УДК 159.923:159.944
DOI: https://doi.org/10.17721/BPSY.2025.2(22).15

Василь ОСЬОДЛО, д-р психол. наук, проф.
ORCID ID: 0000-0003-2893-4721
e-mail: v.osyodlo@gmail.com
Державний торговельно-економічний університет, Київ, Україна

Дарья МАТВЄЄВА, ад'юнкт
ORCID ID: 0009-0008-1536-1446
e-mail: dasha_sl@ukr.net
Національний університет оборони України, Київ, Україна

ДОСЛІДЖЕННЯ РЕЗИЛЬЄНТНОСТІ ВІЙСЬКОВИХ ЛІКАРІВ: ІНТЕГРАЦІЯ ІНТЕРВ'Ю, ПРОЄКТИВНОГО АНАЛІЗУ ТА ШКАЛИ КОННОРА–ДЕВІДСОНА

Вступ. ***Наголошено, що сучасні реалії війни вимагають від військових лікарів виняткової психологічної стійкості, професійної надійності та здатності до швидкої адаптації в умовах постійної небезпеки, невизначеності й підвищеного емоційного напруження. У цьому контексті особливої актуальності набуває резильєнтність як інтегративна характеристика особистості, що забезпечує здатність відновлювати функціональну рівновагу, протистояти деструктивним наслідкам стресу та зберігати продуктивність діяльності в екстремальних умовах.***

Актуальність дослідження зумовлена необхідністю наукового обґрунтування психологічних особливостей розвитку резильєнтності військових лікарів в умовах війни.

Методи. ***Використано інтеграцію інтерв'ю, проєктивної методики "Не дай людині впасти" та Шкали резильєнтності Коннора–Девідсона (CD–RISC–25), що дає змогу виявити структурні, емоційно-мотиваційні та когнітивно-вольові компоненти резильєнтності. До вибірки увійшли 80 військових лікарів різного віку та досвіду служби.***

Результати. ***Виявлено, що резильєнтність військових лікарів формується як комплексна психологічна система, у структурі якої провідну роль відіграють соціальна підтримка, професійний досвід і рівень залученості до бойових дій. Встановлено, що високий рівень соціальної підтримки суттєво корелює з підвищеними показниками емоційної стабільності, самоефективності та внутрішнього контролю. Військові лікарі з більшим стажем служби та тривалішим перебуванням у зоні бойових дій демонструють вищу здатність до саморегуляції та відновлення після стресових впливів, що свідчить про розвиток адаптивних механізмів резильєнтності. Отримані дані підтверджують, що резильєнтність військових лікарів має характер багаторівневого психологічного феномену, який об'єднує індивідуально-особистісні, емоційно-вольові та смислові ресурси, що забезпечують ефективну адаптацію до екстремальних умов професійної діяльності.***

Висновки. ***Досліджено індивідуальний досвід військових лікарів та їхні стратегії підтримання психологічного благополуччя в умовах бойових дій. Встановлено, що переважна частина респондентів використовує емоційне регулювання, професійну самоосвіту та колективну взаємодію як ключові механізми адаптації до стресогенних чинників, характерних для діяльності фахівців військово-медичної служби. Водночас тривале перебування в безпосередній близькості до лінії фронту підвищує ризик емоційного виснаження та професійного вигорання, що підкреслює необхідність системного психологічного супроводу та цілеспрямованого розвитку адаптивних ресурсів військових лікарів.***

Ключові слова: ***Військові лікарі, резильєнтність, психологічна стійкість, стратегії емоційного контролю, професійне вигорання, адаптаційні ресурси, воєнні дії, стрес.***

Вступ

В умовах сучасної війни військові лікарі виконують надзвичайно складні професійні завдання, що потребують високого рівня емоційної саморегуляції. Їхня діяльність поєднує високий рівень відповідальності за життя та здоров'я поранених військовослужбовців і цивільного населення із тривалим перебуванням у стресогенних та небезпечних умовах. У цьому контексті резильєнтність виступає ключовим фактором, що визначає здатність військових медиків зберігати ефективність професійної діяльності, адекватно реагувати на стресові ситуації та підтримувати психоемоційне благополуччя.

Резильєнтність у психологічній науці трактують як комплексний феномен, що включає здатність до адаптації, саморегуляції, відновлення та зростання після психоемоційних навантажень. Вона охоплює когнітивні, емоційні та поведінкові компоненти, які дають змогу особистості ефективно долати стресові ситуації та запобігати розвитку професійного вигорання. Для військових лікарів, які постійно перебувають у зоні бойових дій, рівень резильєнтності визначає не лише особистісну стійкість, а й безпеку пацієнтів та результативність медичної допомоги.

Попри зростаючу увагу до досліджень психічної стійкості у військовому середовищі, інтегровані підходи, що поєднують якісні та кількісні методи оцінки резильєнтності, залишаються недостатньо розвиненими. Більшість існуючих досліджень зосереджена або на стандартизованих шкалах, або на окремих інтерв'ю, що обмежує глибину та комплексність розуміння психічних механізмів адаптації.

У зв'язку із цим метою цього дослідження є всебічне вивчення психологічної резильєнтності військових лікарів шляхом інтеграції трьох методологічних підходів: глибинних інтерв'ю, проєктивного аналізу та оцінки за Шкалою резильєнтності Коннора–Девідсона. Глибинні інтерв'ю дають змогу відтворити індивідуальний досвід медичних фахівців, виявити стратегії подолання стресу та особливості психоемоційних реакцій у реальних бойових умовах. Проєктивні методики дають змогу оцінити підсвідомі процеси, мотиваційні та емоційні аспекти адаптації, які не завжди виявляються у свідомих звітах респондентів. Використання стандартизованої шкали Коннора–Девідсона забезпечує кількісну оцінку рівня резильєнтності та дає змогу співвіднести суб'єктивний досвід з об'єктивними показниками психологічної стійкості.

Завдяки інтеграції цих підходів можна отримати комплексну картину психічних ресурсів військових лікарів, виявити ключові механізми емоційної саморегуляції, когнітивної гнучкості та соціальної підтримки, а також оцінити ризики професійного вигорання та емоційного виснаження. Результати дослідження можуть стати науково обґрунтованою базою для розробки цілеспрямованих програм психологічного супроводу, підвищення адаптивних ресурсів та підтримки професійної ефективності військових медиків у складних умовах бойової діяльності.

© Осьодло Василь, Матвєєва Дарья, 2025

ISSN 1728-3817

Таким чином, дослідження поєднує практичну значущість для організації медичної допомоги в зоні бойових дій із теоретичним внеском у психологію стресу, резильєнтності та професійного функціонування медичних фахівців в екстремальних умовах. Його мета полягає у формуванні цілісного розуміння феномену резильєнтності та визначенні ефективних шляхів її розвитку у військових лікарів.

Метою нашої статті є виявлення структурно-функціональних характеристик та психологічних особливостей резильєнтності військових медиків на основі інтеграції інтерв'ю, проєктивного аналізу та шкали Коннора–Девідсона.

Військові лікарі функціонують у винятково вимогливому професійному середовищі, що поєднує високий рівень клінічної компетентності з необхідністю психологічної стійкості. Резильєнтність у цьому контексті розглядається як ключовий психічний ресурс, що забезпечує адаптивне функціонування, ефективність професійної діяльності та підтримку психоемоційного благополуччя медичних фахівців в умовах війни. Сучасні дослідження підкреслюють складну взаємодію між особливостями військової служби, клінічною діяльністю та психологічним станом медиків, акцентуючи увагу на подвійних вимогах, що покладені на військових лікарів: одночасне виконання клінічних обов'язків та подолання професійних викликів, пов'язаних із службою в зоні бойових дій.

