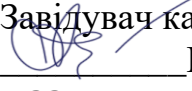


Міністерство освіти і науки України
Бердянський державний педагогічний університет
Кафедра соціальної роботи та інклюзивної освіти

Допущено до захисту

Завідувач кафедри

 Катерина ПЕТРОВСЬКА

«22» листопада 2025 р.

ПРОФІЛАКТИКА СУЇЦИДАЛЬНОЇ ПОВЕДІНКИ СЕРЕД ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ

Кваліфікаційна робота магістра

Виконавець: здобувач вищої освіти
другого(магістерського) рівня вищої
освіти II курсу, групи м21СР-з
Галузь знань 23 Соціальна робота
Спеціальність 231 Соціальна робота
Освітньо-професійна програма:
Соціальна робота. Поствоєнна
соціально-психологічна реабілітація

ЄРМАК Наталія Іванівна

Керівник:

к.пед.н., доцент Анастасія ПОПОВА

Рецензент:

к.пед.н., доцент Анастасія ТУРГЕНЄВА

ЗМІСТ

ВСТУП	3
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДИЧНІ ЗАСАДИ ПРОФІЛАКТИКИ СУЇЦИДАЛЬНОЇ ПОВЕДІНКИ СЕРЕД ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ...	8
1.1. Поняття суїцидальної поведінки, основні ознаки та прояви	8
1.2. Особливості дослідження суїцидальної поведінки серед військовослужбовців.....	14
1.3. Соціально-психологічний аспект вивчення суїцидальної поведінки та технології профілактики у середовищі військовослужбовців	20
Висновки до першого розділу	27
РОЗДІЛ 2. ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ОРГАНІЗАЦІЇ РОБОТИ З ПРОФІЛАКТИКИ СУЇЦИДАЛЬНОЇ ПОВЕДІНКИ СЕРЕД ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ	30
2.1. Організація і методика проведення дослідження	30
2.2. Експериментальна перевірка особливостей прояву та ефективності організації роботи з профілактики суїцидальної поведінки серед військовослужбовців	33
2.3. Алгоритм здійснення профілактики суїцидальної поведінки серед військовослужбовців	52
Висновки до другого розділу	58
ВИСНОВКИ	60
ДЕКЛАРАЦІЯ ВИКОРИСТАННЯ ГШІ.....	65
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	66
ДОДАТКИ	72

ВСТУП

Актуальність дослідження. Сьогодні проблема суїциду є актуальною у світовому масштабі. За статистичними даними, щороку близько 600 тисяч осіб у світі здійснюють суїцид, а ще 2 мільйони намагаються вчинити самогубство, але їхні спроби залишаються невдалими [44]. Суїцидальна поведінка поширена серед людей різного віку та соціальних категорій. Особливо гостро проблема суїцидальної поведінки постає у країнах з підвищеними факторами стресу, зокрема у країнах, охоплених війною. Україна, на жаль, належить до таких держав. З 2014 року значна кількість українських чоловіків, а також жінок стали на захист незалежності країни, і з початком повномасштабного вторгнення ця кількість значно зросла. За офіційною статистикою, наданою міністром оборони України О. Резніковим у липні 2022 року, до лав ЗСУ мобілізовано близько 700 тисяч осіб, в прикордонні структури— до 60 тисяч, до складу Національної гвардії України мобілізовано біля 90 тисяч осіб. Приблизно 100 тисяч осіб мобілізовано до національної поліції. Загалом, понад один мільйон осіб у формі забезпечують діяльність сектору безпеки та оборони» [20].

Військовослужбовці – це соціальна група, яка перебуває в умовах постійного стресу та тригерних подій. Рівень емоційного та фізичного навантаження для цих осіб є високим, що ускладнюється обмеженою можливістю для повноцінного розвантаження та відпочинку. У 2010 році близько 38% суїцидальних випадків у військових колективах закінчилися летально [50]. На сьогодні іспостерігається тенденція до незначного, але стійкого зростання цих показників.

З 2022 року військовослужбовці стикаються з посиленням психологічним навантаженням, яке супроводжується фізичним виснаженням, емоційним та професійним вигоранням і стає одним із факторів ризику суїцидальної поведінки.

На даний час у системі соціально-психологічної підтримки військовослужбовців організовуються заходи щодо виявлення, запобігання та профілактики суїцидальної поведінки серед військовослужбовців. Відповідальність за вирішення цього питання несуть не лише психологічні служби Збройних Сил України, але й вище керівництво.

Варто зазначити, що питання суїцидальної поведінки є актуальним не лише серед військовослужбовців бойових підрозділів, але також серед працівників територіальних центрів комплектування та соціальної підтримки, які перебувають під постійним психологічним та емоційним тиском.

Аналізуючи актуальність проблеми суїцидальної поведінки серед військовослужбовців і працівників структур Збройних Сил України, стає очевидною необхідність дослідження профілактики цих проявів. Постійний стрес, високий рівень емоційного і фізичного навантаження, психологічний тиск та обмежені можливості для відпочинку сприяють підвищенню ризику суїцидальних намірів. Ситуація ускладнюється війною, що посилює навантаження і сприяє поширенню таких факторів, як професійне вигорання та емоційне виснаження. З огляду на ці виклики, розробка й упровадження ефективних профілактичних заходів є критично важливими для зниження рівня суїцидальної поведінки серед військових.

Першими на поняття суїциду звернули увагу філософи. Класичні філософські трактати із суїцидології належали Платону, Лукрецію, Сенеці, І. Канту, А.Шопенгауєру, Е. Дюркгейму, У. Джеймсу, М. Бердяєву, А. Камю. До теми самогубств неодноразово у своїх працях звертались Аристотель, Сократ, Цицерон, Марк Аврелій, Монтень, Декарт, Спіноза, Вольтер, Монтеск'є, Руссо, Гегель, К'єркегор, Ніцше та ін. [45].

Проблемою розвитку суїцидальної поведінки у військовослужбовців займалися такі науковці, як: К. Брайант, Н. Бутенко, І. Кузьминов, М. Луцке, К. Маедера, І. Паранюк, Д. Радні, В. Суліцький, В. Терещенко та інші. Зокрема К. Брайант у своїх дослідженнях зазначає про те, що військовий персонал, який не був у бойових відрядженнях має вищий ризик розвитку суїцидальної

поведінки, ніж ті, хто був на бойових завданнях більше одного разу. Д.Радні на основі аналізу предикторів звернення за психологічною допомогою визначив, що найсильнішим предиктором є наявність суїцидальної спроби в минулому, а негативні уявлення про психологічну допомогу найсильніше знижують прагнення отримати кваліфіковану допомогу та консультацію [33].

Однак, результати бібліографічного аналізу уможливили виокремлення низки суперечностей, які посилюють актуальність дослідження профілактики суїцидальної поведінки: між зростаючою кількістю випадків суїцидальної поведінки серед військовослужбовців і працівників ТЦК та СП та недостатньою розробленістю комплексних профілактичних заходів, адаптованих до умов повномасштабної війни; між потребою у системній психологічній та соціально-психологічній підтримці та фрагментарністю реалізованих програм, які часто зосереджуються переважно на кризовому втручанні, а не на довготривалій профілактиці; між високим рівнем психоемоційного навантаження на військовослужбовців і працівників ТЦК та СП та обмеженими можливостями отримання своєчасної допомоги, зокрема через перевантаженість фахівців, нестачу кадрів і недостатню кількість підготовлених психологів; між розумінням керівництвом Збройних Сил України важливості профілактики суїцидальної поведінки та недостатньою інституційною підтримкою на локальному рівні, що створює розрив між нормативними документами та практикою їх упровадження [7].

Необхідність розкриття даної проблеми, актуальність і необхідність поглибленого дослідження та розробки ефективних профілактичних заходів, орієнтованих на специфічні потреби як військовослужбовців бойових частин, так і працівників ТЦК та СП, а також адаптації існуючих технологій підтримки до реалій сучасної війни зумовили вибір теми кваліфікаційної роботи **«Профілактика суїцидальної поведінки серед військовослужбовців»**.

Об'єкт дослідження – суїцидальна поведінка військовослужбовців.

Предмет дослідження – особливості організації роботи з профілактики суїцидальної поведінки серед військовослужбовців.

Мета дослідження: теоретично обґрунтувати особливості організації роботи з профілактики суїцидальної поведінки серед військовослужбовців та експериментально перевірити ефективність організаційних підходів до роботи з профілактики суїцидальної поведінки в середовищі військових.

Гіпотеза дослідження: профілактика суїцидальної поведінки серед військовослужбовців буде ефективною за умов комплексного підходу, який включає соціально-психологічні методи діагностики та профілактики, адаптовані до специфіки військової служби, а також використання спеціалізованих алгоритмів психологічної підтримки.

Відповідно до мети, об'єкта та предмета дослідження визначені його **завдання:**

1. Схарактеризувати поняття «суїцидальної поведінки», виокремити основні її прояви та характеристики;
2. Визначити особливості дослідження суїцидальної поведінки серед військовослужбовців;
3. Проаналізувати соціально-психологічні аспекти вивчення суїцидальної поведінки та технології її профілактики у середовищі військовослужбовців;
4. Експериментально перевірити особливості прояву та ефективності організації роботи з профілактики суїцидальної поведінки серед військовослужбовців;
5. Розробити алгоритм профілактики суїцидальної поведінки серед військовослужбовців.

Методи дослідження. Для досягнення мети та виконання визначених завдань використано комплекс таких методів: **загальнонаукові методи** (аналіз, синтез, систематизація, порівняння, узагальнення) – використовувалися для вивчення праць зарубіжних і вітчизняних науковців з питань профілактики суїцидальної поведінки серед військовослужбовців;

конкретно-наукові методи (*категоріальний аналіз* – для розкриття змісту та уточнення дефініцій основних понять, пов'язаних із суїцидальною поведінкою та її профілактикою у військовому середовищі; *структурно-функціональний аналіз* – для з'ясування структурних, змістових і процесуальних особливостей підходів до профілактики суїцидальної поведінки серед військовослужбовців, зокрема в умовах сучасних військових дій; *структурно-логічний аналіз* – для виокремлення позитивних та негативних аспектів у поточній організації профілактики суїцидальної поведінки серед військовослужбовців); **емпіричні методи** (спостереження, анкетування, тестування, бесіди та інтерв'ю з військовослужбовцями) – для отримання даних щодо проявів суїцидальної поведінки, потреб військовослужбовців у соціально-психологічній підтримці, а також для вивчення факторів ризику в їхньому середовищі; **статистичні методи** (обробка та узагальнення науково-теоретичних і дослідно-експериментальних даних; кількісний і якісний аналіз) – для забезпечення можливості розробки профілактичної програми на основі отриманих результатів дослідження; **моделювання** – для розробки програми профілактики суїцидальної поведінки серед військовослужбовців, що включає спеціально адаптовані підходи та заходи підтримки.

Структура магістерської роботи. Робота складається зі вступу, двох розділів, висновків до кожного з них, загальних висновків, списку використаних джерел (усього 50 найменувань) та додатків на 9 сторінках. Повний обсяг магістерської роботи становить 77 сторінок, основний зміст викладено на 57 сторінках. Робота містить 13 рисунків.

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДИЧНІ ЗАСАДИ ПРОФІЛАКТИКИ СУЇЦИДАЛЬНОЇ ПОВЕДІНКИ СЕРЕД ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ

1.1. Поняття суїцидальної поведінки, основні ознаки та прояви.

Питання суїциду завжди було досить актуальним у світі. Відповідно до даних Всесвітньої організації охорони здоров'я щороку в світі трапляється близько 800 000 суїцидів, кожні 40 секунд відбувається 1 суїцидальна спроба. На сьогодні самогубство відносять до другої провідної причини смертності у віці від 15 до 29 років [48].

Аналіз відкритих міжнародних даних за 2017 рік свідчить про суттєві відмінності у рівнях суїцидальної смертності серед військовослужбовців різних країн. Порівняльні показники демонструють, що проблема має як глобальний характер, так і національні особливості, зумовлені підготовкою особового складу, системами психологічної підтримки, досвідом ведення бойових дій та організацією служби.

У Ізраїлі, де загальна чисельність армії становила близько 177 тисяч осіб, рівень суїцидів оцінювався приблизно у 6 випадків на 100 тисяч військовослужбовців – один із найнижчих серед представлених країн 3 [27]. Сполучені Штати Америки, маючи один із найбільших військових контингентів у світі (понад 1,3 млн осіб), демонстрували значно вищий рівень – близько 26 випадків на 100 тисяч військовослужбовців на рік. У Великій Британії, при чисельності збройних сил близько 150 тисяч, рівень суїцидальності залишався низьким – близько 2,7 випадків на 100 тисяч. Індія з армією чисельністю понад 1,3 млн мала показник приблизно 6,6 випадків на 100 тисяч військовослужбовців. У Канаді, де служили близько 63 тисяч осіб, фіксувалися 22 випадки самогубств на рік, що становило близько 14 випадків на 100 тисяч. В Україні у 2017 році, за чисельності особового складу близько 255 тисяч, було зафіксовано 55 випадків самогубств, що відповідає приблизно 139 випадкам на 100 тисяч, що є одним із найвищих показників серед порівнюваних країн [37].

Зростання темпу життя та погіршення його рівня через війну призвело до збільшення кількості суїцидальних спроб в Україні за останні роки. Особливо збільшення проявів суїцидальної поведінки спостерігається з початком повномасштабного вторгнення в Україну. Значна увага приділяється також профілактиці та запобіганню суїциду серед категорій, що постраждали від війни. Говорячи про механізми профілактики та запобігання суїциду, варто перш за все розглянути поняття «суїцидальної поведінки», її прояви та основні фактори виникнення.

Сучасні дослідження суїцидальної поведінки ґрунтуються на розумінні суїциду не лише як індивідуальної поведінкової реакції, зумовленої психопатологічними особливостями особистості, а й пов'язаної з екстремальними чи загрозливими обставинами, що пережила людина [47].

У психології існує декілька підходів до визначення суїцидальної поведінки. Загалом при визначенні даного поняття варто розмежувати також поняття суїциду та схильності до суїцидальної поведінки.

Суїцид або самогубство – це свідомий прояв поведінки, вчинення дій спрямованих на самоушкодження, завдання фізичної шкоди власному життю та здоров'ю, свідоме позбавлення себе життя, спричинене своєю умисною, бажаною і безпосередньо вчиненою дією [44].

В психології суїцид визначають як умисне спричинення власної смерті причиною якого переважно є переживання самогубцею психічних розладів, таких як депресія, біполярний розлад, шизофренія тощо [35].

В європейській культурі з наукової точки зору вперше суїцид розглянув соціолог Еміль Дюркгейм. У своїх роботах він говорить про визначну роль соціального середовища у скоєнні суїциду. Дюркгейм зазначає, що особи, які мають більше коло соціальних зв'язків менш схильні до самогубства, ніж особи які менш включенні у життя груп [34].

О. Абрумов визначає самогубство як феномен соціально-психологічної дезадаптації особистості в умовах поєднання декількох мікросоціальних конфліктів.

Загалом, самогубство – це свідомі дії чи діяльність спрямовані на позбавлення себе життя результатом яких є власна смерть, причиною яких часто зазначають наявність психічних розладів (депресія, біполярні розлади тощо) [23].

В соціально-психологічному контексті поняття суїцид розглядають як усвідомлений акт відходу з життя внаслідок переживання психотравмуючої ситуації, за якої власне життя втрачає цінність для певного індивіда. Виділяють три основні види суїциду [36]:

- істинні;
- демонстративні;
- приховані.

Істинний суїцид характеризується реальним бажанням померти, часто є несподіваним і немає спонтанних проявів. Даному виду суїциду передують тривалий прояв пригніченості, депресивних станів, суїцидальних думок. В більшості випадків даний вид суїциду завершується смертю суїцидента.

Натомість демонстративний суїцид має на меті привернення уваги до певної проблеми і навіть маніпулювання іншими. Демонстративний суїцид часто проявляється різкістю висловів і думок, імпульсивністю, агресивністю.

Прихований суїцид – це вид суїцидальної поведінки який відповідає ознакам суїциду, але не має на меті спричинити смерть. Здебільшого прихований суїцид має неусвідомлений характер і націлений на ризик (наприклад, небезпечна частина їзди на автомобілі, надмірне захоплення екстремальними видами спорту) [42].

Повертаючись до теми суїциду у військовій сфері, то тут можна говорити про переважання прихованого або істинного виду самогубства. Демонстративний характер в більшій мірі проявляється в суїцидальній поведінці, а саме в розмовах про самогубство як спосіб привернути увагу.

