



DOI <https://doi.org/10.32782/3041-1297/2026-1-48>

В. С. Дем'яненко

Університет Григорія Сковороди в Переяславі, м. Переяслав, Україна

ORCID: <https://orcid.org/0009-0009-3976-8328> – В. С. Дем'яненко



vitalydemianenko@gmail.com

ПСИХОЛОГІЧНА ГОТОВНІСТЬ ДО ЛІКУВАННЯ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ТА ВЕТЕРАНІВ ІЗ ТЯЖКИМИ ТРАВМАМИ ОПОРНО-РУХОВОЇ СИСТЕМИ

Анотація. У статті представлено теоретико-емпіричне обґрунтування психологічної готовності військовослужбовців та ветеранів із тяжкими пораненнями опорно-рухової системи до лікування як інтегрального психічного стану особистості, що включає мотиваційний, когнітивний, емоційно-вольовий і поведінковий компоненти та забезпечує активну участь у лікувально-реабілітаційному процесі. Мета статті – теоретичний аналіз та емпіричне дослідження психологічної готовності військовослужбовців та ветеранів із тяжкими травмами опорно-рухової системи до лікування. Психологічна готовність розглядається як міра внутрішньої залученості до відновлення та здатності долати фізичні й психологічні бар'єри лікування. На основі отриманих емпіричних даних встановлено, що 23% респондентів із тяжкими пораненнями опорно-рухової системи демонструють психологічну неготовність до лікування. Виявлено, що цей стан зумовлений кризою цілепокладання, уникненням планування майбутнього, неприйняттям тілесних змін та зниженням відчуття власної суб'єктності. Важкопоранені часто сприймають себе об'єктами медичного впливу, що знижує їхню активність у лікувальному та реабілітаційному процесах. З'ясовано, що пасивна позиція щодо лікування посилюється переживанням кризи майбутнього, відсутністю життєвих перспектив і зниженням мотивації до відновлення. Унаслідок цього лікувальні та реабілітаційні заходи нерідко сприймаються як малоефективні або формальні. Встановлено, що значним деструктивним чинником є соціальне відчуження та емоційна спустошеність, зумовлені недостатньою підтримкою з боку оточення, що призводить до виснаження психологічних ресурсів. Узагальнено, що сукупність зазначених факторів ускладнює процес лікування, адаптації до нових умов та відновлення тяжкопоранених військовослужбовців і ветеранів.

Ключові слова: психологічна готовність, готовність до лікування, військовослужбовці, травми опорно-рухової системи.

V. S. Demianenko

Grigory Skovoroda University in Pereyaslav, Pereyaslav, Ukraine

PSYCHOLOGICAL READINESS FOR TREATMENT OF MILITARY PERSONNEL AND VETERANS WITH SEVERE MUSCULOSKELETAL INJURIES

Abstract. This article presents a theoretical and empirical justification of the psychological readiness of military personnel and veterans with severe musculoskeletal injuries for treatment as an integral psychological state of the individual, comprising motivational, cognitive, emotional-volitional and behavioural components, and ensuring active participation in the treatment and rehabilitation process. The aim of the article is a theoretical analysis and empirical study of the psychological readiness of military personnel and veterans with severe musculoskeletal injuries for treatment. Psychological readiness is considered as a measure of internal commitment to recovery and the ability to overcome physical and psychological barriers to treatment. Based on the empirical data obtained, it was established that 23% of respondents with severe musculoskeletal injuries demonstrate psychological unpreparedness for treatment and rehabilitation. It was found that this condition is caused by a crisis of goal-setting, avoidance of planning for the future, rejection of bodily changes, and a diminished sense of self-agency. Patients often perceive themselves as objects of medical intervention, which reduces their active participation in the rehabilitation process. It has been shown that

a passive attitude towards treatment is exacerbated by a crisis regarding the future, a lack of life prospects, and reduced motivation for recovery. As a result, treatment and rehabilitation measures are often perceived as ineffective or merely formal. It has also been established that social isolation and emotional desolation, caused by a lack of support from those around them, constitute a significant destructive factor, leading to the depletion of psychological resources. It is concluded that the combination of these factors complicates the process of adaptation and recovery for seriously injured servicemen and veterans.

