ «Укр Держ НДІ МСПІ МОЗ України» було дотримано наступних етичних принципів роботи з комбатантами:

1. Принцип безпеки. Створення атмосфери психологічної та емоційної безпеки для учасників дослідження. Враховуючи, що після перенесеної травми люди можуть почуватися незахищеними, не вірити в добрі наміри інших, особлива увага приділялася встановленню довірливого контакту. Якщо це ветеран, передусім його вислуховували, дякували за службу Україні. Якщо він щось розказував про свій стан, пояснювали, що це типова реакція на травму. Лише після встановлення контакту проводилася психодіагностика. Обов'язково пояснювалося, що заповнення опитувальників – необхідна ланка в процесі психологічної допомоги.

2. Принцип зацікавленості. Учасникам дослідження демонструвалося небайдуже ставлення, повага, щира турбота. Допомога не вичерпувалася тільки психологічною підтримкою, враховувалися також соціальні, родинні проблеми, труднощі на роботі.

3. Принцип мінімізації травми. Мінімізувалися пов'язані з травмою переживання учасників, щоб уникнути повторного травмування. Ставилися тільки необхідні запитання для отримання важливої інформації.

Враховувалася особлива вразливість людей, які пройшли складні випробування. Багато хто з них не вважає себе «постраждалим» чи «травмованим», тому уникалися вживання цих слів, щоб не образити учасників.

4. Принцип відповідальності. Дослідник був відкритим, послідовним, передбачуваним. Перед початком дослідження детально пояснювалося, навіщо воно потрібне. Усі обіцянки виконувалися своєчасно. У разі непорозуміння, це визнавалося та бралася відповідальність за прикрість.

5. Принцип конфіденційності. Інформація особистого характеру, яку повідомляв учасник, використовувалася лише в його інтересах. Спочатку отримувалася усвідомлена згода; пояснювалося, кому і як надаватиметься інформація, розказувалося про можливі обмеження в дотриманні принципу конфіденційності. Усі дані були закодовані, персональна інформація зберігалася окремо від результатів тестування.

6. Принцип професіоналізму. Забезпечувалася компетентна та якісна робота, пріоритетність цілей надання допомоги учаснику незалежно від його поведінки чи реакцій. Використовувалися тільки валідні та надійні методики, відповідна обробка та інтерпретація даних.

7. Принцип достатнього мінімуму. Учасники не перевантажувалися заповненням довгих опитувальників. Використовувався тільки той психологічний інструментарій, який допомагав вирішити завдання дослідження.

8. Принцип розуміння меж професійної компетентності. У разі виявлення станів, що виходять за межі компетентності, учасники направлялися до відповідних фахівців (психіатрів, лікарів).

Під час психодіагностики не допускалося: проведення дослідження особи, що перебуває в стані інтоксикації; примушування розповідати, що відбулося; постановка запитань особистого характеру, не пов'язаних з метою дослідження; висловлювання думок про те, що людина має відчувати або як вона повинна була діяти.

Етапи проведення дослідження. Дослідження проводилося у чотири послідовні етапи:

Підготовчий етап включав ознайомлення з базою практики, її працівниками та основними правилами роботи. Керівник практики В. В. Храмцова ознайомила з правилами роботи з пацієнтами, етичними нормами та правилами конфіденційності. Наступним кроком була підготовка пакету психодіагностичних методик та бланків з письмовим дозволом на обробку даних. Було отримано дозвіл адміністрації інституту на проведення дослідження.

Етап збору даних є ключовим у дослідженні, оскільки він визначає точність і надійність отриманих результатів. Процес збору даних був ретельно спланований і організований з урахуванням етичних норм і принципів. Першим етапом збору даних була підготовка індивідуальних пакетів анкет для кожного учасника.

Знайомство з учасниками відбувалося у формі бесіди у невимушеній обстановці, що дозволило встановити позитивний психологічний клімат. Респондентам озвучувалися правила заповнення анкет і пояснювалася мета процедури. Наголошувалося на важливості чесних відповідей та конфіденційності даних. Учасникам пропонувалося заповнювати методики наодинці, у зручному для них темпі.

Більшість військовослужбовців виявили зацікавленість у проходженні тестування, задавали питання. Деякі учасники відмовлялися заповнювати бланки методик, пояснюючи це тим, що вони проходили безліч тестів перед військовими завданнями. Незначний відсоток досліджуваних потребував додаткових роз'яснень щодо окремих питань. Під час збору даних особлива увага приділялася попередній перевірці заповнених анкет, щоб впевнитися, що всі методики заповнені в повному обсязі.

У кінці реабілітації для отримання експертних оцінок якості участі кожного учасника в реабілітаційному процесі заповнювалася анкета фахівцями-реабілітологами.

Етап обробки даних включав первинну обробку результатів згідно з ключами кожної методики, введення даних у електронну базу (Microsoft Excel), перевірку введених даних на наявність помилок, обчислення описових статистик для кожної змінної.

Етап аналізу даних передбачав застосування методів статистичного аналізу та якісної інтерпретації результатів.

Методи математико-статистичної обробки даних.

Для обробки та аналізу отриманих емпіричних даних використовувалися наступні методи:

1. Описова статистика – обчислення середніх значень (M), стандартних відхилень (SD), мінімальних та максимальних значень для всіх досліджуваних змінних. Описова статистика дозволила охарактеризувати загальні тенденції в досліджуваній вибірці та виявити розподіл показників за рівнями вираженості.

2. Кореляційний аналіз (коефіцієнт кореляції Пірсона, r) – використовувався для встановлення наявності, сили та напрямку зв'язку між досліджуваними змінними. Оцінка значущості кореляційних зв'язків здійснювалася на трьох рівнях: $p < 0,05$ (статистично значущий зв'язок), $p < 0,01$ (високо значущий зв'язок), $p < 0,001$ (дуже високо значущий зв'язок). Інтерпретація сили зв'язку: слабкий зв'язок ($r < 0,30$), помірний зв'язок ($0,30 \leq r < 0,50$), сильний зв'язок ($r \geq 0,50$).

3. Якісний контент-аналіз – використовувався для аналізу даних анкети експертних оцінок фізичної реабілітації. Метод дозволив виявити основні теми та категорії у відповідях фахівців, систематизувати експертні оцінки факторів, що впливають на мотивацію комбатантів до реабілітації.

Статистична обробка даних здійснювалася за допомогою програми Microsoft Excel з використанням вбудованих статистичних функцій. Візуалізація результатів проводилася з використанням графіків та діаграм.

Згідно з класифікацією методів психологічного дослідження Б.Г. Ананьєва, у даному дослідженні використовувалися: організаційні методи (порівняльний метод для аналізу груп з різним рівнем самотності); емпіричні методи (психодіагностичні методики, експертне оцінювання); методи обробки даних (кількісний аналіз – математико-статистичні методи, якісний аналіз – контент-аналіз); інтерпретаційні методи (структурний метод для аналізу взаємозв'язків між змінними).

Таким чином, процедура проведення дослідження була ретельно спланованою та організованою з дотриманням усіх етичних принципів роботи з комбатантами, що проходять реабілітацію. Використання комплексу сучасних методів збору та аналізу даних забезпечило високу якість, валідність та надійність отриманих результатів.

Висновки до розділу 2

У другому розділі здійснено методологічне обґрунтування та описано процедуру емпіричного дослідження. Результати виконання поставлених завдань дозволяють констатувати наступне:

1. Добір психодіагностичного інструментарію (Виконання завдання №2):

Сформовано комплекс валідних та надійних методик, адаптованих до специфіки військової популяції. Ключовими інструментами визначено:

- Для вимірювання соціальної самотності: методику експрес-діагностики Д. Рассела та М. Фергюсона, що дозволяє зафіксувати суб'єктивний рівень ізольованості.

- Для діагностики мотивації: методику А. Реана (МУН) у поєднанні з анкетою експертних оцінок, що забезпечує диференціацію між мотивацією успіху та острахом невдач.
- Додаткові інструменти: шкалу довіри С. Розенберга, шкалу благополуччя БІБІСІ та Емоційна шкала, що дозволяють оцінити внутрішні ресурси особистості (самооцінку, довіру, емоційний стан), які виступають захисними чинниками у процесі відновлення.

2. Розробка інструментарію для експертної оцінки (Виконання завдання №3): Розроблено та апробовано авторську анкету експертних оцінок для фізичних терапевтів та реабілітологів. Цей інструмент дозволив залучити експертну оцінку щодо зовнішніх та внутрішніх факторів, які впливають на вольову залученість комбатантів у реабілітаційний процес, що забезпечило об'єктивність та багатомірність отриманих даних.
3. Сформовано гомогенну вибірку (60 чоловіків-комбатантів віком 28–58 роки), що перебували на стаціонарній реабілітації в ДУ «Укр Держ НДІ МСПІ МОЗ України» (м. Дніпро). Визначено кореляційний дизайн дослідження, який є етично виправданим при роботі з особами, що мають бойову психологічну травму. Застосовано комплекс етичних принципів (мінімізації травми, конфіденційності та професіоналізму), що гарантувало психологічну безпеку учасників.

Таким чином, завдання щодо підбору інструментарію та розробки експертного інтерв’ю виконано у повному обсязі. Обрана методологія та методи математико-статистичної обробки (коефіцієнт Пірсона) дозволяють отримати достовірні результати щодо впливу соціальної самотності на ефективність реабілітації.

РОЗДІЛ 3

РЕЗУЛЬТАТИ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ВПЛИВУ СОЦІАЛЬНОЇ САМОТНОСТІ НА РЕАБІЛІТАЦІЮ КОМБАТАНТІВ

3.1. Результати дослідження соціальної самотності, мотивації та психологічних характеристик комбатантів

Емпіричне дослідження було проведено з метою встановлення фактичних рівнів соціальної самотності, мотивації до реабілітації та супутніх психологічних характеристик у комбатантів, що проходять фізичну реабілітацію в ДУ «Укр ДЕРЖ НДІМСПІ МОЗ України». Аналіз отриманих даних здійснювався за допомогою методів описової статистики, що дозволило визначити середні значення, стандартні відхилення та розподіл показників за рівнями вираженості у досліджуваній вибірці.

У процесі дослідження було обстежено 60 комбатантів віком від 28 до 58 років, усі учасники – чоловіки. Усі учасники на момент проведення дослідження перебували на різних етапах фізичної реабілітації та добровільно погодилися взяти участь у психологічному обстеженні. Результати дослідження представлені у вигляді середніх значень показників, їх розподілу за рівнями вираженості, а також порівняльного аналізу груп комбатантів з різним рівнем залученості до реабілітаційного процесу.

Результати описової статистики для загальної вибірки комбатантів представлені в таблиці 3.1.

Таблиця 3.1

Середні значення показників у загальній вибірці комбатантів (n=60)

Показник	**Середнє значення**	**Стандартне відхилення**
Довіра	0,95	± 1,05
Тривожність	8,38	± 5,34

Продовження таблиці 3.1

Фрустрація	6,55	± 4,75
Агресивність	8,67	± 4,33
Ригідність	8,85	± 4,66
Психологічне благополуччя	39,78	± 11,53
Стосунки	16,63	± 4,64
Фізичне здоров'я	18,37	± 4,91
Суб'єктивне благополуччя (загальний бал)	74,78	± 18,21
Мотивація	13,97	± 3,24
Соціальна ізольованість	14,10	± 11,59
Експертні оцінки (загальний бал)	27,80	± 4,56
Регулярність відвідування	4,63	± 0,92
Сумлінність виконання вправ	4,72	± 0,74
Відповідальність ставлення до фізичної реабілітації	4,65	± 0,97
Співпраця з фізичним терапевтом	4,75	± 0,86
Оцінка результату фахіфцем (прогресу)	4,52	± 1,08
Оцінка результату пацієнтом (прогресу)	4,50	± 0,79

Джерело: складено автором на основі результатів дослідження

Як видно з таблиці 3.1, середній рівень соціальної ізольованості у досліджуваній вибірці комбатантів становить 14,10±11,59 бала. Високе стандартне відхилення (11,59) свідчить про значну варіативність даного показника у вибірці, що вказує на наявність як осіб з дуже низьким рівнем соціальної самотності, так і тих, хто переживає гостре відчуття соціальної ізоляції. Цей результат узгоджується з теоретичними положеннями Р. Вайса про гетерогенність переживання самотності у різних індивідів та підтверджує необхідність диференційованого підходу до психологічної підтримки комбатантів у реабілітаційному процесі.

Показник мотивації до реабілітації у загальній вибірці становить 13,97±3,24 бала. Це значення знаходиться на межі середнього та високого рівня за шкалою методики, що свідчить про загалом позитивне ставлення комбатантів до процесу відновлення. Однак помірне стандартне відхилення (3,24) вказує на наявність індивідуальних відмінностей у мотиваційній сфері, що потребує детальнішого аналізу розподілу за рівнями.

Рівень довіри у досліджуваній вибірці є надзвичайно низьким – середнє значення становить лише 0,95±1,05 бала при максимально можливих 3 балах. Це означає, що переважна більшість комбатантів демонструють недовіру до людей та світу загалом, що є типовою реакцією на травматичний досвід та бойові дії. Низький рівень довіри створює серйозні бар'єри для встановлення терапевтичного альянсу з фахівцями реабілітаційної команди та ускладнює процес соціальної реінтеграції. Як зазначалося у теоретичному розділі, довіра є ключовим чинником, що опосередковує зв'язок між самотністю та якістю соціальних стосунків.

Аналіз психологічних станів комбатантів виявив наступні результати. Середній рівень тривожності становить 8,38±5,34 бала, що відповідає середньому рівню вираженості. Фрустрація має дещо нижче значення – 6,55±4,75 бала, також у межах середнього рівня. Показники агресивності (8,67±4,33 бала) та ригідності (8,85±4,66 бала) також знаходяться на середньому рівні. Високі стандартні відхилення за всіма цими показниками вказують на значну індивідуальну варіативність психологічних станів у досліджуваній вибірці.

Показник психологічного благополуччя становить 39,78±11,53 бала, що відповідає середньому рівню. Цей результат свідчить про те, що комбатанти мають помірний рівень загального психічного здоров'я та життєвої задоволеності, однак значна частина вибірки демонструє зниження благополуччя порівняно з популяційною нормою. Якість соціальних стосунків, виміряна субшкалою методики БІБІСІ, становить 16,63±4,64 бала,

що також відповідає середньому рівню. Це вказує на помірну задоволеність соціальними зв'язками при одночасній наявності дефіцитів у даній сфері.

Оцінка фізичного здоров'я становить 18,37±4,91 бала, що знаходиться у середньому діапазоні значень. Загальний показник суб'єктивного благополуччя (сума всіх трьох субшкал БІБІСІ) дорівнює 74,78±18,21 бала. Високе стандартне відхилення вказує на значну диференціацію рівня благополуччя серед учасників дослідження.

Експертні оцінки якості участі комбатантів у реабілітаційному процесі, отримані від реабілітологів та фізичних терапевтів, показують наступні результати. Загальний бал експертної оцінки становить 27,80±4,56 при максимально можливих 30 балах, що свідчить про загалом задовільну якість участі більшості комбатантів у реабілітації. Детальний аналіз окремих компонентів експертної оцінки виявляє високі показники за всіма параметрами: регулярність відвідування – 4,63±0,92; сумлінність виконання вправ – 4,72±0,74; відповідальність ставлення – 4,65±0,97; якість співпраці з терапевтом – 4,75±0,86; оцінка експертна прогресу у відновленні – 4,52±1,08; оцінка пацієнтом прогресу у відновленні – 4,50±0,79.

Необхідно відзначити контраст між високими експертними оцінками (27,80±4,56) та середніми показниками самозвітної мотивації (13,97±3,24). Це може свідчити про те, що навіть за наявності зовнішньої поведінкової відповідності вимогам реабілітаційного процесу, внутрішня мотивація може бути недостатньо сформованою. Така дисоціація між зовнішньою поведінкою та внутрішньою мотивацією є важливим сигналом для фахівців, оскільки може призводити до зниження прихильності до реабілітації у довгостроковій перспективі.

Із урахуванням виявлених помірних стандартних відхилень для більш детального аналізу психологічних характеристик комбатантів було здійснено розподіл показників за рівнями вираженості (низький, середній, високий). Результати цього аналізу представлені в таблиці 3.2.

