

Міністерство освіти і науки України
Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна
Навчально-науковий інститут «Українська інженерно-педагогічна академія»
Кафедра практичної психології та інноваційних оздоровчих технологій

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

магістра

на тему:

«Психологічна підтримка в умовах війни: застосування програми «Управління проблемами плюс» у прифронтових громадах»

(тема кваліфікаційної роботи)

Виконала: здобувачка вищої освіти
2 курсу, групи ЗПС-24мг
спеціальності: 053 Психологія
(код і найменування спеціальності)

_____/_____
(підпис) (ім'я та прізвище)

Керівник _____/_____
(підпис) (ім'я та прізвище)

Рецензент _____/_____
(підпис) (ім'я та прізвище)

«До захисту допущено»

Завідувач кафедри _____/_____
(підпис) (ім'я та прізвище)

Нормоконтроль _____/_____
(підпис) (ім'я та прізвище)

Секретар ЕК _____/_____
(підпис) (ім'я та прізвище)

Харків – 2025 рік

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ

Харківський національний університет імені В.Н. Каразіна

Навчально-науковий інститут «Українська інженерно-педагогічна академія»
Кафедра практичної психології та інноваційних оздоровчих технологій
Рівень вищої освіти другий (магістерський)
Спеціальність 053 Психологія
Освітня програма Практична психологія

ЗАТВЕРДЖУЮ**Завідувач кафедри**

_____ Н.С.Кучеренко
(підпис) ініціали, прізвище

« ____ » _____ 2025р.

**З А В Д А Н Н Я
НА КВАЛІФІКАЦІЙНУ РОБОТУ**

_____ Кричун Ольги Валеріївни

(прізвище, ім'я, по батькові студента)

1. Тема «Психологічна підтримка в умовах війни: застосування програми «Управління проблемами плюс» у прифронтових громадах»

керівник роботи: Ломакін Андрій Олександрович, кандидат технічних наук
(прізвище, ім'я, по батькові, науковий ступінь, вчене звання)

затверджені наказом по університету від 06 жовтня 2025 р. №4801/3665

2. Строк подання студентом роботи 28 листопада 2025р.

3. Перелік питань, які потрібно розробити:

1. Проаналізувати психологічні наслідки війни для цивільного населення та теоретичні підходи до психологічної допомоги в кризових умовах.

2. Дослідити сутність, принципи та міжнародний досвід застосування програми «Управління проблемами плюс».

3. Організувати та провести емпіричне дослідження з оцінки ефективності програми РМ+ на вибірці мешканців прифронтових громад.

4. Проаналізувати отримані результати, перевірити гіпотези та розробити практичні рекомендації щодо впровадження програми.

4. План роботи

№ з/П	Назви етапів роботи
1	Робота з літературними джерелами, складання бібліографії з теми, написання теоретичної частини роботи
2	Підбір психодіагностичних методик та проведення дослідження.
3	Математично-статистична обробка даних дослідження. Опис експериментальних даних дослідження
4	Оформлення висновків та рекомендацій
5	Підготовка та подання дипломної роботи до захисту (здача дипломної роботи керівникові на перевірку; виправлення зроблених зауважень; отримання відгуку та рецензії; підготовка вступу)

5. Дата видачі завдання: 07 жовтня 2025

Студент

(підпис)О.В.Кричун
(ініціали, прізвище)

Керівник роботи

(підпис)А.О.Ломакін
(ініціали, прізвище)

РЕФЕРАТ

Дипломна робота містить 75 сторінки, 6 таблиць, 11 додатків, 27 використаних джерел та 6 рисунка.

Об'єкт дослідження: психологічна підтримка дорослого цивільного населення в умовах війни.

Предмет дослідження: ефективність програми «Управління проблемами плюс» як засобу психологічної підтримки мешканців прифронтових громад.

Метою дослідження є теоретичне обґрунтування та емпірична перевірка ефективності програми «Управління проблемами плюс» для надання психологічної підтримки мешканцям прифронтових громад.

Основні задачі дослідження: проаналізувати психологічні наслідки війни для цивільного населення та теоретичні підходи до психологічної допомоги в кризових умовах.

Дослідити сутність, принципи та міжнародний досвід застосування програми «Управління проблемами плюс».

Організувати та провести емпіричне дослідження з оцінки ефективності програми РМ+ на вибірці мешканців прифронтових громад.

Проаналізувати отримані результати, перевірити гіпотези та розробити практичні рекомендації щодо впровадження програми.

Практична значущість полягає в розробці конкретних практичних заходів та рекомендацій для психологів, соціальних працівників та організацій, що працюють із постраждалими, що дозволить впровадити апробований інструмент масової психологічної допомоги.

Ключові слова: психологічна допомога, війна, цивільне населення, Problem Management Plus (РМ+), прифронтові громади, ПТСР (посттравматичний стресовий розлад), психологічна інтервенція, стресостійкість (резильєнтність), психологічне благополуччя.

ABSTRACT

The thesis comprises 75 pages, 6 tables, 11 appendices, 27 sources used, and 6 figures.

Object of study: Psychological support for the adult civilian population in war conditions.

Subject of study: The effectiveness of the "Problem Management Plus" (PM+) program as a means of psychological support for residents of frontline communities.

The purpose of the study is the theoretical substantiation and empirical verification of the effectiveness of the "Problem Management Plus" program for providing psychological support to residents of frontline communities.

Main research objectives:

- To analyze the psychological consequences of war for the civilian population and theoretical approaches to psychological assistance in crisis conditions.
- To investigate the essence, principles, and international experience of applying the "Problem Management Plus" program.
- To organize and conduct empirical research to evaluate the effectiveness of the PM+ program on a sample of residents from frontline communities.
- To analyze the obtained results, test the hypotheses, and develop practical recommendations for the implementation of the program.

Practical significance lies in the development of specific practical measures and recommendations for psychologists, social workers, and organizations working with affected individuals, which will allow for the implementation of a proven tool for mass psychological assistance.

Keywords: psychological assistance, war, civilian population, Problem Management Plus (PM+), frontline communities, PTSD (post-traumatic stress disorder), psychological intervention, resilience, psychological well-being.

ЗМІСТ

ВСТУП	7
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ПІДТРИМКИ В УМОВАХ ВІЙНИ	10
1.1. Психологічні наслідки війни для цивільного населення (стрес, тривожність, ПТСР, депресивні стани)	10
1.2. Теоретичні підходи до психологічної допомоги постраждалим у кризових умовах	15
1.3. Міжнародний досвід психологічної підтримки у воєнних зон	19
1.4. Сутність та принципи програмної інтервенції «Управління проблемами плюс» (Problem Management Plus, WHO)	22
1.5. Особливості застосування програми у прифронтових громадах	24
Висновки до розділу 1	26
РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ПРОГРАМИ УПРАВЛІННЯ ПРОБЛЕМАМИ ПЛЮС»	28
2.1. Організація дослідження	28
2.2 Інструменти вимірювання (опитувальники тривожності, депресії, якості життя, стресостійкості)	29
2.3. Аналіз результатів дослідження та статистична обробка результатів дослідження	29
Висновки до розділу 2	40
РОЗДІЛ 3. РОЗРОБКА ПРАКТИЧНИХ ЗАХОДІВ ЩОДО ПІДТРИМКИ НАСЕЛЕННЯ В ПРИФРОНТОВИХ ГРОМАДАХ	42
3.1. Розробка проведення заходів	42
3.2 Опис заходів	43
3.3. План заходів для проведення занять	47
Висновки до розділу 3	48
ВИСНОВКИ	51
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	54
ДОДАТКИ	57

ВСТУП

Актуальність теми дослідження. Повномасштабна військова агресія російської федерації проти України спричинила глибоку гуманітарну кризу, що супроводжується значними психологічними наслідками для мільйонів цивільних осіб, зокрема мешканців прифронтових громад. Тривалий вплив бойових зіткнень, постійна загроза життю та здоров'ю, втрата рідних, зруйноване житло та соціальна дезінтеграція формують комплексні психічні травми, такі як посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), тривожні та депресивні розлади, що потребують негайної та ефективної психологічної підтримки. Однак, традиційні моделі психотерапії часто є недоступними через брак кваліфікованих фахівців, високі витрати та стигматизацію. У цьому контексті світовою практикою визнана ефективність низькопорогових, короткострокових інтервенцій, адаптованих для роботи в умовах кризи. Програма Всесвітньої організації охорони здоров'я «Управління проблемами плюс» (Problem Management Plus, PM+), спрямована на навчання населення стратегіям подолання стресу та вирішення проблем, є перспективним інструментом для надання масової психологічної допомоги. Її дослідження та адаптація в умовах української реальності є вкрай актуальними завданнями сучасної психології.

Ступінь розробленості проблеми. Теоретичні основи психології кризових станів розроблені у працях таких учених, як Б. Кола, Дж. Тейлор, та інші. Міжнародний досвід застосування PM+ та подібних інтервенцій у зонах конфліктів та стихійних лих добре документований в роботах, опублікованих за підтримки ВООЗ. Однак, питання специфіки її імплементації саме в українських прифронтових громадах, з урахуванням культурних та соціальних особливостей, залишається недостатньо вивченим.

Метою дослідження є теоретичне обґрунтування та емпірична перевірка ефективності програми «Управління проблемами плюс» для надання психологічної підтримки мешканцям прифронтових громад.

Основні завдання роботи:

1). Проаналізувати психологічні наслідки війни для цивільного населення та теоретичні підходи до психологічної допомоги в кризових умовах.

2) Дослідити сутність, принципи та міжнародний досвід застосування програми «Управління проблемами плюс».

3) Організувати та провести емпіричне дослідження з оцінки ефективності програми РМ+ на вибірці мешканців прифронтових громад.

4) Проаналізувати отримані результати, перевірити гіпотези та розробити практичні рекомендації щодо впровадження програми.

Об'єкт дослідження: психологічна підтримка дорослого цивільного населення в умовах війни.

Предмет дослідження: ефективність програми «Управління проблемами плюс» як засобу психологічної підтримки мешканців прифронтових громад.

Гіпотеза дослідження: Програма «Управління проблемами плюс» є ефективним інструментом психологічної підтримки для мешканців прифронтових громад і сприяє статистично значущому зниженню рівня тривожності, депресивних симптомів, а також підвищенню стресостійкості та якості життя її учасників.

Методи дослідження

Теоретичні: аналіз, узагальнення наукових джерел.

Емпіричні: психологічне тестування (за допомогою стандартизованих опитувальників), експеримент (з формуванням експериментальної та контрольної груп).

Методи обробки даних: математико-статистичні методи (кореляційний аналіз) з використанням програмного забезпечення .

Наукова новизна дослідження заключається в тому, що психологічний стан населення, яке перебуває під постійним впливом бойових дій, вперше досліджується як залежна змінна, на яку цілеспрямовано впливає низькопорогова інтервенція РМ+. Це дозволяє не лише оцінити ефективність конкретного інструменту в українському контексті, але й визначити найбільш вразливі та чутливі компоненти психічного здоров'я, що піддаються корекції в умовах кризи, а отже – розробити науково обґрунтовані заходи для відновлення психоемоційної стабільності та адаптаційного потенціалу людей.

Практична значущість полягає в розробці конкретних практичних заходів та рекомендацій для психологів, соціальних працівників та організацій, що працюють із постраждалими, що дозволить впровадити апробований інструмент масової психологічної допомоги.

Структура роботи. Магістерська робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел та додатків. Основний зміст роботи викладено на 75 сторінках, супроводжується 6 таблицями та 6 рисунками та додатками. Список літератури включає 27 джерел.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ПІДТРИМКИ В УМОВАХ ВІЙНИ

1.1. Загальна характеристика впливу війни на психіку цивільного населення.

Війна є одним із найпотужніших психотравмувальних чинників у житті людини. Для цивільного населення, не підготовленого до бойових дій та насильства, війна порушує базове відчуття безпеки, викликає втрату стабільності, змінює соціальні ролі та руйнує звичне уявлення про світ.

Згідно з дослідженнями ВООЗ, понад 20% населення у зонах активних бойових дій стикаються з симптомами, які відповідають критеріям психічних розладів, зокрема посттравматичного стресового розладу (ПТСР), депресії та тривожних станів. Психологічна травма від війни може мати як короткотривалі, так і хронічні наслідки для психічного здоров'я [26].

Війна за своєю суттю є екстремальним стресором та джерелом масової травматизації, що виходить далеко за межі звичайного людського досвіду. Для цивільного населення психотравмуючий вплив військових дій має специфічний характер, оскільки люди не мають військової підготовки, ієрархії чи збройного захисту, що посилює відчуття безпорадності та хаосу. Психологічні наслідки війни є багаторівневими і можуть бути класифіковані як гострі, відтерміновані та хронічні реакції, що охоплюють увесь континуум психічних розладів.

Основними травмуючими факторами є:

- Пряма загроза життю. Обстріли, авіаудари, перебування в зоні бойових дій, що запускає реакції гострого стресу.
- Втрати. Загибель близьких, втрата майна, житла, роботи, соціального статусу.
- Вимушене переміщення. Необхідність раптової зміни місця проживання, що веде до вторинної травматизації через невизначеність, соціальну ізоляцію та труднощі адаптації.

- Свідчення насильства. Спостереження за жорстокістю, руйнуваннями або загибеллю інших.[1]

Гострий та хронічний стрес.

Стрес в умовах війни переходить від гострої реакції до хронічного стану - дистресу.

Гостра реакція на стрес (ГРС) виникає безпосередньо після травматичної події і може проявлятися у вигляді гіперактивації (паніки, неконтрольованого тремтіння, істерики, тахікардії) або гіпоактивації (заціпеніння, ступору, дезорієнтації, дисоціації). Хоча ГРС є природною адаптивною відповіддю, її тривалий перебіг або неадекватна підтримка можуть стати передумовою для розвитку більш стійких розладів.

Тривале перебування в умовах хронічного стресу призводить до алоstaticного навантаження – виснаження ресурсів організму через постійну активацію нервової та ендокринної систем. Це проявляється як на психологічному (дратівливість, втома, порушення пам'яті), так і на фізичному рівні (головні болі, проблеми зі сном, загострення соматичних захворювань). Хронічний стрес часто супроводжується розладами адаптації, коли людина не може впоратися з наслідками події протягом кількох місяців.

Тривожність та депресивні стани.

Постійна загроза життю та невизначеність майбутнього неминуче викликають зростання тривожності.

Тривожні розлади набувають поширення у формі:

- генералізованого тривожного розладу (ГТР). Характеризується постійною, надмірною та неконтрольованою тривогою щодо різноманітних сфер життя (безпека дітей, фінансове майбутнє, нові обстріли). Це виснажує людину фізично та емоційно, викликаючи м'язову напругу та проблеми з концентрацією.
- Панічного розладу. Раптові, несподівані панічні атаки, які супроводжуються гострим відчуттям страху смерті, серцебиттям, задишкою, що часто призводить до уникнення певних місць чи ситуацій (наприклад, громадського транспорту чи відкритих просторів) з метою запобігання атаці.

Поряд із тривожністю, депресивні стани є однією з найбільш руйнівних психологічних реакцій на війну. Вони можуть набувати форми реактивної депресії як відповіді на конкретні втрати.

Клінічні прояви включають: - анкедонію – це стійка втрата інтересу та задоволення від діяльності, яка раніше приносила радість.

- Стійке зниження настрою. Це проявляється в почутті смутку, туги, безнадії.

- Когнітивні викривлення проявляється в самозвинуваченні, почутті провини (наприклад, "провина вцілілого"), думки про власну неповноцінність та "втрата майбутнього" – нездатність планувати і вірити в позитивне завершення подій.

Значне зростання депресивних розладів вимагає особливої уваги через високий ризик суїцидальної поведінки.

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР).

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) є ключовим і найбільш вивченим наслідком військової травматизації. Діагностується, коли симптоми зберігаються більше одного місяця після травмуючої події.

Згідно з діагностичними критеріями (МКХ-11 / DSM-5), ПТСР характеризується чотирма основними кластерами симптомів:

- повторне переживання (інтрузії) - мимовільні, нав'язливі та дистресові спогади про травму, флешбеки (відчуття, ніби подія відбувається знову) та нічні жахіття;

- уникнення – це активні спроби уникнути думок, почуттів, розмов, людей, місць чи предметів, які нагадують про травму;

- гіперзбудження (гіпервігільність) – це стан постійної настороженості, підвищена реакція переляку, труднощі з концентрацією уваги та порушення сну.

- Негативні зміни в когнітивних функціях та настрої. Нездатність згадати ключові аспекти травми (дисоціативна амнезія), стійкі негативні переконання про себе, світ і майбутнє (наприклад, "світ повністю небезпечний"), відчуття емоційної відчуженості від інших. [13]

Окремо виділяється Комплексний ПТСР (К-ПТСР), який розвивається внаслідок тривалої, повторної або міжособистісної травматизації (наприклад, досвід окупації, полону). К-ПТСР додатково включає порушення самоорганізації: труднощі з емоційною регуляцією, стійке негативне самосприйняття та значні проблеми у стосунках. [12]

Стрес як базова реакція на військові події.

Стрес — це адаптаційна реакція організму на зовнішні та внутрішні подразники, які перевищують звичні ресурси особистості. [22]

В умовах війни стрес набуває хронічного характеру та проявляється у вигляді: постійної фізіологічної напруги (наприклад, підвищеного серцебиття, головного болю); емоційної збудженості або апатії; розладів сну та харчування; зниження працездатності. Особливо стресогенні події — це обстріли, втрата близьких, вимушене переселення, перебування в окупації. Навіть у відносно безпечних регіонах війна залишається джерелом тривалого психологічного навантаження через інформаційний фон, переживання за рідних, втрату майна тощо.

Депресивні стани.

Депресія часто виникає на фоні втрати життєвих орієнтирів, рідних, соціального статусу. Симптоми включають:

- пригнічений настрій;
- втрату інтересу до діяльності;
- почуття безпорадності, самозвинувачення;
- суїцидальні думки;
- психосоматичні симптоми.

