

УДК 159.98(1-074):355.257.7

DOI <https://doi.org/10.30970/PS.2024.21.17>

## ВПЛИВ ПСИХОЛОГІЧНОГО СУПРОВОДУ НА ЯКІСТЬ ЖИТТЯ ПОСТРАЖДАЛИХ ВНАСЛІДОК ВІЙНИ: ДОСЛІДЖЕННЯ КАТАМНЕЗУ

Іван Клименко

*ПрАТ «ВНЗ «Міжрегіональна Академія управління персоналом»,  
вул. Фрометівська, 2, м. Київ, Україна, 02000  
e-mail: neffalimm@gmail.com*

Останнім часом в Україні зростає кількість людей, які потребують термінової медико-психологічної допомоги. Це пов'язано зі збільшенням числа постраждалих через війну, військовослужбовців, потерпілих серед цивільного населення та внутрішньо переміщених осіб (ВПО). Важливо швидко оцінювати стан потерпілих, прогнозувати розлади та здійснювати всі можливі корекційні заходи в екстремальних умовах. Глибокий аналіз системи психологічного супроводу постраждалих унаслідок війни в Україні спрямований на вдосконалення цього комплексного підходу.

Мета дослідження: визначити вплив психологічного супроводу на якість життя постраждалих внаслідок війни в Україні.

Дослідження було проведено серед 550 постраждалих, які було поділено на такі групи: військовослужбовців ЗСУ, військовослужбовців ТрО, військовополонених, дорослих та дітей з тимчасово окупованих територій та дорослих і дітей ВПО. До реабілітації показники фізичного компонента здоров'я (PCS) у військовослужбовців ЗСУ, ТрО, військовополонених, осіб з тимчасово окупованих територій та ВПО коливалися в межах від 34,38 до 49,45, залежно від провідного синдрому та групи постраждалих. Після реабілітації ці показники значно покращилися, досягаючи діапазону від 41,53 до 59,15. Наприклад, серед військовослужбовців ЗСУ з тривожно-фобічним синдромом PCS підвищився з 45,45 (42,71-49,79) до 49,35 (44,31-54,39). Серед військовополонених з тривожно-депресивним синдромом PCS зріс з 40,14 (35,91-42,73) до 46,24 (41,18-49,33). Також, до реабілітації показники психічного компонента здоров'я (MCS) серед тих же груп варіювалися від 33,40 до 52,81. Після реабілітації ці показники значно покращилися, досягаючи діапазону від 38,90 до 59,15. Наприклад, MCS у військовослужбовців ЗСУ з тривожно-фобічним синдромом зріс з 41,75 (35,19-46,02) до 44,75 (39,12-49,02). У дітей з тимчасово окупованих територій з депресивно-іпохондричним синдромом MCS підвищився з 44,68 (43,29-48,71) до 48,68 (42,91-53,71).

Отримані дані свідчать, що війна в Україні негативно впливає на психологічний стан військовослужбовців та цивільних осіб. Рівень впливу був вищим, чим ближче постраждали були до зони активних бойових дій. Визначили вплив психологічного супроводу для подолання життєвих криз та на якість життя постраждалих.

*Ключові слова:* психологічний супровід, якість життя, тривога, депресія, стрес.

**Постановка проблеми.** Війна в Україні негативно впливає на фізичне здоров'я та психологічний стан цивільних людей і військовослужбовців. Хоча воєнний стан триває вже більше 2-х років, більшість українців залишаються в зонах активних бойових дій. Постійні обстріли російськими ракетами та дронами громадських місць призводять до загибелі та поранень людей, порушення звичного життя, часто немає зв'язку, води, тепла чи електрики [1, с. 20–29]. Незважаючи на те, що частина українців живе в безпечніших регіонах або за кордоном, мільйони стали ВПО, біженцями [2, с. 2231–2232].