Таблиця 3.2

Розподіл показників за рівнями вираженості у загальній вибірці комбатантів (n=60)

Параметри	**Рівень**	**Абс. / %**	**Середні значення**
Тривожність	низький	27/45.0%	2.8±2.1
	середній	25/41.7%	8.7±1.2
	високий	8/13.3%	14.5±3.0
Фрустрація	низький	39/65.0%	2.2±1.5
	середній	17/28.3%	6.1±1.1
	високий	4/6.7%	12.4±3.1
Агресивність	низький	25/41.7%	4.8±2.2
	середній	28/46.7%	8.9±0.8
	високий	7/11.7%	14.0±2.8
Ригідність	низький	23/38.3%	4.3±2.5
	середній	28/46.6%	9.2±1.2
	високий	9/15.0%	14.6±2.3
Соц. ізольованість	низький	41/68.3%	2.9±2.6
	середній	19/31.7%	11.8±3.5
	високий	0/0%	-
Мотивація	низький	4/6.7%	11.3±2.9
	середній	14/23.3%	15.5±0.5
	високий	42/70%	17.5±0.9
Довіра	низький	45/75.0%	0.0±0.0
	середній	7/11.7%	1.0±0.0
	високий	8/13.3%	2.5±0.5
Психол. благополуччя	низький	21/35.0%	27.2±6.8
	середній	21/35.0%	41.1±2.9
	високий	18/30.0%	52.9±4.4
Стосунки	низький	31/51.7%	12.1±2.6

Продовження таблиці 3.2

	середній	16/26.7%	16.9±1.0
	високий	13/21.7%	22.1±1.7
Фізичне здоров'я	низький	21/35.0%	13.3±2.0
	середній	21/35.0%	18.5±1.2
	високий	18/30.0%	24.1±3.3

Джерело: складено автором на основі результатів дослідження

Аналіз розподілу соціальної ізольованості виявив позитивну картину: 68,3% комбатантів (41 особа) мають низький рівень соціальної самотності із середнім балом 2,9±2,6, що свідчить про відчуття соціальної включеності та задовільні зв'язки з оточенням. Середній рівень соціальної ізольованості спостерігається у 31,7% учасників (19 осіб) із середнім балом 11,8±3,5. Високий рівень соціальної ізольованості не виявлено в жодного з досліджуваних комбатантів.

Отримані дані свідчать про те, що переважна більшість досліджуваної вибірки не переживає гострої соціальної самотності, що є позитивним фактором для реабілітаційного процесу. Низький рівень соціальної ізольованості у більше ніж двох третин вибірки може бути обумовлений кількома факторами: збереженням військового братерства та згуртованості підрозділу; відчуттям приналежності до «військової родини»; наявністю чіткої ролі та місця в структурі; активною взаємодією з побратимами під час виконання завдань та реабілітації.

Розподіл показників мотивації до реабілітації виявив позитивну тенденцію: 70% комбатантів (42 особи) мають високий рівень мотивації із середнім балом 17,5±0,9. Це є найбільшою підгрупою у розподілі мотивації та свідчить про те, що переважна більшість комбатантів усвідомлюють важливість реабілітаційного процесу та демонструють готовність докладати зусиль для свого відновлення. Середній рівень мотивації спостерігається у

23,3% учасників (14 осіб) із середнім балом 15,5±0,5. Лише 6,7% комбатантів (4 особи) демонструють низький рівень мотивації з середнім балом 11,3±2,9.

Таким чином, висока мотивація до реабілітації є важливим ресурсом для успішного відновлення у переважної більшості досліджуваних комбатантів. Висока мотивація забезпечує наполегливість у виконанні складних та іноді болючих вправ, сприяє формуванню позитивного ставлення до терапевтичного процесу та підвищує загальну ефективність реабілітаційних заходів. Невелика частка комбатантів з низькою мотивацією (6,7%) потребує особливої уваги та додаткових мотиваційних інтервенцій.

Розподіл показника довіри демонструє найбільш критичну ситуацію серед усіх досліджуваних змінних. Низький рівень довіри спостерігається у 75% комбатантів (45 осіб) із середнім балом 0,0±0,0, що означає повну відсутність довіри до людей. Середній рівень довіри мають лише 11,7% учасників (7 осіб) з балом 1,0±0,0. Високий рівень довіри виявлено лише у 13,3% комбатантів (8 осіб) з балом 2,5±0,5.

Отже, три чверті досліджуваних комбатантів мають критично низький рівень довіри, що є найбільш серйозною проблемною зоною у вибірці. Така масштабна криза довіри створює фундаментальні бар'єри для встановлення терапевтичного альянсу, отримання соціальної підтримки та побудови якісних міжособистісних стосунків. Низька довіра є типовою реакцією на травматичний досвід і може бути пов'язана з порушенням базового почуття безпеки у світі, досвідом зради або втрати довіри під час бойових дій, захисним механізмом проти можливого повторного травмування у стосунках.

Аналіз розподілу психологічних станів виявляє наступні закономірності. За показником тривожності низький рівень мають 45% комбатантів (27 осіб) з балом 2,8±2,1; середній рівень – 41,7% (25 осіб) з балом 8,7±1,2; високий рівень – 13,3% (8 осіб) з балом 14,5±3,0. Таким чином, лише у 13,3% вибірки виявлено високий рівень тривожності, що свідчить про загалом прийнятний рівень емоційної стабільності у досліджуваній популяції.

Більшість комбатантів (45%) демонструють низьку тривожність, що вказує на психологічну стійкість.

За показником фрустрації низький рівень виявлено у 65% комбатантів (39 осіб) з балом 2,2±1,5; середній рівень – у 28,3% (17 осіб) з балом 6,1±1,1; високий рівень – лише у 6,7% (4 особи) з балом 12,4±3,1. Це означає, що переважна більшість досліджуваних (65%) не переживають відчуття неможливості досягнення цілей, що є позитивним показником психологічної адаптації та важливим критерієм для реабілітації.

Розподіл показника агресивності: низький рівень – 41,7% (25 осіб) з балом 4,8±2,2; середній рівень – 46,7% (28 осіб) з балом 8,9±0,8; високий рівень – 11,7% (7 осіб) з балом 14,0±2,8. Середній рівень агресивності у майже половини вибірки (46,7%) може відображати функціональну мобілізацію енергії, необхідну для військової служби та реабілітації, що знаходиться під контролем і не проявляється у деструктивній поведінці.

За показником ригідності низький рівень мають 38,3% комбатантів (23 особи) з балом 4,3±2,5; середній рівень – 46,6% (28 осіб) з балом 9,2±1,2; високий рівень – 15% (9 осіб) з балом 14,6±2,3. Середній рівень ригідності у майже половини вибірки може свідчити про певну психологічну стійкість та послідовність у поведінці, що може бути як адаптивним (дотримання військової дисципліни), так і потенційно ускладнювати гнучкість при переході до цивільного життя.

Розподіл показника психологічного благополуччя є більш рівномірним: низький рівень – 35% (21 особа) з балом 27,2±6,8; середній рівень – 35% (21 особа) з балом 41,1±2,9; високий рівень – 30% (18 осіб) з балом 52,9±4,4. Третина вибірки має знижене психологічне благополуччя, що потребує психологічної підтримки.

За показником якості соціальних стосунків низький рівень виявлено у 51,7% комбатантів (31 особа) з балом 12,1±2,6; середній рівень – у 26,7% (16 осіб) з балом 16,9±1,0; високий рівень – у 21,7% (13 осіб) з балом 22,1±1,7. Тобто, більше половини досліджуваних мають незадовільну якість соціальних

стосунків, що узгоджується з високим рівнем недовіри та створює серйозні бар'єри для отримання соціальної підтримки.

Розподіл показника фізичного здоров'я: низький рівень – 35% (21 особа) з балом 13,3±2,0; середній рівень – 35% (21 особа) з балом 18,5±1,2; високий рівень – 30% (18 осіб) з балом 24,1±3,3. Розподіл є достатньо рівномірним, що відображає різний ступінь фізичних обмежень у досліджуваній вибірці.

Узагальнюючи результати розподілу показників за рівнями вираженості, можна констатувати наявність кількох критичних проблемних зон у досліджуваній вибірці комбатантів. По-перше, найбільш критичною проблемою є низька довіра: 75% комбатантів демонструють повну відсутність довіри до людей, що є найсерйознішим бар'єром для терапевтичної взаємодії та соціальної підтримки. По-друге, більше половини вибірки (51,7%) мають незадовільну якість соціальних стосунків, що ускладнює отримання емоційної підтримки. По-третє, незважаючи на низький рівень соціальної ізольованості (68,3% не відчувають самотності), комбінація низької довіри та поганої якості стосунків створює парадоксальну ситуацію: комбатанти не самотні фізично, але ізольовані емоційно.

Водночас позитивним ресурсом є те, що 70% комбатантів демонструють високу мотивацію до реабілітації, переважна більшість не переживають гострої соціальної самотності, та у більшості виявлено низький або середній рівень негативних психологічних станів. Ці ресурси створюють сприятливі умови для психологічної роботи, спрямованої на відновлення довіри та покращення якості міжособистісних стосунків.

Узагальнену картину ключових проблемних зон у досліджуваній вибірці комбатантів представлено на рисунку 3.1.

Як видно з рисунку 3.1, у досліджуваній вибірці комбатантів виявлено дві основні проблемні зони, що потребують цілеспрямованої психологічної роботи. Найбільш критичною проблемою є низька довіра, яка спостерігається у 75% комбатантів. Це становить три чверті досліджуваної вибірки та вказує на глибоку кризу довіри, яка перешкоджає встановленню терапевтичного

альянсу та побудові підтримуючих соціальних зв'язків. Повна відсутність довіри до людей у такої кількості комбатантів є найсерйознішою перешкодою для психологічної реабілітації.

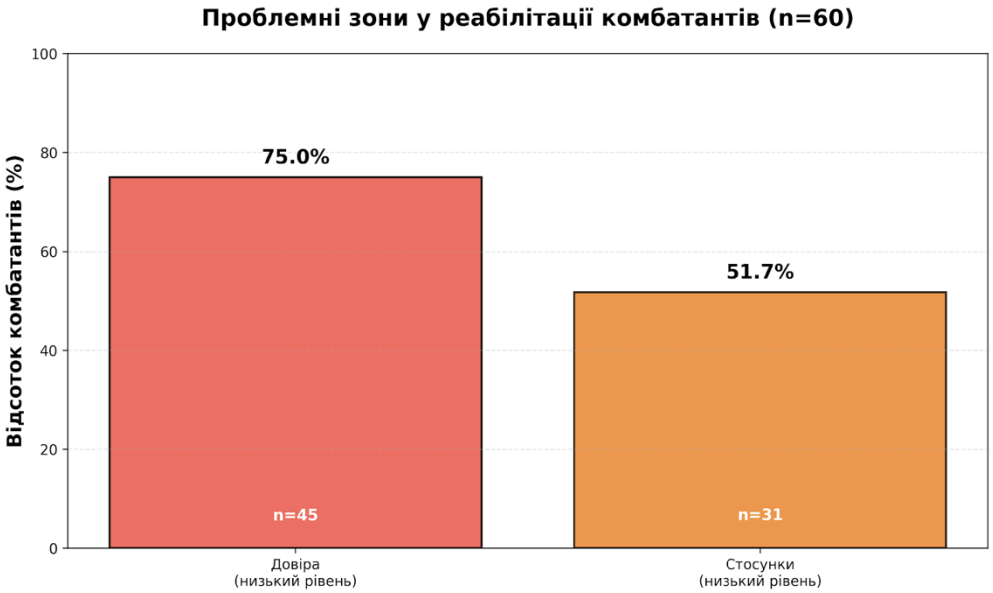


Рис 3.1. Проблемні зони у реабілітації комбатантів (n=60)

Джерело: розроблено автором на основі результатів дослідження

Другою значущою проблемою є незадовільна якість соціальних стосунків, що виявлена у 51,7% комбатантів (більше половини вибірки). Це означає, що навіть за наявності соціальних контактів (низький рівень ізольованості у 68,3%), ці контакти не забезпечують якісної емоційної близькості та підтримки. Такий дисбаланс створює парадоксальну ситуацію: комбатанти перебувають у соціальному середовищі, але відчувають емоційну дистанцію через низьку довіру та поверхневість стосунків, що може бути пов’язане із довгим перебуванням в екстремальних умовах, які формують соціальні стосунки, які дуже сильно відрізняються від таких які ми створюємо в безпечних для життя умовах.

Важливо відзначити, що обидві проблемні зони охоплюють більше половини вибірки, що свідчить про системний характер міжособистісних труднощів у даній популяції. Ці результати підтверджують, що успішна реабілітація комбатантів вимагає комплексних втручань, спрямованих

насамперед на відновлення базової довіри до людей та світу, а також на розвиток навичок побудови глибоких, якісних міжособистісних зв'язків.

Водночас слід наголосити на значному ресурсному потенціалі вибірки: висока мотивація до реабілітації у 70% комбатантів, низький рівень соціальної ізольованості у 68,3%, та низькі показники тривожності й фрустрації у більшості створюють сприятливі умови для психологічної роботи. Мотивовані комбатинти, які не відчувають гострої самотності, більш відкриті до співпраці та готові докладати зусиль для відновлення довіри та покращення якості своїх соціальних зв'язків.

У процесі аналізу експертних оцінок було виділено підгрупу комбатантів з низькою якістю участі у реабілітаційних заходах (n=10, що становить 16,7% від загальної вибірки). Критерієм виділення цієї підгрупи став загальний експертний бал ≤25 балів при максимальних 30 можливих. Характеристика психологічних показників даної підгрупи представлена в таблиці 3.3.

Таблиця 3.3

Середні значення показників у підгрупі комбатантів з низькою якістю участі в реабілітації (n=10)

Показник	**Середнє значення**	**Загальна вибірка (n=60)**
Довіра	0,50±0,97	0,95±1,05
Тривожність	10,30±4,60	8,38±5,34
Фрустрація	8,40±5,60	6,55±4,75
Агресивність	9,50±2,76	8,67±4,33
Ригідність	11,40±4,48	8,85±4,66
Психологічне благополуччя	34,70±10,39	39,78±11,53
Стосунки	14,80±3,71	16,63±4,64
Фізичне здоров'я	16,60±3,66	18,37±4,91

Продовження таблиці 3.3

Суб'єктивне благополуччя (загальний бал)	66,10±14,76	74,78±18,21
Мотивація	12,90±4,63	13,97±3,24
Соціальна ізольованість	15,70±11,32	14,10±11,59
Експертні оцінки (загальний бал)	20,00±7,07	27,80±4,56
Регулярність відвідування	3,20±1,55	4,63±0,92
Сумлінність виконання вправ	3,60±1,26	4,72±0,74
Відповідальність ставлення до фізичної реабілітації	3,20±1,75	4,65±0,97
Співпраця з фізичним терапевтом	3,60±1,71	4,75±0,86
Оцінка результату фахівцем (прогресу)	2,80±1,75	4,52±1,08
Оцінка результату пацієнтом (прогресу)	3,40±1,07	4,50±0,79

Джерело: складено автором на основі результатів дослідження

Як видно з таблиці 3.3, підгрупа комбатантів з низькою якістю участі в реабілітації демонструє суттєво гірші показники порівняно із загальною вибіркою практично за всіма психологічними параметрами. Найбільш критичним є показник довіри: якщо у загальній вибірці середній рівень довіри становить 0,95±1,05 бала, то у підгрупі з низькою відвідуваністю він знижується до 0,50±0,97 бала, що означає майже повну відсутність базової довіри до людей та світу. Щодо росподілу за рівнями виразності в цій групі у всіх осіб були низькі та дуже низькі показники.

Показники негативних психологічних станів у даній підгрупі є вищими: тривожність становить 10,30±4,60 балів проти 8,38±5,34 у загальній вибірці; фрустрація – 8,40±5,60 проти 6,55±4,75; агресивність – 9,50±2,76 проти 8,67±4,33; ригідність – 11,40±4,48 проти 8,85±4,66. Це вказує на те, що комбатанти з низькою якістю участі в реабілітації переживають більший психологічний дистрес, мають вищий рівень внутрішньої напруги та демонструють більшу психологічну негнучкість. Варто відзначити, що стандартне відхилення за показником фрустрації (±5,60), що свідчить про неоднорідність цього стану в підгрупі.

Показники психологічного благополуччя у підгрупі з низькою відвідуваністю є нижчими: загальне психологічне благополуччя становить 34,70±10,39 балів проти 39,78±11,53 у загальній вибірці; якість соціальних стосунків – 14,80±3,71 проти 16,63±4,64; оцінка фізичного здоров'я – 16,60±3,66 проти 18,37±4,91. Сумарний показник суб'єктивного благополуччя у даній підгрупі (66,10±14,76) є на 8,68 балів нижчим порівняно із загальною вибіркою (74,78±18,21), що свідчить про значно нижчу якість життя та загальне самопочуття.

