

Кваліфікаційна робота

на здобуття ступеня вищої освіти «бакалавр»

«Вплив війни на рівень стресу та психічне здоров'я українців»

«The impact of war on the level of stress and mental health of Ukrainians»

Виконала: здобувачка заочної форми навчання
спеціальності 053 Психологія
Освітня програма «Психологія»
Бегунова Ганна Юріївна
Керівник д.біол.н., професор Е.М. Псядло

Рецензент д.психол.н., професор Н.В. Родіна

Рекомендовано до захисту:
Протокол засідання кафедри
№ ___ від _____ 202_ р.

Завідувач кафедри

(підпис)

Захищено на засіданні ЕК
протокол № ___ від _____ 202_ р.

Оцінка _____ / _____ / _____
(за національною шкалою, шкалою
ECTS, бали)

Голова ЕК

(підпис)

ЗМІСТ

ВСТУП	3
РОЗДІЛ 1. ПРОБЛЕМА ДОСЛІДЖЕННЯ ВПЛИВУ ВІЙНИ НА РІВЕНЬ СТРЕСУ ТА ПСИХІЧНЕ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНЦІВ	7
1.1. Теоретичний аналіз впливу стресу на психічне здоров'я	7
1.2. Аналіз складових психічного здоров'я, що зазнають змін під впливом війни	19
Висновки до 1 розділу	23
РОЗДІЛ II. ДОСЛІДЖЕННЯ ВПЛИВУ ВІЙНИ НА РІВЕНЬ СТРЕСУ ТА ПСИХІЧНЕ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНЦІВ	25
2.1. Характеристика вибірки та методи дослідження	25
2.2. Аналіз і обробка результатів	28
2.3. Рекомендації щодо способів зниження рівня стресу та покращення психічного здоров'я населення	48
Висновки до 2 розділу	49
ВИСНОВКИ	52
СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ	54

ВСТУП

Війна в Україні, що триває з 2014 року і загострилася у 2022-2024 роках, суттєво вплинула на всі аспекти життя українців. Одним із найбільш вразливих аспектів є психічне здоров'я громадян, які опинилися в зоні конфлікту або змушені були залишитися в своїх домівках під постійною загрозою воєнних дій. Актуальність дослідження впливу війни на рівень стресу та психічне здоров'я українців обумовлена декількома ключовими факторами.

Війна є потужним стресовим чинником, який впливає на психологічний стан людей. Постійні обстріли, руйнування інфраструктури, загибель та поранення близьких, вимушене переселення та інші трагічні події викликають сильні емоційні реакції, які можуть перерости у хронічний стрес, тривожні розлади, депресію та посттравматичний стресовий розлад (ПТСР). Психологічний вплив війни може мати довгострокові наслідки, які позначаються на якості життя, працездатності та соціальній взаємодії людей.

В умовах війни особливої уваги потребують вразливі групи населення, такі як діти, жінки, літні люди та військові. Діти, які виростають у зоні конфлікту, можуть зазнавати серйозних психологічних травм, які впливають на їх розвиток та соціалізацію. Жінки часто беруть на себе додаткове навантаження, пов'язане з турботою про родину, що підвищує їхню вразливість до стресу та емоційних розладів. Літні люди, зважаючи на фізичні та психологічні обмеження, також потребують особливої підтримки. Військові, які беруть участь у бойових діях, часто стикаються з екстремальними стресовими ситуаціями, що може призводити до розвитку ПТСР та інших психічних розладів.

Війна в Україні викликала значні соціальні та економічні зміни, які також впливають на психічне здоров'я населення. Економічні труднощі, втрата

роботи, невизначеність майбутнього та погіршення житлових умов створюють додаткові стресові фактори, які посилюють психологічну напругу. Соціальні зв'язки, які зазвичай є важливим джерелом підтримки, можуть бути порушені через переміщення населення та руйнування інфраструктури.

Психічне здоров'я населення є важливим аспектом національної безпеки та стійкості суспільства. Люди з хорошим психічним здоров'ям краще справляються з труднощами, адаптуються до змін та підтримують соціальну згуртованість. В умовах війни підтримка психічного здоров'я населення стає ключовим завданням для державних та недержавних організацій, оскільки це впливає на загальну стійкість країни.

Актуальність дослідження підкріплюється необхідністю розробки ефективних програм психологічної підтримки та реабілітації. Дослідження рівня стресу та психічного здоров'я дозволяє виявити найбільш вразливі групи та специфічні потреби населення. Це, у свою чергу, допомагає розробити цільові програми, які враховують унікальні умови та виклики, з якими стикаються українці в зоні конфлікту.

Питаннями впливу різноманітних факторів на рівень стресу та психічне здоров'я займалися багато вчених. На просторі України ми можемо відокремити таких вчених як Бондар О.В., Папушина І.П., Кириченко Л.М., Зайченко О.О., Воронцова Т.В.. У світовому масштабі: Richard Lazarus, Hans Selye, Robert Sapolsky, Kelly McGonigal, Judith Beck, Aaron Beck, Martin Seligman, Andrew Solomon та багато інших.

Таким чином, актуальність дослідження впливу війни на рівень стресу та психічне здоров'я українців є безсумнівною. Вона обумовлена як безпосереднім впливом війни на психологічний стан населення, так і необхідністю розробки ефективних стратегій підтримки та реабілітації. Результати дослідження можуть мати значний вплив на поліпшення якості життя постраждалих та сприяти зміцненню загальної стійкості суспільства.

Метою дослідження є визначення рівня стресу та психічного здоров'я українців, які залишилися в зоні бойових дій, а також розробка рекомендацій щодо зниження рівня стресу та покращення психічного здоров'я населення.

Завдання дослідження:

1. Провести теоретичний аналіз впливу стресу на психічне здоров'я.
2. Дослідити складові психічного здоров'я, що зазнають змін під впливом війни.
3. Провести емпіричне дослідження впливу війни на рівень стресу та психічне здоров'я українців.
4. Розробити рекомендації для зниження рівня стресу та покращення психічного здоров'я населення.

Об'єктом дослідження є психічне здоров'я українців, які залишилися в зоні бойових дій під час війни.

Предметом дослідження є рівень стресу, тривожності, депресії та симптомів посттравматичного стресового розладу у громадян, які залишилися в зоні конфлікту.

Методи дослідження: шкала тривожності та депресії HADS, шкала сприйняття стресу PSS-10, опитувальник посттравматичного стресового розладу PCL-5, статистичний аналіз отриманих даних.

Організація і база проведення емпіричної роботи. Дослідження охопило 81 респондента, серед яких 53 жінки та 28 чоловіків. Усі респонденти є громадянами України, які залишилися вдома під час війни і не змінювали місце проживання.

Практичне значення роботи. Результати дослідження можуть бути використані для розробки програм психологічної підтримки та реабілітації для населення, яке постраждало від війни. Вони також можуть бути корисними для психологів, соціальних працівників та інших спеціалістів, які працюють з людьми, що пережили травматичні події. Розроблені рекомендації

допоможуть знизити рівень стресу та покращити психічне здоров'я українців в умовах тривалого конфлікту.

Структура роботи: Робота складається зі вступу, двох розділів, загальних висновків та списку використаної літератури (41 джерело). Обсяг роботи - 53 сторінки основного тексту, які містять 3 таблиці та 16 малюнків.

РОЗДІЛ 1. ПРОБЛЕМА ДОСЛІДЖЕННЯ ВПЛИВУ ВІЙНИ НА РІВЕНЬ СТРЕСУ ТА ПСИХІЧНЕ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНЦІВ

1.1. Теоретичний аналіз впливу стресу на психічне здоров'я

Стрес (від англ. stress - «навантаження, напруга; стан підвищеного напруження») - це сукупність неспецифічних адаптаційних реакцій організму, що виникають у відповідь на різні несприятливі чинники, відомі як стресори. Ці чинники можуть бути як фізичними, так і психологічними і порушувати гомеостаз організму, спричиняючи зміни в нервовій системі та загальному стані організму.

Поняття стресу було введено в наукову літературу Гансом Сельє в середині 20-го століття. У своїй роботі «The Stress of Life» (1956) Сельє визначив стрес як «неспецифічну відповідь організму на будь-яку пред'явлену йому вимогу». Він наголосив, що стрес не обов'язково пов'язаний із негативними подіями, але може бути викликаний і позитивними змінами в житті.

Стрес спрямований на активацію захисно-приспосувальних реакцій організму у відповідь на стресорний вплив. У цьому процесі задіюється симпатoadреналова система, яка активує нейрогуморальну регуляцію через збудження симпатичної вегетативної нервової системи та посилену секрецію гормонів. Цей процес відбувається за ланцюжком: гіпоталамус виділяє кортиколіберин (КРГ), який стимулює адренкортикотропний гормон (АКТГ) у гіпофізі, що, своєю чергою, призводить до викиду кортикостероїдів корою надниркових залоз [30, 23]

На фізіологічному рівні стрес можна описати як стан, за якого організм активує симпатичну нервову систему та вісь гіпоталамус-гіпофіз-наднирники (НРА-вісь). Це призводить до викиду стресових гормонів, таких як адреналін

і кортизол, що допомагає організму мобілізувати енергію і ресурси для подолання стресорів.

Фізіологічні зміни, спричинені стресом, пов'язані з розвитком загального та місцевого адаптаційного синдрому.

Загальний адаптаційний синдром (GAS), запропонований Гансом Сельє, описує три стадії реакції організму на стрес: тривоги, опір і виснаження. На стадії тривоги організм мобілізує свої ресурси для боротьби із загрозою. На стадії опору організм намагається адаптуватися до стресору, підтримуючи підвищений рівень гормонів. Якщо стрес триває довго і ресурси організму виснажуються, настає стадія виснаження, що може призвести до різних захворювань і порушень [23]

Розглянемо докладніше ці синдроми:

Загальний адаптаційний синдром (GAS) являє собою універсальну відповідь організму на тривалий вплив стресорів. Цей концепт був уперше запропонований Гансом Сельє і описує, як організм адаптується до стресу через послідовні стадії.

Стадії загального адаптаційного синдрому

GAS включає три основні стадії:

1. Стадія тривоги (Alarm Stage) У відповідь на початковий стресор організм вступає в стадію тривоги, яка характеризується активацією симпатичної нервової системи і викидом стресових гормонів, таких як адреналін і кортизол. Ці гормони готують організм до реакції «боротьби або втечі», підвищуючи серцебиття, кров'яний тиск і рівень глюкози в крові [23]

2. Стадія опору (Resistance Stage) Якщо вплив стресора триває, організм переходить у стадію опору, під час якої він намагається адаптуватися до стресу і відновити гомеостаз. На цій стадії спостерігається стійко високий рівень гормонів стресу, що допомагає організму продовжувати функціонувати під тиском. Однак ресурси організму поступово виснажуються [23]

3. Стадія виснаження (Exhaustion Stage)

Якщо стресор діє тривалий час і організм не може впоратися з ним, настає стадія виснаження. На цій стадії ресурси організму повністю виснажуються, що може призвести до значних фізіологічних і психологічних ушкоджень, таких як імунна дисфункція, хронічні захворювання та депресія [30, 23]

Механізми, що лежать в основі GAS, включають активацію осі гіпоталамус-гіпофіз-наднирники (НРА-вісь), яка відіграє ключову роль у регулюванні реакції організму на стрес. У відповідь на стресор гіпоталамус виділяє кортиколіберин (КРГ), який стимулює адренкортикотропний гормон (АКТГ) у гіпофізі, що призводить до викиду кортизолу з надниркових залоз. Кортизол допомагає організму мобілізувати енергію і пригнічує запальні реакції [32]

Тривалий вплив стресорів і перебування у стадії опору або виснаження можуть мати серйозні наслідки для здоров'я. Хронічний стрес асоціюється з розвитком серцево-судинних захворювань, діабету, депресії, тривожних розладів та інших психосоматичних захворювань [30]

Місцевий адаптаційний синдром (LAS) включає специфічні реакції окремих органів або систем на стресорний вплив, такі як запалення або імунна відповідь [30]

Механізми місцевого адаптаційного синдрому включають запальні процеси, імунні відповіді та інші локалізовані фізіологічні реакції. Наприклад, у разі фізичного пошкодження шкіри активуються місцеві імунні клітини, такі як макрофаги та нейтрофіли, які прямують до місця ушкодження для усунення інфекції та сприяють загоєнню тканин [31]

Розглянемо докладніше приклади LAS:

1. Запалення: Запальна реакція - це один з основних прикладів місцевого адаптаційного синдрому. Запалення виникає у відповідь на інфекцію, травму або інші ушкодження і включає в себе збільшення припливу

крові, виділення цитокінів і активацію імунних клітин. Ці процеси допомагають усунути патогени та відновити пошкоджені тканини [22]

2. Реакції алергії: Алергічні реакції також є прикладом LAS. При впливі алергену на шкіру або слизові оболонки організму відбувається місцева активація імунних клітин і виділення гістаміну, що призводить до запалення, набряку та інших симптомів алергії [41]

3. Реакції на фізичне ушкодження: У разі фізичних травм, таких як порізи або удари, активуються місцеві механізми загоєння, що включають коагуляцію крові, формування згустку та відновлення тканин через проліферацію клітин і синтез колагену [21]

Основна функція місцевого адаптаційного синдрому полягає у швидкому та ефективному реагуванні на локалізовані стресори з метою мінімізації ушкоджень і відновлення нормального стану тканин. LAS відіграє важливу роль у підтримці гомеостазу та захисті організму від шкідливих впливів на локальному рівні.