Суїцидальна поведінка визначається безпосередньо фактом самогубства або спробою його вчинити з метою виведення особистості з кризової ситуації. Суїцидальна поведінка не сприймається як патологічне

явище, оскільки в більшості випадків проявляється у психічно здорових людей [37].

Загалом, суїцидальна поведінка – це саморуйнівна поведінка, що може проявлятися у вигляді думок, дій чи фантазій, спрямованх на самоушкодження чи самознищення [45].

Основними ознаками суїцидальної поведінки, на думку психотерапевта І. Кручковської, є наступні:

- часті розмови про смерть чи самогубство – як правило ці розмови пояснюються тим, що життя немає сенсу, і можуть проводитися як прямо, так і опосередковано через жарти, прислів'я тощо;
- ізоляція від друзів та родини – уникнення соціальних контактів та спілкування, самоізоляція на фоні страху нерозуміння та засудження з боку інших;
- втрата інтересу до діяльності та справ, які раніше приносили задоволення – втрата інтересу до навчання, роботи, зобі, спілкування з друзями (особливістю даної ознаки є те, що втрата інтересу може відбуватися як поступово, так і раптово);
- зміни настрою та поведінки – часті різкі зміни настрою, дратівливість, тривожність, апатія;
- прояви «прощальної» поведінки – дарування власних дорогих або важливих речей, бажання упорядкувати і закрити всі поточні справи, прощання з близькими. Прояв даної ознаки вимагає негайного втручання та допомоги інших людей, зокрема психотерапевтів, лікарів, психологів тощо;
- саморуйнівна поведінка – вживання великих доз алкоголю, наркотиків, надмірне захоплення екстремальними видами спорту, спрямоване на бажання відволіктись від морального болю або ж пришвидшити факт смерті.

Науковець В. Москалець у своїх дослідженнях говорить про три основні групи ознак суїцидальної поведінки – ситуаційні, поведінкові та словесні.

До ситуаційних ознак психолог відносить наступні [29]:

- соціальна ізоляція особистості;
- постійне перебування особистості в нестабільному оточенні (проблеми у стосунках батьків, алкоголізм особистості або когось із її родини тощо)
- наявність попередніх спроб суїциду або факту скоєння суїциду кимось із найближчого оточення
- важка втрата

Серед словесних ознак, притаманних особам з проявами суїцидальної поведінки, характерні такі:

- прямо і явно говорити про смерть або натякати на свої прагнення до неї
- надмірний юмор на тему смерті
- прояв нездоровим зацікавленням темою смерті

Віктор Москалець також виділяє поведінкові ознаки суїцидальної поведінки, прояв яких потребує негайної реакції рідних та відповідних фахівців, а саме [2]:

- демонстрація радикальних змін в поведінці по відношенню до їжі та сну, (наприклад, переїдання або ж навпаки явне голодування);
- зміна зовнішнього вигляду, неохайність;
- замкнутість, відстороненість від близьких та друзів;
- раптові зміни настрою від ейфорії до повного розпачу, прояв безпорадності, дратівливості, тривожності тощо.

Окрему увагу слід приділити факторам та чинникам, що впливають на розвиток суїцидальної поведінки. Загалом виділяють чотири основні групи факторів, що впливають на розвиток суїцидальної поведінки: індивідуально-психологічні, медичні, природні та соціально-демографічні [3].

До індивідуально – психологічних факторів розвитку суїцидальної поведінки відносять наступні:

1. дратівливість, висока конфліктність, які проявляються здебільшого в агресивних реакціях на оточуючих людей та події;
2. завищена або занижена самооцінка;
3. емоційна в'язкість – зациклення на певному емоційному стані, «підпорядкованість» цьому стану;
4. низька активність, байдужість до оточення;
5. песимізм – прояв депресивних переживань та станів;
6. надмірна схильність до самозвинувачення;
7. гіпертрофована потреба в самореалізації або ж навпаки, інфантильність (унеможливлення самореалізації та самоствердження).

Основною причиною розвитку суїцидальної поведінки більшість дослідників психології та соціології вбачають в соціально-психологічній дезадаптації особистості. Зокрема А. Султанов, вивчаючи причини суїцидальної поведінки, виділив три основні: дезадаптація, пов'язана з порушенням соціального середовища; алкогольна та/або наркотична залежність, що є не тільки передумовою виникнення суїцидальних намірів, а й пришвидшує процес їх втілення; конфлікти з сім'єю, причиною яких часто є розбіжності цінностей та пріоритетів членів родини [3].

Натомість Сайер визначає основною причиною суїцидальної поведінки почуття людини, серед яких автор виділяє чотири основних:

1. почуття безпорадності – почуття відсутності контролю над власним життям;
2. почуття ізоляції в соціальному середовищі;
3. безнадія – відсутність для людини сенсу життя;
4. почуття власної незначущості для близьких, для оточення взагалі і для зовнішнього світу.

Спираючись на визначення поняття суїциду та суїцидальної поведінки і дослідження даних понять вище вказаними авторами, в процесі вивчення

суїциду серед військовослужбовців та працівників ТЦК та СП окрему увагу слід приділити визначенню поняття «схильність до суїцидальної поведінки». На мою думку схильність особи до вчинення самогубства або прояву суїцидальної поведінки посилюється у випадку наявності у людини додаткових факторів впливу, таких як тривале порушення сну, підвищення рівня тривожності та агресивності, тривале перебування в стані стресу, систематичний вплив на особистість загрозливих або травмуючих подій, підвищення рівня психоемоційного навантаження та збільшення морального тиску збоку командування або побратимів.

Схильність до суїциду - це психологічний стан людини, який передбачає як наявність думок, дій, поведінкових проявів що можуть вказувати на бажання вчинити самогубство, так і повну відсутність їх прояву (почуття апатії, байдужості та відокремленості особистості від реальності).

Вивчення особового складу та своєчасна діагностика на схильність до суїциду є основним способом запобігання та профілактики самогубств серед військовослужбовців.

Отже, аналізуючи подану вище інформацію можна говорити про чотири основні прояви суїцидальної поведінки, до яких відносяться суїцидальні думки, процес планування суїциду, непрямі прояви суїцидальної поведінки і безпосередньо спробу суїциду. Суїцидальна поведінка є наслідком психологічної травми, затяжної депресії або тривожних розладів особистості.

1.2. Особливості дослідження суїцидальної поведінки серед військовослужбовців.

В ході вивчення особливостей дослідження суїцидальної поведінки серед військовослужбовців слід враховувати роботи наступних авторів, які є фундаментальними.

3. Комар у своєму підручнику для психологів, що працюють у військовій сфері, зазначає що інтерперсональна теорія самогубств Ва

Орденає(2010) є важливою для розуміння причин самогубства ветеранів оскільки відокремлює бажання померти від готовності до самогубств [28].

Е. Дюркгейм відзначав особливу схильність військових до самогубства, а саме від 25 до 90 % більше, ніж у цивільного населення. Досліджуючи сучасні причини самогубств серед військовослужбовців, науковець дійшов висновку, що найчастіше суїцидальна поведінка розвивається у військових, які не відчують труднощів і незручностей пов'язаних з військовою службою. Військовий дух, на думку вченого, розвинений сильніше серед військовослужбовців військової служби за контрактом і серед офіцерів, ніж серед військовослужбовців строкової служби [46].

Досліджуючи особливості суїцидальної поведінки у військовослужбовців – учасників бойових дій, А. Ладик-Бризгалова визначила особистісні особливості військовослужбовців, що сприяють суїцидальній спробі: чутливість, низька схильність драматизувати, роздратованість, потайливість, підвищена тривожність, комунікабельність, замкненість, недовірливість, часте бажання усамітнитися, агресивність [9].

Особливу увагу варто приділити аналізу методичної літератури, яка є затвердженою і рекомендованою для використання військовими психологами. Зокрема, в посібнику «Методичні Рекомендації: дії групи спостереження за суїцидальною поведінкою військовослужбовців», розробленому на основі теоретичного вивчення питання суїциду серед військових та практичної роботи по виявленню та запобіганню самогубств серед військовослужбовців, описано основні захисні чинники, які певним чином утримують військовослужбовців від появи суїцидальних думок. Розглянемо ці чинники детальніше [15].

Перш за все, це відсутність залежності і вживання загалом алкогольних та наркотичних речовин. Серед усіх зафіксованих випадків самогубства 80% вчинено під дією алкоголю чи наркотиків. На думку експертів відносна

відсутність наркотичних речовин та алкоголю в місцях постійної дислокації особового складу призведе до зниження рівня розвитку суїцидальної поведінки [48].

Другим, але не менш вагомим чинником, є виявлення та надання своєчасної допомоги особам, що мають психіатричні та психологічні порушення. Доступ до отримання психологічної допомоги та надання її тим, хто потребує, призведе не тільки до зменшення кількості суїцидів, а й до підвищення боєздатності особового персоналу [6].

Ключовим чинником запобігання суїцидам у військовій сфері, є наявність соціальної та сімейної підтримки. У двох із п'яти випадків скоєння самогубства, суїцидальні дії вчинялися після конфлікту з рідними або побратимами. Змінна цінностей та світосприймання у військового та членів його родини нерідко призводить до виникнення систематичних конфліктів та непорозумінь [6].

Окремо варто сказати про міжособистісні стосунки в підрозділах, бригадах тощо. Наразі внутрішній клімат особового складу в більшості військових частин, знаходиться на низькому рівні, не дивлячись на постійну роботу спрямовану на покращення і розвиток злагодження військовослужбовців. Відсутність підтримки з боку родини та побратимів у військового пришвидшує процес появи суїцидальних думок та їх перехід у суїцидальні дії.

При аналізі методичної літератури, затвердженої Міністерством Збройних Сил України для використання у роботі з виявлення, запобігання та профілактики суїцидів серед військовослужбовців, було виокремлено ряд ознак, що впливають на розвиток суїцидальної поведінки. Якщо дані ознаки згрупувати за природою походження, то можна зробити наступні висновки стосовно природи виникнення суїцидальної поведінки (рисунок 1.2.1).



Рис.1.2.1. Природа виникнення суїцидальної поведінки

Узагальнення отриманих інформації дає можливість говорити про те, що основною причиною вчинення суїцидів серед військових і працівників ТЦК та СП (62%) є вплив соціуму і найближчого оточення. Сюди можемо віднести конфлікти в родині, засудження збоку друзів, відсутність соціальної підтримки, конфлікти та непорозуміння з побратимами, конфлікти з командуванням, соціальне засудження тощо. На меншому рівні прояву – 38% – є спадкова природа суїциду, до якої відносимо: наявність випадків суїциду в родині, наявність у військового психічних захворювань та психологічних порушень, наявні раніше невдалі спроби самогубства тощо.

М. Мушкевич та Р. Федоренко під час дослідження суїцидальної поведінки учасників АТО та природи їх походження виокремили три основні причини вчинення суїциду:

1. проблеми у сімейному житті – автори зазначають, що близько половини зафіксованих спроб суїциду в армії пов'язані з сімейними обставинами.
2. зловживання алкоголем та наркотиками – 100% завершених суїцидів були вчинені в стані алкогольного або наркотичного оп'яніння.

3. проблеми з командуванням – зневага командування та побратимів призводить до збільшення психологічної напруги, що в свою чергу є чинником виникнення суїцидів.

Найважливішим у дослідженні суїцидальної поведінки у військовій сфері є методична база. Всі структури Збройних Сил України мають затверджений чіткий перелік методик, які можуть бути використані для діагностики рівня прояву суїцидальної поведінки або схильності до суїциду. Даний факт можна трактувати з двох сторін.

Наявність методичної бази, яка може бути використана в діагностичному процесі та доступність необхідних методик, полегшує роботу офіцерів з морально-психологічного забезпечення особового складу. Затвердженні до використання методики є стандартизованими та валідними. Недоліком є те, що більшість даних методик є об'ємними і потребують певного часу для діагностики (наприклад, «Адаптивність – 200»).

З іншого боку, затверджений перелік вимагає використання конкретних методик та опитувальників і унеможлиблює використання альтернативних методів діагностики, що потребують меншої затрати часу та ресурсів.

На сьогодні основою роботи з виявлення та запобігання осіб схильних до суїцидальної поведінки серед особового складу є вивчення документів особової справи, що передбачає детальний аналіз характеристики, ознайомлення з довідкою про сімейний стан та склад сім'ї, перевірку відомостей про стан здоров'я. З метою подальшого виявлення ознак суїцидальної поведінки використовують індивідуальну бесіду та спостереження [20].

Наразі діагностика схильності до суїциду серед військовослужбовців проводиться в декілька етапів:

1. на етапі підготовки та проходження військовими БЗВП;
2. під час виконання службових обов'язків та бойових завдань в районі ведення бойових дій;

3. під час виведення військовослужбовців на відновлення із зони активних бойових дій.

На етапі підготовки до введення в район активних бойових дій як основний діагностичний інструментарій визначення схильності до суїциду та прояву суїцидальної поведінки рекомендовано використовувати наступні методики.

Багаторівневий особистісний опитувальник «Адаптивність – 200» призначений для діагностики соціально-психологічних характеристик та адаптаційних можливостей військовослужбовців. Опитувальник містить 200 тверджень, які визначають показники по основним 6 шкалам [21].

Також використовують опитувальник схильності до суїцидальних реакцій, який містить 25 тверджень що є показниками по двох основних шкалах. Дана методика може бути використана як додатковий діагностичний інструментарій і не може застосовуватись самостійно.

Під час безпосереднього виконання службових обов'язків військовослужбовцями та працівниками ТЦК та СП для діагностики рекомендовано використовувати такі методики як методика шкалової самооцінки психофізичних станів (О.М.Кокун), диференціальну діагностику депресивних станів (В.А.Жмуров), первинний скринінг посттравматичного стресового розладу.

Основним діагностичним інструментарієм в даному випадку також є «Адаптивність – 200», додатковим інструментарієм до якої використовується шкала депресії Бека, яка складається з 21 твердження спрямованого на самооцінку військовослужбовцем рівня депресії.

На етапі відновлення військовослужбовців після виведення їх із зони активних бойових дій використовують методики, спрямовані здебільшого на визначення рівня прояву симптомів та характеристик посттравматичного стресового розладу, визначення посттравматичних реакцій та діагностику депресивних станів (діагностика В.А.Жмурова, опитувальник І.О.Котеньова, міссісіпська шкала, первинний скринінг ПТСР) На даному етапі не

рекомендується діагностика схильності до суїциду у військовослужбовців, що в свою чергу ускладнює своєчасне виявлення осіб з проявами суїцидальної поведінки та своєчасне надання їм необхідної допомоги і підтримки.

Отже, здійснивши аналіз досліджень суїцидальної поведінки у військовій сфері, можна зробити висновок про те, що методики наявного діагностичного інструментарію є досить об'ємними і потребують певного часу для їх використання. Наразі використовується одна основна методика спрямована на діагностику схильності до суїциду. Затверджений перелік діагностичного інструментарію унеможлиблює використання альтернативних методик. Крім того, діагностика схильності до суїциду здійснюється не на всіх етапах несення служби військовослужбовцем.

1.3. Соціально-психологічний аспект вивчення суїцидальної поведінки та технології профілактики у середовищі військовослужбовців.

В ході дослідження соціально-психологічного аспекту суїцидальної поведінки військовослужбовців С. Семенов виділив такі основні соціально – психологічні чинники [1]:

1. особливості родинних стосунків – конфлікти з батьками або дружиною, тривалі або систематичні конфлікти в родині, тяжка хвороба одного з членів родини;
2. особиста життєва криза – зміна пріоритетів та установок, зміна цінностей, почуття незадоволеності певними аспектами власного життя або собою взагалі;
3. особисте життя – втрата близької людини, самотність, відсутність підтримки збоку рідних, зради, ревності тощо;
4. помітне погіршення стану здоров'я – загальне погіршення самопочуття, загострення хвороби, психоемоційне виснаження, поранення або каліцтво внаслідок війни тощо;

5. зміна соціального статусу – втрата роботи, втрата виплати або матеріального забезпечення, наявність факту порушення службової дисципліни, звільнення з керівної посади тощо.

Якщо враховувати вплив даних соціально-психологічних чинників на особистість, можна визначити дві основні умови вчинення суїциду військовослужбовцями. По-перше, це збільшення рівня стресу до крайньої точки, що здатна витримати людина. По-друге, це нездатність особистості справитись зі стресом ні самотійно, ні за підтримки інших. Виникненню цих двох умов передують декілька невдалих спроб особистості поділитись власними переживаннями та відсутність належної підтримки [25].

Варто зазначити, що не існує однієї певної причини з якої військовослужбовець вчиняє суїцид. Вчиненню самогубства серед військовослужбовців передують наявність кількох вище перерахованих соціально-психологічних чинників.

