

Міністерство освіти і науки України
Бердянський державний педагогічний університет
Кафедра психології

Допущено до захисту
Завідувач кафедри



«18» листопада 2025 р.

**СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНІ НАПРЯМИ ЗБЕРЕЖЕННЯ
МЕНТАЛЬНОГО ЗДОРОВ'Я УКРАЇНЦІВ В УМОВАХ ВІЙНИ**

Кваліфікаційна робота магістра

Виконавець: здобувачка другого рівня
вищої освіти, групи м 207 П –з
Галузь знань: 05 Соціальні та
поведінкові науки
Спеціальність: 053 Психологія
Освітньо-професійна програма:
Психологія тренінгової роботи

Кочуровець Ганна Валеріївна

Керівник: к. психолог. н., ст. викл.
кафедри психології

Оксана СТРИЛЬЧУК

Рецензент: к. психолог. н., доцентка
кафедри психології

Ірина ЧЕРЕЗОВА

Запоріжжя – 2025 рік

ЗМІСТ

ВСТУП.....	3
РОЗДІЛ I. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНИХ ЧИННИКІВ ЗБЕРЕЖЕННЯ МЕНТАЛЬНОГО ЗДОРОВ'Я В УМОВАХ ВІЙНИ.....	6
1.1. Поняття ментального здоров'я: психологічні та соціально-психологічні підходи.....	6
1.2. Психологічні та соціально-психологічні наслідки впливу війни на психічне здоров'я українців.....	12
1.3. Психологічні стратегії підтримки психічного здоров'я в умовах воєнних дій:	
РОЗДІЛ II. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНИХ ЧИННИКІВ ЗБЕРЕЖЕННЯ МЕНТАЛЬНОГО ЗДОРОВ'Я УКРАЇНЦІВ.....	26
2.1. Обґрунтування процедури та методів дослідження стану ментального здоров'я українців в умовах війни.....	26
2.2. Аналіз результатів діагностики рівня ментального здоров'я українців.....	33
2.3. Гендерні, вікові та соціально-психологічні особливості ментального здоров'я в умовах війни.....	38
2.4. Характеристика ключових соціально-психологічних напрямів збереження ментального здоров'я українців в умовах війни.....	40
РОЗДІЛ 3. РОЗРОБКА ТА ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ ТРЕНІНГОВОЇ ПРОГРАМИ З ПІДТРИМКИ МЕНТАЛЬНОГО ЗДОРОВ'Я.....	47
3.1. Теоретична модель тренінгової програми зі з посилення ментального здоров'я українців.....	47
3.2. Процедура впровадження та оцінка ефективності тренінгу зі збереження ментального здоров'я українців.....	49
3.3. Рекомендації щодо подальшого укріплення ментального здоров'я українських громадян у воєнний та повоєнний періоди.....	60
ВИСНОВКИ.....	63
СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ.....	66
ДОДАТКИ.....	73

ВСТУП

Ментальне здоров'я посідає провідне місце серед ключових показників якості життя, психологічного благополуччя та соціальної стабільності населення. У сучасних умовах повномасштабної війни в Україні ця проблема набула безпрецедентної гостроти, оскільки вплив воєнних дій охоплює всі сфери життєдіяльності українців — від емоційного стану та міжособистісних взаємин до економічної безпеки, соціальної згуртованості та національної ідентичності. Тривала дія травматичних чинників, непередбачуваність подій, втрата житла, загибель рідних, переміщення, порушення базових потреб та постійна небезпека створюють умови, за яких психіка зазнає екстремального навантаження. Ці процеси спричиняють зростання рівнів тривожності, депресивності, емоційного виснаження, симптомів ПТСР та зниження емоційної регуляції, що підтверджується даними соціологічних і психологічних досліджень, проведених в Україні останніми роками.

Водночас численні праці провідних вітчизняних і зарубіжних дослідників засвідчують, що ментальне здоров'я має не лише вразливість, але й значний потенціал до відновлення, який активується за умов наявності соціальної підтримки, особистісних ресурсів, ефективних копінг-стратегій та державних програм допомоги. Війна загострила необхідність вивчення соціально-психологічних чинників, що впливають на психічне благополуччя, та впровадження дієвих інтервенцій, спрямованих на зміцнення психологічної стійкості українців.

Актуальність дослідження зумовлена зростанням масштабів психологічних наслідків війни та недостатньою кількістю комплексних наукових праць, що одночасно поєднують теоретичний аналіз, емпіричне вивчення психічного стану населення та розробку практичних інструментів підтримки. Дослідження соціально-психологічних детермінант ментального здоров'я є необхідним для формування ефективних стратегій психосоціальної допомоги,

розбудови системи превенції психічних розладів та створення резильєнтного суспільства, здатного протистояти довготривалим кризовим явищам.

Метою кваліфікаційної роботи є вивчення соціально-психологічних чинників збереження ментального здоров'я українців в умовах війни та обґрунтування практичної тренінгової програми, спрямованої на підвищення психологічної стійкості і благополуччя населення.

Для досягнення поставленої мети були визначені такі **завдання дослідження**:

1. Проаналізувати наукові підходи до розуміння ментального здоров'я, його структури та базових компонентів.
2. Окреслити психологічні та соціально-психологічні наслідки впливу війни на психічне благополуччя українців.
3. Визначити ключові особистісні та соціальні чинники, що сприяють збереженню ментального здоров'я в умовах воєнних дій.
4. Провести емпіричне дослідження психологічного стану українців у період війни із застосуванням валідних психодіагностичних методик.
5. Виявити гендерні, вікові та соціально-психологічні особливості ментального здоров'я різних груп населення.
6. Розробити та апробувати тренінгову програму, спрямовану на зміцнення ментального здоров'я та психоемоційної стійкості.
7. Оцінити ефективність впровадженої тренінгової програми та сформулювати практичні рекомендації щодо подальшої підтримки ментального здоров'я українців.

Об'єкт дослідження виступило ментальне здоров'я особистості.

Предмет дослідження були соціально-психологічні чинники та механізми збереження ментального здоров'я українців в умовах війни.

У роботі застосовано комплекс теоретичних та емпіричних методів, зокрема аналіз наукових джерел, психодіагностичні методики (MHC-SF, CD-RISC-10, «Індекс психоенергетичного виснаження»), кількісні та якісні методи

опрацювання результатів, а також формувальний експеримент з розробкою та оцінкою ефективності тренінгової програми.

Практичне значення дослідження полягає у можливості використання отриманих результатів психологами, соціальними працівниками, педагогами, фахівцями з психосоціальної підтримки, а також у впровадженні розробленої програми в освітніх, громадських та реабілітаційних центрах. **Теоретичне** значення роботи полягає у поглибленні досліджень стану ментального здоров'я українців. Наукова новизна роботи полягає у виявленні взаємозв'язку між психоемоційним станом українців та їхніми соціально-психологічними ресурсами, а також у створенні структурованої тренінгової програми, орієнтованої на підвищення резильєнтності та психологічного благополуччя в умовах війни. Емпіричною базою дослідження послугувала загальноукраїнська вибірка добровольців, що приєдналися до дослідження в дистанційному режимі на етапі констатувальної та експериментальної частин дослідження.

Структура та обсяг роботи. Кваліфікаційна робота складається зі вступу, трьох розділів з висновками до них, загальних висновків, списку використаних джерел (52 найменувань, з них 33 іноземною мовою) і 8 додатків (на 14 сторінках). Загальний обсяг кваліфікаційної роботи – 86 сторінок, з них основного тексту – 66 сторінки. Робота містить 4 таблиці і 3 рисунка.

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНИХ ЧИННИКІВ ЗБЕРЕЖЕННЯ МЕНТАЛЬНОГО ЗДОРОВ'Я В УМОВАХ ВІЙНИ

1.1. Поняття ментального здоров'я: психологічні та соціально-психологічні підходи.

Проблема ментального здоров'я стала ключовою в Україні через військові дії, які розпочалися на її території ще з 2014 року і стала стрижневим питанням психологічної науки з початку повномасштабного вторгнення у 2022 року. Перед тим як розпочати аналіз українського контексту варто вдатися до загальної характеристики ментального здоров'я. Ментальне або психічне здоров'я охоплює емоційне, психологічне та соціальне благополуччя людини. Стан ментального здоров'я впливає на думки людини, її поведінку та взаємодію з оточуючими. Цей стан характеризується як динамічний та може змінюватися протягом життя людини залежно від внутрішніх та зовнішніх обставин буття [50]. ВООЗ описує низку критеріїв, які вказують на ментальне здоров'я особистості. Серед них такі як здатність людини реалізовувати свій потенціал, протистояти щоденним життєвим стресам, продуктивно працювати, вносити вклад у життя суспільства [50].

Ментальне здоров'я розглядалося в контексті багатьох традиційних психологічних концепцій та підходів. Серед світових авторів, чийі праці містять дослідження та визначення феномену психічного та ментального здоров'я можна відзначити Селігмана Мартіна, якого вважають основоположником позитивної психології. Згідно поглядів Селігмана М. ментальне здоров'я – це не про відсутність психічних розладів, це про стан процвітання (*flourishing*). Автор розробив модель PERMA, яка містить п'ять компонентів для досягнення психічного благополуччя. Першим компонентом є позитивні емоції (*positive emotions*) такі як радість, задоволення тощо. Другим є залученість (*engagement*) – є стан потоку, коли людина занурена в діяльність. Варто відзначити, що стан залученості використовується деякими зарубіжними дослідниками як профілактика

емоційного вигорання [44]. Третім компонентом є (relationships) – це соціальне оточення, взаємодія між людьми. Четвертий – сенсу (meaning) – наявність вищої мети, що виходить за межі «Я» особистості. Останнім, п'ятим компонентом є досягнення (accomplishments), цей компонент цей компонент відображає відчуття успіху та власної компетентності [44].

Описана концепція досі у різних варіаціях застосовується для покращення ментального здоров'я громадян країн, які перебувають у військових конфліктах. Зокрема її відтворює модель BasicPH Мулі Лахада, яка частково відобразила компоненти моделі PERMA, такі як емоції, сенси та соціальне оточення. Проте цей концепт виключає особисті досягнення, як критерій потенційної самокритики особистості, натомість пропонує уяву (фантазію), інтелект та фізичний стан [7].

Наступним підходом, який важливо розглянути досліджуючи проблему ментального здоров'я є концепція психологічного благополуччя запропонована Керолом Ріфом. Вона розширює попередні погляди на ментальне здоров'я власною багатоаспектністю. Керол Р. стверджував, що для психологічної стійкості недостатньо лише відчувати позитивні емоції, а важливо мати певні диспозиційні характеристики. Серед них він виділяє такі як самоприйняття, що передбачає позитивне ставлення до людини такою, яка вона є та до свого минулого, яке вже не змінити. Важливими складовими є особистий ріст, тобто відчуття власного розвитку та зростання. Також подібно до Селігмана Керол наголошує на важливості присутності мети у житті. Автор виділяє такий компонент як опанування середовища, який передбачає здатність керувати обставинами та власним життям. Наступною складовою психічного здоров'я є автономія – незалежність від думки оточення. Останнім компонентом Ріф називає позитивні стосунки з оточенням, що більше передбачає здатність такі стосунки встановлювати [42].

Концепція зрілої особистості Гордона Олпорта також спрямована на вивчення ментального здоров'я через призму зрілої особистості. Власне зріла особистість – це та особистість, яка є ментально здоровою, її ознакою є

досягнення певного рівня цілісності. Така особисті сприймає себе зріло, тобто здатна на об'єктивний погляд з боку, інтегруючи в собі як слабкі та сильні сторони. Здорова особистість характеризується емоційною безпекою, що проявляється в стабільних реакціях на стрес. Вона здатна тверезо сприймати не лише себе, але й мати здоровий погляд на світ навколо без спотворення власними упередженнями. Зрілій людині властиве почуття гумору, особливо самоіронії. Зріла особистість керується єдиною системою світогляду, який спрямовує її по життю не даючи можливості розпорозуватися.

Більш комплексний підхід до теоретичного аналізу питання ментального здоров'я змушує нас звернутися до класичних концепцій, серед яких гуманістичні погляди Абраама Маслоу та його піраміда потреб. На думку Маслоу досягнення ментальної стійкості можливе за умови задоволення усіх базових потреб людини. На найнижчому щаблі перебувають фізіологічні потреби, далі потреба в безпеці та любові, потреба в повазі та самоактуалізації. Маслоу говорив, що психічно здоровою є та людина, яка досягла вершини піраміди. Така людина відчуває гармонію із собою та світом. На думку Маслоу, порушення ментального здоров'я відбувається у тому випадку, коли котрась з потреб є незадоволеною [29]. Важко не погодитися саме з цим твердженням у розрізі українського суспільства, яке саме перебуває в постійній нестачі ресурсів на задоволення не лише однієї з потреб, але й кількох одночасно. Така ситуація спостерігалася протягом всієї історії української нації, де під значним ударом перебували усі перелічені Маслоу потреби. Особлива атака йшла на базовий щабель піраміди – фізіологічні потреби [29]. Постійні нестачі, голодомор, інші форми геноциду створили значний особистісний та суспільний дефіцит задоволення базових потреб на довгі роки вперед.

Аналізуючи проблему ментального здоров'я не можна оминати погляди Віктора Франкла. Саме вони є актуальними для людей, які перебувають в умовах постійної небезпеки та невизначеності майбутнього. Пройшовши жахи концтабору, засновник логотерапії розглядав психічне здоров'я як здатність

віднаходити сенси навіть у найскладніших ситуаціях. Саме прагнення до сенсу є рушійною силою, яка веде до психічної рівноваги. Ментальну здорову особистість Франкл розглядав як таку, що відзначається відповідальністю за власне життя та вибір. Такій особистості характерна свобода – здатність обирати навіть в тих умовах, коли вибору немає. І найголовніше сенсом, який вона може віднайти в різних подіях свого життя. Психічні проблеми, на думку Франкла, є результатом «екзистенційного вакууму», який утворився в умовах втрати сенсу життя [18].

Ще однією класичною теорією, яку важливо застосувати в аналізі психічного здоров'я є теорія соціального навчання А. Бандури. В контексті цієї теорії самоєфективність розглядається як ключовий компонент психічного здоров'я особистості. Самоєфективність трактується Бандурою як здатність досягти мети та успішно впоратися зі складними ситуаціями. Людина, якій характерна висока самоєфективність ставить перед собою складні, але досяжні цілі. Така людина виявляє наполегливість у долатті перешкод, вона швидше відновлюється після невдач та здатна управляти стресом та тривогою. Низька самоєфективність навпаки, може призвести до депресії та загального порушення психічного здоров'я. В укріпленні ментального здоров'я за Бандурою значну роль відіграє соціальне моделювання та навчання, а також позитивне підкріплення [23].

Крім зарубіжних поглядів на ментальне здоров'я українська психологічна традиція розвинула низку своїх. Серед таких варто відзначити праці Помиткіна О. з його екзистенційно-духовним підходом. У його працях саме духовний розвиток є критерієм ментального здоров'я особистості. За концепцією Помиткіна психічне здоров'я тісно пов'язане з гармонійним розвитком духовного світу людини, її здатністю до самопізнання, саморозвитку та пошуку сенсу. Духовний розвиток є основою психологічної стійкості, а підтримка внутрішньої гармонії дозволяє успішно долати життєві труднощі. Ключовими аспектами концепції Помиткіна є духовність як основа особистості, де психологічне благополуччя залежить від рівня духовної наповненості людини. Духовність надає можливість віднайти смисложиттєві орієнтації, які передбачають наявність неодноразово згадуваного

сенсу життя. Важливою також є моральність, де дотримання високих моральних норм є запорукою ментального здоров'я [13].

Серед вітчизняних концепцій також варто згадати концепцію конструктивної поведінки авторства Ткачишиної О. На думку Олени Ткачишеної в основі ментального здоров'я лежить конструктивна поведінка особистості. Психічно здорова людина здатна адаптуватися до змін, активно впливати на власне життя використовуючи внутрішні ресурси. Основними аспектами концепції є власне конструктивна поведінка, що проявляється в активній та цілеспрямованій діяльності в напрямі вирішення проблем та досягнення цілей. Психічно здорова людина володіє здатністю зберігати рівновагу в умовах стресу. Серед ресурсів особистості, які забезпечують її ментальне здоров'я відзначаються такі як оптимізм, надія, цілеспрямованість [17].

Новим словом в нинішній психології є діяльність «Школи чутливої до психічного здоров'я». Її автори, Горбунова В., Палій В., Климчук В., Розяєв М. є активними прибічниками якості надання психологічних послуг в Україні. Вона була розроблена у 2022 році після повномасштабного вторгнення. Концепція не лише описує ментальне здоров'я, а й пропонує практичні підходи до його підтримки в освітньому середовищі. Така робота передбачає підтримку усіх акторів освітнього процесу – учнів, вчителів та батьків. Концепція «Школи чутливої до ментального здоров'я» базується на засадах системності, де забезпечення ментального здоров'я має носити автономний характер, а не бути частиною загального освітнього процесу. Вона передбачає як заходи профілактики, особливо спрямовані на формування емоційної стійкості, психологічної резильєнтності, а також заходів безпосередньої психологічної інтервенції за потреби. Вчителі згідно поглядів Школи стають чутливими до потреб учнів, а їхня власна емоційна стійкість є запорукою стабільного психологічного клімату в колективі [14].

З огляду на глобальні передумови, що все більше актуалізують проблему психічного здоров'я та збільшують кількість людей, які відзначаються ознаками

порушення ментального здоров'я науковий інтерес до цієї теми не згас. Учені намагаються переглядати та систематизувати наявні дослідження психічного здоров'я. Так, результати проведеного метааналізу низки авторів виявили три домінуючі парадигми, які пояснюють концепт ментального здоров'я. серед них такі як відсутність хвороб, позитивне психічне здоров'я та стан рівноваги. Автори пропонують інтегроване визначення ментального здоров'я як внутрішнього процесу самодопомоги зосередженого на самоусвідомленні і саморегуляції людини, в якому людина прагне збалансувати свої почуття, думки та поведінку, внутрішньоособистісне та міжособистісне з метою наблизитися до оптимального стану благополуччя та відсутності психічних розладів згідно з системою універсальних цінностей та симптомів, а також біологічними, соціальними та екологічними факторами [27].

В інших сучасних дослідженнях психічного здоров'я гарне психічне здоров'я визначають як стан благополуччя, яке дозволяє людям дати раду з нормальними життєвими стресами і продуктивно функціонувати. Універсальні та вибіркові втручання підходять прийнятні для укріплення ментального здоров'я. Основні області, які визначають стан психічного здоров'я охоплюють когнітивну грамотність, ставлення до психічних розладів, самосприйняття та цінності, когнітивні навички, академічні або професійні показники, емоції, поведінку, стратегії самоуправління, соціальні навички, сімейні стосунки та стосунки зі значимими людьми, фізичне здоров'я, сексуальне здоров'я, смисл життя та якість життя [28].