Із психологічного погляду стрес визначається як сприйняття індивідумом ситуації як такої, що загрожує або перевищує його адаптаційні ресурси. Річард Лазарус і Сьюзан Фолкман у своїй теорії когнітивного оцінювання (1984) припустили, що стрес виникає внаслідок оцінювання людиною ситуації як потенційно шкідливої або небезпечної.

Соціальний і культурний контекст також відіграє важливу роль у визначенні та сприйнятті стресу. У різних культурах і соціальних групах стрес може бути спричинений різними чинниками і сприйматися по-різному. Наприклад, у деяких культурах стрес може бути пов'язаний із високим рівнем соціального тиску та очікувань, тоді як в інших - з економічними труднощами або політичною нестабільністю.

Основна функція стресу полягає в активації захисних і адаптивних реакцій організму у відповідь на стресорний вплив або стресори. Стресори - це події або ситуації, що викликають стрес. Вони можуть бути внутрішніми

(наприклад, особисті страхи і тривоги) або зовнішніми (наприклад, зміни в навколишньому середовищі або міжособистісні конфлікти). Стресори класифікуються за їхньою природою на фізичні (наприклад, біль, травми), емоційні (наприклад, втрата близької людини) і соціальні (наприклад, зміни в соціальних відносинах або фінансові проблеми).

Розглянемо докладніше, які бувають види стресу.

Стрес можна класифікувати на кілька видів залежно від його природи та тривалості.

Акутний стрес виникає у відповідь на безпосередню загрозу або подію, що вимагає миттєвої реакції. Цей вид стресу активує реакцію «боротьби або втечі» і характеризується короткочасним, але інтенсивним збільшенням фізіологічних і психологічних функцій. Приклади включають аварії на дорозі, несподівані конфлікти або будь-які ситуації, що вимагають негайних дій.

Приклад: Раптове гальмування, щоб уникнути зіткнення на дорозі, викликає викид адреналіну та мобілізацію ресурсів організму для швидкого реагування [15]

Хронічний стрес - це тривале напруження, що виникає через постійні стресори. Ці стресори можуть включати незадовільні умови праці, проблеми у стосунках або тривалі проблеми зі здоров'ям. На відміну від акутного стресу, хронічний стрес є постійним і може призвести до серйозних фізіологічних і психологічних проблем.

Приклад: Постійний тиск на роботі або затяжні конфлікти в сім'ї можуть призвести до хронічного стресу, що з часом спричиняє виснаження ресурсів організму та збільшення ризику захворювань [30].

Психологічний стрес викликаний переживаннями, пов'язаними з думками, очікуваннями або оцінками. Цей вид стресу може виникати через тривожність щодо майбутнього, перфекціонізм або страх перед невдачами. Психологічний стрес часто пов'язаний із когнітивними процесами, такими як інтерпретація та оцінка ситуацій.

Приклад: Студент, який турбується про майбутній іспит і переживає, що не зможе добре його скласти, відчуває психологічний стрес [14]

Фізіологічний стрес являє собою реакцію організму на фізичне напруження або травму. Це може включати реакції на хвороби, важке фізичне навантаження або екстремальні умови навколишнього середовища. Фізіологічний стрес активує імунну систему та інші фізіологічні механізми для адаптації та відновлення.

Приклад: Інтенсивне тренування в спортзалі спричиняє фізіологічний стрес, який призводить до м'язових болів і запалення, але також сприяє зміцненню м'язів і витривалості за умови правильного відновлення [32]

Посттравматичний стресовий синдром (ПТСС) - це вид стресу, що розвивається внаслідок серйозного психологічного потрясіння, такого як військові дії, аварії або насильство. ПТСС характеризується тривалими симптомами тривоги, депресії, спогадами про травмувальну подію та уникненням ситуацій, що нагадують про неї.

Приклад: Ветеран бойових дій, який пережив важкі бойові ситуації, може розвинути ПТСС, що проявляється в нічних кошмарах, спалахах агресії та надмірній пильності [16]

Виходячи з усього вище сказаного, Стрес - це складний багатофакторний процес, що відіграє важливу роль в адаптації організму до змін навколишнього середовища. Розуміння механізмів стресу та його впливу на організм дає змогу розробляти ефективні стратегії для управління стресом і підтримки здоров'я [26, 32]

Стрес чинить багатогранний вплив на психічне здоров'я, зачіпаючи емоційні, когнітивні, фізичні та поведінкові аспекти. Розглянемо кожен з цих сфер докладніше.

Стрес може спричиняти різні емоційні реакції, такі як тривога, депресія, дратівливість і відчуття безпорадності.

- Тривога: Гострий стрес може викликати короточасні стани тривоги, що часто є нормальною реакцією на стресові події. Однак хронічний стрес може призвести до стійкої тривожності, підвищеної збудливості та порушення сну [16]

- Депресія: Хронічний стрес є значним фактором ризику для розвитку депресивних розладів. Дослідження показують, що постійний вплив стресорів може виснажувати ресурси організму і психіки, що в кінцевому підсумку призводить до депресії (Hammen, 2005). [28]

- Дратівливість і відчуття безпорадності: Постійне відчуття стресу може спричиняти дратівливість і агресивну поведінку, а також відчуття безпорадності та безвиході, що посилює емоційні проблеми [14]

Стрес суттєво впливає на когнітивні функції, такі як пам'ять, увага та прийняття рішень.

- Пам'ять: Хронічний стрес може призвести до погіршення пам'яті, особливо робочої пам'яті, яка відповідає за тимчасове зберігання та обробку інформації. Дослідження показують, що високий рівень кортизолу, пов'язаний зі стресом, негативно впливає на гіпокамп - ключову ділянку мозку, відповідальну за пам'ять [26].

- Увага: Стрес може погіршити здатність концентруватися і підтримувати увагу. Це пов'язано з підвищеною активністю симпатичної нервової системи та змінами у функціонуванні префронтальної кори мозку [39].

- Ухвалення рішень: Під впливом стресу люди часто ухвалюють імпульсивні рішення і виявляють схильність до уникнення ризиків. Це пов'язано зі змінами у функціонуванні амігдали та префронтальної кори [38].

Фізичне здоров'я також страждає від впливу стресу.

- Серцево-судинні захворювання: Хронічний стрес асоціюється з підвищеним ризиком розвитку серцево-судинних захворювань, таких як гіпертонія, інфаркт міокарда та інсульт. Це пов'язано з постійним

підвищенням рівня кортизолу та адреналіну, які збільшують артеріальний тиск і частоту серцевих скорочень [37].

- Ослаблення імунної системи: Тривалий вплив стресу може пригнічувати імунну систему, роблячи організм вразливішим до інфекцій і захворювань. Дослідження показують, що стрес може знизити активність імунних клітин і зменшити вироблення антитіл [34].

- Соматичні розлади: Стрес може сприяти розвитку різних соматичних розладів, включно з гастроентерологічними проблемами, хронічним болем і порушенням сну [32].

Стрес також впливає на поведінку людини, викликаючи різні поведінкові реакції.

Переїдання і порушення харчування: Стрес може призвести до зміни харчової поведінки, включаючи переїдання або, навпаки, втрату апетиту. Це пов'язано зі зміною рівня гормонів, таких як грелін і лептин, які регулюють відчуття голоду і насичення [33].

- Зловживання алкоголем і наркотиками: У спробі впоратися зі стресом люди можуть вдаватися до алкоголю і наркотиків. Такі поведінкові стратегії тимчасово полегшують стан, але призводять до довгострокових негативних наслідків для здоров'я [27].

- Унікаюча поведінка: Стрес може викликати уникнення стресових ситуацій або відмову від виконання важливих завдань, що посилює стрес і знижує ефективність адаптації [40].

- Зниження рівня фізичної активності: Хронічний стрес часто асоціюється зі зменшенням рівня фізичної активності, що може призвести до погіршення фізичного здоров'я і збільшення ризику розвитку хронічних захворювань [35].

Як ми бачимо, стрес має комплексний вплив на психічне здоров'я, зачіпаючи емоційні, когнітивні, фізичні та поведінкові аспекти. Емоційно стрес може викликати тривогу, депресію і дратівливість. Когнітивні функції,

такі як пам'ять і увага, страждають під впливом стресу, що ускладнює ухвалення рішень. Фізичне здоров'я також під загрозою, оскільки хронічний стрес може призвести до серцево-судинних захворювань, ослаблення імунної системи та інших соматичних розладів. Нарешті, поведінкові зміни, як-от переїдання, зловживання алкоголем і поведінка, що уникає, можуть погіршити загальний стан здоров'я. Розуміння цих аспектів дає змогу більш ефективно управляти стресом і знижувати його негативні наслідки для психічного і фізичного здоров'я.

Оскільки стрес і його наслідки чинять величезний вплив на фізичне і психологічне здоров'я людини, не дивно, що багато видатних психологів вивчали стрес і його наслідки для психічного здоров'я та розробляли теорії.

Для початку розглянемо три основні теорії: теорію загального адаптаційного синдрому Ганса Сельє, теорію когнітивної оцінки Річарда Лазаруса і Сьюзан Фолкман, а також теорію психонейроімунології.

Ганс Сельє запропонував теорію загального адаптаційного синдрому (GAS), яка описує універсальну відповідь організму на тривалий вплив стресорів. Теорія складається з трьох стадій:

1. Стадія тривоги (Alarm Stage): На цій стадії організм уперше стикається зі стресором і мобілізує свої ресурси для реагування. Симпатична нервова система активується, спричиняючи викид адреналіну і кортизолу, що призводить до збільшення серцевого ритму і припливу крові до м'язів [23].

2. Стадія опору (Resistance Stage): Якщо стресор продовжує впливати, організм переходить у стадію опору. Тут відбувається адаптація до стресору, і організм намагається підтримувати гомеостаз. Рівні кортизолу залишаються підвищеними, що дає змогу організму справлятися з тривалим стресом. Однак якщо стресор продовжує впливати, ресурси організму починають виснажуватися [23].

3. Стадія виснаження (Exhaustion Stage): Тривалий вплив стресору призводить до виснаження ресурсів організму, що може спричинити різноманітні фізіологічні та психологічні проблеми, такі як імунна дисфункція, серцево-судинні захворювання та психічні розлади [23].

Сельє припустив, що хронічний стрес може призвести до значних ушкоджень організму та розвитку різних захворювань, включно з депресією та серцево-судинними проблемами

Теорія когнітивної оцінки, запропонована Річардом Лазарусом і Сьюзан Фолкман, стверджує, що стрес виникає в результаті оцінки людиною ситуації як загрозової або такої, що перевищує її ресурси для впоратися з нею. Цей процес включає два основні етапи:

1. Первинна оцінка (Primary Appraisal): Людина оцінює ситуацію і вирішує, чи є вона загрозою, викликом або байдужою. Ця оцінка залежить від індивідуальних особливостей, досвіду та контексту ситуації [14].

2. Вторинна оцінка (Secondary Appraisal): На цьому етапі людина оцінює свої ресурси та можливості для впорання із ситуацією. Якщо ресурси недостатні, виникає стресова реакція [14].

Ця теорія наголошує на важливості суб'єктивного сприйняття й оцінки ситуації, пояснюючи, чому один і той самий стресор може спричиняти різні реакції в різних людей. Теорія також акцентує увагу на стратегіях подолання, які люди використовують для управління стресом.

Розглянемо теорію психонейроімунології.

Теорія психонейроімунології досліджує взаємодію між психологічними факторами, нервовою системою та імунною системою. Згідно з цією теорією, стрес може чинити значний вплив на імунну функцію через такі механізми:

1. Нейроендокринна активація: Хронічний стрес активує гіпоталамо-гіпофізарно-надниркову (НРА) вісь, що призводить до підвищення рівня кортизолу. Кортизол має імуносупресивний ефект, що може знижувати ефективність імунної системи [29].

2. Вплив на нейротрансмітери: Стрес змінює рівень нейротрансмітерів, таких як серотонін і норадреналін, що впливає на імунні функції та запальні реакції [20].

3. Психосоціальні чинники: Психологічний стрес, пов'язаний із соціальною ізоляцією, депресією і тривогою, також може послабити імунну систему і підвищити вразливість до інфекцій і захворювань [34].

Дослідження в галузі психонейроімунології показують, що стрес може впливати на розвиток і прогресування різних захворювань, включно з інфекціями, автоімунними розладами та раком [25].

Крім вищезазначених теорій, існує низка інших значущих теорій і досліджень, які сприяють нашому розумінню стресу та його наслідків для психічного здоров'я. Розглянемо деякі з них.

Транзакційна модель стресу і копіngu, розроблена Лазарусом і Фолкманом, ґрунтується на ідеї, що стрес є результатом транзакцій між людиною та її оточенням. Ця модель розширює теорію когнітивної оцінки і включає такі компоненти:

1. Первинна оцінка: Оцінка події як загрози, виклику або байдужої.
2. Вторинна оцінка: Оцінка ресурсів для подолання загрози.
3. Копінг: Стратегії, які людина використовує для управління стресом, включно з розв'язанням проблем та емоційним упоранням.

Транзакційна модель підкреслює, що ефективність копінг-стратегій залежить від конкретної ситуації та індивідуальних особливостей людини [14].

Теорія контрольного стресу стверджує, що відчуття контролю над ситуацією відіграє ключову роль у сприйнятті та управлінні стресом. Згідно з цією теорією, люди, які відчувають, що вони можуть контролювати стресові події, відчувають менший рівень стресу і краще справляються з його наслідками. Дослідження показують, що відчуття контролю пов'язане з поліпшенням психічного та фізичного здоров'я [18].