Крім військовослужбовців ЗСУ, ТрО і військовослужбовців, що повернулися з полону та їхніх сімей, мільйони людей на по всій Україні, які щодня відчувають на собі

наслідки російської агресії, а також вимушені переселенці, потребують психологічної підтримки. Часто їм не вистачає юридичної, медичної та фінансової допомоги. Вони стикаються з фізичною та психологічною небезпекою, почуттям самотності, відчуження і нерозуміння щодо їхніх нагальних потреб з боку суспільства. Вони зазвичай звертаються за різними формами соціальної підтримки до тих, кого знають і кому довіряють, таких як члени сім'ї, друзі та побратими, тоді як можливості отримати компетентну психологічну підтримку залишаються майже невикористаними [3, с. 320].

Згідно з останніми дослідженнями, багато українців втратили житло, роботу, майно, близьких, і мають проблеми з психічним здоров'ям [4, с. 22–30]. Дані Всесвітніх обстежень психічного здоров'я ВООЗ показують, що відновлення від депресії, тривожних розладів особливо повільне в умовах війни [5, с. 2260–2274].

**Аналіз досліджень і публікацій.** Розвиток особистості, здатної функціонувати у всіх сферах життя, відчувати високий рівень суб'єктивного психологічного благополуччя та досягати успіху в соціалізації, є складним і тривалим процесом. Його не можна обмежити лише виконанням окремих корекційно-розвивальних чи тренінгових програм. Сучасною, довготривалою та змістовною формою підтримки всебічного розвитку людини, актуалізації її психічних і фізичних ресурсів, інтелектуального та особистісного потенціалу є психологічний супровід протягом певного часу (для військовослужбовців та цивільних осіб, що постраждали внаслідок війни в Україні).

Психологічні служби країн НАТО протягом багатьох років організовують комплексний супровід осіб, які брали участь у військових конфліктах. Кожна країна альянсу надає професійну психологічну допомогу військовослужбовцям, сприяючи їхній реадaptaції та поверненню до мирного життя. Важливим аспектом цієї роботи є підготовка військовослужбовців, які ще перебувають у зоні бойових дій, до майбутнього повернення додому. Для проведення психологічної декомпресії створюються групи, до складу яких входять психіатри, психологи, соціальні працівники, медики та капелани. Ця профілактична робота сприяє зміцненню життєстійкості, розвитку навичок саморегуляції, активізації самостійності та ініціативи військових. Виявлено, що стимулювання лідерських якостей у комбатантів покращує їхню мотивацію, мислення, копінги та відновлює психологічне здоров'я [6]. Актуальним завданням є дослідження можливостей впровадження такої профілактичної роботи в Україні та аналіз труднощів, що виникають при адаптації досвіду натівських психологічних служб до умов нашого суспільства та армії [7, с. 122–127].

Американські ветерани часто відчувають, що цивільні не здатні повною мірою зрозуміти їхній досвід, оскільки ті «не були там». Вони вважають себе відмінними від решти суспільства, через брак належної оцінки їхньої служби. Деякі побоюються, що, повернувшись до цивільного життя, не матимуть такої ж важливої ролі, як під час служби. Дослідники вважають, що зміна парадигми, яка фокусується на спільних рисах з невійськовими, а не на відмінностях, може бути конструктивним рішенням. Визнання подібностей допомагає ветеранам відчути свою нормальність, додаючи оптимізму в оцінці власних можливостей поліпшити соціально-економічний статус [8, с. 60–64].

Також проблематику психологічного супроводу військовослужбовців та цивільних осіб в зоні ведення бойових дій досліджував Жигайло Н., що зумовлено, як ситуацією збройної агресії проти України, яка наразі відбувається, так і тими специфічними вимогами, які висувуються до професійних фахових рис особистості військових, а також до їх службової діяльності. Крім того, у контексті збройної агресії проти України, актуальним також є інформування військовослужбовців щодо особливостей впливу бойової обстановки на психіку людини та збереження її стійкості, а також здійснення їх психологічного супроводу за таких умов [9, с. 64–70].

**Мета дослідження** полягає у визначенні впливу психологічного супроводу на якість життя військовослужбовців та цивільних осіб постраждалих внаслідок війни в Україні.

