

**КИЇВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ ТАРАСА
ШЕВЧЕНКА
ФАКУЛЬТЕТ ПСИХОЛОГІЇ**

Кафедра психодіагностики та клінічної психології

**ПСИХОЛОГІЧНІ ЧИННИКИ РЕЗИЛЬЄНТНОСТІ БОЙОВИХ
МЕДИКІВ В УМОВАХ ВІЙНИ**

Кваліфікаційна робота

Студентки 2 курсу ОР Магістр
(спеціальність 053 «Психологія»,
освітня програма «Психологія»)

Мордвінової Наталі

Олександрівни

Науковий керівник:

доктор психологічних наук, доцент

Кравчук Світлана Леонтіївна

Роботу рекомендовано до захисту на ЕК №_

Протокол №____ від_____ року

Завідувачка кафедри психодіагностики та клінічної психології

_____ **Людмила КРУПЕЛЬНИЦЬКА**

Київ – 2024

ЗМІСТ

ВСТУП	4
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ВИВЧЕННЯ РЕЗИЛЬЄНТНОСТІ ПІД ЧАС ПОВНОМАСШТАБНОЇ ВІЙНИ В УКРАЇНІ	10
1.1. Визначення концепту «резильєнтність» у вітчизняній та зарубіжній психології.....	10
1.2. Багатовимірність моделей психологічної резильєнтності.....	22
1.3. Відмінності в психологічній резильєнтності, обумовлені гендером та статтю.....	33
Висновки до першого розділу.....	35
РОЗДІЛ 2. МЕТОДОЛОГІЧНЕ ОБҐРУНТУВАННЯ ТА ПРОЦЕДУРА ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ	38
2.1. Методи емпіричного дослідження психологічних чинників резильєнтності бойових медиків в умовах війни	38
2.2. Етапи проведення емпіричного дослідження.....	45
2.3. Специфіка вибірки учасників дослідження.....	48
Висновки до другого розділу.....	50
РОЗДІЛ 3. АНАЛІЗ РЕЗУЛЬТАТІВ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ЧИННИКІВ РЕЗИЛЬЄНТНОСТІ БОЙОВИХ МЕДИКІВ В УМОВАХ ВІЙНИ	53
3.1. Експлорація даних: статистичний огляд психологічних показників....	53
3.2. Статеві відмінності в психологічній резильєнтності	63
3.3. Аналіз чинників резильєнтності залежно від віку.....	69
3.4. Специфіка вираження резильєнтності в залежності від набутого бойового досвіду.....	75
3.5. Аналіз психологічних чинників резильєнтності двох груп респондентів.....	81
3.6. Дослідження резильєнтності бойових медиків, а також військовослужбовців.....	83

3.7. Взаємозв'язок резильєнтності та посттравматичного зростання.....	88
3.8. Практичні рекомендації щодо підвищення резильєнтності бойових медиків.....	91
Висновки до третього розділу.....	96
ВИСНОВКИ.....	98
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	104
ДОДАТКИ.....	115

ВСТУП

Актуальність проблеми дослідження. Екзистенційні виклики, що постали перед нашою країною та її громадянами останніми роками і їх вплив на особистісні зміни українців важко переоцінити. Повномасштабну війну, спричинену необґрунтованою і жорстокою агресією росії проти України (2022-рр.) цілком доречно вважати надзвичайно екстремальною довгостроковою життєвою ситуацією, оскільки людина не має відповідного досвіду й зазнає колосальних навантажень як з боку зовнішніх чинників, так і внутрішніх. Ці навантаження, що українці зазнають на багатьох рівнях взаємодії (внутрішньо особистісна, міжособистісна, людина-держава) призводять до вкрай небезпечних наслідків. Прямий вплив військових подій (загибель членів родини, друзів, тортури, насильство, полон, травми), переселення чи біженство членів родини, економічна нестабільність та зниження рівня життя, непевність та невизначеність (Kurova, 2021), неможливість контролювати власне життя і планувати майбутнє, зневіра негативно впливають на психічне благополуччя українців. Фактично з початку війни українці зазнають надзвичайно глибокої колективної психологічної травматизації.

Бойові медики, окрім впливу вищевказаних факторів, ведуть діяльність напрямку пов'язану з постійним ризиком для життя через її екстремальні умови. Тому ми вважаємо надзвичайно актуальним відповідно дослідження резильєнтності бойових медиків в умовах війни, і його важливість лише зростатиме з часом, зробивши внесок у вивчення даного концепту як одного з основних в екстремальній психології.

В Україні спеціальність "бойовий медик" офіційно з'явилася у 2017 році. В поточний час, тобто станом на 2024 рік правовий статус бойових медиків залишається дискусійним, потребує визнання та забезпечення належного соціального захисту цих фахівців.

Сфера обов'язків бойового медика різноманітна і включає надання першої медичної допомоги військовослужбовцям, що отримали поранення на полі бою, оцінку поранених та хворих військовослужбовців та координування

їх евакуації, проведення військово-медичних тренувань з особовим складом, участь в проведенні заходів із запобігання поширення захворювань або травмувань, перевірку укомплектованості підрозділу медичним майном. Під час загрози (наприклад, на полі бою) бойовий медик має не тільки надати першу медичну допомогу пораненим, а і повинен допомогти досягти пригнічення ворожого вогню задля зменшення ризику нових поранень/пошкоджень військовослужбовців під час їхнього переміщення. Під час виконання своїх обов'язків бойові медики перебувають під впливом стрес-факторів фізіологічної природи (наприклад, надмірні фізичні навантаження, перепад температур, недосипання та порушення сну, нерегулярне й погане харчування, відсутність належної особистої гігієни, гучні звуки тощо) та психологічного характеру (небезпека, необережність щодо можливих саморобних вибухових пристроїв чи снайперів, смерті поранених) і, очевидно, що у більшості з них виникатимуть ті чи інші реакції. Таким чином, високоймовірними є травматизація і ретравматизація бойових медиків: як фізична, так і психологічна.

Відповідно повсякчас бойові медики перебувають не просто в умовах хронічного стресу, а і зазнають часті епізоди гострого стресу. Екстремальні обставини, відсутність безпеки, екзистенційні загрози, невизначеність і непередбачуваність зовнішніх обставин, багаточисленні супутні фактори викликають стан психічного напруження - стрес (англ. Stress - напруга) (Ovcharenko, 2023: 9). Згідно визначення Всесвітньої організації охорони здоров'я, прийнятого у 1972 році *стрес* це неспецифічна реакція організму на будь-яку висунуту до нього вимогу. Згідно визначення теоретика, піонера вивчення та автора даного поняття Ганса Сельє стрес є неспецифічною реакцією на будь-яке пред'явлення йому вимоги, спрямованою на адаптацію чи пристосування організму до труднощів. Згідно визначення Г. Лазарус стрес в психології - дискомфорт між особистісною реакцією на запити середовища і наявними ресурсами, що можуть бути застосовані у відповідь на цей запит (Слободяник, 2024). Адаптація до стресу є біологічною стрес-реакцією на

подразник і життєво необхідна для виживання (Oros & Gal, 2021). Розглядаючи концепцію загального адаптаційного синдрому теоретично можна припустити, що резильєнтність потенційно дозволить інтенсифікувати та продовжити другу фазу реакції на стрес - фазу опору, не допускаючи чи-то значно віддаляючи в часі третю фазу - фазу виснаження.

Також необхідно врахувати той факт, що попри сталий інтерес науковців до проблеми, на даний момент вона є недостатньо вивченою, а значить потребує подальшого поглиблення осмислення. Дослідники пропонують різні наукові терміни, вкладаючи в них тотожні сенси, чи навпаки дають різні пояснення терміну *психологічна резильєнтність*. Такий плюралізм наукової думки є приводом для суперечностей та непорозумінь в царині психології. Водночас, на наш погляд недостатньо дослідженими залишаються психологічні чинники, що зумовлюють резильєнтність бойових медиків, зокрема в умовах війни.

Метою роботи є визначення психологічних чинників резильєнтності бойових медиків в умовах війни.

Відповідно до поставленої мети було сформульовано ряд **завдань дослідження**:

1. Проаналізувати специфіку концепту «резильєнтність» у вітчизняній та зарубіжній психології.
2. Визначити статеві відмінності в психологічній резильєнтності бойових медиків.
3. Встановити зв'язок між резильєнтністю та віком бойових медиків.
4. Визначити психологічні чинники резильєнтності бойових медиків.
5. Виявити зв'язок між резильєнтністю та наявністю/відсутністю бойового досвіду.
6. Розробити практичні рекомендації щодо підвищення резильєнтності бойових медиків.

Об'єкт дослідження: резильєнтність особистості.

Предмет дослідження: психологічні чинники резильєнтності бойових медиків.

Задля досягнення поставлених задач було використано наступні взаємодоповнюючі **методи дослідження:**

Теоретичні - вивчення, аналіз та систематизація літературних наукових джерел, індукція, дедукція, порівняння й узагальнення даних теоретичних та експериментальних досліджень;

Емпіричні - в якості психодіагностичного інструментарію для отримання кількісно-якісних показників предмету дослідження було використано наступні опитувальники та шкали:

- Шкала стресостійкості Коннора-Девідсона-10 (CD-RISC-10) в адаптації Н. В. Школіної, І. І. Шаповал, І. В. Орлової, І. О. Кедика, М. А. Станіславчука (Shkolina et al., 2020);
- Коротка шкала резильєнтності (BRS - Brief Resilience Scale) в адаптації М. В. Яцюка (Yatsuk, 2023);
- Опитувальник постратравматичного зростання (PTGI - Post Traumatic Growth Inventory), укладачі: Л. Калхаун та Р. Тадеші, в адаптації В. Л. Зливкової, С. О. Лукомської, О. В. Федана (Zlyvkov et al., 2016);
- Шкала оцінки інтенсивності бойового досвіду в адаптації Н. А. Агаєва, О. М. Кокун, Н. С. Лозінської, І. О. Пішка, В. В. Остапчука, В. В. Ткаченка (Agaieva et al., 2016).

Математико-статистичні методи, зокрема:

- описова статистика для загальної характеристики вибірки,
- виявлення статистично значущих відмінностей за U-критерієм Манна-Уїтні та дисперсійним аналізом (ANOVA),
- частотний аналіз для вивчення розподілу відповідей,
- кореляційний для виявлення взаємозв'язків між змінними,
- регресійний аналіз для визначення психологічних чинників резильєнтності.

Дослідницька вибірка. В психологічному дослідженні брали участь бойові медики у кількості 53 осіб: 26 людей жіночої статі та 27 - чоловічої. Вік учасників склав від 19 до 65 років. Вибірка респондентів формувалась методом «снігового кому» серед екіпажів бойових медиків. Онлайн-опитування проводилось серед бойових медиків, що співпрацюють із ЗСУ та надають підсилення їх медичним службам, зокрема у добровольчому медичному батальйоні «Госпітальєри», за допомогою платформи Google Form в період серпень-листопад 2024. Серед учасників опитування були бойові медики та медикині як з досвідом бойових дій, так і без нього.

Наукова новизна отриманих результатів полягає в тому, що *розширено* уявлення про:

- особливості психологічних чинників резильєнтності спеціалістів, діяльність яких пов'язана із тривалим знаходженням в особливо небезпечних умовах (бойових медиків);
- особливості та відмінності психологічних чинників резильєнтності спеціалістів тактичної медицини залежно від статі, віку та інтенсивності набутого бойового досвіду.

Практичне значення роботи. Розроблено практичні рекомендації для бойових медиків щодо підвищення психологічної резильєнтності. Результати дослідження можуть бути використані практичними психологами у військових навчальних центрах, військових шпиталях та медичних закладах, в реабілітаційних центрах учасників бойових дій. Також практичні рекомендації можуть бути використані в психодіагностичній, психоедукаційній і психокорекційній роботі фахівцями цих установ, а також установ, що працюють в екстремальних умовах (наприклад, ДСНС), при наданні психологічної допомоги учасникам бойових дій та особам, постраждалим внаслідок бойових дій.

Достовірність і обґрунтованість наукових результатів кваліфікаційної роботи забезпечується використанням репрезентативної

вибірки, яка відображає основні характеристики досліджуваної популяції респондентів. Застосування апробованих методик, що підтвердили свою валідність та надійність у попередніх дослідженнях, гарантує якість зібраних даних. Крім того, комбінування методів теоретичного аналізу з емпіричним дослідженням дозволяє отримати цілісне уявлення про досліджуваний феномен психологічної резильєнтності та забезпечити наукову точність висновків.

Структура та обсяг роботи. Кваліфікаційна робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків до кожного розділу, а також загальних висновків, списку використаних джерел (82 найменувань, з яких 46 - іноземними мовами) та 2 додатків. Кваліфікаційна робота ілюстрована 26 таблицями та 14 малюнками. Основний обсяг роботи складає 99 сторінок комп'ютерного набору. Повний обсяг дипломної роботи становить 116 сторінок.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ВИВЧЕННЯ РЕЗИЛЬЄНТНОСТІ ПІД ЧАС ПОВНОМАСШТАБНОЇ ВІЙНИ В УКРАЇНІ

1.1. Визначення концепту «резильєнтність» у вітчизняній та зарубіжній психології

Останні десятиліття були сповненими глобальних і локальних змін і викликів, довгих періодів невизначеності, криз та конфліктів і війн, що викликали таку природню реакцію як стрес. Відповідно тематика вивчення факторів, чинників і складових психіки, завдяки яким людина не просто успішно долає стрес, а й адаптується до нього зі збільшенням адаптаційного потенціалу набула надзвичайної важливості.

Аналіз спеціальної літератури вітчизняних і зарубіжних науковців останніх років показав, що єдиного загальноприйнятого визначення поняття резильєнтності немає, тобто резильєнтність є складним, багат шаровим психологічним феноменологічним конструктом. В психології дане поняття почало використовуватись і досліджуватись з 70-х років ХХ ст. (Bozoyan et al., 2021).

Власне, важливо підкреслити, що дане поняття є міждисциплінарним і використовується в точних науках, інженерії і архітектурі, економіці, соціології та екології. В психології поняття *резильєнтність* (лат. *resilier* - пружинити, відскокувати; відповідно англ. *resilience* - пружність, еластичність) є мультимісним і включає нейробіологічні, когнітивні, адаптивні, мотиваційні й соціальні, тобто внутрішні й зовнішні чинники. Це динамічна властивість людини ефективно й гнучко організувати себе психічно й функціонально за-для повернення до сталого життя після нової, неочікуваної, неприємної ситуації, наприклад такої, що сприймається як виклик, перепона чи потрясіння, невдача чи будь-яких травмуючих життєвих подій.

Згідно з визначенням Американської асоціації психологів *резильєнтність* це процес ефективної адаптації до складних життєвих обставин чи такого досвіду, що сприймається, як виклик, через емоційну, когнітивну та поведінкову гнучкість і пристосування до зовнішніх і внутрішніх вимог, а також - результат цієї адаптації. Низка факторів впливають на те, наскільки гнучко особистість адаптується до труднощів. До таких факторів можна віднести способи сприйняття світу та взаємодії з ним, доступність і якість соціальних ресурсів, конкретні копінг-стратегії та ряд інших факторів. Психологічні дослідження демонструють, що ресурси та здатності, що відносяться до резильєнтності, можна практикувати та розвивати (Neenan, 2018).

В психології резильєнтність є феноменом, відомим понад два століття і до 1950р. він вважався одним із захисних конструктів несвідомого. На даний момент науковці не дійшли єдиного висновку чи є резильєнтність вродженою здатністю особистості, чи тією, що особистість набуває і розвиває впродовж життя, з превалюванням вбік другої концепції - можливості набуття та розвитку й посилення впродовж життя. Це зумовлює багатовимірне вивчення даного конструкта, а саме в площинах психічної властивості людини, психічного процесу та копінг-конструкту. Значний внесок в розвиток знань стосовно поняття резильєнтності особистості починаючи з 1970-х р. здійснили Г. Армстронг, Б. Бенард, Н. Гармеш, Е. Гротберг, Д. Боннано, Л. Калхун, Р. Лазарус, А. Мастен(авторка терміну «звичайне диво» (ordinary magic), М. Ратер, М. Селігман, Б. Сірник, Р. Тедеші, М. Унгар, Е. Уорнер тощо. В останні роки авторами досліджень на дану тему є К. Денкла, М. Нінан, С. Палмер, К. Пембертон. Серед українських дослідників вивченням та вимірюванням даного концепту займаються С. Богданов, С. Богдановський, С. Бойко, С. Васильєв, Е. Грішин, Ю. Гонтар, Н. Гусак, З. Кіреєва, С. Кравчук, С. Кузікова, Г. Лазос, А. Максименко, О. Милославська, О. Руденко, О. Хамініч, В. Чернобровкін, В. Чернобровкіна, Т. Щербак та інші.

З моменту зародження зацікавленості науковців та дослідників даною проблемою можна виокремити чотири хвилі досліджень: перша хвиля мала на меті виявлення чинників резильєнтності, для чого використовувались особистісно- та змінно-орієнтовані підходи. Методологія даного періоду була спрямована на визначення якостей осіб, що виявляли резильєнтність в порівнянні з тими, хто не демонстрував подібні якості в однакових умовах. Друга хвиля досліджень стосувалась вивчення механізмів набуття виявлених у першій хвилі якостей, асоційованих із резильєнтністю. Третя хвиля мала на меті розробку стратегій та інструментів для розвитку резильєнтності (Vella & Rai, 2019). 2000-ті р. відзначаються початком четвертої хвилі досліджень даного феномену: резильєнтність почала розглядатись більш об'ємно - як багаторівневий і мультидисциплінарний конструкт, а також її вивчення поглибилось на рівні біології, генетики, нейрофізіології (Masten, Narayan & O'Dougherty, 2023). Наразі існує думка про появу п'ятої хвилі, метою якої є подальша консолідація наявних знань і розробка дієвих інструментів (програм, технік, методик) для розвитку особистісної психологічної резильєнтності (Melnyk, 2024).

Об'ємність феномену резильєнтності відображає різноманіття наукових підходів до дослідження і, відповідно, до визначень даного поняття. До того ж, ця сфера знань не позбавлена суперечок. Основні проблеми, які викликають занепокоєння, включають відсутність консенсусу щодо визначення та значні варіації щодо операціоналізації конструкту власне поняття, розбіжності точок зору та плутанину щодо даної властивості як вродженої vs. динамічної та методологічні обмеження в існуючій літературі, які лімітують висновки щодо казуальності й узагальненості (Kuzikova & Sherbak, 2022). Синонімічними за значенням конструктами, які були описані в науковій літературі, є наступні:

Психологічна стійкість (Psychological Hardiness) - дана концепція введена С. Мадді в 1970-х р. Цей термін описує здатність індивіду протистояти стресу завдяки почуттю контролю, залученості в життя, а також почуттю

значущості своїх дій. Дане поняття і поняття резильєнтності в науковій літературі часто є тотожними і взаємозамінними (Potarov, 2023).

Когнітивна гнучкість (Cognitive Flexibility) це здатність адаптуватися до нових обставин і реорганізувати свій досвід у відповідь на зміну ситуації. Цей концепт був розроблений М. Бруксом та Ж. Брукс (1993).

Життєва сила (Vitality) - термін, що використовується в позитивній психології для опису стану енергійності та життєздатності. Термін був запропонований Р. Райан та Е. Десі (Deci & Ryan, 2008)

Посттравматичне зростання (Post-Traumatic Growth) це процес позитивних змін, що відбуваються після переживання травматичних подій. Концепція була описана Л. Кальхуном та Р. Тедескі та (1996). (Blevins & Tedeschi, 2017)

Копінг-стратегії (Coping Strategies) - психологічний механізм, що включає спрямовані на управління стресовими ситуаціями поведінкові та когнітивні зусилля. Р. Лазарус і С. Фолкман розробили цю теорію у 1984 році. (Chowdhury, 2019)

Емоційна регуляція (Emotional Regulation) є здатністю керувати своїми емоціями та відповідно реагувати на стресові події більш зважено (Morin et al., 2023). Дану концепцію було розроблено Д. Гроссом (1998).

Також резильєнтність пов'язують із *суб'єктивним благополуччям* (Subjective Well-Being), концепцією, яка включає уявлення про щастя та задоволеність життям. Вона була популяризована Е. Дінером у 1984 році.

Окремо можна визначити загальновідомі психологічні конструкти із синонімічним значенням як можуть розглядатись як складові та фактори впливу на резильєнтність, такі як *мужність бути* (П. Тілліх, 1952), *локус контролю* (Д. Роттер, 1975), *самоефективність* (А. Бандура, 1977), *толерантність до невизначеності* (Д. МакЛейн, 1993), *життєстійкість* (Мадді, 2001), *оптимізм* (М. Селігман, 1998), *особистісні якості* (С. Петерсон, М. Селігман, 2004) та інші конструкти.

Д. Бонанно визначив резильєнтність як здатність дорослої людини підтримувати здорове і стабільне функціонування й повернення до попереднього рівня психічного здоров'я після переживання екстремально негативних подій або травм. Бонанно підкреслює, що резильєнтність є нормальним явищем; її не можна розглядати як відсутність емоційної реакції на травму чи навіть страждання, а скоріше як адаптивну здатність особистості ефективно впоратися з труднощами та відновитися після них (Bonanno, 2004). М. Нінан і С. Палмер під резильєнтністю розуміли здатність адаптивно та рішуче реагувати на важкі часи та виходити з них сильнішими, мудрішими та здібнішими (Neenan & Palmer, 2022: 4-12). Однак дані автори підкреслюють, що «просто пережити важкі часи недостатньо: конструктивні особисті зміни також повинні бути очевидними».

К. Пембертон відносно людської поведінки формулює резильєнтність як властивість залишатись гнучкими в почуттях, емоціях та поведінці перед обличчям життєвих перепон чи тривалих періодів тиску так, щоби вийти із труднощів сильнішими, мудрішими та більш вправними. Центральним поняттям в її концепції є здатність залишатися адаптивними під тиском, а не знаходитись в «озброєній обороні» та докладати «героїчних зусиль», здатність до навчіння та зростання, набування досвіду, можливість справлятися як із ризиками, так і з їхніми наслідками. Резильєнтність не захищає від періодів життєвого спаду, проте гарантує пошук виходу і його подолання. (Pemberton, 2015) М. Унгар, автор концепції мультисистемної резильєнтності, резильєнтністю в призмі соціоекологічного підходу вважає послідовність системних взаємозалежних взаємодій, через які суб'єкти (люди, організми, чи екосистеми) забезпечують собі ресурсність для балансування в умовах стресових середовищ (Ungar, 2018) Резильєнтність є динамічним процесом, в основі якого є постійна інтеракція між факторами ризику та захисними факторами, як внутрішньособистісними, так і пов'язаними із зовнішнім середовищем (Scoloveno, 2018: 179).

На щорічних зборах Міжнародного Товариства Дослідження травми та стресу (англ. International Society for Traumatic Stress Studies) у 2020 році після всебічного комплексного обговорення були виокремлені наступні визначення терміну *резильєнтність*:

1) резильєнтність це ефективна адаптація до значних джерел травматичного стресу чи несприятливих ситуацій або навігація (або керування ними) та здатність поглинати збурення для ефективного використання ресурсів,

2) це динамічний процес або спроможність, які, мабуть, найбільш очевидні в контексті великих життєвих труднощів, що здійснюються в процесі життя та включають деякі аспекти позитивного функціонування чи благополуччя,

3) це механізм мозку(англ. brain-based mechanism) до компенсації несприятливого впливу, викликаного поганим поведженням або травмою,

4) це взаємозалежна, багаторівнева, багатокomпонентна система, яка керує здатністю протистояти або відновлюватися після значних негараздів, які загрожують її адаптивній функції, життєздатності або розвитку, та

5) індивідуальний атрибут, а також властивість соціального контексту, який захищає від негативних наслідків несприятливого впливу, наприклад, від расової дискримінації (Denckla et al., 2020).



Рис 1.1. Дуалізм статичних та змінних резильєнтності

Д. Хебшепха та Ф. Деб, концентруючись на дослідженнях резильєнтності в різних контекстах і культурах і встановивши її зв'язок із різними змінними (благополуччя, самоефективність, соціальна підтримка і т.д.) визначили даний феномен як здатність людини досягати позитивних результатів через дії, які вона свідомо обирає виконувати. Ця здатність включає у себе віру в можливість досягнення позитивних результатів завдяки своїм зусиллям і діям, що вказує на важливість внутрішньої мотивації та побудову стратегії поведінки для подолання труднощів і адаптації до стресових ситуацій (Nephsebha & Deb, 2024).

Також важливо провести паралель між резильєнтністю та емоціями. Як зазначає М. Нінан резильєнтність може бути помилково розтлумачена як форма стоїцизму, як благородна терплячість перед обличчям болю та страждань, де проявлення емоцій означає прояв слабкості та ослаблює, розмиває позицію стоїка (Neenan, 2018). Направду одним із складових резильєнтності є регуляція й менеджмент, а не супресія емоцій. Так як резильєнтність обумовлює гнучку відповідь на неочікувані події, особистість не «застрягає» в переживанні негативних емоцій, вони її не паралізують, а слугують маяком для повернення уваги до неминучих суттєвих змін в житті і до позитивної адаптації та згодом - до посттравматичного зростання.

Так як ініціально термін «резильєнтність» було використано в фізиці, нижче пропонуємо розширити погляд на даний феномен завдяки трифазовому підходу з використанням аналогій з фізики. Отже, визначаються три основні підходи до розуміння психологічної резильєнтності:

1. Резильєнтність - здатність опиратися негативним ефектам стресорів - як матеріали у фізиці, які здатні витримувати навантаження без деформації.
2. Резильєнтність - здатність «відскочити» після стресорів що хсоже на властивність деяких матеріалів, що повертаються до своєї форми після деформації.

3. Резильєнтність - здатність зростати після стресорів - як матеріали, що стають міцнішими після деформації.

Ці визначення допомагають поглянути на даний концепт у психології під кутом точних наук та матеріалознавства.

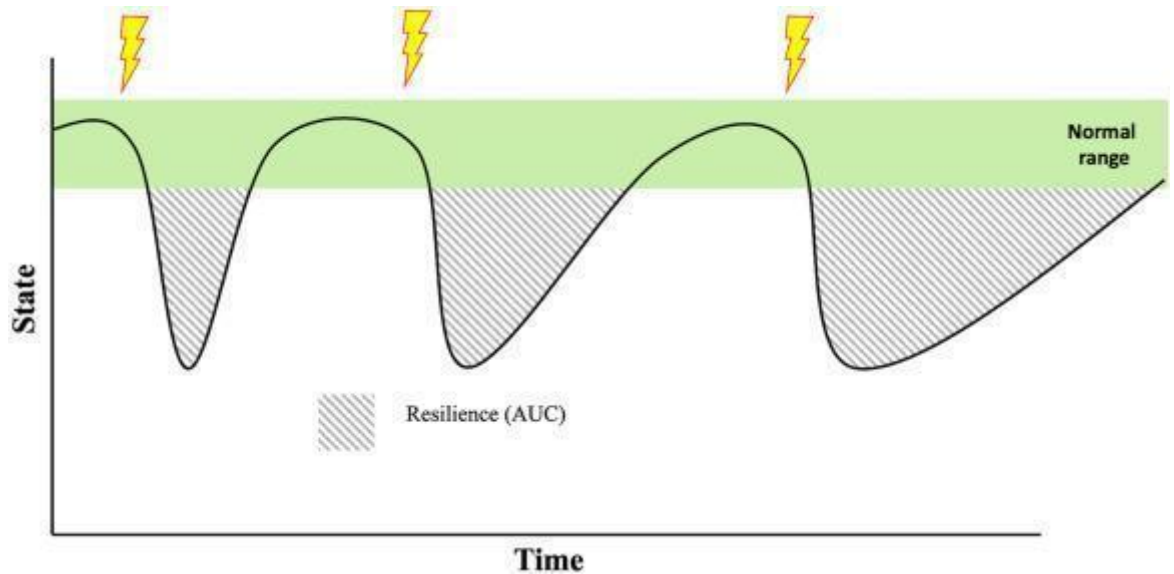


Рис. 1.2. Резильєнтність людини під дією стресорів з плином часу

Даний рисунок є наочною демонстрацією змін у резильєнтності людини: чорною лінією візуалізовано психологічний стан людини з плином часу. Дія несприятливих явищ, викликів, стресорів позначені блискавками - в даному випадку з плином часу стресори можуть впливати знову і знову. Крива, заштрихована сірим пунктиром в середній частині малюнка є позначенням часового проміжку, в який індивід позитивно адаптований і адекватно відповідає на вплив несприятливих подій, тобто це крива резильєнтності - чим менша зона заштрихована сірим пунктиром, тим гіпотетично рівень резильєнтності індивіда є вищим. Як бачимо, після першого впливу індивід доволі швидко відновлює психологічний гомеостаз. Через повторну дію стресогенних факторів стан погіршується (порушується), і індивіду потрібно більше часу на адаптацію і відновлення, що може свідчити про зниження рівню резильєнтності при повторюваній дії інтенсивних стресогенних факторів (Hartigh, Hill & Ruud, 2022).

