

КИЇВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ ТАРАСА ШЕВЧЕНКА
ФАКУЛЬТЕТ ПСИХОЛОГІЇ
КАФЕДРА ЗАГАЛЬНОЇ ПСИХОЛОГІЇ

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА
«ІНДИВІДУАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ СТРЕСОВИХ
РЕАКЦІЙ ЖІНОК В УМОВАХ ВІЙНИ»
на здобуття освітнього рівня «МАГІСТР»
зі спеціальності «053-Психологія»

здобувача 2 року навчання
ОС «Магістр» ОПП «Психологія»
Заочної форми навчання
Владислава КОРНІЄНКО

Науковий керівник:
канд. психологічних наук, доцент
кафедри загальної психології
Тайса КИРИЛЕНКО

Допустити до захисту на ЕК №1
кафедри загальної психології
Протокол № _____ від _____
Завідувачка кафедри:
кандидат психологічних наук, доцент

Ганна ЮРЧИНСЬКА
_____ (підпис)

ЗМІСТ

ВСТУП	3
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ВИВЧЕННЯ СТРЕСОВИХ РЕАКЦІЙ ЖІНОК В УМОВАХ ВІЙНИ	7
1.1. Поняття стресу у психологічній науці	7
1.2. Особливості стресових реакцій у жінок в умовах війни	15
1.3. Вплив соціально-психологічних факторів на розвиток стресових реакцій	22
Висновки до розділу 1	27
РОЗДІЛ 2. ДІАГНОСТИКА СТРЕСОВИХ РЕАКЦІЙ ЖІНОК В УМОВАХ ВІЙНИ	28
2.1. Методологія та організація дослідження.....	28
2.2. Порівняльний аналіз стресових реакцій у жінок різних вікових груп ..	34
2.3. Особливості стресових реакцій жінок залежно від статусу	47
Висновки до розділу 2	67
РОЗДІЛ 3. МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ ЩОДО РЕГУЛЯЦІЇ СТРЕСОВИХ РЕАКЦІЙ ЖІНОК В УМОВАХ ВІЙНИ	69
3.1. Основи розробки програм регуляції стресу.....	69
3.2. Система психологічних вправ для гармонізації психічного стану жінок в умовах війни	77
Висновки до розділу 3	83
ВИСНОВКИ	85
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	88
ДОДАТКИ	99

ВСТУП

Актуальність теми дослідження. Стрес є поширеним явищем, з яким людина стикається в будь-який період свого життя. Причина, чому стрес є широко розповсюдженим у людському суспільстві, полягає в складності соціального та особистісного оточення людини, множинних і одночасних взаємодіях із проблемами суспільства, а також у різноманітності проявів стресу [24, 29].

У психологічній науці стрес є відчуттям психічного тиску та напруги. Низький рівень стресу може бути бажаним, корисним і навіть здоровим. Позитивний стрес може покращити біопсихосоціальне здоров'я та підвищити продуктивність. Крім того, позитивний стрес є важливим фактором мотивації, адаптації та реакції на навколишнє середовище. Однак високий рівень стресу може спричинити біологічні, психологічні та соціальні проблеми і навіть завдати серйозної шкоди здоров'ю людини [51].

Дослідження в галузі когнітивної продуктивності вивчали роль різних факторів у якісних і кількісних змінах таких процесів. Одним із головних факторів, який стосується цих досліджень, є роль стресу в когнітивних і вищих коркових функціях. Сьогоднішнє життя пов'язане зі стресом у всіх аспектах. Зовнішні фактори за своєю суттю не є стресовими або загрозливими, але система людського сприйняття інтерпретує їх саме так. Стресові фактори, такі як раптові та лякаючі спалахи або спостереження за певними типами об'єктів, які нагадують гострі події, можна інтерпретувати як стрес. Коли людина не вірить, що має достатньо ресурсів, щоб впоратися з такими перешкодами (стимули, люди, ситуації тощо), вона відчуває стрес або сприймає проблеми як загрозливі або небезпечні [17-18].

Незважаючи на повсякденне і часте вживання терміна «стрес», дослідження в цій галузі ще не досягли відповідної конвергенції. Частково це пов'язано з нечіткістю визначення стресу та теоретичних підходів до цього дослідження. Іншими словами, відмінності в дослідницькій літературі про

стрес, що є результатом складності та багатовимірності стресу. Стрес може бути викликаний як ззовні і бути пов'язаним з оточенням, так і з боку внутрішнього сприйняття людини. Друга форма може викликати тривогу або інші негативні емоції та почуття, такі як тиск, біль і смуток, і може призвести до серйозних психологічних розладів, таких як посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), який є широко розповсюдженим у воєнний період не тільки серед чоловіків, а й переважно серед жінок. Саме тому дане дослідження спрямоване на виявлення зв'язку у індивідуально-психологічних стресових реакціях жінок в умовах війни [11, 35].

Проблема індивідуально-психологічних стресових реакцій розглядалася низкою українських та закордонних дослідників. З тематикою стресових реакцій серед українських науковців працювали Ю. М. Швалба, М. С. Кудінова, Д. Р. Кравцов, В. О. Васютинський, Л. В. Животовська, Д. І. Бойко, О. О. Когут, І. О. Вахоцька та ін., серед іноземних Г. Сельє, К. Бернар, У. Бредфорд Кеннон, П. Баркер та інші. Г. Сельє запровадив термін «стрес» та є розробником концепції загального адаптаційного синдрому. Клод Бернар у свою чергу зосередився на концепції гомеостазу та описав механізми підтримання стабільності внутрішнього середовища у стресових умовах. Уолтер Б. Кеннон запровадив поняття «боротьби або втечі» та досліджував те, яку роль має симпатична нервова система у відповіді на стрес. Розробленням моделі подолання стресу займався П. Баркер, зокрема підкреслював роль соціальної підтримки у стабілізації стресу.

Мета дослідження: виявити вікові особливості стресових реакцій жінок в умовах війни.

Завдання дослідження.

1. Теоретичний аналіз індивідуально-психологічних особливостей стресових реакцій жінок в умовах війни.
2. Визначити вираженість стресових реакцій в досліджуваних.
3. Виявити співвідношення стресових реакцій жінок з особливостями їхніх вікових категорій та статусу.

4. Розробити методичні рекомендації щодо регуляції стресових реакцій жінок в умовах війни.

Об'єкт дослідження: стресові реакції.

Предмет дослідження: індивідуально-психологічні особливості стресових реакцій жінок в умовах війни.

Методи дослідження. Для вирішення окреслених завдань було використано комплекс теоретичних та емпіричних методів наукового дослідження.

- теоретичні: аналіз, синтез й узагальнення під час розгляду викладених у науковій літературі матеріалів щодо сучасного стану досліджуваної проблеми й опрацювання отриманих результатів;

- емпіричні: спостереження, тестування, а саме, опитувальник «Самооцінка станів тривожності, фрустрації, агресивності та ригідності» (адаптований варіант методики Г. Айзенка), методика «Шкала позитивного ментального здоров'я» (Positive mental health scale (PMH-Scale)) (J. Lukat, J. Margraf, R. Lutz, W.M. van der Veld, and E.S. Becker) (адаптація Л.М. Карамушки, О.В. Креденцер, К.В. Терещенко) і опитувальник «Стабільність психічного здоров'я – коротка форма» («The Mental Health Continuum – Short Form») (К. Кіз) (адаптація Е.Л. Носенко, А.Г. Четверик-Бурчак).

Обробку емпіричних показників здійснено з використанням методів: описової статистики: дослідження центральної тенденції, розсіювання, графічні методи; індуктивної статистики: перевірка гіпотез в основному методами t-критерій (Стьюдента) та ANOVA, кореляційний аналіз Пірсона. Для порівняння дисперсій використовувався тест Левене, а для перевірки нормальності розподілу було використано тест Шапіро-Уїлка.

Дослідницька вибірка. У дослідженні взяли участь 158 осіб, серед яких 141 жінка та 17 чоловіків. Опитування проводилося у форматі онлайн із використанням Google-Form (Додаток А).

Наукова новизна одержаних результатів дослідження полягає в тому, що *вперше*:

- встановлено різницю в психологічних особливостях вікових груп за методикою самооцінки станів агресивності та в психологічних особливостях в залежності від наявності дитини за характеристикою стабільності ментального здоров'я;

набули подальшого розвитку положення про:

- вищу поширеність низького рівня ментального здоров'я жінок в умовах війни;

- залежність рівня ментального здоров'я від статусу жінки;

- залежність у жінок самооцінки і станів ригідності і фрустрації.

Практичне значення роботи полягає у тому, що одержані результати та висновки можуть бути використані психологами та психотерапевтами у роботі із жінками, що страждають на різні індивідуально-психологічні стресові реакції в умовах війни.

Достовірність і обґрунтованість наукових результатів забезпечено обґрунтованим вибором основних припущень і обмежень, прийнятих за вихідні, при формулюванні мети та завдань роботи; використанням репрезентативної вибірки та сучасного, валідного та надійного емпіричного інструментарію, а також апробованих та прийнятих у сучасній науці методів математико-статистичного аналізу даних, коректним добором використаних показників і критеріїв; поєднанням теоретичного аналізу з проведенням емпіричного дослідження.

Структура та обсяг роботи. Дипломна робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків до кожного розділу, загальних висновків, списку використаних джерел, що налічує 96 найменувань, з них – 51 іноземною мовою, та 2 додатки. Дослідження містить 23 таблиці і 16 рисунків. Основний зміст викладено на 85 сторінках комп'ютерного набору. Повний обсяг роботи становить 102 сторінки.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ВИВЧЕННЯ СТРЕСОВИХ РЕАКЦІЙ ЖІНОК В УМОВАХ ВІЙНИ

1.1. Поняття стресу у психологічній науці

За останні 50 років концепція стресу значно розвинулася, як і розуміння нейробиології, що лежить в його основі. Замість того, щоб розглядати біологію стресу як ту, що застосовується лише в незвичайних і загрозованих умовах, можна розглянути її як безперервний процес оцінки навколишнього середовища, подолання стресу та адаптації, що дозволяє людині передбачати майбутні виклики та справлятися з ними, відчуваючи психологічне благополуччя.

За теорією Ю. Швалба психологічне благополуччя визначається аспектами усвідомленого та емоційно забарвленого ставлення особи до власного життєвого відчуття та до себе в якості учасника даного процесу та пов'язане з самореалізацією та відчуттям власної цінності. Дослідження Ю. Швалби продемонстрували підвищення рівня психологічного благополуччя, коли особа відчуває власне життя осмисленим, а себе реалізованою [44].

Науковці почали усвідомлювати критичну взаємодію між мозком і рештою тіла, коли справа доходить до реакції на стрес. Не менш важливим аспектом є те, що ця система може стати перевантаженою через постійні вимоги середовища до людини: фізичні, фізіологічні чи психосоціальні. Наслідки цього перевантаження є шкідливими для здоров'я мозку, що призводить до різноманітних психічних розладів, включаючи глибоку депресію.

Поняття стрес вчені пов'язують із характеристикою Г. Сельє як реакцією на стресор «біжи, бийся або замри», тобто з гострою адаптаційною реакцією на зовнішній подразник. Але останні 50 років науки загалом і нейронауки зокрема розширили ці ідеї в багатьох напрямках. Біологія стресу

є безперервним процесом, коли тіло та мозок адаптуються до щоденних переживань, незалежно від того, чи визначені вони як стрес [47].

Цей досвід включає дотримання циркадного циклу, самотність чи соціальну взаємодію, щоденну фізичну активність, місцевість або зокрема наявність доступу до зелених зон і водних ресурсів.

При розгляді питання особистісно-соціальної взаємодії було розглянуто дослідження М. Кудінової [22], у якому здатність особистості долати складні життєві чи кризові ситуації має широкий діапазон, тоді як копінг-поведінка особи характеризується власними особливостями подолання проблеми, що включає в себе саморегуляція та самоорганізацію.

Д. Кравцов [18] виділяє відмінності між термінами «опанування» та «самоорганізація» та визначає самоорганізацію як ту, що володіє стратегічним характером і має орієнтир на майбутній час, та охоплює аспекти, які спрямовані як на особу, так і на організацію зовнішніх умов.

За Л. Сердюк поняття психологічного благополуччя визначається як загальний показник здібності особи до самореалізації та життєтворення, пов'язуючи це розуміння з контекстом стресу, психологічне благополуччя можна розглядати як внутрішній ресурс, який допомагає стабілізувати стресові реакції і надавати особі відчуття щастя і задоволеності від життя, навіть якщо особа має психологічне напруження [33, с. 12].

Також Л. Сердюк визначає, що психологічне благополуччя настає в результаті задоволення власних потреб, наявності сенсу життя, високої оцінки себе, що не корелює з періодами, коли особа знаходиться в постійному стресі [32].

Наукові підходи щодо розуміння природи стресу, що були вперше затверджені Г. Сельє, мали подальший розвиток і призвели до виникнення нових концепцій та теорій, пов'язаних з розумінням стресу [14].

Таблиця 1.1

Опис теорій, пов'язаних з розумінням стресу

Теорії	Опис
Генетично-конституційна	Вроджені механізми організму щодо захисту, які визначають його здатність протидіяти стресу.
Психодинамічна	Два типи реакції на тривогу: сигнальна (на зовнішню загрозу) і травматична (внутрішні конфлікти).
Теорія схильності до стресу	Виникнення стресу через взаємодію зовнішніх та спадкових факторів.
Системна	Розгляд стресу як порушення балансу системи, яка намагається його відновити.
Міждисциплінарна	Розгляд стресу як результату дії подразників, які є причиною тривоги та активізації адаптивних реакцій організму.
Інтеграційна	Поява стресу через неможливість вирішення проблеми, що у свою чергу провокує підвищення рівню напруги.

Досягнення теоретичного та практичного розуміння різних аспектів стресу має важливе значення для вивчення, оцінки та управління стресом. Структурами, які найбільше пов'язані зі стресом, є тривога, гомеостаз і алостаз. Стрес можна визначити як хворобливу емоцію, пов'язану з невизначеним об'єктом, що виникає в результаті травматичної ситуації, пережитої в сьогоденні, або внаслідок очікування небезпеки в майбутньому. Стрес і тривога не відокремлені один від одного. Континуум стресу є широким і поширюється від біологічної до соціально-психологічної сфер і вважається важливим попереднім фактором тривоги [88].

Тривога є багатовимірним поняттям, вона має різні рівні та проявляється як фізичне, когнітивне, емоційне та міжособистісне явище.

Тривога є попереджувальним сигналом, який насторожує людину, попереджає її про небезпеку, що насувається, щоб вона могла підготуватися до її подолання. Слід зазначити, що помірний рівень тривоги необхідний для виживання людини та захисту від загрозливих небезпек. Різниця між тривогою та стресом полягає в ініціюючому факторі та спрямованості ініціатора. У той час як для виникнення стресу необхідний зовнішній фактор (стресор), який порушує гомеостаз організму, тривога є суб'єктивним відчуттям, яке може існувати без певного зовнішнього фактора, і його природа не пов'язана із зовнішнім об'єктивним фактором, який його викликає.

Гомеостаз є фундаментальною властивістю будь-якої системи, в якій її змінні регулюються таким чином, що внутрішні стани є стабільними та відносно постійними протягом часу. Цей процес є найважливішою тенденцією організму підтримувати внутрішню стабільність у відповідь на зміни зовнішніх умов. Гомеостаз запобігає сильним або швидким змінам, що відбуваються в організмі, навіть якщо він може завдати шкоди живій істоті, і підтримує життя постійним і стабільним.

З психологічної точки зору гомеостаз можна розглядати як процес балансу, який є результатом безперервної та послідовної регуляції між усіма біологічними та психічними системами організму, що призводить до відносної стабільності внутрішнього середовища.

Дослідження в області психофізіології показали, що найважливішою частиною периферичної нервової системи (ПНС), яка бере участь у реакції на стрес, є вегетативна частина, яка складається з симпатичного (СНС) і парасимпатичного (ПСНС) нервів. СНС, який секретує адреналін і норадреналін, викликає збудження та фізичні зміни (наприклад, збільшення частоти серцевих скорочень), тоді як ПСНС підтримує гомеостаз шляхом секреції ацетилхоліну (АСН). Одночасна діяльність цих двох нервових систем є взаємовиключною, людина не може бути збудженою і розслабленою одночасно. Іншими словами, будь-який стрес, який організм отримує свідомо

чи несвідомо, впливаючи на ВНС і перешкоджаючи діяльності ПСНС, порушує гомеостаз [86].

Третя теоретична конструкція, пов'язана зі стресом – це алостаз. Алостаз є процесом досягнення рівноваги та стабільності, або гомеостазу, під час зіткнення зі стресом через психологічні та/або поведінкові зміни. Це може бути пов'язано зі змінами рівня гормонів, змін в роботі аутоімунної системи, цитокінів або інших систем, залучених у відповідь на стрес, і зазвичай спрямоване на адаптацію протягом оптимально мінімального періоду часу. Алостаз є життєво важливим процесом для підтримки гомеостазу в мінливих ситуаціях. Концепція алостазу використовується для вивчення фізіології змін (які часто є стресовими), адаптації до різних ситуацій, а також фізіологічного та поведінкового передбачення майбутніх подій. У своєму початковому розумінні алостаз пов'язаний з різноманітними і розширеними суспільними потребами.

У соціальній сфері, враховуючи еволюційний аспект, встановлено оптимальне використання поведінки та соціальних навичок для кращого регулювання та кращої адаптації до стресів, пов'язаних із соціальними вимогами [62]. Алостаз був створений на основі акценту на концепції адаптації до змін, щоб задовольнити всі нагальні потреби навколишнього середовища та мінливих ситуацій. Алостаз характеризує, як індивід може досягти гомеостазу, адаптуючись до мінливих ситуацій, беручи до уваги життєво важливі параметри життєвих процесів, оскільки хронічна гіперактивність регуляторних систем робить індивіда вразливим до фізіологічного пошкодження.

Стрес є однією з найважливіших тем досліджень психічного здоров'я та однією з найскладніших областей психології та соціології цього століття. Стрес вважається основною загрозою здоров'ю. Причиною такої поширеності стресу в людському суспільстві є складність соціального, особистісного та екологічного оточення, численні й одночасні взаємодії індивіда з факторами середовища, а також різноманітність симптомів стресу.

Незважаючи на те, що стрес вважається повсякденною частиною сучасного життя, якщо стрес стає стійким і посилюється, у багатьох людей можуть розвинути проблемні ознаки та симптоми, які можуть загрожувати їхньому власному здоров'ю чи навіть здоров'ю оточуючих і суспільства [81].

Наслідки стресу для нашого емоційного та фізичного здоров'я можуть бути руйнівними. Аристотель, Гіппократ та інші мислителі стародавності вивчали стрес та його негативні наслідки. Однак Клод Бернар був першим, хто офіційно пояснив, як клітини і тканини багатоклітинних організмів можна захистити від стресу. Бернар, один з найбільших фізіологів світу, який працював у Парижі в другій половині 19 століття, вперше заявив, що внутрішнє середовище живого організму – це не просто засіб для доставки поживних речовин до клітин. Навпаки, умовою вільного і незалежного життя є постійність внутрішнього середовища. Через 50 років Уолтер Бредфорд Кеннон, працюючи в Гарварді, запропонував термін «гомеостаз» [56].

Кеннон також ввів термін «боротьба або втеча», щоб описати реакцію тварини на стресову загрозу. Концепція «боротьби або втечі», яка також називається гострою реакцією на стрес, припускає, що тварини реагують на загрозу загальним розрядом симпатичної нервової системи, готуючи їх до бою чи втечі. Цю реакцію пізніше вважали першою стадією загального адаптаційного синдрому (GAS) і вперше запропонували Гансом Сельє як універсальну відповідь на стрес серед хребетних та інших організмів.

Ганс Сельє, який народився у Відні в 1907 році і також відомий як «батько стресу», почав досліджувати стрес у 1926 році, коли він ще був студентом медицини. Він помітив, що у пацієнтів з різними захворюваннями багато однакових неспецифічних симптомів, які є загальною реакцією організму на стресові подразники. Ці клінічні спостереження разом з експериментами на лабораторних мишах лягли в основу концепції GAS Г. Сельє, яка дозволила йому стверджувати, що тривалий вплив стресу призводить до «хвороб адаптації». Тобто хронічний стрес, який викликає надлишок хімічних речовин і гормонів, призводить до виразок і високого

кров'яного тиску в шлунково-дванадцятипалій системі. Хоча гіпотеза GAS пізніше була доведена помилковою, вона підкреслила той факт, що стрес має значний вплив на імунну систему, а також на надниркові залози [56].

Ганс Сельє не тільки дав перше чітке визначення стресу, але й першим виявив, що сам по собі гомеостаз не може забезпечити стабільність систем організму в умовах стресу. Він ввів термін «гетеростаз» як процес, при якому новий стійкий стан досягається шляхом лікування засобами, що стимулюють фізіологічні механізми адаптації. Гетеростаз можна вважати попередником концепції алостазису, яка вперше була запропонована Пітером Стерлінгом і Джозефом Айєром у 1980-х роках.

Тобто гомеостаз, який домінував у фізіологічній і медичній думці з 19 століття, вважається таким, що забезпечує стабільність через сталість. Алостаз, з іншого боку, забезпечує стабільність через зміни, що досягається шляхом регулювання встановлених точок, які у свою чергу регулюють фізіологічні параметри відповідно до стресу/напруги. Інший підхід, зосереджений на пізнанні, обрав Річард Лазарус, видатний і впливовий психолог з Університету Берклі. У той час, коли психологія вперше намагалася зрозуміти людську поведінку, вивчаючи прості організми, які виконують прості дії, засвоєні через асоціацію, винагороду чи покарання, Лазарус натомість наголосив на важливості вивчення когнітивних функцій і розширив це, включивши стрес.

Епідеміологія була і залишається центральним елементом дослідження стресу. Численні епідеміологічні дослідження намагалися визначити вплив соціального середовища, роботи та способу життя на стрес, здоров'я та благополуччя. Високий рівень стресу на роботі, який вимірюється відчуттям обмеженого контролю, але високими вимогами, пов'язаний із збільшенням частоти серцевих нападів, гіпертонії, ожиріння, залежності, тривоги, депресії та інших розладів [68].

Роль стресу наявна у виникненні та/або загостренні захворювань багатьох систем організму. У центрі уваги постають саме психічні розлади.

Діагностичний і статистичний посібник із психічних розладів (DSM-5) Американської психіатричної асоціації визнає два типи стресових розладів: гострий стресовий розлад і посттравматичний стресовий розлад. Щоб діагностувати гострий стресовий розлад, під час або після травми повинні бути присутні принаймні три з кількох дисоціативних симптомів, таких як суб'єктивне заціпеніння, відчуженість або відсутність емоційної реакції, зниження сприйняття навколишнього середовища, деперсоналізація або дисоціативна амнезія [57]. Після травми травматична подія постійно переживається особою, людина уникає подразників, які можуть викликати спогади про травматичну подію, відчуває тривогу або посилює хвилювання. Травма викликає клінічно значущий дистрес або порушення в соціальній, професійній або інших важливих сферах функціонування. Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) визначається як стан, при якому травматична подія неодноразово переживається у формі нав'язливих спогадів, снів або диссоціативних епізодів. Спогад про подію викликає страждання та уникнення, а також виникають симптоми надмірного збудження. Щоб відповідати діагностичним критеріям DSM-5, повний спектр симптомів має бути присутнім протягом більше одного місяця, а розлад має спричинити клінічно значущий дистрес або порушення в соціальній, професійній чи інших сферах функціонування.

ПТСР був офіційно визнаний психічним розладом з 1980 року. Він виник у III столітті, на початку розвитку залізниць у Великобританії, синдром під назвою «залізнична хвороба хребта» або «синдром після струсу мозку» поїздок залізницею, який був небезпечним і фізично травматичним. Жан-Мартен Шарко, неврологи та психіатри, такі як П'єр Жане та Зигмунд Фрейд, вважали, що посттравматичний стресовий розлад міг лежати в основі істерії на рубежі 19 століття, задовго до того, як посттравматичний стресовий розлад був включений у будь-яку діагностичну систему. Інтерес до посттравматичного стресового розладу різко зріс під час Першої світової війни: Чарльз Семюель Майєрс вплинув на багатьох солдатів, які нестримно

кричали і плакали, замерзлі і нерухомі, щоб описати стан, за якого він міг рухатися, став німим і не реагував, а також втратив пам'ять та здатність відчувати.

