МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ЗАПОРІЗЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

ФАКУЛЬТЕТ СОЦІАЛЬНОЇ ПЕДАГОГІКИ ТА ПСИХОЛОГІЇ
КАФЕДРА ПСИХОЛОГІЇ

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА МАГІСТРА

на тему: ОСОБЛИВОСТІ РЕГУЛЯЦІЇ НЕГАТИВНИХ ПСИХОЕМОЦІЙНИХ СТАНІВ ЖІНОК В УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ

Виконала: студентка ІІ курсу,
групи 8.0533-з-1-ДН
спеціальності: 053 Психологія
освітньої програми: 053 Психологія
Лінькова Світлана Миколаївна
Керівник: Пучина О.В., к. психол. н,
доцентка кафедри психології
Рецензент: Остапенко Л.В., к. пед. н.,
менеджер "Space Запоріжжя

Запоріжжя
2025

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ЗАПОРІЗЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

Факультет соціальної педагогіки та психології
Кафедра психології
Рівень вищої освіти магістр
Спеціальність 053 Психологія
Освітня програма Психологія

ЗАТВЕРДЖУЮ
Завідувач кафедри _____
к.психол.н., доцент, Н. О. Губа
«____»_____2025 р.

З А В Д А Н Н Я
НА КВАЛІФІКАЦІЙНУ РОБОТУ СТУДЕНТЦІ
Лінькової Світлані Миколаївні

Тема роботи Особливості регуляції негативних психоемоційних станів жінок в умовах воєнного стану
керівник роботи Пучина О. В. к.психол.н., доцент кафедри психології
затверджені наказом ЗНУ від «30» липня 2021 року № 1137-с
2. Строк подання студентом роботи _____
3. Вихідні дані до роботи аналіз психолого-педагогічної літератури.
4.Зміст розрахунково-пояснювальної записки виявити особливості негативних психоемоційних станів у жінок в умовах воєнного стану;дослідити вплив психокорекції на рівень негативних психоемоційних станів
5. Перелік графічного матеріалу: 13 рисунків.
6. Консультанти розділів роботи

Розділ	Прізвище, ініціали та посада консультанта	Підпис, дата	
		Завдання видав	Завдання прийняв
Вступ	Пучина О.В., доцент		
Розділ 1	Пучина О.В., доцент		
Розділ 2	Пучина О.В., доцент		
Розділ 3	Пучина О.В., доцент		
Висновки	Пучина О.В., доцент		

7. Дата видачі завдання _____

КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН

№ з/п	Назва етапівкваліфікаційної роботи	Строк виконання етапів роботи	Примітка
1	Збір та систематизація матеріалу	травень-липень 2024 р.	Виконано
2	Робота над вступом	травень 2024 р.	Виконано
3	Робота над першим розділом	червень-липень 2024 р.	Виконано
4	Робота над другим розділом	серпень-вересень 2024 р.	Виконано
5	Робота над третім розділом	жовтень 2024 р.	Виконано
6	Написання висновків	листопад 2024 р.	Виконано
7	Передзахист		Виконано
8	Нормоконтроль		Виконано

Студент _____С. М. Лінькова

Керівник роботи _____О. В. Пучина

Нормоконтроль пройдено

Нормоконтролер _____ А.О. Неманежина

РЕФЕРАТ

Кваліфікаційна робота: 95 с., 14 таблиць, 13рисунків, 78 джерел.

Об’єкт дослідження: психологічна допомога жінкам в умовах воєнного стану.

Предмет дослідження: процес регуляції негативних психоемоційних станів жінок в умовах воєнного стану.

Мета дослідження – теоретично обґрунтувати й емпірично дослідити особливості процесу регуляції негативних психоемоційних станів жінок в умовах воєнного стану.

Гіпотеза дослідження полягає у припущенні:групи самопідтримки є ефективним засобом регуляції негативних психоемоційних станів у жінок в умовах воєнного стану.

Методи дослідження: теоретичні: аналіз наукових джерел (для уточнення наукових поглядів на досліджувану проблему), систематизація й узагальнення теоретичних положень (для з’ясування стану розробленості проблеми дослідження в психологічній теорії і практиці); емпіричні: бесіда, спостереження, використання психодіагностичних методик (для вивчення рівнів тривожності, психологічного благополуччя жінок); методи математичної статистики (для узагальнення та унаочнення результатів емпіричного дослідження).

Теоретичне значення роботи полягає у здійснені теоретичного аналізу понять, які утворюють підґрунтя розуміння проблеми дослідження: «емоційний стан», «психоемоційний стан», «негативний психоемоційний стан», «психологічне благополуччя».

Практичне значення роботи полягає в розробці програми психологічного благополуччя жінок.Галузь використання: заклади вищої освіти, заклади післядипломної освіти та соціальні установи.

ЖІНКИ, ПСИХОЛОГІЧНА ДОПОМОГА, ПСИХОЛОГІЧНЕ БЛАГОПОЛУЧЧЯ, ПСИХОЕМОЦІЙНИЙ СТАН, ЯКІСТЬ ЖИТТЯ

SUMMARY

Linkova S. Peculiarities of regulation of negative psycho-emotional states of women under martial law

The qualifying work consists of Iintroduction, 3 Chapters, Conclusion,References (78 items, 12 of foreign origin). The qualifyingwork volume is 95 pages long, 85of them – main text. There are 14 tables and 13illustrations.

The master's thesis consists of 3 chapters, each of which is devoted to a separate aspect of studying the problem.

The research object:psychological assistance to women under martial law.

The research subject: the process of regulation of negative psycho-emotional states of women under martial law.

The research goal:of the study is to theoretically substantiate and empirically investigate the peculiarities of the process of regulation of negative psycho-emotional states of women under martial law.

The research tasks are:1) the theoretical analysis of the problem of psycho-emotional states of women in psychological theory and practice is carried out; 2) to highlight the peculiarities of regulation of negative psycho-emotional states of women under martial law; 3) to conduct an empirical study of the peculiarities of the process of regulation of negative psycho-emotional states of women under martial law; 4) to develop a program of psychological assistance to women with negative psycho-emotional states; 5) to study the effectiveness of the program of psychological assistance to women with negative psycho-emotional states under martial law.

Field of application: higher education institutions, postgraduate education institutions and social institutions.

Key words: women, psychological assistance, psychological well-being, psycho-emotional state, quality of life

ЗМІСТ

ВСТУП…… 7
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ПРОБЛЕМИНЕГАТИВНИХ ПСИХОЕМОЦІЙНИХ СТАНІВ ЖІНОК В ПСИХОЛОГІЧНІЙ ТЕОРІЇ І ПРАКТИЦІ…… 11
1.1. Негативні психоемоційні стани особистості як предмет психологічного аналізу……. 11
1.2. Поняття та характеристика психологічного благополуччя жінки в умовах воєнного стану…….. 23
1.3. Особливості регуляції негативних психоемоційних станів у жінок та їх психологічне благополуччя в умовах воєнного стану……..….... 36
РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ РЕГУЛЯЦІЇ НЕГАТИВНИХ ПСИХОЕМОЦІЙНИХ СТАНІВ ЖІНОК В УМОВАХ ВІЙНИ В УКРАЇНІ…… 45
2.1. Методика дослідження особливостей регуляції негативних психоемоційних станів у жінок в умовах воєнного стану……..... 45
2.2. Аналіз результатів констатувального етапу…… 47
РОЗДІЛ 3. ПРОГРАМА ПСИХОЛОГІЧНОЇ ПІДТРИМКИ ЖІНКАМ З НЕГАТИВНИМИ ПСИХОЕМОЦІЙНИМИ СТАНАМИ……. 58
3.1. Зміст і структура програми психологічної підтримки жінкам……. 58
3.2. Аналіз результатів формувального і контрольного етапів…… 71
ВИСНОВКИ……... 82
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ……..….. 86

ВСТУП

Сучасна ситуація в українському суспільстві актуалізує звернення дослідників до проблем однієї з незахищених груп населення – жінок.

В умовах воєнного стану українська жінка стає особливо вразливою до впливів та негативних переживань, у неї з'являється безліч психологічних проблем і психічних вад, вона знаходиться під значним моральним навантаженням. Наслідком цих явищ є поява депресивних станів, підвищення рівнів тривожності, зниження відчуття психологічного благополуччя. Сучасна жінка переживає цілу низку негативних психоемоційних станів таких як сума, відчай, занепокоєність, депресія і стрес, невпевненість, розгубленість, що зменшують рівень задоволеності життям.

Несприятливі психічні стани, які виникають і підтримуються упродовж двох років, негативно впливають на самопочуття і психічне здоров'я жінки. Наявність таких станів призводить до появи неблагополуччя і є чинником ризику виникнення соматичних захворювань і психічних розладів.

Такі складні умови в Україні висувають підвищені вимоги до стійкості особистості жінки та вимагають від неї вольових зусиль, стресостійкості, уміння швидко долати негативні переживання та гармонізувати свій психоемоційний стан. У зв'язку з цим, особливої значущості набуває проблема надання психологічної допомоги жінкам в умовах воєнного стану з регуляції поведінки. Також на особливу увагу заслуговує проблема регуляції негативних психічних й емоційних станів, тому що постійно діючі такі стани можуть трансформуватися в стійку особистісну рису, бути причиною неврозів та психосоматичних захворювань.

Загальні питання психологічної допомоги жінкам висвітлюється в працях Є. Калюжної, Б. Онісковець, О. Халік, Н. Шевченко. Проблема психологічного благополуччя в контексті життєдіяльності особистості досліджується в працях Л. Сердюк, Ю. Швалба.

В останні роки серед українських сучасних дослідників психологічних проблем у жінок в умовах воєнного стану відзначимо Л. Борисенко, Л. Корват, В. Панка.

У сучасних наукових розвідках з проблем вивчення психоемоційних станів у жінок майже не розглянуто особливості регуляції негативних станів. Ця проблема заслуговує на комплексний розгляд. Тому актуальним, суттєвим та цілком необхідним є дослідження, в центрі якого перебувають питання регуляції негативних психоемоційних станів жінок в умовах воєнного стану**,** спрямовані на обґрунтування оцінки психоемоційних станів, адаптаційних можливостей жінок в кризових ситуаціях. У зв'язку з цим обрано тему дослідження «Особливості регуляції негативних психоемоційних станів жінок в умовах воєнного стану».

Об'єкт дослідження: психологічна допомога жінкам в умовах воєнного стану.

Предмет дослідження: процес регуляції негативних психоемоційних станів жінокв умовах воєнного стану.

Мета дослідження – теоретично обґрунтувати й емпірично дослідити особливості процесу регуляції негативних психоемоційних станів жінок в умовах воєнного стану.

Гіпотеза дослідження полягає у припущенні: групи самопідтримки є ефективним засобом регуляції негативних психоемоційних станів у жінок в умовах воєнного стану.

Завдання дослідження:

1. Здійснено теоретичний аналіз проблеми психоемоційних станів жінок в психологічній теорії і практиці.

2. Виокремити особливості регуляції негативних психоемоційних станів жінок в умовах воєнного стану.

3. Провести емпіричне дослідження особливостей процесу регуляції негативних психоемоційних станів жінок в умовах воєнного стану.

4. Розробити програму психологічної підтримки жінкам з негативними психоемоційними станами.

5. Дослідити ефективність програми психологічної допомоги жінкам з негативними психоемоційними станами в умовах воєнного стану.

У дослідженні використано методи дослідження: аналіз наукових джерел (для уточнення наукових поглядів на досліджувану проблему), систематизація й узагальнення теоретичних положень (для з'ясування стану розробленості проблеми дослідження в психологічній теорії і практиці); емпіричні: бесіда, спостереження, використання психодіагностичних методик (для вивчення рівнів тривожності, депресивності, психологічного благополуччя, рівнів якості життя, рівнів стресостійкості жінок); методи математичної статистики (для узагальнення та унаочнення результатів емпіричного дослідження).

У ході емпіричного дослідження використано спостереження, діагностичні бесіди, психодіагностичні методики: 1) шкала тривоги Спілбергера (STAI); 2) шкала депресії Бека (Beck's Depression Inventory, BDI); 3)опитувальник «Індекс благополуччя ВООЗ-5» (WHO-5 Well-being Index) (адаптація Л. Карамушки, К. Терещенко, О. Креденцер); 4) шкала оцінки якості життя (автор О.Чабан), 5) тест «Стійкість до стресу».

Наукова новизна роботи:

- уточнено і проаналізовано психоемоційні стани жінок та їх взаємозв'язок з психологічним благополуччям в умовах воєнного стану;

- розроблено програму психологічної допомоги жінкам;

- дістали подальшого розвитку погляди на роботу психолога з жінками в умовах воєнного стану з урахуванням особливостей процесу регуляції їхніх негативних психоемоційних станів.

Практична значущість дослідження полягає у розробці рекомендацій для психологів, що працюють з жінками в умовах воєнного стану.

Результати дослідження можуть бути використані в процесі фахової підготовки майбутніх психологів у закладах вищої освіти, у системі підвищенні кваліфікації психологів і соціальних працівників, у ресурсних центрах для жінок.

Надійність і достовірність результатів дослідження визначається репрезентативністю вибірки респондентів (у загальній кількості 60 осіб), узгодженістю психодіагностичних методик і методів дослідження.

Апробація результатів роботи. Основні положення дослідження опубліковано в тезах науково-практичної конференції на тему «Робота психолога з групами підтримки жінок в умовах воєнного стану».

Структура роботи. Кваліфікаційна робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків до кожного розділу, загальних висновків, списку використаних джерел, який охоплює 78 найменувань. Загальний обсяг роботи складає 95 сторінок, із них обсяг основного тексту становить 85 сторінок. Робота містить 14 таблиць та 13 рисунків.

РОЗДІЛ 1
ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ПРОБЛЕМИ НЕГАТИВНИХ ПСИХО-ЕМОЦІЙНИХ СТАНІВ ЖІНОК В ПСИХОЛОГІЧНІЙ ТЕОРІЇ І ПРАКТИЦІ

1.1.Негативні психоемоційні стани особистості як предмет психологічного аналізу

Активна фаза воєнного конфлікту, в яких нині перебувають громадяни України, змусили кожного мобілізуватись та використати значні ресурси. Існуюча ситуація стала складним випробуванням для психіки, спричинила появу складних емоційних станів, вплинула на якість життя і благополуччя, що не могло не позначитись на психоемоційному стані українських жінок.

Проаналізуємо й обґрунтуємо основні поняття дослідження: «психічний стан», «емоційний стан», «психоемоційний стан», «негативний психоемоційний стан».

У Великому тлумачному словнику української мови представлено такі визначення поняття «стан»:

«1) обставини, умови, в яких хто-небудь, що-небудь перебуває, існує; ситуація, зумовлена певними обставинами, умовами; сукупність ознак, рис, що характеризують предмет, явище в даний момент відповідно до певних вимог щодо якості, ступеня готовності і т. ін.; місце, роль у суспільстві, в соціальному чи професійному середовищі; становище (соціальний стан); фізичне самопочуття або настрій;

2) сукупність величин, що характеризують фізичні ознаки тіла; характер розташування, взаємодія і рух часток речовини;

3) сукупність суспільно-політичних відносин, аспектів суспільного життя;

4) режим, розпорядок державного, суспільного життя, що його встановлює влада» [9,1383].

Для розгляду предмета нашого дослідження більш підходить перше визначення.

Проблема психічних станів людини була поставлена в українській психології С. Максименко [35], В. Семіченко [50], О. Чабаном [61]. Науковцями були розглянуті передумови, чинники появи і механізми перебігу психічних станів, а також досліджені особливості психічних станів людини в різних видах професійної діяльності.

С. Максименко, досліджуючи психологію особистості, зазначає, що станом слід називати «певну внутрішню характеристику психіки людини, яка являє собою відносно незмінну в часі складову психічного процесу» [35, 234]. Саме ця характеристика є визначальною.

В. Семіченко наголошує, що «стан свідчить про стійкість відповідних явищ у психічному житті людини, їх однотипності і повторюваності впродовж періоду, який виразно фіксується» [50, 31].

Виходячи з інтересів клінічної психології, науковці розглядають психічні стани в їх генезисі. Розподіляють стани на ендогенні(аутохронні), коли зовнішні впливи на людину не грають значної ролі, та психогенні(реактивні), які пов’язані з життєве важливими характеристиками людини.

С. Пфайфер, класифікуючи психічні стани людини за віковим принципом, за провідною та професійною діяльністю, виокремлює такі:стани уваги та свідомості з різною мірою активності; стани провідної діяльності, що зумовлені мотивацією і потребами людини; стани з домінуванням психічних процесів; стани з переважанням інтелектуальної, емоційної та вольової сторін психіки;стани з домінуючими властивостями особистості[48].

Зазначимо, що проблемність систематизації емоційних станів людини пов’язана з їх динамічністю та різноманітністю. Згідно ознак і критеріїв, які є підґрунтям класифікації в психологічній теорії науковці виділяють різні групи емоційних станів.

Узагальнюючи напрацювання психологів згрупуємо психічні стани залежно від тієї діяльності, яку вони характеризують.

По-перше, – це особистісні й ситуативні стани, які відображають індивідуальні властивості людини та особливості соціальної ситуацій, які часто викликають у людини певні емоційні реакції. По-друге, – це стани глибші й поверхневі, тобто наскільки сильно виражений той або інший психічний стан у людини. До прикладу, пристрасть як психічний стан набагато глибша за настрій. По-третє, є стани, що позитивно або негативно впливають на поведінку людини, сприяють чи заважають розвитку у неї адаптаційних здібностей. Четверту групу складають стани за тривалістю:тривалі й короткі. До прикладу, тривога може мати різну тривалість: від декількох хвилин до декількох днів. П'яту групу складають стани (віднесені до особистісних), які є більш чи менш усвідомлені людиною. До прикладу, апатія частіше буває несвідомою, проте ініціативність завжди є свідомою.

І. Волженцева зазначає, що до основних детермінант психічних станів слід віднести такі: «усвідомлені й неусвідомлені потреби, бажання і прагнення людини; його можливості (здібності, що проявилися, і приховані потенціали); умови середовища (об'єктивна діяі суб'єктивне сприйняття і розуміння поточної ситуації)» [11, 112].

Існують й інші підходи до обґрунтування поняття і характеристик психічних станів. Так І. Попович описує «стан об'єкта», який характеризує психічну діяльність («стан психіки») в цілому, і «стан суб'єкта», що визначає безпосередньо психічний стан людини [45].

Стан психіки в цілому слід розуміти як інтегральну характеристику психічної сфери людини в певний проміжок часу, проте стан суб'єкта детермінує лише якісні і кількісні характеристики перебігу психічних процесів, а також ступінь прояву психічних рис людини.

Отже, поняття психічного стану можна звести до системи особистісних властивостей людини.

Узагальнюючи визначення психічних станів констатуємо, що в психологічній науці існує два основних підходи до розуміння сутності психічних станів людини:

1) психічний стан як сукупність психічних процесів, властивостей, які має людина в цей момент часу(тобто статус-кво психіки);

2) психічний стан як сукупність змін функціонування систем організму іпсихіки при впливі будь-яких зовнішніх чи внутрішніх чинників.

Розуміння психічного стану людини як зрізу функціональної діяльності психіки в окремий момент часу суперечить розумінню стану як динамічного психічного процесу.

Проаналізуємо визначення в психологічних джерелах емоційних станів.

В. Гаврилькевич й О. Вірстова під емоційними станами розуміють внутрішню емоційну ситуацію, що зумовлена певними обставинами, умовами. Також до цих станів дослідники віднесли «сукупність емоційних ознак, рис, що характеризують особистість у даний момент відповідно до певних вимог щодо якості, ступеня готовності; емоційне самопочуття або настрій особистості» [14, 43]. Погоджуємося з науковцями, що емоційні стани за своїми змістовими характеристиками належать до більш широкої групи психічних станів.

За сутністю поняття «емоційний стан» означає сукупність емоційних проявів людини, які є для неї сталими і не зазнають видимих змін впродовж деякого часу.

Емоційний стан людини супроводжується посиленням або зниженням проявів фізіологічних функцій організму. Тому виокремлюють стани емоційного збудження та емоційного пригнічення. До станів емоційного збудження психологи відносять: появу емоційного піднесення, захоплення, прояви неспокою, хвилювання, пожвавлення, виникнення тривоги, гніву, агресії, страху, люті. Ці емоційні стани викликають підвищення частоти пульсу і кров'яного тиску, зміну ритму дихання, напруження м'язів, зростання вмісту цукру в крові. Вони сприяють мобілізації енергетичних резервів людини як

біологічної істоти. До станів емоційного пригнічення належать: апатія, саможаління, поява нудьги, туги, суму, виникнення безпорадності. Такі стани призводять до пригнічення настрою і зниження загального рівня активності людини, тому їх характеризують як депресивні стани [14].

Б. Онісковець розглядаючи емоційні стани як динамічний процес, обґрунтовує обмежений термін дії цих станів на людину. Це, на думку дослідниці, характеризується нестійкістю та мінливістю емоційних станів з плином часу, тобто вони мають початок, розвиток та завершення. Завжди емоційний стан людини залежить від впливу зовнішніх чинників і від його внутрішнього (суб'єктивного) ставлення до них [39].

