

Олексій Чебикін,

доктор психологічних наук, професор, дійсний член НАПН України,
Державний заклад «Південноукраїнський національний
педагогічний університет імені К.Д. Ушинського»,
вул. Старопортофранківська, 26, м. Одеса, Україна,
ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0001-7905-2708>

Мирослав Балащенко,

аспірант кафедри теорії та методики практичної психології,
Державний заклад «Південноукраїнський національний
педагогічний університет імені К.Д. Ушинського»,
вул. Старопортофранківська, 26, м. Одеса, Україна,
ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0001-9862-9963>

ІНДИВІДУАЛЬНО-ОРІЄНТОВАНА СИСТЕМА СМІХОТЕРАПІЇ ЕМОЦІЙНОГО ЗДОРОВ'Я ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ІЗ ВИКОРИСТАННЯМ ЕЛЕКТРОННИХ ГАДЖЕТІВ

У статті на основі теоретичних та емпіричних досліджень представлено побудовану та апробовану цілеспрямовану, індивідуально орієнтовану систему сміхотерапії для поліпшення емоційного здоров'я військовослужбовців із використанням електронних гаджетів.

У роботі показано, що емоційне здоров'я можна розглядати як складний специфічно почуттєвий стан, який відображається у людини в різних за змістом комплексів як складних, так і простих супроводжуючих емоцій від позитивно комфортного до негативно дискомфортного рівнів його характеристик. Описано специфіку його рівнів з урахуванням отоларингологічних захворювань.

На основі попередніх досліджень залежно від стану емоційного здоров'я, виділено кілька груп військовослужбовців, що проходили лікування в госпітальних умовах. Ураховуючи специфіку його прояву та узагальнення існуючих підходів, створено систему сміхотерапії, яка будувалася на основі різних за змістом, спрямованістю та часом її реалізації чисельних відеофрагментів гумористичних сюжетів. Характер таких сюжетів торкався: взаємодії між людьми в повсякденному житті; різних ситуацій у роботі, сімейних відносинах, порівняння осіб з різними умовами проживання; політики, міжкультурних взаємодій людей; реклами, сексуальності. Зміст системи давав змогу комбінувати відповідні відеосюжети для можливості їх демонстрації на електронних гаджетах з урахуванням стану емоційного здоров'я та особистісних особливостей військовослужбовців в індивідуально-орієнтованій програмі. Остання розрахована на сім днів та за часом близько 10 хвилин у першій експериментальній групі (один відеосеанс на день), у другій групі (два відеосеанси на день).

Апробована система сміхотерапії в умовах госпітального лікування дала змогу в експериментальних групах підвищити покращення стану емоційного здоров'я від негативно дискомфортного до відносно комфортного та до емоційно комфортного стану.

Ключові слова: психокорекція, психотерапія, післятравматичний стан, тривожність, самоконтроль, напруженість, психотравмуючий досвід, песимізм, саморегуляція самопочуття, настрій, психологічне вигорання, комфортний та дискомфортний стани.

Вступ та сучасний стан досліджуваної проблеми.

У сучасних соціальних умовах життєдіяльності особливо небезпечними виступають чисельні негативні впливи, пов'язані з воєнним конфліктом. Відомо, що в останні роки суттєво збільшилася кількість військових та цивільних із різними психічними розладами внаслідок травматичного воєнного досвіду. Саме тому значна частина науковців психологів спрямовує свої зусилля на побудову різних систем, тренінгів для профілактики та психокорекції незадовільних станів.

Як свідчить аналіз досліджень (Титаренко, 2020; Кокун, 2023; Лозінська, 2018 та ін.), подібні системи розраховані на військовослужбовців, що мають травматичний військовий досвід. Із нашої точки зору, важ-

ливими серед них слід виділити такі, що будуються на основі різних підходів позитивної психології та спрямовані на поліпшення емоційного здоров'я. У межах цього підходу можна виділити використання гумору в змісті системи психотерапії, що має суттєвий позитивний вплив на емоційне здоров'я.

Актуальність розкриття концептуальних основ пізнання емоційного здоров'я людини зумовлюється як теоретичними, так і практичними чинниками. Перші вказують на недостатню опрацьованість загальноновизнаних моделей специфіки його вивчення. Відносно останніх, то тут теж прослідковується холістичний підхід до вибору методів його дослідження в аспекті необхідності розкриття концепту-

альних основ, специфіки, змістових уявлень та ознак, які можуть характеризувати саме емоційне здоров'я людини. У своїй роботі ми спиралися на припущення, що даний вид здоров'я на відміну від інших його різновидів може відобразитися саме в комплексі різних емоційних особливостей людини. Хочемо зазначити, що таких комплексів може бути значна кількість, де в кожному з них існують провідні. Визначивши та описавши останні, ми можемо оптимізувати процес пізнання емоційного здоров'я, розкривши та охарактеризувавши вірогідні його види, а також відносно адекватні засоби профілактики чи корекції, зорієнтовані на його покращення.

Узагальнення різних досліджень (Кічук, 2020; Чебикін, 2021; Карамушка, 2022; Попович, 2021; Попович, 2022; Чебукин, 2023; та ін.) засвідчило, що емоційне здоров'я переважно досліджується опосередковано в межах загальних уявлень про здоров'я як суто медичного феномену; психічного здоров'я як невідомого його складового компоненту; ментального здоров'я у контексті можливостей та умов способу життя людини; психоемоційного здоров'я, у межах якого роблять спроби описати характерні його особливості за рахунок певних ознак різних психологічних і суто емоційних властивостей. Очевидно, це є природним процесом, оскільки саме емоції інтегровані фактично з усіма пізнавально-когнітивними процесами, станами та особистісними якостями людини. Вони ніби пронизують функціонування наведених особливостей та виступають потужним індикатором не лише їх змін, а найголовніше – оцінки у вигляді почуттів, які супроводжують та відображають їх.

Спираючись на ці та інші дослідження, ми зробили спробу: по-перше, уточнити зміст розуміння емоційного здоров'я як суто специфічного психологічного феномену емоційного порядку; по-друге, побудувати теоретичну основу його пізнання та психокорекції. Відносно розуміння змісту та спираючись на узагальнення досліджень, емоційне здоров'я можна розглядати як складний специфічно почуттєвий стан, який відображається у людини в різних за змістом комплексів як складних, так і простих супроводжуючих його емоцій – від позитивно комфортного до негативно дискомфортного рівнів характеристик. Відомо, що в стані комфортності у людини відображається певний комплекс різних емоційно-почуттєвих оцінок, різних ознак, які характеризують емоційне здоров'я.

Саме тому під час побудови теоретичної основи пізнання емоційного здоров'я важливим є урахування різних комплексів найбільш інформативних ознак почуттєвих проявів, що можуть його характеризувати. Узагальнюючи різні дослідження (Балашенко, 2023; Кічук, 2018; Чебукин, 2023 та ін.), до такого загального комплексу можуть бути віднесені: по-перше, суто базові емоції (радість, страх, гнів та ін.); по-друге, динамічні особливості емоційної сфери, що відображаються в емоційності, експресивності та ін.; по-третє, прояви тривожності чи депресивності, невротичності,

агресивності, оптимізму, емпатії, емоційної саморегуляції, фрустрації та ін.; по-четверте, різні емоційно-функціональні стани. Саме ці та інші особливості, на нашу думку, можуть відображати почуттєву специфіку емоційного здоров'я – від емоційно комфортного до емоційно дискомфортного.