Узагальнюючи огляд літератури останніх років можна виокремити п'ять макроелементів конструкту *психологічна резильєнтність*:

- здатність індивіда відновлюватися,
- одна з функціональних характеристик особистості,
- здатність "відскочити" назад, відновити психологічний гомеостаз після збурення,
- динамічний процес еволюціонування адаптивних здатностей,
- позитивна адаптація до швидкоплинних умов життя. (Campanozzi et al., 2019)

Українські науковці С. Кузікова та Т. Щербак визначають поняття *резильєнтність* як здатність особистості долати негативні життєві обставини з можливістю відновлювати свій психологічний і фізичний ресурс, зберігаючи здатність до розвитку (Kuzykova & Scherbak, 2022).

Згідно роботи Е. Гамбарової та С. Заболотної резильєнтність це одна з найважливіших рис та важливий чинник зростання, відновлення, збереження психічного здоров'я у процесі подолання життєвих випробувань та кризових станів (Gambarova & Zabolots'ka, 2022).

Кожна з дефініцій зосереджена на концептуалізації резильєнтності на різних рівнях - від біологічного до соціального та політичного, присутній акцент на динамічній природі феномену як гнучкого, взаєморегулюючого процесу адаптації (Bryan et al., 2018). Важливо зазначити, що впродовж останніх десятиліть постерігається відхід від концептуалізації резильєнтності як тільки вродженої риси (Gryshyn, 2023: 64).

Психологічна резильєнтність - це здатність особистості долати неприємні, стресові ситуації та складнощі, зберігаючи психологічну стійкість та цілісність; це також уміння пройти через випробування життя, зберігаючи психічне здоров'я та особистісну цілісність (Potarov, 2023). Психологічна стійкість (resilience) - це висока здатність мислити, поводитись, реагувати гнучко з позитивним результатом успішної адаптації до складних життєвих ситуацій, небезпек, невизначеності, дистресу (Gotych, 2023: 16). Психологічна стійкість (резилієнтність, витривалість) - здатність долати негаразди при збереженні психічного здоров'я та психологічної інтегрованості (Romanchuk,

2023). Резильєнтність це процес і результат позитивної особистісної адаптації індивідуума до труднощів, що включає когнітивну й поведінкову гнучкість, «пружність» та емоційну регуляцію, наслідком чого стає оптимізація готовності індивіда до внутрішніх вимог і зовнішніх викликів (Kozenko & Surgund, 2023).

Варто зазначити, що завдяки плюралізму наукової думки деякі дослідники надають даному терміну власне наукове бачення та нашаровують вивчення його чинників. Наприклад, Климчук В. , вивчаючи термін *psychological resilience* тобто психологічну резильєнтність, позначає її як *психологічну відновлюваність* - процес позитивної адаптації при зіткненні із життєвими складнощами, травмою, трагедією, небезпеками чи значним стресом, вважаючи психологічну стійкість не унікальним. Психологічна відновлюваність вважається явищем не надзвичайним, а ординарним і властивим будь-кому, адже будь-хто впродовж життя долає складнощі чи зазнає втрат. Ми є відновлювані, впевнений автор. Розкриваючи багатофакторність вищезазначеного явища, В. Климчук враховує більшість чинників резильєнтності, про які йтиметься в розділі 1.2., як-то оптимізм і позитивний погляд на речі, цілеспрямованість і внутрішній локус контролю, самодопомога, здатність людини створювати підтримуючі соціальні зв'язки, релігійність, тощо. Узагальнюючи і підбиваючи підсумки важливими характеристиками психологічної відновлюваності є:

- психологічна відновлюваність властива більшості людей, тобто радше є правилом, а не винятком;
- це динамічний процес;
- психологічній відновлюваності можна навчитись;
- хоча фахівцям в сфері психологічного здоров'я належить значуща роль в психоедукації цього психологічного феномену, абсолютна більшість важелів впливу все ж в руках людини і суспільства;

- тим не менш роль психологів у винесенні важливості психологічної відновлюваності на широкий загал є неоціненною (Klymchuk, 2020).

Чиханцова О.А. використовує як власне термін *резильєнтність*, так і вивчає один з її синонімічних конструктів - *життєстійкість*, яку пояснює як інтегральну особистісну характеристику, особистісний ресурс індивіда, направлений на здатність підтримувати стабільний рівень психологічного та фізичного функціонування в умовах стресу або несприятливих обставин, ефективної адаптації до труднощів, здатність відновити нормальне функціонування після впливу несприятливих подій (Tshykhantsova, 2023). Проте, *резильєнтність* («resilience») і *життєстійкість* («hardiness») не тотожними поняттями (Kravchuk, 2019), адже в першому випадку фокус на гнучкість та адаптивність, на відновлення після травмівної, кризової події чи низки подій із наступним посттравматичним зростанням, а в другому - у випадку життєстійкості - фокус, власне, на стійкість перед обличчям викликів і складнощів і здатність до тривалого збереження особистісних якостей без значних змін.

Також хотілося би розвести поняття *резильєнтності* та *стресостійкості*, Поняття *резильєнтність* вважається ширшим за поняття *стресостійкість* (Lazos, 2018), ми ж будемо розглядати *стресостійкість* як один з чинників *резильєнтності*. В контексті даної роботи необхідно встановити зв'язок між *резильєнтністю* та *посттравматичним зростанням*. *Посттравматичне зростання* в найширшому понятті розуміється як досвід позитивних особистісних змін внаслідок травми, переживання життєвої кризи, психотравмуючої ситуації тощо (Blevins & Tedeschi, 2017). При цьому *резильєнтність* і *посттравматичне зростання* не суперечать одне одному, а скоріше є частинами єдиного адаптивного процесу із прямим взаємозв'язком. Характеристики термінів *резильєнтність*, *життєстійкість*, *стресостійкість* та *посттравматичне зростання* структуровано в наступній таблиці (див. табл.1.1).

Таблиця 1.1

Порівняльна характеристика психологічних термінів *резильєнтність*, *життєстійкість*, *стресостійкість* та *посттравматичне зростання*

Термін	Резильєнтність	Життєстійкість	Стресостійкість	Посттравматичне зростання
Фокус	Адаптація, відновлення після складних життєвих подій	Стійкість до труднощів	Протидія впливу стресу	Розвиток і зростання після пережитого стресу
Процес	Гнучка реакція на зміни	Збереження стабільності і	Підтримка стабільності	Особистісне зростання після кризи
Ключова характеристика	Гнучкість, адаптивність	Витривалість, внутрішня сила	Витривалість, стабільність	Особистісний розвиток, нові можливості
Стан/ процес	Динамічний процес	Відносно стабільний стан	Стан (якість)	Процес
Умови застосування	Посттравматичні події, кризові стани	Загальні життєві труднощі	Повсякденні стресові фактори	Подолання травматичних ситуацій, позитивні наслідки кризових станів

Таким чином, хоча поняття *резильєнтність*, *життєстійкість*, *стресостійкість* та *посттравматичне зростання* мають спільне підґрунтя і покликані зберігати психічний гомеостаз особистості, вони різняться акцентами: *резильєнтність* про пружність, *життєстійкість* про стабільність, *стресостійкість* про витривалість до напруження, а *посттравматичне зростання* про розвиток після травм.

Хоча раніше теоретичний базис та дослідження, присвячені вивченню *резильєнтності*, в більшості стосувались методів екзистенційної, позитивної, діалектично-поведінкової терапії та когнітивно-поведінкової терапії (Lau et al.,

2021); наразі спостерігається значне розширення підходів із залученням методів майндфулнес, Терапії Прийняття та Відповідальності (Acceptance and Commitment Therapy), системного та інтерперсонального напрямів, а також моделі тренування для зниження стреса Терапії Уваги та Інтерпретації (Stress reduction brain training model Attention and Interpretation Therapy). Варто загострити увагу на тому, що найпершим для розвитку резильєнтності особистості є *самоусвідомлення*, розуміння нею важливості даної психологічної здібності та процесу і, відповідно, індивідуальні активні дії за-для її підтримання та розвитку.

Таким чином, можна дійти наступного висновку: в науковій літературі наразі відсутнє уніфіковане визначення поняття *резильєнтність*. Наявність різних наукових пояснень даного психологічного явища свідчить про його складність, багат шаровість. Враховуючи турбулентність та невизначеність поточних та найближчих років та десятиліть, в найближчому майбутньому можна прогнозувати незгасаючу цікавість науковців до подальшого глибокого вивчення цього феномену психіки особистості та його чинників, подальшу концептуалізацію поняття і нові моделі, що візуалізують взаємодію його складових.

1.2. Багатовимірність моделей психологічної резильєнтності

У попередньому розділі було наочно продемонстровано надзвичайну об'ємність конструкту резильєнтності особистості. Цим пояснюється мультимодальність наукових пояснень даного феномену. Нижче представлені моделі резильєнтності, розроблені з 80-х рр. ХХ ст.:

Модель п'яти чинників резильєнтності В. Бенард (Five Cs Model) є психологічною системою п'яти взаємопов'язаних, взаємопідтримуючих та взаємопідсилюючих чинників (Boyarska, Boyarskyu & Overchuk, 2024). Дана модель базується на принципах когнітивно-поведінкової психології і акцентується на важливості інтеракції між особистісними ресурсами та зовнішнім середовищем у формуванні адаптивних стратегій:

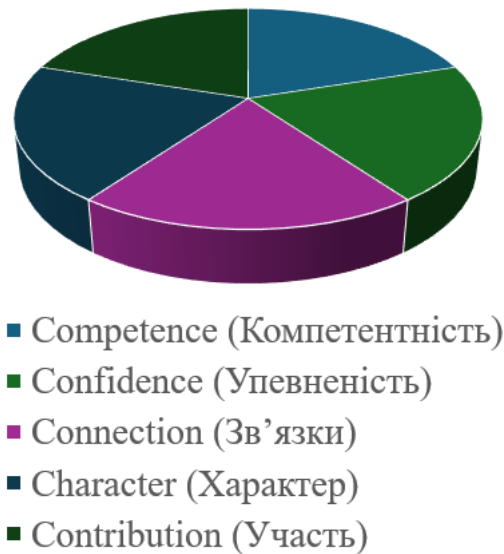


Рис. 1.3. Складові моделі п'яти аспектів резильєнтності

Теоретико-методологічна модель резильєнтності за Г. Лазос базується на концепції резильєнтності як конструкта, що складається з трьох елементів: *факторів ризику, факторів вразливості та факторів захисту*. Під факторами ризику розуміються будь-які несприятливі умови, ситуації, обставини та події, що можуть порушити психологічний баланс. Внаслідок дії цих факторів відбуваються ідентифікація та реалізація як захисних факторів, так і факторів вразливості. Необхідно уточнити, що в даному випадку синонімічними по значенню терміну *захисні фактори* є терміни «резильєнтні фактори» чи, в рамках нашої роботи - «чинники резильєнтності». Фактори вразливості - ті, що в загальному розумінні знижують адаптивність і каталізують вплив несприятливих обставин; вони проявляються на індивідуальному (неадекватна самооцінка, схильність до тривожності), родинному (конфлікти, відсутність підтримки) та на рівні середовища індивіда (некомфортні житлові умови, економічна криза). Наслідком активації та взаємодії факторів захисту та факторів вразливості можуть стати як позитивний результат - резильєнтність, так і дезадаптивний. При превалюванні факторів вразливості комплексної дії захисних факторів може виявитись недостатньо для збереження психологічної пружності. При позитивному результаті відбувається відновлення людини, що може відбутись по чотирьом сценаріям:

резильєнтне відновлення із суб'єктивним відчуттям зростання; відновлення до попередньої зони комфорту (коли людина не зацікавлена в зростанні внаслідок травмивної події); відновлення із втратами (мотивації, бажань) та дезадаптивна реінтеграція (наслідком дезадаптивної реінтеграції можуть бути залежність від психоактивних речовин, деструктивні прояви тощо.) (Lazos, 2019).

Модель ризику та стійкості В. Daniel & S. Wassell (Risk and Resilience Model) акцентує увагу резильєнтності як динамічного балансу між несприятливими факторами (risk factors), що можуть спричинити напругу, та факторами стійкості (resilience factors), що забезпечують продуктивне функціонування в складних умовах. Модель враховує залежність резильєнтності від контексту та підкреслює гнучкість взаємного впливу її внутрішніх та зовнішніх чинників (Boyarska et al., 2024):



Рис. 1.4. Складові моделі резильєнтності «Ризик та стійкість»

Згідно моделі соціальної резильєнтності *Е. Miller-Karas (Community-Resiliency-Model-NAC)* резильєнтність є динамічним процесом взаємодії наступних особистісних та соціальних чинників (Boyarska et al., 2024):



- Tracking (відстежування)
- Resourcing (використання ресурсів)
- Grounding (заземлення)
- Gesturing & Spontaneous Movements (жестикуляція та спонтанність)
- Help Now! (допомога зараз!)

Рис. 1.5. Складові моделі соціальної резильєнтності

Модель стресу та копіngu R. Lazarus & S. Folkman (*Stress and Coping Model*) робить акцент на механізмі оцінки індивідом стресора, когнітивних і поведінкових стратегіях подолання стресу (копіngи), а також на ролі контексту (особистісні якості, соціальні контакти і т.д.). Дослідники поділяють стратегії копіngu на ті, що направлені на вирішення стресового фактору (problem-oriented coping) та на ті, що направлені на зміну власних установок та переконань щодо джерела стресу та емоційну регуляцію відповідно (emotion-focused coping) і підкреслюють важливість оцінки їх ефективності в конкретній стресовій ситуації (Biggs, Brough & Drummond, 2017).

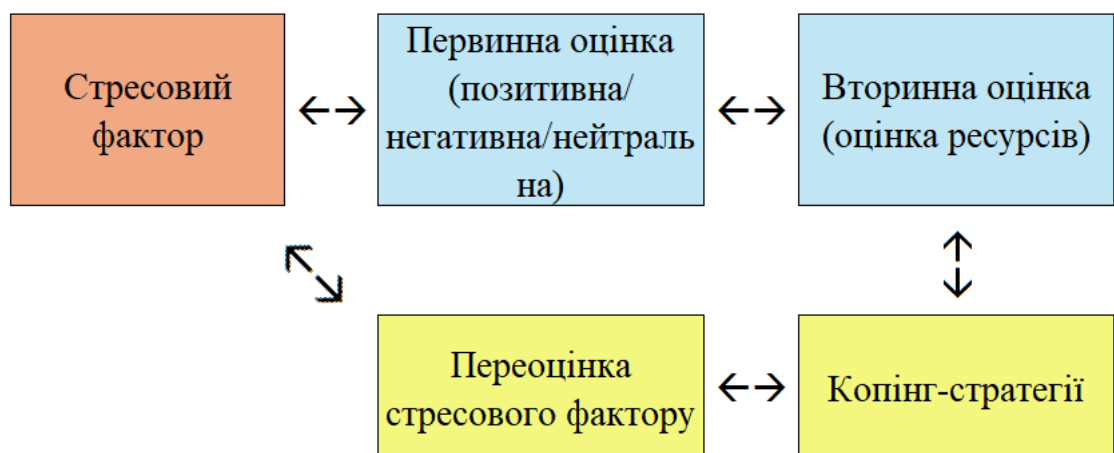


Рис.1.6. Модель стресу і копіngu за R. Lazarus & S. Folkman

Екологічна модель резильєнтності U. Bronfenbrenner (Ecological Model of Resilience) пояснює, як взаємодія індивіда та середовища на декількох рівнях впливає на його здатність адаптуватись до неприємних життєвих ситуацій чи негараздів та показує взаємозв'язки між складовими:

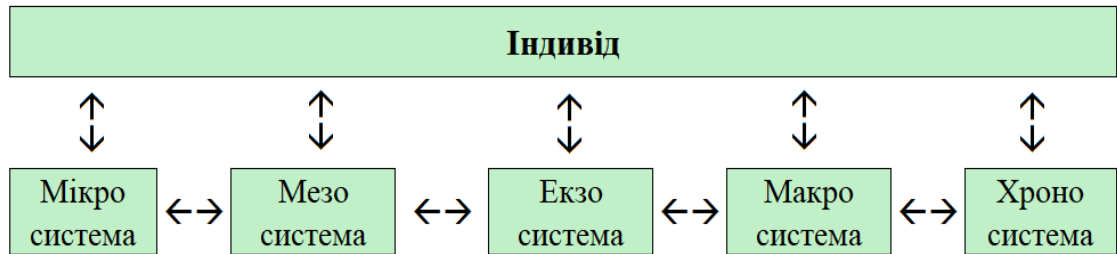


Рис.1.7. Схема екологічної моделі резильєнтності

Мікросистемою індивіда є найближче оточення - родина, друзі, школа, колеги; *мезосистема* є ланцюгами, що зв'язують між собою мікросистеми а також їх взаємодія (родина \leftrightarrow школа, родина \leftrightarrow друзі, побут \leftrightarrow робоче середовище); *екзосистема* підключає опосередкований вплив соціальних факторів (наприклад, якість та рівень доступу до медицини, робочі умови батьків, інфраструктура в місці проживання, вплив мас-медіа та інтернет-ресурсів); *макросистема* включає більш глобальні чинники впливу такі як економіка, культура, суспільні норми та цінності; *хроносистема* охоплює глобальні хронологічні зміни у житті та середовищі індивіда (кризи, війни; переїзд, одруження, розлучення (Bronfenbrenner, 1979).

Дана модель підкреслює, по-перше, динамічність процесу становлення та розвитку резильєнтності, по-друге, системність в підході до пояснення розвитку резильєнтності індивіда через багат шаровість середовищ, в яких функціонує та взаємодіє впродовж життя (Christensen, 2017).

Модель резильєнтності за О. Романчуком включає п'ять складників: цінності (сенси, покликання), здатність діяти ефективно, реалістичний погляд на ситуацію («корисне мислення» і «корисні думки»), саморегуляція та стосунки (кооперація, співпраця та підтримка) (Romanchuk, 2022).

Системний підхід до вивчення проблематики резильєнтності, окрім вивчення моделей передбачає акцент на чинниках, що її формують на особистісному рівні, на рівні соціуму та середовища загалом. Найбільш поширеними в науковій літературі є наступні:

1. Почуття контролю над подіями в житті або *локус контролю*. Автор терміну Д. Роттер розробив концепцію, яка описує, як людина сприймає джерело контролю над подіями у своєму житті. Дане поняття розділене на:

- внутрішній локус контролю - активна життєва позиція, коли людина вважає, що події в житті залежать від дій та
- зовнішній локус контролю, детермінізм - віра людини у вирішальне значення зовнішніх факторів (Rotter, 1966).

Людина з внутрішнім локусом контролю має більш високий рівень резильєнтності за ту, чиї установки пов'язують та пояснюють власні невдачі непереборною дією зовнішніх обставин (зовнішній локус контролю). Люди з внутрішнім локусом контролю мають більшу резильєнтність, оскільки вірять у власну здатність впливати на результати своїх дій, внаслідок чого займають активну життєву позицію. Це означає, що чим більше людина вірить у власну здатність впливати на життєві події, тим більше вона схильна проявляти психологічну пружність й адаптивність у складних ситуаціях. (Reknes et al., 2019) Локус контролю є одним з маркерів резильєнтності: внутрішній локус контролю підтримує психологічну резильєнтність і стресостійкість, зовнішній може її знижувати.

2. *Чітке усвідомлення сенсу(снів) життя*. Згідно твердження В. Франкла, сенси допомагають знайти мотивацію і сили для подолання викликів, зберігаючи при цьому психічне здоров'я та внутрішню стійкість. Згідно результатів досліджень (Arslan, Yildirim & Wong, 2021) свідоме життя має позитивний прогнозуєчий вплив на резильєнтність, а також негативний прогностичний вплив на психологічні проблеми та негативний афект. Резильєнтність та емоційна рівновага також опосередковували вплив

осмисленого життя на психологічне здоров'я досліджуваних: ці результати вказують на те, що наявність цілей, спрямованих на розвиток резильєнтності, позитивного афекту та психологічного благополуччя, має позитивний вплив на психічне здоров'я і відповідно на психологічну пружність (Ivanenko O., 2021).

3. *Оптимізм* визначається як стабільна індивідуально-психологічна характеристика позитивних очікувань щодо майбутніх подій, а також стала тенденція особистості інтерпретувати життєві ситуації з погляду потенційної вигоди. Це ментальна установка надії у позитивному розвитку подій та позитивному результаті. Це тверда і непохитна віра в те, що подолати труднощі та досягти успіху в майбутньому цілком можливо, іншими словами “Песиміст бачить труднощі в кожній можливості; оптиміст бачить можливості в кожній труднощі” (Вінстон Черчилль). В якості регулятора емоційного стану оптимізм допомагає у формуванні позитивних установок і очікувань, що сприяє зниженню рівня дистресу та легшій активації внутрішніх ресурсів за-для подолання труднощів.

До прикладу Лазос Г. встановлює пряму кореляцію між резильєнтністю та оптимізмом, оскільки позитивні очікування підсилюють готовність особистості долати труднощі, сприяють адаптивній когнітивній перебудові та підтримці позитивного афективного тону (Lazos, 2018). В даному підрозділі доцільним є згадування такого психологічного терміну, а також концепції в психології, як *позитивне мислення* - здатність особистості усвідомлено обирати тримати фокус на позитивних аспектах життя та знаходити хороше навіть у складних, неприємних життєвих ситуаціях. Додатково необхідно конкретизувати наступне: даний підхід може виявитись шкідливим, якщо він не підкріплений реалістичним поглядом на життя. (Csikszentmihalyi & Seligman, 2000)

4. *Самоефективність* (self-efficacy): згідно з визначенням автора даного терміна А. Бандури це віра у власні здібності організувати та виконувати дії, необхідні для управління передбачуваними ситуаціями, тобто

А. Бандура розглядає людину із високою самоефективністю як активну фігуру, автора-творця власного життєвого шляху (Bandura, 2004). Також дане поняття стосується суджень, переконань та здатності до самовмотивованості. Синонімічним за значенням є термін «почуття компетентності». Ознакою високоефективної особистості є здатність ставити перед собою вищі й складніші цілі і більша наполегливість у їх досягненні, високий рівень самосвідомості, високий самоконтроль, здатність до самокорегування чи-то самоактуалізації, як приклад, ефективний тайм-менеджмент. Відповідно висока самоефективність - впевненість у власних силах і здатність ефективно залучати власні компетенції за-для досягнення результатів - підтримує позитивний фокус, необхідний для швидкого відновлення після стресу. Така особистість є більш резильєнтною та адаптивною, а отже самоефективність і психологічна резильєнтність є не тільки реципрокними: між цими поняттями можна встановити пряму кореляцію, тобто дані конструкти є взаємопідсилюючими (Scoloveno, 2018: 177-184).

5. *Висока адекватна самооцінка*, що включає чітке уявлення про власну ідентичність. В загальному розумінні *самооцінка* це фіксація результату пізнання себе, психологічна змінна, що включає три ключові компоненти: когнітивний, мотиваційно-ціннісний та практично-діяльнісний. Когнітивний компонент включає самоусвідомлення особистісних якостей, здібностей і цінностей, що формує її здатність оцінювати себе, прагнення пізнання власного «Я». Мотиваційно-ціннісний компонент виражається у прагненні досягати цілей, відповідних власним цінностям, а практично-діяльнісний проявляється у конкретних діях і поведінкових стратегіях, спрямованих на реалізацію цілей (Gerneshyi & Mykhailyshyn, 2022). Зв'язок із резильєнтністю на нашу думку полягає в тому, що адекватна самооцінка сприяє формуванню внутрішнього ресурсу, допомагає зберігати мотивацію в складних умовах і застосовувати ефективні стратегії подолання викликів. Таким чином, розвинені компоненти самооцінки підтримують здатність особистості залишатись резильєнтною до стресових ситуацій.

6. *Стресостійкість*. Хоча наразі немає уніфікованого визачення даного феномена й існують декілька його трактувань, узагальнено стресостійкістю вважається здатність особистості до підвищеного контролю над емоціями та розвитку адаптивної поведінки за-для витримування високого рівня стресу без негативних наслідків для психічного здоров'я, демонструючи адекватну та адаптивну поведінку у стресових ситуаціях. Дана психічна характеристика є умінням людини зберігати емоційну стабільність та раціональність мислення в стресових ситуаціях і розглядається як в контексті генетично предетермінованої здатності організму, так і риси, сформованої в процесі життєдіяльності індивіда. Очевидним є факт взаємозв'язку між даним структурним компонентом резильєнтності, та іншими, більш того, деякі науковці вкладають в поняття стресостійкості фактично співставні резильєнтності принципи та ознаки (Тертиук, 2021: 18), тоді як інші диференціюють ці поняття, приписуючи кожному з них окрім спільних й унікальні характеристики (Lazos, 2018).

7. *Адаптивність*. *Адаптивність* відображає гармонійне поєднання фізичних і психічних ресурсів адаптаційної поведінки, а також баланс між спрямованістю поведінки та результатом дії (Lytvynenko, 2018). Когнітивна гнучкість у пристосуванні до середовища означає, що високорезильєнтна особистість здатна до ширшого, більш масштабного погляду на ситуацію, аналізу й переоцінки погляду залежно від наявних фактів та обставин), поведінкова гнучкість (особистість з високою резильєнтністю має кращу здатність до динамічних змін в моделі поведінки залежно від обставин, а також баланс між поведінковим гомеостазом та необхідністю змін за потреби), емоційна стійкість (здатність до контролю емоцій) та соціальна адаптація (засвоєння соціальних ролей та їх дотримання чи зміна залежно від життєвих обставин). Соціальна адаптація як компонент адаптивності підсилює резильєнтність, дозволяючи ефективно виконувати чи змінювати соціальні ролі залежно від життєвих обставин, зберігаючи баланс між стабільністю та змінами (Gökmen, Yıldırım & Wong, 2021).

8. *Релігійність* - релігійні та духовні переконання, що можуть слугувати особистісними ресурсами для подолання стресу та життєвих негараздів. Релігія та духовність сприяють розвитку копінг-стратегій як-то пошук сенсу в складних ситуаціях та опора на внутрішні переконання, допомагають підвищувати адаптивність і регулюють опір стресу і кризові стани. Релігійні практики, зокрема молитва та медитація, виступають інструментами емоційної регуляції, знижують рівень тривоги та підтримують емоційний баланс. Таким чином, релігійність може підсилювати резильєнтність, створюючи внутрішню опору та власні психічні ресурси і допомагаючи зберігати психологічну стабільність в кризових умовах та в складних життєвих ситуаціях (Dolcos, 2021: 2893-2895).