Всі попередні концепції хоч і враховували важливість соціальної взаємодії, але з точки зору диспозиційних рис особистості, тобто її власної здатності налагоджувати такі взаємодії. Інші критерії також стосувалися радше індивідуальних характеристик людини, ніж соціальних. Починаючи з 2020 року пандемія COVID-19, а також ціла низка глобальних потрясінь серед яких війна в Україні зумовили вчених звернути увагу на соціальні детермінанти психічного здоров'я. Зокрема, в дослідженні 2025 року наголошується на впливі на психічне

здоров'я людини таких соціальних детермінант як загроза безпеці, недостатність продовольства, расизм, непрості умови проживання національних меншин [22]. Війна в Україні є чи не найбільшим чинником, який активує перелічені фактори значно підриваючи ментальне здоров'я як окремої особистості так і цілої нації.

1.2. Психологічні та соціально-психологічні наслідки впливу війни на психічне здоров'я українців.

Ментальне здоров'я великою мірою залежить від особистісних рис людини. Її рівня емоційної регуляції, резильєнтності, стресостійкості, оптимізму, наявності життєвих цінностей та сенсів. Більшість досліджень ментального здоров'я ведуть своє коріння із західної психологічної традиції, яка характеризується відносним соціальним спокоєм, але високими вимогами до власних громадян. Мова йде про значне робоче навантаження, податкове навантаження, як умову забезпечення того самого рівня фінансового та суспільного добробуту. З огляду на це в центрі уваги досліджень ментального здоров'я була здатність втримати рівновагу в такому високому ритмі життя та можливість продуктивно протистояти саме щоденним стресам. Проте в глобальному вимірі існує велика кількість суспільств, які лише перебувають на етапі свого становлення або знаходяться в складних економічних та геополітичних обставинах, таких як Україна. Це в свою чергу зумовило інтерес до вивчення впливу зовнішніх соціальних чинників на ментальне здоров'я людини таких як низький рівень фінансового добробуту, війна та інші форми політичної нестабільності і зовнішніх загроз.

Кікбрайд Дж. веде мову про те, що люди, які перебувають у складних соціальних обставинах більше схильні до поганого психічного здоров'я протягом свого життя. Це в свою чергу призводить до міжпоколінних циклів не вигідних умов та поганого здоров'я [35]. Алегрія М. досліджує як соціальні детермінанти такі як соціальний маргіналітет, низький рівень доходів впливають на психічне здоров'я. Емпіричні дослідження авторки та її команди вчених підтвердили

наявність взаємозв'язку із вказаними соціальними детермінантами та нижчим рівнем психічного здоров'я. Крім того, в таких умовах проблеми пов'язанні із психічним здоров'ям схильні до накопичення. Важливе місце посідає низький фінансовий дохід, що ще більш поглиблює проблеми з психічним здоров'ям у різних соціальних меншин та нерідко призводить до депресій та суїцидів. Автори наводять такі соціальні детермінанти як міграція, небезпечні умови проживання та проблеми в сім'ї. Важливим є зворотній взаємовплив, який здійснює стан ментального здоров'я на особистість не даючи їй змогу змінити соціальні умови свого проживання, до прикладу, такі як фінансовий стан [22]. Саме останнє є суттєвим чинником впливу на українське суспільство яке постійно перебуває у стані трансгенераційної травми.

Одним з важливих зовнішніх чинників, який зумовив дослідження впливу зовнішніх умов на психічний стан людини була пандемія COVID-19. Саме в той час було виявлено як соціальна ізоляція, втрата роботи почали активно впливати на глобальне психічне здоров'я. Проте такий вплив не можна було назвати рівномірним, він більшою мірою зачепив вразливі групи населення. Крім того загальний вплив пандемії погіршували такі зовнішні детермінанти як низький рівень освіти, бідність, відсутність повноцінного продуктового забезпечення, доступ до системи охорони здоров'я, низький рівень умов проживання. Все це призводило до загострення та розвитку депресії та ризику суїциду. Крім депресії, особи, що перебували у групі ризику були схильні до хвороб адаптації, що розвиваються внаслідок тривалого стресу такі як серцево-судинні захворювання, імунні захворювання, психосоматичні прояви [33]. Важливо зауважити, що в той час, як світ вже значно оголтувався від наслідків пандемії та вийшов із соціальної ізоляції та фінансової нестабільності, Україна продовжує перебувати у глибокій кризі через повномасштабне вторгнення також попередньо відчувши на собі наслідки коронавірусу. Соціальні ризики для ментального здоров'я, які досі не втратили актуальності для світових вчених набули в Україні надзвичайного

розвитку проте не стають в центрі уваги світової психології, соціальної психології та соціології.

Війна спричинила тотальний негативний вплив на ментальне здоров'я українців, що в першу чергу стає предметом досліджень саме українських науковців та соціологів. Так, за даними аналізу індексу здоров'я українців за 2024 рік, яке проводиться Київським міжнародним інститутом соціології було з'ясовано, що значна частина населення відчуває зростання рівня тривоги, та переживає хронічний стрес, а потреба психологічній підтримці продовжує збільшуватися [8]. Згідно звітів неурядових організацій 65% українців потребує психологічної допомоги, але лише 17% її отримують [48].

Загалом дослідження впливу війни на ментальне здоров'я українців почали проводитися одразу після повномасштабного вторгнення. За даними міністерства здоров'я близько 15 млн. українців потребують психологічної допомоги, а 3-4 млн вже перебувають на етапі необхідності надання медикаментозного лікування [3]. Уже у вересні 2022 року було презентовано перші результати психологічного стану населення. Згідно отриманих даних, попри важкі обставини війни суб'єктивна оцінка психічного здоров'я отримала доволі високий бал – 6,7 з 9 можливих. Разом з тим близько 40% мали безпосередню загрозу власному життю та здоров'ю, 90 % фіксували у себе хоча б один появ посттравматичного стресу, а 57% перебувають у зоні ризику розвитку ПТСР. Хоча 70% відзначили, що не потребували звернення до фахівця під час першого місяця війни, але 23 % хотіли би звернутися за психологічною допомогою [4].

Проте варто зауважити, що така ситуація була радше наслідком первинної мобілізації зусиль та результатом деякого посттравматичного зростання. Подальший ментальний стан населення викликав все більше занепокоєння. За даними ВООЗ, кожен п'ятий українець перебував у зоні ризику розвитку психічних порушень, а особливо військові, які перебувають в умовах підвищеного психологічного тиску. Близько 12 % респондентів відзначили, що хоча б один член родини має підвищену тривожність та психологічні проблеми, що заважають

побутовому життю, а здоров'я людей, що живуть в регіонах з активними бойовими діями значно погіршилося [49].

Подальші дослідження, проведені у 2024 році фіксували, що майже десять мільйонів населення знаходиться в зоні розвитку психічних розладів, а майже 4 мільйони вже живуть з ними. Разом з тим рівень надання психологічної допомоги залишається недостатнім [51].

У дослідженнях Курапова А. висвітлюється загальний вплив війни на психічне здоров'я українців. Так, було опитано 703 особи після півроку повномасштабного вторгнення. Результати опитування довели, що люди, які безпосередньо пережили максимальний вплив війни, тобто зазнали насильства та інших страждань мають значно вищі симптоми прояву усіх негативних наслідків для психіки таких як ПТСР, розлади тривоги, депресивні прояви. Разом з тим, порівняння українців, які залишили Україну, та тих, які залишилися продемонструвало, що усі перелічені прояви характерні тим, хто виїхав за кордон у більшій мірі, ніж тим, хто залишився. Дослідження показало різний вплив війни на українців, та виявило низку предикторів, таких ПТСР, стійкість до стресу та суб'єктивна задоволеність життям, що можуть погіршувати ментальне здоров'я українців [36].

Курапов А. та команда іноземних дослідників також вивчала симптоми ПТСР на якість сну в українців в умовах повномасштабного вторгнення. Було виявлено значний прояв симптомів ПТСР та порушення сну по всій Україні, разом з тим було з'ясовано наявність сильних регіональних розбіжностей в суб'єктивній (власні переживання з приводу війни) та об'єктивній (кількість повітряних тривог, частота обстрілів тощо) оцінках війни. Особливістю даного дослідження було з'ясування ролі суб'єктивних оцінок наслідків війни, які прогнозували і симптоми ПТСР і порушення сну в той час як методики спрямовані на об'єктивну оцінку надавали інформацію більше про симптоми ПТСР [36].

Війна спричиняє значний вплив на ментальне здоров'я дітей та підлітків. Відповідне дослідження було представлено на Європейському психіатричному

конгресі, що відбувся у 2024 році. В дослідженні взяли участь 785 підлітків, які були переміщені із зони бойових дій та прифронтових регіонів. Динаміка симптомів фіксувалася протягом року. Згідно результатів дослідження зростання прояву симптомів ПТСР відбулося з 12,9% до 21 %. Збільшення показника синдрому дефіциту уваги та гіперактивності відбулося з 10,2% до 12,6%. Депресивні розлади зросли від 22% до 33%. Розлади агресії, навпаки продемонстрували падіння з 30,8% до 11,5%. Разом з тим розлади поведінки також зросли у своїх проявах від 15,4% до 18 %. Дослідження також виявило, що діти, які мають прояви ПТСР більш схильні до розвитку подальших ментальних порушень та є більш вразливими до потенційного травматичного досвіду. Загалом, у період з 2022 по 2023 рік було виявлено, що близько третини українських дітей мають проблеми психічного характеру пов'язані з тривогою, травматичним стресом, розвитком депресії, поведінковими порушеннями та СДУГ [49].

Не менше, ніж діти вплив війни переживають їхні батьки. Група британських вчених виміряла стан психічного здоров'я українських батьків за низкою методик. В опитуванні взяли участь батьки зі всіх регіонів України. Так, близько 72% учасників дослідження вказали про посилення симптомів тривоги, 62,1 % вказали про посилення симптомів депресії, 47% повідомили про зростання почуття самотності. Важливим є те, що крім звичних ознак порушення ментального здоров'я майже 8 % зізналося, що почали вживати алкоголь в значних кількостях [32]. Важливо зауважити, що такий факт як вживання алкоголю є тим, що люди зазвичай намагаються приховати і можна припустити, що відсоток таких батьків потенційно може бути вищим.

Група українських вчених провела дослідження впливу війни на ментальне здоров'я українців у вразливих груп населення. Було опитано 90 респондентів серед яких були військовослужбовці, внутрішньо переміщені особи та звичайні громадяни, які проживало в одному з обласних центрів Заходу України. Досліджувані були продіагностовані на предмет прояву таких симптомів як

уникнення, негативні емоційні прояви, когнітивні порушення, поведінкові порушення. Найбільше прояви ПТСР були характерні для внутрішньо переміщених осіб та складали більше 80 %, разом з тим у військовослужбовців такі прояви були на рівні більше, ніж 50%, а в цивільного населення біля 10%. Серед ВПО найбільш проявленими були такі симптоми як уникнення (більше 76%) та гіперзбудження (майже 90 %) [9]. Тобто було зафіксовано, що цивільне населення, яке пережило жахи війни у більшій мірі, ніж військові підвладні негативним психічним проявам.

У дослідженні ментального здоров'я українців важливо звернути увагу на дослідження проведене науковцями Бердянського педагогічного університету серед яких Цибуляк Н. та Поповою А. Це дослідження мало якісний характер та охопило 30 респондентів, які надали відповіді стосовно прояву стресу, тривоги, вигорання та почуття ізоляції. Дослідження проводилося з лютого по квітень 2024 року. Отримані дані інтерв'ю продемонстрували низку причин, які погіршують дослідницький потенціал, зумовлюючи до прикладання ще більшої кількості зусиль та загального психологічного перенапруження. Серед них такі як втрата професійних мереж, зниження інституційної підтримки. Проте не зважаючи, на погіршення умов праці українські дослідники продовжують демонструвати психологічні стійкість та результативність [47]. Разом з тим варто звернути увагу, що. Не зважаючи на дещо оптимістичні прогнози такий стан надмірної напруги в подальшому несе вищий рівень розвитку професійного вигорання не лише для українських науковців, але й для багатьох професій, представники яких змушені докладати надмірних зусиль для забезпечення економічної стабільності та економічного зростання.

Поряд за науково-педагогічними працівниками студенти також страждають від негативних наслідків війни. Великою проблемою в Україні є відтік молоді за кордон, одним із причин якого є також прагнення до безпеки. В жовтні 2023 року було проведено дослідження в якому взяло участь 1398 студентів. Отримані дані продемонстрували, що про симптоми тривоги повідомило майже 50% студентів,

ознаки депресії були відзначені у майже 35% респондентів, на безсоння страждають 19% опитаних. Характерним є те, що більш високі показники негативних психічних проявів були пов'язані з первинними негативними передумовами, використанням соціальних мереж, вплив численних травмівних подій, втрату близької людини тощо. Також звертає увагу на себе те, що гірші показники ментального здоров'я були властиві жінкам [40].

Одним із суттєвих показників стану ментального здоров'я населення є об'єктивні показники психіатричної госпіталізації. Дослідження проведене серед керівників 34 психіатричних закладів України дозволило дослідити динаміку госпіталізацій через загострення психічних станів пацієнтів. Так, було з'ясовано, що кількість госпіталізацій зросла через півроку після повномасштабного вторгнення та через два роки. Хвиля госпіталізацій пов'язаних саме з військовою травмою склала в січні 2022 року 12% від загального числа госпіталізованих, в квітні 2022 року 13,5%, а в квітні 2024 року вже 17,3%. Показовим є те, що разом зі зростанням кількості пацієнтів, число медичних працівників психіатричної галузі скорочується – майже 22% працівників були переміщені в інші заклади [39].

Отже, численні факти, дослідження, та загалом актуальний контекст свідчать про те, що війна здійснила дуже негативний вплив на психічне здоров'я населення. Прояви посттравматичного стресового розладу, підвищений рівень тривожності, безсоння фіксуються більш як у половини українців. Негативних впливів зазнають усі соціальні та вікові групи. Все це робить психологічну допомогу вкрай актуальною та зумовлює до пошуку соціально-психологічних чинників для збереження ментального здоров'я українців.

1.3. Психологічні стратегії підтримки психічного здоров'я в умовах воєнних дій: вітчизняний та зарубіжний досвід.

Пошук соціально-психологічного підґрунтя для стабілізації психічного стану українців передбачає детальний теоретичний аналіз існуючих способів

підтримки населення та огляд методів діагностики ментального стану особистості. Систематизація форм психологічної підтримки дозволяє виділити основні підходи до підтримки психічного гомеостазу людини.

Існуючі методи психологічної допомоги можна розділити на такі загальноновживані в численних джерелах як індивідуальна терапія, групова терапія, психологічна просвіта та самодопомога. Індивідуальна терапія дозволяє віднайти унікальні людські ресурси та виявити основні суб'єктивні перешкоди до психічного благополуччя навіть, якщо вони зумовлені об'єктивними непереборними обставинами війни. Більшість традиційних психологічних концепцій, які зумовлені на формування стресостійкості, а також профілактику вигорання наголошують на важливості соціального оточення та соціальної підтримки. Забезпечити таку підтримку та створити відчуття спільноти в кризових життєвих обставинах є завданням групової терапії.

Як показали результати дослідження доступності та розповсюдженості психологічної допомоги серед населення, попит перевищує пропозицію. Набагато більше людей потребують такої допомоги, ніж отримують, що, власне обґрунтовується такими природними обмеженнями як ресурсна спроможність фахівців, фінансові обмеження, соціальна ізоляція. Проте такі методи психологічної допомоги як психологічна просвіта та самодопомога можуть стати цілком дієвими інструментами через можливості їх масштабування.

Психологічна освіта або просвіта спрямована на поширення знань про ментальне здоров'я серед широких верств населення. Психологічна просвіта дозволяє отримати будь-кому доступ до якісної інформації, яка дозволяє розпізнавати негативні симптоми психіки та способи реагування на них. Психологічна самодопомога є тією формою психологічної підтримки, яка є ключовим об'єктом психологічної освіти. Серед найбільш поширених практик самодопомоги медитація, дихальні вправи, вправи на міорелаксацію.

Перед тим як приступити до аналізу вітчизняних підходів до підтримки ментального здоров'я населення варто зупинитися на зарубіжних концепціях.

Загалом методи психологічної допомоги можна розділити на концептуальні, в основі яких лежить ті, чи інші психологічні підходи та технічні, які описують канали та форми через які здійснюється психологічна підтримка населення.

Серед найбільш поширених психологічних концепцій, які застосовуються для стабілізації ментального стану особистості можна виділити найбільш доказовий і найбільш розповсюджений метод когнітивно-поведінкової терапії. Основна ідея терапії полягає в тому, що наші думки зумовлюють почуття та призводять до певних моделей поведінки. Зміна непродуктивних когнітивних сценаріїв або схем на продуктивні є головною метою КПТ [26].

В контексті українського досвіду, де травматизація є із основних причин погіршення ментального здоров'я є використання травма-сфокусованого підходу в когнітивно-поведінковій терапії. Фахівці наголошують на тому, що такий підхід надає змогу розібратися у великій кількості травматичного досвіду. Ефективність КПТ підтверджена у роботі з такими психічними розладами особистості як розлади тривожності, депресія, психотичні прояви в тому числі шизофренія та біполярний розлад, стрес, захворювання психосоматичного характеру, безсоння, проблеми з агресією тощо [31]. Тобто мова йде про більшість проявів, які розвинулися в українців через обставини війни.

Загалом, можна виділити травма-орієнтовану терапію як окремий напрям роботи з травмою та охарактеризувати основні її напрями. Один з таких є тілесно-орієнтована терапія. Тілесно-орієнтована терапія дозволяє віднайти новий спосіб роботи з власними емоціями та почуттями. Ключовими завданнями тілесно-орієнтованої терапії є розвиток самосприйняття, навиків емоційної саморегуляції, зростання самосвідомості, пошук гармонії. Окремо можна виділити роботу з травмою та психосоматикою, де методи тілесно-орієнтованої терапії дозволяють дослідити травматичний досвід та його вплив на самопочуття та поведінку. Також травма орієнтовані підходи можуть бути використані і в інших психологічних методах індивідуальної терапії, зокрема в гештальт-терапії.

Дещо відміним у роботі з травмою є принцип позитивної психотерапії. Вона хоч і торкається травматичного досвіду, але акцент робиться на ресурсності та пошуку сильних сторін особистості [44]. На відновлення почуття безпеки та самоефективності спрямована ізраїльська форма психологічної допомоги. Низка ізраїльських авторів веде мову про те, що варто відходити від короткострокових методів психологічної допомоги, а головну увагу приділяти сталим формам психологічного відновлення та стабілізації, які формуватимуть стійкий фундамент особистості. В своїх підходах дослідники опираються на концепцію самоефективності Хобфолла [30]. В запропонованому дослідженні самоефективність також розглядатиметься як чинник збереження ментального здоров'я українців.