**Виклад основного матеріалу.** Психологічний супровід включається до медико-психологічного супроводу. Він має дві складові: «повсякденний психологічний супровід» і «бойовий психологічний супровід» [9, с. 64–70; 10, с. 320–329]. Основні особливості медико-психологічного супроводу включають діагностику психофізіологічного здоров'я кожного військовослужбовця та цивільних осіб, що постраждали внаслідок війни в Україні, вивчення їх індивідуально-психологічних особливостей, зміну рівня розвиненості або ступеня значущості деяких психічних властивостей чи станів особистості, аналіз психологічного (соціально-психологічного) клімату в родинях військовослужбовців та цивільних осіб, надання психологічної підтримки для налагодження родинно-побутових відносин, вивчення запитів, претензій, настрою з метою своєчасного реагування на них, вивчення морально-психологічного клімату з метою вирішення та прогнозування подальшого розвитку відносин міжособистісних конфліктних ситуацій, виявлення військовослужбовців та цивільних осіб з психологічними відхиленнями, організація заходів з корекції та підтримки психофізіологічного здоров'я особистості, підвищення його психофізіологічної адаптивності, проведення навчально-практичних тренінгів з військовослужбовцями та цивільними особами з метою надання їм знань і практичних навичок методів психофізіологічної самодопомоги та взаємодопомоги та налагодження взаємодії з медичною службою з питань підтримки психофізіологічного здоров'я особового складу [11, с. 52; 12, с. 58].

Використання моделі для катамнезу та планування подальшого супроводу включає наступні етапи:

1. Катамнез, який проводиться після завершення першої стадії реабілітації – перевірка результатів та динаміки стану кожного військовослужбовця, особи з тимчасово окупованих територій та ВПО. Це дозволяє оцінити ефективність застосованих методів та визначити, чи отримані бажані результати.

2. Аналіз катамнезу проводиться на основі отриманих даних з метою виявлення змін у психологічному та фізичному стані пацієнтів протягом певного періоду часу. Розглядаються фактори, що спричинили позитивні зміни, а також можливі проблеми чи труднощі, які можуть виникнути в майбутньому.

3. Планування подальшого супроводу проводиться на основі аналізу катамнезу та розробляється індивідуальний план подальшого супроводу для кожного клієнта. Цей план включає наступні елементи: психологічна консультація, групові сесії підтримки, медична допомога, соціальна підтримка тощо. Кожен план має бути індивідуалізованим, враховуючи потреби та характеристики кожного клієнта.

4. Під час подальшого супроводу важливо здійснювати постійний моніторинг і оцінку стану клієнта з метою вчасного виявлення можливих проблем або ризиків. Це дозволяє вчасно коригувати план подальшого супроводу та надавати необхідну допомогу.

5. Всі дані про катамнез та подальший супровід повинні бути задокументовані для наступного аналізу та використання. Це дозволяє вести систематичний облік розвитку стану клієнтів та ефективно аналізувати результати реабілітації [13, с. 320–329].

Проходження реабілітації було рекомендовано для військовослужбовців, осіб з тимчасово окупованих територій та ВПО та яким надавалася психіатрична допомога. Психіатрична допомога була конкретно рекомендована у 463 випадку. Хоча на етапі скринінгу діагнози не встановлюються, зазвичай направлення на психіатричну допомогу робляться для подальшого оцінювання психічних проблем психологом, психіатром або психосоціальними службами. Крім цього, під час огляду визначено додаткові перевірки, було рекомендовано ще у 12 випадків надання психіатричної допомоги. Клінічними психологами

було рекомендовано у 312 випадках надати постраждалим медичну допомогу, тоді як 479 осіб були направлені як на медичну, так і на психіатричну допомогу. В загальному, було 479 постраждалих, яким було рекомендовано медичну та психіатричну допомогу, що відображало 87% від всіх постраждалих. Історія психіатричної допомоги була зібрана в трьох категоріях: ніколи не отримувала психіатричної допомоги, знаходяться на реабілітації, або минула реабілітація.