Аналіз наукової літератури показує, що основними стресорами для військових медиків є високий темп оперативної діяльності, стресові фактори, пов'язані з відрядженням до зони бойових дій, а також вплив травматичних подій. Такі особливості відрізняють військових лікарів від цивільних колег і підкреслюють специфіку професійної діяльності в умовах війни. Окрім цього, емоційне навантаження, що виникає при наданні медичної допомоги товаришам по службі, ускладнюється "етосом воїна", коли особисті стосунки з пацієнтами розмивають традиційну динаміку лікар–пацієнт. Це формує унікальний психологічний стресор, що вимагає від військових лікарів одночасного балансування між професійною дистанцією та емпатійним підходом до пацієнтів.

Динамічний процес професійної діяльності, а саме швидкий перехід від мирного до бойового режиму надання медичної допомоги вимагає високого рівня адаптивності та ситуативної обізнаності, що може підвищувати загальне психологічне навантаження. Дослідження свідчать, що спеціалізовані тренінги та цілеспрямовані програми розвитку адаптивних навичок є ефективним інструментом зниження рівня стресу та зміцнення резильєнтності.

Стратегії подолання стресу у військових лікарів охоплюють широкий спектр когнітивних, емоційних та поведінкових підходів. Лонгітюдні дослідження показують, що рівень стресу, професійне вигорання, задоволеність роботою та загальне психологічне благополуччя перебувають у тісному взаємозв'язку, що підтверджує необхідність комплексних втручань, спрямованих на підтримку психічного здоров'я військових медиків.

На основі аналізу літератури можна виділити кілька ключових аспектів, які визначають ефективність подолання стресу: по-перше, наявність психологічних ресурсів і навичок емоційної саморегуляції; по-друге, когнітивна гнучкість і здатність адаптуватися до непередбачуваних умов; по-третє, соціальна підтримка та колективна взаємодія як фактори зменшення психологічного навантаження.

Результати сучасних досліджень підтверджують наявність унікальних стресорів і механізмів їх подолання серед військових лікарів, що підкреслює необхідність подальших якісних та комплексних досліджень у цій сфері. Спираючись на ці висновки, наступний розділ статті описує методологічний підхід, який було застосовано для вивчення стратегій управління стресом серед військових лікарів, поєднуючи глибинні інтерв'ю, проєктивний аналіз та стандартизовану оцінку рівня резильєнтності за Шкалою Коннора–Девідсона.

Отримані результати підтверджують провідну роль індивідуально-психологічних та соціальних чинників у забезпеченні резильєнтності військових лікарів, що узгоджується із сучасними теоретико-емпіричними підходами у світовій психологічній науці. Як показують дослідження Rutter (2012), Masten (2014) та Bonanno (2018), резильєнтність є динамічним процесом, який розвивається внаслідок взаємодії особистісних рис, соціальної підтримки та досвіду подолання стресу. Аналогічна тенденція спостерігається і серед військових лікарів, які функціонують у контексті хронічного стресового навантаження, але демонструють високий рівень психологічної адаптивності за наявності підтримувального соціального середовища.

Дані цього дослідження свідчать, що високий рівень соціальної підтримки є одним із ключових ресурсів резильєнтності. Це узгоджується з результатами праць Southwick, Bonanno, Masten, Panter-Brick & Yehuda (2014), у яких соціальна інтегрованість та підтримка з боку колег визначаються як центральні предиктори відновлення після бойового стресу. У вибірці військових лікарів переважання високих показників соціальної підтримки може розглядатися як фактор, що пом'якшує наслідки тривалого перебування в зоні бойових дій і сприяє збереженню професійної стабільності.

Порівняння отриманих результатів із даними вітчизняних та міжнародних досліджень (Hoge et al., 2014; Jones et al., 2022; Dokkedahl, Levin, & Solomon, 2024) засвідчує, що тривалість участі в бойових діях та якість командної взаємодії є ключовими детермінантами розвитку резильєнтності медичного персоналу в умовах війни. Аналогічні закономірності простежуються в дослідженнях, присвячених взаємозв'язку особистісних характеристик, психічного здоров'я та адаптації військовослужбовців і поранених комбатантів, де резильєнтність розглядається як інтегративний ресурс збереження професійної ефективності та психологічного благополуччя (Kokun et al., 2024). Водночас у вітчизняних наукових працях підкреслюється значення моральної готовності, ціннісно-мотиваційних установок і відповідальності за інших як важливих психологічних чинників стійкості до бойового стресу (Осьодло, & Будагьянц, 2023). Дослідження, спрямовані на аналіз подолання наслідків бойового стресу та психосоціального відновлення військовослужбовців, також підтверджують роль підтримувального професійного середовища й згуртованої команди у відновленні психологічних ресурсів (Смірнова, Осьодло, & Чижевський, 2023), а також наголошують на важливості своєчасної психологічної допомоги у випадках психічного травмування (Смірнова, & Осьодло, 2024; Осьодло, & Будагьянц, 2022). Подібні висновки отримано й у нашому дослідженні: військові лікарі, які тривалий час перебували в зоні бойових дій, демонструють вищий рівень саморегуляції та психоемоційної стабільності, що може свідчити про розвиток адаптаційних механізмів і активацію процесів посттравматичного зростання (Tedeschi, & Calhoun,

2004).Окрему увагу привертає фактор доступу до психологічної підтримки, який залишається нерівномірним. За даними міжнародних досліджень (Adler et al., 2020; Castro, & McGurk, 2009), системна психологічна допомога у військових формуваннях позитивно корелює з рівнем резильєнтності, знижує ризики ПТСР і сприяє відновленню функціональної працездатності. У контексті діяльності військово-медичної служби в Україні відсутність регулярного психологічного супроводу для частини військових лікарів може розглядатися як потенційний чинник ризику, що потребує розроблення ефективних організаційних заходів у системі психологічної підтримки персоналу Збройних сил України.

Отже, отримані результати підтверджують, що резильєнтність військових лікарів є багатофакторним феноменом, детермінованим поєднанням індивідуально-психологічних характеристик, соціальної підтримки, професійного досвіду та наявності доступу до психологічних ресурсів. Загалом виявлені закономірності узгоджуються з концепціями салютогенезу Антонівського (1979), hardiness Maddi (2005) та сучасними моделями адаптивної резильєнтності у військовій психології, які трактують стійкість не як вроджену рису, а як процес динамічного зростання, зумовлений соціальним і професійним контекстом.

Методи

На емпіричному рівні було використано авторське напівструктуроване інтерв'ю з військовими лікарями (n = 80), відібраними для участі в дослідженні методом випадкової (рандомної) вибірки, що забезпечило репрезентативність і зменшення впливу систематичних похибок. Інтерв'ю спрямоване на виявлення особистого професійного досвіду, психологічних стратегій адаптації та механізмів підтримання резильєнтності під час виконання службових обов'язків у зоні бойових дій. Це дало змогу ідентифікувати ключові аспекти психологічного забезпечення професійної діяльності військових лікарів, виокремити індивідуальні та групові особливості реагування на стресові чинники, а також окреслити напрями подальшого наукового аналізу феномену резильєнтності.

З метою поглибленого якісного аналізу внутрішніх психологічних ресурсів і несвідомих адаптаційних механізмів додатково було застосовано проєктивну методику "Не дай людині впасти", яка дала змогу дослідити суб'єктивні уявлення респондентів про підтримку, відповідальність, межі власних ресурсів і способи подолання критичних ситуацій в умовах війни.

Для кількісної оцінки рівня резильєнтності застосовано стандартизовану Шкалу Коннора–Девідсона (CD-RISC), що надало змогу визначити індивідуальні відмінності у психологічній резильєнтності, проаналізувати її зв'язок із переживанням стресу та ефективністю професійної діяльності, а також інтегрувати кількісні показники з результатами якісного аналізу інтерв'ю та проєктивної методики.