Теоретичний аналіз наукових джерел дає підстави для ствердження, що проблема емоційних станів в психологічній теорії висвітлюється з двох напрямів: психології станів та психології емоцій.

Проаналізуємо визначення поняття «психоемоційний стан».

Психоемоційний стан людини можна визначити як особливу форму психічного стану з переважанням емоційного реагування в контексті окремої домінанти. Людині необхідно проявляти свої емоції у відповідь на вплив зовнішніх чинників, щоб збалансувати свій загальний стан здоров'я, самопочуття, а також функціональний стан. Надмірний вплив емоційних чинників може викликати стан нервово-психічної напруги, потім стресу та призведе до порушення вищої нервової діяльності. Оптимальне емоційне збудження означає, що людина підготовлена до ефективної діяльності, яка не становитиме небезпеки для здоров'я [12].

О. Вавринів та О. Христюк у статті «Дослідження психоемоційних станів особистості під впливом стресогенних факторів» під психоемоційними станами вважають «періодичні зміни в емоційному стані особи, які, як правило, є реакцією на різноманітні впливи, такі як життєві обставини, стан здоров'я та інші чинники» [8,12]. Погоджуємось з твердженнями дослідниць, що ці стани проявляються у вигляді внутрішніх переживань на рівні свідомості особистості.

І. Попович психоемоційний стан характеризує як «інтегральний комплекс наявних характеристик, які впливають на результат професійної діяльності…» [45,119]. Дослідник зазначає, що цей стан, який зумовлений змістовими особливостями та настановами людини, є відображенням її психічної емоційної діяльності. Слушними є висновки автора про те, що психічні стани характеризують стійку інтеграцією всіх психічних проявів особистості під час будь якої її взаємодії з соціальним оточенням [45].

О. Фучко погоджується з результатами дослідження І. Поповича щодо визначення психоемоційного стану людини. На думку вченої, всі психічні стани відображаються в організованості психіки[59].

Проаналізуємо різновиди психоемоційних станів.

У магістерській роботі Ю. Гончарової доведено, що все різноманіття психічних станів людини в залежності від характеру впливу на особистість, у психології розподіляють «на два класи: сприятливі (мобілізують, організовують) і несприятливі (дезорганізують, деструктивні) для діяльності» [17, 25].

Аналіз психологічних джерел дозволив узагальнити розподіл психоемоційних станів людини (див. таблицю 1.1)

Таблиця 1.1

Позитивні і негативні психоемоційні стани людини

Позитивні	Негативні
ініціативність, цікавість, здивування, радість, натхнення, задоволення, захоплення, надія, активність, рішучість, зосередженість, бадьорість, впевненість	байдужість,засмучення, втома, гнів, пригніченість, жах, незадоволеність,нерішучість, апатія, невпевненість,розгубленість, монотонія, загальмованість, тривога, агресія, фрустрація, стрес, депресія, безнадійність, відчай

Спостерігаємо, що до позитивних психоемоційних станів відносяться стани, що поліпшують виконання будь якої діяльності людиною та зумовлені відповідним її відношенням до дійсності. До негативних станів варто віднести ті стани, що, погіршують діяльність людини та зумовлені її негативним відношенням до оточуючої дійсності.

Проаналізувавши подані у словнику [9] визначення понять «психіка», «емоція», з якими тісно пов'язане поняття «психоемоційний стан особистості», а також визначення понять «настрій», «тривожність», «фрустрація» та «емоційний стрес», можна стверджувати, що всі вони тісно пов'язані з потребами людини. По-перше, будь який психоемоційний стан залежить від х інтенсивності актуальної потреби для людини, по-друге – від можливостей її скорішого задоволення. Чим сильнішою і особистісно важливішою для людини є її потреба, тим більш вираженим за проявами є її психоемоційний стан.

Колектив українських дослідників довів, що людина переживає негативні психоемоційні стани як своєрідну реакцію на загрозу очікуваному позитивному результату важливої діяльності. На думку О. Василенко, Т. Комар, С. Пілішек та Є. Потапчук, депресивні стани є захисною реакцією людини на вплив зовнішніх й внутрішніх чинників, що сприяють їх появі. До негативних станів вчені віднесли апатію, психічну напругу, страх небезпеки, загрозу життю та благополуччю, тривожність, агресію, ригідність, фрустрацію та соціальну фрустрація[76].

Колектив зарубіжних науковців під керівництвом П. Саловей у статті «Емоційний стан і фізичне здоров'я» доводить, що позитивні психоемоційні стани можуть сприяти здоровому сприйняттю, переконанням та фізичному благополуччю людини [42].

Більш детальніше розглянемо негативні психоемоційні стани.

Байдужість, засмучення, втома є негативними психоемоційними станами, під час яких спостерігаються відсутність бажання в людини виконувати будь яку діяльність. Емоційна втома не допомагає мобілізації та зібраності людини. Апатія, як зауважує І. Волженцева, завжди супроводжується зниженим рівнем

активації у людини, відсутністю вольових процесів, постійним гальмуванням щодо виконання необхідних дій, загальною млявістю та сонливістю, сповільненістю рухів, визначається зниження кров'яного тиску і нерівномірність пульсу. Особливістю наявності цих станів є знижена якість виконання завдань, відсутність особистісних ресурсів, проте вегетативні показники нервової системи виходять за межі верхніх границь фізіологічної норми [11].

Л. Борисенко, Л. Корват у статті «Психологічні особливості депресивних станів осіб в умовах воєнного стану в Україні» з'ясували сутність поняття «депресивні стани». Дослідниці встановили, що депресії та депресивні стани нині є предметом активного вивчення в медичній та клінічній психології. Однією з головних причин виникнення депресивного стану в Україні є переживання людиною травмуючих подій і наслідки психотравматичного воєнного впливу [6].

На думку вчених, депресивні стани людини є складною комбінацією «емоцій, уявлень, споминів і думок, що характеризується постійним пригніченим станом та втратою цікавості до будь-якої діяльності, що зазвичай приносить задоволення, а також нездатністю виконувати повсякденні справи протягом як мінімум двох тижнів, а також різні комбінації гніву, відрази і презирства (ворожі почуття по відношенню до самого себе й до інших людей), емоції страху, провини і сорому» [6, 56].

І. Коцан, Г. Ложкін, М. Мушкевич, аналізуючи психологію здоров'я, зазначають, що депресивні стани виникають у людини на фоні депресії та характеризуються такими ознаками:

- дратівливість або пригнічений настрій;
- байдужість, апатія, втома;
- тривожність, страх;
- зниження ролі сенсу власного життя, відсутність інтересу та незадоволеність життям;
- зниження пізнавальної активності, умінь зосередитися;

- загальмованість, сонливість [31].

С. Пфайфер розуміє депресію як афективний психоемоційний стан, який характеризується появою змін в мотиваційній сфері людини, негативним емоційним фоном її соціальної поведінки і загальною пасивністю [48].

У дослідженні В. Тащук, Т. Амеліної та О. Полянської доведено, що обов'язковими симптомами депресії є знижений настрій, відчуття смутку, туги. Людина втрачає інтерес, задоволення від життя, у неї спостерігається зниження енергійності та підвищення втомленості [55].

Наголосимо, що для поведінки людини в стані депресії характерними є безініціативність, повільність, загальмованість, швидка втомлюваність та низька продуктивність діяльності. Людина в стані депресії переживає болісні емоції, має почуття провини за минуле, відчуває пригніченість, смуток, відчай. У людини в стані депресії виникають почуття безпорадності перед життєвими негараздами, думки про відсутність будь-яких перспектив. Самооцінка починає різко знижуватися.

Відзначимо, що за даними психологічних досліджень українських науковців (Г. Гулько [19], Н. Завадська [22], Н. Колесник [28],Є. Коць [32], Т. Титаренко [56],Н. Шевченко [64], Н. Яковлева [65], Р. Яремко [66]), виникнення депресії характеризуються розвитком у людини депресивного стану, зміст якого визначається отриманою психотравмуючою ситуацією.

Представники української медичної психології І. Вітенко [10], О. Хаустова та О. Чабан [61] зазначають, що клінічна картина типових депресій характеризується наявністю у людини вітального афекту туги з відповідними йому змінами в руховій сферах. Так І. Вітенко зазначає, що прояв небезпеки депресивних станів характеризується їхньою тривалістю та ігноруванням людиною їх наслідків. Це з часом може мати негативні наслідки, починаючи від появи серйозних психічних розладів і закінчуючи самогубством людини [10].

О. Хаустова, О. Чабан з'ясували, що депресія виникає унаслідок утрати, причому не лише фізичної, а й ціннісної, тобто втрати впевненості у собі та втрати відчуття власної гідності. Депресія є складною комбінацією базових емоцій (горя, гніву, страху, відрази, презирства, провини, сорому) [61].

Приділимо увагу розгляду стресу як негативного психоемоційного стану. Г. Сельє визначив стрес, як неспецифічну реакцію людини на відповідь на різні вимоги соціального і природного середовища. Стрес представляє собою напругу всього організму, що спрямована на пристосування і подолання труднощів, що вже виникли [74].

В. Крайнюк доводить, що стрес може носити або гострий характер, або бути хронічним[33]. До прикладу, на початку воєнних дій у моменти гострого стресу людина спостерігає в себе фізіологічний дискомфорт, емоційне та фізичне напруження, можливе очікування катастрофи.

Більш складні наслідки для організму людини, як визначає В. Крайнюк, несе хронічний стрес, коли дія стресогенних факторів має продовжений термін. Людина постійно відчуває порушення сну, тривогу, агресію, різні психосоматичні реакції. Фізіологічні прояви стресу охоплюють у сісистеми організму: від серцево-судинної до дихальної (збільшення частоти пульсу, підвищення артеріального тиску, поколювання в області серця), а також кишково-шлунковий тракт[33].

Можна зробити висновок, що депресія визначає у людини стан безпорадності, постійної тривоги, очікування катастрофи, а стрес є передумовою, пусковим механізмом депресій.

Наступним негативним психоемоційним станом є тривога.

Г. Оніскovець зазначає, що «тривога – це безумовна реакція організму на ситуації небезпеки. У психології тривога поділяється нанормальну (відповідну ситуації) і невротичну (патологічну)» [39, 59].

Дослідниками впливу тривоги на організм людини встановлено, що існують такі характеристики, за якими можна визначити різнорівневість проявів тривоги: 1) інтенсивність тривожності або сила ситуативних переживань; 2) лабільність тривожних переживань у часі; 3) наявність суб’єктивних неприємних відчуттів; 4) активізація нервової й дихальної систем, яка впливає на появу в організмі фізіологічних змін[69; 71].

Більшість психологів розподіляють поняття «тривога» і «тривожність».

У дисертаційному досліджені О. Халік доведено, що тривожність характеризує особистісну властивість, «яка формується в ході онтогенезу і виявляється у готовності індивіда до емоційного напруження та негативного переживання подій, суб'єктивно значимого характеру. Це стійка особистісна риса, яка реалізується у константних формах поведінки, переважно компенсаторної та захисної спрямованості» [60, 7].

Тривожність, як стійка особистісна характеристика має не лише структуру, а ще й рівні. Зазвичай психологи-дослідники виділяють високий, середній (достатній) та низький рівні [24; 60].

Одним з актуальних питань вивчення проблеми тривожності в психології є визначення її структури. До складу тривожності слід віднести такі структурні компоненти як когнітивний, афективний та поведінковий.

Когнітивний компонент характеризує зв'язок з інтелектуальною сферою і відображає систему знань та уявлень людини про небезпеку, зумовлює аналіз можливої загрози, сприяє прогнозуванню ймовірних наслідків для життєдіяльності. Афективний містить систему відповідних емоційних переживань та суб'єктивних ставлень людини до стресорів і подразників. Поведінковий компонент виражає провідну спрямованість, систему дій, вчинків людини як її реакцій на загрозу[24; 69].

Виокремлюють ситуативну й особистісну види тривожності. Ситуативна тривожність, як визначає О. Халік, відображає тимчасове емоційне переживання, що спровоковане дією чинників, які містять для людини або реальну, або уявну небезпеку[60]. Особистісна тривожність характеризує доволі стабільну властивість людини, що визначає тенденцією сприймати загрозу та готовність реагувати на неї. Розподіл цих двох видів тривожності ґрунтується на розумінні таких особливостей людини як сприймання, інтерпретація та реагування на загрозливі зовнішні і внутрішні стимули. Варто підкреслити, що тривожність має широку емоційну гаму: афективність, гнівливість, збудливість, напруженість,страх, хвилювання, важкі емоційні передчуття тощо.

Імплементованість тривожності в особистісній структурі відображає тісні зв'язки з різними складовими психічної діяльності, до прикладу, з психологічним благополуччям. Доведено, що існує статистично достовірний зв'язок між показниками ситуативної, особистісної тривожності дорослих та психологічним благополуччям і його структурними компонентами. При зростанні показників тривожності знижуються показники психологічного благополуччя.

Отже, негативним психоемоційним станам властиві характеристики, які властиві, у свою чергу, усій психіці людини. Основними формами переживання людиною психоемоційного стану є безпосереднє переживання та фізіологічні й когнітивні зміни в організмі з боку нервової, дихальної й серцево-судинної систем.

У численних дослідженнях зарубіжних й українських вчених (С. Пфайфер [48], О. Сафін та Ю. Кузьменко [49], Г. Скрипник [52], J. Brennan [68], P. Salovey [72]) виявлена пряма залежність психічних і психоемоційних станів людини від характеру взаємин з оточуючими. Отже ці стани одночасно є причиною і наслідком негативного сприймання людиною оточуючого світу.

Також, з нашої точки зору, важливо формувати усвідомлення людиною себе суб'єктом власного розвитку, який несе відповідальність за здійснені вчинки, прийняті рішення. Розумінні власних психоемоційних станів актуалізує в людині мотивацію до соціального визнання й самоствердження.

З огляду на вищесказане, наразі постає першочергове завдання щодо забезпечення психологічної допомоги та підтримання психоемоційного стану жінок і чоловіків в умовах воєнного стану. Наукові праці вказують на провідну роль сім'ї у розвитку особистості жінки. В якості важливого чинника, що впливає напсихоемоційні стани жінок, багатьма дослідниками розглядається психологічне благополуччя, мова про яке піде у другому підрозділі.

1.2. Поняття та характеристика психологічного благополуччя жінки в умовах воєнного стану

Теоретичний аналіз психологічного благополуччя як передумови виникнення психоемоційних станів у жінок передбачає висвітлення таких питань: визначення терміносполуки «психологічне благополуччя», взаємозв'язок психічного здоров'я і психологічного благополуччя.

Упродовж останніх двох років дуже багато людей в Україні зазнають сильних емоційних потрясінь, зумовлених війною. Жінки є більш вразливими в умовах воєнної кризи. Особистісні переживання стресових ситуацій жінками поглиблюються кризовими умовами воєнного стану. Під час війни в країні вони не завжди можуть виконувати свої ґендерні ролі та соціальні обов'язки, часто самі потребують психологічної допомоги. Це, в свою чергу, призводить до виникнення у жінок низької самооцінки, почуття неповноцінності, зниження соціальної активності.

Дослідженню особливостей емоційних переживань жінками присвячено низку наукових праць. Так Є. Базика здійснила психологічний аналіз перебігу емоційних станів жінок у кризових ситуаціях, визначила психологічні особливості переживання кризи пізньої зрілості жінками [2].

К. Гавриловська і З. Роїк у науковій статті описали результати порівняльного аналізу емоційних станів молодих матерів із різним соціальним статусом [13]. Ю. Александров розглянув теоретичні аспекти особливостей емоційних станів жінок юнацького віку[1].

Б. Онісковець у докторському дослідженні дослідила психологічні особливості емоційних станів жінок літнього віку, хворих на ішемічну хворобу серця [39]. С. Бєлякова і І. Злотнікова дослідили особливості емоційних переживань жінок середнього дорослого віку[4].

Усі вищезазначені дослідники і дослідниці, в тому чи іншому контексті, виокремили значення психологічного благополуччя для жінок.

Теоретичний аналіз наукових джерел уможливив висновок про те, що існують розбіжності серед дослідників щодо визначення щодо сутності і змісту психологічного благополуччя людини. Ці розбіжності зумовлені, тим, що людина самостійно оцінює стан свого благополуччя з позицій власних цінностей.

В. Гаврилкевич та О. Вірстова розглядають психологічне (емоційне) благополуччя як аналог щастя, що є загальною рефлексивною оцінкою індивідом свого минулого та теперішнього через призму задоволеності життям і характеризується інтенсивністю та частотою переживання позитивних емоцій [14].

М. Селігман психологічне благополуччя людини визначає як «результат позитивного функціонування особистості, що виражається в показниках психічного здоров'я та соціальної успішності» [73, 16]. З позиції науковця, воно передбачає оцінювання, в якому переважають лише позитивні емоції, а негативні емоції зведені до мінімуму.

Згідно теорії Ю. Швалба психологічне благополуччя можна охарактеризувати на трьох рівнях:

1) на рівні життєзабезпечення (переживання життєвого достатку, підтримки в міжособистісних стосунках та комфорту);

2) на рівні життєорганізації (усвідомлювана впорядкованість життя, сприйняття соціальної ситуації життєдіяльності та раціональне почуття захищеності як власного існування так і існування близьких людей);

3) на рівні життєреалізації (осмисленість власного життя відповідно нормам історичності, етичності й естетичності, структурування «Я-образу» особистості через категорії успішної самореалізації та наявність життєвих перспектив) [5, 52-54].

Таким чином, психологічне благополуччя особистості «постає як складний психологічний конструкт, який утворюється як усвідомлене ціннісно-оцінне переживання особистістю власного існування у контексті наявних життєвих обставин та здійснюваного способу життя [5, 54].

За Ю. Швалбом, згідно предмету нашого дослідження, психологічне благополуччя пов'язане з осмисленням жінкою свого життя, переживанням цінності власного існування і життєвих перспектив. Наукові психологічні розробки засвідчили, що чим більш жінка осмислює власне життя і реалізує термінальні цінності, тим вищий, за суб'єктивними оцінками, рівень її психологічного благополуччя [5].

Л. Сердюк, обґрунтовуючи структуру та функція психологічного благополуччя особистості зазначає, що психологічне благополуччя представляє «узагальнений критерій спрямованості особистості на реалізацію основних функцій самореалізації та життєтворення, що переживається суб'єктом як щастя та задоволеність» [51, 12]. Психологічне благополуччя, на думку дослідниці, визначається об'єктивними умовами життя і розвитку людини, проте воно формується в просторі самої особистості. Погоджуємось, що переживання людиною процесів і подій, що відбуваються в її житті є психологічним підґрунтям благополуччя. Такі переживання можуть бути позитивними чи негативними і залежать від домінуючого психоемоційного стану людини.

Н. Каргіна зазначає, що за своїм змістом психологічне благополуччя співвідноситься, з екзистенціальним переживанням людиною ставлення до своєї життєдіяльності. На думку авторки, «психологічне благополуччя містить суб'єктивну емоційну оцінку людиною себе і власного життя, а також певні аспекти позитивного особистісного функціонування» [26, 48].

Слушним є висновок Н. Каргіної про те, що поряд з поняттям «психологічне благополуччя» можна використовувати такі концепти як: психічне, емоційне, суб'єктивне, особистісне, загальне благополуччя, а також якість життя, задоволеність життям, щастя [26].

Н. Іванцев, О. Потоцька зазначають, що «афективна складова психологічного благополуччя виражається у суб'єктивних відчуттях щастя, оптимістичності, відсутності вираженої тривожності і симптомів депресії» [23, с. 6]. Дослідниці наголошують, що психологічне благополуччя слід розглядати

для окремої людини в її особистісній площині, як результат повноцінного її психічного розвитку та наявний показник її самоактуалізації. Узагальнюючи визначення психологічного благополуччя відмітимо, що для жінки воно пов'язане із ціннісно-смисловими орієнтаціями (життєвими цілями, процесом та наповненістю життя), її життєстійкістю. У зв'язку з чим, психологічне благополуччя жінки в умовах воєнного стану слід вважати психологічною основою її особистісної безпеки. Така безпека виконує саморегулятивну функцію збереження стабільності жінки як особистості.

Наголосимо, що особистісний потенціал психологічного благополуччя полягає в реалізації жінкою внутрішніх ресурсів, накопичених в результаті осмислення зв'язку свого минулого, теперішнього і майбутнього з точки зору реалізації своїх наявних ресурсів і досягнення професійних чи життєвих перспектив.

Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) обґрунтовує, що достатній рівень психічного здоров'я населення країни тісно пов'язаний із його психологічним благополуччям. З нашої точки зору, розгляд благополуччя як ключового аспекту психічного здоров'я людини важко поєднати з багатьма складними життєвими ситуаціями, в яких ця людина опинилася.

Проаналізуємо зміст і взаємозв'язок психічного здоров'я і психологічного благополуччя жінок.

