



## АНОТАЦІЯ

У магістерській роботі досліджено психоемоційні та соціально-психологічні чинники, що впливають на дотримання комплаєнсу військовослужбовцями, які перебувають на тривалому лікуванні в госпіталях. У вибірці з 100 військовослужбовців застосовано комплекс валідних методик (MMAS-8, PHQ-9, PCL-5, PSS-10, DASS-21) для вивчення рівня комплаєнсу та психоемоційного стану. Здійснено кореляційний і регресійний аналіз, що дозволив виявити значущі предиктори комплаєнсу. Результати дослідження засвідчили, що вік, стать та рівень депресивної симптоматики мають найбільший вплив на готовність до дотримання лікування. Отримані дані є науково новими в контексті української вибірки військових пацієнтів і можуть бути використані для оптимізації міждисциплінарного підходу до медико-психологічної допомоги у військових госпіталях.

**Ключові слова:** комплаєнс, військовослужбовці, депресія, ПТСР, регресійний аналіз, тривожність, психоемоційний стан.

### Перелік умовних скорочень

ПТСР	Посттравматичний стресовий розлад ( <i>Post-Traumatic Stress Disorder, PTSD</i> )
КПТ	Когнітивно-поведінкова терапія ( <i>Cognitive Behavioral Therapy, CBT</i> )
ММАС-8	Шкала оцінки дотримання медикаментозного лікування Моріскі, 8 пунктів ( <i>Morisky Medication Adherence Scale – 8 items</i> )
PSS-10	Шкала сприйняття стресу, 10 пунктів ( <i>Perceived Stress Scale – 10 items</i> )
PCL-5	Контрольний перелік симптомів ПТСР за DSM-5 ( <i>PTSD Checklist for DSM-5</i> )
PHQ-9	Опитувальник здоров'я пацієнта – 9 пунктів (для виявлення депресії) ( <i>Patient Health Questionnaire – 9 items</i> )
DAS-21	Шкала депресії, тривоги й стресу, 21 пункт ( <i>Depression Anxiety Stress Scales – 21 items</i> )
ВКХ	Внутрішня картина хвороби
НАТО	Організація Північноатлантичного договору ( <i>North Atlantic Treaty Organization</i> )
США	Сполучені Штати Америки
МКХ-11	Міжнародна класифікація хвороб 11-го перегляду ( <i>ICD-11 – International Classification of Diseases, 11th Revision</i> )
ВООЗ	Всесвітня організація охорони здоров'я ( <i>World Health Organization, WHO</i> )
ВА	Департамент у справах ветеранів США ( <i>United States Department of Veterans Affairs</i> )
IBM SPSS	Програмне забезпечення для статистичного аналізу ( <i>Statistical Package for the Social Sciences, від IBM</i> )
ЗСУ	Збройні Сили України
DSM-5	Діагностичне та статистичне керівництво з психічних розладів, 5-е видання ( <i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – 5th Edition</i> )

## ЗМІСТ

<b>ВСТУП.....</b>	<b>6</b>
<b>РОЗДІЛ I. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ВИВЧЕННЯ КОМПЛАЄНСУ В КЛІНІЧНІЙ ПСИХОЛОГІЇ.....</b>	<b>13</b>
1.1. Поняття комплаєнсу: еволюція підходів, визначення та класифікації.....	13
1.2. Психоемоційні чинники впливу на комплаєнс: тривога, симптоми ПТСР, депресія, сприйнятий стрес, адаптаційні труднощі.....	23
1.3. Роль віку та суб'єктивного ставлення до лікування у формуванні комплаєнсу військовослужбовців.....	29
1.4. Особливості комплаєнсу у військовослужбовців на тривалому лікуванні....	35
<b>Висновки до розділу I.....</b>	<b>42</b>
<b>РОЗДІЛ II. МЕТОДИ ТА ОРГАНІЗАЦІЯ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ.....</b>	<b>45</b>
2.1. Загальна характеристика вибірки дослідження.....	45
2.2. Методи дослідження:.....	49
• Оцінка комплаєнсу MMAS-8	
• Шкала PSS-10	
• Шкала PCL-5	
• Шкала PHQ-9 для оцінки депресії	
• Шкала DAS-21 для оцінки тривожності та стресу	
2.3. Процедура збору та обробки даних.....	62
<b>Висновки до розділу II.....</b>	<b>65</b>
<b>РОЗДІЛ III. АНАЛІЗ ТА ІНТЕРПРЕТАЦІЯ РЕЗУЛЬТАТІВ ДОСЛІДЖЕННЯ.....</b>	<b>68</b>
3.1. Опис рівнів комплаєнсу та психоемоційних характеристик в/с.....	68
3.2. Взаємозв'язки між рівнем комплаєнсу, віком, рівнем тривоги, ПТСР, депресії, адаптаційними труднощами та ставленням до лікування.....	81
3.3. Побудова та інтерпретація множинної регресійної моделі чинників формування комплаєнсу.....	95

3.4. Практичні рекомендації щодо підвищення комплаєнсу серед військовослужбовців.....	114
<b>Висновки до розділу III.....</b>	<b>122</b>
<b>ВИСНОВКИ.....</b>	<b>125</b>
<b>СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....</b>	<b>129</b>
<b>ДОДАТКИ.....</b>	<b>141</b>

## ВСТУП

**Актуальність теми дослідження.** У сучасних умовах повномасштабної війни в Україні значно зросла кількість військовослужбовців, які проходять тривале лікування в госпіталях. Однією з найважливіших умов успішного відновлення здоров'я та реабілітації є дотримання пацієнтом медичних рекомендацій, тобто рівень його комплаєнсу. Питання комплаєнсу набуває особливого значення у випадку військових, які часто стикаються з посттравматичними психоемоційними наслідками, підвищеним рівнем тривожності, депресивними станами, а також адаптаційними труднощами після бойових дій. Дослідження психоемоційних чинників, що впливають на формування або порушення комплаєнсу в цій групі, дозволяє виявити потенційні бар'єри до ефективного лікування та забезпечити більш індивідуалізований підхід у наданні психолого-медичної допомоги. Таким чином, дослідження зазначеної тематики є актуальним з точки зору не лише клінічної психології, але й реальної потреби системи військової медицини у впровадженні психологічно обґрунтованих інтервенцій для підвищення ефективності лікування.

**Аналіз наукових досліджень з теми.** У вітчизняній психологічній науці проблема комплаєнсу досліджується переважно в контексті хронічних соматичних захворювань та психосоматичної медицини. Зокрема, Шестопалова Л.Ф. (2016) у навчально-методичному комплексі "Психологія соматично хворих" розглядає психологічні особливості пацієнтів з хронічними соматичними захворюваннями, підкреслюючи роль психоемоційного стану в процесі одужання .

Дослідження Купчишиної В.Ч. (2023) висвітлює питання психосоматичної компліментарності та її впливу на стресостійкість особистості, що є важливим аспектом у формуванні комплаєнтної поведінки.

У роботі Молева В.П. (2018) аналізуються психологічні фактори, що впливають на формування комплаєнсу у хворих на туберкульоз із алкогольною залежністю, зокрема мотивація до лікування та рівень суб'єктивного контролю.

Лісна Н.М. (2022) досліджує рівень комплаєнсу у пацієнтів з синдромом алкогольної залежності на різних етапах лікування, вказуючи на вплив емоційного стану та соціальних чинників на прихильність до терапії.

Калугін І. (2019) у своєму дослідженні розглядає якість життя та комплаєнс у пацієнтів геріатричного профілю, підкреслюючи значення психотерапевтичного втручання для підвищення прихильності до лікування.

Незважаючи на наявні дослідження, недостатньо вивченим залишається вплив психоемоційних чинників на комплаєнс у контексті військових, які перебувають на лікуванні. Існуючі праці лише побічно торкаються цієї проблематики, не розглядаючи її як цілісний психолого-поведінковий феномен. Таким чином, у дослідженні передбачається заповнити наукову лакуну щодо взаємозв'язку між емоційними порушеннями та рівнем комплаєнсу в умовах військових госпіталів в Україні.

**Теоретико-методологічна основа дослідження.** Теоретико-методологічну основу дослідження становлять положення клінічної психології про роль психоемоційного стану в процесі одужання, концепції комплаєнтної поведінки в медичній психології та когнітивно-поведінковий підхід до вивчення ставлення до хвороби та мотивації до лікування.

Психоемоційний стан пацієнта є важливим чинником у процесі одужання. Дослідження показують, що тривога, депресія та стрес можуть негативно впливати на комплаєнтність пацієнтів, знижуючи їхню готовність дотримуватись лікарських призначень. Наприклад, у дослідженні Калугін І. (2019) розглядається вплив психотерапевтичного втручання на якість життя та комплаєнс у пацієнтів геріатричного профілю, підкреслюючи значення психоемоційного стану для прихильності до лікування.

Концепція самоефективності Альберта Бандури (1997) є ключовою для розуміння комплаєнтної поведінки. Згідно з цією теорією, віра людини у власну здатність здійснювати певні дії впливає на її мотивацію та поведінку. У контексті клінічної психології, підвищення самооцінки пацієнта може сприяти кращому дотриманню лікувальних рекомендацій. Крім того, модель саморегулятивних

систем Говарда Левенталя (1987) розглядає, як індивідуальні уявлення про хворобу та стратегії подолання впливають на комплаєнтність. Ця модель підкреслює важливість інтеграції біомедичних, поведінкових та раціональних рішень у розумінні поведінки пацієнтів.

Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ), розроблена Аароном Беком (2008), є ефективним методом впливу на комплаєнтність пацієнтів. КПТ фокусується на зміні негативних мисленнєвих патернів, що можуть перешкоджати дотриманню лікування. Дослідження показують, що використання КПТ може покращити психоемоційний стан пацієнтів та їхню мотивацію до лікування.

Методологічно дослідження спирається на комплексний аналіз взаємозв'язків між психоемоційними станами (тривога, депресія, ПТСР, адаптаційні розлади) та поведінковими патернами пацієнтів щодо дотримання лікарських приписів. Цей підхід дозволяє враховувати як індивідуальні психологічні особливості, так і соціальні та культурні чинники, що впливають на комплаєнтність.

**Об'єкт:** феномен комплаєнсу як клініко-психологічне явище.

**Предмет:** рівень тривоги, симптомів ПТСР, рівня сприйнятого стресу, депресії, адаптаційних труднощів, віку та індивідуального ставлення до лікування як чинники, що впливають на формування комплаєнсу.

**Метою дослідження** є визначення впливу симптомів депресії та розладу адаптації, а також віку на комплаєнс серед військовослужбовців, які перебувають на лікуванні в стаціонарі в госпіталях, з використанням шкал на визначення комплаєнсу, симптомів депресії PHQ-9 (Український інститут когнітивно-поведінкової терапії 2017), DAS-21 (Psychology Foundation of Australia 2022).

### **Завдання**

1. Проаналізувати наукову літературу щодо поняття комплаєнсу, його факторів та зв'язку з психоемоційним станом пацієнтів.
2. Емпірично встановити наявність та інтенсивність симптомів депресії, тривоги та стресу та розладу адаптації у військовослужбовців

за допомогою психодіагностичних методик PHQ-9 (Український інститут когнітивно-поведінкової терапії 2017), DAS-21 (Psychology Foundation of Australia 2022).

3. Встановити взаємозв'язки між рівнем комплаєнсу та віком, вираженістю симптомів сприйнятого стресу, тривоги, ПТСР, депресії та суб'єктивного ставлення до лікування, бар'єрів, мотиваційних факторів дотримання комплаєнсу.

4. Побудувати регресійну модель чинників формування комплаєнсу серед військовослужбовців

5. Розробити практичні рекомендації щодо підвищення комплаєнсу серед військовослужбовців із врахуванням психоемоційного стану та індивідуального досвіду, виявленого під час аналізу

**Методи дослідження.** У межах дослідження було використано комплекс психодіагностичних методик, що дозволяють оцінити як рівень комплаєнсу, так і психоемоційний стан військовослужбовців. Для визначення комплаєнс-поведінки застосовано шкалу MMAS-8 (Morisky et al. 1986). Оцінка депресивних симптомів здійснювалася за допомогою PHQ-9 (Український інститут когнітивно-поведінкової терапії 2017), тривоги й стресу — за шкалою DAS-21 (Psychology Foundation of Australia 2022). Рівень суб'єктивного сприйняття стресу вимірювався шкалою PSS-10 (Cohen S. et al. 1983), а симптоми ПТСР — за допомогою опитувальника PCL-5 (Weathers F.W. et al. 2013).

**Характеристика вибірки:** у дослідженні взяли участь 100 військовослужбовців (74 чоловіки та 26 жінок) віком від 18 до 60 років, які перебувають на тривалому лікуванні (понад 3 місяці) у двох військово-медичних закладах, переважно в неврологічному відділенні, відділенні медико-психологічної реабілітації та травматології. Усі респонденти мали **поранення (контузії, травми, каліцтва), та захворювання, пов'язане із захистом Батьківщини** — тобто поранення було отримане під час захисту Батьківщини

або виконання обов'язків військової служби під час служби в складі діючої армії та флоту, а також під час захисту незалежності, суверенітету та територіальної цілісності України, під час безпосередньої участі в здійсненні заходів із забезпечення національної безпеки і оборони, відсічі і стримування збройної агресії російської федерації, перебуваючи безпосередньо в районах та в період здійснення зазначених заходів, та надали письмову інформовану згоду на участь в анонімному опитуванні. Вибірка була цільовою, незалежною від військового звання, тривалості військового досвіду чи посади респондентів, й дозволила дослідити вплив психоемоційних чинників на комплаєнс у контексті клінічного перебігу відновлення.

**Дослідницькі питання.** У процесі дослідження передбачається пошук відповідей на такі наукові питання:

1. Який рівень комплаєнсу спостерігається у військовослужбовців, які перебувають на тривалому лікуванні в госпіталях, і як він співвідноситься з їхнім психоемоційним станом?
2. Який вплив мають симптоми депресії, тривоги, ПТСР, сприйнятого стресу та адаптаційні труднощі на рівень дотримання лікувальних рекомендацій?
3. Наскільки значущими є вік та індивідуальне ставлення до лікування як чинники формування або недотримання комплаєнсу.

Попередні результати теоретико-емпіричного аналізу проблеми були представлені у формі тез та виступу на конференції Всеукраїнській науково-практичній конференції КІСПП «**ВІЙНА, МИР, ЛЮДИНА: СУЧАСНИЙ ПОГЛЯД ТА ПЕРЕОСМИСЛЕННЯ**» 12-13 квітня 2025 року, в форматі онлайн.

### **Теоретична значущість роботи**

Теоретична значущість магістерського дослідження полягає в розширенні сучасних уявлень про феномен комплаєнсу як багатофакторне психологічне явище, з урахуванням специфіки військового контингенту. У роботі поглиблено концепцію комплаєнсу в межах клінічної психології, доповнивши її аналізом

впливу психоемоційних чинників (депресії, тривоги, ПТСР, адапційних труднощів) на готовність до лікувальної співпраці в умовах тривалого госпітального лікування.

Результати дослідження дозволяють уточнити й конкретизувати роль депресивної симптоматики, віку та статі як предикторів комплаєнс-поведінки, що розширює існуючі теоретичні моделі біопсихосоціального впливу на лікувальну поведінку. Одержані емпіричні залежності дозволяють критично переосмислити універсальність деяких підходів до комплаєнсу, демонструючи необхідність урахування контексту бойового досвіду, військової субкультури та психологічної дезадаптації.

Таким чином, результати роботи мають значення для розвитку теорії лікувальної взаємодії, клініко-психологічного підходу до пацієнтів із хронічними та комплексними травматичними переживаннями, а також для вдосконалення уявлень про комплаєнс як динамічну, емоційно-когнітивну конструкцію, що формується у взаємодії особистісних та соціокультурних чинників.

### **Практична значущість роботи**

Практична значущість роботи визначається тим, що результати дослідження можуть бути безпосередньо використані у сфері військової психології, клінічної психодіагностики та медико-психологічної реабілітації військовослужбовців. Отримані емпіричні дані щодо предикторів комплаєнсу (зокрема впливу депресії, статі та віку) можуть слугувати основою для розробки цільових психологічних інтервенцій, спрямованих на підвищення ефективності лікувального процесу в умовах військових госпіталів.

Рекомендації, сформовані на підставі дослідження, можуть бути впроваджені у практику військових психологів, фахівців центрів психосоціальної адаптації, психотерапевтів і лікарів загальної практики, які працюють із пораненими військовими. Зокрема, йдеться про застосування скринінгових методик на етапі госпіталізації, психоосвітніх програм та

мотиваційного консультування. Результати також можуть бути використані у підготовці кадрів для ЗСУ, у навчальних програмах із клінічної психології та при створенні мультидисциплінарних протоколів ведення військових пацієнтів.

Таким чином, робота має соціальну значущість, сприяючи підвищенню якості психолого-медичної допомоги військовослужбовцям та ефективності їх реабілітації.

## РОЗДІЛ I. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ВИВЧЕННЯ КОМПЛАЄНСУ В КЛІНІЧНІЙ ПСИХОЛОГІЇ

### 1.1. Поняття комплаєнсу: еволюція підходів, визначення та класифікації

У процесі теоретичного аналізу поняття комплаєнсу ми звернули увагу на історичну еволюцію цього терміна в клінічній практиці та наукових дослідженнях. Сам термін «комплаєнс» (від англ. *compliance* — «згода», «дотримання», «виконання»), з'явився у медичному дискурсі у 1970-х роках завдяки роботам Sackett & Haynes (1976), де під ним розуміли ступінь, до якого поведінка пацієнта відповідає лікарським рекомендаціям. У первинному значенні комплаєнс мав переважно односторонній, пасивний зміст — якби сліпе виконання пацієнтом призначень фахівця без урахування його мотивацій, розуміння чи емоційної готовності до терапії.

Однак із розвитком біопсихосоціальної моделі медицини та етики взаємодії з пацієнтом відбулася якісна трансформація самого підходу до комплаєнсу. Сучасні дослідники і клінічні психологи наполягають на необхідності розглядати комплаєнс як складне, багатовимірне явище, яке включає в себе не лише поведінкову, а й когнітивну та емоційну компоненти. Зокрема, Vokhour та співавт. (2012) визначають комплаєнс як рівень узгодженості між поведінкою пацієнта та спільно прийнятими з лікарем терапевтичними цілями, що базуються на довірі, усвідомленості та мотивації. Дослідження Мар'яни Чеховської (2016) акцентує на необхідності активної участі пацієнта у процесі фізичної реабілітації та важливості співпраці між пацієнтом, лікарем і реабілітологом для досягнення позитивного терапевтичного ефекту. Поняття комплаєнсу у вітчизняній медичній та психологічній практиці почало активно обговорюватися лише у 2000-х роках, коли в Україні відбулася поступова інтеграція медико-психологічних підходів західного зразка. До цього часу взаємодія лікаря і пацієнта розглядалася переважно з точки зору

дисципліни, обов'язку та ієрархічної моделі стосунків. Система охорони здоров'я радянського типу базувалася на жорсткій вертикалі, де лікар був єдиним джерелом знання та рішення, а пацієнт — об'єктом втручання. У такому контексті ідея партнерства, автономії та усвідомленої участі у власному лікуванні не була предметом системної уваги (Adams G. 1994).

Після 1991 року, зі зростанням інтересу до клінічної психології, зокрема в контексті гуманітарної освіти, а також появою першого покоління вітчизняних психотерапевтів та медичних психологів, почалося формування нової концепції взаємодії з пацієнтом (Чабан О.С. 2023). У 2010-х роках, із розвитком медичної реформи в Україні та орієнтацією на європейські стандарти, поняття комплаєнсу почало входити в нормативну базу, наукові статті, протоколи лікування. У клініко-психологічних дослідженнях комплаєнс почав трактуватися як функція комунікації, довіри, мотивації, психоемоційного стану та навіть як чинник прогнозу захворювання (Курило В.О. 2023).

Важливо, що в українському контексті формування комплаєнсу стикається з низкою системних викликів: низький рівень інформованості населення, залишки патерналістських моделей у лікарській практиці, недоступність психоосвіти, стигматизація психологічної допомоги. Ці фактори особливо актуальні у випадку військових пацієнтів, де медичне обслуговування поєднується з ієрархією, дисципліною та мінімізацією вразливості (Н.І. Жигайло, Р.І. Карпінська 2013).

На основі аналізу сучасних джерел, ми узагальнили декілька типологій комплаєнсу, які допомагають краще зрозуміти природу цього явища. У своїй статті Наталя Миколаївна Лісна(2021) аналізує фактори, що впливають на рівень комплаєнсу у пацієнтів із синдромом алкогольної залежності під час активного лікування. Авторка підкреслює, що ключову роль відіграють як соціальні, так і клініко-психологічні чинники. Зокрема, позитивний вплив на комплаєнс має підтримка з боку родини, а також високий рівень внутрішньої мотивації пацієнта до одужання. Важливими є усвідомлення причин захворювання, готовність змінити деструктивні стереотипи поведінки та прагнення зберегти соціальну

активність. Пацієнти з емоційною стабільністю, реалістичним ставленням до хвороби та відчуттям контролю над своїм життям демонструють вищий рівень комплаєнсу. Натомість молодий вік, часті рецидиви, низький рівень суб'єктивного контролю, апатія, конфліктність і сподівання на "вторинну вигоду" від хвороби (наприклад, уникнення обов'язків) можуть суттєво знижувати готовність дотримуватися терапевтичного режиму. Окрім терміна «комплаєнс», у сучасній зарубіжній науковій літературі активно використовується поняття «адхеренс» (adherence). Хоча ці терміни іноді вживаються як синоніми, адхеренс передбачає акцент на тривалості та сталій послідовності дотримання терапії. Відповідно, поняття «персистенція» (persistence) позначає здатність пацієнта зберігати лікувальну поведінку протягом тривалого часу, що особливо актуально у випадку хронічних станів і довготривалого лікування (WHO, 2003). У нашій роботі ми дотримуємося більш широкого тлумачення комплаєнсу, включаючи в нього як дотримання медичних рекомендацій, так і загальну активну участь у лікувальному процесі.

У структурі психічного реагування на хворобу важливу роль відіграє так звана внутрішня картина хвороби (ВКХ) — комплексне суб'єктивне переживання особою власного захворювання, яке формується під впливом як фізіологічних факторів, так і особистісних характеристик, зокрема життєвих цінностей. Особливої уваги ця картина набуває у контексті військовослужбовців, для яких хвороба нерідко асоціюється з втратою функціональності, зниженням бойової готовності, а подекуди — із внутрішньою стигматизацією (Пилягіна Г.Я. 2020).

**Структура внутрішньої картини хвороби у військовослужбовців** має свої особливості. Емоційна компонента часто виражена у стриманих або пригнічених реакціях (через культуру військового середовища), які можуть маскувати тривогу, страх, сором або роздратування. Вольовий компонент, як правило, акцентований: військові часто демонструють підвищену самодисципліну, здатність терпіти біль, ігнорувати симптоми, що може як сприяти мобілізації, так і призводити до запізнілого звернення за допомогою.

Інтелектуальний рівень ВКХ у цій групі залежить від рівня медичної обізнаності, довіри до лікарів та обсягу доступної інформації, однак загалом характеризується раціональним ставленням до діагнозу та лікування (Пилягіна Г.Я. 2020).

Типи ставлення до хвороби, що спостерігаються у військових, також можуть бути специфічними. Наприклад, ергопатичний тип є досить типовим — прагнення якомога швидше повернутись до служби, уникнення «випадання з системи». Також можуть зустрічатись аніозогностичні реакції — заперечення хвороби, особливо в умовах бойового завдання. Разом з тим, при хронічному стресі чи після бойових дій можуть проявлятися іпохондричні, тривожні або дисфоричні реакції (Ісаков Р.І. 2023).

Життєві цінності — такі як обов'язок, честь, патріотизм, командна лояльність — у структурі особистості військовослужбовця відіграють ключову роль у визначенні комплаєнтності, тобто готовності до співпраці з медичним персоналом і дотримання лікувального плану. Високий рівень цінності "служби" може спонукати військового до ігнорування симптомів задля збереження участі в бойовому процесі, що створює внутрішній конфлікт між цінністю здоров'я та цінністю виконання обов'язку (Спіріна І.Д. 2012).

Психосоматичні зв'язки у військових часто проявляються у формі так званих стрес-індукованих соматичних симптомів (головний біль, гіпертонічні реакції, порушення сну, шлунково-кишкові розлади тощо). Такі прояви, як і загальна емоційно-вольова дисрегуляція, можуть ускладнювати не лише діагностику, але й комплаєнс, особливо у випадках, коли військовий не визнає свої емоційні або психосоматичні труднощі як повноцінну медичну проблему (Ждан В.М. 2014).

Таким чином, комплаєнтна поведінка військовослужбовців напряму пов'язана з їхньою внутрішньою картиною хвороби, системою цінностей, установками щодо здоров'я та ставленням до самої ідеї "бути хворим". Ці фактори слід враховувати під час організації психопрофілактичної, лікувально-

реабілітаційної та консультативної роботи з військовими (Ethics & Compliance Initiative 2020).

Питання комплаєнсу є невід’ємно пов’язаним з етичними аспектами медичної практики, зокрема з дихотомією між правом пацієнта на автономію та відповідальністю лікаря за результат лікування. У клінічній практиці це означає, що пацієнт має право відмовитися від лікування, обрати альтернативний підхід або навіть не слідувати порадам лікаря — навіть якщо це суперечить рекомендаціям медичного персоналу (Hilsden R.J., & Verhoef P.H. 2000).

Сучасна біоетика, зокрема у рамках принципів Beauchamp і Childress (2009), визначає чотири ключові етичні принципи: автономія, благодіяння, неущкодження та справедливість. Комплаєнс як явище знаходиться саме на перетині автономії (право пацієнта приймати рішення) та благодіяння (обов’язок лікаря діяти на благо пацієнта). Якщо пацієнт не дотримується призначень, чи може лікар втручатися більш жорстко? Чи допустиме «м’яке примушення» (наприклад, через авторитет, страх наслідків)? Ці питання набувають особливої гостроти у роботі з військовослужбовцями, де фактор наказу, обов’язку та групової лояльності може маскувати відсутність внутрішньої мотивації (Aronson J.K. 2007).

Комплаєнс у цьому сенсі стає етичним маркером якості стосунків у системі «лікар – пацієнт». Він показує, наскільки медичне втручання відбувається з повагою до людської гідності, без нав’язування, але й без байдужості до наслідків. Особливо це важливо для психологічної допомоги, яка передбачає повну добровільність (Karpushenko M. & Karpushenko O. 2023).

У межах теоретичного аналізу ми також вважали за необхідне звернутися до вивчення комплаєнсу в різних клінічних групах, щоб глибше усвідомити особливості його прояву у контексті військової медицини (Р.І. Білобровки 2018). Досвід досліджень серед пацієнтів з хронічними соматичними захворюваннями дає змогу простежити, як саме клінічні, психологічні та соціальні фактори впливають на рівень комплаєнсу. Наприклад, серед осіб, які страждають на цукровий діабет, дотримання лікування значною мірою зумовлюється

особистісними чинниками — зокрема, високою самодисципліною, медичною освіченістю, страхом ускладнень, а також здатністю до довготривалого самоконтролю. У цьому випадку комплаєнс виступає як результат відповідальності та навички регулювати власний спосіб життя (Т., Турецька 2016).

У пацієнтів з онкологічними захворюваннями комплаєнс залежить від етапу прийняття діагнозу, рівня психоемоційної стійкості, наявності підтримки з боку родини та відчуття сенсу в лікувальному процесі. Значну роль відіграють також переживання екзистенційного характеру, які, в залежності від особистісних ресурсів, можуть як активізувати комплаєнс, так і, навпаки, призводити до відмови від терапії. У цьому випадку комплаєнс формується на тлі сильних емоційних зрушень, що потребують психологічної підтримки (Коваль І. 2016).

Зовсім інший характер має комплаєнс у пацієнтів із психічними розладами, зокрема афективного й тривожного спектра. У таких випадках ми спостерігаємо зниження лікувальної мотивації, підвищену тривожність щодо побічних ефектів медикаментозної терапії, а також побоювання стигматизації, які часто стають бар'єрами до послідовного дотримання призначень. Крім того, когнітивна ригідність, знижена критичність або дефіцит емоційної регуляції можуть істотно ускладнювати лікувальну співпрацю (Кривоніс Т. 2020).

Порівнюючи вищезазначені клінічні групи, ми можемо зробити висновок, що кожна з них демонструє специфіку формування комплаєнсу — залежно від психологічного стану, характеру захворювання, соціального контексту та особистісних ресурсів (Цимбалюк В., Стеблюк В., Друзь О. 2021). У випадку військовослужбовців, які перебувають на тривалому лікуванні, ці характеристики нерідко поєднуються. Вони можуть демонструвати підвищену дисциплінованість, властиву хронічним соматичним пацієнтам, разом із глибокими переживаннями, які мають онкоподібну емоційну структуру, та одночасно — проявляти ознаки психоемоційного виснаження або ПТСР, властиві психіатричному профілю. Саме тому ми вважаємо цю групу клінічно та

психологічно унікальною, а дослідження комплаєнсу в її межах — вкрай важливим і науково обґрунтованим (Я.В. Маєнера, І.В. Воробйова, О.С. Колесніченко 2015).

ВООЗ у своєму звіті 2003 року «Adherence to Long-Term Therapies: Evidence for Action» (WHO 2003) визнала, що середній рівень комплаєнсу серед хронічних пацієнтів не перевищує 50%. Звіт підкреслює, що низький рівень комплаєнсу має серйозні наслідки: рецидиви, збільшення смертності, зниження ефективності лікування, фінансові втрати. Організація наголошує, що ефективне лікування потребує не тільки медичних засобів, але й роботи з поведінковими та психологічними аспектами пацієнта.

У сучасних клініко-психологічних дослідженнях дедалі частіше зустрічаються диференційовані підходи до комплаєнсу залежно від типу патології. Для пацієнтів з гострими станами (наприклад, травма, інфаркт, інфекція) комплаєнс здебільшого носить ситуативний характер, пов'язаний із шоком, кризовою мобілізацією, гострою тривогою або болем. У таких випадках часто спостерігається високий комплаєнс на початку, який може знижуватися з часом (Mozharovskyi M. Yu. 2021).

Натомість у випадках хронічних захворювань (цукровий діабет, гіпертензія, епілепсія, ПТСР, депресія тощо), де пацієнту доводиться жити з діагнозом тривалий час, формується довготривала поведінкова стратегія, яка вимагає самодисципліни, внутрішньої мотивації, ресурсів на підтримку режиму. Тут особливо важливо відрізнити формальний комплаєнс (наприклад, прийом ліків) від глибинного (розуміння цілей лікування, участь у прийнятті рішень) (Скрипніков А.М. 2023).

Також існують моделі фазового комплаєнсу, в яких розрізняють:

- Початкову фазу — шок, тривога, надія.
- Фазу коливань — сумніви, втома, зниження активності.
- Фазу адаптації — стабілізація поведінки або відмова.

Знання цих етапів дозволяє точніше прогнозувати поведінку пацієнтів і вчасно вживати заходів для підтримки комплаєнсу (Титаренко Т. 2015).

З огляду на багатокomпонентну природу комплаєнсу, ми виокремили основні його складові. Когнітивний компонент передбачає обізнаність пацієнта щодо власного захворювання, розуміння діагнозу, цілей і послідовності лікувальних заходів. Емоційний компонент — це прийняття пацієнтом свого стану, психологічна готовність до змін, довіра до лікаря, здатність долати внутрішній опір. Поведінковий компонент включає реальні дії пацієнта, зокрема своєчасний прийом медикаментів, дотримання режиму, виконання реабілітаційних заходів тощо. Ці компоненти не існують ізольовано — вони постійно взаємодіють і формують загальний рівень комплаєнсу конкретної особи (YouControl 2020).

Також ми звернули увагу на психологічні підходи, які довели свою ефективність у підвищенні рівня комплаєнсу в клінічній практиці. Розуміння лікування як не лише медичного, але й психоемоційного процесу зумовлює потребу в залученні методів психологічного супроводу, спрямованих на формування відповідального ставлення до терапії (Мерліч С. В. 2015).

Одним із найбільш обґрунтованих напрямів є когнітивно-поведінкова терапія, яка дозволяє працювати з дезадаптивними переконаннями пацієнта, знижувати страхи, пов'язані з лікуванням, коригувати уникаючу поведінку, а також зміцнювати навички саморегуляції. Цей підхід є особливо ефективним у випадках, коли недотримання медичних рекомендацій пов'язане з емоційним дистресом, тривожністю або недостатнім розумінням значення лікувальних заходів. Завдяки когнітивно-поведінковим технікам пацієнти мають змогу не лише краще усвідомити зв'язок між своєю поведінкою та станом здоров'я, але й навчитися нових моделей реагування на хворобу (Мельник Л., Нечосіна О., Пилипас Ю., Долинська М. 2016).

Ще одним важливим методом є мотиваційне консультування, яке було запропоноване В. Міллером і С. Ролніком (Miller & Rollnick, 1991) і широко використовується у медицині, психотерапії та психології охорони здоров'я. Цей підхід базується на безоцінному діалозі з пацієнтом, спрямованому на виявлення й активізацію його внутрішніх мотивацій до змін. Метою є не примус до

дотримання лікування, а створення умов для того, щоб сам пацієнт прийняв рішення відповідально ставитися до власного здоров'я. Така модель особливо корисна в роботі з військовослужбовцями, які часто прагнуть зберегти автономію та контроль у ситуаціях залежності від медичного персоналу.

Важливим доповненням до вищезазначених підходів є психоосвіта — систематичне інформування пацієнта про природу його стану, цілі лікування, очікувані ефекти й можливі труднощі. Психоосвітні заходи можуть бути реалізовані як у форматі індивідуального консультування, так і у груповій формі, з обов'язковим залученням родини чи соціального оточення. Цей підхід не лише знижує тривожність пацієнта, але й формує більш реалістичні очікування щодо процесу лікування, що є важливою умовою дотримання рекомендацій (Мешкова. О. М. 2013).

Усі розглянуті підходи — когнітивно-поведінковий, мотиваційний і психоосвітній — демонструють високу ефективність у контексті підвищення комплаєнсу. Їхнє застосування в роботі з військовими пацієнтами потребує адаптації до специфіки військової субкультури, яка характеризується дисципліною, ієрархією, внутрішніми нормами поведінки. Ми вважаємо, що найбільшу ефективність у цьому контексті матиме поєднання індивідуальної терапії з елементами командної підтримки та авторитетного впливу, що може бути реалізовано як на рівні військових психологів, так і медичного персоналу, залученого до госпітального лікування (Сенько Ю.О. 2019).

