

ОДЕСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ І. І. МЕЧНИКОВА

Факультет психології та соціальної роботи

кафедра соціальної психології

Кваліфікаційна робота

на здобуття ступеня вищої освіти «бакалавр»

«Вплив війни на психоемоційний стан особистості»

«The impact of war on the psycho-emotional state of the individual»

Виконала: здобувачка денної форми навчання
спеціальності 053 Психологія
Освітня програма «Психологія»
Близнюк Єлизавета Олександрівна

Керівник: к. психол.н., доцент Амплєєва О.М. _____
Рецензент: к.психол.наук., доцент кафедри соціальної
роботи Варнава У.В. _____

Рекомендовано до захисту:
Протокол засідання кафедри
№ 9 від 22 травня 2025 р.

Завідувачка кафедри

(підпис)

О.І. Кононенко
(ПІБ)

Захищено на засіданні ЕК
протокол № від _____ 2025 р.
Оцінка _____ / _____ / _____
(за національною шкалою, шкалою ECTS, бали)
Голова ЕК

(підпис)

О.І. Кононенко
(ПІБ)

Одеса – 2025

ЗМІСТ

ВСТУП.....	3
РОЗДІЛ I. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ВПЛИВУ ВІЙНИ НА ПСИХОЕМІЦІЙНИЙ СТАН ОСОБИСТОСТІ.....	6
1.1. Теоретичні аспекти психоемоційного стану особистості в умовах війни.....	6
1.2. Вплив війни на психологічне здоров'я населення: стрес, тривога, депресія.....	10
1.3. Соціальні фактори та їх роль у формуванні психоемоційного стану особистості під час війни.....	18
Висновки до розділу 1.....	23
РОЗДІЛ II. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ВПЛИВУ ВІЙНИ НА ПСИХОЕМІЦІЙНИЙ СТАН ОСОБИСТОСТІ.....	24
2.1. Організація емпіричного дослідження та соціально-демографічні характеристики досліджуваних осіб.....	24
2.2. Аналіз результатів дослідження впливу війни на психоемоційний стан особистості	28
2.3. Рекомендації щодо підтримки психоемоційного стану особистості під час війни	43
Висновки до розділу 2.....	47
ВИСНОВКИ.....	49
СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ.....	52
ДОДАТКИ.....	59

ВСТУП

На сьогоднішній день в багатьох країнах світу, таких як Афганістан, Ірак, Нігерія, Південний Судан, Сирія та Україна, спостерігаються серйозні гуманітарні кризи, спричинені військовими конфліктами. За даними Організації Об'єднаних Націй (ООН), понад 68,6 мільйонів людей були змушені залишити свої домівки через збройну агресію та воєнні дії, що є найвищим показником з часів Другої світової війни. Це зростання кількості постраждалих від конфліктів тісно пов'язане із зростанням уваги до проблем психічного здоров'я, про що свідчить схвалення 10-річного продовження Плану дій у сфері психічного здоров'я 194 країнами-членами [47].

Рівень поширеності психічних розладів тісно корелює з кількістю травматичних подій, які люди пережили під час війни, а також з їхньою індивідуальною стресостійкістю та вразливістю. Постійний потік збройних конфліктів та глобальних криз призвів до безпрецедентної кількості людей, які почуваються напруженими, тривожними, депресивними та емоційно нестійкими. Глобально, ще не визнаний попит на ефективні профілактичні та лікувальні ресурси на час значно вплинув на тягар психічних захворювань. Цей розрив між потребами та доступними ресурсами продовжує зростати через брак фахівців з психічного здоров'я та незадоволені потреби у ранньому профілактичному лікуванні.

Актуальність дослідження полягає в тому, що на даний момент на території України тривають військові дії та мало відомо про те, як вони вплинули на психічне здоров'я українських студентів та які стратегії їх подолання буде застосовано в майбутньому.

Психічні розлади, викликані війною та травмою, можуть призводити до дезорганізації основних емоційних, когнітивних і поведінкових функцій

людини, таких як порушення регуляції думок, емоцій, почуттів, фізіології, імунно-запальних функцій, когнітивних спотворень та неадаптивних механізмів подолання. Вплив війни на загальне психічне здоров'я та благополуччя може бути катастрофічним, перевищуючи шкоду, завдану будь-яким основним захворюванням з точки зору смертності та інвалідності. Це може зруйнувати цілі нації, спільноти, сім'ї та окремих осіб, часто порушуючи їхній соціально-економічний розвиток та добробут.

Мета дослідження – теоретично визначити та емпірично дослідити вплив війни на психоемоційний стан особистості.

Завдання дослідження:

1. Визначити основні теоретичні аспекти психоемоційного стану особистості в умовах війни.
2. Емпірично дослідити вплив війни на психоемоційний стан особистості.
3. Проаналізувати результати проведеного дослідження.
4. Надати рекомендації щодо підтримки психоемоційного стану особистості під час війни.

Об'єкт дослідження – психоемоційний стан особистості.

Предмет дослідження – вплив війни на психоемоційний стан особистості.

Методи дослідження: аналітичні (огляд сучасної психологічної літератури, статистичних даних, наукових літературних даних та протоколів) статистичні (обробка отриманих даних). Для досягнення цілей емпіричного дослідження застосовувалися такі методика: Beck Depression Inventory (BDI) – шкала Бека для оцінки рівня депресії; Perceived Stress Scale (PSS) – шкала сприйнятого стресу, яка оцінює суб'єктивне відчуття стресу.

Організація і база проведення емпіричної роботи. Для написання дипломної роботи було створено анонімну онлайн форму опитування на базі «Forms», яка містила 34 стандартні запитання.

Практичне значення роботи. Результати дослідження можуть бути використані для модернізації та модифікації навчальних методик в умовах криз. В навчальних курсах та програмах підготовки психологів.

Апробація роботи. За темою кваліфікаційної роботи представлено доповідь-презентацію на конференції: Близнюк Є.О. Вплив війни на психоемоційний стан особистості. 81-а звітна студентська наукова конференція. ОНУ ім. І. І. Мечникова, 24 квітня 2025 р.

Структура роботи складається зі вступу, двох розділів, висновків, списку використаних джерел та додатків. Загальний обсяг кваліфікаційної роботи становить 63 сторінки, основний зміст викладено на 50 сторінках. Робота містить 9 таблиць, 8 рисунків та 2 додатки. Список використаних джерел складає 62 праці українських та зарубіжних авторів, з них 48 – англомовні.

РОЗДІЛ I

ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ВПЛИВУ ВІЙНИ НА ПСИХОЕМОЦІЙНИЙ СТАН ОСОБИСТОСТІ

1.1. Теоретичні аспекти психоемоційного стану особистості в умовах війни

Небезпеки політичного насильства та воєн мають далекосяжні наслідки для здоров'я людей, економіки та загальної якості життя. Згідно з ВР України, Закону "Про національну безпеку України" від 21.06.2018 N 2469-VIII: "Воєнний конфлікт - форма розв'язання міждержавних або внутрішньодержавних суперечностей із двостороннім застосуванням воєнної сили; основними видами воєнного конфлікту є війна та збройний конфлікт"; "Збройний конфлікт - це збройне зіткнення між державами (міжнародний збройний конфлікт, збройний конфлікт на державному кордоні) або між ворогуючими сторонами в межах території однієї держави, як правило, за підтримки ззовні (внутрішній збройний конфлікт)" [3].

Більшість конфліктів відбувається в країнах Близького Сходу та Африки, які мають дуже низький або середній рівень доходу, де проблеми здоров'я та економічний стан тісно пов'язані між собою. Більше половини країн Східного Середземномор'я беруть участь в активних збройних конфліктах, що зачіпає 12 з двадцяти двох країн регіону. До основних збройних конфліктів останнього часу належать конфлікти в Судані, Газі та Україні. Як короткострокові, так і тривалі конфлікти мають негативний вплив на систему охорони здоров'я, змушуючи людей покидати свої домівки та ускладнюючи доступ до базових медичних і психологічних послуг [18; 16].

До кінця 2022 року понад 60%, або 25,8 мільйона з усього 43,3 мільйона дітей, які були примусово переселені, зазнали внутрішнього переміщення через збройне насильство та війну [6]. Дослідження психосоціального благополуччя людей, які живуть у районах, охоплених війною та політичним насильством, привертає значну увагу через високу поширеність проблем психічного здоров'я та підвищену вразливість населення до ознак психічних розладів. Очікується, що поширене занепокоєння та невизначеність, пов'язані з війною, матимуть довгостроковий вплив на психічне здоров'я постраждалих. Наприклад, вплив війни може спричинити проблеми психічного здоров'я, такі як посттравматичний стресовий розлад, депресія, тривога, психічна захворюваність, підвищений ризик суїциду та емоційний стрес [58].

Важко уявити масштаби руйнування та порушення звичного життя та повсякденних справ, які приносить із собою війна, пов'язану з нею травму життя в постійному страху. Ці проблеми змушують нас задуматися про наслідки для психічного здоров'я, серед інших тривалих наслідків.

Військові конфлікти значно впливають на психосоціальне благополуччя населення. Крім безпосередніх психологічних розладів, конфлікти призводять до втрати соціальних зв'язків, розпаду громадських структур і руйнування сімейної згуртованості, що поглиблює травми і створює складні психосоціальні виклики. Війна порушує життєво важливі системи підтримки, а знищення будинків і громадських місць розколює тісно пов'язані спільноти, ізолює людей і підсилює страх, небезпеку та безпорадність. Руйнування соціальної згуртованості збільшує недовіру і послаблює соціальні зв'язки, що є критичним для стійкості у конфліктних умовах [49].

На території України населення східних регіонів України, а саме окупованих територіальних громад було переміщено, причому багато з них живуть у переповнених і небезпечних притулках. Це масове переселення

підриває культурну, релігійну та соціальну спадкоємність, призводячи до кризи ідентичності, особливо серед дітей і підлітків. Переселення спричиняє значний психологічний стрес через безпосередні небезпеки війни і втрату значущих соціальних зв'язків [19].

Переповнені та небезпечні умови життя у притулках і таборах погіршують психосоціальний стрес, зменшують приватність і сприяють зростанню домашнього насильства і конфліктів. Такі умови змінюють соціальну поведінку, збільшують конкуренцію за ресурси і посилюють страждання. Розпад сімейної згуртованості через переміщення чи смерть ще більше порушує первинні системи підтримки, спричиняючи плутанину ролей та сімейні конфлікти. Загалом, психосоціальний вплив війни є значним, впливаючи на окремих людей та громади [19].

Більш того, збройні та насильницькі конфлікти негативно впливають на місцеві університети та інші освітні установи. Це включає закриття навчальних закладів, використання освітніх об'єктів військовими, а також трагічні випадки загибелі та травм серед студентів і персоналу. Відсутність вчителів може бути викликана навмисними нападами, відсутністю безпеки та обмеженою мобільністю, що піднімає питання про зарахування студентів до університетів [20]. Крім того, студенти університетів можуть стикатися з багатьма проблемами психічного здоров'я, які можуть вплинути на їхній світогляд, академічні досягнення та здатність адаптуватися до повсякденного життя [17].

У контексті війни в Україні, особливо після повномасштабного вторгнення Російської Федерації в 2022 році, спостерігається зростання рівня тривожних розладів серед населення. За даними ВООЗ, понад 9,6 мільйона людей в Україні потенційно потребують психосоціальної допомоги [59]. Особливе занепокоєння викликає психоемоційний стан медичних працівників, вчителів та волонтерів, які перебувають у зоні постійного стресу. У багатьох із

них розвиваються симптоми вигорання, емоційного виснаження та вторинної травматизації.

Також важливо звертати увагу на фактор стигматизації психічних розладів у суспільстві, що ускладнює звернення постраждалих по допомогу. Зростання рівня довіри до психологів та психотерапевтів, активна інформаційна кампанія щодо нормалізації психічного здоров'я є невід'ємною частиною боротьби з наслідками війни.

Особливо вразливою категорією в умовах збройного конфлікту є діти. Їхня психіка ще не є сформованою, тому вплив війни може мати тривалі наслідки, що залишаються на все життя. Діти в умовах війни стикаються не лише з фізичними загрозами, а й з втратою почуття безпеки, втратами близьких, руйнуванням будинків, вимушеним переселенням, зміною звичного середовища та порушенням освітнього процесу.

Дослідження свідчать, що найпоширенішими реакціями дітей на війну є підвищена тривожність, проблеми зі сном, агресивна або замкнена поведінка, а також регрес у розвитку (наприклад, повернення до дитячих звичок, як-от сечовипускання в ліжку). Вплив травмуючих подій може проявлятися у вигляді посттравматичного стресового розладу (ПТСР), депресивних та поведінкових розладів. Діти часто не мають навичок для адекватного вираження свого емоційного стану, тому їхнє страждання часто залишається непоміченим дорослими [55].

В умовах війни діти також втрачають доступ до якісної освіти, соціалізації, а часто — й до підтримки з боку дорослих, якщо ті самі перебувають у стані стресу або загинули. Це посилює емоційну ізоляцію дитини. Навіть після завершення активних бойових дій наслідки для психічного здоров'я можуть проявлятися у вигляді труднощів з навчанням, адаптацією, побудовою довірливих відносин, або зниженим рівнем самооцінки. Окрему

увагу слід звернути на підлітків, які під впливом війни можуть втратити орієнтири, проявляти ризиковану поведінку, або відчувати екзистенційну тривогу й безнадійність. Особливу роль відіграє підтримка з боку міжнародних гуманітарних організацій, які сприяють створенню мобільних бригад психологів, "гарячих ліній", психосоціальних хабів тощо. Такі ініціативи забезпечують доступ до допомоги навіть у важкодоступних регіонах і можуть запобігти розвитку хронічних психічних захворювань серед населення [39].

Міжнародний досвід свідчить, що без цілеспрямованої психологічної підтримки наслідки дитячих травм можуть переростати в хронічні розлади в дорослому віці. Саме тому необхідно впроваджувати програми психосоціальної підтримки, які включають індивідуальну та групову терапію, арт-терапію, відновлення освітнього середовища та залучення сімей до процесу відновлення. Роль держави, громадських організацій та міжнародних партнерів у цьому процесі є критично важливою [55].

1.2. Вплив війни на психологічне здоров'я населення: стрес, тривога, депресія

Психологічне благополуччя є життєво необхідним для кожного незалежно від місця проживання. Воно виступає ключовим елементом загального здоров'я та добробуту людини, а також належить до її фундаментальних прав. Високий рівень психічного здоров'я сприяє ефективній взаємодії з іншими, продуктивній діяльності, успішному розв'язанню проблем та самореалізації [2].