Такий же погляд викладено в статті, що описує психологічну підтримку держав, які опинилися в зоні військових конфліктів. Хоча стаття була опублікована ще у 2019 році і стосується переважно країн Африки її основною ідеєю є відхід від ситуативної психологічної підтримки до зміцнення ресурсів спільнот. Це є вкрай актуальним для України, де проблема пошуку таких ресурсів лише набуває популярності після тривалого занурення у травму. Крім вже названої самоефективності одним із ключових завдань є виявлення основних рис української ментальності, які забезпечували життєздатність української ідентичності протягом усього періоду її існування і забезпечують зараз.

Крім зазначених фундаментальних психологічних методів допомоги особистості варто згадати такі більш фрагментарні методи як EMDR та арт-терапія. Методи арт-терапії часто використовуються з особами, що пережили значний травматичний досвід та дітьми. Вони дозволяють у символічній формі пропрацювати власні переживання, вивільнити негативні емоції та трансформувати їх у новий досвід. EMDR у 2013 був внесений ВООЗ у перелік методів, що довели свою ефективність у лікуванні ПТСР. Він використовується для терапії реакцій на тяжкий стрес, розладів адаптації, фобічні, тривожні розлади, депресивні епізоди тощо [11].

Значного поширення набула допомога через гарячі лінії. Низка громадських організацій запустила гарячі лінії зокрема для внутрішньо переміщених осіб, осіб, які зазнали насильства, дружин військових. Професійні психологи надають фахові консультації пов'язані з надмірною тривогою, панічними атаками, проявами депресії, переживанням травматичного досвіду тощо [6].

Серед міжнародних організацій, які також фінансують надання психологічної допомоги українцям у їх переживанні негативних наслідків війни – організація лікарі без кордонів. В 2023 році цією організацією було надано близько 8000 консультацій. Мобільні бригади надають професійну підтримку як у прифронтових регіонах так і далі від лінії фронту відвідуючи не лише міста, а й села. Важливою місією є надання первинної психологічної допомоги в постраждалих регіонах для профілактики подальшого погіршення психологічного стану [38].

Крім перелічених форм надання психологічної допомоги варто відзначити такі як різні форми самоорганізації професійних спільнот різного спрямування заради надання психологічної допомоги, студентські ініціативи серед студентів, які також пропонують безоплатне надання психологічної допомоги [41].

Важливо відзначити, що досліджуючи чинники стійкості українців до стресу Черепанов є. відзначив такі як сім'я, культурні цінності, віру та любов до України. Автор відзначає силу волонтерських ініціатив та здатності до самоорганізації. Серед таких форм протистояння негативних наслідків війни є професійна самоорганізація працівників сфери психічного здоров'я для надання підтримки населенню. Однією з ключових місій таких спільнот є підтримка ментального здоров'я через психологічну просвіту. Часто професійні спільноти використовують інформаційні технології для поширення свого досвіду. Серед них такі як телемедицина, чат-боти, організація спільнот в соціальних мережах [25].

Досліджуючи стан ментального здоров'я населення та чинники його збереження важливо вдатися до аналізу методів діагностики психічного благополуччя особистості. Так, Кіро Л. досліджуючи ефективність різних

психологічних методів втручання людей із ПТСР у діагностиці психічного стану застосовувала такі інструменти як оцінка показників якості життя SF-36 v2 Health survey та European Quality Assessment Questionnairу в українській адаптації. Українська версія Європейської анкети якості життя оцінює здоров'я людини опираючись на 5 компонентів: рух, догляд за собою, активність в повсякденному житті, наявність болі, дискомфорту або тривоги. Опитувальник показників якості життя був скомпонований за двома показниками – оцінка психологічного здоров'я та оцінка фізичного здоров'я [34].

Загалом для оцінки ментального здоров'я особистості використовується велика кількість методів. «Золотим стандартом» діагностики психічного стану вважається QuickSCID-5 структуроване клінічне інтерв'ю згідно DSM-5. Проте таке інтерв'ю рекомендується для заповнення фахівцями через структуру, яка передбачає відкриті відповіді. У школах та психологічних центрах використовується така система психологічних методик діагностики психічного здоров'я як опитувальник депресії Бека, тест душевного болю Шнейдмана, тест на суїцидальні наміри, шкала депресії за Балашовим, методи соціометрії та референтометрії тощо [14].

З огляду на потребу виміряти стан психічного здоров'я українців та віднайти чинники його збереження було вирішено зупинитися на трьох методах. Перший власне спрямований на діагностику ментального здоров'я, інші дві – на виявлення чинників, які дозволяють забезпечувати психологічну стабільність. Для оцінки психічного благополуччя нами було обрано метод МНАІ (Mental Health Assessment Instrument) розроблений Національним Університетом «Києво-Могилянська академія» разом з Університетом Джона Гопкінса. Спрямований на виявлення виражених симптомів депресії та тривожності [12].

Для діагностики позитивних психічних станів нами була обрана методика The Mental Health Continuum – Short Form, коротка форма шкали психічного процвітання на 14 запитань адаптована українськими дослідниками для виявлення ресурсних станів психіки [10; 45]. Також для виявлення позитивного ментального

потенціалу було використано шкалу психологічної стійкості CD-RISC-10 Коннора-Девідсона 10 в адаптації Школіна Н., Шаповал І. [19].

Отже, існує безліч підходів та форм надання допомоги особам, які мають негативні психічні прояви внаслідок сильних стресових подій таких як війна. Серед основних форм допомоги можна відзначити використання методів основних психологічних підходів таких як КПТ, гештальт-терапія, позитивна психотерапія, травма-сфокусовані напрями. Крім цього широке застосування набули техніки швидкої самопомоги серед яких дихання, медитації та вправи на релаксацію. Існує безліч інструментів діагностики ментального стану особистості серед яких варто виділити не лише, ті, що спрямовані на виявлення негативних симптомів психіки, але й такі, що спрямовані на пошук її ресурсів.

Висновки до першого розділу

Ментальне здоров'я особистості завжди було у переліку актуальних викликів в психологічній та психіатричній науці. Цьому ще більше сприяла несприятлива геополітична обстановка зумовлена епідемією коронавірусу. Війна в Україні є тими обставинами, які ще більше посилюють важливість дослідження психічного здоров'я людини. Пошук сенсу є однією з ключових умов психічної стійкості особистості. Базовими компонентами ментального здоров'я є здатність відчувати позитивні емоції, саморегуляція, соціальне оточення. Важливою складовою психічного здоров'я є позитивне самосприйняття та самоефективність. Валика кількість дослідників сходяться на думці, що пошук сенсу та наявність життєвої мети є однією з ключових умов ментального благополуччя особистості.

Війна спричинила надзвичайно руйнівні наслідки для психіки пересічного українця. Багато дослідників наголошують на тому, що не лише певні особистісні риси та щоденні стреси ведуть до погіршення ментального здоров'я, але й низка об'єктивних чинників серед яких війна з її фізичними та матеріальними втратами. Численні дослідження продемонстрували, що стан ментального здоров'я

українців значно погіршився після повномасштабного вторгнення, а з 2024 року спостерігалася друга хвиля погіршення. Більше половини українців мають прояви симптомів ПТСР, панічні атаки, підвищений рівень тривожності, депресивні епізоди, безсоння тощо. Близько дві третини українців потребують психологічної допомоги, але лише четверта частина населення отримує таку підтримку.

Існує велика кількість способів підтримки ментального здоров'я серед яких індивідуальна терапія, групова терапія, психологічна просвіта та самодопомога. Серед методів психологічної допомоги можна окреслити використання класичних напрямів психології таких як КПТ, гештальт-терапія та виокремити їх травма-сфокусовані методи. Проте важливим є пошук психічних ресурсів особистості без надмірного заглиблення в травму, що пропонується позитивною психологією. Серед чинників, які дозволяють зберегти ментальне здоров'я українців дослідники виділяють сімейні цінності, релігійні цінності, любов до батьківщини, здатність до самоорганізації, значний дух волонтерства.

РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНИХ ЧИННИКІВ ЗБЕРЕЖЕННЯ МЕНТАЛЬНОГО ЗДОРОВ'Я УКРАЇНЦІВ

2.1. Обґрунтування процедури та методів дослідження стану ментального здоров'я українців в умовах війни

У дослідженні взяли участь 82 респонденти, які є громадянами України та проживають в умовах воєнного стану. Вибірка формувалася за методом цілеспрямованого відбору з урахуванням принципу добровільної участі. Обсяг вибірки є достатнім для проведення описового та порівняльного аналізу соціально-психологічних характеристик, що дозволяє репрезентувати різні соціальні групи населення та здійснити узагальнення отриманих результатів.

За статтю учасники розподілилися так: 48 осіб (58,5 %) становили жінки, 34 особи (41,5 %) – чоловіки. Переважання жінок у вибірці відображає загальну тенденцію до більшої відкритості представниць жіночої статі до участі в дослідженнях, пов'язаних із психологічною тематикою. Разом з тим, частка чоловіків є достатньою для проведення міжгрупового порівняння.

За віковим критерієм вибірка складалася з осіб віком від 18 до 60 років. Вона охоплює три основні вікові групи: молодь віком 18–25 років (22 особи, 26,8 %), респонденти віком 26–40 років (37 осіб, 45,1 %) та група 41–60 років (23 особи, 28,1 %). Такий віковий діапазон дозволяє виявити вікові особливості впливу війни на психоемоційний стан та соціальну адаптацію українців.

Щодо соціального статусу респондентів, у вибірку увійшли представники різних сфер діяльності, що забезпечує різноманітність соціального досвіду. Зокрема, працівники освіти та гуманітарної сфери становили 17,1 % (14 осіб), працівники приватного сектору – 25,6 % (21 особа), державні службовці – 11 % (9 осіб), представники робітничих професій – 12,2 % (10 осіб), студенти – 15,8 % (13 осіб), військовослужбовці та мобілізовані – 7,3 % (6 осіб), тимчасово безробітні – 11 % (9 осіб). Такий соціальний склад дозволяє врахувати різний рівень

навантаження, обсяг стресових факторів та особливості соціальної адаптації в умовах війни.

За сімейним станом серед респондентів 34 особи (41,5 %) перебувають у зареєстрованому шлюбі, 28 осіб (34,1 %) – не перебувають у шлюбі, 11 осіб (13,4 %) – розлучені, 6 осіб (7,3 %) – у цивільному партнерстві, 3 особи (3,7 %) – вдови або вдівці. Оскільки сімейний стан впливає на рівень соціальної підтримки, ця характеристика є важливою для аналізу збереження ментального здоров'я.

У дослідженні брали участь респонденти з різних регіонів України: 35,4 % (29 осіб) проживають у центральному регіоні, 31,7 % (26 осіб) – у західному, 15,9 % (13 осіб) – у східному, 11 % (9 осіб) – у південному, 6 % (5 осіб) – у північному регіоні. Також 18 осіб (22 %) є внутрішньо переміщеними особами. Географічна різноманітність вибірки дозволяє врахувати різний рівень небезпеки та психосоціального навантаження в умовах війни.

Окремо варто зазначити досвід учасників, пов'язаний із війною: 56,1 % респондентів (46 осіб) мають близьких родичів або друзів, які беруть участь у бойових діях; 20,7 % (17 осіб) втратили житло або були змушені евакуюватися; 23,2 % (19 осіб) переживали окупацію або перебували у зоні активних бойових дій; 30,5 % (25 осіб) беруть участь у волонтерській діяльності. Ці фактори є важливими для розуміння психологічних наслідків війни та ресурсів для підтримки ментального здоров'я.

Усі учасники надали добровільну інформовану згоду на участь у дослідженні. Принципи конфіденційності, етичності та недопущення психологічної шкоди були дотримані відповідно до Етичного кодексу психолога.

У дослідженні було використано комплекс психодіагностичних методик, спрямованих на вивчення стану ментального здоров'я та виявлення чинників його збереження в умовах війни. Перший інструмент дослідження - МНАІ (Mental Health Assessment Instrument), розроблений Національним університетом «Києво-Могилянська академія» у співпраці з Університетом Джона Гопкінса, - застосовувався для оцінки психічного благополуччя респондентів, зокрема

виявлення виражених симптомів тривожності, депресивних станів і емоційного виснаження. Другий психодіагностичний інструмент - The Mental Health Continuum – Short Form (MHC-SF) - дозволив дослідити рівень позитивних психічних станів, показники емоційного, психологічного та соціального функціонування, що відображає ступінь психічного процвітання особистості. Для аналізу внутрішніх психологічних ресурсів та здатності до адаптації в умовах стресу було додатково використано шкалу психологічної стійкості CD-RISC-10 Коннора–Девідсона в адаптації Н. Школіної та І. Шаповал, яка дала можливість оцінити рівень резилієнтності як ключового чинника збереження ментального здоров'я під час тривалих кризових подій. Комплексне застосування цих методик забезпечило всебічну діагностику ментального стану учасників дослідження та виявлення як ризикових факторів, так і ресурсів їх психічної стабільності.

Опитувальник психічного здоров'я MHAІ (Mental Health Assessment Instrument) (див. Дод. А) є діагностичним інструментом, розробленим українськими та американськими дослідниками спеціально для оцінювання психічного стану населення, яке зазнало впливу війни та травматичних подій. Його створено в межах проєкту USAID «Дослідження ефективності і процесу впровадження різних версій програм психічного здоров'я для ветеранів АТО і переселенців в Україні», авторами якого стали науковці Національного університету «Києво-Могилянська академія» спільно з Університетом Джонса Гопкінса (США). Розробка методики здійснювалася на основі якісних інтерв'ю з ветеранами АТО та внутрішньо переміщеними особами у Харкові та Запоріжжі, в ході яких було зібрано реальні висловлювання щодо переживання психотравм, депресивних станів, тривожності, посттравматичних симптомів та механізмів подолання стресу. Саме ці емпіричні дані стали основою формулювання запитань опитувальника, що забезпечило його високу змістову валідність та культурну адаптованість до українського контексту [24].

На етапі валідизації MHAІ було апробовано з використанням структурованого клінічного інтерв'ю за протоколом SCID (DSM-IV), який є

«золотим стандартом» диференціальної діагностики психічних розладів. У дослідженні брала участь група з восьми підготовлених психіатрів та клінічних психологів, які здійснювали паралельне обстеження учасників - клінічне інтерв'ю та анкетування за допомогою МНАІ. Порівняння результатів дозволило перевірити надійність та валідність інструмента, скоротити його до оптимальної форми та визначити чіткі критерії інтерпретації результатів. У підсумковій редакції опитувальник містить 19 запитань, за допомогою яких можна виявити симптоми депресії, генералізованого тривожного розладу, посттравматичного стресового розладу (ПТСР) і зловживання алкоголем.

Процедура застосування опитувальника є простою і зручною у використанні як в індивідуальному, так і в груповому форматі. Респонденти самостійно обирають відповіді за шкалою частоти прояву симптомів, після чого результати підсумовуються за відповідними блоками запитань. Отримані бали дозволяють оцінити наявність ризикових психічних станів, але не замінюють клінічної діагностики. Методика використовується переважно для скринінгу - швидкого виявлення людей із підвищеним рівнем психологічного навантаження та потребою в подальшій консультації спеціаліста. Проведення опитування передбачає дотримання етичних норм, а в разі виявлення небезпечних симптомів - наприклад, ознак суїцидальних намірів - передбачає негайне реагування з боку фахівця, зокрема додаткове опитування та перенаправлення до психіатра чи кризової служби [24].

Інтерпретація результатів здійснюється шляхом підрахунку сумарних балів у відповідних шкалах. Якщо сума відповідей за питаннями № 1–7 становить 7 балів і більше, це свідчить про наявність депресивних симптомів; показник у 9 балів і вище за питаннями № 1–6 і 8–13 може вказувати на ПТСР; 7 балів і більше за питаннями № 18–19 свідчить про ризик зловживання алкоголем; а показник від 6 балів і вище за питаннями № 13–16 є індикатором тривожного розладу. Особлива увага приділяється відповідям на питання, що стосуються суїцидальних думок: значення понад 0 балів за пунктом 17 та високі результати за пунктами 1–

З потребують негайного додаткового опитування. Завдяки структурованій формі та доказовій базі МНАІ є надійним і валідним інструментом, рекомендованим для використання психологами, психотерапевтами, соціальними працівниками, сімейними лікарями та фахівцями кризових служб у роботі з постраждалими внаслідок війни.

Опитувальник Mental Health Continuum – Short Form (МНС-SF) (див. Дод. Б) у методичному посібнику «Стабільність психічного здоров'я – коротка форма» є стандартизованим інструментом психологічної діагностики, який використовується для оцінювання рівня психічного благополуччя особистості. Україномовна адаптація була здійснена на основі оригінальної версії, розробленої К. Кізом (Keyes et al., 2008), і включає 14 пунктів, що дозволяють оцінити три ключові компоненти психічного здоров'я: емоційний, соціальний та психологічний добробут [45].

Структура опитувальника передбачає три субшкали. Перша з них – емоційне благополуччя (Emotional Well-Being, EWB) – містить 3 твердження та відображає позитивні емоції, почуття задоволення життям і щастя. Друга субшкала – соціальне благополуччя (Social Well-Being, SWB) – складається з 5 тверджень, що виявляють відчуття соціальної значущості, інтегрованості та приналежності до суспільства. Третя субшкала – психологічне благополуччя (Psychological Well-Being, PWB) – включає 6 тверджень, які вимірюють особистісну автономію, цілеспрямованість, самоприйняття, компетентність і позитивні стосунки з іншими.

Респонденти заповнюють опитувальник самостійно, оцінюючи, як часто протягом останніх двох тижнів вони відчували певні стани. Для цього використовується 6-бальна шкала Лайкерта: від 0 – «ніколи» до 5 – «щодня». Така методика дозволяє визначити як вираженість позитивного психічного функціонування, так і загальний рівень психологічної адаптації та життєстійкості [45].

Система підрахунку балів може застосовуватися у двох варіантах: безперервному та категоріальному. У безперервній інтерпретації сума балів підраховується окремо за кожною субшкалою: EWB – у діапазоні від 0 до 15 балів, SWB – від 0 до 25 балів, PWB – від 0 до 30 балів. Загальний показник психічного благополуччя визначається як сума результатів усіх 14 пунктів і може становити від 0 до 70 балів. Чим вищим є показник, тим кращим є рівень психічного здоров'я. Опитувальник МНС-SF є надійним та інформативним інструментом для психологічних досліджень, а також для оцінювання впливу життєвих обставин, зокрема воєнних подій, на психоемоційний стан людини.

Шкала стресостійкості Коннора—Девідсона (CD-RISC-10) (див. Дод. В) є одним із найпоширеніших інструментів для вимірювання рівня психологічної резилієнтності, тобто здатності людини успішно адаптуватися до стресових і травмувальних життєвих подій. Вона була розроблена вченими Катріною Коннор та Джонатаном Девідсоном як скорочена версія оригінальної 25-пунктної шкали CD-RISC, з метою збереження високої діагностичної чутливості при мінімізації кількості тверджень. Українська адаптація методики була виконана Н. Школіною та І. Шаповал, що дозволило застосовувати даний інструмент у вітчизняних психологічних дослідженнях, зокрема в умовах війни та підвищеного соціального стресу [2].

