

Київський національний університет імені Тараса Шевченка

Факультет психології

Кафедра психодіагностики та клінічної психології

**ПСИХОЛОГІЧНИЙ СТРЕС УКРАЇНЦІВ В УМОВАХ
ПОВНОМАСШТАБНОГО ВТОРГНЕННЯ РОСІЇ**

Кваліфікаційна робота

Студентки 2 року ОР Магістр
(спеціальність 053 «Психологія»,
освітня програма «Клінічна психологія з
основами психотерапії»)

Козловської Олександрі Євгенівни

Науковий керівник:

доктор психологічних наук, завідувач
кафедри психодіагностики та клінічної
психології

Крупельницька Людмила Францівна

Роботу рекомендовано до захисту на ЕК №2

Протокол №_____ від_____ року

Завідувач кафедри психодіагностики та клінічної психології

_____ **Людмила КРУПЕЛЬНИЦЬКА**

Київ – 2023

ЗМІСТ

ВСТУП.....	4
РОЗДІЛ 1 ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ПРОБЛЕМИ ВПЛИВУ ВІЙНИ НА ОСОБИСТІТЬ.....	8
1.1. Вплив військових подій на психічне здоров'я людини	8
1.2. Психологічний стрес в умовах війни та види стресорів	16
1.3. Особливості прояву психологічного стресу українців під час україно- російської війни.....	23
Висновки до розділу 1	27
РОЗДІЛ 2 ОРГАНІЗАЦІЯ ТА ПРОВЕДЕННЯ ДОСЛІДЖЕННЯ	28
2.1. Концептуальна модель дослідження психологічного стресу українців, що постраждали через повномасштабне вторгнення Росії.....	29
2.2. Вибір та обґрунтування методик дослідження	32
2.3. Опис вибірки та процедури дослідження	40
Висновки до розділу 2	46
РОЗДІЛ 3 АНАЛІЗ РЕЗУЛЬТАТІВ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНОГО СТРЕСУ УКРАЇНЦІВ В УМОВАХ ПОВНОМАСШТАБНОГО ВТОРГНЕННЯ.....	47
3.1. Переклад та адаптація використовуваних у дослідженні шкал	47
3.2. Особливості прояву психологічного стресу у осіб, що перебувають за кордоном, та тих, залишається на території України.....	52
3.3. Зв'язок стресу з іншими психологічними феноменами.....	65
Висновки до розділу 3	74
ВИСНОВКИ	77
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	81

ДОДАТКИ..... 88

ВСТУП

Актуальність проблеми. Вплив травматичних подій не є рідкісним явищем, що постійно підтверджується епідеміологічними дослідженнями. Люди, які постраждали від війни, мають високий ризик ускладнень психічного здоров'я, включаючи посттравматичний розлад (ПТСР), тривогу та депресію.

Травма визначається як вплив фактичної або загрози смерті, серйозного насильства/травми, катастрофи, фактичного або загрози сексуального насильства через безпосередній досвід, свідчення або отримання інформації про подію. Приблизно 70% загального населення зазнали травми. Для біженців (осіб, які були змушені покинути свою країну через переслідування, війну або насильство) повторний вплив травми громадянської війни та стресу вимушеної міграції є звичайним явищем.

Різні наслідки війни, такі як пошкодження майна або інших цінних активів, смерть близької людини, переміщення сім'ї, розлука з близькими, недостатня психологічна готовність до катастрофи, відсутність соціальної підтримки та негативні навички подолання труднощів, можуть впливати на психічне здоров'я особистостей.

Емоційна нестабільність, стресові реакції, тривога, травма та інші психологічні симптоми часто спостерігаються після катастрофи та іншого травматичного досвіду. Ці психологічні ефекти мають величезний вплив на постраждалих людей.

Нещодавній метааналіз дорослих, які пережили війну з 1989 по 2019 рік, показав, що глобальна точкова поширеність ПТСР становить 26,5%. (Thanos Karatzias, 2023) Це свідчить про те, що рівень ПТСР значно вищий серед постраждалих від війни груп населення, ніж серед населення, не зачепленого війною, де рівень поширеності, як правило, становить близько 10% або менше. Крім того, дослідження українців, які були внутрішньо переміщені внаслідок вторгнення Росії на південь і схід країни у 2016 році, показало, що 21,0% з них відповідають діагностичним критеріям ПТСР або комплексного

посттравматичного стресового розладу (КПТСР), як це визначено одинадцятю версією Міжнародної класифікації хвороб (МКХ-11).

У сучасній психологічній літературі важливе місце посідає дослідження впливу війни на особистість (Kloos H.1993, Sidel V. 2007, Chaaya C.2022, Karatzias T. 2023). Теоретичні та прикладні роботи відображені як у зарубіжних так і у вітчизняних роботах психологів (Abedi R. 2022, Sabes-Figuera R. 2012, Abanoub R. 2022, Vargova L. 2022, Дробов А. 2022, Марценковський Д. 2023, Крупельницька Л. 2023). Вважаємо, що варто звернути увагу європейського суспільства та наукового вітчизняного товариства на проблему дослідження психологічного стресу українці в умовах повномасштабного вторгнення Росії.

Мета дослідження – виявити особливості прояву психологічного стресу українці в умовах повномасштабного вторгнення Росії.

Відповідно до мети дослідження поставлені наступні завдання:

1. Проаналізувати підходи до вивчення впливу війни на особистість.
2. Визначити взаємозв'язки рівня стресу пов'язаного з війною, особистісних характеристик, депресії та тривоги.
3. Встановити вплив особистісних властивостей на рівень психологічного стресу українців в умовах повномасштабного вторгнення РФ.
4. Визначити особливості взаємозв'язку рівня стресу пов'язаного з війною, особистісних характеристик, депресії та тривоги.

Об'єкт дослідження: психологічний стрес

Предмет дослідження: психологічний стрес українці в умовах повномасштабного вторгнення Росії.

Методи дослідження. Для виконання поставлених завдань використовуються такі методики:

- *Теоретичні методи:* аналіз, синтез, порівняння та узагальнення наукових даних про психологічний стрес під час війни та його вплив на особистість.

- *Емпіричні методиками*: Тест велика п'ятірка BFI-10 (адаптація О.О. Сердюк, Б.О. Базима); Шкала оцінки генералізованого тривожного розладу (Generalized Anxiety Disorder Scale-7) Спітзера Р. та Вільямса Д.; Опитувальник стану здоров'я, депресивних симптомів (Patient Health Questionnaire – 9) Спітзера Р. та Вільямса Д.; Шкала стресу, пов'язаного з війною (War-related stress scale) Варгова Л. та Адамкович; Модифікована версія шкали посттравматичних симптомів (використовувався переклад Крупельницька Л. та ін.); Шкала впливу стресових подій (використовувався переклад Крупельницька Л. та ін).
- *Методи статистико–математичні*: методи описової статистики, U-критерій Манна Уїтні, критерії хі-квадрат та Фі-В Крамера, критерій Колмогорова-Смірнова, коефіцієнт альфа Кронбаха, кореляційний аналіз Спірмена, регресійний та факторний аналізи.

Наукова новизна роботи полягає у тому, що

вперше

- виявлено відмінності між стресорами та проявами травматичних симптомів у осіб, що хто виїхали за кордон та тих, хто залишився на території України;

розширено уявлення про

- особливості вияву психологічного стресу українців в умовах повномасштабного вторгнення Росії;

висунуто гіпотезу про

- позитивний вплив депресії та гіперзбудження на рівень стресу, негативний - на добросовісність та екстраверсію.

База дослідження. Дане дослідження проводилось у березні та квітні 2023 року серед українців, які переїхали за кордон, та тих, хто залишився на території України. Респонденти заповнювали гугл-форми та проходили методики онлайн. Загальна кількість респондентів – 200 осіб, українці за самовизначенням, віком від 18 років і старші, серед них 120 – знаходяться на території України та 80 - вимушено переїхали за кордон з початку війни.

Практичне значення дослідження полягає у тому, що матеріал дослідження може використовуватися при наданні психокорекційної, реабілітаційної та психосоціальної роботи з психологічним стресом українці в умовах повномасштабного вторгнення Росії.

Структура роботи. Робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків, загальних висновків, списку використаних джерел який містить 70 найменувань, з них 24 джерела – українською мову, а 56 – англійською, 13 додатків, 20 рисунків, 6 таблиць. Робота викладена на 75 сторінок тексту, загальний обсяг роботи 1002 сторінки.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ПРОБЛЕМИ ВПЛИВУ ВІЙНИ НА ОСОБИСТІТЬ

1. 1. Вплив військових подій на психічне здоров'я людини

Кіз (2012) стверджує, що психічне здоров'я - це поєднання емоційного (емоційне благополуччя - це усвідомлення благополуччя), соціального (соціальне благополуччя - це ефективне функціонування людини в суспільстві) та психологічного благополуччя (психологічне благополуччя - це ефективне функціонування особистості). Свамі (2010) описав здоровий психічний стан як ключ до досягнення людиною задоволення від життя. Згодом Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) визначила, що психічне здоров'я - це стан психічного благополуччя, який дозволяє людям справлятися зі стресами життя, реалізовувати свої здібності, добре вчитися і працювати, а також робити внесок у життя своєї громади. Це невід'ємний компонент здоров'я і благополуччя, який лежить в основі нашої індивідуальної та колективної здатності приймати рішення, будувати стосунки і формувати світ, в якому ми живемо. (ВООЗ)

Щоб зрозуміти теоретичне підґрунтя, що лежить в основі цих визначень оптимального психічного здоров'я, необхідно також визначити фактори ризику, пов'язані з поганим психічним здоров'ям. Фактори, які були визначені як такі, що мають значний ризик виникнення проблем з психічним здоров'ям у країнах, що розвиваються, є соціальними (наприклад, стиль виховання, конфлікти або суперечки між батьками, розлучення батьків, стосунки, бідність, безробіття, відсутність соціальної підтримки, відсутність освіти або дуже низький рівень освіти) та психологічними (наприклад, депресія) (ВООЗ, 2012 р.).

Психічне здоров'я - це більше, ніж відсутність психічних розладів. Воно існує в складному континуумі, який переживається по-різному від однієї людини до іншої, з різним ступенем труднощів і дистресу та потенційно дуже різними соціальними і клінічними наслідками.

Як військові, так і цивільні страждають від схожого набору розладів і психологічних наслідків, викликаних екстремальною травмою, включаючи ПТСР, депресію, тривогу, залежності, соматизацію з хронічним болем, дисоціацію, психосоціальні дисфункції, суїцидальну поведінку тощо. Військові конфлікти, терористичні акти та інформаційні війни, посилені технологічним розвитком засобів масової інформації, інтернету та соціальних мереж, посилюють загальне відчуття нестабільності та сприяють зростанню тривожності, охоплюючи все ширші контингенти в усьому світі. (Kleber, 2019)

Травматичні події пов'язані з конфронтацією з війною, насильством, катастрофами, раптовою втратою, серйозною хворобою та іншими приголомшливими і тривожними подіями. Відповідно до психіатричних класифікацій Міжнародної класифікації хвороб Всесвітньої організації охорони здоров'я (МКХ-11) та Діагностичного і статистичного посібника з психічних розладів, п'яте видання (DSM-5), травматична подія визначається як пережита смерть, загроза смерті, фактична або загроза серйозної травми, фактичне або загроза сексуального насильства. (APA, 2013)

Дослідження психологічного впливу збройного конфлікту традиційно зосереджуються на вивченні зв'язку між безпосереднім впливом війни і психічним здоров'ям. В основі цього фокусу лежить проста модель прямого впливу, що пояснює психологічний дистрес в умовах організованого насильства. У цій моделі, зображеній на рисунку 1.1., є пряма лінія зі стрілкою, що веде від впливу війни до психічного здоров'я, відображаючи прямий вплив, який, як вважається, має вплив на стан психічного здоров'я. (Miller, 2010)



Рис. 1.1. Модель прямого зв'язку між впливом війни та психічним здоров'ям (Miller, 2010)

Феноменологічно така подія може бути охарактеризована крайнім відчуттям безсилля, а також руйнуванням переконань і очікувань. Людина втрачає контроль над ситуацією і значною мірою стає жертвою обставин та/або інших людей (тобто злочинця). У роботі "Jenseits des Lustprinzips" (1920) Фройд вже ставив питання про те, що "суть травматичної ситуації - це переживання беспорядності, що виникає або ззовні, або зсередини". При цьому вона стикається з руйнуванням базових припущень. Самоочевидність власного життя зникає. Відчуття невразливості, уявлення про доброзичливість світу, ідея про те, що іншим людям можна довіряти, зруйновані. Зникли очевидні життєві визначеності. Уявлення про себе і навколишнє середовище більше не відповідають новій ситуації. За словами Яноффа-Бульмана, коли людина переживає травму її основні припущення руйнуються. (Janoff-Bulman, 1992)

Вплив травматичних подій не є рідкісним явищем, що постійно підтверджується епідеміологічними дослідженнями. Всесвітнє дослідження психічного здоров'я дорослих було проведене серед майже 70 000 учасників з 24 країн з різним економічним статусом - від низького до високого. (Kessler, 2017)

Ці дані вказують на те, що в певний період свого життя 70,4% респондентів пережили принаймні один тип травматичної події. Конкретні показники були такими: 14% пережили сексуальне насильство з боку інтимного партнера або сексуальне насильство, 34,3% - нещасні випадки або травми, 22,9% - фізичне насильство, 13,1% - події, пов'язані з війною, 34,1% -

несподівану або травматичну смерть близької людини, 35,7% - травми, що сталися з близькими (наприклад, важка хвороба дитини) (Kessler, 2017)

Загалом, не існує універсальної реакції на події, що викликають сильний стрес. Однак соматичні прояви, такі як головний біль, неспецифічні болі або дискомфорт у тулубі та кінцівках, запаморочення, слабкість і втома, займають центральне місце в суб'єктивному переживанні та спілкуванні про страждання, спричинені війною та її потрясіннями в усьому світі. (Akbulut-Yuksel, 2017)

Деякі дослідники розглядають соматичні симптоми як фізіологічні реакції, спричинені стресом. Інші наголошують на їхньому комунікативному елементі - це може бути єдиним доступним вираженням колективного страждання безправних і переслідуваних людей, позбавлених суспільного визнання і відшкодування. (Farhood, 1993)

Можливо, основний вплив війни на жертв полягає в тому, що вони стають свідками руйнування соціального світу, який уособлює їхню історію, ідентичність і життєві цінності. (Summerfield, 2000) Одним із прикладів є гватемальські майя, у яких лише протягом 1980-х років було вбито 70 000 цивільних осіб і знищено 440 сіл. Міфи та ідентичність майя пов'язані з землею та кукурудзою. Ті, хто вижив, відчують, що поранено їхнє колективне тіло, яке включає в себе мурах, дерева, домашніх тварин і предків, зібраних протягом багатьох поколінь. Для них спалення посівів армією було нападом не лише на їхні джерела їжі, але й на символ, який найбільш повно представляв їх як людей кукурудзи - це був геноцид. (Warrender, D, 2021) Насправді ж не існує соціально визначених способів оплакування втраченого способу життя. Айзенбрух використовує термін "культурна втрата" для опису камбоджійських біженців у США, які продовжують відчувати провину за те, що покинули батьківщину, і невиконані зобов'язання перед померлими.

Загалом, варто зазначити, що цивільне населення також страждає під час війни, але, на відміну від традиційних воєн минулого, в останніх війнах цивільні особи були головною мішенню насильства. У попередніх війнах 90% жертв становили військові, тоді як останнім часом 90% - цивільні. Це особливо

стосується втрат психічного здоров'я та довгострокових наслідків для психічного здоров'я.

Накопичені останнім часом дані з різних частин світу (Афганістан, Балкани і країни колишньої Югославії, Камбоджа, Ірак, Ізраїль, Ліван, Чечня, Палестина, Руанда, Шрі-Ланка, Сомалі, Уганда та інші) свідчать про важкі травми і неминучі розлади психічного здоров'я та психологічні наслідки у цивільних осіб. (El Vaba, 2018) У різних популяціях відсоток депресії коливався від 16% до 68%, а ПТСР - від 25% до 60%, іншими поширеними станами були тривожність, соматизація, зловживання алкоголем і наркотиками, різні ознаки функціональної неадаптивності та різноманітні психосоціальні порушення. (Farhood, 1993) Досить типова картина травми, пов'язаної з війною, у цивільних осіб (досвід Шрі-Ланки) виглядає наступним чином. Майже половина респондентів пережили від п'яти до дев'яти стресів, пов'язаних з війною, а чверть - понад десять (середній показник 6,66). Лише 6% не зазнали жодного. У 64% розвинулися психосоціальні наслідки, включаючи соматизацію (41%), посттравматичний стресовий розлад (27%), тривожний розлад (26%), глибоку депресію (25%), ворожість (19%), проблеми у стосунках (13%), зловживання алкоголем і наркотиками (15%) і функціональну інвалідність (18%). (Fava, 2012)

Військові конфлікти неминуче призводять до масової міграції цивільного населення, яке або намагається врятуватися від прямих бомбардувань і перестрілок всередині країни, або шукає кращих економічних і безпечних умов за кордоном. За оцінками на 2013 рік, понад 50 мільйонів людей у різних частинах світу були змушені тікати від війни, з них 33,3 мільйона - внутрішньо переміщені особи, 16,7 мільйона біженців по всьому світу і 1,2 мільйона шукачів притулку. (Irfan, 2016) Це пов'язано з різноманітними стресовими життєвими подіями, такими як втрата члена сім'ї, втрата домівки та притулку, голод, обмежений доступ до медичних ресурсів, тривога за майбутнє та багато інших. Хоча наслідки міграції можуть бути різними, мігранти та біженці часто опиняються в ситуації нижчого соціально-економічного статусу, частого

безробіття, культурних конфліктів, ворожості, неприйняття тощо. (Charlson, 2019)

Нещодавні дослідження повідомляють про поширеність депресії серед біженців від 3% до 80%, ПТСР - від 5% до 86%, а тривожного розладу - від 20% до 88%. (Таһап, 2021) Іншими частими наслідками є обсесивно-компульсивний розлад, соматизація і постійний біль, складний ПТСР, тривалі реакції горя, зловживання психоактивними речовинами, дисоціація і розлади харчової поведінки. Порушення психічного здоров'я у біженців є довготривалим і залежать від постміграційного соціально-економічного статусу. (Rozanov, 2019)

Більшість епідеміологічних досліджень психічних розладів у людей, які пережили війну, зосереджені на посттравматичному стресовому розладі (ПТСР) і депресії. Якщо їх не лікувати, і депресія, і ПТСР можуть стати хронічними і зробити значний внесок у глобальний тягар хвороб (Kessler, 2012). Крім того, коморбідні депресія та ПТСР характеризуються значно вищими рівнями психопатологічного дистресу, включаючи ризик суїциду, ніж кожен із цих станів окремо (Morina et al., 2013). Г

Наприклад, під час війни українська молодь постраждала від жорстокого поводження та насильства, а також втратила своїх найближчих друзів і членів родини. Це призвело до серйозних психологічних травм (Cai, 2022)

Дослідження психічного здоров'я, проведені Всесвітньою організацією охорони здоров'я (ВООЗ), показали, що відновлення після посттравматичного стресового розладу (ПТСР) під час війни відбувається повільно, а це означає, що проблеми з психічним здоров'ям серед української молоді можуть тривати ще довго, і для їх вирішення потрібні час і зусилля. Кумулятивний вплив війни на психічне здоров'я та переміщення призводить до того, що українська молодь схильна до більш серйозних наслідків для психічного здоров'я (Heckendorf, 2022)

Багато сучасних воєнних конфліктів часто пов'язані зі звірствами, тортурами, сексуальним насильством, позасудовими стратами, полонем. Жертви громадянських війн мають такі ж проблеми з психічним здоров'ям, як і

інші жертви війни, з високою поширеністю ПТСР, тривожності, розладів сну, психологічних порушень і параноїдальних ідей. Історичні приклади також свідчать про те, що реабілітація та подолання наслідків громадянських конфліктів і колективної травми, спричиненої ними, займає десятиліття. (Hagenaars, 2012) Має пройти кілька поколінь, перш ніж спогади про такі конфлікти можуть зникнути. (Hasanović, 2006)

Наслідки для психічного здоров'я є ще більш серйозними, якщо війни пов'язані з актами геноциду. Низка досліджень підтвердила, що жертви політичного насильства страждають від серйозних психологічних і психічних розладів, включаючи ПТСР, порушення сну, тривожний розлад, психічний дистрес і суїцидальну поведінку, ступінь тяжкості яких відображає рівень насильства. Каткування є потужним фактором, що зумовлює вищі показники розладів психічного здоров'я серед населення, яке зазнало впливу масових конфліктів з геноцидом. (Kashdan, 2009)

Цивільне населення, яке зазнає впливу війни іншого типу, через гендерний та віковий розподіл, який суттєво відрізняється від військового, може мати специфічні наслідки для психічного здоров'я. (Kluge, 2019) Добре відомо, що в подібних умовах жінки та діти піддаються більшому ризику виникнення психопатологій та розладів психічного здоров'я. (Morina, 2018)

Загалом, існуючі дослідження надають переконливі докази того, що цивільне населення, яке зазнало впливу воєнних стресів, спричинених різними типами конфліктів, включаючи громадянські або збройні конфлікти, геноцид, тортури та політичне насильство, або пов'язаних з міграцією, пошуком притулку та статусом біженця, має серйозні довготривалі негативні наслідки для психічного здоров'я. (Usher, 2020) Вони включають всі типові травматичні розлади та психологічні наслідки, часто у більш важкій формі, ніж у ветеранів війни, з більшою частотою і з більшою тенденцією до передачі від покоління до покоління.

Окрім того, також варто звернути увагу на те, що ЗМІ доволі частіше стають потужним джерелом стресу для широкої громадськості, що в

подальшому може вказувати на вторинну травматизацію. Дослідження показали, що телевізійні сюжети, пов'язані з подіями 11 вересня та війною в Іраку, передбачали збільшення кількості симптомів ПТСР через 2-3 роки після 11 вересня у загальній вибірці населення. Наслідки для психічного здоров'я здебільшого були притаманні вразливим особам з уже існуючими проблемами психічного здоров'я. (Silver, 2013)

Варто зазначити, що сучасні ЗМІ самі є джерелом тривоги, проблем зі сном і розладів психічного здоров'я. Наприклад, час, проведений перед екраном у дітей (Dempsey, 2014) і дорослих (Pfefferbaum, 2014), прогнозує вищий рівень депресії та тривоги. З іншого боку, висвітлення у ЗМІ катастроф, як у контексті тероризму, так і воєнних дій, пов'язане з такими наслідками, як ПТСР, посттравматичні стресові реакції, депресія, тривожність і вживання психоактивних речовин. У дітей негативні наслідки також були пов'язані з сімейним контекстом: нижчий соціально-економічний статус сім'ї, нижчий освітній рівень батьків, високий рівень батьківського стресу та погане подолання. В зоні ризику негативних наслідків висвітлення в ЗМІ масових розстрілів є жіноча стать. У деяких випадках, тривалий вплив ЗМІ (6 і більше годин на день), наприклад як під час ситуації з вибухами на Бостонському марафоні, спричинив навіть більший дистрес у віддаленого населення, ніж безпосередній вплив вибуху, тобто у мешканців Бостона. (Bürgin, 2022)

Однією з особливостей сучасної війни є те, що вона перетворилася на "війну в прямому ефірі". Все це створює нову реальність і додає інформаційній війні нової деструктивної якості. Такий розвиток подій може призвести до погіршення психічного здоров'я суспільства в цілому і, значною мірою, тих, хто найбільше залучений до соціальних мереж, як альтернативних каналів розповсюдження інформації.

Інтернет, соціальні медіа та мережі - це сфери, де безмежно процвітає позитивний і негативний, раціональний та ірраціональний дискурс, де не існує професійних коментарів та моральних оцінок, а панує анонімність. Це може мати специфічні наслідки, оскільки психологічні спостереження показують, що

люди схильні вірити в негативну інформацію легше, ніж у позитивну, і на наше ставлення сильніше впливають погані новини, ніж хороші (Cacioppo, 1997).

Більше того, вже зрозуміло, що емоційні стани можуть передаватися іншим у соціальних мережах через емоційне зараження, що призводить до того, що люди відчувають ті самі емоції без їхнього усвідомлення, і це стосується як депресії, так і щастя. Існує багато ознак того, що це сприяє подальшій диференціації почуттів, ставлень та оцінок. Окрім цього може сприяти загальній озлобленості, ворожості та неприязні в мережі. Це лише ще одна маніфестація конфлікту, яка переносить емоції, почуття і ставлення з екранів телевізорів на особистий рівень. (Kramer, 2014).

