

**МЕЛІТОПОЛЬСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ ПЕДАГОГІЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМЕНІ БОГДАНА ХМЕЛЬНИЦЬКОГО**

Факультет фізичної культури спорту та психології

Кафедра психології

**КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА
на здобуття освітнього ступеня магістр на тему:**

**«ТЕРАПЕВТИЧНЕ САДІВНИЦТВО
В ПРОЦЕСІ РЕАБІЛІТАЦІЇ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ,
ЯКІ ПЕРЕЖИЛИ БОЙОВИЙ СТРЕС»**

Виконала: здобувач вищої освіти

Групи М414-ф

Денного відділення

Спеціальність: 053 - Психологія

Спеціальність: 206 – Садово-паркове господарство

Освітньо-професійна програма: Гарденотерапія

Нікітчук Ірина Вікторівна

Наукові керівники:

Остополець Ірина Юріївна кандидат психологічних наук, доцент кафедри психології

Тутова Ганна Федорівна старший викладач кафедри ботаніки, екології та садово-паркового господарства

Рецензент:

Кунах Ольга Миколаївна доктор біологічних наук, професор кафедри біорізноманіття та екології Дніпровського національного університету імені Олеся Гончара

Запоріжжя 2026 рік

АНОТАЦІЯ

Нікітчук Ірина: «ТЕРАПЕВТИЧНЕ САДІВНИЦТВО В ПРОЦЕСІ РЕАБІЛІТАЦІЇ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ, ЯКІ ПЕРЕЖИЛИ БОЙОВИЙ СТРЕС»

Магістерську роботу присвячено дослідженню психоемоційного стану військовослужбовців та ветеранів, які мають досвід участі у бойових діях, а також обґрунтуванню ефективності гарденотерапії як засобу їх психологічної реабілітації.

Проаналізовано проблему бойового стресу, емоційного вигорання та психоемоційного виснаження, визначено особливості їх проявів. Розкрито теоретичні засади застосування гарденотерапії як методу відновлення психологічних ресурсів особистості.

Емпіричне дослідження проведено за участю 35 респондентів із використанням методик: HADS, діагностики емоційного вигорання В. Бойка та тесту САН. Результати засвідчили підвищений рівень тривожності, вигорання та виснаження у більшості учасників.

Реалізована програма гарденотерапії (12 занять) сприяла зниженню рівня тривожності, емоційного вигорання та покращенню самопочуття, активності й настрою респондентів.

Практичне значення роботи полягає у можливості застосування розробленої програми в роботі з військовослужбовцями та ветеранами.

Ключові слова: *гарденотерапія, психоемоційний стан, військовослужбовці, ветерани, бойовий стрес, емоційне вигорання, тривожність, психологічна реабілітація.*

ABSTRACT

Nikitchuk Iryna: “THERAPEUTIC GARDENING IN THE REHABILITATION OF MILITARY PERSONNEL WHO HAVE EXPERIENCED COMBAT STRESS”

The master’s thesis is devoted to the study of the psycho-emotional state of military personnel and veterans with combat experience, as well as to the substantiation of the effectiveness of horticultural therapy as a means of their psychological rehabilitation.

The study analyzes the problem of combat stress, emotional burnout, and psycho-emotional exhaustion, and identifies the specifics of their manifestation. The theoretical foundations of horticultural therapy as a method for restoring psychological resources are also outlined.

An empirical study was conducted involving 35 respondents using the following methods: the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), Boyko’s Emotional Burnout Inventory, and the SAN (well-being, activity, mood) test. The results indicated elevated levels of anxiety, burnout, and exhaustion among the majority of participants.

The implemented horticultural therapy program (12 sessions) contributed to a reduction in anxiety and emotional burnout levels, as well as to improvements in well-being, activity, and mood.

The practical significance of the study lies in the possibility of applying the developed program in work with military personnel and veterans.

Keywords: *horticultural therapy, psycho-emotional state, military personnel, veterans, combat stress, emotional burnout, anxiety, psychological rehabilitation.*

РЕФЕРАТ

на магістерську роботу : «ТЕРАПЕВТИЧНЕ САДІВНИЦТВО В ПРОЦЕСІ РЕАБІЛІТАЦІЇ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ, ЯКІ ПЕРЕЖИЛИ БОЙОВИЙ СТРЕС»

Магістерська робота присвячена дослідженню психоемоційного стану військовослужбовців та ветеранів, які мають досвід участі у бойових діях, а також обґрунтуванню ефективності гарденотерапії як засобу їх психологічної реабілітації.

Актуальність теми дослідження зумовлена суттєвим зростанням кількості осіб, які зазнали впливу бойового стресу внаслідок збройної агресії. Тривалий вплив стресогенних факторів призводить до розвитку тривожних станів, емоційного вигорання, психоемоційного виснаження, зниження рівня життєстійкості та порушення соціальної адаптації. У цьому контексті особливої ваги набуває пошук ефективних, доступних та науково обґрунтованих методів психологічної допомоги й реабілітації, які сприятимуть відновленню внутрішніх ресурсів особистості. Одним із перспективних напрямів є гарденотерапія як форма взаємодії людини з природним середовищем, що поєднує психотерапевтичний, соціальний і відновлювальний потенціал.

Метою дослідження є вивчення особливостей психоемоційного стану військовослужбовців та ветеранів і перевірка ефективності програми гарденотерапії як засобу його корекції.

Для досягнення поставленої мети визначено такі завдання: здійснити теоретичний аналіз наукових підходів до вивчення бойового стресу, емоційного вигорання та психоемоційного виснаження; дослідити психоемоційний стан осіб із досвідом участі у бойових діях; розробити та апробувати програму гарденотерапії; оцінити її ефективність за результатами формувального експерименту.

Об'єкт дослідження — психоемоційний стан військовослужбовців та ветеранів.

Предмет дослідження — вплив гарденотерапії на психоемоційний стан осіб із досвідом участі у бойових діях.

Методологічну основу дослідження становлять сучасні підходи до вивчення психоемоційних станів особистості, концепції стресу та психологічної реабілітації, а також теоретичні положення щодо терапевтичного впливу природного середовища на людину. У роботі використано комплекс взаємодоповнюючих методів дослідження. Теоретичні методи включали аналіз, синтез, узагальнення та систематизацію наукових джерел. Емпіричне дослідження проведено за участю 35 респондентів — військовослужбовців і ветеранів. Для діагностики застосовано шкалу госпітальної тривожності та депресії (HADS), методику діагностики рівня емоційного вигорання В. Бойка та тест САН (самопочуття, активність, настрої). Обробка результатів здійснювалася із застосуванням методів кількісного та якісного аналізу.

Структурно магістерська робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел та додатків. У першому розділі здійснено теоретичний аналіз проблеми бойового стресу, розкрито сутність емоційного вигорання та психоемоційного виснаження, а також обґрунтовано можливості використання гарденотерапії як методу психологічної допомоги. У другому розділі представлено організацію, методику та результати емпіричного дослідження, які засвідчили наявність підвищеного рівня тривожності, емоційного вигорання та психоемоційного виснаження у більшості респондентів. У третьому розділі розроблено програму гарденотерапії, що включала 12 занять, спрямованих на зниження психоемоційного напруження, розвиток навичок саморегуляції та відновлення внутрішніх ресурсів, а також проаналізовано результати її впровадження.

Результати дослідження підтвердили ефективність запропонованої програми гарденотерапії. Після її реалізації зафіксовано зниження рівня тривожності, емоційного вигорання та психоемоційного виснаження у учасників дослідження, а також покращення показників самопочуття, активності й настрою. Отримані дані свідчать про позитивний вплив взаємодії з природним середовищем на психофізіологічний стан особистості, зокрема через зниження рівня стресу, нормалізацію емоційного фону та активізацію адаптаційних ресурсів.

Апробація результатів дослідження здійснювалася шляхом підготовки та публікації наукової статті на тему: «Психофізіологічні ефекти терапевтичного садівництва: теоретичний аналіз», рекомендованої до друку Вченою радою Мелітопольського державного педагогічного університету імені Богдана Хмельницького (протокол № 4 від 31.10.2025 р.). У публікації висвітлено теоретичні засади досліджуваної проблематики, що стало підґрунтям для подальшого емпіричного дослідження в межах магістерської роботи.

Наукова новизна роботи полягає в уточненні особливостей психоемоційного стану військовослужбовців і ветеранів в умовах бойового стресу, а також у теоретичному та емпіричному обґрунтуванні ефективності гарденотерапії як засобу психологічної реабілітації.

Практичне значення дослідження полягає у можливості використання розробленої програми гарденотерапії в діяльності психологів, соціальних працівників, фахівців реабілітаційних центрів.

Структура та обсяг роботи: магістерська робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел, що налічує **55 найменувань**, та додатків. Основний зміст викладено на 89 сторінках, робота містить 15 таблиць і 8 ілюстрацій. Загальний обсяг становить 127 сторінок.

Ключові слова: гарденотерапія, психоемоційний стан, військовослужбовці, ветерани, бойовий стрес, емоційне вигорання, тривожність, психологічна реабілітація.

ЗМІСТ

ВСТУП.....	3
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ РЕАБІЛІТАЦІЙНОГО ПРОЦЕСУ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ, ЯКІ ПЕРЕЖИЛИ БОЙОВИЙ СТРЕС, ЗАСОБАМИ ГАРДЕНОТЕРАПІЇ.....	7
1.1. Особливості реабілітації як різновиду надання психологічної допомоги постраждалим.....	7
1.2. Бойовий стрес та його наслідки.....	16
1.3. Гарденотерапія як засіб реабілітації і психологічного супроводу.....	25
РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНОГО СТАНУ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ, ЯКІ ПЕРЕЖИЛИ БОЙОВИЙ СТРЕС.....	32
2.1. Мета, завдання, гіпотеза та організація емпіричного дослідження.....	32
2.2. Методики діагностики психоемоційного стану військовослужбовців.....	33
2.3. Аналіз результатів емпіричного дослідження та узагальнення отриманих даних.....	35
РОЗДІЛ 3. ОРГАНІЗАЦІЯ ТА ЕФЕКТИВНІСТЬ ЗАСТОСУВАННЯ ТЕРАПЕВТИЧНОГО САДІВНИЦТВА В ПРОЦЕСІ РЕАБІЛІТАЦІЇ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ, ЯКІ ПЕРЕЖИЛИ БОЙОВИЙ СТРЕС.....	43
3.1. Розробка та опис програми гарденотерапевтичної реабілітації.....	43
3.2. Впровадження програми гарденотерапії: структура, етапи, зміст занять.....	44
3.3. Аналіз ефективності гарденотерапії у динаміці психоемоційного стану військовослужбовців.....	70
ВИСНОВКИ.....	87
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	92
ДОДАТКИ.....	98

ВСТУП

Актуальність дослідження. Сучасна війна в Україні зумовила зростання кількості військовослужбовців, які перебувають у зоні бойових дій та зазнають впливу інтенсивного психоемоційного навантаження. Одним із найпоширеніших наслідків участі у бойових діях є бойовий стрес, який, за відсутності належної допомоги, може трансформуватися у посттравматичний стресовий розлад, депресивні та тривожні стани, порушення адаптації. У зв'язку з цим актуальним стає пошук ефективних методів психологічної підтримки та реабілітації військовослужбовців, які пережили психотравмуючий досвід війни.

Одним із перспективних напрямів сучасної психологічної реабілітації є гарденотерапія (терапевтичне садівництво) – напрям, що базується на взаємодії людини з природою через садівничу діяльність. Гарденотерапія поєднує фізичну активність, сенсорну стимуляцію та емоційне розвантаження, створюючи умови для поступового відновлення внутрішньої рівноваги, зниження тривожності, розвитку навичок саморегуляції та відновлення психосоціальних функцій.

Попри активне використання садівництва в терапевтичних цілях за кордоном, в Україні цей напрям ще недостатньо досліджений, особливо у контексті роботи з військовими. Це зумовлює необхідність наукового аналізу можливостей застосування гарденотерапії у реабілітації осіб, які зазнали бойового стресу.

Об'єкт дослідження – процес психологічної реабілітації військовослужбовців з бойовим досвідом.

Предмет дослідження – вплив гарденотерапії на психоемоційний стан військовослужбовців, які пережили бойовий стрес.

Мета дослідження – теоретично обґрунтувати та емпірично перевірити ефективність терапевтичного садівництва як засобу психологічної реабілітації військовослужбовців, які пережили бойовий стрес.

Відповідно до поставленої мети були визначені такі **завдання дослідження**:

1. Дослідити особливості реабілітації як різновиду надання психологічної допомоги постраждалим.
2. Проаналізувати психологічні особливості бойового стресу та його наслідків для психічного здоров'я військовослужбовців
3. Розкрити сутність та терапевтичний потенціал гарденотерапії як методу реабілітації.
4. Провести емпіричне дослідження психоемоційного стану військових, які пережили бойовий стрес.
5. Розробити програму гарденотерапевтичної реабілітації та впровадити її в практику.
6. Оцінити ефективність терапевтичного садівництва у зміні психоемоційного стану учасників дослідження.

Методи дослідження. Для вирішення поставленої наукової проблеми та сформульованих завдань були застосовані такі методи дослідження:

- *теоретичні*: аналіз наукової літератури з проблем бойового стресу, психологічної реабілітації та гарденотерапії; систематизація й узагальнення теоретичних підходів до психокорекційної роботи з військовослужбовцями; моделювання програми гарденотерапії як реабілітаційного інструменту;
- *емпіричні*: шкала Госпітальної тривожності та депресії (HADS); методика «Діагностика рівня емоційного вигорання» (В.В. Бойко); тест САН (Самопочуття – Активність – Настрій);
- *методи математичної обробки даних* – для кількісного аналізу отриманих результатів.

Експериментальна база дослідження. Експериментальне дослідження проводилося на базі Громадської організації «Центр соціального партнерства «Перспектива» м.Миколаїв. У дослідженні взяли участь військовослужбовці та ветерани віком від 25 до 50 років, які мають досвід участі у бойових діях на сході України. Загальна кількість учасників склала 35 осіб.

Наукова новизна роботи:

уточнено психологічні особливості впливу бойового стресу на психоемоційний стан військовослужбовців, які мають бойовий досвід, з урахуванням сучасних умов війни в Україні;

обґрунтовано доцільність використання терапевтичного садівництва (гарденотерапії) як ефективного засобу психосоціальної підтримки та реабілітації військовослужбовців;

розроблено авторську програму гарденотерапевтичної реабілітації, що поєднує садівничу діяльність із психологічними методами емоційного розвантаження, формування навичок саморегуляції та зниження симптомів бойового стресу;

вперше емпірично досліджено вплив гарденотерапії на динаміку психоемоційного стану військовослужбовців, які пережили бойовий стрес, у контексті українських реалій;

доведено ефективність гарденотерапії як засобу зниження рівня тривожності, депресивних проявів та емоційної напруги у військових, що відкриває нові перспективи її інтеграції в систему психологічної реабілітації.

Теоретичне значення дослідження полягає в обґрунтуванні можливостей застосування терапевтичного садівництва (гарденотерапії) як інноваційного методу психологічної реабілітації військовослужбовців, які пережили бойовий стрес. Дослідження поглиблює уявлення про психологічні наслідки бойового стресу, особливості емоційного стану осіб із бойовим досвідом, а також розширює теоретичні засади використання природоорієнтованих підходів у системі психосоціальної підтримки.

Практичне значення результатів дослідження полягає в розробці авторської програми гарденотерапевтичної реабілітації, що може бути використана у роботі психологів, соціальних працівників, реабілітологів, які працюють з військовослужбовцями.

Апробація. Основні положення та результати магістерського дослідження були апробовані у процесі науково-дослідної діяльності та представлені на міжнародному науково-практичному заході.

Зокрема, результати теоретичного аналізу проблеми психофізіологічних ефектів терапевтичного садівництва висвітлено у доповіді на III Міжнародній науково-практичній конференції «Сучасна вища освіта: досягнення, виклики та перспективи розвитку в умовах війни», що відбулася 10–11 жовтня 2025 року на базі Мелітопольського державного педагогічного університету імені Богдана Хмельницького (м. Запоріжжя).

За результатами участі у конференції опубліковано наукову працю: **Нікітчук І. В.** Психофізіологічні ефекти терапевтичного садівництва: теоретичний аналіз // *Сучасна вища освіта: досягнення, виклики та перспективи розвитку в умовах війни*: збірник матеріалів III Міжнародної науково-практичної конференції (10–11 жовтня 2025 р., м. Запоріжжя – Мелітополь). – Запоріжжя: Вид-во Мелітопольського державного педагогічного університету імені Б.Хмельницького, 2025. – С.91–94.

<https://drive.google.com/file/d/1WKGJgnTCFSzBP3LKKcgndKKPQiQcveyG/view>

Структура роботи. Магістерська робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел, що налічує 54 найменування, додатків на 24 сторінках. Основний зміст роботи викладений на 89 сторінках і містить 15 таблиць 8 фото. Загальний обсяг роботи 127 сторінок.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ РЕАБІЛІТАЦІЙНОГО ПРОЦЕСУ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ, ЯКІ ПЕРЕЖИЛИ БОЙОВИЙ СТРЕС, ЗАСОБАМИ ГАРДЕНОТЕРАПІЇ

1.1. Особливості реабілітації як різновиду надання психологічної допомоги постраждалим

Реабілітація є одним із ключових видів психологічної допомоги, спрямованих на відновлення психічного здоров'я та соціальної функціональності постраждалих осіб, зокрема військовослужбовців і ветеранів. Військові, які зазнали впливу психотравмуючих подій, часто стикаються з різноманітними психологічними розладами, такими як посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), афективні і тривожні порушення, залежності, нейрокогнітивні дисфункції та інші проблеми. Особливістю реабілітації як виду психологічної допомоги є системний підхід до відновлення психоемоційного стану та соціальної адаптації, який передбачає не лише корекцію симптомів, а й підтримку особистісного розвитку, формування стійкості до стресових чинників і відновлення здатності до повноцінного життя та діяльності. Військова психологічна реабілітація спрямована на подолання функціональних обмежень, що виникають внаслідок бойових травм, та на створення умов для повернення військовослужбовців до активного соціального і професійного життя.

З урахуванням зростаючої наукової уваги до проблематики психологічної реабілітації, яка активно розробляється в межах сучасних теоретичних досліджень і методологічних підходів, особливого значення набуває уточнення та систематизація змістового наповнення цього поняття.

У сучасних наукових дослідженнях спостерігається зростаючий інтерес до осмислення сутності поняття «реабілітація» (у тому числі щодо військовослужбовців) з позицій міждисциплінарного підходу. Зокрема, це знаходить відображення в працях таких науковців, як В. Лесков [18], П. Кнехт

[45], М. Фаркас і В. Антоні [43], С. Белроуз із колегами [37], Ю. Цуркан-Сайфуліна [52], а також Т. Титаренко [33]. Окрему увагу в контексті психологічного виміру реабілітації військовослужбовців заслуговують роботи В. Алещенка [1], О. Гульбс [9], Л. Гридковець [22], та інших вітчизняних дослідників.

Попри наявність значного масиву наукових джерел, проблема концептуальної узгодженості терміну «реабілітація» залишається відкритою. Це обумовлює необхідність систематизації наукових підходів до визначення його основних ознак і характеристик, що, у свою чергу, створить підґрунтя для формулювання уніфікованого наукового трактування цього поняття.

У дисертаційному дослідженні В. Лескова [18] подано трактування поняття реабілітації військовослужбовців, що брали участь у військових конфліктах, з урахуванням її соціально-психологічної специфіки. Автор розглядає соціально-психологічну реабілітацію як цілісну систему психолого-педагогічних, психотерапевтичних та психологічних заходів, спрямованих на відновлення порушеного психічного здоров'я, особистісного й соціального статусу, а також психоемоційного функціонування учасників бойових дій. Концептуальною основою запропонованого підходу виступає системність, що розглядається як ключова ознака соціально-психологічної реабілітації. Водночас акцентується стабілізаційна функція, оскільки реабілітаційний процес орієнтований на гармонізацію соціально-психологічного стану особистості. Описане бачення відповідає міждисциплінарному підходу до осмислення феномену реабілітації. Водночас зазначені ознаки можуть бути концептуально значущими й у межах психологічного дискурсу, слугуючи підґрунтям для подальшої конкретизації поняття в психологічній площині.

У своєму дослідженні П. Кнехт [45] подає розгорнуте розуміння психолого-соціальної реабілітації військовослужбовців, які зазнали травматичних впливів. Учений визначає її як інтервенцію, що реалізується в умовах немедичного середовища, з метою забезпечення підтримки, відновлення професійної активності (як у межах військової кар'єри, так і за її межами),

адаптації до індивідуальних характеристик особистості та її соціального оточення. Центральним аспектом авторської позиції виступає стабілізаційна функція реабілітації, що виражається у сприянні відновленню життєвого потенціалу особи, а також принцип індивідуалізації, який передбачає врахування особистісних особливостей військовослужбовця та специфіки його соціального контексту.

Особливої уваги заслуговує зазначення П. Кнехтом того, що ініціатива реабілітаційного втручання має виходити від самого військовослужбовця – як відповідь на актуалізовані соціально-психологічні труднощі. Такий підхід базується на французькому інституційному досвіді організації допомоги ветеранам, що ілюструється на прикладі впровадженої у січні 2021 року Міністерством збройних сил Франції програми ATHOS. Ця ініціатива названа на честь персонажа А. Дюма – графа де ла Фера, який символізує силу духу та здатність до відновлення після військових травм. Програма ATHOS реалізується в спеціалізованих центрах, де військовослужбовці перебувають протягом дня під супроводом фахівців, що надають психологічну підтримку в умовах максимально наближених до соціального середовища. За результатами пілотної реалізації було ухвалено рішення про розширення програми та відкриття нових реабілітаційних осередків, зокрема у Бордо, де нині діє будинок ATHOS у селі Камб, який уже перевищив заплановану кількість учасників.

Таким чином, запропонована П. Кнехтом модель реабілітації військовослужбовців базується на немедичному підході, орієнтованому на створення сприятливих умов для відновлення, індивідуальну чутливість до потреб особистості, та формування стабільного психосоціального функціонування. Зазначені концептуальні орієнтири – стабілізаційна функція й принцип індивідуалізації – можуть бути визнані значущими як у психолого-соціальному, так і в суто психологічному контексті тлумачення феномену реабілітації.

Значний науковий інтерес викликають положення, сформульовані Л. Гридковець у межах колективної монографії українських та американських

науковців під редакцією Н. Пророк [22], у якій представлено історико-науковий аналіз становлення поняття «реабілітація» в глобальному контексті. У праці простежено еволюцію змістового наповнення терміну залежно від суспільного розвитку та трансформацій у межах наукової думки.

Згідно з висновками Л. Гридковець, у середині XX століття реабілітація тлумачилася переважно як використання широкого спектру можливостей з метою подолання негативних чинників, що спричиняли обмеження життєдіяльності особистості та вели до інвалідизації. Метою таких заходів було досягнення оптимального рівня соціальної інтеграції осіб із порушеннями здоров'я [22, с. 8]. Цей підхід відображає соціальну орієнтацію реабілітації та підкреслює два ключові аспекти: ознаку опірності (як здатність протистояти негативним впливам) і інтеграційну ознаку (як сприяння поверненню до активного функціонування в суспільстві). При цьому зауважимо, що акцент на залученні широкого спектру засобів дає підстави для інтерпретації зазначеного підходу й у психологічній площині.

Наприкінці XX століття, згідно з поданими у джерелі позиціями, поняття реабілітації набуло рис більшої системності: його почали трактувати як сукупність державних заходів психологічного, педагогічного, професійного та соціально-медичного характеру, спрямованих на запобігання формуванню патологічних станів, що можуть призводити до тимчасової чи стійкої втрати працездатності. Основна мета такого підходу полягала в якнайшвидшому та ефективному поверненні осіб до активної соціальної та трудової діяльності [22, с. 9]. У цьому контексті виразно простежується акцент на ознаці комплексності (системності), що передбачає міждисциплінарний характер реабілітаційного впливу. Одночасно авторка акцентує на стабілізаційній ознаці – реабілітація постає як засіб відновлення функціональної повноцінності особи. Водночас інтеграційний вектор процесу зберігається, оскільки повернення до праці та соціального середовища виступає однією з основних цілей реабілітаційних зусиль.

Таким чином, аналіз наукових підходів, представлених Л. Гридковець, дозволяє простежити зміни у парадигмах тлумачення реабілітації – від переважно соціально орієнтованого до багатовимірного, системного підходу, що охоплює психологічну, медичну, педагогічну та соціальну складові.

Л. Гридковець також наголошує, що наприкінці ХХ століття в науковому дискурсі як в Україні, так і в світі почало формуватися нове трактування поняття психологічної реабілітації, яке отримало офіційне відображення у нормативно-правових документах та розпорядженнях державних інституцій. Згідно з дослідженнями авторки, психологічна реабілітація розглядається як система цілеспрямованих заходів, спрямованих на корекцію та відновлення особистісного і психічного здоров'я, а також на формування сприятливих умов для утвердження і подальшого розвитку індивіда [22, с. 9]. У цьому визначенні чітко простежуються ознаки комплексності (системності) через акцент на системі взаємопов'язаних заходів, стабілізаційна та конструктивістська складові, які передбачають не лише відновлення, а й корекцію психічного стану. Важливою є також середовищна ознака, що підкреслює значення створення позитивного контексту для розвитку особистості.

На нашу думку, відсутність явної вказівки на конструктивістську ознаку у деяких трактуваннях свідчить про те, що психологічна реабілітація має потенціал не лише для відновлення, але й для синергетичного, додаткового ефекту, спрямованого на посилення особистісного розвитку.

Порівнюючи позиції, викладені авторкою щодо визначення поняття психологічної реабілітації в українському законодавстві, з конкретними формулюваннями у відповідних нормативно-правових актах, можна констатувати суттєву подібність у їх трактуванні. Зокрема, відповідно до положень пункту 1 статті 1 Закону України № 1053-IX від 03.12.2020 р. [27], психологічна допомога у процесі реабілітації визначається як діяльність, спрямована на підтримку та відновлення розвитку особистості у духовній, соціальній, інтелектуальній, емоційній та фізичній сферах шляхом застосування методів психотерапії та психологічної підтримки, що реалізуються через різні

форми, зокрема першу психологічну допомогу, психологічне консультування та психотерапію. Варто підкреслити, що законодавчі норми акцентують увагу на стабілізаційній складовій процесу, тобто на відновленні психологічного стану, а також на підтримувальній ознаці, яка передбачає сприяння розвитку особистості у різних життєвих вимірах. Аналогічне розуміння поняття психологічної реабілітації військовослужбовців, які не беруть участь у бойових діях або не виконують військову службу через звільнення, міститься у Постанові Кабінету Міністрів України № 1338 від 29.11.2022 р., що регламентує порядок та умови здійснення відповідного реабілітаційного процесу [23].

Відповідно, у рамках розглянутих нормативно-правових актів відсутній акцент на конструктивістській ознаці, яка виділяється у трактуванні Л. Гридковець. Водночас, у положеннях статті 1 Закону України № 2961-IV від 06.10.2005 р. [26] психологічна реабілітація визначається як система заходів, спрямованих на корекцію та відновлення психологічних властивостей, якостей і функцій особистості, а також на створення сприятливого середовища для утвердження та забезпечення особистісного розвитку. Варто відзначити, що це визначення суттєво перегукується з позицією Л. Гридковець, оскільки в ньому враховано ознаки комплексності (системності), стабілізації, конструктивізму та середовищного підходу.