Психічне здоров'я можна уявити як широкий спектр станів: від гармонійного благополуччя до глибокого емоційного страждання, що істотно ускладнює функціонування особистості. Хоча особи з порушеннями психічного

здоров'я можуть бути більш схильними до зниження рівня психологічного комфорту, це не є обов'язковою закономірністю [2].

Війна та військові конфлікти мають сильний зв'язок із розладами тривоги та депресії. Це пов'язано з тим, що вони спричиняють значну травму як психічному, так і фізичному здоров'ю. Згідно з Американською психіатричною асоціацією, депресія визначається як стійке відчуття смутку та безнадійності, яке супроводжується зниженням мотивації та інтересу до раніше приємних занять. Крім того, страх, викликаний як фізичними небезпеками, так і суб'єктивними уявленнями, стає внутрішнім і проявляється у вигляді тривоги. Через депресивну схильність несвідомо тривожні відчуття можуть загострюватися до сильного страху чи паніки. Дослідження показали, що студенти з тривожними та депресивними станами мають труднощі з навчальними заняттями та навичками вирішення проблем. Депресія та тривога частіше зустрічаються серед студентів університетів, ніж серед загального населення [53].

Після початку війни кожен українець у тій чи іншій формі пройшов через усі етапи прийняття неминучого, які ще у 1960-х роках були описані американською психіатричною Елізабет Кюблер-Росс. Згідно з її моделлю, першим етапом є заперечення, що проявляється у вигляді шоку та небажання визнавати реальність. Другий етап — гнів, який виникає після усвідомлення ситуації та часто супроводжується агресією і звинуваченнями, як у бік інших, так і на власну адресу. Торг — третя фаза, на якій людина починає шукати можливості вплинути на події, сподіваючись змінити хід обставин чи уникнути трагедії. Цей період часто супроводжується думками на кшталт: «А що, якби...». Четвертим етапом є депресія — коли приходить розуміння незворотності подій, що може призвести до почуття безнадії, емоційного виснаження, ізоляції, а в окремих випадках — до залежної поведінки. Завершальним етапом

виступає прийняття, на якому особистість починає мислити раціонально та пристосовуватися до нових умов життя. У подальшому Д. Кесслер, колега Кюблер-Росс, запропонував додатковий — шостий етап — пошук сенсу, під час якого людина намагається знайти глибше значення в пережитих подіях і випробуваннях [7,8].

У контексті війни в Україні можна виокремити низку ключових психологічних чинників, які негативно впливають на психоемоційний стан населення:

1. Неочікуваність. Повномасштабне вторгнення розпочалося раптово — вранці, коли багато людей прокинулися від вибухів. Це спровокувало панічні реакції: одні намагалися зв'язатися з близькими, інші — зібрати речі та виїхати, або ж шукали інформацію в інтернеті. З часом рівень шоку дещо знизився, але фактор непередбачуваності, наприклад у вигляді ракетних атак, досі залишається актуальним.
2. Тривалість і невизначеність. Ці аспекти спричиняють постійну тривожність, адже немає ясності, коли завершиться війна, якими будуть її наслідки та майбутнє країни й кожної окремої людини.
3. Відсутність контролю. Неможливість вплинути на ситуацію чи передбачити розвиток подій викликає почуття безпорадності та тривоги.
4. Фізичні й психологічні травми, втрати. Йдеться не лише про поранення або смерть рідних, а й про постійне очікування трагічних новин. Цей стан супроводжується глибоким емоційним болем.
5. Зіткнення зі смертю. Переживання ситуацій, коли було загрожено життю, може викликати не лише гостру психологічну травму чи ПТСР, а й глибоку екзистенційну кризу.

6. Втрата життєвих ресурсів. Війна обмежує доступ до основних ресурсів — фінансів, соціальних контактів, інформації, медичних послуг, продуктів, що ускладнює повсякденне функціонування [11,12].

Сукупність зазначених факторів значною мірою ускладнює психологічну адаптацію особистості до умов збройного конфлікту. Тривалий стрес може спричиняти різноманітні психологічні порушення, серед яких – відчуття тривоги, страху, невпевненості у майбутньому, порушення сну та депресивний стан. Особливо характерними симптомами посттравматичного стресового розладу (ПТСР) є саме тривожність, депресія та проблеми зі сном [19].

- ✓ Гостра стресова реакція – тимчасове, але інтенсивне порушення психічного стану, що виникає внаслідок екстремальних обставин, пережитих людиною або побачених нею. ГСР зазвичай триває від кількох годин до кількох днів і може бути діагностована в період від 2 днів до 1 місяця після травматичної події, потенційно збільшуючи ризик розвитку ПТСР. Вона також може включати дисоціативні прояви: емоційну ізоляцію, відчуття відчуження, дереалізацію, деперсоналізацію та дисоціативну амнезію.
- ✓ Гострий стресовий розлад – порушення адаптації у відповідь на значний психосоціальний стрес, що проявляється у виражених емоційних або поведінкових змінах. Найчастіше проявляється через три місяці після травмуючої події та зникає після завершення дії стресового чинника або досягнення нового рівня адаптації.
- ✓ Посттравматичний стресовий розлад – тривалі психопатологічні реакції на травматичні події, що формують цілісний клінічний синдром, проявляючись через певний час після пережитого стресу [47].

У вересні 2022 року за підтримки Міністерства охорони здоров'я України відбулося дослідження, що стосувалося психічного стану населення та їхнього ставлення до психологічної підтримки в умовах війни [13]. Опитування

охопило 2100 респондентів віком від 18 до 60 років, які до початку повномасштабного вторгнення проживали в великих українських містах. На сьомому місяці від початку бойових дій 41% опитаних оцінювали свій психічний стан як задовільний, 51% — як посередній, і лише 8% — як незадовільний. Серед домінантних емоційних станів, які відчували учасники дослідження, найчастіше згадувалися напруження (42%), надія (41%) та втома (41%). Крім того, 71% респондентів повідомили про відчуття стресу або сильного емоційного напруження, основною причиною якого, за їхніми словами, була війна.

Так, у дослідженні Табета, у якому випадково обрали 399 студентів із чотирьох основних університетів у Секторі Газа, встановлено, що 10,3% чоловіків і 13,8% жінок відчували тривогу. Крім того, дослідження, проведене в Китаї Янгом, показало, що 44,64% університетських студентів повідомили про тривогу, а 30,06% — про депресію. Тому в сучасному світі важливо враховувати ці психологічні наслідки для студентів [15].

У результаті зростання рівня тривоги та депресії студенти можуть відчувати широкий спектр як позитивних, так і негативних емоцій через їхню недостатню здатність до подолання стресу. Кожна копінг-стратегія має свої особливості. Стратегія розв'язання проблем передбачає активний поведінковий підхід, коли людина використовує власні ресурси та навички для пошуку ефективних шляхів подолання труднощів. Стратегія пошуку соціальної підтримки також належить до активних методів і ґрунтується на зверненні до сім'ї, друзів або колег за допомогою та моральною підтримкою для вирішення проблеми. У свою чергу, стратегія уникнення передбачає відсторонення від оточення, що виражається у спробах ухилитися від вирішення складної ситуації. Такий підхід може тимчасово знизити емоційну напругу та дискомфорт, проте згодом зменшує мотивацію до активного вирішення проблем, що може

ускладнювати процес адаптації в майбутньому [9]. Нижче наведено детальне пояснення кожної з наведених стратегій:

1. Стратегії, спрямовані на вирішення проблем.

Цей підхід зосереджується на активному вирішенні джерела стресу.

Люди, які використовують цю стратегію:

- ✓ Аналізують ситуацію.
- ✓ Шукають способи її змінити чи покращити.
- ✓ Ставлять конкретні цілі та створюють план дій.

Наприклад, якщо у студента виникають труднощі з навчанням, він може скласти графік або попросити допомогу викладача, щоб ефективно вирішити проблему. Такі дії допомагають зменшити рівень стресу та впливають на психічне здоров'я позитивно.

2. Стратегії, орієнтовані на емоції

Цей підхід спрямований на управління емоціями, пов'язаними зі стресом, але не вирішує саму проблему. Люди, які використовують цей підхід:

- ✓ Намагаються заспокоїти себе або уникати ситуації.
- ✓ Звертаються до способів тимчасового полегшення, таких як розваги чи релаксація. Підходи додатково візуалізовані в табл.1.1.

Хоча це може допомогти у короткостроковій перспективі, орієнтовані на емоції стратегії, наприклад, уникнення проблеми не усувають джерело стресу. В результаті це може призводити до тривалої тривоги, депресії або інших проблем [15]. Дослідження свідчать, що стратегії, спрямовані на вирішення проблем, є більш корисними для психічного здоров'я, тоді як підходи, орієнтовані на емоції, можуть мати негативний ефект [51].

Таблиця 1.1.

Класифікація копінг-стратегій

Критерії для класифікації	Типи копінг-стратегій
Рівень активності копінг-стратегій керівників закладів загальної середньої освіти	<p>Активні стратегії подолання:</p> <ul style="list-style-type: none"> – «зосередженість на вирішенні проблемної ситуації» – «залучення соціальних контактів для підтримки» <p>Пасивні стратегії подолання:</p> <ul style="list-style-type: none"> – «емоційне реагування» – «уникнення проблеми» – «відволікання уваги на сторонні речі»
Рівень активності копінг-стратегій керівників закладів загальної середньої освіти	<p>Ефективні (продуктивні) стратегії:</p> <ul style="list-style-type: none"> – «намагання розв'язати складну ситуацію» <p>Частково ефективні стратегії:</p> <ul style="list-style-type: none"> – «пошук емоційної або соціальної підтримки у спілкуванні»
Рівень ефективності копінг-стратегій керівників закладів загальної середньої освіти	<p>Неефективні (непродуктивні) стратегії:</p> <ul style="list-style-type: none"> – «фокусування на внутрішніх переживаннях» – «ігнорування чи уникнення труднощів» – «перемикання уваги без вирішення проблеми»

Війна та політичне насильство можуть мати значний вплив на здатність людей справлятися зі стресом, що призводить до психологічних проблем, таких як депресія, тривожність, зловживання психоактивними речовинами, агресивність та залежність. Розуміння стратегій подолання, які студенти прямо чи опосередковано застосовують унаслідок конфлікту, має вирішальне значення для розробки ефективних підходів до підтримки їхнього фізичного та психологічного благополуччя [51; 41].

Війна, безсумнівно, вплинула на психіку кожного українця, спонукала хворих звертатися за психологічною допомогою, а лікарів – надавати її різними способами. Згідно аналітики сайту Doc.ua, у перші місяці війни помітно зріс попит на послуги лікарів таких спеціальностей як: психологи, психотерапевти, психіатри, неврологи. З'явилося багато платформ психологічної підтримки українців: Mindly, Tell Me, Resilience Hub та інші, які продовжують надавати психологічну підтримку. З початку війни проведено понад 12 тисяч психосоціальних консультацій. Міністр охорони здоров'я зазначив, що психологічна допомога після закінчення війни буде потрібна щонайменше 15 мільйонам людей, і МОЗ вже працює над певними програмами реабілітації для тяжкохворих пацієнтів різних галузей [36].

Вплив війни на психічне здоров'я дітей і підлітків є складною соціальною проблемою, яка вимагає уваги та дієвих заходів для запобігання майбутнім проблемам. Необхідна інтердисциплінарна наука для дослідження цієї проблеми як у період війни, так і після неї, а також надання практичної допомоги дітям і підліткам у вирішенні психологічних травм, спричинених конфліктами [14].

1.3. Соціальні фактори та їх роль у формуванні психоемоційного стану особистості під час війни

Війна значно впливає на психоемоційний стан особистості, який визначається не лише індивідуальними особливостями, але й соціальними факторами, що формують умови життя та взаємодії людини. Соціальні фактори виступають ключовими детермінантами психоемоційного стану, оскільки вони впливають на спосіб адаптації особистості до умов війни, а також її здатність зберігати стійкість у складних і небезпечних обставинах [28].

На психоемоційний стан впливає велика кількість факторів — особистісних, родинних, соціальних та системних. Вони можуть як сприяти покращенню психологічного здоров'я, так і негативно на нього позначатися, змінюючи позицію людини на континуумі психічного благополуччя. Попри природну здатність до психологічної стійкості, ті, хто стикається з викликами, такими як соціальна нерівність, насильство чи матеріальні труднощі, знаходяться в зоні підвищеного ризику виникнення проблем із психічним здоров'ям. Загрози можуть супроводжувати людину на різних етапах життя, однак особливо відчутний їхній вплив у періоди активного розвитку, зокрема в ранньому дитинстві. Водночас існують фактори, які здатні зміцнити психологічну стійкість, серед них — розвинені соціальні та емоційні навички, позитивна взаємодія з оточенням, якісна освіта, стабільна зайнятість, безпечне житло та міцні соціальні зв'язки [49].

Оточення людини, її взаємини з сім'єю, друзями, колегами й сусідами відіграють вирішальну роль у забезпеченні емоційної підтримки. Соціальні зв'язки можуть значно знижувати рівень тривожності, страху та безнадії, створюючи відчуття причетності та підтримки. У контексті війни спільні зусилля суспільства для подолання труднощів сприяють формуванню колективного духу та стійкості. Соціально-економічна нестабільність, втрата

роботи, житла чи засобів для існування часто посилюють стресові стани, викликаючи відчуття безпорадності та невпевненості у майбутньому. Наприклад, недостатній доступ до базових ресурсів або медичних послуг може стати причиною глибоких емоційних потрясінь, особливо серед найбільш вразливих груп населення [10].

Інформація, яку отримує населення під час війни, також впливає на психоемоційний стан. Пропаганда, фейкові новини чи надмірний потік негативної інформації можуть спричинити паніку або розчарування. Разом із цим, позитивно налаштовані стратегічні комунікації можуть слугувати інструментом підтримки морального духу [34].

Підтримка культурних традицій і спільних етичних цінностей може допомогти зберегти ідентичність та духовні цінності навіть у найскладніших умовах. Такі елементи зміцнюють відчуття єдності та належності до спільноти, допомагаючи людям справлятися зі стресовими обставинами [34]. У час війни порушення регуляції негативних емоцій, таких як страх, гнів, ненависть, розчарування, смуток, приниження та безнадія, може переважати над нормальними суспільними цінностями та культурою, загрожувати глобальному миру та безпеці, а також психічному здоров'ю в постраждалих суспільствах. Тому зрозуміло, що спектр і сила негативних емоцій можуть відігравати важливу роль у розгляді людської поведінки під час будь-якого збройного конфлікту [29].