Показники депресії, панічного розладу, тривожного розладу та психосоціальних стресорів були виміряні за допомогою методики «Опитувальника оцінки здоров'я пацієнта (PHQ)». Депресію оцінювали за допомогою PHQ-9, де респондентів запитували, як часто їх турбували симптоми протягом останніх 2 тижнів. Відповіді були підсумовані для отримання загального балу, який використовувався для визначення категорій від «відсутніх та мінімальних» до «тяжких» депресійних станів. Надійність PHQ-9 була високою (0,88). Для оцінки панічного розладу респондентам ставилися ряд запитань про панічні напади; випадки відзначалися як «імовірний панічний розлад», якщо на всі чотири запитання були дані позитивні відповіді. Надійність шкали панічного розладу була прийнятною (0,72).

Загальний тривожний розлад оцінювали за допомогою семи пунктів, які запитували, як часто протягом останніх 4 тижнів респонденти турбувалися кожним з симптомів; загальні бали використовувались для визначення категорій від «відсутніх та мінімальних» до «важких» станів тривоги. Надійність цієї шкали була високою (0,82).

Рівень стресу оцінювали за допомогою питань про те, чи турбувалися респонденти через будь-які з 10 проблем (наприклад, фінансові проблеми); загальні бали використовувались для визначення категорій низького, середнього та високого ризику. Надійність шкали стресу була прийнятною (0,79).

Симптоми ПТСР оцінювалися за допомогою методики ПТСР, цивільної версії (PCL-C). Респонденти вказували, наскільки вони турбувалися кожним із 17 симптомів протягом минулого місяця, і загальні бали використовувались для визначення категорій низького, середнього та високого ризику. Надійність PCL-C була відмінною, з коефіцієнтом (0,94). Статистична значущість встановлювалася на рівні  $p < 0,05$  для всіх методик (табл. 1).

У таблиці показано відсоток постраждалих внаслідок війни в Україні з проблемами психічного здоров'я у всіх категоріях ризику, як для загальної когорти, так і в розрізі рекомендацій для отримання допомоги. Приблизно 29,6% постраждалих звітували про помірний рівень депресії, 13,6% звітували про помірний рівень тривоги, і 5,8% та 2,3% були на середньому або високому ризику розвитку ПТСР відповідно. Тривожні розлади були присутні у менше ніж 27,2% респондентів, тоді як приблизно 13,6% перебували на середньому або 6,3% високому ризику розвитку загальної тривоги, а також 37,3% – на середньому або 7,1% на високому рівні ризику виникнення стресу. У цілому 33,3% перевірених осіб були у помірному або високому ризику однієї чи декількох проблем з психічним здоров'ям або психосоціальних стресів, тоді як 7,1% знаходилися на найвищому рівні ризику.

Загалом, 19,7% перевірених військовослужбовців та цивільних осіб, що постраждали внаслідок війни в Україні отримали рекомендацію щодо подальшого лікування. З них 65,7% відповідали критеріям принаймні помірного рівня одного або декількох вимірних психічних проблем або психосоціальних стресорів. З тих, хто мав помірний або високий ризик психічних проблем, 38,9% отримали рекомендацію щодо подальшого лікування, тоді як 50,6% тих, хто був на найвищому рівні ризику, отримали рекомендацію.

Окрім психоемоційного стану, важливим аспектом є також оцінка якості життя респондентів, яка включає фізичний та психічний компоненти здоров'я. У наступній таблиці розглянемо результати дослідження якості життя після проведення медико-психологічної

Таблиця 1

**Поширеність психічних захворювань після завершення першої стадії реабілітації**

Зміна	Усього		Рекомендації				p
			Так		Ні		
	n	%	n	%	n	%	
Депресія (PHQ-9)							
Мінімальна	123	22,36	101	18,4	22	4	<0,001
Легка	137	24,9	126	22,9	11	2	
Помірної тяжкості	198	36	163	29,6	35	6,4	
Середньої тяжкості	57	10,3	55	10	2	0,4	
Тяжка	35	6,4	34	6,2	1	0,2	
Тривожні розлади (PHQ)							
Так	427	77,6	392	27,2	35	6,4	<0,001
Ні	23	4,2	16	3	7	1,3	
Загальна тривога (PHQ)							
Мінімальна	101	18,4	91	16,5	10	1,8	<0,001
Легка	176	32	152	27,6	24	4,4	
Помірна	91	16,54	75	13,6	16	3	
Тяжка	42	7,6	34	6,2	8	1,5	
Стрес (PHQ)							
Низький	126	23	105	19	21	3,8	<0,001
Середній	303	55	205	37,3	41	7,5	
Високий	51	9,2	39	7,1	12	2,2	
ПТСР (PCL-C)							
Низький	103	18,7	78	14,2	12	2,3	<0,001
Середній	45	8,2	32	5,8	6	1,15	
Високий	27	5	12	2,3	2	0,4	