Важливим є те, що мотивація до реабілітації у підгрупі з низькою відвідуваністю (12,90±4,63) також є нижчою порівняно із загальною вибіркою (13,97±3,24), хоча різниця становить лише 1,07 бала. Однак стандартне відхилення у проблемній підгрупі є вищим (±4,63 проти ±3,24), що свідчить про більшу неоднорідність мотиваційної сфери. Рівень соціальної ізольованості у цій підгрупі також є дещо вищим (15,70±11,32 проти 14,10±11,59), хоча різниця є невеликою.

Детальний аналіз експертних оцінок виявляє критичні відмінності між підгрупою з низькою якістю участі та загальною вибіркою. Загальний бал експертної оцінки у проблемній підгрупі становить 20,00±7,07 балів при максимальних 30, що на 7,80 балів нижче порівняно із загальною вибіркою (27,80±4,56). Дуже високе стандартне відхилення (±7,07) вказує на значну варіативність якості участі навіть у межах цієї проблемної групи: деякі комбатанти демонструють мінімальну участь, інші – помірну.

За окремими компонентами експертної оцінки спостерігаються наступні відмінності. Регулярність відвідування у проблемній підгрупі становить 3,20±1,55 бала проти 4,63±0,92 у загальній вибірці, що вказує на нестабільність та пропуски занять. Сумлінність виконання вправ – 3,60±1,26 проти 4,72±0,74, що свідчить про зниження якості та повноти виконання реабілітаційних завдань. Відповідальність ставлення до процесу реабілітації – 3,20±1,75 проти 4,65±0,97, що відображає менш серйозне та менш відповідальне ставлення до власного відновлення.

Якість співпраці з фізичним терапевтом у проблемній підгрупі оцінюється у 3,60±1,71 бала проти 4,75±0,86 у загальній вибірці, що може бути пов'язане з низькою довірою та труднощами у встановленні терапевтичного альянсу. Найбільш критичною є оцінка результату (прогресу у відновленні): 2,80±1,75 бала проти 4,52±1,08, що на 1,72 бала нижче. Це означає, що комбатанти проблемної підгрупи демонструють значно менший прогрес у фізичному відновленні, що може бути наслідком як нижчої якості участі, так і гірших психологічних показників. Загальна оцінка участі в реабілітації становить 3,40±1,07 проти 4,50±0,79.

Отримані дані свідчать про наявність чіткого зв'язку між психологічним станом комбатантів та якістю їхньої участі в реабілітаційному процесі. Комбатанти з низькою довірою (0,50 проти 0,95), вищими показниками негативних психологічних станів, нижчим благополуччям та гіршою якістю соціальних стосунків демонструють статистично значущо нижчу якість участі в реабілітації за всіма компонентами експертної оцінки. Особливо критичними є показники регулярності відвідування, відповідальності ставлення та результату відновлення. Це підкреслює необхідність комплексного психологічного супроводу реабілітаційного процесу, особливо для комбатантів групи ризику, які мають низькі показники довіри, високі рівні негативних психологічних станів та низьке суб'єктивне благополуччя.

Підсумовуючи результати дослідження соціальної самотності, мотивації та психологічних характеристик комбатантів, можна сформулювати наступні висновки. По-перше, найбільш критичною проблемною зоною є низька довіра: 75% комбатантів демонструють повну відсутність довіри до людей, що становить найсерйозніший бар'єр для терапевтичної взаємодії та соціальної підтримки. По-друге, більше половини вибірки (51,7%) мають незадовільну якість соціальних стосунків, що ускладнює отримання емоційної близькості та підтримки навіть за наявності соціальних контактів.

По-третє, позитивним ресурсом є те, що 70% досліджуваних демонструють високий рівень мотивації до реабілітації, що створює

сприятливі умови для психологічної роботи. По-четверте, 68,3% комбатантів не переживають гострої соціальної ізольованості, що свідчить про збереження соціальних зв'язків, хоча якість цих зв'язків потребує покращення. По-п'яте, більшість досліджуваних демонструють низький або середній рівень негативних психологічних станів (тривожності, фрустрації), що вказує на загальну психологічну стійкість. По-шосте, виділена група ризику з низькою якістю участі в реабілітації (16,7% вибірки, n=10) характеризується критично низькими показниками довіри (0,50 бала), вищими рівнями психологічного дистресу та статистично значущо нижчими експертними оцінками за всіма компонентами участі в реабілітаційному процесі, що вказує на необхідність особливого психологічного супроводу для даної підгрупи.

Отримані результати підтверджують наявність парадоксальної ситуації: комбатанти не самотні фізично (низька ізольованість), але ізольовані емоційно (низька довіра, погана якість стосунків). Особливу увагу привертає виділена підгрупа з низькою якістю участі в реабілітації (16,7% вибірки), яка демонструє критично низькі показники довіри (0,50 бала), вищі рівні негативних психологічних станів та значно нижчі експертні оцінки (20,00 балів проти 27,80). Це підкреслює актуальність проблеми дослідження та створює емпіричну основу для подальшого аналізу взаємозв'язків між досліджуваними змінними, який буде представлений у наступному підрозділі.

3.2. Аналіз взаємозв'язків між соціальною самотністю, мотивацією та якістю соціальних стосунків

Для виявлення характеру та сили взаємозв'язків між досліджуваними змінними було застосовано кореляційний аналіз за методом Пірсона (r-Пірсона). Кореляційний аналіз є одним із найпоширеніших статистичних методів, що дозволяє встановити наявність, напрямок (позитивний або негативний) та силу лінійного зв'язку між двома безперервними змінними [38]. Коефіцієнт кореляції Пірсона може приймати значення від -1 до +1, де

значення близькі до 0 свідчать про відсутність лінійного зв'язку, а значення близькі до ±1 – про сильний зв'язок.

Інтерпретація сили кореляційного зв'язку здійснювалася за загальноприйнятими критеріями: слабкий зв'язок ($|r| < 0,30$), помірний зв'язок ($0,30 \leq |r| < 0,50$), сильний зв'язок ($0,50 \leq |r| < 0,70$), дуже сильний зв'язок ($|r| \geq 0,70$) [38]. Оцінка статистичної значущості кореляційних зв'язків проводилася на трьох рівнях: $p < 0,05$ (статистично значущий зв'язок), $p < 0,01$ (високо значущий зв'язок), $p < 0,001$ (дуже високо значущий зв'язок).

Повна кореляційна матриця взаємозв'язків між усіма 18 досліджуваними змінними представлена у Додатку І. У даному підрозділі здійснюється детальний аналіз найбільш значущих кореляційних зв'язків, що мають безпосереднє відношення до перевірки висунутих емпіричних гіпотез та розуміння психологічних механізмів впливу соціальної самотності на ефективність реабілітації комбатантів.

Перевірка емпіричних гіпотез дослідження:

Емпірична гіпотеза 1 передбачала, що чим вищий рівень соціальної самотності відчуває комбатант в реабілітації, тим нижчою буде його мотивація докладати зусиль для успішного відновлення. Результати кореляційного аналізу підтверджують цю гіпотезу: виявлено статистично значущий зворотній зв'язок між соціальною ізольованістю та мотивацією до реабілітації ($r = -0,492$, $p < 0,01$). Це означає, що комбатанти, які переживають більш високий рівень соціальної самотності, демонструють нижчу мотивацію до активної участі у реабілітаційному процесі.

Сила виявленого зв'язку є помірною ($|r| = 0,492$), що вказує на наявність суттєвого, але не абсолютного впливу соціальної самотності на мотивацію. Це узгоджується з теоретичними положеннями Р. Баумайстера та М. Лірі [48] про потребу у належності як одну з фундаментальних людських потреб, незадоволення якої призводить до зниження мотивації до різних видів діяльності. Також ці результати підтверджують висновки теорії

самодетермінації Е. Дісі та Р. Райана [51], згідно з якою задоволення потреби у зв'язку з іншими людьми є критично важливим для підтримки внутрішньої мотивації.

Емпірична гіпотеза 2, яка передбачала, що чим нижче відчуття соціальної самотності, тим вищою буде мотивація до активної участі у реабілітаційному процесі, є комплементарною до першої гіпотези та підтверджується тими самими даними. Негативний характер кореляції ($r = -0,492$) означає, що зниження рівня соціальної ізольованості асоціюється з підвищенням мотивації до реабілітації.

Емпірична гіпотеза 3 стосувалася ролі якості соціальних стосунків як модеруючої змінної у взаємозв'язку між самотністю та мотивацією. Результати кореляційного аналізу повністю підтверджують цю гіпотезу. По-перше, виявлено сильний зворотній зв'язок між якістю соціальних стосунків та соціальною ізольованістю ($r = -0,564$, $p < 0,001$). По-друге, встановлено помірний позитивний зв'язок між якістю соціальних стосунків та мотивацією до реабілітації ($r = 0,478$, $p < 0,01$). Ці результати вказують на те, що якість соціальних стосунків дійсно виступає важливим чинником, що пом'якшує негативний вплив самотності та підтримує мотивацію до відновлення.

Отримані дані узгоджуються з дослідженнями Й. Йілдірім та С. Кочабійік [47], які виявили, що соціальна підтримка значущо корелює як зі зниженням рівня самотності, так і з підвищенням мотивації до лікування у пацієнтів з тяжкими захворюваннями. Результати також підтверджують концептуальну модель, представлену у першому розділі даної роботи (рис. 1.3), згідно з якою якість соціальних стосунків виступає як буферна змінна, що може компенсувати негативні ефекти соціальної самотності.

Емпірична гіпотеза 2, яка передбачала, що чим нижче відчуття соціальної самотності, тим вищою буде мотивація до активної участі у реабілітаційному процесі, є комплементарною до першої гіпотези та підтверджується тими самими даними. Негативний характер кореляції

(r = -0,492) означає, що зниження рівня соціальної ізольованості асоціюється з підвищенням мотивації до реабілітації.

Емпірична гіпотеза 3 стосувалася ролі якості соціальних стосунків як модеруючої змінної у взаємозв'язку між самотністю та мотивацією. Результати кореляційного аналізу повністю підтверджують цю гіпотезу. По-перше, виявлено сильний негативний зв'язок між якістю соціальних стосунків та соціальною ізольованістю (r = -0,564, p < 0,001). По-друге, встановлено помірний позитивний зв'язок між якістю соціальних стосунків та мотивацією до реабілітації (r = 0,478, p < 0,01). Ці результати вказують на те, що якість соціальних стосунків дійсно виступає важливим чинником, що пом'якшує негативний вплив самотності та підтримує мотивацію до відновлення.

Отримані дані узгоджуються з дослідженнями Й. Йілдірім та С. Кочабійік [47], які виявили, що соціальна підтримка значущо корелює як зі зниженням рівня самотності, так і з підвищенням мотивації до лікування у пацієнтів з тяжкими захворюваннями. Результати також підтверджують концептуальну модель, представлену у першому розділі даної роботи (рис. 1.3), згідно з якою якість соціальних стосунків виступає як буферна змінна, що може компенсувати негативні ефекти соціальної самотності.

Таблиця 3.4

Значущі кореляційні зв'язки соціальної ізольованості з іншими змінними (n=60)

Змінна	**Коефіцієнт кореляції (r)**	**Сила зв'язку**
Психологічне благополуччя	-0,707***	Сильний
Суб'єктивне благополуччя	-0,706***	Сильний
Фрустрація	0,679***	Сильний
Ригідність	0,599***	Помірний
Тривожність	0,583***	Помірний
Стосунки	-0,564***	Помірний
Мотивація	-0,492**	Помірний
Довіра	-0,428**	Помірний
Фізичне здоров'я	-0,426**	Помірний
Агресивність	0,164	Слабкий (н.з.)

*Примітки: ** - p < 0,01; *** - p < 0,001; н.з. – незначущий зв'язок.*
Джерело: розраховано автором на основі результатів дослідження.

Аналіз найсильніших взаємозв'язків соціальної ізольованості:

Як видно з таблиці 3.4, соціальна ізольованість комбатантів демонструє найсильніші кореляційні зв'язки з показниками психологічного благополуччя ($r = -0,707$, $p < 0,001$) та суб'єктивного благополуччя ($r = -0,706$, $p < 0,001$). Коефіцієнти кореляції перевищують 0,70, що за класифікацією відповідає сильному зв'язку [38]. Це означає, що приблизно 50% варіації у рівні психологічного благополуччя комбатантів може бути пояснено рівнем їхньої соціальної ізольованості.

Негативний характер цих зв'язків вказує на те, що чим вищий рівень соціальної самотності переживають комбатанти, тим нижчими є їхні показники як загального психологічного благополуччя, так і суб'єктивного сприйняття якості свого життя. Ці результати узгоджуються з концепцією психологічного благополуччя К. Ріфф [66], яка виділяє позитивні стосунки з іншими як один із шести ключових компонентів психологічного благополуччя особистості. Відсутність або дефіцит якісних соціальних зв'язків неминуче призводить до зниження загального рівня благополуччя.

Важливо відзначити, що суб'єктивне благополуччя у даному дослідженні вимірювалося за допомогою модифікованої шкали БІБІСІ, яка включає три субшкали: психологічне благополуччя, фізичне здоров'я та якість стосунків. Високий негативний зв'язок соціальної ізольованості з інтегральним показником суб'єктивного благополуччя ($r = -0,706$) вказує на те, що соціальна самотність негативно впливає на всі сфери благополуччя комбатантів, а не лише на психологічну.

Особливу увагу привертає також сильний позитивний зв'язок між соціальною ізольованістю та фрустрацією ($r = 0,679$, $p < 0,001$). Фрустрація, як стан, що виникає при зіткненні з перешкодами на шляху до мети та характеризується переживанням невдачі, виявляється тісно пов'язаною з переживанням соціальної самотності. Це може пояснюватися тим, що комбатанти, які відчувають себе соціально ізольованими, стикаються з

труднощами у досягненні своїх цілей через брак соціальної підтримки, що призводить до накопичення фрустрації.

Соціальна ізольованість також виявляє помірні позитивні зв'язки з такими негативними психологічними станами, як ригідність ($r = 0,599$, $p < 0,001$) та тривожність ($r = 0,583$, $p < 0,001$). Ригідність, як психологічна негнучкість та труднощі у зміні установок і способів поведінки, може як бути наслідком соціальної самотності (через обмеженість соціальних взаємодій, що сприяють розвитку гнучкості), так і її причиною (через труднощі в адаптації до нових соціальних ситуацій). Підвищена тривожність у соціально ізольованих комбатантів може бути пов'язана з невизначеністю щодо майбутнього, відчуттям вразливості та браком соціальної підтримки як буфера проти стресу.

Роль довіри у взаємозв'язку соціальної ізольованості та благополуччя:

Окремої уваги заслуговує роль довіри у структурі взаємозв'язків соціальної ізольованості з іншими психологічними характеристиками. Виявлено помірний негативний зв'язок між соціальною ізольованістю та довірою ($r = -0,428$, $p < 0,01$). Цей результат узгоджується з висновками підрозділу 3.1, де було встановлено, що 75% комбатантів демонструють критично низький рівень довіри (0 балів за шкалою Розенберга). Низька довіра виступає як наслідок соціальної ізольованості, так і її причиною, створюючи замкнуте коло взаємного посилення.

Довіра виявляє також значущі зворотні зв'язки з негативними психологічними станами: з тривожністю ($r = -0,429$, $p < 0,01$), фрустрацією ($r = -0,365$, $p < 0,05$) та ригідністю ($r = -0,380$, $p < 0,05$). Водночас, довіра позитивно корелює з психологічним благополуччям ($r = 0,368$, $p < 0,05$) та мотивацією ($r = 0,394$, $p < 0,01$). Ці результати вказують на те, що довіра виступає важливим захисним фактором, що пом'якшує негативні наслідки соціальної ізольованості та підтримує позитивні адаптивні процеси.

Як зазначалося у теоретичному розділі, низька довіра є типовою реакцією на травматичний досвід та може бути пов'язана з порушенням базового почуття безпеки у світі, досвідом зради або втрати довіри під час бойових дій, захисним механізмом проти можливого повторного травмування у стосунках [44]. Відновлення довіри є ключовим завданням психологічної реабілітації комбатантів, оскільки без довіри неможливе встановлення терапевтичного альянсу та побудова якісних підтримуючих стосунків.

Аналіз взаємозв'язків мотивації до реабілітації:

Таблиця 3.5

Значущі кореляційні зв'язки мотивації з іншими змінними (n=60)

Змінна	Коефіцієнт кореляції (r)	Сила зв'язку
Психологічне благополуччя	0,608***	Сильний
Суб'єктивне благополуччя	0,594***	Помірний
Ригідність	-0,536***	Помірний
Соціальна ізольованість	-0,492**	Помірний
Стосунки	0,478**	Помірний
Тривожність	-0,475**	Помірний
Фрустрація	-0,446**	Помірний
Довіра	0,394**	Помірний
Фізичне здоров'я	0,324*	Помірний

*Примітки: * - p < 0,05; ** - p < 0,01; *** - p < 0,001.*
Джерело: розраховано автором на основі результатів дослідження.