1.2. Психологічний стрес в умовах війни та види стресорів

Психологічна травма - це реакція на подію, яку людина вважає дуже стресовою. Прикладами можуть бути перебування в зоні бойових дій, стихійне лихо або нещасний випадок. Травма може викликати широкий спектр фізичних та емоційних симптомів. (Tahan, 2021)

В попередніх розділах ми вже звертали увагу впливу війни загалом на психічне здоров'я. Та під час війни є багато інших вторинних стресорів, що також безпосередньо впливають на особистість.

Стресори, сильні зовнішні подразники, порушують внутрішній баланс. Організм реагує на будь-який стресор, приємний чи неприємний, неспецифічним фізіологічним збудженням. Ця реакція є захисно-приспосувальною.

Стресор - це будь-яка подія, переживання або подразник навколишнього середовища, що викликає стрес у людини. Ці події або переживання сприймаються як загрози або виклики для людини і можуть бути як фізичними, так і психологічними. (Holmes, 1967) Дослідники виявили, що стресори можуть зробити людину більш схильною до фізичних і психологічних проблем, включаючи хвороби серця і тривожність. (Straker, 1988)

Стресори з більшою ймовірністю впливають на здоров'я людини, коли вони є "хронічними, дуже руйнівними або сприймаються як неконтрольовані".

У психології дослідники зазвичай класифікують різні типи стресів за трьома категоріями:

- 1) кризи/катастрофи,
- 2) великі життєві події,
- 3) щоденні клопоти/мікростресори.

Згідно з Урсіном (1988), спільним фактором між цими категоріями є невідповідність між очікуваними подіями ("заданим значенням") і сприйнятими подіями ("фактичним значенням").

Кризи/катастрофи.

Цей тип стресу є непередбачуваним та повністю невідконтрольним для людини. Приклади криз і катастроф включають: руйнівні стихійні лиха, такі як великі повені або землетруси, війни, пандемії тощо. Хоча вони трапляються рідко, цей тип стресогенних факторів зазвичай спричиняє значний стрес у житті людини. Дослідження, проведене Стенфордським університетом, показало, що після стихійних лих у постраждалих значно підвищується рівень стресу. Бойовий стрес є поширеною гострою і хронічною проблемою. В умовах швидкого темпу і необхідності відкрити вогонь першими можуть траплятися випадкові вбивства дружніх сил ("побратим" вбиває "побратима").

Основні життєві події.

Поширеними прикладами важливих життєвих подій є: одруження, вступ до коледжу, смерть близької людини, народження дитини, розлучення, переїзд тощо. Ці події, як позитивні, так і негативні, можуть створювати відчуття невпевненості та страху, що в кінцевому підсумку призводить до стресу. Наприклад, дослідження виявили підвищення рівня стресу під час переходу зі школи до університету, причому першокурсники коледжу приблизно вдвічі частіше схильні до стресу, ніж студенти останнього курсу. Дослідження показали, що великі життєві події дещо рідше стають основними причинами стресу через те, що вони трапляються рідко. Окрім цього на сприймання цих

подій впливає в яких умовах вони трапляються. Коли особистість втрачає на близьку людину на війни, то це сприймається дуже гостро, адже стресова подія – війна, та інша стресова подія – смерть близької людини ніби накладаються одна на одну.

Тривалість часу, що минула з моменту події, а також те, чи була ця ситуація позитивною або негативною, є факторами, що впливають на те, чи викликає вона стрес і наскільки сильний стрес вона викликає. Дослідники виявили, що події, які відбулися протягом останнього місяця, як правило, не пов'язані зі стресом або хворобою, тоді як хронічні події, які сталися більше кількох місяців тому, пов'язані зі стресом, хворобою і зміною особистості. Крім того, позитивні життєві події зазвичай не пов'язані зі стресом, а якщо і пов'язані, то, як правило, лише з банальним стресом, тоді як негативні життєві події можуть бути пов'язані зі стресом і проблемами зі здоров'ям, які його супроводжують.

Щоденні клопоти/мікростреси

До цієї категорії відносяться щоденні роздратування і дрібні клопоти. Приклади: прийняття рішень, дотримання дедлайнів на роботі або в школі, затори на дорогах, зустрічі з дратівливими особистостями тощо. Часто до цього типу стресів належать конфлікти з іншими людьми. Щоденні стресори, однак, є різними для кожної людини, оскільки не всі сприймають певну подію як стресову. Та навіть ці щоденні клопоти можуть сприйматися особистістю, як стресові, якщо вони відбуваються у період кризи.

На рисунку 1.1. спрощена модель впливу збройних конфліктів на психологічне здоров'я особистості не включала вплив також опосередкованих щоденних стресів. Однак, Fernando та ін. (2010) на основі дослідження молоді, яка постраждала від війни та катастроф на сході Шрі-Ланки сформувавши нову модель. Ця модель, зображена на рисунку 1.2. , включає як вплив війни, так і щоденні стресові фактори як предиктори стану психічного здоров'я та ілюструє роль, яку щоденні стресові фактори можуть відігравати у частковому опосередкуванні зв'язку між впливом війни та психологічним дистресом.

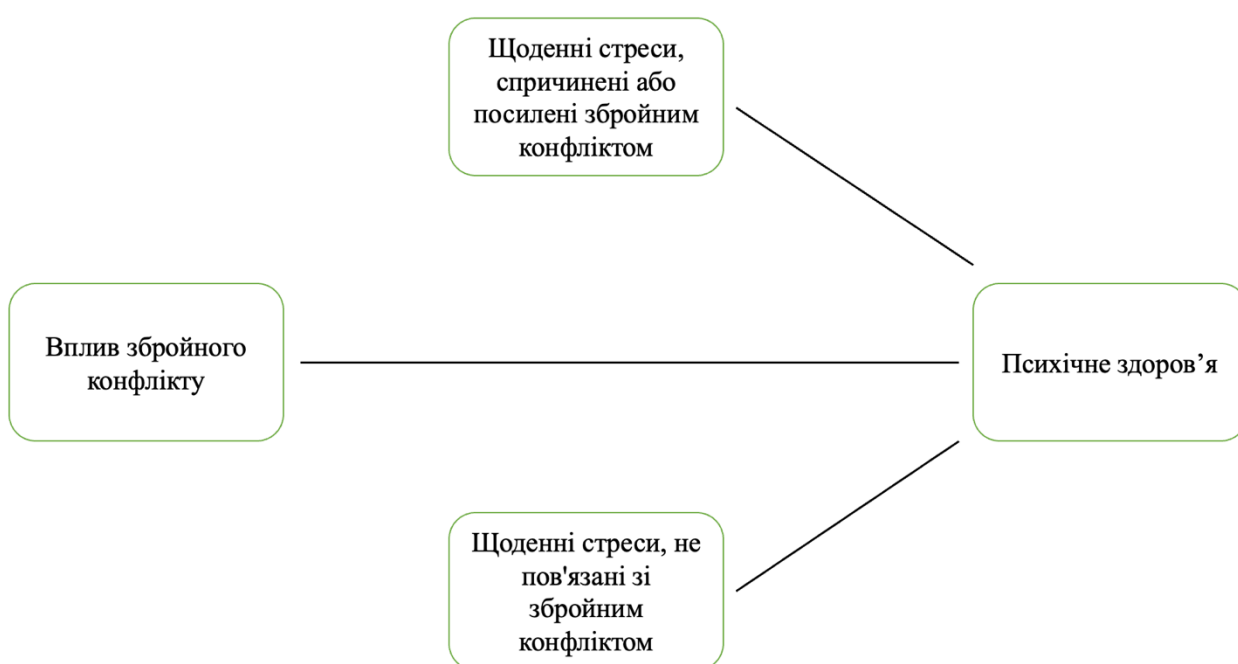


Рис.1. 2. Щоденні стресори як частковий посередник у зв'язку збройного конфлікту з психічним здоров'ям та психосоціальною адаптацією Fernando та ін. (2010)

У даній моделі збройний конфлікт призводить до насильства та втрат, які, в свою чергу, безпосередньо впливають на психічне здоров'я та психосоціальне функціонування. Вплив збройного конфлікту також призводить до виникнення щоденних стресів, які, в свою чергу, впливають на психологічне благополуччя (часткове опосередкування). Важливо, що модель також включає щоденні стресори, не пов'язані зі збройним конфліктом. Це відображає тезу, що не всі проблеми (в тому числі психологічні травми) в ситуаціях збройного конфлікту

пов'язані з самим насильством або зі стресовими умовами, які воно так часто породжує.

Додавання щоденних стресів до моделі робить дві важливі речі: (1) значно підвищує загальну пояснювальну силу моделі, і (2) послідовно послаблює, хоча в жодному разі не усуває, прямий зв'язок між впливом війни та психічним здоров'ям. (Miller, 2010)

Загалом існує природна паралель між поняттями постміграційних стресів і стресів після катастроф, з одного боку, та ідеєю щоденних стресів у конфліктних і постконфліктних ситуаціях, з іншого. У кожному випадку йдеться про сукупність стресових факторів, які породжуються або посилюються вкрай дистресовими і потенційно травматичними ситуаціями. У випадку з переселеними біженцями збройний конфлікт наражає людей на насильство і втрати, але він також змушує їх до зміни місця перебування, де вони стикаються з безліччю потенційно стресових проблем, пов'язаних з адаптацією до життя в якості біженців або шукачів притулку. У конфліктних і постконфліктних ситуаціях збройний конфлікт породжує (або погіршує) соціальні та матеріальні умови повсякденного життя. Таким чином, особи, які пережили організоване насильство, стикаються з низкою тривалих і стресових явищ, з якими їм доводиться боротися, а також долати наслідки безпосереднього впливу ситуацій насильницького конфлікту.

У дослідженні психічного здоров'я в Афганістані, проведеному Millerom та ін. (2008), вперше були визначені місцеві щоденні стресові фактори шляхом опитування членів громади та за участю експертної групи місцевих афганців. На основі цих якісних даних була створена Афганська шкала щоденних стресів (ADSS). Приклади пунктів ADSS включають переповнене житло, бідність, безробіття, ситуацію з безпекою, насильство в сім'ї, поганий стан здоров'я, забруднення повітря і затори на дорогах, що вкрай ускладнюють користування громадським транспортом.

Численні дослідження показали, що кумулятивний ефект щоденних клопотів - стресорів нижчого рівня повсякденного життя - є більш вірогідним

прогностичним фактором психологічного дистресу, ніж вплив основних життєвих подій - гострого стресового досвіду, який вимірюється за допомогою таких контрольних списків життєвих подій, як широко використовується шкала Holmes and Rahe (1967) (Johnson & Sherman, 1997; Kanner et al., 1981; Rowlison & Felner, 1988; Ruffin, 1993). По-перше, щоденні стресори є проксимальними або безпосередніми, тоді як вплив війни часто є більш віддаленим, особливо в постконфліктних ситуаціях або в умовах війни низької інтенсивності, коли насильство має епізодичний, а не постійний характер. Бідність, соціальна ізоляція та переповнене житло стикаються з людьми щодня; конкретні акти політичного насильства, хоч і викликають сильні страждання, можуть статися рік чи більше тому, а отже, просто бути менш психологічно значущими.

Дослідження на неклінічних вибірках громад показали, що люди, які пережили травматичні події, як правило, набагато стійкіші, ніж про це свідчать клінічні дослідження та звіти про випадки (Bonanno, 2004), і що за умов адекватної підтримки та з плином часу більшість людей, які пережили травму, швидше за все, відновлять свою психологічну рівновагу (Foa & Rothbaum, 2001).

Отже, дистантний вплив війни може бути дуже травматичним одразу після її завершення, але більше не сприйматися як травматичний під час оцінок, що проводяться через значний проміжок часу (Thabet & Vostanis, 2000). На противагу цьому, щоденні стресори представляють постійну і часто хронічну загрозу психологічному благополуччю, тому їхній вплив, ймовірно, продовжуватиме відчуватися навіть з плином часу.

Через свою хронічність щоденні стресори можуть поступово підривати ресурси подолання стресу і негативно впливати на психічне здоров'я людини. Kubiak (2005) припускає, що хронічний щоденний стрес може поступово зменшувати здатність людей ефективно справлятися з потенційно травматичними життєвими подіями, тим самим збільшуючи ймовірність того, що такі події спричинять стійкі симптоми ПТСР. Sapolsky (2004) задокументував численні способи, за допомогою яких постійний вплив

стресових обставин, включаючи нетравматичні стресори нижчого рівня, поступово підриває фізичне і психологічне здоров'я та робить людей все більш вразливими до фізичних й психологічних захворювань.

Зокрема, дослідження психофізіології стресу свідчать про те, що реакція людини на стрес еволюційно досить добре пристосована для того, щоб допомогти нам ефективно справлятися з гострими, загрозливими для життя подіями, що може допомогти пояснити, чому, як зазначалося раніше, лише у меншості людей, які зазнали потенційно травматичних подій, насправді розвивається ПТСР або інші психічні розлади (Bonanno, 2004; Foa & Rothbaum, 2001). На противагу цьому, хронічний вплив стресу підтримує систему реагування на стрес (зокрема, симпатичну нервову систему і гіпоталамо-гіпофізарно-наднирникову вісь) у стані постійної активації, що, в свою чергу, пов'язано (через вплив тривалого впливу адреналіну, норадреналіну і глюкокортикоїдів) з підвищеним ризиком виникнення як фізичних, так і емоційних розладів (Christopher, 2004; Gunnar & Quevedo, 2007; Sapolsky, 2004).

По-друге, щоденні стресори є стресом частково тому, що вони є шкідливими подразниками, які здебільшого не піддаються контролю з боку людей (так само, як і безпосередній досвід війни не піддається контролю). Відсутність доступу до чистої води, вразливість до сексуального насильства під час перебування в таборах для біженців, переповнене і небезпечне житло, самотність і відсутність соціальної підтримки через те, що сім'ю було вбито або розсіяно внаслідок насильства - все це стресові обставини, які можуть призвести до того, що люди відчуватимуть фундаментальну відсутність контролю над основними ресурсами, від яких залежить їхнє фізичне і психологічне благополуччя. Як зазначає Sapolsky (2004), така відсутність контролю над неприємними або несприятливими подіями суттєво впливає на сприйняття цих подій як стресових. Це свідчить про те, що психосоціальні втручання, які сприяють підвищенню почуття контролю над складними обставинами, можуть мати значні перспективи як підхід до зменшення стресу

(і, таким чином, поліпшення психічного і фізичного благополуччя) в умовах конфлікту і в постконфліктних ситуаціях.

По-третє, щоденні стресові фактори є поширеними серед населення, що постраждало від конфлікту, тоді як безпосередній вплив війни дуже різний у багатьох конфліктних і постконфліктних ситуаціях (Macksoud & Aber, 1996).

1. 3. Особливості прояву психологічного стресу українців під час україно-російської війни

Поняття посттравматичного стресового розладу (ПТСР) сьогодні настільки поширене, що домінує у більшості роздумів про наслідки насильства, катастроф та перебування у статусі біженця. У 1970-х роках Сполучені Штати все частіше стикалися з психологічними та соціальними труднощами майже трьох мільйонів ветеранів, які воювали у В'єтнамі. Вони страждали від нічних кошмарів, депресії, проблем у стосунках тощо. Однак через неоднозначне ставлення до війни у В'єтнамі влада і фахівці досить неохоче визнавали ці труднощі, але зростаюче занепокоєння призвело до введення терміну "посттравматичний стресовий розлад" у розділ "Тривожні розлади" Діагностичного і статистичного посібника з психічних розладів (DSM-3).

Діагноз ПТСР безпосередньо пов'язаний з переживанням або свідченням травматичної події, такої як стихійне лихо, серйозна аварія, терористичний акт, війна/бойові дії, зґвалтування або інший насильницький напад. (APA, 2022)

Згідно з DSM-5, ПТСР складається з чотирьох категорій симптомів. Повторне переживання травматичної події проявляється в таких симптомах, як нав'язливі спогади, тривожні сни, флешбеки, дистрес або фізіологічні реакції на нагадування про травму. Інші категорії - це симптоми уникнення нагадувань про травму, зміни у спогадах або настрої, пов'язані з травмою, і, нарешті, явні зміни у фізіологічному збудженні та реактивності. (DSM-5)

Нещодавно в новій версії Міжнародної класифікації хвороб Всесвітньої організації охорони здоров'я (2018) з'явилося відносно інше визначення ПТСР.

Воно складається з трьох категорій (повторне переживання, уникнення, гіперзбудження) з двома основними симптомами в кожній категорії. Це визначення може бути більш гнучким у використанні (враховуючи культурні відмінності та клінічні судження), але є менш детальним і всеосяжним. (ВООЗ)

Емпіричні дослідження показали, що показники поширеності можуть відрізнятися між двома класифікаціями, і часто вони не збігаються (тобто, не однакові особи класифікуються як пацієнти з ПТСР за двома класифікаціями). (Morgan-Lopez, 2020)

Показники поширеності ПТСР дуже різняться залежно від характеру подій, різних факторів ризику, часу вимірювання та використаних інструментів. Загалом, ПТСР частіше виникає за участі агресора (у випадку міжособистісного насильства), при тривалих подіях (наприклад, домашнє насильство) і при соціально значущих подіях (наприклад, зґвалтування). (Anders, 2011)

У комплексному і систематичному аналізі показники поширеності ПТСР і депресії були визначені на основі 181 опитування, в якому взяли участь 81 866 біженців та інших постраждалих від конфлікту осіб з 40 країн, що зазнали впливу надзвичайних гуманітарних ситуацій. Знову ж таки, показники ПТСР і депресії продемонстрували значну варіабельність між дослідженнями. Оцінки поширеності, отримані на основі методологічно найбільш надійних опитувань, показали, що рівень ПТСР становить від 13% до 25% (Steel, 2009). Ризик виникнення ПТСР серед біженців підвищувався через пережиті катування та сексуальне насильство, старший вік, належність до жіночої статі та тривале перебування в різних центрах для шукачів притулку. (Kleber, 2019)

Ці результати підкреслюють довгостроковість наслідків травматичного досвіду. Цей висновок також актуальний для багатьох біженців, які мігрували до Європи в останні роки. У сфері психотравматології триває дискусія про те, наскільки діагностичні критерії ПТСР адекватно охоплюють посттравматичну симптоматику, яку відчувають особи, що зазнали тривалих, повторюваних і міжособистісних травматичних подій, таких як домашнє насильство, війна і тортури. Ця симптоматика є складнішою, важчою та інвазивнішою, ніж та, що

охоплюється класичним діагнозом ПТСР. Цей прояв психопатології називається комплексним ПТСР (КПТСР). В 11-й версії МКХ це поняття додано як формальний діагноз, коморбідний до ПТСР. Воно складається з порушень у трьох сферах: труднощі в регуляції емоцій, негативні переконання про себе і труднощі в підтримці стосунків. (МКХ-11)

Опитування проведене у грудні 2018 року, Київський міжнародний інститут соціології (КМІС), який є незалежною дослідницькою організацією, здійснив дослідження під назвою "Психічне здоров'я та потреба у психосоціальній допомозі на сході України", яке було замовлене Швейцарським бюро співробітництва за підтримки Міністерства охорони здоров'я України. Дослідження вказує на те, що 38,9% респондентів відповідають критерію А, тобто мають життєвий досвід, що відповідає хоча б одному з чотирьох підтипів ПТСР. Це свідчить про підвищений ризик виникнення ПТСР у цих людей. (КМІС, 2018)

Варто зазначити, що у більшості людей, які зазнали впливу серйозних життєвих подій, не розвиваються розлади. Однак це не означає, що вони не будуть страждати від симптомів і труднощів. Більшість людей відчувають такі реакції, як вторгнення, нічні кошмари, реакції переляку і оніміння. Ці реакції можна вважати функціональними і нормальними, як це пояснюється теоріями емоцій. Люди бояться, що це може повторитися. Вони більше не відчувають себе в безпеці і постійно очікують небезпеки. Особистості зляться через недбалість відповідальних органів влади або відчувають гнів у бік винуватця. Вони легко реагують роздратовано на зауваження інших людей. Звинувачують себе за те, що опинилися там у момент катастрофи або не зробили нічого, щоб запобігти ситуації. Відчувають розпач через загибель близьких і втрату матеріальних цінностей. У них складається враження, що інші люди не розуміють їхньої біди і горя, і вони відчувають відчуженість від інших. Тим не менш, інтенсивність і частота цих тривожних і болісних реакцій не досягають рівня розладу. (Kleber, 2019)

Варто наголосити, що концепція Ліндермана (1944) травматичного горя і синдром стресової реакції Горовиця (1986) доволі часто наводять як приклад розширення концепції класичної теорії стресу. Однак, ці моделі включають ідею про фазу відновлення або асиміляції, що передбачає довготривалу боротьбу з наслідками екстремального або травматичного стресу. Автори цих концепцій стверджують, що люди, які перенесли психічну травму, часто мають психічний дискомфорт, дистрес, тривогу та горе протягом цього періоду.

Хронічний стрес не обмежується ситуацією впливу стресора. Реакції можуть виникнути як до відсутності стресора, так і у подальшому житті. Теоретично коректніше використовувати терміни "стрес" для позначення безпосередньої реакції на стресор і "посттравматичні психічні порушення" для відстрочених наслідків травматичного стресу.

Дослідження впливу війни, ПТСР та КПТСР серед батьків, які живуть в Україні під час російсько-української війни проведене Karatzias та ін. (2023) виявило, що середня кількість стресів, пов'язаних з війною, які пережили учасники дослідження, становила 9,07, з діапазоном від 1 до 26. Аналіз результатів показало, що 25,9% учасників відповідали діагностичним критеріям ПТСР і ще 14,6% відповідали критеріям КПТСР.

Дослідження показало, що чоловіки повідомили, що пережили значно більше стресів, пов'язаних з війною, ніж жінки. В той час жінки мають вищі показники ПТСР. Також були виявлені значні регіональні відмінності в середньому рівні стресу, пов'язаного з війною, на сході, півночі, півдні та в центрі України цей показник був значно вищим, ніж на заході. Результати показали, що підвищений вплив стресів, пов'язаних з війною, позитивно пов'язаний як з ПТСР, так з КПТСР.

Chudzicka-Czupała у 2022 році проводила дослідження стану психічного здоров'я та пов'язані з ним фактори в Україні, Польщі та Тайвані. Під час аналізу результатів було виявлено, що українські учасники повідомили про значно вищі показники за шкалою депресії, тривоги та стресу, ніж поляки та тайванці. (Chudzicka-Czupała та ін., 2022)

Дослідження проведе у березні 2022 Wen Xu (2022) виявило, що з 801 опитуваних українця 52,7% мали симптоми психологічного дистресу, 54,1% з них повідомили про симптоми тривоги, 46,8% повідомили про симптоми депресії. (Wen Xu та ін., 2022)

Дані дослідження вказують, що війна має серйозний вплив на психічне здоров'я українців. Війна може викликати у людей різні форми психічного стресу, такі як ПТСР та КПТСР, депресія та тривога.

Висновки до розділу 1

- 1.** Вплив війни на здоров'я не обмежується травмами, отриманими в результаті бойових дій. Як військові, так і цивільні страждають від схожого набору розладів і психологічних наслідків, викликаних екстремальною травмою, включаючи ПТСР, депресію, тривогу, залежності, соматизацію з хронічним болем, дисоціацію, психосоціальні дисфункції, суїцидальну поведінку тощо. Військові конфлікти, терористичні акти та інформаційні війни, посилені технологічним розвитком засобів масової інформації, інтернету та соціальних мереж, посилюють загальне відчуття нестабільності та сприяють зростанню тривожності.
- 2.** Стресори, сильні зовнішні подразники, порушують внутрішній баланс. Організм реагує на будь-який стресор, приємний чи неприємний, неспецифічним фізіологічним збудженням. Ця реакція є захисно-приспосувальною. Стресор - це будь-яка подія, переживання або подразник навколишнього середовища, що викликає стрес у людини. Ці події або переживання сприймаються як загрози або виклики для людини і можуть бути як фізичними, так і психологічними. Виявлено, що стресори можуть впливати на схильність людини до соматичних і психологічних проблем, включаючи хвороби серця і тривожність.
- 3.** Збройний конфлікт має значний вплив на психічне здоров'я людей, включаючи посттравматичний стресовий розлад і депресію. Однак, не

всі проблеми пов'язані з самим насильством або стресовими умовами, які воно породжує, але із щоденними стресорами, які також впливають на психологічне благополуччя. Збройний конфлікт породжує соціальні та матеріальні умови повсякденного життя, які також можуть стати джерелом стресу для людей. Отже, для забезпечення психічного благополуччя населення важливо враховувати всі аспекти життя людей під час конфлікту, які можуть стати джерелом стресу і травматичного впливу на їхнє психічне здоров'я.

4. Війна може викликати у людей різні форми психічного стресу, такі як ПТСР та КПТСР, депресію та тривогу. Згідно з дослідженнями, більшість українців, які беруть участь у таких дослідженнях, повідомляють про значні рівні стресу, пов'язаного з війною, та вищі показники за шкалою депресії, тривоги та стресу порівняно з іншими національностями. У дослідженнях також виявили, що рівень стресу може відрізнятися в залежності від регіону проживання українців. Також були виявлені відмінності за статевим показником, чоловіки мають вищий рівень стресу, пов'язаного з війною, ніж жінки, хоча жінки мають вищі показники ПТСР.