Теорія саморегуляції припускає, що здатність людини до саморегуляції та управління своїми емоціями й поведінкою відіграє важливу роль у її реакції на стрес. Ефективна саморегуляція допомагає зменшити негативні ефекти стресу і сприяє психічному благополуччю. Дослідження показують, що люди з високими навичками саморегуляції краще справляються з труднощами і мають вищі показники психологічного здоров'я [24].

Теорія консервації ресурсів (Conservation of Resources Theory), запропонована Стівеном Гобфоллом, стверджує, що стрес виникає, коли особисті ресурси (наприклад, час, енергія, соціальна підтримка) перебувають під загрозою втрати, втрачені або недоступні. Люди прагнуть зберігати та захищати свої ресурси, а загроза їхньої втрати викликає стрес. Ця теорія підкреслює важливість ресурсів та їхньої ролі в процесі адаптації до стресу [19].

Існує безліч теорій і моделей, які пояснюють природу стресу та його вплив на психічне здоров'я. Ці теорії надають різні перспективи, які допомагають краще зрозуміти складні механізми стресу і розробити ефективні стратегії для управління ним. Розуміння різних теорій стресу сприяє комплексному підходу до дослідження та лікування стресових розладів.

Різноманітність теорій і досліджень підкреслює складність і багатогранність стресу. Розуміння механізмів стресу та його впливу на психічне здоров'я дає змогу розробити ефективніші стратегії для його управління та запобігання негативним наслідкам. Комплексний підхід до вивчення стресу, що включає біологічні, психологічні та соціальні аспекти, є ключем до поліпшення психічного і фізичного благополуччя людини.

Розуміння стресу та його впливу на психічне здоров'я вимагає міждисциплінарного підходу, що об'єднує фізіологічні, психологічні та соціальні аспекти. Різні теорії та моделі стресу надають цінні інструменти для діагностики та лікування стресових розладів, а також для розробки ефективних стратегій управління стресом. Глибоке розуміння механізмів

стресу та його наслідків дає змогу розробляти точніші та персоналізованіші підходи до підтримання психічного та фізичного здоров'я.

1.2. Аналіз складових психічного здоров'я, що зазнають змін під впливом війни.

Війна має глибокий вплив на психічне здоров'я людей, які живуть у зоні конфлікту. Розглянемо основні складові психічного здоров'я, такі як емоційний стан, когнітивні функції, рівень тривожності та депресії, а також вплив війни на кожну з цих складових у контексті України.

Психічне здоров'я включає кілька ключових компонентів, які можуть істотно змінюватися під впливом екстремальних стресорів, таких як війна. Розглянемо детальніше емоційний стан, когнітивні функції, рівень тривожності та рівень депресії.

Емоційний стан людини відображає її поточні емоції та настрої. Він включає в себе широкий спектр почуттів, таких як радість, смуток, гнів і страх.

- Радість: Це позитивна емоція, пов'язана з відчуттям задоволення і благополуччя. В умовах стабільності та безпеки люди частіше відчують радість.

- Смуток: Це негативна емоція, пов'язана з втратами або розчаруваннями. Смуток може бути тимчасовою реакцією на стресові події, але може стати хронічним в умовах постійного стресу, такого як війна.

- Гнів: Це емоційна реакція на несправедливість або перешкоди. Гнів може мобілізувати людину до дії, але також може призвести до агресивної поведінки, особливо в умовах екстремального стресу.

- Страх: Це реакція на загрозу або небезпеку. Страх допомагає уникати небезпечних ситуацій, але в умовах війни він може стати хронічним і паралізуючим, заважаючи нормальному функціонуванню.

Когнітивні функції охоплюють процеси сприйняття, обробки та використання інформації. Основні когнітивні функції, яких може торкнутися стрес, - це пам'ять, увага, здатність до навчання і прийняття рішень.

- Пам'ять: Це здатність зберігати і відтворювати інформацію. Стрес може негативно впливати на пам'ять, особливо на робочу пам'ять, яка необхідна для виконання поточних завдань і вирішення проблем.

- Увага: Це здатність зосередитися на певній інформації або діяльності. Хронічний стрес може знижувати концентрацію та увагу, що ускладнює виконання повсякденних завдань.

- Здатність до навчання: Це процес набуття нових знань і навичок. В умовах стресу навчання може сповільнюватися через когнітивні порушення і зменшення мотивації.

- Ухвалення рішень: Це процес вибору найкращого варіанту дій. Стрес може призводити до імпульсивних рішень або, навпаки, до паралічу прийняття рішень, коли людина не може вибрати між альтернативами.

Рівень тривожності. Тривожність - це стан підвищеного занепокоєння і страху, який може бути тимчасовим або хронічним.

- Тимчасова тривожність: Це нормальна реакція на гострі стресові події, як-от іспити або публічні виступи. Вона може мотивувати до дії та підвищувати продуктивність.

- Хронічна тривожність: В умовах постійного стресу, такого як війна, тривожність може стати хронічною. Хронічна тривожність характеризується постійним відчуттям занепокоєння, яке не пов'язане з конкретними подіями. Цей стан може значно погіршити якість життя і призвести до розвитку тривожних розладів. [3].

Депресія характеризується стійким відчуттям смутку, втратою інтересу до життя і зниженням енергії.

- Почуття смутку: Постійне відчуття смутку і зневіри, яке не минає навіть за позитивних подій.

- Втрата інтересу до життя: Люди з депресією часто втрачають інтерес до діяльності, яка раніше приносила задоволення. Це може включати хобі, соціальні взаємодії та роботу.

- Зниження енергії: Депресія часто супроводжується хронічною втомою і зниженням рівня енергії, що ускладнює виконання повсякденних завдань.

- Фізичні симптоми: Депресія може проявлятися через фізичні симптоми, такі як зміни апетиту, проблеми зі сном і больові відчуття.

Розуміння складових психічного здоров'я, таких як емоційний стан, когнітивні функції, рівень тривожності та депресії, дає змогу глибше усвідомити, як війна та інші екстремальні стресори впливають на людей. Це знання важливе для розроблення стратегій і програм, спрямованих на підтримку психічного здоров'я і поліпшення якості життя людей, які переживають військові конфлікти. [36].

Війна в Україні чинить сильний вплив на всі аспекти психічного здоров'я, викликаючи значні зміни в емоційному стані, когнітивних функціях, рівнях тривожності та депресії. Розглянемо докладніше вплив війни на кожну з цих складових.

Емоційний стан людей, які живуть в умовах війни, часто характеризується високим рівнем стресу, страху і тривоги. Постійна загроза життю, втрата близьких і руйнування будинків викликають сильні емоційні реакції.

- Стрес і тривога: Люди, які переживають війну, перебувають у стані постійного стресу. Страх за своє життя і життя близьких посилює тривожні стани. Дослідження українських психологів показують, що рівень тривоги у жителів зон конфлікту значно вищий порівняно з мирними регіонами [36].

- Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР): В умовах війни збільшується ризик розвитку ПТСР, який супроводжується нав'язливими спогадами, емоційною нестабільністю та уникненням ситуацій, що нагадують про травму [5, 1]. Українські психологи фіксують випадки ПТСР серед

військових і цивільних, особливо в тих, хто безпосередньо пережив бойові дії або втратив близьких [10].

Когнітивні функції також страждають під впливом війни. Постійний стрес і травми можуть призвести до погіршення пам'яті, зниження концентрації та когнітивної гнучкості.

- Пам'ять і концентрація: Люди, які живуть в умовах війни, часто мають проблеми з пам'яттю і концентрацією. Хронічний стрес порушує функціонування гіпокампу - ділянки мозку, відповідальної за пам'ять [37].

- Когнітивна гнучкість: Здатність адаптуватися до змін і вирішувати проблеми також погіршується. Це особливо помітно у дітей і підлітків, чий когнітивні функції ще розвиваються. Війна негативно позначається на їхній академічній успішності та навчанні [11, 6].

Українські дослідження показують, що діти та підлітки в зонах конфлікту демонструють значне зниження академічної успішності та когнітивних навичок, що пов'язано з постійним стресом і травматичними переживаннями [1].

Рівень тривожності значно підвищується в умовах війни. Люди живуть у постійному страху за своє життя і життя своїх близьких.

- Хронічна тривожність: Постійна загроза і нестабільність призводять до хронічної тривожності, яка може перерости в генералізований тривожний розлад. Війна також викликає специфічні фобії, пов'язані з певними звуками або місцями [17].

Дослідження, проведені за час війни, фіксують зростання кількості випадків тривожних розладів серед населення. Люди повідомляють про підвищену тривожність, проблеми зі сном і фобії, пов'язані з війною [10, 2].

Депресія є поширеним наслідком війни. Втрати, руйнування та невизначеність майбутнього спричиняють глибоке відчуття безнадійності та безпорадності.

- Клінічна депресія: Люди, які пережили військові конфлікти, схильні до високого ризику розвитку клінічної депресії. Цей стан часто супроводжується суїцидальними думками та потребою в медичній і психологічній допомозі [11, 3, 6].

Українські психологи відзначають значне збільшення випадків депресії серед населення, особливо серед вимушених переселенців та людей, які втратили близьких [5, 1, 10, 3]. Підтримка таких груп потребує спеціалізованих програм і довгострокової терапії.

Війна в Україні має всебічний і глибокий вплив на психічне здоров'я людей, зачіпаючи емоційний стан, когнітивні функції, рівень тривожності та депресії. Розуміння цих змін та їхніх механізмів важливе для розроблення ефективних стратегій психосоціальної підтримки та реабілітації для постраждалих від конфлікту. Комплексний підхід, що враховує біологічні, психологічні та соціальні аспекти, є ключем до поліпшення психічного здоров'я населення в умовах війни.

Висновки до 1 розділу

Стрес - це складне та багатогранне явище, що має значний вплив на психічне та фізичне здоров'я. Різноманітність теорій і досліджень підкреслює необхідність комплексного розуміння механізмів стресу та його впливу. Стрес може призводити до широкого спектра негативних наслідків, включно з погіршенням емоційного стану, когнітивних функцій, підвищенням рівня тривожності та депресії.

Комплексний підхід до вивчення стресу, що охоплює біологічні, психологічні та соціальні аспекти, є ключем до розроблення більш ефективних стратегій управління стресом і запобігання його негативним наслідкам. Такий підхід сприяє поліпшенню психічного і фізичного благополуччя людини, даючи змогу розробити точні та персоналізовані методи діагностики та лікування стресових розладів.

В умовах війни, як показує аналіз, екстремальні стресори чинять всебічний і глибокий вплив на психічне здоров'я людей. Війна в Україні призводить до значних змін в емоційному стані, когнітивних функціях, рівні тривожності та депресії. Ці складові психічного здоров'я зазнають значних змін, що вимагає міждисциплінарного підходу до їхнього вивчення та лікування.

Різні теорії та моделі стресу надають цінні інструменти для діагностики та лікування стресових розладів, а також для розробки ефективних стратегій управління стресом. Глибоке розуміння механізмів стресу та його наслідків дає змогу розробляти точніші та персоналізованіші підходи до підтримання психічного та фізичного здоров'я.

Особлива увага має бути приділена розробці стратегій психосоціальної підтримки та реабілітації для постраждалих від конфлікту в Україні. Війна спричиняє значні зміни в психічному здоров'ї, включно з емоційним станом, когнітивними функціями, рівнем тривожності та депресії. Комплексний підхід, що враховує біологічні, психологічні та соціальні аспекти, є ключем до поліпшення психічного здоров'я населення в умовах війни.

Такий підхід сприяє більш точному та персоналізованому лікуванню, що дає змогу мінімізувати негативні наслідки війни для психічного здоров'я та поліпшити загальне благополуччя постраждалих. Розуміння цих змін та їхніх механізмів важливе для розроблення ефективних стратегій, спрямованих на підтримку психічного здоров'я та відновлення нормального життя в умовах конфлікту.

РОЗДІЛ II. ДОСЛІДЖЕННЯ АДАПТАЦІЙНОГО ПОТЕНЦІАЛУ ОСІБ З ПТСР В УМОВАХ ВІЙНИ

2.1. Характеристика вибірки та методи дослідження

Дослідження проводилося за допомогою Google форм. Всього було опитано 81 респондента, серед яких 53 жінки та 28 чоловіків. Усі респонденти є громадянами України, які залишалися вдома під час війни і не змінювали місце проживання.

З метою вивчення впливу психологічного стресу на їхню особистість ми використали три методики: HADS, PSS-10 та PLC-5. Ці інструменти дозволяють виявити наслідки перенесеного стресу в поточний момент та оцінити довгостроковий вплив на психологічне здоров'я респондентів.

Шкала HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale) призначена для скринінгового виявлення тривоги та депресії у пацієнтів соматичного стаціонару. Вона була розроблена А.С. Зігмундом і Р.П. Снайтом у 1983 році.

Особливості шкали HADS При створенні шкали автори виключили симптоми тривоги та депресії, які можуть бути інтерпретовані як прояви соматичних захворювань (наприклад, запаморочення, головний біль тощо). Пункти субшкали депресії були відібрані зі списку скарг і симптомів, які найчастіше зустрічаються і переважно відображають ангедонічний компонент депресивного розладу. Пункти субшкали тривоги були складені на основі відповідної секції стандартизованого клінічного інтерв'ю.