На основі попередніх наших досліджень (Балашенко, 2022; Балашенко, 2023 та ін.) було встановлено, що значна частка військових, які проходять лікування в умовах госпіталю, має різні рівні незадовільного стану емоційного здоров'я. Спираючись на дані досліджень, у своїй роботі ми поставили мету – побудувати та апробувати індивідуально-орієнтовану систему сміхотерапії для покращення стану емоційного здоров'я військовослужбовців, що перебувають на лікуванні у шпиталі.

Методи дослідження. У роботі використовувалися: анкета «САН», «Самооцінка емоційних станів» А. Уессмана, Д. Рікса, «Діагностика емоційної зрілості» О. Чебикіна, «Фрайбурзький особистісний опитувальник (форма В)», «Подолання важких життєвих ситуацій (SVF120)» В. Янке, Г. Ердманн, «Діагностика професійного вигорання» К. Маслач, С. Джексон, а також розроблені дві власні методики: «Самооцінка емоційного здоров'я» та методика оцінки «ЛОР-симптомів».

Результати. Відомо, що терапія сміхом відноситься до психологічних технік позитивної психології (Seligman, 2002). Вона може застосовуватись як на індивідуальному, так і на груповому рівні, використовуючи особливості комунікативної взаємодії та з використанням різних демонстративних засобів (гаджети та ін.). Як свідчить аналіз досліджень (Чебикін, Іванова, 2022), порівняно з іншими техніками терапія сміхом має певні переваги завдяки безпосередньому ресурсу суттєвої активації саме позитивних емоцій та може, по-перше, знижувати негативне напруження, покращувати настрій, оптимістичне налаштування на одужання; по-друге, створювати позитивно-емоційне розслаблення, що відкриває можливість для більш ефективної взаємодії між лікарем та пацієнтом; по-третє, активізувати психофізіологічні функції в організмі, які можуть відобразитися у покращенні та зміцненні імунної системи, нормалізації артеріального тиску, зниженні болю та ін. Така система фактично не може завдавати побічних проявів та не має ризиків для обмеження її застосування.

Під час побудови даної системи ми дотримувалися принципів: відповідності гумору культурному, соціальному, віковому, статусному та індивідуальному контексту; системності дії гумору на особистість, що передбачає відповідну його змістову концепцію, спрямовану на формування позитивного погляду на життя, зміцнення стресової опірності та підвищення самооцінки; дотримання етичних норм та безпечності, спираючись на врахування особистісних особливостей; гнучкості з індивідуальною орієнтацією на активізацію почуттєвих проявів сміху для створення емоцій-

ного комфортного стану, що відповідає потребам та можливостям конкретної особи.

Зазначений підхід умовно представляється нами з двох ключових взаємно пов'язаних елементів. Тобто загальнометодичної частини, де можуть надаватися пояснення того, коли та якої тривалості доцільно здійснювати вплив на пацієнта. А також елемент, який характеризує змістову колекцію гумористичних відеосюжетів, що дає змогу врахувати ситуаційні аспекти стану кожного пацієнта для забезпечення необхідності ефективного та персоналізованого результату.

Основною місією системи сміхотерапії у нашому дослідженні виступив процес формування позитивного комфортного стану, що характеризує емоційне здоров'я пацієнта. До ключових впливів запропонованої системи сміхотерапії ми відносили: зниження напруженості, покращення настрою, активізацію самопочуття, створення позитивної атмосфери благополуччя завдяки зниженню негативних емоційних станів (болісних та дискомфортних симптомів) як важливих індикаторів стану емоційного здоров'я.

Для складання переліку гумористичних відео різної тематики нами узагальнено відеоматеріали, які надані у відкритому доступі: сайтом «Маніфест», студіями Fox Family Entertainment, «Дизель Студіо», «Розсміши коміка», «Квартал 95 Online» та багатьма іншими. Вони були класифіковані за формою на скетчі, пародії, жартівливі відеоблоги, гумористичні анімації, відеопріколи та комедійні художні фільми. У цілому до остаточного каталогу було відібрано 136 зразків, які належать до шести умовно виділених класів. Перший клас – це короткі відео з імпровізаційними сценками або гумористичними діалогами, зазвичай з акторами або коміками. Приміром, це відео «Дизель Студіо» «Саша збирає речі для Яни», Марини Войцеховської «Стендап про роботу, енергетику, дитинство», Студії Vertuha «Хлопчик vs чоловік» та ін. Другий клас відео спрямований висміювати певний фільм, телешоу, музичний кліп або рекламний ролик. Наприклад, відео від Silirda «Москвич», фільми «Гарячі голови», «Заряджена зброя» та ін. Відео третього класу охоплюють жартівливі розмови, коментарі або імпровізаційні сцени, які виконує одна або кілька осіб, наприклад від eMeBeF «Ляшко й Тимошенко», «Невістка та скажене роуд-муві» – спецвипуск «Ньюспалму» та ін. Четвертий клас включав у себе мультфільми з гумористичним сюжетом, жартівливими діалогами або гумористичними ефектам, наприклад «Про пташок», «Смішні жирні тварини» та ін. П'ятий клас складався з відеопріколів, які охоплюють короткі відео, що містять незвичайні події або смішні випадки, створені навмисно або випадково зафіксовані, наприклад «Офіціанти переплутали замовлення та внесли це у рахунок. Хто буде платити?», «Люди, які намагаються та зазнають невдач» та ін. Останній клас містив фільми або серіали з комедійним сюжетом або персонажами: «Друзі», «Тед Лассо», «Чорнобаївка – Будні Українця», «Смішні моменти з фільмів та серіалів» та ін.

Зміст добірок цих класів характеризував різноманітні теми: взаємодія між людьми у повсякденному житті («Ледве не з'їв доставника їжі», «Лера Мандзюк. Стендап у Мукачеві», «Дзюдо Біна» та ін.); несподівані ситуації на роботі («Даїшник у новорічну ніч! Новий закон про автокрісло», «Марина Войцеховська – стендап про роботу, енергетику, дитинство», «Провідниця VIP-вагону на допиті» та ін.); сімейні відносини, розподіл ролей у родині («У вас 8 дітей! Що ви взагалі знаєте про безпеку?», «Десять щось багнуло», «Співбесіда на посаду нареченого! Чим вразити тата-єврея» та ін.); порівняння життя в місті та селі («Місто чи село?», «Бабуся переїжджає з хрущовки до новобудови на Печерську» та ін.); політика, релігія («Комедія спостереження за абсурдом», «За мудло й летadlo! Подяка словакам за допомогу», «Чорнобаївка – Будні Українця» та ін.), міжкультурні взаємодії («Запуск супутника «Січ-2»! Українець на полігоні НАСА», «Економні євреї прийшли у звичайний одеський пологовий будинок», «Єврей, алкоголік, батюшка та училка у парфумерному» та ін.); мода («Про светр Данилова, жирного малого і модняву моду», «Мужик на манікюрі» та ін.); реклама («Реклама», «Приколи. Смішна реклама» та ін.); сексуальність («Чим більше чоловік випив, тим красивіша жінка», «Про пісюрник» та ін.); захворювання та лікарні («Компенсація за побічку від вакцини! Вульгарний єврей в офісі ВООЗ», «На трьох» – азартні ігри у лікарні, «Гарячі голови. Небіжчика до лікарні!») та ін.