РОЗДІЛ 2

ОРГАНІЗАЦІЯ ТА ПРОВЕДЕННЯ ДОСЛІДЖЕННЯ

2. 1. Концептуальна модель дослідження психологічного стресу українців, що постраждали через повномасштабне вторгнення Росії

У даному розділі розглянуто організацію та проведення дослідження психологічних феноменів, що розглядаються в контексті психологічної травми українців в умовах повномасштабного вторгнення, також подано опис вибірки.

Опираючись на аналіз літератури теми дослідження, можна запропонувати емпіричну модель, у якій зафіксовано вплив війни, а саме початок повномасштабного вторгнення на психологічний стрес. (рис.2.1.).

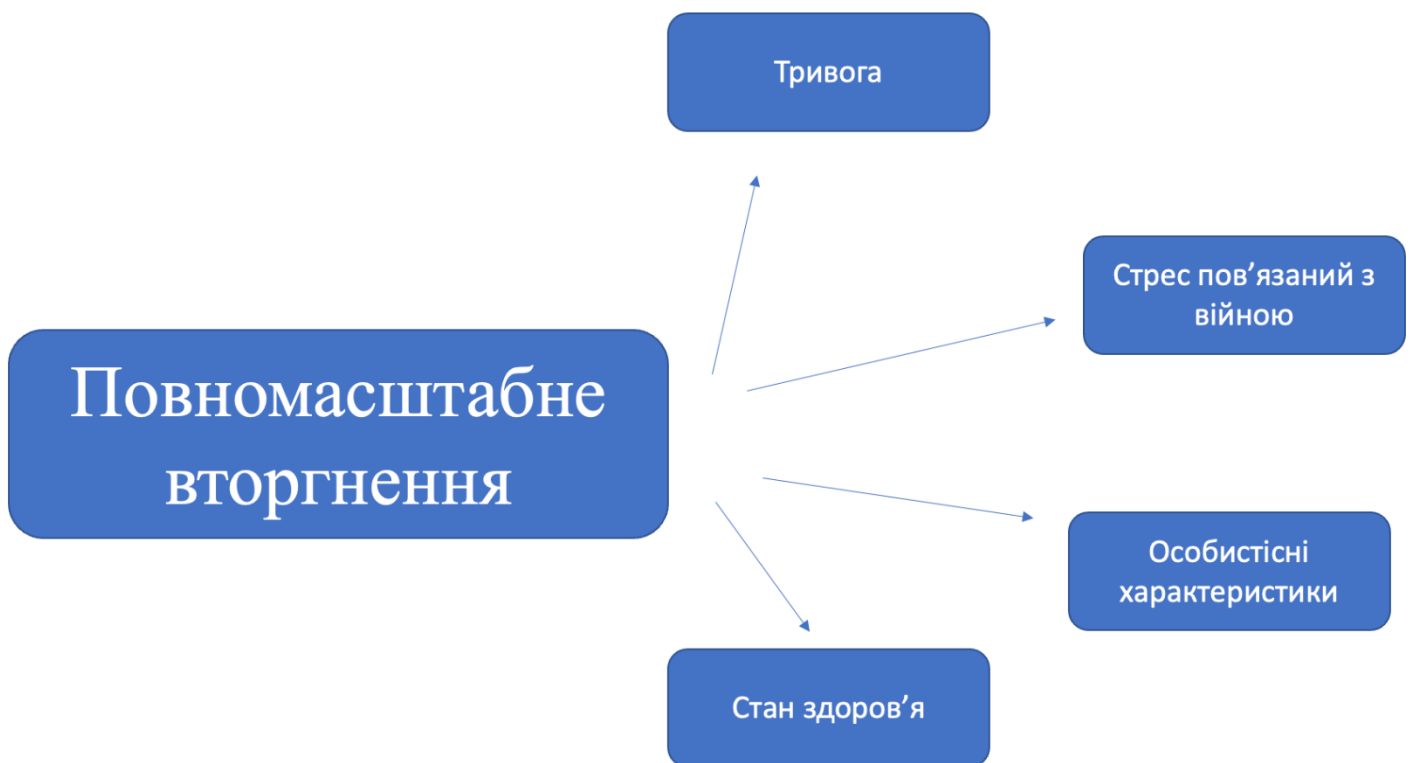


Рис. 2.1. Досліджувані компоненти травматичного досвіду

Аналізуючи концептуальну модель, ми можемо припускати, що така психотравмуюча ситуація, як «повномасштабне вторгнення» та початок військових дій майже по всій території України має вплив на психічний стан особистості.

Взагалі, психологічна травма є складним і негативним досвідом, який може виникнути внаслідок війни, насильства, природних катастроф та інших стресових подій. Повномасштабне вторгнення Росії на територію України в 2022 році стало джерелом травми для багатьох українців.

Базуючись на цьому можна сформулювати гіпотезу, що люди, які пережили травматичні події війни, можуть мати збільшений ризик розвитку різних психічних проблем, таких як тривожність, депресія, посттравматичний



стресовий розлад і т.д.

Рис.2.2. Емпірична модель впливу війни на українців в залежності від місця їх перебування

Важливо вказати, що у дослідженні не розглядається ПТСР, як такий, що присутній в українців. На сьогоднішній день ми не можемо говорити про вже сформований ПТСР, адже, навіть, якщо люди виїхали за кордон стресор досі присутній. Тобто в них вже немає прямої загрози: бомбардування, повітряні

тривоги, окупації і т.д. Та є вторинні стресори, які пов'язані або ж спричинені війною такі, як: служба чоловіка/хлопця/сина/близької людини в лавах ЗСУ, зміна кола спілкування, переїзд, переживання травматичного досвіду виїзду з окупації або ж деокупація, страх смерті близьких, які досі знаходяться в Україні та інші.

Дослідження буде зосереджене на популяції українців, які постраждали від повномасштабного вторгнення Росії. До цієї групи належать особи, які зазнали прямого чи опосередкованого впливу вторгнення, наприклад, ті, хто втратив членів сім'ї, ті, хто був змушений покинути свої домівки, а також ті, хто став свідком насильства та руйнувань, спричинених вторгненням. Окрім цього, групи були розділені за показник місця перебування – ті, хто лишився в Україні та ті, хто виїхав за кордон.

У дослідженні буде вивчено кілька змінних, пов'язаних із психологічною травмою, зокрема тривожність, депресія, особистісні риси, стрес, пов'язаний із війною, симптоми посттравматичного стресу, а також вплив стресових подій.

Загалом, ця концептуальна модель забезпечує основу для вивчення психологічної травми українців, які постраждали від повномасштабного вторгнення Росії. Вивчаючи взаємозв'язки між різними змінними та перевіряючи гіпотези.

Методичною основою цього дослідження є методики, що містять запитання, спрямовані на: виявлення рівня стресу, тривоги, прояву симптомів ПТСР та особистісних характеристик. Також було здійснене анкетування щодо соціально-демографічних даних, які можуть впливати на досліджувані феномени, серед яких є стать, вік, рівень освіти, місце перебування (в Україні; за межами України) та труднощів з якими зіштовхнулися респонденти з початку війни.

На першому етапі емпіричного дослідження визначено об'єкт, предмет, завдання дослідження; здійснено підбір досліджуваних; підібрано пакет психодіагностичних методик, адекватних для виконання завдань; розроблено план і програму дослідження.

Окрім цього, для емпіричного дослідження було проведено переклад методи та виявлення надійності питань, проведено первинну психологічну діагностику вибірки, проведено аналіз отриманих даних, порівняння визначених вибірок (на базі програми SPSS 16.0).

2.2. Вибір та обґрунтування методик дослідження

Для реалізації поставленої мети, сформульованих задач, розв'язання емпіричних задач, було вибрано основні дослідницькі методики:

- Тест велика п'ятірка BFI-10 (адаптація О.О. Сердюк, Б.О. Базима)
- Шкала оцінки генералізованого тривожного розладу (GAD-7)
- Опитувальник стану здоров'я та депресивних симптомів (PHQ-9)
- Шкала стресу, пов'язаного з війною
- Модифікована версія Шкали посттравматичних симптомів (ШПТС-10)
- Шкала впливу стресових подій

Тест велика п'ятірка BFI-10 (адаптація О.О. Сердюк, Б.О. Базима, 2021)

Опис п'яти основних характеристик людської особистості, відомий як "Велика п'ятірка", є найбільш широко використовуваною моделлю для дослідження особистісних характеристик в сучасній психології. Ця модель включає п'ять абстрактних вимірів, а саме:

1. Доброзичливість;
2. Екстраверсія;
3. Нейротизм;
4. Відкритість досвіду;
5. Добросовісність/Свідомість.



Рис.2.3. Модель «Велика П'ятірка»

Дана модель була розроблена на основі лексичного підходу, що базується на припущенні, що наша мова відображає риси особистості, які є особливо важливими для взаємодії між людьми.

Початковий список термінів, пов'язаних з рисами особистості, був створений в 1936 році Олпортом і Одбертом, але модель була подальшими дослідженнями скорочена до п'яти основних рис.

Сердюк та Базима адаптували скринінговий опитувальник п'яти факторів особистості VFI-10 українською мовою. (Додаток А)

VFI-10 складається з 10 пунктів, по два для кожного виміру особистості.

- Нейротизм вимірюється за допомогою пунктів 4 і 9;
- Екстраверсія - за допомогою пунктів 1 і 6;
- Відкритість - за допомогою пунктів 5 і 10;
- Схильність до згоди - за допомогою пунктів 2 і 7 ;
- Сумлінність - за допомогою пунктів 3 і 8.

Кожен вимір вимірюється за допомогою одного позитивно і одного негативно поляризованого пункту. Позитивно поляризованими є пункти 1, 3, 4, 5 і 7. Відповіді респондентів оцінюються за п'ятибальною шкалою від "повністю не згоден" (1) до "повністю згоден" (5).

Шкала оцінки генералізованого тривожного розладу (Generalized Anxiety Disorder Scale-7) Спітцера Р. та Вільямса Д., 2006

Шкала оцінки генералізованого тривожного розладу-7 (GAD-7) - це 7-бальна самооціночна шкала, розроблена Спітцером та його колегами (2006) як інструмент скринінгу та індикатор тяжкості ГТР. (Додаток Г)

Шкала легко піддається оцінюванню і спочатку була створена для покращення розпізнавання ГТР у закладах первинної медичної допомоги. Первісна валідизація GAD-7 у великій вибірці первинної медичної допомоги показала, що цей показник має хорошу надійність, а також хорошу критеріальну, факторну і процедурну валідність (на основі порівняння балів, отриманих за шкалами самозвіту, з балами, отриманими за версіями тих самих шкал, що застосовуються клініцистами) (Spitzer et al., 2006).

Було визначено, що 10 балів є оптимальною точкою для чутливості (89%) та специфічності (82%). Психометричні властивості GAD-7 також були оцінені в інших вибірках первинної медичної допомоги (Kroenke та ін., 2007), популяційній вибірці (Löwe та ін., 2008), психіатричних вибірках (Beard & Björgvinsson, 2014; Kertz et al, 2013), іспаномовних американців (Mills та ін., 2014), у лікуванні залежностей (Delgadillo та ін., 2012), а також різними мовами, включаючи португальську (Sousa та ін., 2015) та голландську веб-вибірку (Donker, van Straten, Marks, & Cuijpers, 2011).

GAD-7 є валідним показником симптомів генералізованої тривоги у вибірці гострих психіатричних захворювань на основі хорошої внутрішньої узгодженості, конвергентної валідності та чутливості до змін.

Оцінка за GAD-7 обчислюється шляхом присвоєння балів 0, 1, 2 і 3 категоріям відповідей:

- "зовсім не відчуваю",
- "кілька днів",
- "більше половини днів"
- "майже щодня"

А також шляхом додавання балів за сім запитань.

Бали 5, 10 і 15 вважаються граничними значеннями для легкої, помірної та сильної тривоги відповідно. При використанні в якості скринінгового інструменту, подальше оцінювання рекомендується проводити, якщо оцінка становить 10 або більше балів.

Опитувальник стану здоров'я та депресивних симптомів (Patient Health Questionnaire – 9) Спітзера Р. та Вільямса Д., 1999

Опитувальник PHQ-9 - це короткий опитувальник для самостійного заповнення, який оцінює симптоми депресії. Цей тест є похідним від оригінального та довшого опитувальника PHQ, який охоплює численні проблеми психічного здоров'я, включаючи депресію, панічний розлад, тривожність, розлади сну та інші.

PHQ був розроблений на основі інструменту оцінки, що використовується медичними працівниками під назвою PRIME-MD, який охоплює багато діагнозів психічного здоров'я. PHQ-9 був розроблений і захищений авторським правом докторами R.L. Spitzer, J.B.W. Williams і K. Kroenke у 1999 році за кошти освітнього гранту від Pfizer, Inc. Pfizer володіє авторським правом на PHQ-9, але він доступний для використання та відтворення без необхідності отримання дозволу.

Оскільки цей опитувальник стосується лише депресії, цифра 9 у назві вказує на дев'ять запитань для оцінки кожного критерію депресії згідно з Діагностичним і статистичним посібником з психічних розладів (DSM).

Бал за опитувальником PHQ-9 визначає ступінь тяжкості депресії відповідно до діагностичних критеріїв з діагностичного та статистичного посібника з психічних розладів. Знову ж таки, цей опитувальник складається з 9

запитань: 8 запитань безпосередньо оцінюють симптоми депресії та 1 запитання, яке оцінює, як депресивні симптоми впливають на здатність функціонувати. На кожне запитання пропонується 4 варіанти відповідей щодо того, як часто респондент відчуває симптоми депресії:

- "Зовсім не було"
- "Кілька днів"
- "Більше половини днів"
- "Майже щодня"

Вибір відповіді "Зовсім ні" дасть Вам 0 балів, "Кілька днів" - 1 бал, "Більше половини днів" - 2 бали і "Майже щодня" - 3 бали. Склавши всі бали, ви отримаєте загальний результат. (Додаток Д)

Сума балів за опитувальником PHQ-9 від 0 до 4 відповідає "нормальній" або мінімальній депресії. Оцінка від 5 до 9 балів вказує на легку депресію, від 10 до 14 балів - на помірну депресію, від 15 до 19 балів - на помірно важку депресію, а від 20 балів і вище - на важку депресію. Чим вищий ваш бал, тим більше симптомів депресії ви відчуваєте і тим важчою є ваша депресія.

Згідно з DSM, великий депресивний розлад діагностується, якщо 5 з 9 симптомів або більше були присутні протягом "більше половини днів" за останні 2 тижні, і одним з цих симптомів є пригнічений настрій або ангедонія. Якщо цей критерій не виконується, можна поставити діагноз іншої неуточненої депресії, якщо від 2 до 4 симптомів були присутні "більше половини днів" протягом останніх 2 тижнів, і одним з цих симптомів є пригнічений настрій або ангедонія.

Одне з останніх запитань опитувальника PHQ-9, яке є критерієм великого депресивного розладу ("думки про те, що Вам було б краще померти або завдати собі якоїсь шкоди"), зараховується, якщо була отримали будь-яку оцінку, відмінну від нуля, незалежно від тривалості симптому. Останнє запитання, яке міститься в кінці частини опитувальника PHQ-9, присвяченій оцінці симптомів, стосується функціональних можливостей учасника

тестування: "Наскільки ці проблеми заважають Вам виконувати свою роботу, займатися домашніми справами або ладнати з іншими людьми?".

Шкала стресу, пов'язаного з війною (War-related stress scale) Варгова Л. та Адамкович, 2022

Для кращого розуміння взаємозв'язку між війною та психічним здоров'ям важливо мати адекватні показники, які можуть якомога точніше відобразити різні аспекти військового конфлікту Jawaid, Grasser сформували опитувальник шкали стресу, пов'язаного з війною. (Bai, Jawaid, Grasser, 2022). Їх дослідження мало на меті розробити перелік пов'язаних з війною стресових факторів, щоб краще зрозуміти, як аспекти війни пов'язані з проблемами психічного здоров'я у людей, які живуть за межами країни, що перебуває в напруженому конфлікті.

Таким чином, автори розробили та валідували перелік найбільш актуальних стресів, пов'язаних з війною. Повна версія переліку складається з 21 пункту, які можна поділити на три групи (1) стресори, пов'язані з суспільством (8 пунктів); (2) стресори, пов'язані з особистістю (7 пунктів) і (3) стресори, пов'язані з безпекою (6 пунктів). (Додаток Е)

Перший фактор - стресори, пов'язані з суспільством - складається з пунктів, пов'язаних з функціонуванням країни (управління економічною та міграційною кризою, достатністю енергоресурсів тощо). Другий фактор - стресори, пов'язані з особистістю - охоплює питання, безпосередньо пов'язані з життям людини (наприклад, занепокоєння про майбутнє, особисте функціонування, соціальні відносини та якість життя). Третій фактор, стресори, пов'язані з безпекою, містить пункти, що стосуються питань безпеки (наприклад, особиста безпека, потенційна ескалація конфлікту або ядерна загроза).

Також був розроблена коротка версія опитувальника, яка може бути використана для швидкої оцінки сприйняття стресів, пов'язаних з війною. Ця версія складається з 9 пунктів, об'єднаних в один фактор. Ці пункти охоплюють страх за власну безпеку та майбутнє, доступ до базових потреб, потенційне погіршення економічної ситуації та ескалацію конфлікту з можливістю ядерної

загрози. Результати мережевого аналізу вказують на те, що занепокоєння ескалацією (тобто поширенням конфлікту на Європу/інші країни), схоже, є центральним індикатором для цього конструкту. Як і у випадку зі стресорами, пов'язаними з COVID (Taylor et al., 2020), важливу роль відіграє страх перед економічною кризою. Загалом, пункти, включені як до короткої, так і до повної версії шкали, узгоджуються з попередніми висновками та рекомендаціями щодо того, що люди вважають важливим під час війни (Choudhary et al., 2022; Mbah & Wasum, 2022; Kalcza-Janosi et al., 2022).

Модифікована версія Шкали посттравматичних симптомів (ШПТС-10) (за перекладом Крупельницька Л. та ін., 2022)

PTSS-10 Шкала посттравматичних симптомів (PTSS-10) - це опитувальник з 10 пунктів, який оцінює наявність та інтенсивність симптомів ПТСР (Mehlum & Weisæth 2002). Кожен з 10 симптомів оцінюється за 7-бальною шкалою Лайкерта від 1 (зовсім не буває/ніколи) до 7 (дуже часто) (Mehlum & Weisæth 2002).

До 10 симптомів належать проблеми зі сном, нічні кошмари, відчуття пригніченості, переляк/нервозність, ізоляція, роздратування, перепади настрою, почуття провини/зниження самооцінки, страх місць і ситуацій, які нагадують про травматичну подію, і тілесне напруження (Eid et al. 1999).

Встановлено, що PTSS-10 має хорошу внутрішню узгодженість і надійність при повторному тестуванні (Eid та ін., 1999), а також є чутливим, валідним і надійним інструментом для скринінгу ПТСР (Stoll та ін., 1999). Загальна кількість балів варіюється від 10 до 70. Результат 35 або більше балів підтверджує діагноз ПТСР (Stoll та ін., 1999). (Додаток Б)

Шкала впливу стресових подій (за перекладом Крупельницька Л. та ін., 2022)

Шкала впливу подій - переглянута (IES-R) була розроблена для вимірювання симптомів посттравматичного стресового розладу (ПТСР) і являє собою короткий опитувальник для самозвіту, який легко заповнювати. Його

можна використовувати для повторних вимірювань з часом для моніторингу прогресу і найкраще застосовувати для нещодавніх і специфічних травматичних подій. (Додаток В)

IES-R складається з 22 питань, 5 з яких були додані до оригінального опитувальника Horowitz (IES), щоб краще відповідати критеріям DSM для ПТСР (Weiss & Marmar, 1997). Це відповідний інструмент для вимірювання суб'єктивної реакції на конкретну травматичну подію у дорослих або людей похилого віку.

Існує загальна шкала суб'єктивного стресу та три субшкали:

- Вторгнення
- Уникнення
- Гіперактивність

IES-R була розроблена та валідизована з урахуванням конкретної травматичної події як посилання в інструкції для пацієнта при застосуванні інструменту. Шкала дозволяє відрізнити різноманітні травмовані групи від нетравмованих у загальних популяційних дослідженнях. Субшкали уникнення та втручання демонструють хорошу внутрішню узгодженість. Хоча субшкали пов'язані між собою, вони вимірюють різні виміри реакції на стрес.

Було показано, що афроамериканці мають вищі показники за шкалою IES, ніж європейські американці в загальних популяційних дослідженнях, і цей ефект зменшується зі збільшенням відносного насильства. Цей висновок слід брати до уваги під час інтерпретації. Субшкала гіперактивності, додана Вайсом і Мармаром, має хорошу прогностичну валідність щодо травми (Briere, 1997), тоді як субшкали втручання та уникнення виявляють значущі відмінності в клінічній реакції на травматичні події різного ступеня тяжкості.

Результати складаються із загального сирого балу та сирих балів за трьома субшкалами:

- Інтрузія (нав'язливі думки, нічні кошмари, нав'язливі почуття та образи, дисоціативно-подібні повторні переживання)
- Уникнення (пригнічення реакції, уникнення почуттів, ситуацій та ідей)

- Гіперактивність (гнів, дратівливість, підвищена пильність, труднощі з концентрацією уваги, підвищений переляк).

2.3. Опис вибірки та процедури дослідження

У лютому та березні 2023 року проводилося емпіричне дослідження серед українців, яке включало у себе вибірку людей віком 18 років і старше. Для збору даних використовувалась гугл-форма у якій респонденти могли пройти методики-онлайн.

Крім того, що респонденти заповнювали методики для дослідження психологічних особливостей, також проводився збір соціально-демографічних даних. Кількість респондентів у загальній вибірці дослідження склала 200 осіб. (табл.2.1.)

Таблиця 2.1.

Соціально–демографічні показники вибірки

		Всього	
		N	%
Стать	Чоловіча	45	23,0%
	Жіноча	155	77,0%
Вік	18-24	146	73,0%
	25-45	44	22,0%
	46-60	6	3,0%
	61 і старше	4	2,0%
Рівень освіти	Загальна середня	15	7,5%
	Середня спеціальна	4	2,0%
	Середня професійна	1	0,50%
	Неповна вища	92	45,7%
	Повна вища	85	42,7%
	Маю наукову ступінь та/або вчене звання	3	1,5%
Місце	За кордоном	80	40,00%

перебування	На території України	120	60,00%
	Всього	200	100,0%

Дана вибірка має неоднорідний розподіл за статевим показником. У дослідженні взяли участь 45 чоловіків, що складають 23,0%, а також 155 жінок - 77,0% жінок. (рис.2.4)

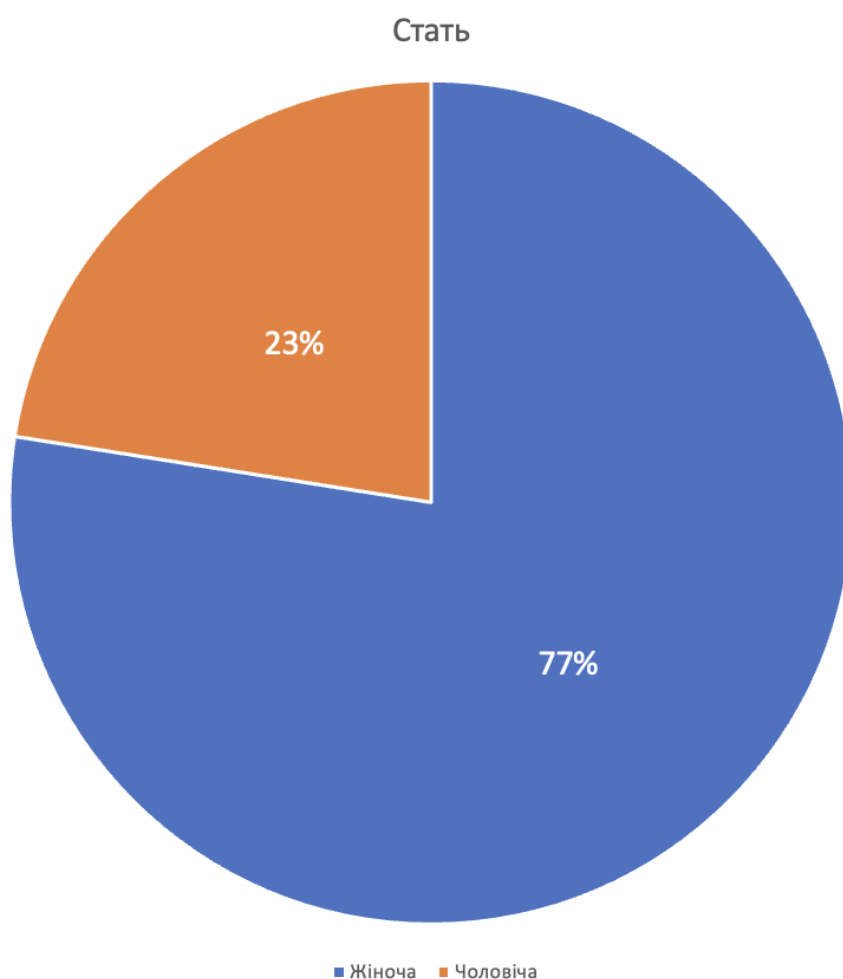


Рис.2.4. Співвідношення вибірки за статевою характеристикою

Соціально-демографічний показник, який також збиралися під час дослідження вибірки був – вік. (рис.2.5)

Досліджувані могли обрати до якої вікової групи вони належать. Загалом було виокремлено 4 групи:

- 18-24

- 25-45
- 46-60
- 61 та старше

Загалом було отримано дані від респондентів усіх вище вказаних вікових груп. Найбільш представленою групою стали молодь віком 18-24 роки. Вони склали складали 146 осіб у відсоткову співвідношенні це 73%. Наступною кількісно вираженою групою стали респонденти віком 26-45 років – їх загальна кількість 44 особи, їх відсоток становив 22%.