Монументальна трилогія Пета Баркера «Відродження» гостро досліджує психологічну травму війни та природу струсу мозку. Цей стан повторився у багатьох людей внаслідок Другої світової війни. Однак психологічна травма, яку зазнали ветерани В'єтнаму, та їхні вимоги про компенсацію призвели до включення посттравматичного стресового розладу в DSM-III як стану, що виникає у цивільних осіб (наприклад, синдром травми зґвалтування, синдром побитої жінки, синдром побитої дитини).

1.2. Особливості стресових реакцій у жінок в умовах війни

Стрес є не лише когнітивним і поведінковим процесом, але також тісно пов'язаний з багатьма психіатричними розладами. Стать є важливою біологічною детермінантою вразливості людини до психосоціального стресу; отже, стрес, реакції на стрес і розлади, пов'язані зі стресом, класифікуються за статтю. У той же час, стикаючись зі стресом і реакціями на нього, різні люди схильні думати про стрес по-різному: деякі люди мають мислення, що підсилює стрес, вважаючи, що стрес має позитивний когнітивний, психологічний, емоційний і гормональний вплив, тоді як інші мають мислення, що викликає стрес [96].

Стать є важливою детермінантою здоров'я людини; майже всі фізичні та психологічні розлади мають унікальні гендерні профілі. Загалом, у той час як чоловіки більш схильні до інфекційних захворювань, гіпертонії, агресивної поведінки та вживання психоактивних речовин, такі розлади, як аутоімунні захворювання, хронічний біль, депресія та тривожні розлади, порівняно частіше зустрічаються у жінок. Окрім захворювань, чоловіки та жінки виявляють істотно різні психологічні та фізіологічні реакції на стрес [96].

Оцінка статевих відмінностей у реактивності на стрес ґрунтується головним чином на вимірюванні фізіологічних реакцій на гострі стресори в лабораторних умовах і в симпатичній нервовій системі. Дослідження виявили, що сприйнятливість жінок до депресії пов'язана з порушенням зворотного зв'язку кортизолу на збудження ГПА (гіпоталамо-гіпофізарно-надниркова вісь). Порівняно з дорослими жінками дослідження показали, що дорослі чоловіки виявляють гострішу реакцію на ВНС (вегетативна нервова система) і вегетативні реакції у відповідь на стандартні психосоціальні стресори, пов'язані з продуктивністю (наприклад, публічні виступи), і ця різниця пов'язана з жіночими статевими гормонами, які погіршують симпатичні та емоційні реакції. Вегетативна відповідь центральної нервової системи, таким чином, затримує зворотний зв'язок кортизолу з мозком і таким чином зменшує або скорочує реакцію на стрес [59].

Експерименти з парадигмою продуктивного стресу та дослідження нейровізуалізації підтверджують, що гостра реакція ВНС і вегетативна реакція більш виражені у чоловіків, ніж у жінок. Нейровізуалізаційні дослідження виявили, що жінки демонструють більший ступінь емоційних «флешбеків» (меланхолійних роздумувань), ніж чоловіки після виконання стресових завдань [59].

Однак подібні нейровізуалізаційні дослідження не дали однозначних результатів. Що стосується стресу, експерименти, що порівнюють різні стресори, показали, що гендерні відмінності у реакції на стрес або відмінності в рівнях кортизолу спостерігалися лише в експериментах зі стресорами, пов'язаними з досягненнями; при проведенні експериментів із завданням соціальної ізоляції, дослідники не спостерігали гендерних відмінностей або суттєвих відмінностей у рівнях кортизолу. Порівнюючи природу стресорів, деякі дослідники виявили, що на жінок більше, ніж на чоловіків, впливають міжособистісні події; у таких стресових практиках чоловіки та жінки виявляють різну реакцію на стрес: чоловіки більше схильні

до реакцій «бийся або біжи», тоді як жінки частіше характеризувалися зближенням з друзями та оточуючими [96].

Існує багато факторів, що можуть сприяти варіативності реакцій на стрес, від екологічних, соціальних і до генетичних факторів, проте гендерна відмінність тут значуща. На біологічному рівні різниця в реакціях на стрес пов'язана з різною частотою дисрегуляції гормонів стресу чоловіків та жінок. З психологічної точки зору це проявляється в тому що рівень депресії в жінок вдвічі вищий, ніж у чоловіків. Також жінки частіше страждають від тривожних розладів [64].

Гендерна відмінність спостерігається у різних розладах, пов'язаних із високими рівнями стресу, включаючи генералізований тривожний розлад, панічний розлад, соціальну тривогу, специфічні фобії та посттравматичний стресовий розлад (ПТСР). Інші неврологічні та медичні стани, такі як хвороба Альцгеймера, мігрені, безсоння та синдром роздратованого кишківника, які частіше зустрічаються у жінок, ніж у чоловіків, часто супроводжуються депресією та тривогою [64].

Однак спрощувати ситуацію, вважаючи, що жінки просто більш уразливі до стресу, є помилковим фактором. Є розлади, які загострюються під впливом стресу, такі як шизофренія, що мають чоловічу перевагу в частоті та віці початку. Крім того, психологічні та соціокультурні фактори також відіграють свою роль.

Зростаючі докази свідчать про те, що жінки та чоловіки відчують стрес від різних типів ситуацій. Чоловіки частіше зазначали фінанси та події, пов'язані з роботою, як джерела свого стресу, тоді як жінки частіше називали сімейні пов'язані події. Наприклад, було виявлено, що народження першої дитини викликало значно більше стресу серед жінок, ніж серед чоловіків. Також визначено, що жінки та чоловіки по-різному переживають стрес на роботі. Крім того, тривале робоче навантаження по-різному впливало на жінок і чоловіків.

Виявлені також і суттєві гендерні відмінності в стратегіях подолання стресу. Жінки, як правило, використовують соціальну підтримку та поведінку, спрямовану на отримання допомоги, щоб впоратися зі стресом, що може бути захисними факторами проти виникнення депресії та тривожних розладів [64].

Військові конфлікти по-різному впливають на чоловіків і жінок. Хоча жінки за своєю суттю не є вразливими, у таких насильницьких ситуаціях вони часто стикаються з підвищеним ризиком, у тому числі сексуального насильства. Проблеми безпеки, руйнування інфраструктури та розлука з родичами чоловічої статі можуть суттєво вплинути на соціально-економічний статус та особисту безпеку жінки. Крім того, жінки не належать до однорідної групи: вони мають різні потреби залежно від культурного та соціального контексту їхньої країни, релігійної ідентичності та інших факторів, пов'язаних з їхнім особистим становищем, таких як вік, рівень освіти та шлюбний статус [95].

Вони також можуть застосовувати різні механізми подолання стресу та демонструвати різні рівні стійкості. Розуміння цих характеристик, врахування їх і включення у план гуманітарних інтервенцій є важливими кроками в роботі, спрямованій на реагування потреб жінок та зміцнення їхніх можливостей у стійкий спосіб. Завдяки своїй здатності до стійкості жінки також можуть бути важливими учасниками конфліктних і постконфліктних ситуацій для своїх сімей і громад. Жінки часто відіграють ключову роль у відбудові громад і сприянні політичному та соціальному примиренні. Тому для міжнародної спільноти важливо розглянути роль жінок у процесах розбудови миру. Питання, пов'язані з жінками у військовому конфлікті, а також конкретне питання сексуального насильства під час війни, створюють численні виклики для політиків і гуманітарних організацій [95].

Під час війни жінкам часто доводиться брати на себе додатковий тягар батьківства-одиначки, коли чоловіки зникли безвісти, переховуються, ув'язнені або залучені в бойових діях. Це означає для жінки самотійно

забезпечувати дохід сім'ї та приймати рішення щодо навчання дітей. Це також часто дає обов'язок взяти на себе повну відповідальність за безпеку сім'ї або прийняти рішення покинути дім і шукати безпечне місце. Проте більша відповідальність не завжди призводить до більшої вразливості. Війна є мінливою умовою, що також може призвести до нових можливостей, століттями жінки використовували можливість трансформації у таких умовах [95].

У Сполучених Штатах Америки і Великій Британії жінки отримали право голосу як прямий результат їхніх зусиль під час Першої світової війни. Коли чоловіки, які традиційно мали економічну владу, зникають через війну, ув'язнення, вбивства чи переховування, жінки можуть взяти верх і заново винайти економічні структури. Трансформація є як причиною, так і наслідком використання жінками цих можливостей. Жінки використовують ці можливості, щоб фундаментально змінити соціальні, культурні, політичні чи економічні структури, часто навіть після закінчення війни [95].

Більшість біженців і переміщених осіб, які рятуються від конфліктних ситуацій, є жінками та дітьми. Проте табори для біженців часто плануються та керуються таким чином, що жінки, які там живуть, стикаються з дискримінацією та постійним ризиком сексуального насильства. Труднощі табірної життя також можуть призвести до зростання домашнього насильства та розчарування через перебування в закритій зоні і незнання того, що принесе майбутнє.

У таборах для біженців молодих дівчат часто змушують виходити заміж раніше, оскільки їхні сім'ї намагаються впоратися з нестачею фінансових ресурсів. Хоча воєнний конфлікт безпосередньо вбиває, калічить і завдає фізичної шкоди більше чоловікам, ніж жінкам через домінування чоловіків серед учасників бойових дій, війна має багато прямих і непрямих негативних наслідків для жінок. Жінки та дівчата є основними об'єктами сексуального насильства. Крім того, підвищена небезпека та страх нападу

часто змушують жінок і дітей покидати своє місцезнаходження. Як наслідок, більшість переміщених осіб і біженців у світі становлять жінки та діти.

Євромайдан 2013-2014 років надихнув жінок в Україні на більш активну боротьбу за свої права, особливо у військовій сфері. Аналіз участі жінок у «Революції Гідності» [75] та у війні на Донбасі, що почалася у 2014 році, допомагає зрозуміти, чому і як українське суспільство чинило опір російській окупації з 24 лютого 2022 року. Українці десятиліттями боролися за свою незалежність і визнання, і жінки завжди були активною частиною цієї боротьби. Коли Україна здобула незалежність у 1991 році, жінки взяли активну участь у державотворенні та демократизації країни [73].

З 2014 року жінки стали більш помітними в публічній сфері та почали озвучувати проблеми нерівності та вимагати гендерної справедливості. Українським жінкам вдалося кинути виклик традиційним гендерним ролям і відновити видимість, визнання та повагу як революціонерок і волонтерів. З початком АТО у 2014 році жінки йшли на передову війни на Донбасі волонтерками, журналістками, медичними працівниками та солдатами, в тому числі й на бойові позиції. З 2014 року українські жінки також намагалися подолати гендерну дискримінацію в Збройних силах України і досягли успіху в цьому [74].

У 2015 році було проведено соціологічне дослідження «Невидимий батальйон: участь жінок в АТО». Метафорична назва «Невидимий батальйон» була використана через те, що дослідження стосувалося саме жінок, які воювали (мобілізовані чи добровольці), але інтереси та потреби яких держава ігнорувала. Зокрема, показано, що для Збройних Сил України, як і для ринку праці загалом, характерна вертикальна та горизонтальна гендерна сегрегація. Загалом три важливі соціологічні дослідження, об'єднані назвою «Невидимий батальйон», розкривають досягнення та труднощі впровадження гендерної рівності в Збройних Силах України, становище жінок-ветеранів та проблему сексуальних домагань в армії. Таким чином «Невидимий батальйон» став глобальною адвокаційною кампанією з

дослідження та документування участі жінок у захисті України від російської війни [74].

Також є помітною протидія зміні ролі жінки та збільшенню участі жінок у політичному та військовому житті. Засоби масової інформації часто зображують чоловіків воїнами чи захисниками, а жінок – жертвами чи співучасниками. Дослідження також показує, що в той час як більшість загалом підтримують жінок, які роблять будь-який внесок у військові дії, включно зі вступом на військову службу, деякі все ще дотримуються традиційної точки зору, що головна роль жінки – це дружина та мати [72].

Молоді жінки, які постраждали від війни в Україні, часто не можуть брати участь у процесах прийняття рішень на місцевому рівні. Їх відчуження пов'язане з низкою факторів, у тому числі з відсутністю розуміння місцевих процесів прийняття рішень, важким тягарем, який кладе на них домашня робота, та існуючими стереотипами щодо їх ролі, потенціалу та внеску в сім'ю та суспільство в цілому. Водночас молоді жінки, які постраждали від війни в Україні, беруть активну участь та очолюють волонтерські ініціативи, допомагаючи людям, які постраждали від війни у своїх громадах [53].

Молоді жінки, які постраждали від війни, частіше беруть участь у наданні та розподілі гуманітарної допомоги, де вони мають сильніші кола підтримки та більше соціальних зв'язків. Також фактором, що сприяє обмеженій участі жінок у прийнятті рішень на місцевому рівні, є відсутність підтримки та лідерства. Молодим жінкам потрібен безпечний простір для підтримки та спілкування з однолітками, а також отримання підтримки від жінок, які представляють старші вікові групи.

Після ескалації російської окупації в Україні молоді жінки почуваються в небезпеці через триваючі військові дії, які загрожують їхньому життю, зокрема фізичній та психологічній цілісності, а також додаткові страхи, пов'язані з високим ризиком сексуального та гендерного насильства. Відчуття зростання насильства за гендерною ознакою пояснюється збільшенням військової присутності, недостатньою увагою до насильства

щодо жінок і дівчат, труднощами доступу до спеціалізованих психосоціальних послуг і правової допомоги, а також відсутністю втручання поліції [91].

Збільшення військової присутності в охоплених війною громадах змушує молодих жінок відчувати себе небезпечно на людях через часту небажану увагу військових, що часто призводить до сексуальних домагань. Високий рівень сексуальних домагань у громадських місцях серед опитаних жінок підтверджує, що сексуальні домагання в громадських місцях є поширеною формою насильства, з якою зазнають молоді жінки. Прийняття молодими жінками рішень щодо їх особистої безпеки значною мірою залежить від їхнього доступу до інформації про безпекову ситуацію в країні та в громадах, де живуть молоді жінки [90].

1.3. Вплив соціально-психологічних факторів на розвиток стресових реакцій

Стрес є фундаментальним психобіологічним процесом. Він заснований на наявності та впливі стресорів, за якими слідує ескалація ланцюга подій, що призводять до стресової реакції. Однак кожна людина по-різному реагує на ситуацію, і реакція на стрес змінюється залежно від того, наскільки подразник оцінюється як загроза. Таким чином, стрес, який переживає людина, і відповідна реакція майже завжди є результатом когнітивно-опосередкованого суб'єктивного досвіду. Різноманітні аспекти стресу вивчаються дослідниками протягом тривалого часу. Екстремальні форми реакції на стрес, такі як синдром професійного вигорання та посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) [82], були досліджені досить широко

Соціальні детермінанти здоров'я визначаються як умови, які впливають на те, як люди народжуються, ростуть, працюють, живуть і старіють. Вони також включають систему охорони здоров'я, до якої вони звертаються за медичною допомогою. Ці аспекти взаємодіють, щоб визначити розподіл

здоров'я в суспільстві відповідно до інфекційних і неінфекційних захворювань. Дослідження, проведені в багатьох країнах, показали, що поширеність психічних розладів, у тому числі стресу, постійно відповідає соціальному градієнту [87].

Ці детермінанти також тісно пов'язані з безпосереднім оточенням людини, таким як несприятливі соціальні умови: низький дохід, низький рівень освіти, безробіття, відсутність житла, небезпечні умови вдома та по сусідству, небезпечна робота, травмуючий досвід дитинства, погані стосунки з іншими та відсутність соціальної підтримки. Тривалий вплив соціальних факторів стресу може призвести до накопичення стресу з можливими наслідками для психічного здоров'я. Короткочасні та хронічні соціальні стресори також були визначені та продемонстровані як основні соціальні детермінанти розладів психічного здоров'я. Дослідження соціальних детермінант стресу та здоров'я матері виявило, що бідність, відсутність продовольчої безпеки і доступу до якісної освіти та небезпечне середовище є значними факторами життєвого стресу [51].

Останні дослідження розглядають біологічні процеси не як фундаментальні причини соціальних результатів, а як механізми, що залежать від самого соціального середовища. Середовища, які спричиняють токсичний стрес, зокрема, допомагають формувати розвиток та функції мозку і тіла протягом усього життя. Стрес, особливо в ранньому віці, має серйозні наслідки для здоров'я протягом усього життя та впливає на когнітивні здібності, емоційний інтелект і саморегуляцію. Оскільки мозок пластичний, соціальні та індивідуальні поведінкові втручання можуть змінити деякі з цих шляхів розвитку, змінюючи функції мозку та індивідуальні життєві траєкторії; однак ця складність поступово зростає, коли діти вступають у підлітковий і дорослий вік. Відображаючи нову еру перспективи життєвого циклу, цей новий погляд на стрес, мозок і соціальне середовище підкреслює важливість спільної роботи соціальних,

психологічних і біологічних наук для просування знань і з'ясування основних механізмів та внесок у покращення суспільства [78].

Сьогоднішній виклик полягає в тому, щоб поєднати дослідження в соціальних науках з новими відкриттями в біології та нейронауці, щоб зрозуміти, як виникають соціальні труднощі та які соціальні фактори забезпечують буферність і захист від несприятливих біологічних ефектів. Соціальні структури та відносини впливають на біологію принаймні чотирма різними способами, особливо в перші роки життя [77]:

1. Соціальне середовище може створювати негаразди (бідність, фізичне насильство, небезпечне та хаотичне оточення), що призводить до токсичного стресу та алостатичного перевантаження. Це формує структуру і функції мозку та сприяє розвитку різних захворювань.

2. Безпечні та теплі стосунки можуть захистити від деяких біологічних наслідків несприятливих умов.

3. Соціальні інтервенції (добре розроблені програми, такі як дошкільна освіта та навчання в класі) можуть використовувати переваги пластичності мозку, запобігаючи негативним змінам або сприяючи перепрограмуванню змінених ділянок мозку, коли такі зміни відбуваються.

4. Соціальні умови та відносини мають епігенетичний вплив на стійкість до стресу.

Мозок і тіло взаємопов'язані в мережі взаємодій через вегетативну, нейроендокринну, метаболічну та імунну системи, які регулюють одна одну. Те, що відбувається в мозку, змінює діяльність цих систем і впливає на кілька систем організму одночасно. Ці системи, у свою чергу, посилають нейронні та біохімічні сигнали назад у мозок. Нормальна реакція на стрес є прикладом цих взаємодіючих систем і алостатичних реакцій, які підтримують баланс між ними.

Зазвичай реакція на гострий стресовий фактор включає швидку активацію секреції адреналіну і подальшої секреції кортизолу, що призводить до зміни імунної відповіді, поліпшення пам'яті, відновлення енергетичних

резервів, а також більш ефективної роботи серцево-судинної системи. Коли стресор усунений, реакції адреналіну та кортизолу фактично вимикаються. Однак, коли система реакції на стрес [78] залишається активною у відповідь на хронічні стресори в навколишньому середовищі, ця мережа систем організму порушується. Токсичний стрес відноситься до цього стану, і його біологічну основу можна зрозуміти в термінах алостаза та алостатичного навантаження/перевантаження.

Алостаз є активним процесом реагування на виклики шляхом активації вегетативної, нейроендокринної, метаболічної та імунної систем через мозок. Зазвичай алостатичні реакції призводять до адаптації, коли вони ефективно вмикаються та вимикаються у відповідь на стресові події та їх припинення. Однак, коли гормональні медіатори реакції на стрес продовжують діяти таким чином, що створюють знос організму, токсичний стрес призводить до алостатичного навантаження та перевантаження.

Алостатичне перевантаження призводить до патофізіології (фізіологічного дисбалансу, такого як гіперглікемія або хронічне запалення, що призводить до захворювання) і прискореного прогресування таких захворювань, як серцево-судинні захворювання, діабет, артрит і депресія. Це також негативно впливає на когнітивні функції, частково через його негативний вплив на саморегуляцію та виконавчу функцію. Саморегуляція включає, зокрема, здатність контролювати імпульси, гнів і неадекватну поведінку. Виконавча функція є аспектом саморегуляції, який включає активацію короткочасної пам'яті, здатність організовувати та перемикає завдання і концентрувати увагу, що є важливим для планування, мислення та вирішення проблем. Порушення цих навичок впливає на соціальну поведінку, успішність у школі та майбутню професійну кар'єру. Таким чином, пошкодження від алостатичного перевантаження є значним.

Виявлено довгострокові наслідки подій у ранньому дитинстві для фізичного та психічного здоров'я, базується на оцінці несприятливих подій у дитинстві, таких як розлучення батьків, сімейне ув'язнення, зловживання

алкоголем або наркотиками, депресія, груба лексика, фізичне чи сексуальне насильство в сім'ї [77]. Важливо відзначити, що розлади психічного здоров'я, такі як депресія, зловживання психоактивними речовинами та антисоціальна поведінка, а також розлади фізичного здоров'я, такі як серцево-судинні захворювання, хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ) і діабет, також демонструють дозозалежний ефект.

Що стосується мозку, у дитини, яка 10 років росла з матір'ю, яка страждала на депресію, було збільшене мигдалеподібне тіло, частина мозку, яка відповідає за тривогу та страх. Довгострокова бідність залишає потужний додатковий вплив, який погіршує розвиток префронтальної кори та саморегуляцію поведінки, частково через токсичний стрес, спричинений неблагополучним місцем проживання. Відчуження та соціальна ізоляція також можуть мати руйнівний вплив на добробут, а ворожість і самотність самі по собі є серйозними стресовими факторами та сприяють алостатичному навантаженню [77].

Дослідження та теоретичні розробки останніх років зосереджені на процесах біологічного стресу, які відбуваються в мозку та тілі, що перебувають у постійній взаємодії з соціальним та фізичним середовищем, та їхньому впливі на здоров'я та життя людей протягом усього життя. У результаті біологічні механізми стресу можуть погіршити широкі моделі соціальної нерівності; наприклад, у той час як бідність у дитинстві підвищує ймовірність бідності в дорослому віці, такі захворювання, як депресія, ожиріння, діабет і серцево-судинні захворювання у свою чергу підвищують ймовірність бідності.

З іншого боку, пластичність мозку та чутливість організму до навколишнього середовища відкривають можливості для запобігання або подолання ранніх негараздів за допомогою науково обґрунтованих втручань, таких як якісна дошкільна освіта та зміни в соціальній підтримці. Дослідження також показують, що зменшення токсичних факторів стресу за допомогою таких втручань, як подолання бідності, підтримка розвитку

мікрорайонів і забезпечення доступного якісного догляду за дітьми, може вплинути на розвиток мозку та забезпечити довгострокові переваги для здоров'я та благополуччя.

Висновки до розділу 1

В результаті проведеного теоретичного аналізу було встановлено, що стрес є широким психологічним процесом, що характеризується фізіологічними, психоемоційними і когнітивними реакціями особи на складні або загрозові ситуації. Стресори мають значний вплив на самопочуття, настрої, поведінку та здоров'я в цілому. У молодих людей реакції на гострий стрес можуть бути адаптивними і, як правило, не становлять наслідків для здоров'я. Однак довгострокові наслідки стресорів можуть завдати шкоди здоров'ю, якщо загроза є постійною. На зв'язок між психосоціальними стресовими факторами та хворобою впливають природні аспекти, кількість і стійкість стресових факторів, а також біологічна вразливість людини (тобто генетичні, структурні фактори), психосоціальні ресурси та засвоєні моделі подолання стресу.