Виходячи з умов лікувального процесу, ми визначили, що оптимальна тривалість сеансу повинна бути близько 10 хвилин як одноразово, так і дворазово впродовж семи днів. Для демонстрації вибиралось оснащення у вигляді електронного гаджета (із достатнім обсягом пам'яті для зберігання відеоматеріалів та плейлистів). Додаток для перегляду відео (наприклад, YouTube) включав добірку гумористичних відео з різних тематики та стилів. Формували індивідуальні програми терапії сміхом, тобто розроблявся певний план переглядів відео з урахуванням особливостей пацієнта, що могли змінюватися. Процес реалізації системи сміхотерапії супроводжував психолог, який аналізував у пацієнтів враження та емоції, оцінку реакцій на різні сюжети для врахування їх подальшого підбору відеоматеріалів до наступних сеансів.

Для апробації системи було проведено експериментальне дослідження. До початку експерименту всі досліджувані, які виявляли бажання стати учасниками, попередньо були обстежені за різними даними прояву їхніх особистісних особливостей, а безпосередньо перед початком експерименту – на оцінку емоційного здоров'я та інших функціонально емоційних станів. На основі даних результатів формувалися індивідуальні програми терапії сміхом. Для участі з 238 військовослужбовців було вибрано 75 пацієнтів, що мали отоларингологічні захворювання та які перебували на лікуванні у клінічному центрі. Сформовану вибірку учасників розділено за методом попарного відбору,

сутність якого полягає у знаходженні випробуваних, максимально подібних за значущими для експерименту критеріями, та спрямуванні їх до експериментальних та контрольної груп.

Тривалість експерименту для кожного його учасника не перевищувала сім днів, протягом яких військовослужбовці брали участь у психотекорекційних сесіях, зміст яких полягав у перегляді десятихвилинних гумористичних роликів один раз на день приблизно об одинадцятій ранку (експериментальна група 1) або два рази на день об одинадцятій та шістнадцятій годині (експериментальна група 2). Учасники контрольної групи у перегляді не брали участь. Водночас фіксували динаміку їхнього емоційного здоров'я протягом медикаментозного лікування без експериментального впливу.

Для того щоб підтвердити еквівалентність груп, розглянемо відомості про їхніх учасників до початку експерименту. Сформовані групи мали майже однаковий склад за віком. За винятком того, що в контрольну групу потрапила більша частка молодих людей, тоді як в експериментальних переважали представники зрілої дорослості. Водночас за критерієм Крускала – Уоллеса відмінності були несуттєвими між групами за віком ($\chi^2=0,123$; $df=2$; $p=0,726$), статтю ($\chi^2=0,348$; $df=2$; $p=0,556$) та за локалізацією захворювання ($\chi^2=1,054$; $df=2$; $p=0,296$). Окрім того, результати попереднього тестування в групах також не показали значних відмінностей між ними (табл. 1). Наведені дані переконливо свідчать про те, що до початку експерименту всі учасники груп у цілому мали приблизно однаковий дискомфортний стан емоційного здоров'я ($Me=2$; $P_{25}=1$, $P_{75}=2$), більшість із них були песимістично налашто-

вані на одужання, зазнавали втоми, втрату самоконтролю, тривожності та напруженості. Скаржилися на неспокійний сон, погіршення апетиту. Відповідно, самопочуття ($Me_{кр}=22$; $Me_{ер1}=22$; $Me_{ер2}=25$) та настроїв ($Me_{кр}=26$; $Me_{ер1}=26$; $Me_{ер2}=28$) якнайменш у половини майбутніх учасників експерименту були заниженими, а активність – помірною ($Me=33$). Досить значна частина учасників кожної групи (приблизно 50%) зазнавала сильних больових ($Me=6$) відчуттів та дискомфорту симптоматику в ділянці вуха, носа або горла, що ускладнювало повсякденне функціонування, посилювало негативне налаштування на одужання, призводило до певної соціальної ізоляції та зниження якості життя.

Протягом експерименту досліджувані кожної з груп отримували якісну медичну допомогу, знаходилися в однакових умовах лікування. Проте досліджувані експериментальних груп щоденно приблизно в зазначений час переглядали десятихвилинні ролики гумористичного змісту. Останні ще презентувалися на мобільному телефоні. Для кожного учасника розроблялася та заповнювалася відповідна форма, що давало змогу коректувати індивідуальну програму терапії сміхом.

Учасники першої експериментальної групи (ЕГ1), як зазначалося вище, мали змогу переглядали відеоматеріали один раз зранку, приблизно об одинадцятій годині. Щоденно в них фіксувалися показники за методикою САН, що дало змогу визначити динаміку їхнього стану протягом проведення експерименту (рис. 1).

Графіки показують, що самопочуття досліджуваних стабільно зростає починаючи з другого дня, коли

Таблиця 1

Результати однофакторного дисперсійного аналізу показників, що характеризують психологічні прояви емоційного здоров'я, у контрольній та експериментальних групах до початку експерименту ($df=2$)

Прояви ЕЗ	Групи	Статистичні показники						
		М	σ	P_{25}	Me	P_{75}	χ^2	p
Емоційне здоров'я	КГ	2,1	1,05	1	2	2	0,06	0,81
	ЕГ1	2,0	1,08	1	2	2		
	ЕГ2	2,0	0,96	1	2	2		
Самопочуття	КГ	27,4	9,85	20	22	32	0,11	0,74
	ЕГ1	28,0	9,60	19	22	34		
	ЕГ2	25,2	6,89	22	25	27		
Активність	КГ	33,6	7,12	30	33	35	0,01	0,91
	ЕГ1	35,1	9,48	30	33	36		
	ЕГ2	33,7	4,97	31	33	36		
Настроїв	КГ	29,0	9,44	23	26	32	0,78	0,38
	ЕГ1	30,6	9,50	23	26	42		
	ЕГ2	28,9	8,77	24	28	30		
Больові відчуття	КГ	5,6	9,44	4	6	7	0,07	0,79
	ЕГ1	5,0	9,50	3	6	7		
	ЕГ2	5,6	8,77	5	6	6		

Примітки: КГ – контрольна група, ЕГ1 – перша експериментальна група, ЕГ2 – друга експериментальна група; М – середнє значення, σ – стандартне відхилення, Me – медіана, P_{25} , P_{75} – квантилі розподілу, df – ступені свободи, χ^2 значення критерію Крускала – Уоллеса, p – рівень достовірності