Група старше 46-60 років становить 3% це 6 осіб від усієї вибірки. Група 61 і старше включає у себе тільки 4 респондентів, а це 2%.

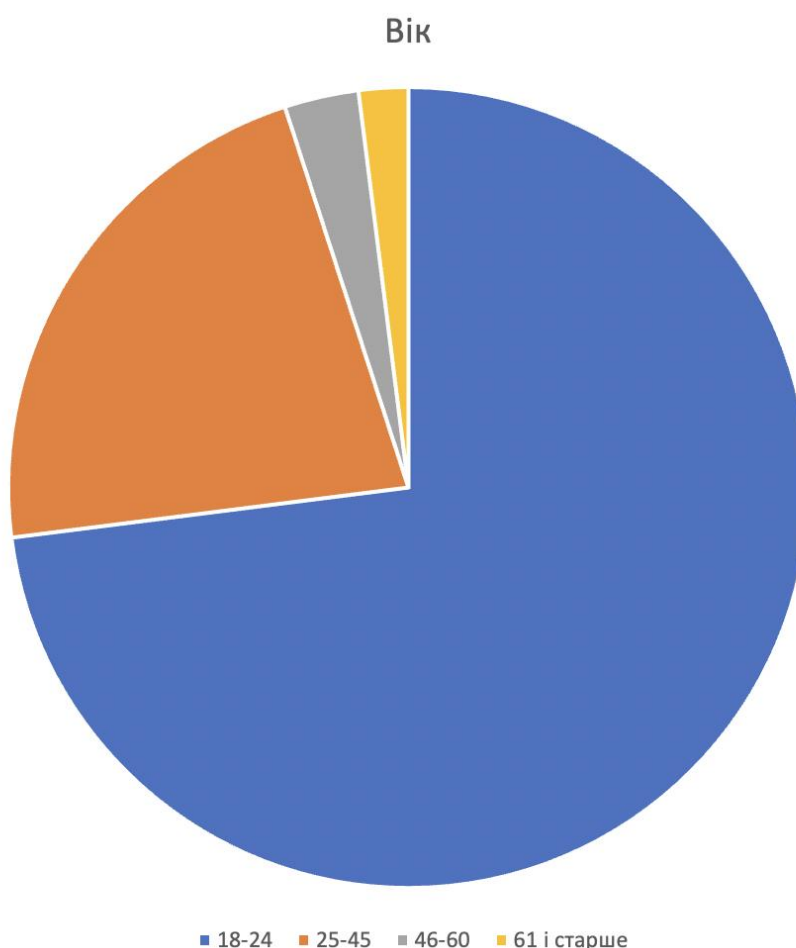


Рис.2.5. Співвідношення вибірки за віком

При заповненні онлайн форми респонденти мали можливість обрати свій рівень освіти (рис.2.6):

- Маю наукову ступінь та/або вчене звання
- Повна вища

- Неповна вища
- Середня професійна
- Середня спеціальна
- Загальна середня

Аналіз даних свідчить про те, що із загальної кількості респондентів 92 особи мають незакінчену вищу освіту, тоді як 85 осіб мають повну вищу освіту.

Крім того, 15 респондентів повідомили, що мають середню загальну освіту, і лише п'ять осіб мають середню спеціальну та професійно-технічну освіту.

Дані свідчать про те, що троє респондентів мають науковий ступінь та/або вчене звання.

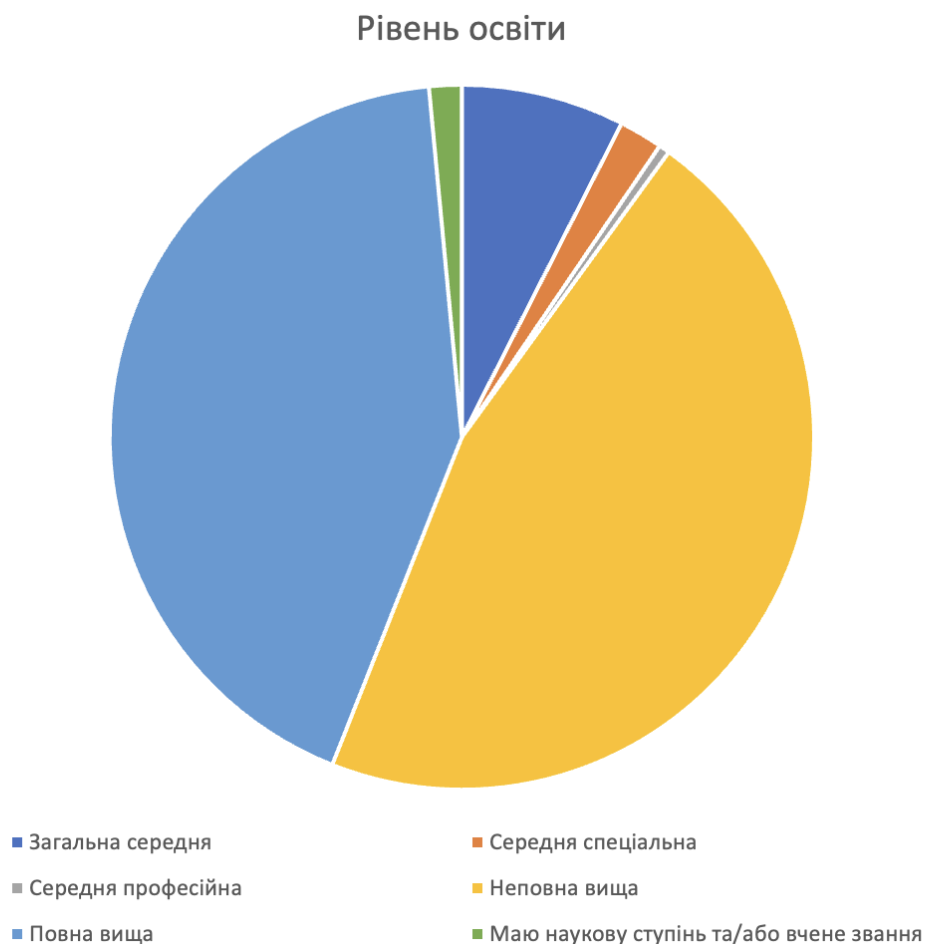


Рис.2.6. Співвідношення вибірки за рівнем освіти

Ці результати можуть дати уявлення про освітній рівень вибірки і будуть корисними для вивчення статистично значущого зв'язку між освітою та іншими змінними.

Важливий соціально-демографічним показник, який був зібраний у опитуваних стало місце їх перебування:

- За кордоном (80 осіб)
- На території України (120 осіб)

Надалі ці дані будуть використані для подальшого розподілу респондентів на 2 групи. (рис.2.7)

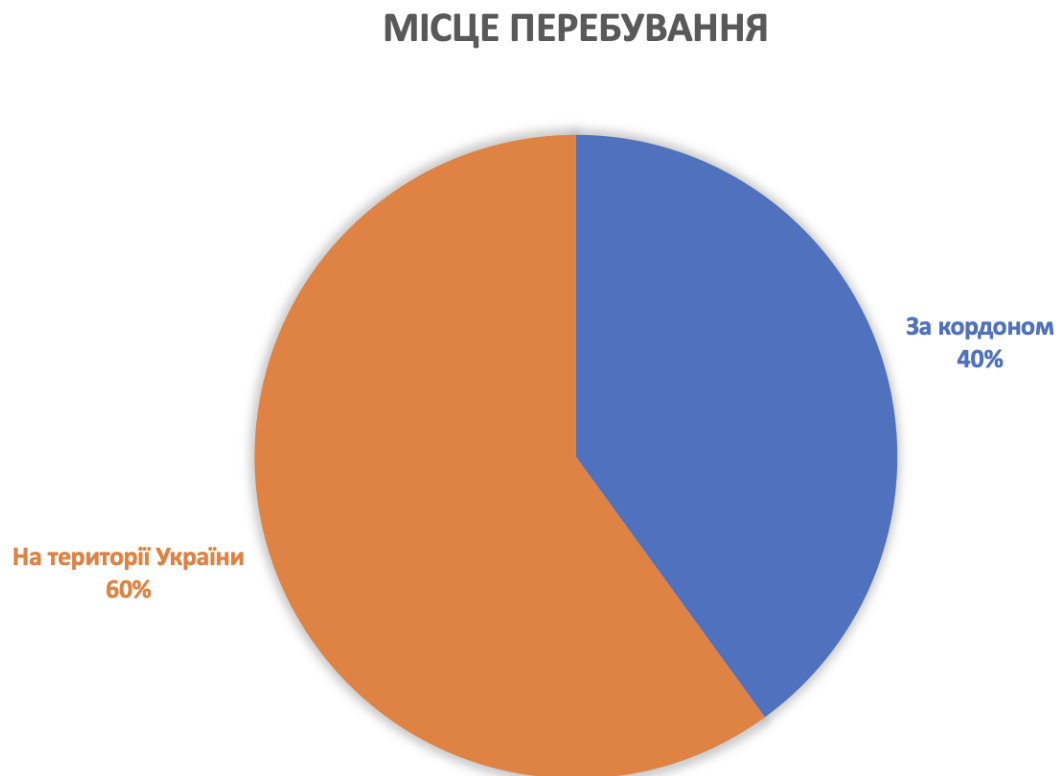


Рис.2.7.Співвідношення вибірки за місцем перебування

Окрім вище згаданих даних також було зібрано відповіді на питання «Вкажіть, будь ласка, з якими труднощами Ви зіштовхнулися з початку війни».

Респонденти могли обрати відповідь з даного списку:

- Переїзд
- Смерть близької людини
- Втрата майна
- Травма, що призводить до втрати кінцівки
- Втрата роботи

- Служба чоловіка/хлопця/сина/близької людини в лавах ЗСУ
- Окупація
- Фінансові труднощі

ТРУДНОЩІ З ЯКИМИ ЗІШТОВХНУЛИСЯ РЕСПОНДЕНТИ З ПОЧАТКУ ВІЙНИ

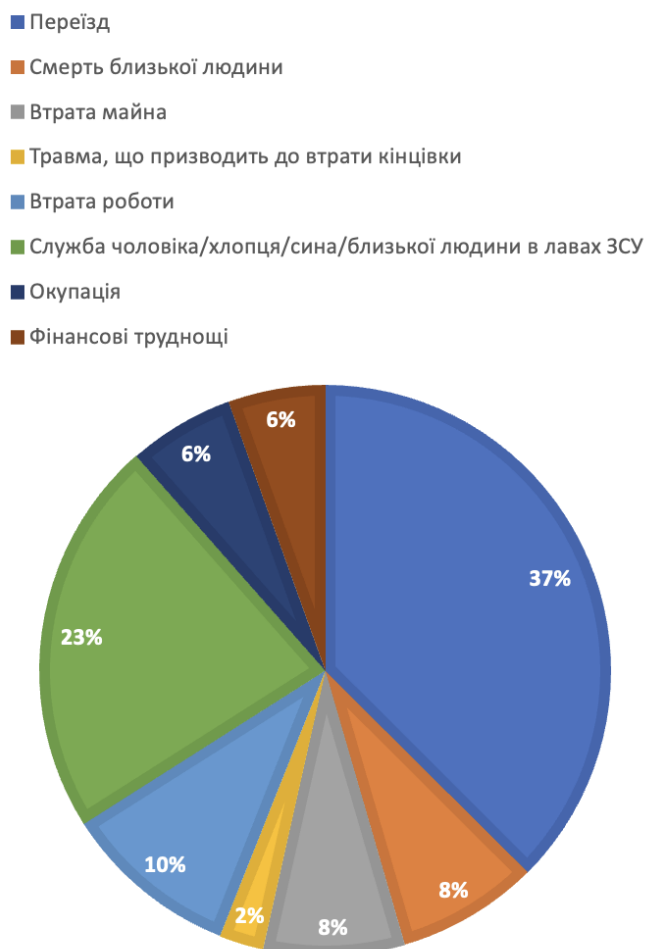


Рис.2.8. Співвідношення вибірки обраними труднощами з яким вони зіштовхнулися з початку війни

За результатами опитування, найчастішими труднощами, з якими стикалися респонденти, були переїзд (37%), втрата роботи (10%), та служба чоловіка/хлопця/сина/близької людини в лавах ЗСУ (23%). Також серед відповідей були вказані труднощі, які пов'язані зі смертю близької людини (8%), втратою майна (8%), травмою, що призводить до втрати кінцівки (2%), окупацією (6%) та фінансовими труднощами (6%). (рис.2.8)

Висновки до розділу 2

1. Запропонована нами емпіричній моделі передбачає, що повномасштабне вторгнення та військові дії в Україні впливають на психічний стан особистості. Окремо, висунуто гіпотезу про те, що травматичні події війни впливають на розвиток таких психічних проблем, як тривожність, депресія, посттравматичний стресовий розлад і т.д.
2. Обрані дослідницькі інструменти відповідають меті та завданням дослідження. До емпіричних методик дослідження було включено: Тест велика п'ятірка BFI-10 (адаптація О.О. Сердюк, Б.О. Базима); Методика на генералізований тривожний розлад 7 пунктів (GAD-7); Опитувальник стану здоров'я пацієнта-9 (PHQ-9); Шкала стресу, пов'язаного з війною; Модифікована версія Шкали посттравматичних симптомів (ШПТС-10) (за перекладом Крупельницька Л. та ін. 2022); Шкала впливу стресових подій (за перекладом Крупельницька Л. та ін. 2022).
3. До вибірки увійшли 200 осіб. З них 45 чоловіків (23%), 155 жінок (77,0%). Більшість опитаних (73%) опитаних у віковій групі – 18-24 років, 22% віком від 25 до 45 років, 5% віком від 46 і старше. 42,7% мають повну вищу освіту, 45,7% мають неповну вищу освіту, а 10% - середню освіту. Більше половини опитаних (60%) перебувають в Україні, а 40% – за межами України.

РОЗДІЛ 3

АНАЛІЗ РЕЗУЛЬТАТІВ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНОГО СТРЕСУ УКРАЇНЦІВ В УМОВАХ ПОВНОМАСШТАБНОГО ВТОРГНЕННЯ

3.1. Переклад та адаптація використовуваних у дослідженні шкал

Важливим етапом проведення дослідження був переклад англomовних методик українською мовою.

Альфа Кронбаха - це статистичний показник, який використовується для оцінки внутрішньої узгодженості шкали або набору пов'язаних пунктів. Він коливається від 0 до 1, причому вищі значення вказують на більшу надійність. Важливо зазначити, що альфа Кронбаха використовується для оцінки надійності дослідження вимірюваних конструктів.

Існує кілька критеріїв, які слід враховувати при інтерпретації значення коефіцієнта альфа Кронбаха:

Адекватний розмір вибірки. Розмір вибірки повинен бути достатньо великим, щоб забезпечити надійність оцінки альфа Кронбаха. Загальне емпіричне правило полягає в тому, що потрібно щонайменше 100 учасників, хоча ця цифра може змінюватися залежно від складності вимірювання.

Однорідність завдань. Завдання шкали або тесту мають бути пов'язані з одним і тим же конструктом або рисою. Завдання, які не пов'язані з тим самим конструктом, призведуть до нижчого значення альфа Кронбаха.

Одновимірність. Завдання шкали або тесту повинні вимірювати один конструкт або рису. Якщо вимірюється декілька конструктів, альфа Кронбаха буде штучно завищена, що призведе до переоцінки внутрішньої узгодженості.

Подібність завдань. Завдання в шкалі або тесті повинні бути схожими за змістом і складністю. Занадто несхожі завдання призведуть до нижчого значення альфа Кронбаха.

Задовільне значення альфа. Значення альфа Кронбаха має бути вище 0,70, що вказує на прийнятну внутрішню узгодженість, хоча прийнятний діапазон може змінюватися залежно від контексту дослідження і типу використовуваного вимірювання.

Аналізуючи вище згадане, використання у цьому дослідженні коефіцієнта альфа Кронбаха є аргументованим та проводиться на усіма нормами. Кількість респондентів, які брали участь у дослідженні більше 100, а саме 200 осіб. Це свідчить про адекватний розмір вибірки для використання даного критерію. Шкали пов'язані з одним і тим же конструктом, у нашому випадку це тривога, стрес пов'язаний з війною та депресія. Одновимірність шкал також присутня.

Для перекладу шкал на українську мову процедура була наступною:

1. Для перекладу методики на українську мову було знайдено перекладача, який володіє достатнім рівнем знання англійської мови та має досвід перекладу подібних текстів.
2. Перед початком перекладу методика була ретельно проаналізована, щоб зрозуміти її структуру, термінологію та мету.
3. Перекладач переклав текст методики на українську мову. При перекладі необхідно було дотримуватися науково-технічної термінології, а також культурних та мовних особливостей української мови.
4. Після завершення перекладу текст був перевірений на правильність граматики, стилістики та правопису. Також було перевірено, чи точно відтворена уся необхідна інформація та чи не змінився зміст після перекладу.
5. Проведення дослідження та перевірка критерію альфа Кронбаха.

Під час проведення дослідження здійснювався переклад трьох методик:

- Шкала стресу, пов'язаного з війною;
- GAD-7;
- PHQ-9.

У цьому випадку альфа Кронбаха для перекладеної шкали стресу, пов'язаного з війною, становить 0,784, що свідчить про високий рівень внутрішньої узгодженості шкали. Це вказує на те, що перекладена шкала є надійним засобом вимірювання стресу в україномовних осіб, які пережили події, пов'язані з війною.

Таблиця 3. 1.

Таблиця показників внутрішньої узгодженості шкали за методикою «Шкала стресу, пов'язаного з війною»

Питання методики	Альфа Кронбаха при видаленні цього питання
Ваша власна безпека	,757
Безпека ваших близьких	,768
Доступ до предметів першої необхідності (наприклад, їжа, ліки, туалетні приналежності)	,779
Економічна криза в (країні перебування)	,756
Невизначеність щодо подальшого розвитку подій	,766
Страх, що війна перекинеться на (країну вашого перебування)	,765
Побоювання, що війна перекинеться на ЄС чи на весь інший світ	,759
Ядерна загроза	,761
Зростання цін (інфляція)	,760

Також було переглянуто статистику кожного питання по відношенню до висновку, та визначено, що немає жодного питання, при видаленні якого

альфа Кронбаха збільшиться. Це свідчить про те, що всі питання шкали важливі та вносять свій внесок у надійність методики. (табл.3.1.)

Наступна методика, яка була перекладена це «Опитувальник стану здоров'я пацієнта-9 (PHQ-9)».

Показник альфа Кронбаха становить 0,855, що свідчить про високий рівень внутрішньої узгодженості опитувальника шкали. (табл.3.2)

Таблиця 3. 2.

Таблиця показників внутрішньої узгодженості шкали за методикою

Питання методики	Альфа Кронбаха при видаленні цього питання
Вам було не дуже цікаво або подобалось чимось займатись	,847
Ви почувалися сумними, пригніченими або безнадійними	,830
Вам було важко засинати або прокидатись, або Ви спали надто довго	,833
Ви відчували втому	,835
У Вас був поганий апетит, або Ви переїдали	,833
Ви погано думали про себе — або Ви почувалися невдахою, або думали, що підвели родину	,835
Вам було важко зосередитись, наприклад, на читанні новин або перегляді телепередач	,838
Ви рухались або розмовляли настільки повільно, що інші люди могли б це помітити?	,855
У Вас були думки, що Вам краще померти, або Ви думали про те, щоб заподіяти собі яку-небудь шкоду	,848

«Опитувальник стану здоров'я пацієнта-9 (PHQ-9)»

Показник альфа Кронбаха, що становить 0,855, свідчить про високий рівень внутрішньої узгодженості опитувальника шкали. Це означає, що запитання в опитувальнику взаємозв'язані між собою та оцінюють одну та саму характеристику (у цьому випадку - симптоми депресії).

Тобто опитувальник є надійним та консистентним інструментом для визначення рівня депресії у пацієнтів. Високий показник альфа Кронбаха також свідчить про те, що опитувальник має високу точність та надійність, тому може бути використаний для дослідження рівня депресії в популяції.

Шкала оцінки генералізованого тривожного розладу (GAD-7) також була перекладено українською під час дослідження. (табл.3.3)

Таблиця 3. 3.

Таблиця показників внутрішньої узгодженості шкали за методикою «Шкала оцінки генералізованого тривожного розладу (GAD-7)»

Питання методики	Альфа Кронбаха при видаленні цього питання
Ви нервували, відчували тривогу або були дуже напружені	,867
Ви не могли зупинити або контролювати своє хвилювання	,869
Ви занадто хвилювались через різні речі	,866
Вам було важко розслабитися	,862
Ви були настільки неспокійні, що Вам було важко всидіти на одному місці	,885
Вам було легко дошкулити або роздратувати	,883
Ви відчували страх, неначе щось жахливе може статися	,881

Показник перекладу методики ГТР GAD-7 альфа Кронбаха становить 0,892, що свідчить про високий рівень внутрішньої узгодженості цієї перекладеної методики.

Це вказує на те, що запитання в опитувальнику взаємозв'язані між собою та оцінюють одну та саму характеристику (у цьому випадку - загальний тривожний розлад). Саме тому можна вважати, що опитувальник є надійним та консистентним інструментом для визначення рівня тривожності у респондентів.

3.2. Особливості прояву психологічного стресу у осіб, що перебувають за кордоном, та тих, залишається на території України

Оскільки однією із задач дослідження було порівняти опитаних, що перебувають за кордоном, та тих, хто перебуває на території України, для подальшого аналізу результатів буде порівняно характеристики досліджуваних (соціо-демографічні показники та психологічні характеристики) у цих 2 групах.

Для отримання інформації про наявність статистично значущого зв'язку між соціально-демографічними характеристиками та місцем перебування респондентів було використано таблиці сполученості та критерії хі-квадрат та Фі-В Крамера.

Одним з головних аргументів використання таблиці сполученості полягає в тому, що вона дозволяє легко і зрозуміло відобразити залежність між двома категоріальними змінними. Вона відображає кількість спостережень для кожної можливої комбінації значень двох змінних, що дозволяє зробити висновки про їх взаємозв'язок.

Критерії хі-квадрат та Фі-В Крамера є статистичними тестами, що використовуються для оцінки ступеня залежності між двома категоріальними змінними. Критерій хі-квадрат використовується для тестування гіпотези про те, що дві категоріальні змінні незалежні. Якщо значення критерію хі-квадрат є статистично значущим, то можна стверджувати, що між змінними існує залежність.

**Порівняння соціально-демографічних характеристик в залежності від
місця перебування**

		Місце перебування				Всього	
		За кордоном		На території України			
		N	%	N	%	N	%
Стать	Чоловіча	18	21,0%	27	22,9%	45	23,0%
	Жіноча	64	79,0%	91	77,1%	155	77,0%
Вік	18-24	59	72,8%	87	73,7%	146	73,0%
	25-45	18	21,0%	26	22,0%	44	22,0%
	46-60	3	3,7%	3	2,5%	6	3,0%
	61 і старше	2	2,5%	2	1,7%	4	2,0%
Рівень освіти	Загальна середня	7	8,6%	8	6,8%	15	7,5%
	Середня спеціальна	2	2,5%	2	1,7%	4	2,0%
	Середня професійна	1	1,2%	0	0,0%	1	0,50%
	Неповна вища	34	40,7%	58	49,2%	92	45,7%
	Повна вища	36	44,4%	49	41,5%	85	42,7%
	Маю наукову ступінь та/або вчене звання	2	2,5%	1	0,80%	3	1,5%
	Всього	80	40,00%	120	60,00%	200	100,0%

Фі-В Крамера є мірою асоціації між двома категоріальними змінними, яка враховує розмір таблиці та кількість категорій кожної зі змінних. Ця міра показує силу залежності між змінними, дозволяє порівнювати різні таблиці та знаходити залежність між змінними, незалежно від їх розмірів та кількості категорій.