Окрему роль відіграє соціальна роль та гендерні особливості. Дослідження показують, що жінки частіше зазнають емоційного навантаження в умовах війни, особливо якщо вони залишаються єдиними опікунами дітей, літніх родичів, або втрачають партнерів. Жінки-переселенки часто повідомляють про підвищене почуття тривоги, соціального тиску, вразливість до гендерного насильства, що погіршує їх психічний стан. Гендерно-зумовлене

насильство (ГЗН) у контексті війни є однією з найгостріших гуманітарних проблем, яка має не лише безпосередні наслідки для постраждалих, але й глибоко впливає на соціальну стабільність, безпеку та відновлення суспільства. Під час збройних конфліктів відбувається руйнування правових, соціальних і культурних механізмів захисту, що створює сприятливе середовище для посилення різних форм насильства, спрямованих переважно проти жінок, дівчат, а також представників ЛГБТК+ спільнот [42].

Однією з найпоширеніших форм ГЗН є сексуальне насильство, яке під час воєнних дій використовується як інструмент приниження, терору, примусу або навіть "зброя війни". Такі дії мають системний характер і часто залишаються безкарними внаслідок розвалу правоохоронної системи, зниження ефективності судових інституцій та страху постраждалих звертатися по допомогу. Водночас, крім сексуального, зростає і психологічне, фізичне, економічне насильство, а також контроль над репродуктивними правами. Жінки, які опиняються в статусі внутрішньо переміщених осіб або біженок, є особливо вразливими. Відсутність безпечного житла, нестача приватності у притулках, економічна залежність, а також відрив від родинної та соціальної підтримки створює передумови для насильства з боку як знайомих осіб, так і сторонніх. Часто жінки стають жертвами експлуатації або вимушено погоджуються на токсичні стосунки в обмін на безпеку чи матеріальні ресурси [60].

Згідно з дослідженнями UNFPA, в Україні після початку повномасштабної війни у 2022 році спостерігалось значне зростання звернень на гарячі лінії з питань ГЗН. Понад 80% з них надходили від жінок, які постраждали від домашнього або сексуального насильства. Однак це лише "верхівка айсберга", оскільки більшість випадків залишається непоміченою через страх стигматизації, недовіру до органів влади або брак доступу до допомоги. Окрему увагу слід приділити психологічному впливу ГЗН.

Постраждали часто стикаються з тривалими наслідками, зокрема ПТСР, депресією, тривожними розладами, самоізоляцією, а також порушенням базових соціальних функцій. Без належної підтримки це перетворюється на хронічний стан, який ускладнює реінтеграцію та відновлення як особистості, так і громади загалом. Запобігання та реагування на ГЗН потребує комплексного підходу: створення безпечних зон, спеціалізованих центрів допомоги, правового супроводу, кризових притулків, психологічної реабілітації. Не менш важливо забезпечити інформування постраждалих про наявні ресурси та навчання персоналу на передовій, у тому числі волонтерів, поліцейських і медиків. Гендерно-чутлива політика має бути інтегрована на всіх рівнях державного та гуманітарного реагування [60].

Громадська думка та медіа також формують колективні настрої, які можуть як підтримувати, так і погіршувати психологічний стан. Постійний потік тривожних новин, соціальних мереж і фейкової інформації може викликати інформаційне перевантаження, яке, в свою чергу, сприяє розвитку стану тривоги, паніки або апатії. Люди, які постійно перебувають у медіапросторі війни, часто мають підвищену чутливість до стресових подій (так званий «ефект вторинної травматизації»). У сучасних умовах війна відбувається не лише на полі бою, але й в інформаційному просторі. Засоби масової інформації, соціальні мережі та цифрові платформи стали ключовими каналами як для поширення об'єктивної інформації, так і для інформаційних атак, дезінформації та маніпуляцій. Тому роль медіа та кризових комунікацій у часи війни є визначальною для психоемоційного стану населення, соціальної стійкості та довіри до інституцій [62].

Один з основних викликів - інформаційне перевантаження, коли люди отримують надмірну кількість новин, часто суперечливих, емоційно насичених або травмуючих. Постійне споживання новин про насилля, руйнування, смерть,

особливо через відео та фото, призводить до феномену «вторинної травматизації», тривожності, зниження продуктивності, а також загальної втоми від новин. У цьому контексті кризові комунікації виконують важливу стабілізуючу функцію. Вони мають бути оперативними, достовірними, емоційно врівноваженими та зрозумілими для широкого загалу. Особливо в умовах евакуації, терористичних загроз чи гуманітарної катастрофи, чітка та своєчасна комунікація від держави чи рятувальних служб може рятувати життя. Прикладами ефективних кризових комунікацій в Україні стали повідомлення від ДСНС, Укрзалізниці, Центру громадського здоров'я, а також Telegram-канали органів влади, які оперативно надавали перевірену інформацію [45].

Однак не менш небезпечною є дезінформація, яка свідомо поширюється ворогом для створення паніки, хаосу та зневіри. Фейки про "здачу міст", "зраду влади" або "відсутність допомоги" часто швидко розповсюджуються через месенджери та соціальні мережі. Це підриває психологічну стабільність громадян, знижує моральний дух військових та шкодить координації дій. Крім того, медіа мають етичну відповідальність. Поширення фото загиблих, травмованих, приватних історій без згоди потерпілих або їхніх родичів — порушує моральні та юридичні норми. Важливо дотримуватися стандартів «не нашкодь», особливо під час висвітлення історій дітей, жінок або полонених. Безконтрольний емоційний контент викликає зневіру, дратівливість, безсилля, а іноді навіть сприяє радикалізації частини аудиторії [62].

Це свідчить про те, що різні суспільні та культурні цінності та норми неможливо легко змінити шляхом надмірного застосування військової сили. Нарешті, наслідки військового домінування, такі як авіаудари або атаки безпілотників, можуть викликати сильні негативні емоції та вплив у боротьбі за серця і думки населення, постраждалого від війни, що робить використання військової сили менш ефективним. Потенційна військова невдача може бути

наслідком нереалістичних очікувань, що серйозні проблеми безпеки у суспільствах, постраждалих від війни, можна вирішити військовими засобами, ігноруючи той факт, що програми розвитку та відновлення після конфлікту є найважливішими [29].

Висновки до 1 розділу

Війна та військові конфлікти спричиняють значний вплив на психічне здоров'я населення, викликаючи тривогу, депресію, і труднощі з навчанням та адаптацією. Зростання рівня психологічного стресу є результатом як фізичних, так і емоційних травм, які люди отримують унаслідок конфліктів.

Конфлікти негативно позначаються на освітніх установах, перериваючи навчальний процес і завдаючи шкоди студентам, їхньому психічному здоров'ю та адаптивним здібностям.

Соціальні фактори відіграють важливу роль у формуванні психоемоційного стану особистості під час війни. Взаємодія між індивідом і суспільством визначає як її реакцію на виклики війни, так і здатність подолати травматичний досвід. Розуміння цих факторів є важливим для розробки ефективних стратегій підтримки психічного здоров'я та відновлення суспільства після конфліктів.

РОЗДІЛ II

ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ВПЛИВУ ВІЙНИ НА ПСИХОЕМЦІЙНИЙ СТАН ОСОБИСТОСТІ

2.1. Організація емпіричного дослідження та соціально-демографічні характеристики досліджуваних осіб

Для написання дипломної роботи було створено анонімну форму опитування на базі «Forms», яка містила 34 стандартні запитання. Було зібрано та проаналізовано відповіді 33 респондентів.

Вся інформація, яка вносилася респондентами, автоматично потрапляла до Excel Таблиць і завдяки такій функції можна було швидко проаналізувати дані з мінімальними витратами часу і зусиль. Для того, щоб залишити відповідь на анкетування у Forms не вимагався вхід до облікового запису Google та ін. У нашому дослідженні ми зберігали анонімність учасників дослідження та не зберігали дані облікового запису респондентів, з метою їх максимально відвертих відповідей та вищої доказовості результатів дослідження.

В роботі використовувалися такі методи дослідження, як: аналітичні (огляд сучасної медичної літератури, статистичних даних, наукових літературних даних та протоколів) та статистичні (обробка отриманих даних). Для статистичної обробки отриманих даних використовували Microsoft Excel з визначенням якісних (процентне співвідношення отриманих відповідей) та соціально-демографічних показників (розподіл респондентів за регіонами України).

Для досягнення цілей емпіричного дослідження застосовувалися такі методики:

1. Beck Depression Inventory (BDI) – шкала Бека для оцінки рівня депресії;

2. Perceived Stress Scale (PSS) – шкала сприйнятого стресу, яка оцінює суб'єктивне відчуття стресу.

Детальні описи застосованих методик наведено нижче.

Шкала депресії Бека широко використовується для скринінгу депресії, а також для оцінки поведінкових проявів та ступеня тяжкості депресії. BDI підходить для осіб віком від 13 до 80 років. Опитувальник складається з 21 пункту для самозаповнення, кожен із яких має кілька варіантів відповідей. Заповнення форми займає приблизно 10 хвилин. Надійність та валідність шкали були перевірені на різних популяціях у всьому світі [22].

Під час оцінювання тесту кожній відповіді присвоюється значення від 0 до 3, після чого загальний бал порівнюється з ключем для визначення ступеня тяжкості депресії. Стандартні граничні показники мають наступний вигляд:

- ✓ 0–9: свідчить про мінімальну депресію;
- ✓ 10–18: свідчить про легку депресію;
- ✓ 19–29: свідчить про помірну депресію;
- ✓ 30–63: свідчить про тяжку депресію [23].

Підрахунок результатів відбувається підсумовуванням набраних балів та пропонується наступна їх інтерпретація:

Мінімальна депресія (0–9 балів) – люди відчувають незначні ознаки депресії, які не мають клінічної значущості та не потребують психотерапевтичного втручання. Можлива наявність слабо виражених симптомів депресивного розладу, які здебільшого проходять самостійно протягом короткого часу. Властиві незначна напруженість, поодинокі прояви пригніченості, що не заважають вести звичайний спосіб життя. Радість та задоволення можуть виникати від щоденних активностей, таких як спілкування чи улюблені заняття, без істотних змін у самооцінці чи життєвому ритмі.

Легка депресія (10–18 балів) – свідчить про початкові прояви депресивного стану, який у медицині часто називають «субдепресією». У деяких випадках цей стан може призводити до труднощів у соціальній сфері та впливати на загальне сприйняття світу. Для таких людей рекомендується регулярне спостереження у психолога, який стежитиме за розвитком симптомів і надаватиме необхідну підтримку.

Помірний рівень депресії (19–29 балів) — свідчить про наявність депресивного розладу середньої вираженості. Ознаки цього стану подібні до легкого депресивного розладу, але відрізняються частотою прояву. Для помірної форми характерна схильність до меланхолії, втрата інтересу до життя та постійне відчуття смутку. Даний стан супроводжується значним зниженням самооцінки та відчуттям провини, яке постійно турбує. Симптоми здебільшого мають вплив на емоційний стан і вимагають уваги, щоб уникнути їх поглиблення.

Високий рівень депресії (30–63 бали) — це ознака важкого депресивного розладу, який супроводжується значним погіршенням психічного стану та загального функціонування людини. Такий стан проявляється постійним гнітючим настроєм, глибоким смутком та втратою інтересу до звичного способу життя. Люди, які страждають від тяжкої депресії, часто відчують свою малозначущість, занижену самооцінку та безвихідь. Цей розлад також впливає на фізичний стан, що може проявлятися такими симптомами, як проблеми зі сном, слабкий імунітет, значна втрата ваги та зниження апетиту. Емоційна нестабільність супроводжується різкими перепадами настрою, песимістичним ставленням до майбутнього, а іноді й агресивною поведінкою. У важких випадках можуть виникати думки про суїцид, що потребує термінового медичного втручання та професійної допомоги [23].

Шкала сприйнятого стресу (Perceived Stress Scale, PSS) вважається провідним інструментом для вимірювання сприйняття стресу. Цей опитувальник для самостійного заповнення розроблений на основі транзакційної моделі стресу Лазаруса та Фолкмана і використовується для оцінки того, наскільки респондент вважає обставини свого життя непередбачуваними, неконтрольованими та/або надмірними. На відміну від методів, які оцінюють вплив стресових факторів довкілля (наприклад, списки життєвих подій), шкала сприйнятого стресу фіксує суб'єктивну оцінку респондентом того, чи перевищують життєві обставини та пережиті події його адаптаційні можливості. Питання в анкеті пропонують респонденту оцінити свої почуття та думки за останній місяць, що дозволяє аналізувати недавній часовий період [38].

Вона містить 10 запитань, респонденти оцінюють, як часто вони відчували або думали про перелічені симптоми стресу (наприклад, «Протягом останнього місяця як часто вас засмучувало щось несподіване?») за шкалою від «Ніколи» до «Дуже часто». Загальний бал варіюється від 0 до 40, де вищі показники свідчать про більший рівень сприйнятого стресу:

- ✓ 0–13: низький рівень стресу;
- ✓ 14–26: помірний рівень стресу;
- ✓ 27–40: високий рівень стресу.

Шкала також включає два субшкали:

- ✓ сприйнята безпорадність (пункти 1, 2, 3, 6, 9, 10);
- ✓ відсутність впевненості в собі (пункти 4, 5, 7, 8).

Ці субшкали надають додаткову інформацію про відчуття контролю над обставинами та здатність вирішувати проблеми [61].

2.2. Аналіз результатів дослідження впливу війни на психоемоційний стан особистості

Згідно з аналізом даних, найбільша кількість респондентів налічувала представників Південно-Східної групи регіонів, яка в інтенсивних та екстенсивних показниках склала 23 та 69,7% відповідно (табл.2.1).

Таблиця 2.1

Розподіл респондентів за регіонами України (Південно-Східна група)

Область	Кількість	Процентне співвідношення (%)
Одеська	16	48,5
Миколаївська	3	9,1
Запорізька	2	6,1
Харківська	1	3,0
Донецька	1	3,0

Для Центрально-Західної групи кількість осіб склала 10 та 30,3%; 2 відповідно (табл.2.2)

Таблиця 2.2

Розподіл респондентів за регіонами України (Центрально-Західна група)

Область	Кількість	Процентне співвідношення (%)
м.Київ	5	15,2
Київська	3	9,1
Вінницька	1	3,0
Житомирська	1	3,0

Серед 33 учасників дослідження співвідношення кількості жінок до чоловіків складало 2:1 (22 жінки та 11 чоловіків), що графічно відображено на рис. 2.1.