У дослідженні авторів, що розглядають питання реабілітації з позицій психіатричних аспектів (М. Фаркас, В. Антоні [43], США), також представлено загальне визначення сутності цього явища. Зокрема, дослідники характеризують реабілітацію як комплексний процес втручання, що передбачає застосування сформованого набору практик, методик і методів, вибір яких базується на актуальних даних про індивідуальні особливості розвитку особи. Цей процес організовується за індивідуалізованою структурою, що спрямована на підтримку розвитку та відновлення через корекційні заходи. У представленому визначенні акцентується ознака комплексності (системності) як властивість процесу втручання, а також враховується ознака індивідуалізації, оскільки заходи формуються з урахуванням особливостей конкретної особи. Крім того, у

трактуванні присутні підтримувальна, стабілізаційна та конструктивістська ознаки, які відображають спрямованість реабілітації на допомогу, відновлення та корекцію. Водночас слід зазначити, що у цьому визначенні відсутній прямий акцент на психологічні заходи, натомість основну увагу приділено корекційній складовій, що зумовлено специфікою психіатричного підходу до аналізу процесу.

Слід відзначити підхід С. Белроуз та його колег, які досліджували теоретичні та практичні аспекти реабілітації ветеранів-військовослужбовців Франції з позицій нейронаук і когнітивних наук [37]. За їхніми словами, реабілітація виступає як сукупність терапевтичних втручань, що сприяють розкриттю індивідуального потенціалу, одночасно повертаючи людині можливість покращувати якість власного життя. Автори підкреслюють, що основна мета психологічної реабілітації полягає у підтримці осіб із певними психічними розладами задля підвищення їхньої функціональної здатності, що дозволяє їм успішно адаптуватися та відчувати задоволення у вибраному соціальному середовищі при мінімальному втручанні професіоналів. У своїй роботі дослідники виділяють шість ключових завдань психологічної реабілітації ветеранів:

- зменшення симптомів психічних розладів; посилення підтримки з боку сім'ї та соціального оточення;
- оптимізація умов середовища з урахуванням сприятливості для особистісного розвитку;
- боротьба з дискримінацією та стигматизацією;
- розвиток соціальних навичок і емпатії;
- мінімізація негативних наслідків втручань або госпіталізації;
- стимулювання особистісного зростання шляхом покращення самовизначення і самоприйняття.

При цьому С. Белроуз та співавтори наголошують, що акцент у процесі реабілітації ставиться не лише на відновленні функцій, але й на забезпеченні добробуту та підвищенні рівня функціональності ветеранів. Аналізуючи

наведене визначення та цілі, можна зробити висновок, що автори спираються на конструктивістську ознаку реабілітації, яка акцентує увагу на покращенні функціонального стану, добробуту та розвитку особистості. У дослідженні авторів [37] підкреслюється, що їхній підхід базується на салютогенній концепції, яка акцентує увагу на посиленні психологічних ресурсів шляхом розвитку сильних характерологічних рис військовослужбовців.

Ю. Цуркан-Сайфуліна [52, с. 101], подібно до С. Белроуза та співавторів, аналізує цілі психосоціальної реабілітації ветеранів-військовослужбовців через призму конструктивістської ознаки. Зокрема, дослідниця наголошує, що цей процес спрямований на підтримку прагнення зазначених осіб вести змістовне та повноцінне життя. Відтак, врахування даної ознаки виступає важливою складовою характеристики даного феномену.

З позиції Т. Титаренко [33, с. 161], яка розглядає поняття реабілітації через призму психологічних та соціальних наук, психологічна реабілітація не може розумітися як пасивний процес відновлення чи повернення до попереднього способу життєдіяльності. Натомість вона виступає як активізація внутрішнього потенціалу особистості для переосмислення, реконструкції та реалізації нових життєвих проєктів у ключових сферах існування. Варто зазначити, що акцент на конструктивістському підході до розуміння цього феномену відповідає програмним засадам ООН у сфері людського розвитку, які підкреслюють важливість підготовки людських ресурсів до майбутніх змін у базових життєвих напрямках. Вважаємо, що інтеграція конструктивістської ознаки є надзвичайно важливою для загального процесу психологічної реабілітації. Водночас у контексті подолання наслідків психологічних розладів у військовослужбовців доцільним є також підсилення уваги на інші, раніше зазначені, компоненти феномену. На нашу думку, пріоритетність розвитку реабілітаційних процесів має зосереджуватися саме на конструктивістській складовій як фундаменті забезпечення самодостатності, високого рівня психічного здоров'я та функціональності з урахуванням впливу соціального середовища.

У дослідженні В. Алещенка, який аналізує специфіку психологічної реабілітації учасників бойових дій [1], цей процес розглядається як складова загальної реабілітації, що включає також соціальну, професійну та медичну компоненти. Психологічна реабілітація спрямована на відновлення порушених або втрачених показників соціальної активності, психічного стану, оптимального рівня працездатності, соціального статусу військовослужбовця та самооцінки. Автор особливо підкреслює, що цей вид реабілітації має на меті підтримання та відновлення як психологічного, так і фізичного здоров'я, зменшення наслідків психічних розладів, запобігання інвалідизації та профілактику деструктивної поведінки. Варто відзначити, що у визначенні цього феномену дослідник враховує стабілізаційну ознаку (акцент на відновленні стану), системний підхід (врахування комплексності процесу як частини загальної реабілітації) та ознаку опірності (орієнтація на протидію деструктивним діям з боку осіб із психологічними розладами).

Відповідно до концепції О. Гульбса та О. Кобця [9, с. 101], психологічна реабілітація розглядається як сукупність заходів, спрямованих на відновлення, збереження та компенсацію порушених психологічних якостей і функцій, а також на забезпечення ефективної психосоціальної адаптації. У своїх дослідженнях автори акцентують увагу насамперед на комплексності (системності) цього процесу та його стабілізаційній функції.

Отже, реабілітація як різновид психологічної допомоги постраждалим має низку особливостей, що виокремлюють її серед інших форм втручань. Вона характеризується комплексністю та системністю заходів, індивідуалізованим підходом, стабілізаційною функцією, а також опірністю негативним впливам. Значущими є також інтеграційний, конструктивістський, середовищний та підтримувальний аспекти реабілітаційного процесу. Психологічна реабілітація передбачає цілеспрямовані, плановані і гнучко кориговані заходи, спрямовані на відновлення психічного здоров'я і соціальної адаптації постраждалих, що забезпечує їхню ефективну реінтеграцію у суспільство, професійне середовище та особисте життя. Важливо, що цей процес має динамічний характер і враховує

зміни у стані пацієнта та зовнішніх умовах, що підкреслює її специфіку як форми психологічної допомоги.

1.2. Бойовий стрес та його наслідки

Історія людства нерозривно пов'язана з численними масштабними війнами та локальними збройними конфліктами, які спричиняють значні людські втрати і каліцтва для мільйонів осіб. Окрім фізичних ушкоджень, отриманих безпосередньо внаслідок бойових дій, особливе значення має психологічна травма, що протягом тривалого часу впливає не лише на учасників військових дій, а й на ширші соціальні групи, які на перший погляд можуть здаватися «побічно» залученими до конфліктів – зокрема, їхні близькі, родичі та вимушені переселенці.

Перші документовані згадки про психічні стани військовослужбовців під час бойових дій датуються початком Громадянської війни в США. Починаючи з 1863 року, у наукових колах Сполучених Штатів набув поширення термін «ностальгія», який використовували для опису специфічного психологічного стану солдатів. Вже у 1871 році, завдяки дослідженням психіатра Я. Да Коста, цей термін було замінено на «солдатське серце», що сучасниками розглядається як попередник таких понять, як «бойовий стрес» та «посттравматичний стресовий розлад».

Ще одним поняттям, що застосовувалося в дослідженнях психічних розладів, пов'язаних із військовою службою, був термін «травматичний невроз». Його вперше ввів у 1889 році Г. Оппенгейм для позначення органічних порушень мозкової діяльності, які виникали внаслідок впливу як фізичних, так і психологічних чинників.

Вітчизняна наука вперше застосувала термін «бойовий стрес» у 1905 році під час Другого з'їзду психіатрів. Саме з цього періоду розпочинається інтенсивне вивчення впливу бойових умов на психофізичний стан військовослужбовців. Серед ключових досліджень цього періоду слід зазначити:

у 1905 році – «меланхолія без марення» М. Шайкевича; у 1906 році – «неврастенічний психоз у солдатів» П. Автокротова та О. Озерського; у 1913 році – «душевні рани в бою» Г. Шумкова; у 1914 році – «воєнний невроз» В. Бехтерева; у 1915 році – «бойові та окопні психічні розлади» О. Гервера. Лише у 1919 році М. Добротворський запропонував уніфікувати різноманітні за клінічними проявами психічні розлади, пов'язані з бойовою діяльністю, у єдину дослідницьку категорію з метою упорядкування термінології та чіткого диференціювання діагностичних одиниць [29].

Аналіз проблематики бойового стресу свідчить про недостатній рівень його комплексного вивчення. Існуючі наукові дослідження здебільшого зосереджені на окремих клініко-патологічних аспектах впливу бойового стресу на психічний стан військовослужбовців. Дана проблематика розглядалася у працях низки вітчизняних дослідників, серед яких О. А. Блінов [3; 4; 5; 6; 7], О. М. Зборовський [12], К. О. Кравченко [15], О. Лящ [19], І. І. Приходько [24], Л. О. Прокоф'єва [28], Г. Сукіасян [31].

Медико-психологічний аналіз військових конфліктів виявив специфіку емоційно-стресових реакцій, що виникають в умовах екстремальної небезпеки для життя. Відповідно до визначень Міжнародної класифікації хвороб (МКБ-10), до таких реакцій належать стани паніки, страху, тривожності, депресії, рухового збудження або загальмованості, а також афективного звуження свідомості. Під бойовою психічною травмою розуміють сукупність симптомів, викликаних психоемоційним стресом, що включає психогенні стресові реакції, які часто супроводжуються реактивними станами. Водночас, загальноприйнятого визначення бойової психічної травми наразі не існує. Співіснування цих феноменів дає підстави припускати їхній патогенетичний взаємозв'язок, механізми якого залишаються недостатньо дослідженими. Бойовий стрес може слугувати моделлю для дослідження цієї проблеми, оскільки він несе потенційну загрозу життю, виходить за межі звичайного людського досвіду та є надзвичайно психотравмуючим майже для кожного військовослужбовця.

При аналізі поняття «бойовий стрес» з клінічної перспективи слід розглядати його як комплекс психічних змін або порушень, що виникають у військовослужбовців у процесі пристосування до специфічних умов бойового середовища, які є стресогенними чинниками і створюють загрозу їхньому здоров'ю та життю [15, с. 116]. Ідеально бойовий стрес має сприяти формуванню адаптивних реакцій, що підвищують здатність організму ефективно протистояти екстремальним впливам, зокрема тим, що притаманні бойовій обстановці. Водночас, на практиці бойовий стрес часто спричиняє розвиток патологічних станів, відомих як бойові стресові розлади, а також різноманітних поведінкових девіацій [19, с. 128].

О. В. Кудренко підкреслює, що бойовий стрес охоплює очікувані та передбачувані емоційні, когнітивні, фізіологічні та поведінкові реакції осіб, які зазнали впливу стресогенних факторів, пов'язаних з військовими операціями або операціями з підтримання миру і стабільності [16, с. 137]. Зі свого боку, І. І. Приходько визначає бойовий стрес як тривалу напругу всіх ресурсних систем організму, включно з імунною, нервовою та психічною системами, спрямовану на подолання стресової ситуації [24, с. 194]. М. Я. Тадевосян розглядає бойовий стрес як специфічний тип негативного психологічного впливу, що виникає у фахівця під час виконання професійної діяльності [31, с. 20].

Л. Л. Тютюнник [34] та О. В. Тімченко [15] розглядають поняття «бойовий стрес» як специфічний різновид стресового стану, що виникає під впливом комплексу психогенних чинників бойової обстановки. До цих чинників належать: тривала, малопрогнозована та безпосередня загроза життю і добробуту особи та її близьких, яка значно перевищує за інтенсивністю та тривалістю звичайні повсякденні стресові впливи. У сукупності ці фактори призводять до виснаження психічних ресурсів, викликають характерні тимчасові або стійкі зміни у психічних процесах та порушення соціальної адаптації.

О. А. Блінов визначає «бойовий стрес» як психічне відображення стресової реакції, що виникає у військовослужбовців під впливом специфічних факторів бойової діяльності [7, с. 19]. Цей стан призводить до суттєвих змін у афективній,

когнітивній та поведінковій сферах військових, суттєво впливаючи на ефективність їх професійної діяльності. Відтак, бойовий стрес потребує відповідних заходів психологічного захисту для мінімізації його негативних наслідків [14, с. 161].

За словами Л. Є. Кузнєцової [17, с. 75], поняття «бойовий стрес» охоплює типову реакцію на розумове та емоційне напруження, яка може проявлятися у зниженні чутливості, уповільненні реакцій на зовнішні подразники, порушенні координації рухів, а також ослабленні уваги і пам'яті. Ці зміни безпосередньо впливають на здатність виконувати бойові завдання, знижуючи їх ефективність або ставлячи їх під загрозу. Важливо відокремлювати бойовий стрес від посттравматичного стресового розладу або бойової психічної травми, які виникають після переживання травматичних подій. Посттравматичний стресовий розлад є більш тяжким станом, що часто суттєво ускладнює виконання повсякденних функцій і потребує інтенсивнішого лікування.

Ю. М. Широбоков [15, с. 210] та О. Б. Платинюк [48] визначають поняття «бойовий стрес» як комплексну системну реакцію організму на вплив сукупності факторів, пов'язаних із збройним конфліктом та супутніми соціально-побутовими умовами. Ця реакція проявляється змінами на особистісному, психофізіологічному, емоційно-вегетативному та соматичному рівнях.

А. В. Шиделко розглядає бойовий стрес як багаторівневий процес адаптивної активності особистості та організму у бойовій обстановці, який супроводжується психічними і фізичними навантаженнями значної тривалості та інтенсивності, психогенними впливами травм, поранень і захворювань, а також емоційними переживаннями, пов'язаними з випадками загибелі співслужбовців. Цей процес включає напругу систем реактивної саморегуляції і веде до закріплення специфічних психофізіологічних та особистісних адаптаційних змін [35, с. 477].

Н. Жигайло визначає поняття «бойовий стрес» як специфічну форму стресової реакції, що розвивається відповідно до загального адаптаційного синдрому. Зазвичай бойовий стрес має характер дистресу, відзначається

надзвичайно високою, часто критичною для організму інтенсивністю впливу та супроводжується психічними порушеннями, які можуть мати як передпатологічний, так і патологічний характер [10, с. 64].

Отже, наслідки бойового стресу можуть довготривало впливати на особистість, становлячи значну перешкоду у процесі адаптації як до умов військової служби в місцях постійної дислокації, так і до повсякденного мирного життя після демобілізації зі Збройних Сил України.

Серед факторів, що суттєво підвищують ризик виникнення бойового стресового розладу у військовослужбовців, виділяються наявність особистісних відхилень та низький рівень морально-психологічної підготовки. Тривале емоційне напруження та внутрішня настороженість сприяють значній мінливості настрою, вираженому емоційному напруженню, а також підвищеній схильності до імпульсивних проявів роздратування та переходу до автоматизованого виконання звичних бойових дій [13].

До основних психотравмуючих чинників бойових дій належать: інтенсивні та тривалі бої; загибель товаришів під вогнем противника; важкі тілесні ушкодження та поранення; випадки суїциду та вбивств; значні руйнування й природні катастрофи, що спричиняють страждання мирного населення; а також загибель цивільних осіб у результаті військових операцій [38, с. 68].

Порушення, що виникають унаслідок бойового стресу, насамперед проявляються у вигляді нездатності або відмови виконувати службові обов'язки. Ці симптоми зазвичай з'являються на початкових етапах впливу та є наслідком дії комплексного набору стресогенних факторів і зростання інтенсивності бойових дій. До характерних проявів належать: неспроможність до активного опору, уникнення соціальних контактів, апатія. У військовослужбовців, які переживають стан бойової втоми, існує висока ймовірність рецидиву цих симптомів. Негативні риси особистості можуть ускладнити або сповільнити процес медичної реабілітації після виникнення таких проявів. Психоемоційна нестабільність, розлади настрою, а також різноманітні когнітивні та соматичні

порушення є станами, з якими, ймовірно, доведеться стикатися як медичному персоналу, так і військовому керівництву в умовах бойових операцій.

Клінічні симптоми зумовлені порушеннями функціонування нейрогуморальної системи, що виникають через декомпенсацію та виснаження резервних механізмів організму, що, в свою чергу, спричиняє розвиток патологічних вегетативних реакцій і порушень метаболічних процесів. Патогенетичною основою виникнення цих патологічних станів при перевтомі є дисбаланс між процесами збудження та гальмування, що призводить до порушення їхньої координації в корковому шарі великих півкуль головного мозку та виснаження компенсаторних резервів структур обох гемісфер.

Під впливом стресових чинників спостерігається активація гіпофізарної системи та кори надниркових залоз. На початкових етапах ці ендокринні процеси сприяють формуванню адаптивних реакцій організму на фізичні та психологічні навантаження. Проте тривале перевантаження цих структур призводить до виснаження кори надниркових залоз, що, у свою чергу, викликає порушення функціонування вже сформованих адаптаційних механізмів. Окислювальний стрес провокує дисбаланс енергетичного, вуглеводного та ліпідного обміну, що часто стає причиною розвитку супутніх захворювань, таких як аритмії, цукровий діабет та ожиріння [49, с. 289].

Тривалі наслідки бойового стресу, які спостерігаються у 40–80 % випадків, часто трансформуються в посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) і можуть зберігатися протягом багатьох років або навіть десятиліть. У деяких випадках це призводить до розвитку психопатологічних станів, пов'язаних із бойовою психічною травмою. Військова діяльність в екстремальних природно-кліматичних умовах супроводжується виснаженням компенсаторних ресурсів організму, що збільшує ризик виникнення психічних розладів та ускладнює їх перебіг. В комплексі це сприяє зростанню рівня соматичної захворюваності. Під впливом стресових факторів бойової обстановки особистість стає більш вразливою та відкритою до впливу різноманітних психосоціальних стресорів повсякденного життя.

У процесі розвитку клінічної картини постстресових розладів на основі специфічних посттравматичних та особистісних порушень спостерігається формування органічних симптомів. Згідно з травматологічним підходом, на початковому етапі бойового стресу функціональні розлади поступово переходять у органічні ураження головного мозку, що проявляються формуванням різноманітних органічних змін, серед яких астенічні, психопатичні, церебральні та психоорганічні симптоми із залученням багатьох систем організму.

У подальшій динаміці посттравматичного стресового розладу (ПТСР) домінують прогресуючі церебрально-органічні порушення, які сприяють загальному зниженню особистісних функцій. Порушення, викликані фізичною травмою, зазвичай мають хронічний, прогресуючий характер і часто призводять до інвалідизації. Важливо зазначити, що комбінація неврологічних (органічних) і психопатологічних синдромів у контексті ПТСР має особливу клінічну значущість: виражені невротичні або поведінкові розлади можуть маскувати менш помітні органічні симптоми, тоді як тяжкі неврологічні порушення іноді приховують наявність постстресових порушень. З часом органічна неврологічна симптоматика зменшується, поступаючись місцем судинній патології, яка стає провідним патогенетичним чинником клінічної декомпенсації.

Психічні та фізичні травми при бойовому посттравматичному стресовому розладі (ПТСР) взаємодіють між собою, впливаючи на клінічний перебіг захворювання. Тяжкість черепно-мозкової травми має важливе прогностичне значення для можливого розвитку ускладнень: помірна травма мозку може свідчити про ймовірність формування ПТСР. Водночас психологічний стрес, який супроводжує цей процес, безпосередньо впливає на перебіг мозкової травми. Отже, погіршення стану пацієнта є наслідком не лише неврологічного ушкодження, а й психічних факторів, які часто залишаються поза увагою лікарів загальної практики.

Хронічні соматичні та інфекційні захворювання, такі як ревматизм, туберкульоз, гнійно-септичні процеси, а також перенесені в дитячому віці

органічні ураження головного мозку, що спричинили порушення циркуляції цереброспінальної рідини, формують патологічні інтерцептивні імпульси. Ці імпульси порушують функціональну активність кіркових нейронів та структур ретикулярної формації, створюючи своєрідну патологічну основу для розвитку неврозоподібних порушень. Унаслідок цього виникає змінена мозкова реактивність, що проявляється в певних умовах.

Відповідно до біологічної моделі, у пацієнтів із посттравматичним стресовим розладом (ПТСР) спостерігається зниження активності середньої префронтальної кори під час переживання бойового стресу. Це пов'язують із пошкодженням нейронних мереж, відповідальних за регуляцію тривожних реакцій, що виникає внаслідок травмування мозку. Зі свого боку, психологічна (когнітивна) модель пояснює підтримку ПТСР тим, що постраждалі мають недостатньо ефективні когнітивні ресурси для опрацювання травматичних спогадів і не здатні застосовувати адаптивні стратегії регуляції психоемоційного стану (зокрема, не вміють інтерпретувати дистрес як тимчасове явище, що призводить до посилення тривоги). Ймовірно, саме через це пацієнти з легкою черепно-мозковою травмою мають обмежені когнітивні можливості для використання відповідних стратегій, що сприяє підвищенню рівня ПТСР.

Отже, ПТСР, розглядаючися як початкові функціональні психогенні розлади, у сучасних наукових дослідженнях демонструє зміни на рівні нейротрансмітерів і гормонального балансу, а також виразні структурні та морфологічні перетворення нервової тканини. Це свідчить про потенціал трансформації психогенного (постстресового) розладу у органічне ураження мозку.

Однією з ключових характеристик розладу є повторне виникнення спогадів про пережиту травматичну подію у військовослужбовців, що проявляється у вигляді раптових, яскравих образних уявлень (флешбеки), які можуть тривати від кількох секунд до кількох годин. Ці переживання супроводжуються пригніченням, страхом, пітливістю та іншими вегетативними порушеннями. Зниження когнітивних функцій, зокрема пам'яті та уваги,

нервово-психічне виснаження, зменшення продуктивності та емоційна нестабільність призводять до погіршення адаптації військовослужбовців у професійній діяльності.

Для прикладу, військові, які проходили обстеження наприкінці 1980-х років, безпосередньо після завершення бойових дій в Афганістані, характеризувалися переважно функціональними проявами психосоматичного спектру. На початковому етапі після травматичного впливу у них діагностували симптоми посттравматичного стресового розладу (ПТСР), клінічна картина якого включала психогенні невротичні розлади: підвищену дратівливість, емоційне виснаження, підвищену чутливість до зовнішніх подразників (світло, звук, запахи), порушення сну, конфліктність, соматовегетативні симптоми, елементи поведінкової інтоксикації, почуття провини, скорботу, нічні кошмари, стан «оглушення», уникнення ситуацій, ажитацію та амнестичні порушення. Через 18–25 років після травми проведене повторне обстеження виявило зниження виразності симптомів ПТСР. У військових із органічними ушкодженнями головного мозку, які також мали знижені прояви ПТСР, це зниження було більш помітним порівняно з групою, ураженою лише ПТСР. У цій категорії пацієнтів домінували розлади органічного характеру, що пояснюється ступенем тяжкості перенесеної черепно-мозкової травми: чим серйознішим була травма, тим вища ймовірність трансформації первинного ПТСР у органічне ураження мозку [29].

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), будучи складним мультидисциплінарним явищем, потребує всебічного підходу до організації лікувально-реабілітаційних заходів для пацієнтів. Без сумніву, найбільш дієвим методом терапії осіб із бойовим ПТСР є профілактика воєнних конфліктів та комплексне вирішення супутніх соціально-психологічних проблем.

Аналіз сучасних наукових джерел щодо проблематики бойового стресу демонструє, що основна увага дослідників зосереджена не стільки на самому феномені бойового стресу, скільки на його наслідках. Узагальнюючи феноменологію бойового стресу, слід зазначити обмеженість підходів фахівців

до вивчення цієї проблеми. Виявлено суттєві розбіжності у розумінні природи бойового стресу, визначенні його термінів дії, а також у методах організаційної профілактики та подолання його впливу на військовослужбовців. Більшість авторів підкреслюють негативний вплив бойового стресу на психіку військовослужбовців та їх поведінкові реакції, розглядаючи його як дистрес, що спричиняє дезадаптацію та дезорганізацію діяльності військових. Такий стан супроводжується появою неспецифічних доклінічних психологічних симптомів, а при подоланні індивідуального бар'єра психічної адаптації – формуванням специфічних психічних розладів. Було встановлено, що бойовий стрес має суттєвий вплив на особистість військовослужбовців і може спричиняти її деформацію, що розглядається як «ціна» адаптації до умов війни. Поширенню цього процесу сприяє розвиток посттравматичних стресових розладів, а також наслідки отриманих поранень і набутих інвалідностей.

1.3. Гарденотерапія як засіб реабілітації і психологічного супроводу

Актуальність вивчення терапевтичного садівництва як методу реабілітації обумовлена зростаючою необхідністю впровадження комплексних підходів для відновлення фізичного та психічного благополуччя осіб, які пережили стресові ситуації, хронічну втому, депресію або інші емоційні й соматичні розлади. Сучасне українське суспільство стикається з низкою викликів, серед яких високий темп життя, підвищений рівень тривожності, наслідки пандемії, а також повномасштабна військова агресія, що чинять негативний вплив на загальний стан здоров'я населення.

Ще одним суттєвим чинником для впровадження гарденотерапії в Україні є зростаюча потреба у комплексних програмах відновлення фізичного та психічного здоров'я населення, зокрема осіб, які брали участь у бойових діях. Військові та цивільні, що повертаються з зони конфлікту, часто стикаються з посттравматичним стресовим розладом (ПТСР), депресією та труднощами соціальної адаптації. Традиційні реабілітаційні методи не завжди забезпечують

належний терапевтичний ефект, що зумовлює необхідність пошуку та впровадження альтернативних підходів.

Терапевтичне садівництво перебуває в центрі уваги численних досліджень провідних університетів і наукових установ, що свідчить про його високу ефективність у процесах реабілітації та підтримки психічного здоров'я. Значний внесок у розвиток цієї сфери зробили такі заклади, як Oregon State University, Colorado State University, Temple University, University of Tennessee Herbert College of Agriculture, Rutgers University та інші, які впроваджують сертифікаційні програми з гарденотерапії й активно вивчають її вплив на здоров'я людини.

Наукові дослідження підтверджують позитивний вплив гарденотерапії на психічне здоров'я, зокрема у зниженні рівня стресу та стимулюванні соціальної взаємодії [42; 50]. Окремі роботи зосереджені на вивченні ролі садівництва у зменшенні тривожності, покращенні саморефлексії та сприянні фізичній реабілітації [39; 51]. Крім того, гарденотерапія розглядається як ефективний підхід до лікування посттравматичного стресового розладу серед ветеранів, зокрема в межах програм, що реалізуються Департаментом у справах ветеранів США [40].

В Україні дослідження у сфері терапевтичного садівництва лише починають набувати розвитку, проте науковці підкреслюють його актуальність, особливо в контексті війни та реабілітації цивільного населення. Зокрема, робота І. Батраченко, А. Плошинської та О. Скланської, присвячена трансформації садівництва у терапевтичну практику, демонструє його значущість для психологічної адаптації громадян [2]. Практичні аспекти застосування гарденотерапії та потреба у створенні відповідної інфраструктури в Україні детально висвітлені у методичному посібнику Ю. Мосаєва, Н. Дерев'янка та О. Григоренка [21]. Дослідження Н. Таран, Л. Бацманової, О. Косик та І. Зими підтвердили позитивний вплив садівничої діяльності на когнітивні функції, зниження рівня стресу та підвищення емоційної стабільності [32].

Попри обмежену кількість вітчизняних досліджень у цій галузі, терапевтичне садівництво здобуває все більшу популярність, а його інтеграція в реабілітаційні програми набуває особливого значення в умовах сучасної України.

Терапевтичне садівництво визначається як активний або пасивний цілеспрямований процес використання рослин та садових комплексів у терапевтичних і реабілітаційних заходах, спрямованих на досягнення позитивних результатів для здоров'я пацієнтів. Цей вид терапії може включати як активну діяльність, наприклад, висаджування рослин у горщики, так і пасивне сприйняття, наприклад, споглядання саду через відкрите вікно або слухання співу птахів. Основний акцент робиться на мультисенсорному досвіді, який залучає всі органи чуття. Фахівці з терапевтичного садівництва – це кваліфіковані професіонали, що поєднують знання з ботаніки, гуманітарних наук та терапевтичних методик, а також володіють практичним досвідом у застосуванні садівничої терапії [36].

Гарденотерапія включає діяльність, пов'язану з обробкою ґрунту, взаємодією з рослинним світом та доглядом за садовими угіддями, що сприяє зменшенню рівня стресу та покращенню емоційного стану індивіда. Цей метод може відігравати ключову роль у реабілітації військовослужбовців, які повертаються з зони бойових дій. Заняття садівництвом сприяють відновленню концентрації уваги, емоційній рівновазі та мотивації, а також полегшують соціальну адаптацію, що є особливо важливим у контексті подолання наслідків травматичних переживань [40].

Головним чинником, що спонукає людей різного віку, статі та місця проживання до вирощування рослин, є задоволення від безпосередньої взаємодії з ґрунтом. За даними британських дослідників, певні види корисних бактерій, присутніх у ґрунті, можуть чинити вплив на мозкову діяльність, подібний до дії антидепресантів. Стимуляція нервових закінчень сприяє активації нейронів, які вивільняють у мозку серотонін – нейромедіатор, що відповідає за регуляцію настрою. Серотонін, відомий як «гормон щастя», виконує роль природного

антидепресанту та підтримує імунну систему, тоді як його дефіцит асоціюється з розвитком депресивних станів [47].

Інше дослідження присвячене вивченню вивільнення дофаміну в мозку під час збору овочів та фруктів із городу. Вчені припускають, що ця реакція сформувалась у процесі тривалої еволюції, яка тривала близько 200 000 років у період мисливсько-збиральницького способу життя. У момент виявлення їжі, зокрема під час збору або полювання, активація дофамінових центрів винагороди мозку спричиняла відчуття задоволення або легкої ейфорії. Вивільнення дофаміну може бути зумовлене як зовнішнім виглядом і ароматом фруктів та ягід, так і самим процесом їх збору [54].

Садівництво сприяє встановленню глибинного зв'язку з рослинами та навколишнім середовищем, а також формуванню чутливості до їхніх потреб. Завдяки цій діяльності розвивається турботливе ставлення до природи. Нейронні механізми, відповідальні за турботу, тісно пов'язані з відчуттям безпеки, що, у свою чергу, сприяє виникненню внутрішнього спокою [30]. Крім того, садівнича терапія надає можливість людям брати участь у емоційному обміні, соціальній взаємодії та співпраці з іншими учасниками, що посилює соціальну підтримку і почуття близькості. Це особливо важливо для осіб, які зазнають соціальної ізоляції або мають обмежені соціальні навички, оскільки така практика покращує їхню соціальну адаптацію, самооцінку та впевненість у власних силах. З позиції самосвідомості та емоційної регуляції, садівнича терапія стимулює рефлексію внутрішнього стану через практичну діяльність. Це сприяє усвідомленню власних емоцій, думок і поведінки, допомагаючи виявляти негативні патерни та розвивати позитивні емоції і переконання, які формуються завдяки відчуттю досягнення та задоволення від роботи в саду [41; 46].

У багатьох країнах світу гарденотерапія вже інтегрована у реабілітаційні програми, що охоплюють як цивільне населення, так і військовослужбовців та ветеранів. Зокрема, Американська асоціація гарденотерапії (АНТА) активно сприяє впровадженню садівництва у медичні та соціальні ініціативи. У численних лікарнях і реабілітаційних центрах створюються спеціалізовані сади,

які сприяють зниженню стресу та полегшенню болю у пацієнтів. Окрім цього, гарденотерапія широко застосовується в роботі з людьми похилого віку, особами з інвалідністю, а також у процесах реабілітації військових. Програми передбачають заходи для ветеранів із такими захворюваннями, як хвороба Альцгеймера, посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) та іншими подібними станами [36].

У Великій Британії діє низка національних ініціатив, спрямованих на покращення якості життя осіб із психічними розладами та фізичними обмеженнями шляхом залучення їх до садівництва. В університетах і медичних закладах створюються спеціалізовані «терапевтичні сади», де пацієнти мають можливість проводити час, займаючись доглядом за рослинами. Програма «HighGround» надає ветеранам і військовослужбовцям можливість брати участь у садівничих та сільськогосподарських проєктах, що сприяє набуттю нових навичок, відновленню емоційної рівноваги та відкриває перспективи для подальшого працевлаштування [53].

У Японії гарденотерапія є невід'ємною складовою оздоровчої концепції «лісових ванн» (shinrin-yoku) та активно впроваджується в програми психоемоційного та фізичного відновлення. У спеціалізованих садових просторах пацієнтам надається можливість займатися садівничою діяльністю, що сприяє зниженню рівня психоемоційної напруги та відновленню внутрішньої гармонії. По всій країні функціонують професійні центри, які реалізують індивідуалізовані програми терапії на основі гарденотерапевтичного підходу, адаптовані до особливостей і потреб кожної особи [44].

Україна володіє значним потенціалом для впровадження та розвитку терапевтичного садівництва як ефективного інструменту фізичної, психологічної та соціальної реабілітації осіб з інвалідністю або тих, хто потребує комплексної відновлювальної допомоги. Різноманіття природно-кліматичних зон та ландшафтних умов країни створює сприятливі передумови для адаптації та застосування різних форм гарденотерапевтичних практик, з урахуванням специфіки кожного регіону [21].

В Україні спостерігається зростання інтересу до садівництва як до засобу не лише господарської діяльності, а й емоційного відновлення та психоемоційного розвантаження. Збільшення кількості громадян, які визнають позитивний психотерапевтичний вплив взаємодії з рослинами, вказує на актуальність запиту на впровадження гарденотерапії у систему реабілітаційних заходів. За результатами дослідження, проведеного Київським міжнародним інститутом соціології у 2022 році, після початку повномасштабного вторгнення, близько 75% дорослого населення України займалося вирощуванням рослин; при цьому 61% респондентів робили це з особистого задоволення, а не лише через господарську необхідність. Понад 94% з опитаних зазначили, що догляд за рослинами має терапевтичний ефект, а 89% вказали на здатність садівництва покращувати емоційний стан та слугувати ефективним способом переключення уваги від щоденних труднощів [8].

На сучасному етапі гарденотерапія в Україні перебуває в процесі становлення як інноваційна складова системи соціальної та психологічної реабілітації. Її розвиток стримується низкою чинників, серед яких – відсутність спеціалізованих інфраструктурних об'єктів, недостатність методичних напрацювань, обмежена кількість підготовлених фахівців, а також низький рівень обізнаності суспільства щодо терапевтичного потенціалу цього підходу. Водночас у країні вже формуються передумови для впровадження гарденотерапії у практику соціальної допомоги, зокрема у роботі з дітьми, які мають функціональні обмеження. Низка волонтерських ініціатив і приватних реабілітаційних центрів активно використовують елементи садівничої терапії як додатковий засіб підтримки. Проте застосування гарденотерапії досі обмежене через недостатню розробленість науково-методичної бази та домінування у суспільній свідомості сприйняття її як переважно дозвілєвої, а не терапевтичної практики [21].

У підсумку слід наголосити, що гарденотерапія є перспективним та науково обґрунтованим методом реабілітації, який інтегрує фізичну активність з психоемоційною підтримкою. Інституціоналізація цього підходу в межах

реабілітаційних програм в Україні здатна суттєво підвищити ефективність відновлення осіб, які зазнали психотравмівних впливів, насамперед серед військовослужбовців, а також представників інших соціально вразливих категорій населення.

Гарденотерапія постає як ефективний, багатовимірний та науково обґрунтований метод реабілітації, що поєднує фізичну активність із глибокою психоемоційною підтримкою. Її вплив охоплює як когнітивну та емоційну сфери, так і сенсорну регуляцію, сприяючи зменшенню рівня тривожності, покращенню настрою, формуванню навичок рефлексії та зміцненню соціальних зв'язків. Терапевтичне садівництво виявляє потужний потенціал у роботі з військовослужбовцями, ветеранами бойових дій, людьми з ПТСР, емоційним вигоранням, а також представниками інших вразливих груп населення.

Міжнародний досвід переконливо демонструє високий рівень ефективності гарденотерапії в системі медико-соціальної допомоги, що підтверджується практикою її застосування в реабілітаційних центрах, лікарнях, програмах підтримки ветеранів і осіб з інвалідністю. В Україні ж цей напрямок лише починає формуватись, натрапляючи на низку бар'єрів – від нестачі кваліфікованих кадрів і інфраструктури до обмеженої обізнаності суспільства щодо його терапевтичного значення. Попри це, наявність природних ресурсів, позитивне сприйняття садівництва населенням, а також зростаючий інтерес до альтернативних методів реабілітації створюють сприятливі умови для широкомасштабного впровадження гарденотерапії в Україні. Її систематична інтеграція в практику соціально-психологічної допомоги, особливо у контексті повоєнного відновлення, здатна стати важливим кроком до підвищення якості життя та психічного благополуччя значної частини українського населення.

РОЗДІЛ 2

ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНОГО СТАНУ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ, ЯКІ ПЕРЕЖИЛИ БОЙОВИЙ СТРЕС

2.1. Мета, завдання, гіпотеза та організація емпіричного дослідження

Метою емпіричного дослідження є вивчення ефективності застосування терапевтичного садівництва як засобу психологічної реабілітації військовослужбовців, які зазнали бойового стресу, шляхом аналізу динаміки їхнього психоемоційного стану за показниками тривожності, депресії, емоційного вигорання, самопочуття, активності та настрою.

З огляду на мету, у дослідженні були сформульовані такі завдання:

1. Здійснити теоретичний аналіз наукових джерел щодо впливу бойового стресу на психічне здоров'я військовослужбовців і можливостей його подолання засобами терапевтичного садівництва.
2. Обґрунтувати доцільність застосування садівництва як психокорекційного інструмента у межах реабілітаційної роботи з ветеранами та військовослужбовцями.
3. Підібрати валідні психодіагностичні методики для оцінювання ключових показників психоемоційного стану досліджуваної вибірки.
4. Провести первинну (констатувальну) діагностику учасників за обраними методиками до початку реалізації програми.
5. Розробити зміст, структуру та послідовність занять гарденотерапевтичної програми, орієнтованої на реабілітаційні потреби військовослужбовців.
6. Організувати впровадження програми терапевтичного садівництва та забезпечити її цілісне проходження всіма учасниками.
7. Здійснити повторне обстеження з метою виявлення змін у психоемоційному стані після завершення програми.
8. Проаналізувати отримані результати, порівняти показники до та після втручання і зробити висновки щодо ефективності застосованого методу.

На основі сформульованих завдань було висунуто наукову гіпотезу дослідження, яка полягає в припущенні, що участь у програмі терапевтичного садівництва сприятиме статистично значущому покращенню психоемоційного

стану військовослужбовців, які пережили бойовий стрес, зокрема зниженню рівня тривожності, депресивності, емоційного виснаження та підвищенню показників самопочуття, активності та настрою.

Емпірична частина дослідження реалізовувалася у три етапи:

- констатувальний етап (первинне тестування до початку психокорекційної програми);
- формувальний етап (впровадження гарденотерапевтичної програми);
- контрольний етап (повторна діагностика після завершення програми з метою фіксації змін).

Дослідження проводилося на базі офісу Громадської організації «Центру соціального партнерства «Перспектива». У вибірку увійшли 35 осіб віком від 25 до 50 років, які мають досвід участі в бойових діях на сході України. До участі в дослідженні були залучені як чинні військовослужбовці, так і ветерани. Усі учасники надали добровільну письмову згоду на участь у дослідженні. Дані було оброблено з дотриманням етичних норм та вимог конфіденційності.

2.2. Методики діагностики психоемоційного стану військовослужбовців

Вибір діагностичного інструментарію ґрунтувався на необхідності комплексного оцінювання психоемоційного стану учасників дослідження. Обрані методики дозволяють виявити як клінічні маркери психічного неблагополуччя, так і суб'єктивні зміни емоційної та фізіологічної саморегуляції в динаміці:

1. ***Шкала Госпітальної тривожності та депресії (HADS)*** [25] (Додаток А) була створена у 1983 році дослідниками А. С. Зігмондом і Р. П. Снейтом з метою оцінки рівня тривожних і депресивних проявів у контексті загальної медичної практики. Однією з ключових переваг цього психодіагностичного інструменту є його зручність у застосуванні та легкість обробки результатів, що дозволяє ефективно використовувати його для первинного виявлення

(скринінгу) тривожних і депресивних станів. Методика включає 14 тверджень, розподілених на дві окремі підшкали:

- підшкала А – тривожність (anxiety): включає непарні пункти (1, 3, 5, 7, 9, 11, 13);
- підшкала D – депресія (depression): включає парні пункти (2, 4, 6, 8, 10, 12, 14).

Кожне твердження оцінюється за чотирибальною шкалою, яка відображає зростання інтенсивності прояву симптомів – від 0 балів (повна відсутність ознаки) до 3 балів (максимально виражений симптом).

2. Методика «Діагностика рівня емоційного вигорання» (В.В. Бойко) [20] (Додаток Б) слугує інструментом для оцінювання ступеня сформованості синдрому емоційного вигорання, а також дозволяє ідентифікувати його динаміку на трьох послідовних фазах: напруження, резистенція та виснаження. Методика відзначається чіткою структурою й охоплює широкий спектр емоційних і психосоматичних проявів, характерних для професійного вигорання.

Діагностичний опитувальник містить 84 твердження, згруповані у 12 симптоматичних блоків, кожен із яких належить до відповідної фази. Фаза напруження відображає підвищену психоемоційну чутливість, внутрішній дискомфорт, тривожність і фрустрацію. Фаза резистенції характеризується розвитком захисних механізмів – емоційною відстороненістю, зниженням емпатії та мотивації. Фаза виснаження пов'язана з емоційним спустошенням, знеособленням та ознаками психовегетативних порушень.

Обробка результатів передбачає підсумовування балів за кожним симптомом та обчислення інтегрального показника для кожної фази. Інтерпретація рівня вираженості здійснюється за такими критеріями: 0–9 балів – симптом не сформований; 10–15 балів – перебуває у стадії формування; 16 балів і більше – симптом вважається сформованим. Методика зарекомендувала себе як валідний і надійний засіб для моніторингу стану емоційного вигорання, особливо серед представників професій «допомагаючого» спрямування.

3. *Тест САН (Самопочуття – Активність – Настрій)* [11] (Додаток В)

є стандартизованим інструментом для оперативної самооцінки психофізіологічного стану особистості. Методика дозволяє суб'єктивно оцінити три ключові параметри функціонального стану – загальне самопочуття, рівень активності та емоційний фон. Структура тесту представлена тридцятьма парами антонімічних характеристик, розташованих по шкалі від -3 до +3, що дає змогу кількісно виразити інтенсивність відповідних психоемоційних параметрів.

Самопочуття інтерпретується через показники сили, втоми та соматичного комфорту; активність – через динамічність, рухливість та енергетичний потенціал; настрої – через емоційні характеристики, зокрема позитивні або негативні афекти. Методика є зручною у використанні завдяки своїй лаконічності, простоті обробки та можливості багаторазового застосування у короткі проміжки часу, що робить її ефективною для моніторингу змін у психоемоційному стані в динаміці.

Кожна з методик має наукове підґрунтя, адаптована для використання в умовах кризової інтервенції та психосоціальної підтримки, зокрема у роботі з ветеранами бойових дій.

Комбіноване застосування шкали HADS, методики емоційного вигорання В.В. Бойка та тесту САН дозволяє здійснити всебічну оцінку психологічного стану учасників на когнітивному, афективному та соматичному рівнях.

2.3. Аналіз результатів емпіричного дослідження та узагальнення отриманих даних

Для вивчення рівня тривожності та депресивних проявів у військовослужбовців, які мають досвід участі в бойових діях, на констатувальному етапі дослідження була застосована «Шкала Госпітальної тривожності та депресії» (HADS). Даний психодіагностичний інструмент дозволяє кількісно оцінити ступінь вираженості тривоги та депресії за

допомогою двох підшкал – HADS-A (тривожність) і HADS-D (депресія), що включають по 7 тверджень кожна.

Результати, подані в табл. 2.1, розраховано на основі сирих балів, отриманих за результатами анкетування (Додаток Г).

Таблиця 2.1

Результати дослідження за методикою «Шкала Госпітальної тривожності та депресії (HADS)», (констатувальний етап, n=35)

Рівень	Тривога		Депресія	
	п	%	п	%
норма	-	-	-	-
субклінічно виражена	3	8,6	7	20
клінічно виражена	32	91,4	28	80

На констатувальному етапі дослідження, проведеного за методикою «Шкала Госпітальної тривожності та депресії (HADS)», було виявлено, що клінічно виражена тривожність спостерігається у 32 респондентів, що становить 91,4% від загальної кількості обстежених. Субклінічно виражений рівень тривожності виявлено у 3 осіб (8,6%). Респондентів із нормальним рівнем тривожності не зафіксовано.

Щодо депресивних проявів, клінічно виражений рівень депресії було діагностовано у 28 осіб, що становить 80% вибірки. Субклінічний рівень депресії продемонстрували 7 респондентів (20%). Як і у випадку з тривожністю, нормальних показників депресії серед учасників дослідження не зафіксовано.

Отримані дані свідчать про високий рівень психоемоційного напруження у військовослужбовців і ветеранів бойових дій, що вказує на актуальність подальшої психокорекційної роботи із залученням ефективних терапевтичних методів.

З огляду на високу вираженість симптомів тривожності та депресії у військовослужбовців і ветеранів, доцільним є подальше дослідження інших аспектів їхнього психоемоційного стану, зокрема проявів емоційного вигорання,

яке нерідко супроводжує посттравматичні реакції та хронічне психічне виснаження.

З цією метою на констатувальному етапі було використано методику «Діагностика рівня емоційного вигорання» (В. Бойко). Розрахунки здійснено на основі сирих балів (Додаток Г). Узагальнені результати представлено в табл. 2.2.

Таблиця 2.2

Результати дослідження за методикою «Діагностика рівня емоційного вигорання» (В. Бойко), (констатувальний етап, n=35)

Фаза	Симптом	Показник виразності симптома					
		не сформований		у стадії формування		сформований	
		N	%	N	%	N	%
Напруга	Переживання психотравмуючих обставин	7	20	13	37,1	15	42,9
	Незадоволеність собою	14	40	9	25,7	12	34,3
	«Загнаність у клітку»	5	14,3	11	31,4	19	54,3
	Тривога та депресія	10	28,6	16	45,7	9	25,7
Резистенція	Неадекватне емоційне виборче реагування	11	31,4	12	34,3	12	34,3
	Емоційно-моральна дезорієнтація	10	28,6	21	60	4	11,4
	Розширення сфери економії емоцій	3	8,6	15	42,9	17	48,5
	Редукція професійних обов'язків	3	8,6	12	34,3	20	57,1
Виснаження	Емоційний дефіцит	8	22,9	11	31,4	16	45,7
	Емоційна відстороненість	5	14,3	23	65,7	7	20

Продовження табл. 2.2

	Особистісна відстороненість (деперсоналізація)	2	5,7	11	31,4	22	62,9
--	--	---	-----	----	------	----	------

	Психосоматичні та психовегетативні порушення	7	20	13	37,1	15	42,9
--	--	---	----	----	------	----	------

Аналіз даних, поданих у табл. 2.2, свідчить про значну поширеність симптомів емоційного вигорання серед обстежених військовослужбовців та ветеранів, які мають досвід бойових дій.

У межах фази напруги найвищі показники сформованих симптомів зафіксовано за шкалою «загнаність у клітку» – 54,3 % респондентів (n = 19), що вказує на глибоке відчуття емоційного та поведінкового безвихіддя. Високі значення також виявлено за показником «переживання психотравмуючих обставин» – 42,9 % (n = 15), що є характерним для осіб із посттравматичним досвідом. Ознака «незадоволеність собою» була сформована у 34,3 % опитаних (n = 12), що свідчить про наявність зниженої самооцінки та внутрішньої фрустрації. Натомість симптом «тривога та депресія» частіше перебуває у стадії формування (45,7 %, n = 16), хоча 25,7 % (n = 9) вже мають його сформовану форму.

У межах фази резистенції спостерігається виражене поширення таких симптомів, як «редукція професійних обов’язків» (57,1 %, n = 20) та «розширення сфери економії емоцій» (48,5 %, n = 17), що свідчить про намагання психіки знизити емоційне навантаження шляхом уникання відповідальності та зменшення міжособистісної взаємодії. Ознака «емоційно-моральна дезорієнтація» найчастіше перебуває у фазі формування – 60 % (n = 21), що вказує на поступове зниження моральної чутливості й деформацію етичних установок. Варто зазначити, що «неадекватне емоційне виборче реагування» зустрічається у всіх трьох формах майже порівну, що може свідчити про індивідуальні відмінності у реакціях на емоційне навантаження.

У фазі виснаження найбільш репрезентативним виявився симптом «особистісна відстороненість (деперсоналізація)», сформований у 62,9 % учасників (n = 22), що свідчить про глибоку емоційну відчуженість та зниження

емпатійного реагування. Високі показники також спостерігаються щодо «емоційного дефіциту» – 45,7 % (n = 16) та «психосоматичних і психовегетативних порушень» – 42,9 % (n = 15), що свідчить про наявність соматичних проявів емоційного виснаження. При цьому «емоційна відстороненість» частіше перебуває у стадії формування – 65,7 % (n = 23), що може свідчити про загрозу подальшого поглиблення цього стану без належного психокорекційного втручання.

З метою узагальнення отриманих даних щодо проявів емоційного вигорання серед військовослужбовців, які пережили бойовий стрес, було здійснено розподіл учасників дослідження за фазами синдрому емоційного вигорання відповідно до методики В. Бойка. Такий підхід дозволяє виявити не лише окремі симптоми, але й загальну динаміку розвитку вигорання, що є важливим для подальшого вибору психокорекційних стратегій. Результати наведено у табл. 2.3.

Таблиця 2.3

Розподіл за фазами за методикою «Діагностика рівня емоційного вигорання» (В. Бойко), (констатувальний етап, n=35)

Фаза	Показник виразності фази					
	не сформована		у стадії формування		сформована	
	n	%	n	%	n	%
Напруга	-	-	21	60	14	40
Резистенція	1	2,9	20	57,1	14	40
Виснаження	-	-	15	42,9	20	57,1

На основі узагальнених результатів, отриманих за методикою В. Бойка, було проаналізовано рівень виразності трьох фаз синдрому емоційного вигорання – напруги, резистенції та виснаження – серед 35 військовослужбовців, які мають досвід участі в бойових діях.

У фазі напруги 60% респондентів ($n = 21$) перебувають на стадії формування цієї фази, а в 40% ($n = 14$) вона вже сформована. Ознак повної відсутності напруження серед учасників виявлено не було.

У фазі резистенції частина досліджуваних (2,9%, $n = 1$) ще не демонструє її формування, проте в більшості (57,1%, $n = 20$) ця фаза перебуває в активному процесі розвитку, а у 40% ($n = 14$) – чітко виражена. Це свідчить про значну втрату адаптивної стійкості до психоемоційного навантаження.

Що стосується фази виснаження, то в 42,9% військовослужбовців ($n = 15$) вона знаходиться в процесі формування, тоді як у 57,1% ($n = 20$) має завершений, сформований характер. Відсутність нульових показників у цій фазі вказує на критичний рівень виснаження у більшості учасників дослідження.

Таким чином, результати свідчать про наявність у вибірки виражених проявів синдрому емоційного вигорання, з домінуванням сформованих фаз, що потребує цілеспрямованої психокорекційної та реабілітаційної роботи.

Для комплексної оцінки психоемоційного стану військовослужбовців, які пережили бойовий стрес, було застосовано методику САН (Самопочуття – Активність – Настрій), яка дозволяє виміряти суб'єктивне сприйняття респондентами власного самопочуття, рівня активності та настрою. Цей метод є ефективним для оперативної оцінки загального психофізіологічного стану особистості та змін у динаміці. Розрахунок здійснено на основі сирих балів, поданих у Додатку Д. Результати констатувального етапу дослідження наведено у табл. 2.4.

Таблиця 2.4

Результати дослідження за методикою «Тест САН (Самопочуття – Активність – Настрій)», (констатувальний етап, $n=35$)

Шкала	Рівень функціонального стану	Кількість респондентів	
		п	%
Самопочуття	Високий рівень	-	-

Продовження табл. 2.4

	Помірний рівень (норма)	7	20
--	-------------------------	---	----

	Знижений рівень	19	54,3
	Низький / критично знижений рівень	9	25,7
Активність	Високий рівень	-	-
	Помірний рівень (норма)	6	17,1
	Знижений рівень	21	60
	Низький / критично знижений рівень	8	22,9
Настрій	Високий рівень	-	-
	Помірний рівень (норма)	6	17,1
	Знижений рівень	20	57,2
	Низький / критично знижений рівень	9	25,7

Результати, отримані за методикою «Тест САН (Самопочуття – Активність – Настрій)» на констатувальному етапі дослідження, засвідчують переважання зниженого психофізіологічного стану серед обстежених військовослужбовців.

Зокрема, за шкалою «Самопочуття» лише 7 респондентів (20 %) продемонстрували помірний рівень (що відповідає нормі), тоді як 19 осіб (54,3 %) мали знижений рівень, а ще 9 осіб (25,7 %) – низький або критично знижений рівень. Показників високого рівня не виявлено.

Аналогічна тенденція простежується за шкалою «Активність»: 6 респондентів (17,1 %) мали помірний рівень, 21 особа (60 %) – знижений рівень, і 8 осіб (22,9 %) – низький або критично знижений рівень. Високі значення також були відсутні.

За шкалою «Настрій» нормальні показники спостерігались у 6 респондентів (17,1 %), 20 осіб (57,2 %) продемонстрували знижений рівень, а ще 9 (25,7 %) – низький або критично знижений рівень. Показників високого рівня не виявлено.

Таким чином, проведене емпіричне дослідження на констатувальному етапі дозволило комплексно оцінити психоемоційний стан військовослужбовців, які мають досвід участі в бойових діях, із застосуванням низки валідних

психодіагностичних методик, зокрема шкали HADS, опитувальника емоційного вигорання В. Бойка та тесту САН.

Результати за шкалою HADS вказують на надзвичайно високий рівень тривожності та депресивних проявів: клінічно виражену тривожність продемонстрували 91,4 % учасників, депресію – 80 %. Це свідчить про наявність гострого психоемоційного напруження у більшості респондентів, що є характерним для осіб із посттравматичним досвідом.

Оцінка рівня емоційного вигорання за методикою В. Бойка засвідчила переважання сформованих фаз синдрому у вибірці. Найбільш вираженою є фаза виснаження – 57,1 % респондентів мають її завершений прояв, що підтверджується високими показниками деперсоналізації, емоційного дефіциту та психосоматичних порушень. Також значна частина учасників перебуває у стадії формування фази напруги (60 %) та фази резистенції (57,1 %), що вказує на системне зниження психічної витривалості та адаптаційного потенціалу.

Додаткову інформацію надало застосування методу САН, результати якого підтвердили загальне зниження функціонального стану. За всіма трьома шкалами – самопочуття, активність і настрої – домінують показники зниженого або критично зниженого рівня (від 80 % до 82,9 % респондентів), що свідчить про зниження енергетичного потенціалу, емоційного тону та суб'єктивного відчуття життєздатності.

Узагальнено, результати дослідження виявили критичний рівень психоемоційного виснаження, з високим ступенем тривожності, депресивності та симптомів емоційного вигорання, що потребує комплексного психокорекційного втручання. З огляду на характер і глибину виявлених проблем, доцільним є впровадження спеціалізованих програм психосоціальної реабілітації з використанням природоорієнтованих підходів, зокрема гарденотерапії, як ресурсу для стабілізації емоційного стану, зменшення тривожності та відновлення психофізіологічної рівноваги.

РОЗДІЛ 3

ОРГАНІЗАЦІЯ ТА ЕФЕКТИВНІСТЬ ЗАСТОСУВАННЯ ТЕРАПЕВТИЧНОГО САДІВНИЦТВА В ПРОЦЕСІ РЕАБІЛІТАЦІЇ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ, ЯКІ ПЕРЕЖИЛИ БОЙОВИЙ СТРЕС

3.1. Розробка та опис програми гарденотерапевтичної реабілітації

Програма гарденотерапевтичної реабілітації військовослужбовців, які зазнали бойового стресу, ґрунтується на концепції терапевтичного садівництва як ефективного засобу психоемоційної стабілізації та зниження симптомів тривожності, депресивних проявів і емоційного вигорання. Теоретичне підґрунтя програми спирається на наукові уявлення про природно-орієнтовані методи психокорекції, роль сенсорної стимуляції, ритмічної праці та залучення до живого середовища у процесі відновлення психологічного здоров'я.

Метою програми є зниження рівня тривожності, депресивних проявів та емоційного виснаження у військовослужбовців за рахунок цілеспрямованої взаємодії з природним середовищем у форматі терапевтичного садівництва.

Завдання програми:

- сприяти зменшенню психоемоційного напруження;
- активізувати внутрішні ресурси адаптації;
- покращити загальне самопочуття, настрій і рівень активності;
- підвищити рівень усвідомлення власних емоцій і навичок саморегуляції;
- створити умови для відновлення почуття сенсу, стабільності й контролю над власним життям.

Методологічною основою програми є когнітивно-поведінкова терапія, еко-психологія, арт-терапевтичні підходи, а також біофільна концепція взаємодії людини з природним середовищем.

Програма орієнтована на групову форму роботи з елементами індивідуальної підтримки. Загальна тривалість – 6 тижнів, із частотою занять двічі на тиждень, загалом 12 сесій. Кожне заняття триває 90 хвилин і включає

вступну частину, основний блок із практичною взаємодією з рослинами та садовими об'єктами, а також завершальний етап із рефлексією й релаксацією.

У межах програми передбачено використання таких активностей:

- посів та догляд за рослинами (як метафора турботи про себе);
- створення композицій із природних матеріалів (для розвитку емоційної експресії);
- робота з ґрунтом і водою (сенсорна стабілізація);
- візуалізаційні техніки в садовому просторі;
- ведення садового щоденника;
- елементи арт-терапії з використанням природних матеріалів.

Критеріями ефективності програми обрано зміни за шкалами HADS (тривожність, депресія), методикою В.В. Бойка (емоційне вигорання) та тестом САН (самопочуття, активність, настрій).

3.2. Впровадження програми гарденотерапії: структура, етапи, зміст занять

Для реалізації поставлених завдань була розроблена структурована гарденотерапевтична програма, адаптована до потреб військовослужбовців, які зазнали бойового стресу. Програма складається з 12 тематичних занять, кожне з яких має чітко визначену мету, терапевтичне спрямування та набір практичних активностей, що забезпечують поступову психоемоційну стабілізацію, підвищення саморефлексії та розвиток внутрішніх ресурсів. В табл. 3.1 подано узагальнену структуру гарденотерапевтичної програми, що стала основою психокорекційного втручання в межах дослідження.

Таблиця 3.1

**Структура гарденотерапевтичної програми реабілітації, які пережили
бойовий стрес**

№	Назва заняття	Мета	Основні активності
1	Сад як простір внутрішньої безпеки	Зниження початкової тривоги, формування безпечного середовища	Знайомство з садом, посадка першої рослини, вправи на уважність
2	Турбота як шлях до стабільності	Розвиток відповідальності та регулярності	Догляд за рослинами, полив, спостереження за змінами
3	Емоції та кольори природи	Усвідомлення емоцій, розвиток емоційної експресії	Створення кольорових квіткових композицій, робота з палітрою
4	Контакт із ґрунтом: повернення до основ	Сенсорна стабілізація, зниження тривожності	Робота з ґрунтом, вправи на тілесну усвідомленість
5	Пересаджування як символ змін	Робота з темою змін і життєвих переходів	Пересадка рослин, обговорення потреб у «новому ґрунті»
6	Відновлення через ритм природи	Формування внутрішньої структури	Створення розкладу догляду за рослинами, спостереження за циклами
7	Мій сад – мої межі	Робота з особистими кордонами	Побудова садової міні-композиції з обмеженим простором
8	Вода як емоційний провідник	Вираження емоцій, очищення	Полив рослин, створення водної

Продовження табл. 3.1

			композиції, робота з метафорами води
9	Внутрішній ресурс: що в мені проростає?	Пошук внутрішніх опор	Посів насіння, обговорення власного потенціалу
10	Сад як простір пам'яті й надії	Робота з травматичними спогадами та майбутнім	Створення символічної клумби (минуле/майбутнє)
11	Плоди моєї праці	Підведення проміжних підсумків	Оцінка змін у рослинах, фотозвіт, спільне оформлення ділянки
12	Завершення: сад у мені	Інтеграція досвіду, прощання	Створення подарунка/оберега з природних матеріалів, ритуал завершення

Заняття №1 Сад як простір внутрішньої безпеки

Мета заняття: формування початкового рівня психологічної безпеки, зниження рівня ситуативної тривожності, створення передумов для формування довіри до групи та позитивного ставлення до терапевтичного садівництва як до психокорекційного методу.

Необхідні матеріали: рослини у горщиках (по одній на учасника), дерев'яні або пластикові вазони, садовий інструмент (лопатки, рукавички), ґрунт, дощечки або етикетки для імен, аркуші паперу, маркери, натуральні матеріали (каміння, гілки, мох), аудіозапис природних звуків (шум листя, спів птахів), ковдри або каремати.

I. Вступ (10–15 хвилин)

Вітальне звернення фасилітатора та інформування учасників про мету й зміст садотерапевтичної програми.

Ознайомлення з правилами групової взаємодії (конфіденційність, добровільність участі, взаємоповага, активне включення).

Коротке представлення учасників у форматі «ім'я + коротка природна асоціація» (наприклад, улюблена рослина або пейзаж).

Проведення вправи візуального налаштування: учасникам пропонується уявити природне середовище, яке асоціюється з відчуттям безпеки, спокою та внутрішнього балансу.

II. Основна частина (45–55 хвилин)

Вправа 1. Формування особистого садового простору (25 хвилин)

Мета: розвиток відчуття особистого впливу на навколишній простір, актуалізація внутрішніх ресурсів через взаємодію з рослиною.

Зміст: учасникам надається можливість обрати рослину та пересадити її у власний вазон, додавши до нього природні елементи (камінці, гілочки тощо), які символізують індивідуальні потреби в опорі та стабільності.

Рефлексивне обговорення:

- Які відчуття супроводжували процес пересаджування?
- Які асоціації виникли щодо створеного простору?
- Чи вдається сприймати взаємодію з рослиною як стабілізуючу?

Вправа 2. Символічне моделювання «внутрішнього саду» (15 хвилин)

Мета: активізація емоційного самосприйняття, розвиток здатності до візуалізації стану на поточний момент.

Зміст: на аркушах паперу учасники створюють абстрактне зображення, яке, на їхню думку, відображає поточний психоемоційний стан у символічній формі садового простору (колір, форма, структура).

Рефлексивне обговорення:

- Який емоційний зміст має створене зображення?
- Які елементи малюнка відображають потребу в захищеності?

Вправа 3. Позначення меж особистого простору (10–15 хвилин)

Мета: формування усвідомлення особистих психологічних меж як ресурсу безпеки.

Зміст: навколо створеного садового простору учасники викладають символічні межі за допомогою природних матеріалів (каменю, гілок, моху). Здійснюється короткий самоаналіз важливості особистих меж у контексті життєвого досвіду.

Рефлексивне обговорення:

- Наскільки комфортно було позначити межі?
- З чим асоціюється власний захищений простір?

III. Завершення (10–15 хвилин)

Релаксаційна вправа: «Сад дихання» (5 хвилин)

Проводиться коротка релаксація із використанням природних звуків. Учасникам пропонується зосередити увагу на власному диханні в ритмі зі звуками саду, уявляючи, що кожен вдих наповнює внутрішній простір спокоєм.

Зворотний зв'язок у групі:

- Що стало ключовим відкриттям під час заняття?
- Які елементи сприяли зниженню емоційної напруги?
- Наскільки комфортним був перший досвід взаємодії з природою у терапевтичному форматі?

Завершення заняття:

Підсумковий раунд у форматі одного слова або короткої фрази, що характеризує внутрішній стан учасника після завершення заняття.

Заняття №2 Турбота як шлях до стабільності

Мета заняття: формування відповідального ставлення до власного емоційного стану через символічну турботу про рослини; розвиток навичок регулярності, послідовності та усвідомленого включення в рутинні дії; зниження психофізіологічної напруги.

Необхідні матеріали: рослини учасників із попереднього заняття, садовий інструмент (граблі, поливальні лійки, пульверизатори), журнал догляду за рослиною (індивідуальні зошити або аркуші), ручки, таймер, аркуші для самоаналізу, аудіозапис із монотонним ритмом природи (краплі дощу, вітер, цокання), серветки, столики або робочі поверхні.

I. Вступ (10–15 хвилин)

Коротке обговорення попереднього досвіду: що змінилося в особистому ставленні до своєї рослини.

Озвучення теми заняття: турбота як основа психологічної стабільності.

Міні-лекція фасилітатора про значення щоденних ритуалів у контексті психоемоційного відновлення, роль відповідальності та регулярності у поверненні внутрішнього контролю.

Вступне налаштування: «Уявіть, що рослина, за якою ви доглядаєте, відображає ваш поточний стан. Якої вона форми, кольору, сили?»

II. Основна частина (45–55 хвилин)

Вправа 1. Щоденна турбота як ритуал стійкості (20–25 хвилин)

Мета: розвиток навички регулярної турботи як способу стабілізації внутрішнього стану.

Зміст: учасникам пропонується провести базові дії по догляду за рослиною (полив, обприскування, видалення сухого листа, розпушування ґрунту). У процесі учасники фіксують у «журналі турботи» коротке спостереження: стан рослини, власний настрій до й після дії, бажаний крок на завтра.

Рефлексія:

- Які емоції супроводжували процес турботи?
- Чи виникло відчуття впливу та стабільності?
- Наскільки це заняття схоже на турботу про себе?

Вправа 2. Ритм і регулярність (15 хвилин)

Мета: усвідомлення цінності стабільного ритму дій для регуляції емоційного стану.

Зміст: під ритмічні природні звуки учасники виконують механічні дії (пересипання ґрунту, полив за краплями тощо) з фокусом на ритм та монотонність. Після цього проводиться короткий письмовий самоаналіз: «Що дає мені ритм?», «Де в житті мені бракує регулярності?», «Як я реагую на передбачуваність?»

Рефлексія:

- Чи викликає ритмічна дія відчуття спокою або роздратування?
- Як це співвідноситься з моїм повсякденним життям?

Вправа 3. Я – доглядач. Я – стабільність (10–15 хвилин)

Мета: закріплення метафоричної ролі турботи як саморегуляції.

Зміст: учасникам пропонується визначити 3 якості, які вони розвивають, коли піклуються про рослину. Вони записують їх на листку й розміщують поруч із вазоном. Кожен коротко презентує свою «формулу стабільності».

Рефлексія:

- Що є для мене джерелом внутрішньої рівноваги?
- Які якості я готовий розвивати системно?

III. Завершення (10–15 хвилин)

Релаксаційна вправа: «Вода як джерело руху» (5 хвилин)

Фокус на відчуттях: учасники сидять із заплющеними очима, під звук води уявляють її рух через ґрунт до коренів рослини. Дихання повільне, кожен вдих – наповнення, кожен видих – стабілізація.

Зворотний зв'язок:

- Яким був досвід догляду в символічному плані?
- Що нового було усвідомлено про сталість, ритуал, вплив?
- Як змінився емоційний стан упродовж заняття?

Завершення заняття:

Формула дня: кожен учасник формулює одну коротку тезу у відповідь на фразу: «Сьогодні я зрозумів, що стабільність – це...».

Заняття №3 Емоції та кольори природи

Мета заняття: актуалізація та усвідомлення власного емоційного стану через роботу з кольором і природним матеріалом; розвиток здатності до емоційної експресії; формування навичок символічного відображення внутрішніх переживань.

Необхідні матеріали: квіткові пелюстки різних кольорів, сухоцвіти, листя, гілочки, природні барвники (буряк, куркума, вугілля тощо), ножиці, клей, аркуші

щільного паперу, тканина, палітри, ємності з водою, серветки, захисні фартухи, музика без слів для тла.

I. Вступ (10–15 хвилин)

Повідомлення теми заняття: кольори природи як відображення спектра емоцій.

Теоретичний вступ: коротка інформація про зв'язок кольору з емоційним станом у психології, психофізіології та арт-терапевтичній практиці.

Вступна вправа: учасникам пропонується обрати кольоровий елемент (пелюстку, листок) із загальної композиції, що найбільше відповідає їхньому сьогоденішньому стану, та коротко пояснити вибір.

II. Основна частина (45–55 хвилин)

Вправа 1. Композиція «Мій емоційний ландшафт» (25–30 хвилин)

Мета: створення візуального відображення внутрішнього стану через природні кольорові матеріали.

Зміст: учасники викладають абстрактну картину з природних матеріалів (пелюсток, листя, гілок тощо), яка символічно передає їхній емоційний стан. Не використовуються фігуративні зображення.

Рефлексивне обговорення:

- Який настрій передає моя композиція?
- Чи відображає вона мої актуальні переживання або довготривалі стани?
- Чи є в ній напруга, гармонія, протиріччя?

Вправа 2. Кольорове коло емоцій (15 хвилин)

Мета: розвиток емоційної рефлексії та навичок розпізнавання відтінків почуттів.

Зміст: учасникам пропонується створити коло з кольорових елементів (пелюсток, фарбованих матеріалів тощо), де кожен сектор – це певне почуття, яке було присутнє впродовж останнього тижня. Потім вони коротко аналізують, який сектор найбільший, а який – найменший.

Рефлексивне обговорення:

- Які почуття домінували?

- Яке з них хотілося б посилити або зменшити?

Вправа 3. Назви відтінок – назви почуття (10 хвилин)

Мета: удосконалення навичок емоційної ідентифікації.

Зміст: фасилітатор демонструє нетипові відтінки кольорів (наприклад, тьмяно-фіолетовий, оливковий, бірюзовий). Учасники повинні описати, з яким почуттям асоціюється кожен відтінок, і пояснити, чому.

Рефлексивне обговорення:

- Чи легко описувати емоції через колір?
- Який колір є «ресурсним» для мене зараз?

III. Завершення (10–15 хвилин)

Релаксаційна вправа: «Барви спокою» (5 хвилин)

Учасникам пропонується заплющити очі та візуалізувати, як у внутрішньому просторі поступово з'являється колір, що асоціюється зі спокоєм, теплом, підтримкою. Вони уявляють, як цей колір розширюється всередині тіла.

Зворотний зв'язок:

- Яким було для мене використання кольору як засобу вираження?
- Що нового я дізнався про свій емоційний стан?
- Який елемент заняття був найбільш значущим?

Завершення заняття:

Підсумкове коло: кожен учасник називає один колір, що символізує його стан на кінець заняття.

Заняття №4 Контакт із ґрунтом: повернення до основ

Мета заняття: стимулювання сенсорної інтеграції через тактильну взаємодію з природним середовищем; зниження психофізіологічної напруги; актуалізація почуття тілесної присутності; розвиток навичок «заземлення» як ресурсу психоемоційної стабілізації.

Необхідні матеріали: ємності з різними типами ґрунту (торф, пісок, суглинок), вода, рукавички, лопатки, глиняні горщики, каміння, мох, деревина, ганчірки для очищення рук, тканинні серветки, підкладки, аудіозапис природних звуків (земляні шуми, копання, вітер).

I. Вступ (10–15 хвилин)

Вступна частина: коротке пояснення поняття «заземлення» у психологічній практиці (як техніка повернення до тілесності та стабільності).

Обговорення: які відчуття викликає ґрунт, з чим асоціюється дотик до землі.

Мотиваційне налаштування: «Сьогодні ми працюємо з тим, що завжди було під нашими ногами – основою життя».

II. Основна частина (45–55 хвилин)

Вправа 1. Сенсорний контакт: відчуваю ґрунт (20–25 хвилин)

Мета: активація сенсорних каналів, зменшення тривожності через тілесну стимуляцію.

Зміст: учасники занурюють руки у різні типи ґрунту, досліджуючи текстуру, температуру, щільність. Завдання – усвідомлено фіксувати відчуття, не даючи їм оцінок. Можна працювати з закритими очима.

Рефлексія:

- Які сенсорні відчуття були найбільш вираженими?
- Чи змінився мій емоційний стан під час дотику до ґрунту?
- Що я відчув у тілі?

Вправа 2. Формування «основи» (15 хвилин)

Мета: створення символічного образу опори та стабільності.

Зміст: з використанням ґрунту, моху, каміння учасники створюють композицію, яка символізує «мій фундамент», – те, що підтримує в житті. Робота проводиться в індивідуальному темпі.

Рефлексія:

- Які елементи стали центральними в моїй основі?
- Наскільки я відчуваю їх у своєму повсякденному житті?
- Що потребує укріплення?

Вправа 3. Тілесне заземлення (10–15 хвилин)

Мета: фіксація уваги на тілесних орієнтирах, зниження вегетативної напруги.

Зміст: короткий тілесний тренінг заземлення: відчуття ваги тіла, дотику стоп до поверхні, стиснення та розслаблення м'язів долонь (можна тримати грудку землі під час дихальних вправ).

Рефлексія:

- Чи відчувалося повернення до «тут-і-тепер»?
- Наскільки легше стало контролювати тіло й дихання?

III. Завершення (10–15 хвилин)

Релаксаційна вправа: «Я і земля» (5 хвилин)

Учасникам пропонується уявити, що під ними – м'який, теплий ґрунт, який тримає, приймає й підтримує. Візуалізація: енергія з ґрунту повільно піднімається крізь тіло, надаючи сили й спокою.

Зворотний зв'язок:

- Що було для мене найбільш несподіваним у роботі з ґрунтом?
- Як змінився мій стан після тілесного контакту?
- Який образ залишився зі мною після сьогоднішньої роботи?

Завершення заняття:

Підсумковий круг: кожен учасник коротко формулює, що для нього означає «мій ґрунт» як метафора підтримки.

Заняття №5 Пересаджування як символ змін

Мета заняття: формування усвідомленого ставлення до змін у житті як до природного та необхідного процесу; активізація внутрішніх ресурсів адаптації; осмислення особистого досвіду життєвих переходів і трансформацій; зниження тривожності, пов'язаної з невизначеністю.

Необхідні матеріали: рослини середнього розміру (для пересадки), горщики більшого об'єму, ґрунт, садовий інструмент, водні пульверизатори, етикетки або бирки, картки для записів, зразки різних типів «ґрунтів життя» (тверда глина, сипкий пісок, родючий торф), аркуші з запитаннями для самоаналізу, тканинні серветки, маркери.

I. Вступ (10–15 хвилин)

Ознайомлення з темою заняття: зміни як частина особистісного розвитку та відновлення після кризових подій.

Теоретичний блок: коротке пояснення процесу адаптації до змін у психології, з акцентом на внутрішню гнучкість, готовність до нових умов, необхідність «вкорінення» у новому середовищі.

Актуалізаційне запитання: «Які життєві зміни були для мене найскладнішими? Які – найнеобхіднішими?»

II. Основна частина (45–55 хвилин)

Вправа 1. Процес пересаджування як метафора переходу (25–30 хвилин)

Мета: усвідомлення особистої реакції на зміну «контейнера» життя, аналіз етапів адаптації.

Зміст: кожен учасник пересаджує рослину у новий горщик, додаючи до ґрунту елементи, які символізують ресурси, необхідні для переходу (мох – підтримка, камінці – стабільність, добриво – досвід).

Рефлексія:

- Які відчуття викликав процес пересаджування?
- Чи відображає нове середовище мій поточний життєвий стан?
- Яких «умов» потребую я, щоб почуватися вкоріненим?

Вправа 2. Мій «ґрунт життя» (15 хвилин)

Мета: метафоричне осмислення життєвого середовища.

Зміст: учасникам демонструють зразки різного ґрунту (твердого, сипкого, родючого) як метафори життєвих умов. Учасники обирають, який тип ґрунту найбільше нагадує їхнє середовище зараз. Після цього – письмовий аналіз: «Чого бракує моєму ґрунту?», «Що можу додати?»

Рефлексія:

- Який «ґрунт» мене підтримує, а який виснажує?
- Чи є у мене можливість змінити або збагачувати середовище?

Вправа 3. Етикетка змін (10–15 хвилин)

Мета: інтеграція нового досвіду через символічне маркування.

Зміст: після пересадки рослини учасники створюють для неї символічну «етикетку» з фразою, яка відображає їхнє ставлення до змін (наприклад: «Зростаю у новому», «Потребую часу для вкорінення»).

Рефлексія:

- Яке слово/фраза найбільше відображає мій шлях трансформації?
- Як я оцінюю власну готовність до змін після заняття?

III. Завершення (10–15 хвилин)

Релаксаційна вправа: «Вкорінення» (5 хвилин)

Візуалізація: учасникам пропонується уявити себе як рослину, пересаджену в новий ґрунт. Вони візуалізують, як коріння повільно заглиблюється в землю, знаходячи опору, вологу, поживні речовини. Кожен вдих – укріплення, кожен видих – прийняття нового.

Зворотний зв'язок:

- Як відображає мій досвід пересаджування зміни у моєму житті?
- Що я зрозумів про себе в контексті адаптації?
- Який ресурс став для мене більш помітним?

Завершення заняття:

Підсумкове слово: кожен учасник формулює коротке речення, починаючи з фрази «Я готовий(а)...», що стосується прийняття змін і внутрішньої трансформації.

Заняття №6 Відновлення через ритм природи

Мета заняття: стимулювання відчуття внутрішнього порядку, формування стабільного ритму діяльності як психорегуляторного ресурсу; розвиток здатності до самоорганізації через спостереження природних циклів і виконання повторюваних дій у садовому середовищі.

Необхідні матеріали: індивідуальні журнали спостережень (або зошити), рослини учасників, календарі або шаблони планування, маркери, ручки, таймер, садовий інструмент, таблички для позначення фаз росту, аудіозапис із повторюваними звуками природи (цокання, капання, монотонний дощ),

натуральні годинники (пісочний, водяний), метеостанція або модель сонячного циклу (за можливістю).

I. Вступ (10–15 хвилин)

Актуалізація теми: обговорення впливу стабільного ритму на психоемоційний стан людини (біоритми, рутина, циркадні цикли).

Короткий теоретичний огляд: природа як взірць сталих повторюваних циклів (доба, сезон, ріст, цвітіння, плодоношення).

Мотиваційне запитання: «Наскільки мій день/тиждень має впорядковану структуру? Як я реаую на повторюваність дій?»

II. Основна частина (45–55 хвилин)

Вправа 1. Спостерігаю ритм росту (20–25 хвилин)

Мета: розвиток уважності до природного циклічного процесу як моделі стабільності.

Зміст: учасники уважно оглядають свою рослину, фіксуючи ознаки змін за останній тиждень (нове листя, ріст, зміна кольору тощо). Отримані спостереження заносяться до індивідуального журналу. Потім учасники створюють графік «фаз росту» – реальний або уявний.

Рефлексія:

- Які процеси в рослині є найвиразнішими?
- Чи можу я порівняти її ритм із власним життям?

Вправа 2. Створення особистого календаря стабільності (15–20 хвилин)

Мета: формування стійкої структури повсякденної діяльності як елемента відновлення.

Зміст: на підготовлених шаблонах учасники планують регулярні дії догляду за рослиною (полив, спостереження, підживлення). Потім додають до цього календаря дії, які підтримують їхній психологічний стан (сон, харчування, прогулянки, відпочинок).

Рефлексія:

- Які з дій є для мене життєво необхідними?
- Що заважає стабільному ритму в моєму житті?

Вправа 3. Ритмічна дія (10–15 хвилин)

Мета: закріплення відчуття спокою через повторювані дії.

Зміст: учасники виконують серію монотонних дій (пересипання піску, протирання листя, упорядкування камінців) під звуковий ритм. Акцент робиться на диханні, уповільненні темпу, зосередженні на поточному моменті.

Рефлексія:

- Як повторюваність дій вплинула на моє дихання, думки, відчуття?
- Чи можу я використовувати такі дії у повсякденному житті?

III. Завершення (10–15 хвилин)

Релаксаційна вправа: «Дихання в ритмі природи» (5 хвилин)

Під спокійні звуки природи учасникам пропонується синхронізувати дихання з природним ритмом: вдих – рух соку в рослинах, видих – віддавання зайвого. Усвідомлення ритмічної єдності з біологічними процесами довкілля.

Зворотний зв'язок:

- Що я усвідомив про власний життєвий ритм?
- Які щоденні дії можуть стати для мене стабілізуючими?
- Чи вдалося мені вповільнитися або відчути внутрішню структуру?

Завершення заняття:

Підсумкова вправа: кожен учасник формулює одну ритмічну дію, яку він готовий запровадити як щоденну підтримку внутрішньої стабільності.

Заняття №7 Мій сад – мої межі

Мета заняття: актуалізація уявлень про особистісні межі, розвиток навичок їх усвідомлення та символічного моделювання; формування внутрішнього відчуття безпеки через структурування простору навколо себе; зміцнення ідентичності та самоповаги.

Необхідні матеріали: індивідуальні садові ящики або горщики, природні матеріали (камінці, дерев'яні палички, мох, шишки, кора, пісок), папір, клей, маркери, ножиці, тканинні стрічки, мініатюрні флажки або бирки, аудіозапис природного ландшафту (звук вітру, тиші в лісі).

I. Вступ (10–15 хвилин)

Вступна розповідь про психологічні межі: поняття, функції, порушення та наслідки.

Обговорення в групі: «Що для мене означають межі у спілкуванні з іншими?», «Чи вмію я захищати свій особистий простір?»

Коротка візуалізація: «Уявіть, що ви перебуваєте у власному саду. Який вигляд має його межа? Висока чи прозора? Відкриті ворота чи зачинені?»

II. Основна частина (45–55 хвилин)

Вправа 1. Межі мого саду (20–25 хвилин)

Мета: моделювання власних психологічних меж через просторову композицію.

Зміст: учасникам пропонується створити символічну межу навколо своєї рослини або садової композиції за допомогою природних матеріалів (каміння, гілочок, стрічок). Вони мають візуально відобразити структуру власного психологічного простору: відкритість, гнучкість, захищеність.

Рефлексія:

- Який тип межі я створив?
- Наскільки ця структура відповідає моїм потребам у реальному житті?
- Чи легко мені було визначити межі?

Вправа 2. Внутрішній дозвіл і зовнішні обмеження (15 хвилин)

Мета: усвідомлення різниці між зовнішнім контролем і внутрішнім вибором.

Зміст: учасники отримують 10 карток: 5 із написами «Я дозволяю собі...» і 5 із написами «Я забороняю іншим...». На кожній вони мають сформулювати фразу, що відображає особисту позицію. Потім відбувається короткий обмін у парах або в групі.

Рефлексія:

- Який із пунктів було найлегше/найважче сформулювати?
- Чи є різниця між моїми межами та тими, що я демонструю назовні?

Вправа 3. Підпис на межі (10–15 хвилин)

Мета: символічне закріплення особистої території.

Зміст: учасники створюють табличку або прапорець із написом, який визначає їхній особистий простір (наприклад: «Тут панує спокій», «Зона відновлення», «Сад поваги»). Цей елемент розміщується в межах садової композиції.

Рефлексія:

- Чому я обрав саме цей підпис?
- Як я ставлюся до власного права на особисту територію?

III. Завершення (10–15 хвилин)

Релаксаційна вправа: «Кордони світла» (5 хвилин)

Візуалізація: учасники заплющують очі й уявляють, що навколо них з'являється прозора захисна оболонка світла. Вона зберігає спокій всередині та захищає від зовнішніх подразників. Дихання глибоке, рівне.

Зворотний зв'язок:

- Що я усвідомив сьогодні про свої межі?
- Чи відчуваю я потребу переглянути їх у реальному житті?
- Який елемент заняття був для мене найбільш значущим?

Завершення заняття:

Підсумкове коло: кожен учасник формулює одну якість або ресурс, який допомагає йому захищати власні межі.

Заняття №8 Вода як емоційний провідник

Мета заняття: стимулювання усвідомленого ставлення до емоційної сфери через роботу з образом води; актуалізація здатності до емоційного вираження й очищення; формування навичок саморегуляції через символічні й тілесні дії, пов'язані з водним середовищем.

Необхідні матеріали: ємності з водою, лійки, пульверизатори, дзеркальні поверхні, камінці, мох, скло, склянки, тканина, прозорі гелієві кульки або гідрогель, декоративні елементи для створення водної композиції, аркуші для рефлексії, аудіозапис звуку води (струмок, дощ, хвилі).

I. Вступ (10–15 хвилин)

Ознайомлення з темою заняття: вода як символ емоцій, здатних до текучості, зміни, очищення.

Короткий теоретичний екскурс: у психології вода часто використовується як метафора емоційного потоку; порушення емоційної регуляції пов'язані з блокуванням або надлишком «внутрішньої води».

Налаштування: «Згадайте момент, коли вода – дощ, душ, річка – допомогла вам емоційно розслабитися або заспокоїтись».

II. Основна частина (45–55 хвилин)

Вправа 1. Полив як акт піклування і випуску напруги (15–20 хвилин)

Мета: зниження емоційного напруження через дію, що має ритуальний характер.

Зміст: учасники здійснюють полив своїх рослин у повільному ритмі, з фокусом на кожному русі. Пропонується сприймати воду як провідник зайвих емоцій, які «вивільняються» в процесі.

Рефлексія:

- Який емоційний стан супроводжував полив?
- Яке значення я надаю цій дії – механічне чи емоційне?

Вправа 2. Створення особистої водної композиції (20–25 хвилин)

Мета: візуалізація власного емоційного стану через взаємодію з водним середовищем.

Зміст: учасникам пропонується створити невелику композицію в прозорій ємності з використанням води, гідрогелю, камінців, рослинних елементів. Завдання – відтворити свій емоційний стан у моменті або бажаний емоційний образ.

Рефлексія:

- Яку емоцію я відобразив у композиції?
- Наскільки вода допомогла зробити це м'яко, без надриву?

Вправа 3. Очищення як перезапуск (10–15 хвилин)

Мета: символічне звільнення від накопичених емоцій.

Зміст: учасники отримують аркуш паперу, на якому письмово фіксують емоції, від яких бажають «очиститися». Потім папір опускається у воду або змивається, спостерігаючи за розчиненням тексту.

Рефлексія:

- Чи з'явилося відчуття полегшення?
- Які емоції я виявив у собі, поки писав?

III. Завершення (10–15 хвилин)

Релаксаційна вправа: «Внутрішній потік» (5 хвилин)

Під спокійні звуки течії учасникам пропонується уявити, що всередині них рухається потік чистої теплої води, яка проходить через усі ділянки тіла й забирає втому, емоційну напругу, залишаючи простір для ясності та легкості.

Зворотний зв'язок:

- Як я реагував на роботу з водою?
- Які емоції стали більш доступними?
- Чи вдалося мені відпустити щось зайве?

Завершення заняття:

Підсумкова вправа: кожен учасник формулює одну емоцію або відчуття, яке стало «чистішим» після заняття.

Заняття №9 Внутрішній ресурс: що в мені проростає?

Мета заняття: актуалізація особистісних ресурсів як джерела відновлення після психотравматичного досвіду; формування усвідомленого ставлення до внутрішніх потенціалів; розвиток віри у можливість психологічного зростання шляхом символічного моделювання процесу проростання.

Необхідні матеріали: ємності для посіву (невеликі контейнери, торф'яні горщики), насіння швидкорослих рослин (пшениця, кресс-салат, редиска тощо), ґрунт, лопатки, етикетки для підпису, папір, ручки, зразки символічних зображень росту, аудіозапис «ранкового саду» (пташиний спів, ранкова роса).

I. Вступ (10–15 хвилин)

Ознайомлення з темою заняття: внутрішній ресурс як психологічна здатність до відновлення, росту, адаптації.

Теоретичний контекст: ресурсно-орієнтований підхід у психології, уявлення про життєві сили, що можуть бути актуалізовані навіть у кризових станах.

Візуальне налаштування: учасникам пропонується уявити себе у вигляді насінини, яка проростає. Що потрібно для того, щоб зростання стало можливим?

II. Основна частина (45–55 хвилин)

Вправа 1. Посів як акт відновлення (20–25 хвилин)

Мета: символічне відображення початку нового етапу, пов'язаного з активізацією внутрішніх сил.

Зміст: учасники обирають насіння, яке хочуть посадити, готують ґрунт, здійснюють посів. У процесі на етикетці підписують слово або фразу, яка символізує внутрішній ресурс (наприклад: «надія», «витривалість», «довіра»).

Рефлексія:

- Чому я обрав саме це насіння?
- Який внутрішній ресурс я хочу «виростити»?
- Які умови для цього мені потрібні?

Вправа 2. Символічна карта ресурсів (15–20 хвилин)

Мета: усвідомлення багатовимірності ресурсної сфери особистості.

Зміст: учасникам пропонується заповнити шаблон, що включає такі категорії: «Я знаю», «Я вмію», «Я маю», «Я можу», «Мене підтримує». Записи відображають як зовнішні, так і внутрішні опори.

Рефлексія:

- Яка категорія виявилась найзаповненішою?
- Чи змінилося моє уявлення про власні можливості?

Вправа 3. Проростаючий образ (10–15 хвилин)

Мета: візуалізація зростання як внутрішнього процесу.

Зміст: учасники створюють умовне зображення на аркуші паперу – метафоричне «зерно», з якого проростає нова якість, нове ставлення, новий етап життя.

Рефлексія:

- Що саме «проростає» в мені?
- Які зміни вже помітні у моєму внутрішньому стані?

III. Завершення (10–15 хвилин)

Релаксаційна вправа: «Я расту» (5 хвилин)

Учасникам пропонується заплющити очі й уявити, як із центра грудної клітки проростає стебло – м'яке, гнучке, але стійке. Воно розгортається до сонця, символізуючи зростання, оновлення, рух.

Зворотний зв'язок:

- Що нового я відкрив у собі як ресурс?
- Як я можу підтримувати процес власного «проростання»?
- Який образ залишився зі мною після заняття?

Завершення заняття:

Підсумкове коло: кожен учасник озвучує слово, яке сьогодні символізує його ресурсний стан.

Заняття №10 Сад як простір пам'яті й надії

Мета заняття: формування інтегративного ставлення до особистісного досвіду, включаючи травматичні події; стимуляція здатності до символічного опрацювання минулого та формування позитивного бачення майбутнього; підтримка внутрішнього балансу через роботу з простором саду як метафорою життєвого шляху.

Необхідні матеріали: контейнери або квіткові ящики, дві секції ґрунту (умовне «минуле» і «майбутнє»), насіння або квіти різних кольорів, природні матеріали (каміння, пісок, гілки), папір, фломастери, стрічки або маркери для позначок, аудіозапис спокійної інструментальної музики.

I. Вступ (10–15 хвилин)

Ознайомлення з темою заняття: пам'ять як складова ідентичності та джерело життєвих висновків; надія як вектор майбутнього та чинник психологічного відновлення.

Теоретичне підґрунтя: екзистенційна психологія (В. Франкл), феномен травматичної пам'яті та посттравматичного зростання.

Обговорення: якими образами або символами можуть бути представлені минуле й майбутнє в садовому просторі.

II. Основна частина (45–55 хвилин)

Вправа 1. Символічна клумба «Минуле – Майбутнє» (25–30 хвилин)

Мета: зовнішня репрезентація особистого досвіду та формування настанови на перспективу.

Зміст: учасникам пропонується створити двосекційні клумби. У першій частині (минуле) розміщуються елементи, що символізують пройдений шлях, труднощі, переживання, але також і уроки. У другій – висаджуються рослини або викладаються символи, що уособлюють бажані якості, цілі, нові стани.

Рефлексія:

- Що символізує моя «клумба минулого»?
- Що я вкладаю у «клумбу майбутнього»?
- Які емоції викликає зіставлення цих двох частин?

Вправа 2. Нитка часу (10–15 хвилин)

Мета: побудова безперервної часової лінії, що поєднує досвід, набутий у минулому, із надією на майбутнє.

Зміст: кожен учасник на аркуші креслить горизонтальну лінію. Ліва частина – це минуле, права – майбутнє. Учасники позначають ключові точки, пов'язані з болем, уроками, подоланням, а також маркують бажані події, зміни, риси у майбутньому.

Рефлексія:

- Яка частина виявилась більш насиченою?
- Які зміни хотілось би реалізувати найближчим часом?

Вправа 3. Послання собі в майбутнє (10–15 хвилин)

Мета: створення внутрішньої підтримки шляхом адресованого звернення до себе.

Зміст: учасники пишуть короткий текст (3–5 речень), звертаючись до себе у майбутньому. Потім текст згортається й закріплюється стрічкою або поміщається в невелику коробочку – як символічне «насіння надії».

Рефлексія:

- Що я хотів/хотіла б почути від себе у майбутньому?
- Який образ себе я залишаю у цьому повідомленні?

III. Завершення (10–15 хвилин)

Релаксація: «Сад часу» (5 хвилин)

Учасникам пропонується заплющити очі й уявити простір саду, у якому мирно співіснують дерева минулого та молоді пагони майбутнього. Кожен з них має свою цінність, і разом вони утворюють гармонійну цілісність.

Зворотний зв'язок:

- Які відчуття викликало заняття?
- Що стало для мене важливим у символіці минулого й майбутнього?
- Яку частину клумби я хотів/хотіла б розвивати далі?

Завершення заняття:

Кожен учасник обирає природний матеріал або символ із клумби, який хоче взяти з собою як нагадування про внутрішній зв'язок між досвідом та надією.

Заняття №11 Плоди моєї праці

Мета заняття: сприяти усвідомленню учасниками досягнень, здобутих у процесі терапевтичної взаємодії з природою; актуалізувати досвід особистісного зростання, відновлення здатності до дії, формування позитивного ставлення до власних зусиль і внутрішніх змін.

Необхідні матеріали: фото- або відеофіксація процесу догляду за рослинами (за наявності), живі рослини або композиції, створені учасниками, папір формату А4, маркери, клей, природні декоративні елементи (насіння, пелюстки, мох, гілочки), нитки, ножиці, ватмани для колективної роботи.

I. Вступ (10–15 хвилин)

Ознайомлення з темою заняття: плоди – не лише у буквальному сенсі результатів догляду за садом, але й символ особистих трансформацій.

Коротке групове обговорення: які зміни я помічаю у своєму стані, емоціях, сприйнятті себе з моменту початку участі в програмі?

Психоедукація: значення усвідомлення прогресу як способу формування позитивної самооцінки (на основі когнітивно-поведінкових та гуманістичних підходів).

II. Основна частина (45–55 хвилин)

Вправа 1. Мій сад: до і після (20–25 хвилин)

Мета: візуалізація змін, зафіксованих у процесі догляду за рослинами, та перенесення цієї символіки на власні внутрішні зміни.

Зміст: учасникам пропонується порівняти стан рослин або композицій на початку та на цьому етапі (за фото, відео або безпосередньо в саду). Ведеться паралель: які особисті зміни відповідають цим трансформаціям?

Рефлексія:

- Яку рослину я б асоціював(ла) з собою сьогодні?
- Чи є щось, чим я можу пишатися у своєму розвитку?
- Які труднощі були подолані завдяки цій роботі?

Вправа 2. Карта досягнень (15–20 хвилин)

Мета: формалізація позитивних результатів та підкріплення їх емоційної значущості.

Зміст: кожен учасник створює на аркуші «Карту досягнень», де у вигляді дерева, клумби або іншого образу позначає те, чого вдалося досягти: нові навички, відновлення ресурсів, покращення самопочуття, тощо. Можна використовувати малюнки, слова, колаж.

Рефлексія:

- Який «плід» мого саду є для мене найважливішим?
- Що допомогло досягти цих змін?
- Що я хотів(ла) б розвивати далі?

Вправа 3. Колективна композиція «Наш сад» (10–15 хвилин)

Мета: укріплення групової ідентичності, взаємної підтримки та визнання цінності колективного шляху.

Зміст: учасники створюють спільний символічний сад на ватмані, прикріплюючи свої «досягнення» (у вигляді листків, плодів, квітів тощо).

Рефлексія:

- Який внесок я зробив(ла) у спільну атмосферу?
- Що я беру із собою з цього колективного досвіду?

III. Завершення (10–15 хвилин)

Релаксація: «Збираю плоди» (5 хвилин)

Учасникам пропонується закрити очі та уявити, як вони перебувають у саду, де росте все, що вони «виростили» за час терапії: спокій, внутрішня рівновага, радість, упевненість. У цій уявній подорожі кожен «збирає» плоди, які найбільше потребує.

Зворотний зв'язок:

- Що я сьогодні відкрив(ла) про себе?
- Які зміни вважаю найціннішими?
- Як ці результати допоможуть мені в подальшому?

Завершення заняття:

Учасникам пропонується вибрати один природний символ (насіння, гілочку, листок), який буде нагадувати їм про їхній особистий «врожай» та зберігати значущість результатів.

Заняття №12 Сад у мені

Мета заняття: інтеграція отриманого терапевтичного досвіду, закріплення позитивних змін, емоційне завершення програми, формування відчуття внутрішньої цілісності та готовності продовжувати шлях самовідновлення після завершення реабілітації.

Необхідні матеріали: набір природних матеріалів (листя, квіти, мох, пісок, насіння, гілочки), тканина або мішечки для виготовлення символічного оберега, нитки, клей, маркери, картон, папір, аудіозапис зі звуками природи, свічка для завершального ритуалу.

I. Вступ (10–15 хвилин)

Ознайомлення з темою заняття: образ «саду всередині» як метафора набутого досвіду, особистісних змін, ресурсів і внутрішнього зростання.

Коротка бесіда: що означає «сад у мені»? Які риси, стани, навички я «виростив(ла)»?

Пояснення значення завершального етапу як моменту символічного переходу – від структурованої підтримки до автономного використання набутих навичок.

II. Основна частина (45–55 хвилин)

Вправа 1. Мій внутрішній сад (20–25 хвилин)

Мета: усвідомлення змін, які відбулися на психологічному, емоційному та тілесному рівнях за час участі у програмі.

Зміст: учасникам пропонується створити символічне зображення свого внутрішнього саду – за допомогою природних матеріалів, малюнків або слів. Кожен обирає елементи, що відповідають його стану, цінностям, мріям.

Рефлексія:

- Що я вважаю головним досягненням?
- Який образ у саду є для мене найсильнішим символом?
- Як я можу підтримувати цей стан після завершення програми?

Вправа 2. Створення символічного оберега (15–20 хвилин)

Мета: закріплення терапевтичного досвіду, створення матеріального символу, що буде асоціюватися з набутими ресурсами.

Зміст: учасники виготовляють з природних матеріалів власний оберіг (саше, мішечок, міні-композиція тощо), вкладаючи в нього значення підтримки, спокою, сили або іншого важливого особистого ресурсу.

Рефлексія:

- Що символізує мій оберіг?
- Як я можу використовувати його у повсякденному житті?

Вправа 3. Моє послання собі (10–15 хвилин)

Мета: вербалізація особистої трансформації, інтеграція внутрішніх змін.

Зміст: кожен учасник пише коротке послання самому собі в майбутнє – із підтримкою, порадами або нагадуваннями про важливі ресурси, відкриті впродовж програми. За бажанням – озвучує його в колі.

Рефлексія:

- Що я хочу сказати собі через рік?
- Як не втратити зв'язок з тим, чого я досяг(ла)?

III. Завершення (10–15 хвилин)

Релаксація: Образ «садового спокою» (5 хвилин)

Керована візуалізація: учасникам пропонується уявити себе в ідеальному місці спокою серед природи – відчувати землю під ногами, звук вітру, тепло сонця, аромат трав і квітів. Закріплення образу як джерела внутрішнього відновлення.

Зворотний зв'язок:

- Який образ або досвід я забираю з собою?
- Що я дізнався(лася) про себе за ці 12 занять?
- Як я планую підтримувати себе надалі?

Завершальний ритуал:

Запалення свічки як символу завершення спільного шляху. Кожен учасник (за бажанням) промовляє одну фразу-побажання собі або іншим. Завершується заняття коротким моментом мовчання та вдячності.

3.3. Аналіз ефективності гарденотерапії у динаміці психоемоційного стану військовослужбовців

Для оцінки динаміки психоемоційного стану військовослужбовців після проходження програми гарденотерапії було повторно використано шкалу Госпітальної тривожності та депресії (HADS). Метою контрольного етапу дослідження стало визначення змін у рівнях вираженості тривожних і депресивних симптомів під впливом реабілітаційного втручання. Це дозволило проаналізувати не лише ефективність програми в цілому, а й виявити загальні тенденції поліпшення або збереження негативного емоційного фону.

Результати обчислено на основі сирих балів, зібраних за підсумками контрольного тестування (Додаток Е). Детальні кількісні та відсоткові показники подано у табл. 3.2.

Таблиця 3.2

Результати дослідження за методикою «Шкала Госпітальної тривожності та депресії (HADS)», (контрольний етап, n=35)

Рівень	Тривога		Депресія	
	п	%	п	%
норма	22	62,9	14	40
субклінічно виражена	13	37,1	14	40
клінічно виражена	-	-	7	20

Згідно з отриманими даними, у 22 респондентів (що становить 62,9 %) показники тривожності відповідають нормальному рівню, тоді як у 13 осіб (37,1 %) виявлено субклінічно виражену тривогу. Випадків клінічно вираженої тривожності зафіксовано не було.

Що стосується депресивних проявів, нормальний рівень спостерігається у 14 учасників (40 %), субклінічний – також у 14 осіб (40 %), а клінічно виражена депресія виявлена у 7 респондентів, що становить 20 % від загальної кількості обстежених.

Для визначення змін у психоемоційному стані військовослужбовців після участі в гарденотерапевтичній програмі було здійснено порівняльний аналіз результатів за шкалою HADS на двох етапах дослідження – констатувальному та контрольному. Порівняльні дані наведено в табл. 3.3.

Таблиця 3.3

Порівняння результатів дослідження за методикою «Шкала Госпітальної тривожності та депресії (HADS)» на констатувальному та на контрольному етапах експерименту, (n=35)

Рівень	Констатувальний етап				Контрольний етап			
	Тривога		Депресія		Тривога		Депресія	
	п	%	п	%	п	%	п	%
норма	-	-	-	-	22	62,9	14	40
субклінічно виражена	3	8,6	7	20	13	37,1	14	40

Продовження табл. 3.3

клінічно виражена	32	91,4	28	80	-	-	7	20
----------------------	----	------	----	----	---	---	---	----

На підставі даних, представлених у табл. 3.3, простежується позитивна динаміка змін психоемоційного стану військовослужбовців після впровадження гарденотерапевтичної програми. Зокрема, кількість респондентів з клінічно вираженою тривогою зменшилася з 32 осіб (91,4%) до 0 (0%), що свідчить про повну відсутність тяжких тривожних проявів на контрольному етапі. У той самий час рівень «норма» за шкалою тривоги зріс з 0 до 22 осіб (62,9%), а субклінічна тривожність – з 3 (8,6%) до 13 осіб (37,1%).

Щодо депресії, спостерігається зменшення кількості учасників із клінічно вираженим рівнем з 28 осіб (80%) до 7 (20%). Водночас частка респондентів із нормальним рівнем депресії збільшилася з 0 до 14 осіб (40%), а кількість учасників із субклінічними проявами зростає з 7 (20%) до 14 (40%).

Для статистичної перевірки достовірності змін у рівнях тривожності та депресії, що були зафіксовані на констатувальному та контрольному етапах дослідження, було застосовано парний t-критерій Стьюдента. Такий підхід дозволяє об'єктивно оцінити ефективність гарденотерапії у межах експериментальної програми. Емпіричні значення t-критерію, наведені у таблиці 3.4, демонструють ступінь статистичної значущості виявлених змін.

Таблиця 3.4

**Емпіричні значення t-критерію Стьюдента за методикою «Шкала
Госпітальної тривожності та депресії (HADS)»**

Шкала	Середнє значення на констатувальному етапі (M ₁)	Середнє значення на контрольному етапі (M ₂)	U	p
Тривога	12.886±1.491	7.057±1.211	17.953	0***
Депресія	11.943±1.349	7.314±3.323	7.634	0***

* - p<0,05; ** - p<0,01; *** - p<0,001

Аналіз дозволив встановити наявність статистично значущих змін у рівнях тривожності та депресії військовослужбовців після завершення гарденотерапевтичної програми.

Зокрема, середнє значення тривожності на констатувальному етапі становило 12,89 бала ($\pm 1,49$), тоді як на контрольному етапі – 7,06 бала ($\pm 1,21$). Отримане емпіричне значення t-критерію дорівнює 17,953 при $p < 0,001$, що свідчить про високу статистичну значущість зниження тривожності.

Аналогічна динаміка спостерігається і щодо рівня депресії: середній показник на констатувальному етапі склав 11,94 бала ($\pm 1,35$), а на контрольному – 7,31 бала ($\pm 3,32$). Значення t-критерію становить 7,634 при $p < 0,001$, що також підтверджує достовірність зниження рівня депресивної симптоматики. Таким чином, отримані результати свідчать про ефективність гарденотерапії у зниженні проявів тривожності та депресії у досліджуваній вибірці.

З метою оцінки змін у динаміці психоемоційного стану військовослужбовців після проходження гарденотерапевтичної програми, було повторно проведено дослідження за методикою «Діагностика рівня емоційного вигорання» (В. Бойко). Табл. 3.5 узагальнює отримані результати контрольного етапу дослідження, розраховані на основі сирих балів (Додаток Ж), та демонструє рівень вираженості окремих симптомів емоційного вигорання за фазами напруги, резистенції та виснаження.

Таблиця 3.5

Результати дослідження за методикою «Діагностика рівня емоційного вигорання» (В. Бойко), (контрольний етап, $n=35$)

Фаза	Симптом	Показник виразності симптома					
		не сформований		у стадії формування		сформований	
		N	%	N	%	N	%
Напруга	Переживання психотравмуючих обставин	11	31,4	15	42,9	9	25,7

Продовження табл. 3.5

	Незадоволеність собою	17	48,6	10	28,6	8	22,8
	«Загнаність у клітку»	7	20	18	51,4	10	28,6
	Тривога та депресія	12	34,3	15	42,9	8	22,8
Резистенція	Неадекватне емоційне виборче реагування	13	37,1	14	40	8	22,9
	Емоційно-моральна дезорієнтація	18	51,4	16	45,7	1	2,9
	Розширення сфери економії емоцій	8	22,9	11	31,4	16	45,7
	Редукція професійних обов'язків	7	20	12	34,3	16	45,7
Виснаження	Емоційний дефіцит	10	28,6	16	45,7	9	25,7
	Емоційна відстороненість	12	34,3	22	62,9	1	2,8
	Особистісна відстороненість (деперсоналізація)	3	8,6	16	45,7	16	45,7
	Психосоматичні та психовегетативні порушення	12	34,3	16	45,7	7	20

Аналіз результатів, представлених у табл. 3.5, дозволяє оцінити ступінь вираженості окремих симптомів емоційного вигорання у військовослужбовців після проходження гарденотерапевтичної програми. Дані свідчать про суттєве зменшення сформованих ознак емоційного виснаження та напруги, а також про помітне збільшення кількості респондентів з несформованими симптомами у багатьох позиціях.

Зокрема, у фазі напруги найбільша частка сформованого симптому зафіксована за показником «загнаність у клітку» – у 10 осіб (28,6%), натомість 7 респондентів (20%) не виявили цього симптому. Переживання психотравмуючих обставин сформовано у 9 осіб (25,7%), у стадії формування – у 15 (42,9%), не

сформовано – у 11 (31,4%). Найменша частка сформованості зафіксована для симптому «незадоволеність собою» – лише у 8 осіб (22,8%).

У фазі резистенції вираженими залишаються симптоми «редукція професійних обов'язків» та «розширення сфери економії емоцій» – по 16 респондентів (45,7%). Водночас симптом «емоційно-моральна дезорієнтація» сформовано лише у 1 особи (2,9%), у більшості (18 осіб, або 51,4%) він не виявляється. Це свідчить про позитивні зміни у морально-ціннісному ставленні до професійної діяльності.