9. *Емоційна регуляція та емоційний інтелект*. Дані поняття є надзвичайно об'ємними, однак в контексті нашої теми ми виокремимо такі особливості емоційного інтелекту, як усвідомлення особистістю потреб та емоцій (власних та інших людей), здатність контролювати свої емоції та емоційний стан, емпатійність, здатність до співпереживання як необхідні умови для відновлення та зростання психіки після кризових станів, травмуючих подій, тощо (Trudel-Fitzgerald et al., 2023). Емоційна регуляція є однією із цеглинок саморегуляції особистості. Таким чином по суті, й є одними з найважливіших показників резильєнтності (Gambarova & Zabolots'ka, 2022).

10. *Соціальна підтримка*: її важливість зумовлена еволюційно за-для виживання виду, відповідно наявність близьких людей, друзів, родини або спільноти, які можуть надати емоційну та практичну підтримку зменшують психологічне навантаження, підтримують почуття приналежності і допомагають в процесі адаптації до змін чи відновлення після негараздів. Наприклад, психологічні дослідження з вивчення зв'язку соціальної підтримки та здатності особистості гнучно реагувати на негаразди, кількість яких експоненціально збільшилась під час пандемії COVID-19, до прикладу дослідження ролі соціальної підтримки та

резильєнтності у впливі пандемії COVID-19 на психічне здоров'я медичних працівників в Іспанії (Bravo-Ortiz et al., 2022) вказують на прямопропорційний зв'язок резильєнтності особистості із наявністю соціальної підтримки. Досліджуючи соціальну резильєнтність, ряд дослідників (Copeland et al., 2022), підкреслюють її важливість у процесах адаптації суспільств до змін, при цьому акцентуючи увагу на необхідності врахування культурно-релігійних, соціальних («соціальний капітал», колективна ідентичність) та економічних факторів, які впливають на здатність громад реагувати на кризові явища.

Л. С. Мередіт, окрім соціальної підтримки до організаційних чинників резильєнтності зараховує і наступні три:

11. *Навички вирішення проблем*, а також постійні *саморозвиток та самовдосконалення*. В дану групу чинників доречно включити і термін, що зустрічається в англійській літературі: «result-oriented mindset» (мислення направлене на результат), а також «growth mindset» (мислення зростання) (Meierdirk & Fleischer, 2022) Цей когнітивно-інтегративний підхід передбачає довгострокову особистісну орієнтацію на досягнення цілі/результату шляхом структурування та розширення власних можливостей та ресурсів, пошук максимально ефективного і при цьому енергозберігаючого шляху до вирішення задачі. Такий тип мислення пов'язаний із прагненням саморозвитку, а постійне навчання включає стратегічну фокусованість, формує дисципліну та мотиваційно-прагматичний підхід до діяльності. Високий рівень самоорганізації, володіння когнітивними інструментами вирішення проблем, прагнення саморозвитку доречно пов'язати з високим рівнем резильєнтності, і навпаки, оскільки ці якості є для гнучко-адаптивної поведінки в стресових умовах (Sutton, 2019). Недостатній розвиток даних особистісних якостей може спричинити зниження здатності до ефективної мобілізації ресурсів в довгостроково-кризових умовах на кшталт повномасштабної війни, що критично впливає на рівень резильєнтності. Зокрема теорія самодетермінації пояснює, як внутрішня мотивація до зростання компетенцій й

відповідальності, навчання, саморозвитку та вирішення проблем сприяє розвитку психологічній стійкості (Deci & Ryan, 2000).

Серед інших описаних в літературі чинників резильєнтності: самосприйняття і співчуття, добре ставлення до себе (О. Чиханцова, Гуцол), позитивне прагнення, реалістичний погляд на ситуацію, альтруїзм (О.А. Соловей-Лагода), потреба в пізнанні, винахідливість, когнітивна складність (С. Кравчук), самоконтроль, націленість на досягнення конкретної мети, добре виховання і добрі родинні стосунки (А. Грішин), самопроекування (О.А. Чиханцова), ініціативність, толерантність (З. Кісарчук та ін.), дисципліна, турбота про себе і відновлення, позитивні емоційні стани, вдячність (О. Романчук).

Оскільки роз'яснені у даному розділі чинники можуть варіюватися залежно від індивідуальних особливостей та життєвого контексту, все ж їх багаточисельність та складна структурна взаємоорганізація доводять багатовимірність концепту «резильєнтність» (див. Додатки А та Б). Важливо підкреслити, що залежно від конкретної стресогеної ситуації та середовища, ті чи інші чинники резильєнтності можуть домінувати та відігравати пріоритетну роль в адаптації. Дослідження чинників резильєнтності та моделей їх взаємодії потребують продовження в світлі актуальності і цінності практичного використання цих знань для підсилення психологічної пружності індивіда в умовах криз, невизначеності та викликів; дані знання можуть стати підґрунтям розробки універсальних програм зміцнення психологічної реильєнтності на рівні індивіда, громади та соціума в цілому.

1.3. Відмінності в психологічній резильєнтності, обумовлені гендером та статтю

Обумовлені гендером та статтю відмінності рівня психологічної резильєнтності проявляються у варіативності когнітивних, емоційних та поведінкових стратегій адаптації до стресу. Дана варіативність зумовлена біопсихосоціальними факторами, розподіленням гендерних ролей,

гендерними стереотипами та культурально-релігійними контекстами (Dökmen, 2017).

Метааналіз 30 досліджень (Kogar & Uslu, 2021) висвітив складність статевих відмінностей психологічної резильєнтності. Автори дійшли наступних висновків:

1. стать має вплив на рівень психологічної резильєнтності індивідів,
2. результати виявилися на користь чоловіків, тобто рівні психологічної резильєнтності у чоловіків вищі, ніж у жінок,
3. різниця психологічної резильєнтності між чоловіками і жінками виявилась статистично значущою.

Варто зауважити, що дана проблема потребує подальших досліджень із урахуванням наступних додаткових змінних:

- a) гендерна роль відповідно до країни проживання, національності, релігії,
- b) вікова група,
- c) професійна діяльність,
- d) культурні, соціальні та економічні фактори (Kogar & Uslu, 2021).

Ці результати відрізняються від висновків дослідження Арі та Чаркіта роком раніше: тоді метааналіз, проведений на основі 57 дисертацій, виявив вищий рівень психологічної резильєнтності у жінок, проте через статистичну незначущість різниці, згідно думки авторів не було підтверджено різницю рівнів резильєнтності за гендерною ознакою (Ari & Çarkıt, 2020).

При вивченні гендерних відмінностей рівня психологічної резильєнтності необхідно врахувати асиметрію соціальних очікувань, стереотипізацію умов життєдіяльності (Tsepkało, 2023: 395), а також особистісних характеристик: до прикладу, такі риси як мужність, сміливість і амбіційність традиційно асоціюються із чоловічим гендером (маскулінні риси), що може призводити до неоцінки резильєнтності жінок, в яких, на

відміну від індивідуалістичного активного пошуку рішення, тобто самоефективності та внутрішнього локусу контролю, притаманного чоловікам, надають перевагу та реалізують резильєнтність в формі емоційної регуляції та соціальної підтримки. Жінки з активною життєвою позицією, які приймають участь у соціальному житті, частіше застосовують мислення, направлене на результат («result-oriented mindset») шляхом аналізу проблеми і пошуку варіантів, вибудовування стратегії їх вирішення, а також планування дій спираючись на наявні ресурси; вони мають реалістичний погляд на речі, через усвідомлену саморегуляцію застосовують емоційну регуляцію і відповідно більш об'єктивно сприймають виклики (Leshenko, 2017).

Таким чином, аналіз наукової літератури показав, що відмінності резильєнтності відповідно до статі та гендерних характеристик - як її загальний рівень, так і детальне вивчення її чинників - залишаються недостатньо вивченими. Отже, ми вважаємо доцільним комплексний підхід із мультинаправленістю на наступні аспекти:

- дія соціокультурних (гендерні ролі) та біологічних (наприклад: гормональні коливання) чинників,
- гендерні стереотипи,
- копінг-стратегії (проблемно-орієнтовані та емоційно-орієнтовані) - дослідження їх відмінностей у чоловіків та жінок може прояснити механізм формування резильєнтності,
- контекст (міжособистісний, професійний, в контексті нашої роботи - бойові дії та супутні стресогенні фактори),
- методологічна проблема, а саме брак лонгітюдних досліджень на тему гендерної різниці в резильєнтності.

Висновки до розділу

У першому розділі роботи було здійснено аналіз та узагальнення даних наукових робіт українських та зарубіжних психологів щодо визначення терміну *резильєнтність*. Узагальнене спільне для них визначення терміну

резильєнтність наступне - це здатність особистості адаптивно переживати та відновлюватися після несприятливих життєвих подій. На нашу думку, резильєнтність є інтегральною психологічною властивістю індивіда, яка охоплює когнітивних, емоційних, адаптивних та персональних властивостей, що забезпечують здатність людини протистояти викликам та стресу, гнучко і адаптивно реагувати на негативні фактори впродов життя при збереженні психологічного гомеостазу. По-друге, резильєнтність одночасно є *динамічним процесом*, що сприяє в подоланні труднощів й адаптації в умовах стресогенних подій, а також потенціалом відновлення в часи викликів та невизначенності. По-третє резильєнтність є *результатом* взаємодії внутрішніх та зовнішніх чинників, розглянутих в розділах 1.2. та 1.3. Також це ефективна адаптація до значних джерел нового, травматичного досвіду чи несприятливих подій або навігація (керування ними) та здатність поглинати збурення для ефективного використання ресурсів.

Резильєнтність як біопсихосоціальний конструкт розглядається як взаємозалежна, багаторівнева, багатокомпонентна система, яка керує здатністю протистояти або відновлюватися після значних негараздів, індивідуальний атрибут та властивість соціо-культурного контексту (наприклад, соціальна підтримка та сприятливі умови навколишнього середовища), що захищає від негативних наслідків стресогенних ситуацій (Suchecki et al., 2021).

Варто зазначити, що резильєнтність є особистісним трансформаційним вибором. І хоча деякі чинники резильєнтності, як-то генетичні фактори - вроджений інтелект, збудливість нервової системи, є вродженими, дослідники одностайні в переконанні можливості людини розвинути психологічну пружність в процесі якісних змін та трансформації завдяки розвитку адаптації, формуванню навичок саморегуляції та підвищенню усвідомленості через самоактуалізацію й самовдосконалення.

Проаналізувавши різні напрямки наукових досліджень психологічного конструкту «резильєнтність», можемо констатувати, що дана проблема наразі

залишається недостатньо вивченою, а отже можна стверджувати, що вона залишиться актуальною. Психологічне благополуччя, гнучкість, адаптивність та стійкість як запорука утримання та підсилення психологічної рівноваги бойових медиків сприятимуть пошуку додаткових особистісних, а також соціальних ресурсів для тривалої ефективності надання медичної допомоги і супутніх активностей, а також робитиме внесок у загальну бойову готовність військовослужбовців до виконання задач. Результати дослідження стануть доробком у розробку програм саморегуляції, підтримки та навчання з психологічної пружності за-для більш ефективного, довготривалого виконання професійних обов'язків і збереження власного психічного благополуччя.

Враховуючи наведені дані ми вважаємо, що враховуючи гендерні відмінності реакцій на стресові події важливо робити акцент на спеціалізації програм психологічної підтримки з урахуванням гендерних особливостей.

РОЗДІЛ 2

МЕТОДОЛОГІЧНЕ ОБҐРУНТУВАННЯ ТА ПРОЦЕДУРА ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ

2.1. Методи емпіричного дослідження

Для досягнення мети дослідження було використано комплекс валідних психодіагностичних методик, адаптованих для оцінки рівня стійкості до стресу, здатності до посттравматичного зростання, загальної резильєнтності, а також інтенсивності бойового досвіду. Ці методики дозволяють глибше зрозуміти, як бойові медики справляються з екстремальними умовами своєї професійної діяльності та як війна впливає на їхню психологічну пружність. На основі підбору методик дослідження було сформовано картку методичного забезпечення представлену у табл. 2.1.

Таблиця 2.1

Методичне забезпечення дослідження

№	Назва	Код	Адаптація	Шкали
1	Шкала стресостійкості Коннора-Девідсона-10	CD-RISC-10	Н. В. Школіна, І. Шаповал, І. В. Орлова, І. О. Кедик, М. А. Станіславчук	<ul style="list-style-type: none"> ○ Здатність адаптуватися до змін ○ Можливість впоратися з перепонами на своєму шляху ○ Намагання побачити жартівливу сторону проблем, що виникають ○ Необхідність протистояти стресу може зміцнити ○ Схильність швидко приходити до норми після хвороби чи негараздів ○ Здатність досягти цілей, незважаючи на перешкоди

				<ul style="list-style-type: none"> ○ Здатність залишатися зосередженим під тиском обставин ○ Здатність не зупинятися в разі невдач ○ Вважає собі сильною особистістю ○ Здатність впоратися з неприємними чи болісними відчуттями ○ Стресостійкість
2	Коротка шкала резильєнтності	BRS	М. В. Яцюк	Резильєнтність
3	Опитувальник постравматичного зростання	PTGI	В. Л. Зливков, С. О. Лукомська, О. В. Федан	Постравматичне зростання
4	Шкала оцінки інтенсивності бойового досвіду	ШОБД	Н. А. Агаєв, О. М. Кокун, І. О. Пішко, Н. С. Лозінська, В. В. Остапчук, В. В. Ткаченко	Наявність та інтенсивність бойового досвіду

Шкала стресостійкості Коннора-Девідсона (Connor-Davidson Resilience Scale, CD-RISC-10) є одним із найбільш ефективних, визнаних в науковому світі інструментів для вимірювання рівня резильєнтності та здатності до ефективної адаптації у стресових умовах життя. Основною метою її використання в даному дослідженні є оцінка рівня резильєнтності бойових медиків, які здійснюють свою діяльність в екстремальних умовах повномасштабної війни. Шкала стресостійкості Коннора-Девідсона дозволяє виміряти, наскільки ефективно медики можуть справлятися з постійним психологічним тиском і зберігати психологічний гомеостаз та загальне

психологічне благополуччя під впливом полістресових факторів, характерних для бойових умов.

Шкала оцінює низку важливих характеристик, які описують здатність особистості ефективно функціонувати та психологічно відновлюватись в умовах стресу. Серед них - здатність адаптуватися до змін, що є особливо важливою для бойових медиків, оскільки вони постійно перебувають в екстремальних обставинах, переживають відсутність безпеки та екзистенційні загрози, невизначеність і непередбачуваність зовнішніх обставин. Шкала також враховує можливість впоратися з перешкодами та труднощами на своєму шляху, що є ключовим для медиків, які часто мають швидко ухвалювати складні рішення в критичних ситуаціях. Окрему увагу приділяється здатності респондентів бачити жартівливу сторону проблем, що виникають, адже гумор є потужним механізмом зниження дії стресу. Крім того, шкала вимірює, наскільки необхідність протистояти труднощам може зміцнити людину, що має прямий стосунок до довгострокової психологічної стійкості, а також до посттравматичного зростання.

Узагальнено чинники психологічної стійкості, що вимірюються шкалою стресостійкості Коннора-Девідсона, представлені на рисунку 2.1.

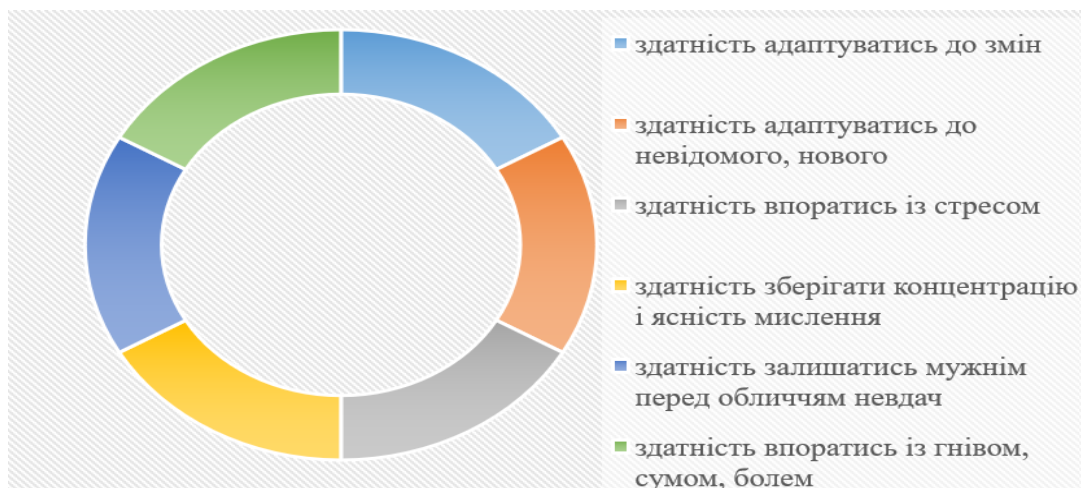


Рис. 2.1. Чинники психологічної стійкості, що вимірюються шкалою стресостійкості Коннора-Девідсона

Додатково, шкала CD-RISC-10 дозволяє оцінити схильність швидко повертатися до нормального стану після хвороби чи життєвих негараздів,

здатність досягати поставлених цілей, незважаючи на перешкоди, а також залишатися зосередженим навіть під тиском обставин. Особливо важливим є те, що шкала враховує здатність особи не зупинятися на шляху до мети у випадку невдач, що часто є критичним для професії бойового медика. Оцінюється також переконання респондентів у власній силі та здатності впоратися з неприємними чи болісними відчуттями, що є незамінною рисою для медиків, які постійно перебувають під впливом сильного психологічного навантаження.

Адаптація цієї методики в Україні, проведена на основі робіт Н. В. Школіної, І. І. Шаповала, І. В. Орлової, І. О. Кедика та М. А. Станіславчука (Shkolyna et al., 2020), дозволила належним чином застосувати шкалу для оцінки саме українських бойових медиків у контексті сучасної війни. Ця адаптація врахувала культурні та психологічні особливості респондентів, що сприяє більш точній оцінці рівня *їхньої резильєнтності та можливостей адаптації в умовах бойових дій*.

Коротка шкала резильєнтності (BRS) є важливим інструментом для вимірювання загального рівня резильєнтності, тобто здатності особистості швидко відновлюватися після стресових або травматичних ситуацій. Шкала містить пункти оцінки резильєнтності із застосуванням 5-бальної шкали Лікерта, від «категорично не згоден» до «рішуче згоден». За-для забалансованості оцінки шкала містить як позитивно, так і негативно сформульовані питання (Kredentser & Sergienko, 2024).

Метою застосування цієї шкали в дослідженні психологічної стійкості бойових медиків є визначення їхньої здатності адаптуватися до екстремальних умов бойових дій та швидко відновлювати психологічну рівновагу після пережитого стресу. За допомогою шкали можна визначити загальний рівень психологічної пружності, зокрема, як бойові медики справляються з травматичними психологічними та емоційними навантаженнями, що виникають під час бойових дій.

Однією з головних переваг BRS є її простота і швидкість використання. Ця шкала дозволяє отримати кількісні показники резильєнтності за короткий час, що робить її зручною для застосування в умовах, де потрібні оперативні результати. Оскільки бойові медики найчастіше мають обмежений час для участі в дослідженнях через свою роботу, BRS є ідеальним інструментом для оцінки їхнього рівня стійкості та адаптивності. Вона дозволяє швидко оцінити, наскільки респонденти можуть відновитися після впливу стресу, не вдаючись до більш тривалих чи складних психодіагностичних методик.

Адаптація короткої шкали резильєнтності в Україні, була проведена М. В. Яцюком у 2023 році (Yatsuk, 2023) і враховує соціо-культурні особливості українських респондентів. Це робить методику в повному об'ємі придатною для оцінки рівня психологічної стійкості бойових медиків, які працюють в умовах повномасштабної війни. Специфіка використання шкали в контексті війни полягає в тому, що вона дозволяє оцінити не лише індивідуальні реакції на стрес, але й загальні адаптаційні механізми, які допомагають медикам залишатися ефективними під час виконання своїх професійних обов'язків. Такий підхід є надзвичайно важливим для розробки рекомендацій щодо покращення психологічної підтримки та підвищення рівня резильєнтності серед медичного персоналу, що працює в екстремальних умовах.

Опитувальник посттравматичного зростання (PTGI) є ключовим інструментом для оцінки психологічних змін, які виникають у людини після пережиття стресових або травматичних подій (Zubovskyy, 2018).

Метою його використання у дослідженні бойових медиків є визначення рівня їх посттравматичного зростання, яке може відображати зміни в самооцінці, появу нових можливостей та особистісний і духовний ріст після екстремальних подій. PTGI дозволяє виявити, як бойові медики, які перебували в умовах війни, переживають свої емоційні та психологічні реакції на ці події, а також які позитивні трансформації відбуваються в їхній особистості.

Серед основних показників, які оцінюються за допомогою PTGI, важливу роль відіграє зміна самооцінки. Це означає, що після переживання стресових подій медики можуть краще усвідомити свої сильні та слабкі сторони, що впливає на їхню здатність адаптуватися до нових життєвих умов. Крім того, опитувальник допомагає виявити нові можливості, які респонденти бачать у своєму житті після травматичних подій. Цей показник відображає здатність людей використовувати досвід стресу для розвитку нових навичок або особистісного зростання, що є важливим для подальшого ефективного функціонування бойових медиків.

Духовний ріст також є важливою складовою посттравматичного зростання, яке оцінюється за допомогою PTGI. В умовах постійного психологічного навантаження під час бойових дій медики можуть переосмислювати своє місце у світі, змінювати своє ставлення до життя і смерті, що призводить до глибоких внутрішніх змін і зміцнення духовності.

Адаптація PTGI для українських бойових медиків враховує специфіку їхнього професійного досвіду і культурний контекст. Це забезпечує точність вимірювання змін, що відбуваються у їхній психіці після участі в бойових діях. Роль цього опитувальника у дослідженні полягає у вивченні того, як медики не лише справляються зі стресом, але й використовують свій досвід для особистісного та професійного зростання. Такий підхід дозволяє краще зрозуміти адаптивні механізми бойових медиків і розробити рекомендації щодо покращення їх психологічної підтримки.

Шкала оцінки інтенсивності бойового досвіду (Combat Exposure Scale). була розроблена для вимірювання інтенсивності полістресових факторів бойових подій на психічний стан бойових медиків. Шкала застосовується для кількісного визначення кількості і рівня впливу таких подій як виконання завдання в зоні підвищеної небезпеки, засідка чи оточення ворогом, організація і підтримка вогневого ураження ворога; чи ставали респонденти свідками поранення чи смерті під час виконання обов'язків, чи отримували поранення, інвалідність внаслідок перебування в зоні бойових дій

та комплексно оцінити вплив даних факторів на психологічний стан спеціаліста з тактичної медицини. Таким чином шкала оцінки інтенсивності бойового досвіду (ШОБД) дозволяє отримати дані та провести паралелі між травматичним досвідом участі та перебування в умовах, небезпечних для здоров'я і життя, із резильєнтністю та адаптивністю бойових медиків.

Основними показниками шкали є кількість та різноманіття факторів небезпеки та стресу, з яким стикалися медики під час виконання службових обов'язків, та частота їхньої участі в бойових діях. Часті контакти з високоризикованими ситуаціями можуть суттєво впливати на психіку, спричиняючи розвиток стресових розладів або, у деяких випадках, сприяти посттравматичному зростанню залежно від рівня стійкості та адаптаційних механізмів медиків. Таким чином, шкала є ключовим інструментом для оцінки стресових факторів, з якими медики стикаються в умовах війни.

Шкала оцінки інтенсивності бойового досвіду (ШОБД), розроблена Н. А. Агаєвим, О. М. Кокуном, І. О. Пішко, Н. С. Лозінською, В. В. Остапчуком та В. В. Ткаченком, була спеціально створена для оцінки бойових умов, в яких працюють українські військові медики. Оскільки шкала розроблена з урахуванням специфіки українських реалій, її використання дозволяє отримати точні й релевантні дані про стресові фактори, з якими стикаються бойові медики, що важливо для подальшої розробки програм підтримки та реабілітації.

Даний психодіагностичні інструменти дають можливість провести детальний аналіз психологічних чинників резильєнтності, а також оцінити адаптивність та додатково - можливість посттравматичного зростання бойових медиків під час повномасштабної війни. Це дозволить дозволить дослідити складові резильєнтності, притаманні даній групі респондентів; результат і висновки стануть підґрунтям для розробки практичних рекомендацій для бойових медиків щодо підсилення психологічної резильєнтності за-для тривалої підтримки психологічного здоров'я бойових медиків в поточних складних умовах.

2.2. Етапи проведення емпіричного дослідження

Емпіричне дослідження, метою якого було вивчення психологічних чинників резильєнтності та адаптивності бойових медиків, включало комплексний та поетапний підхід задля надійності та валідності даних. Під час проведення психологічного дослідження було дотримано принципи детермінізму, розвитку, об'єктивності та системності. Алгоритмізація етапів дослідження сприяла чіткому виконанню кожного етапу, мінімізувала ризик помилок, а також полегшила інтерпретацію результатів.

На першому етапі дослідження - підготовчому - після постановки проблеми, визначення об'єкта та аспекту вивчення даного об'єкта(предмету наукового пізнання), булои досліджені сучасні наукові джерела літератури, присвячені проблематиці феномену резильєнтності, моделей та чинників резильєнтності. Також «методом воронки» були оброблені сучасні дослідження психологічної резильєнтності бойових медиків, а також були залучені сучасні дані що стосувались психологічної пружності військовослужбовців, а також вивчені матеріали щодо їх гендерних особливостей. При виборі кількості та специфіки методик першочергово враховувались вкрай лімітовані часові можливості бойових медиків. Беручи до уваги специфіку діяльності бойових медиків, було важливо зрозуміти психологічні механізми, що забезпечують їхню здатність ефективно функціонувати під тиском екстремальних стресорів. Наукові праці з цієї тематики охоплюють широкий спектр підходів до вивчення резильєнтності, включаючи когнітивно-поведінкові та соціальні теорії, нейропсихологічні дослідження стресостійкості, а також копінг-стратегії та моделі адаптивної поведінки у надзвичайних ситуаціях.

Особливу увагу було приділено роботам, що досліджують стресові реакції та відновлювальні психічні процеси у медичних працівників, які перебувають у бойових умовах, а також військовослужбовців. Зарубіжні джерела надають важливу інформацію щодо розвитку посттравматичного зростання, яке є невід'ємною частиною адаптаційного процесу.

Посттравматичне зростання передбачає, що, переживши стресові та травматичні події, людина може не тільки повернутися до попереднього рівня функціонування, але й розвинути нові навички та стратегії адаптації.

Опрацювання та систематизація наукових джерел також показало важливість розуміння особливостей військових умов, в яких здійснюють свою діяльність бойові медики, що дозволило краще окреслити специфічні фактори, які впливають на їхню резильєнтність. Було вивчено не лише концептуальні засади резильєнтності, але й методи її діагностики, що включають використання шкал та опитувальників для вимірювання рівня стійкості до стресу та здатності до швидкої адаптації після стресових ситуацій. У результаті аналізу наукових джерел були визначені теоретичні засади розробки дослідницької програми, а також обрані відповідні психодіагностичні методики, які забезпечують адекватне вимірювання психологічних чинників резильєнтності бойових медиків в умовах повномасштабної війни.