За даними психологічних служб, рівень депресивних розладів серед внутрішньо переміщених осіб та жертв насильства є особливо високим. [5].

Психологічна вразливість окремих категорій населення.

Діти та підлітки

У дітей війна може викликати:

- регрес у розвитку (повернення до попередніх стадій поведінки);
- розлади сну, енурез;

- труднощі в навчанні;
- страх розлуки з батьками.

Тривала експозиція до травмівних подій може спричинити формування порушених моделей прив'язаності, підвищену агресивність або емоційну відчуженість. [11].

Літні люди

Ця група часто переживає:

- втрату сенсу життя;
- поглиблення хронічних захворювань;
- самотність, ізоляцію;
- труднощі адаптації до нових умов.

Для осіб, які вже мали психічні розлади, війна є тригером загострення. Вони потребують комплексної медико-психологічної підтримки. [4].

Способи подолання психологічних наслідків війни.

Індивідуальні стратегії включають в себе наступні заходи:

- залучення до повсякденних справ, встановлення рутини; обмеження надмірного інформаційного навантаження; фізична активність;
- техніки релаксації та дихання;
- звернення до фахівця.

Професійна допомога – це психотерапія (когнітивно-поведінкова, EMDR, арт-терапія); кризове консультування, а також підтримка через гарячі лінії.

Громадська підтримка включає в себе групи підтримки; волонтерство; адаптаційні програми для ВПО (внутрішньо переміщених осіб). [8]

Психологічні наслідки війни для цивільного населення мають глибокий і багаторівневий характер. Вони охоплюють як індивідуальні реакції (стрес, тривожність, ПТСР, депресія), так і соціальні аспекти (дезадаптація, ізоляція). Особливу увагу в дослідженні мають отримати вразливі групи населення, а саме діти, літні люди та особи з попереднім психічним досвідом. [21].

Розуміння цих процесів є необхідним для формування ефективної системи психологічної допомоги, реабілітації та профілактики вторинної травматизації. [17].

1.2. Теоретичні підходи до психологічної допомоги постраждалим у кризових умовах

Поняття "криза" в психології розглядається як стан індивіда, викликаний подією, що загрожує його фізичному чи психологічному благополуччю, і який він не може подолати за допомогою звичних механізмів подолання. Кризові стани характеризуються гострою емоційною реакцією, порушенням когнітивної сфери (зниження концентрації, дезорієнтація), та поведінковими змінами (ажитація або апатія). Кризові умови можуть бути спричинені різноманітними факторами, зокрема: бойовими діями, природними катастрофами, техногенними аваріями, втратою близьких, насильством. [10].

Основним критерієм кризи є не об'єктивна тяжкість події, а суб'єктивне сприйняття її індивідом як непереборної перешкоди для реалізації життєвих цілей та потреб. Криза має певну динаміку розвитку, що включає етапи: первинного шоку, дисонансу та дезорганізації, активних спроб подолання, і, нарешті, відновлення або формування негативних наслідків. [14].

Сучасна психологічна практика в кризових умовах базується на низці теоретичних парадигм, кожна з яких робить свій внесок у розуміння механізмів кризи та стратегій допомоги. [6].

Психологія кризи та модель кризової інтервенції.

Цей підхід, започаткований працями Е. Ліндемана та Дж. Каплана, є фундаментом для всієї галузі. Він розглядає кризу як тимчасовий стан психологічної дезорганізації, що вимагає негайного втручання. Основною метою є швидке відновлення психологічної рівноваги та функціонування особистості до докризового рівня.

Модель ABC-X (Криза Хілла).

Цей підхід слугує для аналізу факторів, що впливають на виникнення кризи: стресор (А), ресурси сім'ї та особистості (В), оцінка події (С), що в сукупності призводить до кризи (Х).

Семиступенева модель кризової інтервенції Робертса пропонує структурований алгоритм дій фахівця: встановлення раппорту, ідентифікація проблеми, забезпечення безпеки, надання підтримки, аналіз можливих рішень, формування плану дій, отримання зобов'язань від клієнта.

Психологічна перший допомога (PFA) є емпірично підтвердженим набором практик для надання допомоги в безпосередньому наступі після кризової події. Її принципи включають забезпечення безпеки, спокою та взаємозв'язку, надання практичної допомоги та організацію соціальної підтримки. [16].

Когнітивно-поведінковий підхід у роботі з травмою.

Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) пропонує одну з найбільш ефективних моделей для профілактики та лікування наслідків кризових подій, зокрема посттравматичного стресового розладу (ПТСР). [25].

Когнітивно-поведінкова терапія заснована на концепції, що травма порушує базові схеми та переконання людини про безпеку, довіру, контроль та власну гідність. Це призводить до формування дисфункційних думок та поведінки уникнення.

Ключові методи:

- когнітивна реструктуризація: спрямована на ідентифікацію та корекцію катастрофічних і автоматичних негативних думок, пов'язаних з травмою;
- експозиційна терапія: передбачає поступове, контрольоване та безпечне "зіткнення" з травматичними спогадами та тригерами для зниження тривожності;
- терапія обробки травми (ТОТ) – спеціалізований протокол, що інтегрує експозицію та когнітивну реструктуризацію для інтеграції травматичного досвіду.

Підхід, орієнтований на травму (Trauma-Informed Care)

Цей підхід є не методикою, а організаційною філософією, яка пронизує всю систему допомоги. [15].

Основні принципи.

1. Безпека – створення фізичної та емоційної безпеки.

2. Довіра та прозорість – побудова відносин на чесності та довірі.
 3. Підтримка взаємодопомоги – сприяння взаємній підтримці між клієнтами.
 4. Співпраця та взаємність – демократизація відносин "фахівець-клієнт".
 5. Надання голосу та вибору (empowerment) – посилення особистої автономії та контролю постраждалого.
 6. Врахування культурних, гендерних та індивідуальних особливостей.
- Гуманістичний та екзистенційний підходи.

Ці підходи акцентують увагу на особистісному зрості, пошуку сенсу та відновленні цілісності особистості після пережитої трагедії.

Теоретична основа – це ідеї В. Франкла, К. Роджерса. Страждання розглядається як потенційний джерело трансформації та знаходження нового сенсу життя. [23, 27].

Ключові принципи включають в себе:

- Безумовне позитивне прийняття, створення атмосфери, вільної від осуду.
- Емпатія та активне слухання, глибоке розуміння та відображення почуттів клієнта.
- Конгруентність, автентичність та справжність психолога у взаємодії.
- Сенсоорієнтована терапія, допомога в пошуку сенсу навіть у найболючіших переживаннях.

Теорія прив'язаності в контексті кризи

«Теорія прив'язаності» Дж. Боулбі надає ключ до розуміння того, як стиль прив'язаності людини впливає на її реакцію на стрес та здатність приймати підтримку.

Практичне застосування закладається в тому, що психолог виступає як "надійна база", що забезпечує безпеку та підтримку, дозволяючи клієнту досліджувати свої болючі почуття та інтегрувати травматичний досвід. Для осіб з ненадійною прив'язаністю криза може бути особливо руйнівною, що вимагає від фахівця підвищеної уваги до побудови довіри.

Аналіз теоретичних підходів засвідчує, що жоден з них окремо не є універсальним. Сучасна практика тяжіє до інтегративної моделі, яка гнучко поєднує елементи різних теорій, адаптуючи їх до:

- а) фази кризи (гостра, стабілізаційна, фаза відновлення);
- б) індивідуальних особливостей постраждалого (вік, особистісні риси, стиль прив'язаності, культурний контекст);
- в) характеру та масштабів кризової події.

Наприклад, робота з постраждалим може починатися з PFA (кризова інтервенція) для стабілізації, продовжуватися в рамках підходу, орієнтованого на травму, для побудови довіри, а на етапі глибшої обробки травми – включати методи КПТ (ТОТ). На всіх етапах гуманістичні принципи (емпатія, безумовне прийняття) є обов'язковою основою терапевтичного альянсу, а «теорія прив'язаності» допомагає зрозуміти динаміку взаємин "клієнт-психолог".

Таким чином, психологічна допомога в кризових умовах є спеціалізованою галуззю, що ґрунтується на комплексі теоретичних підходів, які доповнюють один одного.

Ключовими парадигмами є: психологія кризи, когнітивно-поведінковий підхід, підхід, орієнтований на травму, гуманістично-екзистенційний підхід та теорія прив'язаності.

Кожен підхід має свої сильні сторони: кризова інтервенція – забезпечення швидкості та структурованості; КПТ – високу ефективність у роботі з симптомами травми; Trauma-Informed Care – створення безпечного середовища; гуманістичний підхід – роботу зі смислами та особистісною гідністю.

Найбільш ефективною в сучасній практиці є інтегративна модель, яка дозволяє гнучко та індивідуально підійти до надання допомоги, використовуючи найкращі інструменти з різних теоретичних джерел відповідно до потреб постраждалої особи. Ця модель лягає в основу емпіричного дослідження, представленого в наступних розділах роботи.

Психологічна допомога постраждалим у кризових умовах має бути інтегративною, тобто поєднувати різні підходи — від кризової інтервенції та когнітивно-поведінкової терапії до гуманістичних і травма-орієнтованих методів. Вибір стратегії залежить від типу події, індивідуальних особливостей, стадії переживання та наявних ресурсів. [26].

1.3. Міжнародний досвід психологічної підтримки у воєнних зонах

В умовах збройних конфліктів психологічна підтримка населення є ключовим чинником збереження психічного здоров'я, соціальної стабільності та процесів постконфліктної реабілітації. У різних країнах світу напрацьовано широкий досвід кризового втручання, реабілітації постраждалих і профілактики вторинної травматизації, який став основою сучасних підходів до психосоціальної допомоги у воєнних зонах.

Підхід Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ)

ВООЗ розробила низку міжнародних стандартів і протоколів психосоціальної підтримки у надзвичайних ситуаціях, зокрема:

- IASC Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings (2007) — визначають рівні допомоги: від базової соціальної підтримки до спеціалізованої психотерапії.

- Програма Problem Management Plus (PM+) — короткострокове когнітивно-поведінкове втручання, спрямоване на допомогу людям, що пережили війну, втрату або насильство.

PM+ успішно застосовується у Пакистані, Йорданії, Туреччині, Україні для підтримки переселенців, ветеранів, жінок, які пережили насильство. [22].

Принципи ВООЗ наголошують на доступності, культурній адаптованості та орієнтації на ресурси громади.

Досвід Ізраїлю.

Ізраїль має один із найрозвиненіших системних підходів до надання психологічної допомоги під час війни:

У країні діє мережа травматичних центрів (Trauma Centers), де надається екстрена психологічна допомога населенню під час ракетних атак чи терористичних актів.

Використовується модель Community Stress Prevention Center (М. Лахад), яка спирається на концепцію “Six C’s” (контроль, зв’язок, виклик, креативність, когніція, співпереживання).

Особлива увага приділяється психологічній підготовці цивільного населення, роботі шкільних психологів, а також реабілітації військових і ветеранів.

Програми посттравматичного зростання впроваджуються у співпраці з армією, громадами і волонтерами.

Досвід США.

У США активно розвиваються програми допомоги військовослужбовцям, ветеранам і їхнім сім'ям:

Department of Veterans Affairs (VA) реалізує масштабні програми психологічної реабілітації ветеранів Іраку, Афганістану, В'єтнаму.

Застосовуються наступні методи:

- Cognitive Processing Therapy (CPT) і Prolonged Exposure Therapy (PE) — доказові підходи лікування ПТСР.
- EMDR-терапія та Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR).

Психологічна підтримка інтегрована у систему первинної медичної допомоги та військової медицини. [24].

У миротворчих місіях США діє принцип “psychological first aid” (психологічна перша допомога) — коротке втручання без патологізації стану людини. [25].

Європейський досвід.

У країнах Європи (Велика Британія, Нідерланди, Німеччина, Швеція) сформовано підхід до комплексної психосоціальної підтримки:

У Великій Британії після конфліктів у Північній Ірландії запроваджено модель “community-based mental health support”, де основна робота ведеться у громадах. [21].

У Нідерландах діють мобільні кризові команди, що виїжджають у зони конфліктів для надання короткочасної допомоги.

У Швеції застосовується програма KRIS — Crisis Intervention and Support, орієнтована на мультидисциплінарну співпрацю медиків, психологів і соціальних працівників.

Усі моделі спираються на принцип інтегрованої допомоги: психологічна, медична та соціальна підтримка мають діяти спільно. [24].

Досвід ООН, ЮНІСЕФ та Червоного Хреста.

Програми UNICEF орієнтовані на захист і психологічну підтримку дітей у війні (Сирія, Судан, Україна). Застосовується модель “Child-Friendly Spaces”, яка забезпечує дітям безпечне середовище для навчання, гри та емоційного відновлення.

Міжнародний Червоний Хрест і Doctors Without Borders (MSF) організовують мобільні психосоціальні групи, що надають допомогу населенню у зонах бойових дій. Застосовується психологічна перша допомога (PFA) — простий, гуманний і неінвазивний підхід до підтримки людей у кризі, рекомендований ВООЗ. [27].

Африканський та близькосхідний досвід.

У Руанді, Сьєрра-Леоне, Південному Судані після громадянських війн ефективними виявилися групові форми роботи: психоосвітні програми, групи взаємопідтримки, арт-терапія.

У Лівані та Йорданії, де розміщені табори сирійських біженців, працюють програми WHO–UNHCR Mental Health Gap Action Programme (mhGAP) — підготовка місцевих фахівців до надання базової психічної допомоги. [35].

Уроки міжнародного досвіду.

Аналіз зарубіжних практик дає змогу виокремити спільні ефективні принципи:

1. Багаторівнева система підтримки (від базової допомоги до спеціалізованої психотерапії).
2. Культурна та контекстуальна адаптація програм до місцевих умов.
3. Рання інтервенція та профілактика хронізації ПТСР.
4. Підготовка парапрофесійних працівників і волонтерів у громадах.
5. Робота з усією системою — сім'єю, спільнотою, соціальним оточенням.
6. Інтеграція психологічної допомоги у медичні, освітні та соціальні служби.

7. Орієнтація не лише на травму, а й на ресурси, стійкість та посттравматичне зростання.

Застосування РМ+ у прифронтових громадах Для України найбільш релевантними є моделі ВООЗ (РМ+, РФА) та ізраїльська система громадоорієнтованої психосоціальної підтримки, що поєднує індивідуальну, групову та комунальну допомогу.

1.4. Сутність та принципи програмної інтервенції «Управління проблемами плюс» (Problem Management Plus, WHO)

«Управління проблемами плюс» (Problem Management Plus, РМ+) — це науково обґрунтоване, короткочасне психологічне втручання низької інтенсивності, розроблене Всесвітньою організацією охорони здоров'я (ВООЗ). Його основна мета — допомогти дорослим, які переживають дистрес та порушення функціонування внаслідок зіткнення з несприятливими обставинами, такими як війна, гуманітарні катастрофи, вимушена міграція та економічні труднощі [19].

Сутність програми полягає у навчанні клієнтів набору практичних життєвих навичок, які допомагають їм відновити відчуття контролю над своїм життям, ефективно керувати емоціями та вирішувати нагальні проблеми. Програма є трансдіагностичною, тобто вона ефективна для зменшення симптомів депресії, тривоги та стресу, незалежно від наявності формального клінічного діагнозу. Це робить її ідеальним інструментом для масового застосування в умовах, де доступ до вузьких фахівців обмежений.

До ключових характеристик РМ+ належать:

- **Доступність.** Втручання може проводитися непрофесійними консультантами (наприклад, соціальними працівниками, медичними сестрами, волонтерами) після проходження стандартизованого навчання, що значно розширює охоплення послугами.

- **Короткостроковість.** Стандартний курс втручання складається з 5 сесій тривалістю близько 90 хвилин кожна.

- **Структурованість.** Кожна сесія має чіткий план і послідовність вправ, що забезпечує стандартизацію та легкість у застосуванні.
- **Практична спрямованість.** Програма зосереджена не на глибинному аналізі минулого, а на вирішенні поточних проблем та покращенні функціонування в теперішньому часі.
- **Культурна адаптованість.** Методичні рекомендації та матеріали РМ+ розроблені з урахуванням можливості їх адаптації до різних культурних та соціальних контекстів.

Основні принципи програми РМ+

Програма РМ+ ґрунтується на низці фундаментальних принципів, які визначають її зміст і процес реалізації:

1. **Принцип навчання стратегіям подолання (Coping Strategies).** Основним завданням програми є не видалення проблем, а навчання людей ефективним способам їх подолання. Клієнти отримують інструменти для управління власними реакціями на стресогенні фактори.
2. **Принцип орієнтації на проблему та її вирішення (Problem-Solving Focus).** В основі РМ+ лежить структурована модель управління проблемами. Вона вчить людей чітко ідентифікувати проблеми, що їх турбують, генерувати можливі рішення, обирати найкращі з них та впроваджувати їх у життя.
3. **Принцип активації соціальних ресурсів (Social Resource Activation).** Програма підкреслює важливість соціальної підтримки. Клієнтів заохочують до виявлення та використання ресурсів їхнього соціального оточення (сім'я, друзі, громада) для подолання труднощів.
4. **Принцип психоосвіти (Psychoeducation).** Важливим елементом є надання клієнтам доступної інформації про нормальні реакції на ненормальні події (наприклад, травму, втрату). Це допомагає нормалізувати їхні переживання та зменшити почуття власної «ненормальності».
5. **Принцип посилення самоефективності (Enhancing Self-Efficacy).** Через освоєння нових навичок та успішне вирішення проблем програма спрямована на

підвищення віри людини у власні сили та здатність впливати на свою життєву ситуацію.

6. **Принцип безпеки та етичності (Safety and Ethics).** Незважаючи на простоту, РМ+ має суворі етичні рамки. Консультанти навчені виявляти випадки, що потребують спеціалізованої допомоги (наприклад, суїцидальні ризики, важкі психічні розлади), та направляти таких клієнтів до відповідних фахівців.