Таким чином, використання таблиці сполученості, критеріїв хі-квадрат та Фі-В Крамера є корисним оскільки дозволяють визначити, чи є зв'язок між двома категоріальними змінними статистично значущим, а також кількісно оцінити силу і напрямок цього зв'язку. (Додаток Ж)

Не було виявлено статистично значущого зв'язку між статтю, віком, рівнем освіти та місцем перебування опитаних. За частотами ми бачимо певну структурну однорідність обох вибірок. (табл.3.4)

Також досліджувані відмічали, які труднощі вони переживали з початку війни. Було виявлено статистично значущий зв'язок між труднощами та місцем перебування опитаних. За результатами аналізу було встановлено, що серед тих, хто перебуває за кордоном, було на 5% більше опитаних, які пережили труднощі, пов'язані з переїздом, порівняно з опитаними, які проживають на території України. Також було виявлено, що серед тих, хто проживає на території України, значно більше опитаних, у яких близька людина служить в лавах ЗСУ (26,3% проти 17,3%).

Під час дослідження було виявлено, що серед осіб, які перебувають за кордоном, більше тих, хто зазнав втрати роботи, майна, перебував у зоні окупації та отримав травму. У той же час, серед осіб, які проживають на території України, більше тих, хто пережив смерті близької людини та має фінансові труднощі. (рис.3.1)

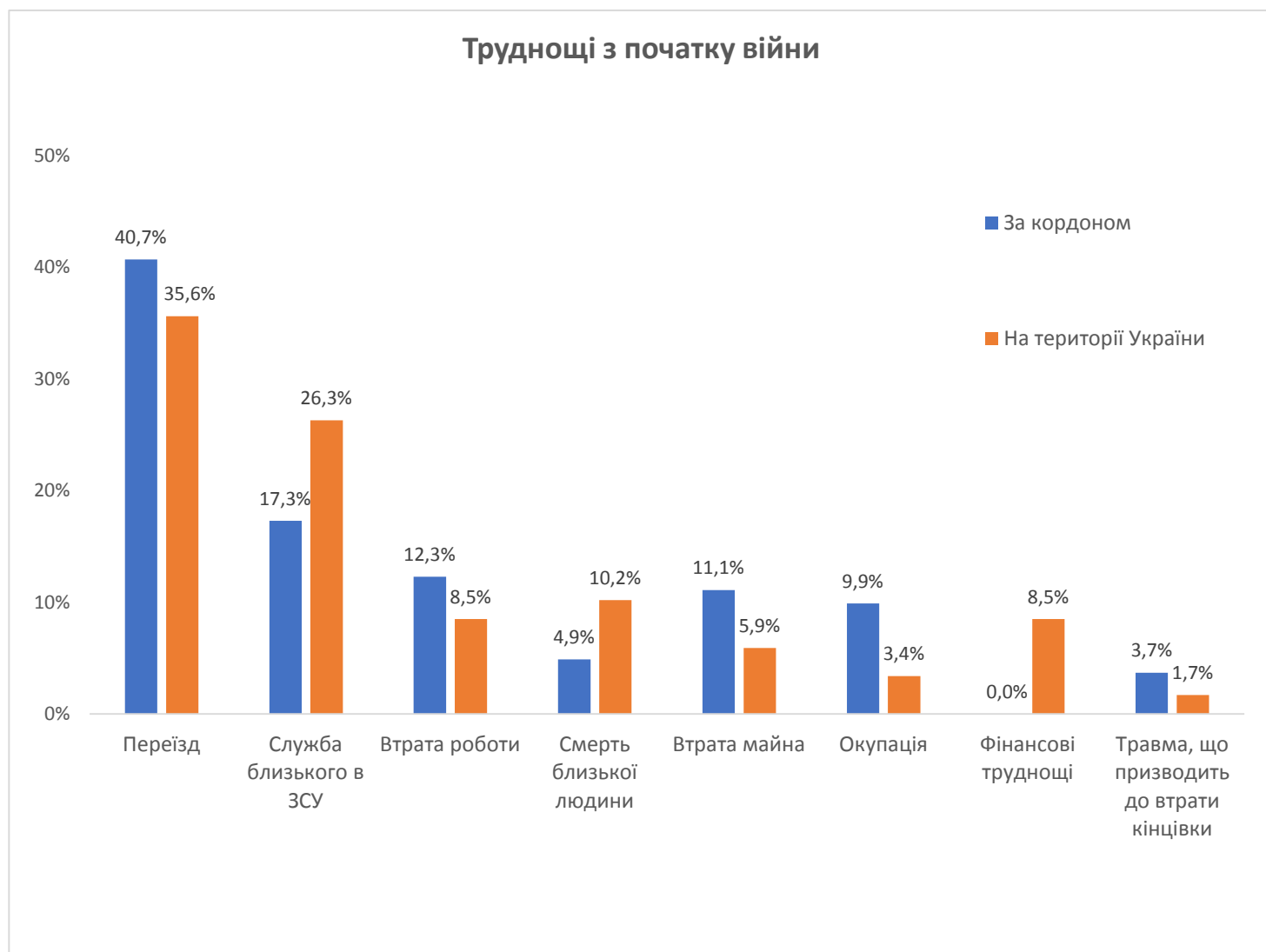


Рис.3.1. Статистичний аналіз результатів в залежності від труднощі, які переживали респонденти з початку війни.

Для коректного вибору методик для статистичного аналізу результатів було проведено перевірку нормальності розподілу (критерій Колмогорова-Смірнова), за допомогою якого було визначено, що розподіл результатів відмінний від нормального. Тому для порівняння середніх було використано непараметричний критерій, а саме, критерій Мана-Уїтні, а для опису даних – медіану.

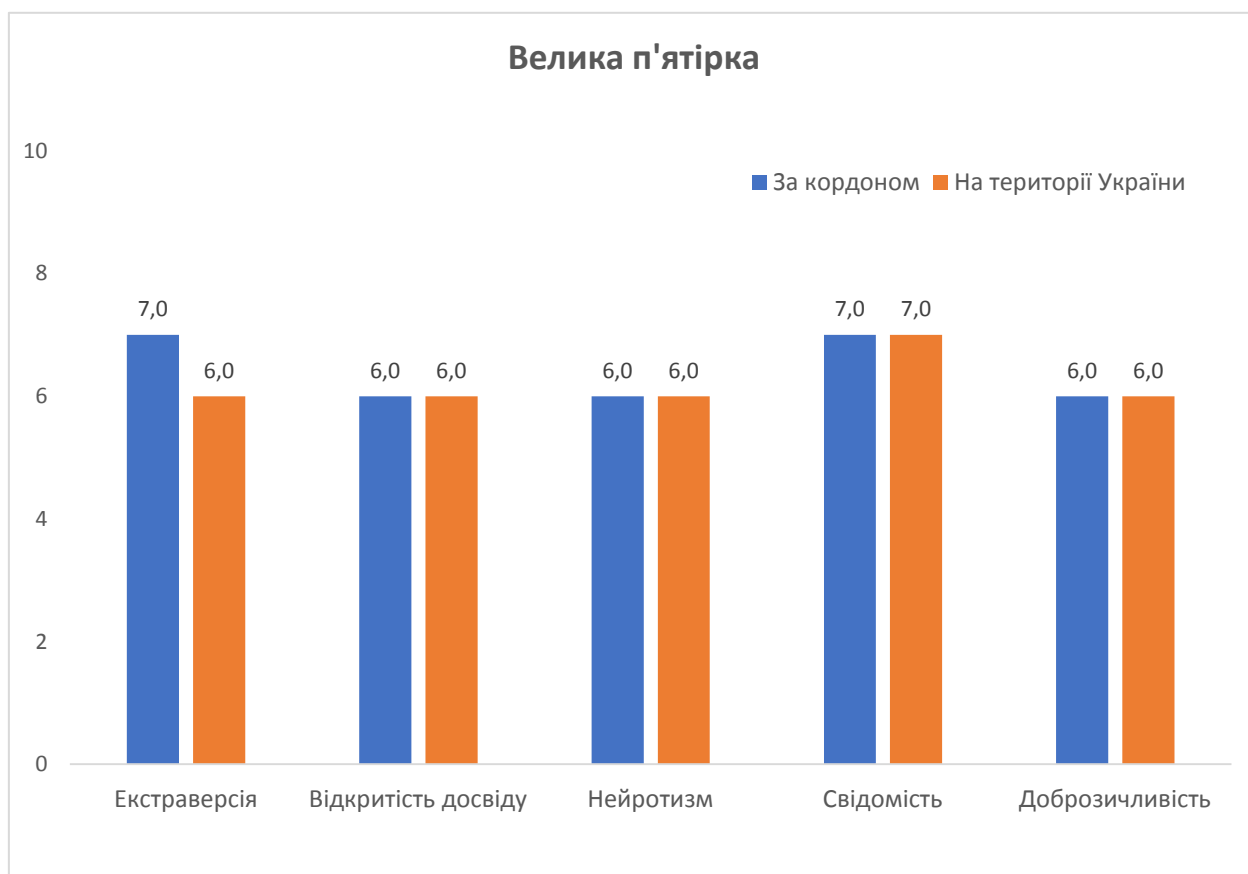
Таблиця 3. 5.

Порівняння психологічних факторів у досліджуваних групах

Параметри	U-критерій Манна Уїтні
Велика п'ятірка (Екстраверсія)	0,106
Велика п'ятірка (Відкритість досвіду)	0,399
Велика п'ятірка (Нейротизм)	0,995
Велика п'ятірка (Добросовісність/усвідомленість)	0,309
Велика п'ятірка (Доброзичливість)	0,970
Модифікована версія шкали посттравматичних симптомів (PTSS-10).	0,046
Шкала впливу стресових подій (Уникнення)	0,555
Шкала впливу стресових подій (Інтрузія)	0,431
Шкала впливу стресових подій (Гіперзбудження)	0,581
Шкала впливу стресових подій (загальний бал)	0,589
Шкала впливу стресових подій (по рівням прояву)	0,993
GAD - 7	0,739
RHQ-9 (стан здоров'я)	0,873
Шкала стресу, пов'язаного з війною	0,408

За результатами статистичної перевірки даних за допомогою U-критерію Манна Уїтні не було знайдено статистично значущих відмінностей показників методик для груп опитуваних, що перебувають за кордоном та на території України, окрім показників за шкалою посттравматичних симптомів. Ці результати можна проінтерпретувати так, що війна, як стресор впливає на здоров'я людей однаково незалежно від місця їх перебування. Відсутність статистично значущих відмінностей може свідчити про те, що війна має однаковий вплив на здоров'я людей незалежно від їх місця перебування. (табл.3.5)

Медіана була використана для опису даних, адже вона є більш стійкою до викидів (або аномальних значень) та може дати кращу репрезентацію центральної тенденції, особливо якщо викиди не є випадковими. У порівнянні з середнім, медіана дозволяє отримати більш точний опис даних, коли розподіл не є нормальним або коли є велика різниця між максимальними та



мінімальними значеннями.

Рис.3.2. Статистичний аналіз результатів тесту «Велика П'ятірка»

По всіх показниках методики «Велика п'ятірка» опитувані мають результати вище середніх. За результатами статистичної перевірки даних не було знайдено статистично значущих відмінностей показників методики для груп опитуваних, що мають різні місця перебування.

З відмінностей на рівні тенденцій, відмітимо незначну різницю у тих, хто перебуває за кордоном, трохи вищий показник екстраверсії.

Більше половини опитаних, що перебувають за кордоном, (58%) мають достатньо симптомів ПТСР для встановлення діагнозу за модифікованою версією (Х.Тулесіус, А.Хаканссон, 1999) шкали посттравматичних симптомів (PTSS-10). Тоді як серед опитаних, що перебувають на території України, таких половина. (рис.3.3)

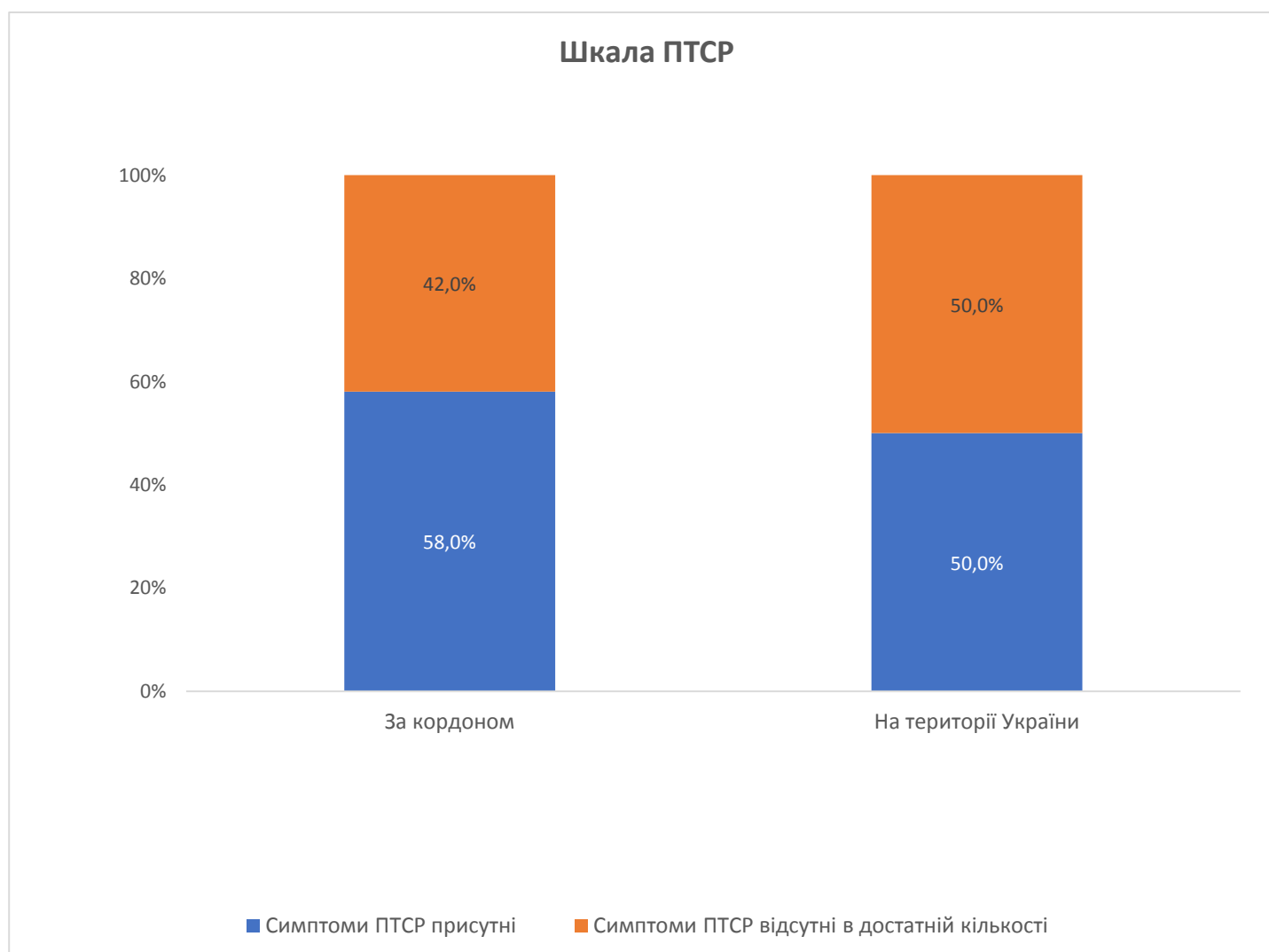


Рис.3.3. Статистичний аналіз результатів шкали посттравматичних симптомів

Представлені дані свідчать про те, що ПТСР є важливою проблемою психічного здоров'я для осіб, які проживають за кордоном, і для тих, хто перебуває в Україні. Високий відсоток респондентів в обох групах повідомили про наявність симптомів ПТСР, що вказує на необхідність подальших досліджень та втручань для вирішення цієї проблеми.

Особливе занепокоєння викликає той факт, що 58% респондентів, які проживають за кордоном, відповідають діагностичним критеріям ПТСР за модифікованою версією шкали ПТСР. Це може бути пов'язано з різними факторами, такими як вплив травматичних подій, ізоляція або культурні відмінності, і підкреслює необхідність цільових втручань і служб підтримки для цієї групи населення.

Аналогічним чином, дані про те, що 50% респондентів, які перебувають в Україні, відповідають діагностичним критеріям ПТСР згідно з модифікованою шкалою ПТСР, підкреслюють потребу в ефективних послугах з охорони психічного здоров'я в цьому регіоні.

Загалом, отримані дані свідчать про те, що ПТСР є серйозною проблемою для психічного здоров'я людей в обох групах, і підкреслюють важливість розробки ефективних втручань і служб підтримки, які допоможуть людям впоратися з психологічним впливом травми.

За результатами аналізу методики GAD-7 було виявлено, що близько двох третин опитаних (в обох місцях перебування) мають помірний чи середній рівень тривожності. (рис.3.4)

Помірний рівень тривожності серед опитуваних може бути пов'язаний з різними факторами, включаючи триваючу політичну та соціальну нестабільність в Україні, схильність до насильства або травматичних подій, а також невизначеність і стрес, пов'язані з виїздом з рідної країни. Той факт, що обидві групи повідомляють про схожий рівень тривожності, свідчить про те, що психологічний вплив війни та пов'язаних з нею стресів є широкомасштабним і

впливає на людей незалежно від того, залишилися вони в Україні чи виїхали з неї.

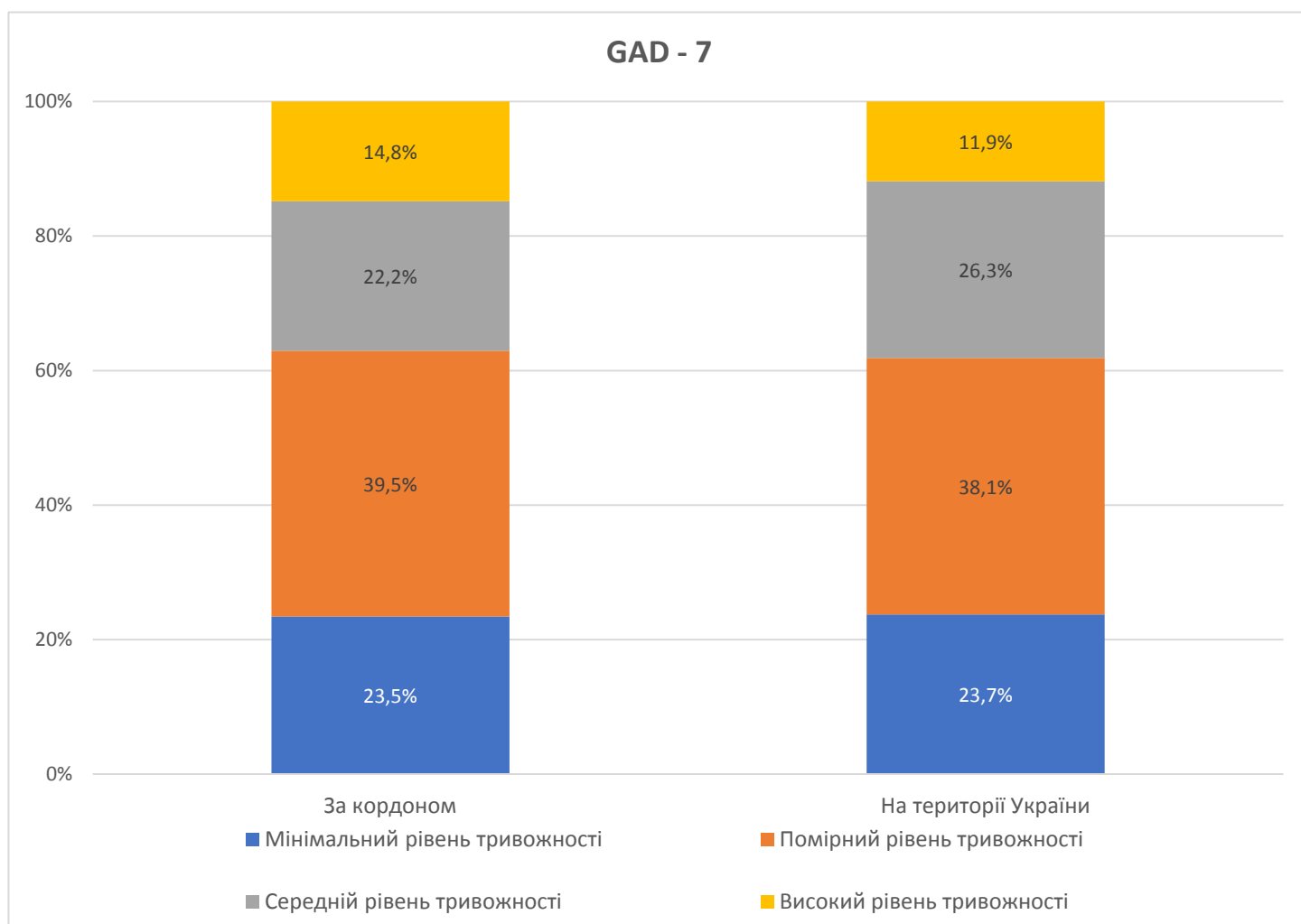


Рис.3.4. Статистичний аналіз результатів за методикою GAD-7

З відмінностей на рівні тенденцій, відмітимо, що серед опитаних, які перебувають за кордоном, трохи більше людей мають високий рівень тривожності, ніж серед тих, які залишилися в Україні. Є декілька можливих причин для цієї різниці в тенденціях.

По-перше, виїзд за кордон може бути пов'язаний зі стресовими подіями, такими як еміграція, переїзд та адаптація до нової культури та середовища. Ці фактори можуть викликати збільшену тривожність серед людей, що перебувають за кордоном.

По-друге, можливо, що особливості соціально-економічного статусу або культурних різниць між групами впливають на рівень тривожності. Наприклад,

можливо, що люди, які виїхали за кордон, мають менше ресурсів або доступу до підтримки для зниження тривожності, порівняно з тими, хто залишився в Україні.