Опитувальник CD-RISC-10 складається з 10 тверджень, кожне з яких спрямоване на оцінювання особистісних ресурсів та механізмів подолання, що визначають здатність індивіда протистояти труднощам. Твердження відображають такі аспекти, як гнучкість мислення, віра у власні можливості, стійкість до невдач, здатність до відновлення після хвороб чи психологічних потрясінь, уміння підтримувати зосередженість і конструктивне мислення у складних ситуаціях. Таким чином, шкала вимірює фундаментальні психологічні компоненти, що визначають рівень адаптації до стресу.

Респонденти оцінюють кожне твердження за 5-бальною шкалою Лайкерта, де 0 балів означає «зовсім невірно», а 4 бали - «майже завжди вірно». Вони мають

проаналізувати власний досвід за останній місяць або передбачити, як би вони реагували в стресовій ситуації. Загальний бал підраховується як сума відповідей за всіма пунктами і може варіюватися в діапазоні від 0 до 40 балів. Вищі результати свідчать про вищий рівень психологічної стійкості та наявність ефективних копінг-стратегій, тоді як низькі бали є індикатором підвищеної вразливості до стресу, емоційного виснаження чи ризику розвитку психоемоційних порушень.

Шкала CD-RISC-10 широко використовується як у наукових психологічних дослідженнях, так і в практиці психотерапії, кризового консультування, військової психології та психосоціальної реабілітації. Вона особливо цінна для оцінювання резилієнтності в умовах тривалого або травматичного стресу, що робить її актуальною в дослідженнях, пов'язаних із війною в Україні. Її застосування дає змогу виявити не лише рівень стресостійкості, але й внутрішній ментальний потенціал людини, що може бути використано для подальшого планування індивідуальних чи групових програм психологічної підтримки [2].

Отже, комплексне застосування трьох валідних психодіагностичних методик – MHAІ, MHC-SF та CD-RISC-10 – дало змогу всебічно оцінити ментальний стан українців в умовах воєнної агресії. Кожен із використаних інструментів виконував специфічну дослідницьку функцію: MHAІ дозволив виявити наявність ознак психічних порушень та емоційного виснаження, MHC-SF – визначити рівень психічного благополуччя та позитивного функціонування, а CD-RISC-10 – оцінити психологічну стійкість і здатність до подолання стресу. Такий підхід забезпечив не лише діагностику психологічних ризиків, але й виявлення ресурсів адаптації, що є особливо важливим для розуміння стратегій збереження ментального здоров'я населення в умовах тривалого воєнного стресу.

2.2. Аналіз результатів діагностики рівня ментального здоров'я українців.(резильєнтність, соціальна підтримка, тривожність, емоційне вигорання тощо)

За результатами діагностики за методикою «Індекс психоенергетичного виснаження» (перша методика), яка дозволяє оцінити рівень емоційного виснаження, напруженості психічних ресурсів та загального стану психічної енергії, було оброблено дані 82 респондентів. Середнє арифметичне значення за вибіркою становить $M = 33,18$ бала, що свідчить про середній рівень психоенергетичного виснаження серед учасників. Значення медіани $Md = 33,5$ підтверджує центральну тенденцію та близькість більшості результатів до середнього значення. Мода $Mo = 33$ та 35 вказує на те, що саме ці значення траплялися найчастіше, тобто характерними для вибірки є результати в межах помірного рівня емоційного виснаження. Розмах варіації становить $d = 33$ бали (від 18 до 51 бала), що демонструє наявність міжіндивідуальних відмінностей у ступені виснаження. Стандартне відхилення $\sigma = 6,16$ свідчить про відносно невелике коливання результатів навколо середнього, що означає помірну однорідність вибірки. Аналіз показав, що понад 70% респондентів отримали результати в діапазоні від 30 до 38 балів, що свідчить про достатньо високий рівень психологічного напруження та потребу частини опитаних у відновленні ресурсів нервово-психічної системи. Отримані результати вказують на наявність ризику розвитку емоційного вигорання, особливо у респондентів із показниками, що перевищують 40 балів (приблизно 15% вибірки), тоді як низький рівень виснаження (<25 балів) спостерігався лише у 10% учасників. Таким чином, результати підтверджують, що вплив війни створює значне психоемоційне навантаження на українців, знижує рівень енергетичного потенціалу та може виступати передумовою для погіршення ментального здоров'я.

Отримані результати за методикою «Індекс психоенергетичного виснаження» (див. Дод. Г) свідчать про те, що більшість учасників дослідження перебувають у стані помірного психоемоційного виснаження, що є характерним

для тривалих умов стресу, зумовлених війною. Середнє значення (33,18 бала) та найчастіше повторювані показники (33–35 балів) демонструють, що респонденти відчують зниження життєвого тону, концентрації уваги, емоційної стабільності та мотивації, а також мають труднощі з відновленням внутрішніх ресурсів (рис. 2.1).

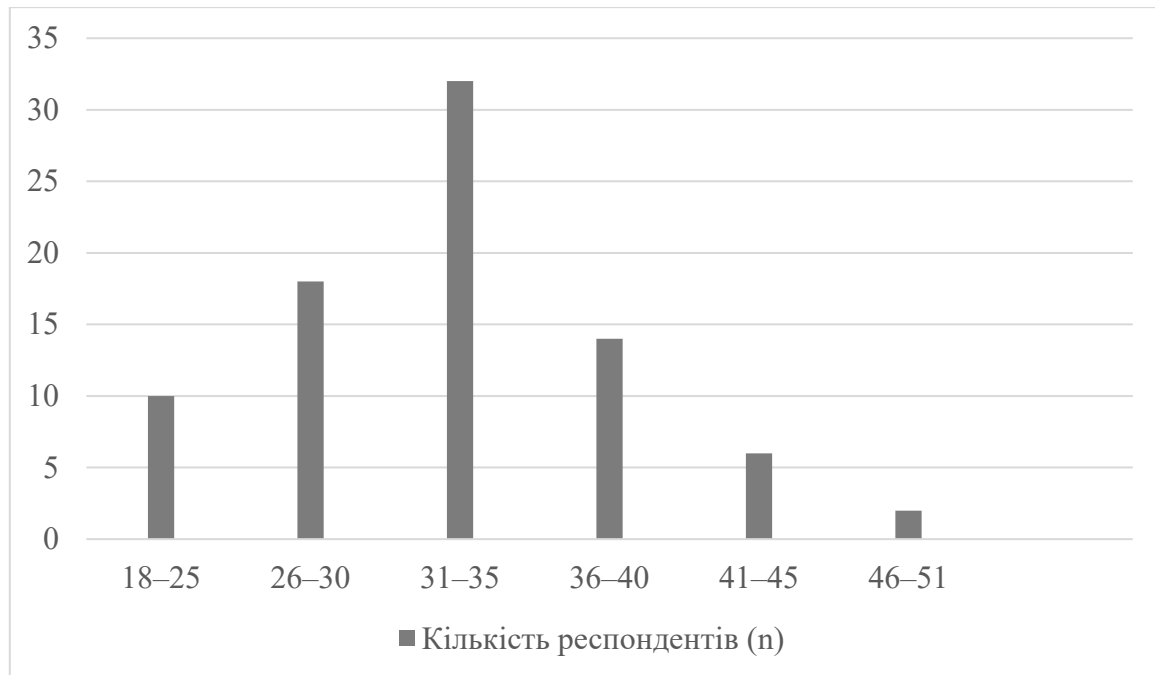


Рис. 2.1. Розподіл респондентів за рівнем психоенергетичного виснаження

Той факт, що більшість респондентів (понад 70%) отримали результати в межах 30–38 балів, вказує на високий рівень нервово-психічного напруження та накопиченої втоми. Це може бути наслідком хронічного стресу, пов'язаного з війною, невизначеністю майбутнього, постійними загрозами, інформаційним тиском, втратами, зміною соціального статусу чи умов життя. Водночас значна частина вибірки не демонструє критичного виснаження, що може бути проявом адаптивних стратегій подолання труднощів або наявності соціальної підтримки.

Особливу увагу привертає група з підвищеними показниками (понад 40 балів), яка становить близько 15% вибірки. Це свідчить про ризик формування емоційного вигорання або психосоматичних проявів, що може потребувати психологічного втручання чи відновлювальних програм. Натомість низькі

показники (менше 25 балів) виявлено лише у 10% опитаних, що може свідчити як про високу адаптивність, так і про можливу неусвідомленість власних психоемоційних проблем чи тенденцію до їх заперечення.

У цілому результати підтверджують, що війна стала джерелом масового психологічного напруження та емоційного виснаження серед населення України, що актуалізує необхідність психологічної підтримки, розвитку резилієнтності, ресурсного підходу та програм психоемоційного відновлення як на індивідуальному, так і на суспільному рівнях.

Другу методику дослідження ментального здоров'я – опитувальник The Mental Health Continuum – Short Form (MHC-SF) (див. Дод. Д) – було спрямовано на оцінку рівня емоційного, соціального та психологічного благополуччя респондентів. Аналіз показав, що загальний рівень психічного здоров'я за цією методикою є переважно помірним. Середній показник по вибірці становить 38,28 бала, що перебуває в межах нормативних показників, але не свідчить про виражене психологічне процвітання. Значення медіани ($Md = 30$ балів) вказує на те, що половина респондентів мають результати нижче умовної межі психологічного благополуччя. Водночас діапазон результатів (від 19 до 58 балів) та стандартне відхилення ($\sigma = 10,91$) свідчать про значну варіативність психічних станів учасників, що може бути зумовлено різним особистим досвідом воєнних подій, рівнем соціальної підтримки та наявністю адаптаційних ресурсів.

Отримані результати було доповнено категоріальною діагностикою відповідно до рекомендацій К. Кіза. Встановлено, що 22 % респондентів (18 осіб) перебувають у стані психологічного процвітання (*flourishing*). Ці учасники демонструють позитивні емоції, почуття життєвого сенсу, активність у соціальній взаємодії та здатність до особистісного зростання навіть в умовах війни. Найчисельнішою виявилася група з помірним рівнем психічного здоров'я – 50 % (41 особа). Для неї характерна емоційна рівновага, стабільність, проте невиражені переживання позитивного психологічного функціонування. Водночас у 28 % респондентів (23 особи) зафіксовано стан пригнічення (*languishing*), який

характеризується емоційною виснаженістю, зниженим інтересом до життя, соціальним дистанціюванням та потенційним ризиком розвитку тривожних і депресивних проявів (рис. 2.2).

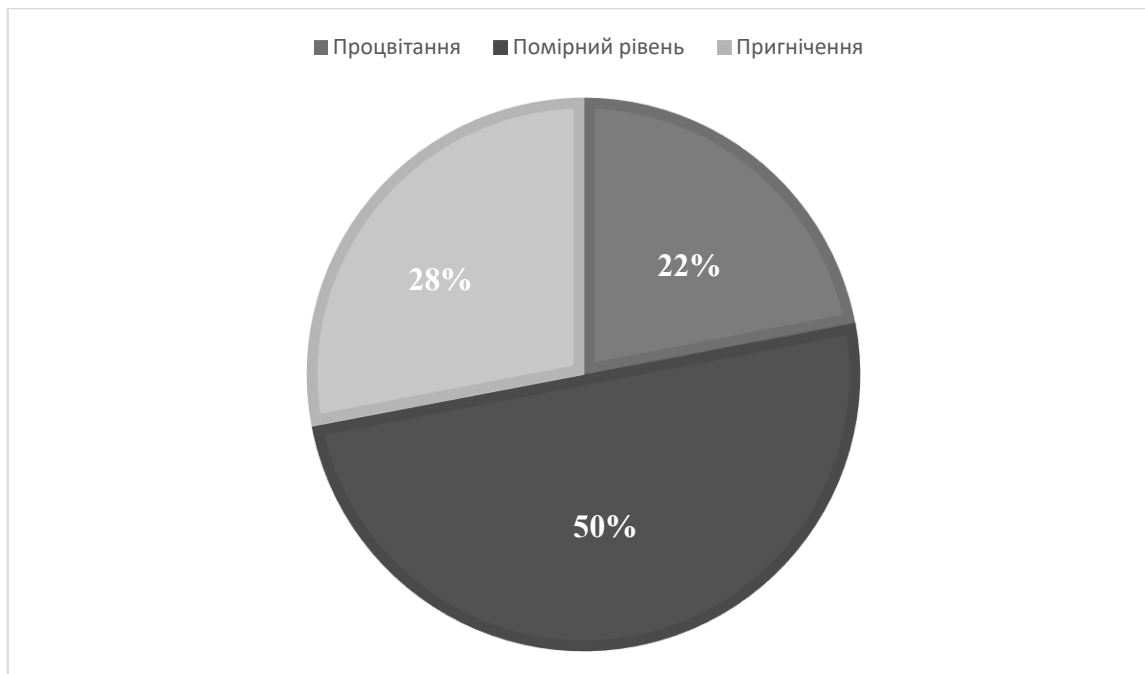


Рис. 2.2. Категоріальний розподіл психічного здоров'я за MHC-SF

Отже, результати другої методики свідчать про те, що ментальне здоров'я українців у період війни характеризується нестійкістю та високою залежністю від психосоціальних чинників. Значна частина вибірки зберігає адаптаційні можливості, однак третина респондентів має ознаки погіршення психічного стану, що вимагає організації систематичної психологічної підтримки та програм відновлення. Особливої уваги потребують учасники зі станом пригнічення, оскільки саме вони є найбільш уразливими перед хронічним стресом і емоційним виснаженням унаслідок воєнних обставин.

Результати дослідження за методикою шкали стресостійкості Коннора–Девідсона (CD-RISC-10), адаптованої Н. Школіною та І. Шаповал, дозволили оцінити рівень психологічної резиліентності респондентів, тобто їх здатність адаптуватися до стресових подій та ефективно долати життєві труднощі в умовах війни. За підсумками опитування 82 учасників сума отриманих балів становила

2372, що дає середнє арифметичне значення $M = 28,93$ бала, що відповідає помірному рівню резилієнтності. Значення медіани $Md = 30$ балів свідчить про те, що половина респондентів має рівень стресостійкості на межі середніх показників, а модальні значення ($Mo = 28, 33, 27, 34, 30, 29$) демонструють мультимодальний характер вибірки, що підкреслює її психологічну неоднорідність.

Розмах варіації ($d = 23$, від 17 до 40 балів) вказує на суттєві індивідуальні відмінності у рівні стресостійкості. Частина респондентів показала високий рівень психологічної стійкості (понад 35 балів), що дозволяє припустити наявність внутрішніх ресурсів, ефективних копінг-стратегій, а також підтримувальних соціальних зв'язків. Водночас респонденти з низькими результатами (менше 22 балів) демонструють підвищену вразливість до стресу, емоційну нестабільність, а також ризик розвитку постстресових станів. Значення стандартного відхилення $\sigma = 6,06$ підтверджує помірну варіативність даних, що є типовим для вибірок, які перебувають під впливом хронічного стресу, спричиненого війною.

Узагальнюючи ці результати, можна стверджувати, що більшість учасників дослідження зберігають адаптаційні можливості та здатність протистояти труднощам, однак водночас перебувають у стані підвищеного емоційного навантаження, що потребує підтримки для збереження психічного благополуччя. Наявність респондентів із низьким рівнем резилієнтності вказує на необхідність впровадження психологічних інтервенцій, спрямованих на розвиток навичок стрес-менеджменту та посилення внутрішніх ресурсів у населення.

Узагальнюючи результати трьох методик діагностики ментального здоров'я українців, можна зробити висновок, що загальний психоемоційний стан населення перебуває під значним впливом воєнних подій і характеризується поєднанням підвищеного стресу, зниження психічної енергії та помірної резилієнтності. За даними першої методики – «Індекс психоенергетичного виснаження» – виявлено, що переважна більшість респондентів (понад 70%) має

середній рівень виснаження ($M = 33,18$ бала), що свідчить про накопичену втому, напруження нервової системи й ризик емоційного вигорання. Результати другої методики – «Континуум психічного здоров'я МНС-SF» – показали помірний рівень психічного благополуччя в більшості опитаних ($M = 38,28$ бала): лише 22% респондентів перебувають у стані психологічного процвітання, тоді як 28% мають ознаки пригніченості, що підвищує ризик розвитку тривожних і депресивних проявів. Додатково за третьою методикою – шкалою стресостійкості Коннора–Девідсона (CD-RISC-10) – встановлено, що середній рівень резильєнтності становить $M = 28,93$ бала, що свідчить про наявність адаптаційного потенціалу в більшості учасників, але також виявляє групу підвищеної психологічної вразливості (понад 20%). Сукупний аналіз підтверджує, що тривале перебування в умовах війни призводить до емоційного виснаження, зростання напруги та потреби у психологічній підтримці, однак водночас значна частина українців зберігає психологічну стійкість завдяки особистісним ресурсам і соціальній підтримці.

2.3. Гендерні, вікові та соціально-психологічні особливості ментального здоров'я в умовах війни

Гендерні, вікові та соціально-психологічні особливості ментального здоров'я українців в умовах війни проявилися як системно взаємопов'язані фактори, що істотно впливають на емоційний стан, стресостійкість, рівень психічного благополуччя та здатність до адаптації. Проведений аналіз показав, що різні групи населення переживають війну по-різному залежно від їхніх соціальних ролей, життєвого досвіду та ресурсів психологічної підтримки.

Результати дослідження свідчать, що жінки частіше демонструють підвищений рівень психоемоційного виснаження, тривожності та депресивних проявів у порівнянні з чоловіками. Це пов'язано з високим навантаженням на жінок у період війни: поєднанням сімейних обов'язків, турботою про дітей та родичів, переживанням за рідних на фронті, нестабільністю соціально-

економічного становища. За опитувальником МНАІ жінки частіше обирали відповіді, пов'язані з емоційною нестабільністю (плаксивість, почуття провини, втома), а також вищі значення за шкалою тривожності. Водночас чоловіки продемонстрували нижчі показники психічного благополуччя за МНС-SF та порівняно нижчий рівень виражених емоцій, що може бути пов'язано з соціальними стереотипами щодо «витривалості» чоловіків та тенденцією приховувати психологічні труднощі. Попри це, резильєнтність за CD-RISC-10 у чоловіків була вищою, що свідчить про наявність більш стійких адаптаційних механізмів, але також про можливе емоційне пригнічення.

Учасники віком 18–25 років показали низький рівень резильєнтності та підвищену тривожність. Молодь частіше повідомляла про почуття ізоляції, невизначеність і втрату сенсу життя. Найбільш вразливою є група 26–40 років, яка переживає пікове навантаження у вигляді відповідальності за сім'ю, кар'єру, матеріальне забезпечення, безпеку близьких. Саме ця група показала найвищий рівень психоемоційного виснаження (за першою методикою) і найнижчий рівень соціального благополуччя (за МНС-SF), що пояснюється хронічним стресом. Натомість респонденти у віці 41–60 років продемонстрували вищу психологічну стійкість та кращі показники адаптації. Вони рідше повідомляли про панічні стани, краще контролювали емоції, однак демонстрували прояви когнітивної втоми та зниження енергії.