Таким чином, можна зазначити, що на рівень комплаєнсу впливає низка внутрішніх і зовнішніх чинників. До внутрішніх належать особистісні характеристики, такі як вік, рівень освіти, інтелектуальна зрілість, психологічна стабільність, а також актуальний психоемоційний стан — зокрема наявність тривоги, депресії чи посттравматичних симптомів. До зовнішніх факторів відносяться соціальне оточення, підтримка з боку близьких, комунікативна якість взаємодії з лікарем, довіра до медичної системи загалом, тривалість та характер захворювання. Узагальнено, ці фактори формують цілісну модель

комплаєнтної поведінки, яка, з нашої точки зору, потребує як психологічного супроводу, так і корекції в окремих випадках (Герман Дж. 2015).

Сучасні технології відкрили нові можливості для моніторингу, підтримки та підвищення комплаєнсу. Концепція *mobile health* (mHealth) передбачає використання мобільних застосунків, смарт-нагадувань, цифрових трекерів прийому ліків та електронних щоденників симптомів. Дослідження показують, що такі інструменти можуть підвищити комплаєнс у 25–40% пацієнтів, особливо серед молоді та людей з високим рівнем цифрової грамотності (Timmers et al., 2020).

У військовому контексті ці технології мають як переваги, так і ризики. З одного боку, вони дають змогу дистанційно моніторити дотримання режиму, уникати надмірного контролю, підвищити автономію пацієнта. З іншого боку — виникає небезпека втрати особистого контакту, поверхневості комунікації та перекладання відповідальності на цифрову систему. Крім того, не всі військові мають доступ до таких технологій або бажання ними користуватися, особливо якщо йдеться про інтимні або психоемоційні аспекти (Кокун О.М., Агаєв Н.А., Пішко І.О., Лозінська Н.С. 2017).

Цифровий комплаєнс — це нова, ще недостатньо вивчена форма участі пацієнта в лікуванні, яка потребує подальшого дослідження, особливо в умовах війни, переміщень, польових госпіталів та гібридних форматів лікування (Mozharovskyi M.Yu. 2021).

Таким чином, ми розглядаємо комплаєнс не просто як функціональний показник медичної дисципліни, а як комплексний психолого-соціальний феномен, який формується в результаті інтеракції мотиваційних, емоційних і когнітивних процесів. Це дає змогу глибше зрозуміти його роль у процесі лікування та розробити більш ефективні клініко-психологічні інтервенції, спрямовані на підвищення рівня комплаєнсу, особливо серед специфічних груп пацієнтів, зокрема військовослужбовців на тривалому лікуванні.

## **1.2. Психоемоційні чинники впливу на комплаєнс: тривога, симптоми ПТСР, депресія, сприйнятий стрес, адаптаційні труднощі**

У процесі теоретичного аналізу проблеми дотримання комплаєнсу серед військовослужбовців, які перебувають на тривалому лікуванні в госпіталях, ми особливу увагу зосередили на вивченні психоемоційних розладів як чинників, що здатні суттєво впливати на готовність до лікувальної співпраці. На основі огляду сучасної літератури ми виокремили п'ять основних психоемоційних станів і розладів, які найчастіше зустрічаються у військових пацієнтів і потенційно знижують рівень комплаєнсу: тривожні розлади, посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), депресивний розлад, високий рівень сприйнятого стресу та порушення адаптації (Goodwin L., Jones M., Rona R.J. 2012).

Першим з таких чинників є тривожні розлади, які охоплюють як генералізовану тривожність, так і специфічні форми, пов'язані з майбутнім, здоров'ям або очікуванням ускладнень. Тривожні розлади характеризуються стійким, надмірним і неадекватним переживанням загрози, навіть за відсутності реального джерела небезпеки (Jorge R.E. 2015). У клінічній практиці тривога часто супроводжується соматичними проявами (пітливість, тремор, тахікардія), когнітивною настороженістю, уникненням або ритуалізацією поведінки. Для військовослужбовців, які тривалий час перебували у зоні бойових дій, хронічна тривожність може формуватися на фоні постійної мобілізації нервової системи, що робить перехід до «пацієнтської» позиції психологічно ускладненим. Пацієнт з підвищеною тривожністю може недооцінювати або, навпаки, перебільшувати загрози від лікування, що проявляється в нестабільному дотриманні рекомендацій — від надмірної настороженості до повної зневіри (Чабан О.С., Безшейко В.Г. 2017).

Другим важливим фактором є посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), який, за даними DSM-5, виникає внаслідок дії травматичного стресора (бойових дій, поранення, втрати побратимів тощо). Симптоматика ПТСР охоплює чотири основні кластери: повторне переживання травми (флешбеки,

нічні кошмари), поведінкове уникнення (відмова згадувати подію, уникання місць чи осіб), негативні зміни в когнітивній і емоційній сфері (відчуження, емоційна втрата, провина), а також підвищену фізіологічну збудливість (драгівливість, гіперзбудливість, безсоння). Пацієнти з ПТСР часто не довіряють системі охорони здоров'я, бо сприймають її як частину «контролюючої» структури. Вони можуть відмовлятися від лікування через переконання, що воно не допоможе, або через небажання відкриватися перед медичним персоналом. Крім того, тривала емоційна дисоціація, характерна для ПТСР, часто супроводжується уникненням будь-якої форми зворотного зв'язку — а отже, і комунікації з лікарем. Це унеможлиблює побудову стабільного терапевтичного альянсу, що є критично важливим для формування комплаєнсу (Jakupcak M., Conybeare D., Phelps L., Hunt S., Holmes H.A., Felker B., et al. 2007).

Наступним чинником, який має глибокий вплив на поведінку пацієнта в лікувальному процесі, є депресивний розлад. У клінічному розумінні депресія включає низку афективних, когнітивних і соматовегетативних порушень: зниження настрою, втрата інтересу до діяльності, апатія, абулія, песимізм, зниження самооцінки, порушення сну й апетиту, а у тяжких випадках — навіть суїцидальні думки. У військових депресія може виникати як реакція на втрату бойової ідентичності та близьких побратимів і посестер, особливо важкі тілесні ушкодження або тривалий період реабілітації. У депресивному стані пацієнт часто втрачає мотивацію до лікування, сприймає майбутнє як безнадійне, а лікування — як марне. Внаслідок цього порушується регулярність прийому медикаментів, знижується залученість до процедур, виникає уникнення контакту з лікарем, що безпосередньо знижує рівень комплаєнсу (Лінська К.І. 2019).

Окрему увагу в контексті нашого дослідження ми приділили такому феномену, як сприйнятий стрес, що позначає суб'єктивне відчуття тиску, втоми, внутрішньої нестабільності, яке може виникати навіть при об'єктивно помірному навантаженні. На відміну від ПТСР чи тривоги, сприйнятий стрес не обов'язково пов'язаний із травмою, але має стійкий вплив на регуляцію емоцій та поведінкові реакції. Високий рівень сприйнятого стресу пов'язаний з

відчуттям втрати контролю, фрустрацією, когнітивним перевантаженням, що може провокувати неухважність, агресивність або знижену здатність приймати обґрунтовані рішення. У контексті лікування це проявляється як епізодичне ігнорування приписів, плутанина в дозуваннях, або навіть переривання терапії без попередження лікаря. Ми вважаємо, що цей чинник має бути обов'язково діагностований за допомогою шкал суб'єктивного стресу, з подальшим врахуванням у психокорекційній роботі (Wintermann G.B., Rosendahl J., Weidner K. 2017).

Останньою, але не менш важливою групою чинників, є адаптаційні труднощі, які у МКХ-11 можуть класифікуватися як розлади адаптації. Цей тип порушення виникає у відповідь на значну зміну життєвих умов і включає реакції перевантаження, дезадаптації або емоційної дестабілізації. Для військовослужбовців, які після бойових дій потрапляють у тривале госпітальне середовище, адаптаційна криза може проявлятися через втрату контролю, фіксацію на симптомах, конфліктність у взаємодії з персоналом або навпаки — емоційну відстороненість. Пацієнти часто демонструють знижену здатність будувати довірливі стосунки, втрату активної життєвої позиції та фрагментацію уявлень про себе. Все це перешкоджає не лише налагодженню комунікації з лікарем, а й прийняттю рішень щодо лікування, що безпосередньо знижує комплаєнс (Reed G.M., First M.B., Kogan C.S. 2019).

### **Когнітивна модель психоемоційного впливу на лікувальну поведінку: АВС-підхід**

Для більш глибокого розуміння впливу психоемоційного стану на комплаєнс доцільно звернутися до когнітивних моделей пояснення поведінки. Однією з найпоширеніших є АВС-модель (Ellis, 1962), яка у клінічній психології трактується як послідовність трьох компонентів:

- **A (Activating event)** — тригер, подія або стан (наприклад, діагноз хвороби);
- **B (Beliefs)** — переконання, установки щодо хвороби, лікування, себе, лікарів;

- **C (Consequences)** — емоційна реакція та поведінка.

У цьому контексті важливо, що саме переконання (а не сама подія) визначають емоційний стан пацієнта. Наприклад, пацієнт із переконанням «Я безнадійно хворий, мені нічого не допоможе» матиме низький рівень комплаєнсу, навіть якщо його стан не є критичним. Натомість установка «Я можу вплинути на свій стан, якщо дотримуватимусь лікування» формує відповідальну поведінку, відкритість до терапії й довіру до лікаря (Ellis, 1962).

Таким чином, зміна переконань — це ключ до модифікації комплаєнсу через когнітивно-поведінкові втручання. Особливо це актуально для військових пацієнтів, які часто мають жорстко сформовані схеми мислення (наприклад, «сильний не звертається по допомогу»), що можуть прямо перешкоджати прийняттю лікування.

Нейробиологічні дослідження підтверджують, що психоемоційний стан має прямий вплив на комплаєнс через нейромедіаторні й гормональні механізми (Waller M., Charlson F.J., Ireland R.E.E., Whiteford H.A., Dobson A.J 2016). Основну роль у цьому процесі відіграють:

- **Кортизол** — гормон стресу, підвищення якого в умовах хронічного напруження (напр., ПТСР) призводить до порушення уваги, пам'яті, посилення унікальної поведінки та зниження адаптаційної здатності.
- **Серотонін** — низький рівень асоціюється з депресією, пасивністю, апатією, що знижує мотивацію до лікування.
- **Дофамін** — відповідає за відчуття задоволення, очікування нагороди. Зниження рівня дофаміну спостерігається при тривалому стресі та депресії, що також зменшує прагнення до змін (Давіденко К. 2019).

Ці фактори пояснюють, чому пацієнти з хронічними тривожними або депресивними станами часто уникають лікування, не вірять у його ефективність або переривають терапію. Таким чином, нейробиологічний підхід дозволяє краще зрозуміти «невидимі» бар'єри комплаєнсу та підкреслює необхідність міждисциплінарної корекції — не лише психологічної, а й фармакологічної.

## **Моделі психоемоційних розладів і комплаєнсу: психодинамічна, КПТ, біопсихосоціальна**

У теоретичному аналізі впливу емоційного стану на лікування важливо враховувати різні парадигми психології, оскільки кожна з них пояснює механізми комплаєнсу по-своєму.

**Психодинамічна модель** наголошує на несвідомих конфліктах, вторинній вигоді від хвороби (утеча від відповідальності, увага), проєкціях на лікаря. Пацієнт може «саботувати» лікування, навіть не усвідомлюючи цього, бо хвороба задовольняє певні емоційні потреби (Романенко Ю., Коляденко Н. 2021).

**Когнітивно-поведінкова модель** фокусується на дисфункціональних переконаннях, униканні, катастрофізації, які можна модифікувати для поліпшення співпраці з лікарем (Влінов О. 2018).

**Біопсихосоціальна модель (Engel, 1977)** інтегрує органічні, психологічні й соціальні чинники, визнаючи багаторівневу природу комплаєнсу. Це найповніша та найпрактичніша модель для застосування в клінічній психології.

Комбінування цих підходів дозволяє більш гнучко працювати з військовими пацієнтами, оскільки вони часто демонструють одночасно раціональні, емоційні та поведінкові форми опору лікуванню.

Досвід країн-членів НАТО, зокрема США, Канади, Великої Британії, демонструє, що комплаєнс у військових можна значно підвищити за допомогою цільових психологічних програм (Тетяна Семигіна, Ірина Павленко, Євгенія Овсяннікова 2017).

**Combat Operational Stress Control Programs (США)** — спеціальні блоки навчання солдатів та офіцерів навичкам саморегуляції, самопомоги, розпізнавання стресу. Включають підтримку в лікуванні ПТСР, тривожних і депресивних розладів (Waller M., Charlson F.J., Ireland R.E.E., Whiteford H.A., Dobson A.J. 2019).

**Canadian Road to Mental Readiness (R2MR)** — програма, що навчає військових моделі збереження психічної стійкості, навичкам відкритого

звернення по допомогу, позитивному ставленню до лікування (Jakupcak M., Conybeare D., Phelps L., Hunt S., Holmes H.A., Felker B. 2007).

**Military Mental Health Liaison Teams (UK)** — мобільні команди психологів у шпиталях, які працюють на місці з пацієнтами, допомагаючи їм розуміти значення лікування і приймати участь у процесі (Jakupcak M., Conybeare D., Phelps L., Hunt S., Holmes H.A., Felker B. 2007).

Усі ці програми базуються на спільних принципах: зниження стигматизації, підвищення поінформованості, створення безпечного середовища та партнерської взаємодії між військовими й медперсоналом. Саме ці принципи можуть бути імплементовані в українську військово-медичну систему з урахуванням реалій війни (Бедюк М. В. 2016).

Таким чином, результати проведеного теоретичного аналізу дають усі підстави стверджувати, що психоемоційні розлади не є другорядними або супутніми явищами у структурі клінічного процесу, а навпаки — виступають ключовими регуляторами участі пацієнта в лікуванні. Вони впливають не лише на суб'єктивне ставлення до терапії, але й безпосередньо визначають поведінкову модель пацієнта, його здатність до встановлення взаємин із лікарем, прийняття медичних рішень, витримування режиму лікування, і, врешті-решт, — результат усього лікувального процесу. Зниження рівня комплаєнсу в умовах депресії, ПТСР, тривоги чи адаптаційної дезорганізації не є винятком або збігом, а цілком закономірним наслідком психоемоційного дисбалансу, який блокує внутрішні ресурси пацієнта та підриває його віру в ефективність лікування (Озерський І. В. 2016).

Особливо гостро ця закономірність проявляється в контексті тривалого лікування військовослужбовців, які мають досвід психотравмуючих подій, фізичних втрат, переосмислення власної ролі та самоідентичності. Для цієї категорії пацієнтів характерне поєднання високої зовнішньої дисципліни з внутрішньою вразливістю, що ускладнює формування стабільної мотивації до лікування. Внаслідок цього спостерігаються коливання в рівні комплаєнсу, спалахи недовіри, епізоди самоусунення або заперечення необхідності терапії,

що робить лікувальний процес нерівномірним, а іноді й ризикованим з точки зору прогнозу (Дмитренко Г. М. 2016).

Враховуючи ці обставини, ми приходимо до висновку, що ефективно ведення пацієнтів з психоемоційною симптоматикою потребує не лише базового клінічного спостереження, а цілісного, міждисциплінарного підходу — із залученням клінічного психолога, психотерапевта, психіатра та, за потреби, соціального працівника. Комплексна психодіагностика має стати вихідною точкою для подальшої розробки психокорекційних втручань, які не просто покращують емоційний стан пацієнта, але й сприяють відновленню його здатності до партнерства у процесі лікування. Такі втручання мають бути не шаблонними, а індивідуалізованими, чутливими до специфіки військового досвіду, культурних норм, рівня освіченості, особистісних ресурсів і клінічного статусу. Лише за таких умов можна говорити про реальне підвищення комплаєнсу — не як формального дотримання призначень, а як внутрішньо вмотивованої й усвідомленої участі у власному процесі одужання (Коробка Л.М. 2015).

### **1.3. Роль віку та суб'єктивного ставлення до лікування у формуванні комплаєнсу військовослужбовців**

У структурі дослідження комплаєнс-поведінки все більшого значення набуває розгляд особистісних та соціально-психологічних чинників, які не належать до категорії психопатології, однак істотно впливають на якість співпраці пацієнта з медичними працівниками. До таких чинників, насамперед, належать вік пацієнта та його суб'єктивне ставлення до лікування. У військовому контексті ці два аспекти можуть взаємодіяти між собою, формуючи як ресурсну, так і ризикову основу для комплаєнсу. Ми розглядаємо їх як ключові індивідуальні змінні, які опосередковують загальний рівень залученості в терапію (Білий В. Я. 2015).

Аналіз впливу віку на комплаєнс є неоднозначним. Частина досліджень вказує на те, що з віком зростає відповідальність, послідовність поведінки, довіра до лікаря та готовність дотримуватися рекомендацій (Chesney et al., 2000). Це пояснюється зростанням життєвого досвіду, розвитком соціальної ролі та більш реалістичним ставленням до власного здоров'я. Водночас існує досить чітка диференціація між віковими когортами в межах військової вибірки. Молоді військовослужбовці (віком до 25 років) частіше сприймають лікування як тимчасову перешкоду або навіть загрозу своїй ідентичності як бійця. Для них характерне емоційне заперечення хвороби, брак критичного аналізу ситуації, імпульсивність у рішеннях щодо припинення лікування або зміни терапії. Також, як показує практика, саме молодші пацієнти рідше дотримуються режиму медикаментозного лікування, особливо за наявності психоемоційних порушень (Бриндіков Ю. Л. 2017).

Серед військовослужбовців середнього віку (25–40 років), які зазвичай мають більший професійний та життєвий досвід, рівень комплаєнсу є вищим, проте він часто супроводжується амбівалентністю. З одного боку, пацієнт визнає необхідність лікування, але з іншого — може переживати зниження особистої автономії, втрату контролю над власною долею, залежність від рішень лікаря чи комісії. У військовому середовищі це проявляється як подвійна лояльність: одночасне прагнення до відновлення та повернення до підрозділу — і опір тривалому перебуванню в статусі пацієнта. Таке внутрішнє напруження може призводити до нестабільної комплаєнс-поведінки, коли пацієнт формально виконує призначення, але при цьому демонструє емоційну відстороненість або пасивну опозицію (Бриндіков Ю. Л. 2017).

У старших військовослужбовців (віком 40+), особливо тих, хто має за плечима тривалий бойовий досвід або серйозні травми, рівень комплаєнсу є найвищим. Вони частіше демонструють вдумливе ставлення до лікування, здатність співпрацювати з медичним персоналом і готовність до тривалих реабілітаційних програм. Водночас саме в цій групі зустрічається найбільше випадків емоційного вигорання, виснаження, соматизації психічних симптомів,

що може призводити до механічного дотримання приписів — без реального емоційного залучення чи віри в ефективність лікування. Цей стан ми трактуємо як «формальний комплаєнс» — зовні коректна поведінка, яка, однак, не підтримується внутрішньою мотивацією і є вразливою до зривів (Туриніна О. 2017).

Окремий напрям нашого аналізу стосується суб'єктивного ставлення до лікування, що є інтегративним психолого-когнітивним утворенням. Ставлення до лікування включає переконання, установки, емоції, очікування, попередній досвід, а також рівень залученості в процес. Пацієнт може сприймати лікування як партнерську співпрацю, необхідний крок до відновлення, або як нав'язану інтервенцію, що обмежує свободу і не враховує індивідуальні потреби. Відповідно до когнітивно-мотиваційної моделі Leventhal et al. (1980), сприйняття хвороби та лікування пацієнтом ґрунтується на п'яти когнітивних категоріях: ідентичності (що саме зі мною відбувається), причинності (чому я хворію), тривалості, наслідках і можливості контролю. Кожен із цих компонентів впливає на комплаєнтну поведінку (Бриндіков Ю. Л. 2017).

Військові пацієнти часто мають специфічні установки щодо лікування. Деякі з них пов'язані з героїчними або саможертвними установками — на кшталт «не час хворіти», «є важливіші справи», «лікування — для слабких». Інші — з досвідом попередніх контактів із медичними структурами, які могли бути формальними, холодними або навіть травматичними. Усе це формує певний образ лікування як процесу, що не обов'язково відповідає інтересам самого пацієнта, а отже — знижує готовність до співпраці. З іншого боку, позитивний досвід лікування, довіра до конкретного лікаря, ефективна комунікація й участь родини — сприяють формуванню мотиваційного комплаєнсу, що є найстійкішою формою лікувальної поведінки (Бриндіков Ю. Л. 2017).

Особливої уваги вимагає емоційне ставлення до хвороби. Якщо пацієнт сприймає свою хворобу як катастрофу або загрозу власному «Я», це може викликати реакції заперечення, уникання, проєкції відповідальності, що унеможлиблює прийняття активної ролі у лікуванні. Навпаки, якщо хвороба

сприймається як виклик, як досвід, що дає шанс переосмислити цінності та отримати підтримку, — комплаєнс підвищується (Бриндіков Ю. Л. 2017).

Попри те, що більшість військових пацієнтів у госпіталях становлять чоловіки, останні роки відзначаються зростанням участі жінок у Збройних Силах України. **Гендерна специфіка комплаєнсу** в медичних умовах є важливою темою, оскільки жінки часто демонструють вищу відкритість до медичних втручань, швидше звертаються по допомогу, ретельніше дотримуються рекомендацій (Бриндіков Ю. Л. 2017).

У контексті військової служби ці відмінності частково нівелюються спільною субкультурною матрицею, однак дослідження свідчать, що жінки-військові демонструють більшу психологічну гнучкість і частіше проявляють емоційну готовність до лікування. Водночас стигматизація слабкості, страх втратити авторитет у колективі та додатковий тиск щодо компетентності можуть стримувати прояв відкритої потреби в допомозі (Михайлов. Б.В. 2015).

У чоловіків навпаки — комплаєнс часто є результатом зовнішнього тиску (наказ, рекомендація командира), що може не супроводжуватися внутрішньою мотивацією, а отже — бути нестійким (Михайлов. Б.В. 2015).

Дослідження ставлення до лікування серед військових і цивільних свідчать про якісні відмінності у мотиваційних установках. Цивільні особи у більшості випадків приймають рішення про звернення до лікаря самостійно, керуючись внутрішніми критеріями дискомфорту, тривоги або сумнівів у самопочутті. Військовослужбовці ж нерідко потрапляють на лікування за розпорядженням командування, що знижує суб'єктивне сприйняття автономії та може викликати опір, навіть якщо реальної загрози лікування не несе (З. Г. Кісарчук, Я. М. Омельченко, Г. П. Лазос, Л. І. Литвиненко, Л. Г. Царенко ; за ред. З. Г. Кісарчук. 2015).

У різних вікових групах це проявляється по-різному:

- Молодші військові частіше сприймають лікування як перешкоду для повернення до підрозділу, демонструючи знецінення процедур і опір.

- Старші — як законну форму відновлення, однак можуть формалізовано дотримуватися режиму без глибокої включеності (Піонтковська О.В. 2013).

Отже, і в контексті віку, і в контексті приналежності до військового/цивільного статусу, суб'єктивне ставлення до лікування є ключовим фактором, що визначає комплаєнс.

### **Соціологічні дані: рівень довіри до медицини в Україні**

За результатами загальнонаціонального соціологічного опитування, проведеного Київським міжнародним інститутом соціології (КМІС 2023) у 2023 році, лише 48% українців повністю довіряють системі охорони здоров'я, при цьому 61% вважають лікарів не завжди достатньо емпатійними. Ці цифри вказують на суттєву комунікативну проблему, яка безпосередньо впливає на комплаєнс.

Серед військових пацієнтів ситуація ще складніша: стигма щодо звернення по психологічну допомогу, невизначеність у діагнозах, тривалий процес одужання та відсутність чіткого прогнозу — усе це призводить до зниження довіри до медичної системи. Таким чином, соціологічний контекст вимагає додаткових зусиль зі сторони медичних працівників для формування довірливих стосунків із пацієнтами, особливо в умовах тривалого лікування (Бриндіков Ю. Л. 2018).

Таким чином, ми приходимо до висновку, що вік і суб'єктивне ставлення до лікування не є лише другорядними, фоновими змінними, а виступають визначальними психологічними чинниками, які безпосередньо впливають на формування, стабільність і якість лікувального альянсу між пацієнтом та медичним персоналом. Ці змінні регулюють не тільки поведінку пацієнта щодо виконання медичних приписів, а й його здатність приймати допомогу, будувати довірливі стосунки з лікарем, рефлексувати щодо власного стану і включатись у процес відновлення на емоційному рівні. Вік визначає як етап психосоціального розвитку особистості, так і її ставлення до здоров'я, авторитету, дисципліни, контролю. Молоді пацієнти можуть схильніше сприймати лікування як

обмеження свободи, тоді як старші — як можливість турботи про себе. Проте в обох випадках комплаєнс формується не автоматично, а за участі цілого комплексу внутрішніх механізмів (Бриндіков Ю. Л. 2017).

Особливу увагу вимагає розуміння специфіки цих чинників у військовому середовищі. У контексті військової культури такі характеристики, як автономія, стійкість, самозарадність і підпорядкування, поєднуються у складній системі поведінкових стандартів, які регулюють не лише службову, але й особисту сферу. Тому внутрішня готовність до лікування часто конфліктує з настановами бути «міцним», «не показувати слабкості», «повертатися у стрій якнайшвидше». Ці соціокультурні установки, хоч і підтримують бойову ефективність у стресових умовах, можуть перешкоджати прийняттю допомоги в мирних умовах, зокрема в межах госпіталю. У результаті, навіть у тих випадках, коли пацієнт формально виконує вказівки лікаря, реального комплаєнсу — як усвідомленої, внутрішньо вмотивованої участі в лікуванні — може не бути (Івасюк П. 2016).

Крім того, суб'єктивне ставлення до лікування формується не лише на основі раціональної оцінки діагнозу чи прогнозу, а й через емоційний досвід, минулі контакти з медичною системою, образ «лікаря», що сформувався раніше, а також на основі очікувань щодо результату. Якщо попередній досвід лікування був пов'язаний із втратою, болем, почуттям контролю з боку інших, то навіть добре організований процес теперішнього лікування може викликати опір. Таким чином, ми маємо справу не лише з актуальним психоемоційним станом, але й з глибшими механізмами — інтродекціями, схемами сприйняття, внутрішньою мотиваційною структурою (Шевченко Т.О. 2013).

У контексті практики це означає, що індивідуалізація підходів до формування комплаєнсу не може обмежуватися лише корекцією тривожності чи депресії. Йдеться про необхідність багатовимірного розуміння пацієнта: його вікового етапу, стадії адаптації до хвороби, життєвих установок, минулого досвіду, ставлення до влади, авторитету та контролю. Для ефективного підвищення комплаєнсу необхідно враховувати вікові завдання розвитку,

гендерні відмінності, специфіку військової субкультури та загальні соціальні настрої щодо медицини в країні. Справжній комплаєнс не формується через наказ, а через розуміння, партнерство та діалог. Саме тому ключову роль у підвищенні комплаєнсу військових пацієнтів відіграє не лише медична експертиза, а й психологічна грамотність персоналу, здатність будувати стосунки, базовані на довірі, повазі та визнанні унікальності досвіду кожного пацієнта (Шаттенбург Л. 2019).

Врахування цих чинників відкриває можливості для більш ефективного конструювання терапевтичних програм, які враховують не тільки медичні протоколи, але й психологічні механізми згоди, залучення та відповідальності. Це, у свою чергу, дозволяє мінімізувати ризики передчасного припинення лікування, підвищити його ефективність та створити умови для глибшого відновлення — не лише фізичного, але й психологічного.

#### **1.4. Особливості комплаєнсу у військовослужбовців на тривалому лікуванні**

Комплаєнс військовослужбовців — це складний і багатогранний процес, який включає в себе численні фактори, як психологічні, так і соціальні. Військові часто стикаються з унікальними умовами перебування в госпіталях, що може впливати на їх ставлення до лікування і дотримання медичних рекомендацій. У цьому контексті важливо враховувати специфіку військового середовища, групової динаміки та психологічних аспектів, що визначають комплаєнс.

Формування комплаєнсу у військовослужбовців, які перебувають на тривалому лікуванні в госпіталях, має низку специфічних особливостей, що відрізняють цю категорію пацієнтів від цивільного населення. Ці особливості зумовлені не лише характером отриманих поранень чи захворювань, а й контекстом військової служби, пережитим бойовим досвідом, психоемоційною напругою, а також системою цінностей, притаманною військовому середовищу.

Відтак комплаєнс у цій групі не можна розглядати винятково як результат взаємодії пацієнта і лікаря — він формується на перетині психологічних, соціальних, ідентифікаційних і навіть культурних процесів (Краснов В.В. Костюк О.І. 2022).

Міжнародний досвід дослідження комплаєнсу у військових госпіталях демонструє, що успішність втручань залежить від багатьох чинників, включаючи особливості надання медичних послуг, психологічну підтримку та інтервенції, що орієнтовані на специфіку військової служби. Одним із яскравих прикладів є програми Міністерства у справах ветеранів США (Veterans Affairs, VA), яке розробило спеціалізовані методи лікування для військових, що страждають від посттравматичного стресового розладу (ПТСР), депресії та інших психічних розладів. Дослідження показують, що програми, які включають психотерапевтичну підтримку, психосоціальні заходи та інтервенції, спрямовані на відновлення соціальних ролей військовослужбовців, мають більш високі показники комплаєнсу (Jakupcak M., Conybeare D., Phelps L., Hunt S., Holmes H.A., Felker B., et al. Anger 2007).

Дослідження також вказують на важливість групових терапій, де військові можуть поділитися своїм досвідом та отримати підтримку від побратимів та посестер. Це сприяє не лише покращенню психологічного стану, але й зміцненню почуття підтримки й належності до спільноти, що також може підвищити комплаєнс до лікування (Фітькало О.С. 2023).

Однією з ключових особливостей, яка впливає на формування комплаєнсу у військовослужбовців, є глибинна внутрішня суперечність між двома соціальними ролями — пацієнта та військового. У системі військової підготовки та служби особистість військовослужбовця формується як функціонально сильна, витривала, орієнтована на дію, прийняття рішень, здатна до самостійного подолання труднощів. Перебування у статусі пацієнта автоматично передбачає прийняття протилежної позиції — тимчасової пасивності, залежності від рішень інших, визнання власної вразливості. Це створює глибокий когнітивно-емоційний конфлікт, що ставить під сумнів не лише зовнішню рольову

поведінку, а й саму ідентичність військовослужбовця (Казміренко В.П. 2008). Для багатьох осіб військової професії відчуття залежності від лікаря або необхідності підкорятися новим правилам — зокрема обмеженням, режиму, заборонам — асоціюється з втратою контролю та гідності. Це ускладнює внутрішнє прийняття ролі хворого та призводить до уникання або часткового ігнорування приписів. У такому контексті комплаєнс втрачає свою «добровільну» складову та перетворюється на вимушену поведінкову адаптацію, позбавлену глибокої мотивації (Костюк О., Бойчук О. 2023).

Іншою характеристикою, що впливає на формування комплаєнсу, є структурованість і нормативність мислення, властиві більшості військовослужбовців. Військова система функціонує на основі чіткої ієрархії, лінійності логіки дій, оперативного ухвалення рішень, негайного реагування та однозначного виконання наказів. З огляду на це, військові звикають до однозначності та конкретики, що робить їх менш толерантними до невизначеності або складних процесів. У медичному ж контексті, особливо при хронічних або комплексних станах, діагностика й лікування часто мають варіативний, довготривалий і статистично ймовірнісний характер (Кравченко Г., Краснов В., Костюк О. 2021). Неоднозначність діагнозу, відсутність швидкого результату, необхідність чекати або проходити кілька етапів — усе це може викликати у військового пацієнта фрустрацію, відчуття безсилля або втрату довіри до лікувального процесу. У таких випадках комплаєнс знижується, особливо коли пацієнт не отримує достатнього пояснення причин і логіки терапевтичних дій. Натомість, якщо лікареві вдається сформулювати чіткий, структурований і послідовний план лікування з визначеними етапами, орієнтирами та критеріями ефективності, пацієнт буде з більшою ймовірністю дотримуватись призначень, сприймаючи їх як логічну і прийнятну послідовність дій (Бацилева О.В. 2019).

Важливу роль у динаміці комплаєнсу відіграє психоемоційний стан пацієнтів у період лікування, зокрема наявність психічних розладів, які часто залишаються не до кінця усвідомленими або діагностованими. Як зазначалося в

попередніх підрозділах, військові пацієнти мають високий ризик розвитку посттравматичного стресового розладу, депресії, тривожних розладів, розладів адаптації. Особливістю таких станів є зниження мотиваційного потенціалу, когнітивна сплутаність, емоційна втома або відчуження. У випадках, коли емоційний стан пацієнта супроводжується запереченням власних переживань або небажанням говорити про емоції, процес лікування ускладнюється (Дідковська Л.І. 2019). Військові рідко звертаються по психологічну допомогу добровільно, навіть якщо відчувають внутрішній дискомфорт. Таке уникнення діалогу та замовчування симптомів створює ситуацію, коли на поверхні зберігається «порядок», але в реальності пацієнт дотримується приписів без глибокого залучення, або зовсім ігнорує важливі елементи терапії, приховуючи це. Також досить поширеною є соматизація — коли психоемоційні труднощі виявляються у вигляді фізичних скарг, що не мають органічної основи. Це може створювати розрив між тим, як пацієнт сприймає себе як хворого, і тим, що відображається в об'єктивних даних — лабораторних чи інструментальних. Такий розрив ускладнює лікування й порушує взаєморозуміння з лікарем (Казміренко В.П. 2021).

Психологічна ідентичність військовослужбовця має важливе значення для комплаєнсу, оскільки її зміни можуть значно впливати на готовність до лікування та адаптацію. Бойовий синдром, який формується внаслідок тривалого перебування в бойових умовах, або поствоєнна адаптація можуть змінювати ставлення військових до лікування, особливо в контексті ПТСР або депресії (Гузій О.В. 2018).