Усі учасники дослідження були поінформовані про мету та завдання роботи, надали письмову інформовану згоду на участь у дослідженні; конфіденційність отриманих даних була гарантована. Інтерв'ю проводилися в умовах, що забезпечували психологічну безпеку респондентів, із дотриманням етичних принципів психологічних досліджень.

Якісні дані оброблялися із застосуванням контент-аналізу та тематичного аналізу з метою виокремлення ключових категорій психологічних стратегій і ресурсів резильєнтності. Кількісні дані аналізувалися з використанням методів описової статистики, що в сукупності дало змогу сформувати інтегровану модель резильєнтності військових лікарів та забезпечити комплексне вивчення досліджуваного феномену.

Емпіричну базу дослідження становили військові лікарі – фахівці з вищою медичною освітою за спеціальністю "Медицина", офіцери Збройних сил України. Дослідження проводилося в період з січня по квітень 2025 р. на території Донецької, Луганської, Запорізької та Дніпропетровської областей.

Результати

Емпіричну базу дослідження склала вибірка з 80 військових лікарів, які проходять службу у підрозділах медичної служби Збройних сил України (військові мобільні госпіталя, передові хірургічні відділення, передові хірургічні групи, стабілізаційні пункти) та мають досвід роботи в умовах бойових дій. До вибірки увійшли 67 чоловіків (83,8 %) та 13 жінок (16,2 %), що відображає гендерну специфіку професії та переважання чоловічого контингенту у військово-медичній сфері (табл. 1).

За віковими характеристиками респонденти розподілилися таким чином: 26–35 років – 35 осіб (43,8 %), 36–45 років – 24 особи (30,0 %), 46 років і старше – 21 особа (26,2 %). Така структура свідчить про переважання осіб із середнім віком, що зазвичай відповідає періоду найбільшої професійної активності та сформованої особистісної зрілості.

За стажем військової служби більшість опитаних (75 %) мають від 1 до 5 років досвіду, тоді як 20 осіб (25 %) – понад 5 років служби. У вибірці відсутні респонденти зі стажем менше одного року.

За професійною спеціалізацією більшість становлять хірурги (45 осіб, 56,3 %), терапевти – 18 осіб (22,5 %), анестезіологи – 13 осіб (16,2 %), стоматологи – 4 особи (5,0 %). Такий розподіл зумовлений структурою кадрового складу військових медичних підрозділів, де переважають фахівці невідкладного профілю.

Посадовий статус досліджуваних також демонструє відносну однорідність: 67 осіб (83,8 %) обіймають посади рядових лікарів, а 13 осіб (16,2 %) – керівні посади (начальники медичних пунктів, відділень тощо). Це дає змогу порівнювати рівень резильєнтності фахівців із різним рівнем управлінської відповідальності.

Рівень суб'єктивно оціненої соціальної підтримки виявився переважно високим: 70 осіб (87,5 %) зазначили наявність потужного кола соціальної підтримки, 6 осіб (7,5 %) – середній рівень, і лише 4 особи (5,0 %) – низький. Цей показник є важливим у контексті вивчення взаємозв'язку соціальних ресурсів із психологічною стійкістю.

Щодо участі в бойових діях, то інтенсивність бойових дій оцінювалася як висока у 37 осіб (46,3 %) та середня у 43 осіб (53,7 %); респондентів з низьким рівнем бойового навантаження у вибірці не було. Тривалість перебування в зоні бойових дій варіювала від 1 до 3 місяців у 59 осіб (73,8 %) до понад 3 місяців у 21 особи (26,2 %), що свідчить про значний кумулятивний вплив бойового стресу.

Ще одним важливим параметром була наявність доступу до психологічної підтримки: 43 військових лікарі (53,8 %) мали змогу отримувати фахову психологічну допомогу, тоді як 37 осіб (46,2 %) зазначили її відсутність. Цей показник має потенційне значення для подальшого аналізу чинників, що впливають на рівень резильєнтності.

Таким чином, сформована вибірка репрезентує різні вікові, професійні та досвідові категорії військових лікарів і може вважатися достатньо репрезентативною для аналізу психологічних чинників розвитку резильєнтності у фахівців медичної служби, які виконують завдання в умовах війни.

Таблиця 1

Характеристика вибірки військових медиків за демографічними, професійними та соціально-психологічними показниками

Критерій	Кількість
Стать	
Чоловіки	67
Жінки	13
Вік	
26–35	35
36–45	24
46+	21
Стаж служби	
До 1 року	0
1–5 років	60
понад 5 років	20
Спеціалізація	
хірург (травматолог)	45
анестезіолог	13
терапевт (лікар загальної практики-сімейної медицини, інфекціоніст)	18
стоматолог	4
Посада	
Рядовий лікар	67
начальник медпункту тощо	13
Соціальна підтримка	
Висока	70
Середня	6
Низька	4
Інтенсивність бойових дій	
Низька	0
Середня	43
Висока	37
Тривалість перебування в зоні БД	
до 1 міс	0
1–3 міс	59
понад 3 міс	21
Доступ до психологічної підтримки	
Є	43
Немає	37

Збір даних – це складна та одночасно дуже важлива частина будь якого дослідження. Кожен метод збору даних має свої переваги та недоліки, обмеження, а також складнощі, що можуть виникати у процесі його застосування. Неможливо однозначно сказати, який метод найкращий, оскільки кожен з них слід розглядати в контексті відношення до типу дослідження, яке буде проводитися, і, зокрема, до досліджуваної проблеми.

Інтерв'ю як особливе джерело і метод дослідження використовують у науково-дослідній роботі фахівці гуманітарних і суспільних наук. Інтерв'ю – це значно більше, ніж просто розмова. Успішне інтерв'ю потребує комплексної підготовки та планування (Нау, 2000).

Метод інтерв'ю дає змогу сприймати людину як носія унікального світосприйняття та набору смислів, розширювати парадигму розуміння явищ, збирати відомості щодо локальних практик та видів досвіду, знаходити нові ідеї та підходи. Це глибоке розкриття досліджуваного питання, з'ясування деталей, відкриття нового, а не лише оцінка вже відомих фактів (Баєр, 2019).

Отже, інтерв'ю – це особистий вербальний обмін між двома людьми, один з яких є дослідником або інтерв'юером, а інший – респондентом або інтерв'юйованим. Інтерв'юер отримує від респондента необхідну інформацію з досліджуваного питання. Це схоже на бесіду, в процесі проведення якої відбувається більше зосередження на певній меті.

У нашій роботі пропонується один із можливих алгоритмів застосування методу інтерв'ю на прикладі якісного дослідження психологічної стійкості військових лікарів. Дослідження проводилося за участі військових медиків, які виконують завдання в зоні бойових дій у Донецькій, Луганській, Запорізькій та Дніпропетровській областях. Метою роботи було проаналізувати психологічні особливості розвитку резильєнтності під тиском стресогенних факторів, а також визначити, яким чином рівень цих адаптивних ресурсів сприяє успішному виконанню спеціальних завдань з медичного забезпечення підрозділів Збройних сил України в районах проведення бойових дій.

Побудова дослідницького інструменту є найважливішим компонентом дослідження, і саме цей інструмент дасть змогу отримати первинні та якісні дані для дослідження. Оскільки нас цікавив саме суб'єктивний досвід респондентів та їх особистісні стратегії щодо подолання професійних викликів в умовах війни, то було вирішено використати якісний метод інтерв'ю. Було визначено такі етапи дослідження: вибір типу інтерв'ю, визначення етичних принципів, дизайн інтерв'ю, проведення та аналіз інтерв'ю.