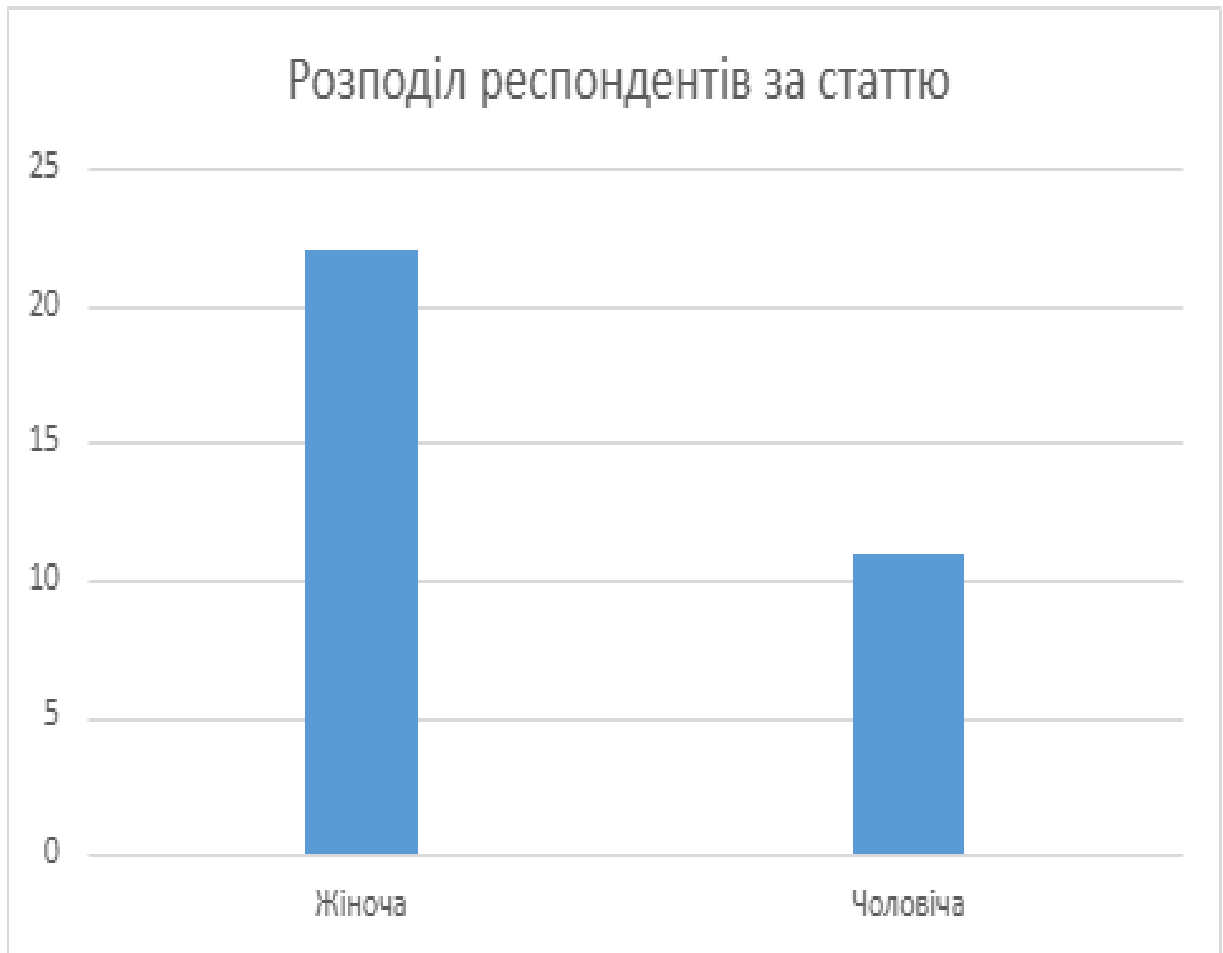


Рис. 2.1. Розподіл респондентів за статтю. Згідно з аналізом, найбільша маса респондентів є жіночої статі.

В рамках дослідження до опитування було залучено студентів віком від 15 до 30 років. Були виділені три вікові групи: 15-20; 21-25 та 25-30 років. Наведені дані відображені у вигляді інтенсивних та екстенсивних показників у табл. 2.3.

Таблиця 2.3

Розподіл респондентів за віковими групами

Вікова група	Кількість	Процентне співвідношення (%)
15-20	5	15,2
21-25	21	63,6
25-30	7	21,2
Всього	33	100,0

За результатами проведеного анкетування було встановлено, що найбільша кількість учасників була у віці від 21 до 25 років, а саме 21 (63,6%). Інші вікові категорії були майже рівноцінно розподілені 15-20 років - 5 осіб (15,2%) і 25-30 – 7 осіб (21,2%), що відображено на Рисунку 2.2.

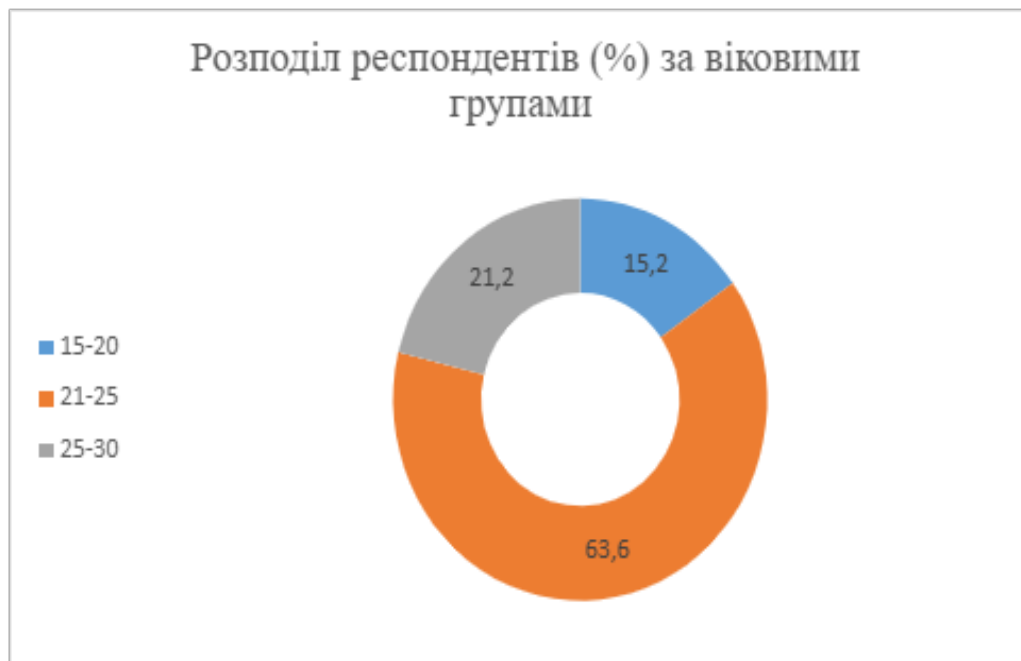


Рис. 2.2. Розподіл респондентів за віковими групами у процентному (%) співвідношенні

Згідно з аналізом, найбільша кількість учасників була у віці від 21 до 25 років.

За результатами методики «Шкала депресії Бека» згідно опитувальника: 33,3% респондентів мають мінімальну депресію, 36,4% - легку депресію, 21,2% - помірний рівень депресії та 9,1% - тяжку депресію. Отримані кількісні показники досліджуваної вибірки представлені у табл. 2.4.

Таблиця 2.4

Результати компоненту опитувальника «Шкала депресії Бека»

Оцінка за Шкалою Бека	Кількість	Процентне співвідношення (%)
0–9: свідчить про мінімальну депресію	11	33,3
10–18: свідчить про легку депресію	12	36,4
19–29: свідчить про помірну депресію	7	21,2
30–63: свідчить про тяжку депресію	3	9,1
Всього	33	100,0

Отримані результати дають нам змогу вважати, що більше половини учасників дослідження мають відносну відсутність ознак депресії, або легку депресію – 23 особи (69,7%), що є позитивним прогностичним показником загалом. Дані були додатково проаналізовані та розподілені за статтю студентів у відсотковому співвідношенні, завдяки екстенсивним показникам ми можемо зменшити похибку під час аналізу двох груп з суттєвою різницею у кількості респондентів. Згідно Шкали депресії Бека найбільша кількість учасниць набрало від 10 до 18 балів, що свідчить про легку форму депресії - 9 учасниць,

40,9%. Відсутність або мінімальні ознаки депресії мало 5 студенток (22,7%), помірну форму депресії - 6 (27,3%), тяжку форму депресії (кількість балів 30-63) - 2 (9,1%). Зазначені дані відображені в табл. 2.5.

Таблиця 2.5

Результати компоненту опитувальника «Шкала депресії Бека» - Жінки

Оцінка за Шкалою Бека (жінки)	Кількість	Процентне співвідношення (%)
0–9: свідчить про мінімальну депресію	5	22,7
10–18: свідчить про легку депресію	9	40,9
19–29: свідчить про помірну депресію	6	27,3
30–63: свідчить про тяжку депресію	2	9,1
Всього	22	100,0

У табл.2.6. представлено розподіл рівнів депресії серед чоловіків за результатами шкали Бека. Загалом було обстежено 11 осіб. Найбільша частка обстежених (54,5 %) виявила мінімальний рівень депресії (оцінка 0–9 балів), що свідчить про відсутність або незначні ознаки емоційного дискомфорту. Легкий рівень депресії (10–18 балів) зафіксовано у 3 осіб (27,3 %), що може свідчити про наявність певних психологічних труднощів, однак без критичних симптомів.

Помірна та тяжка депресія були виявлені в однаковій кількості випадків — по 1 особі (9,1 % відповідно). Це свідчить про наявність осіб, які потребують більш глибокої психодіагностики та, можливо, професійної допомоги.

Загалом результати свідчать про те, що переважна більшість чоловіків у вибірці не мають клінічно значущої депресії, однак наявність окремих випадків помірної та тяжкої депресії вказує на потребу в подальшому моніторингу та профілактичній роботі.

Таблиця 2.6

Результати компоненту опитувальника «Шкала депресії Бека» - Чоловіки

Оцінка за Шкалою Бека (чоловіки)	Кількість	Процентне співвідношення (%)
0–9: свідчить про мінімальну депресію	6	54,5
10–18: свідчить про легку депресію	3	27,3
19–29: свідчить про помірну депресію	1	9,1
30–63: свідчить про тяжку депресію	1	9,1
Всього	11	100,0

На основі порівняння даних серед чоловіків та жінок, що візуалізовано на Рис. 2.3. частка тих, хто має мінімальну депресію або відсутність ознак депресії (0–9 балів) значно вища серед чоловіків (54,5%) у порівнянні з жінками (22,7%). Це свідчить, що серед чоловіків більший відсоток знаходиться у найменшій категорії ризику. Студенти-чоловіки мають кращий психо-емоційний стан в період військових дій на території України. У жінок частка з легкою депресією значно вища (40,9%) у порівнянні з чоловіками (27,3%). У жінок також вища частка з помірною депресією (27,3%) у порівнянні з чоловіками (9,1%). Показники тяжкої депресії були однакові для чоловіків і жінок (9,1%).

Згідно частини опитувальника за Школою сприйнятого стресу - низький рівень стресу (0–13 балів) не набрав жоден із респондентів, відповідно не потрапив у цю категорію. Найбільша кількість респондентів визначається у групі з помірним рівнем стресу (кількість балів від 14 до 26) і склала - 63,6% респондентів (21 особа).

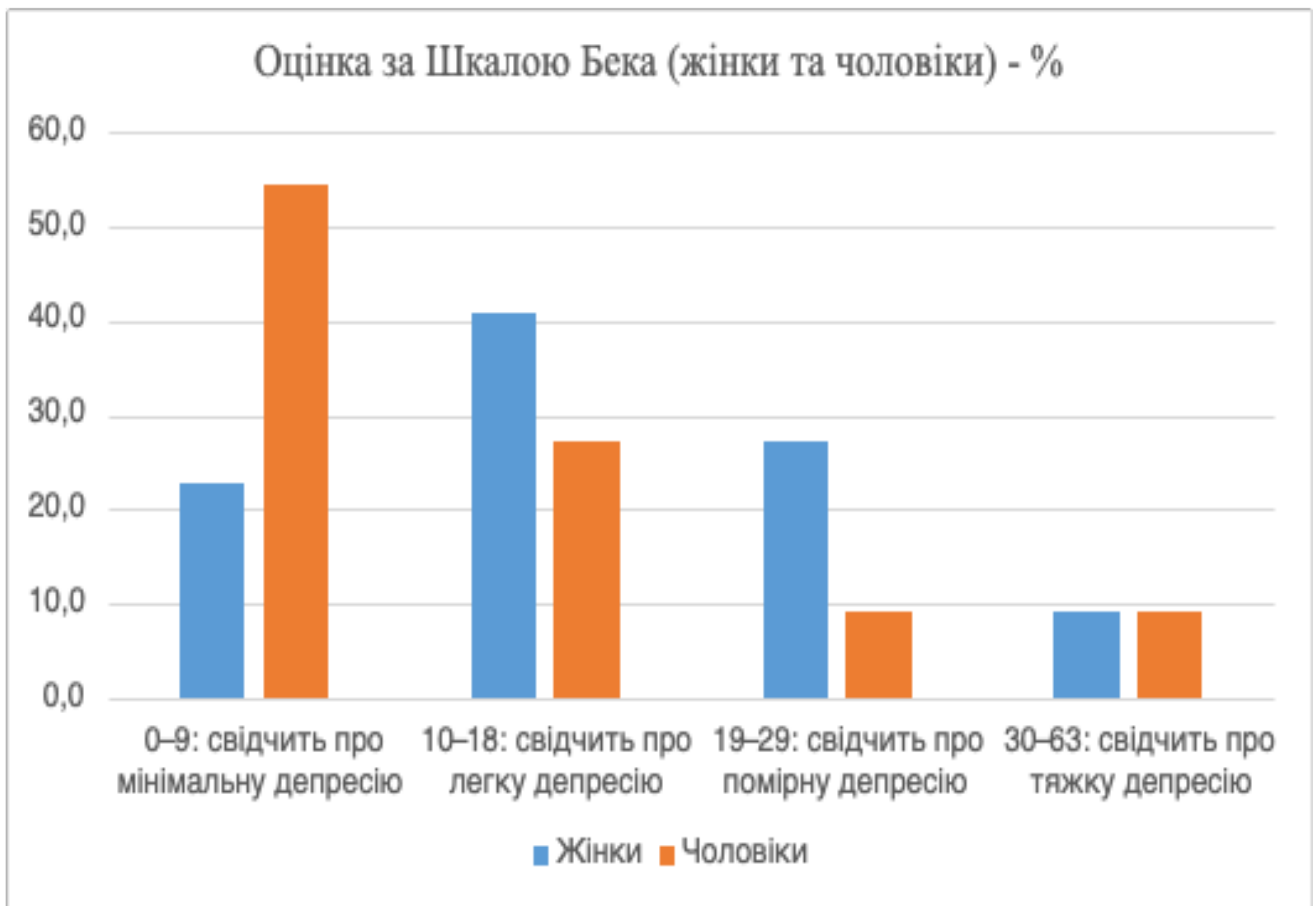


Рис. 2.3. Результати компоненту опитувальника «Шкала депресії Бека».