Інтерпретація результатів шкали HADS:

0-7 балів – норма (відсутність достовірно виражених симптомів тривоги та депресії);

8-10 балів – субклінічна вираженість тривоги/депресії;

11 і більше балів – клінічно виражена тривога/депресія.

Ця шкала дозволяє ефективно виявляти рівень тривожних і депресивних симптомів у пацієнтів, допомагаючи визначити необхідність подальшої психологічної або медичної підтримки.

Методика PSS-10 (Шкала сприйняття стресу, 10 пунктів) розроблена для вимірювання рівня сприйняття стресу у людини. Вона була створена в 1983 році психологами Шелдоном Коеном, Томом Камарк і Робін Мермельштейн.

PSS-10 оцінює, наскільки люди вважають своє життя непередбачуваним, неконтрольованим і перенасиченим стресовими ситуаціями за останній місяць.

Особливості шкали PSS-10 Шкала складається з 10 тверджень, які респондент оцінює за п'ятибальною шкалою від 0 ("ніколи") до 4 ("дуже часто"). Запитання спрямовані на оцінку частоти відчуття напруженості, стресу та неспокою, а також на те, як респондент справляється з життєвими труднощами.

Результати шкали PSS-10 підсумовуються для отримання загального балу, який може варіюватися від 0 до 40:

0-13 балів: низький рівень сприйняття стресу;

14-26 балів: помірний рівень сприйняття стресу;

27-40 балів: високий рівень сприйняття стресу.

Застосування методики PSS-10 Методика PSS-10 допомагає ідентифікувати людей, які можуть потребувати додаткової психологічної підтримки або втручання для зниження рівня стресу і покращення їхнього загального психологічного благополуччя.

Опитувальник ПТСР (PCL-5) – це інструмент самооцінки для виявлення посттравматичного стресового розладу, створений на основі діагностичних критеріїв DSM-5. PCL-5 був розроблений Національним центром по ПТСР США (National Center for PTSD).

PCL-5 складається з 20 пунктів, кожен з яких оцінює наявність і тяжкість симптомів ПТСР. Кожне питання оцінюється за п'ятибальною шкалою від 0 ("зовсім не турбувало") до 4 ("надзвичайно турбувало"). Відповідність питань критеріям ПТСР за DSM-5 допомагає визначити різні клінічні аспекти, включаючи: кількісну оцінку та моніторинг симптомів з часом; скринінг на ПТСР; допомогу в постановці попереднього діагнозу ПТСР.

Методика складається з 20 питань, кожне з яких оцінюється від 0 до 4 балів залежно від вираженості симптомів. Питання охоплюють наступні кластери симптомів ПТСР за класифікацією DSM-5:

Критерій А: опис травматичної події;

Критерій В, симптоми інтрузії: питання з 1 по 5;

Критерій С, симптоми уникнення: питання 6 і 7;

Критерій D, негативні думки та емоції: питання з 8 по 14;

Критерій Е, симптоми надмірної реактивності: питання з 15 по 20.

Інтерпретація результатів PCL-5 є два підходи до інтерпретації результатів:

Підрахунок по кластерах симптомів: симптоми вважаються клінічно значущими, якщо пацієнт набирає 2+ балів по одному питанню з критеріїв В та С, і по два питання з критеріїв D та Е. Для діагнозу ПТСР обов'язкова наявність експозиції до травматичної події (опис події – Критерій А).

Підрахунок загальної кількості балів: пацієнт загалом набирає 33 або більше балів. Для діагнозу ПТСР також обов'язкова наявність експозиції до травматичної події (опис події – Критерій А).

PCL-5 є важливим інструментом для оцінки та моніторингу симптомів ПТСР, що дозволяє клініцистам ефективно планувати подальшу психологічну чи медичну підтримку пацієнтів.

Таким чином, використання методик HADS, PSS-10 та PCL-5 у дослідженні дозволяє всебічно оцінити наслідки хронічного стресу у українців під час війни та розробити ефективні програми підтримки та реабілітації.

2.2. Аналіз і обробка результатів

Ми провели дослідження з метою виявлення особливостей переживання стресу серед українців, які не змінювали місце проживання в умовах війни.

Розглянемо загальний розподіл симптомів та проявів стресу.

На основі отриманих даних за допомогою методики HADS можна зробити кілька важливих висновків щодо емоційного стану респондентів загалом, а також окремо серед жінок та чоловіків.

Спочатку проаналізуємо рівень депресії (рисунок 2.1).

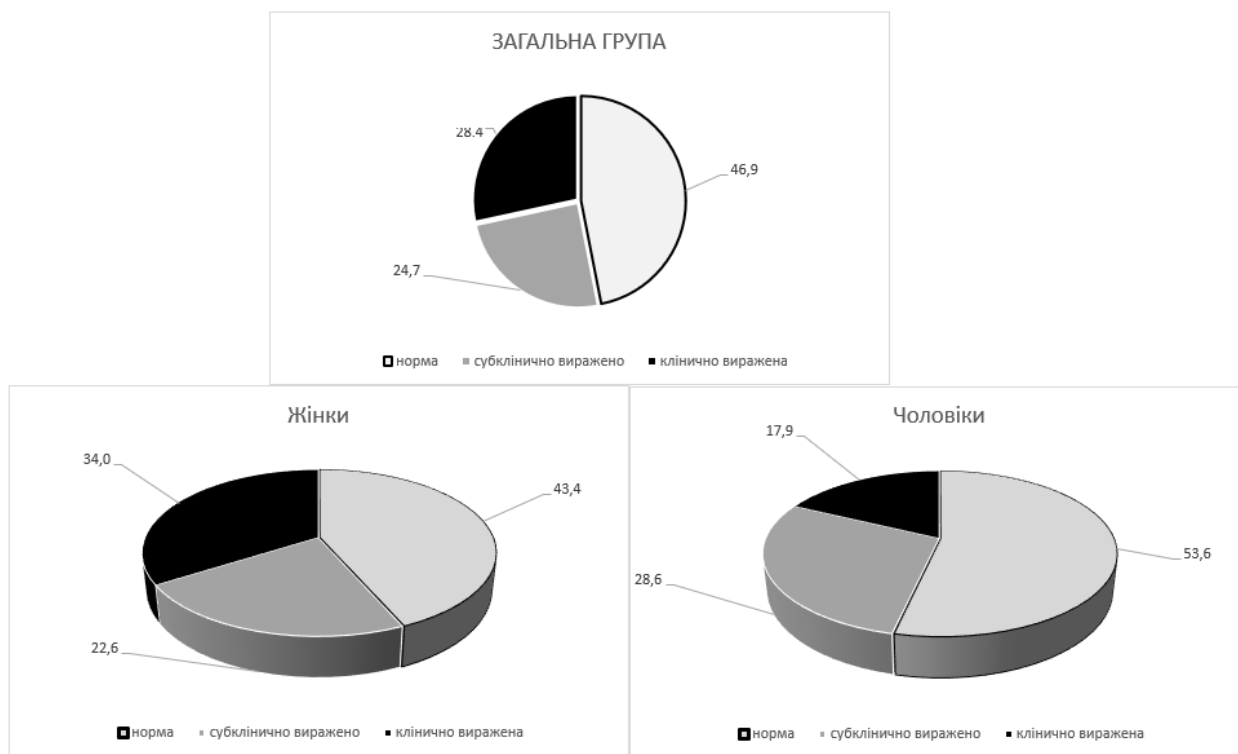


Рисунок 2.1. Рівень депресії у респондентів (методика HADS).

Згідно даних, 60,5% респондентів не мають достовірно виражених симптомів депресії. Ці респонденти зазвичай відчувають себе емоційно стабільно, задоволені своїм життям та можуть ефективно справлятися зі щоденними стресами. Їхній психологічний стан дозволяє зберігати високу працездатність, інтерес до повсякденних справ та соціальної активності. У тому числі, 58,5% жінок не мають достовірно виражених симптомів депресії, що свідчить про їхню емоційну стабільність та високу адаптивну здатність. Вони відчувають себе впевнено, активно беруть участь у соціальному житті та мають задоволення від своєї діяльності. Серед чоловіків не мають достовірно виражених симптомів депресії 64,3%. Вони демонструють емоційну

стабільність, впевненість у собі та високу працездатність. Їхній стан дозволяє їм ефективно справлятися зі стресами та активно брати участь у житті.

При цьому 21,0% респондентів демонструють субклінічно виражені симптоми депресії. Вони можуть відчувати деякі епізоди пригніченості, зниження настрою та втрату інтересу до певних видів діяльності, проте ці симптоми не є настільки вираженими, щоб суттєво впливати на їх повсякденне життя. Вони можуть інколи уникати соціальних контактів та відчувати знижену мотивацію до виконання своїх обов'язків.

За гендером, 22,6% жінок відчують субклінічно виражені симптоми депресії, відчуючи зниження настрою, втрату інтересу до певних справ та деяку втому. Вони потребують психологічної підтримки для запобігання погіршенню стану та уникнення розвитку клінічно вираженої депресії. 17,9% чоловіків демонструють субклінічно виражені симптоми депресії, відчуючи деяку втому, зниження настрою та втрату інтересу до певних видів діяльності. Ці симптоми не є настільки вираженими, щоб суттєво впливати на їхнє повсякденне життя, але вони потребують психологічної підтримки для запобігання погіршенню стану.

Клінічні симптоми депресії продемонстрували 18,5% респондентів. Ми можемо говорити, що ці особи часто відчують пригнічений настрій, втрату інтересу до життя, зміну апетиту та сну, втрату енергії та концентрації. Їхній стан може суттєво впливати на якість життя, знижуючи здатність до виконання щоденних обов'язків та соціальної активності. Професійна допомога, включаючи психотерапію або медикаментозне лікування, є необхідною для покращення їхнього стану.

Серед жінок клінічно виражена депресія виявлена у 18,9%, , що вимагає негайного професійного втручання. Вони можуть часто відчувати пригніченість, втрату інтересу до життя, значну втому та зміни у харчових звичках та режимі сну. Їхній стан суттєво впливає на їхню здатність до повсякденної діяльності та соціальної взаємодії. Серед чоловіків симптоми

кліничної депресії виявлено у 17,9%. Ці чоловіки відчувають значну втрату енергії, пригнічений настрій, зміну апетиту та сну, а також знижену здатність до концентрації та виконання повсякденних обов'язків.

Рівень тривоги відображено на рисунку 2.2.

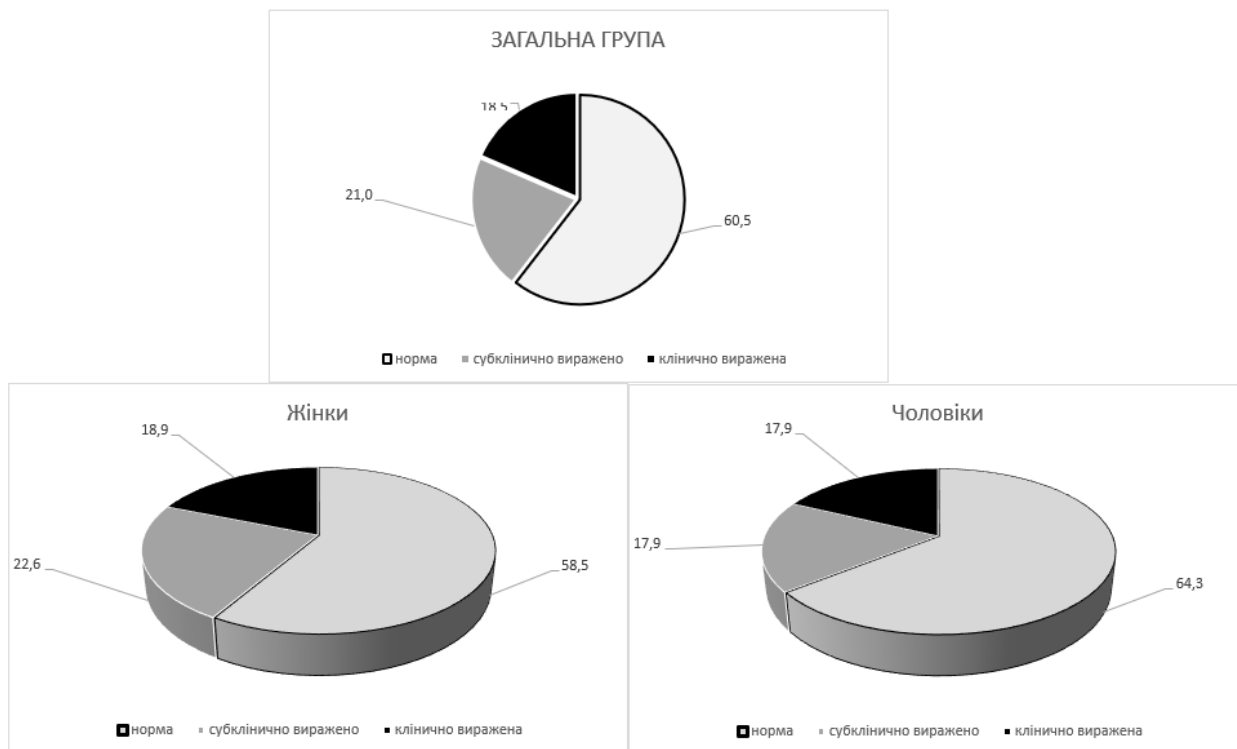


Рисунок 2.2. Рівень тривоги у респондентів (методика HADS).