Військові часто стикаються з внутрішнім конфліктом між ідентичністю «солдата», який асоціюється з фізичною силою та витривалістю, і психологічними проблемами, що виникають в результаті травм або стресових ситуацій. Це може призвести до відмови від лікування або недостатнього дотримання рекомендацій, оскільки військові можуть сприймати себе як «слабких» або «неповноцінних», якщо визнають наявність психологічних труднощів (Партико Н. В. 2019).

Соціокультурним бар'єром на шляху до ефективного комплаєнсу є військова субкультура, яка, попри свою функціональність у бойових умовах, часто перешкоджає відкритому вираженню вразливості, емоцій, а тим паче — зверненню по психологічну допомогу. У цій системі зберігається стійка установка на самоконтроль, витривалість і «непотрібність» допомоги, що розцінюється як слабкість. Визнання себе пацієнтом, особливо у сфері психічного здоров'я, асоціюється з порушенням статусу, втратами довіри з боку товаришів і командирів. Це породжує приховане відторгнення лікування, навіть якщо зовні пацієнт його не заперечує. Так формується феномен *прихованого некомплаєнсу*, за якого пацієнт намагається одночасно відповідати вимогам медичного процесу й зберігати цілісність своєї військової ідентичності. У результаті відсутній справжній лікувальний альянс, а сам процес терапії стає формальністю, не підкріпленою внутрішнім включенням пацієнта (Т.Б. Партико, С.Л. Грабовська, А.О. Вовк та ін. 2014).

Ще одним аспектом є домінування зовнішньої мотивації в період початкового лікування. Багато військовослужбовців починають терапію не з внутрішнього усвідомлення необхідності оздоровлення, а через зовнішній примус або прагнення «не підвести». Рішення погодитися на лікування часто зумовлене наказом, впливом авторитетних осіб, вимогою командування або адміністративною необхідністю. У таких умовах комплаєнс є умовним — пацієнт поводиться лояльно до моменту, поки тиск ззовні зберігається. Зникнення цього тиску (наприклад, після переведення в інший заклад чи на амбулаторне лікування) часто веде до швидкого припинення терапії. Тому однією з ключових задач психолога є трансформація зовнішньої мотивації у внутрішню — через психоосвітню роботу, емоційне підтримання, стимулювання саморефлексії та надання контролю пацієнту над певними аспектами лікування (І.В. Лінський 2019).

Також надзвичайно важливим є характер взаємодії медичного персоналу з пацієнтом, оскільки саме він може або підсилити мотивацію, або остаточно її зруйнувати. Військові мають чіткі очікування щодо компетентності, чіткості й

сили авторитету. Водночас надмірна жорсткість, формалізм або знеособленість спілкування викликають опір, зниження довіри й емоційне відсторонення. Найкращий ефект досягається там, де лікар або психолог демонструє «психологічну рівність» — тобто спілкування на основі поваги до досвіду пацієнта, готовності чути та аргументовано пояснювати, з одночасним збереженням професійного лідерства. Такий підхід сприяє побудові стабільного терапевтичного союзу, що є необхідною умовою високого рівня комплаєнсу (Чеховська М. 2016).

Взаємодія між військовими та клінічними психологами є важливим фактором, що впливає на комплаєнс. Психологи, які працюють з військовими, повинні враховувати специфіку військової служби, військову ідентичність, а також культурні та соціальні норми. Військові часто мають обмежену довіру до зовнішніх осіб і можуть бути скептично налаштовані до психологічної підтримки через асоціацію з «слабкістю» (Бедюк М. В. 2016).

Тому важливо, щоб клінічні психологи, працюючи з військовими, демонстрували високий рівень емпатії, поваги до їхнього досвіду та забезпечували безпечну і підтримуючу атмосферу. Терапевтичний підхід повинен бути орієнтований на відновлення впевненості у власних силах і на зміцнення психологічної витривалості. Комплаєнс до лікування також залежить від того, наскільки вдається налагодити довіру і забезпечити військовим підтримку в процесі їхнього відновлення.

Військовий шпиталь є специфічним середовищем, яке впливає на поведінку військовослужбовців. Тут можна говорити про феномен «тотального середовища», де всі аспекти життя підпорядковані військовій дисципліні та медичним процедурам. Це середовище може бути як підтримуючим, так і стресогенним для військових (Бриндіков Ю. Л. 2017).

Поведінка в такому середовищі часто визначається потребою адаптуватися до нових умов. Військові можуть відчувати себе в ізоляції від звичайного життя та зіткнутися з труднощами в інтеграції до повсякденних соціальних ролей. Це може ускладнювати їх дотримання рекомендацій лікування, оскільки вони

можуть сприймати шпиталь як тимчасове і штучне середовище, що не відповідає їхній ідентичності як військових(Бриндіков Ю. Л. 2017).

Військове середовище характеризується специфічною груповою динамікою, яка має великий вплив на поведінку військовослужбовців і, відповідно, на комплаєнс. Головну роль у цьому процесі відіграють авторитети та товариші по службі. Військовий авторитет, який часто поєднується з командним лідерством, може впливати на рівень готовності військових дотримуватися лікувальних рекомендацій. У багатьох випадках військові надають високе значення авторитету своїх командирів та лікарів, що може сприяти кращому виконанню медичних призначень(Бриндіков Ю. Л. 2017).

Одночасно товариші по службі можуть мати як позитивний, так і негативний вплив на комплаєнс. Підтримка побратимів може мотивувати до дотримання лікування, але при цьому колективні норми, як, наприклад, переконання в недоторканості військової гордості або «всі разом» — через уникання слабкості, можуть призвести до ігнорування медичних рекомендацій (Чеховська М. 2016).

Підсумовуючи, ми можемо стверджувати, що комплаєнс у військовослужбовців, які перебувають на тривалому лікуванні, являє собою багатовимірний та складний психосоціальний конструкт, у якому тісно переплітаються індивідуальні особливості особистості, міжособистісні взаємодії, культурні установки та клінічні параметри. Це не ізольована поведінка, що зводиться до прийому медикаментів чи виконання розпоряджень лікаря, а цілісний феномен, який формується під впливом унікального досвіду військової служби, системи цінностей, рівня довіри до оточення та готовності до змін.

Тривале перебування в госпітальних умовах актуалізує низку глибинних внутрішніх конфліктів — між силою і вразливістю, контролем і підкоренням, незалежністю і залежністю — що часто виводять пацієнта за межі звичних механізмів подолання. Це, у свою чергу, викликає інтенсивні емоційні реакції: від опору й заперечення до депресивної відстороненості або агресії. В таких

умовах саме психологічна адаптація набуває значення ключового фактора ефективності лікування — на рівні мотивації, готовності до співпраці, стабільності поведінки й емоційної включеності в терапію (Курило В.О. 2023).

З огляду на це, підвищення комплаєнсу не може розглядатися як суто інформативна чи адміністративна задача. Воно має ґрунтуватися на глибокому розумінні особистості пацієнта, його військової ідентичності, потреб у збереженні автономії, особистої гідності, відновленні контролю над власним життям. Необхідним є урахування пережитого досвіду — не лише медичного, а й бойового, травматичного, соціального — який формує очікування, установки та внутрішній опір. Важливою також є чутливість до норм і цінностей військової культури, де прояв емоцій чи звернення по допомогу досі можуть сприйматися як слабкість (Калугін І. 2019).

Лише за умов інтегративного підходу — який об'єднує клінічну, психологічну та соціокультурну перспективи — можливо створити ефективну, стійку та довірливу модель взаємодії між пацієнтом і медичною системою. Така модель є не лише запорукою підвищення рівня комплаєнсу, а й критично важливим інструментом для досягнення повноцінного фізичного, психологічного та соціального відновлення військовослужбовців, які пройшли складний шлях від поранення — до повернення в життя.

## **Висновки до розділу I**

У першому розділі магістерської роботи було здійснено комплексний теоретичний аналіз феномену комплаєнсу як психолого-поведінкової конструкції в контексті клінічної психології, з особливою увагою до військових пацієнтів, які перебувають на тривалому лікуванні в госпіталях.

На основі аналізу наукової літератури встановлено, що комплаєнс є багатовимірним явищем, яке включає когнітивні, емоційні та поведінкові компоненти. Сучасне трактування цього феномену не обмежується простим дотриманням медичних рекомендацій, а передбачає добровільну, вмотивовану

та усвідомлену участь пацієнта у власному лікуванні через партнерську взаємодію з медичним персоналом. У роботі також розглянуто типології комплаєнсу (позитивний, псевдокомплаєнс, некомплаєнс), а також поняття адхеренсу та персистенції. Визначено ключові складові комплаєнтної поведінки: когнітивну поінформованість, емоційну готовність та поведінкову активність.

Особливу увагу приділено проявам комплаєнсу у військовослужбовців. Для цієї групи характерні змішані риси: висока зовнішня дисципліна на тлі емоційної вразливості, уникання емоційного контакту та психологічна стигматизація звернення по допомогу. Психоемоційні розлади, зокрема тривога, ПТСР, депресія та адаптаційні труднощі, значно впливають на здатність військовослужбовців до лікувальної співпраці, знижуючи мотивацію та ускладнюючи комунікацію з лікарем. Враховуючи це, підкреслено важливість індивідуалізованого підходу та психодіагностики для пацієнтів з подібними проблемами.

Вік пацієнта також суттєво впливає на комплаєнс. Молодші військовослужбовці часто демонструють заперечення і непослідовність у лікуванні, тоді як старші мають стабільнішу, але іноді формалізовану участь. Суб'єктивне ставлення до лікування, яке визначається рівнем довіри до лікаря та загальним сприйняттям медичної системи, є важливим чинником, що впливає на глибину включення в терапію та формування терапевтичного альянсу.

Особливості комплаєнсу у військових пацієнтів значною мірою зумовлені переходом від ролі «воїна» до ролі «пацієнта». Втрата контролю, автономії та суб'єктності створює внутрішні конфлікти, які можуть значно знизити рівень комплаєнсу. Специфіка військової субкультури, яка знецінює прояви вразливості і психоемоційної нестабільності, обмежує можливості для відкритого звернення по допомогу.

Таким чином, комплаєнс військовослужбовців є динамічним і багатогранним процесом, що залежить від індивідуальних характеристик пацієнта, його соціокультурного контексту, а також військової ситуації та психологічного стану. Військова культура, вкорінена в нормах витривалості та

самоконтролю, може бути як підтримкою, так і бар'єром для комплаєнсу. Багато військових сприймають своє здоров'я через призму місії — «не показувати слабкість». Тому досягнення належного рівня комплаєнсу часто вимагає зусиль для зміни цих соціальних норм або мінімізації їхнього негативного впливу.

Ефективне підвищення комплаєнсу військовослужбовців вимагає системної взаємодії між різними професіоналами. Лікарі, психологи, соціальні працівники та представники командування мають співпрацювати для створення підтримуючого середовища. Психологи відіграють ключову роль у подоланні емоційних бар'єрів, допомагаючи пацієнтам зрозуміти лікування як частину відновлення їхньої «бойової готовності». Важливо, щоб військовослужбовці розуміли лікування як необхідний процес, який сприяє покращенню їхнього здоров'я і якісної підготовленості.

Активна участь самого пацієнта є важливою складовою ефективного лікування. Військовослужбовець має відчувати відповідальність за своє здоров'я і розуміти, як його поведінка дійсно може впливати на результат лікування. Індивідуальний підхід, мотиваційна підтримка та психотерапевтичні техніки можуть допомогти сформувати внутрішню мотивацію до дотримання медичних рекомендацій.

## РОЗДІЛ II. МЕТОДИ ТА ОРГАНІЗАЦІЯ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ

### 2.1. Загальна характеристика вибірки дослідження

У дослідженні взяли участь 100 військовослужбовців, які перебувають на тривалому лікуванні у двох медичних спеціалізованих закладах Київської області. Вибірка є цільовою та обґрунтована завданнями дослідження. Основним критерієм включення була наявність статусу військовослужбовця, перебування на тривалому стаціонарному лікуванні у військовому госпіталі (понад 3 місяці) з імовірністю продовження лікування понад 6 місяців у зв'язку з тяжкістю поранень, супутніх станів та психоемоційних розладів. Усі респонденти надали письмову інформовану згоду на участь у дослідженні та на використання даних в анонімізованому вигляді для наукових цілей. Опитування проводилося анонімно з дотриманням етичних стандартів психологічного дослідження.

#### **Контекст дослідження та умови перебування учасників**

Усі учасники – діючі військовослужбовці або ті, що тимчасово відсторонені від виконання службових обов'язків через тривале лікування. Вони мають різноманітні поранення та захворювання, отримані внаслідок бойових дій, що вимагають тривалого фізичного та психологічного відновлення. Основні медичні підрозділи, де проводилося дослідження, – це профільні медичні заклади, що мають неврологічне відділення, інсультний центр, терапевтичне відділення з неврологічними ліжками, відділення медико-психологічної реабілітації, а також відділення лікування травм опорно-рухового апарату.

Вибірка включає як чоловіків, так і жінок із різним військовим досвідом, званнями та посадами, однак ці характеристики не враховувалися як змінні під час аналізу. Дослідження було спрямоване саме на вивчення психоемоційних чинників і рівня комплаєнсу незалежно від службового статусу.

Перед початком участі кожному респонденту надавався текст інформованзгоди з роз'ясненням мети дослідження, умов участі та гарантіями конфіденційності.

### **Демографічні характеристики вибірки**

Демографічні особливості учасників дослідження є важливими для розуміння контексту отриманих результатів, зокрема впливу статевих та вікових чинників на дотримання комплаєнсу та прояви психоемоційних станів.

За статевою ознакою вибірка складалася переважно з чоловіків, що є відображенням реального складу Збройних Сил України. Участь у дослідженні взяли 74 чоловіки (74%) та 26 жінок (26%). Такий розподіл свідчить не лише про домінування чоловіків у військовому контингенті, але й про помітну участь жінок у військовій службі, що передбачає їхню рівну схильність до впливу психоемоційних чинників під час тривалого лікування.

Враховуючи ймовірні відмінності у сприйнятті та переживанні стресових ситуацій, а також у дотриманні медичних рекомендацій між чоловіками та жінками, у подальшому передбачається аналіз ролі статі як потенційного модератора комплаєнсу.

Щодо вікової структури, то респонденти були розподілені за п'ятьма віковими категоріями:

- 18–25 років – 16 осіб (16%);
- 26–35 років – 35 осіб (35%);
- 36–45 років – 35 осіб (35%);
- 46–55 років – 12 осіб (12%);
- 56 років і старше – 3 особи (3%).

Найбільше представництво мали категорії 26–35 років і 36–45 років, що відповідає активному працездатному віку. Менше було респондентів молодшої та старшої вікової категорій, що, ймовірно, пов'язано з тривалістю служби, досвідом адаптації до бойових умов, а також специфікою набору до військових підрозділів.

Таким чином, вибірка є репрезентативною для аналізу чинників дотримання медичних рекомендацій серед військовослужбовців у реаліях сучасної воєнної ситуації в Україні.

### **Застосовані психодіагностичні методики та процедура збору й обробки даних**

У рамках дослідження було використано комплекс стандартизованих опитувальників, які дозволяють всебічно оцінити основні психоемоційні чинники та рівень медичного комплаєнсу у військовослужбовців, що перебувають на тривалому стаціонарному лікуванні:

1. **Шкала PCL-5 (Post-traumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5)** (Weathers F.W. et al. 2013)
  - складається з 20 позицій, що відображають основні симптоми посттравматичного стресового розладу за критеріями DSM-5;
  - респонденти оцінюють ступінь вираженості кожного симптому за 5-бальною шкалою;
  - дозволяє виявити наявність та інтенсивність реакцій, пов'язаних із травматичними подіями, що можуть впливати на адаптацію під час лікування.
2. **Шкала PSS-10 (Perceived Stress Scale)** (Cohen S. et al. 1983)
  - містить 10 пунктів, спрямованих на оцінку ступеня стресу, який людина сприймає у своєму житті протягом останнього місяця;
  - відповіді оцінюються за 5-бальною шкалою частоти переживань (від «ніколи» до «дуже часто»);
  - інформує про суб'єктивне відчуття напруги та здатність справлятися із стресовими ситуаціями.
3. **Шкала DAS-21 (Depression Anxiety Stress Scales – 21 items)** (Psychology Foundation of Australia 2022)
  - коротка форма оригінальної 42-пунктної шкали, що містить по 7 питань для вимірювання депресії, тривожності і стресу;
  - кожен пункт оцінюється за 4-бальною шкалою частоти ознак;

– дає можливість швидко виявити й порівняти рівні тривожності та стресу між учасниками.

4. **Шкала PHQ-9 (Patient Health Questionnaire-9)** (Український інститут когнітивно-поведінкової терапії 2017)

– складається з 9 пунктів, спрямованих на оцінку вираженості депресивних симптомів відповідно до DSM-IV;

– відповіді розставляються за 4-бальною шкалою частоти;

– активно застосовується в клінічній практиці для скринінгу та моніторингу тяжкості депресії.

5. **Шкала MMAS-8 (Morisky Medication Adherence Scale-8)** (Morisky et al. 1986)

– складається з 8 питань, спрямованих на оцінку ступеня дотримання медичних призначень;

– перші сім пунктів мають двохвальні відповіді («так/ні»), останнє – за 5-бальною шкалою частоти;

– дозволяє класифікувати рівень комплаєнсу як низький, середній або високий.

Уся робота проводилась безпосередньо в умовах військових госпіталів. Анкетування відбувалося індивідуально, у спеціально відведених приміщеннях або палатах, де респонденти могли зосередитись без сторонніх втручань. За потреби поруч був присутній дослідник, який пояснював формулювання окремих запитань і слідкував за дотриманням інструкції, але не втручався в сам зміст відповідей.

Перед початком заповнення кожен учасник уважно ознайомлювався з текстом **інформованої згоди**, у якому було зазначено мету дослідження, гарантовано анонімність і конфіденційність отриманих даних, а також право припинити участь у будь-який момент. Лише після підписання згоди респондентам видавали бланки.

**Обробка та аналіз даних**

Після збору анкети було переведено в електронний формат: дослідники

здійснили подвійне введення даних у таблицю Microsoft Excel із наступною перевіркою на помилки і пропуски. Далі дані імпортували до статистичного пакету Jamovi, де виконували:

- кодування змінних (перетворення текстових відповідей у числові позначення);
- первинну перевірку достовірності (визначення та виправлення аномальних значень);
- описову статистику (розрахунок середніх, медіан, частотних розподілів);
- подальший кореляційний та регресійний аналіз для виявлення зв'язків між психоемоційними чинниками та рівнем комплаєнсу.

Усі етапи здійснювалися з урахуванням етичних стандартів, передбачених Гельсінською декларацією прав людини та настановами з проведення психологічних досліджень.

## 2.2. Методи дослідження.

Методи дослідження є важливим етапом у будь-якому науковому процесі, оскільки вони визначають, як буде здійснюватися збір та аналіз даних, що дозволяє досягти об'єктивних результатів і сформулювати обґрунтовані висновки. У контексті дослідження психоемоційного стану та лікувальної поведінки військовослужбовців було застосовано комплекс стандартизованих психодіагностичних методик.

Для оцінки рівня комплаєнсу використовувалася шкала **MMAS-8** (Morisky et al. 1986), що дозволяє виявити дотримання респондентами призначеного лікування. Рівень сприйнятого стресу визначався за допомогою **шкали PSS-10** (Cohen S. et al. 1983), яка вимірює суб'єктивну оцінку стресового навантаження. Для оцінки наявності та інтенсивності симптомів посттравматичного стресового розладу застосовувалася **шкала PCL-5** (Weathers F.W. et al. 2013), що відповідає критеріям DSM-5. Рівень депресивної симптоматики досліджувався за допомогою **шкали PHQ-9** (Український інститут когнітивно-поведінкової

терапії 2017), яка є надійним інструментом для скринінгу та оцінки вираженості депресії. Оцінку тривожності, депресії та стресу проводили за допомогою **шкали DAS-21** (Psychology Foundation of Australia 2022), що дозволяє виявити відповідні емоційні стани за трьома підшкалами.

Збір даних здійснювався шляхом анкетування — респонденти заповнювали форми самостійно або в присутності дослідника, що допомагало уникнути хиб у розумінні питань. Особлива увага приділялася дотриманню етичних принципів: добровільність участі, конфіденційність відповідей та інформована згода. Усі учасники підписували відповідні документи при поступленні до стаціонару, а також підтверджували згоду на участь у дослідженні під час заповнення анкет.

Таким чином, використання комбінованого підходу, що включає кількісні методи оцінки психічного стану, аналіз бар'єрів до лікування та дотримання етичних норм, забезпечує достовірність результатів і дозволяє зробити висновки, що мають практичне значення для покращення якості психологічної допомоги військовослужбовцям.

### **Методика оцінки дотримання медикаментозного лікування MMAS-8**

У дослідженні рівня комплаєнсу особливо важливо використовувати валідні та стандартизовані інструменти, що дозволяють об'єктивно оцінити, наскільки пацієнт виконує лікарські приписи. Однією з найбільш визнаних у світі шкал у цій сфері є **шкала дотримання медикаментозного лікування MMAS-8**, створена американським вченим **Дональдом Е. Моріскі (Donald E. Morisky)** та його колегами. Методика була вперше запропонована у 2008 році як вдосконалена версія попередньої 4-пунктної шкали MMAS-4 (Morisky et al., 1986) і набула широкого поширення в медичних, фармакологічних та психологічних дослідженнях.

Шкала MMAS-8 була перекладена на українську мову в рамках досліджень комплаєнсу серед пацієнтів, зокрема для оцінки дотримання медичних рекомендацій (Шеремет, М. Ю. 2019).

**Схвалення МОЗ:** Шкала MMAS-8 офіційно використовується у клінічній практиці в Україні. Вона згадується, зокрема, у *Наказі МОЗ України №574 від 13.06.2016* «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при артеріальній гіпертензії» (Міністерство охорони здоров'я України 2016).

### **Теоретичне підґрунтя методики**

Комплаєнтність (від англ. "compliance") означає ступінь, до якого поведінка пацієнта відповідає рекомендаціям медичного працівника. У практиці охорони здоров'я низький рівень комплаєнсу є серйозною проблемою, адже він безпосередньо пов'язаний з неефективністю лікування, зростанням ускладнень, повторною госпіталізацією та загальним погіршенням стану здоров'я. MMAS-8 (Morisky et al. 1986) оцінює саме поведінкові аспекти дотримання режиму лікування, зокрема — забування, пропуск прийомів, припинення лікування після покращення, тощо.

### **Структура та зміст MMAS-8**

Шкала містить **вісім запитань**, що стосуються типових причин недотримання лікування. Перші сім питань мають варіанти відповідей "**так/ні**", тоді як восьме питання оцінюється за **лікарською п'ятибальною шкалою частоти** (від "ніколи" до "завжди").

### **Практичне значення методики MMAS-8**

Методика MMAS-8 (Morisky Medication Adherence Scale 1986) є одним із найбільш визнаних і зручних інструментів для оцінки комплаєнсності в клінічній практиці, а також у наукових дослідженнях. Вона застосовується для визначення рівня дотримання пацієнтами лікарських призначень та лікувальних рекомендацій. Важливою перевагою цієї методики є її висока надійність, що підтверджується коефіцієнтом альфа Кронбаха на рівні 0.83–0.86. Це свідчить про те, що методика MMAS-8 (Morisky et al. 1986) є надійним інструментом для визначення комплаєнсності пацієнтів, зокрема військовослужбовців, у лікувальних умовах. Вона забезпечує стабільні результати при різних умовах і дозволяє отримати точну інформацію щодо дотримання лікування. Оскільки

методика широко застосовується в медичній практиці та дослідженнях, її можна використовувати для оцінки змін у комплаєнності військовослужбовців під час тривалого лікування в госпіталях, а також для виявлення факторів, що можуть перешкоджати ефективному дотриманню лікувальних рекомендацій (Шеремет, М. Ю. 2019).

### **Рекомендації для застосування MMAS-8 в дослідженнях**

Застосування MMAS-8 (Morisky et al. 1986) в дослідженнях військовослужбовців дозволяє:

1. **Оцінити рівень комплаєнності** в умовах тривалого лікування: для того щоб точно визначити, чи дотримуються пацієнти рекомендованих лікарем лікувальних процедур та призначень. Це може бути важливим аспектом для ефективного контролю за станом здоров'я військовослужбовців, які проходять лікування в госпіталях.

2. **Виявити бар'єри в лікуванні**: методика дозволяє виявити не лише рівень комплаєнності, але й можливі бар'єри (психологічні, фізіологічні чи соціальні), що можуть заважати дотриманню лікувальних рекомендацій. Це важливо для адаптації лікувального процесу під індивідуальні потреби кожного пацієнта.

3. **Аналізувати суб'єктивне ставлення до лікування**: за допомогою результатів MMAS-8 (Morisky et al. 1986) можна отримати уявлення про те, як військовослужбовці ставляться до лікування, що може впливати на їхнє бажання дотримуватися призначеного лікувального плану.

4. **Розробити рекомендації для поліпшення комплаєнності**: на основі даних методики можна сформулювати рекомендації для медичних працівників, спрямовані на покращення дотримання лікувальних процедур, наприклад, шляхом змін в організації лікувального процесу або надання психологічної підтримки пацієнтам (Шеремет, М. Ю. 2019).

Методика MMAS-8 (Morisky et al. 1986) є ефективним і практично застосовуваним інструментом для вивчення комплаєнсності військовослужбовців, що проходять лікування в госпіталах. Вона дозволяє точно оцінити рівень дотримання лікування та виявити фактори, що можуть впливати на ефективність лікувального процесу. У контексті дослідження військовослужбовців та представників вразливих соціальних груп вона служить базовим інструментом для розуміння динаміки дотримання лікування та розробки індивідуальних стратегій підтримки (Шеремет, М. Ю. 2019).

### **Шкала стресу PSS-10 (Perceived Stress Scale-10)**

Шкала сприйманого стресу (PSS-10) (Cohen S. et al. 1983) є одним із найбільш широко визнаних інструментів для оцінки рівня стресу у різних контекстах. Її основною метою є вимірювання рівня сприйнятого стресу, тобто того, як індивіди оцінюють стресові ситуації у своєму житті. Розроблена в 1983 році психологом Стенлі Койеном, ця шкала з часом зазнала деяких змін і адаптацій, ставши важливим інструментом у психологічних та медичних дослідженнях для оцінки стресових навантажень та їхнього впливу на здоров'я.

Шкала PSS-10 є коротким, але потужним інструментом для оцінки сприйняття стресу, її використовують для вимірювання того, як люди відчують та реагують на стресові ситуації в повсякденному житті. Важливо відзначити, що PSS-10 оцінює не тільки фізичні чи емоційні реакції на стрес, але й здатність особи відчувати контроль над ситуацією або відчуття безвиході (Бандурко, А. О. 2024).

У дослідженні було використано шкалу PSS-10 (Perceived Stress Scale) (Cohen S. et al. 1983), адаптовану для української вибірки та апробовану в низці психологічних і клінічних досліджень в Україні (Дячук, 2017; Гуменюк і Коваленко, 2019). Методика продемонструвала належний рівень психометричних характеристик і активно застосовується для оцінки суб'єктивного рівня стресу у різних груп населення.

### **Теоретичне підґрунтя шкали PSS-10**

Теоретична основа шкали PSS-10(Cohen S. et al. 1983) полягає в концепції стресу як психофізіологічної реакції, яка виникає в результаті оцінки ситуації як загрозової або такої, що перевищує ресурси людини для подолання. Стрес може бути як позитивним (еустрес), так і негативним (дистрес), і шкала PSS-10(Cohen S. et al. 1983) оцінює саме сприйнятий дистрес, тобто негативний аспект стресу.

Система стресу, як правило, є адаптивною реакцією на зовнішні або внутрішні події, які вимагають емоційної або фізичної реакції. Однак, коли стрес є хронічним або постійним, це може мати серйозні наслідки для здоров'я, викликаючи різноманітні психосоматичні захворювання, депресію, тривожні розлади, а також впливати на фізичне здоров'я.

### **Структура шкали PSS-10**

Шкала PSS-10 (Cohen S. et al. 1983) містить 10 запитань, що стосуються того, як респондент оцінює рівень стресу за останній місяць. Питання шкали охоплюють різні аспекти сприйняття стресу, такі як почуття контролю над ситуацією, частота стресових переживань та здатність адаптуватися до труднощів.

### **Практичне застосування шкали PSS-10**

Шкала PSS-10 (Cohen S. et al. 1983) використовується в різних галузях досліджень та клінічній практиці. Вона є важливим інструментом для вимірювання рівня стресу в пацієнтів, а також вивчення його впливу на здоров'я. Вона використовується як для оцінки загального рівня стресу в популяціях, так і для вивчення впливу стресу на конкретні групи, наприклад, людей, які працюють у стресових професіях, військових, пацієнтів з хронічними захворюваннями (Бандурко, А. О. 2024).

У медичних дослідженнях шкала PSS-10 (Cohen S. et al. 1983) часто застосовується для виявлення зв'язку між стресом і психосоматичними захворюваннями, такими як серцево-судинні хвороби, порушення сну, депресія та тривожні розлади. Вона також використовується для моніторингу ефективності терапевтичних інтервенцій, зокрема когнітивно-поведінкової

терапії, медитаційних практик та фізичних вправ, спрямованих на зниження рівня стресу(Бандурко, А. О. 2024).

### **Обмеження та критика шкали PSS-10**

Незважаючи на свою популярність, шкала PSS-10 (Cohen S. et al. 1983) має деякі обмеження. По-перше, шкала вимірює лише суб'єктивне сприйняття стресу, а не фізіологічні або об'єктивні фактори стресу, що може обмежувати її точність при оцінці реального рівня стресу. Крім того, респонденти можуть мати схильність до соціально бажаних відповідей або можуть не завжди точно згадувати, як часто вони відчували стрес у певний період(Бандурко, А. О. 2024).

Також важливо пам'ятати, що сприйнятий стрес може залежати від багатьох факторів, таких як культурні відмінності, соціально-економічний статус та індивідуальні особливості особистості, що може впливати на результат. Тому шкала PSS-10 (Cohen S. et al. 1983) повинна використовуватися в контексті додаткових інструментів та методів оцінки стресу.

Шкала PSS-10 (Cohen S. et al. 1983) є потужним інструментом для вимірювання рівня стресу, що дозволяє отримати важливу інформацію про психічне здоров'я індивіда. Вона широко використовується в психології, медицині та соціальних науках для оцінки сприйнятого стресу та його впливу на різні аспекти життя людини. Методика має високу надійність і зручність у використанні, але при її застосуванні важливо враховувати контекст і можливі обмеження шкали для забезпечення точності результатів (Бандурко, А. О. 2024).

### **Шкала PCL-5 (Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5)**

Шкала PCL-5 (Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5) (Weathers F.W. et al. 2013) є однією з найбільш поширених і визнаних у психологічних та медичних дослідженнях для діагностики посттравматичного стресового розладу (ПТСР). Вона була розроблена для оцінки симптомів ПТСР відповідно до критеріїв, викладених у п'ятій редакції *Діагностичного та статистичного посібника психічних розладів (DSM-5)*. Це стандартизований інструмент, який

дозволяє виявити наявність і серйозність симптомів ПТСР, пов'язаних з травматичними подіями в житті людини (Weathers F.W. et al. 2013).

Шкала PCL-5 (Weathers F.W. et al. 2013) має важливе значення в клінічній практиці, оскільки дозволяє швидко і ефективно оцінювати симптоми ПТСР у пацієнтів різних вікових груп. Вона стала важливим інструментом для оцінки впливу травматичних подій, таких як війни, насильство, нещасні випадки або природні катастрофи, на психічне здоров'я людей. Крім того, шкала PCL-5 (Weathers F.W. et al. 2013) застосовується для моніторингу ефективності терапевтичних втручань і для оцінки серйозності симптомів протягом лікувального процесу.

У дослідженні використано українську версію шкали PCL-5 (Weathers F.W. et al. 2013) (Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5), адаптовану для оцінки симптомів ПТСР відповідно до критеріїв DSM-5. Переклад було здійснено у 2016–2017 роках за участі фахівців Українського інституту психічного здоров'я (на базі Українського католицького університету), Української асоціації когнітивно-поведінкової терапії та міжнародних експертів. Шкала застосовувалась у низці досліджень серед військовослужбовців, учасників бойових дій і внутрішньо переміщених осіб. У межах цих досліджень методика продемонструвала належну надійність та чутливість до змін (Weathers F.W. et al. 2013).

### **Теоретичне підґрунтя шкали PCL-5**

ПТСР є психічним розладом, який розвивається після пережитої або свідченої особисто травматичної події. Ось кілька прикладів травмуючих подій, які можуть призвести до розвитку ПТСР:

- фізичне або сексуальне насильство;
- участь у бойових діях;
- серйозні аварії чи природні катастрофи;
- раптова втрата близької людини чи іншого важливого

пережиття.

Шкала PCL-5 (Weathers F.W. et al. 2013) базується на критеріях ПТСР, які визначено в DSM-5. ПТСР включає чотири основні категорії симптомів:

1. **Вторгнення** — спогади про травматичну подію, кошмари, флешбеки.
2. **Уникнення** — уникання думок, місць, людей, або діяльності, що нагадують про травму.
3. **Негативні зміни в мисленні та настрої** — включаючи відчуття відчуженості, негативне сприйняття себе або інших людей, погіршення емоційного зв'язку.
4. **Збудженість** — фізіологічне збудження, тривога, проблеми зі сном, дратівливість (Weathers F.W. et al. 2013).

Шкала PCL-5 (Weathers F.W. et al. 2013) дозволяє оцінити наявність і ступінь вираженості кожного з цих симптомів, а також визначити, чи відповідає пацієнт стандартам діагнозу ПТСР.

### **Практичне застосування шкали PCL-5**

Шкала PCL-5 (Weathers F.W. et al. 2013) використовується в клінічних умовах для оцінки симптомів ПТСР в пацієнтів, що пережили травматичні події. Вона допомагає фахівцям зрозуміти, чи є у пацієнта симптоми ПТСР, та їхню серйозність, що дозволяє призначити відповідне лікування.

Ця шкала також широко застосовується в дослідженнях, спрямованих на вивчення ПТСР серед різних популяцій: ветеранів війни, свідків насильства, жертв природних катастроф та інших осіб, які зазнали серйозних травм. Вона є важливим інструментом у дослідженнях ефективності психотерапевтичних методик, таких як когнітивно-поведінкова терапія або травмотерапія (Weathers F.W. et al. 2013).