У Великому тлумачному словнику української мови поняття «здоров'я» представлено, як стан організму, при якому нормально функціонують усі його органи;як стан самопочуття людини [9].

Л. Карамушка та Т. Дзюба аналізують зміст здоров'я на підґрунті системного підходу. Авторки характеризують його як «функціональний стан організму людини, який забезпечує тривалість життя, фізичну та розумову працездатність, достатньо високий рівень самопочуття, а також відтворення здорового потомства» [25, 25].

С. Цимбалюк, обґрунтовуючи сучасні підходи до визначення поняття «здоров'я», виділяє два основних характеристики розуміння цього поняття.

По-перше,науковці обмежують сферу застосування поняття «здоров'я» виключно сферою фізичного розвитку організму. По-друге, дослідники наголошують на розумінні людиною свого фізичного й психічного стану відповідно до умов середовища (природного чи соціального) та його вимог [62].

Аналізуючи поняття «здоров'я» з психологічної точки зору, психологи пов'язують його особистісними рисами і властивостями людини.

Психічне здоров'я як складова благополуччя людини зумовлює її стан і поведінку. О. Корольчук зазначає, що психічне здоров'я слід вважати особистісним ресурсом людини, «завдяки якому вона може долати стреси, … складнощі, що виникають у певних виняткових обставинах і неодмінно призводять до зростання психічних розладів серед населення країни» [30; 97].

В останні роки Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ)визначає першочергові завдання у сфері психічного здоров'я:

1) розширювати серед різних категорій населення засоби усвідомлення важливості ролі психічного благополуччя людини;

2) здійснювати разом з благодійними організаціями і фондами сумісні заходи, що спрямовані на боротьбу з дискримінацією, стигматизацією, нерівністю, а також сприяти розширенню прав осіб із психічними розладами і вадами, надання їм підтримки з відновлення власного психічного здоров'я;

3) розроблювати, популяризувати і впроваджувати комплексні, ефективні системи охорони й підтримки психічного здоров'я, з урахуванням заходів з його профілактики та відновлення, здійснювати лікування та реабілітацію психічно хворих осіб, сприяти організації їх догляду;

4) забезпечувати реалізацію потреб у висококваліфікованому персоналі, який зможе ефективно працювати в галузі психічного здоров'я дорослих;

5) усвідомлювати важливість практичного досвіду користувачів служб охорони психічного здоров'я, членів їх родин та осіб, які здійснюють за ними догляд, як підґрунтя для планування й удосконалення професійної діяльності цих служб [78].

Комісія Глобального психічного здоров'я журналу «Ланцет», згідно Цілі Сталого Розвитку ООН, запропонувала розуміння психічного здоров'я людини у такому складі:

1) «психічне здоров'я є глобальним суспільним благом і має стосунок до сталого розвитку в усіх країнах, оскільки всі країни можна вважати країнами, що розвиваються, в контексті охорони психічного здоров'я;

2) проблеми з психічним здоров'ям існують у континуумі від легкого, обмеженого в часі дистресу, до хронічного, прогресуючого та важкого інвалідизуючого стану;

3) психічне здоров'я кожної людини є унікальним продуктом соціальних та екологічних впливів, зокрема, протягом раннього етапу життя, взаємодіючи з генетичними, нервово-розвитковими та психологічними процесами, та впливаючи на біологічні шляхи розвитку мозку…» [27, 5-6].

Колектив зарубіжних науковці при вивчені глобального тягаря захворювань, пов'язаних із психічними порушеннями та розладами, з вживанням психоактивних речовин встановили, що психічне здоров'я визначає «стан психічного благополуччя, який дозволяє людям справлятися зі стресами життя, реалізовувати свої здібності, добре вчитися і працювати, а також робити внесок у життя своєї громади» [77, 1578].

Психічне здоров'я є невід'ємним компонентом загального стану здоров'я і благополуччя людини. Психічне здоров'я слід розуміти як право людини на активність. Воно має вирішальне значення для суспільного та соціально-економічного розвитку країни і благополуччя різних соціальних груп населення. У такому розумінні психічне здоров'я слід визначати як стан соціального благополуччя людини. Зазвичай, кожен з нас піклується про свій стан фізичного здоров'я, тому кожен з нас повинен також спостерігати за власним психічним здоров'ям.

Психічне здоров'я слід розуміти не тільки як відсутність психічних вад чи розладів. Воно існує в складному континуумі, який переживається кожною людиною по-різному і потенційно може призвести до появи різних клінічних

наслідків. Психічне здоров'я характеризує спрямованість активності жінки: як вона думає, що відчуває та як поводить себе в кризових соціальних умовах.

Психічні розлади включають психічні вади та психосоціальні порушення в поведінці, а також інші негативні психічні стани, що пов'язані з впливом на психіку людини значного дистресу.

Цікавими для нашого дослідження є результати наукових праць зарубіжних вчених. Дослідниками доведено, що люди з розладами психічного здоров'я частіше мають нижчий рівень психологічного благополуччя, але це не завжди і не обов'язково так.

Виокремимо й обґрунтуємо детермінанти психічного здоров'я. Як зазначають О. Гончарук [18], Г. Гулько [20], упродовж життя численні індивідуальні, особистісні, соціальні та структурні чинники можуть змінюватись, поєднуватися, зникати, щоб сприяти зниженню показників психічного здоров'я людини і змінити її позицію в континуумі психічного здоров'я. Вплив виникаючих геополітичних, економічних, кліматичних та екологічних несприятливих обставин, включаючи бідність, нерівність, насильство та екологічну депривацію, також підвищує ризик зниження психічного благополуччя значної кількості населення в різних країнах.

Психологічні, фізіологічні та біологічні чинники з групи ризику, такі як фізіологічні реакції, емоційні стани, генетика, можуть зробити людей більш вразливими до виникнення проблем із власним психічним здоров'ям і вплинути на їх психологічне благополуччя [30].

Проте захисні чинники, що діють впродовж усього життя людини, і слугують для підвищення її життєдіяльності і психічної стійкості. Вони включають індивідуальні соціальні та емоційні навички та якості людини, а також сприятливі впливи соціальної взаємодії та згуртованість громадян.

Кожен із вищезазначених чинників має лише обмежений вплив на психічне здоров'я людини. До прикладу, більшість людей не мають значних розладів і вад психічного здоров'я, незважаючи на вплив чинників ризику, у той час, в інших людей, які не мають наявних чинників ризику, все ж такі

з’являються певні порушення в психічному здоров’ї. Отже, взаємодіючі провідні детермінанти психічного здоров’я слугують для підвищення або зниження психічного здоров’я людини.

З метою виокремлення детермінант психічного здоров’я важливу роль має біопсихосоціальна модель, яка була розроблена Ж. Л. Енжел(G. L. Engel) та Дж. Романо (J. Romano). За цією моделлю проблеми психічного здоров’я людини розумілися як деякі захворювання її мозку. Людина за біопсихосоціальною моделлю розуміється як цілісний організм, у якому біологічні, психологічні та соціальні чинники постійно перебувають у логічно зумовленому зв’язку. Водночас уявлення про психічне здоров’я людини чи причини психічних захворювань чи розладів залежить від особливостей кожного з вище перелічених чинників [70].

Теперішня ситуація в нашій країні дозволяє зробити висновок, що будь яка (очікувана чи неочікувана) воєнна агресія пов’язана зі стресовими подіями для людей, виникненням проблем, із-за яких депресивні стани серед тих, хто залишився на території країни набувають ризику.

Теоретичний аналіз психологічної літератури з вивчення проблеми дослідження довів необхідність розуміння співвідношення понять «психічне здоров’я» та «психологічне здоров’я». Поняття «психологічне здоров’я» часто розуміють як синонім психічного здоров’я. Ці поняття мають соціально-психологічний зміст.

У зарубіжній психологічній теорії і практиці переважно використовують поняття «mental health», що в перекладі означає «психічне здоров’я». Це поняття використовують для обґрунтування всіх аспектів психічної сфери багатьох груп населення. Щодо української психологічної науки, то поняття «психічне здоров’я» досить часто психологи і психотерапевти використовують з метою вивчення осіб, які мають певні психічні порушення, вади чи захворювання [16].

Узагальнюючи дослідження українських науковців в останні роки В. Панка [42], Ю. Паскевської[43], Ю. Швалба [63], відзначимо, що наявна ситуація в сфері психічного здоров'я в Україні віддзеркалює існування значних проблем:

- поширеність психічних порушень і наявність розладів, що характеризується повільним підвищенням їх показників з кожним роком;

- наявність стигматизації психіатричної служби та небажання значної частини населення звертатися до психіатричних закладів за психологічними послугами і допомогою;

- підвищення показників інвалідності внаслідок воєнних дій в країні.

Зауважимо, що внаслідок військової агресії ці проблеми ще більше загострились.

Узагальнимо більш вживані визначення поняття «психічне здоров'я» українських науковців:

1) психічне здоров'я є інтегральною характеристикою «повноцінного функціонування всіх психічних структур індивіда (рівень і якість мислення, розвиток пам'яті та уваги, ступінь емоційної стійкості, розвиток вольових якостей), що забезпечують відчуття суб'єктивного психічного комфорту, здатність до осмисленої діяльності та адекватні форми поведінки» [26, 26];

2) психічне здоров'я характеризує «стан благополуччя та умову для реалізації людиною власного потенціалу» [30, 98];

4) психічне здоров'я є втіленням «результатів соціалізації особи і чинником ефективності цього процесу та індивідуального розвитку, водночас визначає особливості соціально-психологічної адаптації» [43, 85].

Л. Коробка, досліджуючи психологічне здоров'я людини в контексті здорового способу життя, обґрунтовує його двоформатну структуру [29]. До складу цієї структури належить структурно-процесуальне психічне здоров'я і психологічне здоров'я.

Структурно-процесуальне психічне здоров'я, як наголошує дослідниця, стосується тільки психічної діяльності, особливостей когнітивних процесів та емоційно-вольової сфери особистості. Проте, психологічне здоров'я характеризує духовне, соціальне, емоційне благополуччя, оскільки є передумовою забезпечення життєвих потреб людини. Авторка робить висновок, що психологічне здоров'я визначає характеристики «Я-Образу» та охоплює сутнісні властивості мотиваційно-ціннісної сфери особистості [29, 324].

Психологи П. Гайдучик[15], Б. Онісковець [39], Ю. Швалб [63] у проведених емпіричних дослідженнях довели, що психологічне благополуччя є складним системним поліфакторним утворенням. Серед основних його детермінант варто виділити наступні групи чинників:

1. Група фізіологічних чинників (відсутність вад і порушень розвитку, смертельних хвороб, наявне соматичне та психічне здоров'я, стан повного фізіологічного функціонування організму);

2. Група індивідуально-психологічних чинників (особистісні властивості, риси та якості,; умотивованість, що спрямована на позитивне функціонування та визначає рівень ініціативності й активності);

3. Група соціальних чинників (сприятливі умови життя, достатній рівень матеріального забезпечення, комфортне соціальне середовище в громаді, родині тощо).

Учені встановили, що інтегрованим емоційним критерієм психологічного благополуччя є наявна у людини емоція задоволеності, що характеризує задоволеність власним життям. Так благополучна людина вважає себе успішною та щасливою. Психологічно благополучна особистість завжди поважає та приймає себе з усіма існуючими недоліками. Вона має високу самооцінку та усвідомлює свій «Я-Образ».

Л. Сердюк зазначає, що психологічне благополуччя виступає системною ознакою людини, що формувалася в процесі її життєдіяльності [51].

Наголосимо, що до соціального можна віднести особливості сімейного благополуччя жінки. Фізичне здоров’я розуміємо як рівень відповідності нормі функціонування систем організму людини. Цей вид здоров’я є біологічним підґрунтям і вихідною точкою існування жінки. Поєднання психічного та фізичного здоров’я можна визначити за рівнем автономії (тобто здатності контролювати себе), тоді як поєднання психічного та соціального здоров’я можна визначити за рівнем контролю. Визначимо домінуючи складові психологічного благополуччя жінки. Нині існує три сфери здоров’я (фізичне, психічне та соціальне), кожна з яких характеризує психологічне благополуччя жінки (див. рисунок 1.1).

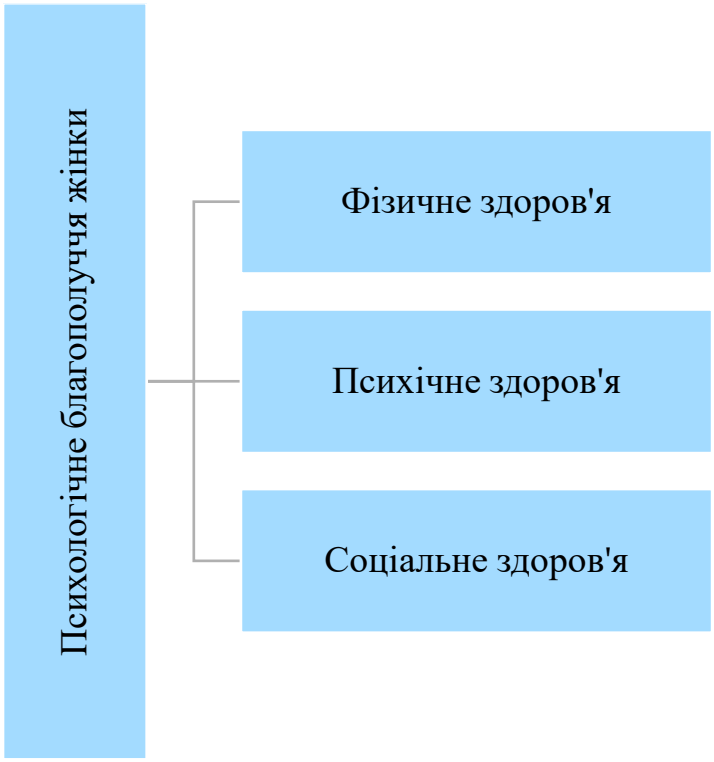


Рис. 1.1.Складові психологічного благополуччя жінки

Зазначені на рисунку 1.1 складові ґрунтуються на трьох сферах здоров’я людини, які можуть в реальному житті перетинатися. Опрацьовано результати досліджень, які дають подальше розуміння того, як ці складові психологічного благополуччя взаємодіють і впливають на загальну якість життя жінки.

Стан психічного здоров’я впливає на психологічне благополуччя, характеризує поведінку, емоції, комунікацію, процеси відтворення інформації і мислення, прийняття рішень. У сою чергу, психологічне благополуччя впливає на загальне соціальне благополуччя жінки, тобто має різнобічні прояви в її повсякденному житті.

Таким чином, узагальнюючи розуміння складових психологічного благополуччя жінки, можна констатувати, що психологічне благополуччя жінки в умовах воєнного стану складається з когнітивного здоров’я (здорового способу бачення світу і себе), емоційної та поведінкової сфер особистості (див. рисунок 1.2).



Рис. 1.2. Склад психологічного благополуччя жінки в умовах воєнного стану

Проаналізуємо більш детальніше вищезазначені компоненти. Так когнітивне здоров’я характеризує здатність жінки правильно мислити в кризових і стресових умовах, розуміти й сприймати оточуючу реальність. Це важливий компонент виконання жінкою повсякденних процесів і дій. Без достатнього когнітивного здоров’я жінка може наражатися на більший ризик

виникнення проблем із психічним напруженням, а боротьба з психічними вадами і розладами може вплинути на її когнітивне благополуччя.

Емоційна сфера характеризує те, як жінка думає і що вона відчуває в умовах воєнного стану. Йдеться про відчуття благополуччя, здатність справлятися зі стресовими ситуаціями, а також про емпатичні риси жінки(тобто як жінка визнає і регулює власні емоції, а також розуміє емоції оточуючих). Емоційну сферу жінки слід розглядати як можливість справлятися з емоціями та регулювати власні психоемоційні стани. Це також можливість мати позитивні емоційні відносини в соціальному оточені.

Поведінкова сфера визначає здатність жінки мислити й ухвалювати правильні рішення в умовах воєнного стану. Ця сфера також характеризує можливість жінки справлятися з депресивними станами, тривожністю і здатність регулювати власні емоції. Цей компонент психологічного благополуччя жінки в умовах воєнного стану більше пов’язаний з конкретними діями, які виконує жінка. Поведінкова сфера відповідає за емоції, поведінку жінки в соціальному і природному середовищах, впливає на її психологічне благополуччя. Під змістом цього компоненту психіатри зазвичай розуміють розлади психічного здоров’я в жінки, а також фізичні симптоми, пов’язані зі стресом[61]. Поведінкова сфера як складова психологічного благополуччя стосується профілактики, діагностики та лікування депресивних і стресових станів у жінок.

Таким чином, психологічне благополуччя є системним утворенням і включає складові соціального, психоемоційного і фізичного благополуччя. Це багаторівневе організоване комплексне психічне утворення, що утворено внутрішніми (фізіологічними, психологічними) особливостями самої людини, та зовнішніми (соціально-економічними, культурними, історичними) умовами її існування. Аналіз психологічного здоров’я як динамічної рівноваги людини із середовищем через категорію «психологічного благополуччя» додає йому соціального забарвлення.

Складові психологічного благополуччя жінки в умовах воєнного стану допомагають усвідомити, як слід ставитися до інших, справлятися зі стресом, регулювати власні психоемоційні стани і робити правильний вибір в кризових ситуаціях. У своїй структурній організації психологічне благополуччя жінки налічує ряд компонентів, серед яких особливу роль відіграють когнітивна та емоційна складові.

У наступному підрозділ обґрунтуємо особливості регуляції негативних психоемоційних станів у жінок та їх психологічне благополуччя в умовах воєнного стану.

1.3.Особливості регуляції негативних психоемоційних станів у жінок та їх психологічне благополуччя в умовах воєнного стану

У зарубіжних психологічних дослідженнях A. Larsen's [67], P. Salovey [72], H. Selye [74] доведено, що існуючи захисні механізми психіки безпосереднім чином впливають на формування у людини психологічного благополуччя через регуляцію психоемоційних станів та запобігання дезорганізації її поведінки. Регуляція негативних психоемоційних станів може мати свою специфіку в жінок через наявні в них біологічні, соціокультурні та психологічні особливості. Жінки можуть виявляти вищий рівень емоційної емпатії та відчуття відповідальності за добробут інших, що може впливати на їхню здатність регулювати власні емоції.

Поняття «регуляція» у психології розглядали в якості пояснювального принципу загальної теорії діяльності. У найбільш загальному сенсі під «регуляцією» розуміється зовнішній вплив на систему, спрямовану на підтримку заданих ззовні параметрів її функціонування [7, 172].

Також у нашому дослідженні слід спиратися і на поняття «саморегуляція». Якщо регуляція спрямована на розвиток цілісності й активності суб'єкта, то саморегуляція є процесом включення приведення власного психоемоційного стану до оптимального рівня на рівні різних видів активності суб'єкта [7].

Саморегуляція поведінки людини, в першу чергу, є засобом задоволення її особистісних потреб. Ці потреби виявляються в прагненні досягти успішності, стати активним членом спільноти та одержати схвалення значущих людей, отримати своє місце серед інших людей. Підкреслимо, що складові саморегуляції пов'язані з глибинними особистісними утвореннями людини, за допомогою яких особистість цілісно самореалізується.

Функції психіки (пізнавальна, регулятивна і комунікативна) проявляються в явищах передбачення, цілепокладання, прийняття рішень, планування, програмування, прогнозування і самоконтролю в нерозривній єдності. Ці феномени дозволяють розглядати їх як інтегративні ц системні процеси регуляції негативних психоемоційних станів.

Особливостями процесу регуляції негативних психоемоційних станів у жінок в умовах воєнного стану є послідовність здійснення жінкою антиципації (передбачення), цілепокладання, прийняття рішень, планування, програмування, прогнозування та самоконтролю, а також вплив рівня психологічного благополуччя. Проаналізуємо ці особливості.

Дослідження проблематики антиципації в контексті особистісного майбутнього в українській психологічній науці здійснюється в різних напрямах: як ґенеза розвитку особистості (С. Максименко [35]),як особливість регуляції психічних станів у теоріїгенезу антиципації особистості (І. Батраченко [3]).Всі різновиди трактування поняття «антиципація» можна впорядкувати ураховуючи зміст її внутрішніх процесів: ймовірності, ситуації, значущості.

Зміст поняття «антиципація» включає в себе три важливих для психологічного аналізу аспекти. Перший аспект – це передбачення, ймовірність або очікування тих чи інших подій чи ситуацій, тобто прояв пізнавальної функції психіки. Другий аспект характеризує готовність людини зустріти ці події і передбачити їх вплив, тобто виникає регулятивна функція психіки. Третій аспект визначає, що спілкування людини з іншими значущими для неї

людьми завжди і неминуче включає в себе випереджувальні процеси, тобто спостерігаємо прояв комунікативної функції психіки.

Як зазначає І. Батраченко, антиципація «одночасно може відбуватися на трьох рівнях – індивіда, соціальних груп і суспільства в цілому» [3, 24].