Стрес є центральним поняттям для розуміння як життя, так і еволюції. Усі живі істоти стикаються з загрозами гомеостазу, на які необхідно реагувати адаптаційними реакціями. Майбутнє як індивідів і як виду залежить від здатності адаптуватися до сильних стресових факторів. На суспільному рівні люди стикаються з браком інституційних ресурсів (наприклад, неадекватне медичне страхування), епідеміями (наприклад, ВІЛ/СНІД), війною та міжнародним тероризмом. На індивідуальному рівні особа живе з незахищеністю повсякденного існування, включаючи стрес на роботі, у шлюбі, а також небезпечні місця проживання.

Стрес є особливо важливим аспектом у періоді воєнного часу, лише за останнє століття світ пережив масовий голод, геноцид, революції, громадянські війни, великі епідемії інфекційних захворювань, дві світові війни та знаходиться в процесі російсько-української війни, яка має негативний вплив не лише на здоров'я і життя чоловіків, а й на психічне

здоров'я та загальне самопочуття жінок, які піддаються інтенсивним стресовим факторам. Теоретичний аналіз також продемонстрував те, що індивідуальні стресові реакції жінок в умовах війни проходять формування через комбінацію психологічних, біологічних та соціальних факторів. До того ж стресові реакції у жінок характеризуються вищим ступенем інтенсивності та саме жінки є більш схильними до тривожних розладів та депресії. Проте жінки характеризуються більш високим рівнем стійкості у подоланні складних ситуацій та можливістю адаптації до різних життєвих обставин.

У теоретичному аналізі був з'ясований взаємозв'язок між факторами стресу та хворобами і описано, як ендокринні та імунні взаємодії опосередковують цей зв'язок, а також як психосоціальні стресові фактори впливають на психічне здоров'я.

РОЗДІЛ 2

ДІАГНОСТИКА СТРЕСОВИХ РЕАКЦІЙ ЖІНОК В УМОВАХ ВІЙНИ

2.1. Методологія та організація дослідження

Мета дослідження полягає у вивченні індивідуальних психологічних стресових реакцій жінок в умовах війни.

З метою вивчення індивідуально-психологічних реакцій жінок в умовах війни було проведено дослідження, в якому були використані наступні методики [16]:

1. Опитувальник «Самооцінка станів тривожності, фрустрації, агресивності та ригідності» (адаптований варіант методики Г. Айзенка).
2. Методика «Шкала позитивного ментального здоров'я» (Positive mental health scale (PMH-Scale)) (J. Lukat, J. Margraf, R. Lutz, W.M. van der Veld, and E.S. Becker) (адаптація Л.М. Карамушки, О.В. Креденцер, К.В. Терещенко).

3. Опитувальник «Стабільність психічного здоров'я – коротка форма» («The Mental Health Continuum – Short Form») (К. Кіз) (адаптація Е.Л. Носенко, А.Г. Четверик-Бурчак).

Загальною гіпотезою дослідження є те, що між індивідуально-психологічними стресовими реакціями жінок в умовах війни є взаємозв'язок.

Базою дослідження виступали особи, які живуть на прифронтових або неприфронтових територіях, також на окупованих територіях і за межами України. Вибірка дослідження: загальна кількість опитаних – 158 осіб, з них 141 жінка і 17 чоловіків, далі в аналізі результатів дослідження будемо оцінювати саме групу жінок.

Задля аналізу індивідуально-психологічних стресових реакцій у жінок було вирішено дослідити результати по наступним віковим групам: 18 - 35 років, 31 - 45 років, від 46 років, до 18 років, так як в групі до 18 років було всього 3 опитаних, надалі ця група не буде використовуватися в дослідженні через недостатню кількість даних для порівняльного аналізу.

Під час вибору методики діагностування стресових реакцій були обрані адаптовані україномовні варіанти опитувальників.

Опитувальник загалом покладається на низку запитань для збору даних від осіб, що проходять дане опитування. Опитувальник, будучи основним і найбільш домінуючим способом збору первинних і кількісних даних, робить процес збору даних порівняним. Таким чином, це може забезпечити швидший і більш точний процес збору даних і полегшити обробку цих даних. Академічні дослідження є одним із найпоширеніших способів проведення опитувань у сфері психології. Таким чином, належна структура опитування може вплинути як на якість, так і на кількість зібраних даних і, отже, на результати самого опитування. Крім того, неякісно розроблене опитування може призвести до упереджень та різних помилок. Тоді як якісно структуроване опитування є основною причиною того, що опитувані дають максимально точні та адекватні відповіді.

Опитувальник «Самооцінка станів тривожності, фрустрації, агресивності та ригідності» є адаптованою варіацією методики Г. Айзенка, яка спрямовується на оцінювання рівня таких станів, як тривожності, агресивності, фрустрації та ригідності. Дана методика включає 40 тверджень, за допомогою яких є можливість визначити індивідуально-психологічні емоційні реакції у конфліктних ситуаціях.

Усі твердження в тесті, що описують психологічний стан особистості, поділяються на чотири парні групи:

- перша група (питання 1-10) є характеристикою тривожності, визначають рівень емоційної напруги;
- друга група (питання 11-20) є характеристикою фрустрації, оцінюється як реакція на труднощі;
- третя група (питання 21-30) є характеристикою агресивності, тенденцією до провокативності;
- четверта група (питання 31-40) є характеристикою ригідності, ступінню загальної гнучкості та стійкості до змін у житті.

Відповіді учасників розподіляються відповідно до кожного психічного стану, до визначеної групи, а потім підраховується частота виявлення в кожній групі.

Дана методика дає можливість оцінити емоціно-психічний стан особи та визначити фактори, які впливають на поведінку в різних життєвих ситуаціях.

Таблиця 2.1.1

Опис результатів опитування за опитувальником «Самооцінка станів тривожності, фрустрації, агресивності та ригідності»

Самооцінка станів	0–7 балів	8–14 балів	15–20 балів
Тривожність	Ви не тривожні.	Середня тривожність.	Ви надто тривожні.
Фрустрація	Висока самооцінка, стійкість до невдач.	Середній рівень фрустрації.	Низька самооцінка, страх невдач.
Агресивність	Ви спокійні й врівноважені.	Середній рівень агресивності.	Ви агресивні, нестримані.
Ригідність	Ригідність відсутня. Властиві легкість і гнучкість у прийнятті рішень.	Середній рівень ригідності.	Сильно виражена ригідність. Протипоказані зміна робочого місця, а також зміни в житті.

Методика «Шкала позитивного ментального здоров'я» (Positive mental health scale (PMH-Scale)) (J. Lukat, J. Margraf, R. Lutz, W.M. van der Veld, and E.S. Becker) є адаптацією Л.М. Карамушки, О.В. Креденцер, К.В. Терещенко. Ця методика ефективна для оцінювання позитивного психічного здоров'я та складається з 9 тверджень з оцінкою за 4-бальною шкалою. Дана методика дозволяє визначити позитивний аспект психічного здоров'я, що дає можливість підтримання стресостійкості та соціальних контактів з людьми.

Обробка та інтерпретація результатів (з загальною кількістю балів від 9 до 36):

1. Низький рівень показника позитивного ментального здоров'я: 9-24 бали.
2. Середній рівень показника позитивного ментального здоров'я: 25-29 балів.
3. Високий рівень показника позитивного ментального здоров'я: 30-36 балів.

Опитувальник «Стабільність психічного здоров'я – коротка форма» («The Mental Health Continuum – Short Form») (К. Кіз) є адаптацією Е.Л. Носенко, А.Г. Четверик-Бурчак, базою якого є тривірна структура психічного здоров'я, яка включає гедонічне, психологічне та соціальне благополуччя. Методика включає 14 питань та дає можливість визначити «процвітання», «помірний рівень» та «пригнічення».

Таблиця 2.1.2

Визначення результатів опитування за опитувальником «Стабільність психічного здоров'я – коротка форма»

Рівень психічного здоров'я	Кількість симптомів гедонічного благополуччя (1-3 питання)	Кількість симптомів позитивного функціонування (4-14 питання)
Процвітання	Принаймні один із трьох симптомів «Кожен день» або «Майже кожен день»	Принаймні 6 із 11 симптомів «Кожен день» або «Майже кожен день»
Пригнічення	«Ніколи» або «1–2 рази» не переживав жодного із трьох симптомів	«Ніколи» або «1–2 рази» 6 з 11 симптомів

В осіб, які не увійшли до жодної з 2 груп, визначається «помірний» рівень психічного здоров'я.

Етап дослідження і аналізу отриманих даних з вибірки відбувався за допомогою статистичної мови програмування R і були використані методи:

1. Описової статистики. А саме дослідження міри центральної тенденції, дослідження міри розсіювання, графічні методи;
2. Індуктивної статистики. А саме перевірка гіпотез та кореляційний аналіз Пірсона. В методах перевірки гіпотез, зокрема, для порівняння середніх значень двох груп використовувались метод t-тест (Стьюдента), для порівняння середніх значень трьох або більше груп використовувався метод ANOVA та тест Tukey HSD.

3. Для порівняння розподілів, що не покладаються на припущення про нормальність розподілу чи рівності дисперсій використовувались непараметричні методи, зокрема, для порівняння медіанних значень двох груп використовувався непараметричний метод Манна-Вітні, для порівняння медіанних значень трьох і більше груп використовувався Крускала-Волліса. Для порівняння дисперсій використовувався тест Левене, для перевірки нормальності розподілу було використано тест Шапіро-Уїлка.

Дослідження і аналіз отриманих даних відбувався покроково. Спочатку дані в залежності від методики та групи дослідження вибірки характеризувались кількісно та відносно в залежності від результатів методики. Потім за допомогою описової статистики графічними методами оцінювались отримані розподіли, досліджувались міри центральної тенденції та міри розсіювання. Після чого методами індуктивної статистики перевірялись нормальність порівнюваних розподілів та статистично порівнювались дисперсії. В залежності від результатів попереднього кроку здійснювалось порівняння середніх значень груп параметричними методами або медіанних значень груп непараметричними методами.

Якщо результат методу ANOVA показав значущу різницю між групами, то додатково для порівняння середніх значень між групами використовувався тест Tukey HSD.

Для всіх методів індуктивної статистики використовувався загальний для всіх рівень значущості, який дорівнює 0,05.

Для всіх методів індуктивної статистики для порівняння середніх і медіанних значень була обрана нульова гіпотеза H_0 , що між порівнюваними розподілами немає відмінностей: якщо отримане p-value методу більше за рівень значущості, то немає достатніх доказів для відкидання нульової гіпотези.

Для всіх методів індуктивної статистики для порівняння дисперсій методом Левене була обрана нульова гіпотеза H_0 , що між групами дисперсії

рівні: якщо отримане p-value методу більше за рівень значущості, то немає достатніх доказів для відкидання нульової гіпотези.

Для всіх методів індуктивної статистики для перевірки нормальності розподілу тестом Шапіро-Уїлка була обрана нульова гіпотеза H_0 , що дані мають нормальний розподіл: якщо отримане p-value методу більше за рівень значущості, то немає достатніх доказів для відкидання нульової гіпотези.

2.2. Порівняльний аналіз стресових реакцій у жінок різних вікових груп

Для порівняльного аналізу стресових реакцій у жінок різних вікових груп було вирішено дослідити результати в осіб по таким віковим групам: 18 - 35 років, 31 - 45 років, від 46 років, до 18 років. Оскільки в групі до 18 років було всього 3 опитаних, в подальших аналізах ми не будемо використовувати цю групу через недостатню кількість даних для порівняння.

Таблиця 2.2.1

Кількісна та відносна характеристика жінок за віковою групою

Вікова група	Кількість опитаних	Доля вікової групи, %
18 - 30 років	37	26.2%
31 - 45 років	72	51.1%
від 46 років	29	20.5%
до 18 років	3	2.1%
Разом	141	100%

Для оцінки рівня показника ментального здоров'я використовувалась методика «Шкала позитивного ментального здоров'я». Кількісна характеристика даної методики має такі результати: низький рівень ментального здоров'я має 91 з 141 опитаних, тобто 64,5%; середній рівень

має 38 з 141 опитаних, тобто 27,0%; високий рівень має 12 з 141 опитаних, тобто 8,5%.

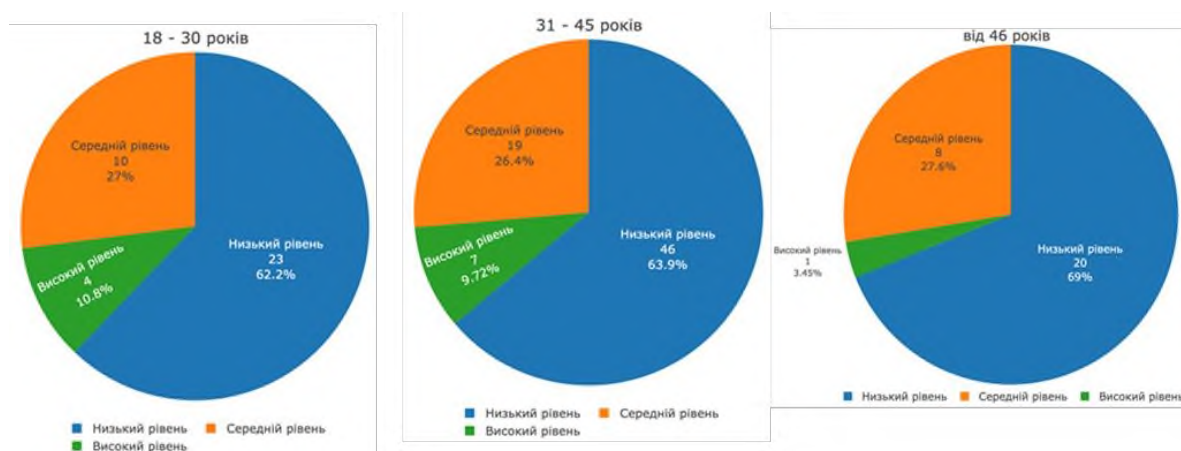


Рис. 2.2.1. Кількісна та відносна характеристика жінок за віковою групою по результатам методики «Шкала позитивного ментального здоров'я».

В залежності від вікових груп на Рис. 2.2.1 бачимо, що кількісна характеристика для вікових груп 18 - 35 років та 31 - 45 років схожа між собою. Група від 46 років має більшу долю жінок з низьким рівнем ментального здоров'я та меншу долю жінок з високим рівнем ментального здоров'я. Також група від 46 років має найменшу кількість опитаних серед порівнюваних груп.

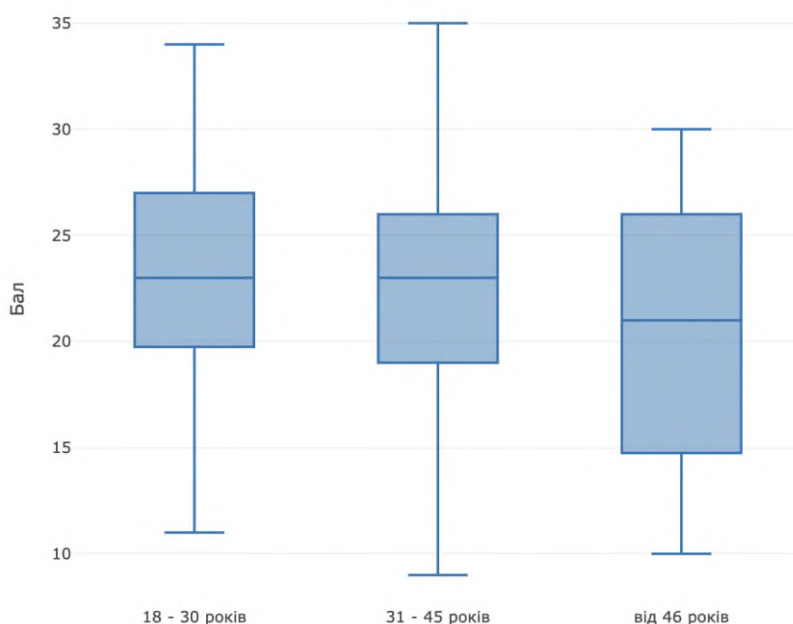


Рис. 2.2.2. Коробковий графік розподілів балів жінок за віковою групою за методикою «Шкала позитивного ментального здоров'я».

Таблиця 2.2.2

Індуктивна та описова статистика розподілів балів жінок за віковою групою за методикою «Шкала позитивного ментального здоров'я».

Вікова група	Кількість опитаних	Середнє значення	Медіана	Дисперсія	Коефіцієнт варіації	P-value критерію Шапіро-Уїлка	P-value тесту Левене
18 - 30 років	37	23.4	23	27.1	0.22	0.837	0.510
31 - 45 років	72	22.5	23	29.9	0.24	0.502	
від 46 років	29	20.4	21	34.6	0.29	0.083	

З статистичного аналізу розподілів Рис. 2.2.2 та Табл. 2.2.2 бачимо, що вікова група від 46 років має найменше середнє та медіанне значення балів в методиці. Також ця група має найбільше значення дисперсії та коефіцієнту варіації, що ми можемо теж спостерігати по ширині коробкового графіку. Це

означає, що ця вікова група при проходженні опитувальника методики отримувала найбільш варіативні результати.

Результати критерію Шапіро-Уїлка підтверджують нормальність розподілів для кожної вікової групи.

Результати тесту Левене підтверджують гомогенність (рівність) дисперсій між групами.

Оскільки всі розподіли є нормальними для всіх вікових груп і дисперсії між групами рівні, ми задовільнили всі припущення для того, щоб статистично порівняти ці розподіли за віковими групами параметричним тестом ANOVA.

P-value тесту ANOVA дорівнює 0,0812 і є більшим за рівень значущості 0,05. Тобто ми можемо визначити, що наша вибірка методами індуктивної статистики не показує статистично значущих відмінностей між віковими групами для методики «Шкала позитивного ментального здоров'я»

Для оцінки рівня стабільності психічного здоров'я використовувалась методика «Стабільність психічного здоров'я – коротка форма». Загальна кількісна характеристика методу має такі результати: «пригнічення» має 5 осіб з 141 опитаних, тобто 3,5%; «помірний рівень» має 86 з 141 опитаних, тобто 61,0%; «процвітання» характеризується у 50 осіб з 141 опитаних, тобто у 35,5%.

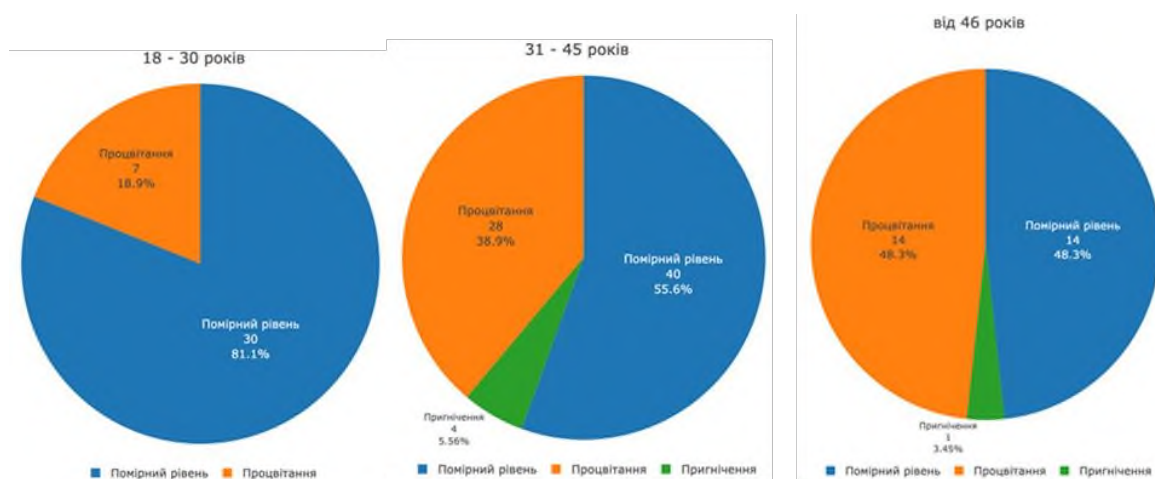


Рис. 2.2.3. Кількісна та відносна характеристика жінок за віковою групою по результатах методики «Стабільність психічного здоров'я – коротка форма»

В залежності від вікових груп на Рис. 2.2.3 показано, що кількісні характеристики для вікових груп 18 - 35 років, 31 - 45 років та від 46 років різні між собою. Група від 46 років має найбільшу долю жінок з результатом процвітання 48,3% і таку ж долю з помірним рівнем. Для групи 31 - 45 років найбільша доля людей з результатом пригнічення – 5,5%. В віковій групі 18 - 35 років жоден з опитуваних не має результату «пригнічення», і найбільшу долю результату має «помірний рівень» - 81,1%.

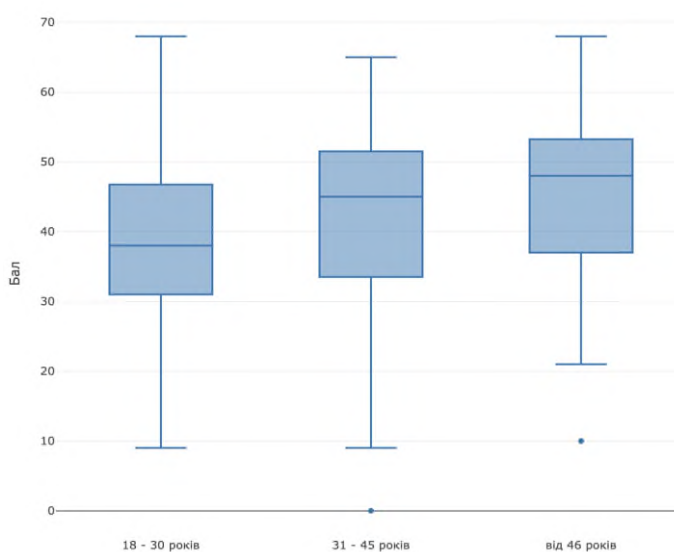


Рис. 2.2.4. Коробковий графік розподілів балів жінок за віковою групою за методикою «Стабільність психічного здоров'я – коротка форма»

Таблиця 2.2.3

Індуктивна та описова статистика розподілів балів жінок за віковою групою за методикою «Стабільність психічного здоров'я – коротка форма»

Вікова група	Кількість опитаних	Середнє значення	Медіана	Дисперсія	Коефіцієнт варіації	P-value критерію Шапіро-Уїлка	P-value тесту Левене
18 - 30 років	37	39.2	38	120.9	0.28	0.336	0.472
31 - 45 років	72	41.4	45	190.7	0.33	0.050	
від 46 років	29	44.7	48	170.4	0.29	0.043	

Зі статистичного аналізу розподілів Рис. 2.2.4 та Табл. 2.2.3 спостерігається зростання середнього і медіанного значення балів в методиці зі збільшенням віку. Також з Рис. 2.2.4 спостерігається, що групи 31 - 45 років та від 46 років мають зміщене в середнє значення відносно розподілу балів, також в позитивну сторону в них відрізняється медіанне значення відносно середнього арифметичного з Табл. 2.2.3. Це означає, що в цій групі є якась кількість людей з низькою кількістю балів, які зміщують середнє арифметичне значення відносно всього розподілу по цим віковим групам. Як ми бачили в кількісному аналізі тільки в цих групах були люди з результатом пригнічення. Можна зробити припущення, що це вони повпливали так на середнє значення і розподіл.

Результати критерію Шапіро-Уїлка підтверджують нормальність розподілу тільки для групи 18 - 30 років. Групи осіб 31 - 45 років та від 46 років не є нормально розподіленими. Результати тесту Левене підтверджують гомогенність (рівність) дисперсій між групами.

Оскільки 2 з 3 груп не мають нормального розподілу, то для того, щоб статистично порівняти ці розподіли за віковими групами, скористаємось непараметричним тестом Крускала-Уолліса.

P-value тесту Крускала-Уолліса дорівнює 0,088 і є більшим за рівень значущості 0,05. Тобто ми можемо сказати, що наша вибірка методами індуктивної статистики не показує статистично значущих відмінностей між віковими групами для методики «Стабільність психічного здоров'я – коротка форма».

Для оцінки станів тривожності, фрустрації, агресивності та ригідності використовувалась методика «Самооцінка станів тривожності, фрустрації, агресивності та ригідності».