Як ми бачимо на рисунку 2.2., 46,9% респондентів не мають достовірно виражених симптомів тривоги. Вони відчувають себе емоційно стабільно, здатні ефективно справлятися зі щоденними стресами та впевнено себе почувають у різних життєвих ситуаціях.

Серед жінок ця частка складає 43,4% жінок. Вони відчувають себе емоційно стабільно, здатні справлятися зі щоденними стресами та впевнено себе почувають у різних життєвих ситуаціях. Серед чоловіків це 53,6%, що свідчить про їхню емоційну стабільність та високу адаптивну здатність. Вони відчувають себе впевнено, здатні ефективно справлятися зі щоденними стресами та активно беруть участь у житті.

24,7% респондентів відчувають субклінічно виражену тривогу. Вони можуть інколи відчувати занепокоєння, напруженість або страхи, але ці

симптоми не є настільки вираженими, щоб суттєво впливати на їх повсякденне життя. Вони можуть уникати певних ситуацій або відчувати нервовість, потребуючи психологічної підтримки.

Розглянемо розподіл по гендеру. 22,6% жінок відчувають субклінічно виражену тривогу. Вони можуть відчувати деякі епізоди занепокоєння або напруженості, але ці симптоми не є настільки вираженими, щоб суттєво впливати на їх повсякденне життя. 28,6% чоловіків демонструють субклінічно виражені симптоми тривоги. Вони можуть відчувати деякі епізоди занепокоєння або напруженості. Ця група потребує психологічної підтримки для запобігання погіршенню стану.

Треба зазначити, що 28,4% респондентів мають клінічно виражені симптоми тривоги, що вимагає негайного професійного втручання. Вони можуть відчувати постійне занепокоєння, страхи, напади паніки та фізичні симптоми (такі як серцебиття, пітливість). Їхній стан суттєво впливає на якість життя, знижуючи здатність до виконання щоденних обов'язків та соціальної активності.

Серед жінок клінічно виражений рівень тривоги спостерігається у 34,0%, Вони можуть відчувати постійне занепокоєння, страхи, напади паніки та фізичні симптоми (такі як серцебиття, пітливість), що суттєво впливає на їхню здатність до повсякденної діяльності та соціальної активності. Серед чоловіків 17,9% чоловіків мають клінічно виражені симптоми тривоги. Вони можуть відчувати постійне занепокоєння, страхи, напади паніки та фізичні симптоми, що суттєво впливає на їхню здатність до повсякденної діяльності та соціальної активності. Цей стан вимагає негайного професійного втручання.

Таким чином, дані дослідження свідчать про значні відмінності в емоційному стані між чоловіками та жінками. Жінки частіше демонструють клінічно виражені симптоми тривоги та депресії, тоді як чоловіки частіше знаходяться в межах норми або мають субклінічно виражені симптоми. Це вказує на необхідність диференційованого підходу до надання психологічної

підтримки та терапії для різних груп населення. Професійна допомога, своєчасне втручання та психологічна підтримка є ключовими для покращення емоційного стану респондентів, особливо серед жінок.

Проаналізуємо дані за шкалою сприйнятого стресу (Perceived Stress Scale-10, PSS-10), це допоможе нам виявити, наскільки стресовим, непередбачуваним, неконтрольованим і перевантаженим було життя респондентів за останній час.

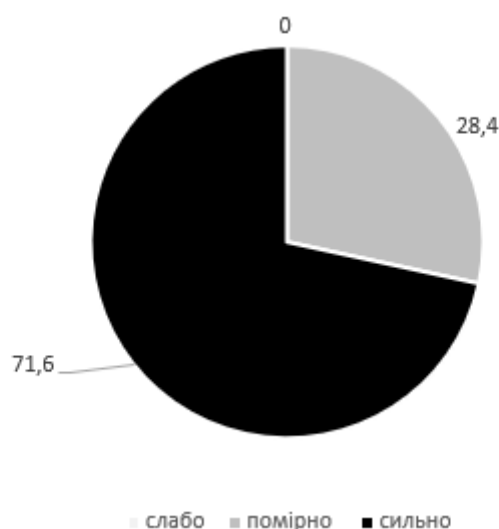


Рисунок 2.3. Рівень сприймаемого стресу у респондентів.

Загальні результати (рисунок 2.3) показують, що більшість українців, які залишилися вдома під час військових дій 2022-2024 років, відчують високий рівень стресу. Це свідчить про значний вплив війни на їхнє психоемоційне здоров'я. Постійна загроза безпеці, невизначеність майбутнього, економічні труднощі та розрив соціальних зв'язків можуть бути основними чинниками такого високого рівня стресу. Лише 28.4% респондентів відчують помірний рівень стресу, що свідчить про певну адаптацію до умов війни, хоча й вони залишаються вразливими. Відсутність респондентів з низьким рівнем стресу підкреслює загальний високий рівень напруження серед населення.

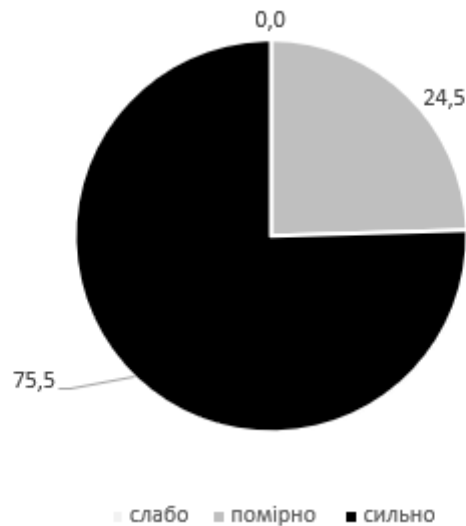


Рисунок 2.4. Рівень сприймаемого стресу серед жінок.

Жінки, що залишилися вдома під час війни, демонструють ще вищий рівень стресу порівняно із загальною вибіркою (рисунок 2.4): 75.5% жінок відчують високий рівень стресу, що може бути пов'язано з додатковими обов'язками щодо сім'ї, турботою про дітей і близьких, а також з переживаннями за чоловіків та родичів, які можуть бути на фронті. Помірний рівень стресу відчують 24.5% жінок, що свідчить про значну психологічну напругу. Відсутність низького рівня стресу серед жінок вказує на загальну високу вразливість до стресових впливів.

Чоловіки (рисунок 2.5) також демонструють високий рівень стресу, хоча і дещо нижчий, ніж у жінок. 64.3% чоловіків відчують високий рівень стресу, що свідчить про значне навантаження на їх психоемоційний стан, можливо через участь у військових діях або підтримку сім'ї в умовах війни. Водночас 35.7% чоловіків переживають помірний рівень стресу, що є вищим, ніж у жінок. Це може свідчити про певні гендерні відмінності у сприйнятті та переживанні стресу. Відсутність низького рівня стресу серед чоловіків, як і серед жінок, вказує на загальну високу напруженість у досліджуваній групі.

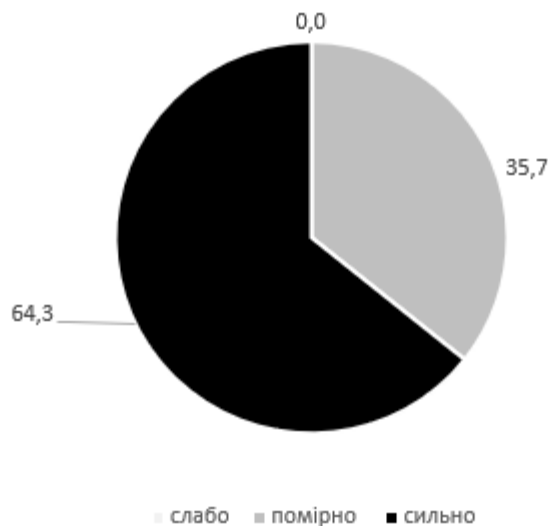


Рисунок 2.5. Рівень сприймаемого стресу серед чоловіків.

Таким чином, ми можемо говорити, що загальний високий рівень стресу серед респондентів свідчить про значні виклики, з якими вони стикаються у своєму житті під час війни. Це може бути наслідком різних факторів, таких як загроза безпеці, економічні труднощі, соціальна нестабільність, особисті та професійні проблеми. При тому, жінки виявляють вищий рівень стресу порівняно з чоловіками, що може бути пов'язано з додатковими обов'язками та соціальними очікуваннями. Чоловіки, у свою чергу, демонструють вищий рівень помірного стресу. Треба відзначити, що жоден респондент не повідомив про низький рівень стресу, що підкреслює загальний високий рівень напруження серед досліджуваної групи.

Проаналізуємо симптоми ПТСР серед респондентів, отримані за допомогою методики PCL-5. Оцінки чотирьох категорій симптомів: інтрузія, уникнення, негативні думки та емоції, а також надмірна реактивність (рисунки 2.6 – 2.9).

Значна частина учасників (близько 45%) демонструють помірний рівень симптомів інтрузії, який характеризується періодичними нав'язливими спогадами, супроводжуваними помірними емоційними та фізичними реакціями. Наприклад, у людей іноді виникають флешбеки подій, що супроводжуються короткочасним підвищенням частоти серцевих скорочень і

підвищеним рівнем тривожності. Високий рівень симптомів інтрузії спостерігається у 10% респондентів, які щоденно стикаються з інтенсивними спогадами та нічними кошмарами, що значно впливає на їхнє повсякденне життя і викликає постійне занепокоєння. Інші 45% респондентів зазначають, що мають рідкісні та слабкі спогади, які викликають мінімальні емоційні і фізичні реакції.

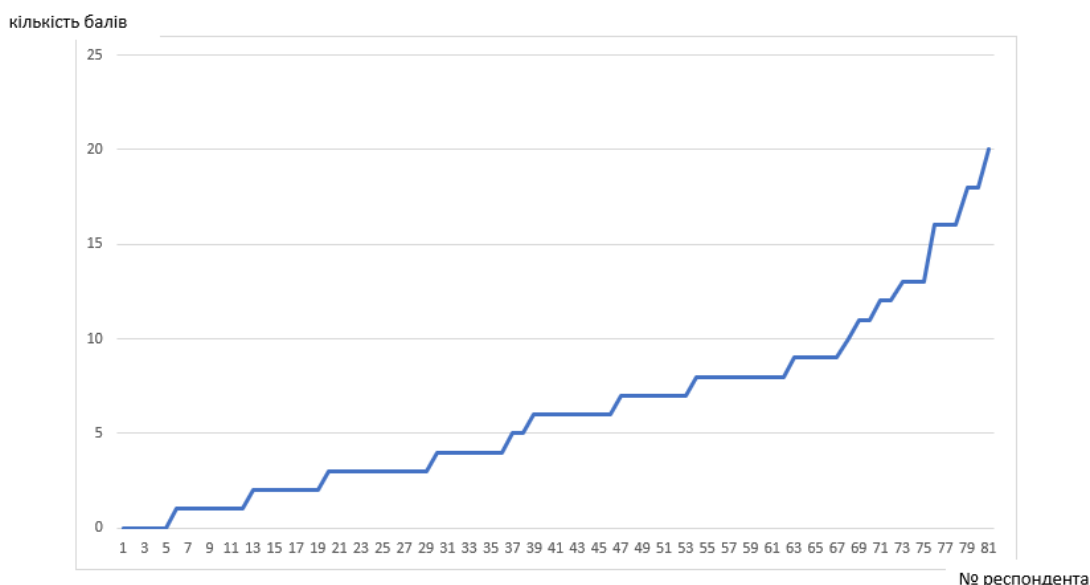


Рисунок 2.6. Шкала «симптоми інтрузії», загальні дані.

Симптоми інтрузії у жінок проявляються в широкому спектрі інтенсивності. Приблизно у 20% учасниць спостерігаються часті та інтенсивні нав'язливі спогади про травматичну подію, що викликає значне емоційне та фізичне розлад. Ці жінки часто відчують флешбеки, які супроводжуються прискореним серцебиттям і сильним почуттям тривоги. Помірна вираженість симптомів інтрузії спостерігається у 50% жінок, у яких спогади виникають періодично і викликають помірні емоційні реакції. Решта 30% учасниць відчують слабку вираженість симптомів інтрузії, що проявляється в рідкісних і менш інтенсивних спогадах.

Симптоми інтрузії у чоловіків проявляються в широкому спектрі інтенсивності. Приблизно у 15% учасників спостерігаються часті та інтенсивні нав'язливі спогади про травматичну подію, що викликає значне емоційне та

фізичне розлад. Ці чоловіки часто відчувають флешбеки, які супроводжуються прискореним серцебиттям і сильним почуттям тривоги. Помірна вираженість симптомів інтрузії спостерігається у 50% чоловіків, у яких спогади виникають періодично і викликають помірні емоційні реакції. Решта 35% учасників відчувають слабку вираженість симптомів інтрузії, що проявляється в рідкісних і менш інтенсивних спогадах.

