



Психологічні наслідки бойового стресу у військовослужбовців: зв'язок із самоефективністю

Олег Кокун*

Доктор психологічних наук, професор
Інститут психології імені Г.С. Костюка НАПН України
01033, вул. Паньківська, 2, м. Київ, Україна
<https://orcid.org/0000-0003-1793-8540>

Наталія Лозінська

Кандидат психологічних наук, провідний науковий співробітник
Науково-дослідний центр гуманітарних проблем Збройних Сил України
03049, просп. Повітрофлотський, 28-Б, м. Київ, Україна
<https://orcid.org/0000-0002-8784-8279>

Ірина Пішко

Провідний науковий співробітник
Науково-дослідний центр гуманітарних проблем Збройних Сил України
03049, просп. Повітрофлотський, 28-Б, м. Київ, Україна
<https://orcid.org/0000-0001-9246-2277>

В'ячеслав Олійник

Доктор філософії
Науково-дослідний центр гуманітарних проблем Збройних Сил України
03049, просп. Повітрофлотський, 28-Б, м. Київ, Україна
<https://orcid.org/0000-0001-6891-0906>

Михайло Коваль

Заступник начальника
Науково-дослідний центр гуманітарних проблем Збройних Сил України
03049, просп. Повітрофлотський, 28-Б, м. Київ, Україна
<https://orcid.org/0009-0007-6275-5918>

♦ **Анотація.** Актуальність дослідження визначена необхідністю аналізу посттравматичних порушень та їх взаємозв'язку з самоефективністю, враховуючи суперечливі підходи у наукових дослідженнях і обмежену кількість даних серед військовослужбовців, які виконують бойові завдання. Метою дослідження було визначення рівня психологічних наслідків стресу війни у військовослужбовців, встановлення взаємозв'язків між різними симптомами та наслідками стресового впливу, а також аналіз їх зв'язку з показниками самоефективності. Для проведення дослідження було застосовано психодіагностичні методики, які дозволили оцінити інтенсивність прояву симптомів гострого стресового розладу: National Stressful Events Survey Acute Stress Disorder Short Scale – NSESSS; посттравматичного стресового розладу: Primary Care PTSD Screen for DSM-5 – PC-PTSD-5, The Short Screening Scale for DSM – IV PTSD; втоми: Fatigue Assessment Scale – FAS; психосоматичних порушень: Patient Health Questionnaire-15 – PHQ-15, Giessen Complaint List – GBB-24, зокрема серцевих та шлункових скарг, болю у різних частинах тіла та психосоматичного виснаження. Дослідження самоефективності здійснювалося за

Приклад цитування:

Kokun, O., Lozinska, N., Pishko, I., Oliinyk, V., & Koval, M. (2026). Psychological consequences of combat stress in military personnel: The relationship with self-efficacy. *The Bulletin of National Defence University of Ukraine*, 21(2), 27-38. doi: 10.33099/2617-6858-26-21-2-27-38.

Історія статті: Отримано: 11.11.2025; Доопрацьовано: 25.02.2026; Прийнято: 30.03.2026; Опубліковано: 16.04.2026



Copyright © The Author(s). This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License 4.0 (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>)

*Автор-кореспондент

допомогою методик: General Self-Efficacy scale – GSEF і Allgemeine Selbstwirksamkeit Kurzska – ASKU. Результати дослідження засвідчили наявність одночасно помірної вираженості гострого стресу, суттєвої частки позитивного скринінгу посттравматичного стресового розладу, підвищеної втоми і помітного соматичного тягаря (особливо за компонентами «біль» та «виснаження»). У більшості вибірки зафіксовано середні та високі значення за шкалою самооефективності. Регресійний аналіз довів, що соматичні прояви визначаються поєднанням віку та стрес-травматичного навантаження, тоді як втома переважно зумовлена саме стрес-травматичними чинниками та частково пом'якшується поведінковою самооефективністю. Практична цінність результатів полягає у можливості їх впровадження для своєчасного моніторингу щодо виявлення військовослужбовців з критичними показниками психотравматизації і надання їм необхідної своєчасної допомоги; розробки програм психологічного відновлення і реабілітації військовослужбовців, де пріоритетним напрямом є корекція наслідків травматичного стресу як ключового чинника соматизації, а розвиток поведінкової самооефективності виступає додатковим ресурсом зміцнення їхньої психофізіологічної стійкості

◆ **Ключові слова:** виснаження; втома; посттравматичні прояви; самооефективність; соматичні симптоми

◆ Вступ

З 24 лютого 2022 року військовослужбовці Сил оборони України здійснюють активну відсіч та стримування повномасштабної збройної агресії Російської Федерації в умовах високої інтенсивності бойових дій. Неможливість повноцінного відпочинку і відновлення, проблеми із системою ротаций підрозділів, постійне перебування під впливом бойових стресорів все більше загрожують виснаженням особового складу та зниженням самооефективності військовослужбовців, спроможності якісно та безпомилково виконувати професійні завдання на лінії бойового зіткнення. За час участі в бойових діях переважна більшість військовослужбовців отримують унікальний бойовий досвід, що, безперечно, сприяє їх професійному зростанню, набуттю високого рівня бойової майстерності, дозволяє на практиці оцінити свої можливості протидіяти стресу і залишатися ефективними у складних умовах діяльності. Разом з тим, тривале перебування під впливом стресорів бойової обстановки та обмеження доступу до своєчасної психологічної допомоги, стають причиною розвитку гострого стресового розладу (ГСР) та більш серйозних наслідків, таких як посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), соматичні розлади та інші. Крім того, відбувається накопичення перенавантаження і «перехід» організму у стан виснаження. Водночас залишається певна невизначеність, яке місце за таких умов відіграє самооефективність, як важливий психологічний ресурс людини, чи виступає вона «буфером» між травматичними подіями та психічним здоров'ям військовослужбовців, чи пов'язаний її рівень із розвитком деструктивних змін психіки та психосоматичними розладами. Це питання залишається дискусійним, особливо щодо військовослужбовців, які надалі продовжують виконувати бойові завдання в умовах високої інтенсивності бойових дій. Аналіз сучасних публікацій з цієї проблематики засвідчив про неоднозначність наукових підходів до трактування взаємозв'язку між показниками самооефективності та посттравматичними проявами. Y. Jian *et al.* (2022) підтвердили наявність негативної кореляції між самооефективністю та інтенсивністю посттравматичних проявів. Дослідники підтвердили, що особи з

вищим рівнем самооефективності характеризувалися меншою схильністю до депресивних станів, тривожності та проявів ПТСР. G. Zerach (2024), досліджуючи взаємозв'язок симптомів посттравматичного стресу, самооефективності і позитивних посттравматичних змін серед ізраїльських жінок-ветеранок бойових дій, довів значущість самооефективності у пом'якшенні посттравматичних проявів. Самооефективність, на думку автора, виступає важливим медіатором між симптомами, ресурсами та посттравматичним зростанням. Вона модулює, наскільки військовослужбовець сприймає себе здатним впливати на ситуацію, застосовувати навички саморегуляції, звертатися по допомогу, реалізовувати життєві проєкти після травми, як зазначали G. Zerach (2024) та V.V. Turban *et al.* (2025).