Використовуючи антиципацію психолог допомагає жінці побудувати процес регуляції її негативних психоемоційних станів шляхом встановлення зв'язку між передумовою (подразником), що виникає у зовнішньому світі, та реакцією на неї і поведінкою самої жінки. Випереджувальний ефект при використані антиципації є вираженням відносно елементарного часово-просторового виявлення, розрізнення і передбачення негативного впливу подразника на особистість жінки.

Такі особливості регуляції негативних психоемоційних станів як цілепокладання, прийняття рішень і планування характеризуються певним ускладненням інтеграції психічних процесів, наслідком чого є орієнтація жінки на кінцевий ефект завдяки синтезу минулого досвіду. Психолог у роботі з жінками в умовах воєнного стану використовує локальні випереджувальні впливи у вигляді вторинних образів-уявлень, які дають можливість виділити негативні психоемоційні стани, заздалегідь уявити можливі реакції та їх результат. Тут ми можемо спостерігати різні ефекти переваг у плануванні і виборі самою жінкою оптимальних дій.

Результати власних спостережень, огляд психологічної літератури дозволили встановити, що для опанування стресових ситуацій кожна жінка у своєму житті виробляє так звану копінг-поведінку як систему цілеспрямованої поведінки по свідомому оволодінню ситуацією для зменшення негативного впливу стресу. Така поведінка є захисним механізмом психічної діяльності, вона направлена на пристосування жінки до соціальних (природних) умов, а її результатом є подолання стресу і депресивних станів.

Програмування і прогнозування в процесі регуляції негативних психоемоційних станів жінок в умовах воєнного часу пов'язано з їх уявленнями. Так рівень уявлень передбачає активне використання жінкою

«структурних» схем психологічного регулювання, що зберігаються з минулого життєвого досвіду в її довготривалій пам'яті. Виходячи з цього, у жінки виникає особливий ефект «панорамного передчуття дій». Зазначимо, що панорамні зображення в різних формах їх прояву дуже характерні для діяльності людини, так як їй доводиться орієнтуватися не тільки на те, що вона зараз бачить, але і на те, що знаходиться поза її уваги, що ще не виникало, але повинно обов'язково відбутися. Ефект панорамного передчуття відчувається жінкою як тимчасова і просторова безперервність реальності, в якій вона діє і буде діяти в найближчому часі [3].

Механізми врахування цих особливостей унаочнено в таблиці 1.2.

Таблиця 1.2

Механізми регуляції негативних психоемоційних станів жінками в умовах воєнного стану

Назва	Результат
Антиципація	Передбачення результатів впливів подразників.
Самоспостереження	Усвідомлення власних емоцій та реакцій на події.
Адаптація	Зміна об'єктивної позиції індивіда в життєдіяльності, способи пристосування до змін і нової дійсності.
Самоконтроль	Контроль та оцінювання реальних результатів (забезпечує зіставлення відповідності чи невідповідності запрограмованих цілей з одержаними результатами діяльності).
Рефлексія	Смисловий зв'язок між здійсненими діями і вчинками.
Саморегуляція	Самооцінка, домагання, соціальні очікування, оцінні ставлення до оточуючих, наміри.
Механізми смислопородження	Замикання життєвих відносин, індукція смислу, ідентифікація, інсайт, зіткнення смислів, покладання смислу.

Самоконтроль як останній крок в послідовності процесу регуляції жінками негативних психоемоційних станів в умовах війни будемо розуміти як їх суб'єктивну репрезентацію і відтворення процесів, що забезпечують їх взаємодію з оточенням, як систему різних психологічних засобів, що забезпечують різні психічні й поведінкові зміни.

Підсумовуючи відзначимо, що особливості регуляції негативних психоемоційних станів у жінок в умовах воєнного стану у сукупності кроків їх відтворення складають інтегративну сукупність психічних властивостей жінки, що визначають її рух до регуляції дій, вчинків, поведінки та ґрунтуються на встановлених у суспільстві зразках і цінностях.

Механізми регуляції негативних психоемоційних станів жінками в умовах воєнного стану – це стратегії, що використовуються жінкою для контролю та управління своїми емоціями, думками та поведінкою. Ці механізми можуть бути використані для підтримання у жінки психологічного благополуччя та психічного здоров'я. Зазначені в табл. 1.2 механізми пов'язані з інтеракційними процесами становлення та розвитку жінки в умовах воєнного стану.

Підкреслимо, що важливу роль у формуванні цих механізмів відіграють вольові якості жінки. Варто приділити увагу також появі тривожності у жінок та її взаємозв'язку з їх психологічним благополуччям в умовах війни.

Психологічні характеристики виникнення тривожності зумовлені неоднозначним впливом зовнішніх й внутрішніх подразників і стимулів на поведінку жінку. По-перше, тривожність як риса особистості виконує стимулюючу, адаптивну, мотиваційну та охорону функції. Реалізація жінкою цих функцій сприяє пошуку нею небезпечних джерел та засобів усунення тривожності.

Ч. Спілбергер писав, що тривожність виконує функції передбачення, сигналізує про загрозу, є передумово оцінювання ситуації, актуалізації дій і захисних механізмів людини з метою усунення впливу стресогену [75].

О. Халік наголошує, що психокорекційна робота з регулювання людиною тривожності повинна мати особистісно-орієнтований характер, зосереджений на усіх її структурних компонентах (афективному, когнітивному та поведінковому). На думку дослідниці, програма корекції тривожності повинна обов'язково враховувати мотиваційний та рефлексивний механізми регуляції психоемоційних станів [60].

Ураховуючи когнітивний і поведінковий компоненти тривожності варто передбачити у процесі надання психологічної допомоги роботу з когнітивними втратами. Психологу краще включати завдання і вправи, що спрямовані на зміни форм поведінки жінок через формування у них альтернативних стратегій комунікативної взаємодії.

Підвищуючи впевненість жінки у власних силах, психолог може розвити її емоційну стабільність, вольові зусилля, сприяти зниженню рівнів тривожності, що в свою чергу сприятиме її психологічному благополуччю.

У психологічних джерелах описується два підходи до психокорекції тривожності в жінок:

1) по-перше, – це опанування станом тривожності, уникнення його негативних наслідків;

2) по-друге, – це позбавлення жінки від тривожності як стійкої риси характеру.

Розробляючи підхід до корекції тривожності, враховуючи фізіологічну та емоційну складову особистості жінки, психологові потрібно передбачити діяльність з ознайомлення та опанування техніками регуляції негативного психоемоційного стану. До таких технік можна віднести дихальні вправи, аутогенне тренування, релаксацію, медитацію та методи зняття нервово-психічного напруження.

В. Панок встановив, що умови війни викликали зростання тривожності серед жінок, при цьому багато хто вдається до деструктивних методів саморегуляції [42].

Таким чином, існує нагальна потреба в розробці і впровадженні корекційних психологічних програм, а також програм підтримки для навчання жінок технікам і прийомам ефективного регулювання стану тривожності як індикатора якості життя, психологічного благополуччя і психічного здоров'я. Психічне здоров'я разом з фізичним і соціальним є складовою психологічного благополуччя та якості життя жінки та умовою її самоактуалізації, повноцінного розвитку та функціонування в соціумі.

З метою покращення психологічного благополуччя жінок важливо віддавати увагу розвитку навичок саморегуляції, зокрема вмінню виражати свої емоції, встановлювати межі, шукати підтримку від оточуючих, займатися самопізнанням і самоактуалізацією.

Психокорекція негативних психоемоційних станів жінок в умовах війни характеризується розвитком у них навичок щодо підвищення стійкості до стресу, позбавлення від психічної й емоційної напруги, оптимального реагування на негативні подразники.

Також корисними можуть бути практики, які сприяють зниженню стресу та підвищенню емоційної стійкості, такі як йога, сугестія, медитація, застосування заспокійливих фармакологічних засобів, розмальовування мандал, спілкування з друзями та спеціалістами.

Проведений ґрунтовний аналіз психологічних джерел дозволяє констатувати, що уявлення про регуляцію і саморегуляцію психоемоційних станів людини в українській психологічній теорії і практиці базується на основі суб'єктивно-діяльнісного підходу до вивчення психічних феноменів. Для розуміння специфіки особливостей регуляції негативних психоемоційних станів у жінок в умовах воєнного стану варто використовувати поняття «регуляція» і «саморегуляція».

Таким чином, регуляція негативних психоемоційних станів характеризує процес управління людиною своїми емоціями, який допомагає знизити вплив негативних почуттів на її психічне та фізичне здоров'я і психологічне благополуччя. Цей процес може включати в себе усвідомлення власних емоцій,

використання прийомів саморегуляції, таких як дихальні вправи, медитація, фізичні вправи, розмови з близькими чи фахівцями, а також розробку позитивних стратегій управління стресом.

Отже, у першому розділі здійснено теоретичний огляд наукових джерел з проблеми негативних психоемоційних станів жінок в психологічній теорії і практиці.

Встановлено, що особливості психоемоційних станів особистості є предметом досліджень багатьох зарубіжних й українських науковців. З'ясовано, що поява і перебіг психоемоційних станів у людини є складним психофізіологічним процесом, який включає такі психічні складові як: потребово-мотиваційні, інтелектуальні і чуттєві сфери особистості, і фізіологічні: нервові, ендокринні, сенсорні і моторні характеристики людини.

З'ясовано, що всі психічні явища перебувають у постійному русі і змінюються з часом, поняття «психоемоційний стан» може бути використане лише для умовного позначення ситуативного сприйняття людиною своєї поведінки на момент її існування. За впливом на активність людини психоемоційні стани поділяються на стани емоційного збудження (позитивні) і стани емоційного пригнічення (негативні), а також на стани, що мають урівноважуючий вплив. Виникнення психоемоційного стану є складним психофізіологічним процесом, що зумовлений потребами людини.

Встановлено, що при аналізі проблеми психоемоційних станів, привертається увага до суттєвих явищ психічного життя і пояснюється розуміння психіки людини в цілому. До основних негативних психоемоційних станів у контексті дослідження віднесено депресію, тривожність та стрес.

Обґрунтовано, що психічне здоров'я жінок, яке впливає на їх психологічне благополуччя, слід розуміти як інтегральну характеристику повноцінного функціонування, основу якого становить розвиток когнітивних і психічних процесів.

Обґрунтовано, що психологічне благополуччя жінки тісно пов'язано з її психічним здоров'ям і є відображенням сформованості її психічних структур,

показником її особистісної зрілості і ресурсності, виражає гармонійність її стосунків в соціумі. У сучасних дослідженнях поняття психологічного здоров'я і психологічного благополуччя розглядаються в контексті духовного та соціального благополуччя.

Виокремлено такі особливості регуляції негативних психоемоційних станів у жінок в умовах воєнного стану: 1) послідовність здійснення жінкою передбачення, цілепокладання, прийняття рішень, планування, програмування, прогнозування та самоконтролю; 2) вплив рівня її психологічного благополуччя, якості життя на динаміку цих станів.

Встановлено, що переживання жінкою кризових умов вимушеної міграції і стресових воєнних подій сприяє виникненню негативних психоемоційних станів, відчаю. З'ясовано, що в умовах воєнного стану основним завданням психологічної допомоги є розуміння механізмів розвитку негативних психоемоційних станів жінок, надання їм необхідної психологічної консультації з метою зменшення впливу психотравмуючих ситуацій та покращання їх психічного здоров'я і психологічного благополуччя.

РОЗДІЛ 2
ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ РЕГУЛЯЦІЇ НЕГАТИВНИХ ПСИХОЕМОЦІЙНИХ СТАНІВ ЖІНОК В УМОВАХ ВІЙНИ В УКРАЇНІ

2.1. Методика дослідження особливостей регуляції негативних психоемоційних станів у жінок в умовах воєнного стану

Аналіз сучасних українських емпіричних психологічних досліджень (І. Гончарова [17], Г. Гулько [19], О. Добрянська та О. Волощук [20], Ю. Железнякова [21], А. Парасєй-Гочер, Є. Іванова, Н. Науменко [41]), узагальнення теорій і методології загальної і клінічної психології (Н. Колесник [28], А. Моргун [37], Б. Онісковець [39], Р. Павелків [40], В. Татенко [54]) дозволили сформувати методику емпіричного дослідження особливостей регуляції негативних психоемоційних станів жінок в умовах війни в Україні.

Дослідно-експериментальна частина дослідження проводилась у м. Запоріжжі в травні-жовтні2024 р. У дослідженні взяли участь 60 жінок віком 45–65 років. Це жінки, які є внутрішньо переміщеними особами (ВПО) з тимчасово окупованих територій (ТОТ) Запорізької, Донецької та Луганської областей, які переїхали до м. Запоріжжя в 2022 р., а також взяли участь в емпіричному дослідженні відвідувачки-учасниці груп самопідтримки для жінок в Студії практичної психології «Персона».

Охарактеризуємо групу респонденток. Жінки-ВПО склали більшість: їх було 32 (53,33 %) особи, жінок-учасниць груп підтримки було 28 (46,67 %). За віком переважали жінки вікової групи 45-55 рр. Їх було 48 (80 %). Жінок у віці від 55 до 60 років було 7 (11,67 %), а жінок старше 60 років – лише 5 (8,33 %). З загальної кількості респонденток переважна більшість – 58 (96,67%) осіб були працевлаштовані або самозайняті, 2 (3,33 %) особи – це жінки у віці 61 та 65 років, які не працюють.

Надійність та вірогідність отриманих результатів дослідно-експериментальної частини забезпечувались: застосуванням стандартизованого комплексу психодіагностичних методик, адекватних предмету, меті і завданням дослідження, репрезентативністю вибірки респонденток, поєднанням кількісного та якісного аналізу отриманих результатів діагностування, застосуванням методів унаочнення результатів і методів математичної статистики.

Для реалізації завдань дослідження було розроблено методику дослідно-експериментальної роботи, яка містила наступні етапи:

1. Констатувальний етап:

1.1. Діагностика негативних психоемоційних станів у жінок – травень 2024 р.

2. Формувальний етап:

2.1. Групи самопідтримки для жінок, впровадження Програми регуляції негативних психоемоційних станів – травень-жовтень 2024 р.

2.2. Контрольний етап. Повторна діагностика негативних психоемоційних станів у жінок – жовтень 2024 р.

3. Математична, статистична обробка даних, узагальнення результатів роботи – вересень 2024 р.

Розуміння фізичної та психологічної симптоматики негативних психоемоційних станів, глибини переживання травматичних подій, пов’язаних з воєнними діями в Україні, а також вікових особливостей жінок – все це стало підґрунтям розробки та використання комплексу психодіагностичних методик для дослідження:

1.Шкала тривоги Спілбергера (STAI) [46; 61, 62-65; 75].

2. Шкала депресії Бека (Beck’s Depression Inventory, BDI) [61, 34-37].

3. Опитувальник «Індекс благополуччя ВООЗ-5» (WHO-5 Well-being Index) (адаптація Л.М. Карамушки, К.В. Терещенко, О.В. Креденцер) [36, 31-32].

4. Шкала оцінки якості життя (О.С. Чабан) [61, 96-98].

5. Тест «Стійкість до стресу»[36,15-16].

Учасницям було запропоновано взяти участь у групах самопідтримки для жінок двічі на місяць. Умовою участі було відвідування не менше, ніж 80% заходів та обов'язкове діагностування на початку та наприкінці емпіричного дослідження. Всі діагностичні дії на констатувальному та формувальному етапі дослідження проведені за умови збереження конфіденційності.

Наголосимо, що для вивчення впливу негативних психоемоційних станів на психологічне благополуччя жінок нами також були проведені спостереження і бесіди (групові та індивідуальні). Подальша робота з жінками проводилася в зручний час для кожної учасниці дослідження.

2.2. Аналіз результатів констатувального етапу

На першому етапі даної роботи було проведено діагностику негативних психоемоційних станів у жінок за вказаними вище методиками та отримано наступні результати:

1. Шкала тривоги Спілбергера (State-Trait Anxiety Inventory, STAI) є ефективним інструментом для самооцінки рівня тривожності в даний момент – ситуативної (реактивної тривожності як психоемоційного стану) та особистісної тривожності (як стійкої риси характеру людини). У тесті на тривожність за Спілбергером виокремлюються дві підшкали[46].

Перша, шкала ситуативної тривожності, оцінює поточний рівень тривоги, визначаючи, як респондент почувається «у даний момент». Вона враховує суб'єктивні відчуття страху, напруженості, нервозності, занепокоєння та фізіологічної збудженості. Ця форма тривожності, відома як реактивна, виникає як емоційна відповідь на стресову ситуацію, характеризуючись варіабельністю за інтенсивністю та тривалістю.

Друга підшкала, шкала особистісної тривожності, вимірює стійкі характеристики особистості, що відображають схильність до переживання занепокоєння. Вона оцінює загальний стан спокою, впевненості та безпеки.

Особистісна тривожність є стабільною рисою, яка визначає схильність індивіда сприймати широкий спектр ситуацій як загрозливі та відповідно, реагувати на них тривогою. Люди з високим рівнем особистісної тривожності часто відчувають стрес у багатьох ситуаціях, що може провокувати значні стани тривоги. Цей тип тривожності активується при сприйнятті певних стимулів як небезпечних, зокрема для самооцінки та самоповаги. Особи, що належать до групи з високою тривожністю, більш схильні до сприйняття загроз для своєї самооцінки та життя у широкому діапазоні ситуацій і реагують на це вираженою тривогою. Високий показник особистісної тривожності за результатами STAI може вказувати на ймовірність частих станів тривоги в повсякденних ситуаціях. Крім того, висока особистісна тривожність може бути пов’язана з підвищеним ризиком емоційних розладів, невротичних зривів та психосоматичних захворювань[75].

При аналізі результатів самооцінки слід враховувати, що загальний бал для кожної підшкали може варіюватися від 20 до 80. Вищий підсумковий показник свідчить про вищий рівень тривожності, будь то ситуативна або особистісна.

Для загальної інтерпретації результатів можна використовувати такі орієнтовні рівні тривожності:

- до 30 балів – низький;
- 31- 44 бали – середній;
- 45 і більше балів – високий [61, 62-65].

Результати за шкалою тривоги Спілбергера (STAI) представлено в таблиці 2.1.

Таблиця 2.1

Дослідження рівнів тривожності жінок (травень 2024 р.)

Вид тривожності	**Рівні тривожності у %**		
	Низький (≤ 30 балів)	Середній (31-45 балів)	Високий (≥ 46 балів)
Ситуативна (реактивна)	5%	35%	60%
Особистісна	0%	40%	60%

Встановлено, що найбільший відсоток жінок (36 осіб – 60%) мають високий рівень особистісної та ситуативної тривожності. На початку дослідження у жінок відсутній низький рівень особистісної тривожності. Це пояснюється тим, що вони живуть в умовах військової агресії.

Унаочнимо результати отриманої діагностики жінок за шкалою тривоги Спілбергера (STAI) на рисунку 2.1:



Рис. 2.1. Результати діагностики жінок за шкалою тривоги Спілбергера (STAI) на констатувальному етапі дослідження

Як бачимо, низький рівень ситуативної (реактивної) тривожності наявний у 3 осіб, що складає 5% вибірки, середній рівень наявний у 21 особи, що дорівнює 35%, високий рівень ситуативної тривожності показали 36 (60%) жінок. Особистісна тривожність представлена середнім та високим рівнями – у 24 осіб (40%) та 36 (60%) жінок відповідно. Результати за обома підшкалами дають можливість оцінити індивідуальну значимість стресової ситуації для людини. Для осіб із високими оцінками тривожності необхідно формувати відчуття впевненості та успіху.

Важливо зміщувати акцент з зовнішньої вимогливості та категоричності на змістовне осмислення діяльності та конкретне планування завдань з поділом на дрібніші завдання. Натомість низькотривожним особистостям потрібно пробуджувати активність, підкреслювати мотиваційні компоненти діяльності, викликати зацікавленість та підвищувати відчуття відповідальності у вирішенні поставлених завдань. Стан реактивної (ситуативної) тривоги виникає в стресових ситуаціях та характеризується суб'єктивним дискомфортом, напруженістю, занепокоєнням та вегетативним збудженням. Цей стан є мінливим і може варіювати за інтенсивністю. Підсумкові показники за даними підшкалами дозволяють оцінити не лише рівень поточної тривожності, але й припустити, що респонденти перебувають під впливом стресу.

2. Шкала депресії Бека (Beck's Depression Inventory, BDI). Опитувальник депресії був розроблений Аароном Т. Беком у 1961 р. на основі клінічних спостережень, що дозволило ідентифікувати низку симптомів депресії. Цей тест є одним з перших, що відзначається високою точністю та специфічністю, і був створений для використання в клінічній практиці з метою діагностики та оцінки рівня депресивних розладів. Дана шкала містить 2 субшкали: когнітивно-афективних (настрій, песимізм, почуття неспроможності, незадоволеність, почуття провини, відчуття, що буду покараний, відраза до самого себе, самозвинувачення, плаксивість, суїцидальні думки, дратівливість, порушення соціальних зв'язків, нерішучість тощо) та соматичних проявів депресії (порушення образу тіла, втрата працездатності, порушення сну, хронічна втома, втрата апетиту, втрата ваги, втрата лібідо).