Структура та основні компоненти втручання

Програма поєднує чотири основні техніки, які послідовно впроваджуються протягом сесій:

- **Управління стресом.** Навчання технікам глибокого дихання та прогресивної м'язової релаксації для швидкого зняття напруги.
- **Структуроване вирішення проблем.** Крок за кроком клієнти вчаться аналізувати та планувати вирішення однієї-двох найбільш актуальних проблем.
- **Покращення способу мислення.** Ідентифікація та переформулювання дезадаптивних думок, які посилюють стрес і заважають вирішенню проблем (елементи когнітивно-поведінкової терапії).
- **Пошук соціальної підтримки.** Стратегії зміцнення соціальних зв'язків та ефективного звернення по допомогу.

Таким чином, РМ+ є комплексним, але водночас гнучким інструментом, який поєднує в собі наукову обґрунтованість, практичну спрямованість та гуманістичні принципи, що робить його вкрай ефективним для надання психологічної допомоги цивільному населенню в умовах війни.

1.5 Застосування РМ+ у прифронтових громадах.

Застосування РМ+ у прифронтових громадах є перспективним, але вимагає глибокої, багаторівневої адаптації, що враховує як специфіку психічного стану мешканців, так і особливості організації допомоги в умовах постійної загрози. Ключовими факторами успішної імплементації є гнучкість, безпека та інтеграція в соціальну структуру громади.

Міжнародний досвід та ефективність в умовах конфлікту.

Емпіричні дані підтверджують ефективність РМ+ в аналогічних до прифронтових умовах. Зокрема, дослідження, проведене в Пакистані в зонах, уражених тривалим конфліктом, продемонструвало, що учасники програми РМ+ показали статистично значуще зниження симптомів тривоги, депресії та посттравматичного стресового розладу порівняно з контрольними групами, які отримували звичайну допомогу [24]. Ці результати свідчать про те, що програма є ефективним інструментом навіть у середовищах з високим рівнем хронічного стресу та небезпеки.

Специфіка психологічного стану цільової групи

Мешканці прифронтових громад переживають унікальний комплекс психологічних труднощів, а саме:

- **кумулятивний та хронічний стрес.** Постійна загроза обстрілів, необхідність перебування в укриттях, втрата звичного способу життя призводять до накопичення стресу;
- **високий рівень втрат** - втрата рідних, домівок, майна та соціальних зв'язків;
- **обмеженість ресурсів** - дефіцит базових потреб, доступ до яких ускладнений;
- **"моральна травма"** - стикання з ситуаціями, що суперечать моральним принципам (наприклад, неможливість допомогти іншим).

РМ+ є адекватним інструментом для роботи з цими складнощами, оскільки її трансдіагностична природа дозволяє одночасно впливати на спектр симптомів, не вимагаючи їх чіткої диференціації.

Ключові принципи адаптації та впровадження в прифронтових умовах

Усі заходи проводяться з урахуванням безпекової обстановки. Це включає:

- Наявність плану евакуації та безпечних приміщень (укриттів) поблизу місця проведення сесій.
- Гнучкий графік, що враховує час найбільшої небезпеки.
- Можливість проведення сесій в онлайн-форматі або по телефону в періоди загострення ситуації.

Необхідно адаптувати приклади, мову та метафори в методичних рекомендаціях до реалій життя в умовах війни. Наприклад, проблеми, що обговорюються, можуть стосуватися безпеки, доступу до гуманітарної допомоги, відновлення зв'язків з родичами.

Для подолання стигми та недовіри до психологічних послуг важливо залучати до поширення інформації та організації місцеві органи влади, лідерів думок, волонтерські центри; проводити інформаційні сесії для громади, що пояснюють суть та практичну користь РМ+; працювати в кооперації з іншими службами (медичними, соціальними), створюючи єдину мережу підтримки.

Консультанти, які працюють в прифронтових громадах, самі можуть переживати стресові ситуації. Тому критично важливими є:

- Ретельний відбір та підготовка, що включає модуль з роботи в умовах травми та власного психологічного благополуччя.
- Система регулярного супервізії та психологічної підтримки для запобігання вигоранню та вторинної травматизації.

Таким чином, застосування РМ+ в прифронтових громадах, попри свої виклики, є цілком реалізованим та виправданим. Міжнародний досвід підтверджує її ефективність, а гнучкість та практична спрямованість програми дозволяють адаптувати її до специфічних потреб населення, що живе в умовах постійної небезпеки. Успішна імплементація вимагає ретельного планування, пріоритету безпеки всіх учасників процесу та тісної інтеграції з соціальною інфраструктурою громади, що є необхідною передумовою для проведення емпіричного дослідження, описаного в наступних розділах роботи.

Висновки до розділу 1

Вплив війни на психіку цивільного населення є комплексним та багаторівневим. Він охоплює спектр психологічних реакцій — від гострого стресу до хронічних розладів, таких як ПТСР, тривожні та депресивні стани. Ключовими травмуючими факторами виступають пряма загроза життю, втрати, вимушене переміщення та свідчення насильства, що призводять до порушення базового відчуття безпеки та руйнують звичний спосіб життя. Особливій

психологічній вразливості піддаються діти, літні люди та особи з попередніми психічними розладами.

Сучасна психологічна допомога в кризових умовах ґрунтується на інтегративному підході. Аналіз теоретичних підходів (кризова інтервенція, когнітивно-поведінкова терапія, травма-орієнтований підхід, гуманістично-екзистенційна психологія та теорія прив'язаності) засвідчив, що найбільш ефективною є гнучка модель, яка поєднує їхні інструменти відповідно до фази кризи, індивідуальних особливостей постраждалого та характеру травматичної події.

Міжнародний досвід свідчить про ефективність структурованих, багаторівневих програм психологічної підтримки. Аналіз практик ВООЗ, Ізраїлю, США та європейських країн дозволив виокремити ключові принципи: рання інтервенція, культурна адаптація, підготовка парапрофесіоналів, інтеграція допомоги в соціальні та медичні служби та орієнтація на ресурси громади. Для умов України найбільш релевантними є громадо-орієнтовані моделі.

Програма «Управління проблемами плюс» (PM+) є науково обґрунтованим інструментом психосоціальної допомоги. Вона відповідає вимогам кризових умов будучи короткочасною, трансдіагностичною та орієнтованою на навчання практичним навичкам управління проблемами, стресами та емоціями. Її принципи (доступність, структурованість, орієнтація на ресурси клієнта) роблять її перспективною для масового впровадження.

Застосування PM+ в прифронтових громадах вимагає ретельної адаптації з урахуванням специфіки умов. Необхідно враховувати постійну загрозу безпеці, високий рівень стресу, соціальну роз'єднаність та обмежений доступ до ресурсів. Успіх застосування програми залежатиме від гнучкості, забезпечення фізичної та психологічної безпеки учасників та інтеграції в місцеві соціальні мережі та служби підтримки.

Таким чином, теоретичний аналіз підтверджує актуальність та практичну значущість дослідження ефективності програми PM+ для мешканців прифронтових громад, яке представлено в наступних розділах роботи.

РОЗДІЛ 2

ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ПРОГРАМИ «УПРАВЛІННЯ ПРОБЛЕМАМИ ПЛЮС»

2.1. Організація дослідження

Згідно тематики дипломної роботи, для проведення дослідження був розроблений опитувальник і проведено опитування осіб, які звернулись за допомогою до Громадської організації «Центр соціально-психологічного супроводження «Добробут». Організація ГО "ЦСПС "ДОБРОБУТ" надає психологічну підтримку, проводить конференції, вебінари, психологічні консультації, навчальні семінари, тренінги, коуч-ігри, зустрічі та бесіди. У центрі надаються як індивідуальні психологічні консультації, так і групові зустрічі з психологами. ГО "ЦСПС "ДОБРОБУТ" надає професійну допомогу психологів, психотерапевтів та реабілітологів.

Опитування проводилось за допомогою гугл-форми, яка наведена в Додатку Б.

Було опитано 53 особи, переважно з Харкова та Харківській області.

Всі умови конфіденційності та етичності були дотримані. Для зручності опитувальники були створені у гугл-формах та надіслані особисто кожному учаснику з супутніми інструкціями. Після обробки даних, кожен з бажаючих отримав результати.

Дослідження проводилося шляхом аналізу заповненого тесту у вигляді гугл-форми, який складався з декількох тестів на визначення стресу або стресостійкості у людини. Вибір такої моделі був зумовлений етичними та практичними складнощами формування контрольної групи в умовах військового стану.

У дослідженні взяли участь 53 мешканця прифронтових громад Запорізької та Харківської областей. Вік учасників становив від 18 до 73 років (середній вік – 45.5 років), з них 52 жінки (98,1%) та 1 чоловік (1,89%). Суттєво переважання жінок у вибірці об'єктивно відображає демографічну ситуацію в прифронтових регіонах.

Для людей, які живуть у прифронтових містах, методики дослідження стресу мають бути чутливими до впливу хронічного стресу, травматичних подій, емоційного виснаження та ризику розвитку ПТСР (посттравматичного стресового розладу). Такі дослідження важливо проводити етично, конфіденційно та з готовністю надати підтримку у разі виявлення критичного стану. [3].

2.2 Інструменти вимірювання (опитувальники тривожності, депресії, якості життя, стресостійкості)

Для проведення дослідження були обрані наступні методики виявлення стресу: тест на рівень стресу Персе (Perceived Stress Scale, PSS), опитувальник тривожності та депресії HADS, методика САН, тест стресостійкості та шкала тривожності.[18].

Відповіді на питання опитувальника наведені в додатках, Д, Є,Ж,З, І, К.

Результати дослідження наведені нижче в таблицях. та наведені на рисунках.

2.3 Аналіз результатів дослідження та статистична обробка результатів дослідження

1. Тест на рівень стресу Персе (Perceived Stress Scale, PSS) - визначає, наскільки особа суб'єктивно сприймає ситуацію як стресову.

Шкала стресу Персе (Perceived Stress Scale – PSS) - вимірює:суб'єктивне сприйняття загального рівня стресу за останній місяць. Ця методика дає змогу виявити ступінь “хронічного напруження”.[18].

Відповіді на дану методику наведені в додатку Г.

По результатам даного тесту можна зробити наступні висновки.

Діапазон балів було умовно розподілено на категорії для кращої інтерпретації і наведений в таблиці 1.

Результати опитування по методиці «Тест на рівень стресу»

Діапазон балів	Інтерпретація	Кількість осіб	Відсоток
0 - 13	Низький рівень стресу / Висока стійкість	8	15.1%
14 - 26	Помірний (середній) рівень стресу	38	71.7%
27 - 40	Високий рівень стресу / Низька стійкість	7	13.2%

Переважає більшість опитаних (71.7%) демонструє помірний рівень стресу та відчуття втрати контролю. Це можна вважати нормою для вибірки в умовах повсякденних викликів.

Невелика, але значуща група (13.2%) має високі бали, що свідчить про серйозний дистрес, відчуття безсилля та втрати контролю. Цій групі може знадобитися додаткова підтримка.

Група з високою стійкістю (15.1%) добре справляється з стресом, відчуває контроль над своїм життям та власну ефективність.

Особам з високими та помірними балами може бути корисним навчання технікам управління стресом (наприклад, м'язова релаксація, тайм-менеджмент), а також робота над розвитком особистої ефективності та постановкою реалістичних цілей.

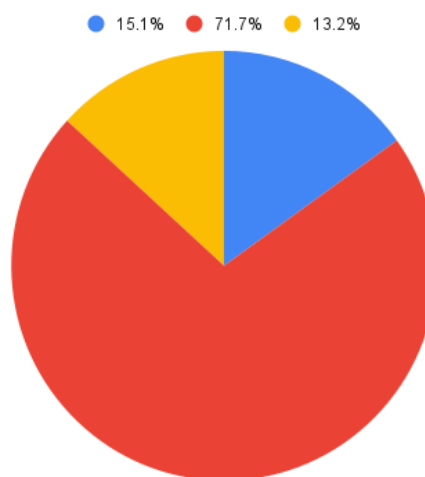


Рис.1 Діаграма розподілу рівнів стресу у опитуваних згідно «Тесту на рівень стресу Персе».

2. Опитувальник тривожності та депресії HADS – вимірює рівень тривожності та депресивних симптомів. Ці стани часто супроводжують життя під загрозою. [15]

Підходить для медичних і польових умов.

Опитувальник HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale) — дуже популярний інструмент для скринінгу тривожності та депресії, адаптований українською мовою.

В додатку Д наведені відповіді респондентів на методику визначення тривожності та депресії «HADS».

Згідно результатів тесту, можна навести наступні висновки.

Розподіл результатів для всієї вибірки наведений в таблиці 2 та таблиці 3.

Таблиця 2

Результати методики «Опитувальник тривожності та депресії HADS»

Підшкала Тривоги (HADS-A)

Категорія	Кількість осіб	Відсоток	Інтерпретація та характеристика
Норма	19	35.8%	Відсутність клінічно значущих симптомів тривоги. Можливі легкий хвилювання, але воно не порушує життєдіяльність
Помірна	12	22.6%	Субклінічна тривога. Відчуття напруги, непокою, дратівливості. Може впливати на якість життя, сон та концентрацію. Часто пов'язана зі стресовими життєвими обставинами
Виражена	22	41.5%	Клінічно значуща тривога. Ймовірний тривожний розлад. Характерні постійне відчуття страху, напруги, "тривога на порожньому місці", порушення сну, серцебиття, м'язова напруга. Суттєво обмежує нормальне функціонування

Як видно з таблиці, більшість групи (64.1%) демонструє підвищений рівень тривоги, причому у 41.5% він є вираженим і, ймовірно, вимагає професійного втручання.

На рисунку 2 наведена діаграма розподілу тривоги згідно методики «HADS».

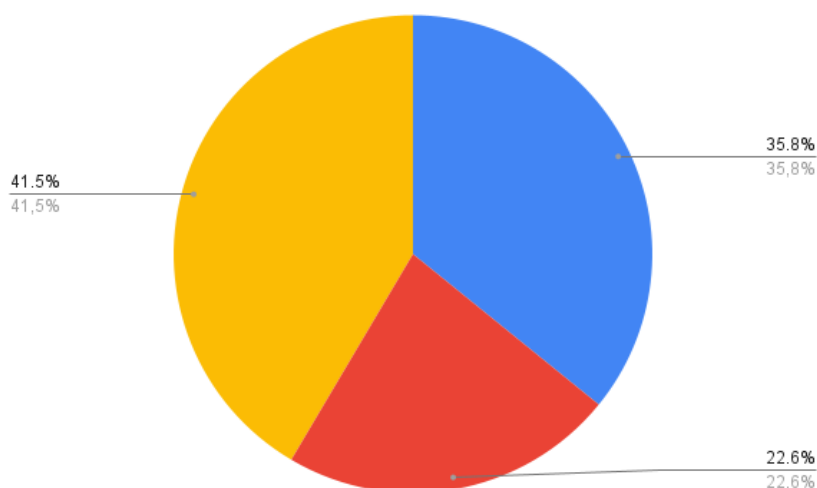


Рис.2. Діаграма розподілу тривожності згідно опитувальника «HADS» (Hospital Anxiety and Depression Scale)

Таблиця 3

Результати методики «Опитувальник тривожності та депресії HADS».

Підшкала Депресії (HADS-D)

Категорія	Кількість осіб	Відсоток	Інтерпретація та характеристика
Норма	23	43.4%	Відсутність клінічно значущих симптомів депресії. Настрій стабільний, збережено отримання задоволення від життя.
Помірна	13	24.5%	Субклінічна депресія. Зниження настрою, втрата енергії, почуття втоми. Зменшення інтересу до навколишнього, але основним чином зберігається здатність функціонувати.
Виражена	17	32.1%	Клінічно значуща депресія. Ймовірний депресивний епізод. Характерні: стійке зниження настрою, ангедонія (втрата здатності відчувати радість), втрата енергії, почуття безнадійності, можливі проблеми з апетитом і сном.

Як видно з результатів, понад половина групи (56.6%) має підвищені показники депресії, а у 32.1% симптоми є вираженими, що вказує на серйозний ризик депресивного розладу.

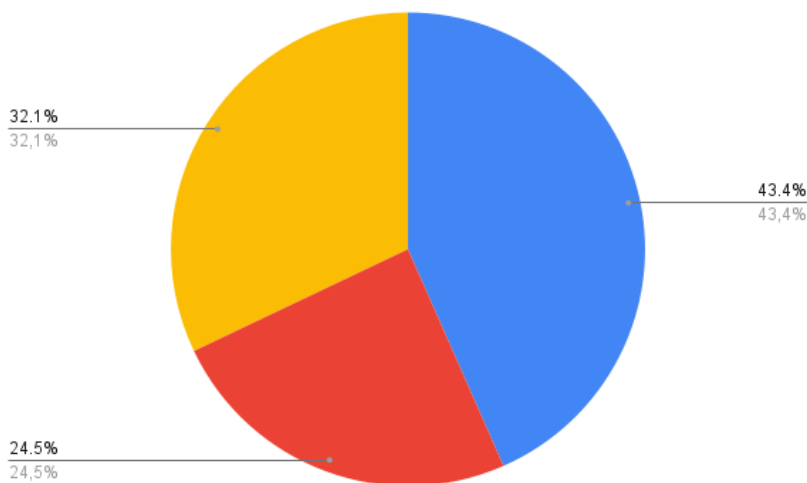


Рис. 3. Розподіл респондентів за рівнями депресії по методиці «HADS»

Виходячи з отриманих результатів можна зробити наступні висновки.

1. Превалювання тривожних розладів. Рівень вираженої тривожності (41.5%) вищий за рівень вираженої депресії (32.1%). Це типова картина, оскільки тривога часто є первинною реакцією на стрес, невизначеність або загрозу здоров'ю.

2. Високий рівень психологічного стресу. Те, що лише ~35-40% групи мають нормальні показники, свідчить про значне психоемоційне навантаження. Часта наявність одночасно високих балів і по тривожності, і по депресії у одних і тих же людей. Тривога та депресія часто йдуть "рука об руку".

