

Таким чином, вплив професійної деформації охоронців на ефективність їх роботи та бізнес-процеси є багатограним і вимагає комплексного підходу до профілактики. Використання науково обґрунтованих методів дозволяє не лише зберегти психологічне благополуччя працівників, але й підвищити загальну ефективність охоронної організації.

Список використаних джерел:

1. Garcia T. T. Garcia P. C. Molon M. E., et al. Prevalence of burnout in pediatric intensivists: an observational comparison with general pediatricians. *Pediatr. Crit. Care Med.* 2014; 15 (8): e347–353.

DOI <https://doi.org/10.36059/978-966-397-621-1-82>

Макаров О. М.,

аспірант за спеціальністю 053 «Психологія»

Навчально-наукового гуманітарного інституту

Таврійського національного університету імені В. І. Вернадського

м. Київ, Україна

ОСОБЛИВІСТЬ ВПРОВАДЖЕННЯ ПРОГРАМИ СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ З ПОСТТРАВМАТИЧНИМ СТРЕСОВИМ РОЗЛАДОМ

Сучасний етап розвитку українського суспільства, зумовлений тривалими бойовими діями, актуалізує проблему комплексної реабілітації військовослужбовців, які отримали поранення внаслідок війни. Поряд із фізичними ушкодженнями значна частина цієї категорії осіб зазнає глибоких психоемоційних змін, що проявляються у вигляді посттравматичного стресового розладу, депресивних станів, підвищеної тривожності та порушень соціального функціонування. Психологічні наслідки бойових травм мають системний характер і охоплюють когнітивну, емоційну, поведінкову та соціальну сфери, супроводжуються зміною базових уявлень про безпеку, довіру та контроль, що суттєво ускладнює процес адаптації до цивільного життя. Особливої складності набувають випадки поєднання психологічних розладів із фізичними обмеженнями або змінами зовнішності, що впливають на самооцінку та рівень соціальної інтеграції.

У цьому контексті соціально-психологічна реабілітація виступає не лише як допоміжний елемент медичного лікування, а як самостійний

напряв відновлення, спрямований на повернення особистості до активного соціального функціонування.

Емпіричне дослідження проведене за участю 42 військовослужбовці, які отримали поранення внаслідок бойових дій та проходили курс соціально-психологічної реабілітації. До вибірки увійшли особи з клінічно вираженими симптомами посттравматичного стресового розладу. Дослідження було організоване за схемою повторних вимірювань, що передбачало оцінку психоемоційного стану військовослужбовців до початку реабілітації, після її завершення та у відстроченому періоді, що дозволило визначити як безпосередній ефект втручання, так і стійкість отриманих результатів у часі. Оцінювання проводилося у трьох часових зрізах: до початку реабілітації, після завершення двотижневої програми та через чотири місяці після її завершення. Для вимірювання психоемоційного стану застосовувалися стандартизовані психодіагностичні інструменти: шкала PCL-M для визначення рівня посттравматичного стресового розладу, шкала PHQ-9 для оцінки депресивних проявів та шкала GAD-7 для визначення рівня тривожності.

Реабілітаційна програма була побудована на засадах біопсихосоціальної моделі та включала поєднання психологічних і соціальних інтервенцій. Психологічний компонент передбачав використання когнітивно-поведінкової терапії, спрямованої на опрацювання травматичного досвіду, зниження рівня тривожності та формування адаптивних когнітивних стратегій. Соціальний компонент був орієнтований на відновлення навичок міжособистісної взаємодії, подолання соціальної ізоляції та формування підтримуючого середовища, що забезпечує ефективну реінтеграцію у цивільне життя.

Результати дослідження засвідчили високий рівень психоемоційних порушень у вибірці на початковому етапі. Середній показник за шкалою PCL-M становив 63,2 балів, що відповідає клінічно значущому рівню посттравматичного стресового розладу. Середній показник за шкалою PHQ-9 становив 14,8 балів, що свідчить про наявність помірно-тяжкої депресії, тоді як середній рівень тривожності за шкалою GAD-7 становив 13,2 балів. Клінічно виражені симптоми ПТСР спостерігалися у 81,0 % респондентів (34 особи), симптоми депресії середнього або тяжкого рівня – у 63,4 %, високий рівень тривожності – у 72,6 %.

Після завершення двотижневої реабілітаційної програми зафіксовано статистично значуще покращення психоемоційного стану. Середній показник PCL-M знизився до 41,2 балів, що відповідає зменшенню на 35 %. Показник PHQ-9 зменшився до 8,9 балів, а показник GAD-7 – до 7,7 балів, що свідчить про зниження рівня депресії на 39,9 % та тривожності на 41,7 % відповідно. Частка осіб із клінічно вираженим ПТСР зменшилася до 40,5 %, рівень тяжкої депресії – до 28,6 %, а високий рівень тривожності – до 33,3 %. Отримані результати свідчать про високу ефективність короткострокового інтенсивного втручання.

Разом із тим результати повторного вимірювання через чотири місяці після завершення програми показали часткове повернення симптоматики. Середній показник PCL-M зріс до 47,6 балів, показник PHQ-9 – до 10,8 балів, а показник GAD-7 – до 9,6 балів. Частка осіб із клінічно значущим ПТСР становила 52,4%. Незважаючи на це, всі показники залишалися нижчими за початковий рівень приблизно на 25–30%, що свідчить про збереження позитивного ефекту реабілітації.

Отримані результати дозволяють констатувати, що соціально-психологічна реабілітація є ефективним інструментом зниження рівня посттравматичного стресового розладу, депресії та тривожності у військовослужбовців з бойовими пораненнями. Водночас виявлена динаміка змін має хвилеподібний характер, що проявляється у значному покращенні стану після завершення програми та частковому поверненні симптомів у середньостроковій перспективі. Це свідчить про недостатню ефективність короткострокових реабілітаційних програм у довготривалій перспективі.

Таким чином, ефективна соціально-психологічна реабілітація військовослужбовців повинна розглядатися як безперервний процес, що включає не лише інтенсивний етап втручання, а й подальшу підтримку, спрямовану на закріплення досягнутих результатів, відновлення соціального функціонування та забезпечення стійкої адаптації до умов цивільного життя.

Список використаних джерел:

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th ed., text rev.). Washington, DC : APA, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787>
2. Lim I. C. Z., et al. PTSD and anxiety in war zones. Front Psychiatry. 2022. 13. DOI: <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.978703>
3. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Post-traumatic stress disorder: NG116. London: NICE. 2018. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng116>
4. U. S. Department of Veterans Affairs; Department of Defense. VA/DoD Clinical Practice Guideline for the Management of Posttraumatic Stress Disorder and Acute Stress Disorder. Version 2023. Washington, DC: VA/DoD, 2023. URL: <https://www.healthquality.va.gov/guidelines/MH/ptsd/>
5. World Health Organization. ICD-11: International Classification of Diseases. Geneva: WHO, 2023. URL: <https://icd.who.int> (дата звернення: 10.03.2026 р.)