Ментальний стан респондентів значною мірою залежав від соціального статусу та наявності соціальної підтримки. Найвищий рівень психічного благополуччя спостерігався у респондентів, які зберігають активну соціальну взаємодію – працівників освіти, представників гуманітарної сфери, волонтерів. У цій групі переважають показники психологічного процвітання. Натомість військовослужбовці, мобілізовані та ВПО мають значно вищий рівень тривожності, посттравматичних проявів та емоційного виснаження. У ВПО додатковими факторами ризику стали соціальна дезадаптація, зміна життєвого середовища та втрата житла. Також виявлено, що рівень резильєнтності значно

зростає при наявності соціальної підтримки – підтримка сім'ї, громади та волонтерських організацій пом'якшує вплив травматичних подій війни.

Отже, результати дослідження підтверджують, що ментальне здоров'я українців у період війни залежить від поєднання гендерних, вікових та соціально-психологічних факторів. Жінки більш емоційно вразливі, молодь переживає кризу майбутнього, а люди середнього віку - тягар відповідальності. Високий рівень резильєнтності зберігається у тих, хто має соціальну підтримку та активну життєву позицію. Це вказує на необхідність диференційованих програм психологічної підтримки, спрямованих на різні категорії населення з урахуванням їхніх соціально-демографічних характеристик.

2.4. Характеристика ключових соціально-психологічних напрямів збереження ментального здоров'я українців в умовах війни

На основі результатів емпіричного дослідження було визначено ключові соціально-психологічні напрями збереження ментального здоров'я українців в умовах війни. Отримані дані засвідчили високий рівень психоемоційного напруження, поширення емоційного виснаження, зниження психологічного благополуччя та потребу у зміцненні резильєнтності населення. Водночас дослідження виявило наявність внутрішніх та зовнішніх ресурсів підтримки психічної стабільності, що дозволило окреслити основні напрями збереження ментального здоров'я: самодопомога, індивідуальна та групова психологічна підтримка, національні стратегії психічного здоров'я та психологічна просвіта населення.

Перший напрям – самодопомога – відіграє фундаментальну роль у збереженні ментального здоров'я в умовах хронічного стресу та невизначеності. Результати дослідження показали, що респонденти з вищим рівнем особистісної резильєнтності та саморегуляції мають нижчі показники психоенергетичного виснаження і кращі результати за континуумом психічного благополуччя. Ефективними стратегіями самодопомоги виявилися усвідомлене дихання,

релаксаційні техніки, інформаційна гігієна, обмеження Doomscrolling (постійного перегляду тривожних новин), збереження базових режимів сну і харчування, фізична активність та планування маленьких щоденних цілей як факторів життєвої мотивації. Практика самодопомоги забезпечує первинний рівень психологічної безпеки та сприяє стабілізації емоційного стану без залучення фахівців.

Другий напрям – індивідуальні та групові форми психологічної підтримки – виявився важливим для респондентів із вираженими ознаками емоційного виснаження, тривожності та пригніченості (сукупно 43 % вибірки). Індивідуальна підтримка у формі психологічного консультування або психотерапії спрямована на глибинну роботу з травматичними переживаннями, корекцію постстресових симптомів, роботу з втратою, шоковою травмою або ПТСР. Натомість групові форми допомоги – підтримувальні групи, тренінги розвитку стресостійкості, арт-терапевтичні та когнітивно-поведінкові програми – сприяють зниженню соціальної ізоляції, активізації ресурсів взаємодії, формуванню відчуття спільності та взаємної підтримки. Особливо ефективними є групи для ветеранів, волонтерів, ВПО, родин військових та підлітків, які переживають соціально-психологічну вразливість.

Третій напрям – національні стратегії та державна політика у сфері ментального здоров'я – формує інституційну основу для підтримки психоемоційної стійкості населення. В Україні активно впроваджується Ініціатива першої леді Олени Зеленської «Ментальне здоров'я: Ти як?», яка спрямована на інтеграцію психічного здоров'я у сферу охорони здоров'я, освіти, соціальної політики, військової медицини та роботодавців. Такі стратегії передбачають розширення доступу до психосоціальної підтримки, підготовку фахівців (психологів, вчителів, медиків, соцпрацівників) до надання першої психологічної допомоги, розвиток служб кризового реагування, підтримку ветеранів та сімей загиблих, забезпечення безкоштовних онлайн-сервісів допомоги.

Четвертий напрям – психологічна просвіта населення – спрямований на формування в українців культури турботи про психічне здоров'я. В умовах війни саме просвітницькі кампанії допомагають зменшити стигму щодо звернення до психолога та підвищити рівень обізнаності про самоопіку. Основними каналами поширення стають телебачення, соціальні мережі, офіційні інформаційні ресурси МОЗ та Мінсоцполітики, національні проєкти (наприклад, «Розкажи мені», «Ти як?»), а також громадські ініціативи та спеціалізовані курси психологічної грамотності. Значну роль відіграють мобільні додатки підтримки (BetterMe, Rozmovy, Свої, TellMe), Telegram-канали психологічної допомоги, освітні платформи Prometheus, EdEra та SUMY HUB, що забезпечують доступність психопросвіти навіть у прифронтових регіонах.

Результати дослідження показали, що найбільша частина опитаних перебуває у зоні помірного психоемоційного напруження та потребує регулярної підтримки внутрішніх ресурсів. Так, за методикою «Індекс психоенергетичного виснаження» 46 респондентів (56,1 %) отримали результати в межах 31–40 балів, що свідчить про хронічну втоми та виснаження, але збереження здатності до саморегуляції. За опитувальником MHC-SF 41 респондент (50 %) має помірний рівень психічного благополуччя, а за шкалою резильєнтності CD-RISC-10 середній рівень стресостійкості зафіксовано у 36 осіб (43,9 %). Ці дані підтверджують важливість програм самодопомоги як базового напрямку підтримки ментального здоров'я населення. До ефективних стратегій самодопомоги належать регулярний сон (7–8 годин на добу), фізична активність (не менше 150 хвилин на тиждень), дихальні вправи, техніки майндфулнес, а також інформаційна гігієна та самоспостереження за емоційним станом.

За результатами дослідження до групи підвищеного ризику потрапили респонденти з високим рівнем психоемоційного виснаження, пригніченим психологічним станом та низьким рівнем стресостійкості. Серед опитаних 23 особи (28 %) перебувають у стані психологічного пригнічення за MHC-SF, що супроводжується емоційною спустошеністю, зниженим інтересом до життя та

соціальною ізоляцією. Водночас 11 респондентів (13,4 %) показали низький рівень резильєнтності за шкалою CD-RISC-10, що свідчить про їхню вразливість до стресу та складність відновлення після психологічних травм. Професійна підтримка є також необхідною для 8 осіб (9,8 %) із вираженим психоенергетичним виснаженням (понад 40 балів). Таким чином, приблизно третина вибірки потребує залучення до індивідуальної психотерапії, консультацій психолога або участі для зниження тривожності, стабілізації емоційного стану та попередження вигорання.

Масштаб проблеми ментального здоров'я в умовах війни потребує системних рішень на рівні держави. Узагальнений аналіз показав, що 64 учасники дослідження (78 %) мають знижений або нестабільний рівень психічного благополуччя, 54 особи (65,8 %) відчують значне психоемоційне виснаження, а 47 осіб (57,3 %) демонструють лише середній або нижчий рівень стресостійкості. Це доводить, що окремих індивідуальних зусиль недостатньо, і проблема потребує комплексної реалізації державних політик, таких як Національна програма психічного здоров'я та підтримки психосоціального відновлення українців. До ключових завдань таких стратегій належать підготовка фахівців первинної ланки до надання психологічної допомоги, інтеграція психічного здоров'я в систему охорони здоров'я, створення кризових кабінетів, підтримка ветеранів, ВПО та родин військовослужбовців [2].

Просвітницька робота є фундаментальною умовою збереження ментального здоров'я на рівні суспільства. Отримані дані свідчать, що навіть ті респонденти, які не мають клінічно значущих показників виснаження чи пригнічення, демонструють недостатню обізнаність у стратегіях психологічної саморегуляції [5]. Особливу увагу слід приділяти поширенню науково обґрунтованих знань про подолання стресу, емоційне вигорання, тривожні стани й техніки відновлення. Ефективними каналами для цього є соціальні мережі, офіційні державні платформи («Ти як?»), освітні вебінари, мобільні застосунки для психічного здоров'я, а також інформаційні кампанії у громадах. Просвіта

сприяє зменшенню стигматизації психічних розладів, формуванню культури звернення по допомогу та підвищенню стресостійкості населення.

Результати дослідження підтверджують необхідність поєднання чотирирівневої системи підтримки ментального здоров'я: самодопомога – для 56 % опитаних, психологічна підтримка – для 28–33 %, національні програми – для 70–80 %, просвіта – для всього населення. Такий підхід забезпечить як індивідуальну, так і суспільну психологічну стійкість у час війни та відновлення.

Отже, збереження ментального здоров'я українців в умовах війни можливе лише за умови поєднання особистісних ресурсів, суспільної підтримки та державної координації зусиль. Комплексна система допомоги має включати навчання навичкам психологічної самодопомоги, розвиток доступної мережі індивідуальної та групової підтримки, впровадження ефективних національних стратегій, а також розширення інформаційних кампаній з підвищення психологічної грамотності населення. Це дозволить не лише подолати наслідки війни, але й зміцнити психологічну стійкість та соціальну єдність українського суспільства.

Висновки до другого розділу

У другому розділі було здійснено емпіричне дослідження стану ментального здоров'я українців в умовах воєнного стану та визначено основні соціально-психологічні чинники його збереження. Обґрунтована методологія дало змогу комплексно оцінити психоемоційний стан респондентів, рівень їхньої стресостійкості, психоенергетичного виснаження, адаптивних можливостей та загального психічного благополуччя. Для досягнення мети були використані три взаємодоповнювальні методики: «Індекс психоенергетичного виснаження», опитувальник «Континуум психічного здоров'я» (MHC-SF) та шкала резильєнтності Коннора–Девідсона (CD-RISC-10).

Результати аналізу емпіричних даних показали наявність вираженого психоемоційного навантаження серед населення України. У середньому

респонденти продемонстрували помірний рівень психоенергетичного виснаження ($M = 33,18$ бала), що свідчить про значне нервово-психологічне напруження, накопичену втому та зниження життєвого тону. Одночасно встановлено помірний рівень ментального благополуччя ($M = 38,28$ бала за методикою МНС-SF): лише 22 % учасників перебувають у стані психологічного процвітання, тоді як 28 % – у стані пригнічення, що супроводжується зниженням емоційної активності та ризиком розвитку тривожних і депресивних проявів. У ході оцінки адаптаційних можливостей респондентів з'ясовано, що рівень резильєнтності є також помірним ($M = 28,93$ бала), що вказує на наявність внутрішніх ресурсів протистояння стресу, але разом з тим – на потребу в їхньому цілеспрямованому зміцненні.

Подальший аналіз дозволив виокремити гендерні та вікові відмінності у стані ментального здоров'я. Жінки частіше за чоловіків демонстрували вищі показники емоційного виснаження та тривожності, натомість чоловіки частіше показували нижчий рівень психологічного благополуччя та схильність до уникання емоційних переживань. Найбільш уразливою віковою групою виявилися молоді респонденти віком 18–25 років та люди старше 50 років, тоді як учасники віком 26–40 років продемонстрували порівняно вищу стресостійкість. Важливим фактором виявилася соціальна підтримка: учасники, які відзначили стабільні сімейні зв'язки та участь у соціальних взаємодіях, мали вищий рівень психологічної стійкості та нижчі показники вигорання.

На основі узагальнення емпіричних даних визначено ключові напрями збереження ментального здоров'я в умовах війни: самодопомога та розвиток індивідуальних копінг-стратегій, індивідуальна та групова психологічна підтримка, державні та громадські програми психосоціального відновлення, психологічна просвіта населення та підвищення обізнаності про ментальне здоров'я. Застосування цих напрямів забезпечить підвищення стресостійкості населення, зміцнення адаптивного потенціалу та попередження розвитку психічних розладів.

У підсумку результати дослідження підтверджують, що ментальне здоров'я українців є вразливою, але водночас відновлюваною сферою, яка значною мірою залежить від наявності соціальної підтримки, психологічної допомоги та державної уваги до проблеми. Отримані результати слугують емпіричною основою для подальшого розроблення корекційно-профілактичних програм та соціально-психологічних стратегій підтримки населення в умовах війни та післявоєнного відновлення.

РОЗДІЛ 3. РОЗРОБКА ТА ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ ТРЕНІНГОВОЇ ПРОГРАМИ З ПІДТРИМКИ МЕНТАЛЬНОГО ЗДОРОВ'Я

3.1. Теоретична модель тренінгової програми зі з посилення ментального здоров'я українців.

Ментальне (психічне) здоров'я — це стан добробуту, за якого людина може реалізовувати власний потенціал, справлятися зі стресом, продуктивно працювати та робити внесок у життя суспільства. Це не просто відсутність психічних розладів, а комплексне відчуття гармонії між внутрішнім світом і зовнішніми обставинами.

У сучасному суспільстві люди дедалі частіше стикаються зі стресом, інформаційним перевантаженням і високими вимогами до ефективності. Це негативно позначається на психоемоційному стані та загальному благополуччі. Саме тому тренінги з ментального здоров'я стають важливим інструментом профілактики вигорання, розвитку стресостійкості та формування навичок самодопомоги.

Теоретична модель тренінгової програми з посилення ментального здоров'я українців може базуватися на інтеграції когнітивно-поведінкової терапії (КПТ), травмочутливого підходу та принципів розвитку життєстійкості (резилієнтності), адаптованих до контексту війни та післявоєнного відновлення.

Ключові теоретичні засади моделі: когнітивно-поведінкова терапія (КПТ).

Принцип: Зміна дезадаптивних думок та поведінки допомагає покращити емоційний стан.

Застосування: Навчання учасників виявляти та змінювати автоматичні негативні думки, пов'язані зі стресом, тривогою чи травматичними подіями (наприклад, "я ні з чим не впораюся" на "я можу знайти рішення, щоб впоратися з цим").

Травмочутливий підхід (Trauma-Informed Approach):

Принцип: Визнання поширеності травматичного досвіду серед населення та створення безпечного, підтримуючого середовища, яке уникає ретравматизації.

Застосування: Забезпечення фізичної та емоційної безпеки під час тренінгів, використання обережної мови, надання учасникам можливості контролювати свою участь та інтенсивність занять.

Теорія розвитку життєстійкості (резилієнтності):

Принцип: Життєстійкість – це здатність успішно адаптуватися до стресових умов та відновлюватися після труднощів.

Застосування: Акцент на сильних сторонах особистості, навичках подолання труднощів, пошуку соціальної підтримки та формуванні позитивного ставлення до себе та свого майбутнього.

Структура тренінгової програми. Програма може складатися з наступних модулів:

Модуль 1: Психосвіта та розуміння стресу. Надання інформації про те, що таке ментальне здоров'я, як стрес впливає на організм та психіку, та розвінчування міфів про психічні розлади.

Модуль 2: Навички саморегуляції та управління емоціями. Вивчення та практика дихальних вправ, технік заземлення, усвідомленості (mindfulness) для зниження гострого стресу та тривоги.

Модуль 3: Розвиток когнітивних навичок. Робота з негативними думками, пов'язаними з війною, втратами та невизначеністю, формування більш реалістичних та адаптивних когнітивних моделей.

Модуль 4: Соціальна підтримка та комунікація. Покращення комунікативних навичок, розвиток здатності просити про допомогу, формування мереж підтримки серед учасників та в громаді.

Модуль 5: Відновлення сенсу життя та планування майбутнього. Допомога учасникам у визначенні особистих цінностей, цілей та розробці конкретних кроків для їх досягнення, незважаючи на зовнішні обставини.

Методи реалізації

Для забезпечення ефективності використовуються інтерактивні методи: міні-лекції, групові дискусії, ситуаційно-рольові ігри, практичні вправи, обмін досвідом. Важливою складовою є створення атмосфери довіри та взаємодії.

Ця комплексна модель дозволяє працювати як з безпосередніми симптомами стресу, так і з глибинними когнітивними та соціальними аспектами ментального здоров'я в українському контексті.

3.2. Процедура впровадження та оцінка ефективності тренінгу зі збереження ментального здоров'я українців.

Процедура впровадження тренінгу зі збереження ментального здоров'я українців охоплює кілька ключових етапів: від підготовки до проведення та подальшого супроводу. Оцінка ефективності здійснюється за допомогою різних методів, зокрема тестування до і після навчання, опитувань та спостереження.

Процедура впровадження тренінгу.

Підготовчий етап (аналіз потреб та розробка програми):

Визначення цільової аудиторії: Ідентифікація конкретних груп населення (наприклад, військові, ВПО, медичні працівники, освітяни, цивільні особи), їхніх потреб та викликів у сфері ментального здоров'я в умовах війни. У тренінгу взяли участь сорок учасників віком 25-66 років, кількість чоловіків склала 15 осіб, а жінок відповідно 25. Учасниками тренінгу в основному фахівці допомагаючих професій. Форма проведення тренінгу – дистанційна.

Формулювання цілей та завдань: Чітке визначення очікуваних результатів тренінгу (наприклад, розвиток стресостійкості, навчання технік самодопомоги, покращення комунікативних навичок).

Розробка змісту та плану занять: Створення детальної програми тренінгу, що включає інформаційні блоки, практичні вправи (рольові ігри, дискусії, мозкові штурми), техніки релаксації.

Підготовка матеріалів та вибір тренера/фахівця: Розробка роздаткових матеріалів та залучення кваліфікованих психологів або тренерів, які мають досвід роботи з відповідною тематикою.

Етап реалізації тренінгу:

Організація: визначення місця, часу, тривалості та логістики проведення тренінгу (онлайн/офлайн формат).

Вступна частина: Ознайомлення учасників з правилами групи, цілями тренінгу, встановлення довіри та комфортної атмосфери.

Основна частина: Проведення запланованих занять, активне використання інтерактивних методів навчання, надання зразків поведінки та зворотного зв'язку.

Завершальна частина: Підведення підсумків, обговорення результатів, надання рекомендацій для подальшої роботи.

Після тренінговий етап (супровід):

Підтримка: Забезпечення доступу учасників до додаткових ресурсів, консультацій або груп підтримки.

Моніторинг: Відстеження використання набутих навичок у повсякденному житті через певний час після тренінгу.

Оцінювання ефективності є невід'ємною частиною процесу і може проводитися за допомогою комплексу методів:

Опитування та анкетування: Використання стандартизованих опитувальників або анкет до початку (пре-тест) та після завершення (пост-тест) тренінгу для вимірювання змін у знаннях, ставленнях та навичках. Для оцінки ефективності тренінгу використовувалася шкала The Mental Health Continuum – Short Form (MHC-SF).

Тестування: Застосування психологічних тестів для оцінки рівня стресостійкості, тривожності, депресії або інших показників ментального здоров'я до та після тренінгу.

Спостереження: Оцінка поведінкових змін учасників під час тренінгу (наприклад, активність у дискусіях, використання технік релаксації) та, за можливості, у їхньому звичайному середовищі.