Як видно з таблиці 3.5, мотивація до реабілітації найсильніше корелює з психологічним благополуччям (r = 0,608, p < 0,001) та суб'єктивним благополуччям (r = 0,594, p < 0,001). Ці зв'язки мають позитивний характер, що означає, що комбатанти з вищим рівнем мотивації демонструють кращі показники загального психологічного благополуччя та суб'єктивної задоволеності життям. Високий рівень мотивації виступає важливим ресурсом для подолання труднощів реабілітаційного процесу та підтримки позитивного психологічного стану.

Мотивація виявляє помірні зворотні зв'язки з усіма негативними психологічними станами: ригідністю (r = -0,536, p < 0,001), тривожністю (r = -0,475, p < 0,01) та фрустрацією (r = -0,446, p < 0,01). Це означає, що

комбатанти з вищою мотивацією до реабілітації характеризуються меншою психологічною негнучкістю, нижчим рівнем тривожності та меншим відчуттям фрустрації. Ці результати узгоджуються з теорією мотивації досягнення, згідно з якою висока мотивація успіху асоціюється з більшою наполегливістю у подоланні перешкод та нижчим рівнем негативних емоційних станів.

Важливо відзначити, що мотивація позитивно корелює з якістю соціальних стосунків ($r = 0,478$, $p < 0,01$) та довірою ($r = 0,394$, $p < 0,01$). Це підтверджує гіпотезу про те, що соціальна підтримка та довіра виступають важливими факторами підтримки мотивації. Комбатанти, які мають якісні соціальні зв'язки та довіряють оточуючим, демонструють вищу мотивацію до реабілітації, що, у свою чергу, підвищує ефективність реабілітаційного процесу.

Цікавим є те, що мотивація практично не корелює з експертними оцінками якості участі в реабілітації ($r = 0,029$, незначущий). Це може вказувати на дисоціацію між внутрішньою мотивацією (вимірюваною за допомогою самозвітних опитувальників) та зовнішньою поведінковою відповідністю (оцінюваною експертами). Така дисоціація може свідчити про те, що навіть за наявності зовнішньої поведінкової відповідності вимогам реабілітаційного процесу, внутрішня мотивація може бути недостатньо сформованою, що створює ризики для довгострокової прихильності до реабілітації.

Узагальнення результатів кореляційного аналізу:

Результати кореляційного аналізу дозволяють створити цілісну картину взаємозв'язків між досліджуваними змінними та підтвердити основні положення концептуальної моделі дослідження. Встановлено, що соціальна ізольованість виступає центральною змінною, що негативно впливає на широкий спектр показників психологічного функціонування комбатантів: психологічне та суб'єктивне благополуччя, мотивацію до реабілітації, якість

соціальних стосунків, довіру. Водночас, соціальна ізольованість підвищує рівень негативних психологічних станів: фрустрації, ригідності, тривожності.

Виявлені взаємозв'язки підтверджують усі три емпіричні гіпотези дослідження. По-перше, підтверджено негативний зв'язок між соціальною самотністю та мотивацією до реабілітації (r = -0,492). По-друге, встановлено, що якість соціальних стосунків виступає важливим модератором, що пом'якшує негативний вплив самотності (r = -0,564) та підтримує мотивацію (r = 0,478). По-третє, виявлено критичну роль довіри у структурі цих взаємозв'язків.

Особливо важливим є виявлення замкнутих циклів взаємного посилення негативних станів: соціальна ізольованість знижує довіру, що, у свою чергу, ускладнює встановлення якісних соціальних зв'язків, що призводить до подальшого поглиблення ізольованості. Аналогічно, низька мотивація асоціюється з вищою ригідністю та фрустрацією, що знижує здатність до активної участі в реабілітації, що призводить до ще більшого зниження мотивації. Розірвання цих замкнутих циклів має стати пріоритетним завданням психологічних інтервенцій.

Отримані результати також вказують на необхідність комплексного підходу до психологічної реабілітації комбатантів, що включає роботу з кількома напрямками одночасно: зниження соціальної ізольованості через групові форми роботи та залучення соціальної підтримки, відновлення базової довіри через створення безпечного терапевтичного середовища, підвищення мотивації через постановку реалістичних цілей та забезпечення відчуття прогресу, зниження негативних психологічних станів через навчання техніками саморегуляції.

Важливо відзначити, що виявлені взаємозв'язки мають кореляційний, а не причинно-наслідковий характер. Тому для остаточних висновків про напрямок впливу необхідні лонгітюдні дослідження. Однак навіть кореляційні дані дозволяють сформулювати обґрунтовані практичні рекомендації щодо

психологічної підтримки комбатантів у реабілітаційному процесі, які будуть представлені у наступних підрозділах.

3.3. Практичні рекомендації щодо психологічної підтримки комбатантів у реабілітаційному процесі

3.3.1. Рекомендації щодо зовнішніх чинників впливу на рівень соціальної ізольованості комбатантів

Незважаючи на добре задокументовані негативні наслідки самотності для здоров'я (включаючи тривожність, депресію, підвищений ризик серцево-судинних патологій та деменції), ефективність традиційних особистісно-орієнтованих підходів залишається обмеженою. Останні дослідження пропонують переосмислити самотність не лише як індивідуальну проблему, а як наслідок взаємодії особистості з фізичним і соціальним середовищем [40].

Дослідники активно вивчають потенціал природи як інтеграційного механізму. Припущення, що зелені насадження (парки, сади, навіть власні двори) сприяють соціальним зв'язкам, підтверджується рекомендаціями спеціалістів з урбаністичного планування. Прогулянки у парках, волонтерство у громадських садах чи просто перебування серед дерев знижують самотність значно ефективніше, ніж самотнє споглядання природи через вікно [40].

Сяокі Фен підсумовує: «ми не приречені бути самотніми – самотньогенним є середовище, яке ми створюємо» [40]. Ця теза є ключовою для даної роботи, оскільки вона виправдовує стратегії міського планування та громадських ініціатив як валідний інструмент зниження епідемії самотності. Замість інвестування виключно в індивідуальну терапію, важливо перебудовувати фізичний та соціальний простір так, щоб він сприяв випадковим соціальним контактам, а не поглиблював ізоляцію.

Важливим кроком вважаємо зміну ставлення людей до самотності. Професор Сяокі Фен (творець терміна «самотньогенне середовище» у 2022 році) пропонує радикальну зміну парадигми: дестигматизувати самотність так

само, як суспільство дестигматизує інші соціальні проблеми (депресію, ПТСР). Людина, яка почувається самотньою, не «дефектна» — вона просто потрапила у середовище, яке не забезпечує їй необхідних соціальних контактів [40].

Отже, публічний простір, відмінний від дому та роботи, необхідний для громадської взаємодії та формування довіри між мешканцями, незалежно від їхніх відмінностей. Нестача дерев (бетонна домінанта) посилює ізоляцію, що є критичним фактором для комбатантів, які повертаються до цивільного життя.

Як самотність, так і соціальна ізоляція пов'язані зі зниженням когнітивних функцій (зокрема, пам'яті, мовної швидкості та робочої пам'яті) протягом трирічного періоду спостереження [10]. Результати підтверджують, що як суб'єктивне відчуття самотності, так і об'єктивна соціальна ізоляція є факторами ризику для когнітивного зниження у середньому та літньому віці. Це свідчить про необхідність розробки заходів, спрямованих як на зменшення соціальної ізоляції, так і на зниження відчуття самотності для попередження когнітивного зниження.

Вважаємо доцільним розглянути стилі гумору, так як гумор виступає важелем зниження міжособистісної напруги. Гумор є фундаментальною характеристикою людської природи, що проявляється як соціальний індикатор психологічного стану. Дослідження К. М. Хана та Л. Дж. Кемпбелла [41] досліджували зв'язок між подібністю стилів гумору партнерів та їх задоволеністю романтичними стосунками. Виявлено, що подібність у використанні адаптивних стилів гумору (афіліативного та самопідтримувального) позитивно корелює із задоволеністю стосунками.

Узагальнюючи, адаптивне використання гумору (афіліативного та самопідтримувального) ефективно знижує ризик самотності, тоді як мало адаптивний самопринизливий стиль є фактором ризику. Ці висновки підкреслюють важливість розвитку конструктивних форм гумору як засобу покращення соціальної інтеграції та емоційного благополуччя.

Отже, самотність слід розглядати не як індивідуальну девіацію, а як результат взаємодії недружнього міського простору, соціально-економічного стресу та крихких внутрішніх ресурсів (низька самоефективність, порушена довіра після травми). Для комбатантів це означає, що психологічна реабілітація має включати не лише індивідуальну терапію, але й створення підтримуючого фізичного та соціального середовища.

3.3.2. Практичні рекомендації щодо підвищення рівня емоційної довіри

Наше дослідження виявило дефіцит емоційної довіри у комбатантів. Комбатанти не мають каналу для безпечного емоційного розвантаження, вони змушені інтералізувати стрес та напругу. Це доводить, що брак довіри, попри те, що не призводить до фізичної ізоляції, створює емоційну самотність, яка негативно впливає на мотивацію та загальну ефективність реабілітації.

По-перше, пропонуємо використовувати шкалу міжособистісної довіри Дж. Роттера (Rotter Interpersonal Trust Scale) [64]. Вона є класичним психометричним інструментом, розробленим для вимірювання того, наскільки людина довіряє словам, обіцянкам та діям інших людей. Шкала Роттера оцінює генералізовану довіру — не довіру до конкретної людини, а загальне очікування, що іншим можна довіряти.

Отже, методика Роттера — це інструмент для комплексного аналізу того, як людина сприймає оточуючих та суспільство. Її використання можна звести до чотирьох ключових напрямків:

Портрет особистості: Визначає «внутрішній фільтр» людини — від відкритості та довіри до світу до хронічної підозрілості та цинізму.

Соціальний прогноз: Допомагає передбачити, як людина діятиме в соціумі — чи буде вона співпрацювати (висока довіра), чи намагатиметься все контролювати та суперничати (низька довіра).

Діагностика середовища: В організаціях та сім'ях виявляє приховану напругу. Низькі показники в групі — це сигнал про токсичну атмосферу або неефективне лідерство.

Психологічне здоров'я: Дозволяє вчасно помітити ознаки соціальної ізоляції, відчуження або надмірної ворожості, що важливо для клінічної практики.

По-друге, рекомендуємо ввести тренінгові психологічні заняття з підвищення емоційної довіри та зниженню тривожності. Кореляційні зв'язки, виявлені в нашому дослідженні доводять, що підвищуючи рівень емоційної довіри, ми тим самим будемо зменшувати соціальну ізольованість, ригідність, фрустрацію та тривожність. І навпаки, знижуючи тривожність, ми отримаємо підвищення довіри та зниження самотності.

Існує низка психологічних вправ, спрямованих на розвиток довіри у дорослих, які підходять для індивідуальної роботи або групових тренінгів. Ці вправи допомагають зміцнити комунікацію, вразливість та взаємозалежність між учасниками. Наступні вправи часто вимагають партнера або фасилітатора і зосереджені на фізичній та емоційній опорі.

Вправа 1. «Падіння довіри» (Trust Fall)

Мета: Побудова фізичної та емоційної довіри, демонстрація залежності від партнера/групи.

Опис: Одна людина стає спиною до свого партнера або невеликої групи людей, які стоять позаду неї на невеликій відстані. Заплющивши очі, людина повільно падає назад, повністю довіряючи, що її спіймають. Партнер або група ловлять її до того, як вона впаде.

Примітка: Важливо забезпечити безпеку та комфорт учасників, починаючи з невеликої висоти падіння.

Вправа 2. «Прогулянка наосліп» (Blindfolded Walk/Minefield)

Мета: Покращення вербальної комунікації, розвиток навичок слідування інструкціям та покладання на чуже керівництво.

Опис: Учасники розбиваються на пари. Одна людина зав'язує очі (або заплющує їх). Її зрячий партнер повинен провести її через заздалегідь

визначений маршрут або смугу перешкод, використовуючи лише голосові інструкції (без фізичного контакту). Після цього ролі міняються.

Примітка: Ця вправа чудово підходить для розвитку точності спілкування та зміцнення довіри до суджень партнера.

Вправа 3. «Людський стілець» (Human Chair)

Мета: Відчуття колективної підтримки та взаємозалежності.

Опис: Учасники стають у тісне коло, дуже близько один до одного, дивлячись у потилицю людині попереду. За командою всі одночасно сідають на коліна людині, що стоїть позаду. Це вимагає синхронності та дозволяє відчути, як група підтримує одне одного фізично.

Вправи для індивідуального розвитку та груп

Ці вправи менш фізичні і більше зосереджені на саморозкритті та емоційному зв'язку.

Вправа 4. «Дві правди та одна брехня» (Two Truths and a Lie)

Мета: Допомагає людям краще пізнати одне одного, сприяє відкриттю та знижує бар'єри.

Опис: Кожен учасник по черзі ділиться трьома твердженнями про себе: двома правдивими фактами та одним вигаданим. Решта групи намагається вгадати, що є брехнею.

Вправа 5. «Активне слухання» (Active Listening Exercise)

Мета: Побудова довіри через демонстрацію зацікавленості та поваги до почуттів іншого.

Опис: Учасники в парах обговорюють певну тему (наприклад, «мої життєві цінності»). Одна людина говорить протягом кількох хвилин, а інша повинна уважно слухати, підтримуючи зоровий контакт, киваючи та ставлячи уточнюючі питання. Після цього «слухач» переказує почуте своїми словами, щоб показати, що він дійсно зрозумів.

Вправа 6. «Коло компліментів» (The Compliment Circle)

Мета: Створення позитивного середовища, підвищення самооцінки та зміцнення зв'язків через вираження вдячності.

Опис: Учасники сидять у колі. Кожен по черзі говорить щирий комплімент людині, яка сидить праворуч від нього.

Вправа 7. «Кола довіри»

В умовах стресових подій людині важливо розуміти, що вона не залишиться із проблемою сам на сам та зможе отримати підтримку від інших, задіявши свій соціальний ресурс. Сформувати та візуалізувати цей ресурс допоможе вправа «Кола довіри».

У її основі лежить ідея існування різних рівнів довіри – власне кіл, які визначають, залежно від ситуації, хто з оточення (рідні, друзі, знайомі, організації) може стати тим ресурсом, який дозволить адекватно справитися із ситуацією. Ця вправа допомагає усвідомити наявність підтримки та структурувати соціальну мережу.

Інструкція до вправи:

1. На аркуші паперу намалюйте 4 кола, розташованих одне в одному.

2. У центральному колі впишіть своє ім'я, адже саме ви є шукачем ресурсу.

3. У наступному колі вкажіть імена близьких людей, яким ви можете повністю довіритися у ситуації, що склалася, та очікуєте від них цілковитої підтримки та розуміння.

4. Третє коло заповніть іменами людей, яким також довіряєте, але в меншій мірі. Це можуть бути друзі, далекі родичі, люди, з якими ви часто спілкуєтеся, підтримуєте гарні стосунки.

5. У четвертому колі запишіть імена знайомих та інших людей, які потенційно можуть прийти на допомогу та підтримати вас у певних моментах.

6. За межі останнього кола винесіть інституції/організації, які також можуть виявитися корисними для того, щоб справитися із ситуацією: лінії

довіри, медичні установи, психологічні чи юридичні консультації, служби соціального захисту тощо.

7. Проаналізуйте свої кола довіри, імена, які в них записані. Поміркуйте над тим, чи бажаєте ви наблизити когось до свого внутрішнього кола чи навпаки віддалити. Це абсолютно природній процес, адже комунікація – це динамічна річ.

3.3.3. Рекомендації щодо зниження тривожності та агресивності

Триденний тренінг: Управління тривожністю та агресивністю

Цей тренінг розроблений для самостійного виконання і вимагає щоденної послідовності та саморефлексії.

День 1: Усвідомлення та Релаксація (Тіло і Почуття)

Мета: Навчитися розпізнавати фізичні ознаки тривоги/агресії та швидко активувати механізми фізичного розслаблення.

1. Ранкова Вправа: Сканування Тіла (10-15 хв)

Дія: Сядьте або ляжте зручно. Закрийте очі. Почніть звертати увагу на відчуття у різних частинах тіла (від пальців ніг до маківки).

Завдання: Виявити зони напруги (стиснуті щелепи, напружені плечі, стиснутий кулак, «метелики» в животі). Це ваші індикатори.