Key words: psychological readiness, readiness for treatment, servicemen, musculoskeletal injuries.

Постановка проблеми. Повномасштабна війна в Україні спричинила безпрецедентне зростання кількості військовослужбовців, які зазнали тяжких поранень опорно-рухової системи (далі – ОРС), включно з ампутаціями. Травматичні ушкодження створюють довготривалі фізичні обмеження та запускають складний комплекс психологічних і соціальних наслідків, які визначають подальшу якість життя поранених військовослужбовців і ветеранів. Поранення ОРС часто супроводжуються розвитком посттравматичного стресового розладу (далі – ПТСР), депресіями, тривожними станами та іншими психічними порушеннями, що потребують комплексного лікування та дієвої реабілітації.

Як свідчить медична практика, більшість тяжкопоранених недооцінюють серйозність власного стану, недостатньо усвідомлюють необхідність своєчасного й системного лікування та нерідко демонструють невідповідальне ставлення до проходження реабілітації. Це зумовлюється страхом здатися слабким, недостатнім розумінням сутності медичних утручань, емоційною байдужістю до власного стану або зневірою у можливості повноцінного відновлення. У медичних закладах лікування й одужання військовослужбовців та ветеранів після тяжких поранень значною мірою залежить від їхньої психологічної готовності до інтенсивного лікування та складної й довготривалої реабілітації, що актуалізує дослідження цього питання у сучасній психологічній науці.

Аналіз останніх досліджень. На сьогодні проблеми психологічних особливостей особистості військовослужбовців досліджують фахівці у галузі військової психології, соціальної роботи, психіатрії, психотерапії, реабілітології та психосоматичної медицини. У центрі наукової уваги перебувають питання надання психологічної допомоги військовим (Дж. Келлі, Дж. Ротор та ін.); підтримки військовослужбовців після участі в бойових діях (В. Алещенко, Н. Агаєв, О. Кокун, Н. Лозінська, В. Остапчук І. Пішко О. Туриніна) [1; 9], а також психологічної допомоги та реабілітації [3]. Психологічним особливостям тяжкопоранених військових присвячено окремі дослідження [4].

Питання психологічної готовності військовослужбовців до діяльності стало предметом активних наукових розвідок. Зокрема сучасними дослідниками розкриваються особливості професійної підготовки військових (О. Кокун, В. Стасюк та ін.), виконання військовослужбовцями бойових завдань (О. Колісниченко, Я. Мацегора та ін.), поведінки бійців в умовах ризику (І. Приходько та ін.), а також специфіку реалізації військовослужбовцями завдань за призначенням (В. Мороз, Н. Лозінська та ін.).

Попри підвищений інтерес до вивчення психологічних особливостей особистості військовослужбовців, питання їх психологічної готовності до лікування в разі тяжких травмувань ОРС не дістало належного висвітлення в психологічній науці та лікувальній практиці і досі не стало предметом спеціальних наукових досліджень. Україн бракує наукових даних та результатів емпіричних досліджень, щодо мотивації тяжкопоранених бійців та ветеранів включно з ампутаціями до лікування й відновлення.

Мета статті полягає у теоретичному аналізі та емпіричному дослідженні психологічної готовності військовослужбовців та ветеранів із тяжкими травмами опорно-рухової системи до лікування.

Виклад основного матеріалу дослідження. Поняття готовності визначається як цілісне утворення, що характеризує емотивно-когнітивну та волюву мобілізаційність суб'єкта в момент його включення в діяльність певної спрямованості [7]. Психологічна готовність вважається найважливішим суб'єктивним показником, що характеризує ступінь успішності діяльності особистості та відображає відповідність розвитку всіх її структур вимогам здійснюваної нею діяльності [8]. У науковій літературі існує думка, що психологічна готовність особистості до діяльності залежить від типу нервової системи та від індивідуально-типологічних властивостей (темпераменту, характеру). В Україні цей напрям розвивається в межах військової та педагогічної психології [2].