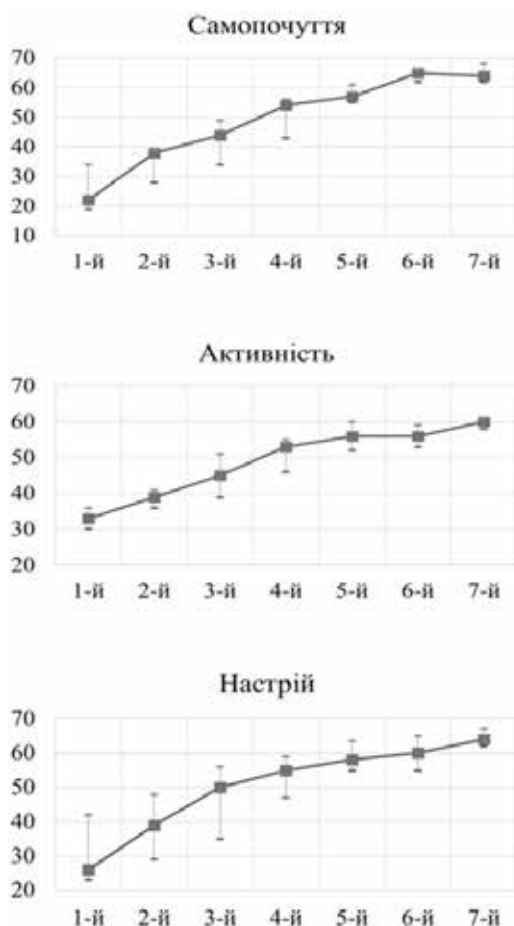


Рис. 1. Значення медіан (Me) та кватилів розподілу (P_{25} ; P_{75}) показників емоційного здоров'я учасників першої експериментальної групи протягом апробації системи терапії сміхом під час лікування захворювань ЛОР-органів, де – P_{25} ; — Me; – P_{75}

більшість досліджуваних сягає середнього рівня його вираженості ($Me=38$; $P_{25}=28$; $P_{75}=39$), а четвертого дня – вже високого рівня ($Me=54$; $P_{25}=43$; $P_{75}=56$) і продовжує підвищуватися аж до шостого ($Me=65$; $P_{25}=62$; $P_{75}=66$), після чого воно стабілізується з непомітним коливанням.

Відомості, представлені у табл. 2, доводять, що статистично достовірними були зміни протягом перших шести днів, а також під час порівняння результатів першого та останнього днів експерименту ($U=16$; $p<0,001$).

Динаміка активності досліджуваних протягом експерименту характеризується суттєвим зростанням ($p<0,05$) протягом перших п'яти днів, коли всі досліджувані досягли високого рівня її вираженості, а також подальшим її покращенням на останній день експерименту ($Me=60$; $P_{25}=58$; $P_{75}=61$), значущість якого підтверджена статистично ($p<0,001$). Також доведено загальне підвищення активності під час порівняння результатів першого та останнього днів ($U=11,5$; $p<0,001$).

Так, саме настрої учасників експерименту стрімко покращується починаючи вже з другого дня ($p<0,05$) до середнього рівня у більшості досліджуваних ($Me=39$; $P_{25}=29$; $P_{75}=48$) та в подальшому щоденно зростає до п'ятого дня (не менш як на 5%-му рівні достовірності), коли в усіх учасників він досягає високого рівня ($Me=58$; $P_{25}=55$; $P_{75}=64$). Окрім того, остаточне збільшення настрою майже до максимальних значень ($Me=64$; $P_{25}=62$; $P_{75}=67$) відбувається на сьомий день ($p<0,01$). Також статистично підтверджено збільшення вираженості показника настрою у першій та останній дні експериментального тижня ($U=3,5$; $p<0,001$). Звернемо увагу на те, що терапія сміхом застосовувалася лише як допоміжний засіб лікування.

Також проведено порівняння результатів самооцінки досліджуваними цієї групи власного стану емоційного здоров'я в першій та останній дні перебування на лікуванні. Виявилось, що протягом цих днів суб'єктивна оцінка за відповідним показником зростає з дискомфортного стану на початку експерименту ($Me=2$; $P_{25}=1$; $P_{75}=2$) до стабільно комфортного або позитивно комфортного стану наприкінці його проведення ($Me=5$; $P_{25}=4$; $P_{75}=5$). Так, на початку експерименту більшість його учасників перебувала в негативно дискомфортному (36%) або відносно дискомфортному стані емоційного здоров'я (44%), а після його завершення цей стан у 28% учасників характеризувався спокоєм, здатністю впоратися з невизначеністю, стримувати бурхливі емоції. І хоча траплялися незначні прояви тривоги, пригнічення або роздратування, але вони не заважали доброзичливо ставитися до людей, спілкуватися з ними так само, як до захворювання. У решти досліджуваних (72%) визначено емоційний комфортний стан. Досліджувані вважали себе оптимістично налаштованими на одужання, піднесені, енергійними, упевненими у своїх силах, здатними відчувати радість від життя, будувати доброзичливі стосунки з іншими. Перевірка вказаних змін за критерієм Манна – Уїтні підтвердила їх статистичну достовірність, оскільки $U=27$ при $p<0,001$.

Отже, фіксація змін у вираженості досліджуваних показників дала змогу встановити, що протягом тижня лікування у військовослужбовців першої експериментальної групи суттєво покращилися самопочуття, активність, настрої та стан емоційного здоров'я. Водночас визначено певні відмінні особливості в динаміці емоційного стану учасників цієї групи, а саме стрімке покращання самопочуття, активності та настрою майже з перших днів перебування на лікуванні, які досягають високого рівня вже на четвертий день. Як наслідок, сприятливість для здійснення лікування на тлі стабільного позитивно комфортного стану емоційного здоров'я та зростання оптимістичного налаштування на одужання та позитивних відносин із медичним персоналом.

Оскільки тривалість кожного терапевтичного сеансу в першій експериментальній групі не перевищувала 10 хвилин (12–15 хвилин із процедурою

Зміни у проявах емоційного здоров'я досліджуваних із першої експериментальної групи протягом експерименту (n=25)

Прояви	День	Статистичні показники						
		M	σ	P_{25}	Me	P_{75}	U	p
Самопочуття	1-й	28,0	9,60	19	22	34	–	–
	2-й	35,0	9,91	28	38	39	174,5	0,01*
	3-й	42,2	9,32	34	44	49	173	0,01*
	4-й	49,9	7,88	43	54	56	163	0,01*
	5-й	57,3	4,03	55	57	61	124,5	0,001*
	6-й	63,8	3,85	62	65	66	50	0,001*
	7-й	64,4	4,17	62	64	68	275	0,46
Активність	1-й	35,1	9,48	30	33	36	–	–
	2-й	39,3	8,76	36	39	41	187	0,02*
	3-й	45,2	7,08	39	45	51	185	0,02*
	4-й	50,9	6,58	46	53	55	172	0,01*
	5-й	55,3	5,06	52	56	60	194,5	0,02*
	6-й	55,3	4,09	53	56	59	305	0,88
	7-й	59,8	3,27	58	60	61	122	0,001*
Настрій	1-й	30,6	9,50	23	26	42	–	–
	2-й	37,9	11,97	29	39	48	186	0,02*
	3-й	46,2	10,95	35	50	56	180	0,01*
	4-й	53,4	7,25	47	55	59	202	0,03*
	5-й	58,8	4,71	55	58	64	181	0,01*
	6-й	59,8	5,08	55	60	65	265,5	0,36
	7-й	64,1	2,70	62	64	67	152,5	0,01*
ЕЗ	1-й	2,0	1,08	1	2	2	–	–
	7-й	4,6	0,84	4	5	5	27	0,001*

Примітки: M – середнє значення, σ – стандартне відхилення, Me – медіана, P_{25} , P_{75} – кватилі розподілу, n – кількість досліджуваних, U – значення критерію Манна-Уїтні, p – рівень достовірності; * – зміни статистично достовірні

оцінки та здійснення зворотного зв'язку), таку процедуру можна здійснювати двічі на день без надмірного перевантаження військовослужбовців. Проте, урахувавши дефіцит часу медичного персоналу, прийняття такого рішення має бути виправдане певним психотерапевтичним ефектом. Залучення другої експериментальної групи мало на меті визначити, як може призводити проведення сеансів перегляду гумористичних відео об одинадцятій ранку та о четвертій годині дня до змін у стані емоційного здоров'я військовослужбовців. У цьому аспекті отримані дані засвідчують, що самопочуття, активність та настрої пацієнтів цієї експериментальної групи стрімко зростали починаючи з другого дня, і вже на четвертий день експерименту всі його учасники досягли позитивного рівня, та їхні значення стабілізувалися.