Запис: Запишіть 2-3 основні фізичні ознаки, які ви ідентифікували як реакцію на стрес.

2. Дихальна Техніка: Дихання 4-7-8 (3 рази на день)

Техніка:

– Видихніть повністю через рот зі звуком «хух».

– Закрийте рот і вдихайте тихо через ніс на рахунок 4.

– Затримайте дихання на рахунок 7.

– Повільно видихайте через рот зі звуком «хух» на рахунок 8.

Завдання: Повторити 4 цикли щоразу, коли відчуваєте напругу або перед сном. Це швидко знижує активацію нервової системи.

3. Усвідомленість Моменту (5 хв)

Дія: Коли відчуваєте, що думки «мчаться» або зростає роздратування, зупиніться.

Техніка «5-4-3-2-1»:

– Назвіть 5 речей, які ви бачите.

– Назвіть 4 речі, які ви відчуваєте на дотик.

– Назвіть 3 речі, які ви чуєте.

– Назвіть 2 речі, які ви нюхаєте.

– Назвіть 1 річ, яку ви відчуваєте на смак.

Це повертає ваш мозок у «тут і зараз».

День 2: Когнітивна Реструктуризація (Думки)

Мета: Навчитися виявляти та змінювати деструктивні думки, які живлять тривогу та агресію.

1. Аналіз Тригерів та Реакцій (15 хв)

Дія: Створіть таблицю або просто ведіть щоденник, коли виникають сильні емоції.

Формат:

Ситуація/Тригер: (Що сталося?) Приклад: Лист від начальника з критикою.

Думка: (Що ви подумали?) Приклад: «Я невдаха, мене скоро звільнять».

Емоція: (Що відчули?) Приклад: Тривога 9/10, Гнів 4/10.

Поведінка: (Що зробили?) Приклад: Зачинилися, відмовилися від обіду.

2. Виклик Негативним Думкам (10 хв)

Дія: Візьміть 1-2 «гарячі» думки з таблиці. Поставте їм «когнітивні» питання:

Докази: Які є фактичні докази, що ця думка правдива?

Альтернативи: Які інші, більш збалансовані пояснення можуть бути? («Це була критика моєї роботи, а не мене як людини. Це можна виправити»)

Користь: Чи допомагає мені ця думка досягти моїх цілей?

3. Вправа «Безпечне Місце» (10 хв, візуалізація)

Дія: Сядьте, закрийте очі. Уявіть місце, де ви почуваєтесь абсолютно безпечно, спокійно та вільно.

Завдання: Спробуйте «побачити» деталі, «почути» звуки, «відчути» запахи. Затримайтеся там. Цю візуалізацію можна використовувати як «аварійну кнопку» під час зростання тривоги.

День 3: Поведінкові Зміни та Асертивність (Дія)

Мета: Закріпити навички, що замінюють агресивну або пасивну поведінку на конструктивну.

1. Техніка «STOP» (Коли емоції зашкалюють)

Stop: Зупиніться. Нічого не робіть.

Take a breath: Зробіть глибокий вдих (Дихання 4-7-8).

Observe: Усвідомте, що ви відчуваєте і думаєте в цей момент.

Proceed: Дійте усвідомлено (використовуючи, наприклад, Асертивне повідомлення).

Завдання: Протягом дня свідомо використовуйте «STOP» хоча б тричі, коли вас щось засмучує.

2. Тренування Асертивності: Я-Повідомлення (10 хв, практика)

Мета: Висловлювати свої потреби/почуття, не звинувачуючи іншу людину (що провокує конфлікт).

Формат: Я відчуваю [ЕМОЦІЯ], коли ти [ОБ'ЄКТИВНА ПОВЕДІНКА], тому що [НАСЛІДОК ДЛЯ МЕНЕ]. Я хотів/хотіла б, щоб [ПОТРІБНА ПОВЕДІНКА].

Приклад (Агресивний): «Ти завжди спізнюєшся, ти безвідповідальний!»

Приклад (Асертивний): «Я хвилююсь, коли ти затримуєшся на нашу зустріч на 20 хвилин, тому що мені доводиться переносити інші плани. Я хотіла б, щоб ти попереджав мене заздалегідь, якщо не встигаєш».

3. Планування Профілактики Рецидивів (10 хв)

Дія: Складіть список дій, які ви будете робити щодня для підтримки свого стану:

Наприклад: 15 хвилин прогулянки, 5 хвилин дихальних вправ, 1 сторінка читання, щоденний запис подяки (це знижує фокус на негативі).

Важливо: Регулярна фізична активність (навіть легка) є потужним інструментом для «спалювання» гормонів стресу.

Резюме триденного тренінгу

Послідовність: Робіть ці вправи щодня протягом мінімум трьох днів, а потім інтегруйте їх у своє життя.

Саморефлексія: Після кожного дня запитуйте себе: «Що спрацювало найкраще? Що я зрозумів про себе сьогодні?»

Вправа для Тренування (10 хв): Визначте 3 ситуації з останнього тижня, де ви відчували тривогу, гнів, або де ваші кордони були порушені. Сформулюйте для кожної ситуації ідеальне «Я-Повідомлення», використовуючи всі 4 частини формули. Проговоріть це повідомлення вголос (навіть якщо ви самі). Це тренує ваш мозок і м'язи обличчя для більш впевненої подачі у реальній ситуації.

Отже, вправи на зниження тривожності та агресивності мають глибокий накопичувальний ефект, який змінює фундаментальне сприйняття реальності та стосунків. Регулярні заняття сприяють розширенню «вікна толерантності» до стресу, підвищують емоційну регуляцію та зміцнюють почуття контролю над власним життям.

3.3.4. Рекомендації щодо організації реабілітаційних програм

На основі виявлених взаємозв'язків між соціальною самотністю, довірою, мотивацією та ефективністю реабілітації можна сформулювати комплекс рекомендацій щодо організації реабілітаційних програм для комбатантів. Ці рекомендації спрямовані на створення сприятливого середовища для подолання соціальної ізольованості та підвищення мотивації до активної участі в реабілітаційному процесі.

По-перше, рекомендується надавати перевагу груповим формам роботи над індивідуальними. Групова реабілітація створює природне середовище для соціальної взаємодії, дозволяє комбатантам обмінюватися досвідом з людьми, які пережили подібні травми, та розвивати навички соціальної комунікації. Важливо, щоб групи були невеликими (8-12 осіб) та однорідними за характером травматичного досвіду, що сприяє формуванню взаємної довіри та підтримки.

По-друге, необхідно забезпечити наявність кваліфікованих психологів, які володіють спеціальними методами роботи з травматичним досвідом та його довгостроковими наслідками. Психолог має виконувати подвійну функцію: з одного боку, створювати безпечне середовище для емоційного відреагування, з іншого – активно сприяти встановленню зв'язків між учасниками групи. Важливо, щоб психологічна підтримка була інтегрована в загальну реабілітаційну програму, а не виступала як окрема послуга.

По-третє, рекомендується включити в реабілітаційні програми спеціальні модулі, спрямовані на відновлення довіри. Як показало наше дослідження, низька довіра є критичним бар'єром для формування якісних соціальних зв'язків та підтримки мотивації. Модуль з розвитку довіри має включати вправи, описані в підрозділі 3.3.2, адаптовані до специфіки роботи з комбатантами.

По-четверте, важливо створити систему поетапних досяжних цілей у реабілітаційному процесі. Результати нашого дослідження показали, що 70% комбатантів демонструють високу мотивацію, проте ця мотивація може

швидко знижуватися при зіткненні з перешкодами. Чітка структура реабілітаційної програми з виразними проміжними результатами допоможе підтримувати мотивацію на високому рівні.

По-п'яте, рекомендується залучати до реабілітаційного процесу близьке оточення комбатанта (сім'ю, друзів). Результати дослідження показали сильний зв'язок між якістю соціальних стосунків та ефективністю реабілітації. Проведення сімейних консультацій, навчання близьких навичкам підтримки та розуміння специфіки посттравматичних станів може значно підвищити ефективність реабілітації.

По-шосте, важливо забезпечити координацію між фізичними терапевтами та психологами. Наше дослідження виявило дисоціацію між високою мотивацією (70% комбатантів) та відсутністю зв'язку мотивації з експертними оцінками якості участі. Це може вказувати на те, що психологічні бар'єри (низька довіра, висока тривожність) заважають реалізувати наявну мотивацію в конкретну поведінку. Регулярні міждисциплінарні консиліуми допоможуть виявляти таких учасників та надавати їм додаткову підтримку.

По-сьоме, рекомендується впровадити систему моніторингу психологічного стану комбатантів протягом усього реабілітаційного процесу. Використання коротких експрес-методик (таких як шкала Розенберга та Емоційна шкала) дозволить своєчасно виявляти комбатантів з підвищеним ризиком.

Нарешті, важливо створити можливості для продовження соціальних контактів після завершення основної реабілітаційної програми. Організація груп взаємопідтримки ветеранів, спільних заходів, волонтерських проєктів допоможе закріпити соціальні зв'язки, сформовані під час реабілітації, та знизити ризик повторного виникнення соціальної ізольованості.

Висновки до розділу 3

У третьому розділі проведено емпіричне дослідження та аналіз впливу соціальної самотності на фізичну реабілітацію комбатантів. На основі отриманих результатів зроблено такі висновки:

1. Фактичний стан досліджуваних змінних (Виконання завдання №4):

Проблема довіри та стосунків: Встановлено критичний дефіцит довіри (75% комбатантів мають 0 балів за Розенбергом) та незадовільну якість соціальних стосунків (51,7%). Це підтверджує парадокс: за відсутності фізичної ізоляції ветерани переживають глибоку емоційну відстороненість.

- Мотиваційний ресурс: Виявлено високий рівень мотивації до успіху (70% вибірки, середній бал 17,5 за Реаном), що є потужним фундаментом для відновлення, попри загальний негативний емоційний фон.

Отже, четверте завдання щодо визначення фактичного рівня самотності та мотивації виконано.

2. Результати аналізу взаємозв'язків та відмінностей (Виконання завдання №5):

- Вплив на мотивацію: Підтверджено негативний зв’язок між соціальною самотністю та мотивацією успіху ($r = -0,492$). Самотність виступає бар’єром, що знижує готовність докладати зусиль.
- Деструктивний вплив на благополуччя: Виявлено сильні негативні кореляції самотності з психологічним благополуччям ($r = -0,707$) та прямі зв’язки з фрустрацією ($r = 0,679$) і ригідністю ($r = 0,599$).
- Роль довіри як захисного ресурсу: Довіра визначена як ключовий внутрішній чинник стійкості, який позитивно корелює з мотивацією ($r = 0,394$) та пом'якшує наслідки ізоляції.
- Аналіз групових відмінностей дозволив виділити категорію «ризику» (16,7%), де поєднуються низька довіра, високий дистрес та низька якість участі в реабілітації, яка потребує пріоритетної психологічної уваги через поєднання високої ригідності та низької залученості у відновлення.

Отже, п'яте завдання щодо проведення кількісного, якісного та кореляційного аналізу виконано.

3. Практичні рекомендації (Виконання завдання №6):

На основі встановлених «замкнутих циклів» самотності розроблено комплексну стратегію підтримки за трьома напрямками:

- Робота з довірою: Впровадження системи з 7 вправ (від «Кола довіри» до активного слухання) для подолання емоційної відчуженості.
- Управління станами: Триденний тренінг з технік релаксації, когнітивної реструктуризації та асертивності для зниження тривожності й ригідності.
- Організаційні заходи: Перехід до групових форм роботи (8–12 осіб), залучення родини та використання екологічних факторів (природне середовище) для дестигматизації самотності.

Отже, шосте завдання щодо розробки практичних рекомендацій виконано.

Таким чином, результати емпіричного дослідження повністю підтвердили концептуальну гіпотезу: соціальна самотність є деструктивним чинником, що знижує мотивацію успіху, проте цей вплив може бути компенсований через роботу з довірою та самооцінкою.

ЗАГАЛЬНІ ВИСНОВКИ

У кваліфікаційній роботі здійснено теоретичне обґрунтування та емпіричне дослідження впливу соціальної самотності на ефективність фізичної реабілітації комбатантів через показники мотивації до реабілітації, якості участі у реабілітаційному процесі та прогресу у відновленні. Результати дослідження підтверджують актуальність проблеми та дозволяють сформулювати наступні висновки:

1. Теоретичний аналіз наукової літератури дозволив встановити, що соціальна самотність є складним багатоаспектним феноменом, який визначається як суб'єктивне переживання відсутності соціальної інтеграції та належності до спільноти. На відміну від об'єктивної соціальної ізоляції, соціальна самотність є внутрішнім психічним станом, який може виникати навіть за наявності формальних соціальних контактів. Встановлено, що соціальна самотність негативно впливає на широкий спектр показників здоров'я та є значущим предиктором зниження психологічного благополуччя, когнітивних функцій та мотивації до діяльності.

2. Виявлено, що мотивація до реабілітації є ключовим фактором успішності відновлення, який формується під впливом як внутрішніх факторів (самооцінка, віра у власні сили, життєві цілі), так і зовнішніх факторів (соціальна підтримка, якість стосунків, підтримка фахівців). Встановлено специфічні бар'єри для мотивації до реабілітації у військовослужбовців: стигматизація психологічної допомоги (страх бути сприйнятим як слабкий), недовіра до якості послуг, брак знань про власні потреби у психологічній підтримці та високий рівень соціальної самотності.

3. Теоретичний аналіз виявив складний характер взаємозв'язку між соціальною самотністю, мотивацією до реабілітації та якістю соціальних стосунків. Встановлено, що високий рівень соціальної самотності негативно корелює з мотивацією до активної участі у реабілітаційному процесі. Якість соціальних стосунків виступає важливим модератором у цьому взаємозв'язку,

при цьому особи з високою якістю соціальних стосунків мають більше ресурсів для подолання труднощів реабілітації. Самооцінка та довіра відіграють роль додаткових модераторів, що можуть пом'якшувати негативний вплив самотності на мотивацію.

4. Емпіричне дослідження комбатантів (n=60), що проходили фізичну реабілітацію в Державній установі «Український державний науково-дослідний інститут медико-соціальних проблем інвалідності МОЗ України», виявило парадоксальну ситуацію: 68,3% комбатантів не переживають гострої соціальної ізольованості (низький рівень з балом 2,9±2,6), однак водночас 75% демонструють критично низький рівень довіри (0 балів за шкалою Розенберга) та 51,7% мають незадовільну якість соціальних стосунків. Це підтверджує теоретичне положення про відмінність між фізичною та емоційною самотністю: комбатанти не самотні фізично, але ізольовані емоційно.

5. Встановлено значні ресурсні можливості досліджуваної вибірки: 70% комбатантів демонструють високий рівень мотивації до реабілітації (17,5±0,9 бала), що створює сприятливі умови для психологічної роботи. Більшість досліджуваних демонструють низький або середній рівень негативних психологічних станів (45% – низька тривожність, 65% – низька фрустрація), що свідчить про загальну психологічну стійкість. Середній рівень психологічного благополуччя становить 39,78±11,53 бала, суб'єктивного благополуччя – 74,78±18,21 бала.

6. Виділено підгрупу ризику з низькою якістю участі в реабілітації (16,7% вибірки, n=10), яка характеризується критично низькими показниками довіри (0,50±0,97 бала проти 0,95±1,05 у загальній вибірці), статистично значущо вищими рівнями негативних психологічних станів (тривожність 10,30±4,60, фрустрація 8,40±5,60, ригідність 11,40±4,48) та нижчим загальним балом експертної оцінки участі в реабілітації (20,00±7,07 проти 27,80±4,56). Ця підгрупа потребує особливого психологічного супроводу та комплексних інтервенцій.

7. Результати кореляційного аналізу повністю підтвердили концептуальну гіпотезу та всі три емпіричні гіпотези дослідження. Встановлено статистично значущий негативний зв'язок помірної сили між соціальною ізольованістю та мотивацією до реабілітації ($r = -0,492$, $p < 0,01$), що підтверджує, що вищий рівень соціальної самотності асоціюється з нижчою мотивацією докладати зусиль для успішного відновлення. Виявлено, що якість соціальних стосунків виступає важливим модератором, демонструючи сильний негативний зв'язок з соціальною ізольованістю ($r = -0,564$, $p < 0,001$) та помірний позитивний зв'язок з мотивацією ($r = 0,478$, $p < 0,01$).

8. Найсильніші кореляційні зв'язки соціальної ізольованості виявлено з показниками психологічного благополуччя ($r = -0,707$, $p < 0,001$) та суб'єктивного благополуччя ($r = -0,706$, $p < 0,001$), що вказує на те, що приблизно 50% варіації у рівні благополуччя комбатантів може бути пояснено рівнем їхньої соціальної самотності. Виявлено також сильний позитивний зв'язок між соціальною ізольованістю та фрустрацією ($r = 0,679$, $p < 0,001$), помірні зв'язки з ригідністю ($r = 0,599$, $p < 0,001$) та тривожністю ($r = 0,583$, $p < 0,001$).