Більшістю науковців психологічна готовність до діяльності трактується як невід'ємна і значуща характеристика особистості та система взаємопов'язаних структурних компонен-

тів, що охоплюють особистісний (мотивація, інтереси) і процесуальний (знання, навички) аспекти. У сучасній психологічній науці психологічна підготовка особистості до діяльності розглядається як ключова умова цілеспрямованості діяльності, її структурованості, стабільності та підвищення ефективності. Відтак, успішність виконання будь-якої діяльності значною мірою визначається рівнем розвитку необхідних психологічних якостей людини, серед яких важливу роль відіграє мобілізованість сил на виконання завдання, наполегливість і рішучість здійснювати певні дії, уміння керувати собою. Психологічними передумовами формування готовності до виконання діяльності є її розуміння, усвідомлення власної відповідальності, сильне прагнення досягти успіху, визначення послідовності дій і способів роботи [5].

Психологічну готовність важкотравмованих військовослужбовців та ветеранів до лікування розглядаємо як важливий чинник медичного втручання та подальшої реабілітації, що значною мірою залежить не лише від фізичного стану пацієнта, а й від його здатності прийняти лікування, активно взаємодіяти з медичним персоналом і докладати зусиль для відновлення. У ситуації тяжких поранень, особливо травм ОРС, пацієнти часто переживають психологічну кризу, викликану сильним болем, ампутацією. Це веде за собою втрату звичного способу життя, зниження віри у власні можливості, страх інвалідації та невизначеність майбутнього. Усе це може зумовлювати зниження мотивації до лікування, пасивність, емоційне виснаження, недовіру до медичних процедур та відмову від реабілітації.

Аналіз наукових доробків представників української та світової психологічної думки дав змогу виокремити ключові компоненти психологічної готовності: мотиваційний, когнітивний, емоційно-вольовий та операційний. Враховуючи це було розроблено авторський опитувальник «Готовність військовослужбовців та ветеранів із тяжкими пораненнями ОРС до лікування та реабілітації», який містить п'ять блоків запитань на виявлення мотиваційної, психологічної, когнітивної, вольової та соціальної готовності тяжкопоранених до лікування та відновлення. Метою даної діагностики стало комплексне вивчення сформованості психологічної готовності військовослужбовців та ветеранів із тяжкими пораненнями ОРС до лікування та реабілітації шляхом виявлення особливостей мотиваційного, психологічного, когнітивного, вольового та соціального компонентів, що забезпечують ефективність відновлювального процесу.

Під час опитування враховували травмування бійців відповідно до «Класифікатора розподілу

травм за ступенем тяжкості» [6], Згідно Класифікатора тяжкими травмами ОРС зазначено такі: ушкодження шийних хребців; травми тазу, суглобів, кінцівок включно з ампутаціями.

Діагностичне опитування проводилося на базі ДНП «Всеукраїнський лікувально-реабілітаційний центр «Циблі»» з грудня 2025 р по квітень 2026 року, де пацієнтами є військовослужбовці та ветерани із тяжкими травмами ОРС з дотриманням усіх етичних норм та деонтологічних принципів психологічного дослідження, а також із отриманням інформованої згоди кожного учасника. Вибірка становила 120 осіб (N=120), чоловіків віком 20-45 років. Усі блоки опитувальника містили запитання, спрямовані на виявлення особливостей психологічної готовності тяжкопоранених до збереження стійкості, усвідомлення необхідності та прийняття лікування, адаптації до нових умов «іншого Я», а також подолання труднощів лікувального процесу на шляху до одужання та подальшої реабілітації.

Мотиваційний блок включав шість запитань, спрямованих на виявлення та оцінку мотиваційної готовності тяжкопоранених до лікування, зокрема їхнього внутрішнього прагнення до одужання. Мотивація тяжкопоранених бійців та ветеранів до лікування визначається за внутрішньою системою спонукань, що відображає їх ставлення до лікувального процесу та активність у ньому, зокрема приймати лікування, докладати зусиль для відновлення і наполегливо долати труднощі реабілітації.

Психологічна частина опитувальника спрямована на виявлення внутрішніх емоційно-психічних станів, установок і ресурсів, що визначають здатність важкопоранених військовослужбовців та ветеранів активно включатися в процес лікування, зокрема їх готовність прийняти лікування, витримати його труднощі й співпрацювати з медичним персоналом.