Аналіз наявної системи профілактики суїцидальної поведінки серед військовослужбовців і працівників ТЦК та СП потребує вивчення кількох основних складових, що включають наявність кваліфікованих фахівців, дієвого механізму профілактики та заходів спрямованих на виявлення та запобігання самогубств у військовій сфері.

Практичний досвід та комунікація з представниками різних підрозділів Збройних Сил України та Територіальних центрів комплектування дає можливість зробити наступні висновки. Наразі спостерігається гостра криза людського ресурсу в Збройних силах взагалі. В результаті нестачі кадрів періодично здійснюються зміни в структурі психологічної служби.

Корольчук В. виокремив загальні напрямки, на яких має базуватися вся робота медиків, психологів і командирів, спрямована на профілактику і запобігання суїцидів. Ці напрямки включають загальну профілактичну роботу, профілактичну роботу з військовослужбовцями схильними до самогубства та роботу спрямовану на виявлення й усунення причин завершеного суїциду чи суїцидальних спроб [17].

Відповідно до методичних рекомендацій, безпосередніми організаторами роботи спрямованої на профілактику суїцидальної поведінки є військової частини є командир, заступник командира з морально-психологічного забезпечення (МПЗ), офіцери структури морально-психологічного забезпечення, офіцер - психолог та військовий священник (капелан). Також робота по виявленню осіб схильних до суїцидальної поведінки покладалась на командира відділення, який несе відповідальність приблизно за 8 – 10 чоловік особового складу.

Командир з морально-психологічного забезпечення (зона відповідальності 80 – 100 осіб особового складу) в постійній співпраці та взаємодії з командирами відділення здійснює діагностику осіб, що потрапляють в зону ризику виникнення суїцидальних дій, на основі чого планує і організовує заходи спрямовані на профілактику та запобігання вчиненню самогубств серед особового складу [15].

Недоліком даної системи є те, що більшість командирів з морально-психологічного забезпечення не мають фахової психологічної освіти, а лише базові знання, отримані в ході проходження курсу базової військової підготовки, що призводить до надання некваліфікованої допомоги у виявленні не тільки ризиків суїциду, а й надання психологічної підтримки загалом.

В результаті браку людських ресурсів та здійснення певної кадрової реорганізації персоналу в структурах Збройних сил України, командири з морально-психологічного забезпечення були замінені на службу психологічної підтримки персоналу (ППП), яка має працювати безпосередньо з усім особовим складом (відповідальність за більше 100 осіб) [22].

Якщо говорити про структури територіальних центрів комплектування та соціальної підтримки, то в даному випадку діагностика схильності до суїцидальної поведінки особового складу здійснюється лише перед прийняттям до штату особового складу певного відділення. Увагу варто

звернути на те, що раз на рік всі працівники відділень ТЦК та СП проходять обов'язкову діагностику, до переліку якої включено тест «Адаптивність – 200», основною метою застосування якого є виявлення осіб з проявами суїцидальної поведінки.

Водночас особливості профілактики суїцидальної поведінки серед військовослужбовців обумовлюють низку суперечностей, які свідчать про необхідність глибшого дослідження цієї проблеми. Серед таких суперечностей можна виділити наступні:

- між потребою у комплексній соціально-психологічній підтримці військовослужбовців в умовах війни та обмеженими ресурсами і увагою до профілактики суїцидальної поведінки як окремого напрямку у системі підтримки військових, зокрема бойових підрозділів та працівників територіальних центрів комплектування та соціальної підтримки (ТЦК та СП);
- між високим рівнем стресу, емоційного і фізичного навантаження, з якими стикаються військовослужбовці під час виконання обов'язків, та недостатньою кількістю спеціально розроблених профілактичних заходів, що враховують специфіку їхньої служби, а також різницю в умовах та факторах стресу між військовослужбовцями бойових частин і працівниками ТЦК та СП;
- між потребою у системній і постійній психологічній підтримці та наявною практикою епізодичних заходів, які не завжди забезпечують належний рівень профілактики і не враховують вплив постійного стресу, який може по-різному проявлятися серед військових частин та працівників ТЦК та СП;
- між необхідністю індивідуального підходу до профілактики суїцидальної поведінки та відсутністю достатньої кількості спеціалістів та ресурсів для впровадження такого підходу у військових підрозділах, що особливо важливо в умовах зростання кількості випадків

суїцидальної поведінки серед військовослужбовців бойових частин порівняно з працівниками ТЦК та СП;

- між підвищеними факторами ризику суїцидальної поведінки внаслідок бойових дій та недостатньою адаптованістю профілактичних програм до сучасних умов війни, що ускладнює запобігання суїцидальним проявам як у бойових підрозділах, так і серед працівників ТЦК та СП, які також перебувають під постійним психологічним та емоційним тиском.

Куруч О. у своїх роботах говорить про такі основні заходи, спрямовані на запобігання суїцидів серед військовослужбовців. Перш за все, це налагодження стійкого контакту з військовослужбовцем та доступність для нього як особисто, так і за допомогою телефонного зв'язку. Важливо, утримувати цей контакт постійне, бо несвоєчасне його припинення може призвести до підвищення рівня напруги у військового, прояву замкненості подекуди агресивності. Друге – у разі погіршення загального стану, готовність застосування технік кризової інтервенції, надання першої психологічної допомоги і, за потреби, медичної[24].

Третім етапом здійснення заходів, спрямованих на профілактику самогубства, є зарахування військовослужбовця до групи підвищеної психологічної уваги, що передбачає постійне спостереження та психологічну підтримку військовослужбовця.

Наступний крок Куруч Олена пропонує розділити в залежності, від рівня прояву суїцидальних тенденцій. У випадку середнього рівня їх прояву – здійснити допомогу в адаптації військовослужбовця до нових умов, вирішенні конфліктів чи визначити причини маніпулювання, як основної причини прояву даних тенденцій. У випадку високого рівня прояву – сприяти внесенню змін до організації несення служби, що передбачає можливість тимчасового виведення на відновлення і в подальшому закріплення наставника, основна мета якого надавати психологічну підтримку та спостерігати за динамікою психологічного стану військовослужбовця [13].

Усі вище перераховані етапи як обов'язкову складову включають суворий контроль за вживанням військовослужбовцями груп ризику алкоголю та наркотичних речовин. Також рекомендовано навчання особового складу технік спрямованих на зниження впливу негативних подій (наприклад, техніка «Смислового зумера») [41].

На даний момент виділяють два основні етапи роботи спрямованої на профілактику самогубства у військовій сфері.

Перший етап – збір інформації про джерела суїцидальної небезпеки передбачає спостереження за поведінкою особового складу та проявом в їх поведінці ознак характерних для суїцидальної поведінки (коливання настрою, підвищена тривога, порушення сну, ізолюваність тощо). На цьому етапі також відбувається вивчення соціально – психологічних особливостей малої групи військовослужбовців з метою визначення основних факторів ризику. Дані методи реалізуються шляхом міжособистісного спілкування з військовослужбовцем та його оточенням [45]. Реалізація даного етапу передбачає виявлення осіб з проявами суїцидальної поведінки або наявними раніше спробами суїциду та включення їх до групи посиленої психологічної уваги. Основним методичним інструментарієм є *психологічна бесіда*.

На другому етапі відбувається планування та безпосередньо проведення заходів спрямованих на профілактику суїцидальної поведінки серед військовослужбовців. Основними заходами опосередкованого впливу щодо профілактики самогубств є [6]:

1. висока якість організації бойової підготовки у підрозділі;
2. чітка організація бойового чергування, вартової та інших видів військової служби;
3. створення позитивного соціально-психологічного клімату у підрозділах за рахунок формування позитивних колективних традицій ;
4. організація і здійснення індивідуально виховної та психолого-педагогічної роботи з особовим складом, що передбачає всебічну морально-психологічну підтримку діяльності військовослужбовців;

5. організація повного доведення до військовослужбовців усіх видів забезпечення, що дає почуття впевненості, захищеності та безпеки для особового складу

Основними діагностичними засобами як і на першому етапі, на другому етапі виступає *психологічна бесіда*.

Якщо здійснити теоретичний аналіз наявної системи профілактики суїциду серед військовослужбовців та працівників ТЦК та СП і провести паралель із практичною його реалізацією, то можна зробити наступні висновки. Наразі немає чіткого алгоритму здійснення профілактики суїцидальної поведінки серед військовослужбовців. Наявні методичні рекомендації та наукові дослідження дають теоретичне розуміння і уявлення про процес запобігання самогубства у військовій сфері. Робота з профілактики суїцидальної поведінки ускладнюється відсутністю кваліфікованих психологів та браком персоналу взагалі. Конкретні заходи спрямовані на профілактику суїцидальної поведінки у військовій сфері здійснюються безпосередньо після факту наявного завершеного суїциду або суїцидальної спроби.

Висновки до першого розділу

У першому розділі було здійснено комплексний теоретико-методичний аналіз феномена суїцидальної поведінки військовослужбовців, що дозволило визначити її ключові поняття, структуру, чинники розвитку, особливості дослідження та наявні технології профілактики в умовах військової служби.

По-перше, встановлено, що суїцидальна поведінка є багатовимірним соціально-психологічним явищем, яке проявляється у формах суїцидальних думок, намірів, спроб і завершених дій. Її природа не зводиться лише до психопатології, а значною мірою обумовлена впливом соціальних, екзистенційних, сімейних та стресогенних факторів. Аналіз наукових підходів (Е. Дюркгейма, О. Абрумова, І. Кручковської, В. Москальця та ін.) дав змогу виокремити основні прояви та ознаки суїцидальної поведінки, а

також окреслити групи чинників, серед яких провідну роль відіграють індивідуально-психологічні особливості, соціально-демографічні умови, психічні стани та вплив мікросередовища.

По-друге, з'ясовано, що військовослужбовці становлять окрему групу підвищеного ризику, що пов'язано з дією екстремальних умов служби, бойовим стресом, хронічною втомою, психологічною нестабільністю, втратою побратимів, конфліктами у сім'ї та підрозділі, а також зловживанням психоактивними речовинами. Узагальнення досліджень З. Комара, А. Ладик-Бризгалової, М. Мушкевича, Р. Федоренка та аналіз офіційних методичних матеріалів дозволило визначити, що понад 60% випадків суїцидів серед військових зумовлено соціальними та міжособистісними факторами, тоді як спадкова чи клінічна природа становить близько третини.

По-третє, проведений аналіз показав, що наявна методична база діагностики суїцидальної поведінки у військовій сфері є обмеженою, а її застосування – часовитратним та недостатньо адаптованим до реалій війни. Основні діагностичні інструменти («Адаптивність-200», шкала Бека, методики ПТСР та депресивних станів) забезпечують лише часткове охоплення ризиків і використовуються нерівномірно на різних етапах служби. Водночас значна частина психологів та фахівців морально-психологічного забезпечення не має належної професійної підготовки, що знижує ефективність профілактичної роботи.

По-четверте, розкрито соціально-психологічні аспекти виникнення суїцидальної поведінки у військовослужбовців. Вони включають порушення сімейних стосунків, зміну соціального статусу, нездатність до саморегуляції в умовах хронічного стресу, невміння звертатися по допомогу та відсутність належної підтримки з боку побратимів і командування. На основі робіт С. Семенова, В. Корольчука, О. Куруч охарактеризовано ключові напрями профілактичної діяльності, які мають включати спостереження за поведінковими ознаками ризику, кризові інтервенції, організацію соціальної

підтримки, корекцію службових навантажень та моніторинг психоемоційного стану особового складу.

По-п'яте, аналіз теоретичних і практичних джерел дав змогу встановити низку суперечностей, що ускладнюють ефективну профілактику суїцидальної поведінки у військовому середовищі. Зокрема, суперечність між високими стресовими навантаженнями та недостатністю профілактичних програм; між потребою у постійній психологічній підтримці та епізодичністю практичних заходів; між вимогою індивідуального підходу та браком кваліфікованих фахівців; між необхідністю адаптованих методик та жорсткими обмеженнями щодо використання альтернативних інструментів; між потребами військовослужбовців бойових підрозділів і реальним рівнем уваги до ризиків серед працівників ТЦК та СП.

Узагальнюючи результати аналізу, можна зробити висновок, що профілактика суїцидальної поведінки серед військовослужбовців є складним багаторівневим процесом, який вимагає системного підходу, міждисциплінарної взаємодії та оновлення методичної бази. Наявна система профілактики має фрагментарний характер, не охоплює всі етапи служби, часто активізується лише після кризових випадків та не забезпечує повноцінного розпізнавання ризиків. Це зумовлює необхідність подальшого вдосконалення профілактичних технологій, розроблення адаптованих методик діагностики, посилення кадрової спроможності та формування ефективної системи комплексної психологічної підтримки у військових підрозділах.

РОЗДІЛ 2 ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ОРГАНІЗАЦІЇ РОБОТИ З ПРОФІЛАКТИКИ СУЇЦИДАЛЬНОЇ ПОВЕДІНКИ СЕРЕД ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ

2.1. Організація і методика проведення дослідження.

Для вивчення особливостей суїцидальної поведінки серед військовослужбовців, аналізу чинників ризику та оцінки ефективності профілактичних заходів була розроблена та реалізована дослідно-аналітична програма, що включала три взаємопов'язані етапи: констатувальний, формувальний та заключний. Така структура забезпечила можливість комплексно дослідити проблему, поєднавши кількісні та якісні методи, а також сформувані науково обґрунтовані рекомендації щодо вдосконалення профілактичної роботи у військовому середовищі.

Дослідження проводилося поетапно та передбачало роботу з двома категоріями військовослужбовців:

- представниками бойових підрозділів, які виконують завдання у зоні бойових дій;
- військовослужбовцями та співробітниками Територіальних центрів комплектування та соціальної підтримки (ТЦК та СП).

Такий підхід дозволив не лише простежити загальні тенденції щодо суїцидальних ризиків, а й виявити специфічні відмінності між групами, пов'язані з різною організацією служби та умовами діяльності.

Метою констатувального етапу було визначення фактичного рівня суїцидальних ризиків серед військовослужбовців та оцінка стану організації профілактичної роботи в підрозділах. На цьому етапі було уточнено дослідницьку вибірку, проаналізовано нормативні документи щодо психологічного забезпечення у Збройних Силах України та підібрано відповідний діагностичний інструментарій.

У дослідженні взяли участь 72 респонденти, серед яких:

- 36 військовослужбовців бойових частин;

– 36 військовослужбовців і співробітників п'яти відділів ТЦК та СП.

З міркувань безпеки та відповідно до вимог воєнного стану персональні дані та номери військових частин не розголошувалися.

Для оцінки організації профілактичної роботи було використано авторський опитувальник із 34 запитань, структурований за п'ятьма змістовими блоками (див. Додаток Б):

1. обізнаність щодо алгоритмів профілактики;
2. якість і зміст наявних профілактичних заходів;
3. підготовленість відповідальних осіб;
4. доступність психологічної допомоги;
5. психологічний клімат у підрозділі.

Для визначення рівня суїцидальних намірів в межах 5-го блоку авторського опитувальника застосовувалася анкета оцінки суїцидального ризику П. Юнацкевича (див. Додаток А), рекомендована для використання в системі оборони України. Скорочений варіант анкети містить 10 запитань із двома варіантами відповіді, які були інтегровані у зміст авторського опитувальника. Відповіді оцінюються за ключем: 1 бал присвоюється відповідям «Так» на запитання 1, 2, 3, 5, 7, 9 та відповідям «Ні» на запитання 4, 6, 8, 10. Рівень ризику обчислюється за формулою:

$$Sr = N / 10,$$

де N – кількість відповідей, що збігаються з ключем.

Отримані значення інтерпретуються відповідно до методики:

- < 0,2 – низький рівень ризику;
- 0,2–0,3 – рівень нижче середнього;
- 0,4–0,5 – середній рівень;
- $\geq 0,8$ – високий рівень, що потребує термінового втручання [35].

Результати констатувального етапу дали змогу визначити загальний стан проблеми, виявити прогалини в організації профілактики, а також окреслити відмінності між бойовими підрозділами та ТЦК та СП, що зумовило необхідність подальшого поглибленого аналізу.

Формувальний етап був спрямований на поглиблення результатів первинної діагностики та створення підґрунтя для розроблення рекомендацій щодо вдосконалення профілактичної діяльності. На цьому етапі були застосовані якісні методи, що дозволили доповнити кількісні дані висновками про реальний стан роботи в підрозділах.