Загальна кількісна характеристика методу має наступні результати. Щодо загальної оцінки станів тривожності: результат – високий рівень тривожності має 44 з 141 опитаних жінок, тобто 31,2%, результат – середній рівень тривожності має 57 жінок з 141 опитаних, тобто 40,4%, тоді як результат – відсутність тривожності мають 40 з 141 опитаних, тобто 28,4%.

Загальна оцінка станів фрустрації: результат – високий рівень самооцінки мають 52 жінки з 141 опитаних, тобто 36,9%, результат – середній рівень фрустрації має 66 з 141 опитаних, тобто 46,8%, результат – низький рівень самооцінки мають 23 з 141 опитаних, тобто 16,3%.

Загальна оцінка станів агресивності: результат – відсутність агресивності має 54 з 141 опитаних, тобто 38,3%, результат – середній рівень агресивності має 68 з 141 опитаних, тобто 48,2%, результат – високий рівень агресивності мають 19 з 141 опитаних, тобто 13,5%.

Загальна оцінка станів ригідності: результат – низький рівень ригідності має 49 з 141 опитаних, тобто 34,8%, результат – середня ригідність має 71 з 141 опитаних, тобто 50,4%, результат – високий рівень ригідності мають 21 з 141 опитаних, тобто 14,9%.

Таблиця 2.2.4

Кількісна та відносна характеристика жінок за віковою групою по результатах методики «Самооцінка станів тривожності, фрустрації, агресивності та ригідності»

Вікова група	Кількісна характеристика			Відносна характеристика		
	Самооцінка станів тривожності			Самооцінка станів тривожності		
	Висока	Середня	Не тривожний	Висока	Середня	Не тривожний
18 - 30 років	13	18	6	35.1%	48.7%	16.2%
31 - 45 років	25	22	25	33.7%	30.6%	34.7%
від 46 років	6	14	9	20.7%	48.3%	31.0%
	Самооцінка станів фрустрації			Самооцінка станів фрустрації		
	Висока самооцінка	Середній рівень	Низька самооцінка	Висока самооцінка	Середній рівень	Низька самооцінка
18 - 30 років	9	21	7	24.3%	56.8%	18.9%
31 - 45 років	31	30	11	43.0%	41.7%	15.3%
від 46 років	12	12	5	41.4%	41.4%	17.2%
	Самооцінка станів агресивності			Самооцінка станів агресивності		
	Висока	Середня	Відсутня	Висока	Середня	Відсутня
18 - 30 років	7	17	13	18.9%	45.0%	35.1%
31 - 45 років	10	36	26	13.9%	50.0%	36.1%
від 46 років	2	12	15	6.9%	41.4%	51.7%
	Самооцінка станів ригідності			Самооцінка станів ригідності		
	Висока	Середня	Відсутня	Висока	Середня	Відсутня
18 - 30 років	7	20	10	18.9%	54.1%	27.0%
31 - 45 років	11	34	27	15.3%	47.2%	37.5%
від 46 років	3	14	12	10.3%	48.3%	41.4%

В залежності від вікових груп Табл. 2.2.4 відображає, що кількісні характеристики для вікових груп 18 - 35 років, 31 - 45 років та від 46 років різні між собою. Наприклад, в оцінці станів тривожності вікова група 18 - 35 років має найменшу долю з результатом – відсутня тривожність – 16,2%, а вікова група від 46 років має найменшу долю з результатом – високий рівень тривожності – 20,7%. В оцінці станів фрустрації нижчу долю результату – висока самооцінка показала вікова група 18 - 35 років, що дорівнює 24,3%. В оцінці станів агресивності нижчу долю результату – високий рівень агресивності показала вікова група від 46 років, а саме 6,9%. В оцінці станів ригідності нижчу долю результату – високий рівень ригідності показала вікова група від 46 років, що дорівнює 10,3%.

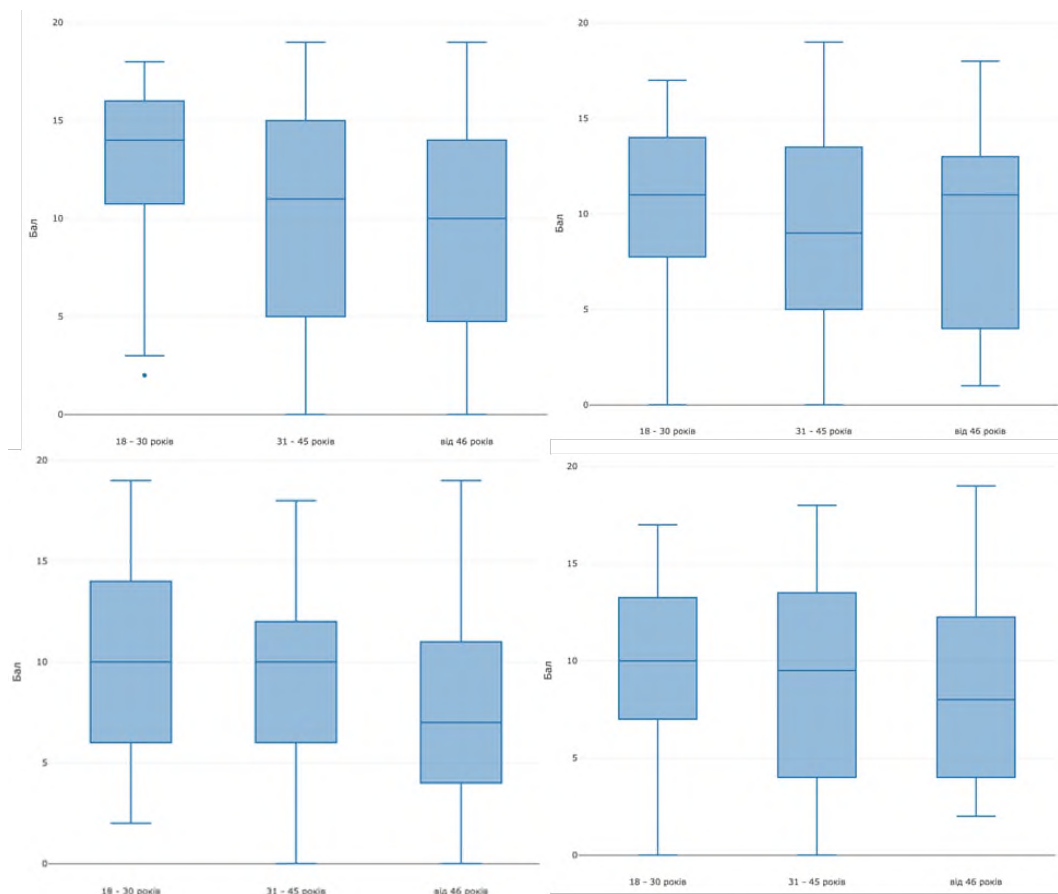


Рис. 2.2.5. Коробкові графіки розподілів балів жінок за віковою групою рівнями тривожності, фрустрації, агресивності, ригідності відповідно за методикою «Самооцінка станів тривожності, фрустрації, агресивності та ригідності»

Таблиця 2.2.5

Індуктивна та описова статистика розподілів балів жінок за віковою групою за методикою «Самооцінка станів тривожності, фрустрації, агресивності та ригідності»

Самооцінка станів	Вікова група	Кількість опитаних	Середнє значення	Медіана	Дисперсія	Коефіцієнт варіації	P-value критерію Шапіро-Уїлка	P-value тесту Левене
Тривожності	18 - 30 років	37	12.6	14	19.4	0.35	0.002	0.033
	31 - 45 років	72	10.3	11	30.8	0.53	0.0003	
	від 46 років	29	9.8	10	26.7	0.52	0.334	
Фрустрації	18 - 30 років	37	10.3	11	17.5	0.40	0.334	0.201
	31 - 45 років	72	9.1	9	26.2	0.56	0.038	
	від 46 років	29	9.2	11	24.3	0.53	0.100	
Агресивності	18 - 30 років	37	10.1	10	22.5	0.46	0.174	0.6889
	31 - 45 років	72	9.4	10	19.6	0.47	0.214	
	від 46 років	29	7.4	7	22.1	0.63	0.530	
Ригідності	18 - 30 років	37	10.1	10	18.1	0.42	0.506	0.3013
	31 - 45 років	72	9.7	9.5	25.7	0.57	0.006	
	від 46 років	29	8.7	8	22.6	0.54	0.216	

Щодо оцінки станів тривожності за віковими групами: зі статистичного аналізу розподілів на Рис. 2.2.5 та Табл. 2.2.5 спостерігається зменшення середнього і медіанного значення балів в методиці оцінки станів тривожності зі збільшенням віку. Також з Рис. 2.2.5 спостерігається що групи 18 - 30 років та 31 - 45 років мають зміщене в середнє значення відносно розподілу балів, також в позитивну сторону в них відрізняється медіанне значення відносно середнього арифметичного, що видно з Табл. 2.2.5. Це означає що в цій групі є кількість людей низькою кількістю балів, які зміщують середнє арифметичне значення відносно всього розподілу по цим віковим групам.

Результати критерію Шапіро-Уїлка підтверджують нормальність розподілу тільки для групи від 46 років. Групи 31 - 45 років та 18 - 30 років не є нормально розподіленими. Результати тесту Левене не підтверджують гомогенність (рівність) дисперсій між групами. Оскільки 2 з 3 груп не мають нормального розподілу, дисперсії між групами не є гомогенними, то для того щоб статистично порівняти ці розподіли за віковими групами скористаємось непараметричним тестом Крускала-Уолліса.

P-value тесту Крускала-Уолліса дорівнює 0,075 і є більшим за рівень значущості 0,05. Тобто ми можемо сказати що наша вибірка методами індуктивної статистики не показує статистично значущих відмінностей між віковими групами для оцінки станів тривожності методики «Самооцінка станів тривожності, фрустрації, агресивності та ригідності».

Щодо оцінки станів фрустрації за віковими групами: зі статистичного аналізу розподілів та Табл. 2.2.5 спостерігається зміщене середнє значення відносно розподілу балів, також в позитивну сторону в них відрізняється медіанне значення відносно середнього арифметичного з Табл. 2.2.5. Це означає, що в цій групі є якась кількість людей з низькою сумою балів, які зміщують середнє арифметичне значення відносно всього розподілу по цим віковим групам.

Результати критерію Шапіро-Уїлка підтверджують нормальність розподілу тільки для груп жінок від 46 років та 18 - 30 років. Група 31 - 45 не

є нормально розподіленою. Результати тесту Левене підтверджують гомогенність (рівність) дисперсій між групами. Оскільки 1 з 3 груп не мають нормального розподілу, а дисперсії між групами є гомогенними, то для того щоб статистично порівняти ці розподіли за віковими групами скористаємось непараметричним тестом Крускала-Уолліса.

P-value тесту Крускала-Уолліса дорівнює 0,3869 і є більшим за рівень значущості 0,05. Тобто ми можемо сказати, що наша вибірка методами індуктивної статистики не показує статистично значущих відмінностей між віковими групами для оцінки станів фрустрації методики «Самооцінка станів тривожності, фрустрації, агресивності та ригідності»

Аналізуючи оцінку станів агресивності за віковими групами: зі статистичного аналізу розподілів на Рис. 2.2.5 та Табл. 2.2.5 спостерігається зменшення середнього і медіанного значення балів в методиці оцінки станів агресивності з збільшенням віку. Також з Рис. 2.2.5 спостерігається, що групи 31 - 45 років мають зміщене в середнє значення відносно розподілу балів, також в позитивну сторону в них відрізняється медіанне значення відносно середнього арифметичного з Табл. 2.2.5. Це означає, що в цій групі є якась кількість людей з низькою кількістю балів, які зміщують середнє арифметичне значення відносно всього розподілу по цим віковим групам.

Результати критерію Шапіро-Уїлка підтверджують нормальність розподілу для всіх вікових груп. Результати тесту Левене підтверджують гомогенність (рівність) дисперсій між групами. Оскільки всі вікові групи мають нормальний розподіл та дисперсії між групами є гомогенними, то для того щоб статистично порівняти ці розподіли за віковими групами скористаємось параметричним тестом ANOVA.

P-value тесту ANOVA дорівнює 0,049 і є меншим за рівень значущості 0,05. Тобто ми можемо сказати, що наша вибірка методами індуктивної статистики показує статистично значущі відмінності між віковими групами для оцінки станів агресивності методики «Самооцінка станів тривожності, фрустрації, агресивності та ригідності».

Для того щоб виокремити які саме групи за результатами тесту ANOVA відрізняються між собою проведемо пост-хок аналіз, а саме використаємо параметричний тест Tukey HSD.

Таблиця 2.2.6

Результати тесту Tukey HSD для порівняння середніх значень між віковими групами для оцінки станів агресивності методики «Самооцінка станів тривожності, фрустрації, агресивності та ригідності»

Вікова група 1, що порівнюється	Вікова група 2, що порівнюється	Різниця між середніми	P-value
31 - 45 років	18 - 30 років	-0,80	0,663
від 46 років	18 - 30 років	-2,74	0,044
від 46 років	31 - 45 років	-1,94	0,134

Статистично значуща різниця в середніх значеннях є тільки між групами: від 46 років і 18-30 років (p-value дорівнює 0,044). Група від 46 років має значно нижчі середні бали для оцінки станів агресивності, ніж група 18-30 років. У решти порівнюваних пар вікових груп наша вибірка методами індуктивної статистики не показує статистично значущих відмінностей різниці між середніми значеннями вікових груп для оцінки станів агресивності методики «Самооцінка станів тривожності, фрустрації, агресивності та ригідності»

Оцінка станів ригідності за віковими групами: зі статистичного аналізу розподілів на Рис. 2.2.5 та Табл. 2.2.5 спостерігається зменшення середнього і медіанного значення балів в методиці оцінки станів ригідності з збільшенням віку. За результатами критерію Шапіро-Уїлка підтверджується нормальність розподілу тільки для груп від 46 років та 18 - 30 років. Група 31 - 45 не є нормально розподіленою. Результати тесту Левене підтверджують гомогенність (рівність) дисперсій між групами. Оскільки 1 з 3 груп не має

нормального розподілу, а дисперсії між групами є гомогенними, то для того щоб статистично порівняти ці розподіли за віковими групами скористаємось непараметричним тестом Крускала-Уолліса. P-value тесту Крускала-Уолліса дорівнює 0,0511 і є більшим за рівень значущості 0,05. Тобто ми можемо сказати, що наша вибірка методами індуктивної статистики не показує статистично значущих відмінностей між віковими групами для оцінки станів ригідності методики «Самооцінка станів тривожності, фрустрації, агресивності та ригідності».

2.3. Особливості стресових реакцій жінок залежно від статусу

Для порівняльного аналізу стресових реакцій жінок залежно від статусу вирішено дослідити результати в залежності від наявності дитини в жінок та в залежності від наявності партнера військовослужбовця.

Таблиця 2.3.1

Кількісна та відносна характеристика жінок за критерієм наявності дитини

Наявність дитини	Кількість опитаних	Доля вікової групи, %
Так	82	41.8%
Ні	59	58.2%
Разом	141	100%

Таблиця 2.3.2

Кількісна та відносна характеристика жінок за критерієм наявності
партнера-військовослужбовця

Наявність партнера військовослужбовця	Кількість опитаних	Доля вікової групи, %
Так	20	14.2%
Ні	121	85.8%
Разом	141	100%

Для оцінки рівня показника ментального здоров'я використовувалась методика «Шкала позитивного ментального здоров'я».

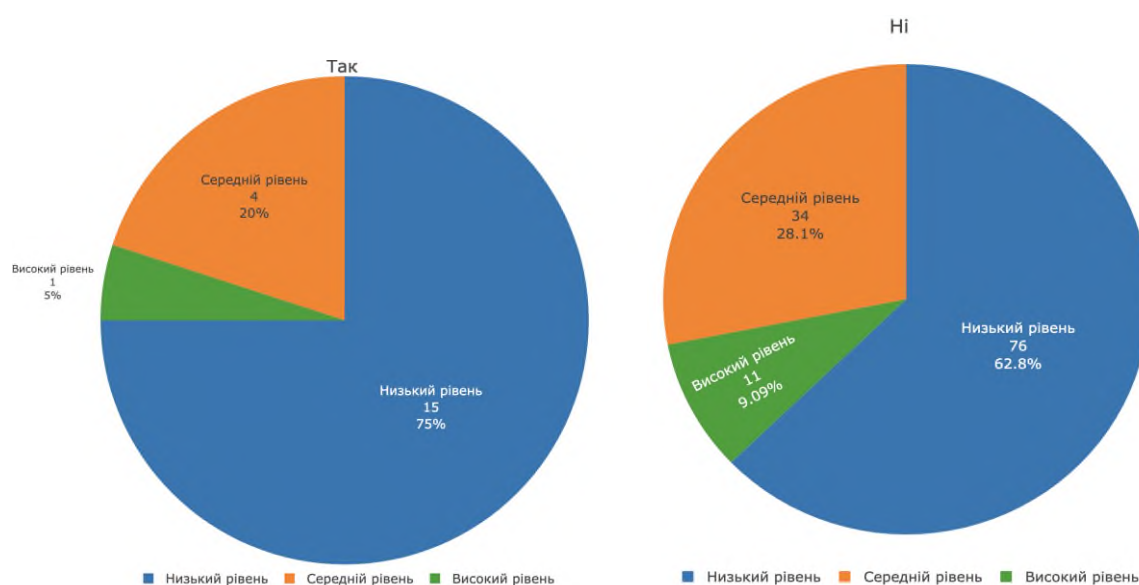


Рис. 2.3.1. Кількісна та відносна характеристика жінок за наявністю партнера військовослужбовця по результатах методики «Шкала позитивного ментального здоров'я».

На Рис. 2.3.1 бачимо, що кількісна характеристика рівня показника ментального здоров'я залежить від наявності партнера військовослужбовця. Для жінок, які мають партнера військовослужбовця доля з результатом ментального здоров'я – низький рівень – становить 75%, що значно більше

ніж в жінок, які не мають партнера військовослужбовця з аналогічним результатом – 62.8%.

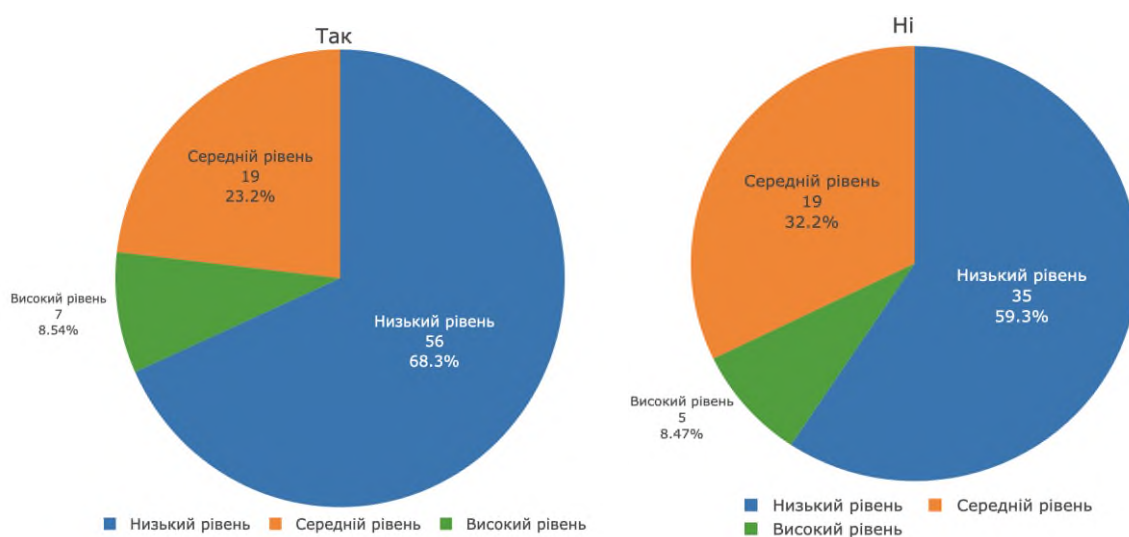


Рис. 2.3.2. Кількісна та відносна характеристика жінок за наявності дитини по результатах методики «Шкала позитивного ментального здоров'я».

На Рис. 2.3.2 бачимо, що кількісна характеристика рівня показника ментального здоров'я залежить від наявності дитини.

Для жінок, які мають дитину, доля з результатом ментального здоров'я – низький рівень – 68,3%, що більше ніж в жінок, які не мають дитини з аналогічним результатом – 59,3%.

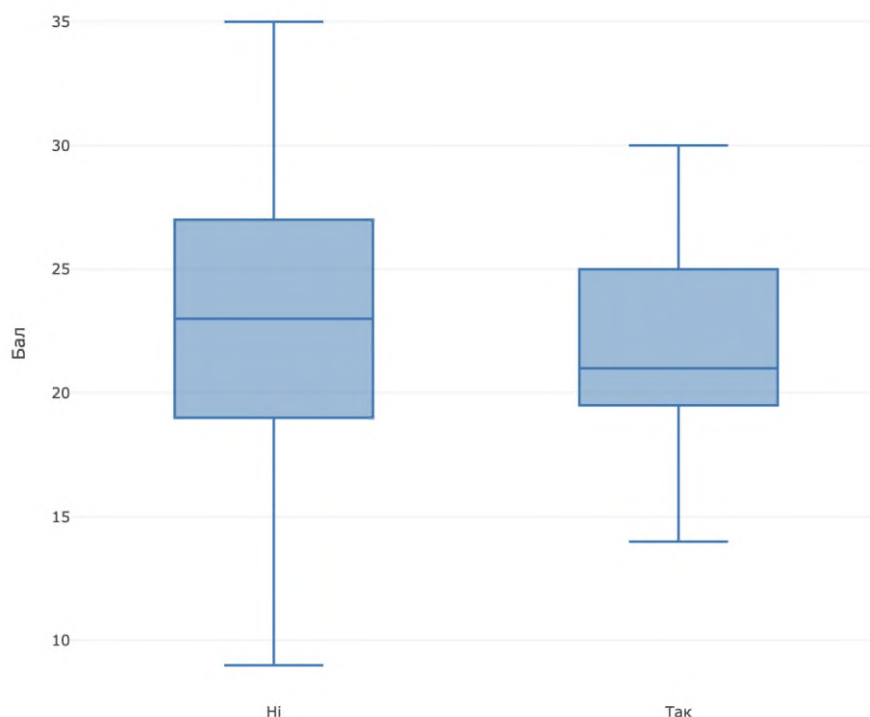


Рис. 2.3.3. Коробковий графік розподілів балів жінок за наявністю партнера військовослужбовця за методикою «Шкала позитивного ментального здоров'я».

Таблиця 2.3.3

Індуктивна та описова статистика розподілів балів жінок за наявністю партнера військовослужбовця за методикою «Шкала позитивного ментального здоров'я»

Наявність партнера військовослужбовця	Кількість опитаних	Середнє значення	Медіана	Дисперсія	Коефіцієнт варіації	P-value Критерію Шапіро-Уїлка	P-value тесту Левене
Ні	121	23.4	23	32.7	0.25	0.271	0.119
Так	20	21.9	21	17.5	0.19	0.958	

Зі статистичного аналізу розподілів на Рис. 2.3.3 та Табл. 2.3.3 бачимо, що в залежності від наявності партнера військовослужбовця на відміну від

кількісної характеристики середні та медіанні значення сильно не відрізняються між групами. Значно відрізняється дисперсія та коефіцієнт варіації, але на це також впливає велика різниця в розмірах вибірки.

Результати критерію Шапіро-Уїлка підтверджують нормальність розподілів для кожної групи. Результати тесту Левене підтверджують гомогенність (рівність) дисперсій між групами.

Оскільки ми переконались, що обидва розподіли для двох груп мають нормальний розподіл і дисперсії між групами рівні ми перевірили та задовільнили всі припущення для того, щоб статистично порівняти ці розподіли за наявності партнера військовослужбовця параметричним t-тестом. P-value t-тесту дорівнює 0,0511 і є більшим за рівень значущості 0,05. Тобто ми можемо сказати, що наша вибірка методами індуктивної статистики не показує статистично значущих відмінностей за наявності партнера військовослужбовця для методики «Шкала позитивного ментального здоров'я».