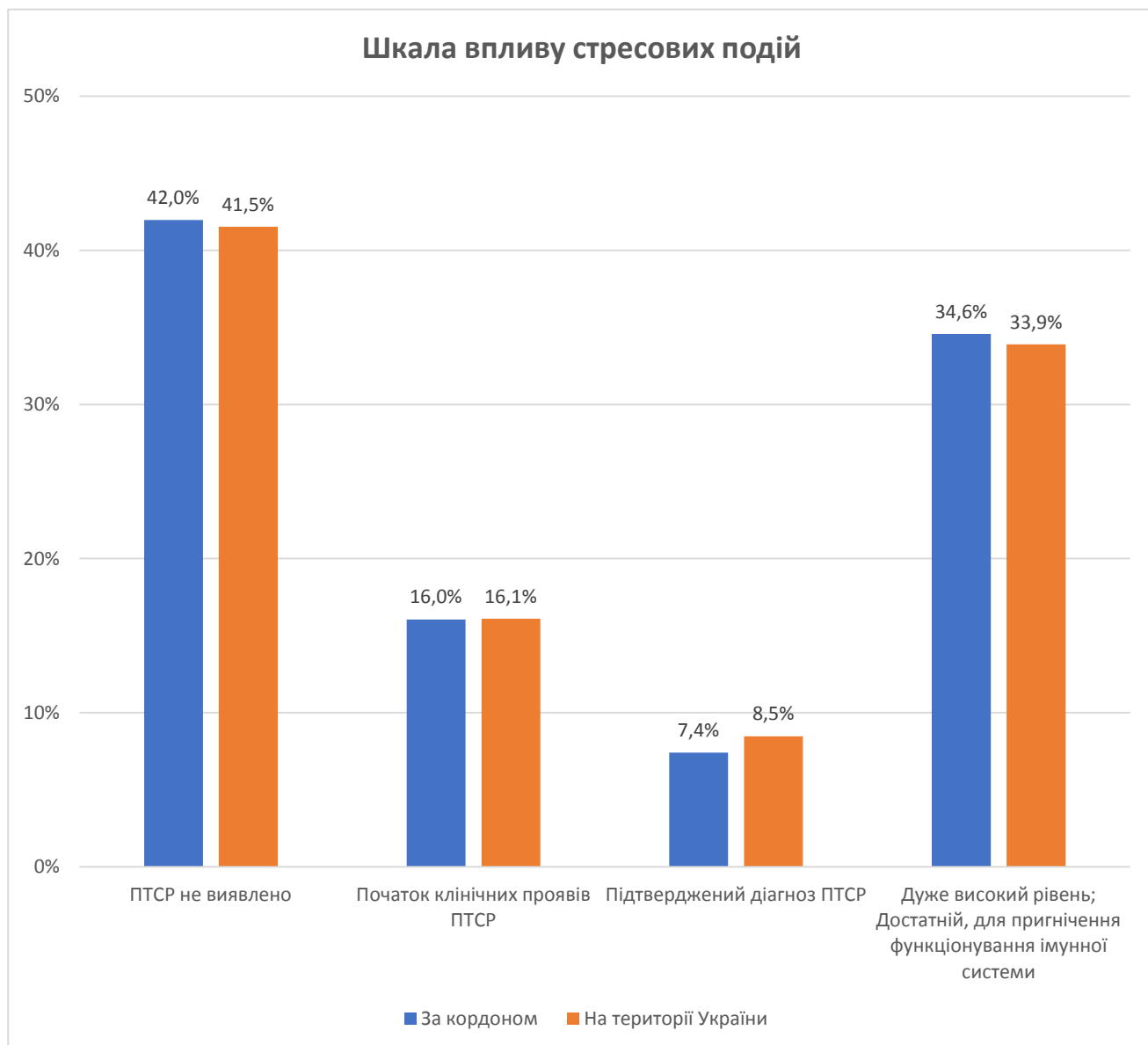


Рис.3.5. Статистичний аналіз результатів за шкалою впливу стресових подій

З аналізу рисунку 3.5. можна прослідкувати, що 16% у обох групах характерні клінічні прояви початку ПТСР. Серед тих, хто вимушено покинули Україну через війну, показник поширеності посттравматичного стресового розладу (ПТСР) за методикою є дещо меншим, ніж серед тих, хто залишився на

території України. Конкретні цифри показують, що 7% опитаних, які перебувають за кордоном, мають підтверджений діагноз ПТСР, в порівнянні з 8.5% опитаних, які залишилися в Україні. (рис.3.5)

Що стосується показників субшкал методики – то тут теж мають місце подібні показники для обох груп респондентів. (рис.3.6)

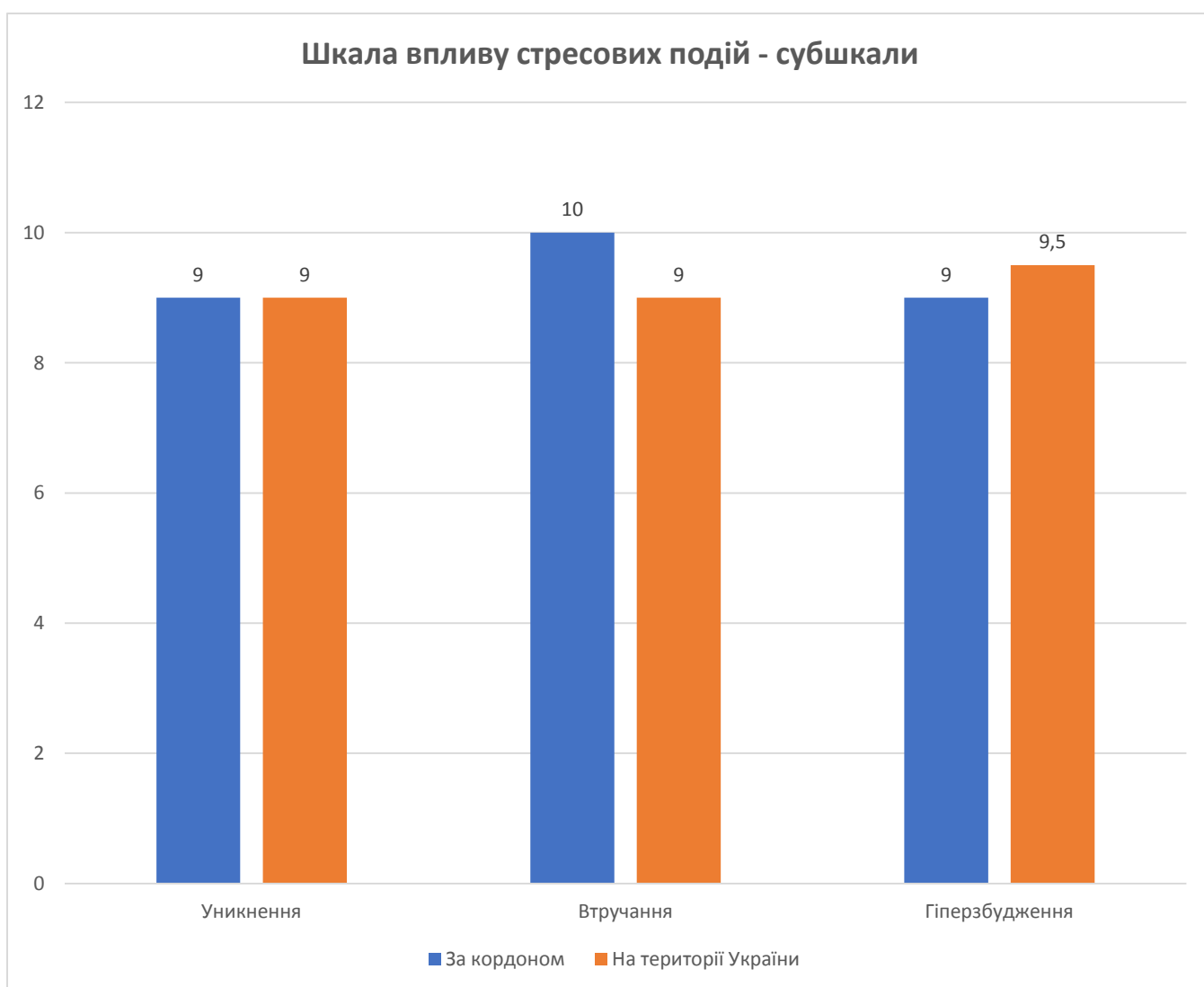


Рис.3.6. Статистичний аналіз результатів субшкал впливу стресових подій

За методикою «Опитувальник стану здоров'я пацієнта-9 (PHQ-9)» серед опитуваних, які перебувають за кордоном, трохи менше осіб з тяжкою депресією в порівнянні з тими, які перебувають на території України. Однак, ця різниця не досягла статистичної значущості. Не можна зробити висновок про

те, що місце перебування має прямий вплив на рівень депресії опитуваних, оскільки різниця в кількості осіб з тяжкою депресією між двома групами не є значущою зі статистичної точки зору. Дані наводять лише на те, що можливо існує тенденція до більшої кількості осіб з тяжкою депресією серед опитуваних, які перебувають за кордоном. (рис.3.7)

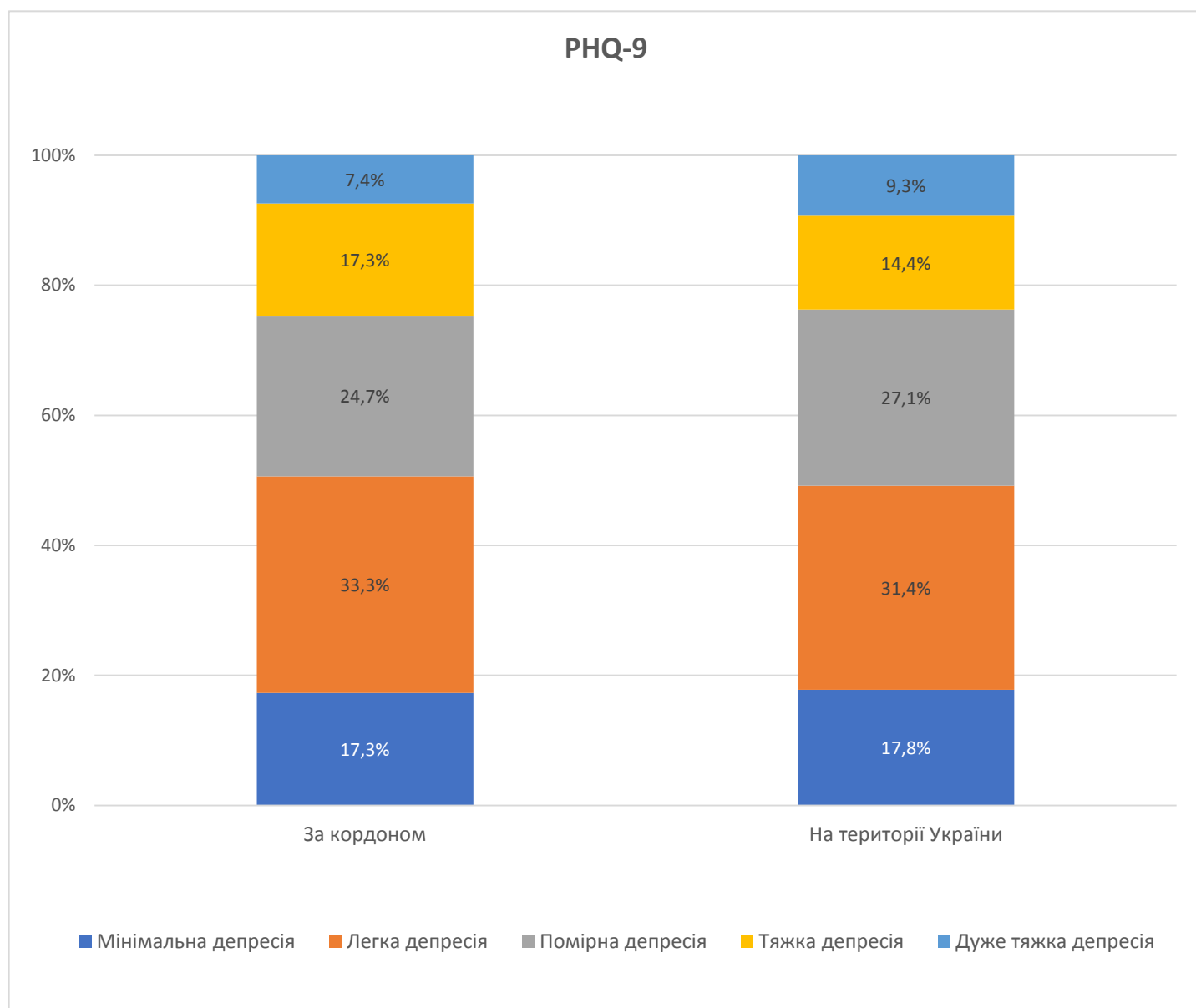


Рис.3.7. Статистичний аналіз результатів за методикою PHQ-9

При аналізі методики «Шкали стресу, пов'язаного з війною» було виявлено, що трохи менше двох третин опитаних (в обох місцях перебування) мають стрес, пов'язаний з війною. За результатами статистичної перевірки

даних не було знайдено статистично значущих відмінностей показників методики для груп опитуваних, що мають різні місця перебування. (рис.3.8)

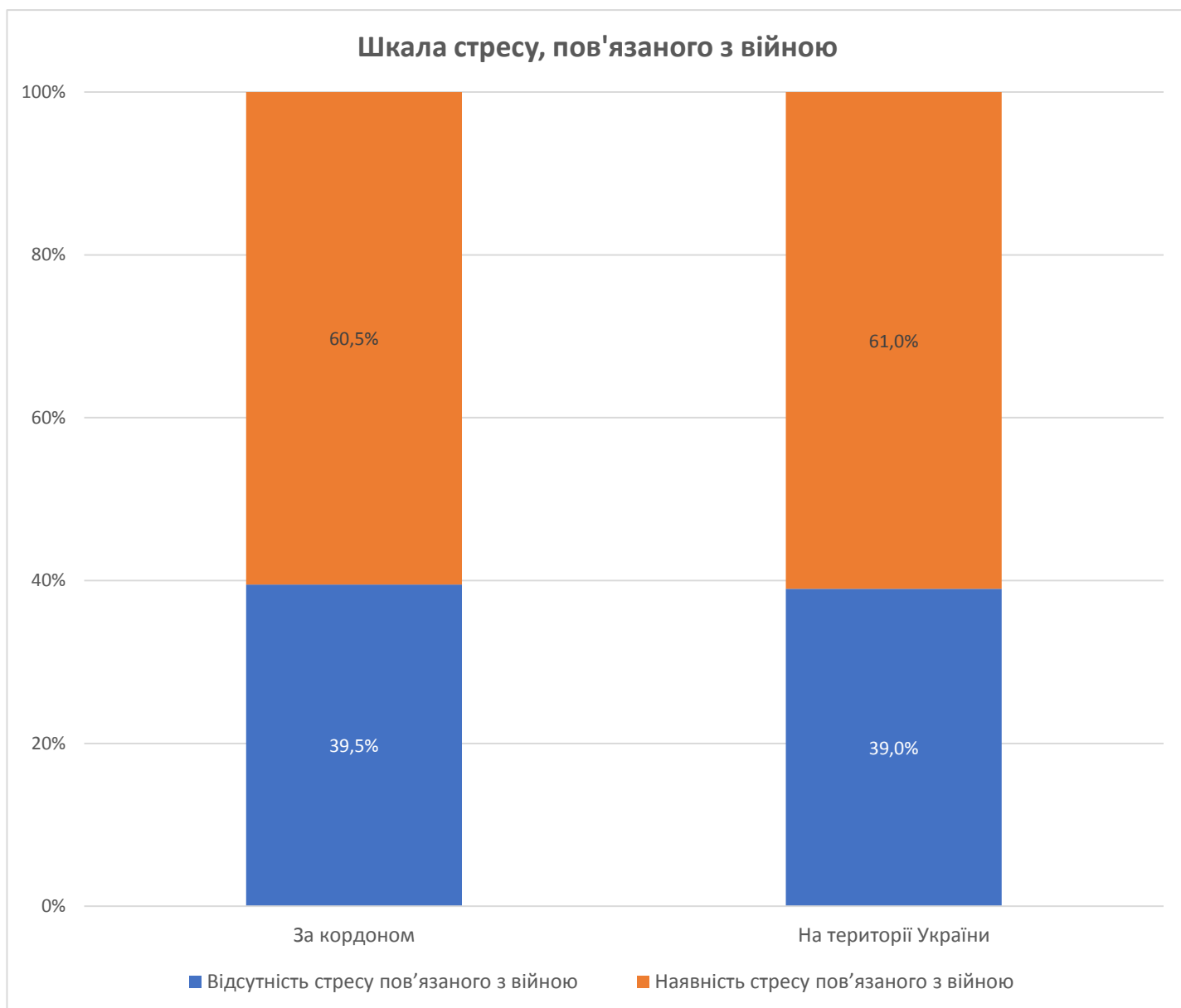


Рис.3.8. Статистичний аналіз результатів шкали стресу, пов'язаного з війною

Відсутність статистично значущих відмінностей у показниках методики дослідження стресу, пов'язаного з війною, для українців, які залишилися, і тих, хто виїхав, може бути пов'язана з кількома причинами. Одна з них полягає в тому, що вплив війни та пов'язаних з нею стресів є широкомасштабним і впливає на людей незалежно від того, залишилися вони в Україні чи виїхали з неї. Іншими словами, психологічний вплив війни міг бути настільки значним,

що впливав на українців незалежно від того, залишилися вони в країні чи виїхали з неї.

Інша причина може полягати у тому, що досвід українців, які залишилися, і тих, хто виїхав, може бути схожим, особливо якщо вони зазнали впливу схожих стресів або травматичних подій. Наприклад, якщо обидві групи пережили втрату близьких, руйнування домівок або насильство, вони можуть мати схожий рівень стресу, пов'язаного з війною.

Крім того, відсутність значущих відмінностей може бути пов'язана з методологічними обмеженнями, такими як малий розмір вибірки, упередженість відбору або помилка вимірювання. Цілком можливо, що більший розмір вибірки або інший методологічний підхід міг би виявити значущі відмінності між двома групами.

Загалом, відсутність значущих відмінностей у показниках стресу, пов'язаного з війною, для українців, які залишилися, і тих, хто виїхав, свідчить про те, що психологічний вплив війни є значним для обох груп.

3.3. Зв'язок стресу з іншими психологічними феноменами

Для виявлення ступеня зв'язку між двома або більше змінними був використаний кореляційний аналіз. Мета кореляційного аналізу - дослідити взаємозв'язок між двома або більше змінними і визначити, чи існує цей зв'язок, і якщо так, то силу і напрямок цього зв'язку.

У дослідженні кореляційний аналіз використовується для вивчення взаємозв'язків між різними змінними, виявлення закономірностей і тенденцій, які можуть впливати на результат, що нас цікавить. (Додаток 3)

Дослідження мало на меті дослідити також зв'язок між стресом та іншими вимірюваними характеристиками. Було створено кореляційну матрицю для аналізу кореляцій. Для візуального аналізу зв'язків між виміряними явищами нижче наведено кореляційну матрицю (рис. 3.9).



Рис.3.1 Кореляційна плеяда: взаємозв'язки рівня посттравматичного стресового розладу з досліджуваними параметрами

Було проведено кореляційний аналіз між рівнем посттравматичного стресового розладу (PTSD) за допомогою PTSS-10 та рівнем депресії, вимірним за допомогою PHQ-9, а також з рівнями уникнення, втручання та гіперактивності.

Перш за все, було виявлено значущий і досить сильний позитивний зв'язок між рівнями PTSD та депресії ($r = 0,660$, $p < 0,01$). Це означає, що люди, які мають високі показники PTSD, схильні страждати від депресії, а також, що ці два стани можуть бути взаємопов'язані та взаємозумовлені.

Другим зв'язком був позитивний зв'язок між рівнями PTSD та уникненням ($r = 0,416$, $p < 0,01$). Це може свідчити про те, що люди з високими рівнями PTSD більш схильні до уникнення неприємних ситуацій та досвіду, які можуть спричинити стрес.

Третій зв'язок, який було виявлено, був позитивним зв'язком між рівнями PTSD та втручанням ($r = 0,496$, $p < 0,01$). Це може вказувати на те, що люди з

високими рівнями PTSD можуть бути схильні до залучення до різних дій, щоб змінити ситуацію або зняти стрес.

Четвертий позитивний зв'язок було виявлено між PTSS-10 та нейротизмом з коефіцієнтом кореляції ($r = 0,437$, $p < 0,01$). Це означає, що зі збільшенням рівня симптомів посттравматичного стресу збільшується ймовірність, що особистість має високий рівень нейротизму.

Нейротизм - це особливість особистості, що характеризується схильністю до негативних емоційних реакцій, таких як тривога, депресія, роздратування та нестабільний настрій. Люди з високим рівнем нейротизму можуть відчувати більш інтенсивну реакцію на стресові ситуації, що може призвести до збільшення ризику розвитку посттравматичного стресу.

Нарешті, п'ятий, був позитивним зв'язком між рівнями PTSD та гіперактивності ($r = 0,512$, $p < 0,01$). Це може свідчити про те, що люди з високими рівнями PTSD можуть бути більш схильні до гострих реакцій на різні стресові події, що може включати підвищену збудженість, нервозність та агресивність.

Загалом, кореляційний аналіз показує, що між досліджуваними змінними існують значущі взаємозв'язки.

Додатково було створено кореляційну матрицю між депресією (PHQ-9) та іншими змінними. Було виявлено позитивні прямі зв'язки з такими досліджуваними факторами:

- Нейротизм ($r = 0,341$, $p < 0,01$). Дана кореляція може свідчити про те, що люди з високим рівнем нейротизму мають більшу схильність до депресії. З іншого боку, підвищений рівень депресії може також призводити до збільшення значень нейротизму у людей.
- Уникнення (шкала впливу стресових подій) ($r = 0,356$, $p < 0,01$). Це означає, що зі збільшенням рівня уникнення відбувається збільшення рівня симптомів депресії, які вимірюються за допомогою PHQ-9. Високий показник уникнення може свідчити про те, що людина при

стресових подіях спробує уникнути їх наслідки, які можуть включати емоційне напруження, тривогу та депресію.

- Втручання (шкала впливу стресових подій) ($r = 0,428, p < 0,01$). Цей зв'язок вказує що зі збільшенням рівня втручання відбувається збільшення рівня симптомів депресії
- Гіперзбудження (шкала впливу стресових подій) ($r = 0,488, p < 0,01$). Це свідчить про те, що із збільшенням значень PHQ-9 зростає ймовірність виникнення гіперзбудження в результаті впливу стресових подій. Тобто, особистості з вищим рівнем симптомів депресії можуть бути більш схильними до розвитку гіперзбудження у відповідь на стресові події.
- Шкала стресу, пов'язаного з війною ($r = 0,284, p < 0,01$). Цей результат може бути пояснений тим, що люди, які стикаються з війною та її наслідками, можуть відчувати не тільки фізичний, але і емоційний стрес. Цей стрес може призвести до розвитку різних психічних розладів, включаючи депресію, що відображено на шкалі PHQ-9. З іншого боку, наявність депресії може зробити людину більш вразливою до стресу, пов'язаного з війною, що впливає на збільшення



рівня стресу.

Рис.3.1 Кореляційна плеяда: взаємозв'язки рівнем посттравматичного стресового розладу з досліджуваними параметрами

Загалом, ці кореляції свідчать про помірний позитивний зв'язок між впливом стресових подій, стратегіями подолання стресу та поганим станом психічного здоров'я. Зокрема, люди, які повідомляють про вищий рівень нейротизму, уникнення, втручання, підвищену збудливість і схильність до стресу, пов'язаного з війною, з більшою ймовірністю повідомляють про гірший стан психічного здоров'я.

Для вивчення впливу психологічних феноменів на стрес пов'язаний з війною в українців, було проведено емпіричне дослідження. Для аналізу отриманих даних використовувався регресійний аналіз, який є кількісним методом визначення взаємозв'язку між залежною та незалежною змінними і передбаченням першої. У конкретному випадку була застосована лінійна регресія.

Перед початком аналізу було перевірено умови застосування регресійного аналізу, зокрема, незалежність значень, розмір вибірки, наявність екстремальних значень, лінійність зв'язку та нормальність розподілу. Розмір вибірки був достатнім для застосування регресійного аналізу (не менше 15 відповідей в незалежній змінній).

Була створена регресійна модель, до даної моделі увійшла такі предиктори: депресія, тривога, ПТСР, доброзичливість, екстраверсія, відкритість досвіду, добросовісність, нейротизм, уникнення, гіперзбудження та інтрузія. (Додаток К)

Дана модель не має надто сильного кореляційного зв'язку із залежною змінною стрес, пов'язаний з війною ($R=0,477$) та пояснює лише 22,8% її дисперсії ($R^2 = 0, 228$). Це означає, що інші фактори, які не були враховані в цій моделі, також впливають на залежну змінну. Модель пояснює отримані дані в залежній зміні на середньому рівні ($F = 5,014, p<0,01$). Загалом, предиктори, які

увійшли до цієї моделі мають як позитивний так і зворотній вплив на залежну змінну:

- Депресія ($\beta = 0,97$)
- Тривога ($\beta = 0,011$)
- Доброзичливість ($\beta = 0,399$)
- Екстраверсія ($\beta = - 0,177$)
- Відкритість досвіду ($\beta = 0,022$)
- Добросовісність ($\beta = - 0,055$)
- Нейротизм ($\beta = 0,132$)
- Уникнення ($\beta = - 0,029$)
- Гіперзбудження ($\beta = 0,238$)
- Інтрузія ($\beta = 0,065$)
- ПТСР ($\beta = 0,091$)

Значення β коефіцієнтів показують ступінь впливу кожного предиктора на залежну змінну. Наприклад, депресія та гіперзбудження мають значний позитивний вплив на стрес, тоді як добросовісність та екстраверсія мають зворотній вплив. Інші предиктори мають менший вплив на залежну змінну.

Дана модель регресійного аналізу має деякі обмеження, але в цілому може бути корисною для дослідження залежності між змінними та прогнозуванням значень залежної змінної на основі відомих значень предикторів.

Також було створено, що дві моделі для груп українців, які виїхали за кордон та для тих, хто лишився на території України.

Регресійна модель створена для вибірки українців, які виїхали за кордон має помірний кореляційний зв'язок із залежною змінною стрес, пов'язаний з війною ($R=0,501$) та пояснює лише 25,1% її дисперсії ($R^2 = 0, 251$). Крім того, модель пояснює отримані дані в залежній змінній на дуже низькому рівні ($F = 2,104$, $p<0,01$), що може означати, що модель не є дуже якісною та має низьку ступінь достовірності. (Додаток М) Це може бути пов'язано з тим, що у моделі

можуть бути відсутні важливі змінні, які також впливають на рівень стресу українців, що емігрували. Предиктори, які увійшли до цієї моделі:

- Депресія ($\beta = 0,232$)
- Тривога ($\beta = 0,182$)
- Доброзичливість ($\beta = 0,010$)
- Екстраверсія ($\beta = 0,200$)
- Відкритість досвіду ($\beta = - 0,054$)
- Добросовісність ($\beta = - 0,230$)
- Нейротизм ($\beta = 0,224$)
- Уникнення ($\beta = - 0,141$)
- Гіперзбудження ($\beta = 0,238$)
- Інтрюзія ($\beta = 0,044$)
- ПТСР ($\beta = 0,066$)

Результат показує, що депресія, тривога, екстраверсія, нейротизм, гіперзбудження та ПТСР позитивно впливають на рівень стресу, тоді як доброзичливість, відкритість досвіду, добросовісність, уникнення та інтрюзія мають зворотній вплив на рівень стресу. Зокрема, коефіцієнти β для депресії, екстраверсії, нейротизму та гіперзбудження більші, що вказує на те, що ці чинники мають більший вплив на рівень стресу, ніж інші. Однак, коефіцієнти β для доброзичливості, відкритості досвіду та добросовісності є зворотними, що означає, що ці чинники зменшують рівень стресу у вибірці.