З цією метою було проведено бесіди-інтерв'ю з 16 керівниками підрозділів – командирами бойових частин, начальниками та заступниками відділів ТЦК та СП. Інтерв'ю включало 15 поглиблених запитань і було спрямоване на з'ясування (*див. Додаток В*):

- особливостей організації профілактики у підрозділах різного типу;
- труднощів, з якими стикається командний склад під час реагування на кризові стани військовослужбовців;
- рівня підготовленості керівників щодо розпізнавання ознак суїцидальної поведінки;
- взаємодії з фахівцями психологічного та морально-психологічного забезпечення;
- кадрових, організаційних та ресурсних бар'єрів;
- оцінки ефективності наявних заходів;
- пропозицій щодо удосконалення системи роботи з особовим складом.

Аналіз інтерв'ю дав змогу сформуванню управлінського погляду на проблему та визначити ключові чинники, що ускладнюють ефективну профілактику суїцидальних ризиків. Отримані результати були інтегровані з даними констатувального етапу та стали емпіричною основою для формування рекомендацій.

Заключний етап був спрямований на узагальнення всіх отриманих результатів, їх комплексний аналіз та розроблення практичних рекомендацій щодо удосконалення профілактики суїцидальної поведінки.

На цьому етапі було:

- систематизовано результати анкетування та інтерв'ю;
- проведено порівняльний аналіз ризиків серед військовослужбовців різних категорій;
- визначено ключові фактори суїцидальної поведінки у бойових частинах та у ТЦК та СП;
- оцінено спроможність підрозділів до реалізації профілактичних заходів;
- сформовано узагальнений алгоритм профілактики, адаптований до умов воєнного часу.

Заключний етап виконав інтегративну та рекомендаційну функцію, завершивши логічний цикл дослідження та забезпечивши наукове підґрунтя для подальшого вдосконалення системи соціально-психологічного забезпечення у Збройних Силах України.

Отримані в ході дослідження дані дають змогу здійснити порівняльний аналіз схильності до суїциду військовослужбовців військових частин і територіальних центрів комплектування та соціальної підтримки. Крім того, отримані результати дають можливість визначити прогалини в наявній системі профілактики суїцидальної поведінки серед військовослужбовців та виокремити основні складові, необхідні для створення ефективного алгоритму профілактики суїцидальної поведінки серед військовослужбовців.

2.2. Експериментальна перевірка особливостей прояву та ефективності організації роботи з профілактики суїцидальної поведінки серед військовослужбовців.

У ході дослідження було зібрано значний масив кількісних та якісних даних, що дозволило комплексно охарактеризувати особливості прояву суїцидальних намірів серед військовослужбовців та оцінити ефективність організації профілактичної роботи у підрозділах. Отримані результати подані нижче у структурованому, логічно вибудованому вигляді відповідно до етапів дослідження.

Аналіз соціально-демографічних показників засвідчив, що за військовим званням у вибірці переважали представники рядового складу (38 осіб). Друге місце посів сержантський склад (19 осіб), третє — офіцерський склад (15 осіб).

Аналіз тривалості перебування на службі показав, що більшість респондентів мають стаж від 3 до 5 років – тобто саме цей контингент проходить службу з початку повномасштабного вторгнення. Друга за чисельністю група – військовослужбовці зі стажем 1–3 роки, призвані вже під час воєнного стану (рис. 2.2.1.). Найменшою, але психологічно найуразливішою групою є військовослужбовці зі стажем менше одного року, які частіше демонструють підвищену тривогу, стресовість та почуття невизначеності, що потребує посиленої уваги психологічної служби.

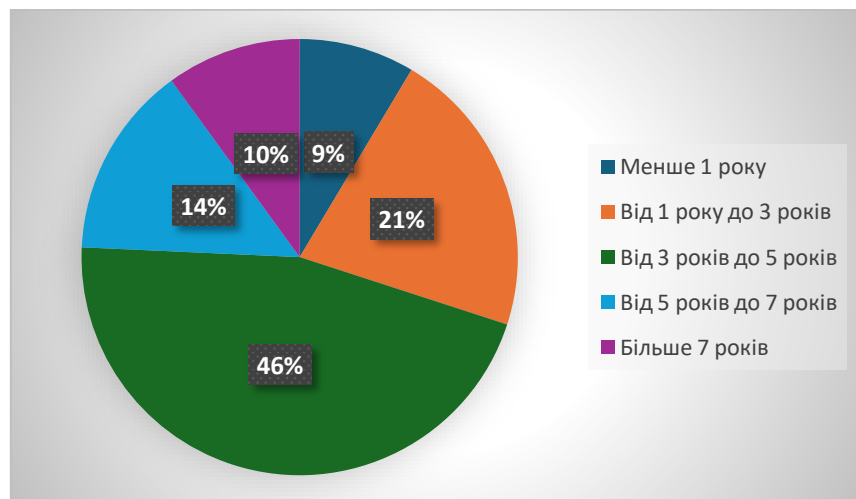


Рис. 2.2.1. Період перебування на військовій службі

Результати констатувального етапу експерименту дозволили визначити конкретні результати та вагомі значення, отримані в ході аналізу відповідей респондентів на питання п'яти основних блоків авторського опитувальника. Саме даний етап дає змогу виокремити основні показники інформованості про наявний алгоритм профілактики, його змістовність, рівень підготовки відповідних фахівців та доступність психологічної допомоги.

Результати *першого блоку* описують обізнаність щодо актуальності питання суїциду серед військовослужбовців та наявних алгоритмів профілактики. Загалом результати показали високий рівень обізнаності військовослужбовців щодо поширеності суїцидальної поведінки. Зокрема, 68,7 % опитаних повідомили, що чули про випадки самогубства серед військовослужбовців. Водночас 63,9 % респондентів визначають питання профілактики суїцидальної поведінки як актуальне. Це свідчить про значний рівень занепокоєння проблемою в обох групах досліджуваних.

Аналіз дозволив виявити також низку суттєвих прогалин у знаннях особового складу про існуючий алгоритм профілактики. Зокрема, 42% не знають про наявність жодного алгоритму профілактики суїцидальної поведінки. 27 % не володіють жодною інформацією стосовно даного питання, ні позитивною, ні негативною. Не варто випускати з уваги що 31% зазначили про те, що знають про наявний алгоритм.

Джерела інформування про наявний алгоритм різні для кожної групи. Більшість опитуваних (54%) із відділів ТЦК та СП зазначили що дізнались про наявний алгоритм від представників психологічної або медичної служби і лише 28 % отримали дану інформацію від командира. Натомість військовослужбовці бойових частин в більшості отримали дану інформацію від командира (62%) що свідчить про проведення керівним складом роботи, спрямованої на профілактику суїциду серед особового складу. Однакова кількість опитуваних – 34 % – зазначили про те, що дізнались про даний алгоритм з пам'яток, навчань та інструктажів. Якщо говорити про доступність наявного алгоритму, то лише 38 % опитуваних зазначають що наявний алгоритм доступний ключовим фахівцям (психологи, медики, командири), тоді як 62% говорять про недоступність або часткову доступність алгоритму профілактики суїцидальних намірів ключовим особам.

Структурований аналіз даних отриманих в першому блоці виділяє чотири ключові показники : простежується наявність суїцидальних спроб

серед особового складу – питання схильності до суїциду є досить актуальним; відмічається низька обізнаність військовослужбовців про наявність алгоритму профілактики суїцидальної поведінки; інформування про особливості профілактики та роботи з суїцидальними намірами здійснюється в більшості випадків представниками психологічної служби або командирами відділень; фахівці, відповідальні за профілактику суїцидальних намірів не мають доступу до систематизованого практичного алгоритму запобігання.

Результати *другого блоку* опитувальника дозволяють зробити висновки про якість і зміст наявних профілактичних заходів і показують, що зокрема 50% опитуваних, зазначають про відсутність програм або тренінгів, спрямованих на запобігання прояву суїцидальних думок серед військовослужбовців. 53 % військовослужбовців в ході досліджування зазначали про те, що в їх підрозділі не проводяться заходи спрямовані на профілактику та запобігання суїцидальної поведінки серед військовослужбовців, тоді як 27% говорять про те, що подібні заходи проводяться після отримання інформації про наявний прецедент в інших підрозділах. Лише 20 % опитуваних зазначають, що подібні заходи проводяться в підрозділах з певною періодичністю (раз на місяць/півроку/рік). На основі цієї інформації можна говорити про відсутність систематичних заходів профілактики суїцидальної поведінки серед військовослужбовців.

Якщо оцінювати формалізацію та повноту змісту наявного алгоритму, то отримані в ході дослідження результати дають змогу зробити наступні висновки. Більше половини, зокрема 80% респондентів говорять про те що не існує письмового алгоритму чи протоколу запобігання суїциду серед особового складу. Натомість, 42 % зазначають про те, що наявний алгоритм містить чітко прописані ролі та відповідальності. В свою чергу решта респондентів (58%) не підтримують цю думку, та зазначають про невизначеність ролей та меж компетенції відповідальних осіб.

Розділилась думка стосовно того, чи описує алгоритм процедуру невідкладного реагування – більшість військовослужбовців бойових частин говорять про наявні описані кроки у випадку виявлення ризику суїциду та контакти відповідальних осіб, тоді як 36 % військовослужбовців територіальних центрів комплектування зазначають про відсутність даної інформації.

Вагомими є показники, виявленні в процесі аналізу питання конфіденційності. 43% опитуваних зазначають, що наявний алгоритм враховує питання конфіденційності військовослужбовців, тоді як 18% зазначають про часткове дотримання конфіденційності а 39% опитуваних про повну її відсутність.

Аналіз оцінки ефективності наявного алгоритму профілактики суїцидальної поведінки дозволив помітити певні розбіжності між даними військовослужбовців бойових частин та відділів територіальних центрів комплектування та соціальної підтримки. Зокрема, 53% опитуваних із відділів ТЦК зазначають про відсутність регулярних психологічних обстежень та здійснення скрінінгів спрямованих на виявлення осіб групи ризику, тоді як серед військовослужбовців бойових частин цей показник становить 36 %.

В обох групах переважна більшість опитуваних, а саме 72 % не бачили застосування наявного алгоритму на практиці, що є підтвердженням того факту, що алгоритм не застосовується на практиці.

Переважаюча більшість опитуваних військовослужбовців із відділів ТЦК та СП (51%) зазначають про відсутність внутрішнього аудиту за дотриманням наявного алгоритму, тоді як 46% військовослужбовців бойової частини зазначають про наявний контроль за дотриманням алгоритму. Крім того респонденти зазначають, що особи, які вчинили спробу суїциду не зазнають осуду та отримують належну психологічну підтримку. Варто звернути увагу на те, що 89,2 % всіх опитуваних зазначили що наразі не мають письмового покрокового алгоритму дій у разі виявлення

особи з високим ризиком вчинення самогубства, і лише 10 % мають відповідний алгоритм.

Також можна говорити про те, що алгоритм недостатньо адаптований для використання в бойових умовах, час реагування після виявлення ризику є недостатнім для запобігання вчинення спроби суїциду. На думку працівників ТЦК та СП наявний алгоритм певною мірою дозволяє вчасно ідентифікувати осіб з підвищеним рівнем ризику прояву суїцидальної поведінки, дії передбачені алгоритмом частково зменшують кількість суїцидальних спроб у підрозділі.

В свою чергу військовослужбовці бойової частини вважають, що наявний алгоритм дозволяє своєчасно ідентифікувати осіб з групи ризику, час реагування після виявлення ризику частково дозволяє запобігти суїцидальній спробі, а дії передбачені алгоритмом зменшують кількість суїцидальних спроб. Командири, на думку опитуваних, повністю підтримують виконання алгоритму, хоча він не є ефективним для застосування в бойових умовах (полях).

Загалом, підсумовуючи отримані в другому блоці дані можна узагальнити наступне: у підрозділах відсутні програми, тренінгів та заходів спрямованих на профілактику та запобігання розвитку суїцидальної поведінки; відсутній затверджений письмовий алгоритм профілактики та запобігання суїциду серед особового складу; відсутність чітких ролей та меж компетенції відповідальних за профілактику суїциду осіб та фахівців; в бойових частинах наявні описані послідовні кроки у випадку виявлення суїцидального ризику, в структурах ТЦК – відсутні; частково дотримується конфіденційність у випадку вчинення суїцидальної спроби або зверненні за допомогою; серед військовослужбовців територіальних центрів комплектування відсутні регулярна психологічна діагностика та проведення скрінінгів з метою визначення осіб у зоні ризику; простежується відсутність практичного застосування алгоритму профілактики суїцидальної поведінки та аудиту його використання; не

проводяться навчання особового складу по розпізнаванню ознак суїцидальної поведінки у побратимів.

Третій блок опитувальника дозволив здійснити аналіз професійної підготовки фахівців. Респонденти обох груп в переважачій більшості (83%) зазначають про нестачу кваліфікованих психологів та соціальних фахівців в підрозділах.

В роботі з суїцидальною поведінкою та запобіганні її прояву основним є проходження відповідного навчання або інструктажу. Серед військовослужбовців бойової частини 42% респондентів зазначили, що не проходили відповідні навчання та інструктажі, 33% зазначили, що проходили відповідні навчання протягом останнього року, а 25% опитуваних проходили інструктажі та навчання більше року тому, що зображено на рисунку 2.2.2.

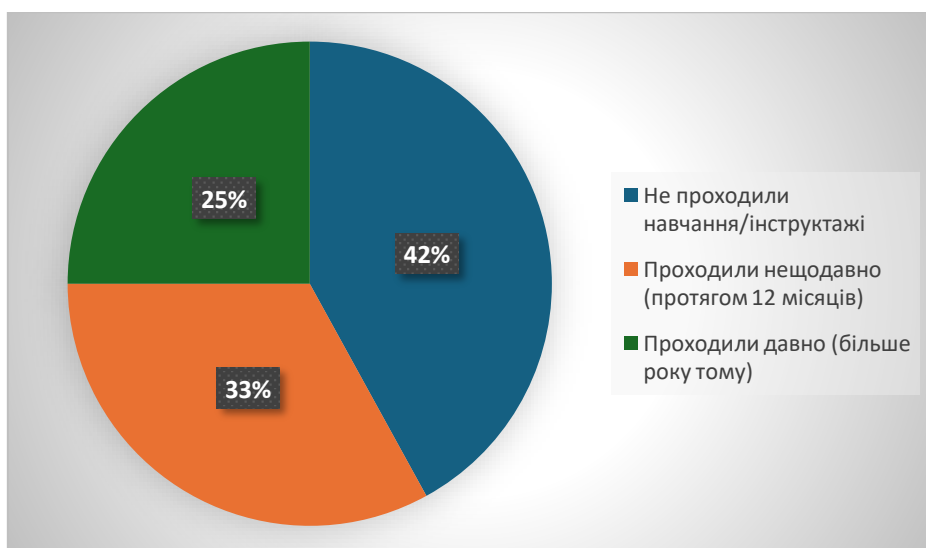


Рис. 2.2.2. Проходження навчань та інструктажів з профілактики суїциду військовослужбовцями бойових частин

Військовослужбовці відділів ТЦК та СП зазначають що в більшості випадків не проходили навчання спрямованні на виявлення ознак суїцидальної поведінки та запобіганню прояву суїцидальних намірів (51%). Значна кількість опитуваних зазначають про те, що проходили дані навчання більше року тому (31%), і лише 18 % працівників ТЦК проходили інструктажі протягом останніх 12 місяців (рисунок 2.2.3.).

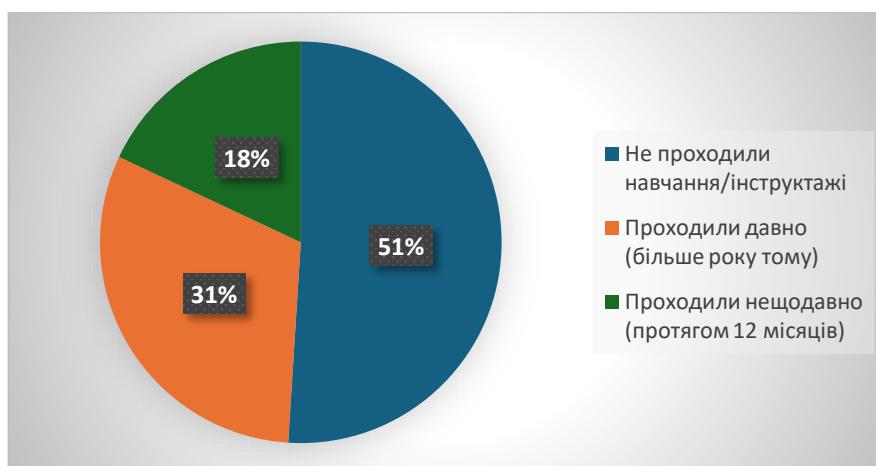


Рис. 2.2.3. Проходження навчань та інструктажів з профілактики суїциду військовослужбовцями ТЦК та СП

64% усіх опитуваних зазначають що не проходили жодних спеціалізованих навчань спрямованих на розвиток вміння розпізнавати ознаки суїцидальних ризиків серед побратимів. На думку військовослужбовців бойових частин відповідальні особи (зокрема психологи, командири, соціальні фахівці) в більшості пройшли необхідні навчання та інструктажі, тоді як представники ТЦК та СП зазначають про відсутність даної інформації. В обох випадках респонденти (63%) зазначають, що у випадку наявності інцидентів суїцидальної спроби, розбір подій та аналіз з метою вдосконалення алгоритму профілактики не проводяться. Військовослужбовці територіальних центрів комплектування та бойових частин в більшості випадків знають контакти психолога/медика до якого можна звернутися у випадку кризової ситуації. Проте показник тих хто не володіє даними контактами теж вартий уваги: серед військовослужбовців військових частин він складає 23%, тоді як у військових ТЦК цей показник становить 36%.