9. Встановлено критичну роль довіри у структурі взаємозв'язків досліджуваних змінних. Довіра виявляє значущі негативні зв'язки з соціальною ізольованістю ($r = -0,428$, $p < 0,01$), тривожністю ($r = -0,429$, $p < 0,01$), фрустрацією ($r = -0,365$, $p < 0,05$) та ригідністю ($r = -0,380$, $p < 0,05$), водночас позитивно корелюючи з психологічним благополуччям ($r = 0,368$, $p < 0,05$) та мотивацією ($r = 0,394$, $p < 0,01$). Це вказує на те, що довіра виступає важливим захисним фактором, що пом'якшує негативні наслідки соціальної ізольованості.

10. Виявлено існування замкнутих циклів взаємного посилення негативних станів: соціальна ізольованість знижує довіру → низька довіра ускладнює встановлення якісних соціальних зв'язків → погана якість стосунків призводить до подальшого поглиблення ізольованості. Аналогічно, низька мотивація асоціюється з вищою ригідністю та фрустрацією → це знижує

здатність до активної участі в реабілітації → що призводить до ще більшого зниження мотивації. Розірвання цих замкнутих циклів має стати пріоритетним завданням психологічних інтервенцій.

11. На основі отриманих результатів розроблено комплекс практичних рекомендацій щодо психологічної підтримки комбатантів у реабілітаційному процесі, що охоплюють три основні напрямки: урахування зовнішніх чинників впливу на рівень соціальної ізольованості (переосмислення самотності як наслідку взаємодії з фізичним і соціальним середовищем, використання природного середовища, дестигматизація самотності); підвищення рівня емоційної довіри через використання шкали міжособистісної довіри Дж. Роттера та впровадження семи практичних вправ («Падіння довіри», «Прогулянка наосліп», «Людський стілець», «Дві правди та одна брехня», «Активне слухання», «Коло компліментів», «Кола довіри»); зниження тривожності та агресивності через триденний тренінг управління емоційними станами.

12. Сформульовано сім ключових рекомендацій щодо організації реабілітаційних програм для комбатантів: надання переваги груповим формам роботи (8-12 осіб, однорідні групи); забезпечення наявності кваліфікованих психологів з досвідом роботи з травмою та ПТСР; включення спеціальних модулів з відновлення довіри; створення системи поетапних досяжних цілей; залучення близького оточення (сім'ї, друзів); забезпечення координації між фізичними терапевтами та психологами через міждисциплінарні консиліуми; впровадження системи моніторингу психологічного стану протягом усього реабілітаційного процесу; створення можливостей для продовження соціальних контактів після завершення основної програми.

13. Теоретична значущість роботи полягає у розширенні наукового розуміння взаємозв'язку між соціальною самотністю та мотивацією до реабілітації у комбатантів, визначенні ролі довіри та якості соціальних стосунків як ключових модераторів у цьому взаємозв'язку, виявленні механізмів взаємного посилення негативних психологічних станів через

замкнуті цикли зворотного зв'язку. Робота вносить вклад у розвиток теорії мотивації, відображаючи роль емоційних та соціально-психологічних факторів у мотиваційних процесах, а також у розвиток психології фізичної реабілітації та адаптації особистості в умовах екстремальних стресових факторів.

14.Практична значущість роботи полягає у розробці науково обґрунтованих рекомендацій для психологів, реабілітологів та соціальних працівників щодо виявлення групи ризику серед комбатантів, що проходять реабілітацію, з високим рівнем самотності та низькою мотивацією (16,7% вибірки); розробки психологічних інтервенцій для зниження рівня самотності та підвищення мотивації; удосконалення програм психологічної підтримки у реабілітаційних центрах з акцентом на підвищення рівня довіри, психологічного благополуччя та якості соціальних стосунків; підвищення ефективності реабілітаційних заходів шляхом врахування взаємозв'язку психологічних факторів та створення індивідуалізованих програм допомоги; подолання бар'єрів у зверненні за психологічною допомогою, зокрема серед військовослужбовців-чоловіків.

15.Результати дослідження можуть бути використані у роботі з військовослужбовцями, які проходять реабілітацію в спеціалізованих медичних закладах України, а також адаптовані для роботи з іншими категоріями осіб, що потребують психологічної реабілітації після дії екстремальних стрес-факторів. Розроблені рекомендації можуть бути впроваджені в практику роботи реабілітаційних центрів, використані у навчальному процесі при підготовці психологів, що спеціалізуються на реабілітації постраждалих від травматичних подій, а також у системі підвищення кваліфікації фахівців, що працюють з комбатантами.

Перспективами подальших досліджень є проведення лонгітюдного дослідження для встановлення причинно-наслідкових зв'язків між соціальною самотністю та ефективністю реабілітації; розробка та апробація комплексної програми психологічної підтримки комбатантів з акцентом на відновлення

довіри та покращення якості соціальних стосунків; дослідження ефективності різних типів психологічних інтервенцій (індивідуальних, групових, сімейних) для зниження рівня самотності та підвищення мотивації; вивчення гендерних особливостей переживання соціальної самотності у військовослужбовців; дослідження впливу тривалості реабілітаційного процесу на динаміку показників соціальної самотності та мотивації.

Таким чином, мета кваліфікаційної роботи – теоретично обґрунтувати та емпірично дослідити вплив соціальної самотності на ефективність фізичної реабілітації комбатантів через показники мотивації до реабілітації, якості участі у реабілітаційному процесі та прогресу у відновленні – досягнута. Усі поставлені завдання виконано. Концептуальна гіпотеза та емпіричні гіпотези дослідження підтверджено. Отримані результати мають як теоретичну, так і практичну значущість для розвитку психології реабілітації та оптимізації психологічної підтримки комбатантів у процесі їхнього фізичного та психологічного відновлення.

ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

На основі результатів теоретичного аналізу та емпіричного дослідження впливу соціальної самотності на ефективність фізичної реабілітації комбатантів розроблено комплекс практичних рекомендацій для фахівців, які працюють у сфері реабілітації військовослужбовців.

Рекомендації для психологів реабілітаційних центрів

1. Діагностика та виявлення груп ризику:

- Проводити скринінг рівня соціальної самотності та довіри на початку реабілітації, використовуючи експрес-методики (шкала соціальної ізольованості Д. Рассела та М. Фергюсона, шкала довіри С. Розенберга).
- Особливу увагу приділяти комбатантам з низькими показниками довіри (0-1 бал за шкалою Розенберга), оскільки 75% досліджуваної вибірки демонструють критично низький рівень довіри.
- Виявляти комбатантів з низькою якістю участі в реабілітації (група ризику становить 16,7% вибірки) за критеріями: нерегулярна відвідуваність, низька сумлінність виконання вправ, незадовільна співпраця з терапевтом.

2. Індивідуальна психологічна робота:

- Встановлювати довірливий контакт, дотримуючись принципів безпеки, зацікавленості, мінімізації травми, відповідальності та конфіденційності.
- Проводити роботу з відновлення базової довіри через створення безпечного терапевтичного середовища, використання технік валідації емоцій та поступового наближення до емоційно значущих тем.
- Застосовувати когнітивно-поведінкову терапію для зміни деструктивних думок, що підтримують самотність та знижують мотивацію.
- Використовувати техніку «Кола довіри» для візуалізації соціальних ресурсів та усвідомлення наявної підтримки.

3. Групова психологічна робота:

- Формувати невеликі терапевтичні групи (8-12 осіб), однорідні за характером травматичного досвіду.
- Включати в групову роботу вправи на розвиток довіри: «Падіння довіри», «Прогулянка наосліп», «Людський стілець», «Активне слухання», «Коло компліментів».
- Проводити групові дискусії з обміну досвідом подолання труднощів реабілітації, що знижує відчуття унікальності власних проблем та підвищує мотивацію.
- Організовувати групи взаємопідтримки комбатантів, що завершили основний курс реабілітації, для профілактики повторного виникнення соціальної ізольованості.

4. Робота з емоційними станами:

- Впроваджувати триденний тренінг управління тривожністю та агресивністю з акцентом на техніки усвідомлення (сканування тіла, техніка «5-4-3-2-1»), когнітивної реструктуризації (аналіз тригерів, виклик негативним думкам) та поведінкових змін (техніка «STOP», Я-повідомлення).
- Навчати дихальним технікам для швидкого зниження активації нервової системи (дихання 4-7-8, діафрагмальне дихання).
- Застосовувати техніку візуалізації «Безпечне місце» як засіб швидкої саморегуляції при зростанні тривожності.

Рекомендації для фізичних терапевтів та реабілітологів

1. Врахування психологічних факторів у фізичній реабілітації:

- Розуміти, що низька мотивація до реабілітації може бути наслідком не «лінощів», а високого рівня соціальної самотності, низької довіри та психологічного дистресу.
- Звертати увагу на комбатантів з ознаками соціальної ізольованості (уникнення спілкування, замкнутість, відмова від групових занять) та своєчасно направляти їх до психолога.

- Враховувати, що 70% комбатантів мають високу внутрішню мотивацію, але психологічні бар'єри (низька довіра, тривожність) можуть заважати її реалізації в конкретну поведінку.

2. Створення підтримуючого середовища:
   - Будувати довірливі стосунки з комбатантами, демонструючи повагу, розуміння та послідовність у своїх діях.
   - Заохочувати міжособистісну взаємодію між учасниками групових занять, створювати умови для неформального спілкування до та після занять.
   - Використовувати принцип поетапних досяжних цілей: розбивати загальну мету реабілітації на короткі проміжні завдання, відзначати прогрес, забезпечувати відчуття успіху.
3. Координація з психологами:
   - Брати участь у регулярних міждисциплінарних консиліумах для обговорення комбатантів з низькою якістю участі в реабілітації.
   - Надавати об'єктивні експертні оцінки якості участі комбатантів (регулярність відвідування, сумлінність виконання, відповідальність ставлення, якість співпраці, оцінка прогресу).
   - Інформувати психолога про виявлені ознаки психологічного дистресу, різкі зміни у поведінці або мотивації комбатантів.

Рекомендації для адміністрації реабілітаційних центрів

1. Організаційні заходи:
   - Забезпечити наявність у штаті кваліфікованих психологів, що володіють методами роботи з травмою та посттравматичним стресовим розладом.
   - Впровадити систему моніторингу психологічного стану комбатантів протягом усього реабілітаційного процесу з використанням експрес-методик на різних етапах реабілітації.
   - Включити в стандартні реабілітаційні програми обов'язкові модулі з відновлення довіри, розвитку навичок комунікації та управління емоційними станами.

2. Створення сприятливого фізичного середовища:

- Облаштувати простори для неформального спілкування комбатантів (зони відпочинку, кімнати для групових занять, місця для спільних обідів).
- За можливості створити доступ до природного середовища (сад, парк, зелені зони біля центру), оскільки перебування на природі знижує рівень самотності та сприяє соціальним контактам.
- Організувати безпечний та комфортний простір для групових психологічних занять з можливістю конфіденційного спілкування.

3. Залучення родин та близького оточення:

- Розробити програми психоосвіти для членів родин комбатантів з поясненням специфіки посттравматичних станів, особливостей переживання самотності та способів надання підтримки.
- Організовувати сімейні консультації та сімейну терапію для комбатантів, чиї близькі стосунки постраждали внаслідок травматичного досвіду.
- Заохочувати відвідування реабілітаційних занять членами родини для кращого розуміння процесу відновлення.

4. Програми соціальної інтеграції:

- Організовувати групи взаємопідтримки комбатантів, які завершили реабілітацію, для підтримки соціальних зв'язків та профілактики повторної ізоляції.
- Впроваджувати спільні заходи (екскурсії, культурні події, волонтерські проекти), що сприяють соціальній інтеграції та відновленню довіри до суспільства.
- Створювати можливості для участі комбатантів у громадських ініціативах та соціально корисній діяльності, що підвищує самооцінку та відчуття приналежності до спільноти.

Рекомендації для комбатантів та їхніх родин

1. Для комбатантів:

- Усвідомлювати, що відчуття самотності після травматичного досвіду є нормальною реакцією, а не ознакою слабкості.
- Не ізолюватися від соціальних контактів, навіть якщо спілкування дається важко – підтримувати зв'язки принаймні з кількома близькими людьми.
- Практикувати техніки саморегуляції емоційних станів (дихальні вправи, техніка «STOP», візуалізація безпечного місця) для зниження тривожності та контролю агресивності.
- Використовувати вправу «Кола довіри» для усвідомлення наявних соціальних ресурсів та можливості звернення за підтримкою.
- Ставити реалістичні, досяжні цілі в реабілітації та відзначати навіть невеликий прогрес.

2. Для членів родин:

- Розуміти, що низька довіра та емоційна дистанційованість комбатанта є наслідком травми, а не відсутності любові чи поваги до близьких.
- Не тиснути на комбатанта з вимогами «повернутися до нормального життя», надавати час та простір для поступової адаптації.
- Демонструвати послідовність, надійність та передбачуваність у своїх діях для поступового відновлення довіри.
- Використовувати техніку Я-повідомлень для висловлювання своїх почуттів без звинувачень та конфліктів.
- За необхідності звертатися за професійною психологічною підтримкою для себе, оскільки підтримка комбатанта вимагає значних емоційних ресурсів.

Рекомендації для фахівців з урбаністичного планування та місцевої влади

1. Створення антисамотньогенного середовища:

- Розвивати доступну інфраструктуру «третіх місць» (парки, сквери, громадські простори) для природних соціальних контактів.

- Забезпечувати озеленення міського простору, оскільки дослідження підтверджують, що перебування серед природи знижує рівень самотності ефективніше, ніж самотнє споглядання природи через вікно.
- Створювати безбар'єрні простори для осіб з обмеженими фізичними можливостями, що дозволить комбатантам з інвалідністю брати участь у громадському житті.

2. Дестигматизація самотності:

- Проводити інформаційні кампанії, спрямовані на зміну ставлення суспільства до самотності як нормальної реакції на травматичний досвід, а не як ознаки слабкості.
- Популяризувати ідею, що самотність – це проблема середовища, а не особистості, що знижує сором та заохочує звернення за допомогою.

Впровадження запропонованих практичних рекомендацій дозволить створити комплексну систему психологічної підтримки комбатантів у реабілітаційному процесі, спрямовану на зниження рівня соціальної самотності, підвищення довіри, покращення якості соціальних стосунків та, як наслідок, підвищення мотивації та загальної ефективності фізичної реабілітації.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Бедан В. Б. Індивідуально-типологічні особливості схильності особистості до переживання самотності : дис. … канд. психол. наук. Одеса, 2018. 319 с.

2. Бирченко А. В., Вольнова Л. М. Особливості психологічної реабілітації, адаптації та психокорекції в умовах війни. Збереження психічного здоров'я особистості: турбуємось про сьогодення – плекаємо майбутнє : зб. наук. праць учасників круглого столу. Київ, 2024.

3. Вейс Р. С. Питання вивчення самотності. Лабіринти самотності : зб. статей. 1989. С. 401–416.

4. Волков К., Коломієць Т., Пасічник А. Психологічна реабілітація учасників бойових дій : навч.-метод. посіб. Київ : Талком, 2018. 192 с.

5. Гасанова П. Г., Омарова К. М. Психологія самотності : навч.-метод. посіб. 2017. 76 с.

6. Горбунова В. В., Карачевський А. Б., Климчук В. О., Нетлюх Г. С., Романчук О. І. Соціально-психологічна підтримка адаптації ветеранів : посіб. для ведучих груп. Львів, 2016.

7. Грем Е. К., Бек Е. Д., Джексон К. та ін. Чи стаємо ми більш самотніми з віком? Координований аналіз дев'яти лонгітюдних досліджень. Psychological Science. 2024. Vol. 35. No. 4. P. 432–445.

8. Дигун І., Романовська Л. Психологічна допомога постраждалим внаслідок дії екстремальних стрес-факторів. Київ : Логос, 2016. 156 с.

9. Духлій П. Вплив першого року війни на психологічний стан цивільних та військових українців. Київський журнал сучасної психології та психотерапії. 2024. Спецвипуск. С. 45–58.

10. Коен-Мансфілд Дж., Смуха Х., Перч С. Самотність у літніх людей: всебічне дослідження. Геронтологічне товариство Америки. 2016. Т. 39. № 6. С. 1–12.