реабілітації за двома категоріями: «фізичний компонент здоров'я» (PCS) та «психічний компонент здоров'я» (MCS). Ці показники допомагають зрозуміти, як реабілітація вплинула на загальний стан здоров'я респондентів, включаючи як фізичний, так і психічний добробут (табл. 2).

До реабілітації показники фізичного компонента здоров'я (PCS) у військовослужбовців ЗСУ, ТрО, військовополонених, осіб з тимчасово окупованих територій та ВПО коливалися в межах від 34,38 до 49,45, залежно від провідного синдрому та групи постраждалих. Після реабілітації ці показники значно покращилися, досягаючи діапазону від 41,53 до 59,15. Наприклад, серед військовослужбовців ЗСУ з тривожно-фобічним синдромом PCS підвищився з 45,45 (42,71-49,79) до 49,35 (44,31-54,39). Серед військовополонених з тривожно-депресивним синдромом PCS зріс з 40,14 (35,91-42,73) до 46,24 (41,18-49,33).

До реабілітації показники психічного компонента здоров'я (MCS) серед тих же груп варіювалися від 33,40 до 52,81. Після реабілітації ці показники значно покращилися, досягаючи діапазону від 38,90 до 59,15. Наприклад, MCS у військовослужбовців ЗСУ з тривожно-фобічним синдромом зріс з 41,75 (35,19-46,02) до 44,75 (39,12-49,02). У дітей з тимчасово окупованих територій з депресивно-іпохондричним синдромом MCS підвищився з 44,68 (43,29-48,71) до 48,68 (42,91-53,71).

Таблиця 2

**Дослідження якості життя після проведення  
медико-психологічної реабілітації за двома категоріями:  
«фізичний компонент здоров'я» (PCS) та «психічний компонент здоров'я» (MCS)**

Група постраждалих		Провідний синдром				
		тривожно-фобічний	тривожно-депресивний	депресивно-іпохондричний	астено-апатичний	
MCS	Військовослужбовці ЗСУ	44,75 (39,12-49,02)	47,21 (42,19-51,11)	41,38 (36,15-45,15)	52,21 (46,23-56,25)	
	Військовослужбовці ТрО	44,22 (39,23-49,22)	46,21 (41,17-51,11)	39,98 (34,99-44,91)	50,42 (45,43-55,48)	
	Військовополонені	43,71 (38,69-48,71)	39,80 (34,87-44,88)	38,90 (32,91-47,11)	46,52 (40,70-53,18)	
	Дорослі	45,31 (41,32-49,31)	46,68 (41,80-51,71)	41,29 (35,05-47,45)	45,26 (34,20-57,19)	
	Діти	49,72 (41,73-54,68)	47,25 (41,61-53,70)	48,68 (42,91-53,71)	49,86 (41,89-56,82)	
	Дорослі	43,81 (37,21-51,37)	46,82 (42,89-51,71)	42,11 (39,05-49,15)	45,82 (39,83-51,76)	
	Діти	49,19 (42,22-54,22)	49,11 (45,20-53,13)	53,11 (45,13-57,06)	49,16 (44,10-55,19)	
	Військовослужбовці ЗСУ	49,35 (44,31-54,39)	44,19 (42,14-51,76)	46,16 (42,26-51,15)	47,22 (42,33-51,39)	
	Військовослужбовці ТрО	47,15 (42,08-52,23)	44,24 (40,26-49,22)	44,18 (40,19-49,12)	41,53 (39,52-49,57)	
PCS	Військовополонені	46,47 (40,37-52,46)	46,24 (41,18-49,33)	41,18 (38,17-47,12)	43,36 (40,30-51,21)	
	Дорослі	45,31 (41,14-50,33)	47,13 (43,19-52,11)	43,29 (40,15-49,25)	54,12 (49,13-58,16)	
	Діти	49,51 (47,47-53,49)	52,45 (49,18-58,91)	54,75 (48,70-56,19)	54,15 (48,17-58,92)	
	Дорослі	45,17 (42,13-51,18)	48,27 (44,91-55,12)	45,11 (42,11-53,29)	45,18 (41,11-53,16)	
	Діти	48,17 (42,47-52,49)	59,15 (52,10-60,20)	55,15 (49,12-59,12)	53,18 (48,18-59,13)	