Якщо звернутися до табл. 3, можна побачити, що статистично достовірними були зміни значень показників самопочуття ($p < 0,001$) та активності (на рівні не нижче за $p < 0,05$) протягом перших п'яти днів, а також настрою ($p < 0,001$) протягом перших чотирьох днів експерименту.

Порівняння результатів попереднього (у перший день) та підсумкового (на сьомий день) вимірювань показало, що за цей час відбулося стрімке підвищення самопочуття ($U=1$; $p < 0,001$), активності ($U=1$; $p < 0,001$),

настрою ($U=1$; $p < 0,001$). Окрім того, виявлено, що протягом цих днів суб'єктивна оцінка емоційного здоров'я досліджуваних другої експериментальної групи зростає з дискомфортного стану на початку експерименту ($Me=2$; $P_{25}=1$; $P_{75}=2$) до стабільно комфортного або позитивно комфортного стану наприкінці його проведення ($Me=5$; $P_{25}=4$; $P_{75}=5$). Якщо на початку експерименту більшість його учасників перебувала у негативно дискомфортному (28%) або відносно дискомфортному стані емоційного здоров'я (56%), то наприкінці у 28% пацієнтів визначався стабільно комфортний стан, а решта (72%) визнавали у себе абсолютний емоційний комфорт ($U=19,5$; $p < 0,001$).

Визначаючи ефективність системи терапії сміхом, порівнюючи результати попереднього тестування між діагностованими показниками контрольної групи (КГ), ЕГ1 та ЕГ2 до початку експерименту (табл. 1) та після експерименту (табл. 4), ми побачили важливі відмінності.

Дані, наведені в таблиці, демонструють, що всі психологічні прояви емоційного здоров'я пацієнтів різних груп експерименту до його початку достовірно не відрізнялися ($p > 0,05$). Після його завершення виявили суттєві відмінності (на рівні $p < 0,01$).

Заключним кроком перевірки ефективності терапії сміхом стало попарне статистичне порів-

Таблиця 3

Зміни у проявах емоційного здоров'я досліджуваних другої експериментальної групи протягом експерименту (n=25)

Прояви ЕЗ	День	Статистичні показники						
		М	σ	P_{25}	Me	P_{75}	U	p
Самопочуття	1-й	25,2	6,89	22	25	27		
	2-й	35,2	5,22	31	35	39	66	0,001*
	3-й	46,7	5,39	43	47	51	39,5	0,001*
	4-й	58,2	5,42	54	59	62	41	0,001*
	5-й	64,0	3,73	61	65	67	117	0,001*
	6-й	65,8	2,17	65	66	68	226,5	0,09
	7-й	66,3	2,26	65	66	68	276	0,47
Активність	1-й	33,7	4,97	31	33	36		
	2-й	40,8	5,03	37	40	45	97,5	0,001*
	3-й	50,6	5,34	47	51	53	54,5	0,001*
	4-й	60,8	4,91	56	61	64	49,5	0,001*
	5-й	64,1	2,66	62	64	65	185	0,02*
	6-й	64,2	2,31	62	64	66	299	0,79
	7-й	64,8	1,62	64	65	66	261	0,31
Настрій	1-й	28,9	8,77	24	28	30		
	2-й	39,0	6,49	34	38	42	49,5	0,001*
	3-й	51,4	6,40	47	50	54	46,5	0,001*
	4-й	62,9	4,12	60	63	66	43,5	0,001*
	5-й	64,6	2,90	62	64	67	234	0,13
	6-й	65,6	2,29	64	66	67	251,5	0,23
	7-й	66,8	2,03	66	67	68	215	0,06
ЕЗ	1-й	2,0	0,96	1	2	2		
	7-й	4,7	0,46	4	5	5	19,5	0,001*

Примітки: М – середнє значення, σ – стандартне відхилення, Me – медіана, P_{25} , P_{75} – кватилі розподілу, n – кількість досліджуваних, U – значення критерію Манна-Уїтні, p – рівень достовірності; * – зміни статистично достовірні

Таблиця 4

Результати однофакторного дисперсійного аналізу показників, що характеризують прояви емоційного здоров'я, у контрольній та експериментальних групах після закінчення експерименту (df=2)

Прояви	Групи	Статистичні показники					χ^2	p
		М	σ	P_{25}	Me	P_{75}		
Емоційне здоров'я	КГ	4,1	0,60	4	4	4	14,98	0,001*
	ЕГ1	4,6	0,64	4	5	5		
	ЕГ2	4,7	0,46	4	5	5		
Самопочуття	КГ	49,8	5,64	48	51	52	49,07	0,001*
	ЕГ1	64,4	4,17	62	64	68		
	ЕГ2	66,3	2,26	65	66	68		
Активність	КГ	47,4	6,21	44	48	51	59,05	0,001*
	ЕГ1	59,8	3,27	58	60	61		
	ЕГ2	64,8	1,62	64	65	66		
Настрій	КГ	50,8	6,65	48	52	55	54,36	0,001*
	ЕГ1	64,1	2,70	62	64	67		
	ЕГ2	66,8	2,03	66	67	68		
	ЕГ1	17,5	0,71	17	17	18		
	ЕГ2	17,9	0,76	17	18	18		

Примітки: КГ – контрольна група, ЕГ1 – перша експериментальна група, ЕГ2 – друга експериментальна група; М – середнє значення, σ – стандартне відхилення, Me – медіана, P_{25} , P_{75} – кватилі розподілу, df – ступені свободи, χ^2 значення критерію Крускала – Уоллеса, p – рівень достовірності; * – відмінності статистично достовірні

няння досліджуваних показників у пацієнтів усіх трьох груп, яке показало, що вираженість показника емоційного здоров'я на завершальному етапі експерименту в контрольній групі була набагато

нижчою, ніж у ЕГ1 (U=171; p<0,01) та ЕГ2 (U=152; p<0,001). Водночас між двома експериментальними групами оцінки за показником не відрізнялися.

Така сама тенденція визначалася за вираженістю показника самопочуття: у контрольній групі після експерименту воно зросло до набагато менших значень, аніж у першій ($U=10,5$; $p<0,001$) та другій ($U=2$; $p<0,001$) експериментальних групах, тоді як між двома експериментальними групами суттєві відмінності не з'явилися.