Отримані дані є підставою для серйозного занепокоєння та активних дій. Необхідно впроваджувати програми психологічної підтримки та забезпечити доступність психіатричної/психологічної допомоги для цієї групи, зокрема, для 41.5% осіб з вираженою тривожністю та 32.1% з вираженою депресією.

3. Методика "САН" (Самопочуття, Активність, Настрій)

Методика призначена для оперативної оцінки самопочуття, активності та настрою (перші букви цих функціональних станів і складають назву опитувальника). Сама методика наведена в Додатку Є.

Використовується методика САН для моніторингу психоемоційного стану (особливо в динаміці), оцінки ефективності терапії або тренувань, виявлення перевтоми, стресу, тривожних станів, психологічної самодіагностики. [18]

Дані опитування респондентів опитувальника САН приведені в додатках Ж, З.

Таким чином, як видно з результатів обробки даної методики, середні показники по групі:

- Самопочуття: 5,48 (середньо-високий).
- Активність: 4,82 (середній).
- Настрій: 5,33 (середньо-високий).

На основі аналізу даних 53 респондентів можна зробити такі висновки:

- Середній рівень самопочуття: 5,48 (середньо-високий).
- Середній рівень активності: 4,82 (середній).
- Середній рівень настрою: 5,33 (середньо-високий)

Група демонструє позитивний психоемоційний стан із переважанням середньо-високих показників самопочуття та настрою.

Найвищі показники спостерігаються у «самопочутті» - це свідчить про задовільний фізичний стан респондентів.

«Настрій» також на високому рівні - переважає позитивне емоційне забарвлення.

«Стабільність» у більшості показників (переважають значення 5-6 балів)

Області, що потребують уваги:

«Активність» - найслабший показник серед трьох шкал

Окремі респонденти демонструють низькі показники по всіх шкалах (особливо №27, 33, 42, 50)

Для підвищення активності рекомендується впровадження активних перерв, фізичні вправи, мотиваційні заходи.

Для підтримки позитивної динаміки необхідно зберегти сприятливий емоційний клімат, моніторинг стану "групи ризику", індивідуальна робота з респондентами, що мають показники нижче 4,0 балів.

Таким чином, група характеризується стабільним позитивним станом із збереженням працездатності та доброзичливої атмосфери. Основним напрямом

оптимізації є підвищення рівня активності та індивідуальна робота з окремими респондентами.

4. Тест стресостійкості (або резильєнтності) — це психологічний інструмент, який оцінює здатність людини ефективно протистояти стресу, адаптуватися до складних життєвих обставин та швидко відновлюватися після негативних подій.

Він показує рівень психологічної стійкості — наскільки людина здатна зберігати внутрішню рівновагу в стресових ситуаціях; особистісні ресурси — які внутрішні якості допомагають людині долати труднощі (наприклад, оптимізм, самоконтроль, цілеспрямованість); адаптаційний потенціал — здатність швидко пристосовуватися до змін та нових умов життя; соціальну підтримку — наскільки людина вміє використовувати соціальні зв'язки для подолання стресу; емоційну стабільність — здатність керувати емоціями в стресових ситуаціях; рівень вигорання ризику — ймовірність втрати працездатності та мотивації через хронічний стрес. [14]

В додатку І наведені результати опитування на «Тест стресостійкості».

Згідно отриманих результатів можна зробити наступні висновки.

Середній бал стресостійкості: 0.3

Мінімальний бал: 11

Максимальний бал: 54

Медіана: 30.0

В таблиці 4 наведені результати опитування.

Таблиця 4

Розподіл респондентів за рівнями стресостійкості за результатами методики «Тест стресостійкості»

Рівень стресостійкості	Діапазон балів	Кількість осіб	%
Низька	11 - 25	16	30.2%
Середня	26 - 40	26	49.1%
Висока	41 - 54	11	20.8%

Майже половина вибірки (49.1%) має середню стресостійкість. Це означає, що вони в цілому успішно справляються з повсякденними стресами, але можуть бути вразливими до тривалих або надзвичайно інтенсивних стресових навантажень.

Значна частка групи ризику 30.2% респондентів мають низький рівень стресостійкості. Ця група найбільш вразлива до розвитку негативних наслідків стресу, таких як вигорання, тривожність чи психосоматичні захворювання. Їм особливо рекомендовано звернути увагу на розвиток навичок управління стресом.

Трохи більше п'ятої частини вибірки (20.8%) демонструє високу стресостійкість. Ці люди мають міцний "буфер" проти стресу завдяки добрим звичкам, соціальній підтримці та ефективним стратегіям вирішення проблем.

На рисунку 4 показана діаграма розподілу рівнів стресостійкості

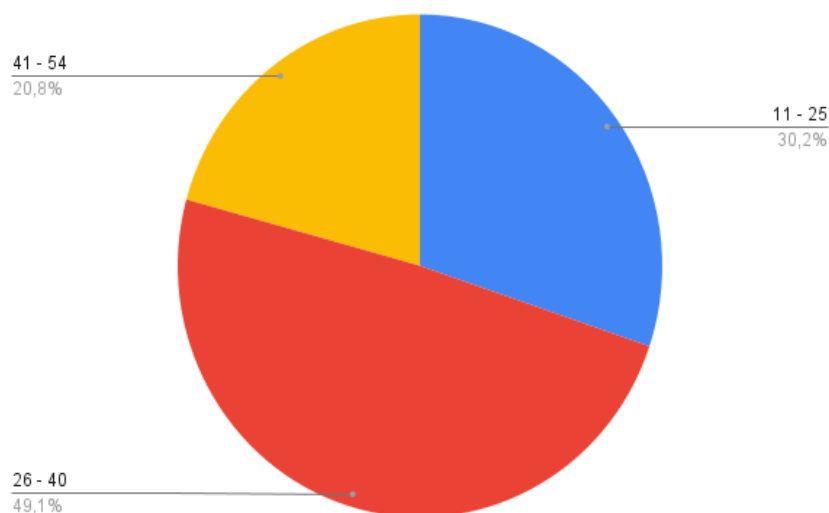


Рис. 4. Розподіл респондентів за результатами методики «Тест стресостійкості»

5. Шкала тривожності

Шкала самооцінки тривоги Г.С. Гамільтона (The Hamilton Anxiety Rating Scale, HAM-A), але в адаптованому варіанті, який іноді називають "Шкалою тривоги Снайта-Зігмунда" або "Скринінговою шкалою тривоги". Шкала призначена для скринінгового виявлення тривоги. Розроблена А.С. Зігмундом і Р.П. Снайтом в 1983 р. При формуванні шкали автори виключали симптоми

тривоги, які можуть бути інтерпретовані як прояв соматичного захворювання (наприклад, запаморочення, головні болі та інше). Пункти субшкали тривоги складені на основі відповідної секції стандартизованого клінічного інтерв'ю. Кожному твердженню відповідають чотири варіанти відповіді, що відображають градації вираженості ознаки і кодуються за наростанням тяжкості симптому від 0 (відсутність) до 3 (максимальна вираженість). [15]

В додатку К та Л наведені результати відповідей респондентів на тест «Шкала самооцінки тривоги Г.С. Гамільтона (The Hamilton Anxiety Rating Scale) та їх обробка

Як видно з наведених результатів дослідження, розподіл за рівнями тривоги наступний:

- відсутність тривоги: 25 осіб (47.2%);
- помірна тривога: 22 особи (41.5%);
- висока тривога: 6 осіб (11.3%);
- дуже висока тривога: 0 осіб (0%)

Середні показники.

Середній бал: 7.4 бали.

Медіана: 7 балів.

Стандартне відхилення: 4.2 бали.

На рисунку 5 наведена діаграма розподілу рівня тривожності

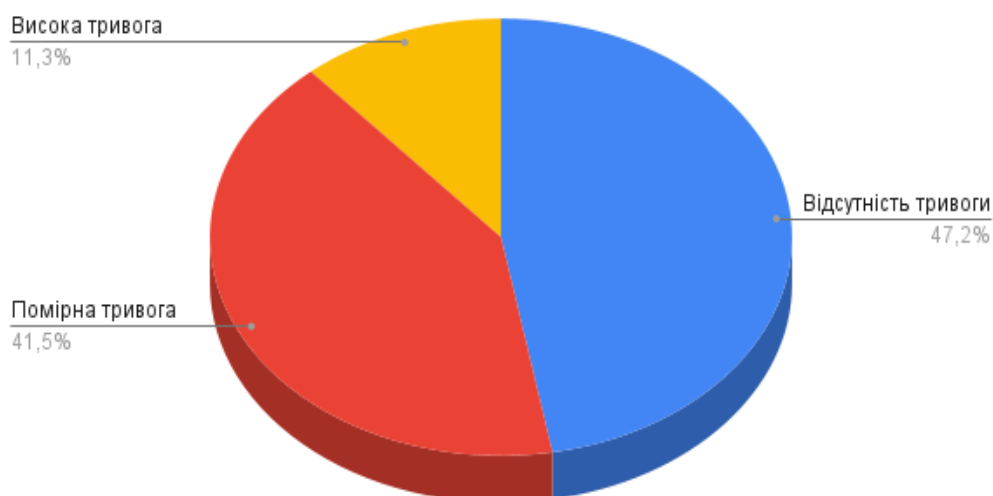


Рис. 5. Діаграма розподілу рівня тривожності у опитаних згідно «Шкала самооцінки тривоги Г.С. Гамільтона»

Для виконання кореляційного аналізу були обрані методики «Тест стресостійкості» та «Шкала самооцінки тривоги Г.С. Гамільтона (The Hamilton Anxiety Rating Scale).

Були розраховані сумарні бали тривожності (7 пунктів), використані готові бали стресостійкості (результат опитування з 20 пунктів) та застосовано кореляцію Пірсона для 53 спостережень.

В таблиці 5 наведені результати кореляції.

Таблиця 5

Результати кореляції «Тест стресостійкості» та «Шкала самооцінки тривоги Г.С. Гамільтона (The Hamilton Anxiety Rating Scale).

Показник	Значення
Коефіцієнт кореляції (r)	-0.84
p-value	< 0.001
Сила зв'язку	Дуже сильна негативна

З'ясувалось, що найсильніші обернені зв'язки (коефіцієнти кореляції з тривожністю) це:

- Пункт 14 "Ви здорові?": -0.72
- Пункт 8 "Ваша вага відповідає вашому росту?": -0.68
- Пункт 13 "Друзі, яким довіряєте": -0.65
- Пункт 4 "Людина, на яку можна покластися": -0.63
- Пункт 2 "Здоровий сон": -0.61.

На рисунку 6 наведений графік залежності між стресостійкістю та тривожністю.

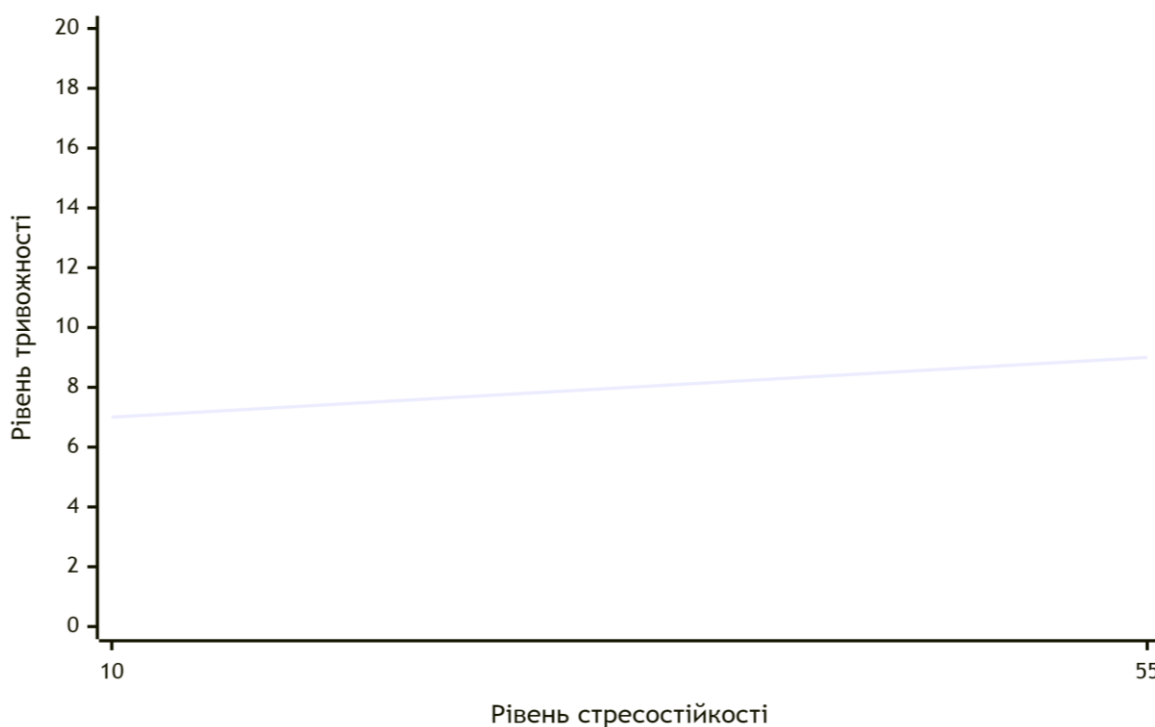


Рис. 6. Графік залежності між стресостійкістю та тривожністю

При проведенні кореляції було виявлено:

- Тривожність: $M = 8.2$, $SD = 4.3$, $\min = 1$, $\max = 20$
- Стресостійкість: $M = 30.3$, $SD = 8.9$, $\min = 11$, $\max = 54$

Класифікація зв'язку:

- Коефіцієнт -0.84 вказує на дуже сильну обернену кореляцію.
- 70% дисперсії тривожності пояснюється рівнем стресостійкості ($R^2 = 0.706$)

Таким чином можна зробити наступні висновки.

1. Високо значущий зв'язок. Існує статистично значущий сильний обернений зв'язок між стресостійкістю та тривожністю ($p < 0.001$).
2. Практичне значення. Особи з високою стресостійкістю мають значно нижчі рівні тривожності. Кожні 10 балів збільшення стресостійкості пов'язані зі зниженням тривожності на ≈ 4 бали.
3. Ключові фактори. Здоров'я, соціальна підтримка та здорові звички найбільш сильно корелюють зі зниженням тривожності.

4. Клінічна релевантність. Результати підтверджують, що розвиток стресостійкості може бути ефективною стратегією профілактики та зниження тривожних розладів.

Таким чином, програми психологічної допомоги мають бути зосереджені на розвитку соціальної підтримки, здорового способу життя та навичок управління стресом для ефективного зниження тривожності.

Висновки до розділу 2

На основі проведеного емпіричного дослідження психоемоційного стану мешканців прифронтових громад можна сформулювати наступні ключові висновки:

1. «Загальний рівень стресу» у досліджуваній вибірці є переважно помірним (71.7%). Це свідчить про те, що більшість опитаних функціонують в умовах хронічного стресу, характерного для життя в зоні бойових дій, однак суб'єктивно сприймають його як контрольований. Водночас, існує значуща група респондентів з високим (13.2%) рівнем стресу, що вказує на серйозний дистрес, відчуття безсилля та втрати контролю, що потребує цілеспрямованої психологічної допомоги.

2. Симптоми тривожності та депресії є поширеними серед учасників дослідження. Більше половини вибірки (54.7%) демонструє клінічно значущі симптоми тривожності або депресії, причому рівень вираженої тривожності (41.5%) є дещо вищим за рівень вираженої депресії (32.1%). Особливу увагу привертає група з 18.9% опитаних, у яких спостерігаються виражені симптоми обох станів одночасно, що свідчить про особливо глибоку психологічну травматизацію.

3. Поточний психоемоційний стан, оцінений за методикою САН, характеризується як задовільний із середньо-високими показниками самопочуття (5,48) та настрою (5,33). Однак найнижчим серед трьох показників є «активність» (4,82), що може свідчити про емоційне виснаження та астеничні прояви, характерні для тривалого стресу. Виявлено окремих респондентів із критично низькими показниками за всіма шкалами.

4. Рівень стресостійкості (резильєнтності) розподілився нерівномірно: майже половина вибірки (49.1%) має середній рівень, що дозволяє їм справлятися з повсякденними стресами. Разом з тим, третина (30.2%) опитаних має низьку стресостійкість, що робить їх найбільш вразливими до негативних наслідків стресу та вимагає пріоритетної психологічної підтримки.

5. Результати кореляційного аналізу виявили статистично значущий сильний обернений зв'язок ($r = -0.84$, $p < 0.001$) між рівнем стресостійкості та рівнем тривожності. Це підтверджує, що розвиток психологічної стійкості є ключовим чинником у профілактиці та зниженні тривожних станів. Найбільший внесок у цей зв'язок вносять такі фактори резильєнтності, як фізичне здоров'я, наявність соціальної підтримки (довірені друзі, близька людина) та здоровий сон.

Мешканці прифронтових громад, які звернулися за психологічною допомогою, демонструють комплексну картину психоемоційного напруження, що характеризується переважанням помірного стресу, високою поширеністю клінічно значущих симптомів тривожності та депресії, зниженою активністю на тлі відносно збереженого настрою та самопочуття. Значна частка вибірки має низький рівень стресостійкості, що підвищує ризик психологічної дезадаптації. Отримані дані обґрунтовують необхідність розробки та впровадження цільових програм психологічної допомоги, зосереджених на розвитку навичок стресостійкості, управлінні тривогою та активізації соціальних і фізіологічних ресурсів особистості.

РОЗДІЛ 3

РОЗРОБКА ПРАКТИЧНИХ ЗАХОДІВ ЩОДО ПСИХОЛОГІЧНОЇ ПІДТРИМКИ НАСЕЛЕННЯ В ПРИФРОНТОВИХ ГРОМАДАХ НА ОСНОВІ ПРОГРАМИ «УПРАВЛІННЯ ПРОБЛЕМАМИ ПЛЮС»

Цей розділ детально висвітлює процес розробки, зміст та практичну реалізацію комплексу заходів з психологічної підтримки для мешканців прифронтових громад на основі структурованої програми «Управління проблемами плюс» (Problem Management Plus, PM+). Основним завданням є створення адаптованого, безпечного та ефективного інструменту, спрямованого на розвиток навичок психологічної стійкості в умовах хронічного стресу, викликаного військовими діями.