Результати порівняння якості життя до і після реабілітації за допомогою U-критерію Манна-Уїтні вказують на статистично значущі покращення у всіх досліджуваних групах. Це підтверджує ефективність медико-психологічної реабілітації у покращенні як фізичного, так і психічного здоров'я постраждалих.

Медико-психологічна реабілітація виявилася ефективною для всіх досліджуваних груп, незалежно від провідного синдрому. Значне покращення показників PCS і MCS після реабілітації свідчить про те, що ці заходи суттєво покращують якість життя постраждалих. Результати U-критерію Манна-Уїтні підтверджують, що зміни є статистично значущими, підкреслюючи важливість таких програм для відновлення здоров'я та добробуту людей, які зазнали різних психічних і фізичних травм.

Під час дослідження зв'язку між кожною вимірною психічною хворобою та рекомендацією щодо лікування, як і очікувалося, ті, хто мали принаймні деякі симптоми, були більш схильні отримати рекомендацію щодо лікування порівняно з тими, у кого були відсутні або мінімальні симптоми. Зокрема, від 61% до 76% респондентів з помірними до важких симптомів депресії отримали рекомендацію щодо подальшого лікування, 70% тих, хто страждав від тривожних розладів, отримали рекомендацію про лікування, від 54% до 70% тих, хто мав помірні до важких симптоми тривоги, отримали рекомендацію, 44%–70% з високим рівнем стресу отримали рекомендацію, і від 62% до 70% тих, хто був у середньому або високому ризику ПТСР, отримали рекомендацію.

Основною метою цього дослідження було визначення ступеня, до якого самооцінка психічного здоров'я внаслідок війни в Україні передбачала подальші обстеження під час співбесіди. Зауважимо, що приблизно п'ята частина перевірених осіб була рекомендована для подальшого лікування. Більшість осіб з повідомленими проблемами з психічним здоров'ям були рекомендовані для лікування: загалом, приблизно половина тих, хто мав принаймні помірні симптоми, отримали рекомендацію щодо психічного здоров'я або подальшого лікування, причому вищі рівні ризику відповідали вищим рівням рекомендацій щодо лікування. Однак ці показники не були такими високими, як ми очікували.

Використання моделі для катамнезу та планування подальшого супроводу є ключовим етапом у процесі надання якісної та ефективної медичної допомоги. Цей підхід дозволяє систематично відстежувати та аналізувати хід лікування пацієнта після виписки з лікарні або завершення медичного курсу. Завдяки моделі для катамнезу можна оцінити ефективність проведеного лікування, виявити можливі проблеми та ризики для пацієнта, а також вчасно скорегувати подальші медичні стратегії.

**Висновки.** Отже, проблема впливу психологічного супроводу на якість життя постраждалих внаслідок війни є надзвичайно актуальною. Дослідження підтверджують, що психологічна підтримка відіграє ключову роль у відновленні психічного здоров'я та соціальної адаптації постраждалих. Ефективні стратегії супроводу сприяють покращенню емоційного стану, зменшенню рівня тривоги та депресії, а також загальному підвищенню якості життя цих осіб.

Дослідження виявило значний вплив війни в Україні на психічний стан населення, що вимагає негайної медико-психологічної допомоги. Під час оцінки симптомів ПТСР за методикою PCL-C, було встановлено високий рівень надійності (0,94). Близько 29,6% постраждалих мали помірний рівень депресії, а 13,6% – помірний рівень тривоги. Рівні ризику ПТСР були середніми (5,8%) та високими (2,3%).