Навчання та інструктажі з профілактики та запобігання суїцидів в більшій мірі проводяться серед особового складу та керівництва саме бойових частин, що пояснюється необхідністю застосовування на практиці або безпосередньо в умовах активних бойових дій.

Дані, зображені на рисунку 2.2.4., демонструють фактичне проведення навчань з профілактики та запобігання суїциду для військовослужбовців/ командирів/фахівців у бойових частинах, то 40% опитуваних зазначають про наявність таких навчань, тоді як 32% - про відсутність. Ще 28 % вказують що дані навчання проводяться для військовослужбовців тільки після факту наявного прецеденту.

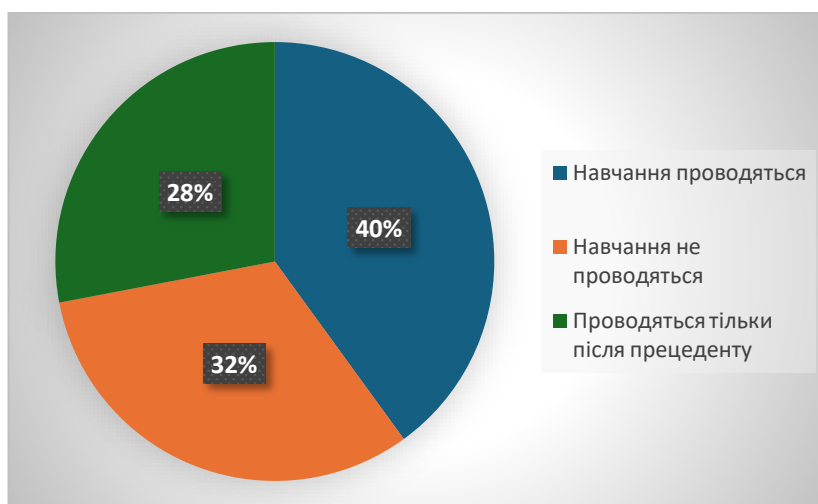


Рис. 2.2.4. Наявність навчань спрямованих на профілактику та запобігання суїцидальної поведінки серед військовослужбовців (бойова частина)

Натомість 52,8% військовослужбовців з відділів ТЦК зазначають відсутність фактичного проведення навчань з профілактики та запобігання суїциду, і лише 28% - про їх наявність. Лише 19,2% опитуваних говорять про проведення даних навчань після факту зафіксованого прецеденту (рисунок 2.2.5.).

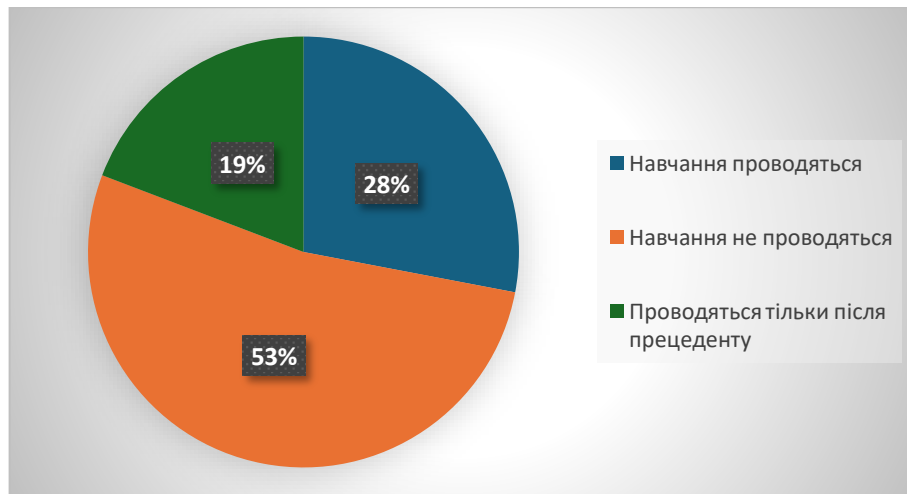


Рис. 2.2.5. Наявність навчань спрямованих на профілактику та запобігання суїцидальної поведінки серед військовослужбовців (ТЦК та СП)

Аналіз даного блоку дозволяє зробити висновки про те, що наразі політика по підготовці кваліфікованих фахівців в напрямку запобігання та профілактики суїцидальної поведінки більше розвинена серед військовослужбовців бойових частин.

На основі вище вказаних даних можемо стверджувати наступне: простежується брак кваліфікованих психологів та соціальних фахівців у бойових підрозділах та структурах; не проводяться навчання та інструктажі по запобіганню профілактиці та виявленню суїцидальних намірів як для керівників так і для особового складу; не проводиться аналіз вчинених суїцидальних спроб з метою удосконалення наявного алгоритму профілактики; більшість військовослужбовців володіють контактами представників психологічної служби.

Варто звернути увагу на те, що в значній кількості випадків навчання або інструктажі по запобіганню суїциду проводяться після наявного факту суїцидальної спроби серед особового складу, що в свою чергу говорить про недосконалість наявного алгоритму.

Четвертий блок був спрямований на визначення доступності допомоги. Позитивним є той факт, що 73,2% усіх опитуваних отримували роз'яснення стосовно осіб, до яких можна звернутися у випадку кризової

ситуації. Опитувані військовослужбовці бойової частини зазначають про те, що знають шляхи та способи швидкого отримання психологічної допомоги у підрозділі. Більшість опитуваних також зазначають про те, що керівництво підрозділів не заохочує звернення за психологічною допомогою без осуду, а побратими рідко надають підтримку у випадку переживання кризи або труднощів.

Дослідження питання доступності допомоги для військовослужбовців територіальних центрів комплектування та соціальної підтримки показують, що значна частина опитуваних знають як отримати психологічну допомогу у підрозділі, проте не всі впевнені в тому що звернення залишиться конфіденційним. Крім того, переважаюча більшість говорить про незнання телефонів гарячих ліній підтримки та недоступність кваліфікованої психологічної допомоги на практиці («в полях»). Майже всі опитуванні зазначають про складність в отриманні різного роду допомоги та відсутність підтримки і розуміння збоку командирів і побратимів.

Узагальнення отриманих даних дозволяє охарактеризувати доступність допомоги наступним чином: переважаюча більшість відчувають складнощі з отриманням будь-якого виду допомоги (психологічної, медичної чи юридичної); більшість опитуваних не знають телефони гарячих ліній чи кризових центрів; кваліфікована допомога недоступна «в полях» або її отримання ускладнене; звернення по психологічну допомогу не заохочується керівництвом, у випадку звернення до фахівця респонденти не впевнені в гарантії та дотриманні конфіденційності.

Аналіз психологічного клімату у підрозділах було здійснено в *п'ятому блоці* на основі діагностики рівня прояву суїцидальних намірів серед військовослужбовців бойових частин та територіальних центрів комплектування. Кількісний аналіз отриманих даних дає можливість зробити наступні висновки.

Серед усіх опитуваних є значна кількість осіб з середнім рівнем суїцидальних намірів, що потребує посиленої уваги з боку психологів та

керівників відділів. Серед військовослужбовців бойової частини більша кількість осіб з рівнем суїцидальних намірів нижче середнього рівня, тоді як серед військовослужбовців ТЦК та СП в більшій мірі проявляється низький рівень схильності до суїциду. Варто звернути увагу на те, що в обох групах є респонденти з високим рівнем суїцидальних намірів, що потребує негайного втручання психологів та фахівців відповідної сфери (рисунк 2.2.6.).

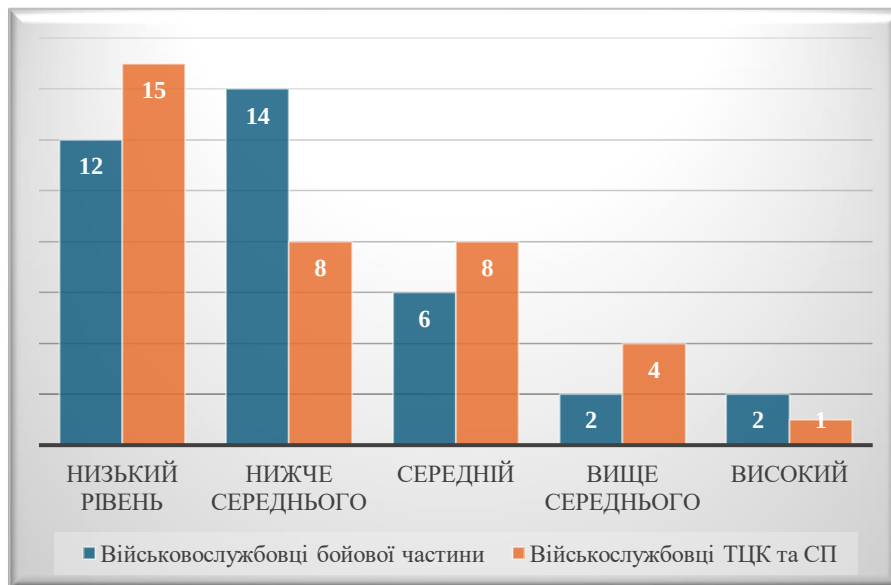


Рис. 2.2.6. Рівні прояву суїцидальних намірів

В даному випадку більша кількість респондентів з рівнем вище середнього та з високим рівнем суїцидальних намірів притаманна військовослужбовцям територіального центру комплектування та соціальної підтримки. Варто також звернути уваги на значну кількість респондентів з середнім рівнем суїцидальних намірів, що вже може свідчити про підвищення рівня емоційної напруги серед особового складу та необхідність впровадження заходів спрямованих на профілактику суїцидів у військовій сфері.

Окрему увагу в ході інтерпретації результатів ми приділили питанню три опитувальника П. Юнацкевич, за яким в обох групах серед опитуваних присутні особи з наявними раніше суїцидальними спробами. В даному випадку кількість таких респондентів є неочікуваним – 1 серед

військовослужбовців бойової частини та 4 серед військовослужбовців ТЦК – оскільки на початку дослідження ми припускали, що цей показник буде більшим для респондентів бойових частин. Якщо брати загальну кількість учасників дослідження, то кількість осіб з наявною спробою є не велика, проте їх наявність говорить про необхідність проведення профілактичних заходів та здійснення психологічної роботи, спрямованої на запобігання появи повторних спроб.

Другий етап дослідження передбачав проведення бесід-інтерв'ю з керівниками підрозділів та командирами, що є основою формувального етапу дослідження. Основна мета проведення даного етапу – визначення необхідних кроків та ресурсів для створення ефективного алгоритму запобігання та профілактики суїцидальної поведінки серед військовослужбовців.

Здійснивши кількісний та якісний аналіз даних отриманих в ході проведення бесід, можна зробити наступні висновки. Більшість командирів територіальних центрів комплектування перебувають на військовій службі від 4 до 10 років, тоді як командири підрозділів бойових частин від 1 до 4 років (рисунок 2.2.7.).

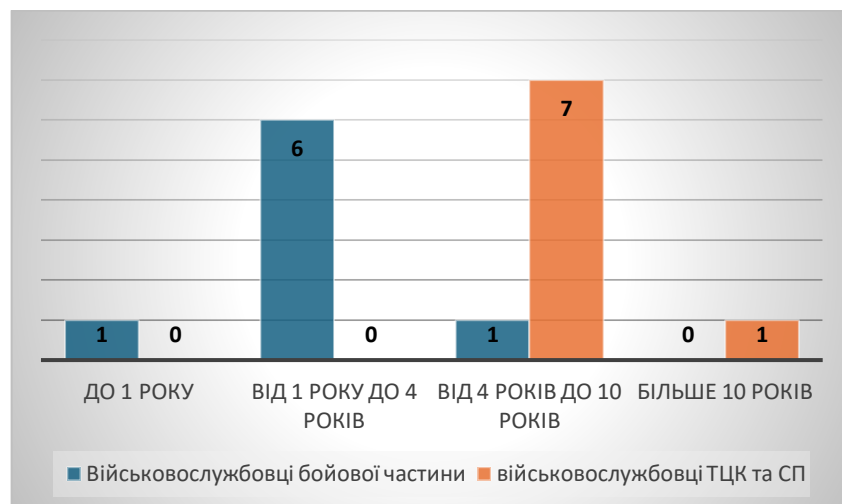


Рис. 2.2.7. Період перебування на службі командирів та керівників підрозділів

Серед особового складу найчастіше зустрічаються прояви таких станів як втома, байдужість та замкненість. Також командири зазначають про наявність проблем із схильністю до алкоголю та наркотиків, поширенням ігрової залежності та підвищенням рівня агресивності, що в свою чергу провокує виникнення конфліктів (рисунок 2.2.8.).

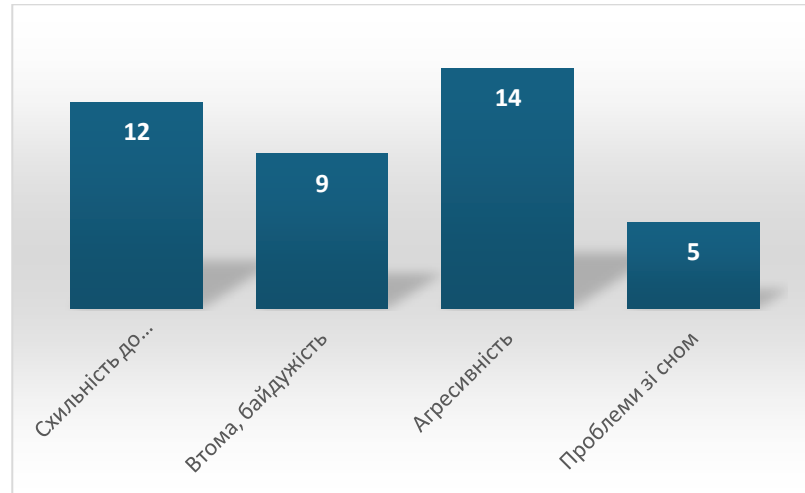


Рис. 2.2.8. Прояви основних станів серед особового складу

Серед основних стресових факторів, що найбільш впливають на військовослужбовців та спричиняють підвищення рівня суїцидальних намірів, командири підрозділів визначають наступні:

- бойові дії;
- втрата побратимів;
- конфлікти в колективі;
- проблеми в сім'ї та соціальна ізоляція (рисунок 2.2.9.)



Рис. 2.2.9. Основні фактори розвитку суїцидальної поведінки

В ході бесіди також було визначено, що 10 з 16 командирів говорять про наявний факт спроби вчинення суїциду серед військовослужбовців їх підрозділу, тоді як 9 з 16 не знають і не володіють алгоритмом дій у разі виявлення суїцидальних намірів у підлеглого. Більшість опитуваних зазначають про відсутність кваліфікованого психолога та ускладнений доступ до командирів з морально-психологічного забезпечення в підрозділах. Загалом, на думку командирів гостра нестача кваліфікованих кадрів та людського ресурсу в підрозділах є основною причиною не проведення ротації, що в свою чергу призводить до підвищення рівня тривожності, агресивності, появи конфліктів та прояву суїцидальної поведінки серед військовослужбовців.

Переважаючи більшість опитуваних командирів підрозділів бойових частин зазначають про відсутність проведення регулярних профілактичних заходів, спрямованих на запобігання прояву суїцидальної поведінки, а самі військовослужбовці до психологічної допомоги відносяться скептично, практично не звертаються. Проведення подібних профілактичних заходів та тренінгів відбувається при наявності факту суїцидальної спроби. Керівники відділів територіальних центрів комплектування та соціальної підтримки зазначають, що профілактичні заходи для їх підлеглих не проводяться, а сприймання психолога відбувається через призму «обов'язковості» - як елемент тестувань, які по методологічним рекомендаціям мають проводитися раз на рік.