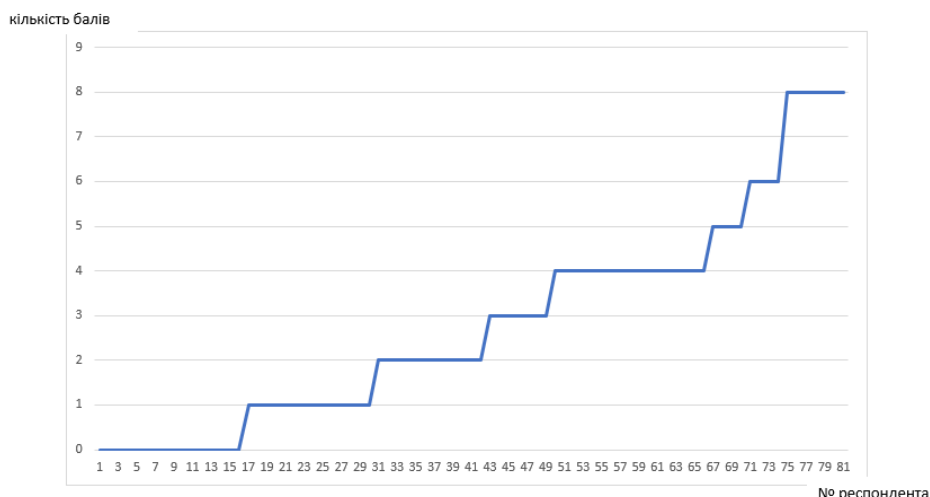


Рисунок 2.7. Шкала «симптоми уникнення», загальні дані.

Близько 40% учасників вказують на середню вираженість симптомів уникання, що свідчить про часткове уникання певних тригерів. Наприклад, деякі люди можуть уникати місць, пов'язаних із травматичними подіями, але при цьому зберігають здатність функціонувати нормально в інших аспектах життя. Високий рівень симптомів уникання спостерігається у 15% учасників, які уникають багатьох тригерів, що призводить до значних обмежень у їхньому повсякденному житті. Такі люди можуть уникати спілкування з іншими та відвідування громадських місць, аби мінімізувати ризик зіткнення з нагадуваннями про травму. Решта 45% учасників рідко вдаються до уникання, що мінімально впливає на їхнє повсякденне життя.

Симптоми уникання у жінок також варіюються. Висока вираженість цих симптомів спостерігається у 15% учасниць, що проявляється у постійному униканні багатьох тригерів, значно обмежуючи їхнє повсякденне життя. Ці

жінки намагаються уникати будь-яких ситуацій або місць, які можуть нагадати їм про травматичну подію. У 40% жінок симптоми уникання мають середній рівень вираженості, що означає, що вони частково уникають певні тригери, але зберігають здатність функціонувати в інших аспектах життя. Решта 45% жінок рідко уникають нагадувань про травму, що мінімально впливає на їхнє повсякденне життя.

Симптоми уникання у чоловіків також демонструють різну інтенсивність. Висока вираженість цих симптомів, яка спостерігається у 20% учасників, виявляється у постійному униканні багатьох тригерів, що значно обмежує їхнє повсякденне життя. Ці чоловіки уникають будь-яких ситуацій або місць, що можуть нагадати їм про травматичну подію. У 40% чоловіків симптоми уникання мають середню вираженість, що означає часткове уникання певних тригерів, але зберігають здатність функціонувати в інших сферах життя. Решта 40% чоловіків рідко вдаються до уникання нагадувань про травму, що мінімально впливає на їхнє повсякденне життя.

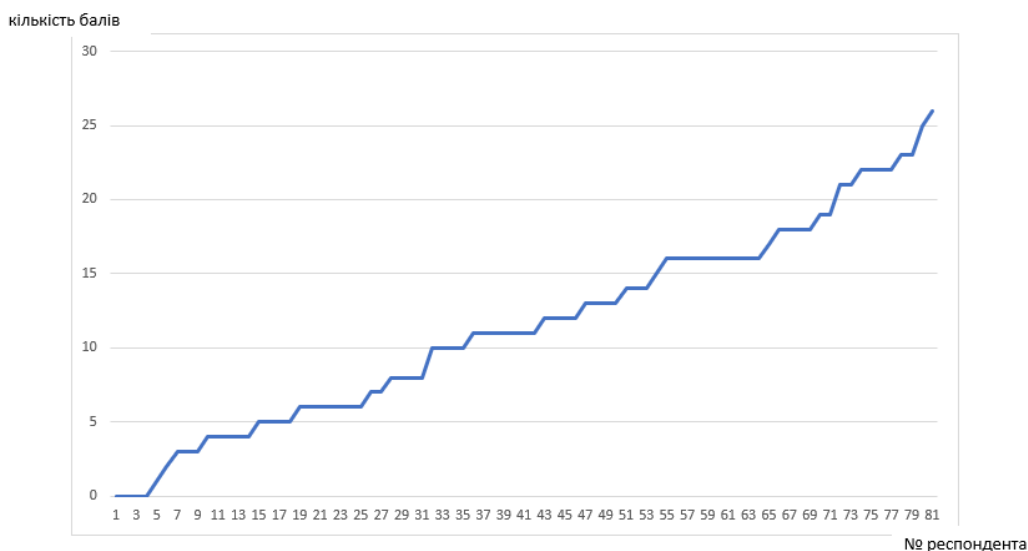


Рисунок 2.8. Шкала «негативні емоції та думки», загальні дані.

Близько 50% учасників відчувають середню вираженість симптомів, що проявляється періодичними негативними емоціями та думками, які помірно впливають на їхній психічний стан і соціальне функціонування. Наприклад, учасник може відчувати пригніченість і ізольованість у певні дні, але загалом

здатний справлятися з повсякденними завданнями. Висока вираженість симптомів спостерігається у 20% учасників, які щодня стикаються з інтенсивними негативними емоціями та думками, такими як постійне почуття провини або незадоволеність собою, що суттєво погіршує їхній психічний стан і міжособистісні стосунки. Решта 30% учасників рідко відчують негативні емоції та думки, що мінімально впливає на їхній психічний стан.

Серед жінок, які брали участь у дослідженні, 25% відчують високу вираженість негативних думок і емоцій. Ці жінки щодня стикаються з інтенсивними негативними емоціями, такими як почуття провини, страх або гнів, що значно погіршує їхній психічний стан і міжособистісні стосунки. У 50% жінок спостерігається середня вираженість цих симптомів, що проявляється періодичними негативними емоціями та думками, які помірно впливають на їхній психічний стан. Решта 25% жінок відчують слабку вираженість негативних думок і емоцій, що мінімально впливає на їхній психічний стан.

Серед чоловіків, які брали участь у дослідженні, 20% відчують високу вираженість негативних думок і емоцій. Ці чоловіки щодня стикаються з інтенсивними негативними емоціями, такими як почуття провини, страх або гнів, що значно погіршує їхній психічний стан і міжособистісні стосунки. У 50% чоловіків спостерігається середня вираженість цих симптомів, що проявляється періодичними негативними емоціями та думками, які помірно впливають на їхній психічний стан. Решта 30% чоловіків відчують слабку вираженість негативних думок і емоцій, що мінімально впливає на їхній психічний стан.

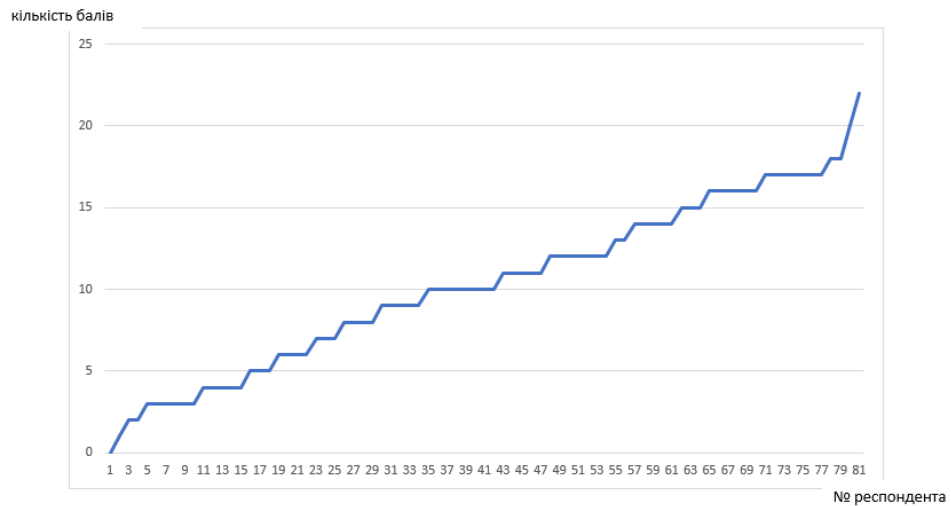


Рисунок 2.9. Шкала «симптоми надмірної реактивності», загальні дані.

40% учасників відчувають середню вираженість симптомів надмірної реактивності, що проявляється періодичною гіперактивністю та дратівливістю з помірними проблемами зі сном. Наприклад, людина може кілька разів на тиждень мати труднощі із засинанням, але загалом справляється з цими проблемами. Висока вираженість симптомів спостерігається у 25% учасників, які щодня стикаються з інтенсивною гіперактивністю, дратівливістю та хронічними проблемами зі сном, що суттєво знижує якість їхнього життя. Решта 35% учасників рідко стикаються з такими симптомами, що мінімально впливає на їхнє повсякденне функціонування.

Симптоми надмірної реактивності у жінок також варіюються за інтенсивністю. Приблизно 20% жінок відчувають високу вираженість цих симптомів, що проявляється постійною та інтенсивною гіперактивністю, дратівливістю та проблемами зі сном, що значно знижують якість їхнього життя. У 45% жінок спостерігається середня вираженість симптомів надмірної реактивності, що проявляється періодичною гіперактивністю та дратівливістю з помірними проблемами зі сном. Решта 35% жінок рідко стикаються з цими симптомами, що мінімально впливає на їхнє повсякденне функціонування.

Симптоми надмірної реактивності у чоловіків також варіюються за інтенсивністю. 25% чоловіків відчувають високу вираженість цих симптомів, що проявляється постійною та інтенсивною гіперактивністю, дратівливістю та

проблемами зі сном, що значно знижують якість їхнього життя. У 45% чоловіків спостерігається середня вираженість симптомів надмірної реактивності, що проявляється періодичною гіперактивністю та дратівливістю з помірними проблемами зі сном. Решта 30% чоловіків рідко стикаються з такими симптомами, що мінімально впливає на їхнє повсякденне функціонування.

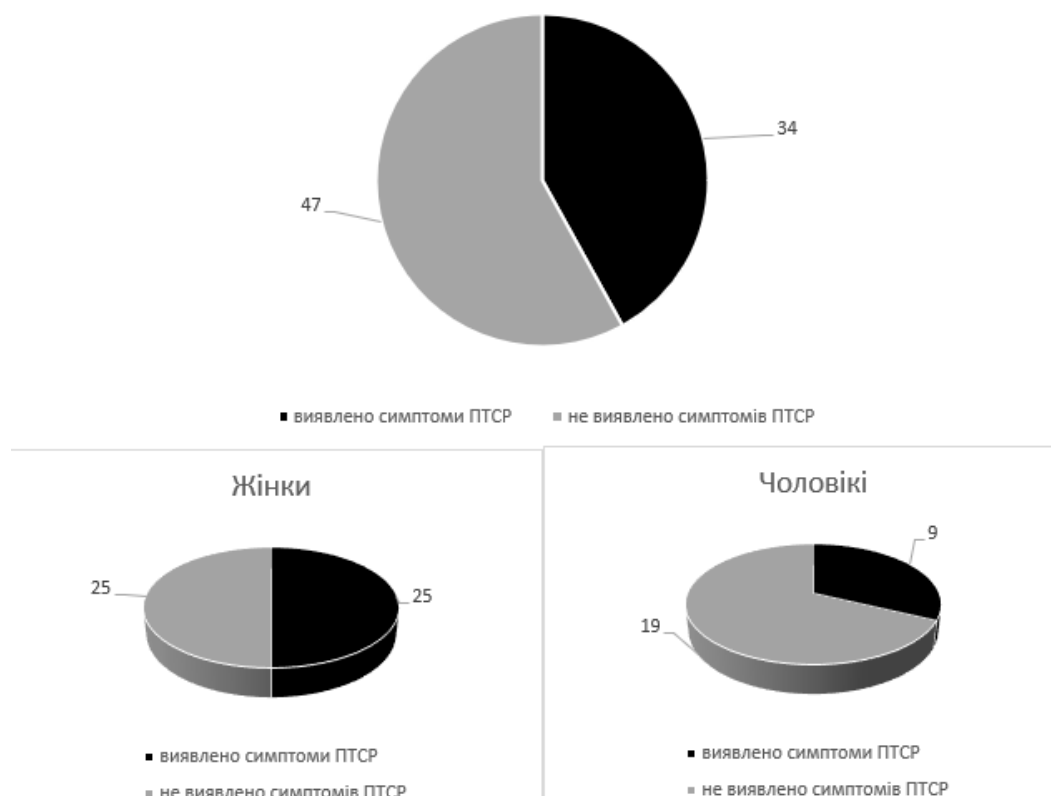


Рисунок 2.16. Наявність симптомів ПТСР у респондентів.

Із загальної кількості респондентів, у 34 осіб були виявлені симптоми ПТСР (рисунок 2.16). Це свідчить про те, що майже третина опитаних переживає наслідки психологічної травми. Водночас, 47 осіб не мали симптомів ПТСР, що демонструє більшу частку респондентів, які не зазнали серйозних психологічних наслідків. При цьому, серед жінок було помічено наступні результати: у 25 респонденток виявлено симптоми ПТСР, тоді як у 25 жінок симптоми ПТСР не виявлені. Це свідчить про рівний розподіл випадків ПТСР серед жінок, що може бути ознакою однакової ймовірності виникнення симптомів ПТСР у жіночій частини населення. Щодо чоловіків,

ситуація виглядає дещо інакше. Лише 9 чоловіків мають симптоми ПТСР, тоді як 19 чоловіків не виявили цих симптомів. Це свідчить про те, що чоловіки, можливо, менш схильні до виявлення симптомів ПТСР або ж вони менш охоче повідомляють про такі симптоми.