Медико-психологічна реабілітація показала високу ефективність у покращенні як фізичного, так і психічного стану постраждалих. Показники PCS і MCS значно зросли у всіх групах, незалежно від провідного синдрому, що підтверджується статистично значущими покращеннями ( $p < 0,05$ ).

Під час дослідження встановлено, що особи з вираженими симптомами психічних захворювань частіше отримували рекомендації щодо лікування. Від 61% до 76% респондентів з депресією, 70% з тривожними розладами та 62%–70% з ПТСР отримали рекомендації на подальше лікування.

Отже, використання моделі для катамнезу та планування подальшого супроводу є необхідним компонентом в організації комплексного та індивідуалізованого підходу до лікування та догляду за пацієнтами. Це дозволяє забезпечити якісну та безперервну медичну допомогу з урахуванням потреб та специфіки кожного конкретного випадку.

Перспектива подальших досліджень впливу психологічного супроводу на якість життя постраждалих внаслідок війни є надзвичайно важливою. Враховуючи попередні результати, які підкреслюють ефективність медико-психологічної реабілітації, майбутні дослідження повинні зосередитися на катамнезі, щоб оцінити довготривалі наслідки втручань. Особливо важливо дослідити, як різні форми психологічної підтримки сприяють стійкому покращенню фізичного і психічного здоров'я, а також соціальної адаптації постраждалих. Це дозволить розробити оптимальні стратегії реабілітації, підвищуючи якість життя та добробут постраждалих у довгостроковій перспективі.

### Список використаної літератури

1. Stadnik, A. V., Melnyk, Yu. B., Babak, S. A., Vashchenko, I. V., & Krut, P. P. . Psychological distress among students and cadets of universities in the war conditions. *International Journal of Science Annals*, 2022, 5(1-2), 20–29. <https://doi.org/10.26697/ijsa.2022.1-2.0>
2. Patel, S. S., & Erickson, T. B. . The new humanitarian crisis in Ukraine: Coping with the public health impact of hybrid warfare, mass migration, and mental health trauma. *Disaster Medicine and Public Health Preparedness*, 2022, 16(6), 2231-2232. <https://doi.org/10.1017/dmp.2022.70>
3. Ben-Ezra, M., Goodwin, R., Leshem, E., & Hamama- Raz, Y. . PTSD symptoms among civilians being displaced inside and outside the Ukraine during the 2022 Russian invasion. *Psychiatry Research*, 2023, 320, Article 115011. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2022.115011>
4. Stadnik, A. V., Melnyk, Yu. B., Mykhaylyshyn, U. B., & de Matos, M. G. . Peculiarities of the psychological well-being and social adaptation of young students and cadets in wartime conditions. *International Journal of Science Annals*, 2023, 6(1), 22– 30. <https://doi.org/10.26697/ijsa.2023.1.7>
5. Koenen, K., Ratanatharathorn, A., Ng, L., McLaughlin, K., Bromet, E., Stein, D., Karam, E., Meron Ruscio, A., Benjet, C., Scott, K., A7, twoli, L., Petukhova, M., Lim, C., Aguilar-Gaxiola, S., Al- Hamzawi, A., Alonso, J., Bunting, B., Ciutan, M., Girolamo, G., ... Kessler, R. . Posttraumatic stress disorder in the World Mental Health Surveys. *Psychological Medicine*, 2017, 47(13), 2260-2274. <https://doi.org/10.1017/S0033291717000708>
6. Vermetten, E., Greenberg, N., Boeschoten, M.A., Delahaije, R., Jetly, R., Castro, C.A., & McFarlane, A.C. . Deployment-related mental health support: comparative analysis of NATO and allied ISAF partners. *European Journal of Psychotraumatology*, 5. August 2014, Retrieved from <http://dx.doi.org/10.3402/ejpt.v5.23732>
7. Лашин О. І. Функціонально-організаційна модель медичного та медико-психологічного супроводу військовослужбовців з ПТСР. *Військова медицина України*. 2019. Том 19, № 3. С. 122-127.
8. Kranke, D., Eloersch, J., Dobalian, A. . Identifying Aspects of Sameness to Promote Veteran Reintegration with Civilians: Evidence and Implications for Military Social Work. February 2019, 61-64. *Health Social* 10.1093/hsw/hly036/5245894
9. Жигайло Н., Матеюк О. Психологічний супровід військовослужбовців у зоні ведення бойових дій. *Вісник Львів, ун-ту. Серія психологічні науки*. 2022. Випуск 13. С. 64—70