Регресійна модель створена для вибірки українців, які залишились на території України має помірний кореляційний зв'язок із залежною змінною стрес, пов'язаний з війною ($R=0,577$) та пояснює лише 32,8% її дисперсії ($R^2 = 0, 328$). Модель також пояснює дані в залежній зміні на середньому рівні ($F = 5,020$, $p<0,01$). Отже, предиктори, які увійшли до цієї моделі мають як позитивний так і зворотній вплив на залежну змінну:

- Депресія ($\beta = 0,85$)
- Тривога ($\beta = 0,015$)

- Доброзичливість ($\beta = - 0,107$)
- Екстраверсія ($\beta = 0,205$)
- Відкритість досвіду ($\beta = 0,010$)
- Добросовісність ($\beta = - 0,015$)
- Нейротизм ($\beta = 0,132$)
- Уникнення ($\beta = - 0,027$)
- Гіперзбудження ($\beta = 0,208$)
- Інтрузія ($\beta = 0,055$)
- ПТСР ($\beta = 0,090$)

За результатами регресійного аналізу було виявлено, що деякі предиктори мають позитивний вплив на залежну змінну, а інші мають зворотній вплив. Дана модель регресійного аналізу має деякі обмеження, адже пояснює невелику частину дисперсії. (Додаток Л)

Зокрема, депресія, екстраверсія, гіперзбудження, нейротизм і ПТСР мають позитивний вплив на рівень стресу. Доброзичливість, відкритість досвіду, добросовісність і уникнення мають зворотній вплив на рівень стресу. Інтрузія не має значущого впливу на рівень стресу.

Отже, дані регресійні моделі можуть бути корисними для розуміння того, які особистісні риси можуть впливати на рівень стресу в контексті війни. Проте, слід зазначити, що ці моделі не є повними і не враховують всі можливі фактори, що можуть впливати на рівень стресу.

Варто зазначити, що існує потенціал для подальшого дослідження та включення додаткових факторів, які можуть впливати на рівень стресу в українців, які залишилися на території України та які виїхали за кордон. Наприклад, можна дослідити вплив соціоекономічних факторів, таких як рівень доходів, працевлаштування та доступу до медичних послуг на рівень стресу. Отже, подальші дослідження можуть допомогти у розумінні складних механізмів, які визначають рівень психологічного стресу в українців в умовах повномасштабного вторгнення Росії.

Для досягнення одного з завдань даної дослідження було проведено факторний аналіз з метою виявлення факторної структури особистісних властивостей українців, які зазнали стресу внаслідок повномасштабного вторгнення Росії.

Факторний аналіз є методом, який дозволяє визначити неспостережувану та прямо не досліджувану величину або категорію, яка пов'язана з багатьма вимірюваними характеристиками. Оскільки факторний аналіз базується на кореляції, то кореляційні зв'язки між параметрами вважаються факторами або латентними змінними, які не можуть бути безпосередньо виміряні.

Факторний аналіз застосовується з двох основних цілей: визначення взаємозв'язків між змінними та їх класифікація, що відомо як "об'єктивна R-класифікація", та зниження кількості змінних. Перед початком аналізу усі умови застосування факторного аналізу були перевірені, зокрема на незалежність значень, розмір вибірки, лінійність зв'язку, нормальність розподілу. (Додаток Н)

Базуючись на проведеному аналізі було виявлено факторну модель. Дана модель містить 4 фактори, які пояснюють 67% дисперсії:

1. Перший фактор включає у себе такі предиктори: шкала впливу стресових подій (загальний бал), субшкали інтрузія, уникнення, гіперзбудження.
2. Другий фактор вказує на зв'язок таких характеристик: стрес, пов'язаний з війною, нейротизм, посттравматичних симптомів.
3. Третій фактор включає у себе такі предиктори: зворотній прояв депресія, екстраверсія та доброзичливість.
4. Четвертий фактор вказує на зв'язок таких характеристик: тривога, добросовісність, відкритість досвіду.

Однак, необхідно зазначити, що наведені параметри не дозволяють оцінити якість факторної моделі. Кореляційна матриця, яка є важливою складовою факторного аналізу, не була наведена, тому неможливо оцінити кореляції між змінними. Також не були наведені параметри якості структури,

такі як коефіцієнт Кайзера–Мейера–Олкіна (КМО) та тест Бартлетта, які допомагають визначити адекватність факторної моделі. Тому, на жаль, не можна зробити висновок про якість наведеної факторної моделі.

Існує кілька перспектив для подальшого дослідження та покращення цієї факторної моделі. По-перше, можна спробувати включити додаткові змінні або фактори, які не були враховані в поточній моделі.

По-друге, можна використовувати інші методи факторного аналізу для покращення якості моделі. Наприклад, можна використовувати метод Exploratory Structural Equation Modeling (ESEM), який дозволяє розглядати не тільки внутрішню структуру факторів, але й взаємозв'язки між ними. Це може дати більш повну картину взаємозв'язків між факторами та змінними, що досліджуються. Для проведення важливо збільшити вибірку у декілька разів.

По-третє, можна використовувати інші методи аналізу даних, такі як класифікаційні моделі, щоб досліджувати взаємозв'язки між різними факторами та змінними. Наприклад, можна використовувати методи дерева рішень, щоб знайти найбільш інформативні змінні та їх взаємозв'язки з рівнем стресу.

В цілому, подальше дослідження може допомогти розширити знання про фактори, які впливають на рівень стресу, а також допомогти у розробці кращих стратегій для його подолання.

Висновки до розділу 3

1. Під час проведення дослідження був здійснений переклад англomовних методик: шкали оцінки генералізованого тривожного розладу (Generalized Anxiety Disorder Scale-7) Спітзера Р. та Вільямса Д., 2006, опитувальнику стану здоров'я, депресивних симптомів (Patient Health Questionnaire – 9) Спітзера Р. та Вільямса Д., 1999, шкали стресу, пов'язаного з війною (War-related stress scale) Варгова Л. та Адамкович, 2022 українською мовою з подальшою обробкою даних

для визначення надійності досліджуваних характеристик за допомогою критерію Альфа Кронбаха

2. Виявлено відмінності між стресорами та проявами травматичних симптомів у осіб, що хто виїхали за кордон та тих, хто залишився на території України. За результатами аналізу було встановлено, що серед тих, хто перебуває за кордоном, було на 5% більше опитаних, які пережили труднощі, пов'язані з переїздом, порівняно з опитаними, які проживають на території України. Також було виявлено, що серед тих, хто проживає на території України, значно більше опитаних, у яких близька людина служить в лавах ЗСУ (26,3% проти 17,3). Більше половини опитаних, що перебувають за кордоном, (58%) мають достатньо симптомів ПТСР для встановлення діагнозу за модифікованою версією (Х.Тулесіус, А.Хаканссон, 1999) шкали посттравматичних симптомів (PTSS-10), тоді як серед опитаних, що перебувають на території України, таких половина.
3. Виявлено кореляційний зв'язок між рівнем посттравматичного стресового розладу (PTSD) за допомогою PTSS-10 та рівнем депресії, вимірним за допомогою PHQ-9 ($r = 0,660$, $p < 0,01$), а також з рівнями уникнення ($r = 0,416$, $p < 0,01$), втручання ($r = 0,496$, $p < 0,01$) та гіперактивності ($r = 0,437$, $p < 0,01$). Також, було виявлено зв'язок між рівнем прояву депресії (PHQ-9) з нейротизм ($r = 0,341$, $p < 0,01$), уникнення ($r = 0,356$, $p < 0,01$), втручання ($r = 0,428$, $p < 0,01$), гіперзбудження ($r = 0,488$, $p < 0,01$) та шкалою стресу, пов'язаного з війною ($r = 0,284$, $p < 0,01$).
4. Створено модель регресійного аналізу, яка використовується для дослідження зв'язку між факторами та рівнем стресу, пояснює близько 22,8% дисперсії залежної змінної, що свідчить про те, що існують інші фактори, які впливають на рівень стресу, але не були враховані у цій моделі. Окрім того, модель регресії виявилася корисною для вивчення взаємозв'язку між змінними та прогнозування значень залежної

змінної на основі відомих значень предикторів. Результати показали, що депресія та гіперзбудження мають значний позитивний вплив на рівень стресу, тоді як добросовісність та екстраверсія мають зворотній вплив. У порівнянні регресійних моделей, створених для двох вибірок українців, які мають різний статус перебування (за кордоном і тих, хто залишився на території України), було виявлено, що коефіцієнт детермінації R^2 , який показує, яку частину дисперсії залежної змінної можна пояснити за допомогою використаної моделі, був досить низьким в обох моделях. Модель, створена для вибірки тих, хто переїхав за кордон, пояснила лише 25,1% дисперсії залежної змінної, що може свідчити про недостатність включених у модель факторів. Модель, створена для вибірки тих, хто залишився на території України, пояснила 32,8% дисперсії залежної змінної, що також може вказувати на потребу у додаткових факторах. Обидві моделі виявили, що позитивний вплив на рівень стресу мають такі фактори, як депресія, тривога, нейротизм, гіперзбудження та ПТСР. Зворотній вплив на рівень стресу мають доброзичливість, відкритість досвіду, добросовісність, уникнення та інтрузія.

5. Для виявлення факторної структури психічного здоров'я українців, що перебувають за кордоном та на території України було проведено факторний аналіз. Отримана факторна модель виявилась не якісною, оскільки відсутні кореляційні зв'язки, що дозволять побудувати факторне розподілення.

ВИСНОВКИ

Дослідження психологічного стресу українців в умовах повномасштабного вторгнення Росії дозволило сформулювати наступні висновки:

1. Війна має значний вплив на здоров'я людей, який не обмежується травмами, отриманими внаслідок бойових дій. Як військові, так і цивільні особи страждають від психологічних наслідків, включаючи ПТСР, депресію, тривогу та інші розлади. Технологічний розвиток засобів масової інформації, інтернету та соціальних мереж збільшує вплив військових конфліктів, терористичних актів та інформаційних воєн на психологічний стан населення в усьому світі. Травматичні події, які пов'язані з насильством, катастрофами та іншими подіями, можуть призвести до серйозних розладів психічного здоров'я. Існують значні відсотки депресії, ПТСР, тривожності, соматизації та інших станів у цивільних осіб, які були свідками травматичних подій. Стресори, тобто зовнішні подразники, можуть порушити внутрішній баланс і викликати захисно-приспосувальну реакцію організму. Будь-яка подія, переживання

або подразник навколишнього середовища може бути стресором, який впливає на фізіологічну реакцію організму.

2. Збройний конфлікт має серйозний вплив на психічне здоров'я людей, особливо на тих, хто проживає в зоні конфлікту або безпосередньо бере участь у ньому. Війна може викликати різні форми психічного стресу, включаючи ПТСР, КПТСР, депресію та тривогу. Проте не всі проблеми пов'язані з насильством або стресовими умовами, які воно породжує. Більшість українців, які беруть участь у дослідженнях, повідомляють про значні рівні стресу, пов'язаного з війною, та вищі показники за шкалою депресії, тривоги та стресу порівняно з іншими національностями. Рівень стресу може відрізнятися в залежності від регіону проживання, статі та інших факторів. Збройний конфлікт породжує соціальні та матеріальні умови повсякденного життя, які також можуть стати джерелом стресу для людей. Для забезпечення психічного благополуччя населення важливо враховувати всі аспекти життя людей під час конфлікту, які можуть стати джерелом стресу і травматичного впливу на їхнє психічне здоров'я.
3. Дослідження показало, що люди, які пережили травматичні події війни, мають збільшений ризик розвитку різних психічних проблем, таких як тривожність, депресія, посттравматичний стресовий розлад і т.д. Для проведення дослідження було використано діагностичні інструменти, що дають можливість адекватно виміряти досліджувані особливості: Тест велика п'ятірка BFI-10 (адаптація О.О. Сердюк, Б.О. Базима); Методика на генералізований тривожний розлад 7 пунктів (GAD-7); Опитувальник стану здоров'я пацієнта-9 (PHQ-9); Шкала стресу, пов'язаного з війною; Модифікована версія Шкали посттравматичних симптомів (ШПТС-10); Шкала впливу стресових подій.
4. Було встановлено, що труднощі, пов'язані з переїздом, більш поширені серед опитаних, які перебувають за кордоном, порівняно з опитаними, які проживають на території України. Також було виявлено, що серед опитаних, які проживають на території України, більше тих, у кого

близька людина служить в лавах ЗСУ. Більше половини опитаних, що перебувають за кордоном, мають достатньо симптомів ПТСР для встановлення діагнозу за модифікованою версією шкали посттравматичних симптомів (PTSS-10), тоді як серед опитуваних, які перебувають на території України, таких половина. Дослідження виявило статистично значущий зв'язок між труднощами та місцем перебування опитаних, а також різницю в проявах ПТСР між двома групами. Крім того, були знайдені кореляційні зв'язки між ПТСР, депресією та іншими показниками. Проте, не було виявлено статистично значущого зв'язку між деякими характеристиками опитаних та їх місцем перебування, а також між показниками методик та місцем перебування опитаних.

5. Створено модель регресійного аналізу для вивчення зв'язку між факторами та рівнем стресу. Ця модель пояснює близько 22,8% дисперсії залежної змінної, що свідчить про наявність інших факторів, які впливають на рівень стресу, але не були враховані. Зокрема, результати показали, що депресія та гіперзбудження мають значний позитивний вплив на рівень стресу, тоді як добросовісність та екстраверсія мають зворотній вплив. Порівнюючи регресійні моделі для двох вибірок українців з різним статусом перебування (за кордоном та на території України), було виявлено, що коефіцієнт детермінації R-квадрат, який показує, яку частину дисперсії залежної змінної можна пояснити за допомогою моделі, був досить низьким у обох моделях. Модель для вибірки тих, хто переїхав за кордон, пояснила лише 25,1% дисперсії залежної змінної, що може свідчити про недостатність включених у модель факторів. Модель для вибірки тих, хто залишився на території України, пояснила 32,8% дисперсії залежної змінної, що також може вказувати на потребу у додаткових факторах. Обидві моделі виявили, що на рівень стресу впливають такі фактори, як депресія, тривога, нейротизм, гіперзбудження та ПТСР.

б. Для вивчення того, які фактори впливають на психічне здоров'я українців, які перебувають за кордоном та на території України, було проведено факторний аналіз. Однак, під час аналізу виявилось, що отримана факторна модель не має достатньої якості, оскільки немає достатньої кількості кореляційних зв'язків між факторами, які можна було б використати для побудови факторного розподілення. Це означає, що отримані дані не дають достатньої інформації для визначення тих чинників, які мають найбільший вплив на психічне здоров'я українців. Таким чином, необхідно провести подальші дослідження з використанням інших методів, щоб дійти до більш точних та обґрунтованих висновків.

Перспектива наступних досліджень полягає у покращенні моделі дослідженні та поглибленні вивчення впливу перебігу військових подій на психічний стан українців.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Бакка, Ю. В. (2022). Посттравматичний стресовий розлад та його вплив на особистість після війни.
2. Брейдак, О. А. (2023). Вплив стресу на харчування дітей в умовах повномасштабного вторгнення в Україні.
3. Велічко, А. В. (2023). Інформаційно-психологічний вплив на особистість під час війни в Україні.
4. Горбенко, Ю. Л. (2017). Особистість у гібридній війні: психологічний вимір.
5. Гуцалюк, В. С. (2021). Посттравматичний стресовий розлад як наслідок участі у бойових діях.
6. Заяц, О. В. ОСОБЛИВОСТІ ПРОЯВУ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ У ВЕТЕРАНІВ. *Теоретичні та методологічні проблеми практичної психології, її перспективи: Збірник доповідей міжвузівської студентської науково-практичної онлайн-конференції, присвяченої 130-річчю з Дня народження К. Левіна.–Кропивницький, 2020.–381 с., 119.*

7. Зливков, В. Л., Лукомська, С. О., Котух, О. В., & Мельник, О. В. (2019). Міжнародний опитувальник травми (itq): адаптація україномовної версії та можливості використання для діагностики комплексного і відтермінованого птср. *Актуальні проблеми психології*, 2(14), 145-161.
8. Калініченко, Б. Суб'єктивний вимір гібридної війни: алгоритм впливу і захисні механізми. *Humanities and Social Sciences*, 45.
9. Кобильченко, В. В., & Омельченко, І. М. (2022). Війна як довготривала деприваційна ситуація.
10. Краснокутський, М. І., & Овсяннікова, Я. О. (2018). Психотравмуючий досвід дітей: основні етапи надання психологічної допомоги. *Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія «Психологічні науки»*, 2(1), 56-61.
11. КУЗЬМЕНКО, Ю. (2022). ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ СТАНУ ТА НАСЛІДКІВ ДЛЯ ОСІБ, ЩО ПЕРЕЖИЛИ ВТРАТУ БЛИЗЬКИХ ЇМ ЛЮДЕЙ ПІД ЧАС ВІЙНИ. *Науковий вісник Вінницької академії безперервної освіти. Серія «Педагогіка. Психологія»*, (1), 28-33.
12. Курило, В. С., & Савченко, С. В. (2019). Інформаційна агресія в контексті гібридної війни на сході України.
13. Курило, В. С., Караман, О. Л., & Савченко, С. В. (2018). Соціалізація особистості в умовах гібридної війни на сході України.
14. Овсяннікова, Я. О. (2014). Психологічний захист дошкільників в осередку надзвичайної ситуації.
15. Овсяннікова, Я. О. (2016). Особливості надання невідкладної психологічної допомоги дітям в осередку надзвичайної ситуації.
16. Предко, В. В., & Сомова, О. О. (2022). Вплив війни на зміну рівня стресу та стратегій збереження життєстійкості українців. *Вчені записки ТНУ імені ВІ Вернадського. Серія: Психологія*, 33(72), 89-98.
17. Прокопець, А. (2022). Особливості психологічного здоров'я молоді в умовах війни.

18. Савченко, С. (2017). Особливості процесу соціалізації особистості в умовах гібридної війни в Донбасі. *Освітлогія*, (6), 86-91.
19. Саковська, В. В. (2022). ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ВПЛИВУ ВІЙНИ НА САМОСТАВЛЕННЯ ОСОБИСТОСТІ. *DEVELOPMENT OF MODERN SCIENCE, EXPERIENCE AND TRENDS*, 3, 377.
20. Слюсаревський, М. М. (2022). Соціально-психологічний стан українського суспільства в умовах повномасштабного російського вторгнення: нагальні виклики і відповіді. *Вісник Національної академії педагогічних наук України*, 4(1).
21. Титаренко, Т. М. (2015). Напрями психологічної реабілітації особистості, що переживає події війни. *Психологічна допомога особистості, що переживає наслідки травматичних подій: Збірник статей–К.: Міленіум*, 3-13.
22. Усікова, З. Л., Ракша-Слюсарєва, О. А., & Слюсарєв, О. А. САМОАКТУАЛІЗАЦІЯ У СТУДЕНТІВ МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ В УМОВАХ РОСІЙСЬКОЇ АГРЕСІЇ. In *The IV International Scientific and Practical Conference «Modern directions of development of science and technology»*, January 30–February 01, Liverpool, Great Britain. 287 p. (p. 173).
23. Щотка, О. П., & Андрєєва, Я. Ф. (2022). Взаємозв'язок між задоволеністю життям та посттравматичним зростанням у аспірантів в умовах війни в Україні. *ОРГАНІЗАЦІЙНА ПСИХОЛОГІЯ. ЕКОНОМІЧНА ПСИХОЛОГІЯ*, (27), 64-74.
24. Яцина, О. Ф. (2022). Вплив війни на психічне здоров'я: ознаки травматизації психіки дітей та підлітків.
25. Akbulut-Yuksel, M. (2017). War during childhood: The long run effects of warfare on health. *Journal of health economics*, 53, 117-130.
26. Betancourt, T. S., & Williams, T. (2008). Building an evidence base on mental health interventions for children affected by armed conflict. *Intervention (Amstelveen, Netherlands)*, 6(1), 39.

27. Bürgin, D., Anagnostopoulos, D., Vitiello, B., Sukale, T., Schmid, M., & Fegert, J. M. (2022). Impact of war and forced displacement on children's mental health—multilevel, needs-oriented, and trauma-informed approaches. *European child & adolescent psychiatry*, *31*(6), 845-853.
28. Charlson, F., van Ommeren, M., Flaxman, A., Cornett, J., Whiteford, H., & Saxena, S. (2019). New WHO prevalence estimates of mental disorders in conflict settings: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet*, *394*(10194), 240-248.
29. Chudzicka-Czupała, A., Hapon, N., Chiang, S. K., Żywiołek-Szeja, M., Karamushka, L., Lee, C. T., ... & Chen, Y. L. (2023). Depression, anxiety and post-traumatic stress during the 2022 Russo-Ukrainian war, a comparison between populations in Poland, Ukraine, and Taiwan. *Scientific Reports*, *13*(1), 3602.
30. El Baba, R., & Colucci, E. (2018). Post-traumatic stress disorders, depression, and anxiety in unaccompanied refugee minors exposed to war-related trauma: a systematic review. *International journal of culture and mental health*, *11*(2), 194-207.
31. Farhood, L., Zurayk, H., Chaya, M., Saadeh, F., Meshefedjian, G., & Sidani, T. (1993). The impact of war on the physical and mental health of the family: The Lebanese experience. *Social Science & Medicine*, *36*(12), 1555-1567.
32. FAVA, G. A. (2012). The clinical role of psychological well-being. *World Psychiatry*, *11*(2), 102.
33. Fino, E., Mema, D., & Russo, P. M. (2020). War trauma exposed refugees and posttraumatic stress disorder: The moderating role of trait resilience. *Journal of Psychosomatic Research*, *129*, 109905.
34. Frankel, J. B. (1998). Ferenczi's trauma theory. *American Journal of Psychoanalysis*, *58*(1), 41-61.
35. Gesesew, H., Berhane, K., Siraj, E. S., Siraj, D., Gebregziabher, M., Gebre, Y. G., ... & Tesfay, F. H. (2021). The impact of war on the health system of the Tigray region in Ethiopia: an assessment. *BMJ Global Health*, *6*(11), e007328.

36. Hageaars, M. A. (2012). Anxiety symptoms influence the effect of post-trauma interventions after analogue trauma. *Journal of Experimental Psychopathology*, 3(2), 209-222.
37. Hasanović, M., Sinanović, O., Pajević, I., Avdibegović, E., & Sutović, A. (2006). Post-war mental health promotion in Bosnia-Herzegovina. *Psychiatria Danubina*, 18(1-2), 74-78.
38. Irfan, U. (2016). Mental health and factors related to mental health among Pakistani university students.
39. Javanbakht, A. (2022). Addressing war trauma in Ukrainian refugees before it is too late. *European Journal of Psychotraumatology*, 13(2), 2104009.
40. Jawaid, A., Gomolka, M., & Timmer, A. (2022). Neuroscience of trauma and the Russian invasion of Ukraine. *Nature Human Behaviour*, 6(6), 748-749.
41. Kashdan, T. B., Morina, N., & Priebe, S. (2009). Post-traumatic stress disorder, social anxiety disorder, and depression in survivors of the Kosovo War: Experiential avoidance as a contributor to distress and quality of life. *Journal of anxiety disorders*, 23(2), 185-196.
42. Kastrup, M. C. (2006). Mental health consequences of war: gender specific issues. *World Psychiatry*, 5(1), 33.
43. Kleber, R. J. (2019). Trauma and public mental health: A focused review. *Frontiers in psychiatry*, 10, 451.
44. Kloos, H. (1992). Health impacts of war in Ethiopia. *Disasters*, 16(4).
45. Kluge, U., Rapp, M. A., Mehran, N., Jumaa, J., & Aichberger, M. C. (2019). Armut, Migration und psychische Gesundheit. *Der Nervenarzt*, 90(11).
46. Kreidler, S., & Kreidler, H. (1988). Trauma and anxiety: The cognitive approach. *Journal of Traumatic Stress*, 1(1), 35-56.
47. Lebowitz, B. D., & Niederehe, G. (1992). Concepts and issues in mental health and aging. In *Handbook of mental health and aging* (pp. 3-26). Academic Press.
48. Levy, B. S. (2022). *From horror to hope: recognizing and preventing the health impacts of war*. Oxford University Press.