Результати логістичного регресійного аналізу B. Ghafoori *et al.* (2024), проведеного на вибірці медичних працівників, виявили значущий обернений зв'язок між рівнем самооефективності та ризиком розвитку ПТСР. Побудовані моделі засвідчили, що високі показники самооефективності можуть запобігати розвитку посттравматичних розладів у цієї категорії персоналу. Спираючись на нейрофізіологічний підхід, заснований на самоконтролі вегетативної нервової системи, K. Blase *et al.* (2021) довели, що навички саморегуляції дозволяють відновлювати когнітивні функції та емоційну стабільність, тим самим зменшуючи постстресові прояви. Зважаючи на те, що когнітивний ресурс та емоційна стійкість є невід'ємними складовими самооефективності доцільно припустити, що вона може виступати в якості медіатора в подоланні наслідків пережитого стресу. На противагу цьому, оцінюючи самооефективність в якості механізму подолання ПТСР під час застосування інтенсивної лікувальної програми в групі військовослужбовців і ветеранів, J.W. Murphy *et al.* (2025) підтвердили, що зміни в самооефективності досліджуваних не передували змінам симптомів ПТСР під час лікування. Було виявлено, що рівні цих двох показників змінювалися одночасно, що спростувало думку про те, що самооефективність є механізмом змін у симптоматиці розладу. В умовах війни розвиток

самоефективності набуває особливого значення. З одного боку, рівень самоефективності у певних категорій населення дещо знижується, а з іншого, самоефективність відіграє ключову роль у реакціях на стрес, якості подолання загрозливих ситуацій та травмивних подій.

Окрім того, самоефективність виступає вагомим чинником повоєнного відновлення особистості та може розвиватися під впливом психологічних інтервенцій (Kredentser, 2023). Результати дослідження О.Р. Bereziuk (2024), показали, що знижена самоефективність достовірно прямопропорційно впливає на появу симптомів депресії, а також достовірно провокує розвиток тривоги у чоловіків учасників бойових дій, які отримали бойову психічну травму. S.O. Hanaba & V.A. Pavlenko (2024) зауважили, що висока самоефективність у військовослужбовців з бойовим досвідом дозволяє їм трансформувати негаразди у потенціал до позитивних змін. Проте взаємозв'язок загальної самоефективності з посттравматичними порушеннями, зокрема із соматичними проявами, є недостатньо вивченим у категорії військовослужбовців, які залишаються активними учасниками бойових дій і продовжують тривалий час виконувати бойові завдання на лінії боєз'язку. Питання взаємозв'язку операційної самоефективності з проявами посттравматичного стресу у зазначеній категорії осіб також залишається недостатньо розробленим. Метою дослідження стало визначення рівня психологічних наслідків стресу війни у військовослужбовців, встановлення взаємозв'язків між різними симптомами та наслідками стресового впливу, а також аналіз їх зв'язку з показниками самоефективності.

♦ Матеріали та методи

Психологічне дослідження проводилось впродовж жовтня-листопада 2025 року серед військовослужбовців бойових підрозділів та підрозділів бойового забезпечення, які виконували бойові завдання на Донецькому напрямку. У дослідженні взяли участь 90 військовослужбовців, переважна більшість з них є учасниками бойових дій під час триваючої війни (87 % досліджуваних) і незначна частка (13 % досліджуваних) – військовослужбовці резервного підрозділу, які ще не мали бойового досвіду. Групу досліджуваних склали 89 чоловіків та 1 жінка, віком від 22 до 58 років. Середній вік у групі – $M = 40,92$, $SD = 9,15$, $Me = 42,5$. Дослідження проводилось з використанням восьми дослідницьких методик (українські адаптації у форматі їх опублікування): National Stressful Events Survey Acute Stress Disorder Short Scale – NSESSS (Gilbar, 2025); Primary Care PTSD Screen for DSM-5 – PC-PTSD-5 (Prins *et al.*, 2016); The Short Screening Scale for DSM-IV PTSD (Breslau *et al.*, 1999); Fatigue Assessment Scale – FAS (Michielsen *et al.*, 2003); Patient Health Questionnaire-15 (PHQ-15) (Kroenke *et al.*, 2002); Giessen Complaint List – GBL-24 (Kokun *et al.*, 2025), який складається зі шкал

психосоматичного виснаження, шлункових скарг, болю в різних частинах тіла, серцевих скарг та загального тиску; Allgemeine Selbstwirksamkeit Kurzskaala – ASKU (Beierlein *et al.*, 2013); Generalized Self-Efficacy scale – GSEF (Schwarzer & Jerusalem, 1995).

Діагностування здійснювалося в умовах конфіденційності місць проведення (з урахуванням вимог безпеки та обмеженого доступу до інформації про розташування підрозділів). На момент проведення дослідження особовий склад знаходився в місцях тимчасового базування (після повернення з бойових виходів), а також безпосередньо в місцях виконання завдань за призначенням, за умови, що безпекова ситуація дозволяла провести опитування без загрози для учасників. Дослідження проводилось у форматі офлайн з використанням паперових бланків зазначених методик, у групах від двох до 5 осіб. Орієнтовний час заповнення опитувальників склав 35-45 хв. Порядок заповнення бланків відповідає послідовності перелічених вище методик. Усі процедури діагностування відповідали принципам Гельсінської декларації World Medical Association (2024). Участь була добровільною, без тиску з боку командування. Кожен досліджуваний отримав повну інформацію про дослідження та надав інформовану згоду. Анонімність і конфіденційність даних забезпечувалися повною відсутністю ідентифікаційних відомостей та обмеженим доступом до бази даних.

Обґрунтування вибору діагностичного інструментарію базується на його міжнародній стандартизації, високій релевантності та емпіричній верифікації. Пріоритетним критерієм формування комплексу методик стала їх відповідність вимогам експрес-діагностики. Це є критично важливим для дослідження військовослужбовців, які перебувають в бойових умовах, оскільки дозволяє за мінімальний проміжок часу отримати максимальний обсяг релевантної інформації щодо постстресової симптоматики, не виснажуючи їх тривалим тестуванням. Математико-статистична обробка кількісних результатів здійснювалась за допомогою методів описової статистики (M , SD , Me , Min , Max , %), коефіцієнта кореляції r Пірсона, ієрархічного регресійного аналізу. Перевірка отриманих даних із використанням критерію Шапіро-Вілка засвідчила нормальний розподіл за досліджуваними показниками ($p > 0,05$), що дозволило використовувати параметричні статистичні методи. Ієрархічний множинний лінійний регресійний аналіз виконували в IBM SPSS Statistics 22.0.0.0 із введенням предикторів блоками, визначеними а priori відповідно до теоретичної моделі (контрольні змінні → стрес/ПТСР-симптоматика → ресурсні показники), з оцінюванням R^2 , ΔR^2 та стандартизованих β . Перед інтерпретацією результатів перевіряли припущення регресії: лінійність (діаграми розсіювання та графік «залишки-передбачені значення»), відсутність мультиколінеарності (Tolerance, VIF), а також нормальність розподілу залишків (Q-Q plot/ оцінка стандартизованих залишків).

♦ Результати та обговорення

Серед пережитих травматичних подій, досліджувані зазначили такі: втрати близьких/побратимів – 26 (28,9 %); травма/поранення – 18 (20,0 %); бойовий вплив/обстріли – 10 (11,1 %); інше – 7 (7,8 %)

(розлучення, втрата власного здоров'я, хвороби серед рідних); не вказали – 29 (32,2 %). Описову статистику за отриманими основними діагностичними показниками досліджуваних військовослужбовців наведено в Таблиці 1.

Таблиця 1. Описова статистика за основними показниками тестових методик

Показники/Діапазон середніх значень	M	SD	Me	Min	Max
Гострий стресовий розлад (ГСР) (NSESSS)/(0-4)	1,34	0,73	1,29	0,00	3,57
ПТСР (PC-PTSD-5)/(0-5)	2,34	1,50	2,00	0,00	5,00
ПТСР (The Short Screening Scale for DSM-IV PTSD, Breslau)/(0-7)	2,74	1,84	2,00	0,00	7,00
Самоефективність (ASKU)/(1-5)	3,72	0,95	3,67	0,00	5,00
Самоефективність (GSEF)/(10-40)	29,73	5,38	30,00	14,00	40,00
Втома (FAS)/(10-50)	23,91	6,09	23,00	14,00	39,00
Соматичні симптоми (PHQ-15)/(0-30)	10,23	4,78	9,00	0,00	26,00
Соматичні симптоми (GBB-24), виснаження/(0-24)	8,65	5,83	7,00	0,00	24,00
Соматичні симптоми (GBB-24), шлункові скарги/(0-24)	4,81	4,37	3,00	0,00	17,00
Соматичні симптоми GBB-24, біль/(0-24)	11,22	6,07	10,00	0,00	24,00
Соматичні симптоми GBB-24, серцеві скарги/(0-24)	5,03	4,72	4,00	0,00	19,00
Соматичні симптоми GBB-24, інтенсивність соматичних скарг/(0-96)	29,70	18,75	25,50	1,00	77,00

Джерело: розроблено авторами

Аналіз наведених у Таблиці 1 даних дозволяє констатувати, що на рівні середніх значень у цій вибірці військовослужбовців фіксується поєднання: помірної вираженості гострого стресу, суттєвої частки позитивного PTSD-скринінгу, підвищеної втоми і помітного соматичного тягаря (особливо за компонентами «біль» та «виснаження»). Для практичної інтерпретації

інтенсивності прояву ГСР використано наступну градацію інтенсивності симптомів: < 1,00 – мінімальна/відсутня вираженість; 1,00-1,99 – легка; 2,00-2,99 – помірна; 3,00-4,00 – виражена (Jensen & Simpson, 2014). У Таблиці 2 подано розподіл досліджуваних військовослужбовців за рівнем вираженості ГСР, згідно до вищенаведеної градації інтенсивності його симптомів.

Таблиця 2. Рівні ГСР (середній бал 0-4)

Рівень ГСР	n	%
<1,00 – мінімальна/відсутня	31	34,4
1,00-1,99 – легка	42	46,7
2,00-2,99 – помірна	15	16,7
≥3,00 – виражена	2	2,2

Джерело: розроблено авторами

Мінімальна або відсутня вираженість гострого стресового розладу (ГСР < 1,00; 34,4 %) характеризує військовослужбовців, у яких спостерігаються лише поодинокі реакції напруження, що не мають стійкого характеру та переважно не порушують повсякденного функціонування. Зазвичай зберігається здатність до самоконтролю, адекватного планування та виконання завдань; порушення сну або відсутні, або мають епізодичний характер. У практичному плані це відповідає стану відносної адаптованості за умови стабільного навантаження і достатнього відновлення. Основний ризик – можливе погіршення стану при повторній травматизації, накопиченні дефіциту сну або зростанні фізичного виснаження. Легка інтенсивність гострого стресового розладу (ГСР 1,00-1,99; 46,7 %) характерна для групи військовослужбовців, у яких спостерігаються більш регулярні прояви стресових реакцій, зокрема підвищена настороженість, дратівливість, епізодичні труднощі із засинанням, зниження толерантності до перевантажень та тенденція

уникати нагадувань про травматичну подію. Функціонування загалом збережене, однак зростає вразливість до конфліктів, помилок на фоні втоми та зниження концентрації наприкінці робочого циклу. Помірна інтенсивність (ГСР 2,00-2,99; 16,7 %) відображає стійкі прояви гострого стресу: значно виражену гіперактивацію (внутрішня напруга, старт-реакції), часті нав'язливі спогади/образи, емоційну нестабільність, посилене уникання тригерів, більш системні порушення сну. Зазвичай погіршується концентрація уваги, зростає когнітивна втома, знижується ефективність прийняття рішень у складних ситуаціях. У військовому контексті такий стан пов'язаний із підвищеним ризиком небезпечних помилок, конфліктності, зростанням соматичних симптомів і подальшим переходом у хронічні стресові порушення. Виражена інтенсивність (ГСР ≥ 3,00; 2,2 %) відповідає високій імовірності гострої дезадаптації: можливі панічні/дисоціативні епізоди, різке погіршення сну, різкі коливання настрою, істотне зниження працездатності, небезпечні

поведінкові реакції (імпульсивність, «відключення» уваги, ризиковані рішення). Для первинної інтерпретації показників посттравматичного стресового розладу (ПТСР) PC-PTSD-5 застосовано практичний поріг:

0-2 – негативний скринінг; ≥ 3 – позитивний скринінг (підвищена ймовірність PTSD-профілю). У Таблиці 3 наведено розподіл військовослужбовців, згідно до цієї інтерпретації, за показниками PC-PTSD-5.

Таблиця 3. Результати за показником ПТСР (PC-PTSD-5) (середній бал 0-5)

Категорія	n	%
0-2 (негативний скринінг)	43	50,6
≥ 3 (позитивний скринінг)	42	49,4

Джерело: розроблено авторами

У практичному плані позитивний скринінг за PC-PTSD-5 означає наявність стійких симптомів травматичного стресу, які, як правило, виявляються у порушеннях сну, емоційній напрузі, униканнях нагадувань про подію, підвищеній настороженості тощо. У нашій вибірці військовослужбовців позитивний PC-PTSD-5 асоціюється з вищими показниками гострого стресу, соматичних скарг і втоми, про що буде зазначено нижче, за

результатами кореляційного аналізу (Таблиця 10), що вказує на комплексність проблеми і потребу в мультидисциплінарному підході до її вирішення. Для первинної інтерпретації показників DSM-IV PTSD застосовано такий поріг інтерпретації: 0-3 – негативний; ≥ 4 – позитивний (висока ймовірність PTSD-профілю). У Таблиці 4 наведено розподіл військовослужбовців, згідно з цією інтерпретацією, за показниками DSM-IV PTSD.

Таблиця 4. Результати за показником ПТСР (DSM-IV PTSD) (середній бал 0-7)

Категорія	n	%
0-3 (негативний скринінг)	57	64,0
≥ 4 (позитивний скринінг)	32	36,0

Джерело: розроблено авторами

Важливим результатом є те, що позитивний скринінг за DSM-IV PTSD у цій вибірці військовослужбовців пов'язаний із більш вираженим «функціональним слідом» (сильніше зростають втоми та соматика (Таблиця 10). Практично це означає, що DSM-IV PTSD може використовуватися як більш «жорсткий» критерій для

пріоритезації супроводу, коли ресурс служби обмежений і потрібно визначати групи найвищого ризику. Для інтерпретації показників, що характеризують ступінь втоми за FAS, використано пороги, зазначені у Таблиці (за ними і здійснено розподіл досліджуваних військовослужбовців).

Таблиця 5. Рівні втоми за FAS (середній бал 10-50)

Рівень	n	%
<22 (норма)	36	40,4
22-34 (втома)	47	52,8
≥ 35 (тяжка втома)	6	6,7

Джерело: розроблено авторами

Згідно з отриманими результатами, схарактеризуємо кожний з рівнів втоми військовослужбовців. Норма (FAS < 22; 40,4 %). Стан характеризується відносно достатнім рівнем енергетичних ресурсів і відновлення. Наявність втоми (FAS 22-34; 52,8 %). Цей рівень означає суттєве зниження витривалості та відновлюваності. Типово спостерігаються: зростання когнітивної втоми, зниження концентрації уваги, дратівливість, збільшення соматичних симптомів, порушення сну, підвищена чутливість до

стресорів. У військовому контексті це може проявлятися як поступове «просідання» ефективності у другій половині циклу навантаження, збільшення числа дрібних помилок і конфліктів. Тяжка втома (FAS ≥ 35 ; 6,7 %). Високий рівень ризику для безпеки та ефективності діяльності: уповільнення реакцій, зниження якості рішень, емоційні зриви, загострення болю/соматичних скарг, виражені порушення сну. Для соматичних симптомів за PHQ-15 використовувалися 4 пороги значень (Таблиця 6).

Таблиця 6. Рівні соматичних симптомів за PHQ-15 (середній бал 0-30)

Рівень	n	%
0-4 – мінімальні	9	10,0
5-9 – низькі	38	42,2
10-14 – помірні	25	27,8
≥ 15 – високі	18	20,0

Джерело: розроблено авторами

Змістовну інтерпретацію рівнів вираженості соматичних симптомів військовослужбовців за PHQ-15 можна представити таким чином:

- ♦ PHQ-15 0-4 (10,0 %) – мінімальні симптоми: соматичні прояви або відсутні, або ситуативні;
- ♦ PHQ-15 5-9 (42,2 %) – слабкі симптоми: соматичні прояви є, але зазвичай не порушують істотно функціонування;
- ♦ PHQ-15 10-14 (27,8 %) – помірні симптоми: соматика стає регулярною, впливає на сон/працездатність;
- ♦ PHQ-15 ≥ 15 (20,0 %) – виражені симптоми: високий соматичний тягар, часто із комплексним стресовим профілем.

Аналіз вираженості у військовослужбовців соматичних скарг за GBB-24 показав, що найбільш вираженими субшкалами є «біль» ($M = 11,22$) та виснаження ($M = 8,65$), далі йдуть серцеві та шлункові скарги. Для оперативної практичної інтерпретації загального рівня GBB-24 (інтенсивність скарг) нами використано емпіричні квартилі (за розподілом цієї вибірки): низька інтенсивність: ≤ 16 (25 %); помірною: 17-41 (50 %); висока: ≥ 42 (25 %). Емпіричні рівні GBB-24 total (інтенсивність скарг) досліджуваних військовослужбовців наведено у Таблиці 7. Отже результати, отримані за GBB-24, свідчать про домінування «болю» та «виснаження», що характерно для поєднання стресового навантаження і дефіциту відновлення. У практичному плані GBB-24 total ≥ 42 (верхній квартиль) рекомендовано використовувати як критерій «високого соматичного тягара», особливо якщо одночасно присутні ПТСР-позитивний скринінг або FAS ≥ 22 . Клінічними «червоними прапорцями», які потребують медичного

уточнення незалежно від психологічної інтерпретації, є: прогресуючий біль невідомого походження, виражені кардіологічні симптоми, різка втрата маси тіла, втрата свідомості, неврологічні дефіцити, кровотечі, тривале підвищення температури тіла, інші ознаки, що потребують негайної медичної оцінки. Перш ніж проаналізувати результати оцінки самооефективності військовослужбовців за методиками GSEF та ASKU, слід зазначити, що GSEF через специфіку формулювань тверджень, орієнтована на виявлення базової віри людини у свою здатність справлятися з життєвими труднощами, що дозволяє оцінити загальну самооефективність як стійку особистісну характеристику (Schwarzer & Jerusalem, 1995). ASKU, незважаючи на збереження в назві терміну «загальна», за своєю суттю працює як операційна самооефективність. Вона дозволяє визначити конкретну впевненість досліджуваних у здатності успішно виконати складне завдання за несприятливих обставин. Тобто людина впевнена, що вона знає, як діяти в конкретний момент. В науковій психологічній літературі вивчаючи самооефективність з використанням методики ASKU, дослідниками застосовуються такі поняття як «операційна», «ситуативна», «специфічна», «функціональна», «поведінкова» самооефективність. У межах даного дослідження використовується термін «операційна/поведінкова» самооефективність оскільки він, визначений як такий, що найбільш точно відображає готовність військовослужбовців ефективно функціонувати в ситуаціях високої напруженості. Результати досліджуваних військовослужбовців за двома методиками діагностики самооефективності (GSEF та ASKU) наведено у Таблицях 8 та 9.

Таблиця 7. Емпіричні рівні GBB-24 total (інтенсивність скарг; середній бал 0-96)

Рівень (за квартилями)	Межі	Частка вибірки (%)
Низький	≤ 16	25
Помірний	17-41	50
Високий	≥ 42	25

Джерело: розроблено авторами

Таблиця 8. Рівні самооефективності за GSEF

Рівень	n	%
≤ 26 – низький	23	25,5
27-31 – середній	45	50
32-40 – високий	22	24,5

Джерело: розроблено авторами

Таблиця 9. Рівні самооефективності за ASKU

Рівень	n	%
< 3 – низький	8	9,1
3-3,99 – середній	43	48,9
≥ 4 – високий	37	42,0

Джерело: розроблено авторами

Отримані дані свідчать, що загалом у вибірці самооефективність є відносно збереженою, але 25,5 % військовослужбовців мають низький рівень (ресурсна

вразливість). Враховуючи ступінь небезпеки, реальний ризик для життя та непередбачуваність бойової обстановки, такий результат можна пояснити

об'єктивною складністю бойових завдань. Військовослужбовці, оцінюючи ситуацію, розуміють, що інколи вона може бути «сильніша» за них, а їх особистий контроль над тим, що відбувається, часто може бути обмеженим. Важливо, що в регресійних моделях загальна самооефективність (GSEF) не перекриває вплив стресу на соматичну та втому. Водночас поведінкова самооефективність (ASKU) виявила буферний ефект для втоми: вища ASKU пов'язана зі зниженням FAS при контролі ГСР і DSM-IV PTSD. Це означає, що для

практики доцільно посилювати саме поведінкові механізми «операційної» самооефективності: навички керування станом, планування відновлення, виконання малих досяжних кроків, повернення контролю. Для визначення взаємозв'язків між симптомами і наслідками стресового впливу та можливого їх взаємовідношення з показниками самооефективності нами було проведено кореляційний аналіз. У Таблиці 10 наведено найінформативніші кореляційні зв'язки між використаними діагностичними показниками.

Таблиця 10. Ключові кореляції (найінформативніші зв'язки)

Пара показників	R	p
PHQ-15 – GBB-24 total	0,83	<0,001
FAS – PHQ-15	0,64	<0,001
FAS – GBB-24 total	0,67	<0,001
ГСР – DSM-IV PTSD	0,62	<0,001
ГСР – PC-PTSD-5	0,58	<0,001
ГСР – FAS	0,53	<0,001
ГСР – PHQ-15	0,48	<0,001
DSM-IV PTSD – PHQ-15	0,54	<0,001
DSM-IV PTSD – FAS	0,51	<0,001
ASKU – GSEF	0,46	<0,001
Вік – PHQ-15	0,29	0,006
Вік – GBB-24 total	0,30	0,005

Джерело: розроблено авторами

Зміст і практичне значення наведених у Таблиці 10 ключових кореляцій між використаними в дослідженні з військовослужбовцями діагностичними показниками інтерпретовано таким чином:

1. PHQ-15 – GBB-24 total ($r = 0,83$) – «єдине ядро соматичного тягаря». Дуже високий зв'язок між PHQ-15 і сумарним показником GBB-24 означає, що обидві методики фактично відображають спільний латентний конструкт – загальну вираженість соматичного тягаря/соматизації (з різними акцентами інструментів). Практично це важливо з двох причин: по-перше, результати є стійкими і не залежать від специфіки однієї шкали; по-друге, для скринінгу можна обирати коротший або більш зручний інструмент, не втрачаючи загальної картини соматичних скарг (зрозуміло, з урахуванням поставлених цілей і регламентів). Водночас, слід підкреслити, що високі соматичні показники не означають «лише психологічну» природу скарг; вони вимагають паралельного медичного уточнення там, де це показано («червоні прапорці»).

2. FAS – PHQ-15 ($r = 0,64$) та FAS – GBB-24 total ($r = 0,67$) – «втома як підсилювач соматичної й функціональної погіршення». Сильні позитивні кореляції показують, що втома у цій вибірці не є ізольованим феноменом, а виступає системним компонентом загального неблагополуччя. Практична логіка така: коли відновлення недостатнє (сон, режим, ротації, накопичення перенавантаження), організм «переходить» у стан виснаження, і на цьому тлі зростають соматичні симптоми (біль, серцеві/шлункові прояви, загальна слабкість). Відповідно, робота лише з «психологічними

симптомами» без корекції втоми/відновлення може давати обмежений ефект. Схожі результати отримано в дослідженні R. Eglinton & M.C. Chung (2011), які вивчали взаємозв'язок між втомою і соматизацією. Автори встановили, що рівень втоми достовірно позитивно корелює з соматичними проявами, які розглядають як неадаптивний захисний механізм. N. Afari *et al.* (2014) за результатами проведеного метааналізу стверджують, що втома є ключовим елементом психосоматизації. Дослідники встановили, що травматичний досвід підвищує ризик розвитку синдрому хронічної втоми у 2,7 раза, при цьому втома виступає не ізольованим симптомом, а частиною широкого спектра функціональних соматичних скарг, що мають спільну нейробіологічну природу.

3. ГСР – DSM-IV PTSD ($r = 0,62$) та ГСР – PC-PTSD-5 ($r = 0,58$): «перехід від гострої реакції до травматичного профілю». Помірно-сильні зв'язки між індексом ГСР та ПТСР-скринінгами свідчать, що гостростресові прояви та травматичний симптомний комплекс у вибірці перебувають в одному континуумі: за зростання гострої симптоматики зазвичай підвищується і ризик більш стійкого PTSD-профілю. Практично це підтверджує цінність ГСР як маркера терміновості – при ГСР ≥ 2 доцільно діяти швидко, не чекаючи самовідновлення, особливо якщо паралельно вже є PTSD-позитивний скринінг. Отримані дані узгоджуються з результатами лонгітюдного дослідження R.A. Bryant *et al.* (2012), які засвідчили про наявність стійкого позитивного кореляційного зв'язку між показниками ГСР та ПТСР, що вказує на універсальний характер психологічної відповіді на травму.

4. GCP – FAS ($r = 0,53$) і GCP – PHQ-15 ($r = 0,48$): «стрес → виснаження → соматика». Ці кореляції узгоджуються з функціональною моделлю: надмірна напруга супроводжується гіперактивацією і порушенням сну, що веде до накопичення втоми; на цьому фоні зростають соматичні симптоми. Практичний висновок полягає у тому, що робота зі сном, зниженням гіперактивації та напруги, спрямовується не лише на відновлення «комфортного стану», а й забезпечує профілактику соматичного тягара та зниження ризиків дезорганізації діяльності.

5. DSM-IV PTSD – PHQ-15 ($r = 0,54$) та DSM-IV PTSD – FAS ($r = 0,51$): «травматичний стрес має виражений функціональний слід». Травматичний скринінг пов'язаний не лише з психологічними проявами, але й із соматикою та втомою. Тобто PTSD-симптоматика військовослужбовців цієї вибірки є маркером комплексного погіршення функціонування. Наявність значущого статистичного зв'язку між посттравматичними проявами в людей, які пережили травматичну подію, та соматичними симптомами встановлено й в інших дослідженнях, зокрема L. Astill Wright *et al.* (2020) та M. Stanisławska-Kubiak *et al.* (2023).

6. Вік – PHQ-15 ($r = 0,29$) та вік – GBB-24 total ($r = 0,30$): «віковий соматичний внесок». Ці помірні кореляції вказують, що соматичний тягар частково зростає з віком. Це може відображати накопичення хронічних станів, наслідків навантаження, травм, а також зміну тілесної чутливості. Практично це означає потребу у віково-адаптованому відновленні: більш уважний

контроль болю, тиску, серцевих симптомів, відновлювальних вікон, режимів сну.

7. ASKU – GSEF ($r = 0,46$): «спільне ядро ресурсу, але різна прикладна чутливість». Помірний зв'язок показує, що обидві шкали відображають один ресурсний домен (самоефективність), але надалі – в регресіях, можна побачити, що ASKU є ближчою до «операційної/поведінкової» самоефективності, чутливої до втоми, тоді як GSEF – більш загальна і не завжди «перекриває» вплив травматичного стресу.

Отже, результати проведеного дослідження не виявили серед ключових кореляції між показниками загальної самоефективності й постстресовими наслідками у військовослужбовців, які продовжують виконувати завдання за призначенням. Натомість серед інших категорій, досліджуваних C.C. Benight *et al.* (2018) і A. Goreis *et al.* (2020), було визначено наявність достовірних взаємозв'язків між цими показниками та зроблено висновок, що вищий рівень самоефективності пов'язаний зі зменшенням постстресових проявів. Прогностичний аналіз було виконано із використанням методу ієрархічної регресії для визначення предикторів, що зумовлюють рівень соматизації (PHQ-15, GBB-24 total) (Таблиці 11-12) та втоми (FAS) (Таблиця 13). Загальна логіка полягає у побудові таких ієрархічних моделей (кроків):

- 1) вік;
- 2) GCP + DSM-IV PTSD;
- 3) самоефективність (GSEF).

Отримані результати в Таблицях 11-13 наведено у форматі: R^2 , ΔR^2 , стандартизовані β та рівень значущості.

Таблиця 11. Ієрархічна регресія для PHQ-15

Крок	Предиктори	R^2	ΔR^2	β (std)	p
1	Вік	0,082	-	0,286	0,006
2	+ GCP	0,381	0,300	0,239	0,030
	+ DSM-IV PTSD			0,369	0,001
	(Вік у моделі)			0,232	0,008
3	+ GSEF	0,381	0,000	незначуще	>0,05

Джерело: розроблено авторами

Вищенаведена модель показує, що соматичні симптоми (PHQ-15) досліджуваних військовослужбовців у значній частині визначаються трьома компонентами:

1. Вік ($R^2 = 0,082$ на першому кроці; $\beta = 0,29$). Це відображає «базовий» соматичний фон: зі збільшенням віку зростає ймовірність хронічних станів, болю, кардіо- та гастро-симптомів, що підсилює загальну соматичну симптоматику.

2. GCP і DSM-IV PTSD (сукупно додають 30 % пояснення). GCP відображає поточну інтенсивність гострої стрес-реакції, яка безпосередньо впливає на сон, напругу і тілесні відчуття. DSM-IV PTSD задає більш структурований травматичний профіль, який асоціюється зі стійкішими розладами регуляції (гіперактивація, уникання, інтрузії). Разом вони пояснюють те, чому соматика посилюється не лише від «вікових причин», а й від стрес-травматичного навантаження.

3. GSEF не додає пояснювальної сили на кроці 3. Це не означає, що самоефективність «неважлива», а означає, що при даних рівнях стресу основний внесок у PHQ-15 роблять симптомні домени (GCP/PTSD) і віковий соматичний фон. У практичному плані для зниження PHQ-15 першочергово потрібні втручання, які нормалізують сон, знижують напругу, керують болем і стабілізують травматичні симптоми. Підсилення самоефективності може бути допоміжним, але не основним важелем. Отже, PHQ-15 найкраще пояснюється поєднанням травматичного стресу (DSM-IV), гострого стресу (GCP) та віку. Додавання GSEF не підвищує пояснювальну здатність моделі. У Таблиці 12 відображено результати регресії, що показують внесок показників гострої стресової реакції та DSM-IV PTSD у пояснення варіації сумарного показника GBB-24.

Таблиця 12. Ієрархічна регресія для GBB-24 total

Крок	Предиктори	R ²	ΔR ²	β (std)	p
1	Вік	0,088	-	0,296	0,005
2	+ ГСР	0,370	0,283	0,258	0,022
	+ DSM-IV PTSD			0,336	0,003
	(Вік у моделі)			0,236	0,009
3	+ GSEF	0,379	0,009	незначуще	>0,05

Джерело: розроблено авторами

Моделі для GBB-24 total відтворює наступну логіку: вік пояснює частину дисперсії, але основне зростання пояснення додають ГСР і DSM-IV PTSD. Це означає, що соматичні скарги у військовослужбовців досліджуваної вибірки є не лише «медичним фоном», а значною мірою стрес-обумовленим функціональним наслідком. Отже інтенсивність соматичних скарг (GBB-24) у значній мірі визначається стрес-травматичним навантаженням і віком, а внесок GSEF також не є статистично визначальним. Схожі результати було отримано під час масштабного епідеміологічного дослідження C.W. Noge *et al.* (2007) серед регулярних військ США через 1 рік після

повернення військових із зони бойових дій в Іраку (вибірка досліджуваних складала 2863 солдата піхотної бригади). Дослідниками, за допомогою регресійного аналізу, було визначено, що ПТСР є потужним предиктором соматизації військовослужбовців. Проте, відмінною особливістю є те, що аналіз відбувався незалежно від віку досліджуваних. Ключову роль посттравматичних проявів у посиленні соматичних скарг також підтвердили B. Eslami *et al.* (2019), дослідивши цивільних дорослих різних країн Європи (n = 4467). У Таблиці 13 наведено результати оцінювання внеску досліджуваних предикторів у пояснення варіації показника FAS.

Таблиця 13. Ієрархічна регресія для FAS

Крок	Предиктори	R ²	ΔR ²	β (std)	p
1	Вік	0,088	-	0,296	0,005
2	+ ГСР	0,370	0,283	0,258	0,022
	+ DSM-IV PTSD			0,336	0,003
	(Вік у моделі)			0,236	0,009
3	+ GSEF	0,379	0,009	незначуще	>0,05

Джерело: розроблено авторами

Вищенаведена модель втоми надає можливість зробити специфічно важливий для практики висновок, який полягає у тому, що вік не є визначальним предиктором втоми (R² = 0,014; незначуще). Це означає, що втома у цій вибірці військовослужбовців більшою мірою є продуктом поточних станів (стрес, сон, навантаження), а не вікових факторів. Оскільки ГСР і DSM-IV PTSD разом пояснюють 33-34 % варіації FAS, втома постає як ключовий функціональний наслідок гострої та травматичної напруги, що логічно поєднує таку симптоматику: гіперактивація → порушення сну → виснаження → соматичні скарги. Для порівняння слід зауважити, що результати дослідження, отримані R. Eglinton & M.C. Chung (2011) на вибірці пацієнтів з синдромом хронічної втоми, із застосуванням ієрархічного регресійного аналізу показали, що ПТСР не є значущим предиктором втоми, а впливає на неї опосередковано. У цій моделі GSEF не додає значущого внеску, але ASKU додає і є значущим предиктором (β = -0,21; p = 0,024). Це свідчить, що саме «операційна/поведінкова» самоєфективність (коротка, пов'язана з реальними діями та контролем) є більш релевантною для зниження втоми. У практичному плані для зменшення втоми, навіть за наявності значного стресового навантаження, можуть бути ефективним важелем інтервенції, спрямовані на формування конкретних навичок (план відновлення,

керування станом, досяжні кроки контролю). В роботі E. Nygaard *et al.* (2016) зазначено, що загальна самоєфективність є значущим предиктором зниження симптомів посттравматичного стресу. В іншому дослідженні E. Nygaard *et al.* (2017) виявили, що з часом і самі постстресові симптоми стають чинником, який знижує загальну самоєфективність, поступово виснажуючи людину. Щодо самоєфективності подолання, варто вказати на результати чотирьохетапного дослідження, проведеного M.W.G. Bosmans & P.G. van der Velden (2015), метою якого було вивчення взаємовпливу між самоєфективністю подолання труднощів та посттравматичною симптоматикою. Дослідники довели, що самоєфективність подолання є предиктором зменшення симптомів розладу – вищий рівень самоєфективності достовірно передбачає зниження симптомів ПТСР. Водночас, результати підтвердили відсутність впливу постстресових проявів на самоєфективність подолання труднощів.

✦ Висновки

Результати проведеного дослідження засвідчили, що переважна більшість військовослужбовців мають середні та високі рівні як загальної самоєфективності (74,5 %) так і операційної самоєфективності (90,9 %), що свідчить про збережену в них здатність до саморегуляції та адаптації в надскладних умовах

функціонування. Водночас, у групі досліджуваних у 49,4 % за PC-PTSD-5 та 36 % за DSM-IV PTSD визначається позитивний скринінг на посттравматичний стресовий розлад, що вказує на поширеність травматичних наслідків серед досліджуваного контингенту. Результати оцінювання за шкалою FAS вказують на виражену проблему втоми серед військовослужбовців: понад половина опитаних (52,8 %) стикається зі значним погіршенням витривалості й здатності до відновлення. Це супроводжується когнітивними проявами (зниження концентрації уваги), дратівливістю, соматичними симптомами, розладами сну та підвищеною вразливістю до стресових факторів. Особливої уваги потребують досліджувані з тяжкою втомою (6,7 %), оскільки такий стан пов'язаний із серйозними ризиками для безпеки та якості виконання завдань. Аналіз показників соматизації серед досліджуваних виявив, що майже половина учасників (47,8 % (PHQ-15)) мають помірні та високі прояви соматичних симптомів, які регулярно впливають на сон і працездатність. Це підтверджується даними за опитувальником GBB-24, де 75 % досліджуваних характеризуються помірним або високим рівнем інтенсивності соматичних скарг, що вказує на тісний взаємозв'язок психологічних та соматичних аспектів здоров'я. Отримані результати показали, що у досліджуваній вибірці військовослужбовців сформована узгоджена система взаємопов'язаних проявів: травматичний/гострий стрес асоціюється з підвищенням втоми та соматичного тягаря. Соматичні прояви (PHQ-15 і GBB-24) відображають спільне ядро соматизації/соматичних

скарг, а втома виступає системним підсилювачем функціонального погіршення. Регресійні моделі показали, що соматичний тягар визначається поєднанням віку та стрес-травматичного навантаження (ГСП + DSM-IV PTSD), тоді як втома переважно зумовлена саме стрес-травматичними чинниками та частково буферизується поведінковою самоефективністю (ASKU). У практичному плані це обґрунтовує необхідність інтегрованого медико-психологічного супроводу, де пріоритетними мішенями є сон і відновлення, зниження гіперактивації, керування болем/соматичними скаргами та розвиток «операційної» самоефективності як ресурсу підтримки працездатності. Майбутні дослідження можуть розширити уявлення щодо ефективності комбінованих інтервенцій, що поєднують психологічні підходи (наприклад, когнітивно-поведінкову терапію, спрямовану на підвищення самоефективності) з медичними втручаннями (наприклад, призначення антидепресантів тощо), для зменшення посттравматичних симптомів та психосоматичних розладів у військовослужбовців.

◆ Подяки

Немає.

◆ Фінансування

Немає.

◆ Конфлікт інтересів

Немає.

◆ Джерела

- [1] Afari, N., Ahumada, S.M., Wright, L.J., Mostoufi, S., Golnari, G., Reis, V., & Lines, C.T. (2014). Psychological trauma and functional somatic syndromes: A systematic review and meta-analysis. *Psychosomatic Medicine*, 76(1), 2-11. doi: 10.1097/PSY.0000000000000010.
- [2] Akerblom, S., Perrin, S., Rivano Fischer, M., & Westergren, R. (2017). The impact of PTSD on functioning in patients seeking treatment for chronic pain and validation of the Posttraumatic Diagnostic Scale. *International Journal of Behavioral Medicine*, 24(2), 249-259. doi: 10.1007/s12529-017-9641-8.
- [3] Astill Wright, L., Roberts, N.P., Barawi, K., Simon, N., Zammit, S., McElroy, E., & Bisson, J.I. (2020). Disturbed sleep connects symptoms of posttraumatic stress disorder and somatization: A network analysis approach. *Journal of Traumatic Stress*, 34(2), 290-301. doi: 10.1002/jts.22619.
- [4] Beierlein, C., Kemper, C.J., Kovaleva, A., & Rammstedt, B. (2013). Short scale for measuring general self-efficacy beliefs (ASKU). *Methods, Data, Analyses*, 7(2), 251-278. doi: 10.6102/zis35.
- [5] Benight, C.C., Shoji, K., Yeager, C.M., Weisman, P., & Boulton, T.E. (2018). Predicting change in posttraumatic distress through change in coping self-efficacy after using the My Trauma Recovery eHealth intervention: Laboratory investigation. *JMIR Mental Health*, 5(4), 103-109. doi: 10.2196/10309.
- [6] Bereziuk, O.R. (2024). *Clinical significance of the psychopathological phenomenon of self-inferiority in the formation and course of post-traumatic stress disorder*. (Doctoral dissertation, Danylo Halytsky Lviv National Medical University, Lviv, Ukraine).
- [7] Blase, K., Vermetten, E., Lehrer, P., & Gevirtz, R. (2021). Neurophysiological approach by self-control of your stress-related autonomic nervous system with depression, stress and anxiety patients. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(7), article number 3329. doi: 10.3390/ijerph18073329.
- [8] Bosmans, M.W.G., & van der Velden, P.G. (2015). Longitudinal interplay between posttraumatic stress symptoms and coping self-efficacy: A four-wave prospective study. *Social Science & Medicine*, 134, 23-29. doi: 10.1016/j.socscimed.2015.04.007.
- [9] Breslau, N., Peterson, E.L., Kessler, R.C., & Schultz, L.R. (1999). Short screening scale for DSM-IV posttraumatic stress disorder. *American Journal of Psychiatry*, 156(6), 908-911. doi: 10.1176/ajp.156.6.908.

- [10] Bryant, R.A., Creamer, M., O'Donnell, M., Silove, D., & McFarlane, A.C. (2012). The capacity of acute stress disorder to predict posttraumatic psychiatric disorders. *Journal of Psychiatric Research*, 46(2), 168-173. doi: [10.1016/j.jpsychires.2011.10.007](https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2011.10.007).
- [11] Eglinton, R., & Chung, M.C. (2011). The relationship between posttraumatic stress disorder, illness cognitions, defence styles, fatigue severity and psychological well-being in chronic fatigue syndrome. *Psychiatry Research*, 188(2), 245-252. doi: [10.1016/j.psychres.2011.04.012](https://doi.org/10.1016/j.psychres.2011.04.012).
- [12] Eslami, B., Di Rosa, M., Barros, H., Torres-Gonzalez, F., Stankunas, M., Ioannidi-Kapolou, E., Lindert, J., Soares, J.J.F., Lamura, G., & Melchiorre, M.G. (2019). Lifetime abuse and somatic symptoms among older women and men in Europe. *PLoS ONE*, 14(8), article number e0220741. doi: [10.1371/journal.pone.0220741](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0220741).
- [13] Ghafoori, B., Triliva, S., Chrysikopoulou, P., & Vavvos, A. (2024). Resilience, coping self-efficacy, and posttraumatic stress symptoms among healthcare workers who work with refugees and asylum seekers in Greece. *Behavioral Sciences*, 14(6), article number 509. doi: [10.3390/bs14060509](https://doi.org/10.3390/bs14060509).
- [14] Gilbar, O. (2025). Acute Stress Symptoms-Adult Scale/National Stressful Events Survey Short Scale (NSESSS): Assessing the immediate aftermath of the October 7 attacks on an internally displaced population. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 17(7), 1544-1547. doi: [10.1037/tra0001866](https://doi.org/10.1037/tra0001866).
- [15] Goreis, A., Felnhofer, A., Kafka, J.X., Probst, T., & Kothgassner, O.D. (2020). Efficacy of self-management smartphone-based apps for post-traumatic stress disorder symptoms: A systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Neuroscience*, 14, article number 3. doi: [10.3389/fnins.2020.00003](https://doi.org/10.3389/fnins.2020.00003).
- [16] Hanaba, S.O., & Pavlenko, V.A. (2024). [Increasing the level of self-efficacy of combatants in the processes of social adaptation](#). In *Modern trends in the development of psychology and pedagogy: Materials of the International scientific and practical conference* (pp. 170-173). Khmelnytskyi: National Academy of the State Border Guard Service of Ukraine named after Bohdan Khmelnytskyi.
- [17] Hoge, C.W., Terhakopian, A., Castro, C.A., Messer, S.C., & Engel, C.C. (2007). Association of posttraumatic stress disorder with somatic symptoms, health care visits, and absenteeism among Iraq War veterans. *American Journal of Psychiatry*, 164(1), 150-153. doi: [10.1176/ajp.2007.164.1.150](https://doi.org/10.1176/ajp.2007.164.1.150).
- [18] Jensen, P.R., & Simpson, D. (2014). A qualitative analysis of the experience and impact of killing in hand-to-hand combat. *Journal of Trauma Stress*, 27(4), 468-473. doi: [10.1002/jts.21938](https://doi.org/10.1002/jts.21938).
- [19] Jian, Y., Hu, T., Zong, Y., & Tang, W. (2022). Relationship between post-traumatic disorder and posttraumatic growth in COVID-19 home-confined adolescents: The moderating role of self-efficacy. *Current Psychology*, 42, 17444-17453. doi: [10.1007/s12144-021-02515-8](https://doi.org/10.1007/s12144-021-02515-8).
- [20] Kokun, O.M., Lozinska, N.S., Pishko, I.O., & Oliinyk, V.O. (2025). [Diagnostics of psychological changes in military personnel in war conditions: A manual](#). Kyiv, Ukraine: 7BC.
- [21] Kredentser, O. (2023). Work self-efficacy and its role in promoting psychological health of the staff of educational organizations in the conditions of war and post-war revival: A theoretical analysis of the problem. *Organizational Psychology. Economic Psychology*, 29(2-3), 52-64. doi: [10.31108/2.2023.2.29.5](https://doi.org/10.31108/2.2023.2.29.5).
- [22] Kroenke, K., Spitzer, R.L., & Williams, J.B. (2002). The PHQ-15: Validity of a new measure for evaluating the severity of somatic symptoms. *Psychosomatic Medicine*, 64(2), 258-266. doi: [10.1097/00006842-200203000-00008](https://doi.org/10.1097/00006842-200203000-00008).
- [23] Michielsen, H.J., De Vries, J., & Van Heck, G.L. (2003). Psychometric qualities of a brief self-rated fatigue measure: The Fatigue Assessment Scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 54(4), 345-352. doi: [10.1016/s0022-3999\(02\)00392-6](https://doi.org/10.1016/s0022-3999(02)00392-6).
- [24] Murphy, J.W., Shotwell-Tabke, C., Smith, D.L., Valdespino-Hayden, Z., Patton, E., Pridgen, S., & Held, P. (2025). Evaluating self-efficacy as a treatment mechanism during an intensive treatment program for posttraumatic stress disorder. *Psychological Trauma*, 17(6), 1192-1201. doi: [10.1037/tra0001836](https://doi.org/10.1037/tra0001836).
- [25] Nygaard, E., Hussain, A., Siqueland, J., & Heir, T. (2016). General self-efficacy and posttraumatic stress after a natural disaster: A longitudinal study. *BMC Psychology*, 4, article number 15. doi: [10.1186/s40359-016-0119-2](https://doi.org/10.1186/s40359-016-0119-2).
- [26] Nygaard, E., Johansen, V.A., Siqueland, J., Hussain, A., & Heir, T. (2017). Longitudinal relationship between self-efficacy and posttraumatic stress symptoms 8 years after a violent assault: An autoregressive cross-lagged model. *Frontiers in Psychology*, 8, article number 913. doi: [10.3389/fpsyg.2017.00913](https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.00913).
- [27] Prins, A., et al. (2016). The primary care PTSD screen for DSM-5 (PC-PTSD-5): Development and evaluation within a veteran primary care sample. *Journal of General Internal Medicine*, 31(10), 1206-1211. doi: [10.1007/s11606-016-3703-5](https://doi.org/10.1007/s11606-016-3703-5).
- [28] Schwarzer, R., & Jerusalem, M. (1995). *General Self-Efficacy Scale (GSE)*. APA PsycTests. doi: [10.1037/t00393-000](https://doi.org/10.1037/t00393-000).
- [29] Stanisławska-Kubiak, M., Stelcer, B., Wojciechowska, J., Kułacz, K., Szybowicz, U., & Mojs, E. (2023). Psychosomatic symptoms associated with traumatic events experienced in medical students. *International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health*, 36(5). doi: [10.13075/ijomeh.1896.02078](https://doi.org/10.13075/ijomeh.1896.02078).
- [30] Turban, V.V., et al. (2025). [Psychological assistance in the actualization of post-traumatic growth of combatant servicemen: A practical guide](#). Kyiv: G.S. Kostyuk Institute of Psychology of the National Academy of Pedagogical Sciences of Ukraine.
- [31] World Medical Association. (2024). *Declaration of Helsinki – ethical principles for medical research involving human subjects*. Retrieved from <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki>.