У фазі виснаження найбільша кількість сформованих симптомів спостерігається за ознаками «особистісна відстороненість (деперсоналізація)» – 16 осіб (45,7%), тоді як 3 особи (8,6%) не виявляють цього симптому. Симптом «емоційна відстороненість» сформований лише у 1 респондента (2,8%), у 12 осіб (34,3%) він відсутній. Симптом «психосоматичні та психовегетативні порушення» зберігається у 7 осіб (20%), не виявлений – у 12 (34,3%).

Для комплексного аналізу динаміки змін у рівнях емоційного вигорання після реалізації гарденотерапевтичної програми доцільним є порівняння отриманих результатів на констатувальному та контрольному етапах дослідження. Це дозволяє визначити ступінь зниження вираженості окремих симптомів та фаз синдрому емоційного вигорання, а також оцінити ефективність запропонованого психокорекційного впливу.

Зведені порівняльні дані розподілу респондентів за рівнями виразності симптомів у межах кожної фази (напруга, резистенція, виснаження) подано в Додатку 3.

Порівняльний аналіз результатів дослідження, поданих у Додатку 3, свідчить про позитивну динаміку зниження рівня емоційного вигорання серед військовослужбовців після проходження гарденотерапевтичної програми. У фазі напруги спостерігається зменшення кількості респондентів із сформованим симптомом переживання психотравмуючих обставин з 15 осіб (42,9%) до 9 (25,7%), натомість кількість тих, у кого цей симптом не сформований, зросла з 7 осіб (20%) до 11 (31,4%). Симптом незадоволеності собою також демонструє

позитивну динаміку: сформований рівень знизився з 12 осіб (34,3%) до 8 (22,8%), а кількість респондентів без проявів симптому зросла з 14 (40%) до 17 (48,6%).

Найвиразніші зміни зафіксовано щодо симптому «загнаності у клітку»: сформованість знизилася з 19 респондентів (54,3%) до 10 (28,6%), водночас кількість осіб у стадії формування зросла з 11 (31,4%) до 18 (51,4%). Симптом тривоги та депресії залишився відносно стабільним: сформований рівень знизився незначно – з 9 осіб (25,7%) до 8 (22,8%), тоді як не сформованим його оцінено вже у 12 учасників (34,3%) проти 10 (28,6%) на попередньому етапі.

У фазі резистенції найпомітніше покращення виявлено за симптомом емоційно-моральної дезорієнтації, де сформований рівень знизився з 4 (11,4%) до 1 респондента (2,9%), а кількість тих, у кого симптом не сформувався, зросла з 10 осіб (28,6%) до 18 (51,4%). Для симптому неадекватного емоційного вибіркового реагування кількість респондентів зі сформованими проявами зменшилася з 12 (34,3%) до 8 (22,9%), а для симптому редукції професійних обов'язків – з 20 (57,1%) до 16 (45,7%).

Також зафіксовано зменшення сформованості симптому розширення сфери економії емоцій: з 17 респондентів (48,5%) до 16 (45,7%), із одночасним зростанням показника «не сформовано» з 3 осіб (8,6%) до 8 (22,9%).

У фазі виснаження позитивна динаміка спостерігається для симптому емоційного дефіциту – сформований рівень знизився з 16 осіб (45,7%) до 9 (25,7%), а кількість не сформованих випадків зросла з 8 (22,9%) до 10 (28,6%). Симптом емоційної відстороненості демонструє ще помітніше покращення: сформованість зменшилася з 7 (20%) до 1 респондента (2,8%), а кількість випадків відсутності симптому зросла з 5 (14,3%) до 12 (34,3%).

Значні зміни також виявлено за симптомом особистісної відстороненості (деперсоналізації): сформованих випадків стало менше – з 22 осіб (62,9%) до 16 (45,7%). Нарешті, для симптому психосоматичних та психовегетативних порушень кількість сформованих проявів зменшилася з 15 (42,9%) до 7 (20%), а кількість не сформованих зросла з 7 (20%) до 12 (34,3%).

Загалом, динаміка вказує на зменшення кількості сформованих симптомів в усіх фазах емоційного вигорання, що свідчить про позитивний вплив гарденотерапії на психоемоційний стан учасників дослідження.

Для поглибленого розуміння впливу гарденотерапевтичної програми на динаміку емоційного стану військовослужбовців доцільно проаналізувати результати не лише на рівні окремих симптомів, а й у межах кожної фази емоційного вигорання. Такий підхід дає змогу визначити загальні тенденції зниження психоемоційного напруження, розвитку захисних механізмів та виснаження особистості. Узагальнені дані щодо розподілу респондентів за рівнем вираженості фаз емоційного вигорання на контрольному етапі представлено в табл. 3.6.

Таблиця 3.6

Розподіл за фазами за методикою «Діагностика рівня емоційного вигорання» (В. Бойко), (контрольний етап, n=35)

Фаза	Показник виразності фази					
	не сформована		у стадії формування		сформована	
	п	%	п	%	п	%
Напруга	9	25,7	22	62,9	4	11,4
Резистенція	3	8,6	30	85,7	2	5,7
Виснаження	5	14,3	27	77,1	3	8,6

Як бачимо з табл. 3.6, за фазою «Напруга» у 9 осіб (25,7 %) симптомокомплекс не сформований, у 22 респондентів (62,9 %) фіксується його перебування у стадії формування, і лише в 4 випадках (11,4 %) спостерігається сформований рівень цієї фази. Це свідчить про загальну тенденцію до зниження критичного рівня внутрішнього напруження.

Щодо фази «Резистенція», у більшості опитаних – 30 осіб (85,7 %) – ознаки перебувають у стадії формування, тоді як у 3 респондентів (8,6 %) ознаки цієї фази не виявлено, а сформований рівень спостерігається лише у 2 учасників дослідження (5,7 %). Така динаміка відображає зменшення частоти глибоких

проявів психологічного захисту, зокрема емоційного відсторонення від професійної діяльності.

У фазі «Виснаження» лише у 3 осіб (8,6 %) спостерігається сформований рівень, тоді як 27 респондентів (77,1 %) перебувають у стадії формування ознак виснаження, і в 5 випадках (14,3 %) симптоматика відсутня. Це свідчить про суттєве зниження виразності глибокої емоційної та фізичної спустошеності серед більшості учасників після проходження програми.

Для всебічного аналізу динаміки змін у психоемоційному стані військовослужбовців після впровадження гарденотерапевтичної програми було здійснено порівняння результатів розподілу респондентів за фазами синдрому емоційного вигорання на двох етапах дослідження: констатувальному та контрольному. Узагальнені дані наведено у табл. 3.7.

Таблиця 3.7

Порівняння результатів розподілу респондентів за фазами за методикою «Діагностика рівня емоційного вигорання» (В. Бойко) на констатувальному та на контрольному етапах експерименту

Фаза	Констатувальний етап						Контрольний етап					
	Показник виразності фази						Показник виразності фази					
	не сформована		у стадії формування		сформована		не сформована		у стадії формування		сформована	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Напруга	-	-	21	60	14	40	9	25,7	22	62,9	4	11,4
Резистенція	1	2,9	20	57,1	14	40	3	8,6	30	85,7	2	5,7
Виснаження	-	-	15	42,9	20	57,1	5	14,3	27	77,1	3	8,6

На контрольному етапі дослідження спостерігається суттєва позитивна динаміка у вираженості фаз емоційного вигорання серед військовослужбовців порівняно з констатувальним етапом. Зокрема, у фазі «Напруга» кількість осіб із сформованим симптомокомплексом зменшилась з 14 респондентів (40 %) до 4

(11,4 %), тобто на 10 осіб або 28,6 %. Водночас зросла частка тих, у кого фаза не сформована – з 0 до 9 респондентів (25,7 %).

У фазі «Резистенція» також відбулося значне покращення: кількість респондентів із сформованою фазою зменшилась на 12 осіб – з 14 (40 %) до 2 (5,7 %). Натомість у стадії формування опинились 30 учасників (85,7 %) проти 20 (57,1 %) на початку дослідження, а кількість тих, у кого фаза не сформована, зросла з 1 (2,9 %) до 3 (8,6 %).

Фаза «Виснаження» демонструє найбільш виражене зниження рівня сформованості: від 20 респондентів (57,1 %) на констатувальному етапі до лише 3 (8,6 %) на контрольному – зменшення на 17 осіб або 48,5 %. Одночасно збільшилась кількість учасників із не сформованою фазою – з 0 до 5 (14,3 %), а також зі стадією формування – з 15 (42,9 %) до 27 (77,1 %).

Отримані результати свідчать про зниження рівня емоційного вигорання за всіма трьома фазами, що підтверджує ефективність впровадженої гарденотерапевтичної програми.

Для кількісної оцінки ефективності гарденотерапевтичної програми та перевірки статистичної значущості змін у рівнях емоційного вигорання на різних етапах дослідження було застосовано критерій Т-Ст'юдента. У табл. 3.8 наведено емпіричні значення цього критерію, отримані за результатами методики «Діагностика рівня емоційного вигорання» (В. Бойко).

Таблиця 3.8

Емпіричні значення критерію Т-Ст'юдента за методикою «Діагностика рівня емоційного вигорання» (В. Бойко)

Шкали	Середнє значення на констатувальному етапі (M ₁)	Середнє значення на контрольному етапі (M ₂)	U	p
Переживання психотравмуючих обставин	14.543±6.883	11.743±5.392	1,895	0.063

Продовження табл. 3.8

Незадоволеність собою	12.8±6.249	10.571±4.937	1,656	0.103
Загнаність у клітку	16.771±6.954	13.629±5.714	2,066	0.043*
Тривога і депресія	13.286±6.828	11.057±5.291	1,526	0.132
Неадекватне емоційне виборче реагування	12.371±6.385	10.743±5.726	1,123	0.265
Емоційно-моральна дезорієнтація	12.371±6.385	9.229±3.695	2,52	0.015*
Розширення сфери економії емоцій	16.371±6.576	14.371±5.846	1,345	0.183
Редукція професійних обов'язків	16.371±5.595	14.286±4.997	1,645	0.105
Емоційний дефіцит	14.914±6.844	12±5.646	1,943	0.056
Емоційна відстороненість	12.714±3.738	10±2.87	3,407	0.001***
Особистісна відстороненість	18.857±6.054	15.343±5.139	2,618	0.011*
Психосоматичні та психовегетативні порушення	14.857±5.699	11.571±4.767	2,616	0.011*
Напруга	57.4±15.045	47±11.725	3,226	0.002**
Резистенція	55.971±10.692	48.629±9.714	3,007	0.004**
Виснаження	61.343±11.463	48.914±9.24	4,994	0***

* - $p<0,05$; ** - $p<0,01$; *** - $p<0,001$

За результатами порівняння середніх значень між констатувальним та контрольним етапами було виявлено статистично значуще зниження рівня симптомів: «Загнаність у клітку» ($t=2,066$; $*p=0,043$), «Емоційно-моральна дезорієнтація» ($t=2,52$; $*p=0,015$), «Особистісна відстороненість» ($t=2,618$; $*p=0,011$) і «Психосоматичні та психовегетативні порушення» ($t=2,616$; $*p=0,011$). Найбільш значуща динаміка спостерігається за шкалою «Емоційна відстороненість», де рівень симптома зменшився з 12,714 до 10 балів, що підтверджено високим рівнем статистичної значущості ($t=3,407$; $***p=0,001$).

На рівні фаз емоційного вигорання також зафіксовано достовірні покращення: фаза «Напруга» зменшилася з 57,4 до 47 балів ($t=3,226$; $**p=0,002$), «Резистенція» – з 55,971 до 48,629 балів ($t=3,007$; $**p=0,004$), а фаза «Виснаження» – із 61,343 до 48,914 балів ($t=4,994$; $***p<0,001$), що свідчить про високий рівень ефективності гарденотерапевтичного втручання в контексті зниження психоемоційного виснаження військовослужбовців.

Інші шкали також демонструють позитивну динаміку, проте без досягнення рівня статистичної значущості ($p>0,05$), що може бути пов'язано з індивідуальними відмінностями учасників або особливостями впливу інтервенції.

Для оцінки змін у загальному психофізіологічному стані учасників після проходження гарденотерапевтичної програми було використано методику «Тест САН (Самопочуття – Активність – Настрій)». Дана методика дозволяє комплексно визначити рівень суб'єктивного самопочуття, ступінь життєвої активності та емоційного настрою, що є важливими показниками психоемоційного благополуччя військовослужбовців. У табл. 3.9 подано результати контрольного етапу дослідження, розраховані на основі сирих балів, представлених у Додатку И.

Таблиця 3.9

**Результати дослідження за методикою «Тест САН (Самопочуття –
Активність – Настрій)», (контрольний етап, n=35)**

Шкала	Рівень функціонального стану	Кількість респондентів	
		п	%
Самопочуття	Високий рівень	3	8,6
	Помірний рівень (норма)	32	91,4
	Знижений рівень	-	-
	Низький / критично знижений рівень	-	-
Активність	Високий рівень	4	11,4
	Помірний рівень (норма)	26	74,3
	Знижений рівень	5	14,3
	Низький / критично знижений рівень	-	-
Настрій	Високий рівень	9	25,7
	Помірний рівень (норма)	25	71,4
	Знижений рівень	1	2,9
	Низький / критично знижений рівень	-	-

Аналіз результатів дослідження за методикою «Тест САН (Самопочуття – Активність – Настрій)» на контрольному етапі (n=35) дозволяє виявити позитивний функціональний стан учасників після завершення гарденотерапевтичної програми.

За шкалою «Самопочуття» більшість респондентів (32 особи, що становить 91,4%) продемонстрували помірний (нормальний) рівень функціонального стану. Ще 3 особи (8,6%) мали високий рівень самопочуття. Жоден з учасників не продемонстрував зниженого або критично зниженого рівня, що свідчить про відсутність виражених порушень у фізичному самопочутті.

За шкалою «Активність» також переважає помірний рівень, який зафіксовано у 26 осіб (74,3%). Високий рівень життєвої активності відзначено у 4 респондентів (11,4%), а знижений рівень – у 5 осіб (14,3%). Низький або критично низький рівень активності не виявлено.

За шкалою «Настрій» у 25 учасників (71,4%) зафіксовано нормальний рівень емоційного стану, 9 респондентів (25,7%) продемонстрували високий рівень настрою, а лише 1 особа (2,9%) мала знижений рівень. Низький або критично знижений рівень настрою не спостерігався.

З метою оцінки змін у функціональному стані респондентів у динаміці дослідження було здійснено порівняння результатів за методикою «Тест САН (Самопочуття – Активність – Настрій)» між констатувальним та контрольним етапами. Дані наведено в табл. 3.10.

Таблиця 3.10

Порівняння результатів дослідження за методикою «Тест САН (Самопочуття – Активність – Настрій)» на констатувальному та на контрольному етапах експерименту, (n=35)

Шкала	Рівень функціонального стану	Констатувальний етап		Контрольний етап	
		п	%	п	%
Самопочуття	Високий рівень	-	-	3	8,6
	Помірний рівень (норма)	7	20	32	91,4
	Знижений рівень	19	54,3	-	-
	Низький / критично знижений рівень	9	25,7	-	-
Активність	Високий рівень	-	-	4	11,4
	Помірний рівень (норма)	6	17,1	26	74,3
	Знижений рівень	21	60	5	14,3
	Низький / критично знижений рівень	8	22,9	-	-
Настрій	Високий рівень	-	-	9	25,7
	Помірний рівень (норма)	6	17,1	25	71,4
	Знижений рівень	20	57,2	1	2,9
	Низький / критично знижений рівень	9	25,7	-	-

Результати, подані в табл. 3.10, свідчать про суттєві позитивні зміни у функціональному стані респондентів після проходження гарденотерапевтичної програми. Так, за шкалою «Самопочуття» кількість осіб із критично зниженим і

зниженим рівнем зменшилася з 28 осіб (9 – 25,7 % і 19 – 54,3 %) до нуля. Натомість кількість учасників з помірним (нормальним) рівнем самопочуття зросла з 7 (20 %) до 32 осіб (91,4 %), а також з'явилися 3 респонденти (8,6 %) з високим рівнем.

Аналогічна динаміка спостерігається за шкалою «Активність»: високий рівень, що був відсутній на початку дослідження, наприкінці зафіксовано у 4 респондентів (11,4 %); частка з помірним рівнем зросла з 6 (17,1 %) до 26 осіб (74,3 %). Показник зниженого рівня активності зменшився з 21 особи (60 %) до 5 (14,3 %), а низький / критично знижений рівень – з 8 респондентів (22,9 %) до нуля.

За шкалою «Настрій» також зафіксовано покращення: високий рівень, що на констатувальному етапі був відсутній, виявлено у 9 респондентів (25,7 %); нормальний рівень зрос із 6 (17,1 %) до 25 (71,4 %). Кількість осіб із зниженим настроєм зменшилася з 20 (57,2 %) до 1 (2,9 %), а з критично зниженим – із 9 (25,7 %) до нуля.

Для визначення статистичної значущості змін у рівнях функціонального стану респондентів після проходження гарденотерапевтичної програми було застосовано t-критерій Стюдента. Результати відповідного аналізу за шкалами методики «Тест САН (Самопочуття – Активність – Настрій)» наведено в табл. 3.11.

Таблиця 3.11

**Емпіричні значення t-критерію Стюдента за методикою «Тест САН
(Самопочуття – Активність – Настрій)»**

Шкала	Середнє значення на констатувальному етапі (M ₁)	Середнє значення на контрольному етапі (M ₂)	U	p
Самопочуття	34.8±7.985	54.657±5.45	-12.152	0***
Активність	35.886±7.572	54.943±6.212	-11.511	0***
Настрій	34.714±8.122	55.543±5.828	-12.326	0***

* - p<0,05; ** - p<0,01; *** - p<0,001

Аналіз емпіричних значень t-критерію Стьюдента, представлений у табл. 3.11, свідчить про статистично значущі зміни у показниках самопочуття, активності та настрою респондентів після завершення гарденотерапевтичної програми.

Зокрема, середнє значення за шкалою самопочуття зросло з $34,8 \pm 7,99$ бала на констатувальному етапі до $54,66 \pm 5,45$ бала на контрольному. За шкалою активності спостерігається підвищення з $35,89 \pm 7,57$ бала до $54,94 \pm 6,21$ бала. За шкалою настрою середній показник зріс із $34,71 \pm 8,12$ бала до $55,54 \pm 5,83$ бала.

Усі три показники мають рівень статистичної значущості $***p < 0,001$, що вказує на високий ступінь достовірності отриманих змін і ефективність застосованої психокорекційної програми.

Отже, комплексний аналіз результатів, отриманих за методиками HADS, діагностики емоційного вигорання (В. Бойко) та тесту САН, дозволяє зробити обґрунтований висновок про високу ефективність гарденотерапевтичної програми в контексті психоемоційної реабілітації військовослужбовців.

Згідно з динамікою змін за шкалою HADS, спостерігається суттєве зниження рівня як тривожності, так і депресії. Повна відсутність клінічно вираженої тривоги та зменшення випадків клінічної депресії з 80 % до 20 % підтверджено статистично значущими показниками ($p < 0,001$). Це свідчить про дієвість інтервенції у зниженні симптомів психоемоційного дистресу.

Результати дослідження рівня емоційного вигорання демонструють зменшення частоти сформованих симптомокомплексів у всіх трьох фазах – напрузі, резистенції та виснаженні. Найбільш помітне зниження спостерігається у фазі виснаження: сформований рівень зменшився з 57,1 % до 8,6 %, що підтверджено високим рівнем статистичної значущості ($p < 0,001$). Також зафіксовано достовірне зменшення вираженості окремих симптомів, зокрема «загнаності у клітку», «емоційно-моральної дезорієнтації», «особистісної відстороненості» та «психосоматичних порушень».

Додатковим підтвердженням позитивної динаміки є результати тесту САН, які засвідчили статистично значуще покращення за всіма трьома шкалами:

самопочуття, активність та настрій ($p < 0,001$). На контрольному етапі переважна більшість учасників перебувала у межах норми або демонструвала високий рівень функціонального стану, тоді як на початку дослідження фіксувалися критично знижені показники.

Таким чином, результати дослідження підтверджують ефективність гартенотерапії як психокорекційного інструменту, що сприяє зниженню симптомів тривожності, депресії та емоційного вигорання, а також покращенню загального психофізіологічного стану військовослужбовців. Отримані дані обґрунтовують доцільність подальшого впровадження терапевтичного садівництва в систему психологічної реабілітації осіб, які пережили бойовий стрес.

ВИСНОВКИ

Здійснений теоретичний та емпіричний аналіз проблеми впливу терапевтичного садівництва на процес реабілітації військовослужбовців, які пережили бойовий стрес, дозволив сформулювати такі висновки:

Аналіз сучасних наукових підходів і нормативно-правових джерел дозволив розкрити ключові особливості реабілітації як специфічної форми психологічної допомоги постраждалим, зокрема військовослужбовцям, які зазнали бойового стресу. Реабілітація розглядається як системний, міждисциплінарний процес, що поєднує психотерапевтичні, соціальні, педагогічні та медичні впливи, спрямовані на відновлення психоемоційного стану, функціональних можливостей і соціальної адаптації особи. У центрі реабілітаційного процесу перебуває стабілізація психологічного стану, підвищення стресостійкості, формування внутрішніх ресурсів та активізація особистісного потенціалу. Водночас реабілітація характеризується такими визначальними ознаками, як комплексність (взаємозв'язок заходів), індивідуалізація (урахування унікального досвіду кожного постраждалого), інтегративність (прагнення до соціального включення), конструктивізм (підтримка розвитку), а також підтримувальна й середовищна спрямованість (створення умов для позитивних змін у безпечному просторі).

Аналіз феномену бойового стресу засвідчує його складну, багаторівневу природу як психофізіологічного, так і соціально-психологічного явища. Бойовий стрес виступає специфічною формою стресової реакції, що виникає у відповідь на екстремальні умови військових дій, характеризується надвисокою інтенсивністю психоемоційного навантаження та здатний викликати глибокі порушення адаптаційних механізмів особистості. Попри існування великої кількості термінологічних підходів до його трактування, спільним залишається визнання його патогенного впливу на психічне, фізіологічне та поведінкове функціонування військовослужбовців.

Встановлено, що бойовий стрес може виконувати як адаптаційну функцію, стимулюючи мобілізацію ресурсів організму, так і деструктивну – за умов тривалого або надмірного впливу, перетворюючись на чинник розвитку психічних і соматичних розладів. Серед найбільш поширених наслідків бойового стресу – порушення когнітивних функцій, психоемоційна нестабільність, поведінкові девіації, розвиток посттравматичного стресового розладу, а в окремих випадках – формування органічних уражень головного мозку.

Проблематика бойового стресу досі залишається недостатньо вивченою у контексті системної, міждисциплінарної наукової парадигми. Увага дослідників переважно зосереджена на клінічних проявах та наслідках стресових розладів, тоді як механізми розвитку бойового стресу, його індивідуально-психологічні моделі та ефективні шляхи психологічної профілактики потребують подальшого теоретичного осмислення. Накопичений на сьогодні науковий і практичний досвід свідчить про необхідність цілісного підходу до розуміння бойового стресу як багатофакторного процесу, що охоплює біологічні, психологічні та соціальні аспекти і має довготривалий вплив на якість життя військовослужбовців.

Проведення емпіричного дослідження дало змогу цілісно організувати вивчення ефективності гарденотерапії як засобу психологічної реабілітації військовослужбовців, які пережили бойовий стрес. Чітко визначені мета, завдання, гіпотеза та структура дослідницького процесу забезпечили послідовне впровадження трьохетапної програми, що охоплювала констатувальне, формувальне та контрольне тестування.

До дослідження було залучено вибірку з 35 осіб віком від 25 до 50 років, які мають досвід участі в бойових діях на сході України, серед них – як чинні військовослужбовці, так і ветерани. Емпіричне обстеження проводилося на базі Громадської організації «Центр соціального партнерства «Перспектива». Усі учасники надали добровільну письмову згоду, а збір даних здійснювався з дотриманням етичних вимог та принципів конфіденційності.

На основі сформульованої гіпотези дослідження було підібрано комплексний діагностичний інструментарій, здатний охопити ключові

параметри психоемоційного стану особистості. Використання шкали HADS, методики діагностики емоційного вигорання В.В. Бойка та тесту САН дозволило здійснити глибокий аналіз змін за когнітивними, емоційними та соматичними показниками.

Результати констатувального етапу емпіричного дослідження засвідчили наявність критично високого рівня психоемоційного виснаження у військовослужбовців, які мають досвід участі в бойових діях. Комбіноване застосування шкали HADS, методики емоційного вигорання В.В. Бойка та тесту САН дало змогу здійснити комплексну оцінку психологічного стану респондентів у когнітивному, афективному та соматичному вимірах.

Зокрема, за шкалою HADS клінічно виражену тривожність було виявлено у 91,4 % учасників, а клінічні прояви депресії – у 80 %, що свідчить про значне психоемоційне напруження та дистресовий фон, характерний для осіб із посттравматичним досвідом. Аналіз рівня емоційного вигорання продемонстрував домінування сформованих фаз синдрому, зокрема фази виснаження (57,1 %) та резистенції (40 %), що проявляється у симптомах деперсоналізації, емоційного дефіциту, зниженні моральної чутливості та редукції професійних функцій. Високі показники за симптомами «загнаність у клітку», «редукція обов'язків» та «особистісна відстороненість» підтверджують глибоке внутрішнє виснаження та порушення механізмів адаптації.

Дані, отримані за методикою САН, підтвердили загальне зниження функціонального стану учасників: переважна більшість респондентів продемонструвала знижені або критично знижені рівні самопочуття (80 %), активності (82,9 %) та настрою (82,9 %). Відсутність високих показників за всіма шкалами засвідчує порушення регуляції психофізіологічних процесів і зниження життєвого тону.

Узагальнюючи результати, можна стверджувати, що учасники дослідження перебувають у стані емоційного і фізичного виснаження, мають високий рівень тривоги й депресивності, а також численні ознаки синдрому емоційного вигорання. Це вказує на нагальну потребу в цілеспрямованому

психокорекційному втручанні. З огляду на виявлені деструктивні зміни у психоемоційному стані військовослужбовців, доцільним є впровадження спеціалізованих програм психосоціальної реабілітації, у тому числі з використанням природоорієнтованих методів, таких як гарденотерапія, здатних сприяти стабілізації психічного стану, зниженню тривожності, відновленню емоційної рівноваги та підвищенню рівня життєвої енергії.

Здійснено всебічну розробку, обґрунтування та поетапне впровадження гарденотерапевтичної програми, спрямованої на психоемоційну реабілітацію військовослужбовців, які пережили бойовий стрес. В основі програми лежить інтеграція природно-орієнтованих підходів, елементів когнітивно-поведінкової терапії, арт-терапії та біофільної взаємодії з природним середовищем. Теоретичне підґрунтя було трансформоване у практичну структуру з чітко визначеними цілями, очікуваними результатами, критеріями ефективності та змістовним наповненням кожної з 12 сесій.