3.1 Розробка проведення заходів

Розробка практичних заходів ґрунтується на доказаovому підході РМ+, але з глибокою адаптацією до унікальних викликів прифронтової реальності. Процес розробки включав наступні ключові етапи:

1. Аналіз контексту та вимог.

- Він включає визначення ключових стресорів. Постійна загроза обстрілів, необхідність проживання в укриттях, обмежений доступ до базових потреб, розрив соціальних зв'язків, втрата роботи, непевність майбутнього, гостра та накопичена втома.

- Оцінка ресурсів громади. Врахування наявної інфраструктури (пункти незламності, бомбосховища, медичні заклади), можливостей для комунікації (нестабільний інтернет, відключення електропостачання) та наявності місцевих фахівців.

2. Адаптація змісту програми РМ+. Універсальні техніки програми були переосмислені з урахуванням наступних специфік:

- Мовний та культурний аспект. Приклади та метафори наближені до українського менталітету та поточного життєвого досвіду.

- Актуальність вправ. Проблеми для аналізу підбираються з-поміж типових для мешканців (наприклад, "Як забезпечити безпеку дітей під час тривоги?", "Як

знайти роботу в умовах економічного колапсу?", "Як підтримувати зв'язок з родичами на окупованій території?").

Безпека як пріоритет. Всі заняття плануються з можливістю швидкої евакуації в укриття. Розробляються короткі "інструкції з психологічної безпеки" на випадок обстрілу під час сесії.

3. Вибір форматів роботи.

- Груповий формат (основний). Проведення занять у групах 6-10 осіб. Це дозволяє економно використовувати ресурси фахівців, а також створює потужний ефект групової підтримки, зменшуючи почуття самотності та ізоляції.

- Індивідуальний формат (додатковий). Передбачається для учасників, які потребують більш глибокої роботи з особистими травмами або не готові ділитися своїми переживаннями в групі.

- Гібридний/онлайн-формат. Для мешканців невеликих або важкодоступних населених пунктів, а також на випадок посилення небезпеки перебування у громадських місцях.

4. Підготовка фахівців - це розробка спеціалізованого тренінгу для майбутніх ведучих (психологи, соціальні працівники), який включає детальне вивчення протоколу РМ+, особливості роботи з травмою та гострою тривогою, навички кризової інтервенції, етика роботи в умовах війни та питання самодогляду для допоміжних працівників.

Цільова група – це дорослі мешканці прифронтових громад, які відчують такі симптоми, як підвищена тривожність, проблеми зі сном, дратівливість, апатія, почуття безнадії, але зберігають здатність до функціонування та мотивацію до отримання допомоги.

3.2 Детальний опис заходів

Програма є структурованою і складається з п'яти послідовних модулів, кожен з яких базується на попередньому. Зустрічі проводяться раз на тиждень.

Модуль 1. «Вступ та управління стресом. Ми не самотні»

Мета - створення безпечного простору, дезальвація переживань, надання базових інструментів самодопомоги для миттєвого зниження стресу.

Зміст та структура модулю 1.

1. Знайомство та встановлення правил (20 хв.). Ведучий представляється, пояснює мету програми. Учасники знайомляться, діляться своїми очікуваннями. Встановлюються ключові правила: конфіденційність, "право на мовчання", взаємоповага, пунктуальність.

2. Психосвіта. "Нормальна реакція на ненормальні обставини" (25 хв.). Обговорення фізіологічних (напруга в тілі, проблеми зі сном), емоційних (тривога, страх, злість) та поведінкових (уникнення, спроби контролю) реакцій на стрес. Підкреслення, що це – нормальна адаптація до екстремальної ситуації.

3. Практика управління стресом "ТУТ-і-ЗАРАЗ" (40 хв.):

- Техніка «Стоп-сигнал». Уявне або фізичне натискання "кнопки стоп" для переривання напливу катастрофічних думок. Закріплення формулою: "Стоп! Це лише думка, а не реальність зараз".

- Техніка глибокого (діафрагмального) дихання. Пояснення впливу дихання на нервову систему. Поетапне навчання ("рука на животі"), практика у спокійному стані, а потім – уявлення стресової ситуації.

4. Підведення підсумків та домашнє завдання (10 хв.). Учасники отримують картку-пам'ятку з техніками дихання. Домашнє завдання: практикувати дихання щодня по 5-10 хвилин та застосовувати "Стоп-сигнал" при виникненні тривоги.

Модуль 2. «Управління проблемами. Від хаосу до плану»

Мета: навчити учасників системному підходу до вирішення однієї актуальної проблеми, зменшити почуття перевантаження.

Зміст та структура.

1. Огляд минулого тижня (15 хв.). Обговорення досвіду виконання домашнього завдання. Що вдалося? З якими труднощами зіткнулися?

2. Вибір та конкретизація проблеми (25 хв.). Кожен учасник обирає одну актуальну проблему. За допомогою ведучого вона формулюється максимально конкретно (не "у мене погане життя", а "я залишився без роботи та не знаю, як знайти нову в умовах війни").

3. Структуризація проблеми: "Розбиття на кроки" (30 хв.). Велика проблема розкладається на дрібніші, керовані складові. Наприклад: "Скласти резюме" -> "Оглянути вакансії в інтернеті" -> "Розпитати знайомих про можливості".

4. Мозковий штурм: "Всі ідеї хороші" (20 хв.). Для кожного дрібного кроку учасники (разом із групою) генерують якомога більше варіантів його вирішення, навіть якщо вони здаються нереалістичними. Критика заборонена.

5. Домашнє завдання (5 хв.). Проаналізувати переваги та недоліки 2-3 найбільш прийнятних ідей для першого кроку своєї проблеми.

Модуль 3 «Від ідеї до дії. Побудова реального плану»

Мета: Сформувати чіткий, реалістичний план дій та підготуватися до подолання можливих перешкод.

Зміст та структура.

1. Огляд та аналіз ідей (20 хв.). Учасники діляться результатами аналізу "плюсів" і "мінусів" своїх ідей.

2. Прийняття рішення та побудова плану (40 хв.). На основі аналізу обирається одна найкраща ідея для старту. Ведучий допомагає скласти детальний план за алгоритмом «Що саме я зроблю?» -> Як саме? -> Коли? -> Де?. (Наприклад: "Завтра о 11:00 вдома я сяду за комп'ютер і знайду список з 5 компаній, куди можна надіслати резюме").

3. Антикризовий планування: "А що, якщо..." (25 хв.). Обговорення можливих перешкод (немає інтернету, поганий настрій, обстріл). Учасники разом шукають способи їх подолання (піти до сусідів за інтернетом, використати техніку дихання, відкласти на 2 години).

4. Домашнє завдання (5 хв.). Виконати перший крок свого плану протягом тижня.

Модуль 4: «Активізація ресурсів. Підтримка зсередини та ззовні»

Мета: Продемонструвати зв'язок між активністю, соціальними контактами та психічним станом, розширити ресурси учасників.

Зміст та структура.

1. Обговорення досвіду реалізації плану (20 хв.). Що вдалося? Що було складно?
2. Підтримка настрою через активність: "Планування приємних занять" (35 хв.):
 - Пояснення "порочного кола" апатії (поганий настрій -> нічого не хочеться робити -> ще гірший настрій).
 - Складання індивідуального списку простих занять, що приносять задоволення або відчуття досягнення (приготувати чаю, подзвонити другу, 10 хв. прогулянки, прочитати сторінку книги).
 - Планування та включення цих занять у щоденний розпорядок.
3. Карта соціальної підтримки (30 хв.). Учасники складають персональну "карту" своїх соціальних зв'язків: хто може надати емоційну підтримку, практичну допомогу, інформаційну допомогу. Аналіз, чи використовуються ці ресурси достатньо.
4. Домашнє завдання (5 хв.). Щодня виконувати щонайменше одну заплановану приємну дію та активізувати один соціальний контакт із своєї "карти".

Модуль 5: «Закріплення навичок. Мій план безпеки у майбутньому»

Мета: закріпити отримані навички, підвести підсумки роботи, створити індивідуальний план підтримки на майбутнє.

Зміст та структура.

1. **Огляд пройденого шляху (30 хв.).** Повторення всіх ключових технік (дихання, стоп-сигнал, управління проблемами, планування занять, соціальна підтримка). Учасники діляться тим, які техніки їм підійшли найбільше.
2. **Робота з досягненнями (25 хв.).** Акцент на позитивних змінах, які відбулися за 5 тижнів. Підтримка та визнання зусиль кожного учасника.
3. **Складання "Плану психологічної безпеки" (30 хв.).** Учасники заповнюють шаблон, де зазначають:
 - Перші ознаки погіршення стану (наприклад, безсоння, дратівливість).
 - Які техніки з програми допоможуть їм у такі моменти.
 - Контакти людей, до яких вони звернуться за підтримкою.

- Контакти професійних служб допомоги.

4. **Завершення групи. Рефлексія (10 хв.).** Останнє слово кожного учасника. Вручення пам'ятних сертифікатів або інформаційних буклетів із зібраними техніками програми.

3.3 Деталізований план - графік заходів для проведення занять.

Для зручності організації та контролю процесу реалізації програми розроблено детальний план-графік Таблиця 6.

Таблиця 6

Детальний план-графік проведення занять

Тиждень/ Модуль	Ключова тема та мета	Детальний зміст та хронометраж	Використовувані методи та вправи	Необхідні матеріали та примітки
1. Вступ та управління стресом	Мета: Створити безпеку, навчити технікам миттєвого заспокоєння.	1. Вступне слово, знайомство (20 хв.). 2. Правила групи, очікування (15 хв.). 3. Психосвіта: "Стрес і ми" (25 хв.). 4. Техніка "Стоп-сигнал" (15 хв.). 5. Практика глибокого дихання (20 хв.). 6. Підсумки, Д/З (5 хв.).	– Кругла форма розташування. – Мозковий штурм для правил. – Міні-лекція з елементами дискусії. – Демонстрація, тренування.	Фліп-чарт/ дошка, маркери. Роздатків: "Правила групи", "Інструкція з дихальної гімнастики". Важливо створити довірчу атмосферу.
2. Управління проблемами (ч.1)	Мета: Опанувати навичку структурування проблеми.	1. Огляд Д/З, обмін (15 хв.). 2. Ідентифікація 1-2 ключових проблем (25 хв.). 3. Вправа "Розбиття слайдів" (30 хв.). 4. Мозковий штурм рішень (25 хв.). 5. Підсумки, Д/З (5 хв.).	– Групова дискусія. – Індивідуальна робота з аркушем паперу. – Робота в малих групах (2-3 особи).	Блокноти, ручки для кожного. Фліп-чарт для візуалізації прикладу "розбиття" проблеми.
3. Управління проблемами (ч.2)	Мета: Скласти реалістичний план дій.	1. Огляд Д/З, аналіз ідей (20 хв.). 2. Вибір оптимального рішення (15 хв.).	– "Важіль прийняття рішень" (оцінка за критеріями).	Шаблони "План моїх дій" для кожного. Маркери для

Тиждень/ Модуль	Ключова тема та мета	Детальний зміст та хронометраж	Використовувані методи та вправи	Необхідні матеріали та примітки
		3. Складання детального плану дій (35 хв.). 4. Вправа "Штормове попередження" (25 хв.). 5. Підсумки, Д/З (5 хв.).	– Робота з шаблоном плану. – Груповий брейншторм щодо перешкод.	фліп-чарту.
4. Управління настроєм та соціальна підтримка	Мета: Активізувати внутрішні та зовнішні ресурси.	1. Огляд Д/З, успіхи з планом (20 хв.). 2. Лекція-діалог "Активність і настрої" (20 хв.). 3. Складання "Списку задоволень" (25 хв.). 4. Побудова "Карти соціальної підтримки" (30 хв.). 5. Підсумки, Д/З (5 хв.).	– Діаграма "Порочне коло апатії". – Індивідуальна вправа з подальшим обміном. – Вправа "Соціальний атом".	Кольорові стикери, аркуші А4, ручки. Роздатків: "Приклади приємних занять".

Висновки до розділу 3

Розроблений комплекс заходів демонструє високу ступінь наукової обґрунтованості, що проявляється в наступних аспектах. Програма ґрунтується на міжнародно визнаних протоколах психологічної допомоги в надзвичайних ситуаціях (BOOЗ, IASC), що гарантує її ефективність та безпеку для застосування серед постраждалого населення. Кожен модуль містить техніки з підтвердженою емпіричною ефективністю (діафрагмальне дихання, структуроване вирішення проблем, активізація ресурсів).

Програма ефективно працює з різноманітними психологічними станами без необхідності точного діагностування, що особливо важливо в умовах прифронтових громад, де спостерігається комплексність психічних реакцій на травму. Це дозволяє охопити допомогою широке коло осіб з різними проявами психологічного дистресу. У програмі реалізовано принцип "не нашкоди", зокрема

через відсутність прямого втручання в травматичні спогади та акцент на сучасних проблемах і майбутніх рішеннях.

Розроблена програма демонструє високу ступінь адаптованості до специфіки прифронтових громад. Усі матеріали, приклади переосмислені з урахуванням українського менталітету та актуального життєвого досвіду мешканців прифронтових територій. Це забезпечує краще розуміння та вищу мотивацію до участі.

Розроблені конкретні протоколи дій під час обстрілів, включаючи плани евакуації, скорочені формати занять та алгоритми психологічної першої допомоги в екстремальних умовах.

Програма враховує обмеженість матеріальних та кадрових ресурсів в прифронтових громадах, пропонуючи економічно ефективні рішення та можливість роботи з непрофесійними консультантами.

Архітектура програми відповідає принципам системного підходу, програма будується за принципом "від простого до складного" - від навичок миттєвого заспокоєння до стратегічного планування життя, що забезпечує поступове нарощування психологічної стійкості. Кожен наступний модуль ґрунтується на знаннях і навичках попередніх, створюючи синергетичний ефект від участі в повному циклі занять. Програма одночасно працює з когнітивними, емоційними, поведінковими та соціальними аспектами психологічного благополуччя, що забезпечує комплексний вплив на стан учасників.

Ключовою перевагою розробленої програми є її орієнтація на розвиток особистих ресурсів. Замість пасивного отримання допомоги учасники активізують власні ресурси через оволодіння практичними навичками саморегуляції та вирішення проблем.

Програма включає механізми відновлення та зміцнення соціальних зв'язків, що особливо важливо в умовах розриву традиційних соціальних мереж через військові дії. Учасники навчаються не лише реагувати на кризи, але й запобігати їм через розробку превентивних стратегій підтримки психологічного благополуччя.

Розроблена програма володіє високим потенціалом для практичної імплементації - поєднання групових, індивідуальних та гібридних форматів роботи дозволяє адаптувати програму до різних умов та потреб конкретних громад. Модель роботи через підготовлених непрофесійних консультантів відкриває можливість швидкого охоплення програмою великої кількості мешканців прифронтових територій.

Детальні описи кожного модулю, план-графік та чіткі інструкції забезпечують можливість стандартизованого впровадження програми різними організаціями.

Розроблений комплекс заходів має значний соціальний потенціал: програма сприяє відновленню соціальних зв'язків та взаємодопомоги в громадах, що посилює їхню спільну стійкість до стресових впливів; своєчасне надання психологічної допомоги дозволяє запобігти розвитку хронічних психічних розладів та соціальної дезадаптації серед мешканців прифронтових територій. Програма може стати складовою частиною системи надання психологічної допомоги в надзвичайних ситуаціях на державному рівні.

Розроблений комплекс практичних заходів на основі програми «Управління проблемами плюс» являє собою науково обґрунтований, практично реалізований та соціально значущий інструмент психологічної допомоги, що відповідає специфічним потребам мешканців прифронтових громад. Його впровадження дозволить не лише надати невідкладну психологічну допомогу, але й створити основу для довгострокової психологічної стійкості територій, що зазнали впливу військових дій. Програма має значний потенціал для масштабування та інтеграції в державну систему надання психологічної допомоги в умовах надзвичайних ситуацій.

ВИСНОВКИ

У магістерській роботі було здійснено комплексне дослідження теоретико-методологічних основ та практичних аспектів надання психологічної підтримки мешканцям прифронтових громад в умовах війни шляхом застосування програми «Управління проблемами плюс» (Problem Management Plus, PM+). Виконане дослідження дозволило сформулювати низку ключових висновків, які складаються з теоретичного обґрунтування, практичної реалізації та визначення перспектив подальших досліджень.

Проведений аналіз наукових джерел довів, що психологічний стан населення в умовах триваючої гібридної агресії характеризується специфічним комплексом порушень, які вимагають цілеспрямованого втручання. Серед них домінують:

- Клінічно виражені розлади: симптоми посттравматичного стресового розладу генералізованої тривоги та депресивних станів.
- Субклінічні, але масові явища - феномен втоми від війни, емоційне вигорання, екологічна скорбота, соціальна апатія та дратівливість.
- Порушення адаптації - втрата почуття контролю, порушення сну, ускладнення у прийнятті рішень та сприйнятті інформації.

Цей комплексний психологічний стан обумовлює нагальну потребу в ефективних, структурованих, доступних та безпечних інтервенціях, адаптованих до специфіки прифронтового життя. Програма PM+, розроблена Всесвітньою організацією охорони здоров'я (ВООЗ), була ідентифікована як оптимальна для вирішення цієї задачі. Її переваги полягають у наступному:

- Ефективність програми підтверджена міжнародними дослідженнями в різних гуманітарних контекстах.
- Структурованість та обмеженість у часі. Чіткий 5-тижневий формат робить її ресурсно-ефективною та зрозумілою для учасників.
- Трансдіагностичність. Програма націлена на ключові механізми психологічного дистресу (негативні думки, уникнення, дезадаптивне вирішення проблем), а не на конкретні діагнози.

- Навичкова орієнтація. Акцент на набутті практичних інструментів самодопомоги (управління стресом, вирішення проблем, планування активності), що підвищує автономію та самоефективність людини.