За показниками активності та настрою після закінчення експерименту всі три групи суттєво відрізнялися. Так, найменш активними на момент виписки з лікарні виявилися досліджувані з контрольної групи. Пацієнти з першої експериментальної продемонстрували значно вищі оцінки за цим показником ($U=11,5$; $p<0,001$), так само, як і пацієнти з другої експериментальної групи ($U=1$; $p<0,001$). Останні отримали найзначніший ефект від терапії сміхом із погляду зростання активності, оскільки її прояв став набагато вищим порівняно з групою ЕГ1 ($U=59,5$; $p<0,001$). Схожі дані отримані за показником настрою, а саме: дані у КГ є нижчими порівняно з ЕГ1 ($U=1$; $p<0,001$) та ЕГ2 ($U=0,5$; $p<0,001$), а у групі ЕГ2 вони вище, ніж у ЕГ1 ($U=144$; $p<0,001$).

На основі наведеного слід відзначити, що за період семиденного лікування військовослужбовців з отоларингологічними захворюваннями із застосуванням системи терапії сміхом удається досягти більш стрімкого покращання емоційного здоров'я, у тому числі самопочуття, активності та настрою, зниження тривоги, депресії, оптимістичного налаштування на одужання. Якщо проводити сеанси терапії двічі на день, стає можливим досягти зростання активності та настрою до значно вищого рівня, ніж у ситуації, коли такі сеанси проводяться один раз на день.

Обговорення. Запропоновані в роботі теоретичні підходи відносно предмету дослідження повністю відповідають загально визначеним вимогам до побудови психокорекційних тренінгових технологій (Чебикін, 2013; Круговіс, 2023; Олійник, 2024 та ін.) та розширюють їх відносно врахування специфіки реалізації в лікувальній установі. Викладені науково-методичні підходи до реалізації запропонованої системи сміхотерапії поділяють існуючі уявлення (Іванова, 2023; Чебикін, 2022 та ін.) в аспекті використання індивідуально-орієнтованих гумористичних сюжетів на електронних гаджетах.

Наведені емпіричні дані щодо характеристики опісаних станів та їх прояву з урахуванням емоційного здоров'я військовослужбовців суттєво доповнюють існуючі уявлення (Міхеєва, 2023; Сас, 2023 та ін.).

Отримані результати в процесі апробації системи сміхотерапії для покращання емоційного здоров'я суттєво збагачують основи позитивної психологічної терапії (Fisher, 2024; Кауа, 2024; Moon Нее, 2024; Масqueen, 2024 та ін.). У даному разі можливо говорити про можливість розширення її впровадження у практичну роботу різноманітних психологічних центрів. До вагомих моментів у цьому аспекті можна віднести універсальність використання запропонованої

системи, яка розрахована не тільки на осіб із різними рівнями емоційного здоров'я осіб, а й на значний віковий їх діапазон, гендерні відмінності, часові терміни реалізації та гнучкість корегування індивідуальної програми.

Створена колекція гумористичних відеосюжетів на основі різних матеріалів сайту «Маніфест», студій Fox Family Entertainment, «Дизель Студіо», ICTV, «TeCA-MeШoу», «Розсміши коміка», «Квартал 95 Online» та ін. може в подальшому вдосконалюватися шляхом розширення арсеналу за темами та тривалістю, а також можливістю персоналізації.

Висновки.

1. Показано, що проблема емоційного здоров'я та специфіка його прояву є достатньо актуальними в діяльності цивільного населення та військовослужбовців. Особливо це стосується інструментів його оцінки, а також систем психокорекції. У роботі показано, що емоційне здоров'я можна розглядати як складний специфічно почуттєвий стан, який відображається у людини в різних за змістом комплексів, як складних, так і простих супроводжуючих емоцій – від позитивно комфортного до негативно дискомфортного рівнів його характеристик.

2. Установлено, що прояв емоційного здоров'я військовослужбовців у період перебування у шпиталі переважно коливався на рівні емоційно дискомфортного та відносно дискомфортного станів.

3. Побудовано систему сміхотерапії для покращання стану емоційного здоров'я військовослужбовців, які перебувають в умовах госпітального лікування. Зазначена система складається зі 138 різних гумористичних відеосюжетів, які згруповані за тематикою їхнього змісту. Вона дає змогу компанувати персоналізовану програму з урахуванням індивідуальних станів військовослужбовців, а також можливості демонструвати їх на електронних гаджетах тривалістю сеансу близько 10 хвилин один раз на день чи двічі впродовж семи днів.

4. У психокорекційному експерименті під час апробації запропонованої системи сміхотерапії показано, що вона дає змогу покращити стан емоційного здоров'я військовослужбовців як у першій експериментальній групі (один відеосеанс на день) із негативно дискомфортного до відносно комфортного стану емоційного здоров'я, так і в другій групі (один відеосеанс двічі на день) до емоційно комфортного стану.

ЛІТЕРАТУРА

1. Балашенко М., Чебикін О. Стан емоційного здоров'я на різних етапах лікування ЛОР-захворювань та психологічні умови його оптимізації. *Наука і освіта*. 2023. № 1. С. 35–42. <https://doi.org/10.24195/2414-4665-2023-1-6>.
2. Балашенко М.І. Вплив емоційного здоров'я на захворювання ЛОР-органів. *Габітус*. 2022. № 41. С. 110–113. URL: <http://habitus.od.ua/journals/2022/41-2022/18.pdf>.
3. Карамушка Л., Терещенко К., Креденцер О. Адаптація на українській вибірці методик «The Modified ВВС

Subjective Well-being Scale (BBC-SWB)» та «Positive Mental Health Scale (PMH-scale)». *Організаційна психологія. Економічна психологія*. 2022. № 3–4(27). С. 93. <https://doi.org/10.31108/2.2022.3.27.8>.

4. Кічук А.В. Особистісні особливості психоемоційного здоров'я студентів : монографія. Ізмаїл : ІДГУ, 2020. 406 с.

5. Кічук А.В. До характеристики емоційних ознак психологічного здоров'я особистості. *Science Progress in European Countries: new concept and modern solutions*. 2018. С. 275–279. URL: <http://dspace.puet.edu.ua/bitstream/123456789/8484/3/Science%20progress%20in%20European%20countries%20231118.pdf#page=275>.

6. Кокун О.М., Агаєв Н.А., Пішко І.О., Лозінська Н.С. Основи психологічної допомоги військовослужбовцям в умовах бойових дій : О-75 методичний посібник. Київ : КНТ, 2023. 168 с. URL: <https://jurkniga.ua/contents/osnovi-psikhologichnoi-dopomogi-viyskovosluzhbovtysyam-v-umovakh-boyovikh-diy.pdf>.

7. Лозінська Н. Психотравма як наслідок травматичного стресу в різних напрямках сучасної психології. *Вісник Національного університету оборони України*. 2019. № 50(2). С. 65–73. <https://doi.org/10.33099/2617-6858-2018-50-2-65-73>.

8. Міхеєва Л., Оксютівич М., Олійник М. Емпіричне дослідження психологічних особливостей прояву посттравматичного стресового розладу у військовослужбовців. *Psychology Travelogs*. 2023. № (4). С. 6–15. <https://doi.org/10.31891/PT-2023-4-1>.

9. Олійник О.О., Лозова О.М., Луценко О.В. Подолання травматичних переживань цивільного населення засобами арттерапії. *Слобожанський науковий вісник. Серія «Психологія»*. 2024. № 1. С. 133–139. <https://doi.org/10.32782/psyspu/2024.1.23>.

10. Сас В.В. Вплив тривалої психотравмуючої ситуації на психофізіологічний стан. In *The IV International Scientific and Practical Conference «Science, people and the latest technologies»* (p. 117). URL: <https://eu-conf.com/wp-content/uploads/2023/09/SCIENCE-PEOPLE-AND-THE-LATEST.pdf>.