Когнітивна готовність передбачає оцінювання мислення, сприйняття, та усвідомлення пацієнтами – військовослужбовцями та ветеранами – власного стану і процесу лікування. За допомогою запитань опитувальника з'ясовували наскільки важкопоранений розуміє, що відбувається, і готовий об'єктивно оцінювати свої дії та можливості під час лікування.

Вивчення вольової готовності тяжкопоранених військових та ветеранів – частина психологічного блоку, що оцінює здатність таких пацієнтів активно долати труднощі, мобілізувати внутрішні ресурси і наполегливо діяти у процесі лікування та реабілітації. З'ясовували наскільки поранений готовий боротися зі своїми обмеженнями, болем

і складнощами лікування та визначали ступінь його стійкості до труднощів. Вольову готовність вивчали за ступенем прояву особистістю наполегливості, самоконтролю, мобілізації внутрішніх ресурсів та цілеспрямованості.

Опитувальник містить блок запитань спрямованих на оцінку соціальної готовності особистості до лікування та відновлення: здатність пацієнта взаємодіяти з іншими людьми в госпітальних умовах (медичний персонал, сім'я, інші пацієнти); підтримувати комунікацію та ефективно користуватися соціальною підтримкою у процесі лікування та одужання. Визначення соціальної готовності тяжкопоранених військовослужбовців та ветеранів до лікування включало з'ясування: ступеня взаємодії та комунікації з медичним персоналом, рідними та близькими; комунікативної здатності; соціальної адаптації; використання соціальних ресурсів.

Зібрані під час опитування дані дали змогу сформулювати цілісне уявлення про особливості психологічної готовності військовослужбовців та ветеранів із тяжкими пораненнями ОРС до лікування. Кількісні результати опитування наведено в таблиці 1.

Отримані кількісні дані мотиваційного компоненту свідчать про те, що не всі досліджувані – тяжкопоранені військовослужбовці та ветерани, чітко розуміють заради чого проходять складне лікування. Відсутність мотивації пов'язана з радикальною зміною життя у зв'язку з тяжким пораненням, або ампутацією. Адже вони не просто лікуються, а намагаються знайти сенс у своєму «новому тілі» та ролі в суспільстві. За нерозумінням мотивації стоїть втрата військової приналежності, якщо поранення унеможливує повернення у стрій, а цивільне життя поки для них немає чіткої ясності. Для пораненого бійця, який втратив колишню силу, може бути несприйняття результату лікування. Він не мотивований боротися за життя, яке на його погляд, навіть при загоєнні ран та збереженні кінцівки буде неповноцінним. Емоційне вигорання та втома від болю також стають причинами втрати мотивації. У більшості під час лікування тяжкопоранені проходять через біль, місяцями операції та складну реабілітацію. Якщо біль стає хронічним, він затьмарює будь-яку мету. У таких випадках боєць бажає, щоб його залишили в спокої, втрачаючи розуміння майбутнього, заради якого він має все стерпіти і пережити.

Важливим для мотивації є соціальний орієнтир, якщо військовий не бачить чіткого шляху соціалізації (робота, повага, підтримка та ін.), у нього виникає питання: «Я вилікуюся, а що далі? Кому я буду потрібний?». Без власного розу-

міння ситуації мотивація до складних процедур зникає. Серед опитаних виявлено 6% пацієнтів, які засвідчили, що точно уникають думок про своє майбутнє і 19% респондентів на дане питання відповіли – «скоріше так». Уникання думок про майбутнє може бути спробою психіки захиститися від надмірного болю, страху інвалідності або невпевненості. Таким чином, майбутнє здається загрозою, а не ресурсом. Людина боїться будувати плани, щоб не розчаруватися, якщо стан погіршиться, наприклад, після наступної операції чи це виявиться після чергової перев'язки.

Унаслідок важкого поранення у військово-службовців та ветеранів під час проходження довготривалого лікування часто відбувається втрата життєвих опор, руйнування планів на майбутнє (кар'єра, спорт, батьківство та ін.). Особистість опиняється на межі, коли життєві плани зруйновані, а нові ще не створені: виникає пуста, в яку страшно зазирати. Уникнення думок про майбутнє є класичною ознакою травматичного стресу. Причиною відсутності мотивації до лікування може стати ПТСР або депресія. Людина почувається відірваною від плину часу. Виникає відчуття скороченого майбутнього, коли тяжкопоранений підсвідомо не вірить, що після всього, що з ним трапилося, знайде місце в соціумі чи доживе до старості.

Досліджувані (19%, що відповіли «скоріше так») можуть перебувати в стані очікування, що все само собою вирішиться. Така позиція є пасивною, оскільки відсутність планів на майбутнє знімає відповідальність за активну реабілітацію сьогодні. Ця група опитуваних потребує особливої уваги, оскільки без візії майбутнього процес відновлення стає для них безглуздим механічним терпінням.

Дослідження показало, що багато хто проходить лікування за інерцією, бо так кажуть лікарі, волонтери, на цьому наполягають рідні. Але внутрішнє власне прагнення «Я хочу це зробити, щоб...» відсутнє. У такому стані лікування сприймається тяжкопораненим як набір механічних дій, а не як шлях до відновлення. Виявленні 7% (відповіли – «ні») і 11% (відповіли – «скоріше ні») військових із тяжкими травмами ОРС та відсутньою мотивацією до лікування становлять групу найвищого ризику щодо депресії, відмови від реабілітації та довічної інвалідизації, оскільки вони не бачать себе в майбутньому.

У даному випадку відсутність мотивації пацієнта до лікування певною мірою може бути зумовлена внаслідок дефіциту комунікації між лікарем і пацієнтом, коли медичну інформацію не адаптують під рівень сприйняття звичайної людини.

Показники за результатами опитування (N=120), у % співвідношенні

Запитання опитувальника	Варіанти відповіді респондентів на запитання у %			
	Ні	Скоріше ні	Скоріше так	Так
Мотиваційний компонент				
1. Я особисто зацікавлений у максимальному відновленні своїх фізичних можливостей.	–	9	26	65
2. Я розумію, заради чого проходжу складне лікування.	7	11	13	69
3. Навіть якщо результат буде повільним, я готовий працювати над відновленням.	–	8	73	19
4. Моє одужання насамперед залежить від моїх власних зусиль.	12	16	10	62
5. Я вірю в ефективність лікувальної і реабілітаційної програм.	–	6	66	28
6. Я маю цілі на майбутнє, заради яких варто відновлюватися.	–	8	75	17
Психологічний компонент				
7. Я приймаю зміни, які сталися з моїм тілом	9	13	59	19
8. Я здатний контролювати свої емоції під час лікування.	7	11	67	15
9. Я не здаюся від тимчасових невдач.	–	17	34	49
10. Я відчуваю внутрішні сили долати труднощі.	–	7	51	42
11. Я зберігаю надію на позитивний результат.	–	9	58	33
12. Я уникаю думок про своє майбутнє.	34	41	19	6
Когнітивний компонент				
13. Я добре розумію етапи свого лікування.	12	11	23	54
14. Я усвідомлюю, що лікування та реабілітація потребує часу і терпіння.	–	–	25	75
15. Я маю реалістичні очікування щодо результатів відновлення.	9	11	68	12
16. Я активно цікавлюся інформацією про свій стан.	12	13	54	21
Вольовий компонент				
17. Я регулярно виконую рекомендовані вправи	14	10	17	59
18. Я дотримуюся режиму лікування.	–	9	13	78
19. Навіть при болю або втомі я намагаюся завершити вправи.	19	12	47	22
20. Я не пропускаю процедури без вагомих причин.	8	11	12	69
21. Я здатний дисципліновано працювати над собою.	6	9	67	18
Соціальний компонент				
22. Я відчуваю підтримку з боку близьких людей.	4	6	12	78
23. Я довіряю лікарю та медичному персоналу.	–	–	27	73
24. Я можу відкрито говорити про свої труднощі.	5	6	61	28
25. Мене підтримує приклад інших військових, які проходять лікування та реабілітацію.	7	9	47	37

У ході опитування також з'ясовано, що тяжкопоранені не вважають, що їх одужання насамперед залежить від власних зусиль. Серед респондентів 12% відповіли, що зовсім не залежить і 16% – дали відповіді, що скоріш за все не залежить. У даному випадку отримані результати опитування свідчать про те, що тяжкопоранені у своїй безпомічності, насамперед сподіваються на майстерність лікарів, чудодійність ліків. Шок від втрати контролю над тілом руйнує віру у власну спроможність на щось впливати, напри-

клад, «Якщо я не відчуваю свої ноги, як я можу контролювати одужання?».