Таким чином, аналіз показує, що жінки та чоловіки мають різний рівень виявлення симптомів ПТСР. Жінки мають рівний розподіл між тими, у кого симптоми є, і тими, у кого їх немає, тоді як серед чоловіків значно більша частка не має симптомів ПТСР. Це може свідчити про кілька факторів: жінки можуть бути більш схильні до виникнення симптомів ПТСР або ж вони частіше відкрито говорять про свої психологічні проблеми. Чоловіки ж, можливо, менш охоче повідомляють про наявність симптомів ПТСР або менш схильні до їх виникнення.

Проаналізуємо вплив різних шкал на формування психологічного стресу на особистість українців в умовах війни в Україні. Для цього вивчимо кореляційні зв'язки між методиками (таблиця 2.1- 2.3). У таблицях наведено лише значущі дані. Аналіз кореляційних зв'язків між різними шкалами HADS, PSS-10 та PLC-5 дозволє глибше зрозуміти взаємозв'язки між тривожністю, депресією, сприйнятим стресом та симптомами посттравматичного стресового розладу.

Кореляція між тривожністю та депресією за шкалою HADS становить 0,595. Це вказує на помірний позитивний зв'язок, що означає, що підвищення рівня тривожності часто супроводжується зростанням рівня депресії. Цей результат є логічним, оскільки тривога та депресія часто співіснують і мають спільні тригерні фактори.

Кореляція між HADS Тривога та сприймаємим стресом становить 0,646, що вказує на сильний позитивний зв'язок. Це означає, що люди з високим рівнем тривожності, як правило, сприймають свій рівень стресу як високий.

Таблиця 2.1.

Кореляція шкал HADS, PSS-10, PLC-5.

	HADS Тривога	HADS Депресія	Сприймаємий стрес PSS 10	PCL 5	Інтрюзія	Уникнення	Негативні думки	Надмірна реактивність
HADS Тривога	-							
HADS Депресія	0,595	-						
Сприймаємий стрес PSS 10	0,646	0,554	-					
PCL 5	0,658	0,439	0,702	-				
Інтрюзія	0,534		0,450	0,815	-			
Уникнення	0,333		0,409	0,680	0,541	-		
Негативні Думки	0,565	0,463	0,677	0,892	0,586	0,502	-	
Надмірна реактивність	0,647	0,499	0,676	0,854	0,579	0,477	0,671	-

Кореляція між HADS Депресія та сприймаємим стресом становить 0,554, що також свідчить про помірний позитивний зв'язок. Це означає, що люди з вищим рівнем депресії також мають тенденцію сприймати свій рівень стресу як високий.

Кореляція між HADS Тривога та загальною шкалою PCL-5 становить 0,658, що вказує на сильний позитивний зв'язок. Це означає, що підвищення рівня тривожності пов'язане з підвищенням симптомів ПТСР.

Кореляція між HADS Депресія та загальною шкалою PCL-5 становить 0,439, що свідчить про помірний позитивний зв'язок. Це вказує на те, що депресія також пов'язана з симптомами ПТСР, але цей зв'язок менш виражений порівняно з тривожністю.

Кореляція між HADS Тривога та інтрюзією становить 0,534, що вказує на помірний позитивний зв'язок. Це означає, що підвищення тривожності пов'язане з частішими нав'язливими спогадами про травматичні події.

Кореляція між HADS Тривога та уникненням становить 0,333, що вказує на слабкий позитивний зв'язок. Це свідчить про те, що тривожність частково пов'язана з поведінкою уникнення.

Кореляція між HADS Тривога та негативними думками становить 0,565, що вказує на помірний позитивний зв'язок. Це означає, що підвищення тривожності супроводжується збільшенням негативних думок та почуттів.

Кореляція між HADS Тривога та надмірною реактивністю становить 0,647, що свідчить про сильний позитивний зв'язок. Це означає, що тривожність часто супроводжується підвищеною реактивністю на стресові стимули.

Таблиця 2.2.

Кореляція шкал HADS, PSS-10, PLC-5 із гендерним фактором – жінка.

	HADS Тривога	HADS Депресія	Сприймаємий стрес PSS 10	PCL 5	Інтрузія	Уникнення	Негативні думки	Надмірна реактивність
HADS Тривога	-							
HADS Депресія	0,583	-						
Сприймаємий стрес PSS 10	0,691	0,542	-					
PCL 5	0,666	0,378	0,705	-				
Інтрузія	0,529		0,446	0,798	-			
Уникнення	0,319		0,482	0,693	0,495	-		
Негативні Думки	0,538	0,422	0,663	0,883	0,545	0,531	-	
Надмірна реактивність	0,705	0,405	0,660	0,851	0,577	0,508	0,647	-

Кореляція між тривожністю та депресією за шкалою HADS серед жінок становить 0,583. Це вказує на помірний позитивний зв'язок, що свідчить про те, що підвищення рівня тривожності часто супроводжується зростанням рівня

депресії. Це узгоджується з тим, що тривога і депресія мають багато спільних тригерів та часто зустрічаються разом.

Кореляція між HADS Тривога та сприйнятим стресом становить 0,691, що вказує на сильний позитивний зв'язок. Це означає, що жінки з високим рівнем тривожності також сприймають свій рівень стресу як високий, підкреслюючи важливість тривоги як компонента загального стресу.

Кореляція між HADS Депресія та сприйнятим стресом становить 0,542, що свідчить про помірний позитивний зв'язок. Це вказує на те, що жінки з вищим рівнем депресії також сприймають свій рівень стресу як високий.

Кореляція між HADS Тривога та загальною шкалою PCL-5 становить 0,666, що вказує на сильний позитивний зв'язок. Це означає, що підвищення рівня тривожності пов'язане з підвищенням симптомів ПТСР серед жінок.

Кореляція між HADS Депресія та загальною шкалою PCL-5 становить 0,378, що свідчить про помірний позитивний зв'язок. Це вказує на те, що депресія серед жінок також пов'язана з симптомами ПТСР, хоча цей зв'язок менш виражений порівняно з тривожністю.

Кореляція між HADS Тривога та інтризією становить 0,529, що вказує на помірний позитивний зв'язок. Це означає, що підвищення тривожності пов'язане з частішими нав'язливими спогадами про травматичні події.

Кореляція між HADS Тривога та уникненням становить 0,319, що вказує на слабкий позитивний зв'язок. Це свідчить про те, що тривожність частково пов'язана з поведінкою уникнення серед жінок.

Кореляція між HADS Тривога та негативними думками становить 0,538, що вказує на помірний позитивний зв'язок. Це означає, що підвищення тривожності супроводжується збільшенням негативних думок та почуттів.

Кореляція між HADS Тривога та надмірною реактивністю становить 0,705, що свідчить про сильний позитивний зв'язок. Це означає, що тривожність часто супроводжується підвищеною реактивністю на стресові стимули.

Кореляція між HADS Депресія та інтризією серед жінок становить 0,446. Це вказує на помірний позитивний зв'язок, що свідчить про те, що підвищення рівня депресії пов'язане з частішими нав'язливими спогадами.

Кореляція між HADS Депресія та уникненням становить 0,482, що також вказує на помірний позитивний зв'язок. Це свідчить про те, що депресія частково пов'язана з поведінкою уникнення серед жінок.

Кореляція між HADS Депресія та негативними думками становить 0,422, що вказує на помірний позитивний зв'язок. Це означає, що підвищення депресії супроводжується збільшенням негативних думок та почуттів.

Кореляція між HADS Депресія та надмірною реактивністю серед жінок становить 0,405, що вказує на помірний позитивний зв'язок. Це означає, що депресія супроводжується підвищеною реактивністю на стресові стимули.

Кореляція між тривожністю та депресією за шкалою HADS серед чоловіків становить 0,596. Це вказує на помірний позитивний зв'язок, що означає, що підвищення рівня тривожності часто супроводжується зростанням рівня депресії. Це узгоджується з відомими психопатологічними даними, які свідчать про тісний зв'язок між цими двома станами.

Кореляція між HADS Тривога та сприйнятим стресом становить 0,531, що вказує на помірний позитивний зв'язок. Це означає, що чоловіки з високим рівнем тривожності часто сприймають свій рівень стресу як високий.

Кореляція між HADS Депресія та сприйнятим стресом становить 0,579, що також свідчить про помірний позитивний зв'язок. Це вказує на те, що чоловіки з вищим рівнем депресії також мають тенденцію сприймати свій рівень стресу як високий.

Таблиця 2.3.

Кореляція шкал HADS, PSS-10, PLC-5 із гендерним фактором - чоловік

	HADS Тривога	HADS Депресія	Сприймаємий стрес PSS 10	PCL 5	Інтрюзія	Уникнення	Негативні думки	Надмірна реактивність
HADS Тривога	-							
HADS Депресія	0,596	-						
Сприймаємий стрес PSS 10	0,531	0,579	-					
PCL 5	0,510	0,627	0,664	-				
Інтрюзія	0,387		0,396	0,816	-			
Уникнення				0,596	0,625	-		
Негативні Думки	0,566	0,588	0,692	0,921	0,667		-	
Надмірна реактивність	0,406	0,720	0,679	0,877	0,540	0,378	0,760	-

Кореляція між HADS Тривога та загальною шкалою PCL-5 становить 0,510, що вказує на помірний позитивний зв'язок. Це означає, що підвищення рівня тривожності пов'язане з підвищенням симптомів ПТСР серед чоловіків.

Кореляція між HADS Депресія та загальною шкалою PCL-5 становить 0,627, що вказує на сильний позитивний зв'язок. Це вказує на те, що депресія серед чоловіків тісно пов'язана з симптомами ПТСР.

Кореляція між HADS Тривога та інтрязією становить 0,387, що вказує на помірний позитивний зв'язок. Це означає, що підвищення тривожності пов'язане з частішими нав'язливими спогадами про травматичні події.

Кореляція між HADS Тривога та уникненням не представлена в таблиці, але можна припустити, що зв'язок між цими змінними може бути слабшим порівняно з іншими симптомами.

Кореляція між HADS Тривога та негативними думками становить 0,566, що вказує на помірний позитивний зв'язок. Це означає, що підвищення тривожності супроводжується збільшенням негативних думок та почуттів.

Кореляція між HADS Тривога та надмірною реактивністю становить 0,406, що свідчить про помірний позитивний зв'язок. Це означає, що тривожність часто супроводжується підвищеною реактивністю на стресові стимули.

Кореляція між HADS Депресія та інтризією серед чоловіків становить 0,396. Це вказує на помірний позитивний зв'язок, що свідчить про те, що підвищення рівня депресії пов'язане з частішими нав'язливими спогадами.

Кореляція між HADS Депресія та уникненням становить 0,596, що вказує на сильний позитивний зв'язок. Це свідчить про те, що депресія серед чоловіків тісно пов'язана з поведінкою уникнення.

Кореляція між HADS Депресія та негативними думками становить 0,588, що вказує на сильний позитивний зв'язок. Це означає, що підвищення депресії супроводжується збільшенням негативних думок та почуттів.

Кореляція між HADS Депресія та надмірною реактивністю серед чоловіків становить 0,720, що вказує на сильний позитивний зв'язок. Це означає, що депресія супроводжується підвищеною реактивністю на стресові стимули.

Таким чином, загальний аналіз даних, отриманих за допомогою методик HADS, PSS-10 та PCL-5, свідчить про значний рівень стресу та психоемоційних розладів серед респондентів. Зокрема, велика частка опитаних демонструє клінічно виражені симптоми тривоги та депресії, що потребує негайного професійного втручання. Залишення на місці проживання під час війни та постійна загроза безпеці суттєво вплинули на психологічне здоров'я українців, що підтверджують високі показники сприйняття стресу та симптомів ПТСР.

Аналіз гендерних відмінностей показав, що жінки частіше демонструють клінічно виражені симптоми тривоги та депресії порівняно з чоловіками. Отримані дані підкреслюють необхідність диференційованого підходу до надання психологічної підтримки та терапії для різних гендерних

груп населення, враховуючи їхні специфічні потреби та особливості переживання стресу.

2.3. Рекомендації щодо способів зниження рівня стресу та покращення психічного здоров'я населення

Війна, що триває в Україні, справляє значний вплив на психічне здоров'я громадян, які залишилися в країні. Рівень стресу серед населення залишається високим через постійні загрози безпеці, економічні труднощі та соціальну нестабільність. В таких умовах особливо важливо розробити та впровадити ефективні стратегії підтримки психічного здоров'я та зниження рівня стресу.

Одним із найефективніших способів зниження рівня стресу є звернення до професійної психологічної допомоги. Це можуть бути індивідуальні консультації з психологом або психотерапевтом, групові терапії, або ж участь у спеціалізованих тренінгах та семінарах. Важливо забезпечити доступність таких послуг для всіх верств населення, особливо для тих, хто пережив травматичні події. В умовах війни особливо актуальними є програми, спрямовані на подолання ПТСР, тривоги та депресії.

Соціальна підтримка відіграє ключову роль у зниженні рівня стресу. Важливо розвивати та підтримувати спільноти, де люди можуть ділитися своїми переживаннями, отримувати емоційну підтримку та практичну допомогу. Організація груп самопомоги, волонтерських рухів та громадських ініціатив сприятиме формуванню почуття єдності та взаємодопомоги, що є критично важливим у періоди кризи.