### **Обмеження та критика шкали PCL-5**

Шкала PCL-5 (Weathers F.W. et al. 2013) є потужним інструментом для виявлення симптомів ПТСР, однак вона має деякі обмеження. По-перше, це самооцінка, що означає, що респонденти можуть надавати соціально бажані відповіді або не повністю усвідомлювати серйозність своїх симптомів. Оцінка

симптомів за допомогою самооцінки може призвести до певної не об'єктивності у визначенні ступеня вираженості симптомів ПТСР (Weathers F.W. et al. 2013).

Крім того, шкала не надає інформації про природу травматичної події, що обмежує її здатність діагностувати специфічні аспекти травми. У деяких випадках пацієнти можуть мати симптоми, схожі на ПТСР, але з іншої причини, що вимагає більш детального аналізу та додаткових інструментів для визначення точного діагнозу.

Шкала PCL-5 (Weathers F.W. et al. 2013) є потужним інструментом для виявлення та оцінки симптомів посттравматичного стресового розладу. Вона дозволяє психотерапевтам, психологам і медичним працівникам отримати точну оцінку серйозності симптомів ПТСР та визначити необхідність втручання або подальшого лікування. Хоча шкала має свої обмеження, вона є важливим інструментом у дослідженнях та клінічній практиці для підтримки людей, які пережили травматичні події, у їхньому шляху до відновлення психічного здоров'я.

### **Шкала PHQ-9 для оцінки депресії**

Шкала PHQ-9 (Patient Health Questionnaire-9) (Український інститут когнітивно-поведінкової терапії 2017) є одним із найбільш визнаних інструментів для скринінгу та оцінки депресії у пацієнтів. Вона була розроблена для того, щоб швидко та ефективно виявляти симптоми депресії та оцінювати їхній ступінь вираженості відповідно до діагностичних критеріїв DSM-IV та DSM-5 (Діагностичний та статистичний посібник психічних розладів, п'ята редакція) (Kroenke, K., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. W. 2001).

PHQ-9 (Український інститут когнітивно-поведінкової терапії 2017) використовується в клінічній практиці для первинного діагностування депресії, моніторингу прогресу лікування, а також для визначення необхідності подальшого втручання. Це самооцінювальна шкала, що складається з 9 запитань, кожне з яких оцінюється за чотирибальною шкалою частоти прояву симптомів.

У дослідженні використано українську версію шкали PHQ-9 (Український інститут когнітивно-поведінкової терапії 2017) (Patient Health Questionnaire-9) для оцінки вираженості депресивної симптоматики. Переклад шкали був здійснений близько 2015 року у рамках міжнародних ініціатив з розвитку системи психічного здоров'я в Україні. До процесу перекладу та клінічного використання долучалися фахівці Національного медичного університету імені О.О. Богомольця та Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького. Методика активно застосовується в медичних та психологічних закладах України та зарекомендувала себе як надійний інструмент скринінгу депресії.

### **Практичне застосування шкали PHQ-9**

Шкала PHQ-9 (Український інститут когнітивно-поведінкової терапії 2017) застосовується в різних клінічних умовах, таких як психіатрія, психологія, сімейна медицина та інші напрямки охорони здоров'я. Вона дозволяє лікарям швидко оцінити рівень депресії та зробити попередній діагноз, а також моніторити динаміку стану пацієнта під час лікування (Kroenke, K., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. W. 2001).

Ця шкала також є корисним інструментом у популяційних дослідженнях, де потрібно визначити рівень депресії в великих групах людей. Вона широко використовується для оцінки ефективності терапевтичних методів, включаючи медикаментозне лікування та психотерапію (Kroenke, K., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. W. 2001).

### **Обмеження шкали PHQ-9**

Попри свою простоту та ефективність, шкала PHQ-9 (Український інститут когнітивно-поведінкової терапії 2017) має певні обмеження. Вона є самооцінною, і результати можуть бути спотворені через соціально бажані відповіді або недостатнє усвідомлення власних симптомів. Також шкала не оцінює інші психічні розлади, такі як тривожні розлади або біполярний розлад, що може призвести до діагностичних помилок у деяких випадках (Kroenke, K., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. W. 2001).

Шкала PHQ-9 (Український інститут когнітивно-поведінкової терапії 2017) є важливим інструментом для виявлення та оцінки депресії. Вона дозволяє не лише скринінгувати депресію, а й визначати її ступінь тяжкості, що є важливим для планування лікування та моніторингу прогресу. Хоча вона має певні обмеження, її застосування в клінічній практиці є незамінним для виявлення та допомоги пацієнтам з депресивними розладами (Kroenke, K., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. W. 2001).

### **Шкала DAS-21 для оцінки тривожності та стресу**

Шкала DAS-21 (Depersonalization, Anxiety, Stress Scale – 21 items) (Psychology Foundation of Australia 2022) є інструментом для оцінки рівня тривожності та стресу, а також для вимірювання деперсоналізації, що є поширеними психофізіологічними станами, пов'язаними з переживаннями тривоги та стресу. Шкала складається з 21 питання, кожне з яких оцінюється на основі частоти або інтенсивності відчуттів протягом певного періоду часу. DAS-21 (Psychology Foundation of Australia 2022) дозволяє виявити рівень тривожності, стресу та деперсоналізації у різних популяціях, включаючи пацієнтів із психічними розладами, а також осіб, які переживають психологічні або емоційні труднощі (Мельник Ю. Б., Стаднік А. В. 2023).

У дослідженні використано україномовну версію шкали DASS-21 (Depression Anxiety Stress Scales) (Psychology Foundation of Australia 2022), яка застосовується для оцінки рівня депресії, тривоги та стресу. Переклад шкали було виконано в рамках окремих дослідницьких ініціатив, проте повноцінна психометрична адаптація для української вибірки (з офіційною публікацією результатів валідації) наразі відсутня. Незважаючи на це, шкала активно використовується у психологічних дослідженнях в Україні, зокрема серед лікарів та осіб, які мають підвищений рівень психоемоційного навантаження (Мельник Ю. Б., Стаднік А. В. 2023).

### **Теоретичне підґрунтя шкали DAS-21**

Шкала DAS-21 (Psychology Foundation of Australia 2022) була розроблена на основі сучасних уявлень про стрес, тривогу і деперсоналізацію. Тривога та стрес є важливими аспектами емоційного стану, які можуть значно впливати на якість життя, фізичне та психічне здоров'я людини. Деперсоналізація, з іншого боку, являє собою емоційну відчуженість від власного тіла або навколишнього світу, що також може виникати як результат надмірного стресу або тривоги (Мельник Ю. Б., Стаднік А. В. 2023).

Тривога може бути як нормальним психофізіологічним процесом, що виникає у відповідь на стресові ситуації, так і симптомом психічних розладів, таких як генералізований тривожний розлад або панічні атаки. Стрес, у свою чергу, може виникати через будь-які зовнішні або внутрішні обставини, які перевищують здатність організму адаптуватися до них, що призводить до фізичних і психологічних реакцій, таких як порушення сну, головний біль, втома, зниження працездатності та інші (Мельник Ю. Б., Стаднік А. В. 2023).

### **Практичне застосування шкали DAS-21**

Шкала DAS-21 (Psychology Foundation of Australia 2022) застосовується у різних клінічних ситуаціях для оцінки рівня тривожності, стресу та деперсоналізації, особливо при роботі з пацієнтами, що мають психічні розлади або переживають стресові ситуації. Вона дозволяє лікарям та психологам швидко і ефективно оцінити рівень переживаних емоцій і визначити подальшу стратегію втручання (Мельник Ю. Б., Стаднік А. В. 2023).

Шкала також використовується в дослідженнях для вимірювання рівня стресу та тривожності в різних популяціях, наприклад, серед студентів, працівників, а також вивчення впливу стресових факторів на здоров'я та якість життя (Мельник Ю. Б., Стаднік А. В. 2023).

### **Обмеження шкали DAS-21**

Оскільки шкала DAS-21 (Psychology Foundation of Australia 2022) є самооцінною, вона може бути піддана певним спотворенням з боку респондентів, зокрема через соціально бажані відповіді або недооцінку власних переживань. Крім того, шкала не є специфічною для оцінки всіх видів психічних

розладів, таких як біполярний розлад або шизофренія, тому її слід використовувати разом з іншими діагностичними інструментами для отримання більш повної картини (Мельник Ю. Б., Стаднік А. В. 2023).

Шкала DAS-21 (Psychology Foundation of Australia 2022) є важливим інструментом для оцінки рівня тривожності, стресу та деперсоналізації. Вона дозволяє не лише визначити наявність цих станів, а й оцінити їхній вплив на повсякденне життя. Використання цієї шкали допомагає лікарям та психологам приймати обґрунтовані рішення щодо подальшої тактики лікування та корекції стану пацієнта, а також забезпечує ефективний моніторинг стану пацієнта під час терапевтичного процесу (Мельник Ю. Б., Стаднік А. В. 2023).

### **2.3. Процедура збору та обробки даних**

Збір емпіричних даних здійснювався в умовах госпітального середовища, де проходили тривале лікування військовослужбовці, які брали участь у бойових діях. Дослідження проводилось у клінічному контексті — безпосередньо під час стаціонарного лікування в двох спеціалізованих військово-медичних закладах. Такий підхід забезпечив високу достовірність результатів, оскільки психоемоційні чинники та рівень комплаєнсу оцінювалися в реальних умовах тривалого лікувального процесу.

До вибірки увійшли як діючі військовослужбовці, так і військовослужбовці, які знаходяться на лікуванні понад три місяці, з ймовірним продовженням лікування до шести місяців і більше. Усі респонденти мають поранення та захворювання, отримані внаслідок військової служби, участі в бойових діях, а також супутні стани чи розлади, що потребують тривалої медичної допомоги. Основними структурними підрозділами, у яких проводилося дослідження, були:

- неврологічне відділення,
- відділення медико-психологічної реабілітації,
- відділення травм опорно-рухового апарату.

У дослідженні брали участь як чоловіки, так і жінки з різним військовим досвідом, званням та посадами. Однак ці характеристики не були критеріями добору респондентів і не враховувались при аналізі.

Перед початком опитування кожному потенційному учаснику надавалась інформована згода, що містила пояснення цілей дослідження, умов участі, гарантії анонімності та відсутності впливу на лікувальний процес. Нижче наведено текст інформованої згоди, яку отримували всі учасники:

***Вітаю!***

*Запрошую вас взяти участь у дослідженні впливу рівня стресових реакцій на прихильність до лікування.*

*Результати сприятимуть покращенню роботи нашої команди та ефективності лікування.*

*Відповіді збираються та аналізуються анонімно, це ніяким чином не вплине на ваше лікування та перебування в закладі.*

*Опитування займе близько 30 хвилин вашого часу.*

***Дякую!***

*Будь ласка, прочитайте інформовану згоду і поставте тут відмітку. Це не вплине на результати ваших тестів. Дані оброблятимуться статистично і завжди анонімно.*

***Я згоден(-на) надати дані Семеновій Ользі Вікторівні з дослідницькою метою.***

Опитування проводилось письмово, індивідуально. Учасники мали змогу заповнювати анкети в зручний для себе час у спокійній обстановці. Для забезпечення об'єктивності та психологічного комфорту, у більшості випадків анкетування відбувалося в присутності дослідника, який надавав інструкції, відповідав на запитання, допомагав у розумінні формулювань, але не втручався в процес вибору відповідей.

Дані з паперових анкет переносились до електронної таблиці у форматі Microsoft Excel. Кожному учаснику присвоювався унікальний код, що гарантував анонімність. Перед обробкою здійснювалася перевірка на повноту й

логічну узгодженість відповідей, а також кодування змінних відповідно до типів даних.

До набору психодіагностичних інструментів входили:

- **PCL-5 (Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5)** (Weathers F.W. et al. 2013) — для оцінки симптомів ПТСР;
- **PSS-10 (Perceived Stress Scale)** (Cohen S. et al. 1983) — для вимірювання рівня сприйманого стресу;
- **DASS-21 (Depression, Anxiety and Stress Scales)** (Psychology Foundation of Australia 2022) — для оцінки рівнів тривожності, стресу та депресії;
- **PHQ-9 (Patient Health Questionnaire-9)** (Український інститут когнітивно-поведінкової терапії 2017) — для виявлення симптомів депресії;
- **MMAS-8 (Morisky Medication Adherence Scale)** (Morisky et al. 1986) — для визначення рівня медичного комплаєнсу.

Після завершення етапу збору всі заповнені анкети були передані для аналізу. Дані з бланків було перенесено до електронної таблиці у форматі Microsoft Excel. Кожному респонденту було присвоєно унікальний код, що дозволив уникнути ідентифікації особи та забезпечити повну знеособленість інформації. Далі здійснювалася перевірка даних на коректність і повноту, у тому числі — на відсутність пропусків чи логічних суперечностей у відповідях.

Для статистичної обробки результатів використовувалося програмне забезпечення **Jamovi**. Обробка даних відбувалася у кілька етапів:

1. **Підготовчий етап** — кодування всіх змінних, перевірка наявності аномальних значень, уточнення типу змінних (кількісні, категоріальні, порядкові).
2. **Описова статистика** — розрахунок середніх значень, стандартних відхилень, медіан, мод, частот і процентних співвідношень.
3. **Аналіз розподілу змінних** — перевірка нормальності розподілу.

4. **Кореляційний аналіз** — із метою виявлення зв'язків між рівнем психоемоційних станів (тривога, депресія, стрес, ПТСР) та рівнем комплаєнсу.

5. **Регресійний аналіз** — для визначення предикторів медичного комплаєнсу.

Таким чином, процедура збору та обробки даних була реалізована з дотриманням всіх етичних вимог, принципів добровільності участі, конфіденційності та наукової об'єктивності. Результати статистичного аналізу представлені у наступному розділі магістерської роботи та слугують підґрунтям для формування висновків щодо психологічних чинників, пов'язаних із комплаєнсом у військовослужбовців.

## **Висновки до розділу II**

Другий розділ магістерської роботи був присвячений обґрунтуванню методів, організації та процедур емпіричного дослідження, що має на меті вивчення психологічних чинників, пов'язаних із дотриманням медичних рекомендацій (комплаєнсом) серед військовослужбовців, які проходять тривале лікування у військових госпіталях.

Перш за все, була охарактеризована вибірка дослідження, що включала 100 респондентів — чоловіків і жінок, які є діючими військовослужбовцями або тимчасово відсторонені від виконання службових обов'язків через потребу в тривалому стаціонарному лікуванні (понад три місяці, із прогнозованим подовженням до шести місяців і більше). Усі учасники отримали поранення, захворювання або психоемоційні розлади внаслідок виконання службових обов'язків у бойових умовах. Дослідження проводилося в умовах двох медичних спеціалізованих закладів, зокрема у таких структурних підрозділах, як неврологічне відділення, відділення медико-психологічної реабілітації та відділення травм опорно-рухового апарату.

Структура вибірки за статтю відображала типовий для Збройних Сил України розподіл: 74% чоловіків і 26% жінок. Такий показник дозволяє

враховувати вплив гендерного чинника на рівень комплаєнсу та емоційне реагування у межах подальшого аналізу. Респонденти були розподілені на п'ять вікових категорій, із найбільшою представленістю у вікових групах 26–35 та 36–45 років, що загалом відповідає активному періоду військової служби.

Усі респонденти надали письмову інформовану згоду на участь у дослідженні, були ознайомлені з його метою та умовами, отримали гарантії анонімності й конфіденційності. Це відповідає сучасним етичним стандартам психологічної та медичної науки й дозволило сформувати довірливу атмосферу для збору правдивих та валідних даних.

Для досягнення дослідницьких цілей було обрано комплексну психодіагностичну програму, що включала перевірені, стандартизовані методики.

Збір даних здійснювався у клінічних умовах, індивідуально, письмовим способом. У разі потреби учасникам надавалась допомога щодо роз'яснення інструкцій, однак дослідник не втручався у зміст відповідей. Це дозволило зберегти об'єктивність дослідження, а також врахувати індивідуальні особливості психоемоційного стану кожного респондента.

Після збору даних інформацію було внесено до електронної таблиці, кожному учаснику присвоєно унікальний код, що унеможлиблював персональну ідентифікацію. Аналіз даних здійснювався за допомогою статистичного пакету Jamovi. Було проведено низку процедур: кодування змінних, описова статистика, перевірка нормальності розподілу, кореляційний аналіз (для виявлення зв'язків між рівнями комплаєнсу та психоемоційними характеристиками), а також множинна регресія (для встановлення факторів прогнозу рівня комплаєнсу).

Значущим моментом стало поєднання кількісного та якісного підходів у дослідженні, що дозволило не лише оцінити статистичні закономірності, а й виявити глибинні причини й бар'єри, які можуть перешкоджати дотриманню лікування — зокрема, відчуття безнадії, низької самоцінності, страх стигматизації, недовіра до медичних інтервенцій тощо.

Таким чином, методологічний підхід, представлений у другому розділі, забезпечив наукову обґрунтованість та практичну релевантність емпіричного дослідження. Застосовані процедури збору й обробки даних відповідають сучасним вимогам клінічної психології та медичної науки, а отримані результати створюють надійну основу для подальшого аналізу впливу психоемоційних чинників на рівень комплаєнсу серед військовослужбовців, які перебувають на лікуванні.

## РОЗДІЛ III. АНАЛІЗ ТА ІНТЕРПРЕТАЦІЯ РЕЗУЛЬТАТІВ ДОСЛІДЖЕННЯ

### 3.1. Опис рівнів комплаєнсу та психоемоційних характеристик військовослужбовців

З метою комплексного аналізу чинників, що впливають на дотримання комплаєнсу, на першому етапі було проведено описову характеристику вибірки військовослужбовців, які перебувають на тривалому лікуванні у військових госпіталях. Було враховано такі групи змінних: соціально-демографічні характеристики, рівень комплаєнсу, а також показники психоемоційного стану. До вибірки увійшли як чоловіки, так і жінки, що забезпечує можливість попереднього гендерного аналізу. У контексті структури Збройних сил України переважає чоловічий контингент, що відобразилось і у даній вибірці: більшість респондентів були чоловіками. Попри меншу чисельність жінок, їхня участь у дослідженні є важливою, з огляду на зростаючу кількість жінок у складі бойових, тилових та медичних підрозділів. Крім того, специфіка переживання стресових подій, а також фактори, що впливають на дотримання медичних рекомендацій, можуть відрізнятися у чоловіків і жінок, що потребує окремого аналізу.

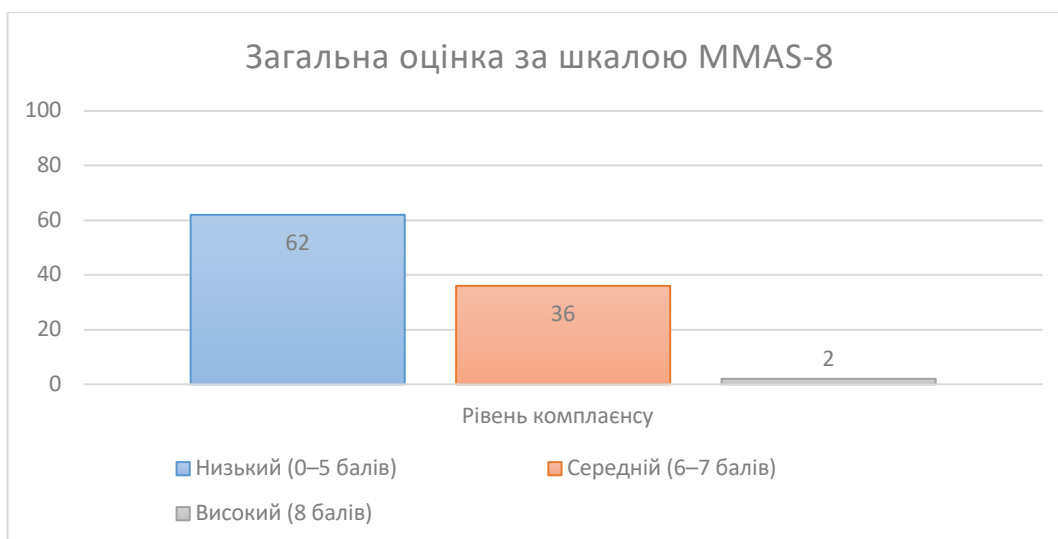
Щодо вікового розподілу, респонденти були представлені в п'яти вікових категоріях: 18–25 років, 26–35 років, 36–45 років, 46–55 років і 56 років і старші. Найбільшою за чисельністю була група респондентів віком від 18 до 25 років. Це частково зумовлено активною участю представників молодого покоління у бойових діях, специфікою сучасної мобілізаційної політики, а також тенденцією до укладення контрактів на службу у ЗСУ у відносно молодому віці. Згідно з даними сучасних досліджень, особи цієї вікової категорії можуть бути більш вразливими до впливу бойових психотравм, оскільки в них ще не сформовані повноцінні механізми психологічної зрілості, адаптації до екстремальних умов та стресостійкості.

Разом з тим, присутність у вибірці військовослужбовців середнього та старшого віку створює умови для комплексного аналізу факторів комплаєнсу на різних етапах життєвого циклу та військової служби. Це дозволяє дослідити вікові особливості впливу психоемоційних станів на дотримання медичних рекомендацій і прогнозування відновлення після поранення або психотравм.

Оцінка рівня медичного комплаєнсу в межах даного дослідження здійснювалася з використанням Шкали прихильності до лікування Морінського (MMAS-8) (Morisky et al. 1986), яка є одним із найпоширеніших інструментів для визначення дотримання пацієнтами лікарських приписів. Шкала містить вісім пунктів, кожен з яких відображає певний аспект поведінки пацієнта щодо прийому лікарських засобів: чи забував він приймати ліки, чи припиняв лікування з власної ініціативи, чи відчував труднощі у дотриманні схеми лікування, чи знижував дозування без узгодження з лікарем тощо. Частина питань шкали є дихотомічними (відповіді «так» або «ні»), частина — шкальованими, що дозволяє отримати як кількісну, так і якісну оцінку.

Загальна оцінка за шкалою MMAS-8 (Morisky et al. 1986) може варіюватися від 0 до 8 балів, де вищий бал свідчить про кращу прихильність до лікування. Стандартизоване інтерпретаційне розмежування дозволяє класифікувати результати за трьома рівнями в діаграмі 3.1.:

Діаграма 3.1.



Таблиця 3.1.

**Описова статистика психоемоційного стану військовослужбовців**

	<b>Ваша стать</b>	<b>Ваш вік</b>	<b>PCL- 5. БАЛ</b>	<b>PSS- 10 БАЛ</b>	<b>DASS-21 (бали)</b>	<b>PHQ-9 (бали)</b>	<b>MMAS- 8 (бали)</b>
<b>N</b>	101	101	101	101	101	101	101
<b>Missing</b>	0	0	0	0	0	0	0
<b>Mean</b>			33.3	23.0	31.2	12.3	3.81
<b>Median</b>			34	24	31	14	4
<b>Standard deviation</b>			12.2	4.57	5.51	5.02	1.98
<b>Minimum</b>			5	11	15	0	0
<b>Maximum</b>			67	31	44	21	9

У ході дослідження було зроблено описову статистику, представлено у вигляді таблиці 3.1., що середній бал за шкалою MMAS-8 (Morisky et al. 1986) склав 3.81 бала при стандартному відхиленні  $\sigma = 1.98$ . Медіанний показник — 4.00, що підтверджує переважання низьких оцінок комплаєнсу. 75% вибірки набрали 5 балів або менше, а максимальне значення склало 9 балів (у межах адаптованого варіанта шкали). Це свідчить про загальну тенденцію до недостатньої прихильності до лікування серед опитаних військовослужбовців. Варіація балів у межах від 0 до 9 (ймовірно, внаслідок використання локальної адаптації шкали або округлення відповіді на шкальовані пункти) вказує на значну розбіжність у поведінкових паттернах щодо дотримання лікарських приписів.

Більшість респондентів мали низький рівень комплаєнсу, що є тривожним індикатором у контексті реабілітації військових після поранень, оперативного втручання чи лікування ПТСР. Недотримання схеми медикаментозного лікування може призводити до подовження періоду одужання, зниження ефективності призначеної терапії, рецидиву симптомів, підвищення ризику

ускладнені, в окремих випадках, повторної госпіталізації. Крім того, низький комплаєнс значною мірою пов'язаний із психологічними чинниками — зокрема, зниженою мотивацією до одужання, відчуттям безнадії або недовірою до медичної системи.

Актуальність оцінки комплаєнсу саме серед військовослужбовців обумовлюється тим, що цей контингент є вразливим до ряду психосоціальних ризиків. Служба в умовах бойових дій, поранення, втрата побратимів, відрив від родини та звичного соціального середовища можуть істотно впливати на внутрішню мотивацію до лікування. Крім того, у військовому середовищі досить поширеними є установки на самостійність і терпіння, які можуть знижувати готовність визнавати потребу у медичній допомозі або постійно дотримуватися призначеної терапії.

Таким чином, зафіксовані показники за шкалою MMAS-8 (Morisky et al. 1986) вказують на реальну потребу в заходах із підвищення комплаєнсу серед військовослужбовців. Це потребує подальшого аналізу бар'єрів, що перешкоджають дотриманню лікування, та розробки ефективних інформаційних і психокорекційних програм.

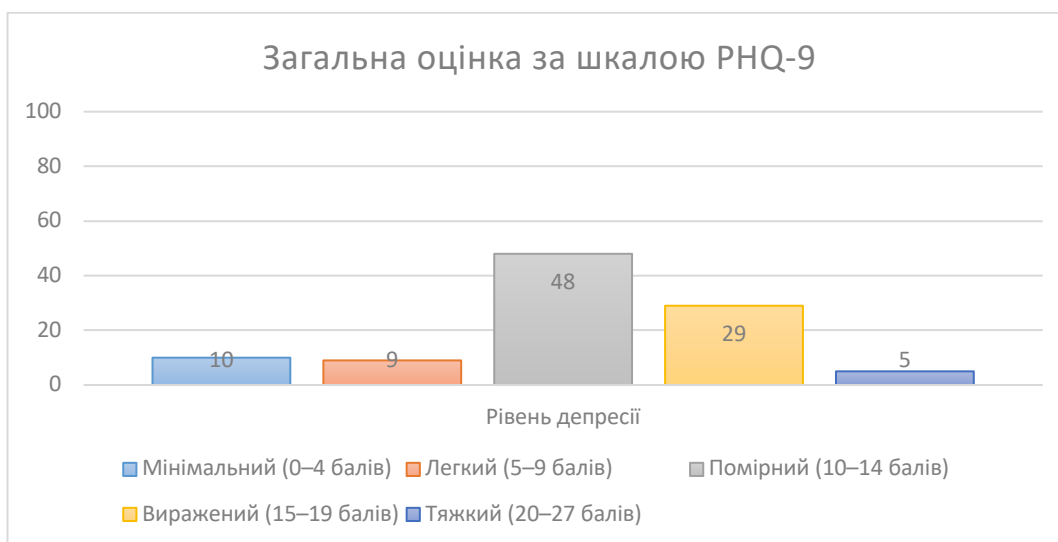
Для оцінки психоемоційного стану респондентів було використано низку валідизованих психодіагностичних інструментів, спрямованих на вимірювання рівня депресії, тривожності, стресу та посттравматичного стресового розладу. Така всебічна оцінка дозволила отримати комплексну картину психологічного функціонування військовослужбовців у період тривалого лікування.

Оцінка рівня депресії у військовослужбовців, які перебувають на тривалому лікуванні, здійснювалась за допомогою шкали **PHQ-9 (Patient Health Questionnaire-9)** (Український інститут когнітивно-поведінкової терапії 2017). Це стандартизований самозвітний опитувальник, створений для виявлення та оцінки інтенсивності депресивної симптоматики відповідно до діагностичних критеріїв DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders). Шкала включає дев'ять запитань, кожне з яких відповідає окремому симптому великого

депресивного епізоду, зокрема втраті інтересу, пригніченому настрою, порушенням сну, зниженню енергії, концентрації, апетиту тощо.

Для зручності інтерпретації результати PHQ-9 (Український інститут когнітивно-поведінкової терапії 2017) поділяються на п'ять рівнів вираженості депресії в діаграмі 3.2.

Діаграма 3.2.



Як видно з діаграми 3.2., понад 80% респондентів мають клінічно значущу депресивну симптоматику, тобто набрали 10 і більше балів, що відповідає помірному, вираженому або тяжкому рівню. Найбільше респондентів — майже половина вибірки (48 осіб) — знаходяться в межах помірною рівня депресії, що вже вимагає уваги фахівця та спостереження. Близько третини вибірки мають виражені депресивні прояви, а 5 осіб — тяжкий рівень, що потенційно свідчить про ризик суїцидальних думок, порушення соціального функціонування та дезадаптацію.

У ході дослідження було встановлено описову статистику, яку представлено у вигляді таблиці 3.1. Середній бал за шкалою PHQ-9 (Український інститут когнітивно-поведінкової терапії 2017) становив 12.3 бала, що узгоджується з межами помірною рівня депресії. Стандартне відхилення склало 5.02, а медіанний показник — 14 балів, що підтверджує високу концентрацію учасників у зонах помірною і вираженої симптоматики. Варіація

значень охоплювала повний діапазон шкали — від 0 до 21 балів, що свідчить про наявність у вибірці як осіб без виражених проявів, так і тих, хто демонструє симптоми клінічно тяжкої депресії.

Отримані результати свідчать, що значна частина військовослужбовців перебуває у стані емоційного виснаження, пригнічення, втрати мотивації, що значною мірою пов'язано із бойовим досвідом, втратою побратимів, фізичними обмеженнями після поранень, а також дезадаптацією до умов тривалого перебування в лікувальному закладі. У цьому контексті важливими чинниками виступають відрив від звичного соціального середовища, ізоляція від родини, невизначеність щодо повернення до служби та труднощі з особистісною ідентичністю після травмівного досвіду.

Клінічно значущий рівень депресії має особливе значення і в контексті комплаєнсу. Як показують численні дослідження, депресія тісно пов'язана зі зниженням прихильності до лікування: пацієнти менш ретельно дотримуються режиму медикаментозної терапії, частіше самостійно змінюють або припиняють лікування, мають нижчу мотивацію до співпраці з лікарем. Тому симптоматика депресивного спектру може бути не лише наслідком травматичного досвіду, а й фактором ризику недостатнього комплаєнсу, що посилює загальну клінічну картину.

У зв'язку з цим доцільним є запровадження обов'язкового скринінгу на депресію серед військовослужбовців у лікувальних закладах, а також розробка цілеспрямованих психокорекційних програм, спрямованих на підтримку емоційного стану та формування мотивації до лікування. Такий підхід дозволить не лише покращити психоемоційне благополуччя, але й підвищити загальний рівень комплаєнсу та ефективність терапевтичного процесу.

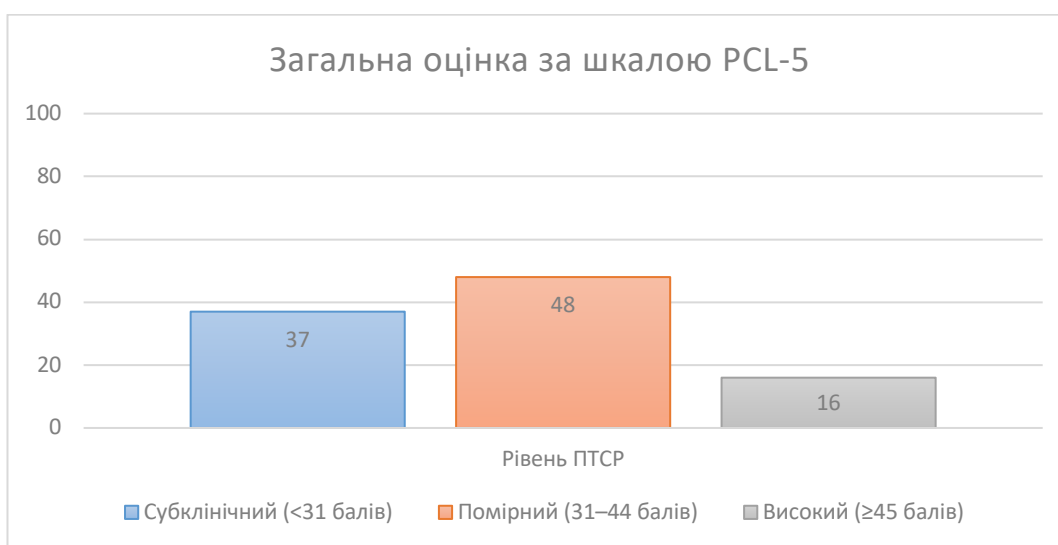
Оцінка симптомів посттравматичного стресового розладу (ПТСР) у військовослужбовців проводилась за допомогою шкали PCL-5 (PTSD Checklist for DSM-5) 5 (Weathers F.W. et al. 2013) — одного з найбільш поширених інструментів для скринінгу симптоматики ПТСР відповідно до критеріїв DSM-5.

Ця шкала дозволяє виміряти ступінь вираженості таких симптомів, як нав'язливі спогади, нічні кошмари, емоційна відстороненість, уникнення травматичних стимулів, гіперзбудження та інші, що є типовими для людей з пережитим травматичним досвідом.

Загальна кількість балів за шкалою PCL-5 5 (Weathers F.W. et al. 2013) варіюється від 0 до 80. Згідно описової статистиці, яку представлено у вигляді таблиці 3.1. У цьому дослідженні середній бал становив 33.3 бала при стандартному відхиленні 12.2 та медіанному значенні 34 бали. Мінімальне значення, зафіксоване у вибірці, становило 5 балів, а максимальне — 67, що охоплює майже повний спектр можливих показників.

З метою інтерпретації отриманих результатів респонденти були розподілені на три категорії залежно від вираженості симптомів в діаграмі 3.3.

Діаграма 3.3.



Як свідчать дані діаграми 3.3., майже половина вибірки (48 осіб) перебуває в межах помірного рівня симптомів ПТСР, що є клінічно значущим, а ще 16 респондентів мають високий рівень симптоматики, який свідчить про потребу в фаховій психотерапевтичній або фармакологічній допомозі. Лише 37 військовослужбовців (36.6%) продемонстрували субклінічний рівень симптомів, що, однак, не виключає наявності окремих проявів посттравматичного реагування.