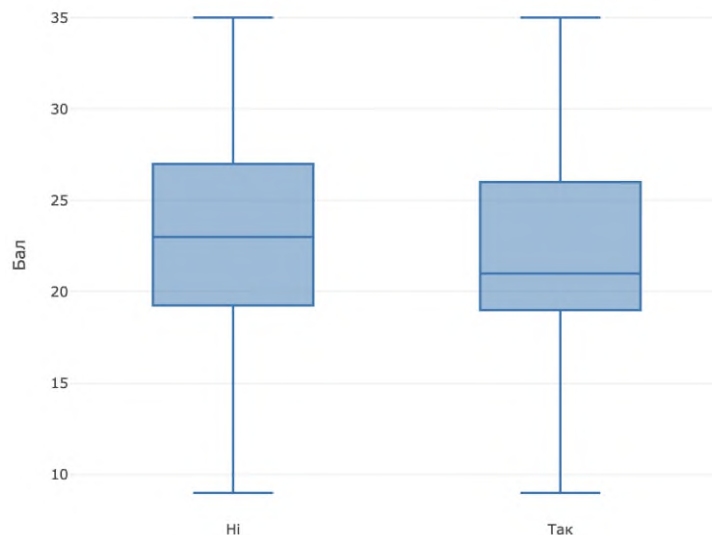


Рис. 2.3.4. Коробковий графік розподілів балів жінок за наявності дитини за методикою «Шкала позитивного ментального здоров'я».

Таблиця 2.3.4

Індуктивна та описова статистика розподілів балів жінок за наявністю дитини за методикою «Шкала позитивного ментального здоров'я».

Наявність дитини	Кількість опитаних	Середнє значення	Медіана	Дисперсія	Коефіцієнт варіації	P-value критерію Шапіро-Уїлка	P-value тесту Левене
Ні	59	23,05	23	31,4	0,24	0,441	0,8612
Так	82	21,9	21	29,6	0,24	0,655	

Зі статистичного аналізу розподілів з Рис. 2.3.4 та Табл. 2.3.4 бачимо, що в залежності від наявності дитини на відміну від кількісної характеристики середні та медіанні значення сильно не відрізняються між групами. Розподіли між собою схожі з невеликим відхиленням середнього від медіани для жінок, в яких є дитина. Оскільки медіана менша за середнє значення, то це означає що є група жінок, які мають дітей і мають дуже високі бали в опитувальнику відносно розподілу.

Результати критерію Шапіро-Уїлка підтверджують нормальність розподілів для кожної групи. Результати тесту Левене підтверджують гомогенність (рівність) дисперсій між групами.

Оскільки ми переконались, що обидва розподіли за критерієм наявності дитини мають нормальний розподіл і дисперсії між групами рівні, ми перевірили та задовільнили всі припущення для того, щоб статистично порівняти ці розподіли параметричним t-тестом.

P-value t-тесту дорівнює 0,217 і є більшим за рівень значущості 0,05. Тобто ми можемо визначити, що наша вибірка методами індуктивної статистики не показує статистично значущих відмінностей за наявністю дитини для методики «Шкала позитивного ментального здоров'я»

Для оцінки рівня показника ментального здоров'я використовувалась методика «Стабільність психічного здоров'я – коротка форма».

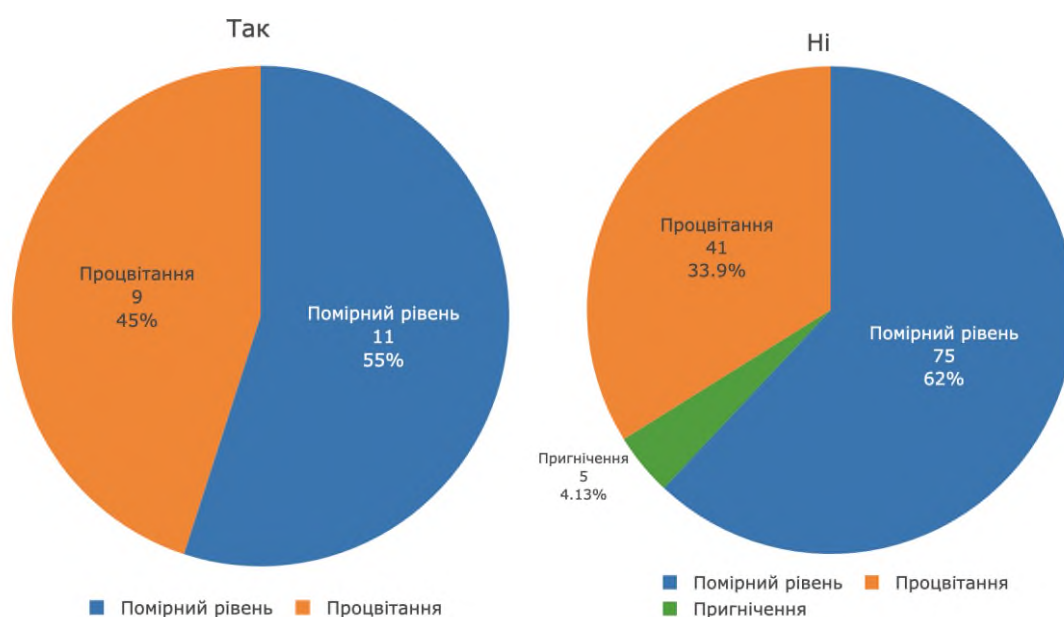


Рис. 2.3.5. Кількісна та відносна характеристика жінок за наявністю партнера військовослужбовця по результатам методики «Стабільність психічного здоров'я – коротка форма».

На Рис. 2.3.5 бачимо, що кількісна характеристика рівня показника стабільності психічного здоров'я залежить від наявності партнера військовослужбовця.

Для жінок, які мають партнера військовослужбовця доля з результатом «процвітання», що дорівнює 45%, що значно більше ніж в жінок, які не мають партнера військовослужбовця з аналогічним результатом в 33,9%. Також у жінок, які мають партнера військовослужбовця, відсутня кількість результатів «пригнічення», на відміну від жінок, які не мають партнера військовослужбовця з аналогічним результатом в 4,1%. На це також може впливати розмір вибірки для жінок, які мають партнера військовослужбовця, а саме 20 опитаних.

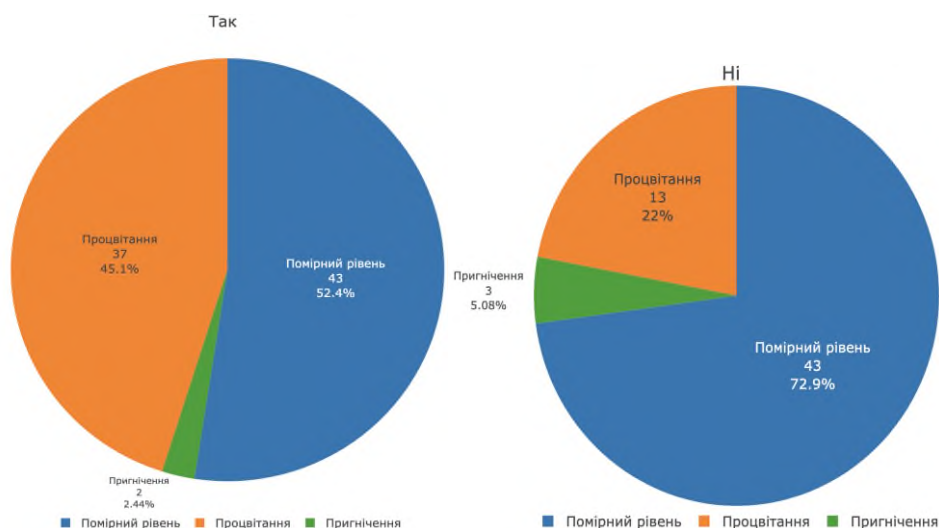


Рис. 2.3.6. Кількісна та відносна характеристика жінок за наявністю дитини по результатах методики «Стабільність психічного здоров'я – коротка форма».

На Рис. 2.3.6 бачимо, що кількісна характеристика рівня показника стабільності психічного здоров'я залежить від наявності дитини. Для жінок, які мають дитину доля з результатом «процвітання» в 45,1%, що значно більше ніж в жінок, які не мають дитини з аналогічним результатом в 22%.

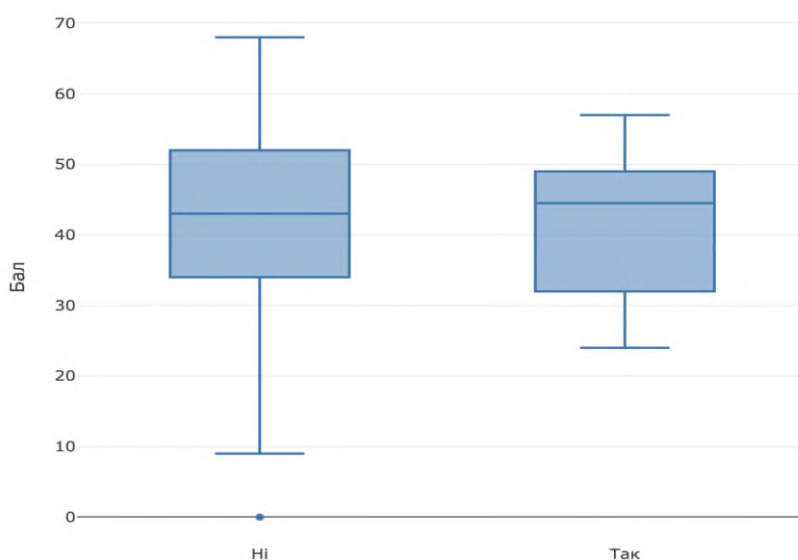


Рис. 2.3.7. Коробковий графік розподілів балів жінок за наявністю партнера військовослужбовця за методикою «Стабільність психічного здоров'я – коротка форма».

Таблиця 2.3.5

Індуктивна та описова статистика розподілів балів жінок за наявністю партнера військовослужбовця за методикою «Стабільність психічного здоров'я – коротка форма»

Наявність партнера військовослужбовця	Кількість опитаних	Середнє значення	Медіана	Дисперсія	Коефіцієнт варіації	P-value критерію Шапіро-Уїлка	P-value тесту Левене
Ні	121	41,78	43	176,9	0,32	0,031	0,382
Так	20	40,8	44,5	107,2	0,25	0,199	

Зі статистичного аналізу розподілів Рис. 2.3.7 та Табл. 2.3.5 ми бачимо, що в залежності від наявності партнера військовослужбовця середні та медіанні значення не сильно відрізняються між групами. Результати критерію Шапіро-Уїлка підтверджують нормальність розподілу для групи, яка має партнера військовослужбовця, для іншої групи нормальність розподілу не підтверджується. Результати тесту Левене підтверджують гомогенність дисперсій між групами.

Оскільки ми маємо, що один з досліджуваних розподілів не є нормальним, а дисперсії між групами рівні, ми можемо статистично порівняти ці розподіли за наявністю партнера військовослужбовця непараметричним тестом Манна-Уїтні. P-value тесту Манна-Уїтні дорівнює 0,592 і є більшим за рівень значущості 0,05. Тобто ми можемо сказати що наша вибірка методами індуктивної статистики не показує статистично значущих відмінностей за наявністю партнера військовослужбовця для методики «Стабільність психічного здоров'я – коротка форма».

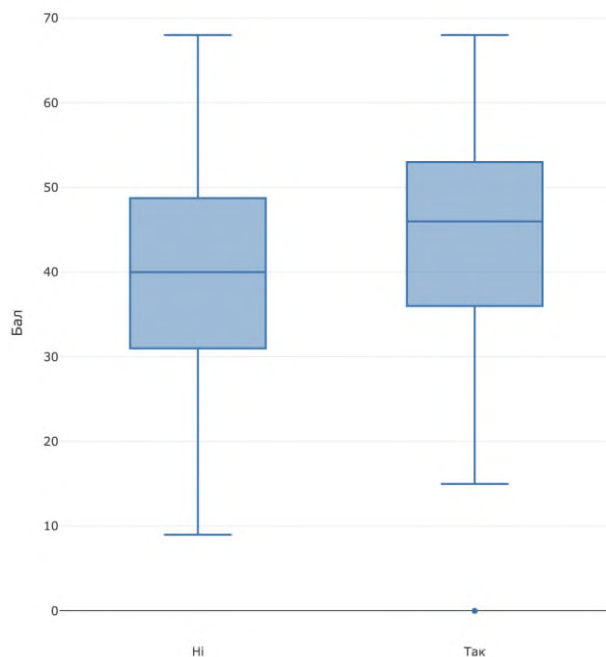


Рис. 2.3.8 Коробковий графік розподілів балів жінок за наявністю дитини за методикою «Стабільність психічного здоров'я – коротка форма».

Таблиця 2.3.6

Індуктивна та описова статистика розподілів балів жінок за наявністю дитини за методикою «Стабільність психічного здоров'я – коротка форма»

Наявність дитини	Кількість опитаних	Середнє значення	Медіана	Дисперсія	Коефіцієнт варіації	P-value критерію Шапіро-Уїлка	P-value тесту Левене
Ні	59	38,50	40	167,0	0,335	0,499	0,494
Так	82	43,90	46	155,5	0,284	0,016	

Зі статистичного аналізу розподілів з Рис. 2.3.8 та Табл. 2.3.6 ми бачимо, що в залежності від наявності дитини середні та медіанні значення відрізняються між групами. Результати критерію Шапіро-Уїлка підтверджують нормальність розподілу для групи, яка не має дітей, для іншої

групи нормальність розподілу не підтверджується. Результати тесту Левене підтверджують гомогенність дисперсій між групами.

Оскільки ми маємо, що один з досліджуваних розподілів не є нормальним, а дисперсії між групами рівні, щоб статистично порівняти ці розподіли за наявності дитини скористаємось непараметричним тестом Манна-Уїтні. P-value тесту Манна-Уїтні дорівнює 0,009 і є меншим за рівень значущості 0,05. Тобто ми можемо сказати, що наша вибірка методами індуктивної статистики показує статистично значущі відмінності для критерію наявності дитини. Жінки, які мають дітей, показують статистично значимий вищий середній бал в шкалі методики «Стабільність психічного здоров'я – коротка форма».

Для оцінки станів тривожності, фрустрації, агресивності та ригідності використовувалась методика «Самооцінка станів тривожності, фрустрації, агресивності та ригідності».

В Табл. 2.3.7 ми бачимо, що кількісна характеристика рівня показника стабільності психічного здоров'я залежить від наявності партнера військовослужбовця. Але вибірка для для жінок, які мають партнера військовослужбовця становить 20 опитаних, тому на кількісну і відносну характеристику сильно впливає результат будь якої групи.

Таблиця 2.3.7

Кількісна та відносна характеристика жінок за наявністю партнера військовослужбовця по результатах методики «Самооцінка станів тривожності, фрустрації, агресивності та ригідності»

Наявність партнера військовослуж- бовця	Кількісна характеристика			Відносна характеристика		
	Самооцінка станів тривожності			Самооцінка станів тривожності		
	Висока	Середня	Не тривожний	Висока	Середня	Не тривожний
Ні	38	49	34	31.4%	40.5%	28.1%
Так	6	8	6	30.0%	40.0%	30.0%
	Самооцінка станів фрустрації			Самооцінка станів фрустрації		
	Висока самооцінка	Середній рівень	Низька самооцінка	Висока самооцінка	Середній рівень	Низька самооцінка
Ні	43	61	17	35.5%	50.4%	14.1%
Так	9	5	7	45.0%	25.0%	30.0%
	Самооцінка станів агресивності			Самооцінка станів агресивності		
	Висока	Середня	Відсутня	Висока	Середня	Відсутня
Ні	18	57	46	14.8%	47.1%	38.1%
Так	1	11	8	5.0%	55.0%	40.0%
	Самооцінка станів ригідності			Самооцінка станів ригідності		
	Висока	Середня	Відсутня	Висока	Середня	Відсутня
Ні	18	61	42	14.9%	50.4%	24.7%
Так	3	10	7	15.0%	50.0%	35.0%

Таблиця 2.3.8

Кількісна та відносна характеристика жінок за наявністю дитини по результатах методики «Самооцінка станів тривожності, фрустрації, агресивності та ригідності»

Наявність дитини	Кількісна характеристика			Відносна характеристика		
	Самооцінка станів тривожності			Самооцінка станів тривожності		
	Висока	Середня	Не тривожний	Висока	Середня	Не тривожний
Ні	20	26	13	33.9%	44.1%	22.0%
Так	24	31	27	29.3%	37.8%	32.9%
	Самооцінка станів фрустрації			Самооцінка станів фрустрації		
	Висока самооцінка	Середній рівень	Низька самооцінка	Висока самооцінка	Середній рівень	Низька самооцінка
Ні	19	30	10	32.2%	50.8%	16.9%
Так	33	36	13	40.2%	43.9%	15.8%
	Самооцінка станів агресивності			Самооцінка станів агресивності		
	Висока	Середня	Відсутня	Висока	Середня	Відсутня
Ні	10	29	20	16.9%	49.1%	34.0%
Так	9	39	34	11.0%	47.5%	41.5%
	Самооцінка станів ригідності			Самооцінка станів ригідності		
	Висока	Середня	Відсутня	Висока	Середня	Відсутня
Ні	9	29	21	15.2%	49.1%	35.7%
Так	12	42	28	14.6 %	52.2%	34.2%

В Табл. 2.3.8 бачимо, що кількісна характеристика в залежності від результату для груп з наявністю дитини більше відрізняється для самооцінки станів тривожності та станів фрустрації.

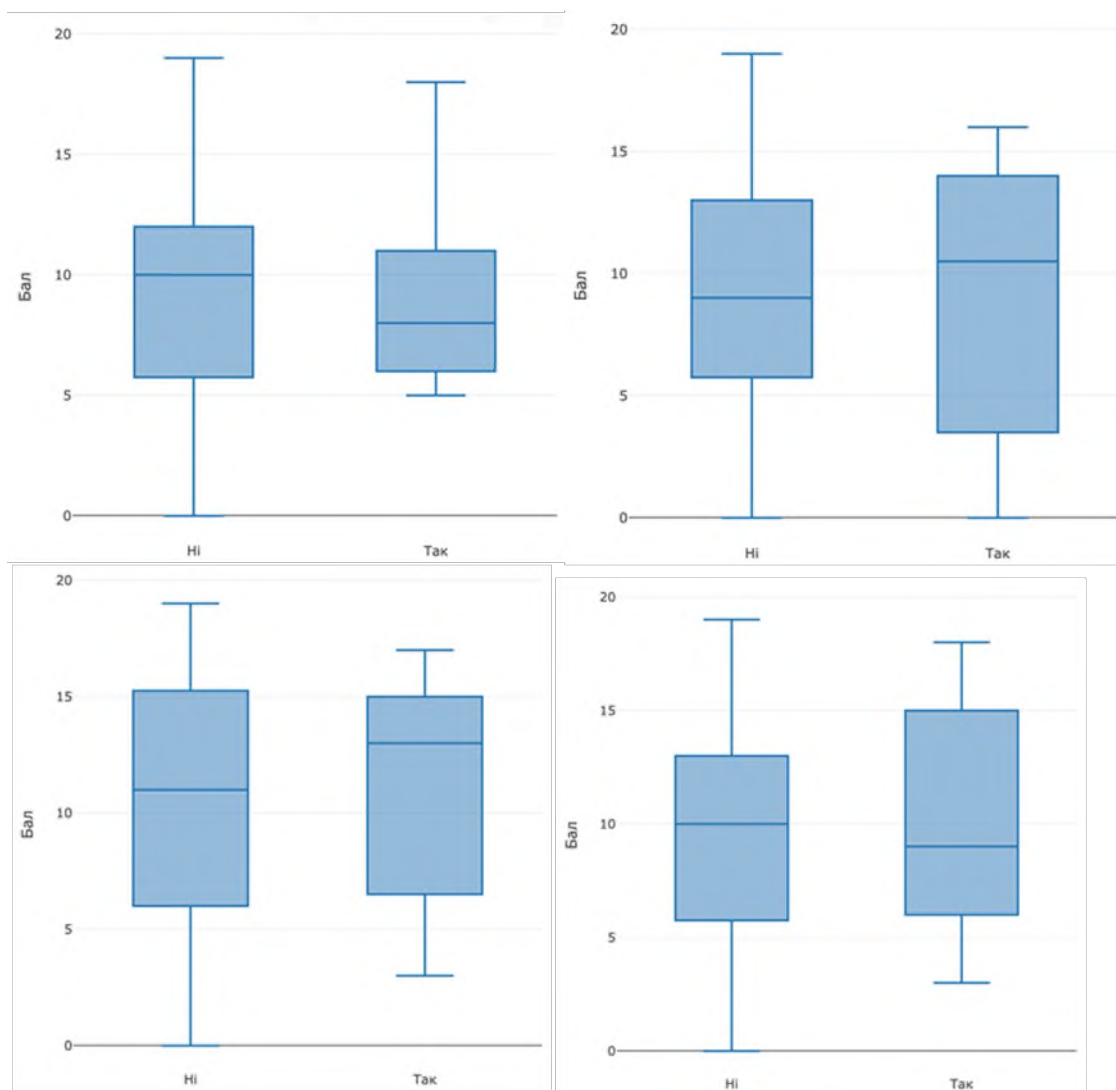


Рис. 2.3.9. Коробковий графік розподілів балів жінок за наявністю партнера-військовослужбовця за агресивністю, ригідністю, тривожністю, фрустрацією відповідно за методикою «Самооцінка станів тривожності, фрустрації, агресивності та ригідності».

Таблиця 2.3.9

Індуктивна та описова статистика розподілів балів жінок за наявності партнера-військовослужбовця за методикою «Самооцінка станів тривожності, фрустрації, агресивності та ригідності»

Самооцінка станів	Наявність партнера військовослужбовця	Кількість опитаних	Середнє значення	Медіана	Дисперсія	Коефіцієнт варіації	P-value критерію Шапіро-Уїлка	P-value тесту Левене
Агресивності	Ні	121	9,2	10	22,8	0,51	0,035	0,04042
	Так	20	7,5	8	12,3	0,38	0,038	
Ригідності	Ні	121	9	9	21,6	0,51	0,035	0,2405
	Так	20	9,4	10,5	29,9	0,58	0,02	
Тривожності	Ні	121	10,8	11	28,2	0,49	0,0005	0,334
	Так	20	11	13	21,7	0,42	0,025	
Фрустрації	Ні	121	9,4	10	23	0,5	0,01	0,6807
	Так	20	9,8	9	25	0,51	0,04	

Зі статистичного аналізу розподілів на Рис. 2.3.9 та Табл. 2.3.9 ми бачимо, що в залежності від наявності партнера військовослужбовця середні та медіанні значення відрізняються між групами. Перевіримо це статистичними методами.

Щодо оцінки станів тривожності за наявності партнера військовослужбовця: результати критерію Шапіро-Уїлка не підтверджують нормальність розподілу для кожної групи. Результати тесту Левене підтверджують гомогенність дисперсій між групами. Оскільки групи не

мають нормального розподілу, а дисперсії між групами є гомогенними, то для того щоб статистично порівняти ці розподіли за віковими групами скористаємось непараметричним тестом Манна-Уїтні. P-value тесту Манна-Уїтні дорівнює 0,9905 і є більшим за рівень значущості 0,05. Тобто ми можемо сказати, що наша вибірка методами індуктивної статистики не показує статистично значущих відмінностей між групами з наявністю партнера військовослужбовця за оцінкою станів тривожності методики «Самооцінка станів тривожності, фрустрації, агресивності та ригідності»

Оцінка станів фрустрації за наявності партнера військовослужбовця: результати критерію Шапіро-Уїлка не підтверджують нормальність розподілу для кожної групи. Результати тесту Левене підтверджують гомогенність дисперсій між групами. Оскільки групи не мають нормального розподілу, а дисперсії між групами є гомогенними, то для того щоб статистично порівняти ці розподіли за віковими групами скористаємось непараметричним тестом Манна-Уїтні. P-value тесту Манна-Уїтні дорівнює 0,8059 і є більшим за рівень значущості 0,05. Тобто ми можемо сказати, що наша вибірка методами індуктивної статистики не показує статистично значущих відмінностей між групами наявності партнера військовослужбовця оцінки станів фрустрації методики «Самооцінка станів тривожності, фрустрації, агресивності та ригідності».