У результаті аналізу динаміки психоемоційного стану військовослужбовців, які пройшли гарденотерапевтичну програму, було зафіксовано значущі позитивні зміни за всіма використаними критеріями оцінки. За шкалою HADS спостерігається суттєве зниження рівнів тривожності та депресії, що підтверджено статистично значущими показниками ($p < 0,001$). Кількість випадків клінічно вираженої тривоги зменшилась до нуля, а депресивна симптоматика знизилася більш ніж у 3 рази.

Дані, отримані за методикою В. Бойка, свідчать про зменшення інтенсивності симптомів емоційного вигорання у всіх трьох фазах – напруги, резистенції та виснаження. Найбільш виразні зрушення зафіксовано у фазі виснаження, де сформовані симптомокомплекси виявлено лише у 8,6% учасників проти 57,1% на початку дослідження. Статистично достовірними виявилися зміни за симптомами «загнаність у клітку», «емоційно-моральна дезорієнтація», «особистісна відстороненість», «емоційна відстороненість» і «психосоматичні порушення».

Крім того, за результатами тесту САН зафіксовано значне покращення показників самопочуття, активності та настрою. Усі три шкали продемонстрували перехід учасників із критично знижених та знижених станів до норми або високих значень, що підтверджено *t*-критерієм Стюдента ($p < 0,001$).

Таким чином, отримані результати підтвердили наукову гіпотезу дослідження, згідно з якою участь у програмі терапевтичного садівництва сприяє статистично значущому покращенню психоемоційного стану військовослужбовців, які пережили бойовий стрес, зокрема зниженню рівня тривожності, депресивності, емоційного виснаження та підвищенню показників самопочуття, активності та настрою.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Алещенко В. Психологічна реабілітація учасників бойових дій: теоретико-методологічне обґрунтування моделі. *Психологічний журнал*. 2019. Вип. 3. URL: <http://psyj.udpu.edu.ua/issue/view/11893>
2. Батраченко І., Плошинська А., Склянська О. Психологічні засади трансформації садівництва у формат терапії та фітнесу. *Journal of Psychology Research*. 2024, 30(13), Р. 5-20. DOI: <https://doi.org/10.15421/103001>
3. Блінов О. А. Бойовий стрес та результати його емпіричного дослідження. *Психологічний журнал*. 2018. № 2(12). С. 9–22.
4. Блінов О. А. Психологічний захист від бойового стресу в збройних силах провідних країн світу. *Проблеми сучасної психології : зб. наук. праць*. 2017. Вип. 39. С. 39–52.
5. Блінов О. А. Психологія бойового стресу : дис. ... д-ра психол. наук : 19.00.04 – медична психологія. Київ : Ін-т психології ім. Г. С. Костюка НАПН України, 2020..
6. Блінов О. А. Психологія бойової психічної травми : монографія. К.: Талком, 2016. 246 с.
7. Блінов О.А. Опитувальник бойового стресу Блінова О. А. (ОБСБ): наук. – метод. видання. К.: Талком, 2019. 36 с.
8. Бодняк О. Ходімо в сад: Як зелені зони Львова можуть допомогти у психологічній реабілітації військових і цивільних. *Zaxid*. URL: https://zaxid.net/statti_tag50974/https://zaxid.net/statti_tag50974/
9. Гульбс О., Кобець О. Соціально-психологічна реабілітація учасників бойових дій. *Психологічний журнал*. 2021. № (7). С. 100–106. DOI: <https://doi.org/10.31499/2617-2100.7.2021.237166>
10. Жигайло Н. Психологічний супровід військовослужбовців у зоні ведення бойових дій. *Вісник Львівського університету. Серія психологічні науки*. 2022. Вип. 13. С. 64–70. DOI: <https://doi.org/10.30970/PS.2022.13.8>

- 11.Збірник методик рекомендованих для проведення психологічного діагностування під час заступання у добовий наряд зі зброєю (для використання офіцерами-психологами та психологами). Київ. 2020. С. 20–25. URL: <https://dovidnykmpz.info/wp-content/uploads/2020/04/Zbirnyk-metodyk-dobovyy-nariad.pdf>
- 12.Зборовський О.М. Психічні порушення в учасників АТО та методи їх корекції. Медичне забезпечення антитерористичної операції: науково-організаційні та медико-соціальні аспекти. Київ : Пріоритети, 2016. С. 184–192.
- 13.Кононенко В. В., Скоробреха В. З., Паламар О. Д. Бойова психічна травма. *Одеський медичний журнал*. 2021. № 3. С. 99–101.
- 14.Костючков С.К. Нейрокогнітивний хакінг як елемент «дестабілізаційної змії» у контексті сучасної гібридної війни. *Вісник Львівського університету. Серія філософсько-політологічні студії*. 2020. Вип. 30. С. 161–169.
- 15.Кравченко К.О., Тімченко О.В., Ширококов Ю.М. Соціально-психологічні детермінанти виникнення бойового стресу у військовослужбовців-учасників антитерористичної операції: монографія. Х.: Вид-во НУЦЗУ, 2017. 256 с.
- 16.Кудренко О.В., Афанасенко В.С. Вплив стрес-факторів бойової обстановки на психіку військовослужбовців Повітряних Сил (на основі досвіду АТО). *Наука і техніка Повітряних Сил Збройних Сил України*. 2018. № 2 (31). С. 137–144. DOI: <https://doi.org/10.30748/nitps.2018.31.18>
- 17.Кузнєцова Л. Є. Теоретичні моделі формування і корекції посттравматичних стресових розладів у військовослужбовців. *Молодий вчений*. 2018. № 33 (219). С. 75–79.
- 18.Лесков В. О. Соціально-психологічна реабілітація військовослужбовців із районів військових конфліктів : автореф. ... дис. канд. психол. наук: 19.00.09. Хмельницький, 2008. 22 с.

- 19.Лящ О. Деструктивний вплив бойового стресу на емоційну сферу особистості військового. *Психологічні перспективи*. 2021. Вип. 37. С. 128–140. DOI: <https://doi.org/10.29038/2227-1376-2021-37-128-140>
- 20.Міщенко М.С. Особливості дослідження синдрому емоційного вигорання за допомогою методики «Діагностики рівня емоційного вигорання» В.В. Бойко. *Молодий вчений*. 2015. №4(19). С. 103-106.
- 21.Мосаєв Ю. В., Дерев'янко Н.П., Григоренко О.С. Методичний посібник з питань впровадження гарденотерапії в Україні: методичний посібник. ГО «НАМ НЕ БАЙДУЖЕ». Запоріжжя, 2020. 40 с.
- 22.Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи / за ред. Н. Пророк. Том 1. Київ: ОБСЄ, Міністерство соціальної політики України, 2018. 208 с.
- 23.Порядок та умови надання безоплатної психологічної допомоги особам, які звільняються або звільнені з військово-вої служби, з числа ветеранів війни, осіб, які мають особливі заслуги перед Батьківщиною, членам сімей таких осіб, постраждалим учасникам Революції Гідності та членам сімей загиблих (померлих) ветеранів війни і членам сімей загиблих (померлих) Захисників та Захисниць України відповідно до Закону України «Про статус ветеранів війни, гарантії їх соціального захисту» No 1338 від 29.11.2023 р., затверджений постановою No 1338 від 29.11.2022 р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1338-2022-%D0%BF#Text>
- 24.Приходько І. І. Профілактика та контроль бойового стресу у військовослужбовців: систематизація досліджень. *Вісник ХНПУ імені Г.С. Сковороди. Психологія*. 2021. № 1 (64). С. 193–215. DOI: <https://doi.org/10.34142/23129387.2021.64.12>
- 25.Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при депресії від 25.12.2014 р. № v1003282-14. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v1003282-14#Text>

26. Про реабілітацію осіб з інвалідністю в Україні: Закон України від 06.10.2005 р. No 2961-IV. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2961-15#Text>
27. Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я: Закон України від 03.12.2020 р. No 1053-IX. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1053-20#Text>
28. Прокоф'єва Л.О. Вплив бойового стресу на психологічний стан учасників бойових дій. *Габітус*. 2024. Вип. 58. С. 239–243.
29. Пузирьов Є. В. Бойовий стрес та його наслідки для військовослужбовців. *Психологія національної безпеки та безпеки життєдіяльності*. 2023. С. 203–209.
30. Стюарт-Сміт, С. Садотерапія. Як позбутися бур'янів у голові. / Сью Стюарт-Сміт; пер.зангл. Яни Філоненко. Київ: Yakaboo publishing, 2021. 328 с.
31. Сукіасян С.Г., Тадевосян М.Я. Бойовий стрес і органічне ураження головного мозку: варіант динаміки посттравматичного стресового розладу. *Журнал неврології та психіатрії*. 2020. № 120 (9). С. 19–27.
32. Таран Н. Вплив заняття садівництвом на психофізіологічний стан людини. *Вісник Київського національного університету імені Тараса Шевченка. Психологія*. 2023. Вип. 2. С. 78-83
33. Титаренко Т.М. Соціально-психологічна реабілітація особистості: етапи, технології, техніки. *Наукові студії із соціальної та політичної психології*. 2018. Вип. 41. С. 157–167
34. Тютюнник Л. Л. Бойовий стрес та шляхи подолання його психотравмуючих наслідків. *Вісник Національного університету оборони України. Зб-к наук. праць*. 2020. Вип. 2 (55). С. 106–115.
35. Шиделко А. В. Наслідки впливу бойового стресу на психологічний стан особистості військовослужбовця. *Перспективи та інновації науки*. 2022. № 1 (6). С. 476–486. DOI: [https://doi.org/10.52058/2786-4952-2022-1\(6\)-476-486](https://doi.org/10.52058/2786-4952-2022-1(6)-476-486).

- 36.American Horticultural Therapy Association (AHTA). URL: <http://www.ahta.org>
- 37.Belrose C., Gibert L., Trousselard M. Recovery, Rehabilitation and Positive Psychology for Chronic Post-Traumatic Stress Disorder: Theoretical and Practical Aspects among French Veterans. *IntechOpen*. 2019. DOI: 10.5772/intechopen.86813
- 38.Blinov O.A. To the Issue of the Stress Phenomenon and Stress Management Techniques. *Proceedings of the 14th European Conference on Education and Applied Psychology*. Vienna. 2017. P. 68–71.
- 39.Chaoqun Z, Cheng Z. The Role of Horticultural Therapy in Promoting Physical and Mental Health. 2023. URL: <http://dx.doi.org/10.22158/rhs.v8n3p43>
- 40.Cherie E. Therapeutic Horticulture as a Healing Tool for Veterans. 2020. URL: https://www.researchgate.net/publication/341767392_Therapeutic_Horticulture_as_a_Healing_Tool_for_Veterans
- 41.Chu Y. Negative Emotion and Attention of Elementary School Junior Students: Social Anxiety and Horticultural Intervention : Unpublished master's thesis. Zhangzhou : Minnan Normal University, 2022.
- 42.Clatworthy J, Hinds J, McCamic P. Gardening as a mental health intervention. *Ment. Health Rev. J.* 2013, 18, 214–225. URL: https://www.researchgate.net/publication/257143385_Gardening_as_a_mental_health_intervention_A_review
- 43.Farkas M., Anthony W. Psychiatric rehabilitation interventions: A review. *International Review of Psychiatry*. 2010. Vol. 22(2). P. 114–129. DOI: 10.3109/09540261003730372
- 44.Forest Bathing in Japan (Shinrin-yoku). URL: <https://www.japan.travel/en/guide/forest-bathing/>
- 45.Knecht P. Importance des dispositifs de réhabilitation psychosociale dans la prise en charge des militaires blessés psychiques. Présentation du dispositif ATHOS de Cambes. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*.

2023. Vol. 181, Iss. 2. P. 176–179. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.amp.2022.12.009>.
46. Lin S.Y. A study on the intervention of Horticultural Therapy on junior high school students' sense of alienation : Unpublished master's thesis. Hangzhou : Hangzhou Normal University, 2016
47. Lowry C.A., Hollis J.H., de Vries A., Pan B. Identification of an immune-responsive mesolimbocortical serotonergic system: Potential role in regulation of emotional behavior. 2007. URL: <https://doi.org/10.1016/j.neuroscience.2007.01.067>
48. Platyniuk O.B. Formation mechanisms of non-psychotic mental disorders in injured combatants as a basis of psychotherapy. *Journal of Education, Health and Sport*. 2020. Vol. 10. № 12. P. 359–364.
49. Prykhodko I., Matsehora Y., Kolesnichenko O. Psychological First Aid for Military Personnel in Combat Operations. *The Ukrainian Model, Military Behavioral Health*, 2021. № 9 (3), P. 289–296. DOI: <https://doi.org/10.1080/21635781.2020.1864530>
50. Siu A.M.H., Kam M, Mok I. Horticultural Therapy Program for People with Mental Illness. *A Mixed-Method Evaluation. Int. J. Environ. Res. Public Health*, 2020. URL: <https://doi.org/10.3390/ijerph17030711>
51. Soga M, Gaston K.J., Yamaura Y. Gardening is beneficial for health: A meta-analysis. *Prev. Med. Rep.* 2016, 5, P. 92–99. URL: https://www.researchgate.net/publication/310393998_Gardening_is_beneficial_for_health_A_meta-analysis
52. Tsurkan-Saifulina Yu.V. Social and psychological rehabilitation of war veterans. *Scientific Bulletin of Mukachevo State University. Series «Pedagogy and Psychology»*. 2022. Vol. 8(4). P. 96–104
53. Veterans' Foundation. URL: <https://www.veteransfoundation.org.uk/>
54. Why Gardening Makes You Happy and Cures Depression. URL: <https://permaculture.com.au/whygardening-makes-you-happy-and-cures-depression/>

55. Нікітчук І. В. Психофізіологічні ефекти терапевтичного садівництва: теоретичний аналіз // *Сучасна вища освіта: досягнення, виклики та перспективи розвитку в умовах війни*: збірник матеріалів III Міжнародної науково-практичної конференції (10–11 жовтня 2025 р., м. Запоріжжя – Мелітополь). – Запоріжжя: Вид-во Мелітопольського державного педагогічного університету імені Б.Хмельницького, 2025. – С. 91–94.
<https://drive.google.com/file/d/1WKGJgnTCFSzBP3LKKcgndKKPQiQcveyG/view>

Додаток А

Шкала Госпітальної тривожності та депресії (HADS)

Прочитайте уважно кожне твердження і виберіть ту відповідь, яка найбільше відповідає тому, як Ви почували себе на минулому тижні. Відмітьте кружечок, що знаходиться перед відповіддю, що ви вибрали. Не думайте надто довго щодо кожного твердження, оскільки Ваша перша реакція буде завжди найвірнішою.

Частина I (оцінка рівня ТРИВОГИ)

1. Я відчуваю напруженість, мені не по собі
 - ☐ увесь час – 3
 - ☐ часто – 2
 - ☐ час від часу – 1
 - ☐ зовсім не відчуваю – 0
2. Я відчуваю страх, здається, ніби щось жахливе може ось-ось статися
 - ☐ звичайно, це так, і страх дуже сильний – 3
 - ☐ це так, але страх не дуже сильний – 2
 - ☐ іноді, але це мене не турбує – 1
 - ☐ зовсім не відчуваю – 0
3. Неспокійні думки крутяться у мене в голові
 - ☐ постійно – 3
 - ☐ більшу частину часу – 1
 - ☐ час від часу, і не так часто – 2
 - ☐ тільки іноді – 3
4. Я легко можу сісти і розслабитися
 - ☐ звичайно ж, це так
 - ☐ напевно це так
 - ☐ лише зрідка це так
 - ☐ зовсім не можу
5. Я відчуваю внутрішнє напруження або тремтіння

- ☐ зовсім не відчуваю – 0
- ☐ іноді – 1
- ☐ часто – 2
- ☐ дуже часто – 3

6. Я відчуваю непосидючість, немов мені постійно потрібно рухатися

- ☐ звичайно ж, це так – 3
- ☐ напевно це так – 2
- ☐ лише іноді це так – 1
- ☐ зовсім не відчуваю – 0

7. У мене буває раптове відчуття паніки

- ☐ дуже часто – 3
- ☐ досить часто – 2
- ☐ не дуже часто – 1
- ☐ зовсім не буває – 0

Кількість балів тут _____

Частина II (оцінка рівня ДЕПРЕСІЇ)

1. Те, що приносило мені велике задоволення, і зараз викликає таке ж звичайно ж, це так

- ☐ звичайно ж, це так увесь час – 0
- ☐ напевно це так – 1
- ☐ це так, але значно менше – 2
- ☐ це зовсім не так – 3

2. Мені здається, що я почав усе робити дуже повільно

- ☐ практично увесь час – 3
- ☐ часто – 2
- ☐ іноді – 1
- ☐ зовсім ні – 0

3. Я не стежу за своєю зовнішністю

- ☐ це так – 3
- ☐ я не приділяю цьому стільки часу, скільки потрібно – 2

- о можливо, я став приділяти цьому менше уваги – 1
- о я стежу за собою так само, як і раніше – 0

4. Я здатний розсміятися і побачити смішне в тій чи іншій події

- о звичайно ж, це так – 0
- о напевно це так – 1
- о це так, але значно менше – 2
- о це зовсім не так – 3

5. Я відчуваю бадьорість

- о зовсім не відчуваю – 3
- о дуже рідко – 2
- о іноді – 1
- о практично увесь час – 0

6. Я вважаю, що мої справи (заняття, захоплення) можуть принести мені відчуття задоволення

- о так само, як і зазвичай – 0
- о так, але не настільки, як раніше – 1
- о значно менше, ніж зазвичай – 2
- о зовсім так не вважаю – 3

7. Я можу отримати задоволення від хорошої книги, радіо- або телепрограми

- о часто – 0
- о іноді – 1
- о рідко – 2
- о дуже рідко – 3

Кількість балів тут _____

Інтерпретація результатів:

- 0–7 балів «норма» (відсутність достовірно виражених симптомів тривоги та депресії)
- 8–10 балів «субклінічно виражена тривога/депресія»
- 11 балів та вище «клінічно виражена тривога/депресія»

Додаток Б

Методика «Діагностика рівня емоційного вигорання» (В.В. Бойко)

Інструкція: Прочитайте міркування та, у разі згоди, відповідайте «Так», а у разі незгоди – «Ні».

Текст опитувальника

1. Організаційні недоліки на роботі постійно змушують мене нервувати, переживати, напружуватися.
2. Сьогодні я задоволений своєю професією не менше, ніж на початку кар'єри.
3. Я помилився у виборі професії чи профілю діяльності (займаю не своє місце).
4. Мене турбує те, що я став гірше працювати (менш продуктивно, якісно, повільніше).
5. Теплота взаємодії з партнерами дуже залежить від мого настрою – хорошого чи поганого.
6. Від мене, як професіонала, мало залежить благополуччя партнерів.
7. Коли я приходжу з роботи додому, то якийсь час (години 2-3) мені хочеться побути наодинці, щоб зі мною ніхто не спілкувався.
8. Коли я відчуваю втому або напругу, то намагаюся якнайшвидше вирішити проблеми партнера (згорнути взаємодію).
9. Мені здається, що емоційно я не можу дати партнерам те, що вимагає професійний обов'язок.
10. Моя робота притуплює емоції.
11. Я відверто втомився від людських проблем, з якими доводиться мати справу на роботі.
12. Буває, я погано засинаю (сплю) через переживання, пов'язані з роботою.
13. Взаємодія з партнерами вимагає від мене великої напруги.
14. Робота з людьми приносить все менше задоволення.
15. Я змінив би місце роботи, якби представилася можливість.
16. Мене часто засмучує те, що я не можу належним чином надати партнеру професійну підтримку, послугу, допомогу.

17. Мені завжди вдається запобігти поганому настрою на ділові контакти.
18. Мене дуже засмучує, якщо щось не ладиться у стосунках з діловим партнером.
19. Я настільки втомлююся на роботі, що вдома намагаюся спілкуватися якнайменше.
20. Через брак часу, втоми чи напруги часто приділяю увагу партнеру менше, ніж належить.
21. Іноді звичайнісінькі ситуації спілкування на роботі викликають роздратування.
22. Я спокійно сприймаю обґрунтовані претензії партнерів.
23. Спілкування з партнерами спонукало мене уникати людей.
24. При згадці про деяких колег по роботі або партнерів у мене псується настрій.
25. Конфлікти чи розбіжності з колегами забирають багато сил та емоцій.
26. Мені важче встановлювати або підтримувати контакти з діловими партнерами.
27. Обстановка на роботі мені здається дуже складною.
28. У мене часто виникають тривожні очікування, святі з роботою: щось має статися, як би не допустити помилки, чи зможу зробити все, як треба, чи не скоротять тощо.
29. Якщо партнер мені неприємний, я намагаюся обмежити час спілкування з ним чи менше приділяти йому уваги.
30. У спілкуванні на роботі я дотримуюсь принципу: «Не роби людям добра, не отримаєш зла».
31. Я охоче розповідаю домашнім про свою роботу.
32. Бувають дні, коли мій емоційний стан погано позначається на результатах роботи (менше роблю, знижується якість, трапляються конфлікти).
33. Іноді я відчуваю, що треба проявити до партнера емоційну чуйність, але не можу.
34. Я дуже хвилююся за свою роботу.

35. Партнерам по роботі віддаєш уваги та турботи більше, ніж отримуєш від них вдячності.
36. При думці про роботу мені зазвичай стає не по собі: починає колоти в серці, підвищується тиск, з'являється головний біль.
37. У мене хороші (цілком задовільні) відносини з безпосереднім керівником.
38. Я часто радію, бачачи, що моя робота приносить користь людям.
39. Останнім часом (або як завжди) мене переслідують невдачі у роботі.
40. Деякі сторони (факти) моєї роботи викликають глибоке розчарування, спантеличують.
41. Бувають дні, коли контакти з партнерами складаються гірше, ніж звичайно.
42. Я поділяю ділових партнерів (суб'єктів діяльності) гірше, ніж зазвичай.
43. Втома від роботи призводить до того, що я намагаюся скоротити спілкування з друзями та знайомими.
44. Я зазвичай виявляю інтерес до особи партнера, крім того, що стосується справи.
45. Зазвичай я приходжу на роботу тим, хто відпочив, зі свіжими силами, в хорошому настрої.
46. Я іноді ловлю себе на тому, що працюю з партнерами без душі.
47. По роботі зустрічаються настільки неприємні люди, що мимоволі бажаєш їм чогось поганого.
48. Після спілкування з неприємними партнерами у мене буває погіршення фізичного чи психічного самопочуття.
49. На роботі я відчуваю постійні фізичні або психологічні навантаження.
50. Успіхи в роботі надихають мене.
51. Ситуація на роботі, в якій я опинився, здається мені безвихідною (майже безвихідною).
52. Я втратив спокій через роботу.
53. Протягом останнього року була скарга (були скарги) на мою адресу з боку партнера (ів).

54. Мені вдається берегти нерви завдяки тому, що багато з того, що відбувається з партнерами, я не приймаю близько до серця.
55. Я часто приношу додому негативні емоції.
56. Я часто працюю через силу.
57. Насамперед я був більш чуйним і уважним до партнерів, ніж тепер.
58. У роботі з людьми керуюся принципом: не витратити нерви, бережи здоров'я.
59. Іноді йду на роботу з тяжким почуттям: як усе набридло, нікого не бачити і не чути.
60. Після напруженого робочого дня я відчуваю нездужання.
61. Контингент партнерів, з яким я працюю, є дуже важким.
62. Іноді мені здається, що результати моєї роботи не варті тих зусиль, які я витрачаю.
63. Якби мені пощастило з роботою, я був би щасливішим.
64. Я в розпачі через те, що на роботі маю серйозні проблеми.
65. Іноді я роблю зі своїми партнерами так, як не хотів би, щоб чинили зі мною.
66. Я засуджую партнерів, які розраховують на особливе поблажливості, увага.
67. Найчастіше після робочого дня у мене немає сил займатися домашніми справами.
68. Зазвичай я кваплю час: скоріше б робочий день скінчився.
69. Стани, прохання, потреби партнерів зазвичай мене щиро турбують.
70. Працюючи з людьми, я зазвичай як би ставлю екран, що захищає від чужих страждань та негативних емоцій.
71. Робота з людьми (партнерами) дуже розчарувала мене.
72. Щоб відновити сили, я часто приймаю ліки.
73. Як правило, мій робочий день проходить спокійно та легко.
74. Мої вимоги до роботи вище, ніж те, чого я досягаю через обставини.
75. Моя кар'єра склалася успішно.
76. Я дуже нервуюся через все, що пов'язане з роботою.
77. Деяких своїх постійних партнерів я не хотів би бачити і чути.

78. Я схвалюю колег, які повністю присвячують себе людям (партнерам), забуваючи про власні інтереси.
79. Моя втома на роботі зазвичай мало позначається (ніяк не сказується) у спілкуванні з домашніми та друзями.
80. Якщо випадок надається, я приділяю партнерові менше уваги, але так, щоб він цього не помітив.
81. Мене часто підводять нерви у спілкуванні з людьми на роботі.
82. До всього (майже до всього), що відбувається на роботі, я втратив інтерес, живе почуття.
83. Робота з людьми погано вплинула на мене, як на професіонала – розлютила, зробила нервовим, притупила емоції.
84. Робота з людьми явно підриває моє здоров'я.

Обробка та інтерпретація даних.

1. Визначте суму балів окремо для кожного з 12 симптомів вигорання. Для цього выпишіть назви чотирьох шкал за кожним із симптомів. Виявивши збіг відповідей з ключем, оцініть кількістю балів, яка вказана поруч із номером питання у графі «Б». Кожна шкала включає сім питань і максимальна кількість балів дорівнює 30.

2. Підрахуйте суму показників симптомів для кожної із трьох фаз формування симптому вигорання. Для цього складіть результати за чотирма шкалами кожної фази окремо.

3. Знайдіть підсумковий показник синдрому емоційного вигорання, підрахувавши суму показників усіх 12 симптомів.

Ключ: Для зручнішого підрахунку показників емоційного вигорання можна скористатися спеціальною формою.

Форма підрахунку показників емоційного вигорання

НАПРУГА													
Переживання психотравмуючих обставин													
№	Б	№	Б	№	Б	№	Б	№	Б	№	Б	№	Б
1+	2	13+	3	25+	2	37-	3	49+	10	61+	5	73-	5
Незадоволеність собою													
2-	3	14+	2	26+	2	38-	10	50-	5	62+	5	74+	3

«Загнаність у клітку»													
3+	10	15+	5	27+	2	39+	2	51+	5	63+	1	75-	5
Тривога та депресія													
4+	2	16+	3	28+	5	40+	5	5+	10	64+	2	76+	3
РЕЗИСТЕНЦІЯ													
Неадекватне емоційне виборче реагування													
№	Б	№	Б	№	Б	№	Б	№	Б	№	Б	№	Б
6+	10	18-	3	30+	3	42+	5	54+	2				
Емоційно-моральна дезорієнтація													
54+	10	18-	3	30+	3	42+	5	54+	2	66+	2	78-	5
Розширення сфери економії емоцій													
7+	2	19+	10	31-	2	43+	5	55+	3	67+	3	79-	5
Редукція професійних обов'язків													
8+	5	20+	5	32+	2	44-	2	56+	3	68+	3	80+	10
ВИСНАЖЕННЯ													
Емоційний дефіцит													
№	Б	№	Б	№	Б	№	Б	№	Б	№	Б	№	Б
9+	3	21+	2	35+	5	45-	5	57+	3	69-	10	81+	2
Емоційна відстороненість													
10+	2	22+	3	34-	2	46+	3	58+	5	70+	5	82+	5
Особистісна відстороненість (деперсоналізація)													
11+	5	23+	3	35+	3	47+	5	59+	5	72+	2	83+	10
Психосоматичні та психовегетативні порушення													
12+	3	24+	2	36+	5	48+	3	60+	2	72+	10	84+	5

Запропонована методика дає докладну картину синдрому емоційного вигорання. Насамперед, треба звернути увагу на окремо взяті симптоми.