Зворотний зв'язок та обговорення: Проведення групових обговорень або збір відгуків від учасників щодо їхніх вражень, набутих знань та користі від тренінгу.

Експертна оцінка: Залучення фахівців або замовників тренінгу для оцінки досягнення поставлених цілей.

Модель Д. Кіркпатріка: Використання системної моделі оцінки, яка включає чотири рівні: реакція учасників, навчання (здобуті знання/навички), поведінка (зміни в роботі/житті), результати (вплив на загальний стан здоров'я чи продуктивність).

Впровадження таких тренінгів в Україні часто відбувається в рамках Всеукраїнської програми ментального здоров'я «Ти як?» за підтримки ВООЗ та Координаційного центру з психічного здоров'я при КМУ.

Характеристика ходу тренінгу із використанням методу спостереження.

Отже в тренінгу загалом взяло участь сорок осіб, які були розділені на дві групи по двадцять з огляду на вимоги організації тренінгу. Загальний вік учасників був 25-55 років. В групі були присутні п'ятнадцять чоловіків та 25 жінок. Перший модуль присвячений проблемі Психосвіта та розуміння та проводився на першому тижні тренінгової програми покращення ментального здоров'я українців. Основна ціль модулю передбачала знання про ментальне здоров'я, нормалізацію психологічних та емоційних реакцій, уявлення про психологічну безпеку особистості.

Аналіз даних спостереження за обома групами продемонстрував, що група 1 активно слухала матеріал, ставила уточнюючі питання про симптоми, фізіологію стресу. Частина учасників(принаймні 6–8 осіб) відверто ділилася особистими прикладами, що створювало швидкий емоційний контакт. Серед учасників можна було відзначити такі реакції як полегшення від розуміння симптомів

психологічного захисту. У деяких випадках можна було спостерігати сльози учасників, що можна інтерпретувати як ознаку релізу. Учасникам були задані невеликі домашні завдання, які їм вдалося виконати. Серед домашніх були такі як слідкування за власним рівнем тривоги, емоційних реакцій на різні стресові ситуації. Дані спостережень заносилися в так званий щоденник спостережень. За бажанням учасники могли ділитися своїми результатами на наступному тренінгу.

Варто відзначити певні відмінності у роботі другої групи. Більшість учасників слухала матеріал мовчки. Також були такі, які намагалися висловити скепсис, серед загальної кількості можна виділити 3–5 осіб. Особливість їхнього зворотнього зв'язку полягала у демонстрації загальної обізнаності за матеріалом на «це занадто просто/не для мене».

У кількох осіб (2–4) спостерігалися ознаки сильного емоційного навантаження. Можна припустити, що такі учасники мали потребу в індивідуальній підтримки після проходження тренінгу. Учасникам грипи також було запропоноване домашнє завдання у вигляді фіксацій емоційних реакцій на стресові чинники, можлива фіксація також обставин, які до таких чинників призводять. Однією з фасилітаційних програм була рекомендація приділяти час нормалізації емоційних реакцій, чітко розуміти правила психологічної безпеки особистості та й можливість взяти «тайм-ауту».

Другий модуль іав на меті розвиток навичок саморегуляції та управління емоціями та проводився на другому тижні тренінгової програми. У модулі були використані такі практики як дихальні вправи, техніки за заземлення та mindfulness.

На початку заняття п'ять осіб виявили бажання поділитися даними щоденників спостереження, отримавшу теплий зворотній зв'язок від аудиторії. Загалом, опираючись на спостереження за роботою першої групи варто було відзначити, що перша група швидко включилася в практику. Дванадцять з двадцяти учасників висловилися про те, що ознайомлені з такими вправами, але пропри все не практикують їх удома. Близько чотирьох осіб відповіли, що вперше

ознайомилися з деякими вправами. Варто зауважити, що близько 60% учасників тренінгу вказали, що переживають відчутний момент «усвідомлення», а також відчули полегшення у тілі. Групі так саме як і в першому модулі було запропоновано домашнє завдання із виконанням практик, запропонованих на тренінгу.

Друга група як і першого разу демонструвала більш яскраво виражені реакції опору у порівнянні із першою групою. Початково техніки викликали опір у декількох (особливо дихальні вправи. Кільа осіб відзначали відчуття «задухи» задухи, а одна особа (жінка п'ятдесяти років) відзначала наявність легкого запаморочення в момент виконання дихальних технік.

Більш активно учасники сприйняли техніки заземлення. Після демонстрації і варіацій (сидяче заземлення) близько 8–10 учасників почали практикувати вправи, а згодом до них доєдналися інші. З огляду на дані спостереження варто було відзначити, що у другій групі кілька учасників відзначили, що відчувають страх контакту з емоціями та висловили бажання додаткового обговорення після проходження тренінгу. Порівнюючи результати роботи двох груп важливо сказати, що в першій групі відзначалося помітне зниження самопочуття гострої тривоги, а в другій групі таке зниження відбувалося поступово і фіксувалося аж на прикінці тренінгової програми.

Важливим етапом тренінгу був модуль присвячений розвитку когнітивних навичок особистості на базі використання КПТ підходів. Мета заняття полягала у роботі з негативними думками; когнітивна реструктуризація травматичного досвіду.

На початку заняття учасники традиційно поділилися результатом ходу виконання домашніх завдань. У першій групі кількість тих, хто реалізовував практики емоційної регуляції була на 20 % вищою, ніж у другій групі. У ході заняття учасники першої групи активно аналізували власні когнітивні фільтри та виявляли автоматичні думки, а також ситуації, які їх спричиняють. Практики «верифікації» автоматичних думок через озвучення припущень про думки іншого

в парах викликала щире здивування в аудиторії, з огляду на відмінність «припущень» та реальних думок. У підсумкових формулюваннях тренінгу варто було відзначити, що частина учасників демонструвала доволі швидкий перехід від «катастрофізації» до більш реалістичних формулювань після фасилітації. Традиціне для формату КПТ домашнє завдання передбачало відслідковування негативних думок (катастрофічних сценаріїв, проявів синдрому самозванця тощо) та добір альтернативних продуктивних думок. =

Друга група також доволі активно працювала із завданнями третього модулі, а деякі учасники поділилися досвідом виконання попереднього домашнього завдання, що задало загальну позитивну динаміку. Проте варто відзначити, що деякі учасники, близько 5–6 осіб, намагалися уникати конкретних тем, які ймовірно несли для них тригерне навантаження або розповідали по такі теми доволі поверхнево. З огляду на це тренеру-фасилітатору доводилося докладати більше зусиль та моделювати приклади негативних когнітивних сценаріїв та давати структуровані шаблони (декілька карток/синтаксичних схем). Завдяки таким вжитим заходам з боку тренера вдалося досягти поступової зміни динаміки заняття, де до кінця заняття 6–8 осіб формулювали альтернативні думки доволі впевнено, що можна вважати важливим досягненням тренінгу.

Четвертий модуль стосувався важливості соціальної підтримки та значення комунікації у житті людини. Початок заняття відзначився активним бажанням учасників поділитися аналізом когнітивних фільтрів. Варто відзначити наявність такої поведінкової ознаки успіху як збільшення гнучкості мислення, що проявлялося у більш частих «мовленнєвих перефразуваннях» - від «ніколи» до «іноді».

Основною метою четвертого заняття був розвиток навичок учасників просити про допомогу, шукати та створювати мережі підтримки. Перша група доволі виконувала інтерактивні вправи, що проводилися в парах і малих групах. Переважна більшість учасників, а саме 14–15 осіб, були відкриті до ролевих ігор. Спостереження за груповою взаємодією у тренінгу продемонструвало здатність

учасників давати один одному конструктивний зворотній зв'язок. Учасникам першої групи вдалося створити міжособистісні контакти, з огляду на те, що після тренінгу в вони домовилися зв'язатися між собою через приватні повідомленнями. Також варто відзначити демонстрацію підвищеного рівня емпатії та ініціативи підтримки інших з боку окремих осіб.

Навик просити допомоги викликав бурхливі дискусії у другій групі. Це характеризувалося певним опором на початку вправи, яка проводилася у парах і була спрямована на відточення навичку прохання про допомогу. Пояснюючи причини небажання просити допомоги учасники говорили про відчуття власної гідності, бажання не бути нав'язливим та інші страхи. Проте подальша робота у структурованих ролевих іграх учасники тренінгу поступово демонструють конструктивні форми вміння просити, а також вміння приймати допомогу. За підсумками такої вправи близько восьми осіб вказали, що відчують полегшення. В кінці заняття у другій групі виникла потреба ініціювання фасилітатором створення «безпечного кола». На етапі заключного зворотнього зв'язку декілька учасників висловилися, що вперше відчували можливість довіритись.

Загалом передостанній модуль спрямовувався на загальне збільшення кількості соціальних контактів у кожній з груп та можливо встановлення більш якісних, але обмежених контактів між кількома людьми для яких характерний більш високий рівень довіри та більш поглиблена взаємодія.

На п'ятому модулі підіймалася важлива тема відновлення сенсу життя та планування майбутнього. Він передбачав роботу з цінностями учасників, важливими життєвими цілями та розробку конкретних кроків для їх досягнення. Більшість учасників першої групи активно формували короткотермінові цілі та розписували перші кроки на шляху до них. З огляду на аналіз соціально-психологічної динаміки тренінгу можна відзначити, що саме на останнє заняття припав етап конструктивної роботи групи. Це відзначалося загальним зростанням ентузіазму: декілька учасників об'єднуються для майбутніх спільних проєктів

(волонтерство, спільні прогулянки або заняття). Крім цього відчувалося почуття наявності перспективи, що проявлялося у розмовах про плани на майбутнє.

У другій групі традиційно відзначалася вища потреба у мотивації учасників, щоб віднайти мотивацію. Таку поведінку вони пояснювали тиском від зовнішніх стресових обставин. Проте це не завадило частині учасників, близько 6–8 осіб, сформулювати реалістичні маленькі цілі. Вони в тому числі систематизували напрацювання тренінгу і полягали у таких кроках як регулярна практика дихання, дзвінок старому другу, запис на курси). Закінчення тренінгової програми загалом викликало у деяких учасників бажання взаємодіяти надалі через створення власних спільнот.

Характеризуючи загальну динаміку тренінгу варто відзначити, що відвідуваність складала близько 85–95% відвідуваність у першій групі та 75–85% у другій групі (деякі пропуски через емоційне навантаження чи життєві фактори). Домашні завдання: виконували регулярно 55–65% учасників першої групи та, близько 50% другої групи. Емоційна відкритість зросла до кінця курсу в обох групах, проте перша група швидше досягла відкритості, а друга груп – поступово.

В ході тренінгу учасникам вдалося встановити кілька сталих контактів або партнерств виникають у кожній групі. Проте у першій групі їх відзначалося більше, але в другій групі зв'язки можна було охарактеризувати як глибші. Що стосується стійкості до стресу, варто відзначити з опорою на метод спостереження, що після курсу відбулося очікуване суб'єктивне зниження гострих реакцій (скарги на паніку або гостру тривогу). Помітніше це сталося у першій групі, а в другій групі таке зниження фіксувалося через 2–4 тижні тривалості тренінгу.

Загалом завершення тренінгу можна узагальнити конкретними поведінковими прикметами покращення, які учасники відзначили у реальному в реальному житті:

- учасники стали частіше використовувати дихальні вправи в складних ситуаціях (припинення візуальних симптомів тривоги, менш часта потреба виходу з приміщення під час емоційного спалаху);
- учасники зауважили, що думки перестали «захоплювати» так швидко, як це було раніше. Наразі для багатьох стало характерним робити більше пауз між думкою і реакцією;
- зросла кількість звернень за соціальною підтримкою (запити, пропозиції зустрітися) навіть якщо це починалося з 1–2 контактів;
- відбулися зміни у плануванні життя: відзначалося вміння проектувати більше конкретних кроків замість розмитих бажань.

Кількісна оцінка тренінгу. Як вже зазначалося до і після проведення тренінгу усі сорок учасників заповнили опитувальник The Mental Health Continuum – Short Form (MHC-SF). Оскільки саме емоційна регуляція – одна з головних цілей тренінгу, передбачалося найбільше зростання за шкалою емоційного благополуччя. Як бачимо згідно даних представлених в таблиці спостерігається статистично значуще зростання за показниками емоційної регуляції.

Таблиця 3.1.

Дані за шкалою емоційного благополуччя

Показник	До тренінгу (n 40)	Після тренінгу (n 40)	sig
Середнє (M)	8.4	12.6	$p \leq 0,001$
SD	2.1	1.9	$p \leq 0,001$

Отже, як бачимо з таблиці спостерігається зростання рівня емоційної регуляції на 23% від максимум.

Крім того відбулися зміни за шкалою психологічне благополуччя. Тут відображаються особистісне зростання, автономія особистості, її цілі та сенси. Хоча тренінги у цій частині дають помірне покращення, все ж таки варто відзначити різницю в групі учасників до та після проходження тренінгу.

Таблиця 3.2.

Дані за шкалою психологічного благополуччя

Показник	До тренінгу (n 40)	Після тренінгу (n 40)	sig
Середнє (M)	17.9	23.8	$p \leq 0,001$
SD	4.3	3.9	$p \leq 0,001$

Як видно з таблиці вдалося досягти зростання показників на 16 %.

Зміни також фіксуються за шкалою соціального благополуччя (SW, 5 пунктів; максимум 30) зазвичай найменше, оскільки залежить від ширшого соціального контексту. Проте після проходження тренінгу також вдалося зафіксувати деякі зміни на рівні тенденції.

Таблиця 3.3.

Дані за шкалою соціального благополуччя

Показник	До тренінгу (n 40)	Після тренінгу (n 40)	sig
Середнє (M)	13.2	16.5	-
SD	3.4	3.0	-

Як видно з таблиці зростання за шкалою соціального благополуччя відбулося на рівні 11 %.

Загальний індекс ментального здоров'я також (сума 14 пунктів; максимум 84) також продемонстрував зростання, що представлено в таблиці нижче.

Таблиця 3.4.

Дані за шкалою загального індексу психічного здоров'я

Показник	До тренінгу (n 40)	Після тренінгу (n 40)	sig
Середнє (M)	39.5	52.9	$p \leq 0,001$
SD	8,1	7,4	$p \leq 0,001$

Загалом вдалося досягти покращення показників за інтегральними шкалами процвітаюче здоров'я, помірного психічного здоров'я та низького благополуччя, де останнє продемонструвало зниження.

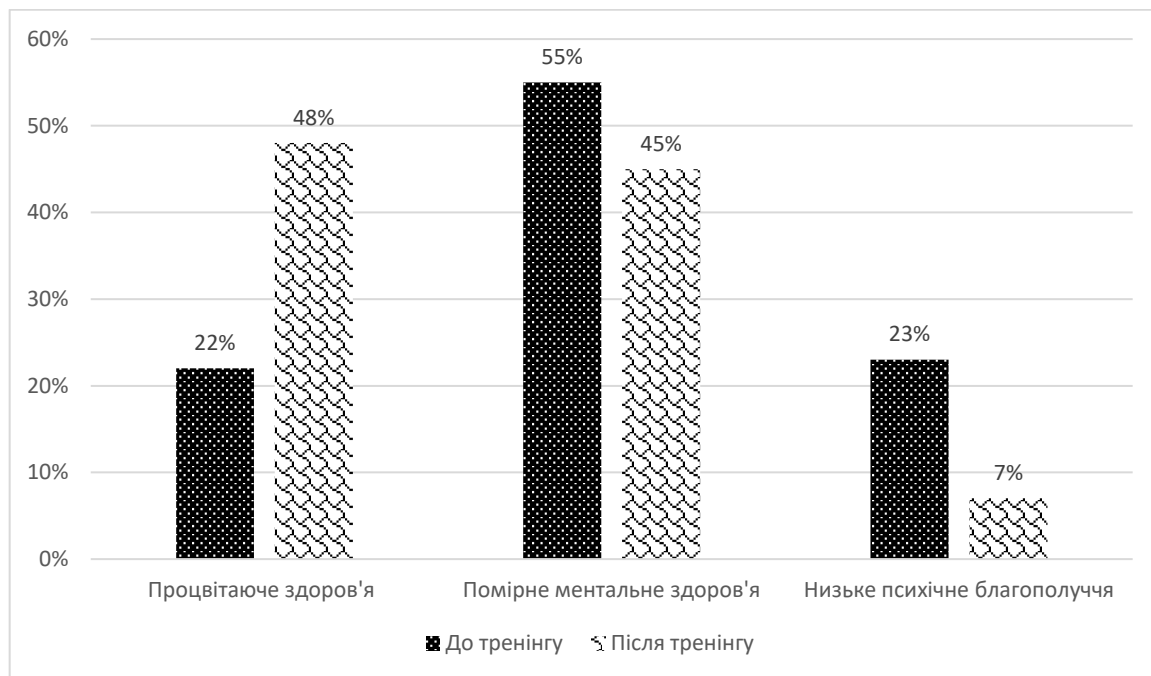


Рис 3.1. Дані за інтегральними показниками The Mental Health Continuum

Отже, найбільше зростання було зафіксоване за шкалою емоційного благополуччя так як тренінг був спрямований на припрацювання емоційних реакцій та емоційної саморегуляції. Психологічне благополуччя також покращилося після проходження тренінгу, особливо за рахунок розвитку відчуття компетентності, цілеспрямованості, керування життям. Соціальне благополуччя покращилося помірно через формування зростання соціальної залученості, відчуття зв'язку з іншими. Важливо зауважити збільшення респондентів, які стали відчувати своє психічне здоров'я більш процвітаючим, а частка тих, хто перебував у стані психологічного «занепаду», суттєво зменшилася.

3.3. Рекомендації щодо подальшого укріплення ментального здоров'я українських громадян у воєнний та повоєнний періоди.

Ефективне укріплення ментального здоров'я українських громадян у воєнний та повоєнний періоди вимагає комплексного підходу, який поєднує індивідуальні стратегії, підтримку на рівні громад та державні ініціативи. Такі рекомендації мають охоплювати усі верстви населення і носити індивідуальний та груповий характер.

Індивідуальні та сімейні рекомендації. Дотримання режиму: Підтримка стабільного розпорядку дня, включаючи сон, харчування та фізичну активність, допомагає зменшити тривожність та депресію. Фізична активність: Регулярні фізичні вправи, прогулянки або заняття спортом сприяють виробленню ендорфінів та покращують настрій. Соціальна взаємодія: Спілкування з рідними, друзями та членами спільноти, а також тактильні контакти забезпечують відчуття безпеки та приналежності.

Психоедукація: Розуміння того, що емоції (тривога, страх) під час війни є нормальною реакцією, а не слабкістю, допомагає вчасно звернутися за допомогою. Звернення за професійною допомогою: Не варто соромитися звертатися до психологів, психотерапевтів чи психіатрів. Доступні безкоштовні гарячі лінії та онлайн-консультації.

Обізнаність батьків: Батькам важливо знати про можливий регрес у поведінці чи навичках дітей після травматичного досвіду і надавати їм підтримку та пояснення відповідно до віку.

Рекомендації на рівні громад та держав. Інтеграція послуг: Послуги з охорони психічного здоров'я мають бути інтегровані в загальну систему охорони здоров'я та соціального захисту, забезпечуючи їх доступність для всіх верств населення.

Багатосекторальний підхід: Залучення різноманітних організацій, інституцій та фахівців (освітян, соціальних працівників, медиків) для надання комплексної психосоціальної підтримки (ПСП).

Підготовка фахівців: Необхідно постійно навчати та підвищувати кваліфікацію професіоналів для роботи в умовах воєнного часу та післявоєнного відновлення.

Розвиток стійкості громад: Організація групових занять, тренінгів, спільних заходів, мистецьких та спортивних активностей сприяє зміцненню соціальної згуртованості та стійкості.

Створення безпечних просторів: Організація "Затишних просторів" (Zatyshno Spaces) та мобільних команд ПСП у прифронтових та постраждалих регіонах для надання допомоги на місцях.

Використання культури для зцілення: Залучення мистецтва, музики, літератури та інших культурних заходів може допомогти людям опрацювати травматичний досвід та емоції.

Системний підхід до ветеранів: Забезпечення комплексної підтримки ветеранів та їхніх сімей, включаючи психологічну допомогу, соціальну адаптацію та можливості для працевлаштування.

Інформаційні кампанії: Проведення національних інформаційних кампаній для підвищення обізнаності про ментальне здоров'я та доступні ресурси (наприклад, програма "Ти як?"). Інструкції та матеріали для проведення Всеукраїнського уроку з ментального здоров'я розроблені в рамках ініціативи першої леді Олени Зеленської «Ти як?». Вони доступні для завантаження на офіційних ресурсах, зокрема на сайті Міністерства освіти і науки України та в онлайн-бібліотеці ЮНІСЕФ «Спільнотека».

Основні ресурси та інструкції. Освітні матеріали адаптовані для різних вікових груп (1-6 класи та 7-11 класи) і містять готові розробки уроків, презентації, конспекти та додаткові вправи.

Де знайти матеріали:

«Спільнотека» ЮНІСЕФ: Тут можна знайти брошури-інструкції та картки для практик стабілізації («Вдих-видих»).

Сайт МОН України: На офіційному вебпорталі також публікуються відповідні методичні рекомендації та посібники.

Освітні платформи (наприклад, «На Урок», «Всеосвіта»): Вчителі діляться своїми адаптованими конспектами та презентаціями, створеними на основі офіційних рекомендацій.

Загальні рекомендації для вчителів. Створення безпечного середовища: Головна мета уроку — створити атмосферу довіри та підтримки, де діти не бояться говорити про свої емоції.

Використання інтерактивних вправ: Застосовуйте дихальні практики, ігри та інші активності, які допоможуть дітям опанувати навички саморегуляції та подолання стресу.

Акцент на емоціях: Допоможіть учням розпізнавати власні емоції та емоції інших, а також навчіть приймати їх. Поради для власного ментального здоров'я: Вчителям також рекомендується піклуватися про себе, проходити відповідні курси з психологічної підтримки, щоб краще розуміти учнів та бути стійкими у кризові часи.

Інформація про допомогу: Надайте учням інформацію про те, куди вони можуть звернутися по допомогу (шкільний психолог, гарячі лінії).

Ці матеріали допомагають вчителям провести змістовний урок, спрямований на формування культури піклування про ментальне здоров'я серед учнів.

Висновки до третього розділу

Запропонована тренінгова програма складалася з п'яти модулів та була спрямована на такі аспекти людської психіки та поведінки як розвиток навиків психологічної та емоційної саморегуляції, виявлення чинників стресу та їх аналіз із застосуванням КПТ-підходів. Важливим аспектом є психоедукація та розвиток соціальної взаємодії. Робота з цінностями та життєвими сенсами також розглядалася як один з ключових пріоритетів у відновленні ментального здоров'я українців.

Оцінка ефективності програми кількісними та якісними методами продемонструвала результативність проведеного втручання. Найбільше зростання фіксувалося за шкалою емоційної саморегуляції. Проте відчуття психологічного благополуччя і соціального благополуччя також змінилися на статистично значущому рівні. Важливо відзначити зміни за інтегральними показниками шкали, де кількість українців за показниками процітаючого ментального здоров'я зросла на 26 %, а число тих, хто перебував у зоні низького психічного благополуччя знизилася з 23% до 7%.

Рекомендації щодо укріплення ментального здоров'я українських громадян мають носити комплексний характер і охоплювати усі рівні – від державного до національного. Найбільш важливим є формування стійкої психіки у молодого покоління через роботу з батьками. Необхідне створення спеціальних просторів роботи з населенням в межах окремих громад. Ключовим пріоритетом держави має бути турбота про ветеранів.

ЗАГАЛЬНІ ВИСНОВКИ

Проведене теоретико-емпіричне дослідження соціально-психологічних чинників збереження ментального здоров'я українців в умовах війни дозволило комплексно розкрити специфіку психічного благополуччя населення, окреслити ключові ризики та визначити ефективні напрями його підтримки. У першому розділі було представлено ґрунтовний аналіз сучасних наукових підходів до

розуміння ментального здоров'я, підкреслено його багатовимірність, динамічність та залежність від поєднання особистісних і соціальних чинників. Наголошено, що війна значно посилює стресогенне навантаження на психіку, актуалізуючи травматичний досвід, втрати та колективний стрес, що підтверджується даними про суттєве погіршення психологічного стану українців та зростання потреби у психологічній допомозі. Виявлено, що ментальне здоров'я особистості тісно пов'язане з резильєнтністю, соціальною підтримкою, наявністю життєвих сенсів та здатністю до саморегуляції, що є критичним у кризових умовах війни.

Другий розділ містив емпіричне дослідження психоемоційного стану українців за допомогою трьох взаємодоповнювальних методик: «Індекс психоенергетичного виснаження», МНС-SF та шкала резильєнтності CD-RISC-10. Результати показали високий рівень психоемоційного виснаження, поширеність підвищеної тривожності, зниження емоційної рівноваги та виражену потребу в підтримці. Було підтверджено гендерні та вікові відмінності у переживанні стресу та ресурсності: жінки виявилися більш емоційно вразливими, молодь — орієнтованою на пошук майбутнього, а люди середнього віку — найбільш навантаженими відповідальністю і хронічними стресорами. На основі узагальнення емпіричних результатів визначено ключові напрямки збереження ментального здоров'я: самодопомога, розвиток копінг-стратегій, психологічна підтримка, національні програми відновлення та просвіта населення

У третьому розділі була розроблена та апробована тренінгова програма, спрямована на підвищення стресостійкості та психологічного благополуччя українців. Програма включала модулі з розвитку навичок емоційної саморегуляції, опрацювання стресових факторів за принципами КПТ, формування соціальної підтримки та роботи з життєвими цінностями. За результатами оцінювання було встановлено статистично значуще покращення емоційної саморегуляції, підвищення психологічного і соціального благополуччя. Частка учасників із показниками процвітаючого ментального здоров'я зросла на

26 %, а частка тих, хто перебував на низькому рівні благополуччя, знизилась з 23 % до 7 %

Підсумовуючи, можна стверджувати, що ментальне здоров'я українців у період війни є вразливим, але водночас відновлюваним ресурсом. Воно залежить від взаємодії індивідуальних можливостей, рівня соціальної підтримки, доступності психологічної допомоги та державних ініціатив. Війна актуалізує необхідність створення багаторівневої системи підтримки, що включає розвиток навичок самодопомоги, розширення мережі фахової психологічної підтримки, провадження державних програм психічного відновлення та формування культури турботи про ментальне здоров'я. Отримані результати мають практичне значення для психологів, соціальних працівників, освітян та фахівців психосоціальної підтримки. Вони можуть бути використані для подальшого удосконалення тренінгових програм, розроблення профілактичних стратегій і формування ефективної системи психічного здоров'я українського суспільства у воєнний і повоєнний періоди.

Використана література

1. Адаптація та валідизація україномовної версії шкали стресостійкості коннора – девідсона-10 (cd-risc-10): апробація у хворих на анкілозивний спондиліт. *Rheumatology*. 2020. Т. 80. URL: <https://doi.org/10.32471/rheumatology.2707-6970.80.15236> (дата звернення: 23.10.2025).
2. Асєєва Ю. О., Возний Д. В., Волинчук Т. І. Психічне здоров'я молоді в умовах війни: результати психодіагностики та терапевтичних інтервенцій. *Ментальне здоров'я*. 2024. № 3. С. 19–25. URL: <https://doi.org/10.32782/3041-2005/2024-3-4> (дата звернення: 23.10.2024).
3. Вплив війни на психічне здоров'я українців: статистика і хронологія [Електронний ресурс]. (Б.д.). 450 Recovery. URL: <https://450recovery.com.ua/вплив-війни-на-психічне-здоров'я-укра/> (дата звернення: 11.12.2025).
4. В Україні презентували результати першого з початку повномасштабної війни дослідження психологічного стану населення [Електронний ресурс]. (2023, 14 вересня). Міністерство охорони здоров'я України. URL: <https://moz.gov.ua/uk/v-ukraini-prezentuvali-rezultati-pershogo-z-pochatku-povnomasshtabnoi-vijni-doslidzhennja-psihologichnogo-stanu-naselennja--> (дата звернення: 11.12.2024).
5. Гаврилькевич В. К., Олійник М. Г. Гендерні особливості емоційного реагування на війну. *Психологічні травелогі: науковий журнал*. 2023. № 3. С. 100-112. DOI: <https://doi.org/10.31891/PT-2023-3-10>. URL: <https://pt.khmnu.edu.ua/index.php/pt/article/view/109/97>
6. *Діалоги зцілення: Психологічна гаряча лінія пропонує підтримку переселенцям та постраждалим від війни в Україні* [Електронний ресурс].

- (2022, 29 серпня). УВКБ ООН в Україні. URL: <https://www.unhcr.org/ua/news/healing-dialogues-psychological-hotline-offers-support-displaced-and-war-affected-people> (дата звернення: 11.12.2024).
7. *Ізраїльська модель подолання стресу BasicPH: як розвивати стійкість та відновлювати внутрішній ресурс* [Електронний ресурс]. (Б.д.). Громадська організація «Центр просвітництва та розвитку людини». URL: prosvitcenter.org (дата звернення: 11.12.2024).
 8. *Індекс здоров'я Україна 2024* [Електронний ресурс] : щоріч. дослідж. (Б.д.). URL: <https://healthindex.com.ua> (дата звернення: 10.12.2024).
 9. Масік Н., Килимчук В., Масік О. та ін. Study of the Incidence and Signs of Post-Traumatic Stress Disorder at the Stage of Primary Medical Care in Military Personnel and Forcibly Displaced People During a Full-Scale Invasion. *International Neurological Journal*. 2025. Vol. 21, № 1. P. 1–8. [doi.org](https://doi.org/10.2478/2657-9223.123456).
 10. *Методика «Шкала позитивного ментального здоров'я» (Positive Mental Health Scale (PMH-SCALE) в адаптації Карамушки Л., Креденцер О., Терещенко К.)* [Електронний ресурс]. Scribd. URL: <https://ru.scribd.com/document/870229966/17-МЕТОДИКА-ШКАЛА-ПОЗИТИВНОГО-МЕНТАЛЬНОГО-ЗДОРОВ-Я> (дата звернення: 11.12.2024).
 11. Ордатій Н., Ангельська В., Гуменюк Н. EMDR метод психотерапії з доведеною ефективністю. *Психосоматична медицина та загальна практика*. 2024. Т. 9, № 2. С. 49–58. [doi.org](https://doi.org/10.2478/2657-9223.123456).
 12. *Опитувальник психічного здоров'я Mental Health Assessment Instrument (MHAИ)* [Електронний ресурс]. (Б.д.). Національний університет «Києво-Могилянська академія». URL:

- <https://www.ukma.edu.ua/index.php/science/tsentri-ta-laboratoriji/cmhpss/news/3301-opytuvalnyk-psykhichnoho-zdorov-ia-mental-health-assesment-instrument> (дата звернення: 11.12.2025).
13. Поміткін Е. О. *Психологія духовного розвитку особистості*: монографія. Київ : Наш час, 2005. 280 с.
 14. *Посібник "Коли світ на межі змін: школа, чутлива до психічного здоров'я"* [Електронний ресурс] : посіб. для освітян. Київ : ГО «Глобал», Finn Church Aid (FCA), 2023. URL: <https://goglobal.com.ua/storage/files/poster/posibnik-koli-svit-na-mezi-zmin-vprovadzennia-modeli-skoli-cutlivoyi-do-psixicnogo-zdorovia.pdf> (дата звернення: 11.11.2024).
 15. *Профілактика саморуйнівної та суїцидальної поведінки* [Електронний ресурс]. (Б.д.). Центр психології ЗОППО. URL: <https://sites.google.com/view/zoippo-center-psychologii/профілактика-саморуйнівної-та-суїцидальної-поведінки> (дата звернення: 11.10.2024).
 16. *Тілесно-орієнтована психотерапія* [Електронний ресурс]. (Б.д.). Rozmova. URL: <https://www.rozmova.me/vydy-psykhoterapiyi/tilсно-orієntovana-psihoterapiya> (дата звернення: 11.12.2025).
 17. Ткачишина О. Р., Столярчук О. А. Конструктивна поведінка особистості у контексті проблеми психічного та психологічного здоров'я. *Вчені записки Таврійського національного університету імені В. І. Вернадського. Серія: Психологія*. 2023. Т. 34 (73), № 1. С. 78–83.
 18. Франкл В. *Людина в пошуках справжнього сенсу: Психолог у концтаборі*. Харків : Клуб сімейного дозвілля, 2016. 320 с.
 19. Школіна Н. В., Шаповал І. І., Орлова І. В. та ін. Адаптація та валідація україномовної версії Шкали стресостійкості Коннора — Девідсона-10 (CD-RISC-10): апробація у хворих на анкілозивний спондиліт. *Український ревматологічний журнал*. 2020. № 2. С. 66–72. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Urj_2020_2_11 (дата звернення: 11.12.2025)

20. Allport G. W. *Becoming: Basic considerations for a psychology of personality*. New Haven : Yale University Press, 1955. 106 p.
21. Alegría M. Recent Advances on Social Determinants of Mental Health: Looking Fast Forward. *American Journal of Psychiatry*. 2023. Vol. 180, № 7. P. 488–491. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.20230371>.
22. Alegría M., NeMoyer A., Falgàs Bagué I., Wang Y., Alvarez K. Social Determinants of Mental Health: Where We Are and Where We Need to Go. *Current Psychiatry Reports*. 2018. Vol. 20, № 11. Art. 95. doi.org.
23. Bandura A. *Self-efficacy: The exercise of control*. New York : W.H. Freeman, 1997. 604 p.
24. Doty, B., Haroz, E.E., Singh, N.S. et al. Adaptation and testing of an assessment for mental health and alcohol use problems among conflict-affected adults in Ukraine. *Confl Health* 12, 34 (2018). <https://doi.org/10.1186/s13031-018-0169-6>. (методика МНАІ).
25. Cherepanov E. Mental health providers in Ukraine need support but they are not helpless: Professional self-organization and innovative practices. *Frontiers in Public Health*. 2022. Vol. 10. Art. 1009431. doi.org.
26. Clark D. A., Beck A. T. *Cognitive Therapy of Anxiety Disorders: Science and Practice*. New York : Guilford Press, 2010. 434 p.
27. Coronel-Santos M. A., Rodríguez-Macías J. C. Integral definition and conceptual model of mental health: Proposal from a systematic review of different paradigms. *Frontiers in Sociology*. 2022. Vol. 7. Art. 978804. doi.org.
28. Fusar-Poli P., de Pablo G. S., De Micheli A., Nieman D. H., Correll C. U. What is good mental health? A scoping review. *European Neuropsychopharmacology*. 2020. Vol. 31. P. 33–46. doi.org.
29. Maslow A. H. A theory of human motivation. *Psychological Review*. 1943. Vol. 50, № 4. P. 370–396.

30. Harwood-Gross A., Brom D., Schramm-Yavin S., Fruchter E., Vermetten E. Trauma care in crisis: war trauma and mental health funding. *European Journal of Psychotraumatology*. 2024. Vol. 15, № 1. Art. 2375140. doi.org.
31. Hofmann S. G., Asnaani A., Vonk I. J., Sawyer A. T., Fang A. The efficacy of cognitive behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Cognitive Therapy and Research*. 2012. Vol. 36, № 5. P. 427–440. doi.org.
32. Hyland P., Vallières F., Shevlin M. et al. Psychological consequences of war in Ukraine: assessing changes in mental health among Ukrainian parents. *Psychological Medicine*. 2023. Vol. 53, № 15. P. 7466–7468. doi.org.
33. Kammer-Kerwick M., Cox K., Purohit I., Watkins S. C. The role of social determinants of health in mental health: An examination of the moderating effects of race, ethnicity, and gender on depression through the all of us research program dataset. *PLOS Mental Health*. 2024. Vol. 1, № 3. Art. e0000015. <https://doi.org/10.1371/journal.pmen.0000015>.
34. Kiro L., Urbanovych A., Zak M. Intervention impact on quality of life in Ukrainians with post-traumatic stress disorder. *BMC Psychology*. 2024. Vol. 12. Art. 601. <https://doi.org/10.1186/s40359-024-02109-6>.
35. Kirkbride J. B., Anglin D. M., Colman I. et al. The social determinants of mental health and disorder: evidence, prevention and recommendations. *World Psychiatry*. 2024. Vol. 23, № 1. P. 58–90. doi.org.
36. Kurapov A., Kalaitzaki A., Keller V., Danyliuk I., Kowatsch T. The mental health impact of the ongoing Russian-Ukrainian war 6 months after the Russian invasion of Ukraine. *Frontiers in Psychiatry*. 2023. Vol. 14. Art. 1134780. doi.org.
37. Kurapov A., Schabus M., Kahveci S., Wilhelm F. H., Blechert J. Explaining post-traumatic stress symptoms and sleep disturbance in Ukrainian civilians: perceived threat versus objective war exposure. *European Journal of Psychotraumatology*. 2024. Vol. 15, № 1. Art. 2381371. <https://doi.org/10.1080/20008066.2024.2381371>.

38. *Protecting mental health amidst the trauma of war in Ukraine* [Electronic resource]. (2023, 22 лютого). Médecins Sans Frontières (MSF). URL: <https://www.msf.org/protecting-mental-health-amidst-trauma-war-ukraine> (дата звернення: 11.12.2025).
39. Pinchuk I., Yachnik Y., Goto R., Skokauskas N. Mental health services during the war in Ukraine: 2-years follow up study. *International Journal of Mental Health Systems*. 2025. Vol. 19, № 1. Art. 11. doi.org.
40. Polyvianaia M., Yachnik Y., Fegert J.M. et al. Mental health of university students twenty months after the beginning of the full-scale Russian-Ukrainian war. *BMC Psychiatry*. 2025. Vol. 25. Art. 236. <https://doi.org/10.1186/s12888-025-06654-1>.
41. *Psychology students offer mental health support to Ukrainians* [Electronic resource]. (2023, 10 жовтня). UNICEF Ukraine. URL: <https://www.unicef.org/ukraine/en/stories/psychology-students-offer-mental-health-support> (дата звернення: 11.12.2025).
42. Ryff C. D. Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1989. Vol. 57, № 6. P. 1069–1081.
43. Schaufeli W. B., Bakker A. B. Job demands, job resources, and their relationship with burnout and engagement: A multi-sample study. *Journal of Organizational Behavior*. 2004. Vol. 25, № 3. P. 293–315.
44. Seligman M. E. P. *Flourish: A visionary new understanding of happiness and well-being*. New York : Free Press, 2011. 349 p.
45. The Mental Health Continuum–Short Form (MHC–SF) in the Argentinean context: Confirmatory factor analysis and measurement invariance / M. L. Lupano Perugini et al. *Europe's Journal of Psychology*. 2017. Vol. 13, no. 1. P. 93–108. URL: <https://doi.org/10.5964/ejop.v13i1.1163> (date of access: 23.10.2025). (The Mental Health Continuum – Short Form (MHC-SF))

46. *The social determinants of mental health and disorder: evidence, prevention and recommendations* [Electronic resource]. (2024). LSE Research Online. URL: https://eprints.lse.ac.uk/100199/1/Torre_PSSin_War_affectedCountries.pdf (дата звернення: 11.12.2025).
47. Tsybuliak N., Popova A., Lopatina H., Suchikova Y. Mental health of Ukrainian researchers during wartime. *Global Public Health*. 2025. Vol. 20, № 1. <https://doi.org/10.1080/17441692.2025.2495328>.
48. *Ukraine response: 2022 – 2024* [Electronic resource]. (Б.д.). People in Need. URL: <https://www.peopleinneed.net/ukraine-response-2022-2024-11197gp> (дата звернення: 11.12.2025).
49. "War in Ukraine is increasing the prevalence of mental health conditions in children, new study finds" [Electronic resource]. (2024, 8 April). European Psychiatric Association (EPA). URL: <https://www.europsy.net/app/uploads/2024/04/EPA-2024-War-in-Ukraine-impact-on-mental-health-conditions-in-children.pdf> (дата звернення: 11.12.2025).
50. WHO Regional Office for Europe. *Health needs assessment of the adult population in Ukraine* [Electronic resource]. Copenhagen : WHO Regional Office for Europe, 2023. URL: iris.who.int (дата звернення: 11.01.2025).
51. World Health Organization. *WHO 2024 Emergency Appeal: Ukraine* [Electronic resource]. Geneva : WHO, 2024. URL: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/documents/emergencies/2024-appeals/2024-who-ukraine-emergency-appeal_en.pdf (дата звернення: 11.02.2025).
52. World Health Organization. *Mental health: strengthening our response* [Electronic resource] : Fact sheet N°220. 2022, 17 June. URL: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response> (дата звернення: 11.12.2025).

ДОДАТКИ

Додаток А

Опитувальник психічного здоров'я МНАІ (Mental Health Assessment Instrument)

1. За останні два тижні: Відчуття суму

Ніколи

Іноді

Часто

Майже завжди

2. За останні два тижні: Втрата інтересу до щоденних справ

Ніколи

Інколи

Часто

Майже завжди

3. За останні два тижні: Плаксивість

Ніколи

Інколи

Часто

Майже завжди

4. За останні два тижні: Відчуття самотності; відчуття ізоляції

Ніколи

Інколи

Часто

Майже завжди

5. За останні два тижні: Відчуття втоми, нестача енергії або її зниження

Ніколи

Інколи

Часто

Майже завжди

6. За останні два тижні: Відчуття, ніби ти у пастці або тебе піймали

Ніколи

Інколи

Часто

Майже завжди

7. За останні два тижні: Рухи або мова настільки повільні чи швидкі, що це помічають інші люди

Ніколи

Інколи

Часто

Майже завжди

8. За останні два тижні: Повторювані або нав'язливі спогади про травматичні події, у тому числі думки, образи

Ніколи

Інколи

Часто

Майже завжди

9. За останні два тижні: Погіршення настрою, коли будь-що нагадує про стресові події

Ніколи

Інколи

Часто

Майже завжди

10. За останні два тижні: Відчуття, ніби тебе ніхто не розуміє

Ніколи

Інколи

Часто

Майже завжди

11. За останні два тижні: Уникнення в цілому безпечних дій чи ситуацій, які нагадують про минулу стресову подію

Ніколи

Інколи

Часто

Майже завжди

12. За останні два тижні: Відчуття втрати сенсу життя

Ніколи

Інколи

Часто

Майже завжди

13. За останні два тижні: Тремтіння

Ніколи

Інколи

Часто

Майже завжди

14. За останні два тижні: Знервованість чи пітливість

Ніколи

Інколи

Часто

Майже завжди

15. За останні два тижні: Відчуття напруженості

Ніколи

Інколи

Часто

Майже завжди

16. За останні два тижні: Напад страху або паніки

Ніколи

Інколи

Часто

Майже завжди

17. За останні два тижні: Думки про бажання вбити себе; схильність до самогубства

Ніколи

Інколи

Часто

Майже завжди

18. За останні Три Місяці, як часто ви вживали алкогольні напої?

Ніколи

1 раз чи двічі

Раз на місяць

Раз на тиждень

Щоденно або майже щоденно

19. За останні Три Місяці, як часто ви відчували надмірно сильний потяг вжити алкогольні напої?

Ніколи

1 раз чи двічі

Раз на місяць

Раз на тиждень

Щоденно або майже щоденно

Опитувальник The Mental Health Continuum – Short Form (MHC-SF)

Інструкція. Будь ласка, дайте відповіді на запитання щодо Вашого самопочуття протягом останнього місяця (двох тижнів). Визначте частоту переживання наведених нижче станів.

	Ніколи (0 балів)	1–2 рази (1 бал)	Приблизно 1 раз на тиждень (2 бали)	Приблизно 2–3 рази на тиждень (3 бали)	Майже кожен день (4 бали)	Кожен день (5 балів)
Щастя						
цікавість до життя						
задоволення						
що можете зробити важливий внесок для суспільства						
належність до певної соціальної групи (за місцем навчання, роботи, проживання)						
що наше суспільство стає кращим для таких людей, як Ви						
що люди зазвичай хороші						
що події, які відбуваються в суспільстві, мають значення для Вас						
задоволення собою як особистістю						
що успішно впораєтесь із повсякденними зобов'язаннями						
теплі та довірливі стосунки з оточуючими						
що у Вас є досвід, який спонукає до самовдосконалення						
впевненість у висловлюванні власних поглядів						
що маєте мету та сенс життя						

Послідовність підрахунку балів. Підсумуйте бали в діапазоні від 0 до 70 (якщо необхідно, застосуйте 10-бальну шкалу).

Категоріальна діагностика. Процвітання (flourishing) діагностується, якщо індивід відчуває принаймні один із трьох симптомів гедонічного благополуччя (питання 1 – 3) «Кожен день» або «Майже кожен день» і переживає принаймні 6 з 11 симптомів позитивного функціонування (питання 4 – 14) «Кожен день» або «Майже кожен день» протягом останнього місяця (двох тижнів).

Пригнічення (languishing) діагностується, якщо індивід зазначає, що «Ніколи» або «1 – 2 рази» протягом останнього місяця (двох тижнів) не переживав жодного з трьох симптомів гедонічного благополуччя (питання 1– 3), 6 з 11 симптомів позитивного функціонування (питання 4 – 14, серед яких 4 – 8 твердження є показниками соціального благополуччя, а 9 – 14 – показниками психологічного благополуччя).

В індивідів, які не увійшли до жодної з названих категорій, діагностується «помірний» (задовільний) рівень психічного здоров'я.

CD-RISC-10 Коннора–Девідсона в адаптації Н. Школіної та І. Шаповал

Ініціали □□□ Ід. □□□□□ № дата □□/□□/□□□□ візит □□ вік □□

Будь ласка, вкажіть, наскільки Ви погоджуєтеся з такими твердженнями, оцінюючи свій досвід за минулий місяць. Якщо та чи інша ситуація не мала місця останнім часом, як би Ви, на Вашу думку, почувалися за таких обставин?

	Зовсім невірно (0)	Дуже рідко вірно (1)	Іноді вірно (2)	Часто вірно (3)	Майже завжди вірно (4)
1. Я можу адаптуватися до змін.	☐	☐	☐	☐	☐
2. Я можу впоратися з будь-якими перепонами на своєму шляху.	☐	☐	☐	☐	☐
3. Я намагаюся підходити з гумором до проблем, що виникають.	☐	☐	☐	☐	☐
4. Необхідність протистояти стресу робить мене сильнішим.	☐	☐	☐	☐	☐
5. Я швидко приходжу до норми після хвороб, травм чи інших негараздів.	☐	☐	☐	☐	☐
6. Я вважаю, що можу досягти своєї мети, навіть якщо є перешкоди.	☐	☐	☐	☐	☐
7. У стресовій ситуації я не втрачаю здатності зосереджуватись і ясно мислити.	☐	☐	☐	☐	☐
8. Я не з тих, кого зупиняють невдачі.	☐	☐	☐	☐	☐
9. Я вважаю себе сильною особистістю, коли йдеться про виклики і труднощі життя.	☐	☐	☐	☐	☐
10. Я можу справлятися з неприємними чи болісними відчуттями, такими як сум, страх та гнів.	☐	☐	☐	☐	☐

Результати Опитувальник «Індекс психоенергетичного виснаження»

n	X	$(x_i - M)$	$(x_i - M)^2$	n	X	$(x_i - M)$	$(x_i - M)^2$
1	30	-3.18	10.11	42	40	6.82	46.51
2	29	-4.18	17.47	43	36	2.82	7.95
3	33	-0.18	0.03	44	25	-8.18	66.91
4	33	-0.18	0.03	45	35	1.82	3.31
5	33	-0.18	0.03	46	36	2.82	7.95
6	34	0.82	0.67	47	38	4.82	23.23
7	35	1.82	3.31	48	26	-7.18	51.55
8	27	-6.18	38.19	49	38	4.82	23.23
9	36	2.82	7.95	50	19	-14.18	201.07
10	32	-1.18	1.39	51	33	-0.18	0.03
11	32	-1.18	1.39	52	39	5.82	33.87
12	30	-3.18	10.11	53	39	5.82	33.87
13	24	-9.18	84.27	54	21	-12.18	148.35
14	31	-2.18	4.75	55	26	-7.18	51.55
15	18	-15.18	230.43	56	33	-0.18	0.03
16	28	-5.18	26.83	57	32	-1.18	1.39
17	35	1.82	3.31	58	35	1.82	3.31
18	35	1.82	3.31	59	36	2.82	7.95
19	38	4.82	23.23	60	23	-10.18	103.63
20	34	0.82	0.67	61	25	-8.18	66.91
21	30	-3.18	10.11	62	39	5.82	33.87
22	38	4.82	23.23	63	22	-11.18	124.99
23	33	-0.18	0.03	64	45	11.82	139.70
24	40	6.82	46.51	65	32	-1.18	1.39
25	32	-1.18	1.39	66	29	-4.18	17.47
26	37	3.82	14.59	67	38	4.82	23.23
27	42	8.82	77.75	68	31	-2.18	4.75
28	36	2.82	7.95	69	18	-15.18	230.43
29	30	-3.18	10.11	70	29	-4.18	17.47
30	34	0.82	0.67	71	36	2.82	7.95
31	33	-0.18	0.03	72	30	-3.18	10.11
32	40	6.82	46.51	73	46	12.82	164.35
33	33	-0.18	0.03	74	26	-7.18	51.55
34	32	-1.18	1.39	75	41	7.82	61.15
35	35	1.82	3.31	76	38	4.82	23.23
36	32	-1.18	1.39	77	22	-11.18	124.99
37	33	-0.18	0.03	78	32	-1.18	1.39
38	35	1.82	3.31	79	51	17.82	317.55
39	35	1.82	3.31	80	43	9.82	96.43
40	31	-2.18	4.75	81	43	9.82	96.43
41	43	9.82	4.75	82	34	0.82	0.67
Сума		2721		0		3112,38	

$$M = 2721:82 = 33,18 ; Md = 33,5; Mo = 33 \text{ та } 35;$$

$$d = x_{\max} - x_{\min} = 51 - 18 = 33; \sigma = \sqrt{\frac{3112,38}{82}} = 6,16.$$

Висновок: Розподіл вибірки є практично симетричним та близьким до унімодального (незначне згущення значень спостерігається поблизу середнього рівня). Більшість значень знаходяться в межах одного стандартного відхилення від середнього, тобто в інтервалі від 27,02 до 39,34 балів. Діапазон значень (варіативність) становить 33 умовні одиниці (від мінімального значення 18 до максимального 51). Більшість спостережень (понад 70%) зосереджені в інтервалі від 30 до 38 балів, що вказує на помірну варіативність вибірки та відсутність різко виражених відхилень.

**Результати Опитувальник The Mental Health Continuum – Short Form
(MHC-SF)**

n	X	$(x_i - M)$	$(x_i - M)^2$	n	X	$(x_i - M)$	$(x_i - M)^2$
1	46	+7,05	49,70	42	44	+5,72	32,72
2	38	-0,95	0,90	43	33	-5,28	27,88
3	52	+13,05	170,30	44	41	+2,72	7,40
4	41	+2,05	4,20	45	27	-11,28	127,24
5	28	-10,95	119,90	46	49	+10,72	114,92
6	35	-3,95	15,60	47	36	-2,28	5,19
7	49	+10,05	101,00	48	38	-0,28	0,08
8	44	+5,05	25,50	49	25	-13,28	176,38
9	33	-5,95	35,40	50	52	+13,72	188,22
10	57	+18,05	325,80	51	31	-7,28	53,02
11	26	-12,95	167,80	52	47	+8,72	76,03
12	31	-7,95	63,20	53	22	-16,28	264,10
13	40	+1,05	1,10	54	40	+1,72	2,96
14	22	-16,95	287,30	55	29	-9,28	86,14
15	48	+9,05	81,90	56	54	+15,72	246,91
16	36	-2,95	8,70	57	35	-3,28	10,76
17	30	-8,95	80,10	58	21	-17,28	298,58
18	55	+16,05	257,60	59	46	+7,72	59,58
19	29	-9,95	99,00	60	30	-8,28	68,57
20	51	+12,05	145,20	61	48	+9,72	94,51
21	24	-14,95	223,50	62	24	-14,28	203,89
22	37	-1,95	3,80	63	55	+16,72	279,47
23	47	+8,05	64,80	64	32	-6,28	39,44
24	43	+4,05	16,40	65	37	-1,28	1,64
25	21	-17,95	322,20	66	26	-12,28	150,94
26	58	+19,05	362,90	67	50	+11,72	137,34
27	39	+0,05	0,00	68	43	+4,72	22,27
28	42	+3,05	9,30	69	28	-10,28	105,67
29	27	-11,95	142,80	70	58	+19,72	389,01
30	45	+6,05	36,60	71	39	+0,72	0,52
31	32	-6,95	48,30	72	23	-15,28	233,48
32	34	-4,95	24,50	73	34	-4,28	18,31
33	50	+11,05	122,10	74	20	-18,28	334,15
34	23	-15,95	254,40	75	42	+3,72	13,84
35	20	-18,95	359,00	76	57	+18,72	350,61

36	53	+14,05	197,40	77	45	+6,72	45,15
37	41	+2,05	4,20	78	19	-19,28	371,71
38	46	+7,05	49,70	79	53	+14,72	216,66
39	38	-0,95	0,90	80	37	-1,28	1,64
40	30	-8,95	80,10	81	47	+8,72	76,03
41	56	+17,05	290,70	82	25	-13,28	176,38
Сума		3139		0		9763,14	

$M = 3139:82 = 38,28$; $Md = 30$; $Mo = 46, 38, 41, 30, 37, 47$;

$$d = x_{\max} - x_{\min} = 58 - 19 = 39; \quad \sigma = \sqrt{\frac{9763,14}{82}} = 10,91.$$

Результати CD-RISC-10 Коннора–Девідсона в адаптації Н. Школіної та І.

Шаповал

n	X	$(x_i - M)$	$(x_i - M)^2$	n	X	$(x_i - M)$	$(x_i - M)^2$
1	26	-3.40	11.56	42	17	-12.40	153.76
2	19	-10.40	108.16	43	34	4.60	21.16
3	32	2.60	6.76	44	25	-4.40	19.36
4	21	-8.40	70.56	45	23	-6.40	40.96
5	35	5.60	31.36	46	38	8.60	73.96
6	28	-1.40	1.96	47	29	-0.40	0.16
7	33	3.60	12.96	48	32	2.60	6.76
8	40	10.60	112.36	49	27	-2.40	5.76
9	17	-12.40	153.76	50	40	10.60	112.36
10	23	-6.40	40.96	51	31	1.60	2.56
11	27	-2.40	5.76	52	25	-4.40	19.36
12	34	4.60	21.16	53	22	-7.40	54.76
13	19	-10.40	108.16	54	34	4.60	21.16
14	30	0.60	0.36	55	37	7.60	57.76
15	22	-7.40	54.76	56	27	-2.40	5.76
16	28	-1.40	1.96	57	38	8.60	73.96
17	25	-4.40	19.36	58	30	0.60	0.36
18	36	6.60	43.56	59	26	-3.40	11.56
19	20	-9.40	88.36	60	33	3.60	12.96
20	31	1.60	2.56	61	28	-1.40	1.96
21	29	-0.40	0.16	62	34	4.60	21.16
22	33	3.60	12.96	63	21	-8.40	70.56
23	27	-2.40	5.76	64	21	-8.40	70.56
24	36	6.60	43.56	65	18	-11.40	129.96
25	31	1.60	2.56	66	30	0.60	0.36
26	24	-5.40	29.16	67	37	7.60	57.76
27	20	-9.40	88.36	68	35	5.60	31.36
28	37	7.60	57.76	69	22	-7.40	54.76
29	35	5.60	31.36	70	30	0.60	0.36
30	38	8.60	73.96	71	28	-1.40	1.96
31	29	-0.40	0.16	72	34	4.60	21.16
32	26	-3.40	11.56	73	24	-5.40	29.16
33	28	-1.40	1.96	74	33	3.60	12.96
34	39	9.60	92.16	75	29	-0.40	0.16
35	30	0.60	0.36	76	36	6.60	43.56

36	33	3.60	12.96	77	32	2.60	6.76
37	40	10.60	112.36	78	25	-4.40	19.36
38	32	2.60	6.76	79	31	1.60	2.56
39	19	-10.40	108.16	80	39	9.60	92.16
40	29	-0.40	0.16	81	27	-2.40	5.76
41	24	-5.40	29.16	82	35	5.60	31.36
Сума		2372		0		9763,14	

$M = 2372:82 = 28.93$; $Md = 30$; $Mo = 28, 33, 27, 34, 30, 29$;

$$d = x_{\max} - x_{\min} = 40-17=23; \sigma = \sqrt{\frac{3017,92}{82}} = 6,06.$$