10. Teramoto, C., Matsunaga, A. & Nagata, S. . Social support in earthquake survivors. *Japan Journal of Nursing Science*, 12, 2015, 320–329.
11. Карамушка Л. М. Психічне здоров'я особистості під час війни: як його зберегти та підтримати : метод, рекомендації. Київ: Інститут психології ім. Г. С. Костюка НАПН України, 2022. 52 с.
12. Психологічний супровід незламних: методичні рекомендації по роботі з військово-службовцями, які зазнали ампутації внаслідок бойових дій : метод, рек. / Т. В. Карамушка, Л. Полівко, О. Вісіч [та ін.] ; Благод. фонд психол. підтримки у криз, ситуаціях «Анкора», Укр. асоц. організац. психологів та психологів праці. Київ ; Львів : Вікторія Кундельська, 2023. 58 с.
13. Young, S. L. & Phillips, G. A. . Veterans' Adjustment to College: A Qualitative Analysis of Large-Scale Survey Data. *College Student Affairs Journal*, 37 (1), 39–53. *Journal of Nursing Science*, 12, 2019, 320–329.

## THE IMPACT OF PSYCHOLOGICAL SUPPORT ON THE QUALITY OF LIFE OF WAR VICTIMS: A FOLLOW-UP STUDY

**Ivan Klymenko**

*Interregional Academy of Personnel Management,  
2, Frometivska str., Kyiv, Ukraine, 02000  
e-mail: neffalimm@gmail.com*

Recently, the number of people in Ukraine needing urgent medical and psychological assistance has increased. This is due to the rising number of war victims, military personnel, affected civilians, and internally displaced persons (IDPs). It is crucial to quickly assess the condition of those affected, predict disorders, and implement all possible corrective measures in extreme conditions. A thorough analysis of the psychological support system for war-affected individuals in Ukraine aims to improve this comprehensive approach.

**Objective:** To determine the impact of psychological support on the quality of life of those affected by the war in Ukraine.

The study involved 550 participants divided into groups: Armed Forces personnel, Territorial Defense members, prisoners of war, adults and children from temporarily occupied territories, and IDPs. Before rehabilitation, the Physical Component Summary (PCS) scores ranged from 34.38 to 49.45, depending on the leading syndrome and the group. After rehabilitation, these indicators significantly improved, reaching a range of 41.53 to 59.15. For example, among Ukrainian Armed Forces servicemen with anxiety-phobic syndrome, PCS increased from 45.45 (42.71-49.79) to 49.35 (44.31-54.39). Among prisoners of war with anxiety-depressive syndrome, PCS rose from 40.14 (35.91-42.73) to 46.24 (41.18-49.33). Additionally, before rehabilitation, the mental component scores (MCS) among the same groups ranged from 33.40 to 52.81. After rehabilitation, these scores significantly improved, reaching a range of 38.90 to 59.15. For instance, MCS among Ukrainian Armed Forces servicemen with anxiety-phobic syndrome increased from 41.75 (35.19-46.02) to 44.75 (39.12-49.02). In children from temporarily occupied territories with depressive-hypochondriac syndrome, MCS increased from 44.68 (43.29-48.71) to 48.68 (42.91-53.71).

The data obtained indicate that the war in Ukraine negatively affects the psychological state of both military personnel and civilians. The impact level was higher the closer the individuals were to active combat zones. The influence of psychological support on overcoming life crises and improving the quality of life of the affected individuals was determined.

**Key words:** psychological support, quality of life, anxiety, depression, stress.