Під час опитування з'ясовано таку особливість: психіка бійців, звикла до того, що на війні багато залежить від удачі, наказу, «прильоту». Така модель переноситься ними в госпітальні умови, наприклад, «Як пощастить», «Як Бог дасть», «Як зроблять лікарі». Причиною перекладання відповідальності може бути депресивна апатія тяжкопораненого. Оскільки важке поранення часто супроводжується депресією, при якій вольовий

ресурс особистості вичерпується, пацієнту простіше вірити, що від нього нічого не залежить, аніж знаходити силу на щоденну виснажливу роботу над своїм лікуванням і відновленням.

Причиною неучасті у своєму лікуванні може стати недостатність зворотного зв'язку: відсутність пояснень лікарів пацієнту, щодо того, що саме залежить від його режиму, харчування, виконання вправ тощо. Тому тяжкопоранені іноді почуваються пасивними спостерігачами свого лікування.

За результатами опитування отримали дані, що не всі тяжкопоранені військові та ветерани відразу приймають зміни, які сталися з їх тілом унаслідок тяжких поранень: 9% – «ні» і 13% – «скоріше ні». Такі результати можуть свідчити про захисну реакцію психіки на зміну ідентичності, особливо у пацієнтів із вираженими втратами функцій кінцівок, рубцевими деформаціями, естетичними дефектами та ампутаціями. Втрата кінцівки або функцій тіла може сприйматися як «поломка» особистості. Тяжкопоранений боєць відмовляється прийняти ці зміни, бо це означає відчуття себе слабким, іншим. Прийняття змін, які сталися з тілом унаслідок тяжких поранень, дорівнює остаточній капітуляції перед травмою.

Відповіді «ні» та «скоріше ні» свідчать про те, що пацієнт застряг на етапі горювання (за Кюблер-Росса) і підсвідомо сподівається на диво, що медицина поверне все як було до поранення. Нейрофізіологічно мозок ще тривалий час зберігає карту тіла, тому тяжкопоранений може відчувати неіснуючу кінцівку, що створює ілюзію її наявності. Цей дисонанс заважає психіці інтегрувати зміни. Неприйняття змін тіла – це спроба відгородитися від майбутнього статусу «інваліда», від жалю з боку оточуючих, або того, щоб стати тягарем для родини. Таке неприйняття може зумовити низьку мотивацію до протезування чи реабілітації.

За вольовим компонентом психологічної готовності було отримано найнижчі результати. Зафіксовано, що на твердження «Я регулярно виконую рекомендовані вправи» 14% респондентів відповіли «ні», а 10% – «скоріше ні». «Навіть при болю або втомі намагаюся завершити вправи»: 19% відповіли «ні» і 12% – «скоріше ні». Причиною невиконання вправ при тяжких пораненнях майже завжди є біль або дискомфорт. Виникає стан, коли людина фізично не має вольового ресурсу, щоб змусити себе рухатися. Важке поранення виснажує психіку, і пацієнт переходить у режим «енергозбереження» і лише лежить, уникаючи будь-якої активності.

Окремі важкопоранені виявляли тривогу, що можуть нашкодити собі: розійдуться шви,

виникне кровотеча, посиляться запалення, тому підсвідомо уникають активності. Ще одна категорія респондентів, які, долучившись до активних вправ, не помітили візуальних змін (чутливість не повернулася, м'яз не зріс). У них виникає відчуття марності зусиль, наприклад, «Навіщо мучитися, якщо нічого не змінюється?». Респонденти свідчили про пропуск лікувальних процедур без вагомих причин (8% – «так» та 11% – «скоріше так»), а також про нездатність дисципліновано працювати над собою (6% – «так» та 9% – «скоріше так»).