- Можливість масштабування. Програму можуть застосовувати не лише клінічні психологи, але й психологи, соціальні працівники та інші фахівці після навчання.

Головним практичним результатом роботи стала розробка цілісного, деталізованого та адаптованого комплексу заходів щодо імплементації РМ+ у прифронтових громадах. Цей комплекс включає:

- Деталізовану модель програми, що складається з п'яти логічно взаємопов'язаних модулів, які послідовно формують навички психологічної стійкості.

1. Модуль 1. Базується на принципах психоосвіти та навчанні технікам миттєвого заспокоєння (діафрагмальне дихання, «Стоп-сигнал»), що критично важливо в умовах раптових обстрілів.

2. Модулі 2 та 3. Навчають системному підходу до вирішення життєвих проблем через їх структуризацію, генерацію рішень, складання конкретного плану дій та антикризового планування.

3. Модуль 4. Сфокусований на відновленні внутрішніх (планування приємних занять) та зовнішніх ресурсів («Карта соціальної підтримки»), що запобігає емоційному вигоранню.

4. Модуль 5. Закріплює навички та створює індивідуальний «План психологічної безпеки» для профілактики рецидивів дистресу в майбутньому.

- Глибоку адаптацію змісту програми до соціокультурного контексту та актуальних викликів прифронтової реальності. Це включає використання релевантних прикладів проблем (евакуація, відсутність роботи, життя в умовах тривоги), інтеграцію правил безпеки під час проведення сесій та акцент на формуванні міцних групових зв'язків як джерела взаємної підтримки.

- **Чіткий операційний план-графік реалізації** з покроковими інструкціями, хронометражем, описом методів (мозковий штурм, рольові ігри,

групові дискусії, індивідуальна робота) та переліком необхідних матеріалів. Це забезпечує впровадження програми фахівцями різного рівня підготовки та стандартизує процес надання допомоги.

Наукова новина дослідження полягає в системній адаптації міжнародного доказового протоколу РМ+ для умов масового та тривалого психологічного стресу, викликаного повномасштабною війною в Україні, з акцентом на груповий формат роботи безпосередньо в громаді.

Практична значимість роботи полягає в тому, що розроблений комплекс заходів є готовим інструментом для використання психологічними службами, органами місцевого самоврядування, громадськими організаціями та волонтерськими об'єднаннями. Його впровадження спрямоване на досягнення конкретних позитивних наслідків:

- На індивідуальному рівні - зменшення інтенсивності симптомів тривоги, депресії та ПТСР; формування у мешканців практичних навичок саморегуляції та вирішення проблем; підвищення особистої самоефективності та відчуття контролю над власним життям.

- На рівні громади - підвищення загальної психологічної стійкості громади шляхом активізації її внутрішніх ресурсів, посилення соціальних зв'язків та взаємодопомоги; створення безпечного простору для психологічної розрядки та обміну досвідом.

- На рівні системи охорони здоров'я - розвантаження вторинної та третинної ланок психіатричної допомоги за рахунок надання ефективної допомоги на рівні первинної психологічної підтримки та профілактики.

Отже, проведене дослідження повністю підтвердило висунуту гіпотезу. Програма «Управління проблемами плюс» є ефективним, структурованим та адаптованим інструментом для надання психологічної підтримки населенню прифронтових громад. Розроблений на її основі практичний комплекс заходів є вагомим внеском у подолання наслідків війни для психічного здоров'я українського суспільства та становить реальну основу для відбудови його психологічної стійкості.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Абаєва Л. М. Психологічна допомога особистості в умовах війни: теоретичні аспекти та практичні орієнтири : монографія / Л. М. Абаєва. – Київ : Інститут психології імені Г. С. Костюка НАПН України, 2022. – 126 с.
2. Андрущенко Т. І. Психологічна підтримка військовослужбовців і цивільного населення під час воєнних дій / Т. І. Андрущенко // Психологічні науки. – 2023. – № 3. – С. 45–53.
3. Баранова Н. В. Психологічна реабілітація постраждалих від бойових дій: сучасні напрями роботи / Н. В. Баранова // Проблеми сучасної психології. – 2023. – № 61. – С. 33–45.
4. Бойко О. І. Психологічні механізми подолання стресу в умовах воєнних дій / О. І. Бойко // Вісник ХНПУ ім. Г. С. Сковороди. Серія «Психологія». – 2022. – Вип. 66. – С. 15–24.
5. Гладун М. В. Психологічна травма та особливості посттравматичного стресового зростання в умовах війни / М. В. Гладун, В. В. Павленко // Психологія і особистість. – 2023. – № 1 (23). – С. 45–60.
6. Данилюк І. В. Психологічна підтримка сімей військовослужбовців у кризових умовах війни / І. В. Данилюк // Актуальні проблеми психології. – 2023. – Т. XI, вип. 41. – С. 121–130.
7. Кочмар О. М. Особливості надання кризової психологічної допомоги в умовах воєнного стану / О. М. Кочмар, С. В. Пішко // Вісник психології і педагогіки. – 2023. – № 4 (12). – С. 34–48.
8. Костенко В. В. Емпіричне дослідження психічного стану внутрішньо переміщених осіб в Україні / В. В. Костенко, О. О. Шевченко // Український психологічний журнал. – 2023. – № 1 (15). – С. 78–95.
9. Кузікова С. Б. Травматичний досвід мешканців деокупованих територій України / С. Б. Кузікова, В. Л. Зливков, С. О. Лукомська // Insight: the Psychological Dimensions of Society. – 2023. – Вип. 9. – С. 133–142.
10. Мірошніченко Н. О. Соціально-психологічна підтримка внутрішньо переміщених осіб: нові виклики та рішення / Н. О. Мірошніченко // Психологічна підтримка в умовах війни : матеріали наук.-практ. конф. – Київ, 2023. – С. 55–60.

11. Павленко В. В. Психологія екстремальних ситуацій : навчальний посібник / В. В. Павленко. – Харків : ХНУ імені В. Н. Каразіна, 2021. – 367 с.
12. Савчук О. Ю. Когнітивно-поведінкова терапія посттравматичного стресового розладу: український контекст / О. Ю. Савчук, В. В. Іванченко // Психологічні перспективи. – 2022. – № 39. – С. 112–126.
13. Сапон В. В. Психологія стресу : навчальний посібник / В. В. Сапон, О. Г. Копилець. – Київ : Центр учбової літератури, 2021. – 280 с.
14. Слободянюк О. В. Психологічні наслідки війни для цивільного населення: напрями психокорекційної роботи / О. В. Слободянюк // Актуальні проблеми психології. – 2022. – Т. X, вип. 39. – С. 89–98.
15. Титаренко Т. М. Психологічне здоров'я особистості: засоби самодопомоги в умовах тривалої травматизації : монографія / Т. М. Титаренко ; Національна академія педагогічних наук України, Інститут соціальної та політичної психології. – Кропивницький : Імекс-ЛТД, 2018. – 120 с.
16. Храбан Т. Є. Прийняття стратегій копінгу українськими цивільними в перші дні після початку війни 2022 року / Т. Є. Храбан // Insight: the Psychological Dimensions of Society. – 2022. – Вип. 7 (5). – С. 85–92.
17. Ячнік Ю. Б. Психічне здоров'я населення України під час війни: проблеми, тенденції, перспективи розвитку служби психічного здоров'я / Ю. Б. Ячнік, І. Ю. Пінчук // Медична психологія. – 2023. – № 1. – С. 7–16.
18. Збірник методик, рекомендованих для проведення психологічного діагностування під час заступання у добовий наряд зі зброєю (для використання офіцерами-психологами та психологами) / Головне управління морально-психологічного забезпечення Збройних Сил України ; за ред. С. Корнійчука. – Київ : ГУ МПЗ ЗС України, 2020. – 156 с.
19. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5) / American Psychiatric Association. – 5th ed. – Washington, DC : American Psychiatric Publishing, 2013. – 992 p.
20. Dawson K. S. Problem Management Plus (PM+): a WHO transdiagnostic psychological intervention for common mental health problems / K. S. Dawson, R. A.

Bryant, M. Harper et al. // World Psychiatry. – 2015. – Vol. 14, № 3. – P. 354–357. – DOI: <https://doi.org/10.1002/wps.20255>

21. Inter-Agency Standing Committee (IASC). IASC Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings / IASC. – Geneva : IASC, 2007. – 130 p.

22. Rahman A. Effectiveness of the peer-delivered Thinking Healthy Programme for perinatal depression and child outcomes in Pakistan: a cluster randomised controlled trial / A. Rahman, Z. Hamdani, S. S. Awan et al. // The Lancet Psychiatry. – 2016. – Vol. 3, № 5. – P. 436–446. – DOI: [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)00048-X](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)00048-X)

23. Tol W. A. Mental health and psychosocial support in humanitarian settings: a public mental health perspective / W. A. Tol, M. J. D. Jordans, B. Kohrt et al. // Epidemiology and Psychiatric Sciences. – 2013. – Vol. 22, № 3. – P. 203–211. – DOI: <https://doi.org/10.1017/S2045796013000188>

24. van Ginneken N. Non-specialist health worker interventions for the care of mental, neurological and substance-abuse disorders in low- and middle-income countries / N. van Ginneken, P. Tharyan, S. Lewin et al. // Cochrane Database of Systematic Reviews. – 2013. – Issue 11. – Art. CD009149. – DOI: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD009149.pub2>

25. World Health Organization. International Classification of Diseases 11th Revision (ICD-11) / WHO. – Geneva : World Health Organization, 2019. – Доступно з: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en> (Дата звернення: 08.10.2025).

26. World Health Organization. Problem Management Plus (PM+): Individual psychological help for adults impaired by distress in communities exposed to adversity (Generic field trial version 1.0) / WHO. – Geneva : World Health Organization, 2016. – 102 p.

27. World Health Organization. Psychological first aid: Guide for field workers / WHO, War Trauma Foundation, World Vision International. – Geneva : World Health Organization, 2011. – 60 p.

ДОДАТКИ

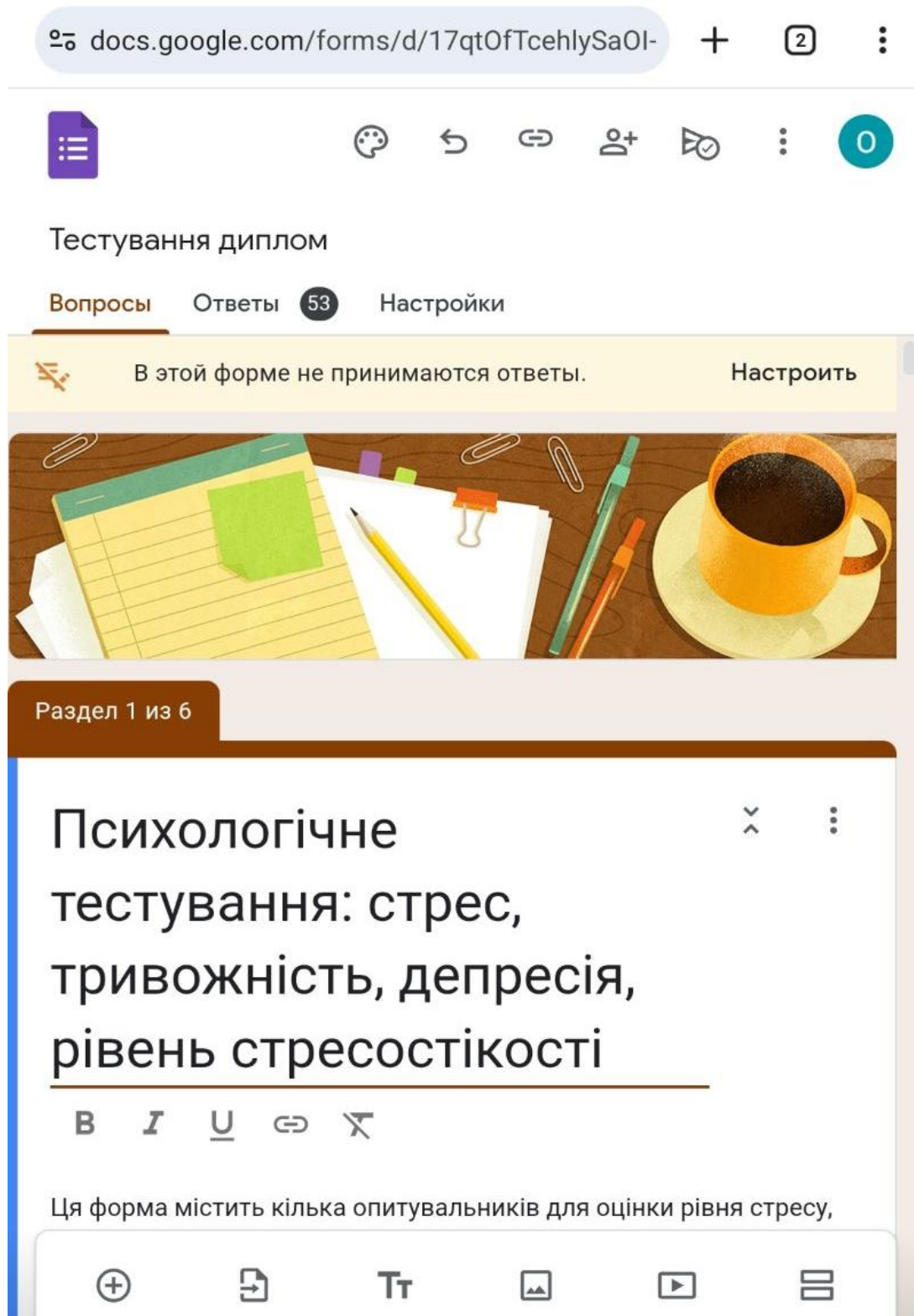
Додаток А

Сертифікат консультанта за програмою «УП+»



Тест-опитувальник наведений в гугл-формі за посиланням:
https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSef3FI_Kkxnb3za2yQ0DcGOTEbS_IqFvaZ6QaVcI1CXiJNV3g/viewform?usp=header

Фрагмент гугл-форми для проведення опитування



docs.google.com/forms/d/17qtOfTcehlySaOl-

Тестування диплом

Вопросы Ответы 53 Настройки

В этой форме не принимаются ответы. Настроить

Раздел 1 из 6

Психологічне
тестування: стрес,
тривожність, депресія,
рівень стресостікості

В I U ↺ ↻

Ця форма містить кілька опитувальників для оцінки рівня стресу,

Фрагмент результатів опитувальника

Тестування диплом...													
	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M
1	Отметка	Ваше ім'я	Ваша стат	Ваш вік	Ваше місто	1. Як част	2. Як част	3. Як част	4. Як част	5. Як част	6. Як част	7. Як част	8. Як част
2	2025/10/01	Наталія	Жіноча	49	Харків	2	2	2	4	1	4	3	2
3	2025/10/01	Олена	Жіноча	45	Харків	0	4	0	2	3	3	4	3
4	2025/10/01	Наталія	Жіноча	49	Харківськ	2	2	0	4	2	3	2	1
5	2025/10/01	Наталія	Жіноча	39	Харківськ	3	3	0	1	1	4	0	3
6	2025/10/01	Ольга	Жіноча	46	Місто	4	1	3	4	2	3	1	2
7	2025/10/01	Олена	Жіноча	60	Харків	3	2	2	3	2	3	3	3
8	2025/10/01	Вікторія	Жіноча	42	Харків	4	1	1	4	1	4	1	2
9	2025/10/01	Катерина	Жіноча	32	Харків	0	1	3	1	2	4	2	4
10	2025/10/01	Анна	Жіноча	37	Місто Хар	1	2	1	2	2	2	3	2
11	2025/10/01	Валерія	Жіноча	32	м.Харків	2	1	3	2	3	2	3	1
12	2025/10/01	Ірина	Жіноча	43	Місто	0	2	1	3	1	3	0	1
13	2025/10/01	Вероніка	Жіноча	21	Харків	3	2	2	3	2	3	4	3
14	2025/10/01	А	Жіноча	30	Харків	1	2	3	2	3	1	4	4
15	2025/10/01	Владисла	Жіноча	51	м. Ізюм, Х	0	1	0	4	1	3	2	1
16	2025/10/01	Нинель	Жіноча	43	м.Харків	2	3	3	4	1	3	3	4
17	2025/10/01	Віталій	Чоловіча	47	м. Харків	3	1	0	3	1	3	2	2
18	2025/10/01	Світлана	Жіноча	42	Харків	2	1	1	3	1	4	1	1
19	2025/10/01	Lyudmika	Жіноча	50	Харків	2	1	0	4	1	3	2	1
20	2025/10/01	Вікторія	Жіноча	46	Місто	3	3	1	3	1	3	1	2
21	2025/10/01	Анастасія	Жіноча	18	Харків	2	3	2	4	3	4	3	2
22	2025/10/01	Віра	Жіноча	19	Харків	1	2	1	2	3	2	2	3
23	2025/10/01	Олена	Жіноча	42	Харків	3	2	1	3	1	3	2	1
24	2025/10/01	Анастасія	Жіноча	28	м. Златоп	3	2	3	3	2	3	4	2
25	2025/10/01	Алла	Жіноча	46	Місто Хар	3	2	1	4	1	4	1	1
26	2025/10/01	Анна	Жіноча	32	Харків	2	3	1	3	3	3	2	3
27	2025/10/01	Олена	Жіноча	53	Харків	0	2	2	3	3	0	3	4
28	2025/10/01	Галина	Жіноча	71	Харків	4	3	2	3	2	2	3	3
29	2025/10/01	Інна	Жіноча	39	Харківськ	1	4	3	4	4	2	4	4
30	2025/10/01	Лариса	Жіноча	57	Харківськ	2	2	3	3	2	4	3	3
31	2025/10/01	Наталія	Жіноча	36	Харків	2	1	2	3	2	2	2	4
32	2025/10/01	Ольга	Жіноча	69	Харків	2	3	3	3	0	3	1	3
33	2025/10/01	Валентин	Жіноча	73	м.Харків	2	2	1	3	2	3	1	1
34	2025/10/01	Юлія	Жіноча	36	Харків	4	2	2	3	2	4	2	2
35	2025/10/01	Ліза	Жіноча	35	Харківськ	0	4	4	1	4	1	4	4
36	2025/10/01	Олена	Жіноча	45	селище В	4	2	2	2	3	1	3	3
37	2025/10/01	Валентин	Жіноча	48	Харків	0	2	1	3	2	3	0	1
38	2025/10/01	Алла	Жіноча	58	м.Харків	3	1	1	3	1	3	1	2
39	2025/10/01	Наталя	Жіноча	45	Харків	3	4	3	4	2	3	4	4
40	2025/10/01	Оксана	Жіноча	48	Село	3	3	1	3	1	2	2	2
41	2025/10/01	☹️ Це ж к	Жіноча	38	Харків	2	4	2	4	2	3	2	2
42	2025/10/01	Вікторія	Жіноча	36	Харківськ	0	1	0	4	0	4	4	4
43	2025/10/01	Наталья	Жіноча	47	Харьков	0	1	1	3	1	4	2	1
44	2025/10/01	Наталя	Жіноча	40	Харківськ	0	4	4	0	4	0	4	4
45	2025/10/01	Євгенія	Жіноча	35	Харків	2	3	3	3	1	3	1	3
46	2025/10/01	Ксенія	Жіноча	18	Харків	4	2	0	3	0	3	1	1
47	2025/10/01	Володим	Чоловіча	52	Харківськ	0	0	1	3	0	4	2	1
48	2025/10/01	Таїсія	Жіноча	52	Харків	2	2	0	2	1	4	2	2
49	2025/10/01	Марина	Жіноча	55	Харків	4	2	2	3	2	3	2	2
50	2025/10/01	Ніна	Жіноча	65	Златопілі	2	2	2	3	0	3	2	3
51	2025/10/01	Віра	Жіноча	72	М.Запорі	0	1	1	1	2	2	2	4
52	2025/10/01	Наталья	Жіноча	49	Харьков	2	3	3	2	2	2	2	3
53	2025/10/01	Юлія	Жіноча	36	Харків	3	2	0	3	2	4	1	2
54	2025/10/11	Tetiana	Жіноча	44	Харків	3	3	1	3	3	3	2	2
55													
56													
57													
58													
59													

Тестування диплом ▼

5.Тест шкал...