Розподіл респондентів за статтю (%)

Високий рівень стресу (27–40 балів) відзначалася у 36,4% респондентів (12 осіб) та становила третину від загальної кількості респондентів. Описані результати відображені у Таблиці 2.7.

Вибірка з 33 респондентів демонструє тенденцію до підвищеного рівня стресу, де переважають помірні показники. Відсутність респондентів із низьким

рівнем стресу вказує на загальний підвищений рівень напруження серед вибірки.

Таблиця 2.7

Результати компоненту опитувальника «Шкала сприйнятого стресу»

Оцінка за Шкалою Сприйнятого Стресу	Кількість	Процентне співвідношення (%)
0–13: низький рівень стресу;	0	0,0
14–26: помірний рівень стресу;	21	63,6
27–40: високий рівень стресу	12	36,4
Всього	33	100,0

Значна частина опитаних в групі помірного рівня стресу визначає, що їхній стан все ще дозволяє справлятися із життєвими викликами. При цьому 36,4% із високим рівнем стресу потребують особливої уваги, адже це може свідчити про ризик негативного впливу на їхнє психічне та фізичне здоров'я.

Таблиця 2.8

**Результати компоненту опитувальника «Шкала сприйнятого стресу» -
Жінки**

Оцінка за Шкалою сприйнятого стресу (жінки)	Кількість	Процентне співвідношення (%)
0–13: низький рівень стресу;	0	0,0
14–26: помірний рівень стресу;	12	54,5
27–40: високий рівень стресу	10	45,5
Всього	22	100,0

Серед жінок помірний рівень стресу був майже однаковим з групою осіб з високим рівнем стресу, 12 осіб (54,5%) та 10 осіб (45,5%) відповідно (табл. 2.8).

Студенти чоловічої статі мав значну різницю в зазначених групах з відношенням 4,5 до 1, а саме 10 та 2 чоловіки (табл.2.9).

Таблиця 2.9

**Результати компоненту опитувальника «Шкала сприйнятого стресу» -
Чоловіки**

Оцінка за Шкалою сприйнятого стресу (чоловіки)	Кількість	Процентне співвідношення (%)
0–13: низький рівень стресу;	0	0,0
14–26: помірний рівень стресу;	9	81,8
27–40: високий рівень стресу	2	18,2
Всього	11	100,0

На основі порівняння екстенсивних даних серед чоловіків та жінок, що візуалізовано на Рис. 2.4. частка тих, хто має помірний рівень стресу (14–26 балів) значно вища серед чоловіків (81,8%) у порівнянні з жінками (54,5%). Частка жінок з високим рівнем стресу майже втричі більша ніж у чоловіків 45,5% проти 18,2%.

Ми провели детальний аналіз результатів опитувань за Шкалою депресії Бека та Шкалою сприйнятого стресу, що були зібрані з різних областей України. Особливу увагу приділено розподілу даних між двома основними групами регіонів: Південно-Східною та Центральньо-Західною частинами України. Головною метою цього аналізу стало визначення рівня депресії та сприйнятого стресу серед студентів цих регіонів.

Ми прагнули оцінити поширеність депресивних настроїв серед молоді в обох регіонах та виявити можливі відмінності в рівнях стресу, зумовленого як

соціально-економічними, так і культурними особливостями кожного з регіонів. Цей аналіз дозволив нам не лише скласти чітке уявлення про емоційний стан студентів, але й розробити основи для подальших ініціатив, спрямованих на підтримку психічного здоров'я та зменшення рівня стресу в освітньому середовищі.

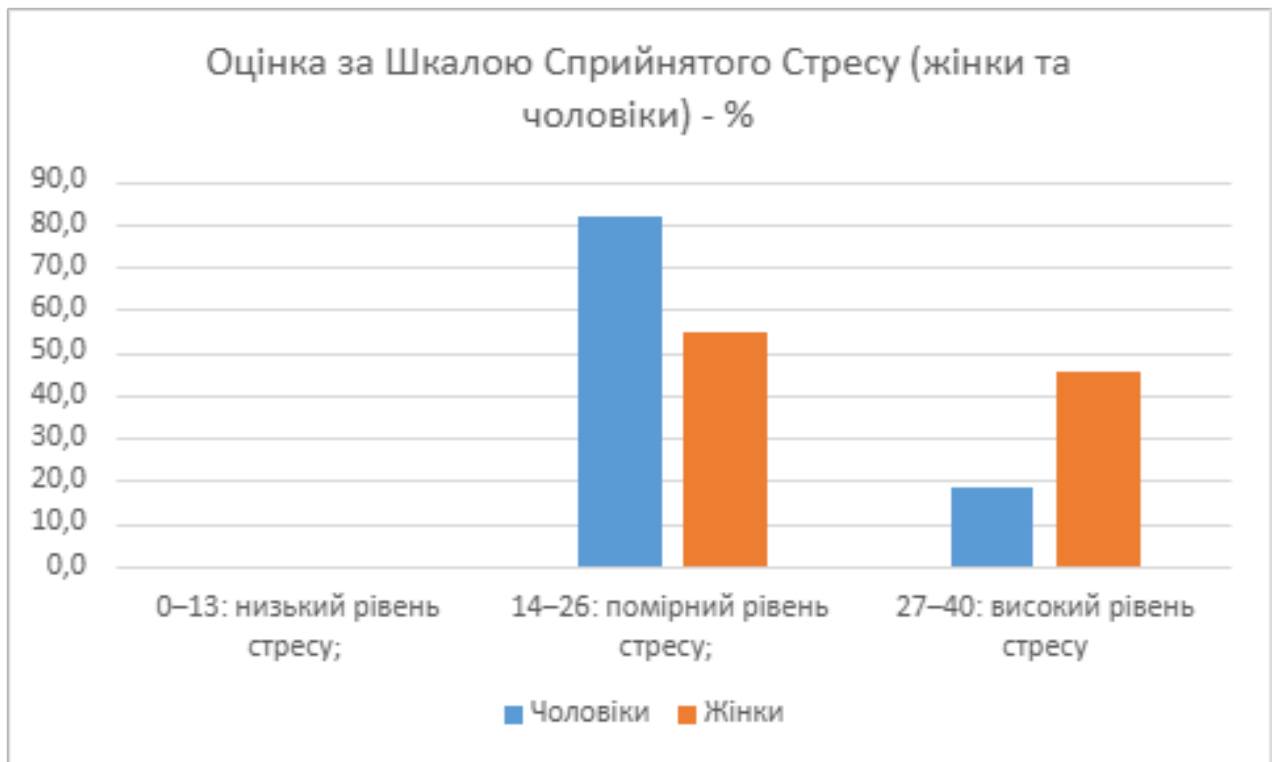


Рис. 2.4. Результати компоненту опитувальника «Шкала Сприйнятого Стресу». Розподіл респондентів за статтю (%)

Випадки тяжкої депресії фіксувалися в двох областях з зазначеної групи, Одеської та Запорізької областей (2 та 1 випадок відповідно), що може свідчити про вищий ризик тяжких форм депресії серед студентів, хоч і низького відсотку осіб. Ця когорта пацієнтів потребує більш уважного підходу, застосування медикаментозного та часто високоспеціалізованого лікування. Найбільша кількість респондентів в Одеській області (7 осіб) входили в групу з помірними

ознаками депресії, що суттєво відрізняється від показників інших Південно-Східних регіонів (Рис. 2.5).

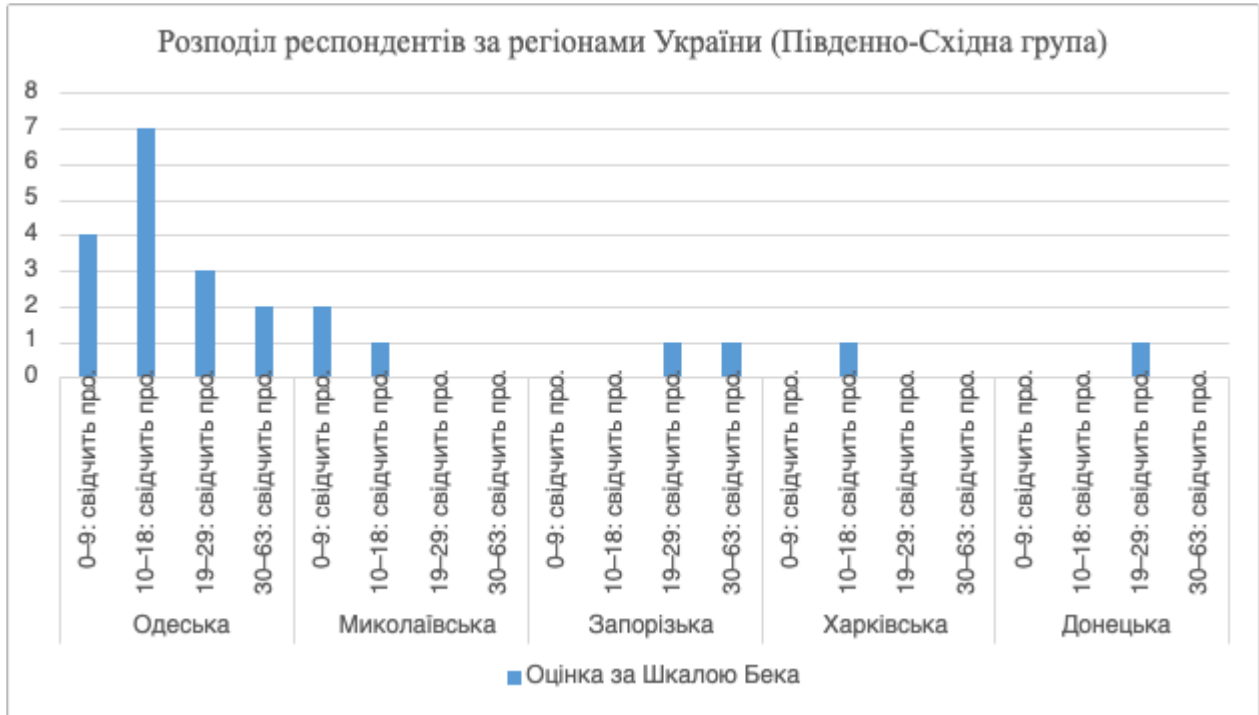


Рис. 2.5. Результати компоненту опитувальника «Шкала депресії Бека» за регіонами України (Південно-Східна група)

У Центрально-Західній групі областей (Рис. 2.6.) тяжка депресія згідно опитувальника не була наявна серед учасників вибірки, проте в кожному регіоні були учасники з відносною відсутністю ознак депресії.

Дані про рівні сприйнятого стресу в різних областях Південно-Східної групи різняться, через неоднорідність вибірки респондентів Рис. 2.7. Найбільша кількість учасників дослідження припадало на Одеську область, яка демонструє відносно високий рівень стресу. 9 осіб мають помірний рівень, а 7 — високий рівень стресу. Миколаївська область має менший рівень стресу: 3 особи з помірним рівнем, жодної з високим.

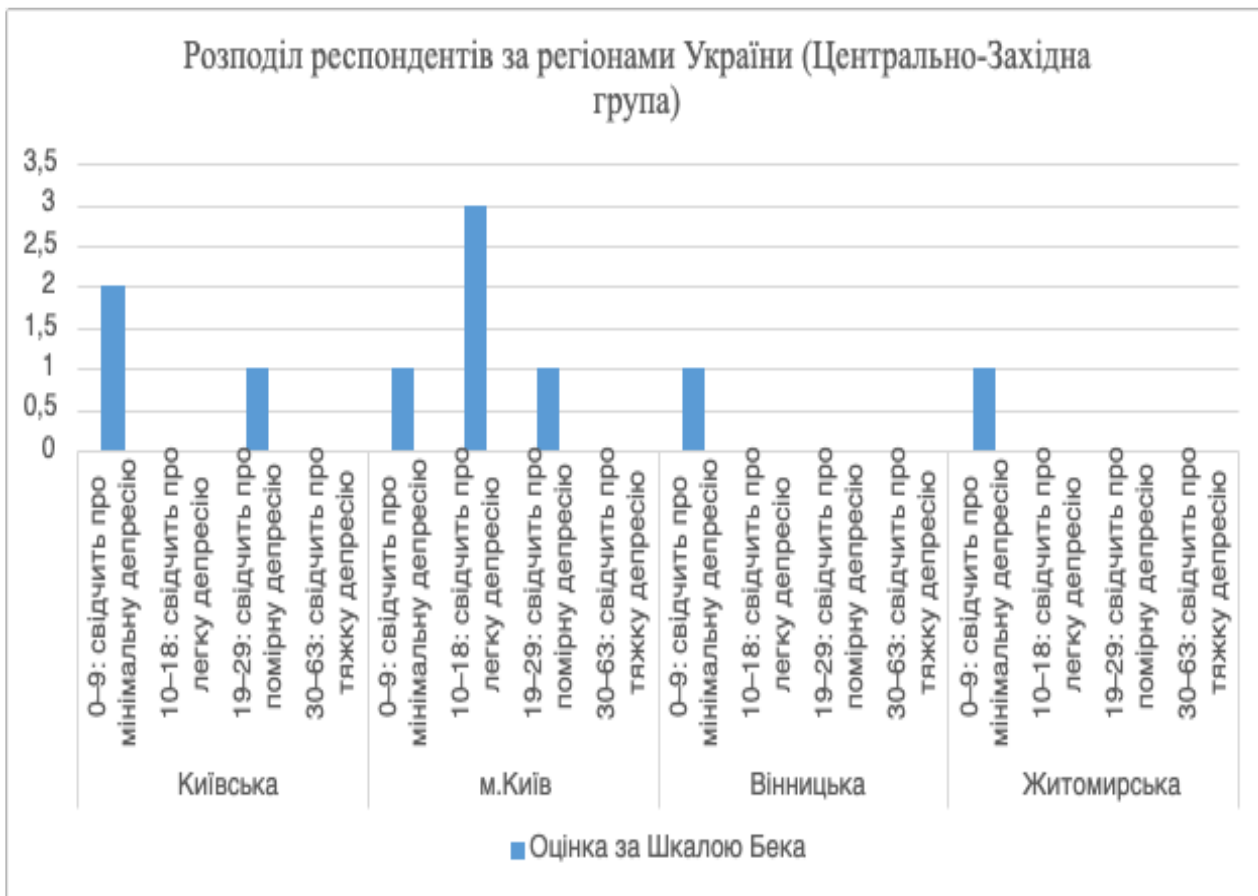


Рис. 2.6. Результати компоненту опитувальника «Шкала депресії Бека» за регіонами України (Центрально-Західна група)

Запорізька область та Харківська область мають схожі показники — по 1 особі з помірним рівнем та 1 (Запорізька) або 0 (Харківська) з високим рівнем. Донецька область — 1 випадок високого рівня стресу.