Опитувальник також містить блок тверджень для вивчення соціальної готовності тяжкопоранених військових до лікування та реабілітації. З'ясовано, що тяжкопоранені пацієнти відчувають підтримку з боку близьких людей в різній мірі. Зафіксовано, що зовсім не мають підтримки близьких та рідних – 4%, скоріше не мають – 6%. Підтримки рідних не мають військові, у яких відсутні батьки, родина, або навіть близькі (2%). У тяжкопоранених, лише у небагатьох випадках, зафіксовано непорозуміння з рідними (2%): через втому пораненого від співчуття рідних, через почуття пацієнта, не бажання бути тягарем для сім'ї, через невміння налагодити комунікацію з сім'єю.

Приклад інших військових, які проходять лікування та реабілітацію, зовсім на підтримують 7% і скоріше не підтримують 9% респондентів. Дивлячись на успішні результати тривалого лікування побратима, пацієнт засмучується, що йому ще треба багато пройти. Замість надії може виникати тривога перед подальшим лікуванням та відновленням. Окремі пацієнти свій випадок розцінюють виключно важким, тому досвід інших не вважають дотичним до себе.

Висновки. Отже, на основі теоретичного аналізу наукових джерел визначено психологічну готовність військовослужбовців та ветеранів із тяжкими пораненнями ОРС до лікування як інтегральний психічний стан особистості, що відображає сформовану систему внутрішніх мотиваційних, когнітивних, емоційно-вольових і поведінкових компонентів, які забезпечують усвідомлену участь пацієнтів у лікувальному процесі та сприяють їх активній співпраці з медичним персоналом. Це міра внутрішньої залученості тяжкопоранених до відновлення та їх здатність долати як фізичні так і психологічні бар'єри лікування.

У результаті проведеного емпіричного дослідження встановлено, що 23% військовослужбовців і ветеранів із тяжкими пораненнями ОРС демонструють психологічну неготовність до

лікування та реабілітації, зумовлену комплексом психологічних і соціальних чинників. Отримані дані свідчать про наявність проявів психологічної дезадаптації у значної частини респондентів, що характеризуються кризою цілепокладання, уникненням планування майбутнього та неприйняттям тілесних змін. Виявлено, що ігнорування лікувально-відновлювальних заходів пов'язане з втратою відчуття власної суб'єктності, коли тяжкопоранені пацієнти сприймають себе переважно як об'єкти медичного впливу, а не як активних учасників процесу одужання. Пасивна позиція щодо лікування посилюється переживаннями кризи майбутнього, відсутністю життєвих перспектив і неприйняттям змін у тілі, що знижує мотивацію до активної участі в реабілітаційному процесі. У цьому контексті фізичні зусилля та лікувальні заходи часто сприймаються тяжкопораненими як малоефективні. Значним деструктивним чинником виступає соціальне відчуження та емоційна спустошеність, зумовлені недостатньою підтримкою з боку оточення. У сукупності все це знижує психологічні ресурси тяжкопоранених військовослужбовців і ветеранів та ускладнює процеси подолання болю та тривалого лікування.

Перспективи подальшої роботи вбачаємо у розробці терапевтичних заходів для оптимізації психологічної готовності тяжкопоранених бійців та ветеранів до лікування та реабілітації засобами лікарської комунікації.

Список літератури:

1. Кокун О.М., Агаєв Н.А., Пішко І.О., Лозінська Н.С., Остапчук В.В. Психологічна робота з військовослужбовцями – учасниками АТО на етапі відновлення: методичний посібник. Київ : НДЦ ГП ЗСУ, 2017. 282 с.
2. Кокун О.М. Психофізіологічне забезпечення готовності студентів до педагогічної діяльності: монографія. Київ : Педагогічна думка, 2008. 296 с. URL: <https://surl.li/sjkygf>
3. Осодл В. Теорія і практика психологічної допомоги та реабілітації: підручник. Київ : НУОУ імені Івана Черняхівського, 2020. 484 с.
4. Петrenchенко С. Психологічні особливості основних категорій важкопоранених комбатантів. *Психологічний журнал*. 2024. №13. С.36–42. DOI: <https://doi.org/10.31499/2617-2100.13.2024.315002>
5. Психологічний словник / авт.-уклад.: В. В. Синявський, О. П. Сергєєнкова ; за ред. Н. А. Побірченко. Київ : Науковий світ, 2007. 314 с. URL: <https://surl.li/foiryd>
6. Про затвердження Класифікатора розподілу травм за ступенем тяжкості : Наказ МОЗ України від 04.07.2007 р. № 370. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0902-07#Text>