Показник виразності кожного симптому коливається в межах від 0 до 30 балів:

- 9 і менше балів – не сформований симптом,
- 10 – 15 балів – симптом, що складається,
- 16 і більше – сформований.

Симптоми з показниками 20 і більше балів відносяться до домінуючим у фазі або у всьому синдромі емоційного вигорання.

Подальший крок в інтерпретації результатів методики осмислення показників фаз – «напруги», «резистенції» і «виснаження». У кожній із них оцінка можлива в межах від 0 до 120 балів. Однак зіставлення балів, отриманих для фаз, не правомірне, бо не свідчить про їхню відносну роль або внесок у синдром.

Справа в тому, що вимірювані в них явища суттєво різні – реакція на зовнішні та внутрішні фактори, прийоми психологічного захисту, стан нервової системи. За кількісними показниками правомірно судити лише про те, наскільки кожна фаза сформувалася, яка фаза сформувалася більшою чи меншою мірою:

- 36 і менше балів – фаза не сформувалася;
- 37 – 60 балів – фаза у стадії формування;
- 61 і більше балів – сформована фаза.

Додаток В

Тест САН (Самопочуття – Активність – Настрій)

Ця методика призначена для самоконтролю і самооцінки самопочуття, активності і настрою.

Шкала САН складається з індексів (3 2 1 0 1 2 3) і розташована між тридцятьма парами слів протилежного значення, що відображують рухливість, швидкість і темп протікання функцій (активність), силу, здоров'я, стомлення (самопочуття), а також характеристики емоційного стану (настрій). Перевагами тесту є його стислість і можливість кількаразового використання впродовж певного часу.

Інструкція. Слід співвіднести свій стан з ознаками за багатоступінчастою шкалою. Ви маєте вибрати і позначити цифру що найбільш точно відбиває ваш стан на даний момент.

Самопочуття добре	3 2 1 0 1 2 3	Самопочуття погане
Почуваюся сильним	3 2 1 0 1 2 3	Почуваюся слабким
Пасивний	3 2 1 0 1 2 3	Активний
Малорухливий	3 2 1 0 1 2 3	Рухливий
Веселий	3 2 1 0 1 2 3	Сумний
Добрий настрій	3 2 1 0 1 2 3	Поганий настрій
Працездатний	3 2 1 0 1 2 3	Розбитий
Сповнений сил	3 2 1 0 1 2 3	Знесилений
Повільний	3 2 1 0 1 2 3	Швидкий
Бездіяльний	3 2 1 0 1 2 3	Діяльний
Щасливий	3 2 1 0 1 2 3	Нещасливий
Життєрадісний	3 2 1 0 1 2 3	Похмурий
Напружений	3 2 1 0 1 2 3	Розслаблений
Здоровий	3 2 1 0 1 2 3	Хворий
Байдужий	3 2 1 0 1 2 3	Захоплений
Спокійний	3 2 1 0 1 2 3	Схвильований
Захоплений	3 2 1 0 1 2 3	Сумовитий
Радісний	3 2 1 0 1 2 3	Печальний
Відпочивший	3 2 1 0 1 2 3	Стомлений
Свіжий	3 2 1 0 1 2 3	Виснажений
Сонливий	3 2 1 0 1 2 3	Збуджений
Бажання відпочити	3 2 1 0 1 2 3	Бажання працювати
Спокійний	3 2 1 0 1 2 3	Стурбований
Оптимістичний	3 2 1 0 1 2 3	Песимістичний
Витривалий	3 2 1 0 1 2 3	Втомлений
Бадьорий	3 2 1 0 1 2 3	Млявий

Думати важко	3 2 1 0 1 2 3	Думати легко
Розсіяний	3 2 1 0 1 2 3	Уважний
Сповнений сподівань	3 2 1 0 1 2 3	Розчарований
Задоволений	3 2 1 0 1 2 3	Незадоволений

Обробка та інтерпретація. При обробці ці цифри перекоднуються в такий спосіб. Негативні стани за шкалою САН приймаються за 1 бал, наступний за ним за 2 бали і так далі. Слід урахувати те, – що полюси шкали постійно змінюються. Позитивні стани завжди одержують високі бали, а негативні низькі. За цими балами розраховується середнє арифметичне як загалом, так і окремо за активністю, самопочуттям і настроєм. Зразок перекодування наведений у таблиці.

Перекодування	Повний надій	7	6	5	4	3	2	1	Розчарований
Текст САН	Повний надій	3	2	1	0	1	2	3	Розчарований

При оцінці функціонального стану важливі значення окремих показників та їхнє співвідношення. Наприклад, у відпочилої людини оцінки активності, настрою і самопочуття приблизно однакові. У міру наростання втоми співвідношення між ними змінюється за рахунок відносного зниження самопочуття й активності в порівнянні з настроєм.

Ключ

Питання на самопочуття 1, 2, 7, 8, 13, 14, 19, 20, 25, 26.

Питання на активність -3, 4, 9, 10, 15, 16, 21, 22, 27, 28.

Питання на настрій -5, 6, 11, 12, 17, 18, 23, 24, 29, 30.

Градація рівнів за кожною шкалою

Сума балів	Рівень функціонального стану
61–70	Високий рівень
46–60	Помірний рівень (норма)
31–45	Знижений рівень
10–30	Низький / критично знижений рівень

Додаток Г

**Результати дослідження за методикою «Шкала Госпітальної тривожності
та депресії (HADS)»**

(констатувальний етап, сирі бали)

№ респондента	Тривога	Депресія
1	15	13
2	14	12
3	12	10
4	13	12
5	11	13
6	10	11
7	13	10
8	14	14
9	13	13
10	12	12
11	14	11
12	15	12
13	11	13
14	13	10
15	13	13
16	14	14
17	15	12
18	13	11
19	14	10
20	12	11
21	10	10
22	11	12
23	13	14
24	14	13
25	13	12
26	15	14
27	12	10
28	14	11
29	13	13
30	11	12
31	10	10
32	12	11
33	13	12
34	14	13
35	15	14

Додаток Г

Результати дослідження за методикою «Діагностика рівня емоційного вигорання» (В. Бойко) (констатувальний етап, сирі бали)

Таблиця 5 Г.1 – Результати дослідження симптомів фази «Напруга»

НАПРУГА				
Респондент	Переживання психотравмуючих обставин	Незадоволеність собою	Загнаність у клітку	Тривога та депресія
Респондент 1	9	15	24	25
Респондент 2	24	22	12	12
Респондент 3	12	7	13	8
Респондент 4	25	3	12	10
Респондент 5	12	13	5	20
Респондент 6	13	8	16	18
Респондент 7	5	7	30	15
Респондент 8	4	7	8	15
Респондент 9	20	18	10	15
Респондент 10	22	9	21	3
Респондент 11	12	7	8	10
Респондент 12	16	10	12	17
Респондент 13	15	15	18	7
Респондент 14	10	20	17	23
Респондент 15	24	18	24	12
Респондент 16	25	2	13	5
Респондент 17	23	10	19	5
Респондент 18	19	7	5	10
Респондент 19	10	24	24	23
Респондент 20	25	13	29	23
Респондент 21	21	20	18	10
Респондент 22	12	8	15	5
Респондент 23	17	15	24	12
Респондент 24	17	17	20	15
Респондент 25	3	5	15	15
Респондент 26	18	20	29	3
Респондент 27	8	13	18	8
Респондент 28	13	10	14	22
Респондент 29	15	20	18	28
Респондент 30	0	23	8	8
Респондент 31	12	8	15	5
Респондент 32	12	7	8	10
Респондент 33	10	20	17	23
Респондент 34	21	20	18	10
Респондент 35	5	7	30	15

Таблиця Г.2 – Результати дослідження симптомів фази «Резистенція»

РЕЗИСТЕНЦІЯ

Респондент	Неадекватне емоційне виборче реагування	Емоційно- моральна дезорієнтація	Розширення сфери економії емоцій	Редукція професійних обов'язків
Респондент 1	20	17	20	5
Респондент 2	20	10	5	10
Респондент 3	18	10	20	17
Респондент 4	20	17	10	17
Респондент 5	10	17	17	5
Респондент 6	8	8	23	12
Респондент 7	13	8	23	20
Респондент 8	3	8	22	12
Респондент 9	10	12	18	10
Респондент 10	23	20	17	13
Респондент 11	3	10	15	20
Респондент 12	13	10	13	17
Респондент 13	18	13	10	25
Респондент 14	15	12	25	15
Респондент 15	18	15	8	21
Респондент 16	0	7	11	19
Респондент 17	13	5	15	20
Респондент 18	18	15	10	20
Респондент 19	18	15	23	30
Респондент 20	13	3	20	23
Респондент 21	8	13	12	15
Респондент 22	16	11	15	18
Респондент 23	3	3	28	18
Респондент 24	15	10	12	10
Респондент 25	5	7	27	12
Респондент 26	15	12	23	11
Респондент 27	3	5	20	23
Респондент 28	3	10	0	20
Респондент 29	21	13	10	20
Респондент 30	15	10	11	7
Респондент 31	16	11	15	18
Респондент 32	3	10	15	20
Респондент 33	15	12	25	15
Респондент 34	8	13	12	15
Респондент 35	13	8	23	20

Таблиця Г.3 – Результати дослідження симптомів фази «Виснаження»

ВИСНАЖЕННЯ				
Респондент	Емоційний дефіцит	Емоційна відстороненість	Особистісна відстороненість (деперсоналізація)	Психосоматичні та психовегетативні порушення
Респондент 1	27	11	23	11
Респондент 2	7	22	15	5
Респондент 3	13	11	18	15

Респондент 4	15	15	28	9
Респондент 5	28	11	20	12
Респондент 6	10	5	13	10
Респондент 7	6	5	25	5
Респондент 8	5	12	25	15
Респондент 9	14	14	23	18
Респондент 10	15	12	20	27
Респондент 11	21	18	23	20
Респондент 12	5	12	15	22
Респондент 13	8	15	30	15
Респондент 14	14	14	22	18
Респондент 15	20	11	15	13
Респондент 16	20	16	10	20
Респондент 17	15	12	20	21
Респондент 18	20	15	17	18
Респондент 19	20	7	15	10
Респондент 20	18	9	20	15
Респондент 21	17	12	13	22
Респондент 22	3	13	28	7
Респондент 23	17	18	15	15
Респондент 24	12	11	18	17
Респондент 25	19	16	5	8
Респондент 26	30	16	20	12
Респондент 27	12	11	13	13
Респондент 28	20	15	13	22
Респондент 29	17	12	20	18
Респондент 30	13	12	7	15
Респондент 31	3	13	28	7
Респондент 32	21	18	23	20
Респондент 33	14	14	22	18
Респондент 34	17	12	13	22
Респондент 35	6	5	25	5

Таблиця Г.4 – Результати дослідження за фазами

Респондент	Напруга (сумарно)	Резистенція (сумарно)	Виснаження (сумарно)
Респондент 1	73	62	72
Респондент 2	70	45	49
Респондент 3	40	65	57
Респондент 4	50	64	67
Респондент 5	50	49	71
Респондент 6	55	51	38
Респондент 7	57	64	41
Респондент 8	34	45	57
Респондент 9	63	50	69
Респондент 10	55	73	74
Респондент 11	37	48	82
Респондент 12	55	53	54
Респондент 13	55	66	68

Респондент 14	70	67	68
Респондент 15	78	62	59
Респондент 16	45	37	66
Респондент 17	57	53	68
Респондент 18	41	63	70
Респондент 19	81	86	52
Респондент 20	90	59	62
Респондент 21	69	48	64
Респондент 22	40	60	51
Респондент 23	68	52	65
Респондент 24	69	47	58
Респондент 25	38	51	48
Респондент 26	70	61	78
Респондент 27	47	51	49
Респондент 28	59	33	70
Респондент 29	81	64	67
Респондент 30	39	43	47
Респондент 31	40	60	51
Респондент 32	37	48	82
Респондент 33	70	67	68
Респондент 34	69	48	64
Респондент 35	57	64	41

Додаток Д

Результати дослідження за методикою «Опитувальник САН (Самопочуття – Активність – Настрій)» (констатувальний етап, сирі бали)

№ респондента	Самопочуття	Активність	Настрій
1	25	24	22
2	26	28	23
3	24	24	26
4	21	26	24
5	29	24	25
6	25	26	21
7	25	26	24
8	28	28	25
9	31	35	37
10	34	36	37
11	34	34	38
12	37	40	32
13	31	36	35
14	36	37	31
15	37	34	41
16	34	33	34
17	34	34	40
18	32	33	35
19	30	32	36
20	33	36	34
21	32	36	30
22	34	34	35
23	34	39	34
24	32	38	33
25	34	40	33
26	34	35	32
27	37	36	35
28	36	38	33
29	48	47	48
30	51	46	48
31	48	48	46
32	48	47	47
33	49	45	51
34	49	50	46
35	46	51	44

Додаток Е

Результати дослідження за методикою «Шкала Госпітальної тривожності та депресії (HADS)»

(контрольний етап, сирі бали)

№ респондента	Тривога	Депресія
1	6	10
2	7	9
3	8	2
4	7	1
5	6	8
6	5	9
7	7	2
8	8	7
9	6	9
10	7	2
11	9	9
12	8	8
13	6	11
14	7	6
15	8	8
16	7	14
17	6	8
18	7	4
19	9	6
20	6	11
21	5	8
22	6	9
23	8	3
24	9	13
25	8	11
26	7	11
27	6	2
28	9	9
29	8	6
30	6	8
31	5	9
32	7	6
33	6	9
34	8	4
35	9	4

Додаток Ж

Результати дослідження за методикою «Діагностика рівня емоційного вигорання» (В. Бойко) (контрольний етап, сирі бали)

Таблиця Ж.1 – Результати дослідження симптомів фази «Напруга»

НАПРУГА				
Респондент	Переживання психотравмуючих обставин	Незадоволеність собою	Загнаність у клітку	Тривога та депресія
Респондент 1	7	12	20	20
Респондент 2	20	18	10	10
Респондент 3	10	7	10	8
Респондент 4	18	3	10	8
Респондент 5	9	11	5	16
Респондент 6	10	7	13	15
Респондент 7	4	6	25	14
Респондент 8	4	6	8	12
Респондент 9	15	15	8	12
Респондент 10	18	8	18	3
Респондент 11	10	6	6	10
Респондент 12	14	8	10	14
Респондент 13	12	12	15	6
Респондент 14	8	16	12	18
Респондент 15	19	14	20	10
Респондент 16	20	2	12	5
Респондент 17	17	8	16	4
Респондент 18	14	6	4	8
Респондент 19	8	20	18	20
Респондент 20	20	10	22	20
Респондент 21	18	16	15	10
Респондент 22	10	7	12	5
Респондент 23	13	11	18	10
Респондент 24	14	15	15	12
Респондент 25	3	5	10	10
Респондент 26	15	16	26	2
Респондент 27	7	12	15	6
Респондент 28	11	7	12	17
Респондент 29	13	15	15	20
Респондент 30	0	20	7	5
Респондент 31	10	7	12	5
Респондент 32	10	6	6	10
Респондент 33	8	16	12	18
Респондент 34	18	16	15	10
Респондент 35	4	6	25	14

Таблиця Ж.2 – Результати дослідження симптомів фази «Резистенція»

РЕЗИСТЕНЦІЯ

Респондент	Неадекватне емоційне виборче реагування	Емоційно- моральна дезорієнтація	Розширення сфери економії емоцій	Редукція професійних обов'язків
Респондент 1	18	15	18	4
Респондент 2	18	9	4	9
Респондент 3	17	9	18	15
Респондент 4	17	15	8	15
Респондент 5	8	15	16	4
Респондент 6	6	7	20	10
Респондент 7	11	7	21	18
Респондент 8	2	6	19	10
Респондент 9	9	10	17	9
Респондент 10	20	18	15	12
Респондент 11	3	8	14	18
Респондент 12	11	9	11	15
Респондент 13	15	12	9	20
Респондент 14	14	10	22	13
Респондент 15	17	13	6	19
Респондент 16	0	6	10	17
Респондент 17	11	4	13	18
Респондент 18	16	13	9	18
Респондент 19	15	12	21	26
Респондент 20	10	2	18	20
Респондент 21	7	11	10	12
Респондент 22	14	10	13	16
Респондент 23	3	2	23	15
Респондент 24	13	8	10	9
Респондент 25	4	5	22	10
Респондент 26	13	10	20	9
Респондент 27	2	3	18	20
Респондент 28	2	9	0	18
Респондент 29	18	11	9	18
Респондент 30	13	8	9	6
Респондент 31	14	10	13	16
Респондент 32	3	8	14	18
Респондент 33	14	10	22	13
Респондент 34	7	11	10	12
Респондент 35	11	7	21	18

Таблиця Ж.3 – Результати дослідження симптомів фази «Виснаження»

ВИСНАЖЕННЯ				
Респондент	Емоційний дефіцит	Емоційна відстороненість	Особистісна відстороненість (деперсоналізація)	Психосоматичні та психовегетативні порушення
Респондент 1	22	9	18	8
Респондент 2	5	18	13	4
Респондент 3	10	9	15	11

Респондент 4	13	11	20	6
Респондент 5	22	8	17	9
Респондент 6	8	4	10	7
Респондент 7	6	4	20	4
Респондент 8	4	10	20	9
Респондент 9	10	12	18	12
Респондент 10	12	9	17	20
Респондент 11	18	13	20	15
Респондент 12	4	10	13	18
Респондент 13	6	11	25	12
Респондент 14	11	10	17	13
Респондент 15	17	9	13	10
Респондент 16	16	12	8	18
Респондент 17	12	10	15	17
Респондент 18	16	11	13	14
Респондент 19	15	5	12	8
Респондент 20	14	7	14	13
Респондент 21	13	10	11	19
Респондент 22	2	11	25	5
Респондент 23	14	14	13	13
Респондент 24	10	9	15	13
Респондент 25	14	13	3	6
Респондент 26	25	12	17	10
Респондент 27	9	9	10	11
Респондент 28	17	12	12	18
Респондент 29	15	10	15	15
Респондент 30	10	10	5	11
Респондент 31	2	11	25	5
Респондент 32	18	13	20	15
Респондент 33	11	10	17	13
Респондент 34	13	10	11	19
Респондент 35	6	4	20	4

Таблиця Ж.4 – Результати дослідження за фазами

Респондент	Напруга (сумарно)	Резистенція (сумарно)	Виснаження (сумарно)
Респондент 1	59	55	57
Респондент 2	58	40	40
Респондент 3	35	59	45
Респондент 4	39	55	50
Респондент 5	41	43	56
Респондент 6	45	43	29
Респондент 7	49	57	34
Респондент 8	30	37	43
Респондент 9	50	45	52
Респондент 10	47	65	58
Респондент 11	32	43	66
Респондент 12	46	46	45
Респондент 13	45	56	54

Респондент 14	54	59	51
Респондент 15	63	55	49
Респондент 16	39	33	54
Респондент 17	45	46	54
Респондент 18	32	56	54
Респондент 19	66	74	40
Респондент 20	72	50	48
Респондент 21	59	40	53
Респондент 22	34	53	43
Респондент 23	52	43	54
Респондент 24	56	40	47
Респондент 25	28	41	36
Респондент 26	59	52	64
Респондент 27	40	43	39
Респондент 28	47	29	59
Респондент 29	63	56	55
Респондент 30	32	36	36
Респондент 31	34	53	43
Респондент 32	32	43	66
Респондент 33	54	59	51
Респондент 34	59	40	53
Респондент 35	49	57	34

Додаток 3

Порівняння результатів респондентів за методикою «Діагностика рівня емоційного вигорання» (В. Бойко) на констатувальному та на контрольному етапах експерименту

Фаза	Симптом	Констатувальний етап						Контрольний етап					
		Показник виразності симптома						Показник виразності симптома					
		не сформований		у стадії формування		сформований		не сформований		у стадії формування		сформований	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Напруга	Переживання психотравмуючих обставин	7	20	13	37,1	15	42,9	11	31,4	15	42,9	9	25,7
	Незадоволеність собою	14	40	9	25,7	12	34,3	17	48,6	10	28,6	8	22,8
	«Загнаність у клітку»	5	14,3	11	31,4	19	54,3	7	20	18	51,4	10	28,6
	Тривога та депресія	10	28,6	16	45,7	9	25,7	12	34,3	15	42,9	8	22,8
Резистенція	Неадекватне емоційне виборче реагування	11	31,4	12	34,3	12	34,3	13	37,1	14	40	8	22,9
	Емоційно-моральна дезорієнтація	10	28,6	21	60	4	11,4	18	51,4	16	45,7	1	2,9
	Розширення сфери економії емоцій	3	8,6	15	42,9	17	48,5	8	22,9	11	31,4	16	45,7
	Редукція професійних обов'язків	3	8,6	12	34,3	20	57,1	7	20	12	34,3	16	45,7
Виснаження	Емоційний дефіцит	8	22,9	11	31,4	16	45,7	10	28,6	16	45,7	9	25,7
	Емоційна відстороненість	5	14,3	23	65,7	7	20	12	34,3	22	62,9	1	2,8
	Особистісна відстороненість (деперсоналізація)	2	5,7	11	31,4	22	62,9	3	8,6	16	45,7	16	45,7
	Психосоматичні та психовегетативні порушення	7	20	13	37,1	15	42,9	12	34,3	16	45,7	7	20

Додаток II

Результати дослідження за методикою «Опитувальник САН (Самопочуття – Активність – Настрій)» (контрольний етап, сирі бали)

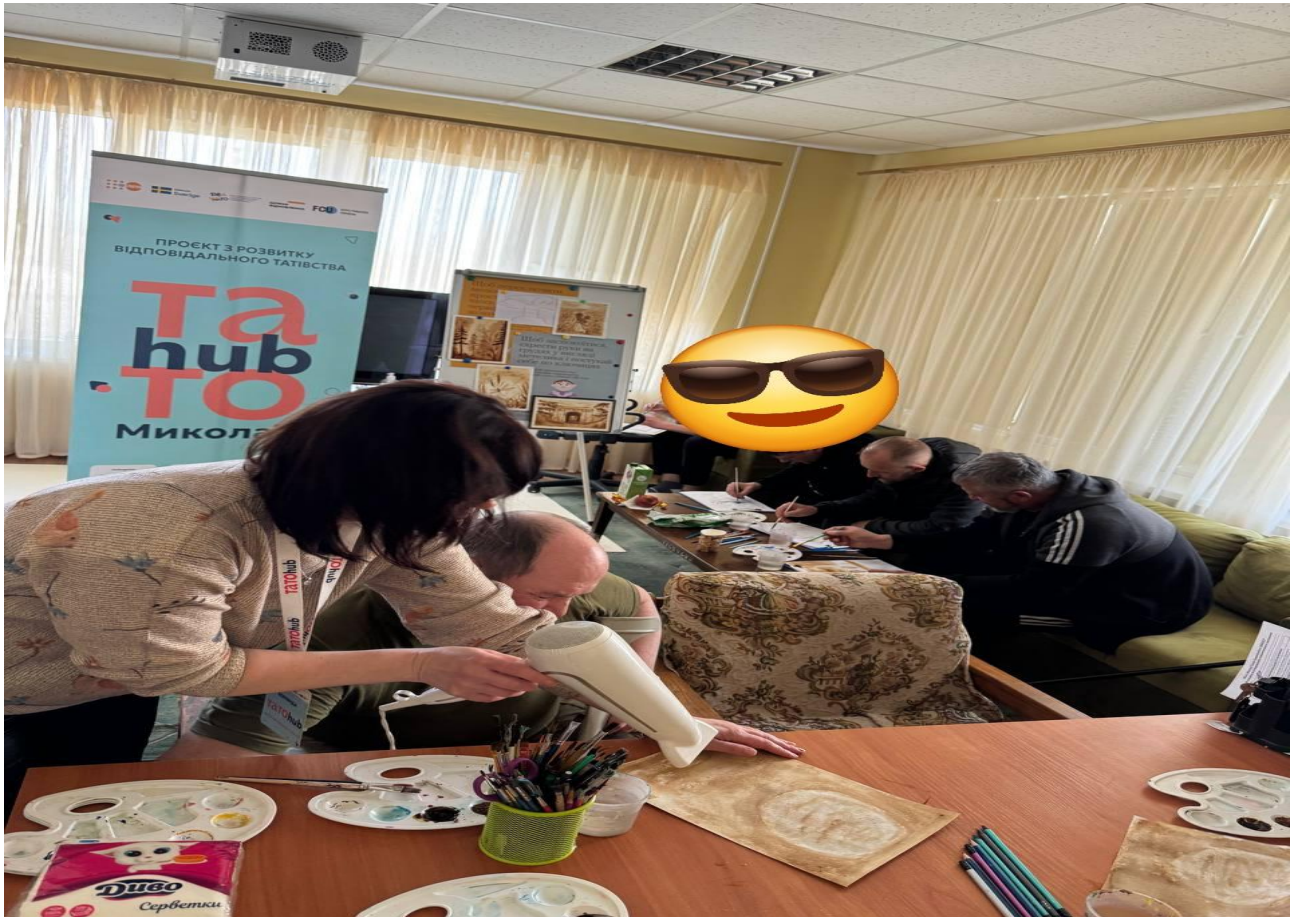
№ респондента	Самопочуття	Активність	Настрій
1	47	45	50
2	48	50	52
3	49	51	48
4	46	45	48
5	53	45	47
6	47	45	50
7	50	47	48
8	49	49	45
9	48	49	48
10	50	45	48
11	46	50	52
12	47	50	47
13	59	58	61
14	57	57	57
15	55	58	54
16	57	55	55
17	58	57	60
18	60	56	59
19	56	59	61
20	54	59	61
21	55	60	60
22	57	61	57
23	57	57	54
24	57	58	61
25	56	57	58
26	59	60	57
27	57	56	61
28	55	56	59
29	57	60	61
30	56	56	56
31	57	55	57
32	58	58	58
33	65	66	64
34	67	67	67
35	64	66	63

Додаток І











Метадані

ДОКУМЕНТ

Заголовок

Нікітчук І_кваліфікаційна робота

Автор

Нікітчук І.

Науковий керівник / Експерт

Олександр Непша

ІД документу

333601338

ОРГАНІЗАЦІЯ

Назва організації

Bogdan Khmelnytsky Melitopol State Pedagogical University

підрозділ

Melitopol State Pedagogical University named after
B.Khmelnytskyi

ЗВІТ

Дата звіту

4/15/2026

Дата редагування

Обсяг знайдених подібностей

Коефіцієнт подібності визначає, який відсоток тексту по відношенню до загального обсягу тексту було знайдено в різних джерелах. Зверніть увагу, що високі значення коефіцієнта не автоматично означають плагіат. Звіт має аналізувати компетентна / уповноважена особа.

8.24%

8.24%

КП 1

18411

Кількість слів

3.21%

3.21%

КЦ

145337

Кількість символів