Після аналізу і концептуалізації літератури, що вивчає феномен резильєнтності і синонімічних за значенням конструктів і підбору психодіагностичного інструментарія, що відповідав би умовам - повнота оцінки та швидкість у використанні, адже бойові медики мають доволі лімітований вільний час, шкали та опитувальники були перенесені в Google Form з відповідними стандартними інструкціями по їх заповненню. Основним завданням цього етапу був збір даних респондентів обох статей для оцінки і порівняння рівня їх стресостійкості, здатності швидко адаптуватись до неприємної чи неочікуваної ситуації та відновлювати психологічний баланс після впливу стресових факторів; додатково відбувався збір даних щодо інтенсивності бойового досвіду медиків. Платформа Google Forms дала можливість респондентам взяти участь в опитуванні і заповнити опитувальники і шкали в зручній для них час. Вибірка респондентів була набрана методом «снігового кома»(snowball sampling) серед екіпажів бойових медиків, що супроводжують військовослужбовців Збройних сил та

підсилюють Медичні сили України. Такий метод збору даних був вибраний через його доступність та можливість стандартизувати процес збору інформації, що є важливим для отримання кількісно-якісних результатів дослідження.

Після завершення етапу збору даних було проведено їх обробку, що передбачала переведення сирих балів, отриманих в результаті опитування, у стандартизовані показники згідно з ключами до кожної з використаних психодіагностичних методик. Цей процес забезпечив можливість об'єктивного порівняння даних та кількісної оцінки кожної з досліджуваних змінних. Стандартизація даних дозволила коректно оцінити рівень резильєнтності, стресостійкості та інших психологічних чинників серед бойових медиків, що сприяло формуванню чіткої картини їх психологічної стійкості в умовах війни. Такий підхід також мінімізував можливі похибки під час аналізу, що зробило результати дослідження більш достовірними та узагальненими.

Наступним важливим етапом дослідження став математико-статистичний аналіз отриманих даних, що дозволив виявити закономірності та взаємозв'язки між різними психологічними чинниками резильєнтності та інтенсивністю бойового досвіду медиків. Було використано кілька статистичних методів, зокрема описову статистику для загальної характеристики вибірки, частотний аналіз для вивчення розподілу відповідей, а також кореляційний аналіз для виявлення взаємозв'язків між змінними. Регресійний аналіз дозволив побудувати моделі, які описують вплив інтенсивності бойового досвіду на психологічну стійкість медиків. Це забезпечило глибоке розуміння взаємозалежностей між досліджуваними змінними та їх вплив на адаптивність медиків у бойових умовах.

Останнім етапом проведеного дослідження стала розробка практичних рекомендацій, заснованих на результатах емпіричного аналізу. Основна мета цих рекомендацій полягала в підвищенні рівня психологічної підтримки бойових медиків, що сприятиме розвитку їхньої резильєнтності в умовах повномасштабної війни. Враховуючи виявлені чинники, що впливають на

стресостійкість і адаптивність, було запропоновано низку рекомендацій та сценаріїв, спрямованих на покращення психологічної підготовки, розвиток стратегії подолання стресу та забезпечення тривалої підтримки в умовах бойових дій. Рекомендації акцентують увагу на важливості систематичної психологічної допомоги та створенні умов для постійного зміцнення резильєнтності медиків, зокрема через тренінги, індивідуальну психологічну підтримку та роботу з командою.

2.3. Специфіка вибірки учасників дослідження

Здійснено опис демографічних характеристик вибірки, зокрема розподіл за статтю. Це дозволяє забезпечити репрезентативність вибірки та закласти основу для подальшого аналізу впливу статевих та вікових чинників на особливості прояву резильєнтності серед бойових медиків. Для додаткового дослідження наявна вибірка респондентів була розподілена за трьома віковими групами, в кожній з яких були проаналізовані зв'язок із резильєнтністю та посттравматичним зростанням. Хоча кількість учасників кожної групи виявилась недостатньою для репрезентації і, відповідно, для ґрунтовних висновків, вивчення резильєнтності бойових медиків за віковою змінною є цікавим базисом для поглиблення емпіричних досліджень даної тематики.

Таблиця 2.2

Розподіл вибірки за статтю

Змінні	Фактична кількість	Відсоткове співвідношення
Чоловіки	26	49,1%
Жінки	27	50,9%
Всього	53	100%

Було досліджено вибірку бойових медиків, що складалася з 53 осіб, де забезпечено рівномірний розподіл за статтю: чоловіків було 26 осіб (49,1%), а жінок - 27 осіб (50,9%) (див. рис.2.2.).

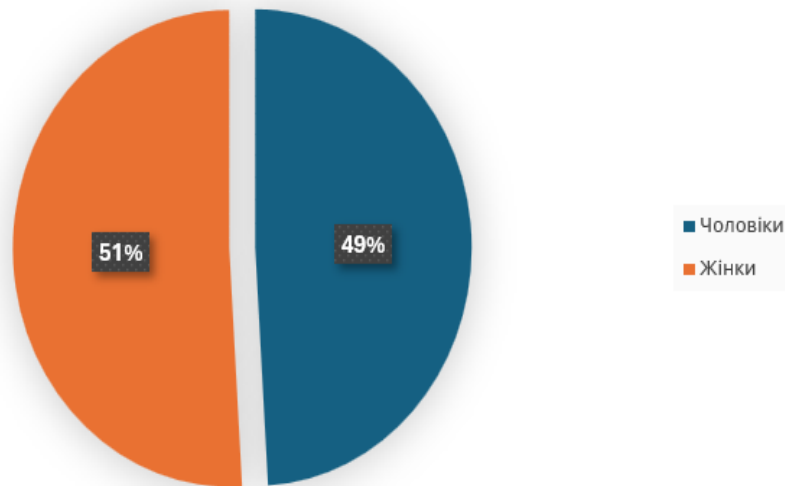


Рис. 2.2. Розподіл вибірки за статтю

Такий збалансований розподіл дозволяє здійснювати аналіз відносно статі, забезпечуючи можливість порівняння специфіки прояву резильєнтності серед бойових медиків різної статі.

Вікова характеристика вибірки виявила цікаві результати, які вказують на різноманітність учасників за віком. Медіана віку становила 37 років, що свідчить про те, що половина учасників були молодші цього віку, а інша половина старші. Середнє арифметичне значення віку склало 35,4 року, що відображає загальну тенденцію до участі осіб середнього віку. Однак варто зазначити, що стандартне відхилення у 8,61 року вказує на суттєву різницю у віці між учасниками, що також підтверджується значним розмахом у діапазоні 19–65 років (див. табл.2.3).

Таблиця 2.3

Розподіл вибірки за віковими діапазонами

Змінні	Фактична кількість	Відсоткове співвідношення
19-35	26	49%
36-65	27	51%

Щодо розподілу за віковими діапазонами, було встановлено, що найбільша кількість учасників була рівномірно розподілена згідно вікових груп 19-35 років (49%) та 36 та старше (51%), що є показником рівномірного

представництва як учасників, що потенційно нещодавно розпочали свою діяльність в якості бойових медиків і знаходяться на початку свого професійного шляху, так і респондентів із досвідом, які потенційно могли мати більш тривалий контакт із професійною діяльністю в умовах війни.

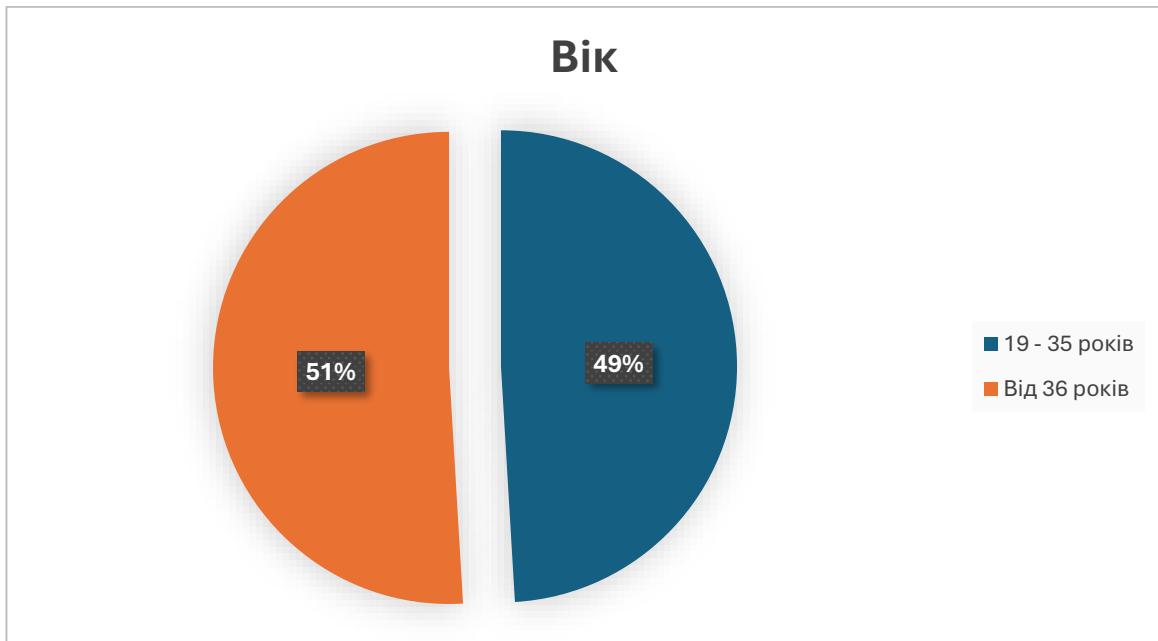


Рис. 2.3. Розподіл вибірки за віковими діапазонами

Отримані дані демонструють значну різноманітність вибірки, що забезпечує широку базу для аналізу. Така структура вибірки дозволяє дослідити не лише загальні особливості резильєнтності бойових медиків, але й врахувати вплив статевих та вікових змінних на рівень стресостійкості та посттравматичного зростання. Збалансованість за статтю, а також охоплення широкого вікового діапазону учасників забезпечують надійність та репрезентативність проведеного дослідження.

Висновки до другого розділу

У другому розділі роботи було обґрунтовано вибір методів та процедур емпіричного дослідження, спрямованого на вивчення психологічних чинників резильєнтності та адаптивності бойових медиків під час повномасштабної війни в Україні. Для досягнення мети дослідження було обрано чотири основні методики, які дозволяють всебічно оцінити стійкість до стресу, рівень

посттравматичного зростання, загальну резильєнтність та інтенсивність бойового досвіду.

Шкала стресостійкості Коннора-Девідсона (CD-RISC-10) була вибрана для вимірювання здатності бойових медиків адаптуватися до стресових ситуацій та зберігати психологічну стійкість у бойових умовах. Оригінальна шкала була розроблена Connor & Davidson, датована 2003 роком включала 25 пунктів. Втім, враховуючи специфіку та особливості діяльності бойових медиків була використана її скорочена версія, CD-RISC-10: 10 пунктів самооцінки з метою вимірювання та кількісної оцінки резильєнтності в цілому, а також виявлення показників ефективності психотерапевтичних і тренінгових інструментів для її розвитку.

Її адаптація до українських реалій дозволяє коректно оцінити стійкість респондентів до стресових чинників, що особливо важливо в умовах війни.

Коротка шкала резильєнтності (BRS) була використана для швидкої та надійної оцінки загального рівня резильєнтності медиків, яка визначає їхню здатність швидко відновлювати психологічну рівновагу після стресових подій. Адаптація цієї шкали для українських медиків забезпечує точність та валідність отриманих результатів.

Опитувальник посттравматичного зростання (PTGI) дозволив оцінити позитивні психологічні зміни у бойових медиків після пережиття травматичних подій. Ця методика допомогла виявити зміни в самооцінці, нові можливості та духовний ріст, що мають важливе значення для розуміння адаптивних механізмів медиків в екстремальних умовах.

Шкала оцінки інтенсивності бойового досвіду (ШОБД) була спеціально розроблена для оцінки впливу бойових ситуацій на психічний стан медиків, що дозволило кількісно визначити рівень стресових факторів і їхній вплив на психологічну стійкість респондентів.

Таким чином, обрані методики дали змогу оцінити широкий спектр психологічних чинників, що впливають на резильєнтність і адаптивність бойових медиків, та створили основу для подальшого математико-

статистичного аналізу результатів дослідження. Окрім цього, вони сприяють ідентифікації потенційних психологічних бар'єрів, які можуть заважати виконанню професійних обов'язків, а також дозволяють визначити адаптивні стратегії копіngu (подолання стресу), які є найбільш ефективними в умовах високої психологічної напруги. Такі дослідження надають змогу розробити та впровадити цілеспрямовані програми психологічної підтримки, які враховують індивідуальні особливості особистості, рівень професійного вигорання та потребу в емоційній і соціальній підтримці. Це забезпечує не лише підвищення психологічної готовності медиків, але й збереження їхньої ефективності та здоров'я в умовах тривалого впливу стресових факторів.

Підвищення рівня резильєнтності може ослабити деструктивний вплив психотравмуючих факторів бойових дій, запобігти таким проявам деструктивної поведінки як некерована агресія, схильність до ризикованої поведінки, апатія і конфліктність, а також сприятиме збереженню психологічного благополуччя бойових медиків загалом.

Також необхідно зазначити значну різноманітність вибірки, що забезпечує широку базу для аналізу, адже структура вибірки дозволяє дослідити не лише загальні характеристики резильєнтності бойових медиків та її чинники, але й врахувати вплив статевих та вікових змінних, а також інтенсивності набутого бойового досвіду на рівень психологічної пружності та посттравматичного зростання.

РОЗДІЛ 3
АНАЛІЗ РЕЗУЛЬТАТІВ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ
ПСИХОЛОГІЧНИХ ЧИННИКІВ РЕЗИЛЬЄНТНОСТІ БОЙОВИХ
МЕДИКІВ В УМОВАХ ВІЙНИ

3.1. Експлорація даних: статистичний огляд психологічних показників

У результаті аналізу методики «Шкала стресостійкості Коннора-Девідсона-10» було встановлено, що загальний рівень резильєнтності бойових медиків відзначається значною варіативністю (див. табл. 3.1).

Таблиця 3.1

Результати методики «Шкала стресостійкості Коннора-Девідсона-10»

Змінні	Медіана	Середнє арифметичне	Стандартне відхилення	Розмах
Здатність адаптуватися до змін	3	3,04	0,706	1-4
Можливість впоратися з перепонами на своєму шляху	3	2,96	0,784	1-4
Намагання побачити жартівливу сторону проблем, що виникають	3	2,89	0,993	1-4
Необхідність протистояти стресу може зміцнити	3	2,7	1,085	0-4
Схильність швидко приходити до норми після хвороби або негараздів	3	2,6	0,840	1м
Здатність досягти цілей, незважаючи на перешкоди	3	2,98	0,866	0-4

Здатність залишатися зосередженим під тиском обставин	3	3,09	0,791	1-4
Здатність не зупинятися у разі невдач	3	2,92	0,874	0-4
Вважає себе сильною особистістю	3	3,06	0,842	1-4
Здатність впоратися з неприємними чи болісними відчуттями	3	2,75	0,979	0-4
Резильєнтність	30	29	5,222	15-40

Середнє арифметичне значення загального показника резильєнтності становило 29 балів, що вказує на помірний рівень здатності до адаптації та подолання стресових ситуацій у загальному зрізі вибірки. Медіана, яка також дорівнює 30 балам, відображає симетричний розподіл показників, що дозволяє зробити висновок про відносну збалансованість значень у більшості учасників. Однак стандартне відхилення в 5,222 свідчить про те, що деякі учасники мали значно відмінні результати, що може вказувати на наявність як груп із низькою резильєнтністю, так і тих, що демонструють високі адаптивні здібності. Розмах результатів від 15 до 40 балів підтверджує цю гіпотезу, демонструючи крайні значення, які варіюються від найнижчого до максимально можливого рівня резильєнтності.

Детальніший аналіз окремих аспектів резильєнтності показав, що найвищі середні показники було зафіксовано за змінними «здатність залишатися зосередженим під тиском обставин» (3,09) та «вважає себе сильною особистістю» (3,06). Це свідчить про те, що більшість бойових медиків демонструють високий рівень внутрішньої впевненості та здатності до концентрації навіть у складних обставинах, що є надзвичайно важливим у їхній професійній діяльності. Водночас найнижчі середні значення спостерігалися за такими характеристиками, як «необхідність протистояти стресу може зміцнити» (2,7) та «здатність впоратися з неприємними чи

болісними відчуттями» (2,75). Це може свідчити про те, що не всі учасники сприймають стрес як фактор розвитку, а також відчувають труднощі у впоранні із сильними фізичними чи емоційними навантаженнями. Слід звернути увагу на високу варіативність значень для цих змінних, зокрема стандартне відхилення для «необхідності протистояти стресу» становить 1,085, що свідчить про значні відмінності між учасниками в цій сфері (див.табл. 3.2).

Таблиця 3.2

Розподіл вибірки за рівнем резильєнтності (у %)

Змінні	Низька	Помірна	Висока
Рівень резильєнтності	30,2%	49,1%	20,8%

Аналіз розподілу вибірки за рівнем резильєнтності виявив, що найбільша частка учасників - 49,1% - має помірний рівень резильєнтності. Це означає, що ці респонденти загалом здатні гнучко адаптуватися до стресових ситуацій, однак у разі значних психологічних чи фізичних навантажень можуть виникати труднощі. Варто звернути увагу на те, що лише 20,8% респондентів продемонстрували високий рівень резильєнтності, що свідчить про добре розвинені навички подолання стресу та стійкість у складних умовах.

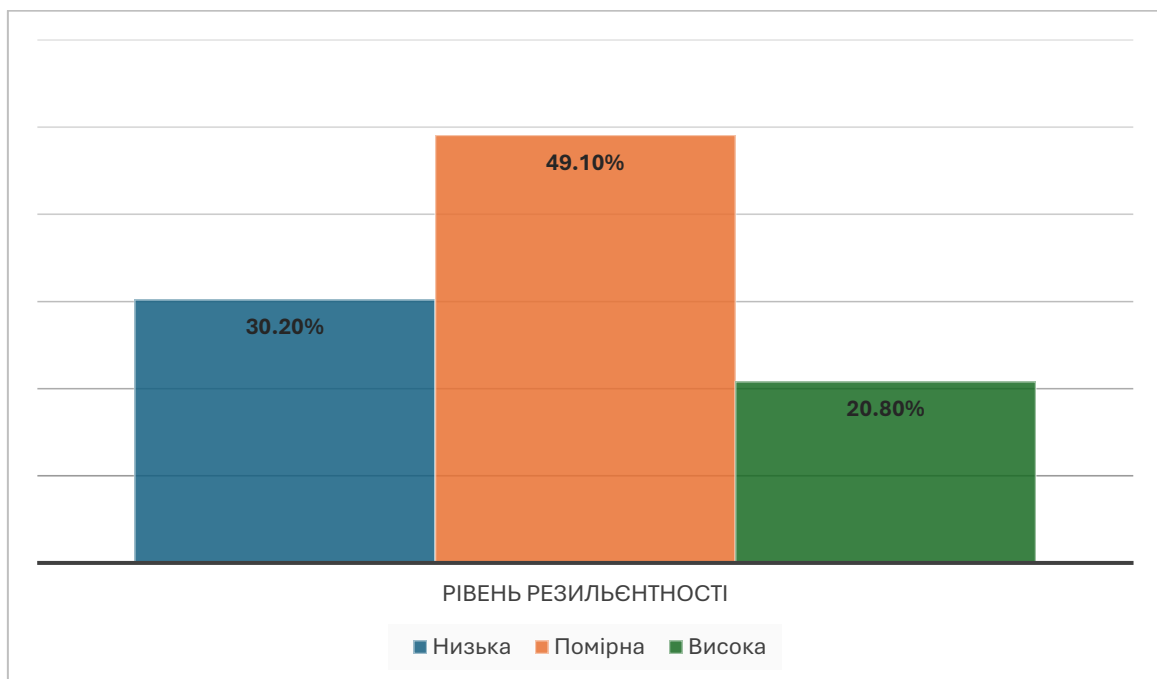


Рис. 3.1. Розподіл вибірки за рівнем резильєнтності

У той же час 30,2% респондентів виявили низький рівень резильєнтності, що є приводом для занепокоєння, адже ці учасники знаходяться в зоні підвищеного ризику виникнення стресових розладів та зниження ефективності у професійній діяльності.

Загалом отримані результати вказують на те, що хоча більшість бойових медиків демонструють середній або високий рівень адаптивності до стресу, суттєва частка вибірки (30,2%) потребує додаткової підтримки для підвищення резильєнтності.

У ході аналізу результатів методики «Коротка шкала резильєнтності» було виявлено, що загальний рівень стійкості серед бойових медиків демонструє помірні показники (див. табл. 3.3).

Таблиця 3.3

Результати методики «Коротка шкала резильєнтності»

Змінні	Медіана	Середнє арифметичне	Стандартне відхилення	Розмах
Стійкість	3,67	3,53	0,583	2-5

Середнє арифметичне значення становило 3,53 бала, що свідчить про те, що більшість респондентів мають нормальний рівень здатності справлятися з життєвими труднощами і адаптуватися до викликів у складних умовах. Медіана, яка дорівнює 3,67 бала, вказує на те, що половина вибірки мала рівень стійкості вище цього значення, що ще раз підтверджує переважно помірні показники стійкості серед учасників. Стандартне відхилення, яке дорівнює 0,583, свідчить про відносно невелику варіативність результатів, що може вказувати на схожість адаптивних здібностей серед бойових медиків. Розмах значень, який коливається від 2 до 5 балів, демонструє наявність як респондентів із низьким рівнем стійкості, так і таких, що виявляють максимально високий рівень здатності адаптуватися (див. табл.3.4.).

Таблиця 3.4

Розподіл вибірки за рівнем стійкості (у %)

Змінні	Низька	Нормальна	Висока
Рівень стійкості	15,1%	79,2%	5,7%

Розподіл вибірки за рівнем стійкості показав, що більшість учасників, а саме 79,2%, мали нормальний рівень стійкості. Це свідчить про те, що переважна більшість бойових медиків здатна підтримувати психологічну рівновагу у відповідь на виклики та стресові ситуації.

Однак 15,1% учасників виявили низький рівень стійкості, що є важливим для подальшого аналізу, оскільки ці особи можуть бути більш вразливими до стресу, що може впливати на їхню ефективність у професійній діяльності та психологічне здоров'я загалом.

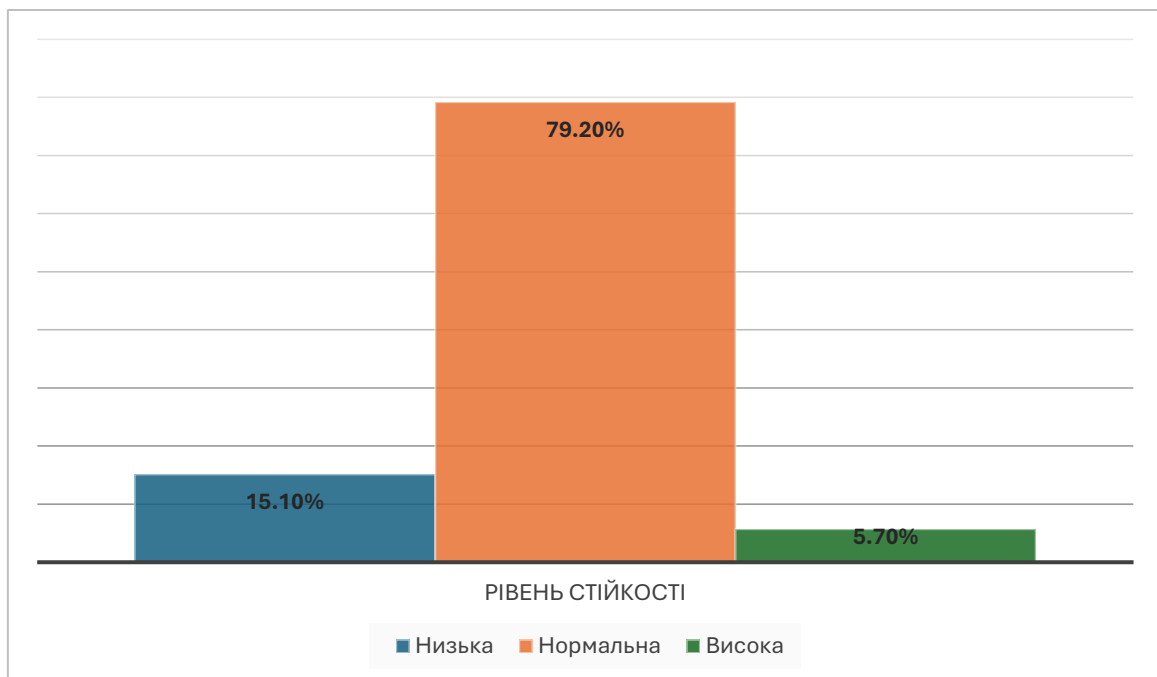


Рис. 3.2. Розподіл вибірки за рівнем стійкості

Натомість лише 5,7% респондентів мали високий рівень стійкості, що свідчить про дуже малу частку бойових медиків, які демонструють виняткову здатність до адаптації і швидкого відновлення після труднощів.

Отримані результати дозволяють зробити висновок, що серед бойових медиків переважає нормальний рівень стійкості, що є позитивним показником для цієї групи, але водночас значна частина вибірки з низькими показниками потребує додаткової підтримки. Варто звернути увагу на те, що лише незначний відсоток демонструє високий рівень стійкості, що може вказувати на потенціал для підвищення цих показників через цілеспрямовані психологічні інтервенції (див.табл.3.5).

Таблиця 3.5

Результати методики «Опитувальник посттравматичного зростання»

Змінні	Медіана	Середнє арифметичне	Стандартне відхилення	Розмах
Ставлення до інших	14	12,96	7,67	0-30
Нові можливості	15	13,89	5,64	0-24
Сила особистості	12	11,06	4,85	0-20
Духовні зміни	2	2,57	2,65	0-10
Підвищення цінності життя	10	9,68	3,17	0-15
Загальний індекс посттравматичного зростання	51	50,15	18,1	0-90

У ході аналізу результатів методики «Опитувальник посттравматичного зростання» було виявлено, що загальний індекс посттравматичного зростання у вибірці бойових медиків має середнє арифметичне значення 50,15 бала із можливих 90, що свідчить про помірний рівень зростання, який учасники переживають після травматичних подій. Медіана, яка становить 51 бал, підтверджує цей результат, вказуючи, що половина учасників мала значення вище цього рівня, а інша половина нижче. Значне стандартне відхилення у 18,1 бала вказує на високу варіативність у відповідях, що свідчить про різний рівень посттравматичного зростання серед медиків. Розмах значень, який коливається від 0 до 90 балів, підкреслює присутність як осіб із мінімальними

ознаками зростання, так і тих, хто демонструє максимально можливі показники адаптації та розвитку.

Аналіз окремих компонентів посттравматичного зростання виявив різну вираженість цих змін. Найвищі середні значення були зафіксовані у змінних «ставлення до інших» (12,96), «нові можливості» (13,89) і «підвищення цінності життя» (9,68). Ці результати свідчать, що учасники найчастіше відзначають розвиток у міжособистісних стосунках, усвідомлення нових перспектив і переоцінку життєвих пріоритетів після травматичних подій. З іншого боку, найнижчі середні значення спостерігалися за компонентом «духовні зміни» (2,57), що свідчить про порівняно слабкий розвиток у цій сфері у більшості медиків. Варіативність усіх компонентів залишається високою, що відображено у значних стандартних відхиленнях, наприклад, 7,67 для «ставлення до інших» і 5,64 для «нових можливостей», а також у широких розмахах значень, які досягають максимальних показників (див.табл.3.6).