Слід відзначити, що у Одеській, Запорізькій та Донецькій областях реєструється високий рівень стресу (27-40 балів), що є негативною прогностичною ознакою і вказує на підвищений ризик виникнення ментальних розладів у студентів, які проживають на території даних областей України.

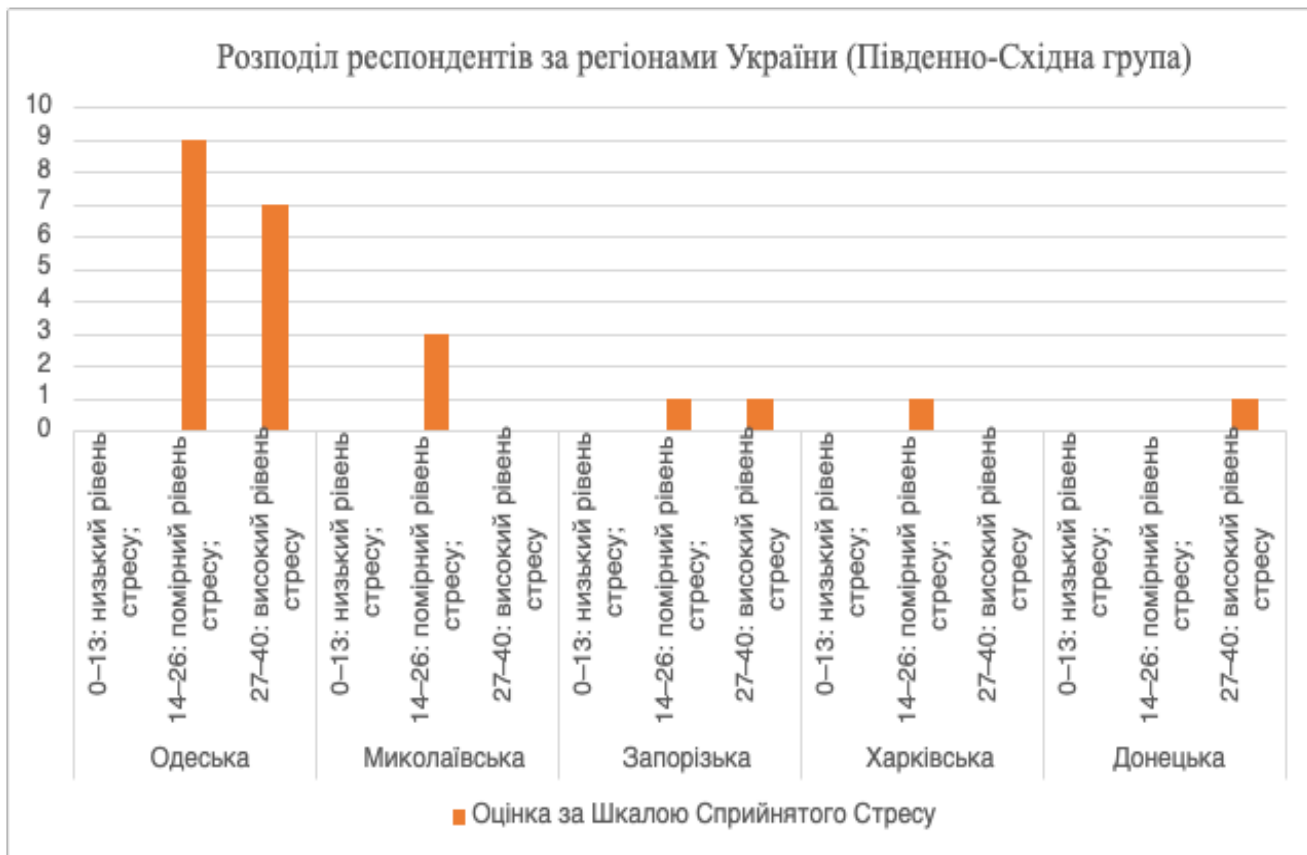


Рис. 2.7. Результати компоненту опитувальника «Шкала Сприйнятого Стресу» за регіонами України (Південно-Східна група)

Серед регіонів Центрально-Західної групи регіонів спостерігалася відносна однорідність показників до показників Південно-Східної групи, а саме, відсутність респондентів з низьким рівнем стресу (Рис. 2.8). У трьох з чотирьох територіальних одиниць, фіксувався лише помірний рівень стресу (14-26 балів опитувальника) для Київської, Вінницької та Житомирської областей. В місті Київ респонденти відзначали високий рівень стресу (3 особи) та середній рівень (2 особи).

Визначена статистика вказує на необхідність попередження виникнення депресії та впровадження технік, для доступного лікування депресії серед студентів, які вже мають ознаки або діагностоване захворювання.

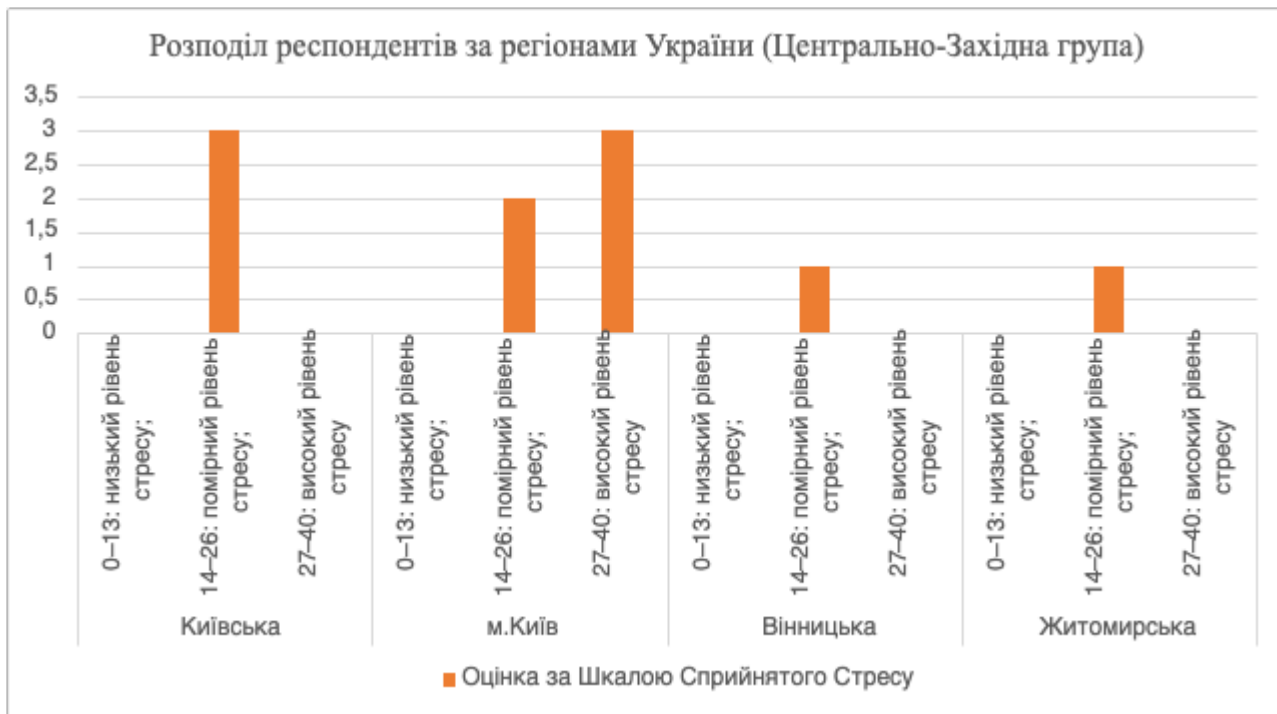


Рис. 2.8. Результати компоненту опитувальника «Шкала Сприйнятого Стресу» за регіонами України (Центрально-Західна група)

Консультації та психотерапія залишаються основними методами лікування поширених психічних розладів, таких як ПТСР, депресія, тривожність або їх комбінації серед людей, що потребують інтервенцій через військові дії. Найчастіше фахівці застосовують гнучку комбінацію підтримувального консультування та когнітивно-поведінкової терапії. Незважаючи на варіативність якості існуючих досліджень, загальні дані свідчать про відносну ефективність різних форм психотерапії у зменшенні симптомів ПТСР, депресії та тривожності [48].

Протягом останніх двох десятиліть було розроблено низку коротких, структурованих, стандартизованих психотерапевтичних програм для роботи з постконфліктними групами населення. Більшість моделей спираються на дані з західного контексту, які підтверджують ефективність когнітивно-поведінкової терапії, орієнтованої на травму. Критично важливим є розширення доступу до

психічної допомоги у регіонах з гострою нестачею спеціалістів у сфері психічного здоров'я. Завдяки короткій тривалості та низькій вартості таких інтервенцій вони мають великий потенціал для поширення та інтеграції у звичайну систему громадського або медичного обслуговування [40].

Більшість підходів включають стандартні когнітивно-поведінкові компоненти, такі як управління стресом, тривала експозиція, когнітивна реструктуризація, поведінкові стратегії, а також практики усвідомленості чи інші техніки зниження збудження. Все частіше для лікування депресії застосовують активаційні терапії. Найбільш перевіреним методом є терапія наративної експозиції, яка базується на принципах свідчення про життєві події та передбачає реконструкцію життєвої хронології пацієнта із поступовою роботою над травматичними спогадами [46].

Підхід, орієнтований на «спільні елементи лікування», враховує типові патерни супутніх розладів і дозволяє терапевту гнучко обирати модулі (наприклад, для травматичного стресу, депресії, тривожності) відповідно до конкретного набору симптомів кожного пацієнта. Дослідження у кількох регіонах підтверджують ефективність цього методу. Останнім часом ВООЗ розробила короткотривалу інтервенцію «Управління проблемами плюс», яка також ґрунтується на ключових принципах когнітивно-поведінкової терапії. Перші дослідження цієї методики дали позитивні результати [31].

Наступний важливий крок – це інтеграція таких коротких програм у систему первинної медико-санітарної допомоги у країнах із низьким рівнем доходу таким чином, щоб вони підтримувалися місцевими структурами та залишалися сталими. Окрім забезпечення ресурсів і прихильності керівництва до цих ініціатив, важливим викликом є організація постійного нагляду та наставництва для працівників. Це критично необхідно для збереження навичок, мотивації та запобігання професійному вигоранню. Зростаюче охоплення

Інтернетом та телекомунікаційними системами відкриває нові можливості для дистанційного супервізування у віддалених локаціях або для групових видів терапії [52].

Пацієнти зі складними характеристиками можуть не мати мотивації, стійкості чи когнітивних можливостей для участі в експозиційних терапіях або практикування техніки когнітивно-поведінкової терапії, які потребують активної залученості. Тому залишається відкритим питання щодо найкращих стратегій допомоги цим складним випадкам. Можливо, необхідні більш поступові реабілітаційні підходи, які враховують потенційно повільну динаміку одужання у цій підгрупі [52].

2.3. Рекомендації щодо підтримки психоемоційного стану особистості під час війни

Аналізуючи наукові джерела та практичні підходи до збереження психічного здоров'я в умовах воєнного стану, можна дійти висновку, що психоемоційний стан людини суттєво трансформується під впливом низки деструктивних чинників. Серед них особливу загрозу становлять втрата базової безпеки, загроза життю, загибель або розлука з близькими, руйнування житлових умов, вимушене залишення звичного середовища, втрата роботи, порушення соціальних зв'язків. Ці обставини призводять до підвищення ризику розвитку емоційних розладів, таких як тривожність, депресивні епізоди, посттравматичний стресовий розлад, а також до зниження загального рівня психологічної стійкості. Відтак, стає надзвичайно актуальним формування ефективних стратегій підтримки та відновлення ментального благополуччя населення. У численних працях сучасних дослідників акцентується увага на

необхідності системного підходу до подолання наслідків психічної травматизації, зокрема через реалізацію багаторівневої моделі психологічної допомоги [4; 31; 58].

Одним із ключових напрямів профілактики негативних психоемоційних наслідків є формування обізнаності населення щодо природи стресових реакцій, їх нормальності у кризових умовах, а також ознайомлення з ефективними техніками самопомоги. Проведення інформаційно-просвітницьких кампаній у форматі лекцій, відеоматеріалів, буклетів, трансляцій на телебаченні чи в соціальних мережах дозволяє знижувати рівень тривоги та покращує ставлення до звернень за професійною допомогою. Як засвідчив аналіз джерел, особливого значення набуває адаптація подібної інформації до рівня освіченості, віку та культурних особливостей конкретної аудиторії [37].

Також вагомим чинником стабілізації емоційного стану є формування навичок управління емоціями. У більшості наукових публікацій рекомендується впровадження спеціальних тренінгів з розвитку усвідомленості, дихальних технік, фізичних і тілесно-орієнтованих практик, релаксаційних методів і арт-терапії. Ці методики допомагають зменшити напругу, підвищити відчуття внутрішньої зібраності, контролю над собою, а також покращити здатність адаптуватися до змін [52; 46]. Водночас доцільним є заохочення до щоденної фізичної активності як природного ресурсу емоційного самовідновлення.

Окрему увагу слід приділити ролі соціального оточення. Згідно з аналізом наукових даних, соціальні зв'язки виступають важливим буфером у подоланні емоційних криз. Внутрішньо переміщені особи, родини військовослужбовців, особи, які зазнали втрати, повинні мати змогу залучатися до спільнот підтримки, брати участь у спільних ініціативах, заходах, волонтерських програмах, що сприяють формуванню почуття безпеки та довіри [31; 52].

Досвід реалізації кризових програм свідчить про критичну важливість доступу до професійної психологічної допомоги. Необхідно активізувати роботу мобільних бригад, кризових центрів, гарячих ліній, а також розвивати формат онлайн-консультування. Одночасно слід забезпечити фахівцям умови для супервізії, підвищення кваліфікації та методичної підтримки, особливо в регіонах з обмеженими ресурсами [25].

Діти та підлітки є надзвичайно вразливою категорією в умовах війни, тому важливо створити для них сприятливе середовище у навчальних закладах. Зокрема, йдеться про впровадження програм соціально-емоційного навчання, організацію простору для безпечного вираження емоцій, залучення педагогів та батьків до психоосвітніх заходів і надання їм інструментів реагування на емоційні потреби дітей [28].

Варто також акцентувати на ресурсно-орієнтованому підході, який передбачає підтримку внутрішніх сил людини, орієнтацію на позитивний досвід, розвиток оптимізму, ціннісних орієнтирів. У дослідженнях зазначено, що техніки ведення щоденника вдячності, фіксація позитивних моментів дня, постановка досяжних цілей сприяють формуванню психологічної стійкості та зменшують ризики емоційного виснаження [56; 11]. Психоемоційне благополуччя також значною мірою залежить від залучення громади. Партнерства між державними структурами, неурядовими організаціями та міжнародними інституціями дозволяють реалізовувати комплексні програми підтримки населення, уникати дублювання зусиль і забезпечувати системний підхід до психосоціального супроводу постраждалих [18].

Слід також враховувати, що самі фахівці, які працюють із травмованими людьми, перебувають у групі ризику емоційного вигорання. Щоб запобігти цьому, важливо забезпечити їм доступ до професійного супроводу, груп

взаємопідтримки, можливостей для відновлення ресурсів і дотримання гігієни праці [51].

Завершуючи аналіз, варто наголосити, що процес реабілітації після воєнного досвіду потребує довготривалого супроводу. Це включає створення центрів ментального здоров'я, програм соціальної адаптації, навчальних ініціатив, спрямованих на підвищення особистісного потенціалу, зайнятості та самозарадності. Особливої уваги заслуговує побудова міжсекторальної співпраці — між освітніми, медичними, соціальними інституціями, яка забезпечить стале та комплексне відновлення постраждалих категорій населення [17]. У підсумку, розроблені мною рекомендації ґрунтуються на ретельному аналізі фахової літератури, доказових практик та потреб сучасного українського суспільства в умовах війни. Їх реалізація може суттєво підвищити ефективність підтримки психоемоційного стану особистості та сприяти посиленню психологічної стійкості на рівні як окремої людини, так і громади в цілому.

Згідно аналізу міжнародної та національної літератури рекомендовано застосування підходів для полегшення та компенсація негативних факторів військового конфлікту через адаптовані програми підтримки, включаючи психологічне консультування, майстер-класи з управління стресом та академічні коригування, може допомогти пом'якшити негативний вплив стресу, пов'язаного з війною, на добробут студентів. Крім того, результати дослідження підкреслюють важливість комплексного підходу до відновлення після травми, що враховує як індивідуальні, так і соціальні аспекти. Зміцнюючи зв'язок між студентами та їхніми спільнотами та забезпечуючи підтримку в рамках сімейних, колегіальних та ширших соціальних мереж, заклади вищої освіти можуть відігравати ключову роль у розвитку стійкості та механізмів подолання труднощів серед студентів під час кризових періодів.

Висновки до 2 розділу

На основі проведеного емпіричного дослідження встановлено, що найбільш значний психоемоційний тиск спостерігається серед студентської молоді Південно-Східних регіонів України, зокрема Одеської та Запорізької областей. У цих регіонах було зафіксовано підвищені показники як депресії середнього та важкого ступеня, так і високого рівня стресу. Це свідчить про серйозні психоемоційні наслідки воєнного стану для молоді, яка проживає у регіонах, наближених до зони активних бойових дій, і зумовлює потребу в систематичному залученні психологічних фахівців, створенні мобільних бригад кризової допомоги, а також впровадженні програм підтримки на рівні закладів освіти.

Гендерний аналіз результатів виявив статистично значущі відмінності: серед жінок частіше фіксуються випадки легкої та помірної депресії, а також вищий рівень переживаного стресу. Натомість чоловіки частіше демонструють мінімальні прояви депресивного стану. Рівень важкої депресії виявився приблизно однаковим для обох статей. Така динаміка вказує на потребу в диференційованому підході до надання психологічної допомоги, з урахуванням психофізіологічних і соціокультурних особливостей чоловіків і жінок, а також в подальшому дослідженні механізмів адаптації до стресу в обох групах.

Загалом результати опитування демонструють, що високий рівень стресу є поширеним серед студентів незалежно від регіону проживання, а відсутність респондентів із низькими показниками стресу підтверджує масштабність впливу війни на психічне здоров'я молоді. При цьому близько 70% студентів мають незначні або легкі прояви депресивного стану, що можна розцінювати як тривожний сигнал щодо потенційного погіршення ситуації за умови відсутності належної профілактики та підтримки. Психоемоційний стан студентства варто

розглядати як маркер загального соціально-психологічного стану країни в умовах воєнної нестабільності, що вимагає розширення інституційної підтримки, впровадження психоосвітніх програм, тренінгів зі стресостійкості та забезпечення доступності кваліфікованої психологічної допомоги для всіх студентів. Також доречно продовжити міжрегіональний аналіз задля точнішої ідентифікації потреб і особливостей конкретних груп.

ВИСНОВКИ

Кваліфікаційна робота висвітлює дослідження значного впливу триваючої війни на рівень стресу серед українських студентів, наголошуючи на необхідності цільових заходів втручання та підтримки в установах вищої освіти. Визначення рівня стресу та ризику виникнення депресії в залежності від статі, більша увага до студентів, які проживають та навчаються у зонах конфлікту та наближених до зон активних бойових дій має велике значення для побудови суспільства в майбутньому.

В ході проведеного дослідження ми виконали поставлені завдання та дійшли наступних висновків:

1. Було визначено основні теоретичні аспекти психоемоційного стану особистості в умовах війни. У процесі дослідження було систематизовано та узагальнено наукові підходи до розуміння психоемоційного стану особистості в умовах збройного конфлікту. Розкрито ключові чинники, що впливають на зміну емоційного стану — серед них стрес, тривога, депресія, травматичний досвід, втрати, ізоляція. Особливу увагу приділено впливу соціального середовища, руйнування життєвих орієнтирів та зміни базових умов існування. Теоретичний аналіз дозволив окреслити понятійний апарат, виділити психофізіологічні й соціальні маркери емоційної нестабільності та сформулювати основу для подальшого емпіричного дослідження. Було також розглянуто моделі адаптації до травматичних подій та способи реагування особистості на хронічну небезпеку.

2. Було емпірично досліджено вплив війни на психоемоційний стан особистості. У межах емпіричної частини дослідження проведено опитування серед молоді, яка проживає в Україні. Були застосовані методики Beck Depression Inventory (BDI) – шкала Бека для оцінки рівня депресії; Perceived

Stress Scale (PSS) – шкала сприйнятого стресу, яка оцінює суб'єктивне відчуття стресу, які дозволили виявити рівні депресії та стресу, а також виявити відмінності залежно від статі, місцезнаходження та досвіду війни. Отримані дані засвідчили значний вплив збройного конфлікту на емоційний стан респондентів: зафіксовано високий відсоток симптомів тривоги, втоми, безнадійності, емоційного виснаження. Встановлено, що війна створює умови для порушення емоційної регуляції, зниження здатності до адаптації та збільшення психологічної вразливості особистості.

3. Було проаналізовано результати проведеного дослідження. Результати дослідження показали наявність чітких закономірностей, які підтверджують негативний вплив війни на психоемоційний стан. Жінки частіше демонструють симптоми депресії легкої та помірної тяжкості, а чоловіки – мінімальні прояви, що може свідчити як про реальні гендерні відмінності, так і про культурні особливості вираження емоцій. Водночас у студентів із Південно-Східних регіонів спостерігається вищий ризик розвитку тяжких психоемоційних розладів. Аналіз даних дозволив виокремити групи ризику та підкреслити потребу в диференційованих підходах до підтримки. Стресовий фон, що зберігається тривалий час, посилює деструктивні емоційні стани й порушує соціальну активність молоді. Також, система охорони здоров'я не була готова до надання психологічної підтримки та спеціалізованої допомоги на початку військових дій, що має негативний вплив на особистість в довгостроковій перспективі. Важливою ланкою у підтримці студентів та молодих людей з ризиком розвитку стресу та/або депресією є соціальне благополуччя, адже пацієнти схильні першочергово звертатися за допомогою до близьких та колег.

4. Було надано рекомендації щодо підтримки психоемоційного стану особистості під час війни. Психоемоційний стан особистості в умовах війни значно погіршується під впливом травматичних чинників. На основі аналізу

наукових джерел сформовано комплекс рекомендацій, які охоплюють просвітницьку діяльність, розвиток навичок саморегуляції, активізацію соціальної підтримки, доступ до фахової психологічної допомоги, ресурсно-орієнтовані підходи та профілактику професійного вигорання. Особлива увага приділена вразливим групам — дітям, підліткам, внутрішньо переміщеним особам та фахівцям допоміжних професій. Усі рекомендації мають бути реалізовані на міжсекторальному рівні з урахуванням культурних та індивідуальних особливостей населення. Застосування таких підходів сприятиме збереженню психічного здоров'я та стійкості як окремої особистості, так і суспільства в цілому. Майбутні дослідження повинні зосередитися на довгострокових спостереженнях за студентами, які постраждали від війни, щоб зафіксувати зміни рівня стресу з часом та дослідити додаткові чинники, що впливають на їхню стійкість і стратегії подолання труднощів у період військових дій. Тим не менш, це дослідження забезпечує базове розуміння динаміки стресу у специфічному контексті триваючої війни, що сприяє розробці цільових заходів для підтримки психічного здоров'я студентів українських вищих навчальних заходів.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Блінов О. А. Прояви посттравматичних стресових розладів. *Актуальні проблеми психології*: Збірник наукових праць Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України. – Житомир: «Вид-во ЖДУ ім. І. Франка», 2013. – Том VII. Екологічна психологія. Випуск 32. С. 15–20.
2. Горностай П.П., Чорна, Л.Г. (Ред.) (2022). Міжгрупова взаємодія в умовах війни: ідентичності, картини світу, подолання травми: У Матеріали круглого столу (9 червня 2022 р.). Інститут соціальної та політичної психології НАПН України. Талком.
3. Закон України “Про національну безпеку України” від від 21.06.2018 № 2469-VIII. URL: <https://ips.ligazakon.net/>.
4. Карамушка Л. М. Психічне здоров’я персоналу організацій в умовах війни: Навч.-методичний посібник. К.: Інститут психології імені Г.С. Костюка НАПН України, 2023. 124 с.
5. Карамушка Л. М., Креденцер О. В., Терещенко К. В., Лагодзінська В. І., Ковальчук О. С., Івкін В. М. Емпіричне дослідження структурних компонентів психологічного здоров’я персоналу освітніх організацій.
6. Коваль І. А. Діагностика і диференційна діагностика гострого стресового розладу та посттравматичного стресового розладу в загальномедичній практиці. Збірник наукових праць КПНУ ім. І. Огієнка, Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України. Проблеми сучасної психології. 2015. Вип. 27. С. 210–219.
7. Назарець Л., Руденко Н. Аналіз психологічних реакцій на травматичний стрес внутрішньо переміщених осіб старшого підліткового віку. *Психологія: реальність і перспективи*. Збірник наукових праць РДГУ. Вип. 20. 2023. С. 127-134.

8. Наугольник Л.Б. Психологія стресу: підручник. Львів: Львівський державний університет внутрішніх справ. 2015. 324 с.
9. Носенко, Д. В. (2013). Феномен «самоінвалідації» у структурі форм прояву копінг-поведінки і його особистісні детермінанти. Актуальні проблеми психології. Том. 11: Психологія особистості. Психологічна допомога особистості, 459–472.
- 10.Орос М.М. Вплив війни на людину. Зміни психіки та характеру в умовах воєнного стану. DOI: 10.32471/umj.1680-3051.154.241952.
- 11.Пасічник С. Вплив майндфулнес терапії на психічне здоров'я особистості: кваліфікаційна робота на здобуття освітнього ступеня «магістр» за спеціальністю 053 «Психологія». Львів: Львівський державний університет внутрішніх справ МВС України, 2022. 103 с.
- 12.Попов С.М. Гомеостаз в механізмі зворотних зв'язків біологічних, технічних і соціальних систем. Вісник Харківського національного університету імені В.Н. Каразіна. Серія: Теорія культури і філософія науки. 2011. № 958, ч. 2. Вип. 45. С. 92-101.
- 13.Психічне здоров'я та ставлення українців до психологічної допомоги під час війни. Gradus Research Company. 2022. URL: <https://gradus.app/documents/307/Gradus>.
- 14.Туриніна О. Л. Психологія травмуючих ситуацій: навч. посіб. для студ. вищ. навч. закл. К.: ДП “Вид. дім “Персонал”, 2017. 160 с.
- 15.Ahmead M, El Sharif N, Abuiram I, Alshawish E and Dweib M (2024) Depression, anxiety and coping strategies among Palestinian university students during political violence: a cross sectional study. Front. Public Health. 12:1436672. doi: 10.3389/fpubh.2024.1436672.

16. Al-Mandhari, AS, Brennan, RJ, Abubakar, A, and Hajjeh, R. Tackling COVID-19 in the eastern Mediterranean region. *Lancet*. (2020) 396:1786–8. doi: 10.1016/S0140-6736(20)32349-7.
17. Alotaibi, NM. Future anxiety among young people affected by war and armed conflict: indicators for social work practice. *Front Sociol*. (2021) 6:729811. doi: 10.3389/fsoc.2021.729811.
18. Anjum, G, Aziz, M, and Hamid, HK. Life and mental health in limbo of the Ukraine war: how can helpers assist civilians, asylum seekers and refugees affected by the war? *Front Psychol*. (2023) 14:1129299. doi: 10.3389/fpsyg.2023.1129299.
19. Aqtam I. A narrative review of mental health and psychosocial impact of the war in Gaza. *East Mediterr Health J*. 2025;31(2):89–96. <https://doi.org/10.26719/2025.31.2.89>.
20. Assefa, Y, Tilwani, SA, Moges, BT, and Shah, MA. The impact of armed violence on students' educational attainment and the role of parents in resilience schooling and the education process. *Heliyon*. (2022) 8:e12192. doi: 10.1016/j.heliyon.2022.e12192.
21. Babbie, E. R. (2012). *The practice of social research* (13th ed.). Wadsworth Cengage Learning.
22. Beck, A.T., Ward, C.H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4(6), 561-571.
23. Beck Depression Inventory – Wikipedia. URL: <https://en.wikipedia.org/>
24. Bhattacharjee, A. (2012). *Social science research: Principles, methods, and practices*. Textbooks Collection. Book 3.
25. Brennan, R, Hajjeh, R, and Al-Mandhari, A. Responding to health emergencies in the eastern Mediterranean region in times of conflict. *Lancet*. (2022) 399:e20–2. doi: 10.1016/S0140-6736(20)30069-6.