3. Стресост...

Тест +

Відповіді респондентів на методику «Тесту Персе» та результати

№	1. Як часто ви відчували, що життя вас переповнює?	2. Як часто ви не могли контролювати важливі речі у житті?	3. Як часто ви відчували, що усі ваші зусилля — дарма?	4. Як часто ви ставили собі цілі й змогли їх досягти? (зворотне)	5. Як часто ви відчували, що все навколо вас виходить з-під контролю?	6. Як часто ви впевнено справлялися з важкими завданнями? (зворотне)	7. Як часто ви відчували, що не маєте енергії, щоб усе зробити?	8. Як часто ви дуже нервували?	9. Як часто ви змогли заспокоїтись після того, як щось сильно засмутило вас?	10. Як часто ви думали, що нічого не зміниться, навіть якщо ви постараетесь?	Результат
1	2	2	2	4	1	4	3	2	2	1	15
2	0	4	0	2	3	3	4	3	2	1	20
3	2	2	0	4	2	3	2	1	3	1	13
4	3	3	0	1	1	4	0	3	3	1	17
5	4	1	3	4	2	3	1	2	3	0	15
6	3	2	2	3	2	3	3	3	3	2	20
7	4	1	1	4	1	4	1	2	2	2	14
8	0	1	3	1	2	4	2	4	3	2	14
9	1	2	1	2	2	2	3	2	2	1	18
10	2	1	3	2	3	2	3	1	3	2	18
11	0	2	1	3	1	3	0	1	4	2	10
12	3	2	2	3	2	3	4	3	2	2	22
13	1	2	3	2	3	1	4	4	1	3	28
14	0	1	0	4	1	3	2	1	2	1	9
15	2	3	3	4	1	3	3	4	3	3	21
16	3	1	0	3	1	3	2	2	3	0	12
17	2	1	1	3	1	4	1	1	4	1	9
18	2	1	0	4	1	3	2	1	3	0	9
19	3	3	1	3	1	3	1	2	2	1	16
20	2	3	2	4	3	4	3	2	3	2	18
21	1	2	1	2	3	2	2	3	2	2	20
22	3	2	1	3	1	3	2	1	4	0	12
23	3	2	3	3	2	3	4	2	4	1	19
24	3	2	1	4	1	4	1	1	3	0	10
25	2	3	1	3	3	3	2	3	4	4	20
26	0	2	2	3	3	0	3	4	1	4	25
27	4	3	2	3	2	2	3	3	3	2	23
28	1	4	3	4	4	2	4	4	4	3	25
29	2	2	3	3	2	4	3	3	3	3	20
30	2	1	2	3	2	2	2	4	3	0	17
31	2	3	3	3	0	3	1	3	3	1	16
32	2	2	1	3	2	3	1	1	2	4	17
33	4	2	2	3	2	4	2	2	3	0	21
34	0	4	4	1	4	1	4	4	1	4	24
35	4	2	2	2	3	1	3	3	3	0	23
36	0	2	1	3	2	3	0	1	4	0	8
37	3	1	1	3	1	3	1	2	3	0	17
38	3	4	3	4	2	3	4	4	3	2	14

39	3	3	1	3	1	2	2	2	3	1	17
40	2	4	2	4	2	3	2	2	3	1	21
41	0	1	0	4	0	4	4	4	3	0	18
42	0	1	1	3	1	4	2	1	4	1	16
43	0	4	4	0	4	0	4	4	4	4	36
44	2	3	3	3	1	3	1	3	3	2	18
45	4	2	0	3	0	3	1	1	2	0	11
46	0	0	1	3	0	4	2	1	4	0	5
47	2	2	0	2	1	4	2	2	2	1	16
48	4	2	2	3	2	3	2	2	2	2	20
49	2	2	2	3	0	3	2	3	2	2	19
50	0	1	1	1	2	2	2	4	3	1	17
51	2	3	3	2	2	2	2	3	3	2	22
52	3	2	0	3	2	4	1	2	4	1	12
53	3	3	1	3	3	3	2	2	2	3	21

Додаток Д

Таблиця відповідей на питання опитувальника тривожності та депресії «HADS»

№	1. Я відчуваю напругу або неспокій	2. Я відчуваю неспокійні думки	3. Я відчуваю напругу через дрібниці	4. Я нервую через невизначеність майбутнього	5. Мене лякають безпідставні тривоги	6. У мене часто буває відчуття страху	7. Я не можу сидіти спокійно, мені хочеться рухатись.	8. Я втратив інтерес до речей, які раніше подобались.	9. Я почувуюсь пригнічено, сумно або безнадійно.	10. Я не можу знайти задоволення у повсякденних справах.	11. Мені важко починати щось робити.	12. Я відчуваю, що життя позбавлене сенсу.	13. Я відчуваю втому або виснаження.	14. Я почувуюсь безпорадним або нікчемним.	результати
1	2	2	2	3	2	1	1	2	1	1	1	1	2	0	21
2	2	2	2	2	2	1	1	1	0	0	2	0	3	1	19
3	2	2	1	0	1	0	3	1	2	3	1	0	3	0	19
4	2	3	3	0	3	3	1	1	3	1	1	0	2	2	25
5	2	1	1	1	0	0	3	0	1	0	0	0	1	0	10
6	2	2	1	1	1	1	2	1	1	1	1	0	2	1	17
7	2	1	0	2	0	1	3	0	0	0	0	0	1	0	10
8	2	2	1	0	1	2	3	1	2	3	0	0	2	0	19
9	2	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	5
10	2	1	0	1	0	0	0	2	1	2	2	1	1	0	13
11	2	1	0	1	0	1	3	0	0	0	1	0	1	0	10
12	2	2	2	3	2	2	1	1	2	2	1	1	3	1	25
13	2	3	3	3	3	2	1	3	3	2	2	2	2	2	33
14	2	1	0	1	0	1	0	1	1	1	0	0	1	0	9
15	2	2	1	1	2	1	1	1	1	0	1	0	1	0	14
16	2	1	0	1	0	0	0	2	1	2	1	1	1	0	12
17	2	1	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	6
18	2	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	5
19	2	1	1	1	1	1	3	1	1	0	1	0	2	1	16
20	2	1	0	2	1	1	1	1	0	0	1	0	2	1	13
21	2	1	3	1	1	1	0	1	1	1	3	1	2	1	19
22	2	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1	0	0	0	5
23	2	3	2	2	3	3	1	3	2	2	3	1	3	1	31
24	2	1	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	6
25	2	0	0	3	0	1	2	0	1	1	2	0	2	1	15
26	2	2	3	3	1	2	0	2	2	3	3	0	2	3	28
27	2	2	2	3	3	3	2	2	2	2	1	1	2	1	28
28	2	3	1	3	3	3	3	2	1	2	2	2	2	3	32
29	2	2	1	3	1	2	1	1	1	1	1	1	2	1	20
30	2	2	1	3	2	2	1	1	1	2	1	1	3	1	23
31	2	2	1	3	1	1	3	0	1	2	3	1	2	1	23
32	2	0	0	1	1	0	3	2	0	1	0	0	2	0	12

33	2	1	1	2	1	1	0	2	0	0	1	0	0	0	11
34	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	41
35	2	2	2	2	0	1	3	0	0	0	0	0	2	0	14
36	2	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	5
37	2	1	0	1	0	1	1	0	0	0	1	0	1	0	8
38	2	0	2	2	0	2	3	0	0	0	0	0	1	1	13
39	2	1	1	1	0	0	2	1	0	1	2	0	1	0	12
40	2	0	0	3	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1	20
41	2	0	1	3	0	1	0	0	0	1	0	0	2	0	10
42	2	2	2	3	1	0	2	0	2	1	1	2	2	0	20
43	2	3	3	3	3	3	0	3	3	3	3	3	3	3	38
44	2	2	2	3	2	2	3	2	2	2	3	2	2	2	31
45	2	0	0	1	0	1	2	0	1	0	0	0	0	0	7
46	2	1	0	1	0	0	0	0	0	0	3	0	0	0	7
47	2	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	5
48	2	1	2	1	1	1	1	1	1	1	2	0	2	1	17
49	2	2	2	2	2	2	3	1	1	1	1	0	2	0	21
50	3	3	2	3	3	3	3	2	2	2	3	3	3	0	35
51	2	2	3	3	3	3	2	2	2	2	2	3	3	3	35
52	1	1	0	1	0	0	1	0	0	0	1	0	1	0	6
53	2	1	1	2	1	1	3	2	0	0	1	0	1	0	15

Опитувальник «Самопочуття – Активність – Настрій (САН)

Методика призначена для оперативної оцінки самопочуття, активності та настрою (перші букви цих функціональних станів і складають назву опитувальника).

Інструкція: “Вам необхідно співвіднести свій стан із рядом ознак за багатоступінчатою шкалою. Шкала складається з індексів (3 2 1 0 1 2 3) і розташована між тридцятьма парами слів протилежного значення, які відображають рухливість, швидкість і темп протікання функцій (активність), силу, здоров’я, стомлення (самопочуття), а також характеристики емоційного стану (настрій). Ви повинні вибрати та помітити цифру, яка найбільш точно відображає Ваш стан у момент обстеження”.

“Ключ”

Шкала “самопочуття” – 1, 2, 7, 8, 13, 14, 19, 20, 25, 26.

Шкала “активність” – 3, 4, 9, 10, 15, 16, 21, 22, 27, 28.

Шкала “настрій” – 5, 6, 11, 12, 17, 18, 23, 24, 29, 30.

Обробка та інтерпретація результатів

Під час обробки отриманих даних оцінки респондентів необхідно перекодувати таким чином: *індекс 3*, який відповідає незадовільному самопочуттю, низькій активності та поганому настрою, приймається за 1 бал; наступний *індекс 2* приймається за 2 бали; *індекс 1* – за 3 бали і так до *індекса 3* протилежного боку шкали, який відповідно приймається за 7 балів (*увага:* полюси шкали постійно змінюються).

Позитивні функціональні стани завжди отримують високі бали, а негативні – низькі. По цих “приведених балах” і розраховується середнє арифметичне як у цілому, так і окремо з активності, самопочуття та настрою.

При аналізі функціонального стану важливими є не тільки значення окремих його показників, але і їх співвідношення. У відпочилої людини оцінки активності, настрою та самопочуття зазвичай приблизно рівні.

[illegible]

Результати опитування на опитувальник «Самопочуття – Активність – Настрій
(САН)

Самопочуття добре - Самопочуття погане		Відчуваю себе сильним - Відчуваю себе слабким		Пасивний - Активний		Малорухливий - Рухливий		Веселий - Сумний		Гарний настрій - Поганий настрій		Працездатний - Розбитий		Сповнений сил - Знесилений		Повільний - Швидкий		Бездіяльний - Діяльний		Шасливий - Нещасливий		Життєрадісний - Похмурий		Здоровий - Хворий		Напружений - Розслаблений		Байдужий - Захопливий		Спокійний - Схвилюваний		Захоплений - Сумовитий		Радісний - Печальний		Відпочивший - Стомлений		Свіжий - Виснажений		Сонливий - Збуджений		Бажання відпочити - Бажання працювати		Спокійний - Стурбований		Оптимістичний - Песимістичний		Витривалий - Втомлений		Бадьорий - В'ялий		Розуміти важко - Розуміти легко		Неуважний - Уважний		Повний надій - Розчарований		Задоволений - Незадоволений	
2	1	1	3	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	2	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	1	1	2	2	1	1	2	2	1	1	2	1	1										
1	1	1	3	3	2	1	2	1	3	3	3	3	2	1	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2										
2	1	1	-3	3	3	3	2	1	-3	0	3	2	-1	-2	2	2	3	2	1	0	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2										
2	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	3	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2										
2	3	2	3	2	2	2	0	1	2	0	1	0	1	2	1	2	2	1	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2										
2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2										
2	2	2	2	2	2	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2										
1	2	2	3	1	0	1	-1	3	2	0	0	0	-1	1	0	1	0	-1	-1	-2	2	-1	1	1	0	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2										
3	3	3	3	3	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	3	2	3	2	2	3	2	3	3	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2										
3	2	-1	0	1	1	2	1	1	-1	1	1	2	-2	-1	1	1	1	2	1	0	1	2	1	1	1	-1	-1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1										
3	3	1	0	3	3	2	3	0	1	3	3	3	0	1	3	3	3	2	2	1	3	3	3	3	0	0	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3										
2	2	1	2	1	2	2	2	1	1	2	2	3	2	1	2	2	2	0	1	3	3	2	2	1	3	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2										
1	1	2	2	1	1	0	1	2	2	1	1	2	2	2	1	1	1	1	1	2	2	1	1	1	2	3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1										
2	2	-2	-2	2	2	2	2	-2	-2	1	1	2	1	-2	2	2	1	2	2	-1	-2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2										
3	3	3	3	3	3	3	3	1	3	3	3	3	1	1	3	3	3	3	3	2	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3										
0	0	2	1	2	1	1	1	2	2	0	0	0	2	2	1	2	1	3	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2										
3	3	2	3	3	3	3	3	2	2	3	3	1	2	3	3	3	3	2	3	2	1	-3	-2	-1	2	2	3	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2										
3	3	2	0	3	3	3	2	-1	-2	3	3	2	0	-3	3	3	3	2	2	0	0	3	3	2	2	0	0	3	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2										
2	1	3	3	2	1	1	1	2	3	1	1	2	1	3	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2										
3	2	0	0	2	2	2	0	0	0	1	1	1	1	0	0	0	0	-2	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1										
1	1	1	0	1	2	0	1	-1	1	0	1	0	1	1	0	1	0	2	3	0	1	0	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1										
3	3	-2	-2	2	3	3	3	-2	-2	3	3	2	-2	-2	2	2	3	3	3	-2	-1	2	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2										
1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	-2	-1	2	2	0	0	-1	-1	-1	-1	-1	-1	-1	-1	-1	-1	-1	-1	-1	-1	-1	-1	-1	-1	-1	-1	-1	-1	-1	-1	-1											
3	3	0	3	3	3	3	2	0	0	3	3	3	3	1	3	3	3	2	3	2	1	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3										
2	2	1	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2										