Таблиця 3.6

Розподіл вибірки за рівнем показників посттравматичного зростання (у %)

Змінні	Низька	Помірна	Висока
Рівень ставлення до інших	52,8%	41,5%	5,7%
Рівень нових можливостей	24,5%	32,1%	43,4%
Рівень сили особистості	28,3%	52,8%	18,9%
Рівень духовних змін	69,8%	17%	13,2%
Рівень підвищення цінності життя	1,9%	17%	81,1%
Рівень посттравматичного зростання	15,1%	58,5%	26,4%

Розподіл вибірки за рівнем посттравматичного зростання також демонструє цікаві закономірності. Лише 15,1% респондентів мали низький загальний рівень зростання, тоді як більшість (58,5%) перебувала на помірному рівні, і 26,4% демонстрували високий рівень посттравматичного зростання. Це вказує на те, що значна частка бойових медиків переживає помітні позитивні зміни внаслідок травматичного досвіду. Проте детальніший аналіз окремих компонентів свідчить про значні відмінності. Наприклад, за

змінною «підвищення цінності життя» 81,1% учасників дослідження мали високі показники, що свідчить про те, що більшість медиків переосмислюють життєві пріоритети та усвідомлюють їх важливість. Натомість у сфері «духовних змін» переважає низький рівень, який зафіксовано у 69,8% респондентів, що може вказувати на меншу значущість цієї сфери для учасників вибірки.

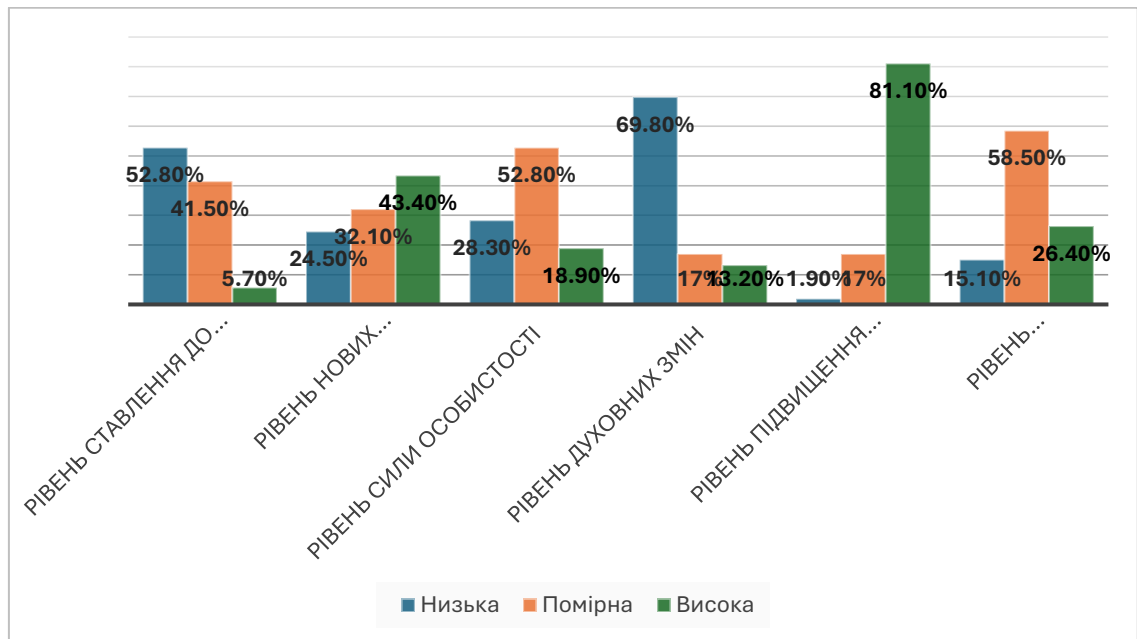


Рис. 3.3. Розподіл вибірки за рівнем показників посттравматичного зростання

Значний інтерес викликає розподіл за змінними «нові можливості» та «сила особистості». У першому випадку 43,4% учасників мали високий рівень, що свідчить про сприйняття травматичного досвіду як джерела для відкриття нових перспектив і шляхів розвитку. У той же час більшість (52,8%) демонструє помірний рівень «сили особистості», що свідчить про здатність справлятися з труднощами, хоча високі показники спостерігалися лише у 18,9%.

Отримані результати вказують на те, що бойові медики демонструють значний потенціал для посттравматичного зростання, особливо в аспектах переосмислення життєвих цінностей і відкриття нових можливостей (див.табл. 3.7).

Таблиця 3.7

Результати методики «Шкала оцінки інтенсивності бойового досвіду»

Змінні	Медіана	Середнє арифметичне	Стандартне відхилення	Розмах
Наявність бойового досвіду	9	10,3	6,25	1-23

У ході аналізу результатів методики «Шкала оцінки інтенсивності бойового досвіду» було виявлено, що середній рівень бойового досвіду серед респондентів становить 10,3 бала із можливих 23. Це вказує на те, що в середньому учасники мають помірний рівень інтенсивності бойового досвіду, що охоплює ситуації та обставини, пов'язані з активною участю у бойових діях. Медіана значень, яка становить 9 балів, підтверджує цю тенденцію, свідчачи про те, що половина респондентів мала значення нижче цього рівня, а інша половина — вище. Стандартне відхилення в 6,25 бала вказує на значну варіативність досвіду серед учасників, що підкреслює різноманітність контекстів, у яких перебували бойові медики - учасники дослідження. Розмах значень від 1 до 23 свідчить про наявність як осіб із мінімальним досвідом участі у бойових діях, так і таких, чий досвід був значно інтенсивнішим (див. табл. 3.8).

Таблиця 3.8

Розподіл вибірки за рівнем інтенсивності бойового досвіду (у %)

Змінні	Низька	Середня	Висока
Рівень інтенсивності бойового досвіду	37,7%	35,8%	26,4%

Розподіл вибірки за рівнем інтенсивності бойового досвіду демонструє цікаві закономірності. Найбільша частка учасників, а саме 37,7%, виявила низький рівень інтенсивності бойового досвіду. Це може вказувати на те, що значна кількість бойових медиків виконувала свої обов'язки в умовах, які не передбачали прямої участі в активних бойових діях або передбачали обмежений контакт із небезпечними ситуаціями. Водночас 35,8% учасників мали середній рівень бойового досвіду, що свідчить про те, що їхній досвід

перебування в зоні бойових дій був більш інтенсивним і міг передбачати частішу взаємодію з бойовими обставинами. Найменша частка вибірки, яка становить 26,4%, продемонструвала високий рівень інтенсивності бойового досвіду. Це вказує на відносно невелику, але значну кількість медиків, які працювали в умовах високого ризику та безпосередньо стикалися з екстремальними ситуаціями на полі бою.

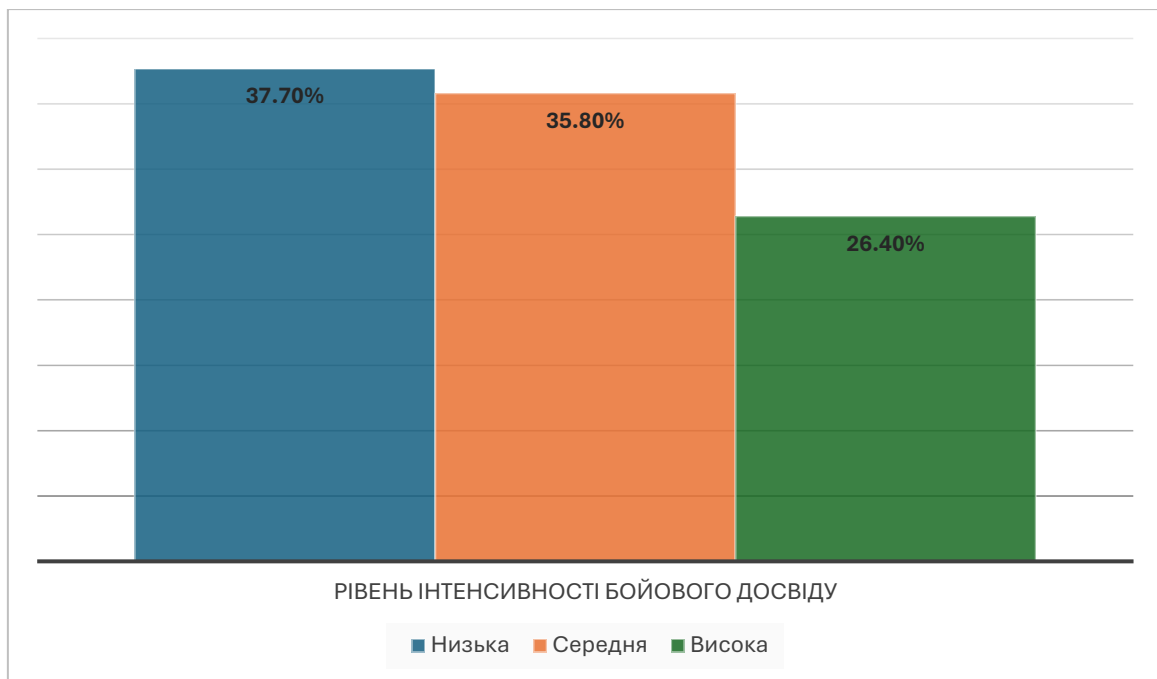


Рис. 3.4. Розподіл вибірки за рівнем інтенсивності бойового досвіду

Отримані результати свідчать про те, що вибірка бойових медиків є неоднорідною за рівнем бойового досвіду. Значна варіативність показників підкреслює, що ці фахівці перебували в різних умовах, від відносно безпечних до екстремально небезпечних. Це має важливе значення для подальшого аналізу впливу бойового досвіду на психологічні чинники резильєнтності, адже різні рівні інтенсивності можуть по-різному впливати на розвиток адаптивних здібностей і стійкості до стресу. Також результати розподілу вказують на потребу врахування інтенсивності бойового досвіду при розробці програм психологічної підтримки, адже особи з високим досвідом можуть мати інші психологічні потреби порівняно з тими, хто працював у менш небезпечних умовах.

3.2. Статеві відмінності в психологічній резильєнтності

У ході аналізу результатів, спрямованих на виявлення гендерних відмінностей за показниками резильєнтності, було встановлено, що загальний рівень резильєнтності чоловіків і жінок є дуже близьким (див. табл. 3.9).

Таблиця 3.9

Гендерні відмінності за показниками резильєнтності

Змінні	Мана-Уїтні	р значущість	Середнє чоловіків	Середнє жінок
Здатність адаптуватися до змін	298	0,292	2,92	3,15
Можливість впоратися з перепонами на своєму шляху	351	1	2,96	2,96
Намагання побачити жартівливу сторону проблем, що виникають	287	0,233	3,04	2,74
Необхідність протистояти стресу може зміцнити	343	0,889	2,73	2,67
Схильність швидко приходити до норми після хвороби або негараздів	329	0,684	2,54	2,67
Здатність досягти цілей, незважаючи на перешкоди	326	0,633	3,08	2,89
Здатність залишатися зосередженим під тиском обставин	348	0,961	3,15	3,04
Здатність не зупинятися у разі невдач	342	0,872	2,92	2,93
Вважає себе сильною особистістю	328	0,666	3,12	3
Здатність впоратися з неприємними чи болісними відчуттями	338	0,805	2,77	2,74
Резильєнтність	334	0,768	29,23	28,78

Примітка «*» - статистична значущість на рівні $p < 0,05$

Середнє значення загального показника резильєнтності у чоловіків становило 29,23 бала, у жінок - 28,78 бала. Це свідчить про те, що

представники обох статей демонструють схожий рівень здатності справлятися з викликами, адаптуватися до змін і долати стресові ситуації, хоча чоловіки мали незначну перевагу за середнім показником. При цьому статистична значущість відмінностей між статями за цим показником не досягнута ($p=0,768$).

Розглядаючи окремі компоненти резильєнтності, було виявлено, що за більшістю змінних середні значення чоловіків і жінок є близькими. Наприклад, за змінними «можливість впоратися з перепонами на своєму шляху» і «здатність не зупинятися у разі невдач» середні значення ідентичні для обох груп (2,96 та 2,93 відповідно). Це свідчить про те, що чоловіки й жінки бойові медики демонструють подібну здатність до адаптації, подолання труднощів і досягнення цілей у складних умовах. Також дуже близькими є показники здатності «залишатися зосередженими під тиском обставин», де чоловіки мали середнє значення 3,15, жінки - 3,04 відповідно, що свідчить про високий рівень концентрації в обох групах.

Проте деякі компоненти виявили відмінності у середніх значеннях, хоча статистично вони не є значущими. Наприклад, жінки дещо перевершували чоловіків за змінною «здатність адаптуватися до змін» (3,15 у жінок проти 2,92 у чоловіків). Це може свідчити про те, що жінки мають трохи вищу гнучкість у пристосуванні до нових обставин, хоча дані не є статистично підтвердженими ($p=0,292$). У той же час чоловіки мали вищі середні значення за змінною «намагання побачити жартівливу сторону проблем, що виникають» (3,04 у чоловіків проти 2,74 у жінок), що може вказувати на більшу схильність чоловіків до використання гумору як способу подолання стресу, хоча знову ж таки відмінності є статистично незначущими ($p=0,233$).

Важливо відзначити, що показники за змінною «необхідність протистояти стресу може зміцнити» були дуже близькими (2,73 у чоловіків та 2,67 у жінок), що свідчить про подібне ставлення до стресу як можливого джерела розвитку. Також майже ідентичними виявилися середні значення за змінною «здатність впоратися з неприємними чи болісними відчуттями» (2,77

у чоловіків проти 2,74 у жінок), що свідчить про рівну здатність обох статей справлятися з фізичними та емоційними викликами.

Загалом, отримані результати свідчать про те, що чоловіки й жінки бойові медики демонструють дуже подібні рівні резильєнтності як у загальному вимірі, так і за окремими компонентами. Відсутність статистично значущих відмінностей за жодною змінною (усі значення $p > 0,05$) вказує на те, що гендер не є ключовим фактором, що визначає рівень адаптивності та стресостійкості в цій вибірці. Це дозволяє розглядати підходи до психологічної підтримки й розвитку резильєнтності як універсальні для обох груп. Однак незначні відмінності за окремими компонентами вказують на можливість врахування певних статевих особливостей, наприклад, у використанні гумору чи адаптації до змін, для забезпечення індивідуалізованого підходу.

У ході аналізу було встановлено наявність статистично значущих відмінностей між чоловіками та жінками за показником стійкості (див. табл. 3.10).

Таблиця 3.10

Статеві відмінності за показником стійкості

Змінні	Мана-Уїтні	p значущість	Середнє чоловіків	Середнє жінок
Стійкість	222	0,021*	3,73	3,33

Примітка «*» - статистична значущість на рівні $p < 0,05$

Середнє значення цього показника у чоловіків становило 3,73 бала, що перевищує середнє значення у жінок, яке склало 3,33 бала. Результат є статистично значущим на рівні $p < 0,05$ ($p = 0,021$), що свідчить про те, що ці відмінності не є випадковими та вказують на реальні статеві особливості у рівні стійкості серед бойових медиків.

Отримані дані вказують на те, що чоловіки мають вищий рівень стійкості, тобто здатності справлятися з життєвими труднощами, адаптуватися до змін і ефективно функціонувати навіть у стресових умовах. Це може бути

пов'язано з особливостями професійної діяльності або різницею у підходах до подолання стресових ситуацій між чоловіками та жінками. Більш високий рівень стійкості серед чоловіків може також пояснюватися культурними чи соціальними чинниками, які сприяють формуванню у чоловіків більшого рівня психологічної жорсткості або готовності до дії в умовах невизначеності.

Водночас, хоча жінки мають нижчі середні показники стійкості, їхнє значення (3,33 бала) все одно є відносно високим, що свідчить про здатність ефективно справлятися зі стресом у більшості ситуацій. Це може вказувати на те, що жінки також демонструють високий рівень адаптивності, проте їхня стратегія подолання стресу може бути більш залежною від емоційної підтримки чи інших соціальних ресурсів.

Значущість цих відмінностей має практичне значення, оскільки результати вказують на необхідність врахування гендерних особливостей під час розробки програм психологічної підтримки для бойових медиків. Для чоловіків можна акцентувати увагу на підтримці їхнього уже наявного високого рівня резильєнтності, тоді як для жінок доцільно створювати умови, які сприятимуть додатковому розвитку цього показника, наприклад, шляхом підвищення впевненості у власних силах або зменшення впливу стресових факторів.

У ході аналізу результатів методики було встановлено, що показники посттравматичного зростання в групах чоловіків і жінок демонструють певні відмінності, проте всі вони є статистично незначущими (див. табл. 3.11).

Таблиця 3.11

Статеві відмінності за показниками посттравматичного зростання

Змінні	Мана- Уїтні	p значущість	Середнє чоловік ів	Середнє жінок
Ставлення до інших	321	0,599	12,38	13,52
Нові можливості	308	0,449	13,46	14,3
Сила особистості	294	0,309	10,42	11,67
Духовні зміни	329	0,695	2,5	2,63

Підвищення цінності життя	330	0,707	10	9,37
Загальний індекс посттравматичного зростання	306	0,423	48,77	51,48

Примітка «» - статистична значущість на рівні $p < 0,05$*

Загальний індекс посттравматичного зростання у жінок виявився вищим порівняно з чоловіками і становив у середньому 51,48 бала проти 48,77 бала у чоловіків. Ця тенденція може вказувати на те, що жінки частіше переживають позитивні зміни внаслідок травматичного досвіду, хоча рівень значущості цих відмінностей є недостатнім для їхнього статистичного підтвердження.

Окремі компоненти посттравматичного зростання демонструють цікаві закономірності. Наприклад, за змінною «ставлення до інших» середнє значення у жінок становило 13,52 бала, що перевищує середній показник чоловіків (12,38 бала). Це може свідчити про те, що жінки більше схильні переосмислювати міжособистісні стосунки та підвищувати їхню значущість після пережитих стресових подій. Подібну тенденцію було виявлено і за змінною «нові можливості», де жінки мали середнє значення 14,3 бала, тоді як чоловіки — 13,46 бала. Ці результати вказують на те, що жінки частіше бачать у травматичних подіях можливості для особистісного розвитку та відкриття нових перспектив.

Показники «сили особистості» також виявили деякі відмінності: середнє значення у жінок склало 11,67 бала, що перевищує значення чоловіків, яке дорівнює 10,42 бала. Це може бути ознакою того, що жінки більше відзначають розвиток своєї внутрішньої сили та стійкості в результаті подолання труднощів. У той же час, показник «духовні зміни» був майже ідентичним для обох груп, зі значеннями 2,5 бала у чоловіків і 2,63 бала у жінок. Це свідчить про те, що сфера духовного розвитку не є провідною у посттравматичному зростанні для жодної зі статей.

Інша тенденція спостерігалася за змінною «підвищення цінності життя», де чоловіки мали вищий середній показник (10 балів) порівняно з жінками (9,37 бала). Цей результат може свідчити про те, що чоловіки частіше

переосмислюють цінність життя в контексті пережитих подій, однак різниця між групами також є статистично незначущою.

Результати свідчать, що посттравматичне зростання у чоловіків і жінок має багато спільного, з незначними перевагами жінок у таких аспектах, як ставлення до інших, відкриття нових можливостей і сила особистості. Водночас рівень духовних змін є низьким у обох групах, що свідчить про менш виражене значення цієї сфери у процесі посттравматичного зростання.

У ході аналізу було встановлено наявність статистично значущих відмінностей між чоловіками та жінками за показником інтенсивності бойового досвіду ($p=0,006$), що свідчить про суттєву різницю у рівні залученості до бойових дій між цими групами (див. табл. 3.12).

Таблиця 3.12

Статеві відмінності за інтенсивністю бойового досвіду

Змінні	Мана-Уїтні	Р значущість	Середнє чоловіків	Середнє жінок
Наявність бойового досвіду	198	0,006*	12,62	8,11

Примітка «*» - статистична значущість на рівні $p<0,05$

Середнє значення цього показника для чоловіків становило 12,62 бала, тоді як для жінок — 8,11 бала. Ця різниця демонструє, що чоловіки, які взяли участь у дослідженні, у середньому мають значно інтенсивніший бойовий досвід, ніж жінки.

Отримані результати можуть бути пояснені низкою факторів. По-перше, у військових умовах чоловіки, ймовірно, частіше залучаються до бойових дій, виконують завдання в зоні активного конфлікту або займають позиції, які передбачають вищий рівень ризику. Це відповідає традиційним гендерним ролям у військових структурах, де чоловіки частіше виконують функції, що безпосередньо пов'язані з бойовими завданнями. По-друге, жінки, навіть у статусі бойових медиків, можуть частіше займати позиції, пов'язані з логістикою, організацією медичної допомоги в тилу або в зонах з відносно нижчим рівнем небезпеки.

Ця різниця в інтенсивності бойового досвіду має суттєве значення для аналізу психологічних чинників резильєнтності. Вищий рівень бойового досвіду у чоловіків може бути пов'язаний із більш інтенсивними переживаннями, включаючи екстремальні стресові ситуації, що вимагають високого рівня адаптивності. Водночас жінки, попри меншу інтенсивність бойового досвіду, також стикаються зі значним рівнем стресу, адже їхня робота може включати надання медичної допомоги у складних і небезпечних умовах. Це може свідчити про те, що різниця в інтенсивності бойового досвіду не зменшує важливості резильєнтності серед жінок, але може впливати на характер їхніх адаптивних стратегій.

Ці відмінності також можуть мати вплив на сприйняття травматичного досвіду та розвиток посттравматичних симптомів чи посттравматичного зростання. Чоловіки, через вищу інтенсивність бойового досвіду, можуть мати більше можливостей для розвитку стійкості, але також перебувають у більшій зоні ризику виникнення негативних наслідків, таких як вигорання чи посттравматичний стресовий розлад. Жінки ж, попри нижчу інтенсивність бойового досвіду, можуть більше покладатися на соціальну підтримку чи колективні способи подолання труднощів.

Отримані дані демонструють важливість врахування статевих відмінностей у роботі з бойовими медиками. Для чоловіків, можливо, слід розробляти програми психологічної підтримки, які акцентують увагу на адаптації до екстремальних бойових умов та роботі з наслідками інтенсивного бойового досвіду. Для жінок можуть бути корисними програми, спрямовані на розвиток внутрішньої стійкості та формування ефективних адаптивних стратегій у контексті їхніх унікальних викликів.

3.3. Відмінності чинників резильєнтності залежно від віку

У ході аналізу відмінностей за показниками резильєнтності залежно від вікових груп бойових медиків було виявлено, що більшість змінних не демонструють статистично значущих відмінностей між респондентами до 35

років та від 36 років, що вказує на відносну схожість рівнів резильєнтності у цих вікових групах (див. табл. 3.13).

Таблиця 3.13

Відмінності за показниками резильєнтності залежно від віку

Змінні	Мана-Уїтні	p значущість	Середнє До 35 років	Середнє Від 36 років
Здатність адаптуватися до змін	278	0,146	3,15	2,93
Можливість впоратися з перепонами на своєму шляху	324	0,608	2,88	3,04
Намагання побачити жартівливу сторону проблем, що виникають	335	0,765	2,92	2,85
Необхідність протистояти стресу може зміцнити	346	0,933	2,69	2,70
Схильність швидко приходити до норми після хвороби або негараздів	318	0,538	2,50	2,70
Здатність досягти цілей, незважаючи на перешкоди	320	0,552	3,08	2,89
Здатність залишатися зосередженим під тиском обставин	334	0,744	3,04	3,25
Здатність не зупинятися у разі невдач	342	0,872	2,92	2,93
Вважає себе сильною особистістю	278	0,164	2,92	3,19
Здатність впоратися з неприємними чи болісними відчуттями	321	0,568	2,65	2,85
Резильєнтність	348	0,964	28,77	29,22

Примітка «*» - статистична значущість на рівні $p < 0,05$

За змінною «здатність адаптуватися до змін» середнє значення у групі до 35 років склало 3,15 бала, тоді як у групі від 36 років – 2,93 бала, однак ця різниця не була статистично значущою ($p=0,146$). Це може свідчити про те, що здатність адаптуватися до змін залишається стабільною у обох вікових групах, незначно знижуючись з віком.

Схожа тенденція спостерігається за показниками «можливість впоратися з перепонами на своєму шляху» та «намагання побачити жартівливу сторону проблем, що виникають». У першому випадку середнє значення у респондентів до 35 років склало 2,88 бала, а у старшій групі – 3,04 бала ($p=0,608$). У другому випадку показники були ще ближчими: 2,92 бала у молодшій групі та 2,85 бала у старшій ($p=0,765$). Це свідчить про те, що здатність впоратися з труднощами та бачити гумористичну сторону проблем є приблизно однаковими у різних вікових групах.

Цікаво, що показник «здатність залишатися зосередженим під тиском обставин» демонструє тенденцію до підвищення з віком: у молодшій групі середнє значення становило 3,04 бала, тоді як у старшій групі – 3,25 бала, однак і ця різниця не є статистично значущою ($p=0,744$). Це може свідчити про те, що досвід старших респондентів дозволяє їм краще зберігати концентрацію у стресових ситуаціях. Подібна тенденція спостерігається і за змінною «вважає себе сильною особистістю»: середнє значення у старшій групі (3,19 бала) було дещо вищим, ніж у молодшій (2,92 бала), проте ця відмінність також не досягла рівня статистичної значущості ($p=0,164$).

Дещо інші результати виявлено за показниками «схильність швидко приходити до норми після хвороби або негараздів» та «здатність досягти цілей, незважаючи на перешкоди». У старшій групі спостерігається тенденція до вищих середніх значень: 2,70 та 2,89 бала відповідно, порівняно з 2,50 та 3,08 бала у молодшій групі. Однак ці відмінності не мають статистичної значущості ($p=0,538$ та $p=0,552$ відповідно).

Загальний індекс резильєнтності також не демонструє суттєвих відмінностей між віковими групами. У молодших респондентів середній показник становив 28,77 бала, тоді як у старших – 29,22 бала ($p=0,964$). Це вказує на те, що в цілому рівень резильєнтності залишається стабільним незалежно від віку, хоча старші респонденти можуть демонструвати дещо вищі середні показники за окремими змінними.

Результати вказують, що більшість аспектів резильєнтності не змінюються значно з віком, що свідчить про схожість психологічної стійкості бойових медиків незалежно від їх вікової категорії. Незначні тенденції до підвищення або зниження окремих змінних можуть бути пов'язані з особливостями життєвого та професійного досвіду, але ці зміни не є достатньо вираженими, щоб мати статистично значущий характер (див.табл. 3.14).

Таблиця 3.14

Відмінності за показником стійкості залежно від віку

Змінні	Мана-Уїтні	р значущість	Середнє До 35 років	Середнє Від 36 років
Стійкість	306	0,420	3,44	3,61

Примітка «» - статистична значущість на рівні $p < 0,05$*

У ході аналізу відмінностей за показником стійкості залежно від вікових груп бойових медиків (див. табл. 3.17) було виявлено, що середнє значення стійкості у респондентів молодшої вікової групи (до 35 років) становить 3,44 бала, тоді як у респондентів старшої вікової групи (від 36 років) воно дещо вище — 3,61 бала. Проте різниця між цими показниками не є статистично значущою ($p=0,420$), що вказує на відсутність суттєвих вікових відмінностей у рівнях стійкості серед бойових медиків.