Інтерпретація результатів:

0-9 – відсутність депресивних симптомів;

10-15 – легка депресія (субдепресія);

16-19 – помірна депресія;

20-29 – виражена депресія середньої тяжкості;

30-63 – важка депресія [61, 32-37].

Результати за шкалою депресії Бека (Beck’s Depression Inventory, BDI) представлено в таблиці 2.2:

Таблиця 2.2

Дослідження рівнів депресивності жінок, травень 2024 р.

Показник депресії (у %)				
Відсутність депресивних симптомів	Легка депресія (субдепресія)	Помірна депресія	Виражена депресія (середньої важкості)	Важка депресія
15%	30%	5%	40%	10%

Спостерігаємо, що більшість жінок (40 %) має виражену депресію середньої важкості.

Унаочнимо результати діагностування за шкалою депресії Бека на рисунку 2.2:

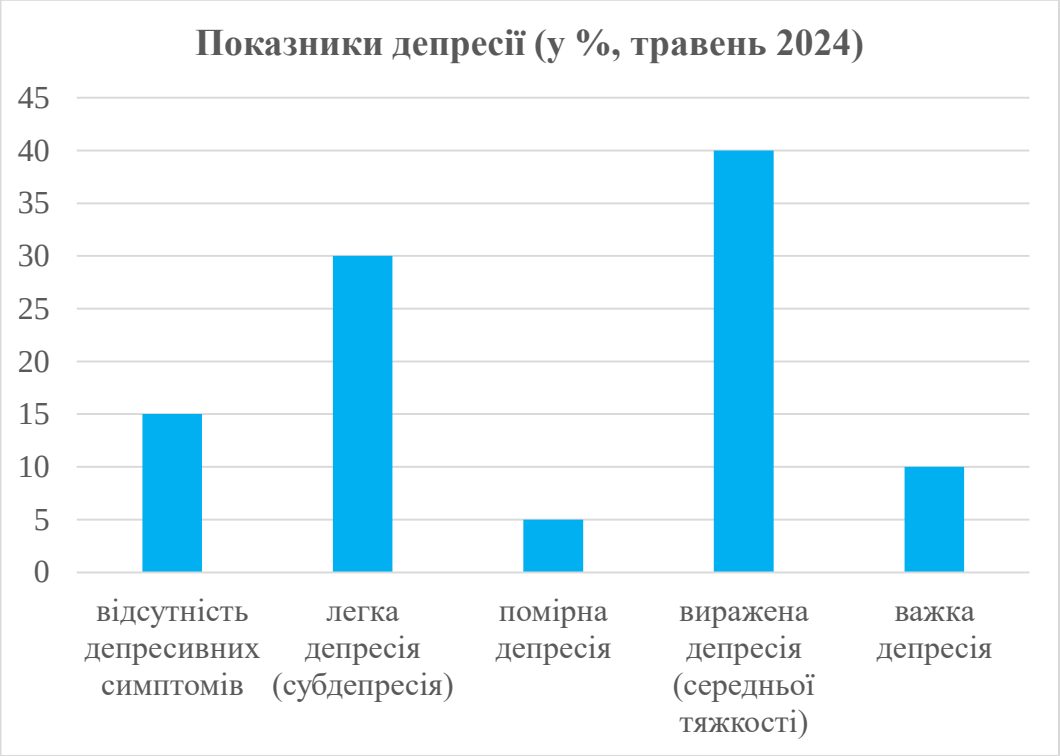


Рис. 2.2. Результатидіагностики жінок за шкалою депресії Бека (Beck’s Depression Inventory, BDI) на констатувальному етапі дослідження

Результат діагностування за вказаною методикою виявив, що у 51 особи (85%) вибірки жінок наявна депресія – у 18 жінок (30%) виявлена легка депресія (субдепресія), 3 особи (5%) мають помірну депресію, 24 учасниці (40%) страждають від вираженої депресії, у 6 (10%) респонденток зафіксовано симптоматику важкої депресії та лише у 9 осіб (15%) депресивна симптоматика відсутня.

Розуміючи важкість стану, негативні наслідки депресії та для запобігання погіршення стану психічного та фізичного здоров'я учасницям, які за даним діагностуванням набрали 10-63 балів, рекомендована консультація психіатра, когнітивно-поведінкова терапія, помірне фізичне навантаження.

3. Опитувальник «Індекс благополуччя ВООЗ-5» (WHO-5 Well-being Index) (адаптація Л.М. Карамушки, К.В. Терещенко, О.В. Креденцер). Методика вимірює рівень психологічного благополуччя особистості та інтерпретується наступним чином:

0-40% – низький рівень благополуччя;

41-62% – середній рівень благополуччя;

63-100% – високий рівень благополуччя [36, 31-32].

Результати за опитувальником «Індекс благополуччя ВООЗ-5» (WHO-5 Well-being Index) (адаптація Л.М. Карамушки, К.В. Терещенко, О.В. Креденцер) представлено в таблиці 2.3:

Таблиця 2.3

Дослідження рівнів благополуччя жінок, травень 2024 р.

Рівні благополуччя (у %)		
Низький (0-40)	Середній (41-62)	Високий (63-100)
20%	60%	20%

Встановлено, що найбільший (36 осіб – 60%) відсоток жінок має середній рівень благополуччя.

Графічно результати даної діагностики представлено на рисунку2.3:



Рис. 2.3. Результати діагностики жінок за опитувальником «Індекс благополуччя ВООЗ-5» (WHO-5 Well-being Index) на констатувальному етапі дослідження

Результати діагностування за опитувальником «Індекс благополуччя ВООЗ-5» показали, що 36 (60%) жінок оцінюють рівень власного психологічного благополуччя як середній, 12 учасниць (20%) оцінили рівень благополуччя як високий та стільки ж респонденток оцінили рівень психологічного благополуччя як низький.

4. Шкала оцінки якості життя (О.С. Чабан). Якість життя є комплексним показником, що відображає задоволеність людини своїм фізичним, психічним та соціальним станом. Вивчення якості життя дозволяє отримати важливу інформацію для глибшого розуміння загального фізичного та психологічного стану людини, а також надає можливість оцінити динаміку та ефективність проведеноговтручання. Рівні якості життя інтерпретуються наступним чином:

0-56 – вкрай низький;

57-66 – низький;

67-75 – середній;

76-82 – високий;

83-100 – дуже високий [61, 96-98].

Результати за шкалою оцінки якості життя (О.С. Чабан) представлено в таблиці 2.4:

Таблиця 2.4

Дослідження рівнів якості життя, травень 2024 р.

Рівні якості життя (у %_				
Вкрай низький	Низький	Середній	Високий	Дуже високий
8,33%	13,33%	51,66%	16,66%	10%

За даними таблиці 2.4 встановлено, що більшість жінок має середній (51,66 %) рівень якості життя. Водночас дуже високий рівень визначено лише у 10 % респонденток.

Графічно результати даної діагностики представлено на рисунку 2.4.

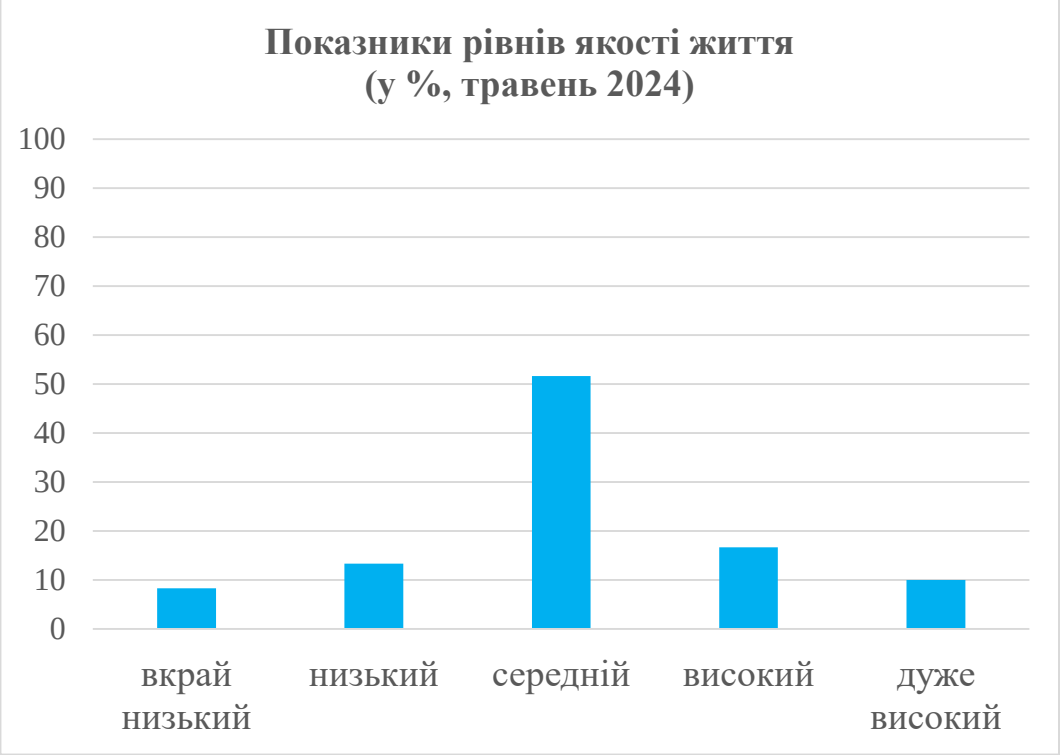


Рис. 2.4. Результати діагностики жінок за шкалою оцінки якості життя (О.С. Чабан) на констатувальному етапі дослідження

За даною шкалою оцінки якості життя отримано наступні результати. Лише 5 (8,33 %) жінок оцінили свій рівень якості життя як вкрай низький – абсолютне та повне незадоволення своїм життям, відчуття порожнечі, глухого кута, безперспективності теперішнього життя, власна непотрібність, крах.

Низький рівень якості життя визначили 8 (13,33 %) респонденток – це свідчить про незадоволення своїм життям, немає радості від життя, наявні значні та невирішувані проблеми, життя сприймається як важка боротьба з невизначеним майбутнім, все бачиться в негативних тонах.

Майже половина – 31 (51,66 %)учасниця – продемонстрували середній рівень, що говорить про посереднє задоволення своїм життям, наявність проблем, для вирішення яких потрібно докласти певних зусиль, присутня деяка невпевненість у майбутньому.

У 10 (16,66%) осіб визначений високий рівень, що вказує на майже повне задоволення власним життям та наявність життєвих питань, які вирішуються. Проте дуже високий рівень якості життя позначила незначна кількість жінок – 6 (10%). За допомогою бесід і спостереження встановлено, що ці жінки мають абсолютне та повне задоволення своїм життям – соціальним статусом, положенням, роботою, оточенням, здоров'ям, гармонією життя та оточення, мають відчуття щастя.

5. Тест «Стійкість до стресу» вимірює рівень стійкості до стресу та має таку інтерпретацію:

43-54 – низький

31-42 – середній

18-30 – високий [36, с. 15-16].

Результати за тестом «Стійкість до стресу» представлено в таблиці 2.5:

Таблиця 2.5

Дослідження рівнів стійкості до стресу, травень 2024 р.

Рівні стійкості до стресу (у %)		
Низький	Середній	Високий
41,66%	31,66%	26,66%

За результатами діагностування спостерігаємо, що переважна більшість жінок має низький рівень стійкості до стресу.

Графічно результати даної діагностики представлено на рисунку 2.5.

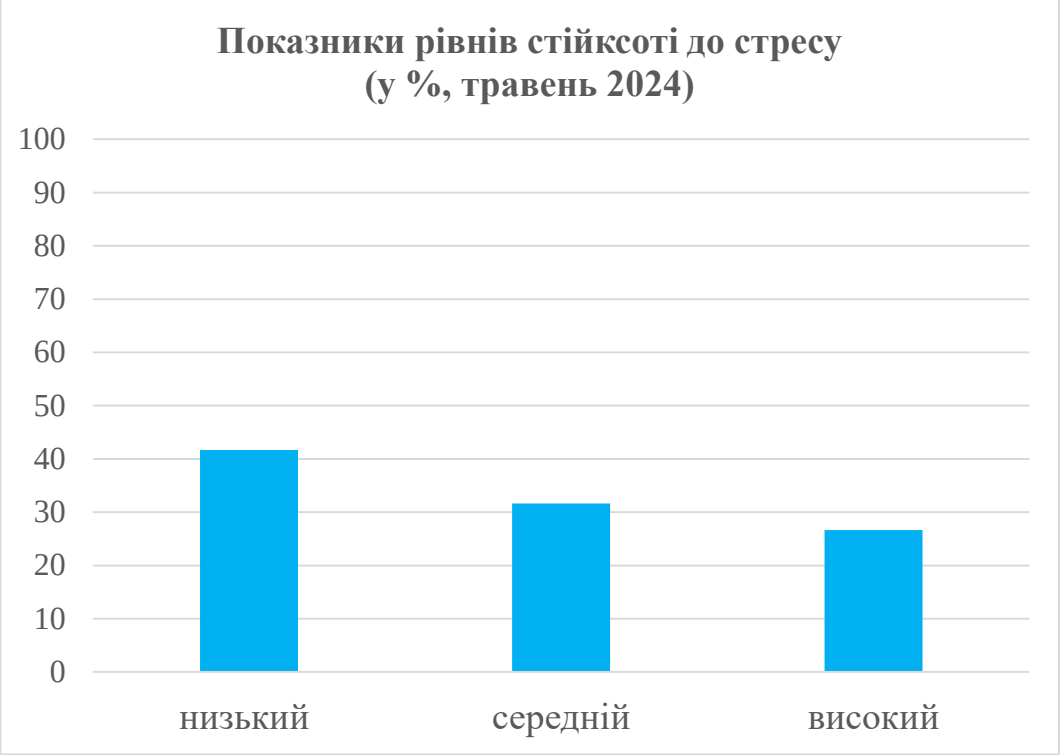


Рис. 2.5. Результати діагностики жінок за тестом «Стійкість до стресу» на констатувальному етапі дослідження

Унашій вибірці низький рівень стійкості до стресу виявлено у 25 осіб, що складає 41,66%, середній рівень стійкості до стресу виявлено у 19 жінок, що складає 31,66%, високий рівень стійкості до стресу виявлено у 16 учасниць, що складає 26,66%. Жінкам з низьким рівнем стійкості до стресу для запобігання погіршення стану здоров'я необхідно кардинально змінювати своє життя.

Отже, у другому розділі представлено методику дослідження особливостей регуляції негативних психоемоційних станів у жінок в умовах воєнного стану, описано використаний комплекс діагностичних методик, унаочнено результати діагностування жінок на констатувальному етапі.

В ході констатувального етапу дослідження встановлено, що переважній більшості жінок притаманні середній та високий рівень ситуативної та особистісної тривожності, показники високого рівня однакові. Жінки

зазначили, що після початку повномасштабного вторгнення було значне підвищення рівня тривожності. Основними причинами зростання тривожності респондентки вказали військові дії та їхні наслідки. Крім того, майже половина учасниць зазначили, що інтенсивність тривожності посилюється після безсонних ночей, спричинених атаками ворога.

Депресивний стан зафіксований майже у всіх респонденток, на що вказує заявлена симптоматика жінок – розлади сну, головний біль, відсутність радості від життя, апатія, сльозливість, намагання усамітнитися, небажання спілкуватися, нестача сил, часті і повторювані хвороби, зниження або зникнення лібідо тощо. В багатьох жінок заявлені симптоми з’явились після початку воєнних дій в Україні.

Виявлено, що більша частина жінок оцінює рівень благополуччя як середній, рівними частинами розподілені низький та високий рівні.

Майже так само представлені рівні якості життя – половина вибірки жінок визначила його як середній, вкрай низький, низький, високий та дуже високий розподілені меншими частками.

Стійкість до стресу на низькому рівні представлена у більшості жінок. Майже у третини вибірки стійкість до стресу на середньому рівні, високий рівень стійкості у меншої частки групи. Це свідчить про необхідність надавати психоедукаційну, психологічну допомогу жінкам для подолання негативних психоемоційних станів.

Отримані результати проведеного емпіричного дослідження дозволили встановити, що жінки мають різноманітні прояви негативних психоемоційних станів і потребують подальшої системної психологічної допомоги.

РОЗДІЛ 3
ПРОГРАМА ПСИХОЛОГІЧНОЇ ПІДТРИМКИ ЖІНОК З НЕГАТИВНИМИ ПСИХОЕМОЦІЙНИМИ СТАНАМИ

3.1. Зміст і структура програми психологічної підтримки жінкам

Війна в Україні призвела до вимушеного переміщення населення. Однією з найбільш вразливих категорій у цьому контексті є жінки, які, окрім фізичних та соціальних втрат, часто стикаються зі значними психологічними викликами. Внутрішньо переміщені жінки опиняються у ситуації, коли їхні звичні соціальні зв'язки розірвані, а нові ще не сформовані. В умовах війни в Україні внутрішньо переміщені жінки стикаються з низкою серйозних проблем, пов'язаних із вимушеним залишенням своїх домівок. Основні з них включають:

1. Переміщені жінки відчувають значний вплив екстремальних життєвих подій, що трапилися в їхньому звичному життєвому середовищі. Це проявляється у формі фізичних та психологічних травм, які потребують довготривалої реабілітації.

2. Жінки стикаються з глибоким почуттям втрати, що включає втрату близьких, майна, засобів до існування та можливостей особистого розвитку. Ці втрати важко компенсувати, що може викликати складнощі в переживанні горя та відновленні емоційної рівноваги.

3. Переміщені жінки змушені пристосовуватися до нового середовища у звичних місцях проживання, де порушений соціальний порядок, а ресурси громади значно обмежені. Крім того, вони мають адаптуватися до нових культурних реалій у місцях переміщення.

4. Втрата роботи стала серйозною проблемою для переміщених жінок, що призводить до залежності від гуманітарної допомоги. Вони часто змушені жити в нестабільних та антисанітарних умовах, що спричиняє відсутність продовольчої безпеки та перспектив для подальшого самозабезпечення.

5. Переміщені жінки стикаються з численними бар’єрами для інтеграції у нових громадах, що ускладнює доступ до важливих ресурсів, безпеки, захисту та можливостей для особистого розвитку.

6. У нових місцях проживання жінки можуть стикатися з дискримінацією, маргіналізацією, експлуатацією, сексуальною експлуатацією, що ще більше ускладнює їхнє становище.

7. Нестабільні життєві обставини створюють постійні загрози для безпеки та здоров’я переміщених жінок, що призводить до підвищеного рівня тривожності, депресії, проявів ПТСР.

8. Вимушене переміщення часто призводить до руйнування сімейних зв’язків і загострення конфліктів у родині.

9. Умови, в яких опинилися переміщені жінки, значно підвищують ризики для їхнього фізичного та психічного здоров’я.

10. Переміщені жінки часто відчувають сильне занепокоєння через брак інформації про своїх рідних, які залишилися на окупованих територіях, а також через труднощі у спілкуванні з ними на відстані.

Війна є важким випробуванням для всіх, але жінки віком 45–65 років стикаються з унікальними викликами. Внутрішньо переміщені жінки, які були змушені залишити свої домівки через війну в Україні, стикаються з низкою психологічних питань, які суттєво впливають на їхнє психоемоційне благополуччя та якість життя:

1. Підвищений рівень тривожності та стресу. Постійне перебування в умовах невизначеності та небезпеки спричиняє хронічний стрес і підвищений рівень тривожності. Це може проявляється в порушеннях сну, концентрації уваги, а також у фізичних симптомах, таких як серцево-судинні та шлунково-кишкові розлади, больові відчуття.

2. Схильність до депресивних станів. Втрата стабільності, близьких людей та звичного способу життя призводить до глибоких депресивних станів. Це часто супроводжується почуттям безнадії, втоми, зниженням мотивації та апатією.

3. Травматичні спогади та посттравматичний стресовий розлад (ПТСР). Багато жінок стикаються з симптомами ПТСР, такими як нав’язливі спогади про травматичні події, нічні кошмари, підвищена пильність, емоційна відчуженість та уникнення ситуацій, які нагадують про пережиті травми.

4. Знижена самооцінка та почуття власної неспроможності. Втрата дому, роботи та соціального статусу значно знижує самооцінку жінок, викликаючи почуття безпорадності та власної неспроможності впоратися з ситуацією.

5. Соціальна ізоляція та відчуження. Через втрату соціальних зв’язків і труднощі з інтеграцією в нові громади жінки можуть відчувати соціальну ізоляцію та відчуження. Це часто супроводжується почуттям самотності та відсутності підтримки.

6. Посилення страхів та фобій. Травматичний досвід війни може посилити вже існуючі страхи та фобії або стати причиною появи нових, таких як страх перед гучними звуками, страх темряви, страх за життя дітей та близьких тощо.