11. Коста-Лопес Б., Аюсо-Матеос Дж. Л., Мірет М. Чи є самотність і соціальна ізоляція незалежними факторами ризику депресії у літньому віці? Міжнародний журнал геріатричної психіатрії. 2019. Vol. 34. No. 10. P. 1476–1482.

12. Матреницький В. ПТСР у цивільних і військових: статистика, наслідки та шляхи подолання. OBOZ.UA. 2025. 24 квітня. URL: https://www.obozrevatel.com/ukr/novosti-obschestvo/ptsr-u-tsivilnih-i-vijskovih-statistika-naslidki-ta-shlyahi-podolannya.htm

13. Мастен А. С. Стійкість у розвитку: еволюція концепції. Розвиток дитини. 2014. Т. 85. № 1. С. 6–20.

14. Методичні рекомендації з психосоціальної підтримки та адаптації ветеранів : практ. посіб. / М-во охорони здоров'я України. Київ, 2023. 156 с.

15. Методичні рекомендації щодо надання безоплатної психологічної допомоги ветеранам : наказ Міністерства у справах ветеранів України від 21.12.2023 № 340. URL: https://mva.gov.ua/media/1/Наказ_340.pdf

16. Організація психосоціальної допомоги ветеранам війни та членам їхніх сімей : рекомендації ОБСЄ. Київ, 2021. 88 с. URL: https://www.osce.org/files/f/documents/a/9/524325.pdf

17. Панфілова Г. Б., Яблонський А. І. Психологічна допомога особам з посттравматичним стресовим розладом : навч.-метод. посіб. Миколаїв : ЧНУ ім. Петра Могили, 2022. 184 с.

18. Перлман Д., Пепло Л. Теоретичні підходи до самотності. Самотність: довідник сучасної теорії, досліджень і терапії / за ред. Л. А. Пепло і Д. Перлман. Нью-Йорк : Wiley, 1982. С. 123–134.

19. Помазова О. В. Самотність як психологічний феномен. Наукові записки. Серія «Психологія і педагогіка». 2013. Вип. 23. С. 206–214.

20. Посібник для фахівців служб персоналу військових частин Збройних Сил України (в умовах воєнного стану) / О. В. Яцино, І. М. Половінкін, О. Л. Тракалюк та ін. Київ : НДІ проблем військової психології ЗСУ, 2023. 156 с.

21. Посттравматичний стресовий розлад під час війни: можливості розширення терапевтичного діапазону. Health-ua. 2024. 18 жовтня. URL: https://health-ua.com/psychiatry/trivozni-rozladi/78767

22. Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я : Закон України від 03 грудня 2020 р. № 1053-IX. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1053-20 (дата звернення: 10.12.2025).

23. Про соціальну і професійну адаптацію і реабілітацію інвалідів : Закон України від 06 жовтня 2005 р. № 2961-IV. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2961-15 (дата звернення: 10.12.2025).

24. Проблеми соціальної адаптації ветеранів в Україні / І. Клименко, О. Чепурко. Інститут соціології НАН України. 2024. URL: https://isnasu.org.ua/popsci/010_Klymenko_Chepurko_-_Problemy_veteraniv.php

25. Проблемні питання психологічної реабілітації ветеранів. Україна. Здоров'я нації. 2019. № 1 (54). С. 78–86. URL: https://foundationdv.com/site-static/Uzn_2019_1_10.pdf

26. Психічне здоров'я на перехідному етапі: результати оцінювання та рекомендації для інтеграції охорони психічного здоров'я в систему первинної медичної допомоги та громадські платформи в Україні / Міжнародний медичний корпус за підтримки Групи Світового Банку. 2023. URL: https://ipz.org.ua/wp-content/uploads/2018/01/MH-report-for_INTERNET_All_ua.pdf

27. Психодіагностичні методики у роботі з військовослужбовцями : метод. посіб. / за ред. І. О. Дигун. Київ : НДІ проблем військової психології, 2020. 228 с.

28. Психологічна реабілітація військовослужбовців Збройних Сил України : проєкт НАТО. Генеральний штаб ЗСУ. 2025. 22 травня. URL: https://www.zsu.gov.ua/news/psyhologichna-reabilitacziya-vijskovosluzhbovcziv-zbrojnyh-syl-ukrayiny

29. Психологічне забезпечення Збройних Сил України в умовах війни : матер. III міжвідомч. наук.-практ. семінару (Київ, 14 жовтня 2024 р.). Київ, 2024. 218 с.

30. Психологічний словник / за ред. В. І. Войтка. Київ : Вища школа, 2020. 736 с.

31. Психосоціальні заняття для дітей та підлітків : посіб. / Terre des hommes. Київ, 2019. 142 с.

32. Рассел Д., Пепло Л., Фергюсон М. Розробка шкали для вимірювання самотності. Журнал оцінки особистості. 1978. Т. 42. № 3. С. 290–294.

33. Резнікова О. С. Класичні теорії мотивації: еволюція підходів. Вісник економічної науки України. 2011. № 1 (19). С. 133–136.

34. Ріфф К. Психологічне благополуччя переглянуто: просування у науці про евдемонічне благополуччя. Психотерапія та психосоматика. 2014. Т. 83. № 1. С. 10–28.

35. Романовська Л. Особливості психологічної реабілітації осіб, які пережили травмівні події. Психологічні травелоги. 2024. № 3. С. 251–260.

36. Розенберг М. Шкала самооцінки. Принстон : Princeton University Press, 1965. 326 с.

37. Савченко О., Співак Л. Цінність життя військових: психологічна модель резильєнтності. Sci314. 2025. 13 травня. URL: https://sci314.com/news/tsinnist-zhyttya-viiskovykh-psykholohichna-model-rezylientnosti/

38. Словник-довідник з психодіагностики / укл. Т. М. Титаренко, О. М. Кокун. Київ : Міленіум, 2019. 512 с.

39. Сухорукова О. ПТСР становить 29% невралгічних захворювань, пов'язаних зі стресом, серед військових. Радіо Свобода. 2024. 28 липня. URL: https://www.radiosvoboda.org/a/news-mou-viyskovi-ptsr/33053999.html

40. Фен С. Самотньогенне середовище: роль урбаністичного дизайну у формуванні соціальної ізоляції. The Washington Post. 2025. 17 червня. URL: https://www.washingtonpost.com/wellness/2025/06/17/nature-reduces-loneliness/

41. Хан К. М., Кемпбелл Л. Дж. Подібність у стилях гумору як предиктор задоволеності стосунками. Europe's Journal of Psychology. 2016. Vol. 12. No. 3. P. 450–465.

42. Хан С. А. Самотність у різних культурах: життєвий підхід. Psychological Science. 2023. Vol. 34. No. 9. URL: https://www.psychologicalscience.org/news/utc-2023-sept-loneliness-across-globe.html

43. Холт Д. Дж. Самотність при шизофренії: просто самотність. Annals of the New York Academy of Sciences. 2025. Vol. 1543. P. 45–58.

44. Хошкам С., Бахрамі Ф., Ахмаді С. А., Фатехізаде М., Етемаді О. Стиль прив'язаності та чутливість до відторгнення: медіативний ефект самооцінки та занепокоєння серед іранських студентів коледжів. Europe's Journal of Psychology. 2012. Vol. 8. No. 3. P. 363–374.

45. Храмцова В. В. Психологічна реабілітація осіб з інвалідністю : навч.-метод. посіб. Дніпро : Університет митної справи та фінансів, 2023. 168 с.

46. Визначення поняття ПТСР у військових: теоретичні основи, клінічні прояви та фактори ризику. Ментальне здоров'я. 2024. Т. 6. № 2. С. 89–102. URL: https://journals.oneu.od.ua/index.php/mh/article/view/16

47. Йілдірім Й., Кочабійік С. Взаємозв'язок між соціальною підтримкою та самотністю у турецьких пацієнтів з раком та їхніх партнерів. Journal of Clinical Nursing. 2010. Vol. 19. No. 5–6. P. 832–839.

48. Baumeister R. F., Leary M. R. The need to belong: Desire for interpersonal attachments as a fundamental human motivation. Psychological Bulletin. 1995. Vol. 117. No. 3. P. 497–529.

49. Brain Scans Reveal That Loneliness Changes the Way We View the World. Psychological Science. 2023. 27 Sept. URL: https://www.discovermagazine.com/brain-scans-reveal-that-loneliness-changes-the-way-we-view-the-world-45386

50. Cacioppo J. T., Hawkley L. C., Crawford L. E., et al. Loneliness and health: Potential mechanisms. Psychosomatic Medicine. 2002. Vol. 64. No. 3. P. 407–417.

51. Deci E. L., Ryan R. M. The what and why of goal pursuits: Human needs and the self-determination of behavior. Psychological Inquiry. 2000. Vol. 11. No. 4. P. 227–268.

52. Dopomoga vijskovym z posttravmatychnym stresovym rozladom. Tsentr hromadskoho zdorovia. 2024. URL: https://phc.org.ua/news/dopomoga-viyskovim-z-posttravmatichnim-stresovim-rozladom

53. Graham E. K., Beck E. D., Jackson K., et al. Do we become more lonely with age? A coordinated analysis of nine longitudinal studies. Psychological Science. 2024. Vol. 35. No. 4. P. 432–445.

54. Holt D. J. Loneliness in schizophrenia: Just loneliness. Annals of the New York Academy of Sciences. 2025. Vol. 1543. P. 45–58.

55. Loneliness Across the Globe: A Life-Span Approach. Psychological Science. 2023. 7 Sept. URL: https://www.psychologicalscience.org/news/utc-2023-sept-loneliness-across-globe.html

56. Loneliness Bookends Adulthood, Study Shows. Psychological Science. 2024. 30 April. URL: https://www.psychologicalscience.org/news/2024-april-loneliness-bookends-adulthood.html

57. Maslow A. H. Motivation and Personality. New York : Harper & Row, 1954. 411 p.

58. McClelland D. C. The Achieving Society. Princeton : Van Nostrand, 1961. 512 p.

59. Medalia A., Saperstein A. The role of motivation for treatment success. Schizophrenia Bulletin. 2011. Vol. 37. Suppl. 2. P. 122–128.

60. Міністерство у справах ветеранів України : офіційний сайт. URL: https://mva.gov.ua/ (дата звернення: 10.12.2025).

61. Perlman D., Peplau L. A. Toward a social psychology of loneliness. Personal Relationships. 1981. Vol. 3. P. 31–56.

62. Psykholohichna reabilitatsiia viiskovykh v Ukraini: yak dopomohty. Kompaniia «Sich-Ukraina». 2024. 3 travnia. URL: https://sich.ua/news/psykholohichna-reabilitatsiia-vijskovosluzhbovtsiv-v-ukraini-iak-dopomohty/

63. Psykholohichna reabilitatsiia viiskovykh: yak voiniv adaptuyut do tsyvilnoho zhyttia v Ukraini ta u SShA. Zaborona. 2024. 22 kvitnia. URL: https://zaborona.com/psyhologichna-reabilitacziya-vijskovyh-yak-voyiniv-adaptuyut-do-czyvilnogo-zhyttya-v-ukrayini-ta-u-ssha/

64. Rosenberg M. Society and the Adolescent Self-Image. Princeton : Princeton University Press, 1965. 326 p.

65. Russell D., Peplau L. A., Ferguson M. L. Developing a measure of loneliness. Journal of Personality Assessment. 1978. Vol. 42. No. 3. P. 290–294.

66. Ryff C. D. Psychological well-being revisited: Advances in the science of eudaimonic well-being. Psychotherapy and Psychosomatics. 2014. Vol. 83. No. 1. P. 10–28.

67. Schnake-Mahl A. S., Jahn J. L., Subramanian S. V., Waters M. C., Arcaya M. Gentrification, Neighborhood Change, and Population Health: a Systematic Review. Journal of Urban Health. 2020. Vol. 97. No. 1. P. 1–25.

68. Suchasni vydy reabilitatsii dlia postrazhdalykh vid viiny ta veteraniv ZSU. NKKSPK. 2024. 5 kvitnia. URL: https://nkkspk.com.ua/suchasni-vydy-reabilitatsiyi-dlya-postrazhdalykh-vid-viyny-ta-veteraniv-zsu/

69. U ZSU rozpochavsya novyi etap proyektu z psykholohichnoi reabilitatsii viiskovosluzhbovtsiv. ArmiyaInform. 2024. 4 lystopada. URL: https://armyinform.com.ua/2024/11/04/u-zsu-rozpochavsya-novyj-etap-proyektu-z-psyhologichnoyi-reabilitacziyi-vijskovosluzhbovcziv/

70. Weiss R. S. Loneliness: The Experience of Emotional and Social Isolation. Cambridge : MIT Press, 1973. 236 p.

71. Zaborona O. Psykholohichna reabilitatsiia ta sotsializatsiia viiskovykh: yak tse pratsiuie v Ukraini. Hromadske Radio. 2023. 13 serpnia. URL: https://hromadske.radio/publications/1229673

ДОДАТКИ

до кваліфікаційної роботи

"Вплив соціальної самотності на ефективність фізичної реабілітації комбатантів"

Додаток А

ШКАЛА СОЦІАЛЬНОЇ ІЗОЛЬОВАНОСТІ

(UCLA Loneliness Scale, D. Russell, M. Ferguson)

Інструкція. Уважно прочитайте кожне твердження та оцініть, наскільки часто Ви відчуваєте те, що описано. Використовуйте таку шкалу: 1 – ніколи; 2 – рідко; 3 – іноді; 4 – часто.

№	Твердження	1	2	3-4
1	Наскільки часто Ви відчуваєте, що перебуваєте "в тоні" з людьми навколо Вас?			
2	Наскільки часто Ви відчуваєте, що Вам бракує спілкування?			
3	Наскільки часто Ви відчуваєте, що немає нікого, до кого можна звернутися?			
4	Наскільки часто Ви відчуваєте себе самотнім?			
5	Наскільки часто Ви відчуваєте себе частиною групи друзів?			
6	Наскільки часто Ви відчуваєте, що маєте багато спільного з людьми навколо?			
7	Наскільки часто Ви відчуваєте, що більше ні з ким не близькі?			
8	Наскільки часто Ви відчуваєте, що Ваші інтереси не розділяються оточуючими?			
9	Наскільки часто Ви відчуваєте себе товариською людиною?			
10	Наскільки часто Ви відчуваєте близькість до інших людей?			
11	Наскільки часто Ви відчуваєте, що Вас залишили осторонь?			
12	Наскільки часто Ви відчуваєте, що Ваші стосунки не мають сенсу?			
13	Наскільки часто Ви відчуваєте, що ніхто не знає Вас добре?			
14	Наскільки часто Ви відчуваєте себе ізольованим від інших?			
15	Наскільки часто Ви можете знайти компанію, коли захочете?			

16	Наскільки часто Ви відчуваєте, що є люди, які Вас розуміють?			
17	Наскільки часто Ви відчуваєте себе сором'язливим?			
18	Наскільки часто Ви відчуваєте, що люди навколо, але не з Вами?			
19	Наскільки часто є люди, з якими можна поговорити?			
20	Наскільки часто є люди, до яких можна звернутися?			

Додаток Б

МЕТОДИКА ДІАГНОСТИКИ МОТИВАЦІЇ УСПІХУ І СТРАХУ НЕВДАЧ

(А. О. Реан)

Інструкція. Відповідаючи на наведені нижче твердження, необхідно вибрати відповідь "так" або "ні". Відповідати необхідно швидко, довго не роздумуючи.

№	Твердження	Так/Ні
1	Включаючись у роботу, я, як правило, оптимістично налаштований щодо успіху	
2	У діяльності я зазвичай активний	
3	Схильний самостійно ставити цілі	
4	Часто вибираю завдання занадто складні	
5	За виникнення перешкод, як правило, сумніваюся дійти до кінця	
6	Якщо є сумніви в успішності, то краще взагалі не братися	
7	Готуючись до завдання, я, як правило, орієнтуюся на досягнення успіху	
8	Бувають випадки, коли я відкладаю те, що треба було виконати негайно	
9	Схильний докладати всіх зусиль для досягнення поставленої мети	
10	Іноді я боюся настільки, що це заважає мені здійснити задумане	
11	Якою б складною не здавалася задача, я не сумніваюся у її вирішенні	
12	Виправданий ризик – улюблена моя тактика	
13	Я більше думаю про одержання успіху, ніж про можливість невдачі	
14	Боюся висловлювати свою думку	
15	Моя цілеспрямованість частіше позитивно впливає на результати	
16	Я впевнений в успішному виконанні планів	
17	Більше активності проявляю у разі ускладнення обставин	
18	Незручно відмовлятися від рішення, яке першим прийшло в голову	
19	У разі невдачі я, як правило, посилюю свої зусилля	
20	Якщо я іду на ризик, то завжди чекаю позитивних результатів	

Додаток В

МЕТОДИКА ЕКСПРЕС-ДІАГНОСТИКИ ДОВІРИ

(за шкалою С. Розенберга)

Інструкція. Уважно прочитайте пари суджень методики. Якщо Ви вважаєте, що судження вірне і може бути віднесене до Вас, дайте відповідь "А", якщо ні – "В".