11. Титаренко Т.М. Ландшафти особистісних трансформацій унаслідок травматичного воєнного досвіду. *Український психологічний журнал*. 2020. № 1(13). С. 209–222.

12. Чебикін О. Концептуальні підходи можливостей дослідження основ емоційного здоров'я учасників навчальної діяльності в умовах коронавірусної пандемії. *Наука і освіта*. 2021. № 4. С. 23–29. <https://doi.org/10.24195/2414-4665-2021-4-3>.

13. Чебикін О.Я., Сінельнікова Т.В. Психологічні основи тренінгових технологій : монографія. Одеса : Лерадрук, 2013. 229 с. URL: dspace.pdpu.edu.ua/jspui/handle/123456789/1336.

14. Чебикін О., Іванова О. Сміхотерапія та можливість її використання в корекції посттравматичних стресових станів. *Наука і освіта*. 2022. № 3. С. 76–84. <https://doi.org/10.24195/2414-4665-2022-3-13>.

15. Chebykin O. Experimental Study of the Emotional Sphere of Children, Adolescents and Early Adulthood in Ukraine (1st ed.). 2023. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781003330943>.

16. Fisher Z., Field S., Fitzsimmons D. *et al.* Group-based positive psychotherapy for people living with acquired brain

injury: a protocol for a feasibility study. *Pilot Feasibility Stud*. 2024, 10, 38 <https://doi.org/10.1186/s40814-024-01459-7>.

17. Kaya R., Tanriverdi, D. The effect on mental well-being, life attitude and depression levels of positive psychology program applied to patients diagnosed with depression. *Curr Psychol*, 2024. 43, 119–131. <https://doi.org/10.1007/s12144-023-04244-6>.

18. Kryvonis T., Artemova O., Androsovykh K., Zaushnikova M., Agapova I., Kutishenko, V. Methodological Tools for Carrying Out Psychological Training. *BRAIN. Broad Research in Artificial Intelligence and Neuroscience*, 2023. 14(1), 59–74. <https://doi.org/10.18662/brain/14.1/406>.

19. Macqueen S., Collins L., Brookes G., Demjén Z., Semino E., Slade D. (2024). Laughter in hospital emergency departments. *Discourse Studies*, 2024. 26(3), 358–380. <https://doi.org/10.1177/14614456231194845>.

20. Moon Hee PhD, RN; Journ, Songjah MSN, RN; Lee, Seonah PhD, RN. Effect of Laughter Therapy on Mood Disturbances, Pain, and Burnout in Terminally Ill Cancer Patients and Family Caregivers. *Cancer Nursing*, 2024. 47(1). 3–11, 1/2 2024. <https://doi.org/10.1097/NCC.0000000000001162>.

21. Popovych I., Prytuliak O., Dushka A., Beregova N., Ihumnova O., Dzhyhun, L. Players of male football teams' resilience: comparative analysis of content parameters. *Journal of Physical Education and Sport*, 2022, 22(7), 1581–1589. <https://doi.org/10.7752/jpes.2022.07199>.

22. Popovych I., Semenov O., Skliaruk A., Sotnikova K., Semenova N. Research of the dominant psycho-emotional states of university lecturers during the progression of the COVID-19 pandemic. *Amazonia Investiga*, 2021. 10(48), 52–62. <https://doi.org/10.34069/AI/2021.48.12.6>.

23. Seligman M.E.P. Authentic happiness: Using the new positive psychology to realize your potential for lasting fulfillment. New York: Free Press. 2002.

REFERENCES

1. Balashenko, M., & Chebykin, O. (2023). Stan emotsiionoho zdorovia na riznykh etapakh likuvannia LOR-zakhvoriuvan ta psykhoholichni umovy yoho optymizatsii [The state of emotional health at different stages of treatment of ENT diseases and psychological conditions for its optimization]. *Nauka i osvita*. 1. 35–42. <https://doi.org/10.24195/2414-4665-2023-1-6> [in Ukrainian].

2. Balashenko, M.I. (2022). Vplyv emotsiionoho zdorovia na zakhvoriuvannia LOR-orhaniv [The influence of emotional health on diseases of the ENT organ]. *Naukovyi zhurnal «Habitus»*. 41. 110–113. Retrieved from: <http://habitus.od.ua/journals/2022/41-2022/18.pdf> [in Ukrainian].

3. Karamushka, L., Tereshchenko, K., & Kredentser, O. (2022). Adaptatsiia na ukrainskii vybirtsi metodyk «The Modified BBC Subjective Well-being Scale (BBC-SWB)» ta «Positive Mental Health Scale (PMH-scale)» [Adaptation on the Ukrainian sample of the methods "The Modified BBC Subjective Well-being Scale (BBC-SWB)" and "Positive Mental Health Scale (PMH-scale)"]. *Orhanizatsiina psykhoholiiia. Ekonomichna psykhoholiiia*. 3–4 (27). S. 93. <https://doi.org/10.31108/2.2022.3.27.8>. [in Ukrainian].

4. Kichuk, A.V. (2020). *Osobystisni osoblyvosti psykhoe-motsiionoho zdorovia studentiv: monohrafiia [Personal features of psycho-emotional health of students: monograph]*. Izmail: IDHU. 406 s. [in Ukrainian].