7. Залежність від зовнішньої підтримки. Психологічні труднощі часто підсилюються залежністю від гуманітарної та соціальної допомоги. Це може створювати додатковий стрес, особливо якщо підтримка є нестабільною або недостатньою.

8. Зміни в сімейних ролях та конфлікти. У нових умовах жінки можуть зіткнутися зі змінами в традиційних сімейних ролях, що може призвести до конфліктів у родині, особливо у випадках, коли жінка змушена брати на себе нові обов’язки, пов’язані з виживанням та адаптацією в новому середовищі.

9. Труднощі з відновленням психологічного ресурсу. Умови життя в нових нестабільних умовах та постійний стрес виснажують психологічний ресурс, що ускладнює здатність до адаптації, прийняття рішень та подолання життєвих викликів.

10. Пошук нового сенсу життя. Багато жінок стикаються з кризою ідентичності та потребою в переосмисленні свого життєвого шляху. Втрата минулого життя часто супроводжується необхідністю знайти новий сенс і цілі в умовах невизначеності.

Фізична симптоматика, яка супроводжує негативні психоемоційні стани жінок:

1. Розлади сну – інсомнія, переривчастий сон, часті нічні прокидання, тривожний або неглибокий сон, неможливість заснути.

2. Біль в спині (частіше в попереку).

3. Проблеми з кишково-шлунковим трактом.

4. Коливання або зникнення апетиту.

5. Головний біль.

6. Коливання артеріального тиску.

7. Почуття втоми.

8. Біль у суглобах.

9. Часті та повторювані захворювання.

10. Неможливість розслабитися.

11. Часті припливи тощо.

Факторами розвитку негативних психоемоційних станів є:

1. Горе, втрата близьких або друзів.

2. Психологічна травма та її наслідки.

3. Хронічні захворювання.

4. Стрес.

5. Розлука з родиною.

6. Втрата соціальних контактів.

7. Спадковість.

8. Індивідуальні особливості.

Цей період життя часто характеризується фізіологічними змінами, переосмисленням життєвих цінностей та ролей, а також підвищеною вразливістю до стресу. У контексті війни ці виклики значно посилюються, що робить групи самопідтримки особливо важливими для жінок цієї вікової групи.У такій ситуації виникає гостра потреба у підтримці, яку може забезпечити група самопідтримки.

Групи самопідтримки є ефективною формою психологічної допомоги, що базується на принципах спільності та взаємопідтримки. Вони створюють простір, у якому жінки можуть вільно висловлювати свої почуття та переживання, обмінюватися досвідом і отримувати підтримку від інших, хто стикається з подібними проблемами. З психологічної точки зору, групи самопідтримки відіграють важливу роль у процесі адаптації до нових життєвих умов. Вони допомагають зменшити почуття ізоляції, сприяють покращенню емоційного стану та сприяють розвитку копінгових стратегій, що допомагають подолати стрес та негативні психоемоційні стани.

Важливим компонентом роботи груп самопідтримки є психоедукація – процес навчання учасниць розумінню своїх психоемоційних станів і формування навичок для їх ефективного подолання. Психоедукація допомагає жінкам краще усвідомити природу своїх емоційних реакцій, зрозуміти механізми стресу, тривожності та депресії, а також навчитися ефективним способам управління ними.

Робота з негативними психоемоційними станами, такими як тривога, депресія, страх або апатія, є ключовим напрямом діяльності груп самопідтримки для жінок. Завдяки використанню методів когнітивно-поведінкової терапії, когнітивно-образної терапії тощо, учасниці навчаються ідентифікувати та змінювати деструктивні мисленнєві патерни, які посилюють негативні емоції. Крім того, група надає можливість відпрацювати техніки релаксації, дихальні вправи та інші методи саморегуляції, що сприяють зниженню рівня стресу та покращенню загального емоційного стану.

Ключові аспекти роботи груп самопідтримки:

1. Безпечний простір для обговорення. Групи самопідтримки створюють середовище, де учасниці можуть без страху висловлювати свої емоції та думки. Це сприяє зменшенню почуття тривоги та покращенню емоційного самопочуття.

2. Емпатія та взаєморозуміння. Учасниці групи часто мають схожий досвід, що дозволяє їм краще розуміти одна одну. Це створює відчуття

приналежності та підтримки, що є важливими чинниками для психоемоційної стабільності.

3. Розвиток копінгових стратегій. Взаємодія у групі сприяє обміну ефективними стратегіями подолання стресу та кризових ситуацій. Жінки вчаться адаптуватися до нових умов, використовуючи досвід інших учасниць групи.

4. Зміцнення самооцінки. Участь у групі самопідтримки може сприяти підвищенню самооцінки, оскільки жінки отримують позитивний зворотній зв’язок і підтримку, що допомагає їм відчути свою цінність та здатність впоратися з труднощами.

5. Профілактика психічних розладів. Регулярна участь у групах самопідтримки може допомогти запобігти розвитку тривожних і депресивних станів, зменшуючи рівень стресу та підтримуючи психічне здоров’я.

Розуміння особливостей, які часто характеризується фізіологічними змінами, переосмисленням життєвих цінностей та соціальних ролей, а також підвищеною вразливістю до стресу та наслідків негативних психоемоційних станів для фізичного та психічного здоров’я жінок вікової категорії 45-65 років, дозволило розробити та реалізувати програму груп самопідтримки для жінок за інформаційної підтримки Національної психологічної асоціації. Ця програма покликана допомогти внутрішньо переміщеним жінкам впоратися з викликами, які вони зустрічають, надаючи їм необхідну психологічну підтримку та практичні інструменти для покращення якості життя. У програму включені міні-лекції, презентації, групові діскусії, робота в малих групах, вправи релаксації та регуляції емоційних станів, вправи когнітивної обробки негативних переконань, елементи арт-терапії тощо.

Групи самопідтримки можуть стати важливим ресурсом для жінок віком 45–65 років під час війни. Вони надають можливість зустрічатися з іншими жінками, які переживають подібні труднощі, обмінюватися досвідом та отримувати емоційну підтримку. Такі групи сприяють зменшенню почуття ізоляції, що є важливим фактором у збереженні психічного здоров’я.

Нами обрано групу самопідтримки тому, що такі жіночі групи створені з метою надання можливості жінці відчути власну опору та підтримку з боку оточуючих людей. Найбільш ефективними є заняття з розвитку вжінок навичок застосовувати техніки і прийоми стабілізації психоемоційних станів. Ознайомлення з цими техніками допоможе жінці витримати умови воєнного стану, тиск сьогодення. Групи самопідтримки сприяють організації обміну досвідом між жінками та налагодженню міжособистісних комунікацій в їхніх родинах.

Для розробки програми ми орієнтувалися на праці Г. Подольської [44], С. Томчук та М.Томчук [57]. Також використано наукові методичні розробки [47; 48; 58].

При складанні програми було враховане «відчуття когерентності», яке має в основі три складові:

1. У групах самопідтримки жінок, пережиті стресові та травматичні події можуть бути осмислені та переказані в такий спосіб, щоб вони стали зрозумілими й доступними для всіх учасниць, сприяючи їхньому спільному розумінню та взаємній підтримці.

2. Для конструктивного реагування на важкі події жінки можуть використовувати як фізичні, так і психологічні ресурси, включаючи власні сильні сторони, можливості діяти та здатність розпізнати і прийняти допомогу від інших учасниць групи.

3. Навіть попри стрес і травматичні події, учасниці групи самопідтримки здатні знаходити сенс у цих переживаннях і разом проживати їх, зміцнюючи свою емоційну стійкість.

Мета програми:забезпечити психологічну підтримку та сприяти адаптації внутрішньо переміщених жінок до нових життєвих умов шляхом підвищення їх психосоціального благополуччя, розвитку копінгових стратегій та роботи з негативними психоемоційними станами.

Завдання програми:

1. Створення безпечного та підтримуючого середовища для учасниць.

2. Психоедукація щодо емоційних реакцій, стресу та способів саморегуляції.

3. Розвиток навичок подолання стресу, депресивного стану та тривожності.

4. Зміцнення самооцінки та почуття впевненості.

5. Формування навичок роботи з негативними психоемоційними станами.

6. Підтримка у формуванні нових соціальних зв’язків та інтеграції в нову громаду.

Тривалість програми: програма розрахована на 12 зустрічей з травня 2024 р. по жовтень 2024 р., 2 рази на місяць (по суботах) по 2 години.

Оцінка ефективності програми:

1. Психодіагностика до та після завершення програми для оцінки змін у психоемоційному стані.

2. Регулярний зворотний зв’язок від учасниць протягом програми.

3. Оцінка залученості та активності учасниць у процесі групової роботи.

Умови участі в програмі: до участі в програмі запрошені жінки ВПО віком 45–65 років, які на момент реалізації програми проживали у м. Запоріжжя. Обов’язковою умовою участі є відвідування не менше 80 % (10 зустрічей) груп самопідтримки жінок в Студії практичної психології «Персона».

Очікувані результати:

1. Підвищення психоемоційної стабільності та адаптації учасниць.

2. Розвиток ефективних копінгових стратегій та навичок саморегуляції.

3. Покращення самооцінки та почуття впевненості у власних силах.

4. Зниження рівня стресу, тривожності та симптоматики депресивного стану.

5. Формування нових соціальних зв’язків та інтеграція у нове середовище.

Структура програми:

1. Вступне заняття. Знайомство та встановлення цілей. Знайомство та встановлення цілей є важливими складовими початкового етапу групової роботи, які закладають основу для ефективної міжособистісної взаємодії та формування підтримуючого середовища. Встановлення чітких цілей і очікувань сприяє підвищенню мотивації учасниць, що, згідно з дослідженнями, є ключовим фактором успішної терапевтичної роботи.

- Знайомство учасниць та встановлення правил групи.
- Обговорення цілей та очікувань від програми.
- Ознайомлення з концепцією групи самопідтримки.

2. Психоедукація. Розуміння стресу, депресії та тривожності. Психоедукація щодо природи стресу, тривожності та депресії сприяє підвищенню інформованості учасниць про власний психічний стан, що, як показує практика, є важливим фактором у попередженні та подоланні психоемоційних розладів. Використання щоденника ментального здоров'я допомагає систематично моніторити та аналізувати власні емоційні реакції, що підвищує рівень самоусвідомлення.

- Міні-лекція про природу стресу, тривожності та депресії.
- Щоденник ментального здоров'я.
- Обговорення типових реакцій на стресові ситуації.
- Практичні вправи на усвідомлення власних емоцій та тригерів.

3. Розвиток копінгових стратегій: Ефективне подолання стресу. Програма передбачає ознайомлення учасниць з різними техніками подолання стресу, зокрема релаксаційними вправами та дихальними техніками. Такі методи, як підтверджують численні дослідження, є ефективними інструментами для зниження рівня тривожності та покращення загального емоційного стану.

- Обговорення різних способів подолання стресу.
- Вивчення та відпрацювання методів релаксації та дихальних технік.
- Розробка індивідуальних стратегій подолання стресу.

4. Робота з негативними психоемоційними станами: Застосування когнітивно-поведінкових технік дозволяє учасницям ідентифікувати та змінювати деструктивні мисленнєві патерни. Це сприяє формуванню більш адаптивних стратегій реагування на стресові ситуації та знижує ризик розвитку депресивних станів.

- Ознайомлення з когнітивно-поведінковим підходом.
- Ідентифікація деструктивних мисленнєвих патернів.
- Відпрацювання технік зміни негативних думок на більш конструктивні.

5. Зміцнення самооцінки та впевненості. Усвідомлення особистих ресурсів і сильних сторін є ключовим елементом у процесі зміцнення самооцінки. Дослідження підтверджують, що підвищення самооцінки позитивно корелює з покращенням психоемоційного стану та зниженням рівня тривожності.

- Робота над усвідомленням особистих ресурсів та сильних сторін.
- Вправи на підвищення самооцінки та самоусвідомлення.
- Розвиток навичок самопідтримки та самозахисту.

6. Розвиток емоційного інтелекту: Управління емоціями.Програма передбачає розвиток емоційного інтелекту, що включає здатність розпізнавати та керувати власними емоціями. Це важливий аспект, оскільки високий рівень емоційного інтелекту пов’язаний із підвищеною стресостійкістю та загальним психологічним благополуччям.

- Вивчення концепції емоційного інтелекту.
- Практичні заняття з розвитку здатності розпізнавати та керувати емоціями.
- Робота над покращенням емоційної стійкості.

7. Формування нових соціальних зв’язків. Соціальна підтримка є важливим фактором психічного здоров’я. Програма акцентує увагу на розвитку комунікативних навичок та формуванні довіри між учасницями, що сприяє створенню підтримуючого соціального середовища та інтеграції в нову громаду.

- Техніки покращення комунікативних навичок.
- Вправи на розвиток довіри та взаємопідтримки у групі.
- Обговорення можливостей інтеграції в нову громаду.

8. Робота з мотивацією та плануванням майбутнього. Програма допомагає учасницям визначити та посилити внутрішню мотивацію, що сприяє постановці реалістичних цілей та плануванню їх досягнення. Цей підхід забезпечує учасниць інструментами для тривалої самопідтримки після завершення програми.

- Виявлення та посилення внутрішньої мотивації.
- Постановка реалістичних цілей на майбутнє.
- Планування кроків досягнення цих цілей.

9. Сесія арт-терапії. Вираження емоцій через творчість. Арт-терапія надає учасницям можливість виразити та опрацювати свої емоції через творчий процес. За даними наукових досліджень, такі техніки допомагають знизити рівень тривожності, покращити емоційний стан і підвищити рівень самоусвідомлення.

- Використання арт-терапевтичних технік для роботи з емоціями.
- Створення творчих проектів як спосіб самовираження.
- Обговорення досвіду та емоцій, викликаних арт-терапією.

10. Техніки тілесної терапії: зняття психоемоційної напруги та больової симптоматики. Застосування технік тілесної терапії, таких як м’язова релаксація, техніки миттєвого безмедикаментозного знеболення та танцювальна терапія, дозволяє учасницям усвідомити зв’язок між тілесним і психоемоційним станами. Це є важливим для зниження соматичних проявів стресу, таких як м’язове напруження та біль.

- Ознайомлення з техніками тілесної терапії (м’язова релаксація, техніки миттєвого безмедикаментозного знеболення, танцювальна терапія).
- Практичні заняття на зняття тілесного напруження.
- Відпрацювання вправ для підвищення тілесної усвідомленості.

11. Обговорення прогресу та зворотний зв’язок. Заключні етапи програми зосереджені на аналізі досягнень учасниць і підготовці до самостійного підтримання психічного здоров’я, що є важливим для забезпечення тривалої ефективності отриманих навичок.

- Аналіз досягнень учасниць за час програми.
- Обговорення складнощів та успіхів у процесі навчання та змін.
- Підготовка до завершення програми.

12. Заключне заняття: Підведення підсумків та планування майбутнього. Підсумкове заняття є важливим етапом інтеграції отриманого досвіду. Спільне обговорення досвіду допомагає учасницям усвідомити зміни, що відбулися, та підготуватися до їх закріплення в повсякденному житті.

- Підсумкове обговорення досвіду участі у групі.
- Розробка плану підтримки власного психічного здоров’я після завершення програми.
- Прощання та завершення групової роботи.

Програма групи самопідтримки для жінок 45–65 років є багаторівневою та інтегративною, забезпечуючи учасниць комплексом психологічних інструментів, спрямованих на покращення їхнього психоемоційного стану, зміцнення стресостійкості та соціальної інтеграції. Ефективність запропонованих підходів підтверджується науковими даними, що свідчить про значний потенціал програми у покращенні якості життя учасниць. Поетапну мету даної програми представлено на рисунку 3.1:



Рис. 3.1. Мета роботи групи самопідтримки жінок

План роботи груп самопідтримки для жінок на формувальному етапі представлено в таблиці 3.1:

Таблиця 3.1

Календарний план груп самопідтримки жінок

№	Дата	Тема	Час
1	11.05.24	Знайомство та встановлення цілей	10.00-12.00
2	25.05.24	Розуміння стресу та тривожності	10.00-12.00
3	08.06.24	Розвиток копінгових стратегій: Ефективне подолання стресу	17.00-19.00
4	22.06.24	Робота з негативними психоемоційними станами. Когнітивні техніки	17.00-19.00
5	13.07.24	Зміцнення самооцінки та впевненості	17.00-19.00
6	27.07.24	Розвиток емоційного інтелекту: Управління емоціями	17.00-19.00
7	10.08.24	Формування нових соціальних зв’язків	13.00-15.00
8	24.08.24	Робота з мотивацією та плануванням майбутнього	17.00-19.00
9	07.09.24	Вираження емоцій через творчість	13.00-15.00
10	21.09.24	Зняття психоемоційної напруги	10.00-12.00
11	05.10.24	Обговорення прогресу та зворотний зв’язок	10.00-12.00
12	19.10.24	Підведення підсумків та планування майбутнього	10.00-12.00

Таким чином, впровадження розробленої програми підтримки жінок відбувалося на формувальному етапі дослідження.

Крім того, додатково жінкам було запропоновано взяти участь у психоедукаційних заходах, які тривають у м. Запоріжжя у 2024 р.:

1. Тренінг «Інтенсивна робота з психотравмою».
2. Тренінг запобігання емоційного вигорання.
3. Майстер-клас «Допомога +. Шляхи відновлення»
4. Лекція «Стоп залежність».

5. Майстер-клас «Малювання навпаки».

6. Тренінг з попередження насильства у сім'ї.

7. Тренінг «Зцілюю. Підтримую. Живу.»

3.2. Аналіз результатів формувального і контрольного етапів

Після роботи груп самопідтримки жінок у жовтні 2024 р. було повторно проведено психодіагностичне дослідження за методиками, які було використано на констатувальному етапі дослідження у травні 2024 р.:

1. Шкала тривоги Спілбергера (STAI) [46; 61, 62-65; 75].

2. Шкала депресії Бека (Beck's Depression Inventory, BDI) [61, 34-37].

3. Опитувальник «Індекс благополуччя ВООЗ-5» (WHO-5 Well-being Index) (адаптація Л.М. Карамушки, К.В. Терещенко, О.В. Креденцер) [36, 31-32].

4. Шкала оцінки якості життя (О.С. Чабан) [61, 96-98].

5. Тест «Стійкість до стресу» [36,15-16]та отримано наступні результати:

1.Результати за шкалою тривоги Спілбергера (State-Trait Anxiety Inventory, STAI) представлено в таблиці 3.2:

Таблиця 3.2

Дослідження рівнів тривожності жінок, серпень 2024 р.

Вид тривожності	Рівні тривожності у %		
	Низький (≤ 30 балів)	Середній (31-45 балів)	Високий (≥ 46 балів)
Ситуативна (реактивна)	1%	70%	28,33%
Особистісна	0%	60%	40%

Встановлено, що найбільші показники на середньому рівні ситуативної (у 70% жінок) та особистісної тривожності (у 60%). Графічно представлені результати бачимо на рисунку3.2:

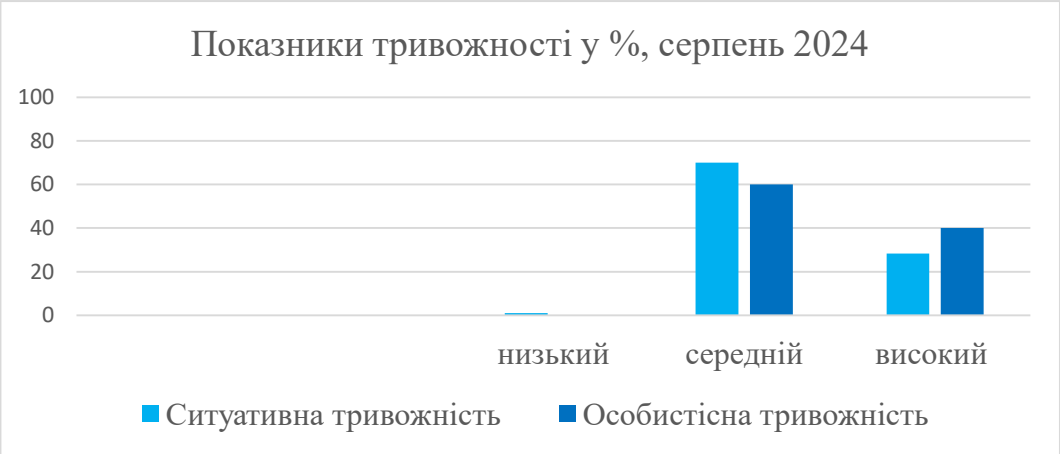


Рис. 3.2. Результати за шкалою тривоги Спілбергера (State-Trait Anxiety Inventory, STAI) після формувального етапу дослідження

Отримані дані вказують, що за період травень-жовтень 2024 р. низький рівень ситуативної тривожності зменшився з 5% до 1%, середній рівень збільшився з 35 % до 70%, високий рівень зменшився майже вдвічі з 70% до 28,33%; рівні особистісної тривожності у вибірці – низький рівень залишився без змін (0), середній рівень збільшився з 40% до 60%, високий рівень навпаки, зменшився з 60% до 40%. Це вказує на загальне зниження рівня тривожності після відвідування груп самопідтримки жінок.