- [32] Zerach, G. (2024). Posttraumatic growth among Israeli female combat veterans: The mediating roles of posttraumatic stress symptoms and self-efficacy. *Stress and Health*, 40(5), article number 3486. [doi: 10.1002/smi.3486](https://doi.org/10.1002/smi.3486).

Psychological consequences of combat stress in military personnel: The relationship with self-efficacy

Oleh Kokun

Doctor of Psychological Sciences, Professor
G.S. Kostyuk Institute of Psychology of the National Academy of Pedagogical Sciences of Ukraine
01033, 2 Pankivska Str., Kyiv, Ukraine
<https://orcid.org/0000-0003-1793-8540>

Nataliia Lozinska

PhD in Psychological Sciences, Leading Researcher
Research Center for Humanitarian Problems of the Armed Forces of Ukraine
03049, 28-B Povitroflotskyi Ave., Kyiv, Ukraine
<https://orcid.org/0000-0002-8784-8279>

Iryna Pishko

Leading Researcher
Research Center for Humanitarian Problems of the Armed Forces of Ukraine
03049, 28-B Povitroflotskyi Ave., Kyiv, Ukraine
<https://orcid.org/0000-0001-9246-2277>

Viacheslav Oliinyk

PhD
Research Center for Humanitarian Problems of the Armed Forces of Ukraine
03049, 28-B Povitroflotskyi Ave., Kyiv, Ukraine
<https://orcid.org/0000-0001-6891-0906>

Mykhailo Koval

Deputy Head of the Department of Military-Psychological Research
Research Center for Humanitarian Problems of the Armed Forces of Ukraine
03049, 28-B Povitroflotskyi Ave., Kyiv, Ukraine
<https://orcid.org/0009-0007-6275-5918>

♦ **Abstract.** The relevance of this study stems from the need to analyse post-traumatic disorders and their relationship with self-efficacy, given the conflicting approaches in scientific research and the limited amount of data available on military personnel carrying out combat missions. The aim of the study was to determine the level of psychological consequences of war-related stress in military personnel, to establish relationships between various symptoms and the consequences of stress, and to analyse their link with self-efficacy indicators. Psychodiagnostic methods were used to conduct the study, which enabled the assessment of the intensity of symptoms of acute stress disorder: the National Stressful Events Survey Acute Stress Disorder Short Scale (NSESSS); post-traumatic stress disorder: the Primary Care PTSD Screen for DSM-5 (PC-PTSD-5), The Short Screening Scale for DSM-IV PTSD; fatigue: Fatigue Assessment Scale – FAS; and psychosomatic disorders: Patient Health Questionnaire-15 – PHQ-15, Giessen Complaint List – GBB-24, specifically cardiac and gastric complaints, pain in various parts of the body, and psychosomatic exhaustion. Self-efficacy was assessed using the following scales: General Self-Efficacy Scale – GSEF and Allgemeine Selbstwirksamkeit Kurzskala – ASKU. The study results indicated the simultaneous presence of moderate acute stress, a significant proportion of positive screening for post-traumatic stress disorder, increased fatigue, and a noticeable somatic burden (particularly regarding the “pain” and “exhaustion” components). The level of self-efficacy for the vast majority of participants remained at moderate to high levels. Regression analysis demonstrated that somatic manifestations are determined by a combination of age and stress-traumatic load, whilst fatigue is predominantly caused by stress-traumatic factors and is partially mitigated by behavioural self-efficacy. The practical value of the results lies in the possibility of their implementation for timely monitoring to identify military personnel with critical indicators of psychological trauma and to provide them with the necessary timely assistance; the development of psychological recovery and rehabilitation programmes for military personnel, where the priority is to address the consequences of traumatic stress as a key factor in somatisation, whilst the development of behavioural self-efficacy serves as an additional resource for strengthening their psychophysiological resilience

♦ **Keywords:** exhaustion; fatigue; post-traumatic manifestations; self-efficacy; somatic symptoms