Згідно з науковими джерелами, клінічно релевантним порогом для ймовірної наявності ПТСР вважаються оцінки від 31 до 33 балів, залежно від типу вибірки та контексту (військова, цивільна, післякатастрофічна тощо). Отже, середній бал у 33.3 уже сам по собі свідчить про високий рівень психотравматизації вибірки, навіть без урахування верхнього діапазону.

Серед симптомів, що найчастіше виявляються у військовослужбовців із ПТСР, літературні джерела та клінічна практика вказують на нав'язливі спогади про бойові події, емоційне оціпеніння, порушення сну, гостру тривожність, дратівливість, гіперчутливість до загроз та схильність до уникання будь-яких тригерів, що нагадують про травму. Така симптоматика часто ускладнена почуттям провини за збережене власне життя, втратою побратимів, фізичними каліцтвами або тривалим розривом соціальних зв'язків.

Формування ПТСР серед військових, які проходять лікування в умовах тривалої госпіталізації, є не лише ймовірним, а й очікуваним наслідком бойових дій, особливо для тих, хто не мав часу або можливості на адекватну психологічну обробку травматичного досвіду. Затяжне перебування в лікарняному середовищі, фізичні обмеження після поранень, невизначеність щодо повернення до служби — усе це створює умови для персистування симптомів ПТСР.

З точки зору клінічного прогнозу, ПТСР є важливим психоемоційним чинником ризику зниження комплаєнсу. У багатьох випадках особи, що страждають на ПТСР, демонструють знижену здатність до саморегуляції, неповну довіру до медичного персоналу, порушення уваги та пам'яті, що ускладнює дотримання схем лікування, прийом препаратів і виконання реабілітаційних заходів. У деяких випадках уникання як симптом ПТСР може поширюватися і на сам процес лікування.

Таким чином, отримані результати не лише підтверджують високу поширеність симптомів ПТСР серед військовослужбовців, а й вказують на необхідність включення психотравматичних чинників до моделі прогнозування

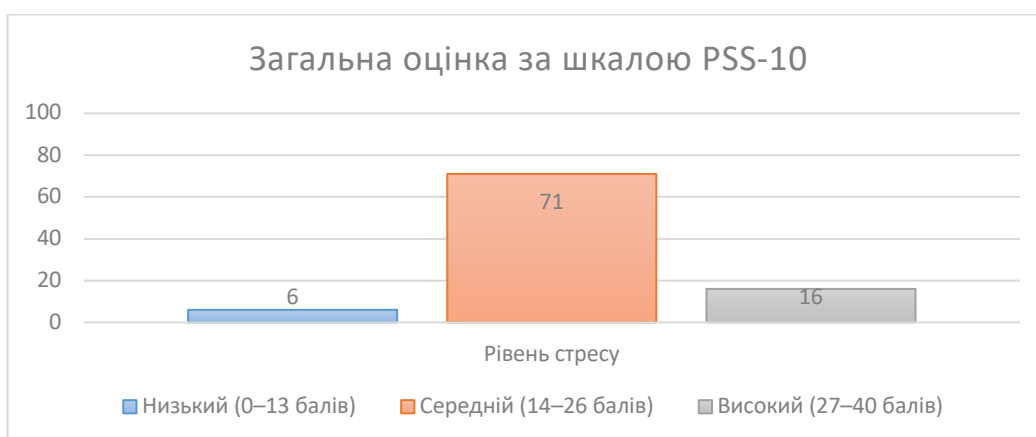
комплаєнсу, а також на потребу в системній психотерапевтичній роботі, що супроводжує медичне лікування.

Для оцінки рівня сприйнятого (суб'єктивного) стресу серед військовослужбовців, які перебували на тривалому лікуванні, у дослідженні була використана шкала PSS-10 (Perceived Stress Scale) (Cohen S. et al. 1983). Цей інструмент є однією з найбільш валідних і науково обґрунтованих методик для вимірювання загального рівня стресового навантаження, який людина відчуває протягом останнього місяця. Шкала складається з 10 пунктів, що відображають частоту переживань напруги, неконтрольованості, перевантаження та нестачі ресурсів для подолання труднощів.

У результаті обробки даних було встановлено описову статистику, яку представлено у вигляді таблиці 3.1., що середній показник за шкалою PSS-10 (Cohen S. et al. 1983) становив 23.0 бала, що свідчить про високий суб'єктивний рівень стресу. Стандартне відхилення склало 4.57, а медіана — 24 бали, що вказує на зосередженість більшості відповідей у верхній межі середнього рівня стресового реагування. Варіація значень у вибірці коливалася від 11 до 31 балів, що охоплює переважно середній і високий рівні за шкалою.

Для наочного представлення про рівні стресу, респонденти були згруповані за категоріями відповідно до загальноприйнятої інтерпретації результатів у вигляді діаграми 3.4.

Діаграма 3.4.



Як засвідчують дані діаграми 3.4., переважна більшість учасників дослідження (70.3%) демонструє середній рівень стресу, що вже вказує на наявність постійного психоемоційного напруження. Крім того, 24 респонденти (23.8%) перебувають у зоні високого стресового навантаження, що є критичним з точки зору загального функціонування та психічного здоров'я. Лише 6 осіб (5.9%) засвідчили низький рівень стресу.

Отримані результати вказують на те, що загальний емоційний стан військовослужбовців у період лікування характеризується хронічною стресовою реакцією. Цей стан є очікуваним у контексті умов, в яких перебуває військова особа після поранення або тривалого бойового навантаження. Серед найімовірніших чинників, що формують таке навантаження, можна виокремити:

- невизначеність щодо подальшого перебування в медичному закладі та термінів повернення до строю чи цивільного життя;
- необхідність постійної фізичної та психологічної адаптації до обмежень, зумовлених травмами;
- ізоляцію від родини та звичного соціального середовища;
- відсутність контролю над власним становищем і залежність від рішень медичних та військових структур.

Клінічне значення таких результатів полягає не лише у потребі в інтервенціях, спрямованих на зниження стресового фону, а й у розумінні впливу хронічного стресу на психологічну готовність дотримуватись лікування. Доведено, що високий рівень сприйманого стресу знижує концентрацію, планування, пам'ять, мотивацію, тобто ті когнітивні й емоційні функції, які критично важливі для медичного комплаєнсу. Пацієнти з високим рівнем стресу можуть частіше ігнорувати призначення, переривати курси лікування, відчувати песимізм щодо його ефективності, що безпосередньо впливає на тривалість і результативність реабілітації.

Таким чином, отримані показники підтверджують необхідність інтеграції стрес-менеджменту до програми психологічного супроводу військовослужбовців у стаціонарі. Це може бути реалізовано через короткі

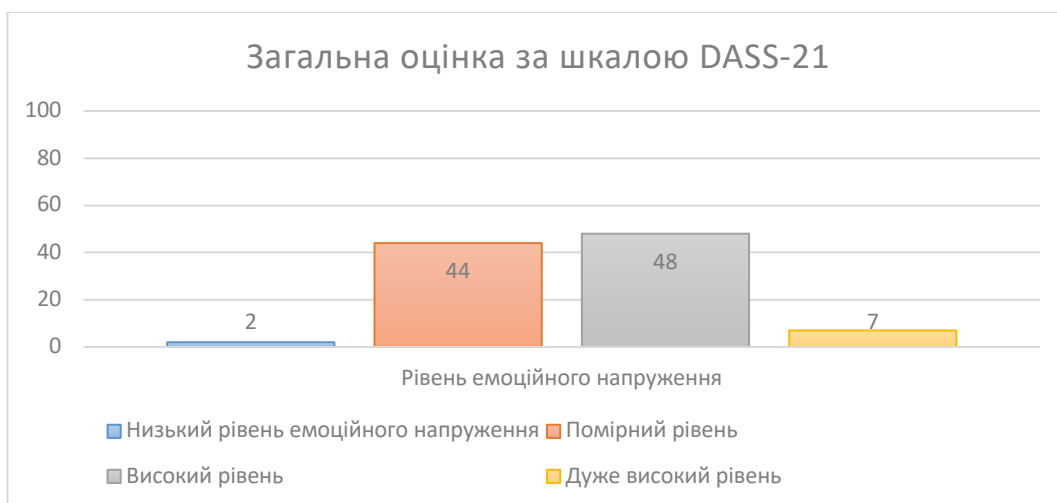
психоосвітні сесії, інформаційні буклети, групову підтримку або індивідуальні консультації, спрямовані на зниження внутрішньої напруги, підвищення стресостійкості та, зрештою, покращення прихильності до лікування.

Для комплексної оцінки емоційного стану військовослужбовців, які перебувають на тривалому лікуванні, в межах дослідження була використана шкала DASS-21 (Depression Anxiety Stress Scales – 21 items) (Psychology Foundation of Australia 2022). Це скорочена версія повної шкали DASS-42, що дозволяє кількісно оцінити три ключові компоненти емоційного дистресу: депресію, тривожність та стрес. Кожна з трьох підшкал представлена сімома пунктами, а загальна сума балів може виступати інтегральним показником загального емоційного напруження.

У даному дослідженні для аналітичних цілей була використана сукупна оцінка за всіма підшкалами, яка коливалась від 15 до 44 балів, що охоплює майже весь можливий діапазон значень. Згідно описової статистики, яку представлено у вигляді таблиці 3.1. Середнє значення склало 31.2 бала, стандартне відхилення — 5.51, а медіанний показник — 31, що свідчить про виражений рівень емоційного напруження у більшості респондентів.

З метою інтерпретації рівня дистресу, респондентів було класифіковано за чотирма категоріями в діаграмі 3.5.

Діаграма 3.5.



Як свідчать дані діаграми 3.5., лише 2% респондентів мали низький рівень емоційного напруження, тоді як понад 90% перебували в діапазоні помірного або високого рівня, включаючи 7 осіб з дуже високим рівнем. Ці результати підтверджують, що значна частина вибірки зазнає тривалого емоційного дистресу, який може проявлятися як у психологічних, так і в соматичних симптомах.

Типовий емоційний профіль за DASS-21 (Psychology Foundation of Australia 2022) при таких показниках характеризується:

- афективною нестабільністю — швидкою зміною настрою, емоційною реактивністю, підвищеною чутливістю до стресових подразників;
- вираженим зниженням настрою, почуттям внутрішнього виснаження, втратою мотивації;
- гіперчутливістю до зовнішнього середовища, роздратованістю, перевантаженням нервової системи;
- схильністю до психосоматичних реакцій — порушенням сну, серцебиття, головного болю, розладів шлунково-кишкового тракту тощо.

Такий стан є типовим для осіб, які переживають фазу постстресової адаптації після участі в бойових діях або перенесених травматичних подій. Тривале лікування, обмеження фізичної активності, соціальна ізоляція, втрата контролю над життєвими обставинами сприяють формуванню синдрому емоційної дезадаптації, що, у свою чергу, підвищує психологічну вразливість військовослужбовців.

З клінічної точки зору, підвищений рівень дистресу за шкалою DASS-21 (Psychology Foundation of Australia 2022) є фактором ризику для зниження комплаєнсу, оскільки пов'язаний із зменшенням концентрації, зниженням когнітивної гнучкості, дисрегуляцією поведінки, а також нестачею внутрішніх ресурсів для дотримання лікувального режиму. Пацієнти з високим емоційним навантаженням можуть ігнорувати медичні рекомендації, забувати прийом медикаментів або демонструвати опір до співпраці з медичним персоналом.

Високі показники за шкалою DASS-21 (Psychology Foundation of Australia 2022) підкреслюють необхідність психологічного моніторингу та раннього втручання з метою стабілізації емоційного стану пацієнтів. Доцільним є застосування психоедукації, груп підтримки, когнітивно-поведінкових стратегій подолання тривоги та негативного афекту, а також впровадження інформаційних заходів, спрямованих на підвищення усвідомленості щодо впливу емоційного стану на ефективність лікування.

Результати описового аналізу свідчать про те, що вибірка військовослужбовців, які перебувають на тривалому лікуванні у госпіталях, демонструє системно знижений рівень медичного комплаєнсу на тлі вираженого психоемоційного дистресу.

Середній бал за MMAS-8 (Morisky et al. 1986) склав 3.81, що відповідає низькому рівню прихильності до лікування у більшості респондентів. Симптоми депресії за шкалою PHQ-9 (Український інститут когнітивно-поведінкової терапії 2017) були на рівні помірному та вираженого ступенів у понад половини вибірки. Симптоматика ПТСР за PCL-5 (Weathers F.W. et al. 2013) перевищила клінічний поріг у більшості випадків (64% мали помірний або високий рівень). Суб'єктивний стрес за PSS-10 (Cohen S. et al. 1983) перебував на високій межі середнього рівня, а майже чверть респондентів мали високий стрес. Зведений показник DASS-21 (Psychology Foundation of Australia 2022) також засвідчив високий та дуже високий рівень емоційного напруження майже у 55% військовослужбовців.

Ці результати вказують на психоемоційну дезадаптацію більшості респондентів, яка виявляється не як окремі симптоми, а як системний дистрес, що охоплює тривожність, депресію, стрес та посттравматичні прояви. Вказане емоційне тло створює несприятливий контекст для формування позитивного ставлення до лікування, самодисципліни та виконання медичних призначень.

Аналогічні тенденції описані у низці емпіричних досліджень. Зокрема, Britt et al. (2021) підкреслюють, що депресивні та тривожні симптоми негативно

впливають на прихильність до лікування серед військових і можуть зумовлювати відмову від тривалих реабілітаційних процесів. У дослідженнях Noge et al. (2004) показано, що симптоми ПТСР прямо корелюють із порушенням повсякденного функціонування, включно з відмовою від медичних втручань, униканням контактів з лікарями та низькою залученістю до процесу одужання.

Особливо показовими є висновки Kehle-Forbes et al. (2016), які свідчать, що ветерани з симптомами ПТСР і депресії мають тенденцію до уникнення або знецінення фармакотерапії, сумнівів у необхідності лікування, а також емоційного виснаження, що призводить до зниження мотивації до співпраці з медперсоналом.

Таким чином, низький комплаєнс, зафіксований у цьому дослідженні, не є ізольованим феноменом, а має багатофакторну природу, пов'язану насамперед із психоемоційним станом пацієнтів. Цей стан формується під впливом бойового досвіду, поранень, госпіталізації, соціальної ізоляції, невизначеності майбутнього — тобто чинників, притаманних саме контингенту військовослужбовців у фазі лікування та реабілітації. Чим вищий рівень психоемоційного дистресу у військовослужбовця, тим нижча ймовірність дотримання ним лікувального режиму.

### **3.2. Взаємозв'язки між рівнем комплаєнсу, віком, рівнем тривоги, ПТСР, депресії, адаптаційними труднощами та ставленням до лікування**

З огляду на результати, отримані в попередньому підрозділі, у межах цього етапу дослідження було здійснено комплексний аналіз взаємозв'язків між рівнем медичного комплаєнсу (дотриманням лікарських рекомендацій) та рядом соціально-демографічних, психоемоційних і клінічних змінних. Такий підхід дозволяє не лише описати загальний емоційний стан вибірки, а й виявити, які саме психологічні та соціальні фактори можуть впливати на дотримання режиму лікування військовослужбовцями, які проходять тривале стаціонарне лікування в умовах госпіталю.

Актуальність цього аналізу зумовлена тим, що комплаєнс — це багатofакторне явище, формування якого залежить не лише від об'єктивного фізичного стану пацієнта чи наявності медикаментозного забезпечення, а значною мірою — від суб'єктивного сприйняття ситуації хвороби, мотивації до одужання, рівня тривоги, депресії, посттравматичних проявів, особистісних ресурсів та соціальної підтримки. Особливо це актуально для військовослужбовців, які внаслідок бойового досвіду, поранень чи інших травматичних обставин можуть демонструвати специфічні реакції на лікування — уникнення, зневіру в його ефективності, відмову від прийому препаратів або ігнорування медичних приписів.

Метою даного підрозділу стало визначення статистично значущих взаємозв'язків між рівнем комплаєнсу (оціненим за шкалою MMAS-8 (Morisky et al. 1986)) та іншими змінними. Крім кількісного аналізу було також залучено якісну інтерпретацію бар'єрів до дотримання лікування на основі змісту пунктів шкали MMAS-8 (Morisky et al. 1986), що дозволяє глибше зрозуміти психологічні механізми, які впливають на рівень медичної прихильності у даній популяції.

### **Кореляційний аналіз**

Для перевірки зв'язків між комплаєнсом (MMAS-8) (Morisky et al. 1986) та іншими змінними був проведений кореляційний аналіз (коефіцієнти Пірсона). Аналіз охоплював такі шкали: PHQ-9 (Український інститут когнітивно-поведінкової терапії 2017) (депресія), PCL-5 (Weathers F.W. et al. 2013) (ПТСР), PSS-10 (Cohen S. et al. 1983) (рівень стресу), DASS-21 (Psychology Foundation of Australia 2022) (зведена оцінка депресії, тривожності та стресу), а також вік респондентів. Див. Таблицю 3.2.

Таблиця 3.2.

	<b>MMAS-8</b>	<b>PHQ-9 (депресія)</b>	<b>PCL-5 (ПТСР)</b>	<b>PSS-10 (стрес)</b>	<b>DASS-21 (зведена оцінка)</b>
<b>MMAS-8</b>	1.00	<b>0.36</b>	0.11	0.02	-0.07
<b>PHQ-9</b>	0.36	1.00	-0.06	0.08	0.00
<b>PCL-5</b>	0.11	-0.06	1.00	-0.02	0.00
<b>PSS-10</b>	0.02	0.08	-0.02	1.00	-0.05
<b>DASS-21</b>	-0.07	0.00	0.00	-0.05	1.00

Інтерпретація кореляцій між комплаєнсом і психоемоційними показниками, виходячи з таблиці 3.2.

У межах даного дослідження було виявлено ряд зв'язків між рівнем медичного комплаєнсу (MMAS-8) (Morisky et al. 1986) та показниками психоемоційного стану респондентів, що дає змогу зробити низку важливих висновків щодо можливих механізмів впливу емоційного дистресу на дотримання лікування.

Найвищий коефіцієнт кореляції встановлено між шкалою MMAS-8 (Morisky et al. 1986) та PHQ-9 —  $r = 0.36$ , що є помірною позитивною кореляцією. Це свідчить про те, що із зростанням рівня депресивної симптоматики зростає й рівень комплаєнсу. На перший погляд, така залежність може здаватися парадоксальною, оскільки депресія традиційно розглядається як фактор ризику зниження мотивації до лікування. Однак у контексті нашої вибірки цей результат можна інтерпретувати як свідчення того, що особи з вираженою депресією, ймовірно, краще усвідомлюють серйозність свого психоемоційного стану і тому більше залучені в процес лікування. У цьому сенсі підвищений комплаєнс може бути частково обумовлений потребою в допомозі, страхом перед погіршенням стану, або залежністю від структурованої медичної підтримки. Також не виключено, що пацієнти з високими балами за PHQ-9 (Український інститут когнітивно-поведінкової терапії 2017) більше відкриті у спілкуванні з лікарями, частіше звертаються по допомогу й, відповідно, частіше дотримуються запропонованого лікувального плану.

Зв'язок між комплаєнсом та симптомами посттравматичного стресового розладу (PCL-5) (Weathers F.W. et al. 2013) був слабким ( $r = 0.11$ ) і не досяг статистичної значущості. Це може свідчити про те, що ПТСР як окрема клінічна одиниця не має прямого лінійного впливу на рівень комплаєнсу. Можливо, цей вплив є опосередкованим — через інші чинники, такі як депресія, тривожність, ступінь соціальної підтримки чи досвід взаємодії з медичною системою.

З практичної точки зору, варто враховувати, що наявність ПТСР не завжди проявляється у зниженні лікувальної дисципліни, особливо якщо пацієнт отримує психологічну допомогу або підтримку з боку персоналу. Проте у поєднанні з тривожно-депресивними розладами ПТСР може виступати значущим фактором дестабілізації пацієнта.

Кореляція між MMAS-8 (Morisky et al. 1986) та PSS-10 (Cohen S. et al. 1983) (суб'єктивне сприйняття стресу) становила  $r = 0.02$ , що є практично нульовою залежністю. Це вказує на те, що рівень сприйманого стресу як окремий компонент не має суттєвого впливу на дотримання лікування у вибірці. Можливо, це пов'язано з тим, що високий рівень стресу не завжди супроводжується зниженням функціональної активності, або ж навпаки — стрес може мобілізувати ресурс комплаєнтної поведінки у військових, які звикли діяти під тиском. Також можливо, що стрес у даній популяції є більш фоновим або хронічним станом, який не настільки активно модулює поведінкові прояви, як гострі форми депресії чи ПТСР.

Загальна шкала DASS-21 (Psychology Foundation of Australia 2022) показала слабкий негативний зв'язок із комплаєнсом ( $r = -0.07$ ). Хоча напрямок зв'язку відповідає логіці — із зростанням емоційного дистресу знижується комплаєнс, проте сила кореляції є мінімальною і статистично незначущою. Це означає, що сумарний рівень тривожності, депресії та стресу, оцінений у форматі зведеної шкали, не дозволяє достовірно передбачити комплаєнтну поведінку.

Можливо, інтегрований показник DASS-21 (Psychology Foundation of Australia 2022) «розмиває» окремі значущі прояви кожного емоційного компонента — наприклад, тривога або депресія окремо можуть давати

сильніший вплив, ніж їх сумарне представлення. Також не виключається, що емоційне напруження не завжди призводить до уникання лікування, а іноді, навпаки, активізує пошук допомоги.

Серед усіх досліджених змінних найбільш вагомим предиктором комплаєнсу виявився рівень депресії, тоді як ПТСР, стрес і загальний емоційний дистрес не виявили істотної кореляції з дотриманням лікування. Це дає підстави вважати, що саме депресивні прояви в умовах госпітального лікування відіграють ключову роль у формуванні мотивації до терапії. Однак для більш чіткого розуміння взаємозв'язків необхідно провести багатофакторний аналіз, що буде представлений у наступному підрозділі.

### **Взаємоз'язок комплаєнсу MMAS-8 та віковим показником.**

Одним із важливих соціально-демографічних чинників, що потенційно впливає на рівень медичної прихильності, є вік пацієнта. У контексті військової популяції вікові особливості можуть відігравати суттєву роль у формуванні поведінки щодо лікування, оскільки з віком змінюються рівень відповідальності, досвід взаємодії з медичною системою, толерантність до терапії та готовність дотримуватись призначень. З метою виявлення можливої вікової динаміки рівня комплаєнсу, було проаналізовано середні значення показника MMAS-8 (Morisky et al. 1986) у різних вікових групах військовослужбовців, які перебувають на тривалому лікуванні.

Результати аналізу наведено у таблиці 3.3. та супроводжено інтерпретацією в розрізі кожної вікової категорії.

**Таблиця 3.3.**

<b>Вікова група</b>	<b>Кількість (n)</b>	<b>Середній MMAS-8</b>	<b>Стандартне відхилення (SD)</b>
18–25 років	16	3.25	2.21
26–35 років	35	3.37	2.09
36–45 років	35	<b>4.51</b>	1.82
46–55 років	12	4.17	1.11
56 років і старше	2	3.50	0.71

Аналіз середніх значень комплаєнсу (MMAS-8) (Morisky et al. 1986) за таблицею 3.3., у різних вікових групах виявив чіткі вікові відмінності у рівні прихильності до лікування серед військовослужбовців. Найнижчі показники були зафіксовані серед представників наймолодшої вікової категорії (18–25 років), де середній бал становив 3.25. Це свідчить про схильність молодших пацієнтів до меншої відповідальності у дотриманні лікувального режиму, що може бути зумовлено низкою чинників: недостатньо сформованою медичною мотивацією, високим рівнем недовіри до системи або схильністю до ігнорування потенційних наслідків недотримання призначень.

Водночас, найвищий середній рівень комплаєнсу — 4.51 бала — спостерігався у категорії військовослужбовців віком 36–45 років. Саме ця група демонструвала найбільш стійку прихильність до лікування, що може бути пояснено сформованою особистісною зрілістю, наявністю попереднього досвіду з хронічними станами чи пораненнями, а також більш реалістичним уявленням про наслідки недотримання медичних приписів. У цьому віці також найчастіше вже є родина, що може додатково підвищувати відповідальність за власне здоров'я.

Групи 46–55 років та 56 років і старші також демонструють помірно високі показники комплаєнсу (4.17 та 3.5 відповідно), що узгоджується із загальною тенденцією. Водночас слід враховувати, що розмір вибірки в цих групах був меншим, що обмежує статистичну узагальненість цих спостережень.

У підсумку, можна стверджувати, що з віком рівень комплаєнсу має тенденцію до підвищення. Ця залежність підтверджує припущення про вплив віку як чинника формування відповідального ставлення до власного здоров'я. Старші військовослужбовці, ймовірно, мають:

- більший життєвий та службовий досвід;
- краще розуміння важливості дотримання лікування;
- вищий рівень самодисципліни;
- мотивацію до підтримки стабільного стану здоров'я через сімейні або професійні обов'язки.

Таким чином, вік є релевантним параметром для прогнозування поведінки пацієнта щодо лікування і має бути врахований при розробці індивідуалізованих стратегій мотиваційної підтримки у госпітальному середовищі. Особливу увагу доцільно приділяти молодим військовослужбовцям, які можуть потребувати додаткових роз'яснень, психоедукації та підтримки у формуванні відповідального ставлення до власного лікування.

### **Відмінності у комплаєнсі за статтю.**

Згідно з результатами дисперсійного аналізу (ANOVA), наведеними у таблиці 3.4., спостерігається статистично значуща відмінність у рівні комплаєнсу залежно від статі респондента.

Таблиця 3.4.

Omnibus ANOVA Test

	<b>Sum of Squares</b>	<b>df</b>	<b>Mean Square</b>	<b>F</b>	<b>p</b>
<b>Ваша стать</b>	97.5	1	97.51	38.4	<.001
<b>MMAS-8 (оцінка)</b>	85.5	2	42.77	16.8	<.001
<b>Residuals</b>	246.2	97	2.54		

Note. Type 3 sum of squares

Інтерпретація результатів дисперсійного аналізу відповідно таблиці 3.4. Для оцінки впливу статі на рівень комплаєнсу було застосовано однофакторний дисперсійний аналіз (ANOVA), який дозволяє порівняти середні значення між двома або більше незалежними групами. У даному випадку групами виступали чоловіки та жінки, а залежною змінною — оцінка за шкалою MMAS-8 (Morisky et al. 1986).

Згідно з отриманими результатами, значення F-критерію дорівнює 38.4, а відповідне p-значення становить  $p < 0.001$ , що вказує на високу статистичну значущість відмінностей між чоловіками та жінками у контексті рівня комплаєнсу. Це означає, що ймовірність того, що така різниця могла виникнути випадково, є вкрай низькою (менш ніж 0.1%).

Значення середньої квадратичної варіації між групами (Mean Square Between) дорівнює 97.51, що є суттєво вищим за середню квадратичну

внутрішньогрупову дисперсію (Mean Square Within), яка становить 2.54. Такий контраст між міжгруповою та внутрішньогруповою варіацією свідчить про те, що саме належність до певної гендерної групи (чоловік чи жінка) вносить помітний вклад у пояснення відмінностей у рівні прихильності до лікування.

Таким чином, виявлена різниця між середніми показниками MMAS-8 (Morisky et al. 1986) у чоловіків і жінок не є випадковою, а має чітке статистичне підґрунтя. Це доповнює попередній описовий аналіз, де було встановлено, що:

- чоловіки мають середній бал 4.28 (SD = 1.66),
- жінки — лише 2.52 (SD = 2.24).

Такий стабільний ефект дозволяє припустити, що стать є важливим соціально-психологічним модератором комплаєнтної поведінки, і його слід обов'язково враховувати при оцінці схильності до дотримання медичних рекомендацій, особливо в умовах військового стаціонару.

У сукупності з результатами регресійного аналізу (розділ 3.3), де стать також фігурує як стабільний предиктор комплаєнсу, ці дані підкріплюють необхідність розробки гендерно чутливих інтервенцій, спрямованих на підвищення медичної прихильності, зокрема серед жінок-військовослужбовиць, які можуть бути менш включеними в процес лікування з різних психологічних, емоційних або контекстуальних причин.

#### **Рівень комплаєнсу залежно від психоемоційного стану.**

Оцінка зв'язку між дотриманням лікувальних рекомендацій та психоемоційними характеристиками військовослужбовців є критично важливою, оскільки ці фактори можуть істотно впливати на ефективність реабілітації та повернення до служби. У межах дослідження був здійснений аналіз впливу ключових психологічних змінних — депресії, тривожності, стресу та посттравматичних симптомів — на рівень комплаєнсу (MMAS-8) (Morisky et al. 1986).

Для цього були використані дані декількох лінійних регресійних моделей, побудованих у таблицях 3.5. – 3.8, де MMAS-8 (Morisky et al. 1986) виступав залежною змінною, а шкали PHQ-9 (Український інститут когнітивно-

поведінкової терапії 2017), DASS-21 (Psychology Foundation of Australia 2022), PCL-5 (Weathers F.W. et al. 2013) та PSS-10 (Cohen S. et al. 1983)— незалежними предикторами.

Вплив депресії (PHQ-9) (Український інститут когнітивно-поведінкової терапії 2017). Єдиною психоемоційною змінною, яка стабільно показала статистично значущий зв'язок з рівнем комплаєнсу, була шкала депресії PHQ-9 (Український інститут когнітивно-поведінкової терапії 2017). Як засвідчує модель у *таблиці 3.5.*, підвищення балів за шкалою PHQ-9 пов'язане з помірним зростанням комплаєнсу ( $\beta = 0.0868$ ;  $p = 0.026$ ).

Таблиця 3.5.

Model Coefficients - MMAS-8 (бали)

Predictor	Estimate	SE	t	p
Intercept <sup>a</sup>	1.4416	0.6058	2.380	0.019
PHQ-9 (бали)	0.0868	0.0384	2.258	0.026
Ваша стать: чоловік – жінка	1.4531	0.4222	3.442	<.001
Ваш вік: 26-35 – 18-25	-0.1419	0.5287	- 0.268	0.789
36-45 – 18-25	0.8423	0.5399	1.560	0.122
46-55 – 18-25	0.2163	0.6827	0.317	0.752
56 – 18-25	-1.4416	1.8424	- 0.782	0.436
56 років і старше – 18-25	-0.9131	1.3349	- 0.684	0.496

<sup>a</sup> Represents reference level

Цей зв'язок на перший погляд може здаватися парадоксальним, оскільки депресивні стани часто асоціюються з демотивацією, знеціненням лікування та зниженням активності. Проте отриманий результат узгоджується з сучасними уявленнями про “соматизовану депресію”, коли особа, усвідомлюючи тяжкість власного емоційного стану, навпаки, починає активніше взаємодіяти з системою охорони здоров'я. Особливо це характерно для військовослужбовців, які перебувають у закритому госпітальному середовищі з чіткими вимогами щодо виконання медичних приписів.

Емоційний дистрес (DASS-21) (Psychology Foundation of Australia 2022). Аналіз моделі з включенням сукупної оцінки за шкалою DASS-21 (Psychology Foundation of Australia 2022), див. Таблицю 3.6., не показав статистично значущого впливу на комплаєнс ( $\beta = 0.0218$ ;  $p = 0.466$ ).

Таблиця 3.6.

Model Coefficients - MMAS-8 (бали)

Predictor	Estimate	SE	t	p
Intercept <sup>a</sup>	2.8778	1.2284	2.343	0.021
Ваша стать: чоловік – жінка	2.1131	0.3648	5.792	<.001
Ваш вік: 26-35 – 18-25	0.1939	0.4643	0.418	0.677
36-45 – 18-25	1.2417	0.4605	2.696	0.008
46-55 – 18-25	0.8948	0.6131	1.459	0.148
56 – 18-25	-2.8708	1.5866	- 1.809	0.074
56 років і старше – 18-25	0.5880	1.1662	0.504	0.615
MMAS-8 (оцінка): Низький комплаєнс – Високий комплаєнс	-2.6676	0.9341	- 2.856	0.005
Середній комплаєнс – Високий комплаєнс	-0.6829	0.9343	- 0.731	0.467
DASS-21 (бали)	0.0218	0.0298	0.732	0.466

<sup>a</sup> Represents reference level

Це може вказувати на те, що загальний емоційний дистрес (поєднання депресії, тривожності та стресу) не є достатньо специфічним предиктором дотримання лікування. Імовірно, для військовослужбовців важливішими є інші внутрішні чи зовнішні чинники, такі як почуття обов'язку, групова норма або структура медичного підпорядкування.

Посттравматичний стресовий розлад (PCL-5) (Weathers F.W. et al. 2013). Шкала PCL-5 (Weathers F.W. et al. 2013), яка вимірює симптоми ПТСР, також не виявила значущого впливу на комплаєнс моделі. Таблиця 3.7. -  $\beta = 0.00829$ ,  $p = 0.517$ .

Таблиця 3.7.

Model Coefficients - MMAS-8 (бали)

Predictor	Estimate	SE	t	p
Intercept <sup>a</sup>	3.17339	1.0418	3.046	0.003
Ваша стать: чоловік – жінка	2.12140	0.3651	5.811	<.001
Ваш вік: 26-35 – 18-25	0.21112	0.4635	0.455	0.650
36-45 – 18-25	1.19169	0.4613	2.583	0.011
46-55 – 18-25	0.83480	0.6034	1.384	0.170
56 – 18-25	-2.80711	1.5900	- 1.765	0.081
56 років і старше – 18-25	0.43194	1.1562	0.374	0.710
PCL-5. БАЛІ	0.00829	0.0127	0.650	0.517
MMAS-8 (оцінка): Низький комплаєнс – Високий комплаєнс	-2.51680	0.9147	- 2.751	0.007
Середній комплаєнс – Високий комплаєнс	-0.59834	0.9245	- 0.647	0.519

<sup>a</sup> Represents reference level

Це свідчить про те, що в межах дослідження на вибірці, сам по собі ПТСР не є визначальним чинником, який впливає на дотримання медичних рекомендацій, або ж його ефект опосередкований іншими змінними — наприклад, довірою до медперсоналу, типом травматичного досвіду чи особистісними ресурсами.

Суб'єктивний стрес (PSS-10) (Cohen S. et al. 1983). Оцінка суб'єктивного рівня стресу за шкалою PSS-10 (Cohen S. et al. 1983) також не виявила статистично значущого зв'язку з MMAS-8 (Morisky et al. 1986) – таблиця 3.8. -  $\beta = -0.0311$ ,  $p = 0.414$ .