Ці результати можуть свідчити про те, що стійкість як ключовий компонент резильєнтності є відносно стабільною характеристикою, яка не зазнає значних змін залежно від віку. Старші респонденти демонструють незначно вищий рівень стійкості, що може бути пояснено їх більшим життєвим досвідом, стійкішими адаптаційними механізмами або більшою емоційною стабільністю, яка формується з віком. Молодші респонденти, зі свого боку, можуть проявляти високий рівень енергійності та гнучкості, які сприяють підтриманню їхньої стійкості на високому рівні.

Водночас відсутність статистично значущих відмінностей за показником стійкості між віковими групами свідчить про те, що бойові медики, незалежно від свого віку, володіють подібними ресурсами для

подолання стресу та збереження психологічної рівноваги. Це може бути результатом професійної специфіки їхньої діяльності, яка передбачає високий рівень підготовки до роботи у надзвичайно стресових умовах. Таким чином, результати аналізу підтверджують, що стійкість залишається важливою складовою резильєнтності у всіх вікових групах бойових медиків, а її рівень не зазнає суттєвих коливань залежно від віку.

У ході аналізу відмінностей за показниками посттравматичного зростання залежно від вікових груп бойових медиків було виявлено декілька цікавих тенденцій, що відображають різницю у сприйнятті та розвитку психологічних аспектів між молодшими та старшими респондентами (див. табл. 3.15).

Таблиця 3.15

Відмінності за показниками посттравматичного зростання залежно від віку

Змінні	Мана-Уїтні	р значущість	Середнє 19-35 років	Середнє Від 36 років
Ставлення до інших	345	0,966	13,23	12,70
Нові можливості	218	0,018*	15,77	12,07
Сила особистості	199	0,007	12,96	9,22
Духовні зміни	296	0,316	2,85	2,30
Підвищення цінності життя	341	0,865	9,62	9,74
Загальний індекс посттравматичного зростання	269	0,147	54,42	46,04

Примітка «*» - статистична значущість на рівні $p < 0,05$

За показником «ставлення до інших» середні значення практично не відрізнялися: у молодшій групі 19-35 років цей показник склав 13,23 бала, тоді як у старшій групі – 12,70 бала, а значення $p=0,966$ підтверджує відсутність статистично значущої різниці. Це може свідчити про те, що ставлення до інших людей як компонент посттравматичного зростання залишається стабільним незалежно від віку, оскільки, ймовірно, є відображенням професійної діяльності, спрямованої на допомогу іншим.

Однак значущі відмінності виявлені за показниками «нові можливості» ($p=0,018$) та «сила особистості» ($p=0,007$). Молодші респонденти до 36 років демонстрували вищі середні значення за цими змінними, що становили 15,77 та 12,96 бала відповідно, у порівнянні зі старшою групою, у якої середні значення дорівнювали 12,07 та 9,22 бала. Це свідчить про те, що молодші респонденти частіше відкривають для себе нові можливості навіть у складних обставинах і проявляють більш високу оцінку власної сили особистості. Така тенденція може бути зумовлена тим, що молодші респонденти мають більший оптимізм і меншу вразливість до професійного вигорання, тоді як старші респонденти можуть демонструвати більш обережний і зважений підхід до змін у житті.

За показником «духовні зміни» середні значення у молодшій групі були також дещо вищими (2,85 бала), ніж у старшій групі (2,30 бала), однак ця різниця не досягла рівня статистичної значущості ($p=0,316$). Це може свідчити про те, що роль духовності у посттравматичному зростанні не є визначальною для даної вибірки респондентів, хоча молодші медики, ймовірно, частіше звертаються до таких змін, як спосіб справлятися з травматичними подіями.

Інший показник, «підвищення цінності життя», також не продемонстрував значущих відмінностей між віковими групами, оскільки середні значення були дуже близькими: 9,62 бала у молодших респондентів і 9,74 бала у старших ($p=0,865$). Це може свідчити про те, що усвідомлення цінності життя після травматичних подій є важливим аспектом для обох вікових груп незалежно від віку, і ці зміни є універсальними у контексті бойових медиків.

Загальний індекс посттравматичного зростання продемонстрував тенденцію до вищих значень у віковій групі 19-35 років (54,42 бала) порівняно зі старшою (46,04 бала), однак ця різниця не є статистично значущою ($p=0,147$). Це може вказувати на те, що молодші респонденти у загальному проявляють вищий рівень змін, пов'язаних із посттравматичним зростанням,

хоча і старші медики також демонструють значний рівень адаптації та розвитку після травматичного досвіду.

Вікові відмінності у посттравматичному зростанні існують, але вони є помірними та пов'язані здебільшого із суб'єктивним сприйняттям нових можливостей і сили особистості, тоді як інші аспекти залишаються стабільними незалежно від віку.

3.4. Специфіка вираження резильєнтності в залежності від інтенсивності набутого бойового досвіду

У ході аналізу відмінностей було встановлено, що показники резильєнтності серед бойових медиків мають певні відмінності залежно від рівня інтенсивності набутого бойового досвіду (див. табл. 3.16).

Таблиця 3.16

Відмінності за показниками резильєнтності залежно від бойового досвіду

Змінні	ANOVA F	p значущість	Середнє низька інтенс.	Середнє середня інтенс.	Середнє висока інтенс.
Здатність адаптуватися до змін	0,33	0,717	2,95	3,05	3,14
Можливість впоратися з перепонами на своєму шляху	1,63	0,211	2,8	2,95	3,21
Намагання побачити жартівливу сторону проблем, що виникають	1,34	0,276	2,6	3,05	3,07
Необхідність протистояти стресу може зміцнити	2,87	0,71	2,65	2,42	3,14
Схильність швидко приходити до норми після хвороби або негараздів	0,73	0,490	2,5	2,53	2,86

Здатність досягти цілей, незважаючи на перешкоди	0,92	0,408	2,8	3	3,21
Здатність залишатися зосередженим під тиском обставин	0,24	0,788	3	3,11	3,21
Здатність не зупинятися у разі невдач	4	0,028	2,8	2,68	3,43
Вважає себе сильною особистістю	0,11	0,899	3,05	3	3,14
Здатність впоратися з неприємними чи болісними відчуттями	0,36	0,694	2,75	2,63	2,93
Резильєнтність	2,37	0,109	27,9	28,42	31,36

Примітка «» - статистична значущість на рівні $p < 0,05$*

Загальний рівень резильєнтності, виміряний через середній індекс, демонструє тенденцію до зростання зі збільшенням інтенсивності бойового досвіду: від 27,9 бала у групі з низьким досвідом до 31,36 бала у групі з високим. Хоча ця різниця не досягла статистичної значущості ($p=0,109$), вона може свідчити про певну тенденцію: більш інтенсивний бойовий досвід сприяє розвитку стресостійкості та адаптивності, необхідних для виживання і виконання професійних обов'язків у складних умовах.

Серед окремих компонентів резильєнтності було виявлено статистично значущі відмінності лише за показником «здатність не зупинятися у разі невдач» ($p=0,028$). Середнє значення цього показника зростає від 2,8 у групі з низьким бойовим досвідом до 3,43 у групі з високим. Це може вказувати на те, що учасники з більшим бойовим досвідом розвивають сильніші навички відновлення після труднощів і здатність продовжувати діяти, незважаючи на попередні невдачі. Такий результат підкреслює важливість бойового досвіду як чинника, що сприяє формуванню наполегливості та витривалості в умовах підвищеного стресу.

Інші змінні, хоча й не демонструють статистично значущих відмінностей, показують цікаві тенденції. Наприклад, «можливість впоратися з перепонами на своєму шляху» має найвищі середні значення у групі з високим бойовим досвідом (3,21) порівняно з групами середнього (2,95) та низького (2,8) досвіду. Подібна картина спостерігається і за змінною «здатність досягти цілей, незважаючи на перешкоди», де середнє значення зростає від 2,8 у групі з низьким досвідом до 3,21 у групі з високим. Ці результати свідчать про те, що більш інтенсивний бойовий досвід може бути пов'язаний із розвитком рішучості та здатності досягати результатів у складних умовах.

Цікаво, що за змінною «необхідність протистояти стресу може зміцнити» також спостерігається зростання середніх значень від 2,65 у групі з низьким досвідом до 3,14 у групі з високим, хоча ця відмінність не є статистично значущою ($p=0,71$). Це може свідчити про те, що учасники з більшим бойовим досвідом частіше сприймають стрес як можливість для особистісного розвитку, а не лише як деструктивний фактор.

Результати вказують на те, що інтенсивність бойового досвіду певною мірою впливає на розвиток окремих компонентів резильєнтності, хоча не всі ці відмінності є статистично значущими. Зростання показників резильєнтності у групах з вищим бойовим досвідом свідчить про адаптацію до складних умов, що є характерною рисою бойових медиків, які часто працюють у високостресових ситуаціях. Особливо важливими є відмінності у здатності справлятися з невдачами, що підкреслює важливість досвіду як одного з факторів, що сприяють формуванню стійкості до стресу.

У ході аналізу відмінностей за показником стійкості залежно від інтенсивності набутого бойового досвіду було встановлено наявність статистично значущих відмінностей між групами (див. табл. 3.17).

Таблиця 3.17

Відмінності за показником стійкості залежно від бойового досвіду

Змінні	ANOVA F	p значущіс ть	Середнє низька інтенс.	Середнє середня інтенс.	Середнє висока інтенс.
Стійкість	4,75	0,016*	3,25	3,74	3,63

Примітка «*» - статистична значущість на рівні $p < 0,05$

Це вказує на те, що рівень бойового досвіду має істотний вплив на стійкість бойових медиків, яка відображає їхню здатність адаптуватися до стресових ситуацій, зберігати рівновагу і ефективно функціонувати навіть у складних умовах.

Середнє значення показника стійкості у групі з низьким бойовим досвідом становило 3,25 бала, тоді як у групах із середнім і високим досвідом — 3,74 та 3,63 відповідно. Це свідчить про те, що бойові медики з більш інтенсивним досвідом демонструють вищий рівень стійкості, який, ймовірно, є результатом адаптації до екстремальних умов роботи та необхідності справлятися з підвищеним стресом. Особливо високі показники в групі з середнім бойовим досвідом можуть бути пояснені тим, що ці медики мають достатній рівень практичного досвіду для формування навичок ефективного подолання стресу, але при цьому їхній досвід ще не досяг рівня, на якому може проявлятися вплив хронічного стресу або вигорання, що може частково пояснити дещо нижчі середні значення в групі з високим досвідом.

Також варто зазначити, що група з низьким рівнем бойового досвіду демонструє найнижчі середні показники резильєнтності, що може бути пов'язано із браком досвіду у впровадженні адаптивних стратегій у стресових умовах. Ці медики, ймовірно, ще не мали достатньої кількості можливостей для розвитку навичок подолання стресу, які є важливими для підтримання високого рівня психологічної пружності.

Отримані результати підкреслюють важливість бойового досвіду як фактора, що сприяє розвитку резильєнтності. Медики з середнім і високим рівнем бойового досвіду, ймовірно, мали більше можливостей для зіткнення з

реальними викликами у своїй роботі, що стимулювало розвиток адаптивності, рішучості та здатності справлятися з труднощами. Водночас, результати вказують на необхідність підтримки резильєнтності у медиків із низьким бойовим досвідом, оскільки їхній рівень адаптивності може бути недостатнім для ефективного подолання складних обставин, які є характерними для військових умов.

У ході аналізу відмінностей за показниками посттравматичного зростання залежно від інтенсивності набутого бойового досвіду було виявлено, що хоча відмінності між групами за середніми значеннями спостерігаються, вони не досягли рівня статистичної значущості (див. табл. 3.18).

Таблиця 3.18

Відмінності за показниками посттравматичного зростання залежно від бойового досвіду

Змінні	ANOVA F	p значущість	Середнє низька інтенс.	Середнє середня інтенс.	Середнє висока інтенс.
Ставлення до інших	0,04	0,958	12,7	12,84	13,5
Нові можливості	0,33	0,720	13,15	13,95	14,86
Сила особистості	0,97	0,388	11,25	9,89	12,36
Духовні зміни	0,77	0,470	2,65	2	3,21
Підвищення цінності життя	0,82	0,446	9,6	9,16	10,5
Загальний індекс посттравматичного зростання	0,64	0,532	49,35	47,84	54,43

Примітка «*» - статистична значущість на рівні $p < 0,05$

Це свідчить про те, що інтенсивність бойового досвіду сама по собі не є визначальним фактором, який суттєво впливає на рівень посттравматичного зростання серед бойових медиків. Проте цікаві тенденції, помітні в середніх значеннях, заслуговують на детальніший розгляд.

Середній загальний індекс посттравматичного зростання був найвищим у групі з високою інтенсивністю бойового досвіду (54,43 бала), порівняно з 49,35 у групі з низькою інтенсивністю та 47,84 у групі з середньою інтенсивністю. Це може свідчити про те, що більш інтенсивний бойовий досвід створює умови для глибшого переосмислення пережитих подій, що потенційно сприяє більшому особистісному зростанню. Водночас, відсутність статистичної значущості цих відмінностей може вказувати на те, що цей вплив є не прямим і залежить від інших психологічних чи соціальних чинників.

Розглядаючи окремі аспекти посттравматичного зростання, варто зазначити, що за змінними «ставлення до інших» та «нові можливості» середні значення також були найвищими у групі з високим бойовим досвідом (13,5 та 14,86 відповідно). Це свідчить про те, що ці учасники могли більше переосмислити важливість міжособистісних стосунків і відкриття нових перспектив у житті після травматичного досвіду. Для групи з низькою інтенсивністю бойового досвіду ці показники були трохи нижчими (12,7 для «ставлення до інших» та 13,15 для «нові можливості»), що може свідчити про те, що менш інтенсивний бойовий досвід створює менше стимулів для таких змін.

Цікава тенденція спостерігається за змінною «сила особистості», де група з високим бойовим досвідом також має найвищі середні значення (12,36), порівняно з 11,25 у групі з низьким досвідом та 9,89 у групі з середнім. Це може бути пов'язано з тим, що більш інтенсивний досвід сприяє формуванню сильнішої внутрішньої впевненості, оскільки учасники змушені були долати більшу кількість викликів і складних ситуацій. Аналогічна тенденція спостерігається і за змінною «духовні зміни», де група з високим досвідом демонструє найбільший показник (3,21), що може свідчити про те, що в екстремальних умовах бойові медики частіше звертаються до пошуку глибших смислів та переосмислення власного життя.

Нарешті, за змінною «підвищення цінності життя» також найвищі середні значення спостерігаються у групі з високою інтенсивністю досвіду

(10,5), порівняно з 9,6 у групі з низьким досвідом та 9,16 у групі із середнім. Це свідчить про те, що більш інтенсивний бойовий досвід може спонукати до глибшого усвідомлення цінності власного життя та важливості моментів, що формують життєвий досвід.

Загалом, хоча інтенсивність бойового досвіду не демонструє статистично значущого впливу на посттравматичне зростання, існують чіткі тенденції, які вказують на те, що більш інтенсивний досвід сприяє глибшому особистісному переосмисленню, розвитку сили особистості, цінності життя та здатності до відкриття нових можливостей. Так як даних психологічного дослідження із даною зміною недостатньо для більш ґрунтовного аналізу, найближчим часом планується проведення розширеного дослідження із залученням більшої кількості учасників.

3.5. Аналіз психологічних чинників резильєнтності бойових медиків

У ході аналізу регресійної моделі було встановлено, що наявність та інтенсивність бойового досвіду разом із іншими психологічними чинниками суттєво впливають на рівень резильєнтності бойових медиків (див. табл. 3.19).

Таблиця 3.19

Регресійна модель чинників резильєнтності залежно від наявності та інтенсивності бойового досвіду

Модель	R	R²	p значущість
Резильєнтність	0,762	0,581	0,001*

Загальний показник кореляції для моделі ($R=0,762$) свідчить про високий ступінь зв'язку між предикторами та залежною змінною. Показник детермінації ($R^2=0,581$) демонструє, що 58,1% варіації у рівні резильєнтності може бути пояснено врахованими в моделі чинниками, що свідчить про високу якість моделі. Рівень статистичної значущості моделі ($p=0,001$) підтверджує, що отримані результати є надійними, а модель є придатною для опису впливу чинників на резильєнтність.

Таблиця 3.20

Коефіцієнт регресії чинників резильєнтності залежно від наявності та інтенсивності бойового досвіду

Модель	Коефіцієнт регресії
Резильєнтність (константа)	1,837
Стійкість	6,52
Ставлення до інших	-0,078
Нові можливості	0,152
Сила особистості	0,078
Духовні зміни	0,274
Підвищення цінності життя	0,211
Загальний індекс посттравматичного зростання	0,053
Наявність та інтенсивність бойового досвіду	-2,758

Розглядаючи коефіцієнти регресії, було виявлено, що основним позитивним чинником, який впливає на рівень резильєнтності, є стійкість, значення якої становить 6,52. Це підкреслює важливість здатності справлятися з труднощами та адаптуватися до змін у формуванні високого рівня резильєнтності. Інші позитивні чинники включають «духовні зміни» (0,274), «підвищення цінності життя» (0,211), «нові можливості» (0,152) та «сила особистості» (0,078). Вони свідчать про те, що посттравматичне зростання, особливо у формах переосмислення життєвих пріоритетів, пошуку нових можливостей та розвитку внутрішньої сили, також робить свій внесок у підвищення адаптивності медиків у складних умовах.

Цікавим є той факт, що змінна «ставлення до інших» має негативний коефіцієнт регресії (-0,078), що може вказувати на те, що надмірне акцентування на міжособистісних стосунках може мати обмежений або навіть зворотний вплив на резильєнтність у контексті бойових умов. Це може бути пов'язано з тим, що у високо стресових ситуаціях залежність від інших може ускладнювати процес самостійного подолання труднощів.

Найбільш значущим негативним чинником у моделі є «наявність та інтенсивність бойового досвіду» (-2,758). Це свідчить про те, що високий рівень бойового досвіду, хоча й може сприяти розвитку певних адаптивних навичок, також є джерелом стресу, який може знижувати загальний рівень резильєнтності. Це підкреслює необхідність врахування індивідуальних особливостей та забезпечення відповідної підтримки для медиків із високим рівнем бойового досвіду.

Ранжуючи чинники за ступенем впливу, найбільший позитивний вплив на резильєнтність має стійкість (6,52), далі йдуть «духовні зміни» (0,274), «підвищення цінності життя» (0,211), «нові можливості» (0,152) та «сила особистості» (0,078). Найменший внесок у позитивний вплив демонструє «загальний індекс посттравматичного зростання» (0,053). З негативного боку, найбільш значущий чинник - «наявність та інтенсивність бойового досвіду» (-2,758), а найменш негативний вплив має «ставлення до інших» (-0,078).

Результати підтверджують, що формування резильєнтності є багатофакторним процесом, у якому ключову роль відіграють стійкість, здатність переосмислювати життєві пріоритети та адаптуватися до змін. Водночас висока інтенсивність бойового досвіду є викликом, який вимагає додаткової психологічної підтримки для збереження та розвитку стійкості бойових медиків.

3.6. Дослідження резильєнтності бойових медиків, а також військовослужбовців

Діяльність бойового медика відноситься до тієї, що здійснюється в екстремальних умовах із відповідними специфічними факторами впливу як-то пряма загроза життю і здоров'ю, фізичне виснаження через ненормований графік та відсутність режиму дня і гігієни сну, критично високий рівень відповідальності і ціни помилки, психологічний тиск, пов'язаний із необхідністю концентрації уваги, блискавичної реакції та навички швидкого прийняття рішень, дефіцит часу для виконання задач, мультизадачність тощо.

Постійне перебування у стані підвищеної готовності, часті контакти зі смертю і болем, надмірне навантаження на фізичну та психологічну систему бойових медиків призводять як до емоційного вигорання та і до змінених психічних станів, як-то: бойова стресова реакція (початковий прояв дезадаптивних розладів), бойова втома, ПТСР і найважчі форми бойової психіатричної патології - реактивні стани (Blinov, 2017).

Бойова і оперативна стресова реакція, бойова втома є нормальними реакціями на ненормальні обставини якими є прєбіг бойових дій. Особистісні особливості людини, а також обставини персонального характеру можуть затримати або ускладнити реабілітацію психіки після таких станів (Kysarchuk et al., 2020: 56). Раптові, тривалі чи прогресуючі зміни в їх поведінці можуть потенційно загрожувати безпеці та функціонуванню підрозділу (Chaban & Bezsheyko, 2017). В найгірших випадках через комплекс вищевказаних стесогенних причин бойовий медик стає тимчасово нездатним виконувати обов'язки. Таким чином, психічна стійкість перед тривалою дією багатьох несприятливих факторів, точніше саме психологічна резильєнтність є надважливим елементом для довготривалого виконання бойовими медиками своїх задач, зростання професіоналізму та гомеостазу їх психологічного здоров'я.

Останніми роками роль психологічної резильєнтності бойових медиків вивчається через призму її здатності послаблювати та пом'якшувати негативний вплив стресу, пов'язаного з діяльністю у зонах бойових дій. Підкреслюється, що резильєнтність діє як захисний (подібний до «вакцини») і відновлювальний (подібний до «антибіотика») фактор, допомагаючи бойовим медикам ефективно та гнучко діяти у умовах інтенсивного психологічного навантаження, характерних для їхньої професії. Результати дослідження показують, що люди з вищим рівнем резильєнтності краще зберігають психологічний гомеостаз, незважаючи на травматичні події, тобто на хронічний стрес з періодами гострого стресу. Висновки акцентують увагу на

важливості стратегій розвитку резильєнтності, які покращують здатність медиків впоратись із викликами, пов'язаними з їхньою діяльністю, та зберігати стабільну ефективність в професійній діяльності і психологічне благополуччя загалом (Russel D. & Russell W., 2019).

Окрім розглянутих в розділі 1.2. таких чинників резильєнтності як *соціальна підтримка* та *релігійність*, варто дослідити роль патріотизму як одного з важливих підсилення резильєнтності. *Патріотизм* в контексті нашої роботи означає поставити потреби війська та країни вище за особисті, зберігаючи при цьому відданість справі та колегам. Згідно даних дослідження (Abraham et al., 2017) відданість країні в цілому та військовій службі зокрема виявилася центральним компонентом ідентичності військових медиків, допомагаючи їм залишатися зосередженими на своїй місії, і формувалась вже на ранніх етапах військової підготовки та служби. Незалежно від того, чи першошеровим мотивуючим фактором є служба нації, родині чи трансцендентним цінностям, результати дослідження вкотре акцентують увагу на ролі підтримці спільноти у розвитку резильєнтності. Саме через спільноту людина знаходить власну ідентичність і сенси; в контексті нашої роботи варто зауважити, що в житті та діяльності бойового медика окрім родинних зв'язків формується міцний зв'язок із «військовою родиною» - побратимами, колегами по спільній справі, а участь у військових подіях надає можливість жити "іншим життям", ширшого за межі їх особистого існування, і відкриває додаткові можливості для збільшення психологічної пружності та посттравматичного зростання.

Дослідження військовослужбовців різних спеціальностей (не лише бойових медиків) дозволяють застосувати системний підхід, що відповідає сучасним тенденціям у психології, а отже ми вважаємо за потрібне проаналізувати сучасні джерела, присвячені психологічній резильєнтності

військовослужбовців за-для охоплення ширшого контексту та формування більш обґрунтованих висновків.

Наприклад, закордонними дослідниками пропонуються декілька стратегій для підсилення резильєнтності: інтеграція психологічної підготовки в тренувальні програми для розвитку навичок прийняття рішень під тиском, тренінги з емоційної регуляції (Clemente-Suárez, 2024). Вітчизняні дослідники до програм психосоціальної підтримки пропонують залучати родини військовослужбовців включно з дітьми, адже це повертає сенси та цінності (Chyzjevskyy, 2023).

Емоційна регуляція, самоконтроль та мотивація, патріотизм та релігійна (духовна) складова, підвищення морального духу та програми з психологічної підготовки на пряму пов'язані з психологічною готовністю військовослужбовців до виконання професійних обов'язків, їх результативністю, а також стійкістю до стресорів та збереження стабільності психічного здоров'я (Desnova, Karachynskyi & Klymenko, 2024).

Для військовослужбовців із високим рівнем резильєнтності характерні самостійність у формуванні мети діяльності, цілеспрямованість, критичне мислення. Для них характерні планування діяльності, автономія, зваженість, у їм притаманна більш сформована саморегулятивна поведінка, а також вони мають ознаки посттравматичного зростання (Bogdanovskyy & Myloslavska, 2023).

Дослідження ветеранів шляхом опитування для оцінки резильєнтності, впливу бойових дій, соціальної підтримки під час розгортання, підготовки до розгортання та військової сексуальної травми (Brandt et al., 2018) мало на меті вивчити соціально-екологічний контекст і його позитивний чи негативний вплив на резильєнтність. Його результати представлені в таблиці 3.21.

Табл. 3.21.

Статеві відмінності чинників резильєнтності та підходів до психологічного відновлення військовослужбовців

Фактори впливу	Чоловіки	Жінки
Вплив травматичної події	Більша кількість бойових травм, психотравмуючий фактор високих очікувань (образ «воїна-героя»)	Частіше стикаються з психотравмами на підґрунті контексту відповідно до статі: дискримінація, булінг, сексуальне насильство
Копінг-стратегія	Стратегія "Дія" - фокус на вирішення проблемної ситуації, навіть якщо це неможливо	Стратегія "Фокус на емоції": саморефлексія, обговорення проблем, професійна психологічна допомога
Соціальна підтримка	Розраховують та покладаються на підтримку у військовому підрозділі («побратимів»)	Пошук емоційної підтримки поза підрозділом (сім'я, друзі), можливе почуття ізольованості
Механізм реакції на стресові фактори війни	Можливі психологічні труднощі через заперечення і стигматизації реакції та стрес, виникнення залежностей	Частіше звертаються за професійною допомогою, особливо при адаптованих програмах підтримки
Ризики для здоров'я	Схильність до ризикованої поведінки, ігнорування психологічних проблем	Схильність до самокритики, почуття провини
Напрямки, що сприяють підсиленню резильєнтності	Зменшення стигматизації психологічних знань завдяки психоедукації, створення безпечного середовища для довіри і як наслідок - для саморефлексії	Створення інклюзивного середовища та спеціалізованих програм для жінок-військовослужбовців.

Результати свідчать, що тип травмивної події чи ситуації є важливим для розуміння психологічних чинників резильєнтності, що потребують підсилення; зацентровано увагу на важливості оцінки соціо-екологічного контексту та адаптації програм психологічної підтримки для жінок-військовослужбовців.

Завдяки інтеграції сучасних підходів до програм психологічної підготовки, орієнтованих на врахування психофізіологічних особливостей жінок, жінки цілком спроможні високоефективно і витривало виконувати службові обов'язки рівноцінно чоловікам.

Отже, попри велику кількість досліджень, присвячених вивченню чинників резильєнтності та адаптивності як бойових медиків, так і військовослужбовців та ветеранів в останні десятиліття, дана проблема є недостатньо висвітленою і потребує подальшого поглиблення вивчення з урахуванням змінних та національно-культурного контексту.

3.7. Взаємозв'язок резильєнтності та посттравматичного зростання

У ході кореляційного аналізу було виявлено кілька статистично значущих взаємозв'язків між показниками резильєнтності та посттравматичного зростання, що дозволяє зробити висновки про взаємозалежність цих психологічних феноменів у бойових медиків. Значущі кореляції вказують на те, що певні аспекти резильєнтності мають тісний зв'язок із конкретними компонентами посттравматичного зростання (див. табл. 3.22).

Одним із найяскравіших взаємозв'язків є позитивна кореляція між змінною «здатність досягати цілей, незважаючи на перешкоди» та «нові можливості» ($r=0,280$, $p<0,05$). Це свідчить про те, що медики, які демонструють більшу цілеспрямованість і здатність долати труднощі, частіше сприймають травматичний досвід як джерело для відкриття нових перспектив та можливостей у житті. Такий взаємозв'язок підкреслює адаптивний

потенціал цієї риси у контексті особистісного зростання після складних життєвих обставин.