Збалансоване харчування, регулярна фізична активність та достатній відпочинок є фундаментальними компонентами психічного здоров'я. Фізичні вправи, такі як йога, піші прогулянки, біг або заняття спортом, допомагають знижувати рівень стресу та поліпшують загальний стан організму. Важливо також дотримуватись режиму сну та відпочинку, щоб забезпечити організму достатній час для відновлення.

Методи саморегуляції, такі як медитація, глибоке дихання, прогресивна м'язова релаксація та інші техніки релаксації, можуть суттєво знизити рівень стресу. Важливо навчати населення цим методам через освітні програми, тренінги та інформаційні кампанії. Використання мобільних додатків та онлайн-платформ для навчання та практики саморегуляції може значно розширити доступ до цих ресурсів.

Держава та місцеві громади повинні активно підтримувати програми, спрямовані на зниження рівня стресу та покращення психічного здоров'я. Це може включати фінансування психологічних служб, організацію тренінгів для спеціалістів, розвиток інфраструктури для проведення оздоровчих заходів та кампанії з підвищення обізнаності про важливість психічного здоров'я.

Таким чином, запровадження цих заходів сприятиме зміцненню психічного здоров'я населення, підвищенню рівня стійкості до стресових ситуацій та загальному поліпшенню якості життя в умовах війни та інших кризових ситуацій.

Висновки до 2 розділу

Дослідження, проведене серед українців, які залишилися на місці проживання під час війни, показало високий рівень стресу та психологічних розладів серед респондентів. Використані методики HADS, PSS-10 та PCL-5 дозволили всебічно оцінити емоційний стан та виявити клінічно значущі симптоми тривоги, депресії та ПТСР. Аналіз отриманих даних свідчить про значні виклики, з якими стикається населення в умовах війни.

Результати дослідження показали, що 60,5% респондентів не мають достовірно виражених симптомів депресії, 21% мають субклінічно виражені симптоми, а 18,5% демонструють клінічно значущу депресію. Жінки частіше демонструють клінічно виражену депресію (18,9%) порівняно з чоловіками (17,9%). Це свідчить про необхідність спеціалізованої психологічної підтримки для цих груп.

Рівень тривоги серед респондентів також високий: 46,9% не мають достовірно виражених симптомів, 24,7% мають субклінічно виражену тривогу, а 28,4% – клінічно виражену. Жінки частіше демонструють клінічно виражену тривогу (34%) порівняно з чоловіками (17,9%). Ці дані підкреслюють важливість своєчасного психологічного втручання для зниження рівня тривоги.

Аналіз рівня сприйнятого стресу за методикою PSS-10 показав, що більшість респондентів відчувають високий рівень стресу (71,6%), лише 28,4% мають помірний рівень стресу, а низький рівень стресу не виявлено. Жінки демонструють вищий рівень стресу (75,5%) порівняно з чоловіками (64,3%). Це вказує на значний вплив війни на психоемоційний стан населення.

Симптоми ПТСР були виявлені у 34 респондентів (41,9%), що свідчить про поширеність посттравматичних розладів серед населення. Жінки частіше повідомляють про симптоми ПТСР (47,2%) порівняно з чоловіками (32,1%). Це підкреслює необхідність диференційованого підходу до лікування та підтримки різних гендерних груп.

Кореляційний аналіз показав, що тривожність і депресія за шкалою HADS мають помірний позитивний зв'язок (0,595), а також сильний зв'язок між тривожністю та сприйнятим стресом (0,646). Це свідчить про взаємозв'язок між різними аспектами психоемоційного стану і підкреслює необхідність комплексного підходу до лікування.

Таким чином, отримані дані демонструють високий рівень психоемоційних розладів серед українців, які залишилися в країні під час війни. Це вимагає негайного впровадження заходів для надання психологічної підтримки та розробки програм реабілітації, спрямованих на зниження рівня стресу та покращення психічного здоров'я населення.

ВИСНОВКИ

Теоретичний аналіз показав, що стрес є багатофакторним явищем, яке значно впливає на психічне здоров'я людини. Розглянуті теорії, такі як загальний адаптаційний синдром Ганса Сельє, теорія когнітивної оцінки Лазаруса і Фолкмана, та інші, показують, що стресові ситуації можуть викликати різноманітні психічні та фізіологічні реакції, включаючи тривожність, депресію та посттравматичний стресовий розлад. Хронічний

стрес може призвести до серйозних психологічних та соматичних розладів, які потребують професійного втручання.

Дослідження показало, що війна суттєво впливає на всі складові психічного здоров'я українців. Під впливом війни зростає рівень тривожності, депресії та інших емоційних розладів. Постійна загроза життю, втрати близьких, руйнування житла та економічні труднощі викликають значні зміни в емоційному стані, когнітивних функціях та соціальній взаємодії людей. Особливо вразливими є діти, жінки, літні люди та військові, які зазнають найбільших психічних травм.

Емпіричне дослідження, проведене серед українців, які залишилися в зоні бойових дій, показало високий рівень стресу та психоемоційних розладів серед респондентів. Використання методик HADS, PSS-10 та PCL-5 дозволило виявити, що значна частка опитаних демонструє клінічно виражені симптоми тривоги, депресії та ПТСР. Дані свідчать про те, що жінки частіше демонструють клінічно виражені симптоми порівняно з чоловіками, що вказує на необхідність диференційованого підходу до психологічної підтримки.

На основі отриманих даних були розроблені рекомендації для зниження рівня стресу та покращення психічного здоров'я населення. До них належать забезпечення доступності професійної психологічної допомоги, розвиток соціальної підтримки та згуртованості, пропагування здорового способу життя та навчання методам саморегуляції. Важливо також підтримувати програми психологічної реабілітації на рівні громади та держави, що сприятиме зміцненню психічного здоров'я та підвищенню стійкості до стресових ситуацій серед населення.

Таким чином, результати дослідження підтверджують важливість та актуальність вивчення впливу війни на психічне здоров'я населення. Враховуючи отримані дані, необхідно продовжувати дослідження у цій галузі для розробки більш ефективних програм підтримки та реабілітації. Постійний моніторинг психічного здоров'я громадян, особливо в умовах тривалих

конфліктів, допоможе своєчасно виявляти проблеми та надавати необхідну допомогу, що сприятиме загальному поліпшенню якості життя та стійкості суспільства.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Бондарчук О. І., Карамушка Л. М. Психологічне здоров'я особистості в умовах війни та повоєнний час (Україна-Польща-Ізраїль) для освітян і психологів. Вісник НАПН України. Київ, 2023. Т. 5, № 1. С. 1-4. URL: <https://visnyk.naps.gov.ua/index.php/journal/article/view/375/438>
2. Вісник НАПН України. 2022. Том 4, № 1. С. 250

3. Гезун В. В. Психологічне благополуччя особистості в умовах воєнного стану. Кривий Ріг, 2022. С 1-83. URL: <http://elibrary.kdpu.edu.ua/xmlui/handle/123456789/6846>
4. Гуревич Л. І. Стрес і його вплив на розвиток особистості. Питання психології. 1988. № 1. С. 102-109.
5. Іванова Л. Динаміка психічних процесів у періоди криз, горя та ритуалів переходу на основі підрахунків механізмів психологічних захистів. Український психоаналітичний журнал. 2023. Том , № 3. С. 56–65.
6. Карамушка Л. М., Креденцер О. В., Терещенко К. В., Лагодзінська В. І., Івкін В. М., Ковальчук О. С. Методики дослідження психічного здоров'я та благополуччя персоналу організацій : психологічний практикум. Київ: інститут психології імені Г. С. Костюка НАПН України, 2023. С. 76.
7. Овчаренко О. Ю. Психологія стресу та стресових розладів : навч. посіб. Київ: ніверситет «Україна», 2023. С. 266.
8. Олексій Бондаренко. Вплив стресу на особистість в умовах війни. Київ, 2022.
9. Родіна Н. В. Психологія копінг-поведінки: системне моделювання.: дисертація на здобуття наукового ступеня доктора псих. наук: 19.00.01. Київ, 2013. С. 503.
10. Семигін Т., Павленко І. Овсяннікова Є. Охорона психічного здоров'я в умовах війни. Київ, 2017. С. 1068.
11. Слюсаревський М.М. Соціально-психологічний стан українського суспільства в умовах повномасштабного російського вторгнення: нагальні виклики і відповіді. Вісник НАПН України. Київ, 2022. Том. 4, № 1. С. 1-4. URL: <https://visnyk.naps.gov.ua/index.php/journal/article/view/375/438>
12. Хаустова О.О. Тривожно-депресивні розлади в умовах дистресу війни в Україні. URL: <https://health-ua.com/article/71710-trivozhnodepresivn-rozladi-vumovah-distresu-vjni-vukran>

13. Штепа О. С. Емпіричне вивчення психологічних ресурсів особистості. Актуальні проблеми психології. 2011. Т. 11. Вип. 4. С. 335 – 361.
14. Ader R., Cohen N., Felten D. Psychoneuroimmunology: interactions between the nervous system and the immune system. 1995. Vol. 345, № 8942. P. 99-103.
15. American psychological association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (dsm-5). Arlington, va: american psychiatric publishing, 2013.
16. Arnsten A. F. T. Stress signalling pathways that impair prefrontal cortex structure and function. Nature reviews neuroscience. 2019. Vol. 10, № 6. P. 410-422.
17. Barber. Annual research review: the experience of youth with political conflict—challenging notions of resilience and encouraging research refinement. Journal of child psychology and psychiatry. 2013. Vol. 54, № 4. P. 461-473.
18. Baumeister R. F., Heatherton T. F., Tice D. M. (1994). Losing control: how and why people fail at self-regulation. Academic press. 1994.
19. Bruce S. McEwen. Physiology and Neurobiology of Stress and Adaptation: Central Role of the Brain. 2007. P. 873-904.
20. Cohen S., Janicki-deverts, D., Miller G. E. Psychological stress and disease. Jama, 2012. Vol. 298, № 14. P. 1685-1687.
21. Everly G. S., Lating G. M. A clinical guide to the treatment of the human stress response. Springer. 2019.
22. Galli S. J., Tsai M., Piliponsky A. M. The development of allergic inflammation. 2008. Vol. 454, № 7203. P. 445-454.
23. Hammen C. Stress and depression. Annual review of clinical psychology. 2005. Vol. 1. P. 293-319.
24. Hobfoll S. E. Conservation of resources: a new attempt at conceptualizing stress. American psychologist. 1989. Vol. 44, № 3. P. 513-524.
25. Karasek R. A., Theorell T. Healthy work: stress, productivity, and the reconstruction of working life: basic books. 1990.

26. Kivimäki M., Nyberg S. T., Batty G. D., Fransson, E. I., Heikkilä K., Alfredsson L., Steptoe A. Job strain as a risk factor for coronary heart disease: a collaborative meta-analysis of individual participant data. *The lancet*. 2012. Vol. 380, № 9852. P. 1491-1497.
27. Lazarus R. S., Folkman S. *Stress, appraisal, and coping*. Springer publishing company. 1985.
28. Lupien S. J., McEwen B. S., Gunnar M. R., Heim C. Effects of stress throughout the lifespan on the brain, behaviour and cognition. *Nature reviews neuroscience*. 2009. Vol. 10, № 6. P. 434-445.
29. Maier S. F., Watkins, I. R. Cytokines for psychologists: implications of bidirectional immune-to-brain communication for understanding behavior, mood, and cognition. *Psychological review*. 1998. Vol. 105, № 1. P. 83-107.
30. McEwen B. S. (2007). Physiology and neurobiology of stress and adaptation: central role of the brain. *Physiological reviews*. 2007. Vol. 87, № 3. P. 873-904.
31. Medzhitov R. Origin and physiological roles of inflammation. 2008. Vol. 454, № 7203. P. 428-435.
32. Roth S., Cohen, I. J. Approach, avoidance, and coping with stress. *American psychologist*. 1986. Vol. 41, № 7. P. 813-819.
33. Sapolsky, R. M. *Why zebras don't get ulcers: A guide to stress, stress-related diseases, and coping*. New York: W. H. Freeman, 1998.
34. Segerstrom S. C., Miller G. E. Psychological stress and the human immune system: a meta-analytic study of 30 years of inquiry. *Psychological bulletin*. 2004. Vol. 130, № 4. P. 601-630.
35. Selye H. *The stress of life*. McGraw-hill, 1956.
36. Serhan C. N. Resolution phase of inflammation: novel endogenous anti-inflammatory and proresolving lipid mediators and pathways. *Annual review of immunology*. 2007. № 25. P. 101-137.

37. Sinha R. Chronic stress, drug use, and vulnerability to addiction. *Annals of the new york academy of sciences*. 2008. Vol. 1141, № 1. P. 105-130.
38. Sinha R., Jastreboff A. M. Stress as a common risk factor for obesity and addiction. *Biological psychiatry*. 2013. Vol. 73, № 9. P. 827-835.
39. Starcke K., Brand M. Decision making under stress: a selective review. *Neuroscience & biobehavioral reviews*. 2012. Vol. 36, № 4. P. 1228-1248.
40. Stults-kolehmainen M. A., Sinha R. The effects of stress on physical activity and exercise. *Sports medicine*. 2014. Vol. 44, № 1. P. 81-121.
41. Werner S., Grose R. Regulation of wound healing by growth factors and cytokines. *Physiological reviews*. 2003. Vol. 83, № 3. P. 835-870.