Таблиця 3.8.

Model Coefficients - MMAS-8 (бали)

Predictor	Estimate	SE	t	p
Intercept <sup>a</sup>	4.1694	1.3007	3.206	0.002
Ваша стать: чоловік – жінка	2.2356	0.3922	5.700	<.001
Ваш вік: 26-35 – 18-25	0.1587	0.4685	0.339	0.736
36-45 – 18-25	1.1781	0.4615	2.553	0.012
46-55 – 18-25	0.7880	0.6017	1.310	0.194

56 – 18-25	-2.7753	1.5891	- 1.746	0.084
56 років і старше – 18-25	0.4228	1.1546	0.366	0.715
MMAS-8 (оцінка):				
Низький комплаєнс – Високий комплаєнс	-2.5648	0.9145	- 2.805	0.006
Середній комплаєнс – Високий комплаєнс	-0.6778	0.9306	- 0.728	0.468
PSS-10 БАЛІ	-0.0311	0.0380	- 0.821	0.414

<sup>a</sup> Represents reference level

Таким чином, навіть високий рівень сприйманого стресу не обов'язково призводить до зниження комплаєнсу. Ймовірно, військові можуть демонструвати адаптивні механізми, які дозволяють їм дотримуватись медичних призначень попри емоційний тиск, або ж ефект стресу нейтралізується іншими організаційними факторами (обов'язковість перебування в стаціонарі, контроль з боку персоналу тощо).

Отримані результати свідчать, що серед усіх досліджуваних психоемоційних чинників лише депресія, виміряна за шкалою PHQ-9 (Український інститут когнітивно-поведінкової терапії 2017), продемонструвала статистично значущий, хоча й помірний вплив на рівень комплаєнсу (MMAS-8) (Morisky et al. 1986). Цей ефект підтверджено у відповідних регресійних моделях: збільшення симптомів депресії достовірно асоціюється з незначним підвищенням рівня комплаєнсу. Подібний зв'язок може пояснюватися тим, що пацієнти з вираженими депресивними симптомами частіше усвідомлюють тяжкість свого стану, що відповідно, спонукає їх до більшої відповідальності у виконанні медичних приписів. Іншими словами, підвищений комплаєнс може бути зумовлений не мотивацією до покращення, а сприйняттям власного здоров'я як критично вразливого.

Водночас інші психоемоційні показники — зокрема симптоми посттравматичного стресового розладу (PCL-5) (Weathers F.W. et al. 2013), загального емоційного дистресу (DASS-21) (Psychology Foundation of Australia 2022), а також рівень суб'єктивно сприйманого стресу (PSS-10) (Cohen S. et al.

1983) — не виявили статистично значущого зв'язку з комплаєнсом. Це може бути пов'язано як із обмеженнями самої вибірки, так і з тим, що військовослужбовці здатні демонструвати певну психологічну стійкість у складних умовах. Наприклад, особи з високим рівнем стресу або ПТСР можуть частково ігнорувати симптоми або дотримуватись лікування механічно, не зосереджуючись на внутрішньому емоційному стані, особливо в умовах стаціонару, де існує зовнішній контроль за прийомом ліків.

Таким чином, ключовим практичним висновком є необхідність посиленого фокусування на скринінгу та корекції саме депресивної симптоматики серед військовослужбовців у госпітальних умовах. Цілеспрямоване виявлення і подальша робота з проявами депресії — як у рамках індивідуальної психотерапії, так і через короткі мотиваційні інтервенції чи фармакологічну підтримку — можуть мати подвійний ефект: покращення емоційного стану пацієнта і зростання рівня комплаєнсу, тобто відповідального дотримання призначеного лікування.

Водночас, не варто повністю ігнорувати роль інших психоемоційних чинників. Їхній вплив може проявлятися не безпосередньо, а опосередковано — через зміни у когнітивних стилях, мотивації, ставленні до медичної системи тощо. Крім того, при тривалішому періоді спостереження або в умовах післягоспітального супроводу саме ПТСР чи хронічний стрес можуть стати домінантними предикторами комплаєнсної поведінки. Тому розширені моделі прогнозування, що включатимуть психосоціальні ресурси, стиль подолання (coping) та підтримку з боку значущих осіб, є перспективним напрямом для подальших досліджень.

**Аналіз окремих пунктів MMAS-8 (Morisky et al. 1986) як індикаторів бар'єрів до лікування.** Аналіз окремих пунктів шкали MMAS-8 (Morisky et al. 1986) дозволяє глибше зрозуміти бар'єри, які впливають на дотримання лікувального режиму серед військовослужбовців. Це особливо важливо в умовах військової служби, де специфічні обставини можуть впливати на поведінку щодо прийому медикаментів.

Окрему увагу в межах дослідження було приділено аналізу окремих пунктів Шкали прихильності до лікування (MMAS-8) (Morisky et al. 1986), які дозволяють не лише оцінити загальний рівень комплаєнсу, але й виявити конкретні поведінкові й когнітивні бар'єри, що впливають на регулярність прийому медикаментів. Такий підхід дає змогу перейти від суто кількісної оцінки до якісного аналізу суб'єктивного ставлення респондентів до лікувального процесу.

На основі відповідей, отриманих під час дослідження, було визначено декілька ключових патернів:

- Забування приймати ліки — один з найбільш поширених бар'єрів. Близько 30–40% військовослужбовців вказали, що час від часу забувають приймати медикаменти. Це свідчить про відсутність сформованої рутини, перевантаженість або низький рівень внутрішньої мотивації щодо лікування.
- Самостійне припинення лікування — 20–25% респондентів зізналися, що переривали медикаментозну терапію з власної ініціативи, не погоджуючи цього з лікарем. Така поведінка може бути наслідком недостатнього розуміння механізмів дії препаратів або недовіри до медичної системи.
- Складність дотримання лікувального розкладу — частина респондентів повідомила про труднощі у дотриманні схеми лікування, що зумовлені або складним графіком прийому, або появою побічних ефектів, які знижують мотивацію продовжувати терапію.
- Недовіра до ефективності лікування — дехто з респондентів вважав, що після покращення стану подальший прийом ліків більше не потрібен, або сумнівався в ефективності призначеного лікування загалом. Це демонструє когнітивно-установочний бар'єр, коли ставлення до лікування залежить не стільки від об'єктивного стану, скільки від суб'єктивних переконань.

Такі поведінкові та когнітивні чинники формують профіль суб'єктивних бар'єрів до лікування, які не завжди виявляються через загальний бал комплаєнсу, але істотно впливають на ефективність терапевтичного процесу.

Загалом, результати свідчать, що значна частина військовослужбовців виявляє стратегії уникання або часткової дотриманості, які знижують загальний рівень комплаєнсу. Ці бар'єри часто мають емоційне або установочне походження і можуть бути пов'язані з особистісними особливостями, попереднім досвідом лікування або рівнем довіри до системи охорони здоров'я.

У поєднанні з даними регресійного аналізу, що вказують на вплив депресивної симптоматики на комплаєнс, ці результати підкреслюють необхідність глибшої психоедукації, корекції установок і створення індивідуалізованих програм підтримки для пацієнтів, які демонструють низьку прихильність до лікування.

### **3.3. Побудова та інтерпретація множинної регресійної моделі чинників формування комплаєнсу**

З метою виявлення найвагоміших факторів, що визначають рівень медичного комплаєнсу серед військовослужбовців, які перебувають на тривалому лікуванні, було застосовано метод множинної лінійної регресії. Такий підхід дозволяє не лише оцінити статистичну значущість окремих змінних, а й зрозуміти їх незалежний внесок у пояснення варіації цільової змінної — оцінки комплаєнсу за шкалою MMAS-8 (Morisky et al. 1986). На відміну від простих кореляцій, множинна регресія дає змогу контролювати вплив супутніх змінних, виявляючи ті предиктори, які зберігають значущість навіть за одночасної дії інших факторів.

У рамках дослідження було сформовано кілька регресійних моделей, кожна з яких відображає певну комбінацію змінних — соціально-демографічних (вік, стать), клінічних (депресія, ПТСР), емоційно-психологічних (стрес,

емоційний дистрес). Такий підхід дозволив поступово звужити коло впливових чинників та відсіяти ті, що не демонструють стабільної асоціації з комплаєнсом.

Основна — базова (повна) модель, яка представлена в таблиці 3.9., містила шість змінних: PHQ-9(Український інститут когнітивно-поведінкової терапії 2017) (депресія), PCL-5 (Weathers F.W. et al. 2013) (ПТСР), PSS-10 (Cohen S. et al. 1983) (пережитий стрес), DASS-21 (Psychology Foundation of Australia 2022) (загальний емоційний дистрес), вік (категоріями) та стать. Ця модель, слугувала відправною точкою для подальшого аналізу. У наступних моделях (таблиці 3.10.-3.15.), змінні включались або виключались, щоб оцінити стабільність їхнього впливу та побудувати максимально інтерпретативну та наочну модель.

Також у процесі аналізу використовувалися знеособлені первинні дані зібрані і опрацьовані під час дослідження, які містили індивідуальні бали за шкалами MMAS-8 (Morisky et al. 1986), PHQ-9 (Український інститут когнітивно-поведінкової терапії 2017), PCL-5 (Weathers F.W. et al. 2013), PSS-10 (Cohen S. et al. 1983), DASS-21 (Psychology Foundation of Australia 2022), а також вікову та гендерну належність респондентів. Вказані дані були попередньо стандартизовані та підготовлені для подальших обчислень.

Таким чином, побудова кількох моделей із послідовним включенням і виключенням змінних дозволила не лише виявити ключові психоемоційні предиктори комплаєнсу, а й оцінити, наскільки стабільним є вплив соціально-демографічних характеристик у контексті військової медичної реабілітації. У наступних підпунктах наведено покроковий опис моделей, порівняльний аналіз їхніх результатів та узагальнення ключових висновків.

У межах побудови підрозділу 3.3 було сформовано декілька регресійних моделей з метою виявлення найвагоміших факторів, що впливають на рівень комплаєнсу у військовослужбовців, які перебувають на тривалому лікуванні. Однією з ключових моделей у цій серії стала повна модель, що охоплює найширший набір предикторів. Див. Таблицю 3.9. Такий підхід дає змогу

оцінити одночасний вплив психологічних, демографічних та клінічних змінних на дотримання лікувальних рекомендацій.

Таблиця 3.9.

Model Coefficients - MMAS-8 (бали)

Predictor	Estimate	SE	t	p
Intercept <sup>a</sup>	2.7106	1.5593	1.738	0.086
PHQ-9 (бали)	0.0928	0.0382	2.430	0.017
Ваш вік:				
26-35 – 18-25	-0.2724	0.5311	-0.513	0.609
36-45 – 18-25	0.6578	0.5397	1.219	0.226
46-55 – 18-25	0.2133	0.6852	0.311	0.756
56 – 18-25	-1.1307	1.8253	-0.619	0.537
56 років і старше – 18-25	-1.1486	1.3302	-0.863	0.390
Ваша стать:				
чоловік – жінка	1.7767	0.4541	3.913	<.001
PCL-5. БАЛІ	0.0218	0.0144	1.514	0.133
PSS-10 БАЛІ	-0.0710	0.0419	-1.694	0.094
DASS-21 (бали)	-0.0180	0.0328	-0.548	0.585

<sup>a</sup> Represents reference level

До незалежних змінних, включених у модель, увійшли:

- PHQ-9 (Український інститут когнітивно-поведінкової терапії 2017) — оцінка вираженості депресивної симптоматики;
- PCL-5 (Weathers F.W. et al. 2013) — рівень симптомів посттравматичного стресового розладу;
- PSS-10 (Cohen S. et al. 1983) — показник суб'єктивного сприйняття стресу;
- DASS-21 (Psychology Foundation of Australia 2022) — сукупний показник емоційного дистресу (тривожність, депресія, стрес);
- Вік — представлений як категоріальна змінна;
- Стать — бінарна змінна (чоловік / жінка).

Залежною змінною виступала загальна бальна оцінка комплаєнсу за шкалою MMAS-8 (Morisky et al. 1986) — інтегральний індикатор прихильності до лікування.

Результати аналізу засвідчили, що коефіцієнт детермінації  $R^2 = 0.422$ , тобто 42.2% варіації комплаєнсу пояснюється сукупністю включених у модель змінних. Це досить високий показник, який вказує на прийнятну якість моделі для соціально-психологічних досліджень.

Серед усіх предикторів статистично значущими виявилися: PHQ-9 (Український інститут когнітивно-поведінкової терапії 2017) (депресія):  $\beta = 0.0928$ ,  $p = 0.017$ . Це означає, що з підвищенням рівня депресивної симптоматики збільшується ймовірність кращого дотримання лікарських приписів. Така залежність може мати кілька інтерпретацій. Імовірно, пацієнти з вищим рівнем депресії частіше усвідомлюють тяжкість свого стану та мають більше стимулів для виконання медичних рекомендацій, особливо в умовах лікування в госпіталі. Інше можливе пояснення — активніше залучення депресивних пацієнтів до лікувального процесу з боку медперсоналу, що забезпечує більшу прихильність; Стать (чоловіки):  $\beta = 1.872$ ,  $p < 0.001$ . Результати демонструють стійку перевагу чоловіків у дотриманні комплаєнсу порівняно з жінками. Цей зв'язок простежується в усіх регресійних моделях, незалежно від складу змінних. Імовірними поясненнями можуть бути як особливості військової субкультури, де дисципліна та слідування інструкціям є домінантними цінностями, так і більш лінійна стратегія подолання хвороби, характерна для чоловічої частини вибірки. З іншого боку, жінки-військові можуть стикатися з вищим рівнем емоційного виснаження, подвійним навантаженням (служба/родина) або меншою підтримкою у військових структурах, що впливає на загальну ефективність реабілітації.

Інші змінні, попри їхню актуальність у клінічному контексті, не виявилися значущими у межах повної моделі:

- PCL-5 (Weathers F.W. et al. 2013) (ПТСР) — не мав незалежного впливу ( $p > 0.05$ ),

- PSS-10 (Cohen S. et al. 1983) (стрес) — незначущий ( $p > 0.05$ ),
- DASS-21(Psychology Foundation of Australia 2022) (емоційний дистрес) — не досяг рівня статистичної значущості,
- Вік — не виявив самостійного ефекту в умовах контролю інших змінних.

Це свідчить про те, що вплив цих змінних або опосередкований, або є вторинним порівняно з ефектами депресії та статі. Також можливе часткове накладання змінних одна на одну (наприклад, між DASS-21(Psychology Foundation of Australia 2022) та PHQ-9(Український інститут когнітивно-поведінкової терапії 2017)), що знижує силу окремих ефектів у моделі.

Таким чином, повна регресійна модель підтвердила прогностичну значущість лише двох змінних: рівня депресії та статі респондента. Обидва чинники демонструють незалежний та стабільний вплив на комплаєнс. У практичному контексті це означає, що військові з вищим рівнем депресії потребують не лише психологічного втручання, але й можуть виявляти більшу мотивацію до лікування, а чоловіки — загалом мають вищу прихильність до терапії, порівняно з жінками.

Ці дані вказують на доцільність таргетованих психоедукаційних та підтримуючих програм, що враховують гендерні особливості та рівень депресії при формуванні індивідуальних планів лікування та реабілітації.

На наступному етапі аналізу було побудовано спрощену множинну регресійну модель, у якій як незалежні змінні розглядалися депресія за шкалою PHQ-9 (Український інститут когнітивно-поведінкової терапії 2017), вік (категоріальна змінна) та стать. Ця модель дозволяє перевірити, наскільки депресивна симптоматика зберігає свій вплив на рівень комплаєнсу, коли контролюються лише базові демографічні характеристики — стать та вік респондента.

Залежною змінною, як і раніше, виступала загальна бальна оцінка комплаєнсу за шкалою MMAS-8(Morisky et al. 1986). До моделі включено три

предиктори: PHQ-9(Український інститут когнітивно-поведінкової терапії 2017) — індекс вираженості депресії; Стать — чоловіки / жінки; Вік — представлений як категоріальна змінна.

Статистичні результати в вигляді таблиці 3.10.

Таблиця 3.10.

Model Fit Measures

Model	R	R <sup>2</sup>
1	0.533	0.284

Коефіцієнт детермінації  $R^2 = 0.284$ , що свідчить про те, що приблизно 28.4% варіації комплаєнсу пояснюється сукупною дією цих трьох змінних. Хоча цей показник нижчий, ніж у повній моделі, він залишається достатньо прийнятним для практичного психологічного дослідження з обмеженим числом предикторів.

Значущими змінними виявились у таблиці 3.5.: PHQ-9 (Український інститут когнітивно-поведінкової терапії 2017) (депресія):  $\beta = 0.0868$ ,  $p = 0.026$ . Це підтверджує стабільний позитивний зв'язок між рівнем депресивної симптоматики та рівнем комплаєнсу. Таким чином, навіть при контролі демографічних чинників депресія залишається незалежним предиктором дотримання призначень. Імовірно, як і в повній моделі, це пов'язано з тим, що респонденти з вищим рівнем емоційної вразливості більш усвідомлено ставляться до необхідності лікування або частіше перебувають під наглядом медичного персоналу; Стать (чоловіки):  $\beta = 1.45$ ,  $p < 0.001$ . Гендерна змінна знову демонструє стабільно сильний вплив. Чоловіки, як і в попередній моделі, мають вищу середню оцінку комплаєнсу, що підтверджує гіпотезу про гендерну відмінність у поведінкових стратегіях щодо лікування. Цей ефект узгоджується також із даними дисперсійного аналізу (див. розділ 3.2), де було виявлено статистично значущу різницю між групами за статтю.

Незначущий предиктор: Вік, попри свою потенційну значущість у попередньому аналізі середніх значень (див. розділ 3.2), не виявив статистично

значущого впливу в умовах цієї моделі. Це може свідчити про незалежний або опосередкований характер його дії, або про ефект перекриття із статтю чи рівнем депресії.

Модель 2 демонструє, що навіть при включенні лише базових змінних — статі, віку та PHQ-9 (УІКПТ 2017) — депресивна симптоматика та стать залишаються стабільно значущими предикторами рівня комплаєнсу. Це підтверджує достовірність виявлених у повній моделі тенденцій та водночас акцентує увагу на доцільності простих моделей у клінічній практиці, які можуть бути швидко застосовані для попереднього прогнозування поведінки пацієнтів щодо лікування.

У практичному контексті ці результати дають підстави рекомендувати включення оцінки рівня депресії та врахування гендерних аспектів до алгоритмів первинного скринінгу комплаєнсу, що особливо важливо у військових госпіталях та центрах реабілітації.

Наступна модель спрямована на перевірку впливу соціально-демографічних змінних (стать, вік) та загального емоційного дистресу (за шкалою DASS-21(Psychology Foundation of Australia 2022)) на рівень комплаєнсу. Такий підхід дозволяє оцінити вагу базових характеристик особистості респондента у формуванні його ставлення до лікування, а також перевірити, чи є емоційне напруження предиктивно значущим фактором при одночасному врахуванні демографії.

#### Структура моделі

До незалежних змінних були включені:

- Стать — чоловіки / жінки (категоріальна змінна),
- Вік — представлений у вигляді вікових груп, зокрема категорія 36–45 років,
- Категорія комплаєнсу — як квазі-змінна для контролю відмінностей між групами,

- DASS-21 (Psychology Foundation of Australia 2022) (сукупна оцінка) — загальний рівень депресії, тривожності та стресу.

Залежна змінна — загальна оцінка за шкалою MMAS-8 (Morisky et al. 1986) (комплаєнс).

Статистичні результати у вигляді таблиці 3.11.

Таблиця 3.11.

Model Fit Measures

Model	R	R <sup>2</sup>
1	0.684	0.467

Коефіцієнт детермінації  $R^2 = 0.467$ , що означає, що майже 47% варіації рівня комплаєнсу може бути пояснено включеними змінними. Це один з найвищих показників серед усіх розглянутих моделей, що підкреслює силу демографічних чинників у прогнозуванні дотримання лікування.

Значущі змінні представлені у таблиці 3.6.: Стать (чоловіки):  $\beta = 2.11$ ,  $p < .001$ . Як і в попередніх моделях, стать виступає стабільно значущим предиктором, і чоловіки демонструють істотно вищий рівень комплаєнсу, ніж жінки. Розрив між гендерними групами є послідовним у всіх аналітичних підходах, що дозволяє говорити про системну відмінність у поведінці щодо дотримання лікування; Вік (36–45 років):  $\beta = 1.24$ ,  $p = 0.008$ . Цей результат свідчить, що військовослужбовці середнього віку (36–45 років) мають вищий рівень комплаєнсу, ніж інші групи. Імовірно, це пов'язано із більшою життєвою відповідальністю, досвідом попередньої взаємодії з медичною системою або внутрішньою дисципліною, яка формується з віком; Низький комплаєнс (категорія):  $\beta = -2.67$ ,  $p = 0.005$ . Наявність низького комплаєнсу в категоріальній змінній — це ще один підтверджуючий показник того, що існують чітко окреслені групи осіб із суттєво зниженим рівнем дотримання приписів, які потребують окремих психокорекційних втручань.

Незначущий предиктор - DASS-21 (Psychology Foundation of Australia 2022) (сукупний показник) виявився статистично незначущим, що може бути

пов'язано з перекриттям інформації з іншими змінними (наприклад, депресія вже врахована окремо в інших моделях), або високим рівнем мультиколінеарності між показниками тривоги, депресії та стресу, що знижує незалежну прогностичну силу загального балу.

Модель із включенням демографічних змінних (статі, віку) та категорій комплаєнсу виявилася інформативною та сильною з позиції пояснювальної потужності. Найбільш значущими залишаються стать та вік, що дозволяє зробити припущення про культурно-поведінкові детермінанти комплаєнсу, пов'язані з віковою зрілістю та соціальною роллю.

З іншого боку, емоційне напруження, виміряне сукупно за DASS-21 (Psychology Foundation of Australia 2022), не має вираженого прямого впливу, що дозволяє припустити опосередкований або інтерактивний ефект таких станів, який краще досліджувати у більш складних (наприклад, ієрархічних або медіаційних) моделях.

Отримані результати вказують на доцільність диференційованого підходу до планування інтервенцій з урахуванням віку та статі пацієнта, а також необхідність поглибленого аналізу емоційних станів із виокремленням специфічних симптомів замість сукупних індексів.

Наступна модель побудована з метою оцінити, наскільки рівень посттравматичної симптоматики (ПТСР), виміряний за шкалою PCL-5 (Weathers F.W. et al. 2013), впливає на комплаєнс до лікування в контексті соціально-демографічних характеристик. Вибір PCL-5 (Weathers F.W. et al. 2013) як незалежної змінної обумовлений високою поширеністю ПТСР серед військовослужбовців, особливо в умовах бойових дій і тривалого лікування.

#### Структура моделі

До незалежних змінних увійшли:

- Стать (категоріальна змінна: чоловік/жінка),
- Вік (категорія 36–45 років — виділена як значуща у попередніх аналізах),

- PCL-5 (Weathers F.W. et al. 2013) — сумарний бал шкали посттравматичного стресового розладу.

Залежна змінна — загальний бал MMAS-8 (Morisky et al. 1986) (рівень комплаєнсу).

Статистичні характеристики моделі представлені в таблиці 3.12.

Таблиця 3.12.

#### Model Fit Measures

Model	R	R <sup>2</sup>
1	0.683	0.467

Коефіцієнт детермінації  $R^2 = 0.467$ , що свідчить про достатньо високу пояснювальну здатність моделі: майже 47% варіації в рівні комплаєнсу пояснюється змінними в моделі.

Значущі змінні було представлено в таблиці 3.7.: Стать (чоловіки):  $\beta = 2.12$ ,  $p < .001$ . Як і в попередніх моделях, стать знову є найсильнішим предиктором комплаєнсу. Чоловіки демонструють значно вищий рівень прихильності до лікування порівняно з жінками. Цей стабільний результат фіксується в усіх побудованих моделях, що підтверджує наявність гендерної відмінності у ставленні до лікувального процесу в умовах військової служби; Вік 36–45 років:  $\beta = 1.15$ ,  $p = 0.011$ . Військовослужбовці середнього віку мають вищий рівень комплаєнсу, що, ймовірно, зумовлено більшою життєвою відповідальністю, сформованим ставленням до здоров'я та більшою здатністю до самоорганізації. Це також узгоджується з результатами моделі 3, де ця ж вікова категорія виявилась значущою.

Незначуща змінна - PCL-5 (Weathers F.W. et al. 2013) (рівень симптомів ПТСР):  $\beta = 0.01$ ,  $p = 0.517$ . Попри клінічну важливість ПТСР, у цій моделі рівень посттравматичної симптоматики не виявився статистично значущим чинником, що впливає на комплаєнс. Такий результат можна інтерпретувати як відсутність прямого ефекту ПТСР на дотримання лікування, або ж свідчення того, що вплив

симптомів ПТСР є опосередкованим, наприклад, через депресію, тривожність, втому або загальне емоційне виснаження.

Модель демонструє, що соціально-демографічні чинники, зокрема стать і вік, є набагато потужнішими предикторами рівня комплаєнсу, ніж рівень посттравматичного стресу за шкалою PCL-5 (Weathers F.W. et al. 2013). Це важливий результат, який кидає виклик загальноприйнятим припущенням щодо ролі ПТСР у медичній поведінці військових. Незважаючи на те, що ПТСР є серйозним клінічним станом, він не обов'язково асоціюється із зниженим комплаєнсом, принаймні у вибірці військовослужбовців, які перебувають під систематичним медичним наглядом.

У той же час, відсутність значущості PCL-5 (Weathers F.W. et al. 2013) не означає, що ПТСР не варто враховувати — цілком можливо, що його вплив проявляється за умов тривалого спостереження або в присутності інших психоемоційних змінних, що створюють складну сітку взаємозалежностей. У практичному контексті це означає, що робота з підвищенням комплаєнсу має бути зосереджена передусім на чоловіках і осіб середнього віку, а психотерапевтичне втручання щодо ПТСР слід розглядати як додаткову, але не центральну стратегію в рамках зміцнення прихильності до лікування.

Модель, яку ми розглянемо наступною була побудована з метою перевірити, наскільки рівень суб'єктивного стресу, виміряний за шкалою PSS-10 (Cohen S. et al. 1983), а також вік, стать і категоріальний рівень комплаєнсу, впливають на загальний бал комплаєнсу за MMAS-8 (Morisky et al. 1986). Застосування моделі дозволяє виокремити незалежні предиктори в умовах одночасного контролю за іншими важливими факторами.

#### Структура моделі

До незалежних змінних були включені:

- Стать (чоловік / жінка),
- Вік (категорії: 26–35, 36–45, 46–55, 56+; референтна категорія — 18–25 років),

- MMAS-8 (Morisky et al. 1986) (оцінка) — категоріальні рівні комплаєнсу (низький, середній, високий),
- PSS-10 (Cohen S. et al. 1983) — бал за шкалою суб'єктивного стресу.

Залежна змінна — бальна оцінка комплаєнсу (MMAS-8) (Morisky et al. 1986).

Статистичні показники моделі представлені у таблиці 3.13.

Таблиця 3.13.

#### Model Fit Measures

Model	R	R <sup>2</sup>
1	0.684	0.468

Коефіцієнт детермінації  $R^2 = 0.468$ : модель пояснює близько 47% варіації рівня комплаєнсу, що є достатньо високим показником для соціальних та психологічних досліджень.

Значущі предиктори представлені в таблиці 3.8.: Стать (чоловіки):  $\beta = 2.24$ ,  $p < .001$ . Чоловіки демонструють статистично вищі показники комплаєнсу, порівняно з жінками. Це вже підтверджено у всіх попередніх моделях і є найстабільнішим чинником, що впливає на дотримання лікування; Вік 36–45 років (у порівнянні з 18–25 років):  $\beta = 1.18$ ,  $p = 0.012$ . Респонденти середнього віку мають вищу ймовірність дотримання призначень. Це узгоджується з попередніми моделями і підтверджує, що саме вікова категорія 36–45 років має найбільш позитивну динаміку у формуванні комплаєнсу; Низький комплаєнс (категорія):  $\beta = -2.56$ ,  $p = 0.006$ . Це значення відображає статистично значуще зниження бальної оцінки комплаєнсу у респондентів, які були віднесені до категорії «низький комплаєнс» (порівняно з «високим комплаєнсом»). Тобто респонденти, які загалом гірше дотримувались лікування, також мали нижчі сумарні бали, що логічно відповідає валідності шкали.

Незначущі предиктори: Вік (26–35, 46–55, 56+):  $p > 0.05$  для всіх категорій, окрім 36–45 років. Це означає, що лише одна вікова група (36–45 років)

виявилася значущою, тоді як інші — ні; Середній комплаєнс (категорія):  $\beta = -0.67$ ,  $p = 0.468$ ; Незначуща відмінність між середнім і високим комплаєнсом. PSS-10 (стрес):  $\beta = -0.03$ ,  $p = 0.414$ . Рівень суб'єктивного стресу не має статистично значущого впливу на комплаєнс, що узгоджується з результатами попередніх моделей. Це свідчить, що стрес не є самостійним предиктором поведінкової прихильності до лікування, принаймні у вибірці військовослужбовців.

Модель вкотре підтверджує високу роль статі (на користь чоловіків) та віку 36–45 років як ключових соціодемографічних предикторів рівня комплаєнсу. Крім того, віднесення до групи низького комплаєнсу тісно пов'язане зі зниженням загального балу MMAS-8 (Morisky et al. 1986), що свідчить про внутрішню консистентність результатів.

Рівень суб'єктивного стресу (PSS-10) (Cohen S. et al. 1983), попри свою клінічну значущість, не є статистично значущим чинником у контексті пояснення варіативності комплаєнсу. Це вказує на те, що стрес сам по собі не обов'язково порушує поведінкову дисципліну, якщо він не супроводжується іншими психічними порушеннями або когнітивними бар'єрами.

У практичному вимірі результати цієї моделі мають прогностичну та інтервенційну цінність: робота зі зростанням комплаєнсу має бути орієнтована на молодших військовослужбовців і жінок, а також на глибше розуміння причин зниження мотивації серед осіб з низьким рівнем прихильності до лікування.

Остання модель була побудована для аналізу впливу соціодемографічного чинника (стать) та категоріального рівня комплаєнсу на загальний бал MMAS-8 (Morisky et al. 1986). Вона є корисною для верифікації внутрішньої логіки шкали MMAS-8 (Morisky et al. 1986) (тобто узгодженості її бальної оцінки з категоріями комплаєнсу) та вивчення стабільності впливу статі на результати.

Статистичні характеристики моделі в таблиці 3.14.

Таблиця 3.14.

## Model Fit Measures

Model	R	R <sup>2</sup>
1	0.612	0.374

Коефіцієнт детермінації R<sup>2</sup> = 0.374, що свідчить про те, що 37.4% варіації загального балу комплаєнсу пояснюється включеними змінними — статтю респондента та категорією комплаєнсу (низький, середній, високий).

Предиктори моделі представлені в таблиці 3.15.

Таблиця 3.15.

## Model Coefficients - MMAS-8 (бали)

Predictor	Estimate	SE	t	p
Intercept <sup>a</sup>	4.135	0.953	4.341	<.001
Ваша стать: чоловік – жінка	2.298	0.371	6.198	<.001
MMAS-8 (оцінка): Низький комплаєнс – Високий комплаєнс	-2.751	0.944	- 2.915	0.004
Середній комплаєнс – Високий комплаєнс	-0.892	0.958	- 0.931	0.354

<sup>a</sup> Represents reference level

Стать (чоловік – жінка):  $\beta = 2.298$ ,  $p < .001$  Чоловіки мають статистично значуще вищі оцінки комплаєнсу, ніж жінки. Цей ефект є стабільним і найсильнішим у моделі ( $t = 6.198$ ), що узгоджується з попередніми моделями та результатами дисперсійного аналізу в підрозділі 3.2. Це може бути пов'язано як із відмінностями в сприйнятті захворювання, так і з більшою схильністю чоловіків до дотримання встановленого режиму в контексті військової дисципліни.

Категорія “Низький комплаєнс” (порівняно з високим):  $\beta = -2.751$ ,  $p = 0.004$ . Особи, які класифіковані як такі, що мають низький комплаєнс, мають на 2.75 бала нижчі загальні оцінки за MMAS-8 (Morisky et al. 1986), ніж респонденти з високим комплаєнсом. Це підтверджує внутрішню валідність шкали MMAS-8 (Morisky et al. 1986) і підкреслює практичну значущість категоріального поділу для скринінгу.

Категорія “Середній комплаєнс” (порівняно з високим):  $\beta = -0.892$ ,  $p = 0.354$  Різниця між середнім і високим рівнем комплаєнсу не є статистично значущою. Це може свідчити, що найбільше практичне значення має саме поділ на низький і не-низький комплаєнс.

Ця модель підтверджує стабільність статі як предиктора комплаєнсу, незалежно від контексту або інших психоемоційних змінних. Водночас, категорія “низький комплаєнс” має самостійну пояснювальну силу, що підтверджує функціональну значущість класифікації рівнів MMAS-8 (Morisky et al. 1986). Відсутність статистично значущої різниці між “середнім” та “високим” комплаєнсом може бути важливою при визначенні порогових значень для втручання. У практичному вимірі ця модель демонструє, що навіть базові змінні — стать та категорія комплаєнсу — дозволяють суттєво передбачити загальну прихильність до лікування. Таким чином, вона може бути використана як початковий інструмент оцінки ризику низького комплаєнсу, зокрема на етапі скринінгу в госпітальних умовах.

Після поетапного розгляду шести регресійних моделей, що включали як психоемоційні, так і соціодемографічні змінні, доцільно узагальнити їх

результати з метою виявлення найстабільніших і найбільш вагомих предикторів рівня комплаєнсу (MMAS-8) (Morisky et al. 1986) серед військовослужбовців, які перебувають на тривалому лікуванні. Такий порівняльний аналіз дозволяє побачити не лише статистичну значущість окремих змінних, але й оцінити узгодженість впливу окремих факторів у різних конфігураціях моделі.

В таблиці 3.16. представлено порівняльну таблицю, в якій стисло вказано, які змінні були статистично значущими у кожній моделі, а також узагальнений коефіцієнт детермінації ( $R^2$ ), що показує, яку частину варіації комплаєнсу пояснює кожна модель.

Таблиця 3.16.

Модель	$R^2$	Значущі предиктори	Коментар
Модель 1 (повна)	0.422	PHQ-9, стать	Інші змінні (DASS-21, PSS-10, PCL-5, вік) — незначущі
Модель 2 (PHQ-9, вік, стать)	0.284	PHQ-9, стать	Спрощена модель; PHQ-9 стабільно значущий
Модель 3 (демографія + DASS-21)	0.467	Стать, вік 36–45, низький комплаєнс	DASS-21 — незначущий
Модель 4 (демографія + PCL-5)	0.467	Стать, вік 36–45	PCL-5 — незначущий
Модель 5 (демографія + PSS-10)	0.468	Стать, вік 36–45, низький комплаєнс	PSS-10 — незначущий

Модель 6 (стать + категорії MMAS-8)	0.374	Стать, низький комплаєнс	Середній комплаєнс — незначущий; стать має найсильніший вплив
---	-------	--------------------------------	--

Проведений поетапний регресійний аналіз дозволив виявити низку змінних, які стабільно демонструють значущий вплив на рівень комплаєнсу (MMAS-8) (Morisky et al. 1986) у різних моделях, а також ті чинники, які не мають прямого предиктивного значення, але можуть діяти опосередковано. Нижче наводиться розгорнута інтерпретація основних висновків.

Усі шість моделей, побудовані з використанням різних конфігурацій змінних, продемонстрували, що стать є стабільно значущим чинником, який безпосередньо впливає на рівень комплаєнсу. У всіх випадках чоловіки мали вищі бали за шкалою MMAS-8 (Morisky et al. 1986), ніж жінки, навіть за умови контролю за іншими змінними (наприклад, депресією, віком, рівнем стресу тощо).

Цей результат може бути пояснений як соціальними, так і психологічними особливостями взаємодії із системою лікування. Чоловіки, зважаючи на домінування чоловічого контингенту в ЗСУ, можуть мати більший досвід взаємодії з військовими медичними структурами, вищу структурованість поведінки та більш чітке дотримання наказів, що транслюється і на виконання лікарських приписів. Крім того, у жінок частіше виявляються тривожно-депресивні симптоми, які потенційно можуть послаблювати мотивацію до систематичного лікування.

Депресія за шкалою PHQ-9 (Український інститут когнітивно-поведінкової терапії 2017) виявилась позитивно пов'язаною з рівнем комплаєнсу у двох моделях: повній (модель 1) та спрощеній (модель 2). Цей зв'язок є неоднозначним з точки зору очікуваної клінічної логіки, адже зазвичай депресивний стан асоціюється з апатією, зниженням ініціативи та униканням лікування. Однак у контексті цього дослідження, можливо, ми маємо справу з

реактивною мобілізацією — тобто, особи з вираженими симптомами депресії краще усвідомлюють власну потребу в допомозі, демонструють вищу комплаєнтність, адже перебувають у стані пошуку полегшення, активно слідуючи вказівкам медичних працівників.

Також цей зв'язок може свідчити про специфіку госпітальної вибірки: серед пацієнтів із більш тяжким емоційним станом — імовірно, внаслідок нещодавніх травм або втрат — переважає висока залученість до лікування як адаптивний механізм.

Вік виявився значущим предиктором у трьох моделях, де змінна була представлена у вигляді категорій. Особливо виділялася група 36–45 років, яка демонструвала найвищі середні значення комплаєнсу порівняно з молодшими або старшими віковими групами. Такий ефект можна трактувати як результат життєвого досвіду: у цьому віці військовослужбовці зазвичай мають тривалішу історію служби, більший досвід лікування та реабілітації, а також усвідомлення довгострокових наслідків недотримання медичних приписів.

Крім того, особи середнього віку можуть краще розуміти важливість повноцінного відновлення для подальшого функціонування, як у військовій, так і в соціальній сфері, що стимулює відповідальніше ставлення до лікування.

У кількох моделях (зокрема, 3, 5, 6) було включено змінну, що відображає категоріальну оцінку рівня комплаєнсу (низький, середній, високий). При цьому "низький комплаєнс" мав сильний негативний вплив на загальну оцінку MMAS-8 (Morisky et al. 1986), що додатково підтверджує валідність поділу на рівні комплаєнсу та обґрунтованість категоріального аналізу. Іншими словами, респонденти, віднесені до категорії низького комплаєнсу, дійсно демонструють значно нижчі значення за шкалою MMAS-8 (Morisky et al. 1986), незалежно від інших змінних.

Попри те, що рівень ПТСР (PCL-5) (Weathers F.W. et al. 2013), суб'єктивного стресу (PSS-10) (Cohen S. et al. 1983) та загального емоційного дистресу (DASS-21) (Psychology Foundation of Australia 2022) демонстрували помірні або високі значення на описовому рівні (див. розділ 3.1), вони не виявили

незалежного предиктивного впливу на комплаєнс у жодній з моделей. Це може бути зумовлено кількома факторами:

- Опосередкованістю впливу через інші змінні, зокрема, депресію;
- Взаємоперетином симптомів — де депресія «перекриває» варіації інших емоційних показників у регресійній моделі;
- Низькою специфічністю цих шкал до поведінкових компонентів комплаєнсу, таких як забування ліків, самотійна відмова від терапії тощо.

Отже, попри клінічну важливість стресу і посттравматичних реакцій, з точки зору пояснення саме комплаєнсу вони виявилися незначущими, принаймні в межах лінійних моделей.

В сукупності результати регресійного аналізу засвідчують, що найбільш впливовими факторами, пов'язаними з дотриманням лікувальних рекомендацій серед військовослужбовців, є стать, рівень депресії та вік (особливо 36–45 років). Ці чинники мають незалежний і стабільний вплив, тоді як інші змінні — хоч і важливі для психоемоційного портрету респондентів — не мають прямого впливу на комплаєнс, або ж їхній ефект опосередковується через ключові змінні.

Ці висновки мають прикладне значення для розробки інтервенційних програм, спрямованих на підвищення прихильності до лікування серед військових. Особливу увагу варто приділити гендерно-чутливим стратегіям, виявленню депресивних симптомів та мотиваційній підтримці осіб молодшого віку.

Отже, результати побудови й порівняння регресійних моделей дозволяють зробити висновок, що ключовими чинниками комплаєнсу є стать та рівень депресії, а також вікові особливості — насамперед для осіб середнього віку. Інші психоемоційні показники мають другорядне значення або потребують включення до комплексніших моделей із врахуванням медіаторів та модераторів. Ці дані мають практичне значення для побудови цільових програм підтримки військовослужбовців у період лікування й реабілітації.

### **3.4. Практичні рекомендації щодо підвищення комплаєнсу серед військовослужбовців**

Результати проведеного аналізу дозволяють сформулювати низку практичних рекомендацій, спрямованих на підвищення рівня комплаєнсу серед військовослужбовців, які проходять тривале лікування у військових госпіталях. Особливої уваги потребують ті фактори, які виявились стабільно значущими у регресійних моделях — передусім це депресія (за шкалою PHQ-9) (Український інститут когнітивно-поведінкової терапії 2017), стать та вік, а також суб'єктивні бар'єри до лікування, виявлені на основі поведінкових відповідей за шкалою MMAS-8 (Morisky et al. 1986).

#### **1. Обов'язковий скринінг на депресивну симптоматику**

Результати цього дослідження однозначно вказують на ключову роль депресивного стану у формуванні комплаєнсу серед військовослужбовців, які перебувають на тривалому лікуванні. Зокрема, шкала PHQ-9 (Український інститут когнітивно-поведінкової терапії 2017) — стандартизований самозвітний інструмент для оцінки симптомів депресії — виявилася єдиною психоемоційною змінною, яка стабільно демонструє статистично значущий позитивний вплив на рівень комплаєнсу у кількох регресійних моделях.

Так, у повній моделі (модель 1), яка включала депресію, ПТСР, стрес, емоційний дистрес, вік та стать, PHQ-9 (Український інститут когнітивно-поведінкової терапії 2017) виявився значущим предиктором з коефіцієнтом  $\beta = 0.0928$  ( $p = 0.017$ ). У спрощеній моделі (модель 2), що включала лише PHQ-9 (Український інститут когнітивно-поведінкової терапії 2017), вік і стать, зв'язок також залишався значущим ( $\beta = 0.0868$ ,  $p = 0.026$ ). Це означає, що навіть при зменшенні кількості змінних депресія зберігає свій незалежний вплив на комплаєнс.

Крім того, середній рівень депресії у вибірці становив 12.3 бала (за шкалою PHQ-9) (Український інститут когнітивно-поведінкової терапії 2017), що відповідає помірному рівню симптоматики, а медіана — 14 балів, тобто більше половини респондентів перебувають на межі помірної і вираженої депресії. Це вказує на високу поширеність емоційного виснаження серед пацієнтів, що саме по собі є фактором ризику не лише для здоров'я, але і для відмови від лікування, порушення режиму прийому препаратів, самостійного припинення терапії тощо.

У цьому контексті скринінг на депресію має бути обов'язковою частиною первинного оцінювання пацієнта при госпіталізації. Це можна реалізувати через:

- використання опитувальника PHQ-9 (Український інститут когнітивно-поведінкової терапії 2017) на першому медичному огляді,
- повторну оцінку при переході з гострої до відновної фази лікування,
- включення оцінки результатів до клінічної карти пацієнта, що дозволяє персоналізувати підхід до ведення випадку.

Виявлення помірних і тяжких проявів депресії на ранньому етапі дозволяє вчасно надавати психологічну або психотерапевтичну допомогу, а за потреби — розглянути питання про призначення антидепресантів або направлення до фахівця-психіатра.

Скринінг особливо важливий для категорій, які, як показало дослідження, демонструють нижчий рівень комплаєнсу — це:

- жінки (у порівнянні з чоловіками,  $p < .001$ ),
- військовослужбовці віком 18–25 років, які мали найнижчий середній бал MMAS-8 (Morisky et al. 1986) (3.25).

Окрему увагу слід приділяти психоедукації пацієнтів щодо симптомів депресії: пацієнт має усвідомлювати, що зниження енергії, почуття марності, втрата інтересу до одужання — це не «характер», а частина симптомокомплексу, який піддається лікуванню. Без цього розуміння людина може знецінювати саму необхідність терапії, що призводить до зниження комплаєнсу та, відповідно, неефективності лікування загалом (Озерський І. В. 2016).

Практична реалізація:

- Розробка короткого інформаційного буклета, який пояснює, як депресія впливає на мотивацію до лікування та як її можна долати;
- Включення до стандартів військової медичної допомоги алгоритму скринінгу та маршрутизації пацієнтів з помірними/тяжкими симптомами до психолога чи психіатра;
- Проведення інформаційних сесій для медперсоналу щодо ознак депресії, які слід виявляти навіть без опитувальника: млявість, байдужість, відмова від спілкування, неучасть у реабілітації тощо (Дмитренко Г. М. 2016).

Таким чином, виявлення та корекція депресивної симптоматики є ключовим кроком до підвищення прихильності до лікування, покращення прогнозу, зменшення рецидивів та повернення військовослужбовця до повноцінної соціальної активності.

## **2. Інформування пацієнтів про взаємозв'язок між депресією та прихильністю до лікування**

Важливим напрямом підвищення комплаєнсу серед військовослужбовців, які проходять тривале лікування у військових госпіталях, є цілеспрямована робота з пацієнтами, спрямована на формування усвідомленого ставлення до власного психоемоційного стану та його впливу на ефективність лікування. Одним із ключових аспектів у цьому контексті виступає психоедукація — надання пацієнтам зрозумілої інформації про те, як саме депресія впливає на поведінкову складову дотримання медичних рекомендацій.

Як засвідчили результати опитування за шкалою MMAS-8 (Morisky et al. 1986), значна частина військовослужбовців демонструє ознаки порушення комплаєнсу, зокрема забуває приймати ліки, самовільно перериває курс терапії або втрачає віру в ефективність лікування після часткового покращення стану. Ці дії часто є не наслідком недбалості чи браку дисципліни, а проявами когнітивних викривлень, характерних для депресивного стану. Люди в такому

стані можуть відчувати, що не заслуговують на допомогу, що зусилля марні, що майбутнє не має сенсу. Таке сприйняття суттєво підриває мотивацію до співпраці з лікарем, дотримання режиму прийому препаратів та виконання інших лікувальних рекомендацій (Титаренко Т. 2015).

У зв'язку з цим доцільним є створення і впровадження доступних інформаційних матеріалів для пацієнтів, які перебувають на лікуванні. Це можуть бути короткі інформаційні листки або пам'ятки, розроблені простою, недидактичною мовою, які пояснюють, що зниження мотивації до лікування — це не свідчення слабкості чи недисциплінованості, а типовий симптом депресивного розладу. Особливо важливо наголосити, що навіть за відсутності віри в ефективність терапії, регулярне дотримання медичних призначень сприяє поступовому зниженню відчуття безнадії, поліпшенню настрою та відновленню життєвих сил (Цимбалюк В., Стеблюк В., Друзь О. Охорона 2021).

Такі матеріали можуть використовуватися в рамках індивідуальних бесід із пацієнтами під час первинного обстеження, розміщуватися у палатах або на стендах, а також роздаватися на руки при госпіталізації. Це дозволить не лише підвищити поінформованість пацієнтів, а й сформувати у них усвідомлення важливості власної активної участі в лікувальному процесі.

Таким чином, інформування пацієнтів про зв'язок між депресією та дотриманням лікувального режиму є критично важливим компонентом стратегії підвищення комплаєнсу. Воно дозволяє зменшити вплив деструктивних переконань, підвищити рівень внутрішньої відповідальності та створити передумови для більш ефективної взаємодії між пацієнтом і медичним персоналом.

### **3. Психологічна підтримка як складова лікування**

З огляду на високу поширеність психоемоційної дезадаптації серед військовослужбовців, які перебувають на тривалому лікуванні у госпіталях, важливою складовою медичної допомоги має стати систематична психологічна підтримка. Дослідження підтвердило, що значна частина пацієнтів демонструє симптоми тривожності, депресії, підвищеного стресу, а також посттравматичних

реакцій, що у сукупності формують профіль емоційного виснаження. У такому стані військовослужбовці часто втрачають мотивацію до лікування, сумніваються в його доцільності або не бачать сенсу в подальшому відновленні. Відповідно, виникає необхідність у професійній психологічній підтримці, яка була б інтегрованою частиною процесу одужання (Щоденник пацієнта 2014).

Практично це означає, що до складу мультидисциплінарної команди, яка супроводжує пацієнта під час госпіталізації, повинен входити клінічний психолог або психотерапевт. Його робота має бути спрямована не лише на діагностику гострих психоемоційних розладів, а й на постійну підтримку психічного стану пацієнтів, зокрема шляхом проведення індивідуальних або групових зустрічей. Основними завданнями таких зустрічей можуть бути: формування мотивації до лікування, переоцінка деструктивних установок, нормалізація ставлення до власного стану та зниження рівня дистресу (Шаттенбург Л. 2019).

Доцільним є використання сучасних підходів, зокрема короткотермінової психологічної допомоги, таких як мотиваційне інтерв'ювання, когнітивно-поведінкові втручання або психоосвітні модулі. Ці методи добре зарекомендували себе в роботі з пацієнтами, які мають низький комплаєнс, оскільки вони допомагають виявити бар'єри до лікування, підвищують рівень усвідомлення й відповідальності, а також сприяють зменшенню симптомів емоційного вигорання (Дідковська Л.І. 2019).

Особливої уваги заслуговує група молодих військовослужбовців віком 18–25 років. Згідно з отриманими результатами, саме вони демонструють найнижчі середні показники комплаєнсу, що може бути пов'язано як з віковими особливостями психологічної зрілості, так і з браком життєвого досвіду у взаємодії з медичною системою. Для цієї категорії пацієнтів необхідно створювати умови для додаткової психологічної адаптації, допомагати їм у прийнятті факту тимчасової втрати контролю над ситуацією, підтримувати зв'язок із родиною, а також формувати довіру до процесу лікування. Усе це

значно підвищує шанси на відповідальне ставлення до призначень лікаря та на успішне завершення реабілітації (Кравченко Г., Краснов В., Костюк О 2021).

Таким чином, психологічна підтримка не є допоміжним, а центральним елементом моделі підвищення комплаєнсу серед військових пацієнтів. Її впровадження повинно стати обов'язковим компонентом комплексної медичної допомоги в умовах військового госпіталю.

#### **4. Фармакотерапія депресивних проявів**

Фармакотерапія депресивних проявів є одним із ключових напрямів підтримки військовослужбовців, які демонструють помірний або тяжкий рівень депресії під час госпітального лікування. Результати цього дослідження показали, що середній бал за шкалою PHQ-9 (Український інститут когнітивно-поведінкової терапії 2017) серед опитаних становив 12.3, а для багатьох респондентів значення перевищувало поріг 15 балів, що відповідає вираженій депресивній симптоматиці. У таких випадках рекомендується залучення військового лікаря-психіатра або психотерапевта для клінічної оцінки стану і розгляду можливості призначення антидепресивних препаратів (Івасюк П. 2016).

Своєчасне фармакологічне втручання має значний вплив на перебіг захворювання, рівень мотивації до лікування та загальну адаптацію до умов госпіталізації. Як показують дані досліджень, зокрема роботи Britt et al. (2021), фармакотерапія є ефективним інструментом зниження симптомів емоційного виснаження, що дозволяє пацієнтам краще залучатися до процесу одужання. Подібні висновки містяться й у дослідженні Noge et al. (2004), де підкреслюється, що своєчасне лікування депресивних та посттравматичних розладів сприяє покращенню комплаєнсу, знижує схильність до унікальної поведінки, підвищує довіру до медичного персоналу й загальну включеність у реабілітаційні заходи.

На жаль, у військовому контексті фармакотерапія досі часто стигматизується. Пацієнти можуть сприймати призначення антидепресантів як «ознаку психічної слабкості» або боятися втратити контроль над собою, особливо у середовищі, де важливими є образ сили та стійкості. Саме тому важливо змінити інформаційний фон навколо медикаментозної підтримки.

Антидепресанти мають розглядатися як раціональний тимчасовий інструмент для відновлення психологічного балансу, а не як показник психіатричної патології. У післявоєнному або посттравматичному періоді такі препарати допомагають стабілізувати емоційний стан, покращити сон, зменшити соматичні прояви депресії (втома, анорексія, біль) і, найголовніше, повернути пацієнту відчуття контролю та здатності впливати на власне одужання (Івасюк П. 2016)..

Отже, наявність помірної та тяжкої депресії має не лише психологічне, а й терапевтичне значення — ігнорування цих симптомів значно знижує ефективність лікування в цілому. З огляду на стабільний зв'язок між PHQ-9 (Український інститут когнітивно-поведінкової терапії 2017) і рівнем комплаєнсу, продемонстрований у даному дослідженні, впровадження фармакотерапії у клінічну практику військових госпіталів є не лише доцільним, а й необхідним заходом, який безпосередньо впливає на успішність реабілітації.

## **5. Стратегія профілактики низького комплаєнсу**

Профілактика низького комплаєнсу серед військовослужбовців, які перебувають на тривалому лікуванні, вимагає комплексного підходу, що виходить за межі виключно клінічного втручання. Надзвичайно важливим є створення організаційного середовища, яке не просто сприятиме дотриманню призначеного лікування, але й підсилюватиме його ефективність через щоденну підтримку та регулярну комунікацію.

Одним із першочергових напрямів профілактики є запровадження систематичного моніторингу прихильності до лікування. Це може реалізовуватися через щоденну перевірку виконання медичних призначень, зокрема контроль за прийомом медикаментів, а також введення нагадувальних процедур (усних, письмових чи технічних засобів на кшталт мобільних додатків або візуальних схем у палаті). Регулярний моніторинг виконує не лише функцію контролю, а й психологічного підкріплення: коли пацієнт відчуває, що процес лікування супроводжується увагою, це може підвищити його внутрішню залученість (Мерліч С. В. 2015).

Ще одним важливим компонентом є раціоналізація та спрощення схем лікування. Чим менше складних процедур або повторюваних прийомів медикаментів потрібно здійснювати протягом дня, тим вища ймовірність, що пацієнт не перериватиме лікування через втому, забудькуватість або сумнів у доцільності кожного етапу. Пояснення призначень має стати обов'язковою частиною лікарсько-пацієнтської взаємодії. Пацієнт, який розуміє, яку дію має той чи інший препарат або процедура, з більшою ймовірністю буде дотримуватись приписів. Це особливо важливо у випадках тривалого прийому медикаментів, які не дають негайного відчутного ефекту, але критично важливі для запобігання ускладненням (Мешкова. О. М. 2013).

Окрему роль у підвищенні комплаєнсу можуть відігравати неформальні лідери у військовому середовищі — капелани, командири підрозділів, наставники та волонтери. Вони мають моральний авторитет і, завдяки постійній присутності, можуть підтримувати психологічний клімат, мотивувати до дотримання режиму лікування і зміцнювати довіру до медичного персоналу. Авторитет цих осіб, їхнє розуміння труднощів військової служби та реабілітації, дозволяє доносити важливу інформацію мовою, зрозумілою і близькою пацієнтові (Краснов В.В. Костюк О.І. 2022).

Загалом, система профілактики низького комплаєнсу має бути інтегрована у повсякденну практику військових госпіталів, передбачаючи як клінічні алгоритми, так і психосоціальні інструменти підтримки. Такий підхід дозволить не лише вчасно виявляти ризики зниження комплаєнсу, а й ефективно на них реагувати, попереджаючи ускладнення й прискорюючи процес одужання.

Узагальнюючи, результати даного дослідження однозначно вказують на потребу мультифакторного впливу на дотримання лікування серед військових. Депресія, стать, вік, когнітивні бар'єри — всі ці змінні мають бути враховані в практиці медико-психологічного супроводу. Рекомендовані заходи не потребують значних ресурсів, але можуть суттєво покращити як індивідуальний перебіг лікування, так і загальні показники ефективності госпітального догляду у Збройних силах.

### Висновки до розділу III

Розділ III магістерської роботи представляє комплексний аналіз факторів, що впливають на рівень медичного комплаєнсу серед військовослужбовців, які проходять тривале стаціонарне лікування. У цьому розділі дослідження поєднує як кількісні, так і якісні методи аналізу, що дозволяє глибше осмислити природу комплаєнсу в специфічному контексті військової служби, поранень та психологічної травматизації. Особливу увагу зосереджено на взаємозв'язках між комплаєнсом та соціально-демографічними характеристиками, емоційним станом пацієнтів, а також на поведінкових бар'єрах до лікування, які виявляються у відповідях на пункти шкали MMAS-8 (Morisky et al. 1986).

Загальний висновок, що випливає з отриманих результатів, полягає в тому, що рівень комплаєнсу серед досліджуваної вибірки військовослужбовців є переважно низьким. Це створює серйозний ризик для ефективності лікувального процесу, продовжує періоди одужання, ускладнює реабілітацію і може перешкоджати успішному поверненню до служби або адаптації в цивільному житті. В умовах військового часу та тривалих госпіталізацій цей фактор набуває особливої ваги, оскільки пов'язаний не лише з індивідуальним відновленням, а й із загальною боєздатністю підрозділів.

Серед психоемоційних змінних, що розглядалися в межах регресійного аналізу, найбільш стійким і статистично значущим предиктором комплаєнсу виявилась депресія, оцінена за шкалою PHQ-9 (Український інститут когнітивно-поведінкової терапії 2017). Цей зв'язок мав позитивний напрям, що на перший погляд може видаватися парадоксальним, адже депресія зазвичай асоціюється зі зниженням активності, мотивації та відповідальності. Проте в межах даного дослідження це може пояснюватися тим, що військовослужбовці з вираженою депресивною симптоматикою більш усвідомлено сприймають свій стан і, як наслідок, виявляють вищу готовність до участі в лікувальному процесі. Це підкреслює необхідність не ігнорувати прояви емоційної дезадаптації, а навпаки — бачити в них маркери потреби у медичному залученні та підтримці.

Стать виявилася другим найбільш стабільним соціодемографічним чинником, що впливає на комплаєнс. У всіх проаналізованих моделях чоловіки демонстрували вищу прихильність до лікування порівняно з жінками. Цей результат узгоджується з результатами дисперсійного аналізу та, можливо, відображає як культурно-професійні особливості військового середовища (де чоловіки мають більший досвід системної взаємодії з медичною службою), так і гендерні відмінності в емоційній регуляції, довірі до медичної системи чи адаптаційних стратегіях.

Також було виявлено, що віковий фактор має певне значення: найвищий рівень комплаєнсу зафіксовано серед військовослужбовців віком 36–45 років. Особи цієї вікової категорії, ймовірно, мають більш сформовану життєву стратегію, більший досвід у сфері охорони здоров'я, а також вищу мотивацію до збереження здоров'я, що й обумовлює їхню дисциплінованість щодо дотримання медичних рекомендацій. Молодші респонденти (18–25 років), навпаки, демонстрували найнижчий рівень комплаєнсу, що може бути пов'язано з нижчим рівнем психологічної зрілості, браком досвіду або недооцінкою наслідків недотримання терапії.

Інші психоемоційні чинники, зокрема рівень стресу (PSS-10) (Cohen S. et al. 1983), симптоми ПТСР (PCL-5) (Weathers F.W. et al. 2013) та загальний емоційний дистрес (DASS-21) (Psychology Foundation of Australia 2022), не продемонстрували статистично значущого незалежного впливу на комплаєнс у межах регресійних моделей. Це не означає, що ці фактори не мають клінічного значення — ймовірно, їхній вплив є опосередкованим, комплексним або проявляється в інших контекстах (наприклад, у довгостроковій перспективі або при коморбідних станах).

Особливу увагу було приділено аналізу відповідей на окремі пункти MMAS-8 (Morisky et al. 1986), що дозволило виявити типові бар'єри до лікування. Серед них домінують забування про прийом ліків, самостійне припинення терапії, сумніви в доцільності лікування та відчуття безнадії. Ці поведінкові патерни часто мають когнітивне підґрунтя, пов'язане з депресивним

мисленням, втратою контролю або недостатньою інформованістю про важливість дотримання призначень. Таким чином, вони є не просто показниками недисциплінованості, а симптомами глибшої психологічної вразливості.

Практичні рекомендації, що випливають із цього аналізу, включають обов'язковий скринінг на депресію при госпіталізації, впровадження психоедукаційних інтервенцій, доступ до психолога чи психотерапевта у складі лікувальної команди, а також фармакотерапевтичну підтримку у випадках тяжкої емоційної дезадаптації. З організаційної точки зору, важливими є заходи зі спрощення схем лікування, регулярного моніторингу комплаєнсу та використання авторитетних фігур (лікарів, наставників, капеланів) для підвищення довіри до терапевтичного процесу.

У підсумку, розділ III не лише окреслює структуру проблеми низького комплаєнсу серед військовослужбовців, а й пропонує комплексні шляхи її вирішення. Врахування виявлених предикторів (особливо депресії та статі) та практична реалізація рекомендацій мають потенціал значно покращити якість надання медичної допомоги та підвищити ефективність лікування в умовах військової реабілітації.

## ВИСНОВКИ

У цій магістерській роботі було комплексно досліджено психологічні та соціально-когнітивні чинники, що впливають на рівень комплаєнсу військовослужбовців, які перебувають на тривалому лікуванні в госпіталях. Актуальність теми обумовлена реаліями повномасштабної війни в Україні, внаслідок чого значна частина військових стикається не лише з фізичними пораненнями, а й із глибокими психоемоційними наслідками, які суттєво позначаються на ефективності лікування та якості відновлення. В роботі було поставлено завдання дослідити комплаєнс як багатовимірний феномен — не лише як функціональне дотримання лікарських рекомендацій, але і як прояв когнітивної зрілості, емоційної готовності, мотиваційної залученості та особистісної участі в процесі одужання.

1. У теоретичному розділі роботи було здійснено глибокий аналіз еволюції поняття «комплаєнс» у медичній і психологічній науці. Показано, що сучасне трактування комплаєнсу передбачає не пасивне підкорення вказівкам лікаря, а партнерську модель взаємодії, яка інтегрує когнітивні переконання, емоційний стан та поведінкову активність пацієнта. Особлива увага приділена психоемоційним чинникам, таким як депресія, тривога, посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), сприйнятий стрес і адаптаційні труднощі, які були обґрунтовані як критично важливі змінні у формуванні або порушенні лікувальної поведінки. У роботі розглянуто біопсихосоціальну модель, що дозволила інтегрувати органічні, психологічні та соціокультурні детермінанти комплаєнсу в єдину пояснювальну конструкцію, релевантну до військового контексту.

2. У другому розділі висвітлено методологічні аспекти емпіричного дослідження, включаючи ретельно структуровану вибірку зі 100 військовослужбовців, які проходили лікування в умовах двох госпітальних закладів. Було застосовано комплекс валідних психодіагностичних методик

(MMAS-8 (Morisky et al. 1986), PHQ-9 (Український інститут когнітивно-поведінкової терапії 2017), DAS-21 (Psychology Foundation of Australia 2022), PSS-10 (Cohen S. et al. 1983), PCL-5 (Weathers F.W. et al. 2013), а також авторське опитування щодо бар'єрів і мотивацій до лікування. Організація дослідження відповідала етичним вимогам добровільності, анонімності та наукової доброчесності, що забезпечило високу достовірність отриманих результатів.

3. У третьому розділі подано детальний аналіз емпіричних результатів. У ході кореляційного аналізу виявлено, що найсильніший позитивний зв'язок із комплаєнсом має вираженість симптомів депресії за шкалою PHQ-9 (Український інститут когнітивно-поведінкової терапії 2017). Натомість рівень ПТСР, сприйнятого стресу та загальний дистрес за шкалою DASS-21 (Psychology Foundation of Australia 2022) не продемонстрували статистично значущого впливу на комплаєнс. Також було виявлено, що жіноча стать є значущим предиктором вищого рівня комплаєнсу, що узгоджується з попередніми дослідженнями про вищу відкритість жінок до лікувальної взаємодії. Вік респондентів також мав певний вплив — зростання віку було асоційоване з підвищенням дисциплінованості та відповідальності у дотриманні приписів. У межах множинного регресійного аналізу було створено модель, яка показала, що найбільш вагомими предикторами комплаєнсу є стать, депресія та вік, тоді як тривожність, ПТСР і сприйнятий стрес не продемонстрували стабільного ефекту.

4. Важливим аспектом дослідження стало якісне тлумачення бар'єрів, виявлених за шкалою MMAS-8 (Morisky et al. 1986): недостатня інформованість, зниження мотивації, страх побічних ефектів та формалізована взаємодія з лікарем. Ці бар'єри набували особливої ваги в умовах військової субкультури, де домінують настанови на самозарадність, стриманість, підкорення авторитету й заперечення вразливості. З огляду на це, в роботі обґрунтовано необхідність використання мультикомпонентних інтервенцій, що поєднують психоосвіту, мотиваційне консультування та індивідуальну психотерапію з елементами когнітивно-поведінкової корекції.

5. У розділі практичних рекомендацій було запропоновано низку заходів, спрямованих на підвищення комплаєнсу серед військовослужбовців, які перебувають на тривалому лікуванні. Насамперед рекомендовано проводити систематичний скринінг психоемоційного стану (депресія, тривога, ПТСР, стрес) з моменту госпіталізації. Це дозволить своєчасно виявити пацієнтів із ризиком низького комплаєнсу та надати їм психологічну підтримку. Важливим кроком є включення клінічного психолога до мультидисциплінарної команди. Його роль полягає не лише в діагностиці, а й у зміцненні довіри, зниженні опору та формуванні внутрішньої мотивації до лікування. Особливо це актуально для молодших пацієнтів, які частіше виявляють унікальну або формальну поведінку. Доцільним є застосування короткострокових мотиваційних інтервенцій, а також психоосвітніх заходів, які допомагають пацієнтам краще розуміти цілі та логіку лікування. Це знижує тривожність і підвищує залученість до терапії. Рекомендовано адаптувати підхід до особистісних особливостей — віку, статі, досвіду служби — та запроваджувати гендерно чутливі й індивідуалізовані форми підтримки. Нарешті, варто організувати систему післягоспітального супроводу для збереження досягнутого рівня комплаєнсу. Таким чином, запропоновані рекомендації охоплюють як психологічний супровід, так і організаційні аспекти лікування, спрямовані на підтримку активної та усвідомленої участі військовослужбовців у процесі відновлення.

Отже, результати дослідження підтверджують гіпотезу про значущий вплив депресивної симптоматики, віку та статі на рівень комплаєнсу у військових пацієнтів, що перебувають на довготривалому лікуванні. Емпіричні дані дозволили сформулювати низку практичних рекомендацій, зокрема щодо обов'язкового скринінгу на депресію при госпіталізації, створення безпечного терапевтичного середовища, залучення фахівців із психології до міждисциплінарної команди та налагодження довірливих комунікаційних каналів із пацієнтом.

Таким чином, виконане дослідження не лише розширює наукові уявлення про психологічні чинники комплаєнсу у специфічній популяції

військовослужбовців, а й має практичне значення для оптимізації системи медичної допомоги в умовах воєнного конфлікту. Результати можуть бути використані в роботі військових психологів, медичного персоналу та керівництва госпіталів для підвищення ефективності лікування, профілактики рецидивів та підтримки реабілітаційного потенціалу захисників і захисниць України.

## СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Бандурко, А. О. (2024). Властивості особистості як чинник опанування стресу в умовах війни (Кваліфікаційна магістерська робота). Київський національний економічний університет імені Вадима Гетьмана. <https://ir.kneu.edu.ua/server/api/core/bitstreams/a9a5fcbc-8235-4cf9-a9bc-106b2e7fe183/content>
2. Білобровка, Р. І. (Ред.). (2018). Основи загальної та медичної психології у вищій школі: Навчальний посібник.
3. Бацилева, О. В. (2019). Психологічний супровід у клініці репродуктивної медицини: значення та перспективи. У Матеріали IV Всеукраїнської науково-практичної конференції «Особистісні та ситуативні детермінанти здоров'я» (м. Вінниця, 22 листопада 2019 р.) (с. 16–19). Вінниця.
4. Бедюк, М. В. (2016). Особливості реалізації програми «Психологічна допомога бійцям АТО та їхнім сім'ям». Збірник наукових праць РДГУ, (6), 18–21.
5. Бриндіков, Ю. Л. (2017). Аналіз основних проблем у роботі органів та установ соціального спрямування щодо забезпечення послугами учасників бойових дій. У Підтримка та реабілітація учасників АТО в Україні: досвід та перспективи: зб. тез II Всеукр. наук.-практ. конф. (м. Хмельницький, 07 грудня 2017 р.) (с. 19–22). Хмельницький: Хмельницький інститут соціальних технологій ВНЗ «Університет «Україна».
6. Бриндіков, Ю. Л. (2017). Арт-терапія: суть, можливості роботи з військовослужбовцями учасниками бойових дій. Науковий вісник Ужгородського університету. Серія: Педагогіка. Соціальна робота, (2[41]), 42–45.
7. Бриндіков, Ю. Л. (2017). Загальнонаукові аспекти розробки системи комплексної реабілітації військовослужбовців збройних сил України учасників бойових дій. Педагогічні науки, (79, т. 2), 201–206. Херсон: Херсонський державний університет.

8. Бриндіков, Ю. Л. (2017). Зарубіжний досвід реабілітації військовослужбовців учасників бойових дій. Педагогічні науки, (LXXVIII, т. 2), 195–200. Херсон: Херсонський державний університет.
9. Бриндіков, Ю. Л. (2017). Методологічні принципи реабілітації військовослужбовців учасників бойових дій. Педагогічні науки, (LXXVII, т. 2), 149–153. Херсон: Херсонський державний університет.
10. Бриндіков, Ю. Л. (2017). Мультидисциплінарний підхід у реабілітації військовослужбовців учасників бойових дій. Наукові праці Національної академії Державної прикордонної служби України. Серія: Педагогічні науки, (3[10]), 44–56. Хмельницький: Видавництво НАДПСУ.
11. Бриндіков, Ю. Л. (2017). Місце реабілітаційної діяльності серед спектру професійних функцій майбутнього фахівця соціальної сфери. У Наукові досягнення, відкриття та шляхи розвитку педагогічної науки: Зб. тез всеукр. наук.-практ. конф. (м. Запоріжжя, 26–27 травня 2017 р.) (с. 102–106).
12. Бриндіков, Ю. Л. (2018). Обґрунтування доцільності професійної підготовки майбутніх фахівців соціальної сфери до організації діяльності з реабілітації сімей комбатантів. У О. І. Шапран (наук. ред.), Сучасна українська освіта: стратегії та технології навчання молоді і дорослих: Зб. наук. праць V Міжнар. наук.-практ. інтерне-конф., 27 лютого 2018 р. (с. 25–28). Переяслав-Хмельницький: ФОП Домбровська Я. М.
13. Білий, В. Я., Жаховський, В. О., & Лівінський, В. Г. (2015). Місце та роль Воєнно-медичної доктрини України у формуванні системи медичного забезпечення військ і цивільного населення у воєнний час. Наука і оборона, (1), 9–14.
14. Герман, Дж. (2015). Психологічна травма та шлях до видужання (О. Лизак, О. Наконечна, & О. Шлапак, пер. з англ.). Львів: Видавництво Старого Лева.
15. Гузій, О. В. (2018). Паліативна допомога в Україні: що має змінитися. Український медичний часопис.

16. Гуменюк, О. В., & Коваленко, Л. В. (2019). Використання шкали сприйняття стресу (PSS-10) у клініко-психологічних дослідженнях в Україні. *Проблеми сучасної психології: Збірник наукових праць*, (45), 56–66.
17. Гурська, Т., & Турецька, Х. (2016). *Патопсихологія: навчально-практичний посібник*. Львів: Видавництво Українського католицького університету.
18. Давіденко, К. (2019). Посттравматичний стресовий розлад: рекомендації з профілактики та лікування. *Український медичний часопис*. <https://umj.com.ua/uk/novyna-159875-posttravmatichnij-stresovij-rozlad-rekomendatsiyi-zprofilaktiki-ta-likuvannya>
19. Дмитренко, Г. М. (2016). Психологічна реабілітація учасників АТО: види діяльності практичного психолога. У *Особистість у кризових умовах та критичних ситуаціях життя: Збірник наукових праць* (с. 248–252). Суми: Вид-во СумДПУ імені А. С. Макаренка.
20. Дячук, О. І. (2017). Психометричні властивості україномовної версії шкали сприйняття стресу (PSS-10). *Вісник Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна. Серія: Психологія*, (62), 50–55. <https://periodicals.karazin.ua/psychology/article/view/10109>
21. Дідковська, Л. І. (2019). Психологічні аспекти надання паліативної допомоги. У *Актуальні питання розвитку стаціонарної та мобільної паліативної допомоги в Україні: Матеріали науково-практичної конференції з міжнародною участю* (м. Львів, 23 листопада 2019 р.) (с. 9–13). Львів.
22. Івасюк, П. (2016). Лікарі мають право та повинні призначати знеболюючі ліки – експерт. *Українські Національні Новини (UNN)*.
23. Ісаков, Р. І. (2023). *Психосоматична патологія*. Київ: ВС «Медицина».
24. Ждан, В. М., Скрипніков, А. М., Животовська, Л. В., Сонник, Г. Т., & Денеко, М. О. (2014). *Основи медичної психології: навчально-методичний посібник*. Полтава: ТОВ «АСМІ».

25. Жигайло, Н. І., & Карпінська, Р. І. (2013). Психологія: навчально-методичний посібник. Львів: СПОЛОМ.
26. Казміренко, В. П. (2021). Соціальна психологія організації: монографія. Одеса: Гельветіка.
27. Казміренко, В. П. (2008). Формування діалогу як соціально-психологічна основа розвитку інтеграційних процесів у суспільстві: подолання кризи конфронтації. Наукові студії із соціальної та політичної психології: Збірник статей. Київ.
28. Калугін, І. (2019). Вплив психотерапевтичного втручання на якість життя та комплаєнс у пацієнтів геріатричного профілю. Психосоматична медицина та загальна практика, 4(3).
29. Київський міжнародний інститут соціології. (2023). Динаміка довіри соціальним інституціям у 2021–2024 роках. <https://kiis.com.ua/?cat=reports&id=1467&lang=ukr&page=1&utm>
30. Коваль, І. (2016). Особливості прояву та вираженість психічного стресу родичів інкурабельних онкологічних пацієнтів. Психосоматична медицина та загальна практика, (1).
31. Кокун, О. М., Агаєв, Н. А., Пішко, І. О., & Лозінська, Н. С. (2017). Психологічна робота з військовослужбовцями – учасниками АТО на етапі відновлення: методичний посібник. Київ: НДЦ ГП ЗСУ.
32. Коробка, Л. М. (2015). Соціально-психологічна адаптація спільноти до умов і наслідків воєнного конфлікту: теоретичні засади дослідження. Актуальні проблеми соціології, психології, педагогіки: Збірник наукових праць, (4[29]), 96–103.
33. Костюк, О., & Бойчук, О. (2023). Особливості невизначеної втрати в психотерапевтичній роботі. У Матеріали міжнародної науково-практичної конференції “Війна. Психотерапія травми”. Львів: Видавництво УКУ.
34. Кравченко, Г., Краснов, В., & Костюк, О. (2021). Трансформація індивідуального досвіду через рефреймінг контексту в арттерапевтичному

- просторі (Методика «Килим»). Простір арт-терапії: Збірник наукових праць, 1(29), 98–107.
- 35.Краснов, В. В., & Костюк, О. І. (2022). Ризики погіршення здоров'я нації під впливом стресів воєнного часу в Україні. У Матеріали науково-практичної конференції з міжнародною участю (21 жовтня 2022 р.). Київ: МОЗ України, НУОЗ України імені П. Л. Шупика.
- 36.Кривоніс, Т. (2020). Прояви тривоги та депресії у родичів пацієнтів з онкологічними захворюваннями. *ScienceRise: Medical Science*, (2).
- 37.Купчишина, В. Ч. (2023). Психосоматична компліментарність як складова стресостійкості особистості. *Часопис психотерапії та психологічного консультування*, (2), 63–72.
- 38.Курило, В. О. (2023). Клінічна медична психологія: Навчальний посібник. Харків: Магнолія 2023.
- 39.Кісарчук, З. Г. (Ред.). (2015). Психологічна допомога постраждалим внаслідок кризових травматичних подій: методичний посібник / З. Г. Кісарчук, Я. М. Омельченко, Г. П. Лазос, Л. І. Литвиненко, Л. Г. Царенко. Київ: Логос.
- 40.Лінська, К. І. (2019). Хронометричний профіль хворих на депресію при використанні тесту Спілбергера – Ханіна. *Український вісник психоневрології*, 27(1), 46–56.
- 41.Лісна, Н. М. (2022). Особливості комплаєнсу у пацієнтів із синдромом алкогольної залежності на різних етапах лікування. *Проблеми сучасної психології*, (56), 159–171.
- 42.Лінський, І. В., та ін. (2019). Уживання алкогольних напоїв і розлади адаптації у комбатантів (результати пілотного дослідження). *Лікарська справа*, (4), 16–21. [http://nbuv.gov.ua/UJRN/LiSp\\_2019\\_4\\_5](http://nbuv.gov.ua/UJRN/LiSp_2019_4_5)
- 43.Лісна, Н. М. (2021). Рівень комплаєнсу хворих з синдромом алкогольної залежності на етапах активного протиалкогольного лікування. *Психіатрія, неврологія та медична психологія*, (18).

44. Мельник, Л., Нечосіна, О., Пилипас, Ю., & Долинська, М. (2016). Методичні рекомендації щодо соціально-психологічної підтримки хворих на туберкульоз для формування прихильності до лікування. Київ.
45. Маенера, Я. В., Воробйова, І. В., Колесніченко, О. С., та ін. (2015). Психологічний супровід військовослужбовців, які виконують службово-бойові завдання в екстремальних умовах: Методичні рекомендації. Харків: НАНГУ.
46. Михайлов, Б. В. (2015). Розлади психіки і поведінки екстремально-психологічного походження. Психічне здоров'я, (2/47), 9–18.
47. Мельник, Ю. Б., & Стаднік, А. В. (2023). Шкала депресії, тривоги та стресу: метод. посіб. (укр. версія). Харків: ХОГОКЗ.  
<https://doi.org/10.26697/sri.krpoch/melnyk.stadnik.4.2023>
48. Мешкова, О. М., & Анопрієнко, О. В. (2013). Центр медико-психологічної, соціально-реабілітаційної допомоги національної дитячої спеціалізованої лікарні «Охматдит».
49. Молев, В. П. (2018). Психологічні чинники формування комплаєнсу у хворих на туберкульоз із алкогольною залежністю. Психологія і суспільство, (2), 140–148.
50. Мерліч, С. В. (2015). Медико-психологічний супровід онкологічних хворих, які перенесли хірургічне втручання з формуванням кишкової стоми, на амбулаторному етапі лікування. Одеса: Одеський національний медичний університет.
51. Міністерство охорони здоров'я України. (2016). Наказ №574 від 13.06.2016 «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при артеріальній гіпертензії».  
<https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0574282-16#Text>
52. Озерський, І. В. (2016). Нейтралізація посттравматичного стресового розладу демобілізованих бійців АТО. У Особистість у кризових умовах та критичних ситуаціях життя: Збірник наукових праць (с. 367–371). Суми: Вид-во СумДПУ імені А. С. Макаренка.

- 53.Проект USAID «Посилення контролю за туберкульозом». (2014). Щоденник пацієнта «Мій шлях до одужання».
- 54.Партико, Н. В. (2019). Психологія конфліктів: Навчальний посібник. Львів: Видавництво Львівської політехніки.
- 55.Пилягіна, Г. Я., Хаустова, О. О., Марута, Н. О. [та ін.]. (2020). Медична психологія: у 2-х т. Т. 1. Загальна медична психологія (Г. Я. Пилягіна, Ред.). Вінниця: Нова Книга.
- 56.Пилягіна, Г. Я., Хаустова, О. О., Марута, Н. О. [та ін.]. (2020). Медична психологія: у 2-х т. Т. 2. Спеціальна медична психологія (Г. Я. Пилягіна, Ред.). Вінниця: Нова Книга.
- 57.Партико, Т. Б. (Ред.), Грабовська, С. Л., Вовк, А. О., та ін. (2014). Психологія: підручник для студентів вищих навчальних закладів. Київ: Ін Юре.
- 58.Піонтковська, О. В. (2013). Стан психічного здоров'я батьків дітей з онкологічною патологією. Український вісник психоневрології, 21(1[74]), 90–94.
- 59.Романенко, Ю., & Коляденко, Н. (2021). Посттравматичний стресовий розлад як медико-психосоціальна проблема. Перспективи та інновації науки, 2(2), 297–304. [https://doi.org/10.52058/2786-4952-2021-2\(2\)-297-304](https://doi.org/10.52058/2786-4952-2021-2(2)-297-304)
- 60.Сенько, Ю. О. (2019). Психологічний супровід пацієнтів, хворих на мультирезистентний туберкульоз легень. Український пульмонологічний журнал, (1), 71–74.
- 61.Семигіна, Т., Павленко, І., Овсяннікова, Є. [та ін.] (Пер.). (2017). Охорона психічного здоров'я в умовах війни. Київ: Наш формат. (Переклад з англ.)
- 62.Скрипніков, А. М. (Ред.), & Герасименко, Л. О. (Ред.). (2023). Ментальне здоров'я населення Полтавської області: колективна монографія. Полтава: ПП «Астроя».
- 63.Спіріна, І. Д., Вітенко, І. С., Напреєнко, О. К., та ін. (2012). Медична психологія: державний національний підручник. Дніпропетровськ: ЧП «Ліра» ЛТД.

64. Титаренко, Т. (2015). Напрямки психологічної реабілітації особистості, що переживає події війни. У Психологічна допомога особистості, що переживає наслідки травматичних подій: Збірник статей (с. 3–11). Київ.
65. Туриніна, О. (2017). Психологія травмуючих ситуацій: навчальний посібник. Київ: Персонал.
66. Український інститут когнітивно-поведінкової терапії. (2017). Анкета здоров'я пацієнта (PHQ-9). <https://i-cbt.org.ua/wp-content/uploads/2017/11/ОПИТУВАЛЬНИК-ДЕПРЕСІЇ-phq-9.pdf>
67. Фітькало, О. С. (2023). Прогнозування формування алкогольної залежності в осіб із посттравматичним стресовим розладом (ПТСР). Український медичний часопис, (6), 84–86. <https://doi.org/10.32471/umj.1680-3051.158.247539>
68. Цимбалюк, В., Стеблюк, В., & Друзь, О. (2021). Охорона ментального здоров'я та медико-психологічна реабілітація військовослужбовців в умовах гібридної війни: теорія і практика: монографія. Київ: Медицина.
69. Чабан, О. С., Хаустова, О. О., & Омелянович, В. Ю. (2023). Медична психологія. Еталони практичних навичок. Харків: Магнолія 2023.
70. Чабан, О. С., & Безшейко, В. Г. (2017). Симптоми посттравматичного стресу, тривоги та депресії серед учасників бойових дій у зоні Антитерористичної операції. Український вісник психоневрології, 25(2), 80–84.
71. Чеховська, М. (2016). Комплаєнс як запорука позитивного ефекту у процесі фізичної реабілітації. У Сучасні тенденції у практиці й освіті з фізичної терапії: тези доп. Міжнар. наук. семінару (с. 71–73). Львів.
72. Шаттенбург, Л., & Кульчинський, Я. (2019). Психодинаміка болю. *Нейро News*, (4).
73. Шевченко, Т. О. (2005). Психологія кризових станів. Уроки життя крізь призму страждань. Київ: Здоров'я.
74. Шеремет, М. Ю. (2019). Нейрогуморальні предиктори ефективності антигіпертензивної терапії у пацієнтів з резистентною артеріальною

- гіпертензією (Кваліфікаційна наукова праця на правах рукопису, дисертація кандидата медичних наук). Державна установа «Національний науковий центр “Інститут кардіології імені академіка М. Д. Стражеска” НАМН України». [https://strazhesko.org.ua/wp-content/uploads/2019/06/dis\\_Sheremet.pdf](https://strazhesko.org.ua/wp-content/uploads/2019/06/dis_Sheremet.pdf)
75. Шестопалова, Л. Ф. (2016). Психологія соматично хворих: навчально-методичний комплекс для студентів спеціальності «Психологія». Харків: ХНУ ім. В. Н. Каразіна.
76. Adams, G. (1994). What is compliance? *Journal of Financial Regulation and Compliance*, 2(4), 278–285. <https://doi.org/10.1108/eb024816>
77. Aronson, J. K. (2007). Compliance, concordance, adherence. *British Journal of Clinical Pharmacology*, 63(4), 383–384. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2125.2007.02893.x>
78. Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: W. H. Freeman and Company.
79. Beauchamp, T. L., & Childress, J. F. (2009). *Principles of biomedical ethics* (6th ed.). Oxford University Press.
80. Beck, A. T. (2008). *Cognitive behavioral therapy: Basics and beyond*. New York: Guilford Press.
81. Blinov, O. (2018). Бойовий стрес та результати його емпіричного дослідження. *Psychological Journal*, (12), 9–22. <https://doi.org/10.31108/2018vol12iss2pp9-22>
82. Bokhour, B. G., Berlowitz, D. R., Gurewich, D., Elf, M., Kressin, N. R., & Kazis, L. E. (2012). Medication adherence to multidrug regimens. *Clinics in Geriatric Medicine*, 28(2), 287–300.
83. Britt, T. W., Shen, W., Sinclair, R. R., Grossman, M. R., & Klieger, D. M. (2021). “We all held our own”: Job demands and resources at individual, leader, and organizational levels predict burnout and engagement in Army Medical Department personnel. *Journal of Patient Experience*, 8, 1–10. <https://doi.org/10.1177/21650799211038499>

84. Chesney, M. A., Ickovics, J. R., Chambers, D. B., Gifford, A. L., Neidig, J., Zwickl, B., & Wu, A. W. (2000). Self-reported adherence to antiretroviral medications among participants in HIV clinical trials: The AACTG adherence instruments. *AIDS Care*, 12(3), 255–266.
85. Cohen, S., Kamarck, T., & Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 24(4), 385. (в адаптації Вельдбрехт О. О., Тавровецької Н. І., 2022)
86. Ellis, A. (1962). *Reason and emotion in psychotherapy*. New York: Lyle Stuart.
87. Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*, 196(4286), 129–136.
88. Ethics & Compliance Initiative. (2020). Evaluation of corporate compliance programs. <https://www.ethics.org/wp-content/uploads/Evaluation-of-Corporate-Compliance-Programs-June-2020-revision.pdf>
89. Goodwin, L., Jones, M., & Rona, R. J. (2012). Prevalence of delayed-onset posttraumatic stress disorder in military personnel: Is there evidence for this disorder? Results of a prospective UK cohort study. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 200(5), 429–437. <https://doi.org/10.1136/oemed-2011-100382.331>
90. Hilsden, R. J., & Verhoef, P. H. (2000). *Complementary and alternative medicine: Challenge and change*. Pabst Science Publishers.
91. Hoge, C. W., Castro, C. A., Messer, S. C., McGurk, D., Cotting, D. I., & Koffman, R. L. (2004). Combat duty in Iraq and Afghanistan, mental health problems, and barriers to care. *New England Journal of Medicine*, 351(1), 13–22. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa040603>
92. Jakupcak, M., Conybeare, D., Phelps, L., Hunt, S., Holmes, H. A., Felker, B., et al. (2007). Anger, hostility and aggression among Iraq War veterans reporting PTSD and subthreshold PTSD. *Journal of Traumatic Stress*, 20(6), 945–954. <https://doi.org/10.1002/jts.20258>

93. Jorge, R. E. (2015). Posttraumatic stress disorder. *CONTINUUM: Lifelong Learning in Neurology*, 21(3), 789–805. <https://doi.org/10.1212/01.CON.0000466667.20403.b1>
94. Karpushenko, M., & Karpushenko, O. (2023). Theoretical and methodological aspects of forming a compliance control system. *Innovative Technologies and Scientific Solutions for Industries*, 1(23), 132–142. <https://doi.org/10.30837/ITSSI.2023.23.132>
95. Kroenke, K., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. W. (2001). The PHQ-9: Validity of a brief depression severity measure. *Journal of General Internal Medicine*, 16(9), 606–613. <https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x>
96. Leventhal, H., & Cameron, L. (1987). Behavioral theories and the problem of compliance. *Patient Education and Counseling*, 10(2), 117–138.
97. Leventhal, H., Nerenz, D. R., & Steele, D. J. (1984). Illness representations and coping with health threats. In A. Baum, S. E. Taylor, & J. E. Singer (Eds.), *Handbook of psychology and health* (Vol. 4, pp. 219–252). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
98. Miller, W. R., & Rollnick, S. (1991). *Motivational interviewing: Preparing people to change addictive behavior*. New York: Guilford Press.
99. Morisky, D. E., Green, L. W., & Levine, D. M. (1986). Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. *Medical Care*, 24(1), 67–74. <https://doi.org/10.1097/00005650-198601000-00007>
100. Mozharovskyi, M. Yu. (2021). Theoretical and legal analysis of the definition of the concept of «compliance» and its types. *Pravo.ua*, 2, 139–148. <https://doi.org/10.32782/LAW.UA.2021.2.21>
101. Psychology Foundation of Australia. (2022, June 22). Depression anxiety stress scales (DASS). UNSW Sydney. <http://dass.psy.unsw.edu.au/>
102. Reed, G. M., First, M. B., & Kogan, C. S. (2019). Innovations and changes in the ICD–11 classification of mental, behavioural and neurodevelopmental disorders. *World Psychiatry*, 18(1), 3–19. <https://doi.org/10.1002/wps.20611>

103. Sackett, D. L., & Haynes, R. B. (1976). *Compliance with therapeutic regimens*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
104. Spont, M. R., Kehle-Forbes, S., Riviere, L. A., Erbes, C. R., & Vincent, A. (2017). Treatment receipt by veterans after a PTSD diagnosis in PTSD clinics. *Psychiatric Services*, 68(6), 589–595.
105. Timmers, T., Janssen, L., Pronk, Y., van der Zwaard, B. C., Koëter, S., & van Oostveen, D. (2020). Assessing the efficacy of an educational smartphone or tablet app with subdivided and interactive content to increase patients' medical knowledge: Randomized controlled trial. *JMIR mHealth and uHealth*, 8(1), e15343. <https://doi.org/10.2196/15343>
106. Waller, M., Charlson, F. J., Ireland, R. E. E., Whiteford, H. A., & Dobson, A. J. (2016). Time-course of PTSD symptoms in the Australian Defence Force: A retrospective cohort study. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 25(4), 393–402. <https://doi.org/10.1017/S2045796015000517>
107. Weathers, F. W., Litz, B. T., Keane, T. M., Palmieri, P. A., Marx, B. P., & Schnurr, P. P. (2013). The PTSD Checklist for DSM-5 (PCL-5). <https://www.ptsd.va.gov/professional/assessment/adult-sr/ptsd-checklist.asp>
108. Weathers, F. W., Litz, B. T., Keane, T. M., Palmieri, P. A., Marx, B. P., & Schnurr, P. P. (2013). Контрольний перелік питань для визначення ПТСР згідно DSM-5 (PCL-5) – Стандартна версія [Інструмент для визначення]. <https://www.ptsd.va.gov/professional/assessment/adult-sr/ptsd-checklist.asp>
109. Wintermann, G. B., Rosendahl, J., & Weidner, K. (2017). Risk factors of delayed onset posttraumatic stress disorder in chronically critically ill patients. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 205(10), 780–787. <https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000000714>
110. World Health Organization. (2003). *Adherence to long-term therapies: Evidence for action*. Geneva: WHO. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42682>
111. YouControl. (2020). *Комплаєнс в компанії: що потрібно знати*. <https://youcontrol.com.ua/blog/komplaiens-v-kompaniyi-shcho-potribno-znaty/>

## ДОДАТКИ

### Додаток А

“Шкала депресії, тривоги та стресу” розкриває основні положення україномовної версії опитувальника Depression Anxiety Stress Scales - DASS (Psychology Foundation of Australia, 2022) із 21 пунктів.

#### ІНСТРУКЦІЯ:

Опитування проводиться з метою дослідження особистого самопочуття. Опитування є добровільним і анонімним.

Анкета містить питання про те, як Ви відчували себе протягом останнього тижня. За кожним питанням слід обрати один варіант відповіді (0-3), який записати у бланку відповідей під номером питання. Відповіді мають бути на всі питання. Дякуємо за Ваш час та відповіді!

1. Мені було важко розслабитися.
2. Я відчував сухість у роті.
3. Здавалося, я взагалі не відчував жодних позитивних почуттів.
4. Я відчував утруднене дихання (наприклад, надмірно прискорене дихання, задишка за відсутності фізичного).
5. Мені було важко проявляти ініціативу, щоб щось робити.
6. Я був схильний надмірно реагувати на ситуації.
7. Я відчував тремтіння (наприклад, в руках).
8. Я відчував, що витрачаю багато енергії.
9. Мене турбували ситуації, в яких я можу запанікувати і виставити себе дурнем.
10. Я відчував, що мені нема чого чекати.
11. Я помітив, що хвилююся.
12. Мені було важко розслабитися.
13. Я відчував себе пригніченим і похмурим.
14. Я був нетерпимий до всього, що заважало мені продовжувати те, що я роблю.
15. Я відчував, що близький до паніки.

16. Я не міг ні в чому захоплюватися.
17. Я відчував, що не вартий багато чого як особистість.
18. Мені здалося, що я досить образливий.
19. Я усвідомлював дію мого серця за відсутності фізичного навантаження (наприклад, відчуття збільшення частоти).
20. Мені стало страшно без будь-якої вагової причини.
21. Я відчував, що життя безглузде.

### Бланк відповідей

<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>
<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>
<b>10</b>	<b>11</b>	<b>12</b>
<b>13</b>	<b>14</b>	<b>15</b>
<b>16</b>	<b>17</b>	<b>18</b>
<b>19</b>	<b>20</b>	<b>21</b>

### Додаток Б

Інструкції: Нижче наведено список проблем, які іноді виникають у людей у відповідь на дуже стресовий досвід. Будь ласка, уважно прочитайте кожну проблему, а потім обведіть одну з цифр праворуч, щоб вказати, наскільки ця проблема вас турбувала протягом останнього місяця.

За останній місяць, наскільки Вас турбували такі речі:

	Ніскільки	Трохи	Помірно	Досить сильно	Надзвичайно сильно
1. Спогади про стресову подію, що повторюються, тривожать, є небажаними?	0	1	2	3	4
2. Сни про стресову подію, які тривожать, є небажаними?	0	1	2	3	4
3. Раптом Ви почувалися або діяли так, ніби стресова подія відбувається з Вами знову (ніби Ви «знову там» і переживаєте все наяву)?	0	1	2	3	4
4. Ви дуже засмутилися, коли щось нагадало Вам про стресову подію?	0	1	2	3	4
5. Ви мали сильно виражену фізичну реакцію, коли щось нагадало Вам про стресову подію (напр., сильне серцебиття, було важко дихати, Ви спітніли)?	0	1	2	3	4
6. Ви уникали спогадів, думок чи почуттів, пов'язаних із стресовою подією?	0	1	2	3	4
7. Ви уникали зовнішніх нагадувань про стресову подію (напр., людей, місць, розмов, дій, предметів, ситуацій)?	0	1	2	3	4
8. Вам було важко пригадати важливі епізоди стресової події?	0	1	2	3	4
9. Ви різко негативно ставилися до себе, інших людей або світу в цілому (напр., Ви мали такі думки: я поганий, зі мною щось серйозно не так, нікому не можна вірити, усюди небезпека)?	0	1	2	3	4
10. Ви звинувачували себе чи когось іншого за стресову подію або того, що сталося після неї?	0	1	2	3	4
11. Мали різко негативні почуття – страх, жах, гнів, почуття провини, сорому (по відношенню до себе чи інших)?	0	1	2	3	4
12. Втратили інтерес до тих занять, які раніше приносили Вам задоволення?	0	1	2	3	4
13. Відчували відчуженість, стіну між собою та іншими людьми?	0	1	2	3	4
14. Вам було важко отримувати позитивні емоції (напр., радіти за своїх близьких, відчувати до них любов)?	0	1	2	3	4
15. Роздратована поведінка, вибухи гніву, агресивні дії (у Вас самих)?	0	1	2	3	4
16. Часто йшли на ризик, робили речі, які могли заподіяти Вам шкоди?	0	1	2	3	4
17. Перебували у стані «надмірної настороженості», пильності, напруженого очікування?	0	1	2	3	4
18. Нервово реагували, легко лякалися?	0	1	2	3	4
19. Вам було важко зосередитися?	0	1	2	3	4
20. Було важко заснути або залишатися у стані сну?	0	1	2	3	4

### Інтерпретація загального бала PCL-5:

0–10 балів — дуже низький рівень симптомів, ПТСР мало ймовірний

11–32 бали — субклінічний рівень, можливі окремі симптоми ПТСР

33–38 балів — клінічно значущий рівень симптомів, можлива наявність ПТСР (пороговий бал за рекомендаціями VA & National Center for PTSD)

39–50 балів — високий рівень симптомів, висока ймовірність ПТСР, варто направити на діагностику

>50 балів — тяжкий ПТСР, серйозне порушення функціонування, необхідне комплексне психіатричне втручання

### Додаток В

#### Шкала сприйманого стресу (Perceived Stress Scale-10, PSS-10)

(Cohen S, Kamarck T, Mermelstein R., 1983 в адаптації Вельдбрехт О. О., Тавровецької Н. І., 2022)

**Інструкція:** Запитання в цій шкалі стосуються Ваших почуттів і думок протягом ОСТАННЬОГО МІСЯЦЯ. Будь ласка, для кожного пункту виберіть один із наступних варіантів відповіді, що відображує ЯК ЧАСТО ви відчували або міркували в певний спосіб: 0 = ніколи, 1 = майже ніколи, 2 = іноді, 3 = досить часто, 4 = дуже часто.

№	питання	варіанти відповідей				
		0	1	2	3	4
1	Як часто за останній місяць ви були засмучені через щось, що трапилося несподівано?	ніколи	майже ніколи	іноді	досить часто	часто
2.	Як часто за останній місяць ви відчували, що не можете контролювати важливі речі у вашому житті?	ніколи	майже ніколи	іноді	досить часто	часто
3.	Як часто за останній місяць ви відчували знервованість та стрес?	ніколи	майже ніколи	іноді	досить часто	часто
4.	Як часто за останній місяць ви були впевнені, що зможете вирішити свої особисті проблеми?	ніколи	майже ніколи	іноді	досить часто	часто
5.	Як часто за останній місяць ви відчували, що все відбувається по-вашому (відповідно до	ніколи	майже ніколи	іноді	досить часто	часто

	ваших бажань, планів та поглядів)?					
6.	Як часто за останній місяць ви відчували, що не можете впоратися з тим, що маєте зробити?	<i>ніколи</i>	<i>майже ніколи</i>	<i>інколи</i>	<i>доволі часто</i>	<i>часто</i>
7.	Як часто за останній місяць ви були здатні контролювати роздратованість з приводу того, що відбувається у вашому житті?	<i>ніколи</i>	<i>майже ніколи</i>	<i>інколи</i>	<i>доволі часто</i>	<i>часто</i>
8.	Як часто за останній місяць ви почувалися «господарем становища»?	<i>ніколи</i>	<i>майже ніколи</i>	<i>інколи</i>	<i>доволі часто</i>	<i>часто</i>
9.	Як часто за останній місяць ви були розсерджені через події, на які не могли впливати?	<i>ніколи</i>	<i>майже ніколи</i>	<i>інколи</i>	<i>доволі часто</i>	<i>часто</i>
10.	Як часто за останній місяць ви відчували, ніби труднощів накопичилося так багато, що ви не можете їх подолати?	<i>ніколи</i>	<i>майже ніколи</i>	<i>інколи</i>	<i>доволі часто</i>	<i>часто</i>

**Обробка результатів:** Залежно від сприйняття цих подій та переживань загальний бал за тестом може віднести одного з них у категорію

- низького стресу (0-10), а іншого – у категорію
- високого стресу (30-40)

### Додаток Г

#### АНКЕТА ЗДОРОВ'Я ПАЦІЄНТА (PHQ-9)

ІМ'Я: \_\_\_\_\_ ДАТА \_\_\_\_\_

Протягом останніх двох тижнів як часто вас турбували будь-які з перерахованих проблем? (використовуйте “√” для відповідей)

1. Зниження інтересу чи відчуття задоволення від виконання справ	Ніколи	Кілька днів	Більше половину часу	Майже щодня
2. Поганий настрій, відчуття пригнічення чи безнадії				
3. Труднощі з засинанням, поверхневий сон або, навпаки, надмірна сонливість				
4. Відчуття втоми або зниження енергії				
5. Поганий апетит або переїдання				
6. Негативне відчуття щодо себе — що ви невдаха або, що ви підвели себе чи свою родину				
7. Труднощі з концентрацією уваги, наприклад, під час читання газети чи перегляду телевізора				
8. Сповільненість рухів та мовлення, помітна навіть для оточуючих. Або навпаки, надмірна і непритаманна вам метушливість та активність				
9. Думки, що було б краще, якби ви померли або думки про те, щоб заподіяти собі шкоди				

Підрахунок балів

За кожен  $\checkmark$ : Ніколи = 0;

Кілька днів = 1;

Більше половини днів = 2;

Майже щодня = 3

Інтерпретація результатів - ступінь важкості депресії:

0-4 Депресія відсутня

5-9 Депресія легкого ступеню

10-14 Депресія помірною ступеню

15-19 Депресія вираженого ступеню

20-27 Депресія важкого ступеню

### Додаток Д

#### Опитувальник прихильності до лікування Моріски-Грін (MMAS-8)

Запитання	так	ні
Чи не забуваєте Ви деколи приймати Ваші препарати?		
Чи був у Вас за останні 2 тижні день, коли Ви забули прийняти препарати?		
Чи припиняли Ви прийом препаратів або зменшували дозу без консультації лікаря, тому що відчували себе гірше, ніж було до того?		
Чи бувають випадки, коли ви забуваєте прийняти Ваші ліки, знаходячись в подорожі або не вдома?		
Чи приймали Ви препарати вчора?		
Чи припиняєте Ви прийом ліків, коли відчуваєте, що Ваш стан під контролем?		
Чи засмучувала Вас колись необхідність строго притримуватись схеми лікування вашого стану?		
Як часто ви відчуваєте труднощі в запам'ятовуванні часу прийому препаратів?	Ніколи/іноді/ часто/завжди	

Інтерпретація: Сума балів: висока прихильність (8 балів), помірною прихильність (6 – 7 балів), низька прихильність (< 6 балів).