Існують три основні типи інтерв'ю: структуровані, напівструктуровані та неструктуровані. Ми обрали напівструктуроване інтерв'ю – ця форма має певний ступінь заздалегідь визначеного порядку, але все одно забезпечує гнучкість (Титаренко Д., & Титаренко О., 2012) і дає змогу ширше розкрити питання та концепт, залишаючись у межах обраного напрямку.

Збір емпіричних даних здійснювався шляхом індивідуального заповнення анкети респондента, під час якого учасників ознайомлювали з метою дослідження та отримували їхню письмову згоду на участь, а також дозвіл на можливість посилання на їхній досвід у межах наукової

роботи. Із 80 військових лікарів, залучених до дослідження, лише четверо висловили бажання залишитися анонімними, що було враховано під час обробки та інтерпретації результатів.

У вступній частині дослідження акцентувалося, що військові лікарі, виконуючи професійні завдання в екстремальних умовах, водночас потребують психологічної допомоги та підтримки, спрямованої на збереження їхнього особистісного ресурсу й резильєнтності – саме на цьому аспектові було зосереджено увагу дослідження. Для формування емоційно сприятливого контакту з респондентами застосовувалася проєктивна методика "Не дай людині впасти", яка стимулювала емпатійність, рефлексивність і зацікавлення, водночас знижуючи напруження та налаштовуючи учасників на відкриту співпрацю (рис. 1).

Проєктивна методика "Не дай людині впасти" застосовувалася як допоміжний інструмент дослідження для активізації внутрішніх смислів, виявлення емоційно-ціннісних установок і стратегій реагування військових лікарів у ситуаціях психологічного навантаження. Її використання було спрямоване не лише на діагностичну, а й на мотиваційно-стимулюючу мету – створення емоційно безпечного простору, у якому респондент міг проявити власне бачення допомоги, підтримки та відповідальності за іншого. Методика побудована за принципом короткої проєктивної історії, у центрі якої – фігура людини, що перебуває на межі втрати рівноваги. Респондентові пропонувалося уявити, що ця людина ось-ось впаде, і визначити, що саме він зробить у цій ситуації, як діятиме, що відчуває і що, на його думку, відчуває людина, якій загрожує падіння.

Завершальним етапом емпіричного дослідження було заповнення Шкали резильєнтності Коннора–Девідсона (CD-RISC), що дало змогу кількісно оцінити рівень психологічної стійкості, виявити індивідуальні відмінності та визначити зв'язок між резильєнтністю, особистісними характеристиками та особливостями професійного функціонування військових лікарів.

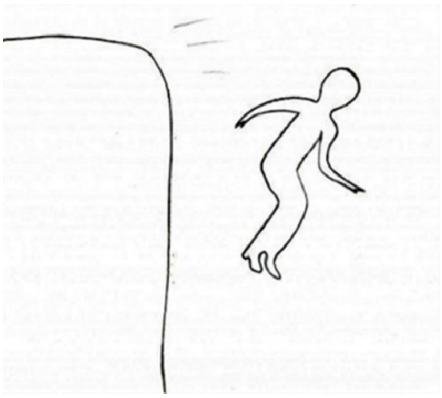


Рис. 1. Проєктивна методика "Не дай людині впасти"

Відповіді аналізувалися за кількома змістовими параметрами:

1. Рівень емпатійності – готовність розуміти емоційний стан іншого, співпереживати, проявляти підтримку.

2. Активність і відповідальність дії – схильність брати ініціативу на себе, діяти рішуче, запобігати кризі.

3. Ціннісно-смислові орієнтири – уявлення про допомогу, обов'язок, командну взаємодію та людяність.

4. Емоційна регуляція – здатність зберігати внутрішню рівновагу, не піддаватися паніці, діяти зважено в умовах емоційного напруження.

Отримані якісні дані дали змогу виявити особливості професійного сприйняття військовими лікарями понять підтримки, відповідальності та взаємодопомоги, що є ключовими складниками резильєнтності в бойових умовах. Проєктивна методика водночас виконувала адаптаційну функцію: вона знімала психологічне напруження, викликала зацікавлення у респондентів і налаштовувала їх на подальшу співпрацю під час основного дослідження.

У межах першого етапу дослідження застосовувалася проєктивна методика "Не дай людині впасти", метою якої було виявлення внутрішніх смислів, емоційних установок і стратегій реагування у ситуаціях потенційної загрози чи втрати контролю. Респондентам (n = 80) пропонувалося описати, що саме, на їхню думку, відбувається із зображеною фігурою людини – вона стрибає чи падає. Виявлено, що 68 із 80 опитаних (85 %) інтерпретували ситуацію як стрибок, тоді як лише 12 респондентів (15 %) – як падіння.

Згідно з інтерпретаційною логікою методики, сприйняття ситуації як стрибка вказує на активну життєву позицію**,** високий рівень суб'єктності та схильність розглядати навіть кризові події як виклик, а не загрозу. Такий спосіб інтерпретації відображає ресурсну установку резильєнтної особистості, яка зберігає контроль над обставинами та здатна знаходити сенс у ситуаціях невизначеності.

Подальші відповіді респондентів, які деталізували уявлювану ситуацію, демонстрували різні варіанти "м'якої посадки" або "порятунку": найчастіше згадувалися батут, вода та крила. Ці символічні образи інтерпретуються як відображення адаптивних механізмів подолання стресу. Так, мотив батута вказує на прагнення до пружного відновлення після психологічного удару, що є прямим маркером резильєнтності; образ води символізує очищення, гнучкість і прийняття, тобто готовність адаптуватися до змін без втрати внутрішньої рівноваги; а крила – метафора виходу за межі ситуації, духовного піднесення і самопідтримки, що відображає здатність мобілізувати внутрішні ресурси для подолання труднощів.

Таким чином, домінування інтерпретації "стрибає" та переважання ресурсно-позитивних символів (батут, вода, крила) свідчать про наявність у більшості військових лікарів проактивних стратегій реагування, внутрішню готовність до ризику, високий рівень самоконтролю **та** потенціал резильєнтності як здатності не лише витримувати стрес, а й знаходити у ньому сенс і точку зростання.

Під час виконання проєктивної методики спостерігалися характерні емоційні та невербальні реакції респондентів, що відображали їхній внутрішній стан і ставлення до ситуації потенційної загрози. На початковому етапі більшість респондентів демонстрували емоційну стриманість і підвищену концентрацію, що є типовими для осіб із сформованими навичками самоконтролю та відповідальності в умовах високої напруги. Проте в процесі взаємодії, коли респонденти переходили до опису власних інтерпретацій ("куди саме стрибає людина", "що може її врятувати"), відзначалося помітне зниження напруження: у відповідях з'являлися образи, що асоціювалися з безпекою, підтримкою або самодопомогою (вода, батут, крила). Такі реакції супроводжувалися спокійнішою мімікою, розслабленими позами та більш упевненим тоном мовлення, що вказувало на встановлення довірливого контакту між дослідником і респондентом.

Емоційна динаміка під час застосування методики засвідчила, що переважна більшість учасників інтерв'ю

демонструє адаптивну стратегію саморегуляції, здатність швидко переходити від когнітивного аналізу ситуації до її конструктивного переосмислення. Водночас у частини вибірки досліджуваних (близько 10 %) спостерігалися прояви короткочасної скутості, уникання коментарів або прагнення швидко завершити завдання, що може свідчити про підвищене емоційне виснаження чи дію захисних механізмів уникнення афективних реакцій.

Загалом аналіз поведінкових та емоційних проявів у ході виконання методики "Не дай людині впасти" підтвердив наявність у більшості респондентів високого рівня соціальної чутливості, контролю емоцій і готовності до співпраці, що корелює з ключовими характеристиками резильєнтності – здатності підтримувати психологічну стабільність, зберігати професійну ефективність і адаптуватися до складних бойових умов.

Після завершення проєктивного етапу, який виконував функцію емоційної розрядки та налаштовував респондентів на відкрите спілкування, дослідження переходило до основної частини – проведення напівструктурованого інтерв'ю. Цей етап мав на меті глибше вивчити особистісні особливості, внутрішні ресурси та життєві стратегії респондентів, що забезпечують їхню психологічну стійкість у складних умовах професійної діяльності. Було заздалегідь визначено дев'ять основних питань, спрямованих на виявлення професійного досвіду, рівня саморефлексії, способів подолання стресових ситуацій і ставлення до власного розвитку:

1. Чи не могли б Ви коротко розповісти про себе (де навчались та проходили службу);
2. Як довго Ви перебуваєте на своїй останній посаді?
3. Наскільки складно Вам зараз виконувати свої обов'язки, з якими труднощами Ви стикаєтесь?
4. Що Вас мотивує і надихає?
5. Чи не пригадаєте Ви випадку, коли Вам довелось докласти максимальних зусиль щоб подолати життєві негаразди, як Ви справились?
6. Яку оцінку Ви дасте собі як спеціалісту-професіоналу від 1 до 10? Чому?
7. Чи маєте Ви відчуття контролю над своїм життям?
8. Ви повноцінно залучені у життєві активності Вашого підрозділу, колективу?
9. Ви розглядаєте життєві або професійні негаразди як можливість для розвитку?

Проте, залежно від відкритості та готовності співпрацювати, зацікавленості респондента в дослідженні, кількість питань збільшувалась на особистий розсуд інтерв'юера – наприклад, респонденту можна поставити запитання щодо порад, які б він надав лікарю-початківцю у разі втрати пацієнта, або як працювати з конфліктним пацієнтом, тощо.

Щодо порядку запитань, то можна використовувати принцип піраміди (Hay, 2000). Найбільш абстрактні та загальні питання ставляться в кінці, а конкретні та локальні – спочатку. Це дає змогу респонденту звикнути до інтерв'ю, інтерв'юера та тем до того, як йому поставлять запитання, які потребуватимуть від нього глибшого роздуму.

На власному досвіді пересвідчились, що одна з найбільш вдалих стратегій початку інтерв'ю – це дати чіткий опис мети дослідження, причин, що призвели до рішення його провести та обґрунтування важливості його проведення в цілому. Коли інтерв'юер викликає у респондента зацікавленість темою інтерв'ю, він тим самим мотивує його на проходження інтерв'ю та створює умови, у яких респондент легше йде на контакт (Кущенко, 2012).

В подальшому, в ході аналізу відповідей опитуваних респондентів, плануємо визначити дієві рекомендації щодо психологічних особливостей розвитку резильєнтності військових лікарів.

Отримані результати напівструктурованого інтерв'ю дали змогу виявити основні смислові домінанти, які характеризують психологічні особливості розвитку резильєнтності військових лікарів у сучасних умовах війни.

1. Професійна самоідентифікація та мотивація. Більшість респондентів продемонстрували високу ідентифікацію з професією лікаря, розглядаючи її як життєве покликання, форму служіння та головне джерело сенсу діяльності. Типовими мотиваційними чинниками є бажання допомагати людям, усвідомлення соціальної значущості професії, почуття обов'язку перед колективом і пацієнтами. Частина учасників зазначала вплив сімейних традицій (наявність лікарів серед родичів), інші – акцентували на прагненні бути корисними під час війни. Водночас у частини військових лікарів (переважно молодших за віком) простежувалася змішана мотивація, де професійне задоволення поєднується з почуттям вимушеності ("немає вибору", "служу за призовом").

2. Складнощі та психологічні виклики професійної діяльності. Найчастіше респонденти відзначали емоційне виснаження, зумовлене тривалою роботою в умовах підвищеного стресу, великим потоком поранених, відсутністю повноцінного відпочинку та невизначеністю термінів ротації. Типовими є висловлювання про рутинність, відсутність розвитку, обмежені ресурси та страх за безпеку рідних. Для більшості характерне ставлення до труднощів як до "роботи, яку треба зробити", що свідчить про професійну резильєнтність – здатність підтримувати ефективність у стресових умовах через прийняття ситуації як частини професійного обов'язку. Водночас 15–20 % опитаних вказали на ознаки морального виснаження й зниження емоційної чутливості ("звикаєш, стаєш жорсткішим"), що потребує психологічного супроводу (рис. 2).



Рис. 2. Основні фактори емоційного виснаження військових лікарів за даними інтерв'ю

3. Копінг-стратегії та особистісні ресурси. Основними механізмами подолання стресу респонденти називали раціоналізацію подій, колегіальну підтримку, внутрішній діалог і аналіз ситуації, а також віру в Бога і звернення до моральних принципів. Помітним є прагнення осмислювати професійні помилки як джерело досвіду – "робити висновки", "аналізувати, щоб не повторювати". Відзначено високу частоту когнітивно-аналітичних копінгів, що свідчить про зрілу саморефлексію та професійне мислення.

4. Ставлення до контролю над життям і діяльністю. Більшість опитаних (приблизно 70 %) вважають, що частково контролюють власне життя, проте визнають обмеження, зумовлені статусом військовослужбовця і умовами служби. У висловлюваннях часто поєднуються установки інтернального контролю ("усе в наших руках") з вірою у вищі сили або долю. Такий баланс свідчить про адаптивну позицію прийняття реальності, яка сприяє збереженню психічної рівноваги.

5. Колективна взаємодія та соціальна підтримка. Майже всі респонденти відзначали цінність колективу як джерела емоційної стабільності, професійної взаємодії та відновлення. Типовими є метафори "комуна", "разом легше", "колектив – це підтримка". Утім, для частини лікарів характерне прагнення періодичної ізоляції ("інколи хочеться побути наодинці"), що відображає потребу у психологічному відновленні після надмірних соціальних контактів.

6. Ставлення до професійних помилок і негараздів. Респонденти продемонстрували високий рівень рефлексивності та відповідальності за свої дії. Більшість сприймає труднощі як досвід, що сприяє розвитку, активно аналізує причини невдач, радиться з колегами, веде професійні обговорення. Така стратегія відповідає резильєнтній моделі поведінки, що передбачає конструктивну переробку травматичного досвіду. Окремі висловлювання (на кшталт "у кожного хірурга свій цвинтар") демонструють професійну філософію прийняття неминучих втрат, яка водночас виконує захисну і стабілізуючу функцію.

7. Особистісні потреби та способи відновлення. Серед найпоширеніших способів психологічного відновлення лікарі називали сон, фізичні вправи, спілкування з близькими, читання, перегляд фільмів і прогулянки. У низці відповідей підкреслювалась потреба у структурованому відпочинку, чітких термінах ротації та можливості короткострокового дистанціювання від бойової зони. Це свідчить про усвідомлення власних психофізичних меж і формування навичок самодопомоги.

У ході інтерв'ю також було виявлено низку психологічних симптомів перевантаження, які відображають напруження адаптаційних ресурсів військових лікарів. За самооцінками респондентів, труднощі зі сном спостерігаються у 16,4 % опитаних, що пов'язано переважно з нерегулярним режимом служби, необхідністю чергувань у нічний час та постійною готовністю до екстрених викликів. Цей показник є типовим для осіб, які працюють у середовищі з високим рівнем стресу, і свідчить про часткове виснаження системи відновлення.

Більш поширеним проявом є зниження концентрації уваги, яке відзначили 57,5 % респондентів. У коментарях учасники пов'язували це явище із хронічною втомою, надмірним обсягом інформації, тривалим перебуванням у стані мобілізаційної готовності та браком відпочинку. З психологічного погляду цей показник вказує на ознаки когнітивного виснаження, що супроводжує тривале перебування в умовах бойового стресу й емоційного напруження.

Крім того, емоційну відстороненість від пацієнтів зафіксовано у 26,1 % опитаних. Цей феномен проявляється у вигляді зменшення емпатійної чутливості, схильності до формального виконання професійних обов'язків і прагнення дистанціюватися від емоційно насичених контактів. Такі реакції мають захисний характер і можуть розглядатися як адаптивна стратегія тимчасового збереження психічної рівноваги. Проте за відсутності своєчасної психологічної підтримки вони здатні перерости у стійкі ознаки емоційного вигорання.

Загалом виявлені показники свідчать, що, попри високий рівень професійної відповідальності та внутрішньої мобілізації, частина військових лікарів перебуває у стані підвищеного психоемоційного напруження, що знижує якість відновлення й концентрацію уваги, а отже, вимагає цільових заходів психологічного супроводу. Ці результати узгоджуються з висновками кількісного етапу, де рівень резильєнтності в окремих респондентів виявився нижчим за середній.

Інтерв'ювання – це один із підходів до збору інформації з першоджерел. Успіх стратегії інтерв'ювання здебільшого визначається цільовою групою, підготовленістю/кваліфікованістю і поінформованістю інтерв'юера. Водночас слід зазначити, що цей підхід, як і будь який інший, не може гарантувати 100 % точність отриманих результатів, що у свою чергу передбачає його використання в поєднанні з іншими методами (в нашому випадку з проєктивною методикою "Не дай людині впасти" та психодіагностичною методикою Шкала резильєнтності Коннора–Девідсона-25).

Перехід до кількісного етапу дослідження передбачав застосування стандартизованої методики Шкали резильєнтності Коннора–Девідсона (Connor–Davidson Resilience Scale, CD-RISC-25), яка дає змогу об'єктивно оцінити рівень стійкості особистості до стресових впливів та її здатність адаптуватися до несприятливих умов. Використання цього інструменту було зумовлене необхідністю емпірично підтвердити якісні висновки, отримані під час інтерв'ю, а також кількісно визначити ступінь сформованості резильєнтності серед військових лікарів.

Методика CD-RISC-25 складається з 25 тверджень, що відображають різні аспекти психологічної стійкості: здатність до самоконтролю, упевненість у власних силах, гнучкість мислення, уміння знаходити сенс у складних обставинах, оптимізм, духовну опору, а також навички подолання невдач. Респонденти оцінювали ступінь своєї згоди з кожним твердженням за п'ятибальною шкалою (від 0 – "зовсім не згоден" до 4 – "повністю згоден"). Загальна сума балів відображає індивідуальний рівень резильєнтності: чим вищий показник, тим більшою є здатність особистості зберігати психологічну рівновагу та ефективність у стресових ситуаціях.

Інтерпретація результатів здійснювалася відповідно до нормативів, запропонованих авторами методики та адаптованих до української вибірки військовослужбовців. Отримані дані дали змогу не лише оцінити рівень резильєнтності групи, а й виокремити якісні відмінності між військовими лікарями з різним досвідом служби, спеціалізацією та стажем перебування у зоні бойових дій.

За результатами використання Шкали резильєнтності Коннора–Девідсона (CD-RISC-25) понад 50 % респондентів продемонстрували середній рівень резильєнтності, близько третини опитаних – високий рівень, і лише незначна частка мала низькі показники, що свідчить про достатній потенціал адаптаційних ре-

сурсів у більшості військових лікарів. Аналіз результатів також показав, що респонденти з високими показниками резильєнтності частіше характеризуються усвідомленою професійною мотивацією, високим рівнем саморефлексії, схильністю до командної взаємодії та оптимістичним поглядом на майбутнє. Водночас учасники з нижчими балами відзначали емоційну виснаженість, дефіцит відпочинку та знижену віру у власний вплив на події, що може вказувати на потребу у психопрофілактичних заходах.

Таким чином, результати кількісного етапу підтвердили дані, отримані під час інтерв'ю: резильєнтність військових лікарів формується як інтегративна властивість, що поєднує професійний досвід, когнітивну гнучкість, емоційне саморегулювання та соціальну підтримку. Застосування шкали Коннора–Девідсона дало змогу виявити не лише загальний рівень стійкості, але й продемонструвало, що більшість військових медиків мають високий потенціал для психологічного відновлення, що є підґрунтям для розробки програм розвитку резильєнтності та психоемоційного супроводу у системі військової медицини.

Дискусія і висновки

Результати проведеного дослідження поглиблюють уявлення про специфіку розвитку резильєнтності військових лікарів у контексті воєнних дій і підтверджують її багатовимірний та комплексний характер. Згідно з даними Шкали Коннора–Девідсона (CD-RISC-25), більшість учасників дослідження продемонстрували середній та високий рівень резильєнтності. Це свідчить про сформовані внутрішні адаптаційні ресурси, які забезпечують здатність до ефективного подолання психоемоційного навантаження. Подібні результати були виявлено в дослідженнях Connor & Davidson (2003), в яких зазначено, що представники професій з підвищеним рівнем стресогенності мають розвинені механізми саморегуляції та адаптації.

Застосування проєктивної методики дало змогу виявити низку особистісних характеристик, які залишаються поза діагностичним полем стандартних психометричних інструментів. Зокрема, у частини військових медиків ідентифіковано прояви емоційної дистанції, контрольованої залученості та тенденції до відсторонення – чинників захисної психологічної регуляції, характерних для персоналу, що працює в умовах підвищеного ризику (Velickovic et al., 2020). Водночас наявність індикаторів прихованої тривожності та внутрішнього напруження свідчить про неоднорідність адаптаційних стратегій і підтверджує, що резильєнтність не є статичною, а формується під впливом особистісних і ситуаційних чинників.

Інтерв'ю з військовими медиками виявили конкретні прояви психоемоційного перевантаження (порушення сну, зниження концентрації уваги, емоційне виснаження), які корелюють з міжнародними даними про ризик розвитку емоційного вигорання серед медичного персоналу у зоні бойових дій. Хоча загальний рівень резильєнтності залишався високим, наявність групи ризику підкреслює, що резильєнтність не завжди компенсує тривале інтенсивне навантаження. Це узгоджується з даними інших досліджень щодо мультифакторної природи резильєнтності та її потенційної виснажуваності за умов хронічного стресу.

Аналіз емпіричних даних продемонстрував взаємозв'язок між високими показниками резильєнтності та сформованими когнітивними й емоційними стратегіями подолання: самоконтролем, позитивною переоцінкою ситуацій та схильністю до активного розв'язання проблем. Порівняння отриманих результатів із даними попередніх міжнародних досліджень дає підстави стверджувати, що в українських військових медиків простежуються адаптаційні патерни, подібні до описаних у дослідженнях військових медиків інших країн: високий рівень професійної мотивації, стресостійкість та водночас підвищена вразливість до психоемоційного виснаження.

Важливим результатом дослідження стало поєднання кількісних і якісних методів, що дало змогу виявити індивідуальні та контекстуальні особливості резильєнтності, які не можна зафіксувати лише за допомогою стандартизованих шкал. Такий мультикомпонентний підхід підтвердив необхідність комплексної оцінки психічної стійкості військових лікарів, особливо в умовах війни, де фактори ризику мають як індивідуальний, так і ситуаційний характер.

Незважаючи на те, що отримані дані формують ґрунтовну основу для подальших емпіричних досліджень та розробки цільових психопрофілактичних програм, дослідження має певні обмеження – невелика вибірка, переважання самооцінних методів та неможливість повного відтворення бойового досвіду, що зумовлюють потребу обережної інтерпретації результатів та обмежують їх генералізованість.