Оцінка станів агресивності за наявності партнера військовослужбовця: результати критерію Шапіро-Уїлка не підтверджують нормальність розподілу для кожної групи. Результати тесту Левене не підтверджують гомогенність дисперсій між групами. Оскільки групи не мають нормального розподілу, а дисперсії між групами не є гомогенними, то для того щоб статистично порівняти ці розподіли за віковими групами скористаємось непараметричним тестом Манна-Уїтні. P-value тесту Манна-Уїтні дорівнює 0,5926 і є більшим за рівень значущості 0,05. Тобто ми можемо сказати що наша вибірка методами індуктивної статистики не показує статистично значущих відмінностей між групами наявності партнера військовослужбовця

оцінки станів агресивності методики «Самооцінка станів тривожності, фрустрації, агресивності та ригідності».

Оцінка станів ригідності за наявності партнера військовослужбовця: результати критерію Шапіро-Уїлка не підтверджують нормальність розподілу для кожної групи. Результати тесту Левене підтверджують гомогенність дисперсій між групами. Оскільки групи не мають нормального розподілу, а дисперсії між групами є гомогенними, то для того щоб статистично порівняти ці розподіли за віковими групами скористаємось непараметричним тестом Манна-Уїтні. P-value тесту Манна-Уїтні дорівнює 0,6894 і є більшим за рівень значущості 0,05. Тобто ми можемо сказати, що наша вибірка методами індуктивної статистики не показує статистично значущих відмінностей між групами наявності партнера військовослужбовця за оцінкою станів ригідності методики «Самооцінка станів тривожності, фрустрації, агресивності та ригідності».

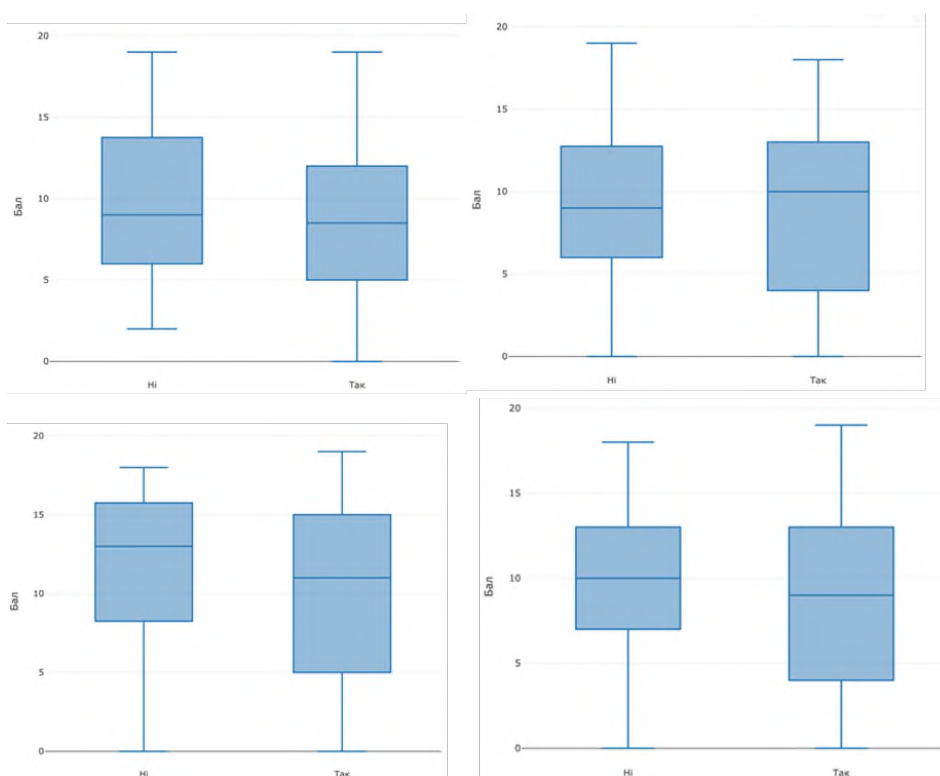


Рис. 2.3.10 Коробковий графік розподілів балів жінок за наявністю дитини за агресивністю, ригідністю, тривожністю, фрустрацією відповідно за методикою «Самооцінка станів тривожності, фрустрації, агресивності та ригідності».

Таблиця 2.3.10

Індуктивна та описова статистика розподілів балів жінок за наявністю партнера військовослужбовця за методикою «Самооцінка станів тривожності, фрустрації, агресивності та ригідності»

Самооцінка станів	Наявність дитини	Кількість опитаних	Середнє значення	Медіана	Дисперсія	Коефіцієнт варіації	P-value критерію Шапіро-Уїлка	P-value тесту Левене
Агресивності	Ні	59	9,8	9	19,6	0,44	0,156	0,5368
	Так	82	8,7	8,5	22,2	0,53	0,15	
Ригідності	Ні	59	9,2	9	21,2	0,5	0,481	0,533
	Так	82	9,1	10	23,9	0,53	0,006	
Тривожності	Ні	59	11,7	13	23,9	0,41	0,001	0,1325
	Так	82	10,2	11	29,4	0,53	0,0007	
Фрустрації	Ні	59	9,9	10	19,1	0,44	0,322	0,09477
	Так	82	9,3	9	26,1	0,55	0,014	

Зі статистичного аналізу розподілів з Рис. 2.3.10 та Табл. 2.3.10 ми бачимо в залежності від наявності партнера військовослужбовця середні та медіанні значення відрізняються між групами. Перевіримо це статистичними методами.

Оцінка станів тривожності за наявності дитини: результати критерію Шапіро-Уїлка не підтверджують нормальність розподілу для жодної порівнюваної групи. Результати тесту Левене підтверджують гомогенність дисперсій між групами.

Оскільки групи не мають нормального розподілу, а дисперсії між групами є гомогенними, то для того, щоб статистично порівняти ці розподіли

скористаємось параметричним тестом Манна-Уїтні. P-value тесту Манна-Уїтні дорівнює 0,08759 і є більшим за рівень значущості 0,05. Тобто ми можемо сказати, що наша вибірка методами індуктивної статистики не показує статистично значущих відмінностей між групами наявності дитини за оцінкою станів тривожності методики «Самооцінка станів тривожності, фрустрації, агресивності та ригідності».

Оцінка станів фрустрації за наявності дитини: результати критерію Шапіро-Уїлка не підтверджують нормальність розподілу двох порівнюваних груп. Результати тесту Левене підтверджують гомогенність дисперсій між групами. Оскільки обидві групи не мають нормального розподілу, а дисперсії між групами є гомогенними, то для того, щоб статистично порівняти ці розподіли скористаємось непараметричним тестом Манна-Уїтні. P-value тесту Манна-Уїтні дорівнює 0,3941 і є більшим за рівень значущості 0,05. Тобто ми можемо сказати, що наша вибірка методами індуктивної статистики не показує статистично значущих відмінностей між групами наявності дитини оцінки станів фрустрації методики «Самооцінка станів тривожності, фрустрації, агресивності та ригідності».

Оцінка станів агресивності за наявності дитини: результати критерію Шапіро-Уїлка підтверджують нормальність розподілу для кожної групи. Результати тесту Левене підтверджують гомогенність дисперсій між групами. Оскільки групи не мають нормального розподілу, а дисперсії між групами не є гомогенними, то для того щоб статистично порівняти ці розподіли скористаємось непараметричним тестом t-тестом.

P-value t-тесту дорівнює 0,2111 і є більшим за рівень значущості 0,05. Тобто ми можемо сказати, що наша вибірка методами індуктивної статистики не показує статистично значущих відмінностей між групами наявності дитини оцінки станів агресивності методики «Самооцінка станів тривожності, фрустрації, агресивності та ригідності».

Оцінка станів ригідності за наявності дитини: результати критерію Шапіро-Уїлка не підтверджують нормальність розподілу для двох

досліджуваних груп. Результати тесту Левене підтверджують гомогенність дисперсій між групами. Оскільки обидві групи не мають нормального розподілу, а дисперсії між групами є гомогенними, то для того щоб статистично порівняти ці розподіли скористаємось непараметричним тестом Манна-Уїтні. P-value тесту Манна-Уїтні дорівнює 0,9532 і є більшим за рівень значущості 0,05. Тобто ми можемо сказати, що наша вибірка методами індуктивної статистики не показує статистично значущих відмінностей між групами наявності дитини оцінки станів ригідності методики «Самооцінка станів тривожності, фрустрації, агресивності та ригідності».

Проведемо кореляційний аналіз залежності результатів між обраними методами.

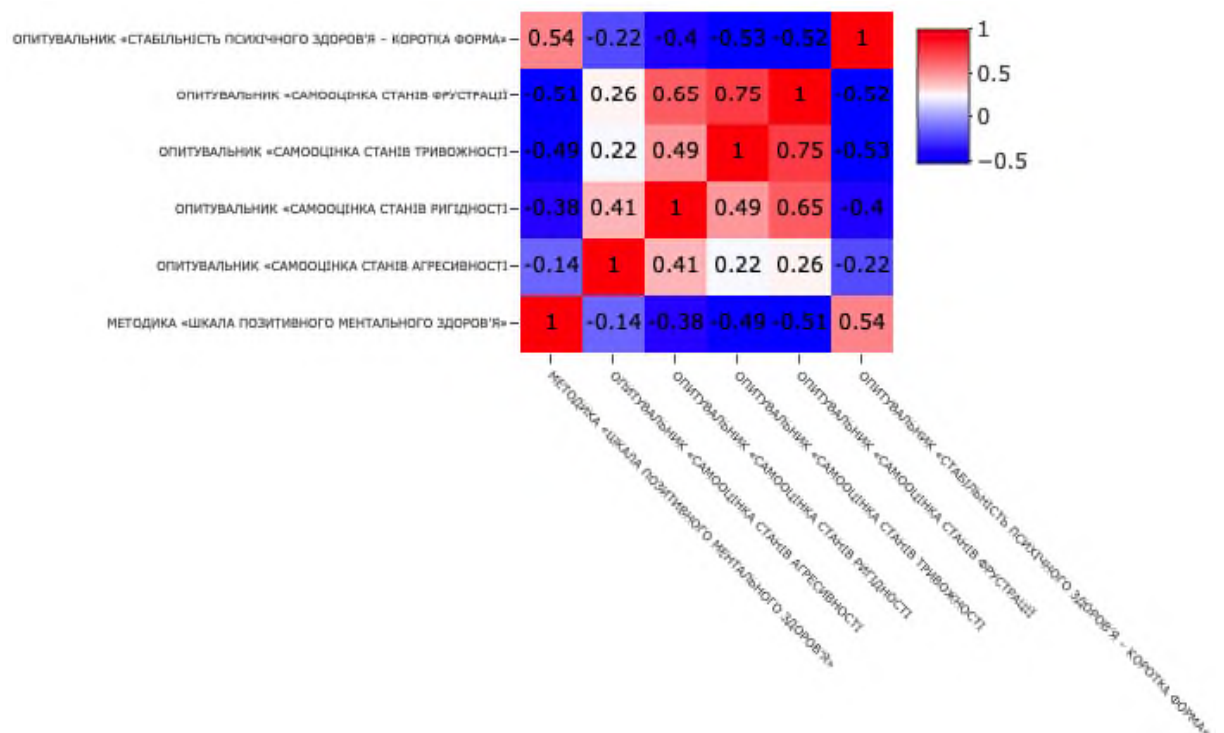


Рис. 2.3.11. Кореляційна матриця порівняння результатів різних методів.

На Рис 2.3.11 зображено матрицю з кореляціями Пірсона, яка показує як корелюють результати опитаних в різних методах. На Рис 2.3.11 є декілька значень більших за 0,6, що вважається сильно вираженою кореляцією.

Позитивно корелюють з коефіцієнтом 0,75 групи самооцінки станів фрустрації та станів тривожності, а це означає, що в нашій вибірці є залежність: люди, які мають низьку самооцінку схильні до високого рівню тривожності і, навпаки, жінки, які мають високу самооцінку, є менш тривожними. Такі особи часто уникають труднощів, бояться невдач, остерігаються конфліктів та гострих суперечок.

Позитивно корелюють з коефіцієнтом 0,65 методи самооцінка станів фрустрації та самооцінка станів ригідності, це означає, що в нашій вибірці жінки, які мають низьку самооцінку, мають також сильно виражену ригідність. Таким людям протипоказана зміна робочого місця, а також зміни в житті, в стосунках з іншими людьми, оскільки це призводить до виникнення труднощів у спілкуванні, стресів, конфліктів, погіршення самопочуття.

Важливо відзначити, що у обидвох описаних вище груп кореляцій одним з параметрів є стан фрустрації. Стан фрустрації позитивно і сильно корелює зі станом тривожності і станом ригідності. Проте у станів ригідності і тривожності сильної кореляції не відзначається.

У всіх інших методиках результати не мають сильної кореляції.

Висновки до розділу 2

Нашою основною метою було дослідження вікових груп. В результаті опитування пройшло 141 жінка, з них троє віком до 18 років, тому для статистичної оцінки ми цю групу не використовували. За методикою «Шкала позитивного ментального здоров'я» 91 з 141 опитаних жінок, тобто 64,5% має низький рівень ментального здоров'я. За результатами статистичного порівняння розподілів відмінність між середніми значеннями балів в цих групах була не статистично значимою. Це означає, що незалежно від віку низький рівень ментального здоров'я мають всі групи опитуваних жінок.

Для методики «Стабільність психічного здоров'я – коротка форма» для опису результати кількісної характеристики не визначаються сумою

набраних балів на відміну від інших досліджуваних методик. Тому кількісна характеристика сильно відрізняється між віковими групами. Вікова група 18-30 років має маленьку долю результату «процвітання» і зі зростанням віку в цій групі жінки мають результат «помірний рівень» процвітання і стабільності психічного здоров'я. Хоча статистично медіанні значення розподілів не відрізняються.

За результатами методики «Самооцінка станів тривожності, фрустрації, агресивності та ригідності» статистично значиму відмінність показали тільки декілька груп, наприклад, аналізуючи оцінку стану агресивності за віковими групами спостерігається статистично значима відмінність між середніми значеннями балів в цій методиці між групами від 46 років та 18-30 років. Група від 46 років має значно нижчі середні бали значення агресивності ніж група 18-30 років.

В залежності від статусу жінки ми досліджували дві категорії жінок: за наявністю дитини і наявністю партнера-військовослужбовця. За кількісною характеристикою для групи жінок, в яких є партнер-військовослужбовець, методика «Шкала позитивного ментального здоров'я» показала, що низький рівень ментального здоров'я в цій групі значно вищий. Проте порівняння розподілів балів не демонструвало статистично значимої відмінності. На це може впливати також невеликий розмір однієї з отриманих вибірок.

В методиці «Стабільність психічного здоров'я – коротка форма» кількісна характеристика для жінок, які мають партнера-військовослужбовця, показала вищий рівень процвітання і взагалі не показала результату пригнічення. Проте треба зважати, що результат методики залежить не від загальної суми балів, а від кількості позитивних та негативних відповідей на певні групи питань.

Аналогічно для жінок з наявністю дитини кількісний результат показав значно вищий рівень процвітання ніж у жінок, які не мають дитини, і статистичне порівняння медіан показало статистично значимий результат. Тобто в цілому жінки, які мають дітей, показують статистично значимий

вищий середній бал в методиці «Стабільність психічного здоров'я – коротка форма».

Групи самооцінки станів фрустрації та тривожності позитивно корелюють з коефіцієнтом 0,75, що означає наявність залежності в нашій вибірці: люди з низькою самооцінкою схильні до високого рівня тривожності, і навпаки, жінки з високою самооцінкою менше відчують тривожність.

РОЗДІЛ 3. МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ ЩОДО РЕГУЛЯЦІЇ СТРЕСОВИХ РЕАКЦІЙ ЖІНОК В УМОВАХ ВІЙНИ

3.1. Основи розробки програм регуляції стресу

Хронічний стрес є основною проблемою психічного здоров'я сучасного суспільства. Задля розробки програм регуляції стресу необхідно визначити ефективність методів управління стресом у покращенні психічного здоров'я та зменшенні негативних наслідків стресу, а також забезпечити всебічне розуміння стратегій управління стресом [71].

Були визначені різноманітні методи управління стресом, включаючи практики, що ґрунтуються на усвідомленості, а також когнітивно-поведінкові практики, фізичні вправи та техніки релаксації [92]. Встановлено, що ці методи мають значний позитивний ефект на зниження стресу та покращення психічного здоров'я [63]. Основними механізмами є нейробіологічні, психологічні та фізіологічні фактори. Інтеграція науково обґрунтованих методів може запропонувати комплексний підхід до покращення психічного здоров'я та зниження рівню стресу [52].

Стрес став поширеною проблемою сучасності та негативно вплинув на психічне здоров'я людей у цілому. Стратегії управління стресом стають все більш популярними як спосіб зменшити симптоми стресу та покращити загальне самопочуття [63]. Методи управління стресом відносяться до широкої категорії тактик і програм, призначених для зменшення рівня

стресу, покращення навичок подолання стресу та результатів психічного здоров'я [92]. Зазвичай виділяють когнітивно-поведінкову терапію (CBT), фізичні вправи та техніки релаксації [92].

Було проведено та задокументовано численні дослідження переваг управління стресом за допомогою підходів до покращення психічного здоров'я [66]. Розвиток безосудного усвідомлення поточної ситуації завдяки практикам усвідомленості, таким як сканування тіла та медитація [66], вмиє допомагає людям контролювати їхні емоції та більш стабільно реагувати на стресори. CBT зосереджується на визначенні та зміні думок та поведінки, надаючи людям корисні механізми подолання, щоб контролювати та зменшувати стрес і покращувати загальне функціонування [92]. Доведено, що фізичні вправи покращують настрій, вивільняють ендорфіни та полегшують симптоми хвороби, депресії і тривоги [63]. Глибоке розслаблення досягається за допомогою таких технік релаксації, як: прогресивне розслаблення м'язів і вправ на глибоке дихання, які можуть забезпечити фізичну та психічну підтримку здоров'я [63].

Розуміння механізмів, через які виникає стрес, є важливим для оптимізації їх застосування і визначення підходів до управління задля забезпечення сприятливих переваг для психічного здоров'я [66]. Складні зв'язки між неврологічними, психологічними та фізіологічними елементами входять до складу цих систем. Техніки керування стресом змінюють мозкову діяльність, контролюючи та сприяючи вивільненню нейромедіаторів. Структурні зміни у важливих областях мозку підвищують самосвідомість, сприяють когнітивній гнучкості, і змінюють пов'язані зі стресом фізіологічні реакції [71].

Цей комплексний огляд має на меті дослідити ефективність підходів до управління стресом та виявити низку стратегій щодо зниження рівню стресу.

Практики медитації та майндфулнес стають дедалі ефективнішими стратегіями в регуляції стресу [46, 61]. Медитація може мати значний вплив на людей [58, 84]. Одним із головних результатів практик майндфулнес та

медитації є зменшення стресу, насамперед за рахунок покращення емоційної регуляції [46, 84]. Майнфулнес, яка передбачає приділення уваги поточному моменту без суджень, дозволяє людям спостерігати за своїми думками та почуттями, коли вони виникають, а не бути приголомшеними ними [46, 65, 79, 94]. Ця практика сприяє відчуттю емоційної рівноваги, що має вирішальне значення для управління стресом [46, 50, 67, 79, 94]. Навчання медитації усвідомленості допомагає людям розвинути більший контроль над своїми емоційними реакціями, знижує ймовірність стресових реакцій. Це покращене емоційне регулювання є одним із ключових механізмів, за допомогою якого медитація може зняти стрес [79, 85]. Крім того, у тих, хто регулярно медитує, покращуються когнітивні функції [94]. Практика усвідомленості майндфулнес підвищує активність префронтальної кори, області мозку, що відповідає за прийняття рішень, вирішення проблем і регулювання емоцій [94].

Покращена когнітивна функція дозволяє людям підходити до стресових ситуацій з більшою ясністю та ефективністю, зменшуючи загальний вплив стресу на їх життя. Медитаційні практики до того ж знижують фізіологічні маркери стресу, такі як рівень кортизолу [46, 58, 67], гормону, який виділяється у відповідь на стрес [46, 67, 85], і хронічно високий рівень кортизолу пов'язаний з рядом несприятливих наслідків для здоров'я, включаючи порушення когнітивних функцій і ослаблення імунної відповіді [46, 94].

Практики усвідомленості майнфулнес були пов'язані зі значним зниженням рівня кортизолу [65, 85]. Зниження кортизолу за допомогою медитації показує, що вона дійсно може зменшити фізичні наслідки стресу, таким чином сприяючи загальному здоров'ю та самопочуттю. Крім того, багато нейронаукових досліджень показують, що практики медитації мають потенціал для зміни структури та функції мозку, особливо в сферах, пов'язаних з увагою та емоційною регуляцією [85]. Здатність мозку до

адаптації свідчить про те, що медитація не тільки забезпечує негайне зняття стресу, але й сприяє довгостроковій користі для психічного здоров'я.

Загалом ті, хто постійно займається медитацією, відчувають підвищене відчуття благополуччя [70, 84]. Особи, які беруть участь у програмах зменшення стресу на основі майндфулнес (MBSR), повідомляють про вищий рівень добробуту, включаючи підвищену задоволеність життям і більш позитивний погляд на життя [60, 65]. Крім того, медитація усвідомленості майндфулнес призводить до більшого співчуття до себе, що тісно пов'язане з покращенням загального самопочуття [65]. Люди, які практикують майндфулнес, мають тенденцію розвивати більш доброзичливе та більш прийнятне ставлення до себе, що зменшує самокритику та сприяє більш позитивному сприйняттю життя [65]. Розвиток співчуття до себе та інших за допомогою медитації любові й доброти показує, що взаємодія з іншими людьми також стає легшою, оскільки цей тип медитації підвищує просоціальну поведінку [61, 65].

Співчуття до себе є невід'ємним елементом для підтримки психічного здоров'я та підвищення загальної задоволеності життям. Цікаво, що ті, хто медитує протягом тривалого часу, показують, що вони здатні краще керувати стресом, ніж новачки, що свідчить про те, що стресостійкості можна навчитися [61]. Таким чином, медитація може бути цінним інструментом для підготовки до стресу та подолання його. Дослідження показують, що методи медитації та майндфулнес разом із когнітивно-поведінковим тренуванням, фізичними вправами та молитвою можуть стати справжньою підтримкою, щоб зменшити стрес і запобігти вигоранню [61].

Кожна особа є унікальною у своїй здатності розпізнавати стресові ситуації та реагувати на них, і має свої унікальні ресурси. Незважаючи на те, що люди використовують широкий спектр стратегій подолання стресу, деякі з них можуть допомогти кожному універсально. Існування стратегій подолання викликає цікаве питання. Лазарус і Фолкман визначають копінг як процес, за допомогою якого індивід постійно змінює когнітивні та

поведінкові ініціативи, щоб керувати конкретними зовнішніми та внутрішніми вимогами, які оцінюються як стресові або виходять за межі ресурсів індивіда.

Стрес є результатом процесів мислення та діяльності людини, що робить когнітивні та поведінкові функції життєво важливими для боротьби з ним. Під час подолання стресу та супутніх йому емоцій, як стверджують Халахан та інші, механізми подолання в основному базуються на когнітивних і поведінкових характеристиках людини.

Крім західних методів зниження стресу, існують інші підходи до управління стресом, у яких когнітивне втручання відіграє центральну роль. Дисфункціональні оцінки підтримують високий рівень стресу і навіть підвищують його. Визнання та зміна таких дезадаптивних оцінок або інших проблем когнітивної обробки є ключовим компонентом когнітивного втручання.

Програма подолання стресу на основі майндфулнес (MBSR) - це сучасний метод, натхненний стародавніми східними практиками управління стресом. У невеликому пілотному дослідженні за участю 50 учасників Сміт, Шеллі, Дален, Віггінс, Тулі та Бернард порівнювали CBSR з MBSR. Зменшення рівня стресу на основі програми майндфулнес (MBSR) спрямована на те, щоб допомогти учасникам стати більш усвідомленими за допомогою глибокого дихання, сканування тіла, медитації, м'якої йоги та відкритого обговорення.