5. Kichuk, A.V.(2018). Do kharakterystyky emotsiinykh oznak psykhologichnoho zdorovia osobystosti [To characterize the emotional signs of the psychological health of the individual]. *Science Progressin European Countries: new concept sand modern solutions*. S. 275–279. Retrieved from: <http://dspace.puet.edu.ua/bitstream/123456789/8484/3/Science%20progress%20in%20European%20countries%20231118.pdf#page=275> [in Ukrainian].
6. Kokun, O.M. (2023). Osnovy psykhologichnoi dopomogy viiskovosluzhbovtciam v umovakh boiovykh dii: O-75 metodychnyi posibnyk [Basics of psychological assistance to servicemen in combat conditions: O-75 methodical manual]. Kyiv: «KNT». 168 s. Retrieved from: <https://jurkniga.ua/contents/osnovi-psykhologichnoi-dopomogi-viiskovosluzhbovtciam-v-umovakh-boyovikh-diy.pdf> [in Ukrainian].
7. Lozinska, N. (2019). Psykhotravma yak naslidok travmatychnoho stresu v riznykh napriamkakh suchasnoi psykhologii [Psychotrauma as a consequence of traumatic stress in various areas of modern psychology]. *Visnyk Natsionalnoho universytetu oborony Ukrainy*, 50(2), 65–73. <https://doi.org/10.33099/2617-6858-2018-50-2-65-73> [in Ukrainian].
8. Mikhieieva, L., Oksiutovych, M., & Oliinyk, M. (2023). Empyrychne doslidzhennia psykhologichnykh osoblyvostei proiavu posttravmatychnoho stresovoho rozladu u viiskovosluzhbovtziv [Empirical study of psychological features of the manifestation of post-traumatic stress disorder in military personnel]. *Psychology Travelogs*, 4, 6–15. <https://doi.org/10.31891/PT-2023-4-1> [in Ukrainian].
9. Oleinik, O.O., Lozova, O.M., & Lutsenko, O.V. (2024). Podolannia travmatychnykh perezhyvan tsvyvilnoho naselennia zasobamy arterapii [Overcoming traumatic experiences of the civilian population by means of art therapy]. *Slobozhanskyi naukovyi visnyk. Seriya: Psykhologhiia*, 1, 133–139. <https://doi.org/10.32782/psyspu/2024.1.23> [in Ukrainian].
10. Sas, V.V. Vplyv tryvaloï psykhotravmuiuchoi sytuatsii na psykhofiziologichnyi stan [The influence of a long-term psychotraumatic situation on the psychophysiological state]. In: *The IV International Scientific and Practical Conference «Science, people and the latest technologies»* (p. 117). Retrieved from: <https://eu-conf.com/wp-content/uploads/2023/09/SCIENCE-PEOPLE-AND-THE-LATEST.pdf> [in Ukrainian].
11. Tytarenko, T.M. (2020). Landshafty osobystisnykh transformatsii unaslidok travmatychnoho voiennoho dosvidu [Landscapes of personal transformations as a result of traumatic war experience]. *Ukrainskyi psykhologichnyi zhurnal*, 1(13). 209–222 [in Ukrainian].
12. Chebykin, O. (2021). Kontseptualni pidkhody mozhlyvostei doslidzhennia osnov emotsiinoho zdorovia uchasnykiv navchalnoi diialnosti v umovakh koronavirusnoi pandemii [Conceptual approaches to researching the basics of emotional health of participants in educational activities in the conditions of the coronavirus pandemic]. *Nauka i osvita*. 4. 23–29. <https://doi.org/10.24195/2414-4665-2021-4-3> [in Ukrainian].
13. Chebykin, O.Ya., & Sinielnikova, T.V. (2013). Psykhologichni osnovy treninhovykh tekhnologii: monohrafiia [Psychological foundations of training technologies: monograph]. PNTs NAPN Ukrainy. Odesa : Leradruk. 229 s. Retrieved from: dspace.pdu.edu.ua/jspui/handle/123456789/1336 [in Ukrainian].
14. Chebykin, O., & Ivanova, O. (2022). Smikhoterapiia ta mozhlyvosti yii vykorystannia v korektsii posttravmatychnykh stresovykh staniv [Laughter therapy and the possibilities of its use in the correction of post-traumatic stress states]. *Nauka i Osvita*, 3, 76–84. <https://doi.org/10.24195/2414-4665-2022-3-13> [in Ukrainian].
15. Chebykin, O. (2023). Experimental Study of the Emotional Sphere of Children, Adolescents and Early Adulthood in Ukraine (1st ed.). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781003330943> [in English].
16. Fisher, Z., Field, S., & Fitzsimmons, D. et al. (2024). Group-based positive psychotherapy for people living with acquired brain injury: a protocol for a feasibility study. *Pilot Feasibility Stud* 10, 38. <https://doi.org/10.1186/s40814-024-01459-7> [in English].
17. Kaya, R., & Tanriverdi, D. (2024). The effect on mental well-being, life attitude and depression levels of positive psychology program applied to patients diagnosed with depression. *Curr Psychol* 43, 119–131. <https://doi.org/10.1007/s12144-023-04244-6> [in English].
18. Kryvonis, T., Artemova, O., Androsovykh, K., Zaushnikova, M., Agapova, I., & Kutishenko, V. (2023). Methodological Tools for Carrying Out Psychological Training. *BRAIN. Broad Research in Artificial Intelligence and Neuroscience*, 14(1), 59–74. <https://doi.org/10.18662/brain/14.1/406> [in English].
19. Macqueen, S., Collins, L., Brookes, G., Demjén, Z., Semino, E., & Slade, D. (2024). Laughter in hospital emergency departments. *Discourse Studies*, 26(3), 358–380. <https://doi.org/10.1177/14614456231194845> [in English].
20. Moon, Hee PhD, RN; Journ, Songjah MSN, RN; Lee, Seonah PhD, RN. (2024). Effect of Laughter Therapy on Mood Disturbances, Pain, and Burnout in Terminally Ill Cancer Patients and Family Caregivers. *Cancer Nursing*, 47(1). 3–11, 1/2. <https://doi.org/10.1097/NCC.0000000000001162> [in English].
21. Popovych, I., Prytuliak, O., Dushka, A., Beregova, N., Ihumnova, O., & Dzhyhun, L. (2022). Players of male football teams' resilience: comparative analysis of content parameters. *Journal of Physical Education and Sport*, 22(7), 1581–1589. <https://doi.org/10.7752/jpes.2022.07199> [in English].
22. Popovych, I., Semenov, O., Skliaruk, A., Sotnikova, K., & Semenova, N. (2021). Research of the dominant psycho-emotional states of university lecturers during the progression of the COVID-19 pandemic. *Amazonia Investiga*, 10(48), 52–62. <https://doi.org/10.34069/AI/2021.48.12.6> [in English].
23. Seligman, M.E.P. (2002). Authentic happiness: Using the new positive psychology to realize your potential for lasting fulfillment. New York: Free Press [in English].

Oleksiy Chebykin,

*Doctor of Psychological Sciences, Professor, Full Member of the NAES of Ukraine,
The State Institution «South Ukrainian National Pedagogical University named after K.D. Ushynsky»,
26, Staroportofrankivska Str., Odesa, Ukraine,
ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0001-7905-2708>*

Myroslav Balashenko,

*PhD student, Department of Theory and Methodics of Practical Psychology,
The State Institution «South Ukrainian National Pedagogical University named after K.D. Ushynsky»,
26, Staroportofrankivska Str., Odesa, Ukraine,
ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0001-9862-9963>*

INDIVIDUALLY-ORIENTED LAUGHTER THERAPY SYSTEM FOR EMOTIONAL WELL-BEING OF MILITARY PERSONNEL USING ELECTRONIC GADGETS

Based on theoretical and empirical research, this paper presents a purposefully designed and tested individual-centered laughter therapy system that aims to improve the emotional health of military personnel through the use of electronic devices.

The study shows that emotional health can be viewed as a complex and specific emotional state that is reflected in individuals through a variety of complex and simple emotional components ranging from positive levels of comfort to negative levels of discomfort. These levels are discussed in more detail by considering ear, nose and throat conditions.

Based on previous research, various groups of military personnel treated in a hospital setting were identified according to their emotional health status. A laughter therapy system was created taking into account specific symptoms and generalizations of existing approaches. The system is built on a series of video fragments consisting of humorous scenes with varying content, focus and duration of execution. The nature of these scenes included everyday relationships, different work situations, family relationships, comparisons between individuals with different life circumstances, cross-cultural political interactions, advertisements and sexuality. The content of the system ensured that appropriate video scenes were combined with screenings on electronic devices, taking into account the emotional health and personal characteristics of the soldiers in an individually oriented program. The program lasted seven days, with each session lasting approximately 10 minutes in the first experimental group (one video session per day) and the second experimental group (two video sessions per day).

Laughter therapy in the hospital improved the emotional health of the experimental group and moved them from a state of negative discomfort to a relatively comfortable state of emotional well-being.

Key words: *psychocorrection, psychotherapy, post-traumatic condition, anxiety, self-control, tension, pessimism, self-regulation of well-being, mood, psychological burnout, comfortable and uncomfortable states.*

Подано до редакції 01.04.2024