Таблиця 3.22

Кореляційний аналіз між показниками посттравматичного зростання та показниками резильєнтності

Змінні	Ставлення до інших	Нові можливості	Сила особистості	Духовні зміни	Підвищення цінності життя	Загальний індекс посттравматичного зростання
Здатність адаптуватися до змін	0,103	0,257*	0,197	0,096	0,055	0,214
Можливість впоратися з перепонами на своєму шляху	-0,220	0,107	0,158	-0,080	0,194	-0,021
Намагання побачити жартівливу сторону проблем, що виникають	0,019	-0,078	-0,240	-0,089	-0,126	-0,086
Необхідність протистояти стресу може зміцнити	0,049	0,130	0,267*	-0,006	0,106	0,172
Схильність швидко приходити до норми після хвороби або негараздів	0,165	0,100	0,246	0,146	0,042	0,209
Здатність досягти цілей, незважаючи на перешкоди	-0,023	0,280*	0,203	-0,029	0,301*	0,205
Здатність залишатися зосередженим під тиском обставин	-0,005	0,173	0,242	-0,159	0,068	0,078
Здатність не зупинятися у разі невдач	-0,002	0,217	0,170	0,062	0,267	0,146
Вважає себе сильною особистістю	-0,275*	-0,041	-0,134	-0,022	-0,143	-0,205

Здатність впоратися з неприємними чи болісними відчуттями	0,079	0,105	0,146	0,190	0,084	0,139
Резильєнтність	0,003	0,216	0,247	0,014	0,172	0,166

Примітка «» - статистична значущість на рівні $p < 0,05$*

Також було встановлено значущу кореляцію між змінною «здатність досягати цілей, незважаючи на перешкоди» та «підвищення цінності життя» ($r=0,301$, $p < 0,05$). Цей результат демонструє, що цілеспрямованість у медиків не лише сприяє відкриттю нових можливостей, але й допомагає їм переосмислити життєві пріоритети, цінувати важливі моменти життя та зосереджуватися на його позитивних аспектах навіть після стресових подій. Такий зв'язок підкреслює значущість цілеспрямованості як ключового компонента резильєнтності, який забезпечує адаптивність і психологічне відновлення.

Інша важлива взаємозалежність спостерігається між змінною «необхідність протистояти стресу може зміцнити» та «сила особистості» ($r=0,267$, $p < 0,05$). Цей зв'язок вказує на те, що здатність медиків сприймати стрес як можливість для особистісного зростання пов'язана з розвитком внутрішньої сили, яка дозволяє їм справлятися з викликами та долати перешкоди. Така взаємодія підкреслює значення конструктивного підходу до стресових ситуацій для розвитку стійкості та здатності до посттравматичного зростання.

У той же час статистично значуща негативна кореляція між змінною «вважає себе сильною особистістю» та «ставлення до інших» ($r=-0,275$, $p < 0,05$) демонструє цікаву динаміку. Це може свідчити про те, що медики, які фокусуються на своїй внутрішній силі, можуть приділяти менше уваги міжособистісним стосункам або бути менш схильними до їх переосмислення після травматичних подій. Такий результат може вказувати на певну автономність цих респондентів у подоланні стресу, що може зменшувати їхню залежність від соціальної підтримки.

Загальний рівень резильєнтності, хоча й не демонструє статистично значущих кореляцій із загальним індексом посттравматичного зростання, має тенденцію до слабких позитивних зв'язків із компонентами, такими як «нові можливості» та «сила особистості». Це вказує на те, що резильєнтність і посттравматичне зростання є взаємопов'язаними, але їхній взаємозв'язок може бути складнішим і залежати від специфічних умов або чинників.

3.8. Практичні рекомендації щодо підвищення резильєнтності бойових медиків

Практичні заходи зосереджуються на трьох ключових аспектах: використанні інноваційних технологій для створення реалістичних тренувальних умов, індивідуалізованих програмах розвитку резильєнтності на основі психодіагностики та когнітивно-поведінкових практиках, спрямованих на аналіз помилок і формування стресостійкості. Кожен із цих підходів має свою специфіку, але спільно вони утворюють цілісну систему підготовки, яка сприяє всебічному розвитку резильєнтності та адаптивних ресурсів бойових медиків.

Інноваційні підходи до тренування: використання технологій віртуальної реальності та симуляційних методик

У сучасних умовах ведення війни, коли бойові медики стикаються з екстремальними ситуаціями, використання інноваційних підходів у тренуванні набуває особливого значення. Одним із найефективніших методів підвищення резильєнтності є впровадження технологій віртуальної реальності, які дозволяють створювати реалістичні сценарії бойових дій для відпрацювання різних сценаріїв, що сприяє розвитку емоційної адаптації та стресостійкості. Наприклад, впровадження використання технології розширеної реальності XR (extended reality), що поєднує в собі віртуальну реальність (virtual reality), доповнену - AR (added reality), та змішану - MR (mixed reality) включає фізичне середовище із фізичними об'єктами і цифровими елементами, що дозволяє максимально наблизити умови тренінгів

з тактичної медицини до бойових. Відпрацювання моторних навичок практичної роботи з реальними об'єктами в віртуальному середовищі з імітацією бойових умов сприятиме формуванню м'язової пам'яті та напрацюванню фізичної та психологічної саморегуляції. У підсумку, подібні практики та тренінги можуть посилити внутрішній локус контролю, самоефективність та емоційну регуляцію, а відповідно й загальну резильєнтність бойових медиків.

Застосування XR сприяє моделюванню критичних ситуацій, у яких бойові медики можуть безпечно відпрацьовувати алгоритми дій у відповідь на стресові виклики. Такі сценарії включають імітацію інтенсивних бойових умов, надзвичайних ситуацій та складних рішень, які вимагають високого рівня концентрації та адаптивності. Це дозволяє учасникам тренувань готуватися до реальних викликів, зберігаючи психологічну рівновагу.

Віртуальна реальність має низку переваг у контексті розвитку емоційної адаптації. Зокрема, вона дозволяє відпрацьовувати емоційні реакції у середовищі, яке максимально наближене до бойових умов, але є повністю контрольованим і безпечним. Це забезпечує поступове формування адаптивних стратегій поведінки, знижуючи ймовірність емоційного виснаження в реальних умовах. Під час таких тренувань медики вчаться ефективно керувати стресом, що особливо важливо для збереження стійкості під час виконання завдань у зоні бойових дій. Водночас використання XR-методик дає змогу значно зменшити психологічне навантаження, яке зазвичай виникає під час навчання у реальних умовах, що робить ці методи менш травматичними.

Повторювані тренувальні симуляції, які є невід'ємною частиною XR-програм, мають особливе значення для підвищення когнітивної витривалості. Регулярне відтворення подібних сценаріїв дозволяє учасникам автоматизувати свої реакції на критичні ситуації, розвивати швидкість прийняття рішень і вдосконалювати здатність до концентрації. Такий підхід підвищує рівень впевненості у власних діях та зміцнює когнітивну гнучкість,

що є важливим компонентом резильєнтності. Встановлені під час емпіричного дослідження високі показники когнітивної витривалості у респондентів із високим рівнем стійкості підкреслюють ефективність таких підходів для бойових медиків. Отже, технології XR та різноманітні симуляційні методики є перспективним напрямом підвищення резильєнтності, сприяючи всебічному розвитку адаптивності та емоційної стабільності в умовах екстремальних викликів.

Індивідуалізовані програми розвитку резильєнтності на основі психодіагностики

Розробка індивідуалізованих програм розвитку резильєнтності для бойових медиків вимагає попереднього проведення комплексного психодіагностичного оцінювання. Такий підхід дозволяє враховувати особистісні характеристики, рівень стресостійкості, когнітивні ресурси та попередній досвід респондента. З огляду на значну варіативність показників резильєнтності, виявлену під час дослідження, персоналізація програм стає ключовим чинником їхньої ефективності. Використання психодіагностики забезпечує можливість ідентифікувати особистісні характеристики медиків, такі як, наприклад, недостатній рівень емоційної адаптивності чи низький рівень стійкості, що потребують цілеспрямованого вдосконалення.

На основі результатів попереднього оцінювання створюються адаптовані тренувальні стратегії, які відповідають як психологічним особливостям окремих осіб, так і специфіці їхніх завдань у бойових умовах. Наприклад, медики з вищим рівнем когнітивної витривалості можуть брати участь у тренуваннях, спрямованих на підвищення стресостійкості в екстремальних умовах, тоді як для респондентів із нижчими показниками стійкості доцільно включати елементи, що розвивають навички емоційного регулювання. Такий підхід забезпечує оптимальне використання ресурсів кожного учасника, підвищуючи ефективність тренувального процесу.

Не менш важливим компонентом індивідуалізованих програм є регулярний моніторинг психологічного стану медиків у процесі впровадження

цих стратегій. Постійне спостереження дозволяє своєчасно коригувати програму відповідно до змін у показниках стресостійкості чи резильєнтності, а також оцінювати динаміку розвитку ключових навичок. Наприклад, виявлені у дослідженні тенденції до зниження рівня стійкості серед медиків із низьким бойовим досвідом вказують на необхідність більш частого моніторингу цієї групи. У свою чергу, медики з високим рівнем бойового досвіду можуть потребувати додаткового відстеження стану через ризик професійного вигорання чи хронічного стресу. Таким чином, персоналізовані програми, побудовані на основі психодіагностики та підтримувані регулярним моніторингом, дозволяють ефективно підвищувати рівень резильєнтності медиків і сприяють їхній готовності до виконання завдань у найскладніших умовах.

На регулярній основі рекомендовано проводити кризове психологічне консультування, психодіагностичні бесіди для стабілізації поточного психологічного стану медиків, а також для вивчення впливу стресорів бойових умов роботи, так як в деяких випадках першочерговим може виявитись надання медичної (психіатричної) допомоги.

Окремо необхідно зазначити про важливість психоедукації: проведення роз'яснювальної роботи дозволить знизити стигматизацію психологічного знання, поглибити знання про стрес, психотравму та їх вплив на фізіологічному та психічному рівнях організації людини, резильєнтність та її чинники, дозволить медикам бути більш обізнаними, а значить і більш підготовленими до стресових умов їхньої діяльності.

Аналіз помилок та розвиток стресостійкості через когнітивно-поведінкові практики

Формування безпечного середовища для аналізу помилок є ключовим елементом у розробці програм підвищення резильєнтності бойових медиків. Військові умови часто ставлять перед медиками складні задачі, де кожна помилка може мати серйозні наслідки. Однак саме в безпечному середовищі аналіз помилок стає джерелом навчання, що дозволяє знизити ймовірність

повторення схожих ситуацій у майбутньому. У таких умовах медики отримують можливість усвідомити свої дії, проаналізувати і розібрати складнощі, з якими вони стикнулися, і сформувані ефективніші стратегії поведінки в екстремальних ситуаціях. Створення спокійної атмосфери, де помилки сприймаються як частина процесу навчання, а не як привід для осуду, сприятиме розвитку емоційної регуляції, компетентності та впевненості у своїх силах.

Важливу роль у підготовці до стресових ситуацій відіграє використання когнітивної репетиції. Ця методика полягає у створенні ментальних сценаріїв майбутніх подій, що дозволяє медикам заздалегідь опрацювати можливі виклики та їх потенційні наслідки. Такі вправи допомагають формувати адаптивні когнітивні реакції, які активуються в реальних умовах, запобігаючи дезадаптивній поведінці, наприклад, паніці чи імпульсивним рішенням. Ефективність цього підходу підтверджують результати дослідження, які вказують на значення когнітивної витривалості у збереженні стійкості до стресу. Репетиція дає можливість медикам наперед визначити оптимальні шляхи реагування, що сприяє їхній більшій впевненості та зниженню рівня тривожності під час виконання бойових завдань, а також покращить чіткість комунікації та координацію дій між учасниками, позитивним наслідком чого стане більша злагодженість роботи екіпажу.

Окремої уваги заслуговує роль рефлексії та групових обговорень у процесі розвитку резильєнтності. Колективний аналіз складних ситуацій дозволяє медикам ділитися досвідом, отримувати підтримку від колег та знаходити нові способи вирішення проблем. Такий формат роботи сприяє покращенню взаєморозуміння, формуванню почуття єдності та зміцненню командного духу, що є важливим для ефективної роботи у військових умовах. Вербалізація і рефлексія допомагають усвідомити емоційні аспекти пережитого досвіду, опрацьовуючи та знижуючи його негативний вплив і сприяє розвитку адаптивного ставлення до стресових факторів. Групові обговорення створюють умови для критичного аналізу, виявлення точок

зростання та посилення емоційної стійкості учасників. Також наявність соціальної, а в даному контексті - підтримки в професійному середовищі, в разі потреби може стати джерелом співчуття, а також міцною опорою колективного досвіду, і важливість їх важко переоцінити.

Впровадження когнітивно-поведінкових практик, спрямованих на аналіз помилок, підготовку до стресових ситуацій та розвиток рефлексії, дозволяє створити цілісну систему підтримки резильєнтності бойових медиків.

Висновки до третього розділу

У ході емпіричного дослідження психологічних чинників резильєнтності бойових медиків в умовах війни вдалося встановити низку важливих закономірностей, які дозволяють глибше зрозуміти рівень резильєнтності, фактори її формування та взаємозв'язок із іншими психологічними характеристиками.

Загальний рівень резильєнтності бойових медиків був визначений як помірний, при цьому аналіз окремих чинників вказав на високий рівень здатності до концентрації під тиском обставин і впевненості у власних силах, але порівняно нижчі показники щодо сприйняття стресу як фактору зміцнення та здатності справлятися з болісними чи неприємними відчуттями. Помітна варіативність значень у межах вибірки свідчить про те, що частина медиків демонструє високий рівень адаптивності, тоді як інші перебувають у зоні ризику та потребують додаткової підтримки.

Також більшість учасників продемонструвала здатність впоратись з викликами та адаптуватися до умов стресу, про що свідчать високі показники показника «стійкість», Варто зазначити, що меншість респондентів показала низький рівень стійкості, що потребує створення індивідуальних програм психологічної підтримки для таких учасників. Аналіз показників посттравматичного зростання виявив, що медики переважно відзначають розвиток у сфері міжособистісних стосунків, відкриття нових можливостей і

переосмислення цінності життя, хоча в інших аспектах (зокрема, духовних змін) ці показники були нижчими.

Аналіз статевих відмінностей показав, що рівень резильєнтності та її компоненти є загалом подібними у чоловіків і жінок, за винятком показника стійкості, який виявився статистично вищим у чоловіків. Водночас жінки демонструють трохи вищі середні показники посттравматичного зростання, зокрема у сфері міжособистісних стосунків і відкриття нових можливостей. Ці дані підкреслюють необхідність подальшої деталізації і поглиблення вивчення концепту *резильєнтність за змінною статі*.

Дослідження впливу інтенсивності бойового досвіду виявило, що медики з високим рівнем досвіду демонструють вищі показники резильєнтності та стійкості. Статистично значущі відмінності були зафіксовані за здатністю справлятися з невдачами, що є важливим компонентом адаптації до бойових умов. У той же час висока інтенсивність бойового досвіду асоціюється з підвищеним ризиком негативних наслідків, що потребує додаткового втручання для підтримки психологічного здоров'я.

Регресійний аналіз засвідчив, що ключовими чинниками резильєнтності є стійкість, здатність до переосмислення життєвих цінностей, духовні зміни та відкриття нових можливостей. Водночас високий рівень бойового досвіду, хоч і сприяє розвитку окремих аспектів резильєнтності, є значним джерелом стресу, що може знижувати загальний рівень адаптивності.

Значущі кореляції між показниками резильєнтності та посттравматичного зростання свідчать про те, що ці феномени взаємопов'язані. Зокрема, цілеспрямованість і здатність справлятися з перешкодами пов'язані з відкриттям нових можливостей і переосмисленням цінності життя, тоді як індивідуальна сила часто формується через здатність сприймати стрес як виклик.

Загалом результати дослідження вказують на те, що резильєнтність бойових медиків є багатофакторним явищем, яке формується під впливом особистісних характеристик, інтенсивності бойового досвіду та соціально-

психологічних чинників. Виявлені закономірності підкреслюють необхідність комплексного підходу до розробки індивідуалізованих програм психологічної підтримки, спрямованих на розвиток стійкості та адаптивності в умовах високого рівня психологічного тиску.

ВИСНОВКИ

Психологічні чинники резильєнтності бойових медиків є проблемою, яка через специфіку діяльності бойових медиків і з урахуванням реалій сьогодення і перспектив з часом ймовірно набуватиме більшої актуальності та вимагатиме більшої уваги та подальшого поглиблення вивчення відповідно.

Відповідно до мети та завдань кваліфікаційної роботи були зроблені наступні висновки:

1. Проаналізовано специфіку концепту «резильєнтність» у вітчизняній та зарубіжній психології.

У ході проведеного теоретичного аналізу було визначено, що поняття *резильєнтність* є багатовимірним та міждисциплінарним феноменом, який не має єдиного загальноприйнятого визначення. Резильєнтність як здатність особистості ефективно адаптуватися та відновлюватися після складних життєвих подій, повертаючись до стабільного стану та зберігаючи психологічну цілісність включає нейробіологічні, когнітивні, адаптивні, мотиваційні та соціальні аспекти, що свідчить про її комплексний характер. Аналіз наукової літератури показав, що резильєнтність є динамічною властивістю, яку можна розвивати та посилювати протягом життя, поєднуючи психічні властивості, психічні процеси та копінг-стратегії, зокрема через почуття контролю над подіями, усвідомлення сенсу життя, оптимізм, самоефективність, високу самооцінку, стресостійкість, адаптивність, релігійність, емоційну регуляцію, соціальну підтримку та навички вирішення проблем. Дані складові можуть варіюватися в залежності від індивідуальних особливостей та життєвого контексту, а також, відповідно до конкретної

стресогеної ситуації та середовища ті чи інші чинники можуть домінувати та відігравати провідну роль в адаптації до конкретної стресогенної події.

Враховуючи турбулентність та невизначеність поточних та найближчих років та десятиліть, в найближчому майбутньому можна прогнозувати посилення цікавості дослідників до подальшого глибокого вивчення цього феномену психіки особистості та його чинників, подальшу концептуалізацію поняття, а також виникнення нових моделей, які візуалізують взаємодію його складових.

2. Визначено статеві відмінності в психологічній резильєнтності бойових медиків.

Згідно даних емпіричної частини дослідження представники обох статей продемонстрували схожий рівень здатності справлятися з викликами, адаптуватися до змін і долати стресові ситуації, хоча чоловіки мали незначну перевагу за середнім показником. Вивчення абсолютної більшості окремих характеристик резильєнтності показало, що середні їх значення виявились ідентичними для обох груп респондентів. Це свідчить про подібну здатність як чоловіків, так і жінок долати перепони та зберігати рівень концентрації і уваги незалежно від обставин. Тим не менш, здатність адаптуватися до змін виявилась дещо більшою в жінок, що свідчить про їх схильність переоцінювати події та шукати нові перспективи, в той час як для чоловіків показники виявились вищими за змінною «намагання побачити жартівливу сторону проблем, що виникають», що є ознакою більшої схильності чоловіків використовувати гумор для зменшення впливу стресорів та ознакою пошуку позитивної складової навіть у складних життєвих обставинах. Варто зазначити, що по двох вищезазначених змінних відмінності є статистично незначущими.

За показником «стійкість» середні значення виявилось вищим у чоловіків, а отже ці відмінності не є випадковими та вказують на реальні статеві особливості у рівні стійкості серед бойових медиків. Значущість цих відмінностей має практичне значення, оскільки результати дослідження

вказують на необхідність врахування статевих особливостей під час розробки програм психологічної підтримки для бойових медиків. Для чоловіків увага може бути направлена на підтримку їхньої вже наявного високого рівня стійкості, тобто на самоефективність, компетентність та внутрішній локус контролю, в той час як для жінок доцільно створювати умови для подальшого розвитку резильєнтності з урахуванням схильності жінок до залучення соціальної підтримки та до емоційної регуляції.

У ході аналізу відмінностей за показниками резильєнтності залежно від вікових груп бойових медиків було виявлено, що більшість змінних не демонструють статистично значущих відмінностей між респондентами до 35 років та від 36 років, що вказує на відносну схожість рівнів резильєнтності у цих вікових групах.

3. Зв'язок між резильєнтністю та віком бойових медиків не виявлено.

У ході аналізу відмінностей за показниками резильєнтності залежно від вікових груп бойових медиків було виявлено, що більшість змінних не демонструють статистично значущих відмінностей між респондентами до 35 років та від 36 років, що вказує на відносну схожість рівнів резильєнтності у цих вікових групах. Незначні тенденції до підвищення або зниження окремих змінних можуть бути пов'язані з особливостями життєвого та професійного досвіду, але ці зміни не є достатньо вираженими, щоб мати статистично значущий характер. Також результати свідчать про те, що стійкість як ключова складова резильєнтності є відносно стабільною характеристикою, яка не зазнає значних змін залежно від віку, а відсутність статистично значущих відмінностей за показником стійкості між віковими групами свідчить про те, що бойові медики, незалежно від свого віку, володіють подібними ресурсами для подолання стресу та збереження психологічної рівноваги.

4. Визначено психологічні чинники резильєнтності бойових медиків.

Серед емпірично досліджених чинників резильєнтності були визначені: *Адаптивність*: здатність адаптуватися до труднощів є ключовим фактором, який допомагає медикам ефективно реагувати на нові умови та виклики в

екстремальних ситуаціях. *Самоефективність*: усвідомлення особистісної компетенції і переконання в можливості досягнення цілі діяльності, наполегливість і високий рівень самосвідомості, здатність до самоактуалізації, а також високий рівень внутрішньої впевненості сприяють психологічній пружності та підтримці психологічної стабільності медика в його діяльності. В контексті роботи на додаток до самоефективності можна вказати і синонімічне поняття *особистісна сила*. *Психологічна стійкість та наполегливість* свідчать про здатність зберігати продуктивність та направленість фокусу в складних обставинах. *Самоконтроль* і здатність до концентрації уваги(зосередженість) є критично важливими чинниками в рамках нашого дослідження, адже це пряма передумова успішного виконання медиком професійних задач в екстремальних умовах бойових дій. Завдяки *емоційній регуляції* учасники могли впоратись із фізичними та емоційними викликами. *Психологічна відновлюваність* визначила здатність респондентів підтримувати стабільний емоційний стан і швидко відновлювати психологічний гомеостаз після стресових подій; цей чинник підкреслює резильєнтність як динамічний процес адаптації та особистісних змін. *Нові сенси* і усвідомлення нових можливостей: учасники дослідження відзначили розвиток в міжособистісних стосунках, а також зміну життєвих пріоритетів після стресорних подій. Абсолютна більшість респондентів також вказала на *підвищення цінності життя*. *Цілеспрямованість* є ще одним ключовим чинником оскільки вона зберігає мотиваційний компонент діяльності і використовувати їх як можливості для розвитку, що є ознакою *посттравматичного зростання*. Також необхідно підкреслити взаємозв'язок резильєнтності та посттравматичного зростання, який втім може залежати від специфічних внутрішніх та зовнішніх умов. На останок було визначено такий чинник як *когнітивний рефреймінг* - йдеться про здатність поглянути навіть на складну ситуацію через призму гумору для зменшення стресу і підвищення адаптивності. Змінна «ставлення до інших» мала негативний вплив, що може

свідчити про те, що надмірне акцентування на міжособистісних стосунках може ускладнювати процес самостійного подолання труднощів.

Таким чином, резильєнтність бойових медиків базується на таких ключових психологічних чинниках, як адаптивність, самоефективність та самоконтроль, емоційна регуляція, психологічна відновлюваність, цілеспрямованість, когнітивний рефреймінг, а також здатність знаходити нові сенси, що сприяють посттравматичному зростанню та успішному довготривалому виконанню професійних завдань в екстремальних умовах, а також збереженню психологічного здоров'я загалом.

5. Виявлено зв'язок між резильєнтністю та наявністю/відсутністю бойового досвіду. Було визначено, що наявність та інтенсивність бойового досвіду мають значний вплив на рівень резильєнтності бойових медиків. Висока інтенсивність бойового досвіду, незважаючи на розвиток певних адаптивних навичок та глибшого усвідомлення цінності власного життя, знижує загальний рівень резильєнтності, підвищуючи ризик негативних психологічних наслідків, адже він також є джерелом стресу і наявність такого контексту як значний бойовий досвід що супроводжується свідцтвами смертей та поранень військовослужбовців та цивільних людей, потраплянням під прямий вогонь супротивника і іншими екстремальними подіями, може негативно відбитись на ментальному здоров'ї та підвищити психологічні ризики загалом. Це підкреслює необхідність врахування індивідуальних особливостей медиків із великим бойовим досвідом і забезпечення додаткової психологічної підтримки для збереження та розвитку їхньої резильєнтності.