2	2	2	1	1	2	2	2	1	1	1	1	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	1	1	3	1	2	2	1	3
0	-2	2	1	-1	-1	-2	-2	2	1	-3	-3	-1	3	3	-3	-3	-3	-3	-3	-3	2	-3	-3	-3	-3	3	3	-3	-3
-3	0	-2	-2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	-1	-3	0	-3	-3	-3	-3	0	-3	0	-3	0	0	0	1	3
2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	1	1	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
2	1	2	2	2	1	2	2	2	1	2	2	2	1	1	2	1	1	-1	1	3	1	1	2	1	1	2	1	1	2
2	2	1	1	3	2	0	2	1	1	2	3	0	-1	-2	2	2	2	1	2	2	3	2	2	2	2	1	3	1	3
-2	3	-2	-2	-2	-3	2	2	0	3	2	2	0	1	1	2	1	2	1	1	-1	0	1	1	2	2	-2	0	1	1
3	-2	1	2	2	3	2	2	0	-2	3	3	3	-1	-3	1	3	3	1	1	1	-1	2	2	2	2	2	-1	1	2
-2	-2	2	2	-2	-2	-2	-2	2	2	-2	-2	-3	2	2	-3	-2	-3	-3	-2	2	3	-3	-2	-2	-2	2	2	-2	-2
1	1	2	-2	0	1	2	0	0	-2	1	0	1	1	1	-1	0	0	-2	-1	-1	2	-1	2	-2	0	1	2	1	1
3	3	-3	-3	3	3	3	3	-3	-3	3	3	3	-2	-3	2	3	3	2	3	-1	3	2	3	3	3	-2	-3	3	3
2	2	-2	-2	2	2	2	2	-2	-2	2	2	2	-1	-2	2	2	2	2	2	-2	-2	2	3	2	2	-2	-2	2	2
1	2	1	1	-2	2	2	1	1	1	2	1	2	0	-1	2	0	1	2	2	3	3	3	2	1	1	3	1	2	2
2	3	1	2	3	3	2	1	2	2	3	3	1	2	1	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	3	2
2	1	1	3	2	2	2	1	2	1	2	2	2	2	1	3	1	3	1	3	2	3	2	2	2	2	3	1	2	1
0	2	-3	-3	3	2	3	0	-3	-3	1	3	-1	1	-3	-2	3	2	-2	-2	2	3	-3	3	3	0	-3	-3	3	3
2	1	-3	-3	0	2	2	1	-2	-3	3	3	3	1	-2	-2	2	0	0	-1	1	2	-2	3	-1	0	-3	-2	0	-3
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	0	2	2	0	2	2	0	1	2	2	0	2	1	2	0	2	2	2	1	1	2	1	-1	-2	2	1	-1	1
3	3	1	1	3	3	3	3	0	1	3	3	3	0	1	3	3	3	3	3	1	1	-2	3	3	3	0	1	3	3
2	2	2	2	3	2	1	2	1	2	2	2	-1	0	-2	3	3	2	2	2	1	2	3	3	3	2	2	-2	2	2
2	3	0	0	2	2	2	2	1	2	1	2	2	2	1	1	2	2	1	1	2	2	1	3	1	1	2	1	2	1
2	2	-2	-1	0	1	2	1	2	-2	1	1	1	0	-2	0	0	1	1	1	0	0	0	2	1	1	0	0	2	1
3	2	1	1	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2
2	1	3	3	0	1	1	0	2	2	3	1	2	2	2	2	3	3	2	1	0	3	2	3	1	1	2	2	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	3	2	2	1	1	3	3	3	2	3	1	3	1
3	2	3	3	3	3	3	2	2	2	-3	3	3	0	0	3	1	3	2	1	0	3	3	3	3	2	1	3	3	3
2	2	-1	-2	2	1	-1	0	1	-2	2	2	2	2	-1	1	-1	1	2	2	0	1	2	2	1	2	1	1	1	1

**Результати обробки методики опитувальника «Самопочуття – Активність –
Настрій (САН)**

№	Самопочуття (С)	Активність (А)	Настрій (Н)	С (норм)	А (норм)	Н (норм)
1	1,10	1,60	1,20	5,10	5,60	5,20
2	1,70	1,70	1,80	5,70	5,70	5,80
3	1,30	-0,30	1,70	5,30	3,70	5,70
4	2,20	1,90	2,30	6,20	5,90	6,30
5	1,40	1,50	1,30	5,40	5,50	5,30
6	2,00	2,00	2,00	6,00	6,00	6,00
7	2,00	2,00	2,00	6,00	6,00	6,00
8	0,10	0,70	0,50	4,10	4,70	4,50
9	2,30	2,30	2,60	6,30	6,30	6,60
10	1,10	-0,20	1,10	5,10	3,80	5,10
11	2,40	1,60	2,80	6,40	5,60	6,80
12	1,70	1,70	1,70	5,70	5,70	5,70
13	1,10	1,70	1,10	5,10	5,70	5,10
14	1,40	-0,90	1,10	5,40	3,10	5,10
15	2,80	2,10	2,30	6,80	6,10	6,30
16	0,80	1,50	1,00	4,80	5,50	5,00
17	2,40	2,10	1,80	6,40	6,10	5,80
18	2,20	0,10	2,50	6,20	4,10	6,50
19	1,40	2,20	1,70	5,40	6,20	5,70
20	0,70	0,10	0,70	4,70	4,10	4,70
21	0,90	0,40	0,60	4,90	4,40	4,60
22	2,30	-0,70	2,30	6,30	3,30	6,30
23	-0,10	0,20	-0,30	3,90	4,20	3,70
24	2,60	1,80	2,50	6,60	5,80	6,50
25	1,70	1,80	1,80	5,70	5,80	5,80
26	1,70	1,70	1,80	5,70	5,70	5,80
27	-1,90	0,70	-2,70	2,10	4,70	1,30
28	-0,90	-1,50	-0,60	3,10	2,50	3,40
29	1,70	1,70	2,00	5,70	5,70	6,00
30	1,40	1,50	1,50	5,40	5,50	5,50
31	1,60	0,30	2,10	5,60	4,30	6,10
32	1,30	0,10	1,60	5,30	4,10	5,60
33	-1,70	1,10	-2,10	2,30	5,10	1,90
34	0,60	-0,30	0,70	4,60	3,70	4,70
35	2,80	-0,80	2,70	6,80	3,20	6,70
36	2,00	-0,70	2,00	6,00	3,30	6,00

37	1,30	0,70	1,30	5,30	4,70	5,30
38	1,60	1,80	2,10	5,60	5,80	6,10
39	1,60	1,70	1,90	5,60	5,70	5,90
40	1,30	1,80	1,80	5,30	5,80	5,80
41	1,40	-1,50	1,70	5,40	2,50	5,70
42	0,60	-1,70	0,00	4,60	2,30	4,00
43	1,50	1,40	1,70	5,50	5,40	5,70
44	1,40	1,60	1,70	5,40	5,60	5,70
45	2,10	1,80	2,10	6,10	5,80	6,10
46	1,70	1,80	1,90	5,70	5,80	5,90
47	1,30	1,70	1,80	5,30	5,70	5,80
48	1,40	1,50	1,90	5,40	5,50	5,90
49	1,10	-1,10	1,20	5,10	3,90	5,20
50	0,80	-0,70	-0,30	4,80	3,30	3,70
51	1,40	1,50	1,70	5,40	5,50	5,70
52	2,30	1,60	2,50	6,30	5,60	6,50
53	1,20	0,20	1,30	5,20	4,20	5,30

Результати відповідей респондентів на питання «Тесту на стресостійкість»

1. Ви їсте принаймні одну гарячу страву на день?	2. Ви спите 7-8 годин принаймні чотири рази на тиждень?	3. Я відчуваю напругу через дрібниці	4. У межах 50 кілометрів у вас є хоча б одна людина, на яку ви можете покластися?	5. Ви працюєте до поту хоча б два рази на тиждень?	6. Ви палите менше половини пачки сигарет на день?	7. За тиждень ви споживаєте не більше п'яти чарок алкогольних напоїв?	8. Ваша вага відповідає вашому росту?	9. Ваш дохід цілком задовольняє ваші основні потреби?	10. Вас підтримує ваша віра?	11. Ви регулярно займаєтеся суспільною діяльністю?	12. У вас багато друзів і знайомих?	13. У вас один чи двох друзів, яким ви цілком довіряєте?	14. Ви здорові?	15. Ви можете відкрито заявити про свої почуття, коли ви злі чи стурбовані чим-небудь?	16. Ви регулярно обговорюєте з людьми, з якими живете, ваші домашні проблеми?	17. Ви робите щось жартوما хоча б раз на тиждень?	18. Ви робите щось жартوما хоча б раз на тиждень?	19. За день ви споживаєте не більше трьох чашок кави, інших напоїв, які містять кофеїн?	20. У вас є небагато часу для себе протягом кожного дня?	сума	результат
2	2	2	3	4	5	5	4	5	2	2	3	3	3	2	2	3	3	4	3	62	42
1	2	1	1	1	5	1	1	4	1	1	1	1	3	3	2	3	3	5	3	43	23
1	4	3	1	3	1	1	5	3	3	1	1	1	2	1	1	3	3	5	2	45	25
3	3	1	1	1	5	5	1	4	1	4	3	4	1	5	2	3	3	5	3	58	38
3	3	2	2	1	1	1	3	2	1	2	1	3	2	2	3	2	2	5	1	42	22
1	4	2	1	1	1	1	2	2	1	2	1	1	2	1	1	2	2	1	4	33	13
1	1	1	1	3	5	5	1	2	1	2	3	2	1	1	1	1	1	5	3	41	21
2	2	3	4	2	5	3	2	5	5	4	4	5	3	3	2	3	4	4	3	68	48
1	3	1	2	1	5	4	3	3	1	3	3	1	3	1	1	2	2	4	3	47	27
1	4	3	4	4	1	1	1	2	2	4	4	4	1	3	2	3	3	5	1	53	33
1	2	2	1	3	5	5	3	4	2	3	4	1	3	1	2	1	1	2	2	48	28
4	4	2	1	2	5	5	1	3	2	3	3	1	2	3	1	1	1	1	4	49	29
3	1	3	1	5	5	5	1	4	2	4	4	2	2	2	2	2	2	5	2	57	37
3	3	2	1	2	5	5	3	2	2	2	2	2	2	3	2	3	3	2	2	51	31
2	2	1	2	2	4	4	4	4	3	3	2	2	2	2	1	2	2	1	2	47	27
2	4	2	1	1	5	4	4	3	2	3	3	2	2	1	1	2	2	3	3	50	30
2	1	1	1	2	4	4	1	5	1	5	2	3	1	1	1	1	1	1	2	40	20
1	1	1	1	3	1	1	3	1	1	2	2	1	2	1	1	1	1	5	3	33	13
3	4	3	1	2	1	5	5	2	2	3	2	1	3	3	2	1	2	1	1	47	27
2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	1	2	3	3	3	3	3	3	56	36
2	3	2	2	2	5	4	2	3	3	3	1	1	2	4	4	2	2	2	4	53	33
3	2	2	2	5	5	4	5	4	2	3	2	2	2	1	3	1	1	5	2	56	36
3	2	2	1	4	1	1	2	2	3	2	3	2	2	2	3	3	3	1	2	44	24
1	3	1	1	1	5	4	5	3	2	1	1	1	1	3	1	1	1	4	2	42	22
1	2	2	1	3	5	5	1	2	3	3	2	1	2	1	2	2	2	1	3	44	24
2	4	1	1	1	3	3	1	1	1	5	1	1	1	5	2	4	4	5	3	49	29
1	2	2	3	4	5	5	5	5	3	5	3	4	4	4	2	4	3	5	3	72	52
1	1	1	1	5	5	4	4	5	3	4	4	2	3	3	2	2	2	5	2	59	39
1	3	2	1	3	5	5	3	3	1	4	2	1	3	2	3	2	2	3	4	53	33
2	3	1	3	3	5	5	2	2	1	4	2	1	2	2	2	1	1	2	2	46	26

3	2	2	1	4	5	5	5	2	1	2	2	1	2	1	1	3	3	5	1	51	31
1	1	2	1	3	5	5	2	2	2	3	2	2	3	3	2	3	3	5	1	51	31
2	2	3	3	2	5	3	1	5	1	3	3	3	1	1	4	3	3	3	3	54	34
4	5	4	3	4	1	1	4	5	4	4	4	3	3	3	2	5	5	5	5	74	54
2	2	3	2	1	5	2	1	3	2	3	4	1	2	1	3	4	4	1	4	50	30
1	1	1	2	1	5	4	1	2	1	2	2	1	1	2	2	2	2	2	4	39	19
1	1	1	1	2	1	1	3	2	2	2	1	1	3	1	1	1	1	1	4	31	11
1	1	1	1	3	5	5	2	3	2	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	35	15
1	1	3	3	4	5	4	4	2	3	3	1	3	1	3	3	3	3	3	2	55	35
1	1	1	1	5	5	5	1	1	4	3	1	1	1	1	1	3	3	5	5	49	29
1	2	1	1	2	5	4	1	4	3	1	2	3	3	1	2	1	1	5	4	47	27
2	4	2	5	1	3	3	4	4	5	5	5	5	2	1	1	3	3	2	1	61	41
5	5	1	1	1	5	5	1	5	1	5	1	1	5	1	1	1	1	5	5	56	36
3	3	2	3	2	5	5	4	2	2	2	2	2	3	1	1	2	2	3	2	51	31
2	1	1	1	5	5	5	4	2	1	2	3	1	1	2	2	1	1	4	3	47	27
2	2	1	1	2	3	1	2	4	1	2	4	1	3	4	1	1	1	2	3	41	21
2	3	2	1	1	5	5	2	5	1	4	2	2	3	3	1	5	5	5	4	61	41
2	2	2	1	2	5	1	4	3	1	4	3	2	3	1	2	4	4	1	1	48	28
1	1	3	1	3	5	5	5	5	3	3	1	2	2	3	3	3	3	3	1	56	36
1	1	2	3	5	5	5	3	5	1	3	1	2	1	1	2	4	4	2	4	55	35
3	4	3	2	3	3	3	3	3	2	2	3	2	3	3	1	2	3	3	3	54	34
1	1	2	1	3	3	4	3	2	2	3	1	1	3	2	1	2	2	2	3	42	22
2	2	2	4	2	5	5	2	2	2	4	4	1	2	3	3	2	2	2	2	53	33

Таблиця відповідей респондентів методики « Шкала самооцінки тривоги Г.С.
Гамільтона» (The Hamilton Anxiety Rating Scale)

№	1. Я відчуваю напруженість, мені не по собі	2. Я відчуваю страх, здається, ніби щось жахливе може ось-ось статися	3. Неспокійні думки крутяться у мене в голові	4. Я легко можу сісти і розслабитися	5. Я відчуваю внутрішнє напруження або тремтіння	6. Я відчуваю непосидючість, немов мені постійно потрібно рухатися	7. У мене бувас раптове відчуття паніки	Результат
1	1	1	1	1	1	1	1	7
2	1	1	1	2	2	1	1	9
3	1	0	1	1	1	3	0	7
4	2	2	2	1	1	1	1	10
5	1	2	1	2	1	1	0	8
6	1	1	1	1	1	1	1	7
7	1	0	1	1	1	0	0	4
8	2	1	1	2	2	2	1	11
9	1	1	1	0	0	2	0	5
10	0	0	0	1	1	0	0	2
11	1	1	0	0	1	1	1	5
12	1	2	1	2	1	1	1	9
13	3	3	3	2	3	1	2	17
14	1	2	1	1	1	1	1	8
15	1	1	1	0	1	1	1	6
16	1	0	0	1	0	0	0	2
17	1	0	0	1	1	0	0	3
18	0	0	0	1	0	0	0	1
19	1	1	1	1	1	2	1	8
20	1	1	1	1	1	1	1	7
21	1	0	0	1	1	0	0	3
22	1	0	0	2	0	0	0	3
23	2	1	0	2	1	0	0	6
24	1	0	0	0	1	0	0	2
25	2	1	1	1	0	2	0	7
26	1	2	0	1	1	0	0	5
27	1	2	3	3	3	2	2	16
28	3	3	3	2	2	3	1	17
29	1	1	1	2	1	1	1	8
30	2	2	2	1	1	1	1	10
31	2	3	3	0	1	2	1	12
32	1	1	1	1	1	2	1	8
33	1	2	1	2	2	1	1	10
34	3	3	3	3	2	2	3	19
35	1	0	1	2	0	2	0	6
36	1	1	1	0	1	0	1	5
37	1	1	1	0	1	1	1	6

38	1	1	1	1	1	2	1	8
39	2	1	0	3	2	2	1	11
40	0	2	1	1	1	3	0	8
41	1	1	0	0	1	1	0	4
42	3	2	1	2	0	0	0	8
43	2	3	3	3	3	3	3	20
44	2	2	1	1	1	2	2	11
45	0	0	0	0	1	1	0	2
46	1	1	0	0	1	1	0	4
47	1	0	1	2	0	0	0	4
48	1	1	0	1	1	1	1	6
49	1	1	0	1	1	2	1	7
50	2	2	3	3	2	2	1	15
51	2	2	1	1	1	2	2	11
52	1	1	1	1	1	1	0	6
53	1	1	1	2	1	2	0	8

Результати відповідей респондентів на « Шкалу самооцінки тривоги
Г.С. Гамільтона» (The Hamilton Anxiety Rating Scale)

№	Сума балів	Рівень тривоги	Інтерпретація
1	7	Відсутність	Нормальний стан
2	9	Помірна	Легка тривожність
3	7	Відсутність	Нормальний стан
4	10	Помірна	Помірна тривожність
5	8	Помірна	Легка тривожність
6	7	Відсутність	Нормальний стан
7	4	Відсутність	Нормальний стан
8	11	Помірна	Помірна тривожність
9	5	Відсутність	Нормальний стан
10	2	Відсутність	Нормальний стан
11	5	Відсутність	Нормальний стан
12	9	Помірна	Легка тривожність
13	17	Висока	Висока тривожність
14	8	Помірна	Легка тривожність
15	6	Відсутність	Нормальний стан
16	2	Відсутність	Нормальний стан
17	3	Відсутність	Нормальний стан
18	1	Відсутність	Нормальний стан
19	8	Помірна	Легка тривожність
20	7	Відсутність	Нормальний стан
21	3	Відсутність	Нормальний стан
22	3	Відсутність	Нормальний стан
23	6	Відсутність	Нормальний стан
24	2	Відсутність	Нормальний стан
25	7	Відсутність	Нормальний стан
26	5	Відсутність	Нормальний стан
27	16	Висока	Висока тривожність
28	17	Висока	Висока тривожність
29	8	Помірна	Легка тривожність
30	10	Помірна	Помірна тривожність
31	12	Помірна	Помірна тривожність
32	8	Помірна	Легка тривожність
33	10	Помірна	Помірна тривожність
34	19	Висока	Висока тривожність
35	6	Відсутність	Нормальний стан
36	5	Відсутність	Нормальний стан
37	6	Відсутність	Нормальний стан

38	8	Помірна	Легка тривожність
39	11	Помірна	Помірна тривожність
40	8	Помірна	Легка тривожність
41	4	Відсутність	Нормальний стан
42	8	Помірна	Легка тривожність
43	20	Висока	Висока тривожність
44	11	Помірна	Помірна тривожність
45	2	Відсутність	Нормальний стан
46	4	Відсутність	Нормальний стан
47	4	Відсутність	Нормальний стан
48	6	Відсутність	Нормальний стан
49	7	Відсутність	Нормальний стан
50	15	Помірна	Помірна тривожність
51	11	Помірна	Помірна тривожність
52	6	Відсутність	Нормальний стан
53	8	Помірна	Легка тривожність