У програмі CBSR визначали як когнітивні, так і поведінкові стратегії управління стресом. Рішення в основному полягало в когнітивній перепідготовці та поведінкових методах для зменшення стресу. У восьми аспектах розмір ефекту для групи MBSR був більш ніж удвічі вищий, ніж у групі CBSR (тобто сприйманий стрес, депресія, психологічне благополуччя, невротизм, переїдання, енергія, біль і уважність). Стрес у повсякденному житті пов'язаний із періодичними нападами депресивних епізодів.

Програми релаксації є корисними для психічного та фізичного здоров'я практикуючих. Прогресивне розслаблення м'язів є одним із методів релаксаційного тренування серед багатьох інших методів, таких як медитація та аутогенне тренування. Як і у випадку з прогресивним розслабленням м'язів, чергування періодів напруги та розслаблення м'язів допомагає розслабити певні групи м'язів. В той час як різні медитативні техніки спрямовані на створення спокійного, вдумливого настрою. Медитація – це техніка заспокоєння розуму й тіла, яка набула популярності далеко за межі її початків на Сході. Аутогенне тренування є поведінковою технікою для контролю тривоги та навчання розслабленню, коли це потрібно. Аутогенне тренування використовує керовану візуалізацію та звуки, щоб допомогти людям розслабити тіло та розум. Ця техніка може впливати на різні фізіологічні реакції, включаючи дихання, артеріальний тиск, частоту серцевих скорочень і температуру шкіри.

Програми тайм-менеджменту допомагають ефективніше планувати свої дні та визначати пріоритети, у свою чергу підвищення продуктивності є важливим аспектом для ефективного управління часом. Щоб допомогти людям змінити свої дії та відчувати менше стресу, Лейкін запропонував такі методи управління часом, як складання списку та пріоритетність завдань, задля того щоб відчувати менший тиск. Робінсон і Годфрі підтвердили тісний зв'язок між тайм-менеджментом і зниженням стресу.

Розуміння і знання внутрішніх і зовнішніх ресурсів і їх інвентаризація є корисними, при зіткненні з труднощами. Це може змінити вашу точку зору та дозволить вам отримати перспективу і знайти нові можливості. Здатність відокремлювати думки від почуттів і думати про те, що ви відчуваєте, є важливою навичкою для тих, хто підтримує інших. Кожен іноді відчуває тривогу, страх, втому, нудьгу, занепокоєння та приголомшення, і важливо мати внутрішнє розуміння як мати змогу з цим впоратися.

Стійкі зміни в підході до зниження рівню стресу у жінок в умовах війни можуть відбутися через послідовне застосування етапів розуміння тілу

як ресурсу у регуляції стресових реакцій. Саме тому розробка програми регуляції стресу, орієнтована на подолання стресу у жінок в умовах війни, має бути налаштована на зниження впливу стрес-факторів та ефективного використання ресурсів власного тіла. Вона включає інформування про контакт з тілом задля виявлення природи стресу та фокусуванні в моменті, освоєння технік управління власною енергією, розвиток особистих кордонів, формування режиму сну та правильного харчування, а також впровадження фізичної активності задля створення робочого алгоритму реакції на стресу в моменті його появи [35].

Таблиця 3.1.1

Стабілізація рівня стресу на основі розуміння тіла як ресурсу у регуляції стресових реакцій

Категорія	Розуміння тіла
Контакт з тілом	Встановлення якісного контакту з тілом задля розуміння його потреб та відчуттів в моменті. Можна задавати такі питання як: «що я зараз відчуваю в тілі?», «чого потребує моє тіло?». Робити фокус на своїх почуттях. Приділяти час тілесним відчуттям: дихання, відчуття у м'язах [35].
Управління власною енергією	Розподілення енергії по справах на день ефективно та підтримувати баланс між витрачанням та поповнюванням енергії. Зміна активності протягом дня задля збереження власної енергії.
Визначення особистих кордонів	Стійкість і адаптивність власних кордонів є ознакою зрілості. Через роботу з тілом можна зміцнити власні кордони і навчитись розпізнаванню реакцій тіла, коли треба відпочити чи відмовити.
Режим сну і харчування	Спостерігати за потребами тіла задля організування життя найбільш комфортним чином. Баланс оптимального режиму сну та збалансованого харчування [35, 48].
Фізична активність	Забезпечення достатньої фізичної активності протягом дня та додавання йоги, ходьби, танців та інших тілесних практик.

З табл 3.1.1, яка розглядає стабілізацію рівня стресу на основі розуміння тіла як ресурсу регуляції стресових реакцій, можна виявити, що при розгляді потреб і сигналів тіла та задовільненні його запитів воно може

слугувати активним ресурсом та допомагати підтримувати енергетичний та життєвий баланс. Дана таблиця базується на комплексному використанні форм та методів роботи, а саме виконанні практичних вправ, прослуховуванні лекцій, проходження ігор та використанні технік медитації, майндфулнес та релаксації.

Структура програми складається з 3 занять тривалістю 2 години кожне, які проводяться 1 раз на місяць, загальна тривалість 6 годин. Група складається з 5-7 осіб. Детальний зміст програми стабілізації рівня стресу на основі розуміння тіла як ресурсу у регуляції стресових реакцій жінок в умовах війни є у Додатку Б.

Психічна стабільність людини нерозривно пов'язана з її фізичним станом здоров'я, тому важливо добре піклуватися про тіло, щоб використовувати його як ресурс. Варіанти реалізації аспектів розуміння тіла стане в нагоді, коли особа стикається з дилемами та невизначеністю, до того ж не має чіткого, правильного вибору чи шляху в складних життєвих обставинах. Маючи розуміння про своє тіло, можна використовувати його задля:

- задоволення ваших потреб;
- підтримання енергетичного балансу;
- визначення та усвідомлення своїх особистих кордонів;
- орієнтування в тому, як поводитися в різних життєвих ситуаціях;
- вміння справлятися зі стресовими обставинами.

Важливо увійти в контакт зі своїм тілом, щоб краще розуміти його потреби та вміти знижувати рівень стресу використовуючи його як ресурс [35].

Таблиця 3.1.2

Визначальні риси життєстійкості (резильєнтності)

Риси життєстійкості	Реалізація
Інноваційне недогматичне мислення	Пошук нових варіантів щодо вирішення складних життєвих ситуацій, бути відкритим до змін [35].
Рішучість	Розвивати навик швидкого прийняття рішень, навіть у складних життєвих обставинах вміти визначитися зважено та впевнено. 22
Наполегливість	Постановка цілей та дотримання їх виконання, виховання внутрішньої дисципліни.
Міжособистісний зв'язок	Знаходити нових друзів, розвивати комунікабельність та зберігати довірливі та якісні стосунки з оточуючими.
Чесність і цілісність	Бути чесним у своїх намірах та вчинках, дотримуватися своїх цінностей та переконань [35].
Самоконтроль	Вчитися розвивати внутрішній контроль над ситуацією чи подією, управляти своїми емоціями, навіть під час стресового періоду життя.
Оптимізм і позитивний погляд на життя	Навчитися віднаходити позитивні аспекти навіть в надскладних ситуаціях та мати фокус на можливостях, а не над тим, що може обмежувати.

Табл. 3.1.2, описує визначальні риси життєстійкості (резильєнтності) за Дж. С. Еверлі та Дж. М. Летінг, які виділили сім ключових характеристик та шляхи реалізації цих рис у повсякденному житті задля подолання стресу [35].

3.2. Система психологічних вправ для гармонізації психічного стану жінок в умовах війни

Стрес є поширеною проблемою, яка може мати значний вплив на наше фізичне та психічне благополуччя. Фізична активність є одним із найефективніших способів зняти стрес і покращити загальний стан здоров'я. Є важливим надання рекомендаційних вправ щодо фізичної активності, яка може допомогти зменшити стрес у повсякденних життєвих ситуаціях.

Таблиця 3.2.1

Вправи на стабілізацію рівня стресу та ефективну регуляцію стресових реакцій

Вправа	Опис вправи
Нормалізація дихання	Концентрація на повільному вдиху через ніс і повільному видиху ротом. Час виконання вправи 5-10 хвилин. Є активною допоміжною вправою задля заспокоєння нервової системи [35].
Контроль думок	Зосередження на позитивних моментах, які є допоміжними для зниження впливу високого рівня стресу на нервову систему. Повторення словосполучень: «Я зможу з цим впоратись».
Перенаправлення уваги та заземлення	Використання факторів зовнішнього середовища задля заземлення. Дати змогу собі відчувати землю під ногами, предмети та запахи навколо.
Техніки релаксації	Потрібно зайняти комфортне лежаче положення, заплющити очі та дати собі можливість розслабити м'язи тіла починаючи від голови до ніг [35].
Зайняття творчими вправами	Написання творів, малювання, танці, вокал і будь-яка інша творча діяльність задля того, щоб виразити свої емоції.

В Табл. 3.2.1 представлений комплекс вправ на стабілізацію рівня стресу та ефективну регуляцію стресових реакцій і боротьбу зі стресом, який включає в себе вправи на нормалізацію дихання, контроль думок, перенаправлення уваги та заземлення, техніки релаксації та зайняття будь-якими видами творчості, а також опис цих вправ, які допоможуть швидко і ефективно гармонізувати психічний стан жінок в умовах війни [35].

Коли особа пригнічена, засмучена та стикається з багатьма викликами, особливо це стосується жінок в умовах війни стає важко усвідомлювати, що насправді відбувається навколо. Під час напруженого періоду або після нього важко розслабитися через високий рівень стресу в організмі. Дослідження також показують, що періоди стресу, очікувань і невеликих викликів мають негативний ефект на організм, ускладнюючи розслаблення.

Важливим аспектом є розробка системи психологічних вправ для гармонізації психічного стану жінок в умовах війни, які допоможуть розслабитися та врегулювати негативний вплив стресу на психічний стан [54].

Таблиця 3.2.2

Вправи на регулювання стресу

Вправа	Призначення вправи	Опис
«Усвідомлення тут і зараз»	Зосередження на моменті тут і зараз. Вправа допомагає зменшити стрес.	Зосередження уваги на тому, що чуєте, бачите, відчуваєте чи можете понюхати. Використання фраз «Прямо зараз я зараз помічаю...».
«Обійми себе для відчуття спокою»	Забезпечення емоційного комфорту та зниження напруги в стресових ситуаціях.	Покласти праву руку в ліву пахву, тоді як ліву руку покласти на передпліччя. Надавити, затримати, розслабити. Повторити цю вправу три рази [54].
«Заземлення»	Зменшення напруги та відчуття опори землі під ногами.	Стати босими ногами на підлогу, повільно порухати тіло вперед-назад і вбік, щоб сфокусувати увагу на відчутті у ступнях [54].
«Думки в коробку»	Позбування нав'язливих думок використовуючи уявну «коробку».	Уявити гарну коробку, покласти всередину неї свої думки та «закрити» коробку. Можна також уявити як ви викидаєте коробку або лишаєте її за дверима.

Цей комплекс вправ з табл 3.2.2 допомагає у регулюванні стресу у теперішньому моменті, позбуванні нав'язливих думок та зменшення напруги у тілі.

Для створення системи психологічних вправ для гармонізації психічного стану жінок в умовах війни за основу беремо практичні вправи з практик медитації та майндфулнес, а також технік глибокого дихання [48].

Техніки з глибокого дихання є важливим інструментом з гармонізації психічного стану у моменті відчуття стресу. Кожна особа має можливість контролювати свій ритм дихання, можна робити довгі, глибокі вдихи, робити поверхневі дихальні рухи, а також можна прийняти рішення робити більш довгі видихи, ніж вдихи. Патерни усвідомленого дихання є частиною майже всіх традиційних медитацій. Якщо робите видих довшим, ніж вдих, тіло починає втрачати збудження, дихання стає спокійнішим, дихати потрібно менше, тіло заспокоюється. І навпаки, якщо робити більш короткий видих, тіло може підготуватися до механізму «боротьби або втечі» [48].

Є деякі наукові докази, які підтверджують твердження про те, що свідоме дихання психологічно впливає на особу. Тобто особа, яка дихає усвідомлено має значну різницю у відчутті стресу до і після дихальних вправ, навіть коли рівень гормону стресу трохи знизився [48]. Глибоке дихання або усвідомлені дихальні вправи зменшують психологічний і фізіологічний стрес і значно знижують рівень кортизолу.

Існує безліч технік дихання, навіть в заняттях йоги, таких як Кундаліні-йога, дихання є невід'ємною частиною процесу. Задля гармонізації стресу у теперішньому моменті можна використовувати наступну дихальну вправу:

- сядьте прямо, але зручно, можна спертися на спинку стільця;
- руки лежать на колінах, очі закриті;
- зверніть увагу на те, що ви відчуваєте;
- вдихніть на рахунок 2;
- видихніть на рахунок 4;
- знову вдихніть на рахунок 2;
- знову видихніть на рахунок 4;
- продовжуйте дихати так кілька хвилин.

Якщо ви думаєте, що можете дихати більшою (або меншою) кількістю вдихів, не відчуваючи дискомфорту, можна зробити це. Також потрібно переконатися, що ваш видих вдвічі довший ніж вдих. Через кілька хвилин припиніть рахувати і просто побудьте на мить у моменті. Порівняйте різницю стану у відмінності від того, коли ви починали цю вправу [48].

Медитація майндфулнес та її практики є найбільш дослідженими техніками для регуляції стресу. У 1970-х роках Джон Кабат-Зінн, почесний професор Медичної школи Університету Массачусетса та довічний студент медитації, «переклав» методи усвідомленості майндфулнес з різних духовних джерел у світську та науково обґрунтовану 8-тижневу програму зняття стресу на основі майндфулнес (MBSR). З тих пір ця програма допомогла багатьом пацієнтам впоратися зі стресом, болем і різними психічними захворюваннями та почати почуватися краще і стабільніше. Його дослідження та дослідження інших учених, а також досвід тих, хто пройшов цю програму, підтверджують дані твердження [48].

В основі навчання усвідомленості майндфулнес, включаючи медитацію, лежать усі практики, які допомагають привернути увагу до теперішнього моменту. Звертаючи увагу на те, що відбувається тут і зараз, легше позбутися настирливих думок про речі, які були не такими у минулому, і про страшні речі, які можуть статися в найближчому майбутньому. Бути в теперішньому даному моменті приносить якість усвідомлення того, ким ви є зараз і що ви відчуваєте в цей момент. Це дає вам можливість зрозуміти власні потреби та робить вас більш чутливими до того, що ви дійсно хочете зробити зараз. Окрім довгострокової програми навчального курсу MBSR, розробленою Джоном Кабат-Зінном, можна зробити наступну практичну вправу на стабілізацію психічного стану та зниження рівня стресу, яка називається «Спостереження за диханням:

- сядьте прямо, але зручно, можна спертися об спинку стільця;
- руки лежать на колінах, очі закриті;
- зверніть увагу на те, що ви відчуваєте у моменті;

- зверніть увагу на свої ніздрі та спостерігайте, як входить і виходить повітря;
- не потрібно змінювати темп дихання, просто зверніть увагу на те, як ви вдихаєте та видихаєте повітря;
- все, що треба робите, це стежити за власним диханням;
- щоразу, коли ви помічаєте, що вас відволікають думки чи почуття, ви м'яко повертаєте вашу увагу на свої ніздрі.

Відволікатися під час практики є нормальним процесом, кожен раз потрібно повернути увагу на ніздрі, коли це стається, навіть якщо доведеться робити це кожні 15 секунд. Можна почати практикувати цю техніку з 3-5 хвилин та повільно розширювати на довший період часу [48].

Хоча медитації усвідомленості майндфулнес належать до категорії технік медитації поточного моменту, існують інші види медитацій, якими можна скористатися для зниження рівня стресу. З метою ознайомлення та розуміння можна поділити ці техніки на три категорії. Трансцендентальні медитації, такі як ведичні медитації, спрямовані менше на перебування тут і зараз, а більше на досягнення трансцендентного стану розуму та усвідомлення зв'язку між усіма подіями. Такі техніки медитації також часто сприймаються як ефективний спосіб зменшити стрес [48].

Медитації візуалізації часто використовуються, щоб допомогти людям впоратися з важким досвідом або впоратися з важкими періодами з дитинства. Інші техніки візуалізації використовуються, наприклад, спортсменами перед змаганнями або хірургами перед операцією, щоб підготуватися до складних ситуацій і зменшити стрес, коли очікується від особи очікується високий рівень продуктивності.

Медитація любові й доброти також відноситься до категорії візуалізації, і ця техніка культивує (самоспівчуття та, як правило, допомагає медитаторам справлятися зі стресом, пов'язаним із взаємодією з іншими та суспільством.

Більшість людей не вміють підтримувати дисципліну, особливо коли йдеться про психічне та фізичне здоров'я. Тож обов'язково потрібно віднайти час для того, щоб дослідити, що можуть зробити техніки глибокого дихання, майндфулнес і деякі техніки медитації.

Після того, як особа розуміє як використовувати медитацію, практики майндфулнес або будь-який інший інструмент з регуляції стресу, який в основному допомагає зменшити стрес, існують певні застереження. У жінок в умовах війни стресори навряд чи зникнуть. Тиск часу, завдань, невизначеності та складних умов триватимуть і надалі. Це означає, що окрім того, як навчитися готуватися до стресу та справлятися. Встановлення здорових меж на роботі і в повсякденному житті та підтримання здорового балансу між роботою, вільним часом та особистим життям залишається важливим аспектом, особливо зараз, коли жінки стають більш чутливими до власних реакцій на стрес.

Проте використання системи вправ з боротьби зі стресом допомагає краще усвідомлювати те, про що особа думає, відчуває і що переживає. Це збільшує здатність вживати заходів вчасно і зосереджуватися на самообслуговуванні своїх емоцій у моменті замість того, щоб доводити себе до межі нервового зриву.

Висновки до розділу 3

Задля розуміння основ регуляції стресу та впровадження системи психологічних вправ для гармонізації психічного стану жінок в умовах війни основну увагу було приділено механізмам практичного подолання стресу, які можуть підтримати в складних стресових ситуаціях. А саме за основу взято інструменти та вправи з медитаційних практик та майндфулнес, когнітивно-поведінкових практик, елементів з технік глибокого дихання та інших тілесних прктик, які ефективно стабілізують ментальний стан,

допомагають зменшити напругу в тілі, знизити стрес та позбутися нав'язливих думок.

У цьому розділі практики медитації та майндфулнес пропонуються як основний засіб боротьби зі стресом і загрозливим вигоранням, цей розділ включає практичні та прості у виконанні медитативні вправи, які підходять жінкам в умовах війни навчитися допомагати собі у стресових ситуаціях, бути краще підготовленими до повсякденного стресу та ефективно справлятися з ним.

У цьому розділі було розроблено програму стабілізації рівня стресу на основі розуміння тіла як ресурсу регуляції стресових реакцій, та визначено, що при розгляданні сигналів свого тіла та задовільненні його потреб та запитів воно може використовуватися як активний ресурс та допоміжний фактор підтримування енергетичного та життєвого балансу.

Також було запропоновано використання фізичних вправ, технік релаксації, тайм-менеджменту, нормалізації режиму сну та харчування, а також реалізації практик життєстійкості задля подолання стресу та гармонізації психічного стану. Система вправ для ефективної боротьби зі стресом також включає зайняття творчістю, вправи на нормалізацію дихання, контроль думок, перенаправлення уваги та заземлення.

ВИСНОВКИ

З метою дослідження чинників, які впливають на індивідуально-психологічні стресові реакції у жінок в умовах війни, у відповідності до предмету, мети та завдань роботи, що були поставлені на початку дослідження, було проведено теоретико – методологічний аналіз задля з'ясування особливостей виникнення стресових реакцій, і визначено індивідуально-психологічні фактори, які впливають на рівень сприйняття стресу. Аналіз отриманих результатів дає змогу сформулювати наступні висновки дослідження.

Результати теоретичного аналізу свідчать про те, що стрес можна визначити як широкий психологічний процес, який характеризується фізіологічними, психоемоційними та когнітивними реакціями людини на складні чи загрозливі ситуації. Стресори суттєво впливають на самопочуття, настрої та загальний стан здоров'я. У молодому віці реакція на гострий стрес є адаптивною і частіше не призводить до наслідків для здоров'я. Однак якщо загроза зберігається, довгостроковий вплив стресора може завдати шкоди здоров'ю. Хоча стрес вважається нормальною характеристикою людського існування у сучасному світі, якщо стрес стає безперервним та зростаючим, більшість людей демонструють проблемні ознаки та симптоми, які можуть бути загрозливими для власного здоров'я і навіть для здоров'я оточуючих.

Стрес може бути зовнішнім з походженням з навколишнього середовища або спричиненим внутрішніми концепціями індивіда. Остання форма, у свою чергу, може викликати тривогу або інші негативні емоції та почуття, такі як напруга, біль, відчуття печалі тощо, що призводить до важких психічних розладів, таких як посттравматичний стресовий розлад.

Стрес є складовою воєнного часу, стресові реакції в умовах війни мають негативний вплив на психічне здоров'я та самопочуття жінок, які піддаються інтенсивним стресовим факторам. Теоретичний аналіз також демонструє те, що стресові реакції жінок в умовах війни є результатом

поєднання психологічних, біологічних і соціальних факторів та характеризуються вищим рівнем інтенсивності, до того ж жінки частіше страждають від станів тривоги та депресії, але водночас мають кращу здатність до подолання труднощів та адаптації до різних умов життя.

Проведене дослідження індивідуально-психологічних особливостей стресових реакцій жінок в умовах війни за допомогою комплексу ефективного психодіагностичного інструментарію: «Самооцінка станів тривожності, фрустрації, агресивності та ригідності» (адаптований варіант методики Г. Айзенка), «Шкала позитивного ментального здоров'я» (PMH-Scale) та опитувальник «Стабільність психічного здоров'я – коротка форма» (MHC-SF). Вибірку склали 158 осіб, з них 141 жінка і 17 чоловіків, далі в аналізі результатів дослідження було оцінено саме групу жінок по наступним віковим групам: 18 - 35 років, 31 - 45 років та від 46 років.

Хоч вікові групи між собою часто не відрізняються статистично значимо, але загальний рівень стресу і реакцій на стрес по дослідженим методикам показує низький рівень ментального здоров'я, часто високий рівень фрустрації, тривожності та ригідності. Для вікових груп виявляються особливості в самооцінці стану агресивності для груп 18-30 років та від 46 років. Група 18-30 років в середньому показує вищий бал показника агресивності. За статусом статистично значиму різницю показують групи жінок з наявністю дітей, вони часто мають вищі середні бали в шкалі методики «Стабільність психічного здоров'я – коротка форма».

Для оцінки групи жінок за наявністю партнера-військовослужбовця вибірка не була достатньою, саме тому статистичні методи не показали статистичної відмінності. Проте кількісна оцінка на такій вибірці показала значно більшу долю жінок з низьким рівнем позитивного ментального здоров'я, які мають партнера-військовослужбовця.

Порівнюючи відповіді жінок в досліджуваних методиках наблюдається позитивна і сильна кореляція стану фрустрації зі станом тривожності і

станом ригідності, проте у станів ригідності і тривожності сильної кореляції не відзначається.

Практики медитації та майндфулнес запропоновані в якості основних засобів боротьби зі стресом, а також були включені ефективні практичні вправи, що підходять жінкам в умовах війни задля формування навичку самопомоги у стресових ситуаціях та легше реагувати і самостійно справлятися з повсякденним стресом .

Також було розроблено програму стабілізації рівня стресу на основі розуміння тіла як ресурсу задля регуляції стресових реакцій, яка включає 3 заняття по 2 години кожне загальною тривалістю 6 годин з кількістю учасників в групі 5-7 осіб і складається з вправ, міні-лекцій, практик майндфулнес, зворотнього зв'язку, та визначено, що виявлення сигналів свого тіла та задовільнення його потреб та запитів допомагає використовувати його як активний ресурс у підтримці енергетичного та життєвого балансу, а також активного зниження рівня стресу.

До того ж було запропоновано наступні вправи для стабілізації рівню стресу, а саме використання фізичних вправ, технік релаксації, основ тайм-менеджменту, нормалізації режиму сну та правильного харчування, а також реалізації в життя практик життєстійкості задля подолання стресу та гармонізації і стабілізації психічного стану. Комплекс вправ задля ефективної боротьби зі стресом складається з занять творчістю, вправ на нормалізацію дихання, контроль думок, перенаправлення уваги та заземлення.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Агаєв Н. А., Кокун О. М., Пішко І. О., Лозінська Н. С., Остапчук В. В., Ткаченко В. В. Збірник методик для діагностики негативних психічних станів військовослужбовців: Методичний посібник. Київ : НДЦ ГП ЗСУ, 2016. 234 с.
2. Бамбурак Н. М., Гуцман М. С. Динаміка суб'єктивного проживання стресу. Науковий вісник Львівського державного університету внутрішніх справ. Серія психологічна. 2017. Вип. 1. С. 143-151.
3. Березовська Л. І. Психологічне благополуччя та задоволеність життям: емпіричний ракурс. Вісник Національного університету оборони України. 2019. С. 24-29.
4. Бех І. Д. Особистість народжується в сім'ї. Початкова школа. 2019. Вип. 2. С. 23–25.
5. Блозва П. Можливості КПТ низької інтенсивності в розгортанні психологічних ресурсів особи: на прикладі роботи із тривожними проявами у часи пандемії. Психосоціальні ресурси особистісного та соціального розвитку в епоху глобалізації: матеріали міжнародної науково-практичної конференції. Тернопіль : ЗУНУ, 2022. Т. 2. С. 148-152.
6. Васютинський В. О. Індивідуальні і колективні стратегії адаптації мешканців міських громад до життя в період воєнного конфлікту. Київ : Міленіум, 2017. Вип. 5 (19). С. 43-52.
7. Вахоцька І. О., Шестопалова М. В. Загальнометодологічні та організаційно-методичні підходи до розробки тренінгу із розвитку стресостійкості в учасників бойових дій. Вісник Національного університету оборони України. 2020. Вип. 1. С. 51-57.
8. Власова О. І., Ващенко І. В., Данилюк І. В., Щербина В. Л. Досвід міждисциплінарного дослідження розвитку цілісної особистості в

- контексті соціальних змін. Психологія і особистість. 2016. № 2(1). С. 116–127.
9. Володарська Н. Д. Почуття благополуччя у контексті психології цінностей особистості. Актуальні проблеми психології: зб. наук. праць Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України. Том VI: Психологія обдарованості, 2019. С. 145–155.
 10. Герман Д. Психологічна травма та шляхи до видужання: наслідки насильства – від знущань у сім'ї до політичного терору. Львів : Вид-во Старого Лева, 2015. С. 416.
 11. Горбенко Ю. Л., Горбенко А. Ю. Інформаційно-психологічні та ментальні чинники російсько-українського протистояння. Вісник Національного університету оборони України, 2015. № 1 (44). С. 50-57.
 12. Горностая П. П., Титаренко Т. М., Психологія особистості. Словник-довідник Київ, 2018. С. 320.
 13. Дорош О. І. Стресостійкість персоналу в системі вітчизняного публічного менеджменту: чинники та особливості. Теорія та практика державного управління. 2019. Вип. 1. С. 187-194.
 14. Животовська Л. В., Бойко Д. І., Сокіл А. А., Погорілко О. В., Волошин В. А. Сучасні підходи до фармакотерапії посттравматичного стресового розладу. Вісник проблем біології і медицини. 2019. Вип. 2(2). С. 38-44.
 15. Карамушка Л., Терещенко К., Креденцер О. Адаптація на українській вибірці методик «The Modified BBC Subjective Well-being Scale (BBC-SWB)» та «Positive Mental Health Scale (PMH-scale)» // Організаційна психологія. Економічна психологія. 2022. № 3–4 (27). С. 1–30.
 16. Карамушка Л., Терещенко К., Креденцер О., Методики дослідження психічного здоров'я та благополуччя персоналу організацій : психологічний практикум. Київ : Інститут психології імені Г. С. Костюка НАПН України, 2023. С. 76.

- 17.Кудінова М. С. Теоретичні підходи до визначення сутності поняття "стресостійкість". Молодий вчений. 2019. № 3(1). С. 137-143.
- 18.Кравцов Д. Р. Поняття стресу та психологічної стійкості в межах різних теоретичних підходів. Габітус. 2020. Вип. 18(1). С. 112-116.
- 19.Каркгіна Н. В. Основні підходи до вивчення психологічного благополуччя: теоретичний аспект. Наука і освіта. 2015. № 3. С. 48–55.
- 20.Когут О. О. Матриця розвитку стресостійкості особистості. Наукові записки Національного університету «Острозька академія». Серія «Психологія». Острог : Видавництво НУОА, 2021. Вип. 12. С. 108–113.
- 21.Когут О. О. Обґрунтування розробки програми тренінгу з розвитку стресостійкості для працівників правоохоронної системи. Правовий часопис Донбасу. 2017. № 2. С. 177-184.
- 22.Кудінова М. С. Порівняльний аналіз понять "стресостійкість" та "емоційна стійкість". Теорія і практика сучасної психології. 2016. № 1. С. 22-28.
- 23.Кучманич І. М. Психологічний механізм виникнення та перебігу психологічної травми в особистості. Проблеми сучасної психології. 2017. Вип. 36. С. 146-159.
- 24.Кравцов Д. Р. Поняття стресу та психологічної стійкості в межах різних теоретичних підходів. Габітус. 2020. Вип. 18(1). С. 112-116.
- 25.Лазос Г. П. Резильєнтність: концептуалізація понять, огляд сучасних досліджень. Актуальні проблеми психології. Т. III: Консультативна психологія і психотерапія : Збірник наукових праць Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України / За ред. Максименка С. Д. Київ : Логос, 2018. Консультативна психологія і психотерапія. Вип. 14. С. 26–63.
- 26.Максимова В. Н. Зрілість як акмеологічний критерій розвитку людини. Світ психології. 2020. С. 239–245.
- 27.Міщиха Л. П., Кравченко В. Ю. Особливості психологічного благополуччя жінки у період середньої дорослості. Науковий вісник

- Ужгородського національного університету. Сер. Психологія. 2022. (2). С. 20–24.
28. Овсянецька Л. П. До питання про психологічні критерії зрілої особистості // Актуальні проблеми психології. 2017. Т. 1 : Соціальна психологія. Психологія управління. Організаційна психологія. Ч. 2. С. 105–110.
29. Овчаренко О., Ю., Психологія стресу та стресових розладів : навч. посіб. Київ : Університет «Україна», 2023. С. 266.
30. Романюк В.Л., Воробйов А., Галабурда О. Активний відпочинок та фізичне і психічне здоров'я людини / Вітчизняна наука на зламі епох: проблеми та перспективи розвитку : зб. наук. праць. Переяслав, 2020. Вип. 66. С. 15–18.
31. Романюк В. Л. Стресореактивність і стресостійкість та психічне здоров'я особистості. Наукові записки Національного університету "Острозька академія". Серія : Психологія. 2022. Вип. 14. С. 9-15.
32. Сердюк Л. З. Структура та функція психологічного благополуччя особистості / Актуальні проблеми психології : зб. наук. пр. Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України. 2017. Т. V : Психофізіологія. Психологія праці. Експериментальна психологія. Вип. 17. С. 124–133.
33. Сердюк. Л.З., Самодетермінація психологічного благополуччя особистості : монографія. Київ – Львів : Видавець Вікторія Кундельська, 2021. С. 236.
34. Семигіна Т., Павленко І. Охорона психічного здоров'я в умовах війни. пер. з англ.. Київ : Наш формат, 2017. Т. 1. С. 579.
35. Сіренко Т., Кухарук О., Фроленкова О. Посібник з управління стресом та самопомоги під час бойових дій та у післявоєнний період, спрямований на медичних працівників. 2023. С. 69.
36. Статистична інформація. Державна служба статистики України. URL: <http://www.ukrstat.gov.ua/>

- 37.Титаренко. Т. М Психологічна допомога особистості в складних обставинах життєдіяльності : зб. тез доп. всеукр. наук.-практ. семінару «Психологічна допомога особистості в складних обставинах життєдіяльності» Чернівці : ЧНУ ім. Ю. Федьковича, 2018. С. 154.
- 38.Титаренко Т. М. Психологічне здоров'я особистості: засоби самопомоги в умовах тривалої травматизації : монографія / Нац. академія пед. наук України, Ін-т соціал. та політ. психології. – Кропивницький : Імекс-ЛТД, 2018. С. 160.
- 39.Титаренко Т.М Ракурси психологічного благополуччя особистості: збірник тез доповідей всеукраїнського науково-практичного семінару «Ракурси психологічного благополуччя особистості». Ніжин : НДУ ім. М. Гоголя, 2017. С 177.
- 40.Титаренко Т. М. Особистість перед викликами війни: психологічні наслідки травматизації / Проблеми політичної психології. 2017. Вип. 5 (19). С. 3–10.
- 41.Титаренко Т. М., Дворник М. С., Климчук С. С. Соціально-психологічні технології відновлення особистості після травматичних подій. Кропивницький : Імекс-ЛТД, 2019. С. 168.
- 42.Чала Ю. М., Шахрайчук А. М. Психодіагностика : навчальний посібник. – Харків : НТУ «ХП», 2018. С. 246.
- 43.Чиханцова О. А. Зв'язок життєстійкості та психологічного благополуччя особистості / Психологічні координати розвитку особистості: реалії та перспективи : зб. наук. матер. IV міжн. наук. конференц. Полтава : ПНУ, 2018. С. 185–187.
- 44.Швалба Ю. М. Благополуччя особистості як мета психологічних і соціальних практик: матеріали всеукраїнського науково-практичного семінару. Київ : Інститут психології імені Г.С. Костюка НАПН України, 2019. С 54.
- 45.Юр'єва Н. В. Використання тренінгу "Мотиваційні ресурси життєстійкості" для підвищення рівня стресостійкості

- військовослужбовців Національної Гвардії України / Проблеми екстремальної та кризової психології. 2015. Вип. 17. С. 319–329.
46. Aguilar-Raab, C., Stoffel, M., Hernández, C., Rahn, S., Moessner, M., Steinhilber, B., et al. Effects of a mindfulness-based intervention on mindfulness, stress, salivary alpha-amylase, and cortisol in everyday life. *Psychophysiology*, 2021, Vol. 58, No. 12, Article e13937.
47. Akil, H., Gordon, J., Hen, R., Javitch, J., Mayberg, H., McEwen, B., Meaney, M.J., Nestler, E.J. Treatment resistant depression: a multi-scale, systems biology approach. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 2018, Vol. 84, pp. 272–288.
48. Bakker, F.E. Meditation as a self-care routine to prepare for and cope with stress. *Perspective Chapter*, 2024, pp. 20.
49. Balestroni, G., Bertolotti, G. EuroQol-5D (EQ-5D): An instrument for measuring quality of life. *Monaldi Archives for Chest Disease*, 2015, Vol. 78, No. 3. DOI: 10.4081/monaldi.2012. pp. 121.
50. Bayes, A., Tavella, G., Parker, G. The biology of burnout: Causes and consequences. *The World Journal of Biological Psychiatry*, 2021, Vol. 22, No. 9, pp. 686–698.
51. Blair, C., Raver, C.C. Poverty, stress, and brain development: New directions for prevention and intervention. *Academic Pediatrics*, 2016, Vol. 16, Suppl. 1, pp. 30–36.
52. Bryant, R.A. Post-traumatic stress disorder: a state-of-the-art review of evidence and challenges. *World Psychiatry*, 2019, Vol. 18, No. 3, pp. 259–269.
53. Channell-Justice, E., Khromeychuk, O., Martsenyuk, T., Zychowisz, J. Ukraine (nally) treats women's activism seriously. *The Ukrainian Quarterly*, 2021, Vol. 2, pp. 47–54.
54. Ea, Suzanne Akasha, Harrison, Sarah. The well-being guide: Reduce stress, recharge, and build inner resilience. *International Federation of Red Cross*

- and Red Crescent Societies Reference Centre for Psychosocial Support, 2022, pp. 20.
55. Egan, S.J., McEvoy, P., Wade, T.D., Ure, S., Johnson, A.R., Gill, C., et al. Unguided low intensity cognitive behaviour therapy for anxiety and depression during the COVID-19 pandemic: A randomised trial. *Behaviour Research and Therapy*, 2021, Vol. 144, Article 103902. DOI: 10.1016/j.brat.2021.103902.
 56. Fink, G. Stress: Concepts, definition, and history. In: Fink, G. (Ed.). *Stress: Concepts, cognition, emotion, and behavior*. Elsevier, 2017, pp. 3–11.
 57. Fink, G. 60 years of neuroendocrinology: MEMOIR: Harris' neuroendocrine revolution: of portal vessels and self-priming. *Journal of Endocrinology*, 2015, Vol. 226, pp. T13–T24. DOI: 10.1530/JOE-15-0130.
 58. Fox, K.C., Cahn, B.R. Meditation and the brain in health and disease. In: *The Oxford Handbook of Meditation*. Oxford: Oxford University Press, 2021, pp. 429–450.
 59. Godoy, L.D., Rossignoli, M.T., Delfino-Pereira, P., Garcia-Cairasco, N., Umeoka, E.H. A comprehensive overview on stress neurobiology: Basic concepts and clinical implications. *Frontiers in Behavioral Neuroscience*, 2018, Vol. 12. DOI: 10.3389/fnbeh.2018.00127.
 60. Gotink, R.A., Meijboom, R., Vernooij, M.W., Smits, M., Hunink, M.M. 8-week mindfulness-based stress reduction induces brain changes similar to traditional long-term meditation practice – A systematic review. *Brain and Cognition*, 2016, Vol. 108, pp. 32–41.
 61. Green, A.A., Kinchen, E.V. The effects of mindfulness meditation on stress and burnout in nurses. *Journal of Holistic Nursing*, 2021, Vol. 39, No. 4, pp. 356–368.
 62. Halbern, H., Gallagher, M., Kenny, D. Stress assessment and development of a primary care of psychology service. *New Psychologists*, 2014, Vol. 23, Issue 6, pp. 170–178.

63. Harorani, M., Davodabady, F., Masmouei, B., Barati, N. The effect of progressive muscle relaxation on anxiety and sleep quality in burn patients: A randomized clinical trial. *Burns*, 2020, Vol. 46, No. 5, pp. 1107–1113.
64. Hodes, G.E., Bangasser, D., Sotiropoulos, I., Kokras, N., Dalla, C. Sex differences in stress response: Classical mechanisms and beyond. 2023.
65. Im, S., Stavas, J., Lee, J., Mir, Z., Hazlett-Stevens, H., Caplovitz, G. Does mindfulness-based intervention improve cognitive function?: A meta-analysis of controlled studies. *Clinical Psychology Review*, 2021, Vol. 84, Article 101972.
66. Jain, F.A., Walsh, R.N., Eisendrath, S.J., Christensen, S., Rael Cahn, B. Critical analysis of the efficacy of meditation therapies for acute and subacute phase treatment
67. James, K.A., Stromin, J.I., Steenkamp, N., Combrinck, M.I. Understanding the relationships between physiological and psychosocial stress, cortisol, and cognition. *Frontiers in Endocrinology*, 2023, Vol. 14, Article 1085950.
68. Keating, S.T., El-Osta, A. Epigenetics and metabolism. *Circulation Research*, 2015, Vol. 116, pp. 715–736.
69. Kriakous, S.A., Elliott, K.A., Lamers, C., Owen, R. The effectiveness of mindfulness-based stress reduction on the psychological functioning of healthcare professionals: A systematic review. *Mindfulness*, 2021, Vol. 12, pp. 1–28.
70. Luberto, C.M., Shinday, N., Song, R., Philpotts, L.L., Park, E.R., Fricchione, G.L., et al. A systematic review and meta-analysis of the effects of meditation on empathy, compassion, and prosocial behaviors. *Mindfulness*, 2018, Vol. 9, pp. 708–724.
71. Lupe, S.E., Keefer, L., Szigethy, E. Gaining resilience and reducing stress in the age of COVID-19. *Current Opinion in Gastroenterology*, 2020, Vol. 36, No. 4, pp. 295–303.
72. Martsenyuk, T. Women’s participation in defending Ukraine in Russia’s war. *Global Cooperation Research - A Quarterly Magazine*, 2022. pp 23-48

73. Martsenyuk, T., Troian, I. Gender role scenarios of women's participation in Euromaidan protests in Ukraine. In: Resende, E., Budrytė, D., Buhari-Gulmez, D. (Eds.). *Crisis and change in post-Cold War global politics: Ukraine in a comparative perspective*. Basingstoke: Palgrave Macmillan, 2018, pp. 129–153.
74. Martsenyuk, T., Grytsenko, G., Kvit, A. The “Invisible Battalion”: Women in ATO military operations. *Kyiv-Mohyla Law and Politics Journal*, 2016, Vol. 2, pp. 171–187.
75. Martsenyuk, T. Gender and revolution in Ukraine: Women's participation in Euromaidan protests of 2013–2014. *Perspectives on Europe*, 2014, Vol. 44, No. 2, pp. 15–22.
76. Marques, A.H., Bjørke-Monsen, A.L., Teixeira, A.L., Silverman, M.N. Maternal stress, nutrition and physical activity: Impact on immune function, CNS development and psychopathology. *Brain Research*, 2015, Vol. 1617, pp. 28–46.
77. McEwen, C.A., McEwen, B.S. Social structure, adversity, toxic stress, and intergenerational poverty: an early childhood model. *Annual Review of Sociology*, 2017, Vol. 43, pp. 445–472.
78. McEwen, B.S., McEwen, C.A. Social, psychological, and physiological reactions to stress. 2015. pp 112-145.
79. Morton, M.L., Helminen, E.C., Felver, J.C. A systematic review of mindfulness interventions on psychophysiological responses to acute stress. *Mindfulness*, 2020, Vol. 11, pp. 2039–2054.
80. Nasca, C., Watson-Lin, K., Bigio, B., Robakis, T.K., Myoraku, A., Wroolie, T.E., McEwen, B.S., Rasgon, N. Childhood trauma and insulin resistance in patients suffering from depressive disorders. *Experimental Neurology*, 2019, Vol. 315, pp. 15–20.
81. Ott-Holland, C.J., Huang, J.L., Ryan, A.M., Elizondo, F., Wadlington, P. The effects of culture and gender on perceived self-other similarity in personality. *Journal of Research in Personality*, 2014, Vol. 53, pp. 13–21.

82. O'Connor, M. Dowry-related domestic violence and complex posttraumatic stress disorder: A case report. *Australasian Psychiatry*, 2017, Vol. 25, pp. 351–353.
83. Paunesku, D., Walton, G.M., Romero, C., Smith, E.N., Yeager, D.S., Dweck, C.S. Mind-set interventions are a scalable treatment for academic underachievement. *Psychological Science*, 2015, Vol. 26, No. 6, pp. 784–793. DOI: 10.1177/0956797615571017.
84. Rathore, M., Verma, M., Nirwan, M., Trivedi, S., Pai, V. Functional connectivity of prefrontal cortex in various meditation techniques – A mini-review. *International Journal of Yoga*, 2022, Vol. 15, No. 3, pp. 187–194.
85. Russell, G., Lightman, S. The human stress response. *Nature Reviews Endocrinology*, 2019, Vol. 15, No. 9, pp. 525–534.
86. Sadock, B., Sadock, V.A., Ruiz, P. Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry: Behavioral sciences/Clinical psychiatry. 11th Ed. Philadelphia, PA, USA: Lippincott Williams and Wilkins, 2014.
87. Senanayake, B., Wickramasinghe, S.I., Edirippulige, S., Arambepola, C. Stress and its social determinants – A qualitative study reflecting the perceptions of a select small group of the public in Sri Lanka. 2020.
88. Shamsavarani, A.M., Marz Abadi, E.A., Kalkhoran, M.H. Stress: Facts and theories through literature review. *International Journal of Medical Reviews*, 2015, Vol. 2, Issue 2, pp. 230–241.
89. Tabibnia, G., Radecki, D. Resilience training that can change the brain. *Consulting Psychology Journal: Practice and Research*, 2018, Vol. 70, No. 1, pp. 59–70.
90. Ukraine CEDAW. 9th periodic report submitted by Ukraine under Article 18 of the Convention. URL: <https://digitallibrary.un.org/record/3958884>.
91. UN Women, CARE International. Rapid gender analysis of Ukraine. URL: <https://www.unwomen.org/sites/default/files/2022-05/Rapid-Gender-Analysis-of-Ukraine-en.pdf>.

92. Wahane, A., Geetanjali, G. Exploring effective strategies for stress management: Enhancing mental well-being through mindfulness, CBT, exercise, and relaxation techniques. *Bulletin of Indonesian Economic Studies*, 2023, pp 34-45.
93. Walton, G.M. The new science of wise psychological interventions. *Current Directions in Psychological Science*, 2014, Vol. 23, No. 1, pp. 73–82. DOI: 10.1177/0963721413512856.
94. Whitfield, T., Barnhofer, T., Acabchuk, R., Cohen, A., Lee, M., Schlosser, M., et al. The effect of mindfulness-based programs on cognitive function in adults: A systematic review and meta-analysis. *Neuropsychology Review*, 2022, Vol. 32, No. 3, pp. 677–702.
95. Women and war. Women & armed conflicts and the issue of sexual violence. Colloquium ICRC – EUISS, 2014. URL: https://www.icrc.org/sites/default/files/document/file_list/icrc_report_women_and_war.pdf.
96. Zhang, L. Gender differences and the moderating role of stress mindset in stressful life events and well-being. *Advances in Social Science, Education and Humanities Research*, 2021, Vol. 631. Proceedings of the 2021 International Conference on Social Development and Media Communication (SDMC 2021).

ДОДАТКИ

Додаток А

Google-форма опитувальника. URL:

https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSdIYbh7xaCeofzy3pkvS7jBBOlscYFbdEU8XSzB09E_Wazdg/viewform?usp=sf_link

**Зміст програми стабілізації рівня стресу на основі розуміння тіла
як ресурсу у регуляції стресових реакцій жінок**

Структура програми:

- тривалість: 3 заняття по 2 години на кожне;
- частота занять: 1 раз на місяць;
- загальна тривалість: 6 годин;
- кількість учасників: 5-7 осіб;
- методи роботи: вправи, міні-лекції, техніки медитації, майндфулнес та релаксації.

Зайняття 1: контакт з тілом

Нумерація	Зміст	Тривалість
1	Вступна промова	15 хв
2	Вправа «Що я зараз відчуваю?»	10 хв
3	Міні-лекція «Розуміння тіла як ресурсу»	40 хв
4	Практика майндфулнес на сканування власного тіла	10 хв
5	Вправа «глибоке дихання»	20 хв
6	Зворотній зв'язок «Завершальна промова»	25 хв
Разом		2 години

Наступне заняття номер 2 відбувається через місяць задля засвоєння результатів та практичного використання вправ.

Зайняття 2: Встановлення кордонів та управління власною енергією

Нумерація	Зміст	Тривалість
1	Вступна промова	10 хв
2	Вправа «Балансування енергії»	20 хв
3	Міні-лекція «Встановлення кордонів»	30 хв
4	Практика медитації на управління власною енергією	30 хв
5	Вправа «Сигнали тіла»	15 хв
6	Зворотній зв'язок «Завершальна промова»	15 хв
Разом		2 години

Наступне зайняття номер 3 відбувається через місяць задля засвоєння результатів та практичного використання вправ.

Зайняття 3: Зміцнення психічного балансу

Нумерація	Зміст	Тривалість
1	Вступна промова	10 хв
2	Вправа «Режим дня і харчування»	20 хв
3	Міні-лекція «Взаємозв'язок фізичної активності і стресу»	30 хв
4	Практика релаксації «Його задля зменшення напруги»	40 хв
5	Вправа «Що я знаю про своє тіло»	10 хв
6	Зворотній зв'язок «Завершальна промова»	10 хв
Разом		2 години