6. Розроблено практичні рекомендації щодо підвищення резильєнтності бойових медиків. Практичні рекомендації щодо підвищення резильєнтності бойових медиків включають використання інноваційних технологій, таких як VR та симуляційні методики для відпрацювання навичок у реалістичних умовах за-для тренування моторних і поведінкових навичок; впровадження когнітивно-поведінкових практик для аналізу помилок і формування стресостійкості; та розробку індивідуалізованих програм на основі

психодіагностики для розвитку адаптивних ресурсів. Регулярний аналіз складних ситуацій через обговорення під час групових сесій, фокус на рефлексії та пошук рішень середовищі взаємної поваги та розуміння сприяють зростанню відчуття єдності що матиме вплив на резильєнтність. Незначні відмінності за окремими компонентами резильєнтності вказує на можливість врахування певних статевих особливостей при укладанні програм та методик, наприклад, у застосуванні когнітивного рефреймінгу для чоловіків чи акцент підсиленні стійкості для жінок, для забезпечення індивідуалізованого підходу. Реалізація цих рекомендацій на практиці сприятиме посиленню психологічної пружності бойових медиків що матиме довгострокові позитивні наслідки як для їх професійної діяльності так і для психологічного благополуччя загалом.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Бозоян, М., Коваленко, В., Кононенко, О. & Царенок, Л. (2021). Смысловиттєві орієнтації та резильєнтність особистості як її ресурсні характеристики у сучасному соціумі. Теоретичні і прикладні проблеми психології та соціальної роботи, 3(1), 122- 133. Doi: 10.33216/2219-2654-2021-56-3-1-122-133
2. Грішин, Е. (2021). Резилієнтність особистості: сутність феномену, психодіагностика та засоби розвитку. *Вісник ХНПУ імені Г.С. Сковороди. Психологія*. 64, 62-77. Doi: 10.34142/23129387.2021.64.04
3. Кузікова, С. Б. & Щербак, Т. І. (2022, серпень). Теоретико-емпіричний аналіз проблеми резильєнтності та стресостійкості в педагогічній діяльності. *Психологічний журнал*, 8, 32-44. Doi: <https://doi.org/10.31499/2617-2100.8.2022.258313>
4. Блінов, О. (2016). Психологія бойової психічної травми: монографія. Доступ через URL: <https://files.znu.edu.ua/files/Bibliobooks/Inshi71/0051503.pdf>
5. Курова, А. (2021, квітень) Ситуація невизначеності у парадигмі сучасних викликів суспільства. *Науковий вісник Ужгородського національного університету. Серія: Психологія*, (4), 51-55. Doi: <https://doi.org/10.32782/psy-visnyk/2021.4.10>
6. Тептюк, Ю. (2021). *Психологічні умови розвитку стресостійкості у соціальних працівників різних вікових категорій* (Дисертація). Доступ через URL: <https://enpuir.npu.edu.ua/handle/123456789/35446>
7. Орос М. & Гал А. (2021). Стрес, дистрес, його види та корекція. *Ліки України*, 7(253), 32-35. Doi: [https://doi.org/10.37987/1997-9894.2021.7\(253\).245660](https://doi.org/10.37987/1997-9894.2021.7(253).245660).
8. Мельник, О. (2024). Резильєнтність: основні концептуальні етапи становлення, сутність та перспективи. *Психологія та соціальна робота*, 1(59), 196-207. Doi: <https://doi.org/10.32782/2707-0409.2024.1.17>

9. Іваненко, О. (2021). Логотерапія як метод психологічної допомоги в умовах кризи. *Психологічні перспективи*, 2, 45-53. Доступ через URL: <https://learn.ztu.edu.ua>
10. Чиханцова, О.А. (2023). Розвиток резильєнтності особистості в ситуаціях невизначеності. *Загальна психологія. Історія психології*, 34(73), 35-40. Doi: https://psych.vernadskyjournals.in.ua/journal/1_2023/7.pdf
11. Гамбарова, Е. & Заболоцька, С. (2022). Вплив рівня емоційного інтелекту на резилієнтність особистості в умовах воєнного стану. *Проблеми гуманітарних наук. Психологія*, 50, 24-31. Doi: <https://doi.org/10.32782/2312-8437.50.2022-3>
12. Романчук, О. (2023). *Витривалість у резилієнтності: як берегти і плекати психологічну стійкість в умовах тривалої війни*. Доступ через URL: <https://resilience.k-s.org.ua/formula-stijkosti/>
13. Сургунд, Н. & Козенко, О. (2023). Особливості резильєнтності у студентів: теоретичне дослідження. *Scientific Journal «Psychology Travelogs»*, 4, 189-199. Doi: <https://doi.org/10.31891/PT-2023-4-20>
14. Чиханцова, О. & Гуцол, К. (2022). *Психологічні основи розвитку резильєнтності особистості в період пандемії Covid-19*. Інститут психології імені Г.С. Костюка НАПН України, 128 с. Доступ через URL: <https://lib.iitta.gov.ua/732913/>
15. Кравчук, С. (2019). Вивчення психологічної пружності особистості методом семантичного диференціала. *Серія «Психологічні науки»*, 3, 22-30. Doi: 10.32999/ksu2312-3206/2019-3-3
16. Лазос, Г. (2018). Резильєнтність: концептуалізація понять, огляд сучасних досліджень. *Актуальні проблеми психології*. 3 (14), 26 - 64.
17. Готич, В. (2023). Концептуальне обґрунтування термінів resiliens, hardiness, психологічна стійкість, витривалість, життестійкість у соціально-психологічних дослідженнях. *Київський журнал сучасної*

- психології і психотерапії*, 5(1), 15-23. Doi: <https://doi.org/10.48020/mppj.2023.01.02>
- 18.Климчук, В. (2020). *Психологія посттравматичного зростання*. (Монографія). 24-30, (ISBN 978-966-189-570-5) Доступ через URL: <https://ispp.org.ua/wp-content/uploads/2021/02/klumchuk-mono-2020.pdf>
- 19.Креденцер, О. & Сергієнко, Д. (2024). Резильєнтність як чинник суб'єктивного благополуччя психологів в умовах війни. *Організаційна психологія. Економічна психологія*, 32(2), 85-95. Doi: <https://doi.org/10.31108/2.2024.2.32.7>
- 20.Кокун, О., Агаєв, Н., Пішко, І. & Лозінська, Н. (2015). *Особливості вияву негативних психічних станів у військовослужбовців внаслідок тривалої участі в бойових діях та перебування в зоні АТО*. Вісник Національного університету оборони України, 3 (46), 123 - 129. Доступ через URL: tps://lib.iitta.gov.ua/id/eprint/26540/1/Kokun_16_1.pdf
- 21.Клименко, І.С., Деснова, І.С. & Карачинський, О.А. (2024). Роль військової психології у формуванні психологічної готовності військовослужбовців до виконання завдань. *Вчені записки ТНУ імені В.І. Вернадського. Серія: Психологія*, 35(74), 102-108. Doi: <https://doi.org/10.32782/2709-3093/2024.2/17>
- 22.Яцюк, М. (2023). *Психологія саморегуляції особистості*. Психологічний практикум (ред. Ляц О.П., Маляр О.І.) (с. 63-64). Вінниця: КЗВО «ВАБО»
- 23.Зливков, В., Лукомська, С. & Федан, О. (2016) *Опитувальник посттравматичного зростання (Post Traumatic Growth Inventory)*, (Ред. Данилюк І.В., Сердюк Л.З.) *Психодіагностика особистості у кризових життєвих ситуаціях*. 185-187.
- 24.Зубовський, Д. С. (2018). Адаптація та апробація україномовної версії методики «Опитувальник посттравматичного зростання». *Psychological Journal*, 7(17), 121-135. Doi: <https://doi.org/10.31108/1.2018.7.17.8>

25. Кісарчук, З., Омельченко, Я. & Лазос, Г. [та ін.] (2020). *Технології психотерапевтичної допомоги постраждалим у подоланні проявів посттравматичного стресового розладу*. (ред. З. Г. Кісарчук). Київ: Видавничий Дім «Слово», 178 с. ISBN 978-966-194-316
26. Школіна, Н. В., Шаповал, І. І., Орлова, І. В., Кедик, І. О., & Станіславчук, М. А. (2020). Адаптація та валідизація україномовної версії Шкали стресостійкості Коннора—Девідсона-10 (CD-RISC-10): апробація у хворих на анкілозивний спондиліт. *Український ревматологічний журнал*, 2, 66-72. DOI: 10.32471/rheumatology.2707-6970.80.15236
27. Милославська, О. & Богдановський, С. (2023) Особливості саморегуляції у військовослужбовців із різним рівнем резилієнтності. *Наука і освіта*. 1, 51-57. Doi: <https://doi.org/10.24195/2414-4665-2023-1-8>
28. Чабан, О.С. & Безшейко, В.Г. (2017) Симптоми посттравматичного стресу, тривоги та депресії серед учасників бойових дій в зоні антитерористичної операції. *Український вісник психоневрології*. Том 25, 2 (91), 80-84. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Uvp_2017_25_2_22
29. Чижевський, С.О. (2022). Особливості психологічного відновлення військовослужбовців в умовах повномасштабного російського вторгнення. *Вісник НАПН України*, 5(2), doi: <https://doi.org/10.37472/v.naes.2023.5229>
30. Гернешій, М., & Михайлишин, У. (2023). Поняття самооцінки у вітчизняній та зарубіжній психології. Scientists and methods of using modern technologies (с. 390-393). Отримано з <https://dspace.uzhnu.edu.ua>.
31. Литвиненко О. Д. (2018) Внутрішня структура адаптаційного потенціалу як системи адаптивностей. *Наукові записки Національного університету «Острозька академія»; Серія «Психологія»: збірник наукових праць*, 7, 59-63. Doi: 10.25264/2415-7384-2018-7-59-63
32. Потапов, С.О. (2023). Проблема резильєнтності в сучасній психології. *Науковий вісник Львівського державного університету внутрішніх справ*, 2, 90-95. Doi: <https://doi.org/10.32782/2311-8458/2023-2-12>

33. Боярська, З., Боярський, Н. & Оверчук, В. (2024). Резилієнтність особистості: поняття, моделі та техніки плекання. *Вісник Донецького національного університету імені Василя Стуса. Серія Психологічні науки*, 11, 32-44. [https://doi.org/10.31558/2786-8745.2023.2\(3\).4](https://doi.org/10.31558/2786-8745.2023.2(3).4)
34. Лазос, Г. (2019). Теоретико-методологічна модель резильєнтності як основа побудови психотехнології її розвитку. *Організаційна психологія. Економічна психологія*, 2-3(17), 77-89. <https://doi.org/10.31108/2.2019.3.17.9>
35. Цепкало Т. (2023). Гендерні стереотипи в українському медіапросторі. *The 4th International scientific and practical conference "Scientific research in the modern world"*. Canada, Toronto: Perfect Publishing, 665. URL: <https://sci-conf.com.ua/>
36. Лещенко О. (2017). Особливості самоефективності жінок, активних у сімейному житті країни. *Особистість, суспільство, закон: психологічні проблеми та шляхи їх розв'язання*. 111-112.
37. Copeland, S., Comes T., Bach S., Nagenberg M., Schulte, Y. & Doorn, N. (2020, December). Measuring social resilience: Trade-offs, challenges and opportunities for indicator models in transforming societies. *International Journal of Disaster Risk Reduction*, 51. Retrieved from <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2212420920313017>
38. Sutton, J. (2019) What Is Resilience, and Why Is It Important to Bounce Back? Retrieved from www.PositivePsychology.com
39. Suchecki, D., Souza-Talarico, J.N., Hamani, C. & Olivier, J.D. (2021) Editorial: The Complex Biopsychosocial Interactions That Create Stress Resilience. *Front. Behavioral Neuroscience*. 15:795312. doi: 10.3389/fnbeh.2021.795312
40. Vella, S. & Pai, N. (2019, January). A theoretical review of psychological resilience: Defining resilience and resilience research over the decades. *Archives of Medicine and Health Sciences*, 7 (2) Doi: 10.4103/amhs.amhs_119_19

41. Masten, A., O'Dougherty-Wright, M., & Narayan, A.J. (2013). *Resilience processes in development: Four waves of research on positive adaptation in the context of adversity* (2nd ed.) New York: Springer, 15-37.
42. Bryan, C., Macintyre, T. & O'Shea, D.E. (2018, November) The What, How, Where and When of Resilience as a dynamic, episodic, self-regulating system: A response to Hill et al. *Sport, Exercise, and Performance Psychology*, 7 (4).
Doi: 10.1037/spy0000133
43. Neenan, N. & Palmer, S. (2022, January). *Cognitive Behavioural Coaching in Practice: An Evidence Based Approach*. (2nd ed.) Publisher: Routledge. ISBN: 9780367461393. Retrieved from: <https://www.routledge.com/Cognitive-Behavioural-Coaching-in-Practice-An-Evidence-Based-Approach/Neenan-Palmer/p/book/9780415472630>
44. Pemberton, C. (2015) *Resilience Training: The Evidence on What Works*. URL: <https://carolepemberton.co.uk/resilience-training-the-evidence-on-what-works/>
45. American Psychological Association Dictionary of Psychology <https://dictionary.apa.org/resilience>
46. Denckla, C.A., Cicchetti, D., Kubzansky, L.D., Seedat, S., Teicher, M.H., Williams, D.R. & Koenen, K.C. (2020). Psychological resilience: an update on definitions, a critical appraisal, and research recommendations. *European journal of psychotraumatology*. 1-18. DOI:10.1080/20008198.2020.1822064
47. Masten, A., Narayan, A.J. & O'Dougherty, M. (2023). *Resilience Processes in Development: Multisystem Integration Emerging from Four Waves of Research*, Handbook of resilience in children. 19-46. doi: 10.1007/978-3-031-14728-9_2
48. Dolcos, F., Hohl, K., Hu, Y., & Dolcos, S. (2021). Religiosity and Resilience: Cognitive Reappraisal and Coping Self-Efficacy Mediate the Link between Religious Coping and Well-Being. *Journal of Religion and Health*, 60(5), 2892-2905. Doi: <https://doi.org/10.1007/s10943-020-01160-y>

49. Meierdirk, F. & Fleischer (2022, March) Teacher Mindset: Exploring the Mindset and Resilience of Student Teachers. *Teacher Development* 26(1), 1-16. Doi: 10.1080/13664530.2022.2048687
50. Lau, J. Y. F., Watkins-Muleba, R., Lee, I., Pile, V., & Hirsch, C. R. (2021). Promoting helpful attention and interpretation patterns to reduce anxiety and depression in young people: Weaving scientific data with young people's lived experiences. *BMC Psychiatry*, 21(403). <https://doi.org/10.1186/s12888-021-03320-0>
51. Neenan, M. (2018). Developing resilience: A Cognitive-Behavioral Approach. In Routledge (Eds.) (2nd ed.) Retrieved from: <https://doi.org/10.4324/9781315189178>
52. Chowdhury, B.A. (2019). What is Coping Theory? Definition and Worksheets. Retrieved from <https://positivepsychology.com>
53. Campanozzi, G., Sisto, F. A., Vicinanza, L.L., Ricci, Targaglino, D. & Tambone, V. (2019). Towards a Transversal Definition of Psychological Resilience: A Literature Review. *Medicina*, 55(11), 745; Doi: <https://doi.org/10.3390/medicina55110745>
54. Trudel-Fitzgerald, C., Boucher, G., Mondragon, P. & Morin, P. (2023, December) Coping and Emotion Regulation: A Conceptual and Measurement Scoping Review. *Canadian Psychology/Psychologie Canadienne*, 65(3). DOI:10.1037/cap0000377
55. Ryan, R.M. & Deci, E.L. (2008). From ego depletion to vitality: Theory and findings concerning the facilitation of energy available to the self. *Soc. Personal. Psychol.* 2, 702-717
56. Bonanno, G.A. (2004, January). Loss, Trauma, and Human Resilience. Have We Underestimated the Human Capacity to Thrive After Extremely Aversive Events. *American Psychologist*, 59(1), 20-28. Doi: 10.1037/0003-066X.59.1.20
57. Ruud, J.R., Hartigh, D. & Hill, Y. (2022). Conceptualizing and measuring psychological resilience: What can we learn from physics? *New Ideas in*

- Psychology*, 66, 100934. Doi:
<https://doi.org/10.1016/j.newideapsych.2022.100934>
- 58.Hephsebha, J. & Deb, A.(2024, May). Introducing Resilience Outcome Expectations: New Avenues for Resilience Research and Practice. *International Journal of Applied Positive Psychology*, 993-1005. DOI: 10.1007/s41042-024-00164-3
- 59.Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development*. Cambridge: Harvard University Press (pp. 16-42). Retrieved from URL: <https://www.hup.harvard.edu/books/9780674224575>
- 60.Biggs, A., Brough, P., & Drummond, S. (2017). Lazarus and Folkman's psychological stress and coping theory. In C. L. Cooper & J. C. Quick (Eds.), *The handbook of stress and health: A guide to research and practice* (pp. 351-364). Wiley Blackwell. Doi: <https://doi.org/10.1002/9781118993811.ch21>
- 61.Daniel, B. & Wassell, S. (2002). *The Early Years: Assessing and Promoting Resilience in Vulnerable Children*. Assessing and Promoting Resilience in Vulnerable Children, 1. London: Jessica Kingsley Publishers. Retrieved from: <http://www.jkp.com/catalogue/book/9781843100133>
- 62.Christensen, C. (2016, July). A critical reflection of Bronfenbrenner's development ecology model. *Problems of Education in the 21st century*, 69, 22-28. Doi: 10.13140/RG.2.1.2959.7681
- 63.Miller-Karas, E. (2015). *Building resilience to trauma: The trauma and community resiliency models*. Routledge, Taylor & Francis Group. (pp. 31-53), New York, NY. Retrieved from <https://doi.org/10.4324/9781003140887>
- 64.Gökmen, A., Yıldırım, M. & Wong, P.T. (2021). Meaningful Living, Resilience, Affective Balance, and Psychological Health Problems during COVID-19, *Current Psychology* (2022), 41, 7812-7823. Doi: 10.1007/s12144-020-01244-8

65. Deci, E. & Ryan, R. (2000, January). Self-Determination Theory and the Facilitation of Intrinsic Motivation, Social Development, and Well-Being. *American Psychologist*, 55(1), 68-78. Doi: 10.1037/110003-066X.55.1.68
66. Tedeschi, R. & Blevins, C. (2017). Posttraumatic growth: a pathway to resilience. *The Routledge international handbook of psychosocial resilience*, 324-333 Retrieved from: <https://psycnet.apa.org>
67. Ungar, M. (2018, January). Systemic resilience: principles and processes for a science of change in contexts of adversity. *Ecology and Society*, 23(4). Doi:10.5751/ES-10385-230434
68. Seligman, M. & Csikszentmihalyi, M. (2000, January). Positive psychology: An introduction. *American psychologist*, 55 (1), 5 - 44. Doi: 10.1037/0003-066X.55.1.5
69. Bandura, A. (2004). Health promotion by social cognitive means. *Health Education & Behavior*, 31(2), 143- 164
70. Scoloveno R. (2018, March). Resilience and Self-Efficacy: An Integrated Review of the Literature. *Human Journals*, 9 (1), 177-184. Retrieved from: www.ijsrm.humanjournals.com
71. Rotter, J. B. (1966). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monographs: General and Applied*, 80(1), 1-28. Doi: <https://doi.org/10.1037/h0092976>
72. Reknes, I., Visockaite, G., Lovakov, A., & Einarsen, S. V. (2019). The role of locus of control in the relationship between exposure to bullying behaviors and psychological strain. *Frontiers in Psychology*, 10, 1323. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.01323>
73. Bravo-Ortiz, M-F., Ortiz-Calvo, E., Martínez-Alés G., Mediavilla R., González-Gómez, E., Fernández-Jiménez, E., Moreno-Küstner B. (2022, April). The role of social support and resilience in the mental health impact of the COVID-19 pandemic among healthcare workers in Spain. *Journal of Psychiatric Research*, Vol. 148, 181-187. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2021.12.030>

74. Arslan G., Yıldırım, M. & Wong. T.P. (2021, January). Meaningful Living, Resilience, Affective Balance, and Psychological Health Problems during COVID-19. *Journal of Religion and Health*, 60, 2371-2385. Doi: <https://doi.org/10.1007/s10943-020-01173-7>
75. Kogar, E.Y. & Uslu, A. G. (2021). A Meta-Analysis Study on Gender Differences in Psychological Resilience Levels. *Cyprus Turkish Journal of Psychiatry & Psychology*, 3 (2), 132-143. Doi: 10.35365/ctjpp.21.2.15
76. Abraham, P., Russell, R.W., Huffman, S., Deuster, P. (2018) Army Combat Medic Resilience: The Process of Forging Loyalty. *Military Medicine*, 183, 3/4, 364-370. Doi: 10.1093/milmed/usx231
77. Arı, F. A. & Çarkıt, E. (2020). Investigation of resilience in terms of gender: A meta-analysis study. *Research on Education and Psychology (REP)*, 4(Special Issue), 34-52. Retrieved from: <http://dergipark.org.tr/rep>
78. Dökmen, Ü. (2017). *Masculine and Feminine Gender Roles in Society*. Istanbul: XYZ Publications.
79. Russell, D.W., & Russell, C.A. (2019). To What Extent Is Psychological Resilience Protective or Ameliorative: Exploring the Effects of Deployment on the Mental Health of Combat Medics. *Psychological Services*. 18(1), 51-63. Doi:10.1037/ser0000343
80. Clemente-Suárez, V.J., Tornero-Aguilera, J.F., Stergiou M., Rubio-Zarapuz, A. & Martín-Rodríguez, A. (2024). Optimising Combat Readiness: Practical Strategies for Integrating Physiological and Psychological Resilience in Soldier Training. *Healthcare* (12), 1160. Doi: <https://doi.org/10.3390/healthcare12121160>

81. Abraham, P., Deuster, P., Gibbons, S.W., Howe, E., Russell, C.A. & Russell, D.W. (2017, December) Narrative Approach in Understanding the Drivers for Resilience of Military Combat Medics. *BMJ Military Health*, 0:1-5. Doi:10.1136/jramc-2017-000877
82. Brandt, C., Portnoy, G., Relyea, M., Decker, S., Shamaskin-Garroway, A., Driscoll, M. & Haskell, S. (2018). Understanding Gender Differences in Resilience Among Veterans: Trauma History and Social Ecology. *Journal of Traumatic Stress*, 31 (6) 845-855. Doi: <https://doi.org/10.1002/jts.22341>

ДОДАТКИ

Додаток А

Чинники резильєнтності

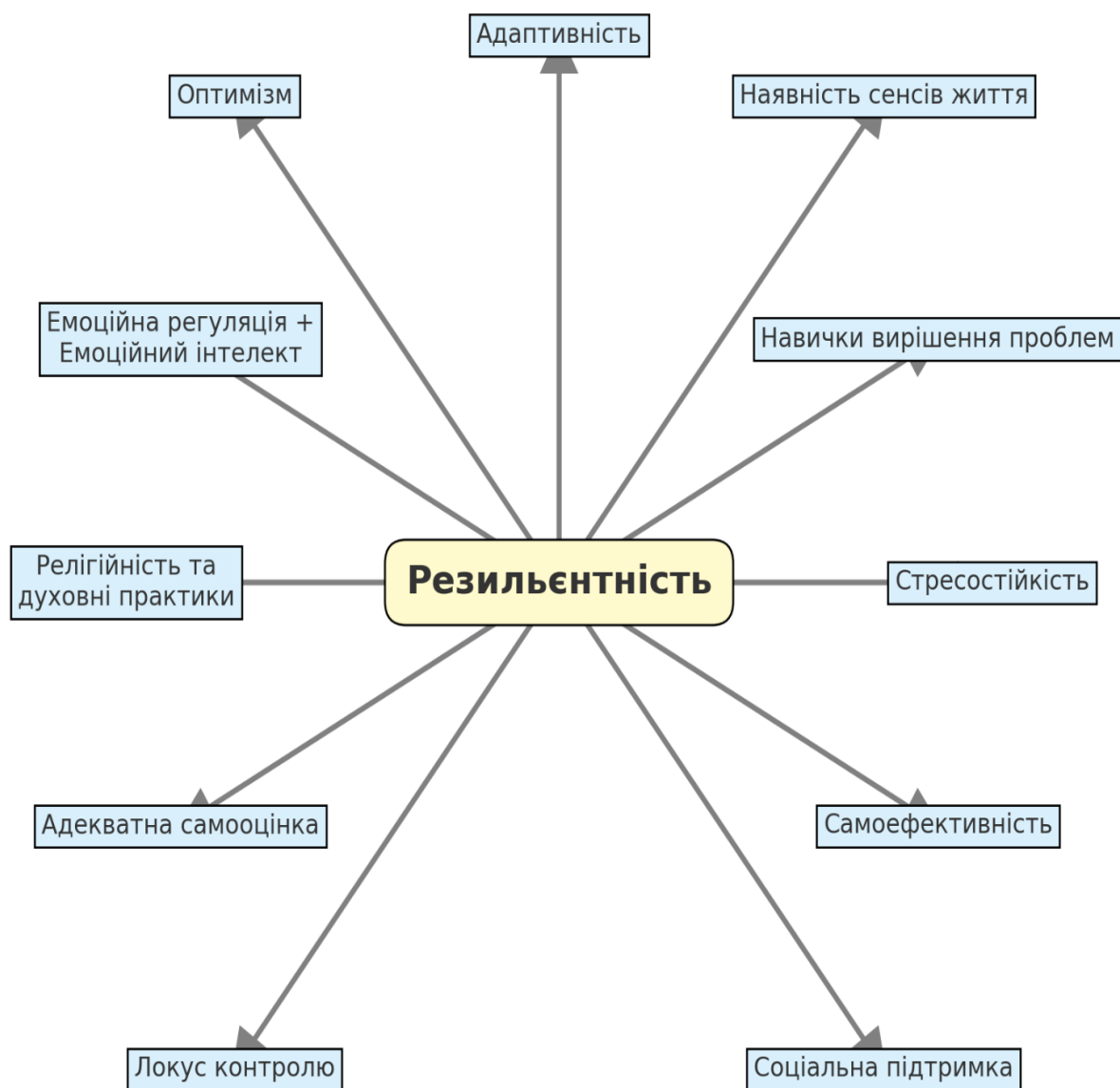


Рис. А. Чинники резильєнтності.

Додаток Б

Взаємозв'язок чинників резильєнтності

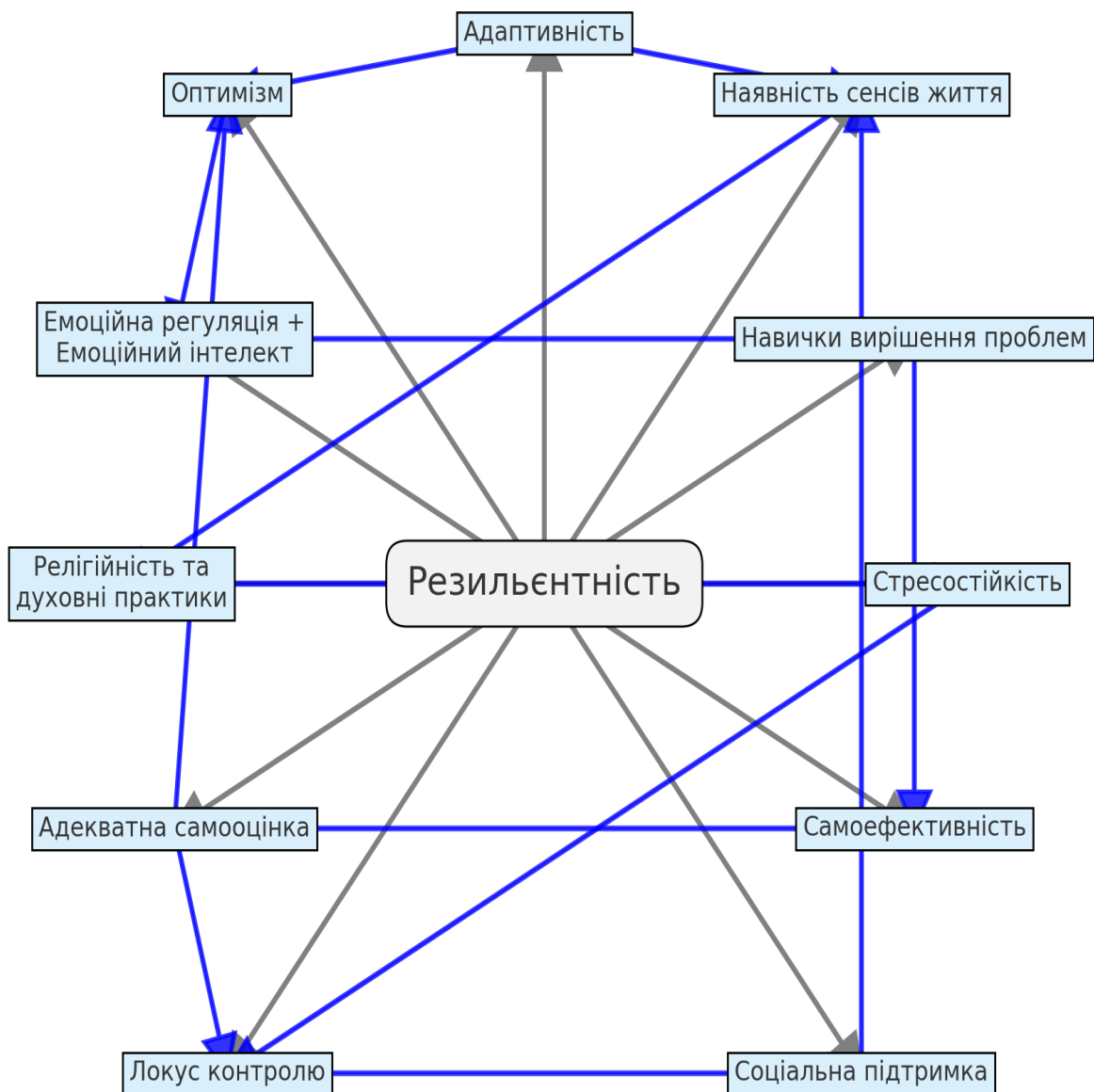


Рис. Б. Схематичне зображення зв'язків між чинниками резильєнтності.