7. Семенова А. В. Словник-довідник з професійної педагогіки / за ред. О. С. Падалки. Одеса : Пальміра, 2006. 221 с. URL: <https://www.pedagogic-master.com.ua/public/semenova/slovník.pdf>

8. Томчук М. І. Методологічні засади дослідження формування психологічної готовності особистості до діяльності. *Психологія і суспільство*. 2010. № 4. С. 39–46. URL: <https://surl.li/foiryd>

9. Туриніна О. Л. Психологія травмуючих ситуацій: навч. посіб. для студ. вищ. навч. закл. Київ : ДП Вид. дім «Персонал», 2017. 160 с.

References:

1. Kokun, O.M., Ahaiev, N.A., Pishko, I.O., Lozinska, N.S., Ostapchuk, V.V. (2017). *Psykhologichna robota z viiskovosluzhbovtsiamy – uchasykamy ATO na etapi vidnovlennia: metodychnyi posibnyk* [Psychological support for military personnel who took part in the Anti-Terrorist Operation during the recovery phase: a methodological guide]. Kyiv : NDTs HP ZSU. 282. [in Ukrainian].
2. Kokun, O.M. (2008). *Psykhofiziologichne zabezpechennia hotovnosti studentiv do pedahohichnoi diialnosti: monohrafiia* [Psychophysiological Support for Students' Readiness for Teaching: A Monograph]. Kyiv : Pedahohichna dumka, 296. Retrieved from: <https://surl.li/sjkygf> [in Ukrainian].
3. Osodl, V. (2020). *Teoriia i praktyka psykhologichnoi dopomohy ta reabilitatsii: pidruchnyk* [Theory and Practice of Psychological Support and Rehabilitation: A Textbook]. Kyiv : NUOU imeni Ivana Cherniakhovskoho, 484. [in Ukrainian].
4. Petrenchenko, S. (2024). *Psykhologichni osoblyvosti osnovnykh katehorii vazhkoporanykh kombatantiv* [Psychological characteristics of the main categories of seriously wounded combatants]. *Psykhologichnyi zhurnal*, 13, 36–42. [in Ukrainian]. <https://doi.org/10.31499/2617-2100.13.2024.315002>
5. Pobirchenko, N.A., Syniavskiy, V.V., Serhieienkova, O.P. (2007). *Psykhologichnyi slovnyk* [Psychological Dictionary]. Kyiv : Naukovyi svit, 314. Retrieved from: <https://surl.li/foiryd> [in Ukrainian].
6. Pro zatverdzhennia Klyasyfikatora rozpodilu travm za stupenem tiazhkosti [On the approval of the Classification of Injuries by Severity]: *Nakaz MOZ Ukrainy vid 04.07.2007. № 370*. Retrieved from: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0902-07#Text> [in Ukrainian].
7. Semenova, A. V. (2006). *Slovník-dovidnyk z profesiinoi pedahohiky* [A Reference Dictionary of Professional Pedagogy] / za red. O. S. Padalky. Odessa : Palmira. 221. Retrieved from: <https://www.pedagogic-master.com.ua/public/semenova/slovník.pdf> [in Ukrainian].
8. Tomchuk, M. I. (2010). *Metodolohichni zasady doslidzhennia formuvannia psykhologichnoi hotovnosti osobystosti do diialnosti* [Methodological foundations of research into the development of an individual's psychological readiness for activity]. *Psykhologhiia i*

suspilstvo, 4, 39–46. Retrieved from: <https://surl.li/foiryd> [in Ukrainian].

9. Turykina, O. L. (2017). *Psykhologhiia travmiiuchykh situatsii: navch. posib. dlia stud. vyshch.*

navch. Zakl [The Psychology of Traumatic Situations: A Study Guide for Students of Higher Education Institutions]. Kyiv: DP Vyd. dim «Personal». 160. [in Ukrainian].

© В. С. Дем'яненко

Науково-методична стаття

Дата першого надходження статті до видання: 02.03.2026

Дата прийняття статті до друку після рецензування: 29.03.2026

Дата публікації (оприлюднення) статті: 29.05.2026