Таким чином, результати дослідження засвідчують, що військові медики мають сформовані когнітивні, емоційні та поведінкові ресурси психологічної стійкості в умовах тривалої дії стресогенних факторів війни. Комбіноване використання CD-RISC-25, проєктивної методики та напівструктурованих інтерв'ю дало змогу окреслити комплексний характер резильєнтності, яка проявляється через багаторівневі механізми адаптації та саморегуляції, не завжди доступні для виявлення за допомогою суто кількісних психометричних інструментів. Аналіз наукових джерел свідчить, що в Україні наявні окремі дослідження, присвячені психологічній стійкості та професійному вигоранню цивільних лікарів, тоді як системні емпіричні дослідження резильєнтності саме військових лікарів у контексті повномасштабних бойових дій залишаються обмеженими або фрагментарними. У цьому зв'язку отримані результати загалом узгоджуються з вітчизняними та міжнародними дослідженнями військово-медичного персоналу, водночас розширюючи наукове поле за рахунок виявлення специфічних локальних чинників ризику, пов'язаних із контекстом воєнних дій в Україні.

Незважаючи на загалом високий рівень резильєнтності, результати дослідження підкреслюють необхідність впровадження системних програм розвитку та підтримки психологічної стійкості. До таких програм можуть бути віднесені тренінги зі стрес-менеджменту, регулярна супервізійна підтримка, психопрофілактичні заходи та періодична психологічна діагностика, спрямована на раннє виявлення ознак перевантаження. Подальші дослідження доцільно здійснювати з розширенням вибірки, включенням представників різних спеціальностей військово-медичного персоналу, а також застосуванням лонгітюдного дизайну та диференційованих методів оцінювання адаптаційних процесів, що дасть змогу поглибити розуміння динаміки розвитку резильєнтності в умовах бойових дій.

Внесок авторів: Василь Осьодло – концептуалізація; методологія;написання (перегляд і редагування); Дарья Матвєєва – опрацювання літератури; методологія; збір емпіричних даних; емпіричне дослідження.

Список використаних джерел

Байєр, О. О. (2019). Якісні методи дослідження рис та підструктур особистості. У Е. Л. Носенко (гол. ред.), *Роль рівня сформованості диспозиційних та динамічних властивостей особистості у зумовленні якості життя* (с. 76–103). Ліра.

Кущенко, Т. (2012). *Тест на реакцію в екстремальних ситуаціях*. IQ Holding. https://iqholding.com.ua/blogs/test-na-reaktsiyu-v-ekstremalnikh-situatsiyakh

Осьодло, В., & Будагьянц, Л. (2022). Розпізнати бойову психічну травму: вступ до філософії військової психології. *Вісник Національного університету оборони України*, 4(68), 113–122. https://doi.org/10.33099/2617-6858-2022-68-4-113-122

Осьодло, В., & Будагьянц, Л. (2023). Сучасні контексти концепту моральної готовності військовослужбовців. *Вісник Національного університету оборони України*, 3(73), 106–114. https://doi.org/10.33099/2617-6858-2023-73-3-106-114

Смірнова, Т., & Осьодло, В. (2024). Особливості надання психологічної допомоги військовослужбовцям з ознаками психологічного травмування. *Вісник Київського національного університету імені Тараса Шевченка. Військово-спеціальні науки*, 1(57), 44–50. https://doi.org/10.17721/1728-2217.2024.57.44-50

Смірнова, Т., Осьодло, В., & Чижевський, С. (2023). Подолання наслідків бойового стресу у військовослужбовців – учасників бойових дій шляхом психосоціального відновлення. *Вісник Національного університету оборони України*, 6(76), 168–177. https://doi.org/10.33099/2617-6858-2023-76-6-168-177

Титаренко, Д., & Титаренко, О. (2012). *Дослідницьке інтерв'ю: методичні рекомендації з організації та проведення дослідження*. ТОВ "Праймдрук".

Adler, A. B., Castro, C. A., & McGurk, D. (2009). Time-driven Battlemind psychological debriefing: A group-level early intervention in combat. *Military Medicine*, 174(1), 21–28. https://doi.org/10.7205/MILMED-D-00-2208

Adler, A. B., Svetlitzky, D., Bliese, P. D., & Castro, C. A. (2020). Post-traumatic stress disorder risk and witnessing team members in acute psychological stress during combat. *BJPsych Open*, 6, e98. https://doi.org/10.1192/bjo.2020.81

Antonovsky, A. (1979). *Health, stress and coping*. Jossey-Bass.

Bonanno, G. A. (2018). Trajectories of resilience and dysfunction following potential trauma: A review and statistical evaluation. *Clinical Psychology Review*, 63, 41–55. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2018.07.003

Connor, K. M., & Davidson, J. R. T. (2003). Development of a new resilience scale: The Connor–Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depression and Anxiety*, 18(2), 76–82. https://doi.org/10.1002/da.10113

Dokkedahl, S. B., Levin, Y., & Solomon, Z. (2024). Posttraumatic growth trajectories and the psychopathological response to Covid-19: A longitudinal study of former prisoners of war and combat veterans. *European Journal of Trauma & Dissociation,* 8(4), Article 100465. https://doi.org/10.1016/j.ejtd.2024.100465

Ghorbankhani, M., Mousavian, S. A., Shahriary, A., & Salehi, K. (2025). Psychological coping mechanisms in military physicians: A qualitative exploration of stress management strategies. *Journal of Military and Veterans' Health*, 33(3). https://doi-ds.org/doilink/07.2025-19371848/JMVH

Hay, I. (2000). *Qualitative research methods in human geography*. Oxford University Press.

Hoge, C. W., Riviere, L. A., Wilk, J. E., Herrell, R. K., & Weathers, F. W. (2014). The prevalence of post-traumatic stress disorder (PTSD) in U.S. combat soldiers. *The Lancet Psychiatry*, 1(4), 269–277. https://doi.org/10.1016/S2215-0366(14)70235-4

Jones, M. V., et al. (2022). A systematic review of resilient performance in defence and security settings. *PLOS ONE*, 17(10), e0273015. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0273015

Kokun, O., et al. (2024). Personality and health in military context: A study of combatants and injured servicemen. *Mental Health: Global Challenges Journal*, 7(1). https://doi.org/10.56508/mhgcj.v7i1.207

Maddi, S. R. (2005). On hardiness and other pathways to resilience. *American Psychologist*, *60*(3), 261–262. https://doi.org/10.1037/0003-066X.60.3.261

Masten, A. S. (2014). Ordinary magic: Resilience in development. *American Psychologist*, 56(3), 227–238. https://doi.org/10.1037/0003-066X.56.3.227

Rutter, M. (2012). Resilience as a dynamic concept. *Development and Psychopathology*, 24(2), 335–344. https://doi.org/10.1017/s0954579412000028

Southwick, S. M., et al. (2014). Resilience definitions, theory, and challenges. *European Journal of Psychotraumatology*, 5, 25338. https://doi.org/10.3402/ejpt.v5.25338

Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (2004). Posttraumatic growth. *Psychological Inquiry*, 15(1), 1–18.

Velickovic, K., et al. (2020). Psychometric properties of the CD-RISC. *Health and Quality of Life Outcomes*, 18, Article 132.

References

Adler, A. B., Castro, C. A., & McGurk, D. (2009). Time-driven Battlemind psychological debriefing: A group-level early intervention in combat. *Military Medicine*, 174(1), 21–28. https://doi.org/10.7205/MILMED-D-00-2208.

Adler, A. B., Svetlitzky, D., Bliese, P. D., & Castro, C. A. (2020). Post-traumatic stress disorder risk and witnessing team members in acute psychological stress during combat. *BJPsych Open*, 6, e98. https://doi.org/10.1192/bjo.2020.81.

Antonovsky, A. (1979). *Health, stress and coping*. Jossey-Bass.