№ запитання	А	В
1		
2		
3		

Стандартизовані питання:

1. Як Ви думаєте, більшості людей можна довіряти чи при взаємодії з іншими треба бути обережним?
   А. Більшості людей можна довіряти.
   В. При взаємодії з іншими треба бути обережним.
2. Могли б Ви сказати, що люди найчастіше прагнуть бути корисними іншим чи вони думають тільки про себе?
   А. Прагнуть бути корисними іншим.
   В. Думають тільки про себе.
3. Як Ви думаєте, більшість людей намагалося б Вас обдурити, якщо б їм трапилась така нагода, або ж вони поводилися б чесно?
   А. Намагалися б обдурити, якщо б їм трапилася така нагода.
   В. Поводилися б чесно.

Додаток Г

ОПИТУВАЛЬНИК "САМООЦІНКА СТАНІВ ТРИВОЖНОСТІ, ФРУСТРАЦІЇ, АГРЕСИВНОСТІ ТА РИГІДНОСТІ"

Інструкція. Дайте, будь ласка, оцінку зазначених психічних станів. Оберіть відповідь "так" (2 бали), "не знаю" (1 бал) або "ні" (0 балів).

№ з/п	Психічний стан	Так	Не знаю	Ні
1	Не почуваюся впевненим	2	1	0
2	Нерідко червонію через дрібниці	2	1	0
3	Мій сон неспокійний	2	1	0
4	Легко впадаю в тугу	2	1	0
5	Турбуюся через неприємності, які існують поки що лише в моїй уяві	2	1	0
6	Мене лякають конфлікти	2	1	0
7	Люблю «порпатися» у власних недоліках	2	1	0
8	Мене легко переконати	2	1	0
9	Я самовразливий	2	1	0
10	Важко витримую час очікувань	2	1	0
11	Нерідко мені здається безвихідною ситуація, з якої насправді можна знайти вихід	2	1	0
12	Неприємності дуже мене засмучують	2	1	0
13	У разі великих неприємностей я схильний до самозвинувачувань	2	1	0

№	**Психічний стан**	**Так**	**Не знаю**	**Ні**
15	Я часто відмовляюся від боротьби, вважаючи її марною	2	1	0
16	Я часто почуваюся беззахисним	2	1	0
17	Іноді я відчуваю відчай	2	1	0
18	Зазнаю почуття розгубленості перед труднощами	2	1	0
19	Іноді, у важкі хвилини, поводжуся як дитина, хочу, щоб мене пожаліли	2	1	0
20	Вважаю недоліки власного характеру невиправними	2	1	0
21	Залишаю за собою останнє слово	2	1	0
22	Нерідко під час розмови перебиваю співрозмовника	2	1	0
23	Мене легко розсердити	2	1	0
24	Полюбляю робити зауваження	2	1	0
25	Прагну бути авторитетом для оточуючих	2	1	0
26	Не задовольняюся малим, хочу набагато більше	2	1	0
27	Коли розгніваюся, не вмію стримуватися	2	1	0
28	Люблю керувати, а не підпорядковуватися	2	1	0
29	Маю різку, грубувату жестикуляцію	2	1	0
30	Я мстивий	2	1	0
31	Мені важко змінювати звички	2	1	0
32	Важко переключаю увагу	2	1	0
33	Дуже насторожено ставлюся до всього нового	2	1	0
34	Мене важко переконати	2	1	0

35	Нерідко мене не залишають думки, яких варто було б позбутися	2	1	0
36	Важко сходжуся з людьми	2	1	0
37	Мене засмучує щонайменша зміна плану дій	2	1	0
38	Я неохоче йду на ризик	2	1	0
39	Гостро переживаю відхилення від установленого мною звичного режиму	2	1	0
40	Почуваюся на межі можливостей	2	1	0

Додаток Д

МЕТОДИКА "МОДИФІКОВАНА ШКАЛА СУБ'ЄКТИВНОГО БЛАГОПОЛУЧЧЯ БіБіСі"

Інструкція. Оцініть наведені твердження за шкалою: 1 – зовсім ні, 2 – трохи, 3 – середньо, 4 – дуже сильно, 5 – надзвичайно сильно.

Пункт	Зовсім ні	Трохи	Серед-ньо	Дуже сильно	Надзви-чайно сильно
	1	2	3	4	5
1. Чи задоволені Ви своїм фізичним здоров'ям?					
2. Чи задоволені Ви якістю свого сну?					
3. Чи задоволені Ви своєю здатністю виконувати свою повсякденну життєву активність?					
4. Чи відчуваєте Ви депресію або тривогу?					
5. Чи відчуваєте Ви здатність насолоджуватися життям?					
6. Чи вважаєте Ви, що у Вас є мета в житті?					
7. Чи відчуваєте Ви оптимізм з приводу майбутнього?					
8. Чи відчуваєте Ви, що контролюєте своє життя?					
9. Чи відчуваєте Ви задоволення собою як особистістю?					
10. Чи задоволені Ви своєю зовнішністю і зовнішнім виглядом?					
11. Чи відчуваєте Ви, що в змозі прожити своє життя так, як хочете?					

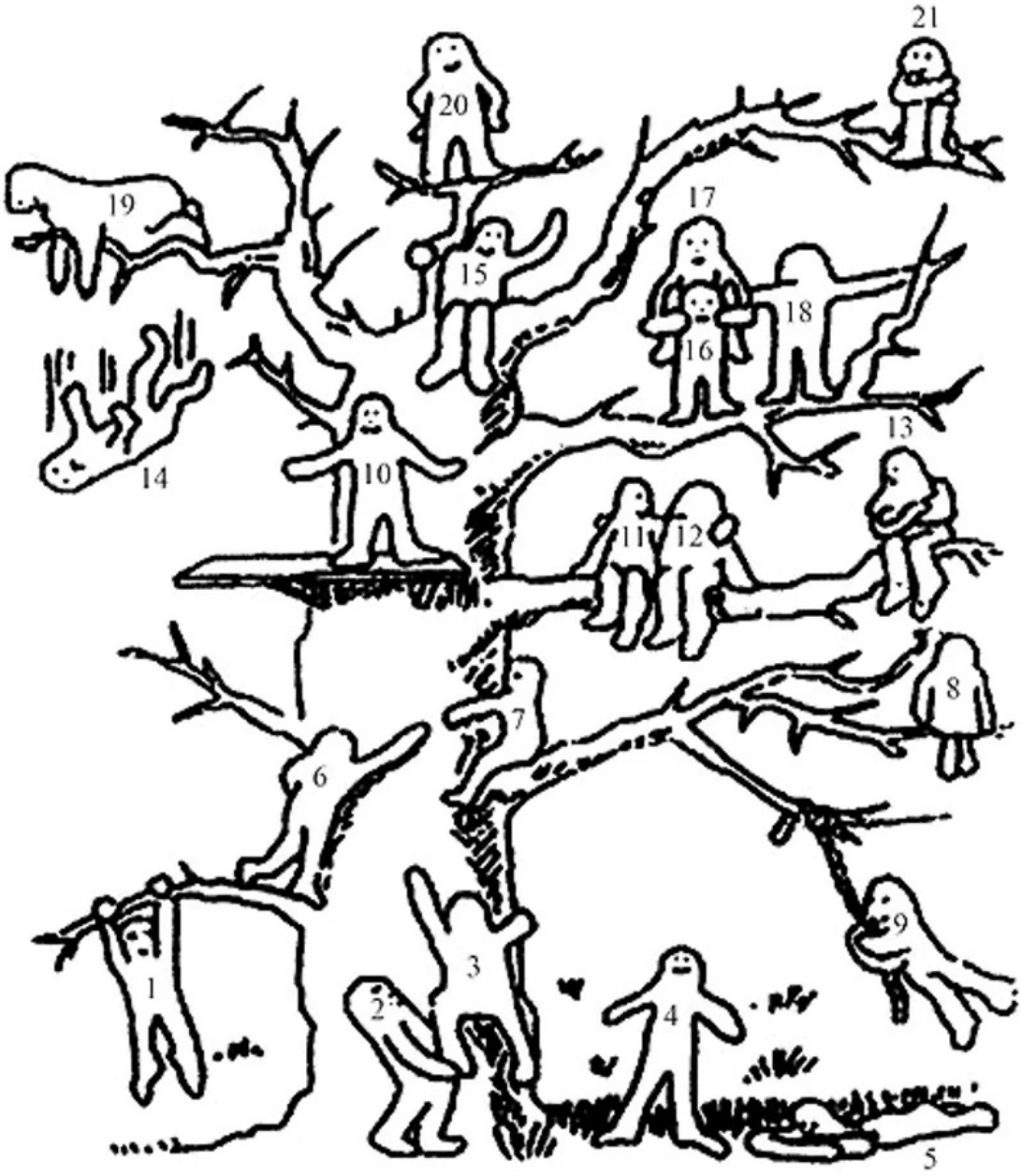
Пункт	Зовсім ні	Трохи	Серед-ньо	Дуже сильно	Надзви-чайно сильно
	1	2	3	4	5
12. Чи впевнені Ви в своїх власних думках і переконаннях?					
13. Чи відчуваєте Ви себе в змозі робити те, що Ви хочете робити?					
14. Чи відчуваєте Ви себе в змозі рости і розвиватися як особистість?					
15. Чи задоволені Ви собою і своїми досягненнями?					
16. Чи задоволені Ви своїм особистим і сімейним життям?					
17.Чи щасливі Ви у Ваших дружніх і особистих відносинах?					
18. Чи комфортно Ви почуваєтесь стосовно того, як Ви ставитеся до інших і спілкуєтеся з іншими?					
19. Чи задоволені Ви своїм сексуальним життям?					
20. Чи в змозі Ви звернутися за допомогою з проблемою?					
21. Чи щасливі Ви, що у Вас є достатньо грошей, щоб задовольнити Ваші потреби?					
22. Чи задоволені Ви вашими можливостями для занять спортом / відпочинку?					
23. Чи задоволені Ви своїм доступом до медичних послуг?					
24. Чи задоволені Ви своєю здатністю працювати?					

Додаток Е

ПРОЕКТИВНА МЕТОДИКА "ДЕРЕВО З ЧОЛОВІЧКАМИ"

(John and Diana Lampen)

Інструкція. Роздивіться дерево. Ви бачите на ньому і поряд багато чоловічків. Який чоловічок нагадує Вам себе? Хто схожий на Вас? На кого Ви хотіли б бути схожими? Виберіть свій вибір, позначте його червоним олівцем. Тепер зеленим олівцем обведіть того чоловічка, яким Ви хотіли б стати. Потім синім олівцем обведіть того чоловічка, яким ви себе відчуваєте в реабілітації.



Додаток Є

АНКЕТА ЕКСПЕРТНИХ ОЦІНОК ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ

(для реабілітологів та фізичних терапевтів)

ПІБ пацієнта_____

Оцініть наступні твердження в балах від 1 до 5 (якщо 1 – це найменша кількість, а 5 – максимально можлива), «0» виставляємо як що пацієнт не з’являвся на заняття.

Параметри	Бали від 0 до 5
1.Регулярність відвідуваннь	
2.Сумлінність виконання вправ	
3.Відповідальне ставлення до фізичної реабілітації	
4.Співпрвця пацієнта з фахівцем	
5.Субєктивна оцінка результату фізичної реабілітації фізичним терапевтом або реабілітологом	
6.Субєктивна оцінка реабілітації самим пацієнтом	

,

Додаток І

КОРЕЛЯЦІЙНА МАТРИЦЯ ВЗАЄМОЗВ'ЯЗКІВ МІЖ ДОСЛІДЖУВАНИМИ ЗМІННИМИ (n=60)

Змінна	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
1. Довіра	1	**-0.429**	-0.365	-0.217	-0.380	0.368	0.237	0.233	0.366	0.394	**-0.428**	0.225	0.186	0.145	0.198	0.156	0.187	0.223
2. Тривожність	**-0.429**	1	**0.789**	0.370	**0.761**	**-0.601**	**-0.471**	**-0.412**	**-0.593**	**-0.475**	**0.583**	-0.392	-0.375	-0.298	-0.321	-0.289	-0.367	-0.389
3. Фрустрація	-0.365	**0.789**	1	**0.406**	**0.734**	**-0.662**	**-0.458**	**-0.456**	**-0.652**	**-0.446**	**0.679**	-0.351	-0.334	-0.287	-0.312	-0.278	-0.327	-0.348
4. Агресивність	-0.217	0.370	**0.406**	1	**0.460**	-0.108	-0.041	0.089	-0.087	-0.133	0.164	-0.089	-0.076	-0.064	-0.078	-0.055	-0.071	-0.086
5. Ригідність	-0.380	**0.761**	**0.734**	**0.460**	1	**-0.479**	-0.307	-0.278	**-0.471**	**-0.536**	**0.599**	**-0.423**	**-0.401**	-0.324	-0.354	-0.311	-0.393	**-0.419**
6. Психол.благ	0.368	**-0.601**	**-0.662**	-0.108	**-0.479**	1	**0.681**	**0.712**	**0.958**	**0.608**	**-0.707**	**0.512**	**0.489**	**0.421**	**0.456**	0.398	**0.479**	**0.508**
7. Стосунки	0.237	**-0.471**	**-0.458**	-0.041	-0.307	**0.681**	1	**0.589**	**0.782**	**0.478**	**-0.564**	0.398	0.378	0.323	0.351	0.306	0.371	0.395
8. Фіз.здоров'я	0.233	**-0.412**	**-0.456**	0.089	-0.278	**0.712**	**0.589**	1	**0.752**	0.324	**-0.426**	0.289	0.275	0.236	0.256	0.223	0.269	0.286
9. Суб.благ	0.366	**-0.593**	**-0.652**	-0.087	**-0.471**	**0.958**	**0.782**	**0.752**	1	**0.594**	**-0.706**	**0.498**	**0.475**	**0.408**	**0.442**	0.386	**0.465**	**0.494**
10. Мотивація	0.394	**-0.475**	**-0.446**	-0.133	**-0.536**	**0.608**	**0.478**	0.324	**0.594**	1	**-0.492**	0.395	0.376	0.323	0.350	0.305	0.368	0.391
11. Соц.ізол	**-0.428**	**0.583**	**0.679**	0.164	**0.599**	**-0.707**	**-0.564**	**-0.426**	**-0.706**	**-0.492**	1	**-0.478**	**-0.456**	-0.392	**-0.425**	-0.371	**-0.447**	**-0.474**
12. Експ1	0.225	-0.392	-0.351	-0.089	**-0.423**	**0.512**	0.398	0.289	**0.498**	0.395	**-0.478**	1	**0.789**	**0.678**	**0.734**	**0.641**	**0.771**	**0.985**
13. Експ2	0.186	-0.375	-0.334	-0.076	**-0.401**	**0.489**	0.378	0.275	**0.475**	0.376	**-0.456**	**0.789**	1	**0.645**	**0.698**	**0.610**	**0.733**	**0.867**
14. Експ3	0.145	-0.298	-0.287	-0.064	-0.324	**0.421**	0.323	0.236	**0.408**	0.323	-0.392	**0.678**	**0.645**	1	**0.601**	**0.525**	**0.631**	**0.745**
15. Експ4	0.198	-0.321	-0.312	-0.078	-0.354	**0.456**	0.351	0.256	**0.442**	0.350	**-0.425**	**0.734**	**0.698**	**0.601**	1	**0.570**	**0.685**	**0.808**
16. Експ5	0.156	-0.289	-0.278	-0.055	-0.311	0.398	0.306	0.223	0.386	0.305	-0.371	**0.641**	**0.610**	**0.525**	**0.570**	1	**0.598**	**0.705**
17. Експ6	0.187	-0.367	-0.327	-0.071	-0.393	**0.479**	0.371	0.269	**0.465**	0.368	**-0.447**	**0.771**	**0.733**	**0.631**	**0.685**	**0.598**	1	**0.847**
18. Експ7	0.223	-0.389	-0.348	-0.086	**-0.419**	**0.508**	0.395	0.286	**0.494**	0.391	**-0.474**	**0.985**	**0.867**	**0.745**	**0.808**	**0.705**	**0.847**	1

Примітка. Жирним шрифтом виділені кореляційні коефіцієнти $|r| \geq 0,40$. Всі кореляції з $|r| \geq 0,30$ є статистично значущими на рівні $p < 0,05$.