49. Levy, B. S. (2023). Documenting and preventing the impacts of war. *Journal of Public Health Policy*, 1-3.
50. Lim, I. C. Z., Tam, W. W., Chudzicka-Czupala, A., McIntyre, R. S., Teopiz, K. M., Ho, R. C., & Ho, C. S. (2022). Prevalence of depression, anxiety and post-traumatic stress in war-and conflict-afflicted areas: A meta-analysis. *Frontiers in Psychiatry*, 2136.
51. Lin, K. M., & Cheung, F. (1999). Mental health issues for Asian Americans. *Psychiatric Services*, 50(6), 774-780.
52. Lindencrona, F., Ekblad, S., & Hauff, E. (2008). Mental health of recently resettled refugees from the Middle East in Sweden: the impact of pre-resettlement trauma, resettlement stress and capacity to handle stress. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 43, 121-131.
53. Maguen, S., Lucenko, B. A., Reger, M. A., Gahm, G. A., Litz, B. T., Seal, K. H., ... & Marmar, C. R. (2010). The impact of reported direct and indirect killing on mental health symptoms in Iraq war veterans. *Journal of Traumatic Stress: Official Publication of The International Society for Traumatic Stress Studies*, 23(1), 86-90.
54. Miller, K. E., & Rasmussen, A. (2010). War exposure, daily stressors, and mental health in conflict and post-conflict settings: Bridging the divide between trauma-focused and psychosocial frameworks. *Social science & medicine*, 70(1), 7-16.
55. Mobbs, M. C., & Bonanno, G. A. (2018). Beyond war and PTSD: The crucial role of transition stress in the lives of military veterans. *Clinical psychology review*, 59, 137-144.
56. Modell, J., & Haggerty, T. (1991). The social impact of war. *Annual Review of Sociology*, 17(1), 205-224.
57. Morina, N., Stam, K., Pollet, T. V., & Priebe, S. (2018). Prevalence of depression and posttraumatic stress disorder in adult civilian survivors of war who stay in war-afflicted regions. A systematic review and meta-analysis of epidemiological studies. *Journal of affective disorders*, 239, 328-338.

58. Murthy, R. S., & Lakshminarayana, R. (2006). Mental health consequences of war: a brief review of research findings. *World psychiatry*, 5(1), 25.
59. Osokina, O., Silwal, S., Bohdanova, T., Hodes, M., Sourander, A., & Skokauskas, N. (2023). Impact of the Russian invasion on mental health of adolescents in Ukraine. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 62(3), 335-343.
60. Patel, S. S., & Erickson, T. B. (2022). The new humanitarian crisis in Ukraine: Coping with the public health impact of hybrid warfare, mass migration, and mental health trauma. *Disaster medicine and public health preparedness*, 1-2.
61. Rignault, D. P. (1992). Abdominal trauma in war. *World journal of surgery*, 16, 940-946.
62. Rizzi, D., Ciuffo, G., Sandoli, G., Mangiagalli, M., De Angelis, P., Scavuzzo, G., ... & Ionio, C. (2022). Running away from the war in Ukraine: the impact on mental health of internally displaced persons (IDPs) and refugees in transit in Poland. *International journal of environmental research and public health*, 19(24), 16439.
63. Rona, R. J., Hooper, R., Jones, M., Hull, L., Browne, T., Horn, O., ... & Wessely, S. (2006). Mental health screening in armed forces before the Iraq war and prevention of subsequent psychological morbidity: follow-up study. *Bmj*, 333(7576), 991.
64. Rozanov, V., Frančišković, T., Marinić, I., Macarenco, M. M., Letica-Crepulja, M., Mužinić, L., ... & Pagkalos, G. (2019). Mental health consequences of war conflicts. *Advances in psychiatry*, 281-304.
65. Sheather, J. (2022). As Russian troops cross into Ukraine, we need to remind ourselves of the impact of war on health. *bmj*, 376.
66. Summerfield, D. (2000). War and mental health: a brief overview. *Bmj*, 321(7255), 232-235.
67. Tahan, M., Taheri, H., & Saleem, T. (2021). Review of psychological trauma: theory, practice, policy and research. *Rivista di Psichiatria*, 56(2), 64-73.

68. Usher, K., Durkin, J., & Bhullar, N. (2020). The COVID- 19 pandemic and mental health impacts. *International journal of mental health nursing*, 29(3), 315.
69. Warrender, D. (2021). Mental health nursing and the theory- practice gap: civil war and intellectual self- injury. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 29(2).
70. Xu, W., Pavlova, I., Chen, X., Petrytsa, P., Graf-Vlachy, L., & Zhang, S. X. (2023). Mental health symptoms and coping strategies among Ukrainians during the Russia-Ukraine war in March 2022. *International journal of social psychiatry*, 00207640221143919.

ДОДАТКИ

ДОДАТОК А

Тест велика п'ятірка BFI-10 (адаптація О. О. Сердюк, Б.О. Базима)

Опитувальник BFI-10 (шкали та їх оцінка у балах)

	<i>Про мене можна сказати, що я ...</i>	<i>Шкала BFI-10</i>	<i>Повністю не згоден</i>	<i>Скоріше не згоден</i>	<i>Важко відповісти</i>	<i>Скоріше згоден</i>	<i>Повністю згоден</i>
1	... замкнутий	E	5	4	3	2	1
2	... зазвичай довіряю іншим	A	1	2	3	4	5
3	... дещо ледачий	C	5	4	3	2	1
4	... добре справляюся з напруженими ситуаціями	N	5	4	3	2	1
5	... схильний до занять творчістю	O	1	2	3	4	5
6	... без особливих зусиль знайомлюся і встановлюю контакти з людьми	E	1	2	3	4	5
7	... легко помічаю недоліки інших людей	A	5	4	3	2	1
8	... роблю свою роботу ретельно і до кінця	C	1	2	3	4	5
9	... швидко починаю нервуватись	N	1	2	3	4	5
10	... можу придумати щось нове	O	1	2	3	4	5

ДОДАТОК Б

Модифікована версія Шкали посттравматичних симптомів (ШПТС-10)

Модифікована версія (Х.Тулесіус, А.Хаканссон, 1999) шкали посттравматичних симптомів (PTSS-10) є опитувальником, який вимірює симптоми посттравматичного стресового розладу. Її було розроблено Холен, Сунд і Вейзаєт (1983). Оригінальна шкала містила десять питань із варіантами відповіді так/ні для кожного. Модифікований PTSS-10 використовується для психотерапевтичного лікування біженців. Модифікований інструментарій використовує 7-бальну шкалу оцінок Лайкерта для кожного пункту з варіантами відповідей від 1 (немає проблем) до 7 (дуже серйозні проблеми). Українська версія методики на даний момент знаходиться в процесі адаптації.

Інструкція: За останні 7 днів оцініть кожний із запропонованих нижче пунктів, використовуючи 7-бальну шкалу, де 1 – означає, що з цим у вас немає жодних проблем, а 7 – означає максимально серйозні проблеми.

1. Проблеми зі сном (засинанням, пробудженням).
2. Кошмари про пережиті травматичні події.
3. Зниження настрою, пригніченість.
4. Полохливість (підвищена чутливість до несподіваних стимулів).
5. Прагнення до усамітнення, ізоляції від інших.
6. Дратівливість.

7. Коливання настрою.
8. Почуття провини, самозвинувачування.
9. Страх перед місцями або ситуаціями, що нагадують травматичні події.
10. Напруження в тілі.

ДОДАТОК В

ШКАЛА ВПЛИВУ СТРЕСОВИХ ПОДІЙ

Шкала впливу стресових подій (за Вайсом & Мармер, 1997) вимірює гіперзбудження (7 пунктів), уникнення (7 пунктів) і нав'язливість (8 пунктів). Оцінюється за п'ятибальною шкалою Лайкерта. В інструкції пропонується вказати, наскільки важкі труднощі виникли у досліджуваного протягом останніх семи днів щодо активних бойових дій та загрози життю в Україні. Українська версія цього опитувальника наразі перебуває в процесі адаптації.

Інструкція: Нижче наведено список труднощів, які іноді виникають у людей після стресових життєвих подій. Будь ласка, прочитайте кожен пункт, а потім вкажіть, наскільки важкою для вас була кожна обставина ЗА ОСТАННІ СІМ ДНІВ.

Подія: активні бойові дії в Україні, загроза життю

Наскільки вас турбували ці труднощі?

- 0 – зовсім не турбували
- 1 – турбували трохи
- 2 – турбували помірно
- 3 – турбували досить відчутно
- 4 – турбували дуже сильно

1. Будь-яке нагадування повертало почуття щодо цього.
0 1 2 3 4
2. Я погано спав (спала).
0 1 2 3 4
3. Сторонні речі змушували мене думати про це.

- 0 1 2 3 4
4. Я відчував (відчувала) роздратування та злість.
0 1 2 3 4
5. Я намагався (намагалась) не дозволяти собі засмучуватися, коли думав (думала) про це або мені про це нагадували.
0 1 2 3 4
6. Я думав (думала) про це, коли не збирався (збиралась) цього робити
0 1 2 3 4
7. В мене траплялось відчуття, ніби цього взагалі не було або було не насправді.
0 1 2 3 4
8. Я намагався (намагалась) уникати нагадувань про це.
0 1 2 3 4
9. Картини пережитого поставали у моїх думках.
0 1 2 3 4
10. Я був (була) знервованим (знервованою) і легко лякався (лякалась).
0 1 2 3 4
11. Я намагався (намагалась) не думати про це.
0 1 2 3 4
12. Я усвідомлював (усвідомлювала), що почуття щодо цього все ще переповнюють мене, але нічого не міг (не могла) вдіяти з ними.
0 1 2 3 4
13. Мої почуття з цього приводу були наче заціпенілими.
0 1 2 3 4
14. Я помітив (помітила) , що дію або відчуваю себе, наче повернувся (повернулась) у той час.
0 1 2 3 4
15. Мені було важко засинати.
0 1 2 3 4
16. Сильні почуття щодо цього хвилями накочувались на мене.
0 1 2 3 4
17. Я намагався (намагалась) стерти ці події з пам'яті.
0 1 2 3 4
18. У мене були проблеми з концентрацією уваги.
0 1 2 3 4
19. Нагадування про ці події викликало у мене фізичні реакції, такі як потіння, проблеми з диханням, нудота або сильне серцебиття.
0 1 2 3 4
20. Мені снилися ці події.
0 1 2 3 4
21. Я відчував (відчувала) себе обережним (обережною) та пильним (пильною).
0 1 2 3 4

22. Я намагався (намагалась) не говорити про це.

0 1 2 3 4

ДОДАТОК Г

GAD-7

Over the last 2 weeks, how often have you been bothered by the following problems? <i>(Use "✓" to indicate your answer)</i>	Not at all	Several days	More than half the days	Nearly every day
1. Feeling nervous, anxious or on edge	0	1	2	3
2. Not being able to stop or control worrying	0	1	2	3
3. Worrying too much about different things	0	1	2	3
4. Trouble relaxing	0	1	2	3
5. Being so restless that it is hard to sit still	0	1	2	3
6. Becoming easily annoyed or irritable	0	1	2	3
7. Feeling afraid as if something awful might happen	0	1	2	3

(For office coding: Total Score T ___ = ___ + ___ + ___)

ДОДАТОК Д

PHQ – 9

Over the **last 2 weeks**, how often have you been bothered by any of the following problems?
(Use "✓" to indicate your answer)

	Not at all	Several days	More than half the days	Nearly every day
1. Little interest or pleasure in doing things	0	1	2	3
2. Feeling down, depressed, or hopeless	0	1	2	3
3. Trouble falling or staying asleep, or sleeping too much	0	1	2	3
4. Feeling tired or having little energy	0	1	2	3
5. Poor appetite or overeating	0	1	2	3
6. Feeling bad about yourself — or that you are a failure or have let yourself or your family down	0	1	2	3
7. Trouble concentrating on things, such as reading the newspaper or watching television	0	1	2	3
8. Moving or speaking so slowly that other people could have noticed? Or the opposite — being so fidgety or restless that you have been moving around a lot more than usual	0	1	2	3
9. Thoughts that you would be better off dead or of hurting yourself in some way	0	1	2	3

FOR OFFICE CODING 0 + + +
=Total Score:

If you checked off **any** problems, how **difficult** have these problems made it for you to do your work, take care of things at home, or get along with other people?

Not difficult at all	Somewhat difficult	Very difficult	Extremely difficult
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ДОДАТОК Е

Шкала стресу, пов'язаного з війною

	1 = no concerns/ difficulties 7 = great concerns/ difficulties						
Your own safety	1	2	3	4	5	6	7
Safety of your loved ones	1	2	3	4	5	6	7
Access to essential items (e.g., food, medicine, toiletries)	1	2	3	4	5	6	7
Economic crisis in [country of residence]	1	2	3	4	5	6	7
Uncertainty about the future development of the situation	1	2	3	4	5	6	7
Fear of the war moving to [country of residence]	1	2	3	4	5	6	7
Concern about the war moving to the EU or the world	1	2	3	4	5	6	7
Nuclear threat	1	2	3	4	5	6	7
Rising prices (inflation)	1	2	3	4	5	6	7

ДОДАТОК Є

Анкета

1) Вкажіть, будь ласка, Вашу стать

- Чоловіча
- Жіноча

2) Вкажіть, будь ласка, Ваш вік

- 18-24
- 25-45
- 46-60
- 61 і старше

3) Рівень освіти

- Загальна середня
- Середня професійна
- Середня спеціальна
- Неповна вища
- Повна вища
- Маю наукову ступінь та/або вчене звання

4) Вкажіть, будь ласка, Ваше місце перебування

- В Україні
- За межами України

5) Вкажіть, будь ласка, з якими труднощами Ви зіштовхнулися з початку війни:

- Переїзд
- Смерть близької людини
- Втрата майна
- Травма, що призводить до втрати кінцівки
- Втрата роботи
- Служба чоловіка/хлопця/сина/близької людини в лавах ЗСУ
- Окупація
- Фінансові труднощі

ДОДАТОК Ж

Таблиці показників за хі-квадрат

Стать * Місце перебування			
Критерии хи-квадрат			
	Значение	ст.св.	Асимптотическая значимость (2-сторонняя)
Хи-квадрат Пирсона	,100 ^a	1	,752
Отношения правдоподобия	,020	1	,887
Линейно-линейная связь	,100	1	,751
Количество допустимых наблюдений			

Вік * Місце перебування			
Критерии хи-квадрат			
	Значение	ст.св.	Асимптотическая значимость (2-сторонняя)
Хи-квадрат Пирсона	,388 ^a	3	,943
Отношения правдоподобия	,381	3	,944
Линейно-линейная связь	,153	1	,696
Количество допустимых наблюдений	199		

Продовження показників за хі-квадрат

Освіта * Місце перебування

Критерии хи-квадрат			
	Значение	ст. св.	Асимптотическая значимость (2-сторонняя)
Хи-квадрат Пирсона	3,498 ^a	5	,624
Отношения правдоподобия	3,827	5	,575
Линейно-линейная связь	,019	1	,890
Количество допустимых наблюдений	199		

Місце перебування * Труднощі з початку війни			
Критерии хи-квадрат			
	Значение	ст. св.	Асимптотическая значимость (2-сторонняя)
Хи-квадрат Пирсона	16,994 ^a	7	,017
Отношения правдоподобия	20,608	7	,004
Линейно-линейная связь	1,202	1	,273
Количество допустимых наблюдений	199		

ДОДАТОК 3

Кореляційна матриця взаємозв'язків між досліджуваними психологічними

Екстраверсія	1							
Відкритість досвіду	0,215	1						
Нейротизм	-0,26	-0,174	1					
Добротолюбність/ усвідомленість	-0,06	0,0425	0,0609	1				
Доброчливість	0,237	0,098	0,1246	-0,06106	1			
GAD - 7	0,069	0,098	-0,081	0,04152	0,13441	1		
PHQ-9	-0,22	-0,00081	0,3415	0,181854	-0,08837	-0,09826	1	
Уникнення	0,109	0,00489	0,0966	0,08862	-0,07069	-0,08024	0,3569	1
Втручання	0,056	-0,00716	0,1350	0,0117403	-0,0845	-0,11642	0,4286	0,795
Гіперзбудження	-0,06	-0,045	0,1452	0,06624	0,02394	-0,14968	0,4889	0,718
Шкала стресу, пов'язаного з війною	0,132	0,0133	0,1485	-0,01076	-0,10509	-0,06310	0,284	0,313
ПТСР	-0,17	-0,1071	0,4377	0,08496	-0,05897	-0,07285	0,660	0,416

феноменами

ДОДАТОК К

Таблиці показників регресійної моделі для загальної вибірки

Сводка для моделі ^b				
Модел ь	R	R-квадрат	Скорректир ованный R-квадрат	Стандартная ошибка оценки
1	,477 ^a	,228	,182	9,776
а. Предикторы: (константа), Модифікована версія (Х.Тулесіус, А.Хаканссон, 1999) шкали посттравматичних симптомів (PTSS-10). , Доброзичливість , Добросовісність/усвідомленість, Відкритість досвіду, GAD - 7, Екстраверсія, Уникнення (шкала впливу стресових подій) , Нейротизм, PHQ-9 (стан здоров'я), Гіперзбудження (шкала впливу стресових подій) , Втручання (шкала впливу стресових подій)				
б. Зависимая переменная: Шкала стрессу, пов'язаного з війною				

ANOVA ^a						
Модель		Сумма квадратов	ст.св.	Средний квадрат	F	Значимость
1	Регрессия	5271,074	11	479,189	5,014	<,001 ^b
	Остаток	17873,147	187	95,578		
	Всего	23144,221	198			
а. Зависимая переменная: Шкала стрессу, пов'язаного з війною						
б. Предикторы: (константа), Модифікована версія (Х.Тулесіус, А.Хаканссон, 1999) шкали посттравматичних симптомів (PTSS-10). , Доброзичливість , Добросовісність/усвідомленість, Відкритість досвіду, GAD - 7, Екстраверсія, Уникнення (шкала впливу стресових подій) , Нейротизм, PHQ-9 (стан здоров'я), Гіперзбудження (шкала впливу стресових подій) , Втручання (шкала впливу стресових подій)						

Продовження таблиці показників регресійної моделі для загальної вибірки

Коефіцієнти ^а						
Модель	Нестандартизованні коефіцієнти		Стандартизованні коефіцієнти		t	Значимість
	B	Стандартна помилка	Бета			
1	(Константа)	19,507	6,377		3,059	,003
	Екстраверсія	1,190	,350	,253	3,399	<,001
	Відкритість досвіду	,178	,556	,022	,321	,749
	Нейротизм	,741	,431	,132	1,718	,087
	Добросовісність/усвідомленість	-,431	,523	-,055	-,825	,410
	Доброчливість	-1,262	,512	-,177	-,2464	,015
	GAD - 7	,023	,138	,011	,166	,869
	RHQ-9 (стан здоров'я)	,176	,165	,097	1,064	,289
	Уникнення (шкала впливу стресових подій)	-,045	,171	-,029	-,260	,795
	Втручання (шкала впливу стресових подій)	,097	,198	,065	,488	,626
	Гіперзбудження (шкала впливу стресових подій)	,488	,251	,238	1,944	,053
	Модифікована версія (Х.Тулесіус, А.Хаканссон, 1999) шкали посттравматичних симптомів (PTSS-10).	,081	,086	,091	,941	,348
а. Зависимая переменная: Шкала стресу, пов'язаного з війною						

ДОДАТОК Л

Таблиці показників регресійної моделі для тих, хто залишився в Україні

моделі ^b				
Модель	R	R-квадрат	Скорректированный R-квадрат	Стандартная ошибка оценки
1	,577 ^a	,328	,182	9,776
а. Предикторы: (константа), Модифікована версія (Х.Тулесіус, А.Хаканссон, 1999) шкали посттравматичних симптомів (PTSS-10). , Доброзичливість , Добросовісність/усвідомленість, Відкритість досвіду, GAD - 7, Екстраверсія, Уникнення (шкала впливу стресових подій) , Нейротизм, PHQ-9 (стан здоров'я), Гіперзбудження (шкала впливу стресових подій) , Втручання (шкала впливу стресових подій)				
б. Зависимая переменная: Шкала стрессу, пов'язаного з війною				

ANOVA ^a						
Модель		Сумма квадратів	ст.св.	Средний квадрат	F	Значимость
1	Регрессия	5271,074	11	479,189	5,020	<,001 ^b
	Остаток	17873,147	187	95,578		
	Всего	23144,221	198			
а. Зависимая переменная: Шкала стрессу, пов'язаного з війною						
б. Предикторы: (константа), Модифікована версія (Х.Тулесіус, А.Хаканссон, 1999) шкали посттравматичних симптомів (PTSS-10). , Доброзичливість , Добросовісність/усвідомленість, Відкритість досвіду, GAD - 7, Екстраверсія, Уникнення (шкала впливу стресових подій) , Нейротизм, PHQ-9 (стан здоров'я), Гіперзбудження (шкала впливу стресових подій) , Втручання (шкала впливу стресових подій)						

Продовження таблиці показників регресійної моделі для загальної вибірки

Коефіцієнти^a

Модель	Нестандартизован ные коэффициенты		Стандартизован ные коэффициенты	t	Значимо сть
	B	Стандарт ная ошибка	Бета		
(Константа)	19,5 07	6,377		3,05 9	,003
Екстраверсія	1,19 0	,350	,205	3,39 9	<,001
Відкритість досвіду	,178	,556	,010	,321	,749
Нейротизм	,741	,431	,132	1,71 8	,087
Добросовісність/усвідомл еність	-,431	,523	-,015	- ,825	,410
Доброзичливість	- 1,26 2	,512	-,107	- 2,46 4	,015
GAD - 7	,023	,138	,015	,166	,869
PHQ-9 (стан здоров'я)	,176	,165	,085	1,06 4	,289
Уникнення (шкала впливу стресових подій)	-,045	,171	-,027	- ,260	,795
Втручання (шкала впливу стресових подій)	,097	,198	,055	,488	,626
Гіперзбудження (шкала впливу стресових подій)	,488	,251	,208	1,94 4	,053
Модифікована версія (Х.Тулесіус, А.Хаканссон, 1999) шкали посттравматичних симптомів (PTSS-10).	,081	,086	,090	,941	,348
а. Зависимая переменная: Шкала стрессу, пов'язаного з війною					

ДОДАТОК М

Таблиці показників регресійної моделі для тих, хто виїхав за кордон

Сводка для моделі^b

Модел ь	R	R-квадрат	Скорректиро ванний R-квадрат	Стандартная ошибка оценки
1	,501 ^a	,251	,132	9,991
а. Предикторы: (константа), V92, V85, V86, V82, V84, V81, V88, V83, V87, V90, V89				
б. Зависимая переменная: V91				

ANOVA^a						
Модель		Сумма квадратов	ст.св.	Средний квадрат	F	Значимость
1	Регрессия	2309,931	11	209,994	2,104	,031 ^b
	Остаток	6887,131	69	99,813		
	Всего	9197,062	80			
а. Зависимая переменная: V91						
б. Предикторы: (константа), V92, V85, V86, V82, V84, V81, V88, V83, V87, V90, V89						

Коэффициенты^a						
Модель		Нестандартизованные коэффициенты		Стандартизованные коэффициенты	t	Значимость
		B	Стандартная ошибка	Бета		
1	(Константа)	18,096	10,692		1,693	,095
	V81	,951	,595	,200	1,598	,115
	V82	-,421	,906	-,054	-,464	,644
	V83	1,334	,730	,224	1,827	,072
	V84	-1,796	,907	-,230	-1,980	,052
	V85	,076	,911	,010	,083	,934
	V86	,369	,235	,182	1,574	,120
	V87	,427	,260	,232	1,643	,105
	V88	-,021	,255	-,013	-,081	,936
	V89	,065	,309	,044	,211	,834
	V90	,337	,430	,141	,782	,437
	V92	,062	,140	,066	,441	,660
а. Зависимая переменная: V91						

ДОДАТОК Н

Таблиці показників факторного аналізу для розробки експериментальної типології українців, в умовах повномасштабного вторгнення РФ

Компонент			
-----------	--	--	--

	1	2	3	4
Шкала впливу стресових подій (загальний бал)	,982			
Шкала впливу стресових подій (Втручання)	,932			
Шкала впливу стресових подій (по рівням прояву)	,913			
Шкала впливу стресових подій (Уникнення)	,906			
Шкала впливу стресових подій (Гіперзбудження)	,872	,184		
Шкала стресу, пов'язаного з війною	,462	,107		
Велика п'ятірка (Нейротизм)		,793	,235	-,134
Модифікована версія (Х.Тулесіус, А.Хаканссон, 1999) шкали посттравматичних симптомів (PTSS-10).	,513	,655		
PHQ-9 (стан здоров'я)	,450	,633	-,139	,204
Велика п'ятірка (Екстраверсія)	,164	-,571	,440	,155
Велика п'ятірка (Доброзичливість)			,879	
Велика п'ятірка (Добросовісність/усвідомленість)		,225	-,308	,689
Велика п'ятірка (Відкритість досвіду)		-,291	,154	,596
GAD - 7	-,132		,316	,497