Для створення ефективного алгоритму запобігання та профілактики суїцидальної поведінки серед військовослужбовців важливими є відповіді на наступні запитання. До найбільш корисних, для особового складу, форм підтримки командири віднесли наступні:

- регулярні консультації або розмови з психологом;
- тренінги із стресостійкості та саморегуляції;

- обов'язкове відвідування психолога після повернення з бойових позицій;
- психоедукація з питань ознак суїциду та їх прояву для командирів та персоналу;
- своєчасна діагностика особового складу з метою визначення рівня суїцидальних намірів;
- здійснення підтримки та проведення психологічної роботи з родинами військовослужбовців.

Серед ресурсів, необхідних для своєчасного забезпечення профілактики суїцидів респонденти обох груп виділяють такі:

- наявність та доступність допомоги штатного психолога, кваліфікованого фахівця;
- навчання для командирів підрозділів з основ першої психологічної допомоги в кризових станах;
- регулярні виїзди психологів та військових капеланів;
- нормованого часу для відпочинку та відновлення;
- доступ до психіатрії/терапії;
- соціальна та юридична підтримка.

Найбільш ефективними формами підтримки для військовослужбовців бойових частин, на думку командирів, є розвиток злагодження в колективі, щотижневі зустрічі з психологом або соціальним фахівцем, можливість короткострокових ротацій та робота з сім'ями (психологічна, інформаційна, юридична підтримка).

Для військовослужбовців ТЦК та СП такими формами є своєчасне виявлення груп ризику, кваліфікована психологічна допомога та робота з сім'ями. На думку керівників відділів саме ці форми підтримки сприяють зниженню емоційної напруги, тривожності та призводять до ефективного виконання професійних обов'язків.

До бар'єрів що ускладнюють процес ефективної профілактики та запобігання прояву суїцидальної поведінки представники обох груп в першу чергу відносять відсутність кваліфікованих фахівців та чітких алгоритмів реагування при виявленні групи ризику. Ще одним викликом в профілактиці є виснаження командирів та їх недостатня підготовка з питання запобігання суїцидам. Не менш важливою перешкодою є відсутність підтримки військовослужбовців з боку родин та брак часу, що є основним у небажанні військовослужбовців звертатись за кваліфікованою психологічною допомогою.

Крім того командири підрозділів зазначили, що перешкодою саме у виявленні груп ризику є відсутність ефективного, простого діагностичного інструментарію, який не потребує багато часу для діагностики. Наразі, стандартні методики, затвердженні для діагностики суїцидальної поведінки серед військовослужбовців, є складними в процесі інтерпретації та потребують певного часу для проходження, що призводить до зменшення частоти їх використання на практиці.

На заключному етапі командирам було запропоновано написати мінімум три дії або ресурси, які необхідно впровадити в найближчий час з метою профілактики появи суїцидальної поведінки серед особового складу (рисунок 2.2.10):

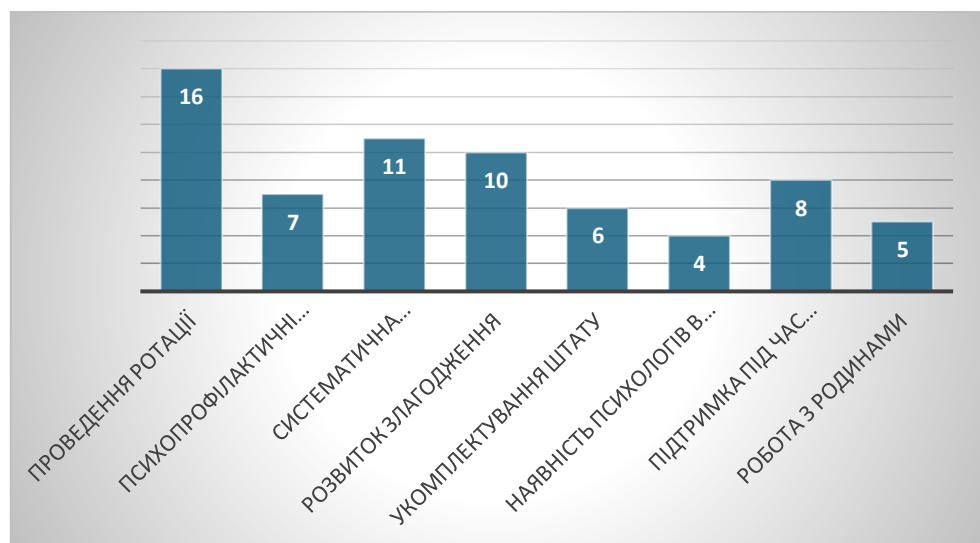


Рис. 2.2.10. Конкретні дії та ресурси для впровадження

З поданої вище діаграми чітко видно що найчастіше повторюване впровадження вказане опитуваними це проведення ротації. Емоційна напруга та фізична виснаженість військовослужбовців призводить до погіршення загального самопочуття, на фоні чого можливий прояв суїцидальних намірів. Не менш важливими є систематична діагностика, спрямована на виявлення груп ризику, та злагодження особового складу. Внутрішній клімат в підрозділах впливає не тільки на психологічний стан військовослужбовців, а й безпосередньо на успішність виконання бойових завдань. Неодноразово також згадувалось проведення роботи з родинами, періодичних психопрофілактичних заходів у підрозділах та підтримка під час відпустки. Саме підтримка в період перебування у відпустці дає можливість зберігати емоційну рівновагу, та полегшує процес адаптації до цивільного життя навіть на період короткочасних відпусток.

Узагальнення результатів дослідження засвідчило, що проблема суїцидальної поведінки серед військовослужбовців має комплексний характер і формується під впливом низки взаємопов'язаних чинників: високої емоційної напруги, тривалого стресового впливу, обмежених можливостей для відпочинку та ротацій, а також несформованості системної профілактичної роботи в підрозділах. Незважаючи на загальне усвідомлення важливості питання, виявлено істотний розрив між потребою у профілактиці та реальним рівнем її організації.

Аналіз анкетування показав, що військовослужбовці володіють загальним уявленням про ризики суїцидальної поведінки, проте недостатньо обізнані щодо алгоритмів дій у кризових ситуаціях та можливостей отримання допомоги. Профілактичні заходи здебільшого мають несистемний характер, часто проводяться епізодично або лише у відповідь на кризові випадки. Доступ до психологічної підтримки ускладнюється кадровим дефіцитом, недоступністю фахівців у польових умовах та недостатньою довірою до системи конфіденційного звернення.

Проведені бесіди з командирами підрозділів доповнили картину, засвідчивши наявність управлінських і організаційних бар'єрів: нестачу кваліфікованих психологів, невизначеність відповідальності різних фахівців, труднощі у виявленні груп ризику, виснаженість командного складу та дефіцит методичної підтримки. Командири водночас окреслили коло найбільш потрібних форм допомоги та ресурсів, що дозволило визначити ключові напрями вдосконалення існуючої системи.

Таким чином, результати дослідження показали, що профілактика суїцидальної поведінки у військовому середовищі потребує значного посилення, методичного оновлення та створення цілісного, структурованого алгоритму взаємодії. Виявлені проблеми та визначені потреби дозволяють перейти до розроблення практичних рекомендацій, орієнтованих на підвищення ефективності профілактичної роботи та створення умов, що сприятимуть своєчасному виявленню ризиків і наданню допомоги військовослужбовцям.

2.3. Алгоритм здійснення профілактики суїцидальної поведінки серед військовослужбовців/

Проведене дослідження дало змогу визначити наявність в підрозділах та структурах бойових частин та територіальних центрів комплектування практичного алгоритму профілактики суїцидальної поведінки серед військовослужбовців, визначити його доступність та практичне застосування. Узагальнивши результати отримані в ході проведення опитування респондентів та проведення бесіди з керівниками можна виокремити такі необхідні кроки та ресурси для створення ефективного алгоритму профілактики на контрольному етапі експерименту:

1. Наявність кваліфікованих психологів у підрозділі, або доступ до психологів (психологічної допомоги)
2. Можливість відпочинку, психологічного та фізичного відновлення, а за потреби проведення короткотривалих ротацій

3. Проведення психопрофілактичних заходів
4. Навчання командирів та їх готовність надання першої психологічної допомоги особам у кризових станах
5. Систематична діагностика рівня прояву суїцидальних намірів
6. Проведення роботи спрямованої на злагодження особового складу
7. Наявність неформального спілкування з командирами/керівниками
8. Доступ до медичної та психіатричної допомоги
9. Активна робота в напрямку підтримки та просвіти членів сімей військовослужбовців.

Якщо спиратися на вказані вище ресурси та кроки, то алгоритм профілактики суїцидальної поведінки серед військовослужбовців може виглядати наступним чином (рис.2.3.1.):

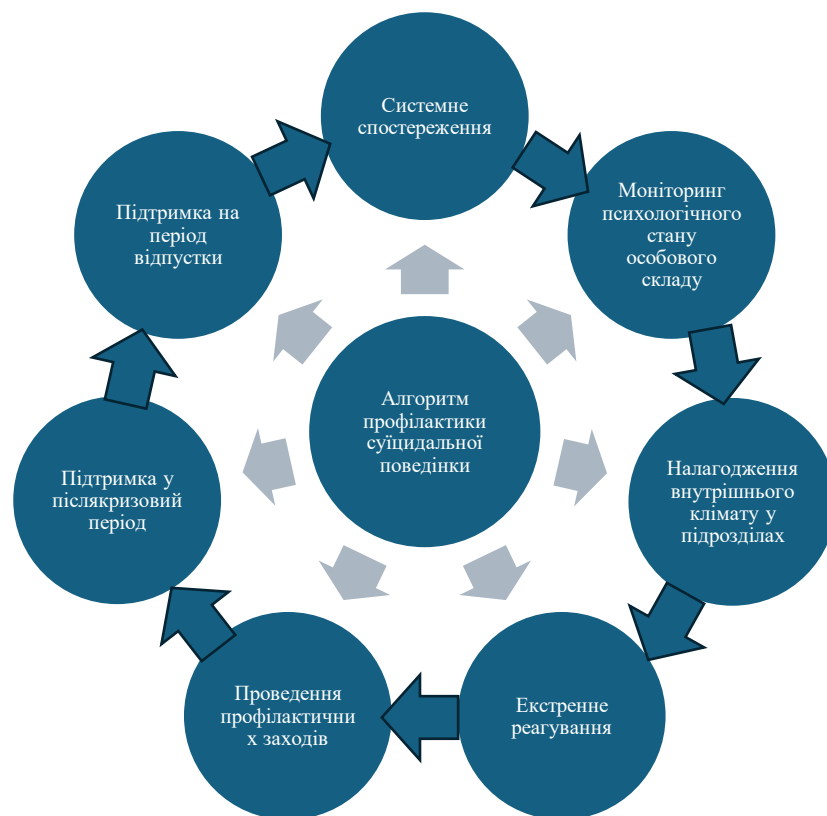


Рис. 2.3.1. Алгоритм профілактики суїцидальної поведінки

Для більш ефективного впровадження кожен етап складається з певних кроків, які ми детально описані нижче.

1. Спостереження за особовим складом.

- Фіксування прояву основних ознак схильності до суїциду.
- Ведення списку осіб , що можуть бути віднесені до групи ризику (пережив втрату, проблеми в сім'ї, наявність залежностей).

2. Моніторинг психологічного стану особового складу.

- Проведення тестування раз на один - два місяці (з використанням альтернативних методик, рекомендовано СР-10, скринінг тест Л.С.Юрьєва).
- Діагностика стану перед відпусткою та після.
- Діагностика стану особового складу з використанням валідних методик раз в 6 місяців (рекомендовано методики СР-45, Адаптивність 200 тощо).

3. Налагодження внутрішнього клімату в підрозділі (злагодження).

- Почергові щоденні розмови командира з кожним військовослужбовцем (5-10 хвилин).
- Проведення обговорень складних ситуацій та покроковий розбір (наприклад, після складного виходу з бойової позиції обговорити що було складно, чи всі впорались із своїми обов'язками і чого бракувало).
- Організувати та проводити заходи в режимі оф-лайн, онлайн для просвіти та підтримки членів сімей військовослужбовців (із залученням волонтерів).

Важливо на даному етапі профілактики не знецінювати, не соромити один одного та не принижувати.

4. Екстрене реагування – випадку виявлення високого рівня ризику суїцидальної поведінки.

- Здійснити коротку діагностику наступними запитаннями:
 - ✓ Чи були думки про смерть?
 - ✓ Чи думав як це зробити?
 - ✓ Чи думав чим це зробити?

Позитивна відповідь на дані питання говорить про можливий наявний план вчинення суїциду і свідчить про високий рівень суїцидальних намірів.

- Забезпечити безпеку (обмежити доступ до зброї та вибухових речовин, не залишати наодинці).
- Повідомити командира та психолога.
- Стабілізувати стан (провести вправу на дихання, техніки на заземлення, запропонувати чаю тощо).
- За потреби евакуювати, госпіталізувати.

5. Проведення профілактичних заходів.

- Забезпечити обов'язкову наявність у військовослужбовців контактів штатного психолога, медика, телефонів гарячих ліній психологічної підтримки.
- Раз на місяць проводити заходи спрямовані просвіту з питань суїцидальної поведінки та її запобігання.
- Раз у півроку організовувати та проводити навчання та інструктажі для командирів та керівників підрозділів з виявлення ознак суїцидальної поведінки, надання першої психологічної допомоги та способам стабілізації стану.
- Проводити аналогічні навчання одразу при прийнятті на посаду нових керівників, командирів.
- Раз в три місяці проводити інформаційні заходи серед особового складу з метою розвитку навичок виявлення ознак суїцидальної поведінки.
- Раз в півроку проводити інформування особового складу про наявний алгоритм та його структуру.

6. Підтримка у післякризовий період.

- Проводити регулярні короткі розмови з командиром (2-3 рази на тиждень).
- Забезпечити систематичне психологічне консультування (1 раз на тиждень).

- Здійснення діагностики раз в тиждень протягом півроку з метою відстеження динаміки покращення чи погіршення стану.
- За можливості залучити сім'ю для надання підтримки.
- Повернення до зброї здійснити тільки після рішення відповідних фахівців (психіатра, психолога, заключення командира).

7. Підтримка на період відпустки.

- Працівникам ТЦК та СП по місцю проходження відпустки забезпечити наявність у військовослужбовця контактів місцевих психологів, центрів та служб психологічної підтримки, телефони цілодобових гарячих ліній.
- Здійснити тестування прибулого у відпустку на початку та по завершенню відпустки. У випадку високого рівня розвитку повідомити безпосереднього командира підрозділу бойової частини та діяти відповідно до алгоритму.

Якщо узагальнити поданий вище алгоритм у схематичному зображенні то він може виглядати наступним чином (рис.2.3.2.)



Рис. 2.3.2. Схематичне зображення алгоритму профілактики та запобігання суїцидальній поведінці

Під час практичного застосування даний алгоритм може бути досить ефективним, скільки він має чіткі зрозумілі кроки; охоплює всі напрямки профілактики та запобігання суїцидальній поведінці; не потребує багато часу для реалізації та впровадження; передбачає залучення волонтерів, що в свою чергу знижує рівень навантаження на командирів та військовослужбовців; передбачає роботу не тільки з військовослужбовцями, а й з їх родинами, як

сподів зниження рівня психоемоційної напруги; можливий для впровадження як в бойових частинах так і в структурах територіальних центрів комплектування та соціальної підтримки. Особливістю є те, що даний алгоритм може бути застосований не тільки як цілісний компонент, а й з використанням та впровадженням окремих частин, що підсилює роботу в напрямку профілактики суїцидальної поведінки серед військовослужбовців.

Наразі, впровадження даного алгоритму відбувається частково. Зокрема, певні відділи територіальних центрів комплектування активно впроваджують етап підтримки військовослужбовців під час перебування у відпустці. Служба психологічної підтримки персоналу бойової частини, яка приймала участь в дослідженні, активно працює над розвитком злагодження серед особового складу та покращенні психологічного клімату шляхом психологічної підтримки та просвіти родин військовослужбовців. Наразі фахівці проводять ряд заходів із залученням волонтерів (психологів, юристів тощо). Повне впровадження алгоритму профілактики певним чином ускладнюється в силу необхідності затвердження та рекомендації до використання Міністерством оборони України, що в свою чергу відкриває можливості для подальшого дослідження питання профілактики та запобігання суїцидальної поведінки серед військовослужбовців.

Висновки до другого розділу

Проведене дослідження було організовано на засадах комплексного поєднання кількісних і якісних методів, що дало змогу всебічно охарактеризувати особливості суїцидальної поведінки серед військовослужбовців та визначити стан профілактичної роботи у військовому середовищі. Використання трьохетапної структури – констатувального, формувального та заключного етапів – забезпечило послідовність аналізу, логічну побудову методики та можливість отримання як базових, так і поглиблених емпіричних даних.