Baier, O. O. (2019). Qualitative methods for researching personality traits and substructures. In E. L. Nosenko (Ed.), *The role of the formation level of dispositional and dynamic personality properties in determining the quality of life* (pp. 76–103). Lira [in Ukrainian].

Bonanno, G. A. (2018). Trajectories of resilience and dysfunction following potential trauma: A review and statistical evaluation. *Clinical Psychology Review*, 63, 41–55. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2018.07.003.

Connor, K. M., & Davidson, J. R. T. (2003). Development of a new resilience scale: The Connor–Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depression and Anxiety*, 18(2), 76–82. https://doi.org/10.1002/da.10113.

Dokkedahl, S. B., Levin, Y., & Solomon, Z. (2024). Posttraumatic growth trajectories and the psychopathological response to Covid-19: A longitudinal study of former prisoners of war and combat veterans. *European Journal of Trauma & Dissociation,* 8(4), Article 100465. https://doi.org/10.1016/j.ejtd.2024.100465

Ghorbankhani, M., Mousavian, S. A., Shahriary, A., & Salehi, K. (2025). Psychological coping mechanisms in military physicians: A qualitative exploration of stress management strategies. *Journal of Military and Veterans' Health*, 33(3). https://doi-ds.org/doilink/07.2025-19371848/JMVH

Hay, I. (2000). *Qualitative research methods in human geography*. Oxford University Press.

Hoge, C. W., Riviere, L. A., Wilk, J. E., Herrell, R. K., & Weathers, F. W. (2014). The prevalence of post-traumatic stress disorder (PTSD) in U.S. combat soldiers. *The Lancet Psychiatry*, *1*(4), 269–277. https://doi.org/10.1016/S2215-0366(14)70235-4.

Jones, M. V., et al. (2022). A systematic review of resilient performance in defence and security settings. *PLOS ONE*, 17(10), e0273015. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0273015.

Kokun, O., et al. (2024). Personality and health in military context: A study of combatants and injured servicemen. *Mental Health: Global Challenges Journal*, 7(1). https://doi.org/10.56508/mhgcj.v7i1.207.

Kushchenko, T. (2012). *Reaction test in extreme situations*. IQ Holding [in Ukrainian]. https://iqholding.com.ua/blogs/test-na-reaktsiyu-v-ekstremalnikh-situatsiyakh

Maddi, S. R. (2005). On hardiness and other pathways to resilience. *American Psychologist*, *60*(3), 261–262. https://doi.org/10.1037/0003-066X.60.3.261.

Masten, A. S. (2014). Ordinary magic: Resilience in development. *American Psychologist*, 56(3), 227–238. https://doi.org/10.1037/0003-066X.56.3.227

Osodlo, V., & Budah'yants, L. (2022). Recognizing combat mental trauma: An introduction to the philosophy of military psychology. *National Defence University of Ukraine Journal*, 4(68), 113–122. https://doi.org/10.33099/2617-6858-2022-68-4-113-122 [in Ukrainian].

Osodlo, V., & Budah'yants, L. (2023). Modern contexts of the concept of moral readiness of military personnel. *National Defence University of Ukraine Journal*, *3*(73), 106–114. https://doi.org/10.33099/2617-6858-2023-73-3-106-114 [in Ukrainian].

Rutter, M. (2012). Resilience as a dynamic concept. *Development and Psychopathology*, 24(2), 335–344. https://doi.org/10.1017/s0954579412000028

Smirnova, T., & Osodlo, V. (2024). Peculiarities of providing psychological assistance to military personnel with signs of psychological trauma. *Bulletin of Taras Shevchenko National University of Kyiv. Military-Special Sciences*, 1(57), 44–50 [in Ukrainian]. https://doi.org/10.17721/1728-2217.2024.57.44-50

Smirnova, T., Osodlo, V., & Chyzhevskyi, S. (2023). Overcoming the consequences of combat stress in military personnel – combat participants through psychosocial recovery. *National Defence University of Ukraine Journal*, 6(76), 168–177 [in Ukrainian]. https://doi.org/10.33099/2617-6858-2023-76-6-168-177

Southwick, S. M., et al. (2014). Resilience definitions, theory, and challenges. *European Journal of Psychotraumatology*, 5, 25338. https://doi.org/10.3402/ejpt.v5.25338

Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (2004). Posttraumatic growth. *Psychological Inquiry*, 15(1), 1–18.

Tytarenko, D., & Tytarenko, O. (2012). *Research interview: Methodological recommendations for organizing and conducting research*. Prime-druk LLC [in Ukrainian].

Velickovic, K., et al. (2020). Psychometric properties of the CD-RISC. *Health and Quality of Life Outcomes*, 18, Article 132.

Отримано редакцією журналу / Received: 11.09.25
Прорецензовано / Revised: 12.11.25
Схвалено до друку / Accepted: 17.11.25

Vasyl OSYODLO, PhD (Psychol.), Prof.
ORCID ID: 0000-0003-2893-4721
e-mail: v.osyodlo@gmail.com
State University of Trade and Economics, Kyiv, Ukraine

Daria MATVIEIEVA, PhD Student
ORCID ID: 0009-0008-1536-1446
e-mail: dasha_sl@ukr.net
National Defense University of Ukraine, Kyiv, Ukraine

RESEARCH ON MILITARY PHYSICIANS RESILIENCE: INTEGRATION OF INTERVIEWS, PROJECTIVE ANALYSIS, AND THE CONNOR–DAVIDSON RESILIENCE SCALE

Background. ***It is emphasized that the current realities of war require military physicians to possess exceptional psychological resilience, professional reliability, and the ability to adapt quickly under constant threat, uncertainty, and heightened emotional stress. In this context, resilience is of particular relevance as an integrative personality trait that ensures the ability to restore functional balance, counteract the destructive effects of stress, and maintain productivity in extreme conditions.***

The relevance of the study is determined by the need for a scientific rationale of the psychological features of resilience development in military physicians under war conditions.

Methods. ***The study employed an integrated approach combining interviews, the projective method "Do Not Let the Person Fall," and the Connor–Davidson Resilience Scale (CD–RISC–25), which allows for the identification of structural, emotional-motivational, and cognitive-volitional components of resilience. The sample included 80 military physicians of varying ages and service experience.***

Results. ***It was found that resilience in military physicians develops as a complex psychological system, in which social support, professional experience, and level of engagement in combat operations play a leading role. A high level of social support was significantly correlated with elevated indicators of emotional stability, self-efficacy, and internal control. Military physicians with longer service experience and extended exposure in combat zones demonstrated a higher capacity for self-regulation and recovery after stressful events, indicating the development of adaptive resilience mechanisms. The obtained data confirm that resilience in military physicians represents a multi-level psychological phenomenon, integrating individual-personal, emotional-volitional, and meaningful resources that ensure effective adaptation to extreme professional conditions.***

Conclusions. ***The individual experience of military physicians and their strategies for maintaining psychological well-being in combat conditions were examined. It was established that the majority of respondents employ emotional regulation, professional self-education, and collective interaction as key mechanisms for adapting to stressors characteristic of military medical service. At the same time, prolonged exposure near the front line increases the risk of emotional exhaustion and professional burnout, highlighting the need for systematic psychological support and targeted development of adaptive resources in military physicians.***

Keywords: ***Military physicians, resilience, psychological stability, emotional regulation strategies, professional burnout, adaptive resources, military operations, stress.***

Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів. Спонсори не брали участі в розробленні дослідження; у зборі, аналізі чи інтерпретації даних; у написанні рукопису; в рішенні про публікацію результатів.

The authors declare no conflicts of interest. The funders had no role in the design of the study; in the collection, analyses or interpretation of data; in the writing of the manuscript; or in the decision to publish the results.