- 26.Chang, L., & Krosnick, J. A. (2009). National surveys via random digital dialling (RDD) telephone interviewing versus the internet: Comparing sample representativeness and response quality. *Public Opinion Quarterly*, 73(4), 641–678.
- 27.Check, J., & Schutt, R. K. (2012). Survey research. In J. Check & R. K. Schutt (Eds.), *Research methods in education* (pp. 159–185). Sage Publications.
- 28.Chudzicka-Czupała, A, Hapon, N, Chiang, SK, Żywiołek-Szeja, M, Karamushka, L, Lee, CT, et al. Depression, anxiety and post-traumatic stress during the 2022 Russo-Ukrainian war, a comparison between populations in Poland, Ukraine, and Taiwan. *Sci Rep.* (2023) 13:3602. doi: 10.1038/s41598-023-28729-3.
- 29.Cosic K, Kopilas V and Jovanovic T (2024) War, emotions, mental health, and artificial intelligence. *Front. Psychol.* 15:1394045. doi: 10.3389/fpsyg.2024.1394045.
- 30.Costanzo, E. S., Stawski, R. S., Ryff, C. D., Coe, C. L., & Almeida, D. M. (2012). Cancer survivors' responses to daily stressors: Implications for quality of life. *Health Psychology*, 31, 360–370.
- 31.Dawson KS, Bryant RA, Harper M et al. Problem Management Plus (PM+): a WHO transdiagnostic psychological intervention for common mental health problems. *World Psychiatry* 2015.
- 32.Denscombe, M. (2010). *The good research guide for small-scale social research projects* (4th ed.). Butterworth-Heinemann.
- 33.Didier Marquis, F. N., & Wiles-Portier, E. (2010). Web surveys in the social sciences: An overview. *Population (English Edition, 2002)*, 65(2), 285–311.
- 34.Elvevåg B, DeLisi LE. The mental health consequences of the war in Ukraine: A commentary. *Psychiatry Res.* 2022 Nov;317:114798.
- 35.Farrell, D., & Petersen, J. C. (2010). The growth of internet research methods and the reluctant sociologist.
- 36.Garry Andriasyan. Medicine during the war: What challenges did the medical system face? 31 March 2023. URL: <https://mind.ua/>.

37. Gradus Research Company. Психічне здоров'я та ставлення українців до психологічної допомоги під час війни. 2022. URL: <https://gradus.app/documents/307/Gradus>
38. Harris, K. M., Gaffey, A. E., Schwartz, J. E., Krantz, D. S., Burg, M. M. (2023). The Perceived Stress Scale as a Measure of Stress: Decomposing Score Variance in Longitudinal Behavioral Medicine Studies. *Ann Behav Med.* 57(10):846–854.
39. Harvard University, FXB Center for Health and Human Rights (2022). *Children in War: The Devastating Psychological Toll.*
40. Hinton DE, Pich V, Hofmann SG et al. Acceptance and mindfulness techniques as applied to refugee and ethnic minority populations with PTSD: examples from culturally adapted CBT. *Cogn Behav Pract* 2013.
41. Inoue, C, Shawler, E, Jordan, CH, Moore, MJ, and Jackson, CA. *Veteran and military mental health issues.* Treasure Island (FL): Stat Pearls Publishing (2023).
42. IOM Ukraine (2023). *Psychosocial Needs of Internally Displaced Persons in Ukraine.*
43. Jackson, S. L. (2011). *Research methods and statistics: A critical approach (4th ed.).* Boston.
44. Kendra, C. (2016). What is a survey? URL: <https://www.verywell.com/what-is-a-survey-2795787>.
45. Magdalene Karalis, *The Information War: Russia-Ukraine Conflict Through the Eyes Of Social Media*, February 2, 2024.
46. Miller K, Rasmussen A. The mental health of civilians displaced by armed conflict: an ecological model of refugee distress. *Epidemiol Psychiatr Sci* 2017.
47. Mylana S, Torre C, Parkera M, Allenb T. Mental health in conflict settings. *The Lancet*, Volume 394, Issue 10216, December 21, 2019.
48. Nickerson A, Bryant RA, Silove D et al. A critical review of psychological treatments of posttraumatic stress disorder in refugees. *Clin Psychol Rev* 2011.

49. Palestinian Ministry of Health. Mental health and psychosocial support services in Gaza. Gaza: Palestinian Ministry of Health, 2024.
50. Ponto, J. (2015). Understanding and evaluating survey research. *Journal of Advanced Practitioner in Oncology*, 6(2), 168–171.
51. Raccanello, D, Burro, R, Aristovnik, A, Ravšelj, D, Umek, L, Vicentini, G, et al. Coping and emotions of global higher education students to the Ukraine war worldwide. *Sci Rep.* (2024) 14:8561. doi: 10.1038/s41598-024-59009-3.
52. Rees S, Tol W, Mohammad M et al. A high-risk group of pregnant women with elevated levels of conflict-related trauma, intimate partner violence, symptoms of depression and other forms of mental distress in post-conflict Timor- Leste. *Transl Psychiatry* 2016.
53. Rice VJ, Overby C, Boykin G, Jeter A, Villarreal J. How do i handle my life now? Coping and the post traumatic stress disorder checklist - military version. In: *Proceedings of the Human Factors and Ergonomics Society*; 2014.
54. Rubin, A., & Babbie, E. R. (2016). *Essential research methods for social work*. MACengage Learning.
55. Save the Children (2023). Gaza: 96% of children feel death is imminent – Save the Children study.
56. Seligman M. E. P. *Flourish: A visionary new understanding of happiness and well-being*. New York: Free Press, 2011.
57. Singleton, R. A., & Straits, B. C. (2009). *Approaches to social research* (5th ed.). Oxford University Press.
58. UNICEF. (2023). For every child. URL: <https://www.unicef.org/>.
59. UNICEF (2022). *Mental Health and Psychosocial Wellbeing of Children in Conflict Settings*.
60. UNFPA: The emotional cost of combating gender-based violence on the front line in Ukraine (2024). URL: <https://www.unfpa.org/>.

61. Vivian Chung Easton. A Therapist's Deep Dive into the Perceived Stress Scale (PSS-10). Clinical Product Lead, January 15, 2025.
62. W.P. Malecki, Media experiences during the Ukraine war and their relationships with distress, anxiety, and resilience, Journal of Psychiatric Research Volume 165, September 2023, Pages 273-281.

ДОДАТКИ

Додаток А

ОПИТУВАЛЬНИК ДЕПРЕСІЇ БЕКА

Цей опитувальник складається з групи тверджень. Прочитайте, будь-ласка, кожен групу тверджень і виберіть те, яке найбільш точно характеризує ваше самопочуття, мислення і настрій на сьогодні. Обведіть колом номер вибраного твердження. Зверніть увагу, що спершу необхідно прочитати усі твердження в одній групі і лиш тоді робити вибір.

№		
1	<ol style="list-style-type: none">0. Мені не сумно.1. Мені сумно, я чуюсь пригніченим.2. Я увесь час чуюсь сумним, пригніченим і не можу відволіктись від цього стану.3. Я відчуваю нестерпний сум та тугу.	
2	<ol style="list-style-type: none">0. Я спокійно думаю про майбутнє.1. Думки про майбутнє викликають в мені страх та тривогу.2. Мені нема чого чекати від майбутнього і на що надіятися.3. Я відчуваю, що в моєму майбутньому нема нічого доброго і я нічого не можу змінити.	
3	<ol style="list-style-type: none">0. Я не відчуваю себе невдахою.1. Я відчуваю, що в мене більше невдач, ніж у інших людей.2. Моє життя – це суцільна низка невдач та помилок.3. Я абсолютний невдаха в усьому (навчанні, праці, сімейному житті і т.д.)	
4	<ol style="list-style-type: none">0. Я отримую задоволення від улюблених занять і речей.1. Я не отримую такого задоволення, як раніше од улюблених занять та речей.2. Я ні від чого не отримую задоволення.3. Будь-яке заняття викликає в мені нудьгу та тугу.	
5	<ol style="list-style-type: none">0. Я не відчуваю відчуття провини.1. Я доволі часто відчуваю провину.2. Я дуже часто чуюсь поганою людиною і мене мучить відчуття провини.3. Мене мучить постійне відчуття провини.	
6	<ol style="list-style-type: none">1. Я не вважаю, що заслуговую покарання.2. Я допускаю, що заслуговую покарання.3. Я вважаю, що маю бути покараний.4. Я відчуваю, що доля карає мене.	
7	<ol style="list-style-type: none">0. Я в основному задоволений тим, ким я є.1. Я незадоволений собою.2. Я гидкий собі.3. Я ненавиджу себе.	

8	<ul style="list-style-type: none"> 0. Я не думаю, що я гірший, ніж інші люди. 1. Я критикую себе за слабкості та помилки. 2. Я постійно докоряю собі за різні помилки. 3. Я докоряю собі за усе погане, що діється навколо. 	
9	<ul style="list-style-type: none"> 0. У мене не виникає думок про самогубство. 1. У мене бувають думки про самогубство, але я знаю, що не зроблю цього. 2. Я хочу вмерти і планую самогубство. 3. Якщо б була нагода, я б зробив самогубство. 	
10	<ul style="list-style-type: none"> 0. Я не плачу більш часто, ніж звичайно. 1. Я плачу частіше, ніж звичайно. 2. Я увесь час плачу. 3. Раніше я часто плакав, але тепер не можу заплакати навіть тоді, коли мені цього хочеться. 	
11	<ul style="list-style-type: none"> 0. Я не дратуюсь частіше, ніж звичайно. 1. Я дратуюся легше, ніж звичайно. 2. Я постійно відчуваю роздратування та почуття внутрішнього незадоволення. 3. Те, що раніше дратувало мене, тепер мені стало байдуже. 	
12	<ul style="list-style-type: none"> 0. Я не втратив цікавості до людей. 1. Люди цікавлять мене менше, ніж раніше. 2. Я майже повністю втратив інтерес до людей. 3. Люди мені глибоко байдужі. 	
13	<ul style="list-style-type: none"> 0. Мені не є важче, ніж звичайно приймати рішення. 1. Тепер частіше, ніж раніше я зволікаю з прийняттям рішень. 2. Мені дуже важко прийняти будь-яке рішення. 3. Я не в стані приймати жодних рішень. 	
14	<ul style="list-style-type: none"> 0. Я не вважаю, що виглядаю гірше, ніж звичайно. 1. Мене турбує, що я виглядаю дещо гірше ніж звичайно і старшим, ніж на свій вік. 2. Я відчуваю, що з кожним днем виглядаю усе гірше. 3. Я переконаний, що виглядаю жахливо. 	
15	<ul style="list-style-type: none"> 0. Мені працюється так, як і раніше. 1. Тепер мені часто доводиться змушувати себе братися до праці. 2. Я з великою трудностю змушую себе взятися до праці. 3. Я не в стані працювати. 	
16	<ul style="list-style-type: none"> 0. Я сплю не менше і не гірше, ніж раніше. 1. Я сплю гірше, ніж раніше. 2. Я буджуся на 1-2 години раніше, ніж звичайно і мені важко знову заснути. 3. Я буджуся на декілька годин раніше, ніж звичайно і вже не можу заснути. 	
17	<ul style="list-style-type: none"> 0. Я не втомлююся більше, ніж звичайно. 1. Я втомлююся значно легше, ніж раніше. 2. Я втомлююся від будь-якого заняття. 3. Я чуюся настільки втомленим, що не в стані будь-чим займатися. 	

18	<ul style="list-style-type: none"> 0. У мене нормальний апетит. 1. У мене погіршився апетит. 2. У мене майже відсутній апетит. 3. У мене зовсім нема апетиту. 	
19	<ul style="list-style-type: none"> 0. Моя вага залишається незмінною. 1. За останній час я схуд більше ніж на 3 кг. 2. За останній час я схуд більше ніж на 5 кг. 3. За останній час я схуд більше ніж на 7 кг. 	
20	<ul style="list-style-type: none"> 0. Моє тілесне здоров'я є добре. 1. Мене турбують наявні у мене фізичні симптоми (наприклад, болі в животі, запори та ін.). 2. Я дуже занепокоєний наявними в мене фізичними симптомами. 3. Я настільки занепокоєний станом свого тілесного здоров'я, що практично не можу думати ні про що інше. 	
21	<ul style="list-style-type: none"> 0. Мій інтерес до статевого життя за останній час не зменшився. 1. Статеве життя мене цікавить зараз менше, ніж звичайно. 2. Мій інтерес до статевого життя значно зменшився. 3. Я повністю втратив інтерес до статевого життя. 	

Примітки:

ШКАЛА СПРИЙНЯТОГО СТРЕСУ (PSS-10)

Будь ласка, дайте щонайбільш правильну і чесну відповідь, вказавши, яка підходить саме Вам.

1. Як часто останнього місяця Ви турбувалися через непередбачені події?

Ніколи Майже ніколи Інколи Доволі часто Часто

2. Як часто за останній місяць Вам видавалося складним контролювати важливі в Вашому житті речі?

Ніколи Майже ніколи Інколи Доволі часто Часто

3. Як часто за останній місяць Ви відчували нервову напругу чи стрес?

Ніколи Майже ніколи Інколи Доволі часто Часто

4. Як часто за останній місяць Ви відчували впевненість у тому, що впораєтеся з вирішенням Ваших особистих проблем?

Ніколи Майже ніколи Інколи Доволі часто Часто

5. Як часто за останній місяць Ви відчували, що все йде так, як Ви цього хотіли?

Ніколи Майже ніколи Інколи Доволі часто Часто

6. Як часто останнього місяця Ви думали, що не зможете впоратися з усім тим, що Вам було треба зробити?

Ніколи Майже ніколи Інколи Доволі часто Часто

7. Як часто останнього місяця Ви могли дати собі раду з Вашою дратівливістю?

Ніколи Майже ніколи Інколи Доволі часто Часто

8. Як часто останнього місяця Ви відчували, що володієте ситуацією?

Ніколи Майже ніколи Інколи Доволі часто Часто

9. Як часто останнього місяця Ви відчували роздратування через те, що події, які відбуваються, виходили з-під Вашого контролю?

Ніколи Майже ніколи Інколи Доволі часто Часто

10. Як часто останнього місяця Вам здавалося, що труднощів нагромаджується стільки, що Ви не в змозі їх контролювати?

Ніколи Майже ніколи Інколи Доволі часто Часто