Участь у дослідженні двох категорій військовослужбовців – представників бойових підрозділів та співробітників територіальних центрів комплектування і соціальної підтримки – дозволила не лише встановити загальні тенденції щодо суїцидальних ризиків, але й виявити специфіку їх прояву в умовах різної організації служби, рівнів навантаження та доступності ресурсів. Застосування анкети оцінки суїцидального ризику П. Юнацкевича забезпечило стандартизоване визначення рівня суїцидальних намірів, а авторський опитувальник дав змогу оцінити організацію профілактичної роботи, рівень обізнаності особового складу, підготовленість відповідальних осіб та доступність психологічної допомоги.

Формувальний етап, зосереджений на проведенні бесід-інтерв'ю з командирами та керівниками підрозділів, доповнив кількісні результати поглибленим якісним аналізом управлінських, організаційних і кадрових чинників, що впливають на ефективність профілактики. Інтерв'ю дозволили окреслити ключові бар'єри та визначити ресурси, необхідні для розроблення практичних рекомендацій.

Послідовна інтеграція результатів трьох етапів створила цілісну емпіричну основу для оцінки стану профілактики суїцидальної поведінки серед військовослужбовців. Такий підхід дав змогу встановити наявність суттєвих прогалин у профілактичній роботі, виокремити фактори ризику, що потребують особливої уваги, та окреслити напрями удосконалення існуючого алгоритму реагування.

ВИСНОВКИ

Узагальнення результатів дослідження проблеми профілактики суїцидальної поведінки серед військовослужбовців підтверджує досягнення поставленої мети, виконання завдань наукового пошуку та дозволяє сформулювати такі висновки.

Проблема запобігання суїцидальній поведінці у військовому середовищі є однією з найскладніших і найважливіших у сучасній системі психологічного забезпечення Збройних Сил України. Вона привертає значну увагу вітчизняних і зарубіжних дослідників, однак саме аспект комплексної профілактики суїцидальних проявів у контексті повномасштабної війни та підвищеного психоемоційного навантаження військовослужбовців ще не отримав достатнього наукового опрацювання. Це зумовлює його актуальність і науково-практичну значущість.

1. У ході теоретичного аналізу встановлено, що суїцидальна поведінка формується як комплекс аутоагресивних думок, намірів та дій, спрямованих на позбавлення себе життя. Вона не зводиться виключно до психопатології, а постає результатом взаємодії індивідуально-психологічних, соціальних та ситуативних чинників. Суїцидальна поведінка може набувати різних форм – від суїцидальних думок і вербальних сигналів до чіткого планування та реалізації суїцидальної спроби. Серед її проявів вирізняються істинний, демонстративний та прихований суїцид, які відрізняються глибиною наміру, ступенем усвідомленості та мотивацією. Основними індикаторами виступають різкі зміни поведінки, втрати інтересу, ознаки соціальної ізоляції, висловлювання про смерть, саморуйнівна поведінка та характерні емоційні стани – апатія, тривожність, емоційні коливання. Суїцидальна поведінка є наслідком психологічної дезадаптації, переживання кризових ситуацій, хронічного стресу або поєднання кількох травматичних чинників, що визначає необхідність її системного вивчення та раннього виявлення.

2. Дослідження суїцидальної поведінки у військовій сфері має специфічний характер, зумовлений екстремальністю умов служби, тривалим

впливом стресорів, високим ризиком травматизації та суворою ієрархічною структурою. Аналіз показав, що військові більш уразливі до суїцидальних проявів порівняно з цивільним населенням, що підтверджують як класичні соціологічні підходи (Е. Дюркгейм), так і сучасні психологічні моделі. Методична база Збройних Сил України включає стандартизовані інструменти діагностики, однак вони є ресурсозатратними, а перелік дозволених методик обмеженим, що ускладнює використання гнучких та швидких скринінгових інструментів. Діагностика здійснюється на кількох етапах служби, проте не охоплює весь період перебування військового в умовах підвищеного ризику. Важливим системним недоліком є брак кваліфікованих фахівців та нерівномірність психологічного супроводу між різними структурними підрозділами, що знижує ефективність раннього виявлення суїцидальних тенденцій.

3. Соціально-психологічний аналіз свідчить, що суїцидальна поведінка військовослужбовців виникає під впливом комплексу чинників: порушення родинних стосунків, втрата соціальної підтримки, хронічний стрес, зміна життєвих цінностей, конфлікти з командуванням і побратимами, погіршення стану здоров'я та соціального статусу. Профілактика суїцидальної поведінки повинна реалізовуватись на двох рівнях: первинному (створення безпечного й підтримувального середовища, організаційні заходи, профілактична робота) та вторинному (виявлення груп ризику, кризові інтервенції, персональний супровід). Наразі система профілактики характеризується низкою суперечностей: нестачею ресурсів, відсутністю безперервності психологічної підтримки, слабкою інтеграцією індивідуального підходу, обмеженим кадровим забезпеченням та відсутністю єдиного алгоритму дій. Ефективне запобігання можливе лише за умови системної роботи командування, психологів та соціальних служб, комплексного моніторингу стану військових, формування позитивного соціально-психологічного клімату та доступності кваліфікованої допомоги.

4. Експериментальна перевірка дала можливість комплексно охарактеризувати як індивідуальні прояви суїцидальних намірів серед військовослужбовців, так і реальний стан організації профілактичної роботи у бойових підрозділах та підрозділах територіальних центрів комплектування та соціальної підтримки. Результати засвідчили, що суїцидальні ризики формуються під впливом поєднання високої емоційної напруги, тривалих стресових факторів, дефіциту відпочинку та несформованості системних профілактичних механізмів.

Діагностика підтвердила наявність військовослужбовців із середніми та високими рівнями суїцидальних намірів, що потребує невідкладної уваги та супроводу. Виявлено, що суттєвою проблемою є нерівномірність та епізодичність профілактичних заходів, обмежена доступність психологічної допомоги у бойових умовах, кадровий дефіцит фахівців і низький рівень ознайомленості особового складу з алгоритмами дій у кризових ситуаціях.

Отримані дані інтерв'ю з керівниками підрозділів поглибили розуміння організаційних бар'єрів: відсутність систематичних навчань, недостатнє методичне забезпечення, труднощі ідентифікації груп ризику, виснаженість командного складу, проблеми зі злагодженням у колективах та брак ресурсів для стабільної профілактики. При цьому командири чітко усвідомлюють необхідність ротацій, регулярної діагностики, психоедукації, роботи з сім'ями військовослужбовців та створення підтримувального середовища.

Узагальнення результатів експериментального етапу дає підстави стверджувати, що чинна система профілактики є фрагментарною, недостатньо структурованою та не забезпечує належної ефективності в умовах воєнного часу. Це підтверджує необхідність формування комплексного, чіткого та доступного алгоритму профілактичної діяльності.

5. На основі проведеного дослідження було розроблено інтегрований алгоритм профілактики суїцидальної поведінки, що враховує специфіку військової служби, потреби військовослужбовців та ресурсні можливості підрозділів у воєнний період. Алгоритм побудований на поєднанні системної

діагностики, підтримувальної роботи з особовим складом, своєчасного реагування на ознаки кризового стану та забезпечення післякризового супроводу.

Алгоритм включає ключові етапи: постійне спостереження за особовим складом, регулярний моніторинг психологічного стану з використанням валідних та простих у застосуванні методик, налагодження позитивного соціально-психологічного клімату, своєчасну взаємодію командирів і психологів, а також чіткий порядок дій у разі виявлення високих ризиків. Окремим напрямом визначено підтримку військовослужбовця після пережитої кризи та роботу з його родиною.

Запропонований алгоритм орієнтований на практичність та гнучкість: він не потребує значних часових затрат, придатний до застосування як у бойових частинах, так і у ТЦК та СП, охоплює всі рівні профілактики та передбачає міжвідомчу взаємодію. Його впровадження сприятиме систематизації профілактичної роботи, підвищенню рівня готовності командирів і фахівців до дій у кризових ситуаціях та забезпеченню своєчасної підтримки військовослужбовців, що є критично важливим для збереження їхнього життя та психоемоційної стійкості.

Виконання поставлених завдань дало змогу досягти мети дослідження та забезпечити всебічне вивчення особливостей організації профілактики суїцидальної поведінки у військових підрозділах. Узагальнені результати кількісного та якісного аналізу, а також розроблений алгоритм профілактичної роботи формують цілісну науково-практичну основу, яка може бути використана для подальшого вдосконалення системи психологічного забезпечення у Збройних Силах України.

Таким чином, можна зробити висновок, що гіпотеза дослідження підтвердилася: застосування комплексного, структурованого підходу до профілактики суїцидальної поведінки, який включає регулярну діагностику, психоедукацію, управлінську взаємодію та підтримку військовослужбовців у

кризових ситуаціях, сприяє підвищенню ефективності роботи з особовим складом.

Разом з тим проведене дослідження не вичерпує всієї багатогранності проблеми та відкриває перспективи для подальших наукових розвідок, зокрема апробації розроблених рекомендацій та алгоритму. Подальші дослідження можуть бути спрямовані на поглиблене вивчення постстресових реагувань військовослужбовців, оцінку довготривалих результатів впроваджених профілактичних заходів, розроблення програм підтримки сімей військових, а також адаптацію алгоритму профілактики для різних родів військ і специфічних умов несення служби.

ДЕКЛАРАЦІЯ ВИКОРИСТАННЯ ГШІ

Автори заявляють про використання генеративного ШІ у процесі дослідження та підготовки рукопису. Відповідно до таксономії GAIDeT (2025), наведені нижче завдання були делеговані інструментам генеративного ШІ за повного людського нагляду:

- Генерування ідей
- Пошук і систематизація літератури
- Формулювання висновків
- Аналіз даних

Використаний інструмент генеративного ШІ: ChatGPT-5.

Повну відповідальність за фінальний рукопис несуть автори.

Інструменти генеративного ШІ не зазначаються як автори та не несуть відповідальності за кінцеві результати.

Декларацію подав(ла): Єрмак Наталія

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ:

1. Агаєв Н. А., Кокун О. М., Пішко І. О. та ін. Збірник методик для діагностики негативних психічних станів військовослужбовців : метод. посіб. Київ : НДЦ ГП ЗСУ, 2016. 234 с.
2. Актуальні проблеми суїцидології / за ред С.І. Яковенка. Київ : РВВ КІВС, 2002. Ч. 1. 196 с.
3. Актуальні проблеми суїцидології / за ред С.І. Яковенка. Київ : РВВ КІВС, 2002. Ч. 2. 140 с.
4. Баношенко В. О., Копаниця Н. І., Литвиненко Е. С., Солодовніков В. Є. Динамічне психологічне вивчення особового складу. Київ : СПЦ ЗСУ, 2009. 60 с.
5. Дії групи спостереження за суїцидальною поведінкою військовослужбовців : методичні рекомендації. Київ : Центр учбової літератури, 2023. 48 с.
6. Древіцька О., Сиропятов О., Калантай І. та ін. Аналіз окремих показників завершених суїцидів серед військовослужбовців. *Scientia*. 2021. С. 37–41. URL: <https://ojs.ukrlogos.in.ua/index.php/scientia/article/view/17117> (дата звернення: 12.09.2025).
7. Єрмак Н. До проблеми профілактики суїцидальної поведінки серед військовослужбовців. *Збірник тез наукових доповідей здобувачів вищої освіти Бердянського державного педагогічного університету на Днях науки 14 травня 2025 року*. Том 1. Суспільні науки. Бердянськ :БДПУ, 2025. 474 с.
8. Єрмак Н., Попова А. Особливості профілактики суїцидальної поведінки серед військовослужбовців. *Соціально-освітні домінанти професійної підготовки фахівців соціальної сфери та інклюзивної освіти : матеріали VII Всеукраїнської науково-практичної Інтернет-конференції : збірник наукових праць ; укладач Петровська К. В., Попова А.С. Запоріжжя : БДПУ. 2025. 358 с. С. 290 – 294.*

9. Забава А. В., Попова А.С. Суїцидальна поведінка ветеранів війни: концептуальні засади, чинники та напрями профілактики. *Наука III тисячоліття : пошуки, проблеми, перспективи розвитку* : матеріали VIII Міжнародної науково-практичної інтернет-конференції (23-24 квітня 2025 року) : збірник тез. Запоріжжя : БДПУ, 2025. 424 с. С. 401 – 404.

10. Забава Г.В., Попова А.С. Соціально-психологічний супровід ветеранів війни з проявами суїцидальної поведінки як складова соціального захисту вразливих груп населення. *Соціально-освітні домінанти професійної підготовки фахівців соціальної сфери та інклюзивної освіти* : матеріали VII Всеукраїнської науково-практичної Інтернет-конференції : збірник наукових праць ; укладач Петровська К. В., Попова А.С. Запоріжжя : БДПУ. 2025. 358 с. С. 276 – 279.

11. Заброцький М., Скаковська Л., Лавренюк Л. Психологу про суїцид. *Психолог*. 2007. № 20. С. 25–30.

12. Інструкція з організації вивчення індивідуально-психологічних якостей військовослужбовців... Затв. 16.09.2009 р.

13. Каневський В. І. Суїцидологія в соціальній роботі : навчальний посібник. Миколаїв : Вид-во ЧДУ ім. Петра Могили, 2014. 348 с.

14. Кокун О. М., Агаєв Н. А., Пішко І. О. та ін. Психологічна оцінка суїцидального ризику у військовослужбовців : метод. посіб. Київ : НДЦ ГП ЗСУ, 2019. 206 с.

15. Комар З. Психологічна стійкість воїна : підручник для військових психологів. Київ, 2017. 184 с.

16. Корольчук В. В. Профілактика суїциду серед військовослужбовців. 2016.

17. Куруч О. С. Практичні рекомендації щодо організації та проведення заходів профілактики суїцидальної поведінки серед військовослужбовців «демонстративно-залежного» типу. *Актуальні проблеми менеджменту та безпекової діяльності в умовах глобалізаційних викликів сучасності*. С. 1–230.

18. Ладик-Бризгалова А. К. Посттравматичні психічні порушення та суїцидальна поведінка в учасників бойових дій. Україна. *Здоров'я нації*. 2016. № 4/1 (41). С. 44–49.
19. Лебєдєв Д. В., Назаров О. О., Тімченко О. В., Христенко В. Є., Шевченко І. О. Психологія суїцидальної поведінки : посібник / за заг. ред. проф. О. В. Тімченка. Харків, 2007. 129 с.
20. Мацегора Я. В., Колесніченко О. С., Приходько І. І. та ін. Психологія суїцидальної поведінки військовослужбовців : монографія. Харків : НА НГУ, 2021. 363 с.
21. Медичні заходи з попередження пресуїцидальних форм поведінки військовослужбовців... Методичні рекомендації. Київ, 2016.
22. Методичні рекомендації командирам, штабам, органам виховної роботи щодо профілактики суїцидальної поведінки військовослужбовців. Київ : ГУВСПР, 2010.
23. Михайличенко Б. В., Біляков А. М. Вплив військових подій як суспільно-стресового фактора на показник смертності від самогубств. *Клінічна та профілактична медицина*. 2024. № 3 (33). С. 107–114.
24. Мозальов В., Власенко Р. Соціально-психологічні чинники та напрями запобігання суїцидальної поведінки військовослужбовців в бойових умовах. *Вісник НУОУ*. 2023. Т. 75, № 5. С. 72–77.
25. Момот М. А. Психологічні чинники схильності до суїцидальної поведінки військовослужбовців Збройних Сил України. *Наукові записки*. Серія: Психологія. 2024. № 3. С. 55–60.
26. На межі: суїцидальні думки, психічні розлади та залежності. Medlux. URL: <https://medlux.net.ua/psihiatriya-uk/na-mezhi-suyiczydalni-dumky-psyhichni-rozklady-ta-zalezhnosti/> (дата звернення: 12.09.2025).
27. Нестерова І. А., Вишневська М. М. Щодо кримінологічного дослідження детермінантів суїцидальної поведінки серед працівників правоохоронних органів. *Аналітично-порівняльне правознавство*. 2024. № 1. С. 522–526.