Учасницям надані рекомендації щодо подальшої самостійної роботи для стабілізації тривожного стану.

2. Результати за шкалою депресії Бека (Beck's Depression Inventory, BDI)показують значну динаміку, що є підтвердженням ефективності роботи групи самопідтримки. Зазначимо, що 17 жінок (28,33%) приймають рекомендовані лікарем медикаменти (антидепресанти). Отримані дані представлено в таблиці 3.3:

Таблиця 3.3

Дослідження рівнів депресивності жінок, жовтень 2024 р.

Показник депресії у %				
Відсутність депресивних симптомів	Легка депресія (субдепресія)	Помірна депресія	Виражена депресія (середньої важкості)	Важка депресія
23,33%	33,33%	21,66%	15%	6,66%

Встановлено, що депресія відсутня у 14 жінок (23,33%), значно знижені показники вираженої та важкої депресій. Графічно результати за цим діагностуванням представлені на рисунку3.3:

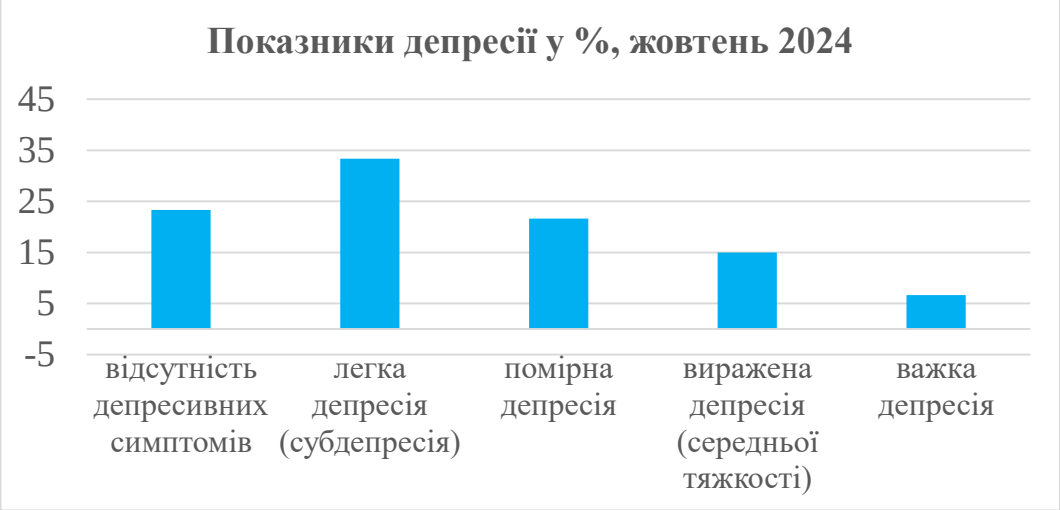


Рис. 3.3. Результати за шкалою депресії Бека (Beck's Depression Inventory, BDI) після формувального етапу дослідження

Отримані дані показують значну динаміку рівнів депресивності у вибірці. Відсутність депресивних симптомів продемонстрували 23,33% жінок порівняно з 15% на початку дослідження, показник легкої депресії дещо збільшився з 30% до 33,33%, помірна депресія визначена у 21,66% учасниць (показник збільшився з 5%), виражена депресія у серпні 2024 р. зафіксована лише у 15% респонденток порівняно з 40% у травні 2024 р., важка депресія все ще фіксується у 6,66% учасниць. Такі зміни пов'язані з тим, що всі учасниці, в яких було зафіксовано депресію, для запобігання погіршення стану психічного здоров'я отримали рекомендацію звернутися до лікаря.

3.Результати за опитувальником «Індекс благополуччя ВООЗ-5» (WHO-5 Well-being Index) (адаптація Л.М. Карамушки, К.В. Терещенко, О.В. Креденцер) представлено в таблиці 3.4:

Таблиця 3.4

Дослідження рівнів благополуччя жінок, жовтень 2024 р.

Рівні благополуччя у %		
Низький (0-40)	Середній (41-62)	Високий (63-100)
13,33%	61,66%	25%

За даним діагностуванням встановлено, що у жінок низький рівень благополуччя знизився, високий рівень благополуччя представлено у 25% учасниць, а середній рівень суттєвих змін не зазнав у даній вибірці. Графічне зображення за результатами даної діагностики представлено на рисунку3.4:



Рис. 3.4. Результати за опитувальником «Індекс благополуччя ВООЗ-5» (WHO-5 Well-being Index)після формувального етапу дослідження

Даний опитувальник виявив наступне: у серпні 2024 р. змінився показник низького рівня благополуччя – з 20% знизився до 13,33%, середній рівень не зазнав значних змін і складає 61,66% порівняно з 60% у травні 2024 р., високий рівень благополуччя дещо збільшився з 20% до 25%. Це пояснюється тим, що за час дослідження не відбулося суттєвих змін в житті жінок, але відбулися зміни у самопочутті та ставленні жінок до ситуації.

4.Результати діагностики за шкалою оцінки якості життя (О.С. Чабан) представлено в таблиці 3.5:

Таблиця 3.5

Дослідження рівнів якості життя, жовтень 2024 р.

Рівні якості життя у %				
Вкрай низький	Низький	Середній	Високий	Дуже високий
3,33%	11,66%	56,66%	21,66%	6,66%

Спостерігаємо підвищення середнього та високого рівнів (56,66% та 21,66% відповідно та зниження вкрай низького рівня до 3,33%. Графічно результати даної діагностики представлено на рисунку3.5

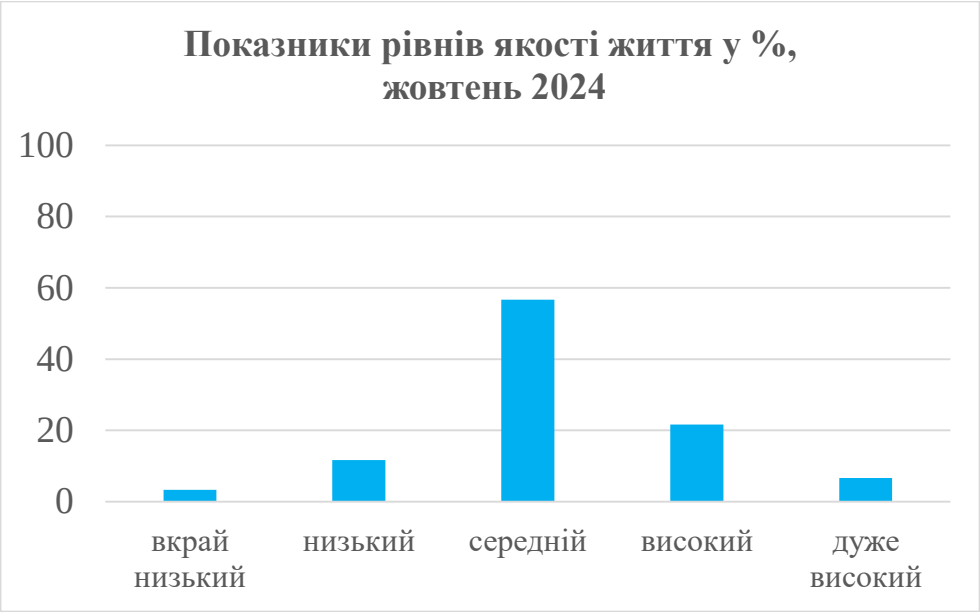


Рис. 3.5. Результати за шкалою оцінки якості життя (О.С. Чабан) після формувального етапу дослідження

Як бачимо, є динаміка, а саме – рівень якості життя оцінили як вкрай низький 3,33% жінок у порівнянні з 8,33% на початку дослідження, показник низького рівня знизився з 13,33% до 11,66%, середній рівень показали 56,66% порівняно з 51,66% у травні 2024 р., показник високого рівня якості життя зріс з 16,66% до 21,66%, дуже високий рівень визначили 6,66% – показник знизився з 10%. Цей результат також показує, що значущих змін в житті жінок не відбулось.

5.Результати за тестом «Стійкість до стресу» представлено в таблиці 3.6:

Таблиця 3.6

Дослідження рівнів стійкості до стресу, жовтень 2024 р.

Рівні стійкості до стресу у %		
Низький	Середній	Високий
18,33%	45%	36,66%

Бачимо, що значно зросли показники середнього та високого рівнів стійкості до стресу (45% та 36,66% відповідно). Графічно результати даної діагностики представлено на рисунку3.6

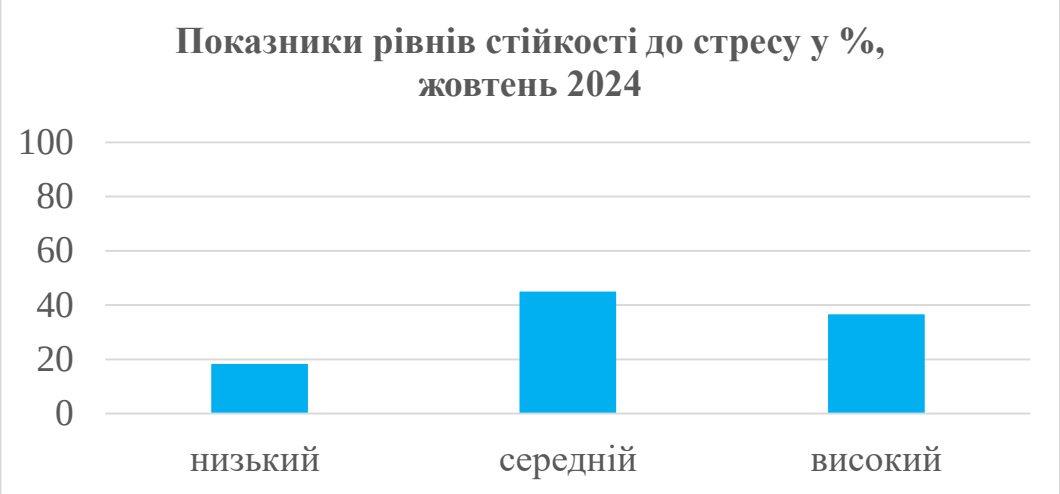


Рис. 3.6. Результати за тестом «Стійкість до стресу» після формувального етапу дослідження

Дане тестування виявило значущі зміни в показниках: у жовтні 2024 р. низький рівень стійкості до стресу мають 18,33% жінок порівняно з 41,66% у травні 2024 р., середній рівень піднявся з 31,66% до 45%, високий рівень піднявся з 26,66% до 36,66%. Це свідчить, що жінки навчилися регулюванню власного емоційного стану, здобули навички конструктивного реагування на стрес.

В загальному вигляді результати діагностики на констатувальному та формувальному етапах представлено в таблиці 3.7:

Таблиця 3.7

Результати констатувального та формувального етапів

Період	**Показники**					
	Рівні тривожності (у %)					
	Ситуативна			***Особістісна***		
	низький	середній	високий	низький	середній	високий
Травень 2024	5	35	60	0	40	60
Жовтень 2024	↓1	↑70	↓28,33	0	↑60	↓40

Продовження таблиці 3.7

	Рівні депресивності (у %)				
	відсутня депресія	легка депресія	помірна депресія	виражена депресія	важка депресія
Травень 2024	15	30	5	40	10
Жовтень 2024	↑23,33	↑33,33	↑21,66	↓15	↓6,66
	Рівні благополуччя (у %)				
	низький	середній		високий	
Травень 2024	20	60		20	
Жовтень 2024	↓13,33	↑61,66		↑25	
	Рівні якості життя (у %)				
	вкрай низький	низький	середній	високий	дуже високий
Травень 2024	8,33	13,33	51,66	16,66	10
Жовтень 2024	↓3,33	↓11,66	↑56,66	↑21,66	↓6,66
	Рівні стійкості до стресу (у %)				
	низький	середній		високий	
Травень 2024	41,66	31,66		26,66	
Жовтень 2024	↓ 18,33	↑ 45		↑ 36,66	

Гіпотеза, яка полягала у припущенні, що групи самопідтримки є ефективним засобом регуляції негативних психоемоційних станів у жінок в умовах воєнного стану, є підтвердженою.

Виконана експериментально-дослідна робота показала дієвість та результативність груп самопідтримки для жінок та виявила багато прогалин у сфері психічного здоров'я в цілому і питаннях психологічної допомоги і супроводу жінок зокрема. Учасниці високо оцінили якість роботи групи самопідтримки, зазначили, що значною мірою знизились фізичні прояви негативних психоемоційних станів, знизилась больова симптоматика, а також висловили побажання та зацікавленість у подальшій співпраці.

Для збереження та закріплення позитивних результатів, досягнутих під час участі у групах самопідтримки, жінкам надані наступні рекомендації:

1. Продовження роботи над емоційною саморегуляцією. Рекомендується регулярно застосовувати техніки релаксації, дихальні вправи та інші методи емоційної саморегуляції, які були освоєні в рамках групи. Це допоможе підтримувати емоційну стабільність та ефективно реагувати на стресові ситуації.

2. Підтримання соціальних зв'язків. Важливо продовжувати підтримувати та розвивати соціальні зв'язки, які були встановлені під час участі в групах самопідтримки. Регулярне спілкування з іншими учасницями може забезпечити додаткову підтримку та відчуття спільноти.

3. Психоедукація та саморозвиток. Рекомендується продовжувати ознайомлення з матеріалами, що стосуються тематики психічного здоров'я, а також брати участь у тренінгах та семінарах, спрямованих на підвищення рівня самосвідомості та розвитку навичок психологічного самозахисту.

4. Звернення до професійної допомоги за необхідності. Якщо з'являються ознаки погіршення психоемоційного стану або виникають труднощі, з якими важко впоратися самостійно, важливо звертатися за допомогою до кваліфікованих психологів або психотерапевтів.

5. Ведення щоденника ментального здоров'я. Рекомендується продовжувати ведення щоденника, в якому можна фіксувати емоційні реакції, думки та переживання. Це сприятиме кращому розумінню власного психоемоційного стану та дозволить своєчасно вживати необхідні заходи для його стабілізації.

6. Адаптація до нових життєвих умов. Важливо активно працювати над адаптацією до змінених життєвих обставин, використовуючи навички, отримані під час групових занять. Це включає поступове впровадження нових ритуалів та практик, які сприяють відчуттю стабільності та безпеки.

7. Планування майбутнього. Рекомендується формулювати реалістичні та досяжні цілі на майбутнє, що може сприяти відчуттю контролю

над власним життям та зменшенню тривожності. Важливо також планувати кроки для досягнення цих цілей, що допоможе зберегти мотивацію та позитивний настрій.

8. Регулярні фізичні вправи. Підтримання фізичної активності є важливим фактором у збереженні психоемоційного балансу. Регулярні фізичні вправи сприяють зниженню рівня стресу, покращують настрій і підвищують загальне самопочуття.

9. Залучення до творчої діяльності. Продовження участі в творчих заняттях, таких як арт-терапія, може допомогти краще виражати та опрацьовувати емоції. Це сприяє зниженню рівня тривожності та депресивних симптомів.

10. Самодопомога та самопідтримка. Важливо регулярно виділяти час для самодопомоги, включаючи практики медитації, прогулянки на свіжому повітрі та інші види діяльності, які приносять задоволення та сприяють збереженню психічного здоров’я.

11. Залученість до діяльності громад та професійних спільнот. Активна участь у житті громади та професійних спільнот може стати важливим джерелом підтримки та особистісного розвитку. Залучення до волонтерських ініціатив, професійних об’єднань чи місцевих організацій сприяє відновленню почуття приналежності, підвищує соціальну активність та допомагає налагодити нові соціальні зв’язки. Це також сприяє професійному розвитку та інтеграції в нові соціальні та культурні умови, що важливо для адаптації до змінених життєвих обставин.

12. Індивідуальна психотерапія. Для глибшого опрацювання особистих переживань та вирішення психологічних проблем рекомендується розглянути можливість участі в індивідуальних психотерапевтичних сесіях. Індивідуальна психотерапія може допомогти виявити та подолати глибинні причини тривожності, депресії або інших психоемоційних станів, а також сприяти особистісному зростанню і розвитку більш адаптивних стратегій поведінки. Це особливо важливо для жінок, які потребують більш індивідуалізованого підходу до свого психічного здоров’я.

Ці рекомендації дозволяють не лише закріпити позитивні зміни, але й сприяють подальшій соціальній і професійній інтеграції, що є важливим аспектом для підтримки довготривалого психоемоційного благополуччя. Дані рекомендації спрямовані на підтримання досягнутого прогресу та подальший розвиток особистих ресурсів жінок для ефективного подолання життєвих викликів.

Отже, у розділі представлено програму психологічної підтримки жінкам і результати формувального етапу експерименту.

Метою розробленої і впровадженої програми було забезпечення психологічної підтримки та сприяння адаптації внутрішньо переміщених жінок до нових життєвих умов шляхом підвищення їх психосоціального благополуччя. Заняття програми спрямовані на розвиток у жінок копінгових стратегій та навичок роботи з негативними психоемоційними станами.

У результаті формувального етапу отримано дані, де спостерігається позитивна динаміка. У жовтні 2024 р. спостерігається значне зниження рівня тривожності. Це може свідчить про стабілізацію стану тривоги, що може бути ознакою адаптації до стресових умов.

Спостерігається зростання відсотка людей з відсутньою депресією та з легкою депресією. Водночас спостерігається значне зниження кількості людей із вираженою та важкою депресією. Це вказує на загальне покращення психічного стану, хоча помірна депресія залишається актуальною проблемою і це є напрямком подальшої роботи.

У жовтні 2024 р. знизився рівень низького благополуччя та зріс відсоток середнього і високого рівнів благополуччя, що свідчить про загальне покращення суб’єктивного благополуччя.

Наприкінці експериментально-дослідницької роботи зменшився відсоток жінок з вкрай низьким та низьким рівнем якості життя. Натомість зріс відсоток жінок із середнім та високим рівнем якості життя. Це також вказує на загальне покращення умов життя або зміни сприйняття жінкою стресових ситуацій.

У жовтні 2024 року значно знизився відсоток людей із низьким рівнем стійкості до стресу та зріс відсоток людей із середнім та високим рівнями стійкості. Це свідчить про те, що жінки стали більш адаптованими до стресових ситуацій, навчилися регулювати свій психоемоційний стан.

Отримані результати свідчать про позитивні тенденції в психоемоційному стані жінок між травнем 2024 р. і жовтнем 2024 р. Це підтверджує гіпотезу дослідження. Також у жінок спостерігається зниження рівнів тривожності, депресії та стресу, а також покращення якості життя і загального благополуччя. Жінки стали більш адаптованими до стресових ситуацій, що позитивно впливає на їхню психічну та емоційну стабільність.

ВИСНОВКИ

Проведені теоретичний аналіз і дослідно-експериментальна частина дослідження підтвердили правомірність мети, основних ідей і положень стосовно особливостей регуляції негативних психоемоційних станів у жінок в умовах воєнного стану та засвідчили розв'язання поставлених завдань і дали підстави для наступних висновків:

1. На основі теоретичного аналізу психологічної, медичної літератури розкрито й обґрунтовано поняття «психічні стани», «емоційні стани», «негативні психоемоційні стани», а також поняття «психічне здоров'я» і «психологічне благополуччя». З'ясовано, що основними концептуальними передумовами вивчення проблеми дослідження стали результати наукових праць клінічних і медичних психологів.

Узагальнення та систематизація наукових поглядів до вивчення проблеми негативних психоемоційних станів жінок, свідчить про її достатньо широку теоретико-методологічну розробку, проте спостерігається брак експериментальних досліджень.

Під психоемоційними станами особистості в дослідження розуміємо форми регуляції психіки, фізіологічних змін організму, динаміки психічних процесів; інтегральний комплекс наявних механізмів поведінки людини в якості єдності її психічної, духовної та тілесної організації. Негативні психоемоційні стани є інтегративними характеристиками психічної діяльності. Найбільша небезпека цих станів у жінок проявляється в їх тривалості таігноруванні їх наслідків на психічне здоров'я і благополуччя. Вони є пусковим механізмом стресів, депресивних станів і високої тривожності, також впливають на якість життя.

Доказано, що з метою покращення психологічного благополуччя та якості життя жінок слід приділяти увагу розвитку в них навичок розпізнавати і виражати власні емоції, встановлювати межі спілкування, шукати підтримку від оточуючих, займатися самопізнанням і самоактуалізацією.

2. Виокремлено особливості регуляції негативних психоемоційних станів жінок в умовах воєнного стану.

Обґрунтовано, що під регуляцією негативних психоемоційних станів у жінок в умовах війни слід розуміти зовнішній вплив соціальних умов життєдіяльності жінки на їх психічне здоров'я і психологічне благополуччя. З'ясовано, що регуляція і саморегуляція поведінки є інтегративними властивостями особистості жінки, які об'єднують в собі інтелектуальні, мотиваційні, вольові, емоційні сфери її особистості.

Дослідивши наукові джерела, виокремлено такі особливості негативних психоемоційних станів жінок в умовах воєнного стану як певна послідовність здійснення жінкою таких дій як передбачення, цілепокладання, прийняття рішень, планування, програмування, прогнозування та самоконтроль; вплив рівня психологічного благополуччя, якості життя жінки на появу і динаміку цих станів.

3. Проведено емпіричне дослідження особливостей процесу регуляції негативних психоемоційних станів жінок в умовах воєнного стану.

У дослідно-експериментальній частині дослідження використано такі методи дослідження к спостереження, бесіди. Відібрано комплекс психодіагностичних методик:шкала тривоги Спілбергера (STAI), шкала депресії Бека (Beck'sDepressionInventory, BDI), опитувальник «Індекс благополуччя ВООЗ-5» (WHO-5 Well-beingIndex), шкала оцінки якості життя та тест «Стійкість до стресу».

У діагностуванні взяло участь 60 жінок віком від 45 до 65 років. Встановлено, що більшість жінок (40 %) має депресію середньої важкості, значний відсоток жінок (60%) має високий рівень особистісної та ситуативної тривожності. У 60 % жінок в умовах воєнного стану превалює середній рівень благополуччя, водночас низький і високий рівень благополуччя встановлений в однаковій кількості жінок – по 20 %. Визначено, що більшість жінок в умовах воєнного стану (51,66 %) має середній рівень якості життя. Отримані результати діагностування за методиками свідчать про виражену у жінок

напругу, підвищену тривожність, депресивність, низьку стресостійкість, недостатню якість життя в умовах воєнного стану.

4. Розроблено програму психологічної підтримки жінкам з негативними психоемоційними станами. Завданнями програми є створення безпечного та підтримуючого середовища для учасниць; організація психоедукаційних заходів щодо емоційних реакцій, стресу та способів саморегуляції; сприяння розвитку у жінок навичок подолання стресу, депресивного стану та тривожності; ознайомлення з техніками зміцнення самооцінки та почуття впевненості; формування навичок роботи з негативними психоемоційними станами та надання підтримки при формуванні нових соціальних зв'язків та інтеграції в нову громаду. Програма складалася із 12 занять. Основний формат проведення – це робота в групах самопідтримки.

5. Досліджено ефективність програми психологічної допомоги жінкам з негативними психоемоційними станами в умовах воєнного стану.

Отримані результати повторного діагностування після проведення програмних занять дозволили констатувати у жінок зниження високого рівня ситуативної тривожності від 60 % до 28,33 % та зниження на 20 % показника високого рівня особистісної тривожності; зростання на 1,66 % та на 5% показників середнього і високого рівня благополуччя відповідно; зниження на 25% рівня вираженої депресії; підвищився на 5 % середній і на 5 % високий рівень якості життя. У жінок після проведення програмних занять спостерігалось також підвищення на 10 % високого рівня стійкості до стресу.

Досягнуті результати стали можливими завдяки тому, що, по-перше, взаємодія психолога з жінками проводилося у груповій формі; по-друге, оволодіння жінками техніками і прийомами регуляції психоемоційних станів і саморегуляції поведінки сприяло значному і стійкому зниженню напруги, що відповідно підвищило стійкість стосовно стресогенних факторів в умовах воєнного стану.

Порівняння отриманих результатів діагностування жінок за комплексом психодіагностичних методик у травні і жовтні 2024 р. дозволило зробити висновок про ефективність проведених психологом занять з жінками.

Мета дослідження виконана, гіпотеза підтверджена.

Проведене дослідження не вичерпує всіх аспектів розв'язання проблеми регуляції негативних психоемоційних станів у жінок в умовах воєнного стану. Подальшого аналізу потребує низка питань, розв'язання яких сприятиме удосконаленню надання своєчасної психологічної допомоги і психологічної підтримки жінкам, які проживають в умовах воєнних дій.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Александров Ю.В. Теоретичні аспекти дослідження гендерних особливостей емоційних станів в юнацькому віці. *Актуальні питання теорії та практики психолого-педагогічної підготовки фахівців в умовах сучасного освітнього простору* : Матер. V наук.-практ. інтернет-конф. Харків, 26 квітня 2019 р. Харків: ХДАФК, 2019. С. 5–9.

2.Базика Є. Л. Психологічні особливості переживання кризи пізньої зрілості жінками. *Науковий вісник Миколаївського державного університету :* зб. наук. праць. Серія «Психологічні науки». 2008. Т. 1. С. 14–19.

3. Батраченко І. Г.Соціогенез антиципації на первісній та аграрній стадії розвитку суспільства й держави. *Проблеми сучасної психології*. 2019. № 18. С. 24–33. DOI: https://doi.org/10.32626/2227-6246.2012-18.%p

4. Бєлякова С. М., Злотнікова І. Г. Особливості емоційних переживань жінок середнього дорослого віку. *Перспективи та інновації науки.* Серія «Педагогіка», Серія «Психологія», Серія «Медицина». 2022. № 9(14). С. 504–516. DOI: https://doi.org/10.52058/2786-4952-2022-9(14)-504-516

5. Благополуччя особистості як мета психологічних і соціальних практик: матеріали всеукраїнського науково-практичного семінару (25 вересня 2019 року, Київ) / за ред. Ю.М. Швалба. Київ: Інститут психології імені Г.С. Костюка НАПН України. 2019. 54 с.

6. Борисенко Л. Л., Корват Л. В. Психологічні особливості депресивних станів осіб в умовах воєнного стану в Україні. *Перспективи та інновації науки.* Серія «Педагогіка», Серія «Психологія», Серія «Медицина». 2022. № 9(14). С. 53–65. DOI: https://doi.org/10.52058/2786-4952-2022-9(14)-53-65

7. Бречка Д. Саморегуляція процесів поведінки. *Психологічні та педагогічні проблеми професійної освіти та патріотичного виховання персоналу системи МВС України*. Харків. 2017. С. 172– 174.

8. Вавринів О. С.,Христук О. Л. Дослідження психоемоційних станів особистості під впливом стресогенних факторів. *Науковий вісник Львівського державного університету внутрішніх справ.* 2023. №2. С.11–15.

9. Великий тлумачний словник сучасної української мови (з дод. і допов.) / уклад. і голов. ред. В. Т. Бусел. Київ; Ірпінь: ВТФ «Перун», 2005. 1728 с.

10. Вітенко І. С. Психологічні основи лікувально-профілактичної діяльності та підготовки лікаря загальної практики – сімейного лікаря. Харків: Золоті сторінки. 2002. 392 с.

11. Волженцева І. В. Методологічні і теоретичні проблеми станів у психологічній науці. *Проблеми сучасної психології*. 2011. Вип. 11. С. 104–114.

12. Волженцева І.В. Методологічні, теоретичні та емпіричні аспекти поліфункціональності і регуляція психічних станів людини емоційним шляхом: монографія. Макіївка: МЕГІ; Донецьк: Донбас. 2012. С. 8–48.

13. ГавриловськаК.П., Роїк З. І.Порівняльний аналіз емоційних станів молодих матерів із різним соціальним статусом. *Прикладні аспекти психології особистісного зростання*.2015. Вип.1. С.83–86.

14. Гаврилькевич В., Вірстова О. Емоційні стани особистості: теоретичне дослідження феномену. *Psychology Travelogs*. 2023. № 2. С. 41–50. DOI: https://doi.org/10.31891/PT-2023-2-15

15. Гайдучик П. Д. Сепараційна тривога особистості: методологічний вимір дослідження. *Психологічне консультування і психотерапія*. 2015. Т.2 № 1–2. С. 41–48.

16. Галецька І. І. Психологічне здоров’я як проблема національної безпеки. *Науковий вісник Львівського державного університету внутрішніх справ.* Серія психологічна. 2012. №2 (1). С. 49–58.

17. Гончарова І. Ю. Психологічна корекція негативних психоемоційних станів у професійній діяльності спеціальних педагогів: кваліфікаційна робота магістра спеціальності 053 «Психологія» / наук. керівник О. Г. Малина. Запоріжжя: ЗНУ, 2021. 91 с.

18. Гончарук О. В. Психологічний аналіз суб'єктивної картини адаптаційних здібностей жінок, хворих на шизофренію. *Медична психологія.* 2018. № 2. С. 23–29.

19. ГулькоГ. О. Психологічні чинники актуалізації особистісних властивостей тривожного спектру в ситуації досягнення: дис. канд. псих. наук: 19.00.01. Київ. 2017. 249 с.

20. Добрянська О. В., Волощук О. В. Роль самооцінки у формуванні здоров'я осіб різного віку. *Environment & Health*. 2020. № 1 (94). С. 19–25. DOI: https://doi.org/10.32402/dovkil2020.01.019

21. Железнякова Ю. Вплив типу прив'язаності на якість сексуального життя. *Журнал сучасної психології: науковий журнал*. 2022. Т. 26. № 3. С. 50-56. URL: 10.26661/2310-4368/2022-3.

22. Завацька Н. Є. Психологічні основи соціальної реадаптації особистості зрілого віку: автореф. дис. ... д-ра психол. наук: 19.00.05. Київ. 2010. 44 с.

23. Іванцев Н., Потоцька О. Вплив ціннісних орієнтацій на формування уявлень про психологічне благополуччя у студентської молоді. *Вісник Прикарпатського університету: філософські і психологічні науки*. 2019. Вип. 22. С. 5–11. DOI: https://doi.org/10.15330/vpufpn.22.5-11

24. Калюжна Є. М. Психологічні механізми особистісної тривожності у підлітковому віці: дис. на здобуття наук. ступеня канд. психол. наук: спец. 19.00.07. Київ. 2008. 192 с.

25. Карамушка Л. М., Дзюба Т. М. Феномен «здоров'я» як актуальний напрям досліджень в організаційній психології. *Організаційна психологія. Економічна психологія*. 2019. № 1(16). С. 22–33.

26. Каргіна Н. В. Основні підходи до вивчення психологічного благополуччя: теоретичний аспект. *Наука і освіта*. 2015. № 3. С. 48–55.

27.Климчук В., Сувало О. Охорона психічного здоров'я у громадах: посібник для місцевих координаційних органів. 2021. URL: https://surl.li/szogze

28. Колесник Н. Т. Клінічна психологія. 2014. 363 с. URL: https://stud.com.ua/28948/psihologiya/klinichna_psihologiya

29. Коробка Л. Психологічне здоров'я людини в контексті здорового способу життя. *Український науковий журнал «ОСВІТА РЕГІОНУ».* 2011. URL: https://social-science.uu.edu.ua/article/489

30. Корольчук О. Охорона психічного здоров'я в умовах ведення АТО. *Інвестиції: практика та досвід*. 2016. №18. С. 96–102.

31. Коцан І. Я., Ложкін Г. В., Мушкевич М. І. Психологія здоров'я людини.за ред. І. Я. Коцана. Луцьк. 2011. 430 с.

32. Коць Є. М. Психологічна природа осіб із соціальною тривожністю. *Науковий вісник Херсонського державного університету*. Серія: Психологічні науки. Вип. 3. Т. 1. 2017. С. 92–96.

33. Крайнюк В. М. Психологія стресостійкості особистості: монографія. Київ:Ніка-Центр. 2007. 432 с.

34. Криворучко Т. В. Особливості розуміння самооцінки в сучасній психологічній науці. *Медсестринство*. 2015. №4. С. 19–22.

35. Максименко С. Д. Максименко К. С., Папуча М. В. ПСИХОЛОГІЯ особистості / за ред. С. Д. Максименка. Київ : ТОВ «КММ», 2007. 296 с.

36. Методики дослідження психічного здоров'я та благополуччя персоналу організацій: психологічний практикум. Л. М. Карамушка, О. В. Креденцер, К. В. Терещенко, В. І. Лагодзінська, В. М. Івкін, О. С. Ковальчук; за ред. Л. М. Карамушки. Київ: Інститут психології імені Г.С. Костюка НАПН України. 2023. 76 с.

37. Моргун В. Особистість та її становлення: спроба наукового моделювання. Особистість в освіті: парадигма культури: монографія. Полтава: ТОВ «АСМІ». 2011. С. 27–35.

38. Мушкевич М. Діагностичний комплекс психологічного супроводу сімей, що мають проблемних дітей. *Психологічне консультування і психотерапія*. 2021. №15. С. 24–31.DOI: https://doi.org/10.26565/2410-1249-2021-15-02

39. Онісковець Б. І. Психологічні особливості емоційних станів жінок літнього віку, хворих на ішемічну хворобу серця: дис. … докт. філос.: 053 Психологія. Київ, 2021. 280 с.

40. Павелків Р. В. Загальна психологія. Київ: В-во Кондор. 2013. 576 с.

41. Парасєй-Гочер А., Іванова Є., Науменко Н. Емпіричне дослідження тривожності у жінок середнього віку. *Вісник Львівського університету.* Серія психологічні науки. 2023. Вип. 17. С. 38–44

42. Панок В. Г. Психологічні дослідження в умовах війни: проблеми і завдання. *Вісник Національної академії педагогічних наук України*. 2023. Вип. 5(1). С. 1–12. DOI: https://doi.org/10.37472/v.naes.2023.5133

43. Паскевська Ю. Психічне здоров'я персоналу пенітенціарних установ як предиктор успішного функціонування у професійному просторі. *Організаційна психологія. Економічна психологія*. 2022. №1(25). С. 81–88. DOI:https://doi.org/10.31108/2.2022.1.25.9

44. Подольська Г. Аналіз психологічного феномену тривожних станів особистості та їх подолання за допомогою арт-терапевтичної роботи з глиною. *Psychological journal.* 2021. №7 (51). С. 29–38. DOI: https://doi.org/10.31108/1.2021.7.7

45. Попович І.С. Дослідження психоемоційних станів педагогів у ковідний період. *Становлення особистості професіонала у постковідному просторі*. Мукачево: Вид-во МДУ. 2022. С. 118–121.

46. Психодіагностика. Діагностика психічних станів і властивостей особистості. Шкала реактивної (ситуативної) та особистісної тривожності Ч.Д. Спілбергера - Ю.Л. Ханіна. URL: https://surl.li/pesssg

47. Психологія стресу та стресових розладів: навч. посіб. / О. Ю. Овчаренко. Київ: Університет «Україна». 2023.266 с.

48. Пфайфер С. Депресія. Хвороба сучасності. Наук. ред. В. Бабич ; пер. з нім. О. Кушнікова. Львів: Свічадо. 2017. 87 с.

49. Сафін О., Кузьменко Ю. Особливі умови життєдіяльності та адаптаційний потенціал особистості: психологічний аспект. *Збірник наукових праць Національної академії державної прикордонної служби України.* Серія: Психологічні науки. 2016. № 1 (3). С. 195–209.

50. Семиченко В. А. Психологія емоцій. Київ: Магістр-S. 1998. 128 с.

51. Сердюк Л. З. Структура та функція психологічного благополуччя особистості. *Актуальні проблеми психології :* зб. наук. пр. Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України. Том V: Психофізіологія. Психологія праці. Експериментальна психологія. Вип. 17. Київ, 2017. С. 124–133.

52. Скрипник А. Г. Проблема особистісного адаптаційного потенціалу в сучасній психологічній науці. *Теорія і практика сучасної психології*. 2019. С. 100–104. URL: http://www.tpsp-journal.kpu.zp.ua/archive/1_2019/part_1/22.pdf

53. Смольська Л.М. Стресостійкість та життєстійкість: креативна модель формування в сучасних умовах. *Науковий вісник Ужгородського національного університету.* Серія: Психологія. 2022. (4). 113–117 с. DOI: https://doi.org/10.32782/psy-visnyk/2021.4.22

54. Татенко В. О. Сучасна психологія: теоретико-методологічні проблеми: навч. посіб. Київ: Вид-во Нац. авіаційного ун-ту «НАУ-друк». 2009. 288 с.

55. Тащук В. К., Амеліна Т. М., Полянська О. С. Сучасні підходи до лікування коморбідної патології ішемічної хвороби серця та ХОЗЛ/В.*Туберкульоз, легеневі хвороби, ВІЛ-інфекція*. Київ:ВІТ-А-ПОЛ. 2015. № 3. С. 110–111.

56. Титаренко Т. М. Травмочутливий психологічний супровід як медіатор конструктивних особистісних трансформацій. *Філософсько-соціологічні та психолого-педагогічні проблеми підготовки особистості до виконання завдань в особливих умовах :* матеріали науково-практичної конференції. Київ: Національний університет оборони України ім. І. Черняховського. 2019. С. 274–278.

57. Томчук С. М., Томчук М. І. Психологія тривоги, страху та агресії особистості в освітньому процесі: монографія. Вінниця: КВНЗ «ВАНО». 2018. 200 с.

58. Тренінги з розвитку професійної компетентності андрагогів: практичний посібник / Авт. кол.: Баніт О. В., Коваленко О. Г., Котирло Т. В., Піддячий В. М., Самко А. М., Шарошкіна Н. Г. К.: ІПООД імені Івана Зязюна НАПН України. 2021. 407 с.

59. Фучко О. Л. Дослідження психоемоційних станів педагогічних працівників та здобувачів вищої освіти в період пандемії та війни. *Науковий часопис НПУ імені М. П. Драгоманова*.2023. Вип. 4(163). С. 221–225.DOI 10.31392/NPU-nc.series15.2023.04(163).41

60. Халік О. О. Тривожність як чинник дезадаптації практичних психологів-початківців: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. псих. наук: 19.00.07. Київ. 2010. 20 с.

61. Хаустова О. О., Чабан О. С. Практична психосоматика: діагностичні шкали. Видавничий дім «Медкнига». 2019. 112 с.

62. Цимбалюк С. Сучасні підходи до характеристики терміна «здоров'я». *Фізичне виховання, спорт і культура здоров'я у сучасному суспільстві:* збірник наукових праць. 2016. № 4 (36). С. 88–94.

63. Швалб Ю. М. Еколого-психологічні детермінанти суб'єктивного благополуччя особистості: монографія / за ред. Ю. М. Швалба. Київ-Львів: Видавець Вікторія Кундельська. 2021. 234 с.

64. Шевченко Н. Тривожність як чинник дитячого неврозу: теоретичне обґрунтування. *Проблеми сучасної психології.* 2020. № 30. С. 689–700. DOI: https://doi.org/10.32626/2227-6246.2015-30.%p

65. Яковлева Н. Ю. Медико-психологічна допомога при тривожних розладах у військовослужбовців та населення. *Актуальні проблеми психології:* Психологія навчання. Генетична психологія. Медична психологія. 2015. Том X. Вип. 27. С. 703–712.

66. Яремко Р., Гродська В., Дзюбак А., Ільків Х. Теоретичне дослідження проблеми тривожності особистості у психологічній літературі. *Молодий вчений*. 2022. № 5 (105). С. 83–86. DOI: https://doi.org/10.32839/2304-5809/2022-5-105-16

67.Larsen's A., Bøggild H., Mortensen'sJ. T., FoldagerL. Psychopathology, DefenceMechanisms, and the Psychosocial Work Environment. *International Journal of Social Psychiatry*. 2009. № 56(6).P. 563–77. DOI: https://doi.org/10.1177/0020764008099555.

68. BrennanJ., Reilly P., Cuskelly K., Donnelly S. Social work, mental health, older people and COVID-19. *International psychogeriatrics*. 2020.Vol. 32(10). P. 1205–1209.DOI: https://doi.org/10.1017/S1041610220000873.

69. Eaker E. D. Psychosocial risk factors for coronary heart disease in women. *Cardiol. Clin*. 1998. № 16 (1). P. 3–111.

70. Engel G. L. The clinical application of the biopsychosocial model. *American Journal of Psychiatry*. 1980. № 137. P. 535–544.

71. Kononov A. N. (2016). SPECIFICS of anxiety state experiencing bycardiovascular in-patients. *Vestnik MSEU*. 2016. № 3, P. –17.

72. Salovey P., Rothman A. J., Detweiler J. B., Steward W. T. Emotionalstates and physical health. *American Psychologist*,2000. Vol.55 (11). P. 110–121.

73.Seligman M. Using the new Positive Psychology to Realize Your Potential for Lasting Fulfi llment. *New York: Simon and Schuster*. 2002. Vol. 3. P. 14–25.

74. Selye H. Stress without distress. Lippincott Williams & Wilkins. 1974. p.

75. Spielberger C.D. Anxiety: Current trends in theory and research. *Academic Press.* 1972. Vol. 1. P. 24–55. DOI: https://doi.org/10.1016/B978-0-12-657401-2.50008-3

76. Vasylenko O., Komar T., Pilishek S.,Posvistak O., Potapchuk Y. Diagnosing thenegative psycho-emotional States among Students. *Revista Romaneasca pentru Educatie Multidimensionala*. 2020.№ 12(1). P. 39–52.DOI: https://doi.org/10.18662/rrem/198

77. Whiteford H. A., Degenhardt L., Rehn J., et al. Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: findings from the global burden of disease study. *Lancet*. 2013. № 382. P.1575–1586. DOI: https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)61611-6CrossRefPubMedWeb of ScienceGoogle Scholar

78. World Health Organization. «Mental Health Action Plan 2013–2020». URL: https://www.who.int/mental_health/publications/action_plan/en/.