28. Орловська О. Особливості адаптації військовослужбовців до умов цивільного життя. *Молодий вчений*. 2019. № 8 (72). С. 45–49.
29. Патопсихологія суїцидальної поведінки / за ред. В. П. Москальця. *Психологія суїциду*. Київ, 2004. С. 145–209.
30. Пилягіна Г. Я., Винник М. І. Проблема саморуйнуючої поведінки серед населення України. *Новости медицины и фармации*. 2007. № 215.
31. Понад 1 млн людей у формі забезпечують оборону України — Резніков. *Forbes*. URL: <https://forbes.ua/news/ponad-1-mln-lyudey-u-formi-zabezpechuyut-oboronu-ukraini-reznikov-08072022-7072> (дата звернення: 12.09.2025).
32. Психологічна допомога учасникам АТО та їх сім'ям : колективна монографія / М. І. Мушкевич, Р. П. Федоренко, А. П. Мельник та ін. ; за заг. ред. М. І. Мушкевича. Луцьк : Вежа-Друк, 2016. 260 с.
33. Психологічні аспекти скоєння суїцидів військовослужбовцями: систематизація досліджень / Я. В. Мацегора, І. І. Приходько. *Чесць і закон*. 2020. № 4. С. 86-95.
34. Психологія суїцидальної поведінки. Київ : МП «Леся», 2001. 344 с.
35. Психологія суїциду : навч. посіб. для студентів ВНЗ III–IV рівнів акредитації / Р. П. Федоренко ; Східноєвроп. нац. ун-т ім. Лесі Українки. 2-ге вид., змін. та допов. Луцьк : Вежа-Друк, 2016. 339 с.
36. Психологія суїциду : посібник / за ред. В. П. Москальця. Київ, 2004. 288 с.
37. Романишин, А., & Неурова, А. (2023). Профілактика самогубств серед військовослужбовців призваних за мобілізацією. *Вісник Національного університету оборони України*, 75(5), С. 129–135.
38. Романів О. П., Хаустова О. О. Суїцид: сучасні підходи до профілактики. *Ліки України*. 2013. № 1.

39. Семенов С. Психологічний аналіз проблеми суїцидальної поведінки військовослужбовців. *Вісник Національного університету оборони України*. 2019. № 3 (53). С. 119–132.

40. Система роботи органів військового управління, командирів (начальників) щодо зміцнення військової дисципліни та правопорядку серед військовослужбовців військової служби за контрактом. Київ : ГУВСПР, 2011.

41. Суїцидологія: навчальний посібник для лікарів-інтернів зі спеціалізації «Психіатрія». Запоріжжя, 2020. 87 с.

42. Суліцький В. В. Психологія суїцидальної поведінки. Київ : Леся, 2001. 316 с.

43. Типова система роботи керівного складу Збройних Сил України щодо зміцнення військової дисципліни та правопорядку. Затв. 02.07.2010 р.

44. Тофтул М. Г. Самогубство. Сучасний словник з етики. Житомир : Вид-во ЖДУ ім. І. Франка, 2014. 416 с.

45. Швець А. В., Хорошун Е. М., Коваль О. В. та ін. Медичні заходи з попередження пресуїцидальних форм поведінки військовослужбовців в умовах воєнного конфлікту та після його завершення : метод. реком. Київ, 2016. 59 с.

46. Шестопалова Л. М. Самогубство та доведення до самогубства: заходи протидії : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. юрид. наук : спец. 12.00.08. Київ, 2001. 18 с.

47. Шкуро В. В. Суїцидальність в Україні: кримінологічна характеристика та протидія : монографія. За наук. ред. д-ра юрид наук., доцента Ю. В. Орлова ; Кримінологічна асоціація України. Харків : Панов, 2017. – 262 с.

48. Юр'єва Л. Н., Юр'єв А. Є. Динаміка суїцидальної смертності в Україні. *Український вісник психоневрології*. 2012. Т. 20, вип. 3 (72). С. 239.

49. Suchikova Y., Tsybuliak N., & Teixeira da Silva J. A. & Nazarovets S. GAIDeT (Generative AI Delegation Taxonomy): A taxonomy for humans to delegate tasks to generative artificial intelligence in scientific research and

publishing. *Accountability in Research, in press.* 2025.
<https://doi.org/10.1080/08989621.2025.2544331> (дата звернення: 15.10.2025).

50. Usacheva E., Serebrovskaya O., Smirnov I. та ін. The clinico-psychological aspects of suicidal behavior of the children and adolescents. *Psychiatry psychotherapy and clinical psychology*. 2015. Vol. 3 (21). P. 56–67.

ДОДАТКИ

Додаток А

Короткий варіант Анкети оцінки суїцидального ризику військовослужбовців (П.І. Юнацкевич).

Інструкція: Просимо Вас відповісти на поставлені нижче питання. Підкресліть Вашу відповідь у відповідній графі реєстраційного бланка.

Реєстраційний бланк

П.І.Б. (повністю) _____
 Дата обстеження _____ Вік _____ Стать _____
 Посада (підрозділ) _____
 Спеціальність _____ Військове звання _____

№з/п	Питання і твердження	Так	Ні
1.	Як Ви вважаєте, чи може життя втратити цінність для людини в певній ситуації?	так	ні
2.	Життя іноді гірше смерті.	так	ні
3.	У минулому в мене була спроба піти з життя.	так	ні
4.	Мене багато хто любить, розуміє та цінує.	так	ні
5.	Можна виправдати безнадійно хворих, що обрали добровільну смерть.	так	ні
6.	Я не думаю, що сам можу опинитися в безнадійному становищі.	так	ні
7.	Сенс життя не завжди буває ясний, його можна іноді втратити або не знайти.	так	ні
8.	Як Ви вважаєте, опинившись в ситуації, коли Вас зрадили близькі та рідні, Ви зможете жити далі?	так	ні
9.	Я іноді думаю про свою добровільну смерть.	так	ні
10.	У будь-якій ситуації я буду боротися за своє життя, чого б мені це не коштувало.	так	ні

“Ключ”

Підраховується загальна кількість відповідей, які збіглися з ключем:

“Так” (+): 1,2, 3, 5, 7, 9;

“Ні” (-): 4, 6, 8, 10.

Вираховується оціночний коефіцієнт суїцидального ризику (Sr) за формулою:

$Sr = (N / 10)$, де N – кількість співпадінь із ключем.

Отримані показники Sr можуть варіювати від 0 до 1. Показники, які близькі до 1, свідчать про високий рівень схильності до суїцидальних реакцій, а близькі до нуля – про низький.

Інтерпретація результатів

Оцінка рівня схильності до суїцидальних реакцій:

до 0,2 – низький (5 балів);

0,2 – 0,3 – нижче середнього (4 бали);

0,4 – 0,5 – середній (3 бали);

0,6 – 0,7 – вище середнього (2 бали);

0,8 і більше – високий (1 бал).

Опитувальник оцінки наявної системи профілактики суїцидальної поведінки

Профілактика суїцидальної поведінки серед військовослужбовців

Дане опитування є анонімним без вказання імен та прізвищ. Результати отримані в ході проведення опитування будуть використані для написання наукової роботи та визначення загальностатистичних даних. Виберіть лише один варіант відповіді

Основна інформація

1. Вкажіть Вашу категорію:
 - Рядовий
 - Сержантський склад
 - Офіцерський склад
 - Інше
2. Вкажіть Ваш стаж служби (років/місяців)
 - Вкажіть місце проходження служби
 - Бойова частина
 - Тилова частина
 - ТЦК та СП
3. Чи чули Ви про випадки суїцидальних спроб серед військовослужбовців?
 - Так
 - Ні
4. Як Ви вважаєте, чи є питання суїцидальної поведінки серед військовослужбовців актуальним на даний час?
 - Так
 - Ні
 - Інше

Блок І. Наявність та інформування про алгоритм

5. Чи знаєте Ви що у Вашому підрозділі існує офіційний алгоритм дій для запобігання самогубствам?
 - Так
 - Ні

- Не впевнений
 - Інше
6. Якщо знаєте, звідки дізналися? (можна обрати кілька варіантів)
- Інструктаж/навчання
 - Командир
 - Психолог/медслужба
 - Пам'ятка / плакати
 - Інше
7. Чи доступний алгоритм усім ключовим особам (командирам, медикам, психологам)?
- Так
 - Ні
 - Частково
 - Інше
8. Чи існують у вашому підрозділі регулярні програми або тренінги спрямовані на запобігання самогубствам?
- Так
 - Ні
 - Не знаю
 - Інше
9. Чи проходили Ви або Ваші колеги навчання з розпізнавання ознак суїцидальних ризиків серед побратимів?
- Так
 - Ні
 - Не знаю
 - Інше
10. Чи проводяться у Вашому підрозділі заходи спрямовані на профілактику та запобігання суїциду (тренінги, бесіди, лекції)?
- Так
 - Ні
 - Рідко
 - Інше
11. Якщо такі заходи проводяться, вкажіть час проведення (якщо ні, відмітьте варіант "інше")
- З певною періодичністю (раз в тиждень/місяць/рік)
 - Після спроби суїциду
 - Після наявності факту завершеної спроби і безпосередньо вчинення суїциду
 - Після інформації про прецедент в інших підрозділах
 - Інше

Блок II. Якість і зміст наявних профілактичних заходів

Формалізація та повнота змісту алгоритму

12. Чи існує письмовий (документований) алгоритм / протокол профілактики суїциду в вашому підрозділі/закладі?
 - Так
 - Ні
 - Не знаю
 - Інше
13. Чи є наявний алгоритм затвердженим вищим командуванням або медичною службою?
 - Так
 - Ні
 - Не знаю
 - Інше
14. Алгоритм містить чіткі ролі та відповідальності (командир, медпрацівник, психолог, чергові)?
 - Так
 - Ні
 - Частково
 - Інше
15. Алгоритм описує процедури невідкладного реагування (наприклад: що робити при виявленні ризику, куди звертатися)?
 - Так
 - Ні
 - Частково
 - Інше
16. Алгоритм враховує питання конфіденційності та інформованої згоди?
 - Так
 - Ні
 - Частково
 - Інше

Моніторинг і оцінка ефективності

17. Чи проводяться регулярні психологічні обстеження або скринінги для виявлення депресивних станів?
 - Так
 - Ні
 - Частково
18. Чи аналізуються випадки вчинених суїцидальних спроб щоб удосконалювати заходи профілактики?

- Так
- Ні
- Частково
- Інше

19. Чи бачили Ви практичне застосування алгоритму профілактики суїциду (наприклад, допомога побратиму у кризі)?

Виберіть лише один варіант.

- Так
- Ні
- Інше

20. Наскільки, на Вашу думку, заходи що проводяться в підрозділі реально знижують ризик самогубства?

- Знижують
- Не знижують
- Частково знижують
- Інше

21. Чи є у вас внутрішній механізм аудиту дотримання алгоритму?

- Так
- Ні
- Планується

22. Особи які вчинили спробу суїциду не відчують осуду і отримують достатню психологічну підтримку та супровід

- Так
- Ні
- Частково
- Інше_

23. Прочитайте твердження. Оцініть кожне з них за шкалою від 1 до 5, де 1 - "абсолютно не згоден", а 5 - "абсолютно погоджуюсь".

У кожному рядку виберіть лише один варіант.

	1	2	3	4	5
<i>Наявний алгоритм профілактики суїциду дозволяє вчасно ідентифікувати осіб з підвищеним ризиком.</i>					
<i>Дії, передбачені алгоритмом,, зменшують кількість спроб у підрозділі.</i>					
<i>Дії, передбачені алгоритмом,, зменшують кількість спроб у підрозділі.</i>					
<i>Час реагування після виявлення ризику є адекватним і дозволяє запобігти суїцидальній спробі</i>					
<i>Алгоритм добре адаптований і є ефективним при використанні в полі (польові умови/на передовій).</i>					
<i>Командири дотримуються та підтримують виконання алгоритму.</i>					

Блок III. Професійна підготовка фахівців

24. Чи достатньо у вашій частині кваліфікованих психологів або соціальних працівників для своєчасної допомоги?
 - Так
 - Ні
 - Інше
25. Чи проходили Ви коли-небудь навчання/інструктаж щодо запобігання суїциду?
 - Так, нещодавно (останні 12 міс)
 - Так, давно (понад рік тому)
 - Ні
 - Інше
26. Як Ви вважаєте, чи пройшли навчання щодо застосування алгоритму запобігання суїциду відповідальні фахівці (командири, психологи, медики)
 - Так
 - Ні
 - Не знаю
 - Інше
27. Чи є у вас письмовий план дій на випадок виявлення особи з високим ризиком?
 - Так
 - Ні
28. У випадку наявності інцидентів чи проводиться аналіз з метою вдосконалення алгоритму (декогорація — розбір подій)?
 - Так
 - Ні
 - Не знаю
 - Інше
29. Чи знаєте ви швидкий контакт психолога/медика?
 - Так
 - Ні
 - Деякі контакти
 - Інше
30. Чи проводяться у Вас навчання по профілактиці та запобіганню суїциду для військовослужбовців/командирів/фахівців?
 - Так
 - Ні
 - Для певної категорії
 - Інше

Блок IV. Доступність допомоги

31. Чи роз'яснювали Вам, до кого особисто можна звернутися у випадку кризової ситуації?
- Так
 - Ні
 - Інше
32. Чи маєте Ви контакти для екстреної допомоги (гарячі лінії, швидкий доступ до психолога)?
- Так
 - Ні
33. Прочитайте твердження. Оцініть кожне з них за шкалою від 1 до 5, де 1 - "абсолютно не згоден", а 5 - "абсолютно погоджуюсь".
У кожному рядку виберіть лише один варіант.

	1	2	3	4	5
Я знаю, як швидко отримати психологічну допомогу у підрозділі					
Я впевнений,, що звернення залишиться конфіденційним.					
Я знаю телефони гарячих ліній або інші цілодобові контакти					
Допомога доступна навіть у польових умовах/на передовій					
Мені легко отримати будь який вид допомоги (медичну, психологічну, юридичну)					
Я впевнений що мої побратими/ посестри відреагують					
Мої командири/ керівництво заохочують звернення по психологічну підтримку без осуду					

Блок V. Діагностичний блок – психологічний клімат у підрозділі

Діагностика здійснюється за допомогою анкети оцінки суїцидального ризику військовослужбовців (П.І. Юнацкевич). Даний блок потребує вказання лише імені та та підрозділу з метою виявлення осіб з підвищеним рівнем виникнення суїцидальної поведінки.

1. Вкажіть Ваше ім'я_____
2. Вкажіть період перебування на військовій службі (місяць/рік/кілька років)_____

Інструкція: Прочитайте подані нижче питання та твердження на кожне з них дайте відповідь "так" або "ні".

У кожному рядку виберіть лише один варіант.

	<i>Так</i>	<i>Ні</i>
<i>Чи може життя втратити цінність для людини в певній ситуації?</i>		
<i>Життя іноді гірше смерті.</i>		
<i>У минулому в мене була спроба піти з життя.</i>		
<i>Мене багато хто любить,, розуміє та цінує.</i>		
<i>Можна виправдати безнадійно хворих, що обрали добровільну смерть.</i>		
<i>Я не думаю, що сам можу опинитися в безнадійному становищі.</i>		
<i>Сенс життя не завжди буває ясний, його можна іноді втратити,, не знайти</i>		
<i>Якщо Вас зрадять близькі та рідні,, Ви зможете жити далі?</i>		
<i>Я іноді думаю про свою добровільну смерть.</i>		
<i>У будь-якій ситуації я буду боротися за своє життя,, чого б це не коштувало..</i>		

ОПИТУВАЛЬНИК ДЛЯ КОМАНДИРІВ ТА КЕРІВНИКІВ ПІДРОЗДІЛІВ

«Оцінка умов служби та потреб у профілактиці суїцидальної поведінки серед військовослужбовців»

1. Категорія респондента:

- ☐ Військовослужбовець
- ☐ Командир
- ☐ Психолог
- ☐ Медичний працівник
- ☐ Інше: _____

2. Стаж служби:

- ☐ До 1 року ☐ 1–4 роки ☐ 4–10 років ☐ 10+ років

3. Прояви яких станів спостерігаєте найчастіше серед особового складу?

4. Які стресові фактори найбільш впливають на військовослужбовців у вашому підрозділі?

5. Чи виявлялися у підрозділі випадки суїцидальних висловлювань або спроб?

6. Чи знаєте ви алгоритм дій у разі суїцидальних висловлювань/загроз?

7. Чи є у підрозділі доступ до психолога / офіцера МПЗ?

8. Наскільки персонал готовий звернутися за психологічною допомогою?

9. Чи проводяться регулярні профілактичні заходи (бесіди, тренінги, групи підтримки)?

10. Які форми підтримки були б найбільш корисними?
(оберіть до 3-х)

11. Яких ресурсів підрозділу бракує найбільше?

12. Які форми підтримки були б найбільш ефективними саме у вашому підрозділі?

13. Бар'єри, які зараз заважають ефективній профілактиці (позначте):

14. Які конкретні дії необхідно впровадити:
