

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ОДЕСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ ЕКОНОМІЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
Кафедра мовної та психолого-педагогічної підготовки

Допущено до захисту

Завідувач кафедри
д. психол. н., Асєєва Ю.О.

(підпис)

« ____ » _____ 2024 р.

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

на здобуття освітнього ступеня магістр

Зі спеціальності _____ **053 Психологія** _____
(шифр та найменування спеціальності)

За освітньою програмою _____ **«Практична психологія»** _____
(назва освітньої програми)

На тему: **«ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОЛОГІЧНОГО СТАНУ
ВНУТРІШНЬО ПЕРЕМІЩЕНИХ ОСІБ»**

Виконавець:

здобувач 2 курсу бзф12м групи
факультету ЦЗФН

_____ Бойко Наталія Іванівна
/підпис/

Науковий керівник

Професор кафедри МППП
доктор психологічних наук

_____ Асєєва Юлія Олександрівна
/підпис/

Одеса 2024

ЗМІСТ

ВСТУП	4
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ВИВЧЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНОГО СТАНУ ВНУТРІШНЬО ПЕРЕМІЩЕНИХ ОСІБ.....	11
1.1. Поняття та визначення внутрішньо переміщених осіб. Основні фактори впливу на їх психологічний стан	11
1.2. Психологічні труднощі, наслідки внутрішнього переселення та психологічна допомога внутрішньо переміщеним особам	22
1.3. Вивчення впливу економічних та соціальних чинників на психічне здоров'я внутрішньо переміщених осіб	36
1.4. Світовий досвід внутрішньо переміщених осіб та аналіз правового статусу внутрішньо переміщених осіб в Україні і їх доступ до захисту прав.....	40
Висновки до першого розділу	44
РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНОГО СТАНУ ВНУТРІШНЬО ПЕРЕМІЩЕНИХ ОСІБ	49
2.1. Опис методик, які були використанні для дослідження психологічного стану ВПО	49
2.2. Результати дослідження психологічного стану ВПО.....	54
2.3. Результати кореляційного аналізу за К. Пірсоном.....	68
Висновки до другого розділу	73
РОЗДІЛ 3. ПСИХОЛОГІЧНА ПІДТРИМКА ТА РЕАБІЛІТАЦІЯ ВНУТРІШНЬО ПЕРЕМІЩЕНИХ ОСІБ	77
3.1. Реабілітація психологічних розладів у ВПО.....	77
3.2. Програми та політики допомоги ВПО в Україні	79
Висновки до третього розділу	87

ВИСНОВКИ	91
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	94
ДОДАТКИ	105

ВСТУП

Актуальність теми. У зв'язку з тривалим збройним конфліктом на сході України та анексією Криму, питання внутрішньо переміщених осіб (ВПО) залишається однією з найактуальніших соціальних проблем країни. Втрата житла, вимушене переселення, розрив соціальних зв'язків та адаптація до нових умов створюють значні психологічні виклики для ВПО. За даними Міністерства соціальної політики України та Управління Верховного комісара ООН у справах біженців, станом на 2024 рік в Україні налічується понад 1,4 мільйона внутрішньо переміщених осіб.

Дослідження психологічного стану ВПО є надзвичайно важливим, оскільки ця група населення стикається з низкою специфічних психоемоційних проблем. Серед них – підвищений рівень тривожності, депресії, посттравматичного стресового розладу (ПТСР) та інших психічних розладів. Високий рівень стресу, викликаний невизначеністю майбутнього, відсутністю стабільності, соціальної підтримки та безпеки, значно впливає на їхнє психологічне благополуччя.

Особливу увагу слід приділяти питанням психологічної адаптації та інтеграції ВПО у нові соціальні та економічні умови. Багато з них стикаються з труднощами при пошуку житла, роботи, доступу до медичних та соціальних послуг, що додатково ускладнює їхнє повсякденне життя. Враховуючи ці фактори, виникає необхідність розробки комплексних програм психологічної підтримки та реабілітації внутрішньо переміщених осіб.

Окрім вже перелічених проблем, важливо звернути увагу на соціальну інтеграцію внутрішньо переміщених осіб у нові громади. ВПО часто стикаються з проблемами дискримінації та стигматизації з боку місцевого населення, що може перешкоджати їхній повноцінній інтеграції. Це вимагає створення та впровадження освітніх програм, спрямованих на підвищення обізнаності

суспільства про проблеми та потреби ВПО, а також на формування толерантного ставлення до них.

Крім того, необхідно враховувати особливі потреби вразливих груп серед ВПО, таких як діти, люди похилого віку та особи з інвалідністю. Для дітей особливо важливо забезпечити безперервність освіти, а також доступ до психосоціальної підтримки, щоб допомогти їм впоратися з травматичним досвідом переміщення. Для людей похилого віку та осіб з інвалідністю важливо забезпечити доступ до медичних послуг та спеціалізованої підтримки, що допоможе їм адаптуватися до нових умов життя.

Ще одним важливим аспектом є економічна інтеграція ВПО. Багато з них втратили роботу або бізнес унаслідок конфлікту та анексії, і тепер стикаються з труднощами у пошуку нових можливостей для заробітку. У цьому контексті важливу роль відіграють програми професійної перепідготовки та підтримки підприємництва, які можуть допомогти ВПО знайти нові шляхи для економічної самостійності.

Слід також звернути увагу на роль неурядових організацій та волонтерських ініціатив у підтримці ВПО. Такі організації часто надають критично важливу допомогу у вигляді гуманітарної підтримки, юридичних консультацій та психологічної допомоги. Важливо, щоб уряд та міжнародні донори підтримували такі ініціативи, оскільки вони доповнюють державні зусилля та сприяють більш ефективному вирішенню проблем ВПО.

Нарешті, важливим завданням є забезпечення довготривалої стійкості та безпеки для ВПО. Це включає як стабільні житлові умови, так і створення безпечного середовища, яке дозволяє ВПО почуватися захищеними та мати надію на майбутнє. Успішна інтеграція ВПО вимагає комплексного підходу, що поєднує зусилля державних структур, міжнародних організацій, неурядових організацій та самої громади.

Незважаючи на значну кількість досліджень, присвячених різним аспектам проблеми внутрішньо переміщених осіб, психологічна складова їхнього становища все ще залишається недостатньо вивченою. Глибше дослідження психологічного стану ВПО дозволить не лише краще зрозуміти їхні потреби та проблеми, але й сприятиме розробці ефективних підходів до їхньої психологічної підтримки.

Також, варто враховувати, що тривале перебування у стані невизначеності та постійний стрес можуть призводити до хронічних психічних розладів, які потребують спеціалізованого лікування та довготривалої терапії. Важливою складовою комплексних програм підтримки повинні стати не лише психологічні консультації, але й групова терапія, соціально-психологічні тренінги та реабілітаційні заходи, які допоможуть ВПО ефективніше адаптуватися до нових умов життя.

Метою даного дослідження є вивчення особливостей психологічного стану внутрішньо переміщених осіб (ВПО) в Україні, є визначення основних психосоціальних та особистих емоційних проблем, з якими вони стикаються, а також вивчення доступних рекомендацій для психологічної підтримки цієї вразливої категорії населення.

Об'єктом дослідження виступають особливості внутрішньо переміщених осіб в Україні.

Предметом дослідження є особливості психологічного стану внутрішньо переміщених осіб.

Завдання дослідження:

1. Проаналізувати наукову літературу щодо психологічних особливостей ВПО та виявити основні психоемоційні та соціальні проблеми, з якими вони стикаються.

2. Науково-теоретично дослідити вплив економічних та соціальних чинників на психічне здоров'я ВПО

3. Визначитись із етапами психодіагностичного дослідження та психодіагностичним інструментарієм.

4. Емпірично дослідити психологічний стан ВПО.

5. Проаналізувати досвід інших держав щодо організації психологічної підтримки та реабілітації ВПО

Методологічною основою дослідження стали основні теоретичні та методологічні положення, сформульовані в працях таких дослідників як К. Аймедов, С. Артеменко, С. Волошин, Л. Герасименко, Ю. Гундербайло, О. Думчева, О. Лазебна, І. Лінський, Л. Кравченко, В. Кузьміна, І. Малкіна-Пих, В. Соловйова, І. Спіріна, С. Рокутов, Ю. Песоцька, В. Наумов, І. Пінчук, В. Уркаєв, К. Чупіна, О. Чуйко, Є. Феденко, А. Шорніков та інших.

Теоретичною основою роботи є сучасні наукові концепції та теорії у галузі психології кризових ситуацій, посттравматичного стресового розладу, теорії адаптації та ресоціалізації. Важливими теоретичними засадами є дослідження вітчизняних та зарубіжних учених щодо психологічного стану та адаптації внутрішньо переміщених осіб, кризових та стресових станів.

Методи дослідження. Для досягнення мети дослідження були використані такі методи:

1. Теоретичні методи: аналіз, синтез, узагальнення наукової літератури з теми дослідження.

2. Емпіричні методи включили наступний психодіагностичний інструментарій: Госпітальної шкали тривоги та депресії (HADS) [1, 16, 32], Тесту нервово-психічної адаптації [1, 16, 32], Місісіпська шкала оцінювання посттравматичного стресового розладу (для цивільних) [1, 16, 32] та Тесту на визначення стресу (за В.Ю. Щербатих) [1, 16, 32].

3. Статистичні методи: кількісний та якісний аналіз отриманих даних з використанням сучасних методів статистичної обробки даних.

Вибірку дослідження склали: 130 осіб, які було поділено на чотири групи дослідження (ГД) за віком та статтю. За віком випробуваних було поділено на дві групи зрілий вік – 21-60 років та похилий вік – 61-75 років. Кількість випробуваних чоловічої статі зрілого віку (ГД1) склала 31 особа, а жінок зрілого віку (ГД2) – 39 осіб. Загальна кількість чоловіків та жінок зрілого віку становить 70 осіб. Кількість досліджуваних чоловіків похилого віку (ГД3) та жінок похилого віку (ГД4) становить 27 осіб та 33 особи відповідно. Загальна кількість осіб чоловічої та жіночої статі похилого віку дорівнює 60 осіб. Загалом у нашому дослідженні взяло участь 58 осіб чоловічої статі та 72 особи жіночої статі.

Теоретичне значення дослідження. Дослідження психологічного стану внутрішньо переміщених осіб (ВПО) має важливе теоретичне значення для розширення наукового розуміння психологічних наслідків вимушеної міграції та адаптації до нових умов життя. Використання валідних та надійних психодіагностичних методик дозволяє отримати глибокі та систематичні дані, що сприяють розвитку теоретичних положень.

Аналіз даних за віковими та гендерними групами дозволяє виявити специфічні особливості психологічного стану різних категорій ВПО. Це важливо для розробки індивідуалізованих підходів до психологічної допомоги та підтримки, враховуючи вікові та гендерні відмінності.

Отримані результати сприяють інтеграції різних теоретичних концепцій у галузі психології кризових ситуацій, посттравматичного стресу та адаптації. Це дозволить створити цілісну теоретичну модель, яка пояснить психологічні механізми, що лежать в основі адаптації ВПО до нових умов життя.

Таким чином, результати даного дослідження роблять вагомий внесок у розвиток теоретичних положень психології кризових ситуацій та посттравматичного стресу, а також сприяють розробці нових підходів до психологічної підтримки внутрішньо переміщених осіб.

Практична значущість дослідження психологічного стану внутрішньо переміщених осіб (ВПО) полягає у можливості використання його результатів для розробки ефективних стратегій психологічної підтримки, програм адаптації та реабілітації ВПО. Отримані дані дозволяють створити спеціалізовані програми психологічної допомоги, орієнтовані на зниження рівня тривоги, депресії та інших розладів ментального здоров'я серед ВПО, а також підвищення та розвиток адаптивних функцій та навичок.

Розробка алгоритму надання психологічної допомоги ВПО повинна враховувати вікові та гендерні особливості, включати індивідуальні та групові психотерапевтичні сесії, тренінги з управління стресом, техніки релаксації та інші методи психологічної підтримки. Слід також пам'ятати що визначеність в соціальних та буденних аспектах є важливою складовою психологічного стану особистості, тому слід також передбачати можливість розробки й соціально-психологічних тренінгів, розробляти програми розвитку соціальних навичок, готувати програми реальної допомоги у вирішенні побутових питань (організація соціальної підтримки, доступ до медичних та психологічних послуг); розробляти програми на побудову нових соціальних зв'язків та інтеграцію у нові громади.

Результати дослідження можуть бути використані для підготовки соціальних працівників, психологів, медичних працівників та інших фахівців, які працюють з ВПО. Це сприятиме підвищенню їхньої обізнаності про психоемоційні проблеми ВПО та розвитку навичок надання ефективної психологічної допомоги.

Апробацію дослідження:

Асеева Ю.О., Бойко Н.І. Вплив соціально-економічних чинників на психічне здоров'я внутрішньо переміщених осіб. *Ментальне здоров'я*. 2024. Вип. 3.

Структура роботи включає аналіз наукової літератури з теми, методичну частину, результати дослідження, обговорення та висновки, а також рекомендації

щодо покращення психологічної підтримки внутрішньо переміщених осіб. Загальний об'єм роботи – 120 сторінки, об'єм основної частини роботи складає – 90 сторінок, проілюстрований 3 малюнками та 8 таблицями. Список використаної літератури містить 82 джерела.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ВИВЧЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНОГО СТАНУ ВНУТРІШНЬО ПЕРЕМІЩЕНИХ ОСІБ

1.1. Поняття та визначення внутрішньо переміщених осіб. Основні фактори впливу на їх психологічний стан

Двадцять перше століття називають епохою глобальної міграції, оскільки до цього часу людство не бачило такого масштабного переселення. Навіть сьогодні економічні, соціальні, культурні, політичні та збройні проблеми призводять до різкого збільшення кількості переміщених осіб, що є найбільшим викликом століття. Історичний розвиток громадянського суспільства відбувався шляхом добровільного та примусового, внутрішнього та зовнішнього переселення.

Поняття «міграція» вперше ввів наприкінці XIX століття британський вчений Ернст Георг Равенштайн, вивчав зв'язок між відстанями та різними типами мігрантів, вказуючи на той факт, що жінки частіше, ніж чоловіки, прагнуть емігрувати до країн свого народження, але рідше, ніж чоловіки, залишають країну свого народження [10, 15, 25, 58].

Основними ознаками міграції є переміщення осіб через територіальні межі – держави, регіону, населеного пункту. Розрізняють зовнішню міграцію, тобто переміщення людей з однієї країни в іншу зі зміною постійного місця проживання, і внутрішню – переміщення або розселення населення в територіальних межах країни, які залишаються під правовим захистом тієї ж країни. Під переселенням розрізняють добровільне і вимушене переселення. Особи, які мігрували всередині країни, називаються «внутрішньо переміщеними особами» [10, 15, 25, 28, 39, 41, 53, 67].

Після холодної війни кількість внутрішньо переміщених осіб (ВПО) різко зросла. Понад 30 мільйонів людей у всьому світі були вигнані зі своєї країни внаслідок конфлікту та порушень прав людини, зокрема, внаслідок громадянської війни, міжсоціокультурного насилля та урядових репресій, не кажучи вже про масштабні інфраструктурні проекти розвитку та стихійні лиха [53, 67].

Визнання внутрішнього переміщення поступово з'являлося наприкінці 1980-х років і стало помітним у міжнародному порядку денному в 1990-х роках. Динаміка переміщення в усьому світі змінилася, допомога та захист більше не обмежуються біженцями (тими, хто перетнув міжнародні кордони), а також поширюються на тих, хто був переміщений у межах своїх власних кордонів – інакше відомих як ВПО [47, 61, 68, 78]. Відповідно до Управління ООН з координації гуманітарних питань (ОСНА), грецький уряд стверджував на Генеральній Асамблеї Організації Об'єднаних Націй (ООН) у 1949 році, що люди, переміщені всередині країни внаслідок війни, повинні мати такий самий доступ до міжнародної допомоги, як і біженці, навіть якщо вони не потребували міжнародного захисту. Індія та Пакистан повторили цей аргумент після поділу [68, 70].

Насправді існують різні уявлення стосовно того, що означає «внутрішнє переміщення» та «внутрішньо переміщені особи». Для деяких термін «внутрішньо переміщені особи» стосується лише людей, яких було вигнано з країни через конфлікт, насильство та переслідування, тобто людей, які вважатимуться біженцями, якщо вони перетнуть кордон. Глобальна статистика внутрішньо переміщених осіб загалом підтверджує цю думку, враховуючи лише тих, хто переміщений через конфлікт. Інші, однак, вважають внутрішнє переміщення набагато ширшим поняттям і охоплюють ще мільйони людей, вигнаних із дому через стихійні лиха та проекти розвитку. Проте інші сумніваються, чи доцільно взагалі виділяти внутрішньо переміщених осіб, яких

зазвичай називають «ВПО». Також немає консенсусу щодо того, «коли закінчиться внутрішнє переміщення», тобто коли ВПО більше не слід вважати таким. Крім того, плутаниною є те, що у звичайній мові внутрішньо переміщених осіб часто називають «біженцями», що, як правило, є універсальною фразою для опису всіх переселенців, незалежно від того, чи покинули вони країну, оскільки юридичне визначення «біженця» вимагає чіткості низки концептуальних питань, які досі не вирішені [10, 15, 25, 28, 39, 41, 53, 58, 67, 68, 70].

Незважаючи на те, що питання внутрішнього переміщення набуло міжнародного значення протягом останніх років, єдине визначення цього терміну ще належить узгодити. Найпоширенішим визначенням є те, яке ввів колишній представник Генерального секретаря ООН у справах внутрішньо переміщених осіб Френсіс Денг і використовувалося в Керівних принципах щодо внутрішнього переміщення (ВП) [61]:

«Внутрішньо переміщені особи – це індивіди або групи, які були змушені або вимушені залишити свої домівки чи місця постійного проживання внаслідок збройного конфлікту, порушень прав людини, стихійних лих або антропогенних катастроф, але не перетнули міжнародно визнаний державний кордон» [61].

З давніх часів на території України спостерігалися міграційні процеси, під час яких переселенці набували особливого правового статусу. І якщо правовий статус на той час не був конституційно затверджений, але фактично кожного громадянина в різні історичні моменти можна назвати внутрішньо переміщеними особами [10, 15, 25].

Справді, протягом останніх десятиліть український народ, який зазнавав економічного виснаження та політичних переслідувань в Україні, дедалі більше відчував голод на землі. Водночас окупаційні імперські уряди впроваджували на українські землі іноземців (переважно німців), яким не лише безкоштовно надавали земельні наділи, а й матеріально допомагали, щоб вони могли залишитися надовго. Створювалася парадоксальна ситуація: українські маєтки

колонізувалися чужинцями, і український селянин, якому не вистачало землі для утримання власної родини, змушений був шукати вільної землі не лише на території своєї батьківщини. Крім того, вимушена міграція була спричинена браком землі для сільського господарства, що змушувало людей переселятися на менш родючі землі та розвивати менш заселені території [25, 28, 39, 58, 67, 70].

У ході суцільної колективізації відбувалося примусове відселення громадян з домівок під загрозою фізичних знущань. Селян змушували залишати свої маєтки, їх примусово відправляли на заслання до Сибіру, а другу групу на Урал, а також селян третьої групи виселяли в інші райони з обов'язковими фізичними роботами в майбутньому. Крім того, селян примусово переселяли під час розкуркулення, яке являло собою кампанію політичних репресій на території тодішньої УРСР за ознакою матеріальної заможності, з метою подолання заможного селянства та запровадження великих колгоспів. За різними даними, кількість селян, які зазнали депортації, коливається від 10 млн осіб [10, 15, 25, 28, 39, 41].

Як зазначалося вище, щоб чітко розмежувати поняття «внутрішньо переміщені особи», «біженці», «мігранти», «шукачі притулку» тощо, необхідно було більш повно зрозуміти кожне визначення. Такий комплексний аналіз різних категорій осіб, які потребують захисту, дає змогу ідентифікувати внутрішньо переміщених осіб та відокремити їх від інших категорій. Попри неадекватне чинне законодавство, відсутність механізму реалізації цих стандартів і численні колізії в законодавстві, можна спробувати сформулювати правильне визначення внутрішньо переміщених осіб.

Отже, внутрішньо переміщені особи – це «особи або групи осіб, які були вимушені або були змушені втекти або покинути свої домівки чи місця постійного проживання, зокрема внаслідок або для того, щоб уникнути наслідків збройного конфлікту, ситуацій загального насильства, порушення прав людини або

природні чи спричинені людиною катастрофи, і які не перетнули міжнародно визнаний державний кордон» [10, 15, 25].

Основні причини переміщення, зазначені у визначенні:

«Збройні конфлікти: міжнародні збройні конфлікти (бойові дії між збройними силами принаймні двох держав) – слід зазначити, що національно-визвольні війни класифікуються як міжнародні збройні конфлікти; неміжнародні конфлікти (бойові дії на території держави між регулярними збройними силами та ідентифікованими збройними групами або між збройними групами, які воюють між собою)» [40, 48, 54].

Ситуації насильства, не доходячи до збройних конфліктів: багато ВПО живуть у ситуаціях внутрішньої напруги чи заворушень. Терміни «внутрішня напруженість і заворушення» стосуються ситуацій, які не можна назвати збройним конфліктом, але включають застосування сили та інших репресивних заходів урядовими агентами для підтримки або відновлення громадського порядку. Приклади напруженості та заворушень включають заворушення, такі як демонстрації без узгодженого плану з самого початку, поодинокі спорадичні акти насильства, на відміну від військових операцій, що проводяться збройними силами чи озброєними групами, та насильницькі етнічні конфлікти, які не є повноцінними збройними конфліктами. Ситуація серйозної внутрішньої напруги характерна для специфічних типів порушень прав людини, таких як широкомасштабні арешти та інші широкомасштабні заходи обмеження особистої свободи, адміністративне затримання та призначення місця проживання, велика кількість політичних в'язнів та ймовірне існування жорстокого поводження чи нелюдські умови утримання [40, 48, 54].

Порушення прав людини: вони включають порушення урядом прав, гарантованих національним, регіональним і міжнародним законодавством про права людини, а також дії та бездіяльність, які безпосередньо приписуються державі, пов'язані з невиконанням юридичних зобов'язань за стандартами прав

людини. Можна стверджувати, що поняття «переслідування», яке зазвичай використовується в контексті руху біженців, принаймні частково збігається з ситуаціями порушення прав людини: загроза життю чи свободі через расу, релігію, національність, політичні погляди чи членство в певній соціальній групі. Інші серйозні порушення прав людини з тих самих причин також будуть вважатися переслідуванням (дискримінація з наслідками значної шкоди) [19, 40, 48, 54].

Катастрофи: вони мають природне або антропогенне походження. Приклади включають посухи, повені, землетруси або тайфуни, ядерні катастрофи або голод. Жертви катастроф охоплюються визначенням, оскільки вони також можуть стати жертвами дискримінації та інших порушень прав людини внаслідок їхнього переміщення (оскільки вони змушені переїхати до території, де вони становлять етнічну меншину). Природні або техногенні катастрофи також включені, оскільки на деякі катастрофи уряди реагують дискримінацією або нехтуванням певних груп жертв за політичними чи етнічними ознаками або іншим чином порушуючи їхні права [41, 44, 51, 58, 79].

«Зокрема»: вказує на те, що список не є вичерпним. Інші можливі причини внутрішнього переміщення можуть, наприклад, включати масштабні проекти розвитку, такі як дамби, побудовані без будь-яких спроб уряду переселити або компенсувати переселенців. Визначення не охоплює осіб, які мігрують з економічних причин. Однак під це визначення підпадатимуть особи, які змушені покинути свої домівки через економічну несправедливість і маргіналізацію, що є рівносильним систематичним порушенням економічних прав. За економічними заходами, що впливають на засоби існування людини, можуть стояти расові, релігійні чи політичні цілі або наміри, спрямовані проти певної групи [41, 44, 51, 53, 58, 67, 71].

ВПО є громадянами своїх країн і мають усі економічні, соціальні, культурні, громадянські та політичні права. Вони мають право на фізичний

захист, матеріальну допомогу (продовольчу, медичну тощо), свободу пересування та проживання, мають бути забезпечені всіма документами громадянина. Йдеться про захист від довільного переміщення, надає процесуальні гарантії, яких слід уникати. Переміщення заборонено, якщо воно базується на принципах апартеїду, етнічних чисток або практики, спрямованої на зміну етнічного, релігійного чи расового складу населення [41, 44, 51, 53, 58, 67, 71].

У так званих «постконфліктних» ситуаціях міжнародне співтовариство традиційно наголошує на прагненні повернутися до довоєнного status quo. Однак погляди поступово змінюються, оскільки насильницький конфлікт руйнує політичні, економічні та соціальні структури, і в результаті виникають нові структури, часто незворотні. Крім того, повернення до довоєнного статус-кво насправді може бути небажаним, якщо довоєнні структури призвели до конфлікту або завадили його швидкому вирішенню. Право ВПО та біженців на повернення може бути одним із найскладніших аспектів цього питання [19, 40, 48, 51, 54, 71].

Як правило, міжнародне співтовариство та гуманітарні організації, щоб гарантувати, що переміщені особи зможуть повернутися до місць свого походження, і те ж саме майно чинить тиск. Принципи ООН щодо реституції житла та майна для біженців і ВПО [40, 48, 51, 54, 58, 67, 71], також відомі як Принципи Піньейро, містять вказівки щодо управління технічними та правовими аспектами реституції житла, землі та майна (HLP). Права на реституцію мають ключове значення для ВПО та біженців у всьому світі, і це важливо, щоб спробувати запобігти вигоді агресорів від конфлікту. Однак без чіткого розуміння кожного місцевого контексту права на повну реституцію можуть бути недійсними та не захищати людей, для захисту яких вони покликані захищати з таких причин, біженців та ВПО:

- можливо, ніколи не мав власності (наприклад, в Афганістані);

- не можуть отримати доступ до власності, яку вони мають (Колумбія, Гватемала, Південна Африка та Судан);
- власність невідома, оскільки сім'ї розширилися або розділилися, і поділ землі стає проблемою;
- смерть власника може залишити утриманців без чітких претензій на землю;
- люди, які оселилися на землі, знають, що вона не їхня, але їм більше нікуди йти (як у Колумбії, Руанді та Тиморі-Лешті); і
- мати конкуруючі претензії з іншими, включаючи державу та її іноземних або місцевих ділових партнерів (як у Ачеху, Анголі, Колумбії, Ліберії та Судані) [40, 48, 51, 54, 58, 62, 67, 71, 82].

Ми також повинні розуміти, що біженці, ВПО залишаються громадянами або постійними мешканцями своєї країни і мають право на захист і допомогу лише на цій основі. Вони можуть посилатися на своє право на захист відповідно до прав, перелічених у Керівних принципах і викладених у відповідних міжнародних конвенціях, оскільки вони є переміщеними особами і, таким чином, мають особливі потреби, а не тому, що вони зареєстровані або офіційно визнані ВПО. Таким чином, держави не повинні створювати систему, згідно з якою ВПО можуть користуватися своїми правами лише після надання правового статусу, у якому також може бути відмовлено або скасовано. З точки зору міжнародного права, переміщення є фактичним станом, який викликає певні правові наслідки, і, на відміну від законодавства про біженців, немає нічого подібного до «статусу ВПО», яким можна насолоджуватися лише після того, як його було офіційно надано особі.

Як вже говорилося, проблема захисту та допомоги переселенцям не нова. Згідно з міжнародним правом, це відповідальність відповідного уряду за надання допомоги та захисту для ВПО у їхній країні. Однак, оскільки багато переміщених осіб є результатом громадянського конфлікту та насильства або там, де авторитет

центральної держави викликає сумніви, немає місцевих органів влади, які бажають надати допомогу та захист. Звичайно, важливо зазначити, що наша держава до окупації Криму та військового конфлікту на сході країни не мала достатньої законодавчої бази для врегулювання питань внутрішньо переміщених осіб. Проте наразі в Україні існує низка законодавчих актів, а також певна судова практика. Хоча вже зараз можна сказати, що більшість проблем, конфліктів між внутрішньо переміщеними особами та державними органами, які виникають повсякденно, важко вирішити, держава намагається враховувати міжнародну практику та створює свою.

Вторгнення в Україну є однією з найруйнівніших гуманітарних криз новітньої історії. Станом на 31 січня 2023 року близько 8 мільйонів людей покинули Україну, а понад 7 мільйонів стали внутрішньо переміщеними особами з початку російського військового наступу. Це посилює глобальну ситуацію, коли багато воєн і збройних конфліктів (наприклад, в Афганістані, Ефіопії, Ірані, Ємені) змушують людей залишати свої домівки. Кілька оглядів вказують на серйозні наслідки для психічного здоров'я під час збройних конфліктів. Солдати, а також цивільні особи, які постраждали від війни та конфлікту, піддаються підвищеному ризику проблем із психічним здоров'ям, включаючи посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), тривожні та депресивні розлади.

У 2022 році кількість вимушено переміщених осіб у світі перевищила 100 мільйонів, з яких 42% становлять діти та підлітки. Вимушено переміщені особи (також їх називають переселенці або внутрішні переселенці) піддаються впливу кількох макростресорів, включаючи обставини, що змушують людей залишати свої домівки (наприклад, збройні конфлікти), події, пов'язані з подорожами та транзитом (наприклад, події, що загрожують життю, фізичні травми), стресори після прибуття (наприклад, невизначений статус притулку) та проблеми, пов'язані з інтеграцією/поселенням (наприклад, безробіття). Оскільки вплив стресових факторів є однією з основних причин виникнення та стійкості

психічних розладів, Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) представила глобальний план дій щодо здоров'я біженців, який ставить психічне здоров'я в пріоритет.

Психологічний стан внутрішньо переміщених осіб (ВПО) визначається комплексом факторів, які мають як внутрішній, так і зовнішній характер. Ці фактори включають соціально-економічні умови, соціальну підтримку, пережиті травматичні події, адаптацію до нових умов життя, культурні та етнічні особливості, доступ до медичних та психологічних послуг, індивідуальні психологічні характеристики особистості, а також освітній та професійний рівень [11, 40, 61, 66].

Соціально-економічні умови є одним із найбільш значущих факторів, що впливають на психологічний стан ВПО. Втрата житла, майна, роботи та необхідність адаптуватися до нових умов проживання і праці призводять до виникнення почуття нестабільності та невпевненості в майбутньому. Безробіття, зниження доходів та фінансові труднощі є серйозними стресовими чинниками, які можуть призвести до розвитку тривожності, депресії та інших психічних розладів. ВПО часто стикаються з труднощами в отриманні базових послуг, таких як медичне обслуговування, освіта для дітей та житло, що ще більше ускладнює їх психологічне становище [40, 48, 51, 54, 58, 62, 67, 71, 82].

Рівень соціальної підтримки, яку отримують ВПО від родини, друзів, спільноти та держави, також відіграє важливу роль у їх психологічному благополуччі. Дослідження показують, що ті ВПО, які мають сильні соціальні зв'язки та отримують підтримку від оточуючих, мають кращі показники адаптації та психологічного здоров'я. Підтримка може включати як емоційну допомогу, так і практичну допомогу у вигляді фінансової підтримки, допомоги з пошуком роботи або житла. Відсутність соціальної підтримки, навпаки, може призвести до почуття ізоляції, самотності та безпорадності, що негативно впливає на психологічний стан ВПО.

Пережиті травматичні події, такі як військові дії, насильство, втрати близьких, мають безпосередній вплив на психологічний стан ВПО. Ці події можуть призвести до розвитку посттравматичного стресового розладу (ПТСР), депресії, тривожних розладів та інших психічних проблем. Особливо вразливими до травматичних подій є діти та підлітки, у яких можуть розвиватися серйозні психологічні проблеми. Травматичний досвід часто залишає глибокий слід у психіці ВПО, що ускладнює їх адаптацію до нових умов життя.

Процес адаптації до нових умов життя є ще одним ключовим фактором, що впливає на психологічний стан ВПО. Переміщення до нового регіону, необхідність інтегруватися в нову спільноту, знайти нову роботу та налагодити новий спосіб життя вимагають значних зусиль та можуть бути дуже стресовими. Адаптація може бути ускладнена відсутністю необхідної підтримки з боку держави та громадських організацій. Важливу роль у цьому процесі відіграє наявність ефективних механізмів підтримки, таких як програми інтеграції, соціальна допомога та психологічна підтримка [53, 65, 69].

Культурні та етнічні особливості ВПО також можуть впливати на їх психологічний стан. Відмінності в культурних традиціях, мовних бар'єрах, звичаях та релігійних переконаннях можуть ускладнювати процес адаптації та викликати додатковий стрес. Важливо, щоб приймаюча спільнота була толерантною та відкритою до культурного різноманіття, що сприятиме гармонійній інтеграції ВПО та зменшить рівень стресу, пов'язаного з культурними відмінностями.

Доступ до медичних та психологічних послуг є критичним фактором для забезпечення психологічного здоров'я ВПО. Недостатність або відсутність таких послуг може призводити до загострення психічних розладів та зниження якості життя ВПО. Важливо забезпечити доступ до кваліфікованої медичної допомоги та психологічної підтримки, щоб допомогти ВПО впоратися з травматичними подіями та адаптуватися до нових умов

Індивідуальні психологічні характеристики особистості також можуть впливати на сприйнятливність ВПО до стресу та їх здатність адаптуватися до нових умов. Наприклад, люди з високим рівнем резильєнтності, внутрішньої мотивації та оптимізму легше переживають труднощі та швидше відновлюються після травматичних подій. Водночас, люди з низьким рівнем стресостійкості, схильністю до тривожних та депресивних розладів потребують додаткової підтримки та допомоги. Психологічні особливості особистості, такі як стійкість до стресу, здатність до самоорганізації, внутрішня мотивація та рівень оптимізму, визначають, наскільки ефективно ВПО здатні адаптуватися до нових умов життя та подолати виклики, що постають перед ними [4, 6, 9, 14, 53, 65, 69, 78, 80].

Освітній та професійний рівень ВПО також може впливати на їх психологічний стан. Високий рівень освіти та професійної кваліфікації може сприяти легшій адаптації до нових умов, швидшому пошуку роботи та відчуттю впевненості у своїх силах. Водночас, недостатність освіти або професійних навичок може ускладнювати процес адаптації та викликати додатковий стрес. Освічені ВПО мають більше можливостей для інтеграції в нову спільноту та забезпечення свого матеріального благополуччя, що позитивно впливає на їх психологічний стан.

Таким чином, психологічний стан внутрішньо переміщених осіб визначається сукупністю різноманітних факторів, кожен з яких має свій вплив на загальне психологічне благополуччя ВПО. Розуміння цих факторів та їх впливу дозволяє розробляти ефективні стратегії підтримки та допомоги ВПО, спрямовані на покращення їх психологічного стану та сприяння успішній адаптації до нових умов життя. Важливо враховувати ці фактори під час розробки політик та програм підтримки, щоб забезпечити максимальну ефективність та результативність допомоги внутрішньо переміщеним особам.

1.2. Психологічні труднощі, наслідки внутрішнього переселення та психологічна допомога внутрішньо переміщеним особам

Збройний конфлікт на сході України, між українською армією та проросійськими сепаратистами, а потім і повномасштабне вторгнення агресора призвів до того, що більше 10 мільйонів людей були внутрішньо або за кордоном переміщені з України, з яких понад 3,8 мільйона залишили Україну, щоб шукати притулку в інших країнах Європи. За оцінками, загальна кількість переміщених осіб з України зросла приблизно до 4 мільйонів. Більшість людей, які шукають захисту, спочатку роблять це в сусідніх із ними країнах. Зараз у Польщі проживає понад 2,2 мільйона українських біженців [29, 31, 61].

У 2007 році робоча група з 27 гуманітарних організацій, включаючи Міжнародну федерацію товариств Червоного Хреста і Півмісяця, агентства ООН і міжнародні неурядові організації, що представляють зацікавлені сторони з різних секторів (охорона здоров'я, захист, харчування, освіта, вода та санітарія), опубліковані рекомендації з гуманітарної практики, які отримали широке поширення. Відповідно до цих рекомендацій, «психічне здоров'я та психосоціальна підтримка» (МНПСС) відноситься до «будь-якого типу місцевої або зовнішньої допомоги, спрямованої на забезпечення або покращення психосоціального благополуччя та/або запобігання чи лікування психічних захворювань» [4, 8, 39, 46].

Відповідно до систематичного огляду досліджень поширеності, проведених серед ВПО (усі базувалися на клінічних інтерв'ю та валідованих діагностичних системах), 31,5% респондентів страждали від посттравматичного стресового розладу (ПТСР), 31,5% від депресивного розладу, 11,1% від тривожного розладу і 1,5% від психозу [9, 12, 25, 69].

ВПО – це люди, які були змушені мігрувати зі своїх домівок на нове місце, не перетинаючи міжнародні кордони. ВПО перебувають у невигідному

становищі головним чином через обмежені економічні можливості та відсутність соціальних зв'язків, важкі умови життя та залежність від допомоги з боку держави та інших неурядових організацій (НУО). ВПО були виселені зі свого місця проживання та втратили свої ресурси через збройний конфлікт. Одним із найболючіших переживань є соціальна ізоляція, коли ВПО з меншою ймовірністю працевлаштовуватимуться та частіше залучатимуться для тимчасової роботи. Крім того, ВПО не мають стабільного доходу або заробляють менше, ніж інші жителі країни. Їм часто не вистачає соціальних зв'язків і вони надмірно залежать від допомоги уряду.

Конфлікти суттєво впливають на здоров'я та благополуччя людей, особливо в постраждалих районах. Війни та конфлікти спричиняють більше випадків смерті та інвалідності, ніж основні захворювання. Конфлікт може зруйнувати сім'ї, громади та соціальний та економічний розвиток націй. Наслідки війни включають психологічну та фізичну шкоду населенню та зменшення людського та матеріального капіталу. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), кожна п'ята людина, яка проживає в районах, охоплених війною, має проблеми з психічним здоров'ям, поширеність становить 22,1%. Станом на кінець 2023 року війна в Україні призвела до переміщення приблизно 3,7 мільйона людей усередині країни та змусила 6,3 мільйона біженців і шукачів притулку шукати захисту за кордоном, майже 6 мільйонів із них у Європі [29, 31, 61, 65, 69].

Війна порушила базові послуги та засоби до існування, пошкодила інфраструктуру та забруднила величезний сільськогосподарський регіон мінами. Мирне населення, яке проживало поблизу лінії фронту, зазнавало щоденних бойових дій. Навіть після втечі вони залишалися під загрозою невибіркових авіаударів.. Є докази того, що похилий вік корелює як з проблемами фізичного, так і з психічним здоров'ям; однак цей зв'язок не є чітким у конфліктних ситуаціях.

Профілі психічного здоров'я – це емоційні стани депресії, стресу та тривоги, пов'язані з труднощами впоратися зі стресовими факторами або потребами в повсякденному житті. Це болісний фізичний і психічний симптом, пов'язаний із коливаннями настрою людей. Його ідентифікували як форму нещастя, занепокоєння, песимізму та напруги, а також як симптоми тривоги та депресії, які ускладнюють справляння з повсякденною діяльністю. Розлад психічного здоров'я передує розвитку фізичного, психічного та емоційного виснаження. Наслідки розладу психічного здоров'я можуть бути змінені звичками та переконаннями людини, стилем подолання та соціальною підтримкою. Розлади психічного здоров'я (тобто депресія, тривога та стрес) є трьома взаємопов'язаними конструктами зі спільними та відмінними характеристиками [55, 57, 68, 69, 71, 80].

Теоретичною основою цього дослідження були моделі депресії на основі вразливості та стресу (теорія Бека та теорія безнадії). Компонент стресу вразливості теорії безнадії постулює, що існує взаємодія між негативними життєвими подіями (наприклад, впливом війни чи конфлікту), депресогенним когнітивним стилем і розвитком симптомів депресії. Дослідження показали, що сприяючим фактором є наявність основних атрибутів, які схиляють людину до депресії, таких як наявність набору когнітивних упереджень, які впливають на увагу, запам'ятовування та атрибуцію суб'єкта; зміна уявлень про світ (наприклад, «я всім не подобаюся»), майбутнє (наприклад, «я ніколи нічого не досягну») і себе (наприклад, «я невдаха»), які сприяють негативній інформації. У сукупності вищезазначені фактори називають «депресогенними переконаннями». На це негативне упередження в обробці інформації міг вплинути попередній життєвий досвід (наприклад, з раннього дитинства) або генетичні та біологічні фактори, які створюють негативні переконання чи схеми. Втрата передбачуваних життєво важливих ресурсів може бути провокуючим фактором для депресивного епізоду. Цими провокуючими факторами можуть

бути смерть близької людини або втрата власності чи бізнесу та пов'язані з цим фінансові труднощі. У цьому контексті вразливість можна концептуалізувати як схильність індивіда робити висновки (негативні) про причину та наслідки негативного життєвого досвіду. Переконання і негативне пізнання людини відіграють певну роль у розвитку психологічного дистресу. Було виявлено, що дисфункціональне ставлення людей взаємодіє з їхнім негативним життєвим досвідом, що може сприяти посиленню симптомів депресії. Теорія Бека, з іншого боку, прирівнює когнітивну вразливість до депресивних Я-схем, у тому числі до дисфункціональних установок [9, 12, 14, 17, 20, 55, 57].

Вимушене переселення є важким випробуванням для будь-якої людини, оскільки воно супроводжується серйозними змінами в житті, втратами та адаптаційними труднощами. ВПО стикаються з багатьма викликами, що безпосередньо впливають на їх психологічний стан та можуть мати тривалі наслідки. Психологічні наслідки вимушеного переселення включають широкий спектр реакцій та станів, від гострого стресу до хронічних психологічних розладів.

Одним із перших і найбільш розповсюджених психологічних наслідків вимушеного переселення є гостра стресова реакція. Після втрати домівки та розлуки з близькими, людина може відчувати сильний шок, тривогу, страх, розгубленість та безпорадність. Ці емоції можуть супроводжуватися фізичними симптомами, такими як безсоння, головний біль, втома та порушення апетиту. Гостра стресова реакція часто є природною відповіддю організму на надзвичайну ситуацію, але у деяких випадках вона може перерости у більш серйозні розлади [26, 31, 36-38].

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) є одним із найбільш серйозних наслідків вимушеного переселення. Дослідження показують, що ВПО мають підвищений ризик розвитку ПТСР через пережиті травматичні події, такі як збройні конфлікти, насильство або природні катастрофи. Симптоми ПТСР

включають нав'язливі спогади про травматичні події, нічні кошмари, уникання ситуацій, що нагадують про травму, підвищену тривожність та дратівливість. ПТСР може значно погіршити якість життя ВПО, впливаючи на їх здатність адаптуватися до нових умов та інтегруватися у нове середовище [3, 6, 12, 14, 63].

Депресія також є поширеним психологічним наслідком вимушеного переселення. Втрата домівки, соціальних зв'язків, робочих місць та звичного способу життя може призвести до відчуття безнадійності, смутку та відчаю. Депресія у ВПО часто супроводжується почуттям провини, втратою інтересу до звичних занять, зниженням енергії та концентрації, а також порушенням сну та апетиту. Без належної підтримки та лікування, депресія може призвести до серйозних наслідків, включаючи соціальну ізоляцію та суїцидальні думки [55-57, 71].

Адаптаційні розлади є ще одним поширеним наслідком вимушеного переселення. Ці розлади виникають у результаті труднощів, пов'язаних з адаптацією до нових умов життя та змінами в соціальному оточенні. Симптоми адаптаційних розладів можуть включати тривожність, депресію, дратівливість, порушення сну та зниження продуктивності. ВПО можуть відчувати труднощі у знаходженні нової роботи, налагодженні нових соціальних зв'язків та інтеграції у нове суспільство, що може посилювати відчуття стресу та безпорадності [9, 12, 13, 44, 55-57, 71,].

Психологічні наслідки вимушеного переселення можуть також включати розвиток тривожних розладів. Постійне відчуття небезпеки, невизначеності та нестабільності може призвести до хронічної тривожності. ВПО можуть відчувати постійний страх за своє майбутнє, безпеку своїх близьких, а також переживати за відновлення втраченої власності та стабільності. Тривожні розлади можуть проявлятися у формі панічних атак, генералізованого тривожного розладу, соціальної фобії та інших форм [9, 55, 68].

Соціальна ізоляція є ще одним важливим аспектом психологічних наслідків вимушеного переселення. ВПО часто втрачають свої соціальні зв'язки та підтримку, що може призвести до відчуття самотності та відчуженості. Відсутність соціальної підтримки може погіршити психологічний стан ВПО, оскільки соціальні зв'язки відіграють важливу роль у зниженні стресу та підтримці емоційного благополуччя. ВПО можуть стикатися з труднощами у встановленні нових соціальних контактів через культурні, мовні або економічні бар'єри [8, 10, 46, 55, 68,].

Вимушене переселення також може мати негативний вплив на сімейні відносини. Стресові ситуації, в яких опиняються ВПО, можуть призвести до конфліктів, непорозумінь та розриву сімейних зв'язків. Напруженість у сімейних відносинах може додатково погіршити психологічний стан ВПО, особливо якщо вони втрачають підтримку своїх близьких. Дослідження показують, що сімейна підтримка є важливим фактором у процесі адаптації та реабілітації ВПО, тому важливо забезпечити доступ до сімейної терапії та консультування [33, 53, 79, 81].

Вимушене переселення є особливо важким випробуванням для дітей та підлітків, які, на відміну від дорослих, мають менш сформовані адаптаційні механізми і більшу вразливість до стресових ситуацій. Переміщення з рідного дому, втрата знайомого середовища, розлука з друзями та родиною, а також перебування в умовах невизначеності та небезпеки, створюють серйозні загрози для психологічного здоров'я молодого покоління ВПО [8, 33, 38, 46, 52, 54, 58, 79].

Діти та підлітки, які стали ВПО, стикаються з багатьма психологічними проблемами. Найбільш поширеними серед них є тривожність та депресія. Дослідження показують, що діти ВПО часто виявляють симптоми посттравматичного стресового розладу (ПТСР), який виникає внаслідок пережитих травматичних подій, таких як війна, насильство або стихійні лиха.

Симптоми ПТСР включають нав'язливі спогади про травматичні події, нічні кошмари, емоційне оніміння та підвищену настороженість. Ці симптоми можуть суттєво погіршити якість життя дітей та їх здатність адаптуватися до нових умов [8, 33, 38, 46, 52, 54, 58, 79]

Важливо також зазначити, що діти та підлітки часто проявляють свою тривожність та стрес через поведінкові проблеми. Вони можуть ставати агресивними, дратівливими або, навпаки, замкнутими і відчуженими. Втрата стабільності та безпеки може призвести до регресії в поведінці, коли діти починають діяти як у молодшому віці. Наприклад, вони можуть повернутися до смоктання пальця, нічного енурезу або вимагати постійної уваги з боку дорослих.

Навчальні труднощі є ще одним важливим аспектом психологічного стану дітей ВПО. Порушення навчального процесу, зміна шкіл та вчителів, нове навчальне середовище і відсутність підтримки можуть призвести до проблем з академічною успішністю. Діти можуть відчувати труднощі з концентрацією, запам'ятовуванням та засвоєнням нової інформації. Це, в свою чергу, може вплинути на їх самооцінку та мотивацію до навчання.

Соціальна ізоляція є ще однією серйозною проблемою для дітей та підлітків ВПО. Розлука з друзями та знайомими, а також труднощі у встановленні нових соціальних зв'язків можуть призвести до почуття самотності та відчуженості. Відсутність підтримки з боку однолітків та дорослих може погіршити психологічний стан дітей та сприяти розвитку депресії та тривожності. Соціальна підтримка є важливим фактором у процесі адаптації, тому важливо забезпечити умови для інтеграції дітей ВПО у нові громади [8, 33, 38, 46, 52, 54, 58, 79].

Сімейні відносини також відіграють важливу роль у психологічному стані дітей та підлітків ВПО. Стресові ситуації та зміни, з якими стикаються батьки, можуть вплинути на їх здатність забезпечувати емоційну підтримку та стабільність для своїх дітей. Конфлікти в сім'ї, напруженість та відсутність належної уваги з боку батьків можуть посилити психологічні проблеми дітей.

Водночас, підтримка та розуміння з боку сім'ї можуть допомогти дітям справитися зі стресом та адаптуватися до нових умов [8, 33, 38, 46, 52, 54, 58, 79].

Психологічні наслідки вимушеного переселення можуть мати довготривалий характер. Дослідження показують, що діти, які пережили травматичні події та вимушене переселення, можуть стикатися з проблемами у дорослому віці, включаючи хронічну тривожність, депресію, проблеми з міжособистісними відносинами та труднощі у професійній діяльності. Тому важливо забезпечити своєчасну та комплексну підтримку для дітей ВПО, щоб мінімізувати негативні наслідки та сприяти їх успішній адаптації та розвитку.

Забезпечення психологічної підтримки для дітей та підлітків ВПО вимагає комплексного підходу, який включає різні форми допомоги. Індивідуальна та групова терапія, арт-терапія, психоосвітні програми та навчання навичкам управління стресом можуть бути ефективними методами підтримки. Важливо також забезпечити доступ до якісної освіти та створити умови для соціальної інтеграції дітей ВПО у нові школи та громади [8, 33, 38, 46, 52, 54, 58, 79].

Міжнародні організації, уряди та неурядові організації повинні співпрацювати для розробки та впровадження програм підтримки для дітей ВПО. Ці програми мають бути спрямовані на забезпечення психологічної допомоги, соціальної інтеграції та захисту прав дітей. Важливо також проводити дослідження, щоб краще зрозуміти потреби дітей ВПО та ефективність різних підходів до їх підтримки.

Таким чином, психологічний стан дітей та підлітків ВПО є важливою проблемою, яка вимагає комплексного підходу та тісної співпраці на всіх рівнях. Забезпечення своєчасної та якісної психологічної підтримки може допомогти дітям справитися зі стресом, адаптуватися до нових умов та побудувати здорове і щасливе майбутнє.

Нещодавній Кокранівський огляд надав огляд втручань у психічне здоров'я для вимушено переміщених осіб, розрізняючи зміцнення психічного здоров'я,

профілактику та лікування поширених психічних розладів. Зміцнення психічного здоров'я в більшості випадків є універсальним (тобто воно спрямоване на широке населення), але воно також може стосуватися груп високого ризику, таких як вимушено переміщені особи. Первинні результати втручань, спрямованих на зміцнення здоров'я, часто є індикаторами позитивного психічного здоров'я, а не показниками симптомів, оскільки втручання, що зміцнюють здоров'я, спрямовані на зниження ризику психічних розладів.

Профілактику психічних розладів або симптомів можна розуміти як специфічні втручання, орієнтовані на популяцію та/або індивіда, спрямовані на мінімізацію тягаря хвороби. Профілактика може бути первинною, тобто втручання, спрямоване на запобігання проявам хвороби, або вторинним, тобто втручання, спрямоване на раннє виявлення та лікування. На відміну від зміцнення психічного здоров'я, яке зосереджується на загальному психічному здоров'ї, профілактика також може включати стратегії, пов'язані з конкретними симптомами. Ці втручання можна диференціювати від лікування звичайних психічних розладів, яке спрямоване на зменшення симптомів специфічних розладів після їх прояву. Вони можуть включати когнітивну поведінкову терапію (КПТ, наприклад, орієнтовану на травму) або культурно чутливу КПТ, або інші форми психотерапії. Хоча кілька оглядів вивчали вплив психотерапії на вимушено переміщених осіб у різних вікових групах, наразі лише один огляд був спрямований на профілактичні заходи на рівні громади для вимушено переміщених дітей та підлітків у країни з високим рівнем, не знайшовши доказів сприятливого впливу втручання на психічні симптоми. Однак кількісні підсумки були обмежені щонайбільше двома дослідженнями на результат, а загальна достовірність доказів була від дуже низької до низької. В іншому огляді йдеться про вивчення психосоціальних втручань у шукачів притулку та біженців, знайшовши докази сприятливого впливу на психічні симптоми. Однак, як і в багатьох інших оглядах, цей синтез доказів здебільшого розглядав лікування

специфічних, явних психічних розладів, обмежуючи висновки щодо втручань для зміцнення психічного здоров'я або запобігання проблемам психічного здоров'я. Таким чином, немає жодного огляду втручань, спрямованих на зміцнення здоров'я, або заходів профілактики серед дорослих [19, 27, 74, 77, 82].

Надання заходів щодо психічного здоров'я вимушено переміщенням особам є складним завданням. Стандартні методи лікування, які ефективно застосовуються в західних суспільствах, можуть бути не настільки ефективними для цієї популяції. По-перше, високий рівень супутніх захворювань може зменшити ефект втручання. По-друге, можливість узагальнення результатів досліджень з вимушено переміщеними особами обмежена, оскільки більшість досліджень із втручання в психічне здоров'я проводяться в країнах з високим рівнем доходу, тоді як більшість людей живуть і потребують догляду в країнах з низьким рівнем доходу. По-третє, навіть у країнах із національними службами охорони здоров'я вимушено переміщені особи рідко користуються психіатричною допомогою через різні бар'єри (наприклад, мова, стигма).

Зменшення ефективності стандартних методів лікування, низький рівень контактів зі спеціалізованими фахівцями з охорони психічного здоров'я та обмежені ресурси в країнах з низьким рівнем доходу призвели до збільшення інтересу до трансдіагностичних втручань [80]. Ці втручання виходять за рамки окремих діагностичних категорій, звертаючись до спільних етіологічних і підтримувальних процесів проблем психічного здоров'я, а також до когнітивних, афективних, поведінкових і міжособистісних особливостей психічних розладів, тобто вони припускають загальний латентний психопатологічний фактор [2, 4, 7]. Процеси, на які спрямовані трансдіагностичні втручання, це, наприклад, регуляція емоцій, роздумування, повторюване негативне мислення або психологічна (не)гнучкість [45, 58, 70, 75].

Нещодавно для вимушено переміщених осіб були запропоновані різні трансдіагностичні методи лікування поширених психічних розладів [45, 58, 70,

75]. Враховуючи мету зміцнення психічного здоров'я для сприяння загальному психічному здоров'ю та благополуччя та мету профілактичних заходів, щоб уникнути виникнення та/або хронізації психічних симптомів і розладів, трансдіагностичні підходи мають велике значення в цій галузі (O'Bryan et al. , 2021). Це уявлення підтверджується швидким зростанням кількості організацій, які розробляють трансдіагностичні програми для вимушено переміщених осіб (Ager та ін., 2011; Доусон та ін., 2015; De Graaff та ін., 2020) [45, 58, 70, 75].

Загальні компоненти трансдіагностичного психосоціального втручання:

1. Поведінкова активація. Втручання з поведінкової активації походять від лікування депресивних розладів і включають методи моніторингу та планування діяльності або оцінки життєвих цілей і цінностей. Поведінкова активація може також включати управління надзвичайними ситуаціями та процедури, спрямовані на уникнення поведінки (як це спостерігається при депресії).

2. Регулювання емоцій. Регулювання емоцій описує будь-які зовнішні та внутрішні процеси, відповідальні за моніторинг, оцінку та модифікацію емоційних реакцій. Конструкт містить як здібності на рівні рис (наприклад, загальну здатність регулювати емоції), так і специфічні стратегії (наприклад, переоцінка, прийняття), і було встановлено, що він представляє важливий трансдіагностичний фактор у розвитку психопатології. Тренінги регуляції емоцій часто зосереджуються на розвитку конкретних навичок або стратегій (наприклад, тренінги переоцінки) [45, 58, 70, 75].

3. Уважність. Уважність можна описати як процес відкритого усвідомлення свого досвіду поточного моменту, що контрастує з великим повсякденним життєвим досвідом. Таким чином, втручання усвідомленості спрямовані на сприяння підвищенню уваги та усвідомлення поточного моменту [45, 58, 70, 75].

4. Управління проблемами. Управління проблемами (або вирішення проблем) описує втручання для покращення індивідуального управління практичними проблемами (наприклад, міжособистісними конфліктами)

(Рахман А.). Він часто включає класифікацію проблем як потенційно вирішуваних, вибір цільової проблеми та розробку (альтернативних) планів вирішення проблеми [70].

5. Психоосвіта. Психоосвіта описує стандартне втручання когнітивно-поведінкової терапії, яке передає систематичні, структуровані та дидактичні знання про (психічні) захворювання та їх лікування [2, 11].

6. Релаксація. Релаксаційні тренінги спрямовані на зменшення симптомів стресу шляхом розвитку навичок релаксації. Втручання можуть включати різні стратегії (наприклад, дихальні вправи, прогресивне розслаблення м'язів).

7. Підтримуюче консультування. Підтримуюче консультування часто надається у формі (неструктурованого) консультування, адаптованого до потреб учасників і спрямованого на зміцнення індивідуальних ресурсів. Такі заходи часто зосереджені на міжособистісних проблемах, а також на розробці планів і надії на майбутнє [2,11].

8. Управління стресом. Управління стресом відноситься до широкого спектру психологічних стратегій, спрямованих на контроль індивідуальних рівнів стресу. Найпоширенішою програмою є тренінг проти стресу, який включає техніки релаксації, відволікання уваги та поведінкову активацію.

Враховуючи складні обставини, за яких необхідно здійснювати зміцнення психічного здоров'я та профілактику вимушено переміщених осіб, інтенсивність втручання також є предметом дебатів [2, 6]. Втручання низької інтенсивності вимагають менше ресурсів завдяки використанню матеріалів для самодопомоги, часу контакту шість годин або менше та їх проведення практикуючими лікарями або навченими прихильниками. Огляди показали, що втручання низької інтенсивності є ефективними для зменшення психічних симптомів [45, 59]. Таким чином, особливо трансдіагностичні втручання низької інтенсивності можуть мати потенціал для покращення психіатричної допомоги вимушено переміщеним особам, націлюючись на широкий спектр симптомів, в умовах

обмежених ресурсів і з меншими витратами, ніж стандартні втручання. У той же час висловлювалося занепокоєння щодо того, чи достатньо цих втручань низької інтенсивності для задоволення складних потреб цієї групи населення через жорсткі часові графіки та їхню залежність від внутрішніх ресурсів [45, 58, 59, 70, 75].

Поки що, незважаючи на величезну потребу у зміцненні та профілактиці психічного здоров'я вимушено переміщених осіб і зростаючий інтерес до трансдіагностичних втручань, систематичний огляд, який би вивчав ефект втручань, спрямованих на трансдіагностичні фактори, відсутній.

Отже, щоб пом'якшити психологічні наслідки вимушеного переселення, важливо забезпечити доступ до комплексної психологічної підтримки та реабілітаційних програм. Це включає надання індивідуальної та групової терапії, психоосвіту, навчальні програми з розвитку навичок управління стресом та адаптаційних стратегій. Важливо також забезпечити соціальну підтримку та інтеграцію ВПО у нові громади, створюючи умови для налагодження соціальних зв'язків та відновлення соціальної підтримки.

Національні уряди та міжнародні організації повинні співпрацювати для розробки та впровадження ефективних програм підтримки ВПО, що включають психологічну допомогу, соціальну інтеграцію та правовий захист. Важливо також проводити дослідження, щоб краще зрозуміти потреби ВПО та ефективність різних підходів до їх підтримки. Це дозволить розробити більш ефективні стратегії та програми, спрямовані на покращення психологічного стану та загальної якості життя ВПО.

Успішне вирішення проблем ВПО вимагає комплексного підходу, який включає не тільки надання матеріальної та медичної допомоги, але й забезпечення психологічної підтримки та соціальної інтеграції. Психологічні наслідки вимушеного переселення можуть мати тривалий характер, тому важливо забезпечити довгострокову підтримку та реабілітацію ВПО, щоб вони

могли успішно адаптуватися до нових умов життя та відновити своє психічне та емоційне благополуччя.

1.3. Вивчення впливу економічних та соціальних чинників на психічне здоров'я внутрішньо переміщених осіб

Вимушене переселення є складним і травматичним досвідом, який вимагає від людини не лише фізичної адаптації до нових умов, але й значного психічного зусилля. Однією з ключових проблем, з якими стикаються ВПО, є вплив демографічних, економічних та соціальних чинників на їх психічне здоров'я. Ці чинники можуть як посилювати стрес і тривогу, так і сприяти адаптації та психічному благополуччю ВПО [4, 6, 10, 12].

Вивчення впливу демографічних чинників на психічне здоров'я ВПО є важливим аспектом розуміння їхнього психологічного стану та розробки ефективних стратегій підтримки. Демографічні чинники, такі як вік, стать, рівень освіти, сімейний стан та місце проживання, можуть значно впливати на психічне здоров'я ВПО, обумовлюючи різноманітні потреби у психологічній допомозі. Вік, наприклад, може визначати рівень адаптивності та стійкості, тоді як стать може впливати на специфічні психоемоційні потреби та ризики. Сімейний стан часто визначає рівень соціальної підтримки, що є критично важливим для збереження психічного здоров'я в умовах стресу.[4, 7, 26, 31, 33]

Один із ключових демографічних чинників, що впливають на психічне здоров'я ВПО, є вік. Молодші особи можуть бути більш адаптивними до нових умов життя, проте водночас вони частіше стикаються з труднощами самореалізації та фінансової нестабільності, що може призвести до підвищення рівня тривожності та депресії. Літні люди можуть відчувати ізоляцію та втрату соціальної підтримки, що збільшує ризик розвитку депресивних станів та інших психічних розладів.

Стать також відіграє значну роль у формуванні психоемоційного стану ВПО. Жінки, наприклад, частіше відчувають вищий рівень тривожності та депресії через подвійний тягар відповідальності за сім'ю та необхідність адаптації до нових умов. Чоловіки можуть переживати стрес, пов'язаний з втратою роботи чи ролі годувальника, що впливає на їхню самооцінку та емоційний добробут [4, 7, 26, 31, 39, 45, 53].

Рівень освіти впливає на здатність індивідів адаптуватися до нових умов. Більш освічені особи можуть мати кращі навички вирішення проблем і доступ до ресурсів, що сприяє їхній психологічній стійкості. Проте, водночас, вони можуть відчувати більший стрес через невідповідність між їхніми професійними навичками та доступними можливостями працевлаштування.

Сімейний стан є ще одним важливим демографічним чинником. ВПО, які мають підтримку сім'ї, частіше демонструють кращу адаптацію та стійкість до стресових ситуацій. Самотні особи, навпаки, можуть відчувати більшу ізоляцію та соціальну нестабільність, що негативно впливає на їхнє психічне здоров'я.

Нарешті, місце проживання відіграє важливу роль у визначенні доступу до медичних та соціальних послуг. ВПО, які проживають у міських районах, мають кращий доступ до медичної допомоги та соціальних послуг, що може позитивно впливати на їхнє психічне здоров'я. У сільській місцевості доступ до таких послуг може бути обмеженим, що створює додаткові виклики для підтримки психічного здоров'я [6, 7, 26, 31, 39, 45, 53, 65, 68]..

Дослідження соціально-економічного впливу на ВПО є важливим для розуміння того, як різні аспекти життя в умовах вимушеної міграції можуть впливати на їхній психоемоційний стан. ВПО часто стикаються з численними викликами, що випливають із їхнього нового соціально-економічного становища, і це може суттєво вплинути на їхню здатність адаптуватися до нових умов.

Економічні чинники грають важливу роль у визначенні психічного стану ВПО. Втрата джерела доходу, труднощі у працевлаштуванні, зниження рівня

життя і фінансова нестабільність є постійними супутниками вимушеного переселення. ВПО часто стикаються з проблемами у пошуку роботи, оскільки їм може бракувати необхідних документів, кваліфікації або зв'язків у новому місці проживання. Це може призводити до хронічного стресу, тривоги та депресії, оскільки невпевненість у завтрашньому дні та неможливість забезпечити свої базові потреби стають постійним джерелом напруги [3, 8, 46, 52, 77].

Фінансова нестабільність також може впливати на доступ до медичних послуг, включаючи психіатричну та психологічну допомогу. ВПО можуть не мати достатніх коштів для отримання необхідної медичної допомоги або купівлі медикаментів, що погіршує їх психічний стан. Крім того, відсутність фінансових ресурсів може обмежувати можливості ВПО щодо участі у соціальних та культурних заходах, що сприяє ізоляції та самотності.

Соціальні чинники також мають значний вплив на психічне здоров'я ВПО. Соціальна підтримка є одним з найважливіших факторів, що сприяють адаптації та психічному благополуччю. Підтримка з боку родини, друзів, громади та соціальних служб може значно знизити рівень стресу та тривоги, допомогти ВПО адаптуватися до нових умов життя та впоратися з труднощами. Водночас, відсутність соціальної підтримки, ізоляція та самотність можуть посилювати психічні проблеми, сприяючи розвитку депресії, тривожних розладів та інших психічних розладів[3, 8, 10, 13, 33, 41].

Культурні та мовні бар'єри є ще одним важливим соціальним чинником, який впливає на психічне здоров'я ВПО. ВПО, які переміщуються в регіони з іншою мовою та культурою, можуть стикатися з труднощами у комунікації, соціалізації та адаптації. Це може призводити до почуття ізоляції, відчуженості та неповноцінності, що негативно впливає на їх психічний стан. Важливо забезпечити доступ до мовних курсів та культурних програм, щоб допомогти ВПО подолати ці бар'єри та інтегруватися у нове суспільство.

Дискримінація та стигматизація є ще одним соціальним чинником, який може впливати на психічне здоров'я ВПО. ВПО часто стикаються з упередженнями та негативним ставленням з боку місцевого населення, що може призводити до почуття несправедливості, образи та безнадійності. Це може посилювати психічні проблеми та перешкоджати адаптації та інтеграції ВПО у нове середовище. Важливо проводити інформаційно-просвітницьку роботу з метою зменшення стигматизації та підвищення рівня толерантності та взаєморозуміння у суспільстві [46, 52, 53, 58, 67, 77].

Дослідження впливу економічних та соціальних чинників на психічне здоров'я ВПО показують, що ці чинники є взаємопов'язаними і взаємозалежними. Наприклад, фінансова нестабільність може призводити до соціальної ізоляції, а відсутність соціальної підтримки може посилювати економічні труднощі. Тому важливо забезпечити комплексний підхід до вирішення проблем ВПО, який включає надання фінансової, соціальної та психологічної підтримки [3, 8, 10, 13, 33, 41, 46, 52, 53, 58, 67, 77].

Національні уряди та міжнародні організації повинні співпрацювати для розробки та впровадження ефективних програм підтримки ВПО. Ці програми мають включати надання фінансової допомоги, підтримку у працевлаштуванні, доступ до медичних послуг та психологічної допомоги, а також заходи щодо інтеграції ВПО у нові громади. Важливо також забезпечити доступ до освіти та навчальних програм, які допоможуть ВПО здобути нові навички та підвищити свою конкурентоспроможність на ринку праці.

Психологічне консультування та психотерапія є важливими компонентами підтримки психічного здоров'я ВПО. Індивідуальна та групова терапія, психоосвітні програми, а також тренінги з розвитку навичок управління стресом та адаптації можуть бути ефективними методами допомоги. Важливо також забезпечити підтримку родин ВПО, оскільки сімейні відносини відіграють важливу роль у процесі адаптації та психічного благополуччя.

Проведення досліджень є важливим для розуміння впливу економічних та соціальних чинників на психічне здоров'я ВПО та розробки ефективних програм підтримки. Дослідження мають враховувати різні аспекти життя ВПО, включаючи їх економічний стан, соціальні зв'язки, доступ до медичних послуг та культурні бар'єри. Це дозволить розробити більш цілісні та ефективні стратегії підтримки, спрямовані на покращення психічного здоров'я та загального благополуччя ВПО [3, 8, 10, 13, 33, 41, 46, 52, 53, 58, 67, 77].

Загалом, демографічні, соціальні та економічні чинники є взаємопов'язаними і комплексно впливають на психологічний стан ВПО. Розуміння їхнього впливу є критично важливим для розробки цілеспрямованих політик та програм, спрямованих на підтримку цієї вразливої категорії населення. Комплексний підхід, що враховує всі аспекти життя ВПО, сприятиме не лише покращенню їхнього психічного здоров'я, але й їхній успішній інтеграції у нові спільноти, забезпечуючи їм можливості для відновлення та повноцінного життя.

1.4. Світовий досвід внутрішньо переміщених осіб та аналіз правового статусу внутрішньо переміщених осіб в Україні і їх доступ до захисту прав

Світовий досвід внутрішньо переміщених осіб (ВПО) є багатогранним і охоплює різні аспекти, включаючи соціально-економічні, політичні, правові та культурні аспекти. ВПО є однією з найбільш уразливих категорій населення, і їх кількість у світі продовжує зростати через збройні конфлікти, насильство, порушення прав людини та природні катастрофи. За даними Управління Верховного комісара ООН у справах біженців (UNHCR), на кінець 2020 року у світі налічувалося понад 40 мільйонів внутрішньо переміщених осіб [46, 52, 53, 58, 67, 71, 77].

Проблема ВПО є глобальним викликом, що потребує комплексного підходу до вирішення. ВПО стикаються з численними труднощами, включаючи

втрату житла, засобів до існування, соціальної підтримки та доступу до основних прав і свобод. У різних країнах світу існують різні підходи до підтримки та захисту ВПО, і досвід цих країн може бути корисним для України в контексті вдосконалення політики та правової бази щодо ВПО.

На глобальному рівні, правовий статус та захист прав ВПО регулюються низкою міжнародних документів, таких як Керівні принципи з питань переміщення всередині країни (Guiding Principles on Internal Displacement), прийняті ООН у 1998 році. Ці принципи визнають право ВПО на безпеку, гідність і повагу їхніх прав на всіх етапах переміщення, включаючи захист від насильства та дискримінації, доступ до житла, медичних послуг та освіти [61, 68].

Один із найпоширеніших підходів до вирішення проблем ВПО – це розробка національних політик та стратегій, спрямованих на їх підтримку та інтеграцію. У багатьох країнах створюються спеціалізовані державні органи або агентства, які займаються питаннями ВПО, координують надання допомоги та розробляють програми з їх реабілітації та інтеграції [29].

Іншим важливим аспектом є міжнародна підтримка та співпраця. Міжнародні організації, такі як ООН, Міжнародна організація з міграції (ІОМ), Червоний Хрест та інші, відіграють ключову роль у наданні гуманітарної допомоги ВПО. Ці організації здійснюють моніторинг ситуації, надають фінансову підтримку, забезпечують доступ до медичної та психологічної допомоги, а також сприяють розвитку національних політик та програм підтримки ВПО.

Одним із важливих прикладів міжнародної підтримки є програма «Кластерного підходу» ООН, яка спрямована на координацію гуманітарної допомоги в надзвичайних ситуаціях. Цей підхід включає створення спеціалізованих кластерів, які відповідають за різні аспекти допомоги, такі як житло, харчування, медична допомога, освіта та захист прав людини. Це дозволяє

ефективно координувати зусилля різних організацій та забезпечувати комплексну допомогу ВПО.

У багатьох країнах світу розроблено національні стратегії та закони, спрямовані на підтримку та захист ВПО. Наприклад, в Колумбії, де проблема внутрішнього переміщення є однією з найгостріших, уряд розробив систему підтримки ВПО, яка включає надання фінансової допомоги, житла та доступу до соціальних послуг. Важливим елементом колумбійської системи є створення спеціалізованих органів, які займаються питаннями ВПО та координацією зусиль різних державних і недержавних організацій [46].

Інший приклад – Грузія, яка після конфліктів 1990-х років та війни з росією у 2008 році зіткнулася з масовим внутрішнім переміщенням населення. У відповідь на це, уряд Грузії розробив комплексну стратегію підтримки ВПО, яка включає надання житла, соціальну допомогу та інтеграцію ВПО у місцеві громади. Одним з ключових елементів цієї стратегії є залучення міжнародних організацій та донорів до фінансування програм підтримки ВПО.

Угандійський уряд, у співпраці з міжнародними організаціями, реалізував програму з надання земельних ділянок для ВПО, що дозволило їм займатися сільським господарством і забезпечувати себе продуктами харчування.

Важливу роль у процесі інтеграції ВПО відіграє забезпечення доступу до освіти. Освіта є ключовим фактором для забезпечення довгострокової стабільності та розвитку ВПО, особливо дітей та молоді. Наприклад, у Сирії, де внутрішньо переміщені особи стикаються з численними викликами, міжнародні організації активно працюють над забезпеченням доступу до освіти для дітей ВПО, створюючи тимчасові школи та навчальні центри [58, 63].

Не менш важливим є питання правового захисту ВПО. У багатьох країнах ВПО стикаються з дискримінацією, порушенням прав людини та обмеженим доступом до правосуддя. Для вирішення цих проблем важливо забезпечити юридичну підтримку та захист прав ВПО на національному та міжнародному

рівнях. Наприклад, у Боснії та Герцеговині були створені спеціальні правові механізми для захисту прав ВПО, включаючи доступ до правосуддя, компенсації за втрачене майно та відновлення прав власності.

Досвід різних країн також показує, що важливим аспектом підтримки ВПО є психологічна допомога. Пережиті травматичні події, втрата домовки та розлука з близькими залишають глибокий слід у психіці ВПО. Для забезпечення психологічного благополуччя ВПО важливо забезпечити доступ до кваліфікованої психологічної підтримки та реабілітаційних програм. Наприклад, у Шрі-Ланці, де багато ВПО постраждали від збройного конфлікту, створені спеціалізовані центри психологічної допомоги, які надають підтримку ВПО та допомагають їм впоратися з наслідками травматичних подій.

Існують численні дослідження, які вивчають досвід ВПО у різних країнах та їх вплив на психологічний стан і соціально-економічну інтеграцію. Наприклад, дослідження, проведене у Нігерії, показало, що ВПО стикаються з численними викликами, включаючи відсутність житла, доступу до освіти та медичної допомоги. Водночас, дослідження підкреслило важливість соціальної підтримки та програм інтеграції, які сприяють покращенню їхнього психологічного стану та загальної якості життя.

Інше дослідження, проведене у Південному Судані, показало, що ВПО мають високий рівень тривожності та депресії через постійні конфлікти та нестабільність. Програми психологічної підтримки та реабілітації, включаючи групову терапію та психоосвітні заходи, допомогли знизити рівень стресу та покращити психологічний стан ВПО.

У Кенії дослідження показали, що ВПО, які брали участь у програмах з розвитку навичок та підприємницької діяльності, мали вищий рівень соціальної інтеграції та економічної стабільності. Ці програми включали навчання новим професіям, підтримку у створенні власного бізнесу та надання мікрокредитів, що дозволяло ВПО забезпечувати себе та свої родини.

У Іраку, де багато людей стали ВПО через тривалі збройні конфлікти, дослідження підкреслюють важливість комплексного підходу до підтримки ВПО, який включає надання житла, доступу до медичної допомоги, освіти та правової підтримки. Програми, спрямовані на соціальну інтеграцію та реінтеграцію ВПО у місцеві громади, допомогли покращити їхню психологічну стабільність та загальний рівень життя.

Однією з ключових проблем є доступ ВПО до житла. Хоча закон передбачає надання тимчасового житла для ВПО, на практиці цей процес часто затягується через відсутність достатньої кількості житлових приміщень та недостатнє фінансування. Багато ВПО змушені проживати у тимчасових притулках або знімати житло за власний кошт, що створює додатковий фінансовий тягар.

Іншою важливою проблемою є доступ до медичних послуг. ВПО часто стикаються з труднощами у отриманні медичної допомоги через відсутність необхідних документів або реєстрації за новим місцем проживання. Це особливо актуально для людей похилого віку, дітей та осіб з інвалідністю, які потребують постійного медичного догляду.

Аналіз світового досвіду та правового статусу ВПО в Україні показує, що успішна адаптація та інтеграція ВПО вимагає комплексного підходу, який включає не лише розробку відповідної правової бази, але й забезпечення її ефективної реалізації на практиці. Важливо забезпечити фінансову, соціальну та психологічну підтримку ВПО, створити умови для їх інтеграції у нові громади та забезпечити доступ до основних прав і свобод.

Україні слід враховувати досвід інших країн у вирішенні проблем ВПО та співпрацювати з міжнародними організаціями та донорами для розробки та впровадження ефективних програм підтримки. Це дозволить не лише покращити становище ВПО, але й сприяти стабілізації та розвитку суспільства в цілому.

Висновки до першого розділу.

Основними ознаками міграції є переміщення осіб через територіальні межі – держави, регіону, населеного пункту. Розрізняють зовнішню міграцію, тобто переміщення людей з однієї країни в іншу зі зміною постійного місця проживання, і внутрішню – переміщення або розселення населення в територіальних межах країни, які залишаються під правовим захистом тієї ж країни. Під переселенням розрізняють добровільне і вимушене переселення. Особи, які мігрували всередині країни, називаються «внутрішньо переміщеними особами».

Міжнародне співтовариство та гуманітарні організації, щоб гарантувати, що переміщені особи зможуть повернутися до місць свого походження, розробили принципи. Наприклад, ООН щодо реституції житла та майна для біженців і ВПО, також відомі як Принципи Піньейро, містять вказівки щодо управління технічними та правовими аспектами реституції житла, землі та майна (HLP). Права на реституцію мають ключове значення для ВПО та біженців у всьому світі, і це важливо, щоб спробувати запобігти вигоді агресорів від конфлікту.

Вторгнення в Україну є однією з найруйнівніших гуманітарних криз новітньої історії. Станом на 31 січня 2023 року близько 8 мільйонів людей покинули Україну, а понад 7 мільйонів стали внутрішньо переміщеними особами з початку військового наступу. Це посилює глобальну ситуацію, коли багато воєн і збройних конфліктів (наприклад, в Афганістані, Ефіопії, Ірані, Ємені) змушують людей залишати свої домівки. Кілька оглядів вказують на серйозні наслідки для психічного здоров'я під час збройних конфліктів.

Вимушено переміщені особи (також їх називають переселенці або внутрішні переселенці) піддаються впливу кількох макростресорів, включаючи обставини, що змушують людей залишати свої домівки (наприклад, збройні конфлікти), події, пов'язані з подорожами та транзитом (наприклад, події, що

загрожують життю, фізичні травми), стресори після прибуття (наприклад, невизначений статус притулку) та проблеми, пов'язані з інтеграцією/поселенням (наприклад, безробіття). Оскільки вплив стресових факторів є однією з основних причин виникнення та стійкості психічних розладів, Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) представила глобальний план дій щодо здоров'я біженців, який ставить психічне здоров'я в пріоритеті.

Культурні та етнічні особливості ВПО також можуть впливати на їх психологічний стан. Відмінності в культурних традиціях, мовних бар'єрах, звичаях та релігійних переконаннях можуть ускладнювати процес адаптації та викликати додатковий стрес. Важливо, щоб приймаюча спільнота була толерантною та відкритою до культурного різноманіття, що сприятиме гармонійній інтеграції ВПО та зменшить рівень стресу, пов'язаного з культурними відмінностями.

Освітній та професійний рівень ВПО також може впливати на їх психологічний стан. Високий рівень освіти та професійної кваліфікації може сприяти легшій адаптації до нових умов, швидшому пошуку роботи та відчуттю впевненості у своїх силах. Водночас, недостатність освіти або професійних навичок може ускладнювати процес адаптації та викликати додатковий стрес. Освічені ВПО мають більше можливостей для інтеграції в нову спільноту та забезпечення свого матеріального благополуччя, що позитивно впливає на їх психологічний стан.

Таким чином, психологічний стан внутрішньо переміщених осіб визначається сукупністю різноманітних факторів, кожен з яких має свій вплив на загальне психологічне благополуччя ВПО. Розуміння цих факторів та їх впливу дозволяє розробляти ефективні стратегії підтримки та допомоги ВПО, спрямовані на покращення їх психологічного стану та сприяння успішній адаптації до нових умов життя. Важливо враховувати ці фактори під час розробки

політик та програм підтримки, щоб забезпечити максимальну ефективність та результативність допомоги внутрішньо переміщеним особам.

Адаптаційні розлади є ще одним поширеним наслідком вимушеного переселення. Ці розлади виникають у результаті труднощів, пов'язаних з адаптацією до нових умов життя та змінами в соціальному оточенні. Симптоми адаптаційних розладів можуть включати тривожність, депресію, дратівливість, порушення сну та зниження продуктивності. ВПО можуть відчувати труднощі у знаходженні нової роботи, налагодженні нових соціальних зв'язків та інтеграції у нове суспільство, що може посилювати відчуття стресу та безпорадності.

Психологічні наслідки вимушеного переселення можуть також включати розвиток тривожних розладів. Постійне відчуття небезпеки, невизначеності та нестабільності може призвести до хронічної тривожності. ВПО можуть відчувати постійний страх за своє майбутнє, безпеку своїх близьких, а також переживати за відновлення втраченої власності та стабільності. Тривожні розлади можуть проявлятися у формі панічних атак, генералізованого тривожного розладу, соціальної фобії та інших форм.

Соціальна ізоляція є ще одним важливим аспектом психологічних наслідків вимушеного переселення. ВПО часто втрачають свої соціальні зв'язки та підтримку, що може призвести до відчуття самотності та відчуженості. Відсутність соціальної підтримки може погіршити психологічний стан ВПО, оскільки соціальні зв'язки відіграють важливу роль у зниженні стресу та підтримці емоційного благополуччя. ВПО можуть стикатися з труднощами у встановленні нових соціальних контактів через культурні, мовні або економічні бар'єри.

Вимушене переселення також може мати негативний вплив на сімейні відносини. Стресові ситуації, в яких опиняються ВПО, можуть призвести до конфліктів, непорозумінь та розриву сімейних зв'язків. Напруженість у сімейних відносинах може додатково погіршити психологічний стан ВПО, особливо якщо

вони втрачають підтримку своїх близьких. Дослідження показують, що сімейна підтримка є важливим фактором у процесі адаптації та реабілітації ВПО, тому важливо забезпечити доступ до сімейної терапії та консультування.

Вимушене переселення є особливо важким випробуванням для дітей та підлітків, які, на відміну від дорослих, мають менш сформовані адаптаційні механізми і більшу вразливість до стресових ситуацій. Переміщення з рідного дому, втрата знайомого середовища, розлука з друзями та родиною, а також перебування в умовах невизначеності та небезпеки, створюють серйозні загрози для психологічного здоров'я молодого покоління внутрішньо переміщених осіб (ВПО).

Проведення досліджень є важливим для розуміння впливу економічних та соціальних чинників на психічне здоров'я ВПО та розробки ефективних програм підтримки.

Психологічне консультування та психотерапія є важливими компонентами підтримки психічного здоров'я ВПО. Індивідуальна та групова терапія, психоосвітні програми, а також тренінги з розвитку навичок управління стресом та адаптації можуть бути ефективними методами допомоги. Важливо також забезпечити підтримку родин ВПО, оскільки сімейні відносини відіграють важливу роль у процесі адаптації та психічного благополуччя.

РОЗДІЛ 2

ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНОГО СТАНУ ВНУТРІШНЬО ПЕРЕМІЩЕНИХ ОСІБ

2.1. Опис методик, які були використанні для дослідження психологічного стану ВПО

Вибірку емпіричного дослідження загалом становить 130 осіб, які було поділено на чотири групи дослідження (ГД) за віком та статтю. За віком випробуваних було поділено на дві групи зрілий вік – 21-60 років та похилий вік – 61-75 років. Кількість випробуваних чоловічої статі зрілого віку (ГД1) склала 31 особа, а жінок зрілого віку (ГД2) – 39 осіб. Загальна кількість чоловіків та жінок зрілого віку становить 70 осіб. Кількість досліджуваних чоловіків похилого віку (ГД3) та жінок похилого віку (ГД4) становить 27 осіб та 33 особи відповідно. Загальна кількість осіб чоловічої та жіночої статі похилого віку дорівнює 60 осіб. Загалом у нашому дослідженні взяло участь 58 осіб чоловічої статі та 72 особи жіночої статі.

Для проведення експериментального дослідження нами було використано наступні психодіагностичні методики: Госпітальна шкала тривоги і депресії (HADS), Тест нервово-психічної адаптації, Місісіпська шкала оцінювання посттравматичного стресового розладу (для цивільних) (The mississippi cale for civilian PTSD) та Тест на визначення стресу (за В.Ю. Щербатих) [1, 16, 18, 32].

Госпітальна шкала тривоги та депресії (Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS) була створена у 1983 році двома авторами (Zigmond A.S. та Snaith R.P) з метою визначення та оцінки ступеня вираженості симптомів депресії та тривоги в загальномедичній практиці. Однією з основних переваг шкали HADS є її легкість у застосуванні та обробці результатів, що робить її зручною для первинного виявлення тривожних і депресивних станів..

Стан депресії та тривоги можуть зустрічатися як самотійно (при стресах, розчаруваннях, втомі, різних трагічних подіях у житті), так і як супровід таких станів як постінсультний період (особливо, ішемічний інсульт), аутизм у дітей, посттравматичний період, неврози і т.п. [1, 18, 32]

Шкала містить 14 тверджень, розділених на дві підшкали: 1) підшкала А – «тривога» і 2) підшкала D – «депресія». Кожне твердження має 4 варіанти відповіді, які відображають рівень симптоматики, від 0 балів (відсутність симптомів) до 4 балів (максимальна виразність).

Опитувальник видається респонденту для самотійного заповнення та супроводжується наступною інструкцією: «Вчені переконані, що емоції впливають на розвиток багатьох захворювань. Якщо ваш лікар краще зрозуміє ваші переживання, він зможе надати більш ефективну допомогу. Цей опитувальник допоможе вашому лікарю зрозуміти ваш емоційний стан. Не звертайте уваги на цифри та літери зліва. Прочитайте кожне твердження і відзначте хрестиком відповідь, яка найкраще відображає ваші почуття за минулий тиждень. Не роздумуйте над кожним твердженням довго – ваша перша реакція буде найточнішою». Заповнення шкали займає 10-15 хвилин і повинно здійснюватися самотійно, без консультацій. Для кожного твердження необхідно обрати відповідь. HADS є суб'єктивною методикою і призначена для виявлення тривоги та депресії у стаціонарних пацієнтів.

Госпітальна шкала тривоги та депресії здобула популярність завдяки своїй простоті використання та обробки (опитувальник заповнюється швидко і легко для пацієнта). Лаконічність та простота HADS роблять її рекомендованою для використання у загальній медичній практиці для первинного виявлення тривоги та депресії у пацієнтів.

Тест нервово-психічної адаптації. Цей тест був створений у відділенні психопрофілактики та позалікарняної психіатрії. Психоневрологічного науково-дослідного інституту ім. В.М. Бехтерева. Його методологічна база побудована на

концептуальній моделі передхворобних станів у психіатрії, запропонованій С.Б. Семічовим, який також розробив концепти симптомів для первинної форми тесту.

Це психіатричний тест, що на операційному рівні визначає рівень нервово-психічної адаптації через оцінку наявності та вираженості деяких психіатричних симптомів. Він спрямований на виявлення двох крайніх станів: ідеального нервово-психічного здоров'я та можливого хворобливого стану.

Тест може використовуватися в таких випадках:

- як самостійна клініко-психологічна методика;
- як частина програм для дослідження факторів нервово-психічного здоров'я популяцій, де результати тесту відображають вплив досліджуваних факторів в епідеміологічному контексті;
- у складі двоетапних скринінгових процедур для першого етапу, де тест допомагає розділити популяцію за рівнем нервово-психічного здоров'я.

Тест містить 26 висловлювань, відібраних за результатами оцінки надійності та валідності, і розміщених у випадковому порядку. Кожне висловлювання оцінюється за 4-бальною шкалою, включаючи нульовий бал (що означає відсутність симптому). Підсумкові оцінки підраховуються шляхом сумації балів.

Тест визначає одну з п'яти груп психічного здоров'я:

- I група – здорові;
 - II група – майже здорові зі сприятливими прогностичними ознаками;
 - III група – майже здорові з несприятливими прогностичними ознаками (перед патологія);
 - IV група – легка патологія;
 - V група – очевидна патологія.
- Розподіл за групами здійснюється за сумою балів:
- I група – менше ніж 10 балів;

II група – 11-20 балів;

III група – 21-30 балів;

IV група – 31-40 балів;

V група – понад 40 балів.

Шкали побудовані за принципом шкали Лайкерта, визначаючи симптоми як минулу реакцію, актуальну реакцію, стан чи розвиток.

Тест є «олівець-папір» методом і може проводитися як групове дослідження. Для оцінки результатів використовується ключ – прозора «сітка» з нанесеними шкальними оцінками.

Респондентам дається інструкція в термінах опитувального дослідження, без використання слова «тест». Заповнені опитувальники не розголошуються і не використовуються для медичного обліку чи адміністративних цілей. Час заповнення бланку – близько 5 хвилин.

Важливо зазначити, що відповіді не є підставою для встановлення психіатричного діагнозу; тест призначений для оцінки психічно здорових людей.

Міссісіпська шкала посттравматичного стресового розладу (англ. Mississippi Scale) – клінічна тестова методика, спочатку розроблена в 1987 Кеапе Т.М. з співавторами для діагностики ПТСР у військовослужбовців, які побували в зоні бойових дій. У 1995 році було розроблено та опубліковано цивільний варіант шкали, валідизований на вибірці цивільних осіб із встановленим діагнозом ПТСР.

Міссісіпська шкала була створена на основі ММРІ для діагностики посттравматичного стресового розладу (ПТСР). 30 питань утворюють три основні шкали, які співвідносяться з трьома групами симптомів ПТСР згідно з DSM-III: 11 питань першої шкали описують симптоми групи вторгнення, 11 симптомів другої шкали описують симптоми групи уникнення, 8 питань третьої шкали описують симптоми збудливості. П'ять питань, що залишилися, описують симптоми, що стосуються почуття провини і суїцидальних схильностей.

Популяційні дослідження показали високу внутрішню узгодженість військового (0,94) та цивільного (0,86) варіантів шкали. Шкала має 87% чутливість і 63% специфічність у діагностиці ПТСР у контингенту психічно хворих.

Опитувальник складається з 35 питань у «військовому» та 39 питань у «громадянському» варіантах.

Через не найвищу специфічність, Міссісіпську шкалу не рекомендують використовувати для первинного скринінгу осіб, що можуть страждати на ПТСР. Вона призначена для підтвердження діагнозу ПТСР у тих, у кого він ймовірний, а також для оцінки ступеня тяжкості цього розладу. Тому цей метод застосовується психологами спецслужб, силових структур та у роботі з особами, які піддаються екстремальним психологічним навантаженням, такими як рятувальники. Важливо диференціювати ПТСР від патологічних особистісних реакцій, декомпенсацій неврозів, а також дебюту афективних і ендогенних процесів.

Однією з багатьох методів оцінки стресу вважається психологічний тест визначення рівня стресу В.Ю. Щербатих. Цей опитувальник призначений для самоаналізу, глобально виявляючи рівень стресу за чотирма ознаками та симптомами: інтелектуальні, емоційні, поведінкові та фізіологічні.

Тест виявлення рівня стресу і тривожності розрахований на різні вікові групи, починаючи з підліткового і людей старшого віку. Тестування містить 48 питань, які стосуються симптомів, характерних для людей, які переживають значний стрес. За результатами тесту буде розраховано показник із рівнем стресу.

Тест на оцінку стресостійкості представляє собою комплекс особистісних рис, які допомагають особі витримувати значні інтелектуальні, вольові та емоційні труднощі. Фактори, пов'язані з характером професійної діяльності, не мають негативних наслідків для самої діяльності, оточуючих людей або власного самопочуття.

Методика призначена для діагностики стресостійкості. Цей тест розроблено дослідниками Медичного центру Університету Бостона. Для обробки результатів необхідно скласти результати всіх відповідей, і з отриманого числа відібрати 20 балів. Опитувальник складається із 20 питань. Орієнтовний час тестування 5-10 хвилин.

За результатами встановлюється: менше 10 балів – висока стійкість до стресових ситуацій, здоров'ю нічого не загрожує; від 11 до 30 балів – нормальний рівень стресу, який відповідає в міру напруженого життя активної людини; більше 30 балів – підвищений рівень стресу, стресові ситуації, які впливають на життя, і людина їм дуже сильно пручається; більше 50 балів – високий рівень стресу, вразливість до стресу.

Якщо відповідь на якесь твердження отримав 3 бали і вище, рекомендується змінити свою поведінку, яка відповідає даному пункту для зниження вразливості до стресу знизиться.)

Після проведення опитування, проведено кількісний та якісний аналіз отриманих даних який наведено у наступних пунктах.

2.2. Результати дослідження психологічного стану ВПО

Даний розділ присвячений результатам емпіричного дослідження психологічного стану внутрішньо переміщених осіб (ВПО), яке стало важливим етапом нашого дослідження. В умовах тривалої соціально-політичної кризи в Україні, внутрішні переселенці стикаються з численними викликами, які суттєво впливають на їхнє психоемоційне благополуччя. З метою виявлення цих складнощів, використано ряд психодіагностичних методик, включаючи HADS, Тест нервово-психічної адаптації, Місісіпську шкалу оцінювання посттравматичного стресового розладу, а також Тест на визначення стресу (за В.Ю. Щербатих) [1, 18, 32].

Аналіз отриманих результатів дозволяє глибше зрозуміти психологічні аспекти життя ВПО, виявити основні психоемоційні труднощі, з якими вони стикаються, а також оцінити їхній загальний стан. Результати дослідження не лише демонструють масштаби проблем, а й слугують основою для подальшої розробки ефективних заходів психологічної підтримки та реабілітації цієї вразливої категорії населення. Таким чином, даний розділ має на меті не лише висвітлити результати, а й підкреслити важливість комплексного підходу до вирішення питань психологічного благополуччя внутрішньо переміщених осіб в Україні.

Таблиця 2.1

Прояви тривоги у досліджуваного контингенту за госпітальною шкалою

Групи	ГД1		ГД2		ГД3		ГД4	
	к-ть	%	к-ть	%	к-ть	%	к-ть	%
Норма	14	45,16	8	20,51	7	25,93	4	12,12
Субклінічні прояви	10	32,26	15	38,46	8	29,63	11	33,33
Клінічні прояви	7	22,58	16	41,03	12	44,44	18	54,55

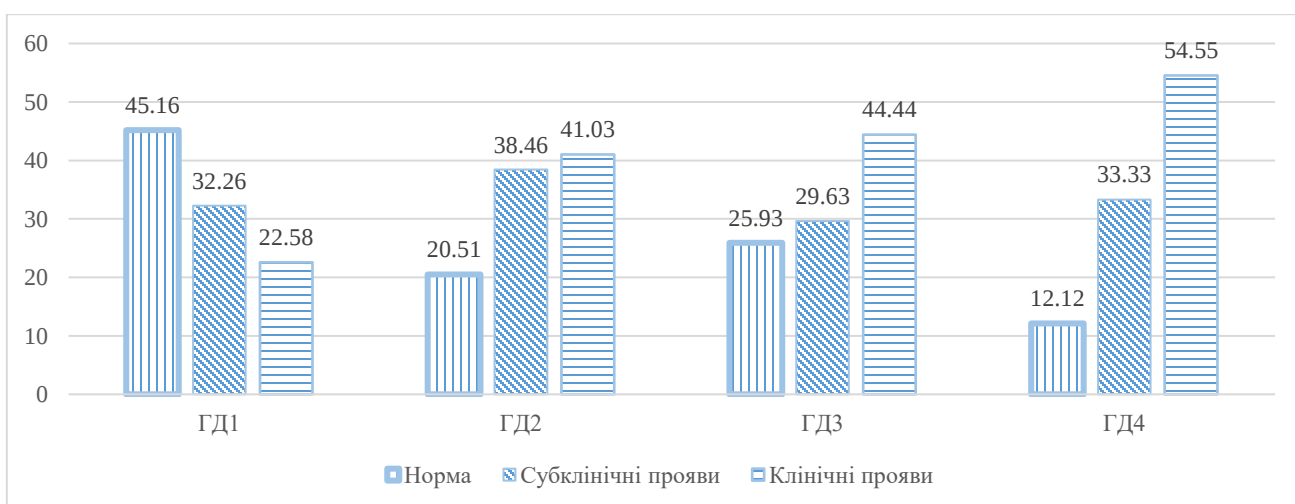


Рис. 2.1. Прояви тривоги у досліджуваного контингенту за HADS

Дослідження, проведене за допомогою психодіагностичної методики Госпітальна шкала тривоги та депресії (HADS), виявило рівень вираженості тривоги серед усіх чотирьох груп. Найвищий відсоток тривоги у нормі спостерігається серед чоловіків зрілого віку ГД1 – 45,16% опитаних. Найнижчий відсоток тривоги у нормі спостерігається у жінок похилого віку ГД4 – 12,12% опитаних. Серед жінок зрілого віку прояв тривоги у нормі (ГД2 – 20,51% опитаних), серед чоловіків похилого віку прояв норми тривоги (ГД3 – 25,93% опитаних).

Найвищий відсоток субклінічних проявів тривоги спостерігається серед жінок зрілого віку (ГД2 – 38,46% опитаних), а найнижчий серед чоловіків зрілого віку (ГД1 – 32,26% опитаних), серед похилого віку спостерігаємо прояв субклінічної тривоги вищий у жінок, а ніж у чоловіків (ГД3 – 29,63% опитаних та ГД4 – 33,33% опитаних)

Найвищий відсоток клінічних проявів тривоги спостерігається у групах похилого віку, так серед жінок він склав (ГД4 – 54,55%), а серед чоловіків (ГД3 – 44,44 % опитаних). В когорті осіб зрілого віку найвищий відсоток тривоги також серед жінок (ГД2 – 41,03%), а серед чоловіків (ГД1 – 22,58 % опитаних).

Більшість чоловіків зрілого віку (ГД1) знаходяться в нормі або мають субклінічні прояви тривоги. Лише 22,58% опитаних мають клінічні прояви, що є найнижчим серед всіх груп.

Жінки зрілого віку (ГД2) мають високий рівень клінічних проявів тривоги (41,03% опитаних) і субклінічних проявів (38,46% опитаних). Лише 20,51% опитаних знаходяться в нормі.

Чоловіки похилого віку (ГД3) мають високий рівень клінічних проявів тривоги (44,44% опитаних), що є найвищим серед чоловіків. Вони мають також значну кількість субклінічних проявів (29,63% опитаних).

Жінки похилого віку (ГД4) мають найвищий рівень клінічних проявів тривоги (54,55% опитаних) серед усіх груп. Лише 12,12% опитаних знаходяться в нормі, що є найнижчим показником серед всіх груп.

Отже, у чоловіків зрілого віку (ГД1) спостерігається найбільша частка осіб у нормі (45,16% опитаних) та найменша частка з клінічними проявами тривоги (22,58% опитаних). У жінок зрілого віку (ГД2) найбільша частка субклінічних проявів (38,46% опитаних) та висока частка клінічних проявів (41,03% опитаних). У чоловіків похилого віку (ГД3) висока частка клінічних проявів тривоги (44,44% опитаних), але більше осіб у нормі (25,93% опитаних) порівняно з жінками похилого віку (12,12%). У ГД4 найвища частка клінічних проявів тривоги (54,55% опитаних) та найнижча частка осіб у нормі (12,12% опитаних).

Аналізуючи дані, можна зробити висновок, що найменший рівень тривожності (як субклінічної, так і клінічної) спостерігається у групі ГД1. Найвищий рівень клінічних проявів тривоги спостерігається у групі ГД4, що вказує на необхідність додаткової уваги до цієї групи для проведення психологічних інтервенцій. Групи жінок (ГД2 та ГД3) демонструють середні показники тривожності, причому у ГД2 більший відсоток субклінічних проявів, а у ГД3 – клінічних проявів тривоги.

На основі аналізу даних проявів тривоги серед внутрішньо переміщених осіб можна запропонувати кілька рекомендацій.

Враховуючи високий рівень клінічних проявів тривоги серед деяких груп (наприклад, жінок похилого віку), важливо забезпечити індивідуалізовану психологічну підтримку. Для осіб з вираженими субклінічними проявами тривоги можуть бути корисні групові сесії з психотерапії, спрямовані на зниження рівня тривожності та підтримку психічного здоров'я. Для чоловіків зрілого віку, які мають високий рівень норми за госпітальною шкалою, варто розглянути заходи профілактики для підтримки їхнього психологічного здоров'я на відповідному рівні. Оскільки рівень тривоги може відрізнятися в залежності

від віку та статі, важливо розглядати інтегрований підхід до психосоціальної підтримки, який враховує специфічні потреби різних груп. Для кожної групи важливо встановити систему моніторингу та оцінки ефективності програм інтервенцій, що використовуються для зменшення рівнів тривоги.

Ці рекомендації допоможуть спрямувати увагу на конкретні аспекти психологічної підтримки та інтервенцій для внутрішньо переміщених осіб з різними рівнями тривоги, сприяючи поліпшенню їхнього психологічного стану та загального благополуччя.

Таблиця 2.2

Прояви депресії у досліджуваного контингенту за госпітальною шкалою

Групи	ГД1		ГД2		ГД3		ГД4	
	к-ть	%	к-ть	%	к-ть	%	к-ть	%
Норма	16	51,61	13	33,33	8	29,63	9	27,27
Субклінічні прояви	9	29,03	14	35,90	10	37,04	10	30,30
Клінічні прояви	6	19,36	12	30,77	9	33,33	14	42,43

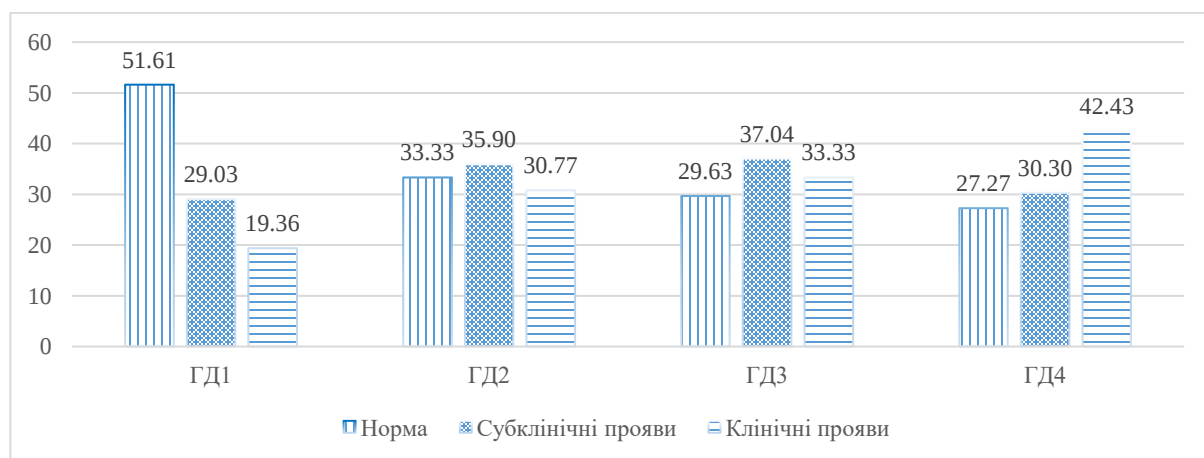


Рис. 2.1. Прояви депресії у досліджуваного контингенту за HADS

За результатами використання методики Госпітальна шкала тривоги та депресії (HADS) для виявлення рівня прояву депресії у ВПО у чотирьох групах спостерігають прояви депресії на всіх трьох рівнях.

Найбільша кількість осіб з нормальним рівнем депресії у групі чоловіків зрілого віку (ГД1 – 51,61% опитаних), що свідчить про загалом кращий психологічний стан цієї групи порівняно з іншими. Серед чоловіків похилого віку виявлено найвищий відсоток субклінічних проявів депресії (ГД3 – 37,04% опитаних), що свідчить про високий рівень прихованої депресії. Жінки зрілого та похилого віку також мають високі показники субклінічної депресії (ГД2 – 35,90% опитаних та ГД4 – 30,30% опитаних), що вказує на значну кількість осіб, що перебувають у зоні ризику розвитку клінічної депресії. Чоловіки зрілого віку мають найнижчий відсоток субклінічних проявів (ГД1 – 29,03% опитаних), що свідчить про менш виражену схильність до депресивних станів у порівнянні з іншими групами.

Найвищий відсоток клінічних проявів депресії у жінок похилого віку (ГД4 – 42,43% опитаних), що вказує на найважчий стан цієї групи та необхідність невідкладних психологічних інтервенцій. Жінки зрілого віку та чоловіки похилого віку мають середні показники клінічних проявів депресії (ГД2 – 30,77% опитаних та ГД3 – 33,33% опитаних), що також вказує на значну кількість осіб з вираженими депресивними симптомами. Чоловіки зрілого віку мають найнижчий відсоток клінічних проявів (ГД1 – 19,36% опитаних), що свідчить про найкращий загальний психологічний стан цієї групи.

Чоловіки зрілого віку (ГД1) мають найбільшу частку осіб з нормальним психологічним станом (51,61% опитаних) та найменшу частку з клінічними проявами депресії (19,36% опитаних).

Жінки зрілого віку (ГД2) мають найвищу частку субклінічних проявів депресії (35,90% опитаних), відносно однакові показники норми та клінічних проявів (33,33% та 30,77% відповідно).

Чоловіки похилого віку (ГД3) мають значну частку осіб з субклінічними та клінічними проявами депресії (37,04% та 33,33% відповідно), менше осіб у нормі (29,63%) порівняно з чоловіками зрілого віку (51,61%).

Жінки похилого віку (ГД4) мають найвищу частку клінічних проявів депресії (42,43%) та найменшу частку осіб у нормі (27,27%) серед усіх груп.

Жінки, незалежно від вікової групи, мають нижчі показники норми та вищі показники як субклінічних, так і клінічних проявів депресії порівняно з чоловіками. Це свідчить про те, що жінки загалом більш схильні до депресії. Показники субклінічних проявів не так різняться між віковими групами, як клінічні прояви. Це може вказувати на те, що перехід від субклінічних до клінічних проявів депресії є більш вираженим серед жінок похилого віку.

Аналізуючи дані, можна зробити висновок про необхідність різнопланових підходів до психологічної підтримки кожної з груп, враховуючи їхні унікальні особливості та рівні тривожності та депресії, можна запропонувати такі рекомендації для покращення психосоціальної підтримки внутрішньо переміщених осіб: підвищення обізнаності про психічне здоров'я, ознаки депресії та методи боротьби зі стресом через інформаційні кампанії та тренінги. Навчання самодопомози та технікам управління стресом для всіх груп. Сприяння збереженню та відновленню соціальних зв'язків серед ВПО шляхом організації зустрічей, груп підтримки та соціальних заходів. Розробка індивідуальних планів підтримки, враховуючи особисті потреби та особливості кожної людини, зокрема гендерні та вікові відмінності. Забезпечення доступу до кваліфікованих медичних та психологічних послуг для всіх груп ВПО. Створення мобільних бригад психологічної допомоги для роботи в місцях проживання ВПО.

Ці рекомендації, спрямовані на різні групи внутрішньо переміщених осіб, можуть допомогти зменшити рівень депресії та покращити загальний психологічний стан. Важливо враховувати специфіку кожної групи, розробляючи програми підтримки, що відповідають їхнім потребам.

Таблиця 2.3

Узагальнення проявів тривоги і депресії у досліджуваного контингенту за
госпітальною шкалою

Групи	Тривога		Депресія	
	к-ть	%	к-ть	%
ГД1	17	17,52%	15	17,86%
ГД2	31	31,96%	26	30,95%
ГД3	20	20,62%	19	22,62%
ГД4	29	29,90%	24	28,57%
Всього	97	100%	84	100%

Узагальнюючи результати опитування за госпітальною шкалою можливо зазначити, що загальна кількість випадків тривоги (97 осіб) перевищує загальну кількість випадків депресії (84 осіб) це вказує на те, що тривога є більш поширеною проблемою серед досліджуваного контингенту.

Найбільші відмінності між тривогою і депресією спостерігаються у жінок зрілого віку (ГД2 – 31,96 % опитаних та 30,95 % опитаних відповідно) та жінок похилого віку (ГД4 – 29,90 % опитаних та 28,57 % опитаних відповідно), що свідчить про більшу схильність жінок до тривоги.

Найменші відмінності спостерігаються у чоловіків зрілого віку (ГД1 – 17,52 % опитаних та 17,86 % опитаних відповідно) та чоловіків похилого віку (ГД3 – 20,62 % опитаних та 22,62 % опитаних відповідно), що може свідчити про подібні рівні тривоги і депресії в цих групах.

У групі жінок зрілого віку (ГД2) кількість випадків тривоги (31,96% опитаних) та депресії (30,95% опитаних) є найвищою серед усіх груп, що свідчить про значне психоемоційне навантаження у цій групі.

У групі чоловіків зрілого віку (ГД1) кількість випадків тривоги (17,52% опитаних) та депресії (17,86% опитаних) є найнижчою, що може вказувати на відносно меншу вразливість до цих розладів у порівнянні з іншими групами.

Також можна зазначити, що жінки (ГД2 та ГД4) загалом демонструють вищий рівень як тривоги, так і депресії у порівнянні з чоловіками (ГД1 та ГД3). Це може свідчити про те, що жінки є більш вразливими до психоемоційних розладів у контексті внутрішнього переміщення.

Чоловіки зрілого віку (ГД1) мають найнижчі показники як тривоги, так і депресії, що вказує на можливу кращу адаптацію або менш виражене сприйняття психоемоційних розладів у цій групі.

Таблиця 2.4

Тест нервово-психічної адаптації

Бали	ГД1	ГД2	ГД3	ГД4
менше 10 балів	19,35	25,64	14,81	18,18
11-20 балів	22,58	30,77	18,52	24,25
21-30 балів	25,81	28,21	29,63	30,30
31-40 балів	25,81	12,82	25,93	18,18
більше 40 балів	6,45	2,56	11,11	9,09

*Примітка:** данні наведено у відсотках

** менше 10 балів – I група психічного здоров'я (здорові); 11-20 балів – II група психічного здоров'я (майже здорові зі сприятливими прогностичними ознаками); 21-30 балів – III група психічного здоров'я (майже здорові з несприятливими прогностичними ознаками (перед патологією)); 31-40 балів – IV група психічного здоров'я (легка патологія); більше 40 балів – V група психічного здоров'я (явна патологія).

За результатами тесту нервово-психічної адаптації для різних груп досліджуваних встановлено, що психологічно здорових найбільше виявлено серед жінок зрілого віку (ГД2 – 25,64% опитаних), а найменше серед чоловіків похилого віку (ГД3 – 14,81 % опитаних). За показником майже здорові зі сприятливими прогностичними ознаками найвища кількість осіб серед жінок

зрілого віку ГД2 – 30,77 % опитаних, а найменша серед чоловіків похилого віку ГД3 – 18,52 % опитаних). Майже здорові з несприятливими прогностичними ознаками (перед патологія) найбільша кількість серед жінок похилого віку (ГД4 – 30,30 % опитаних), найменше серед чоловіків зрілого віку (ГД1 – 25,81 % опитаних). Встановлено, що із легкою патологією найбільша кількість серед чоловіків обох вікових груп, так серед зрілих – 25,81 % опитаних, а серед похилого віку – 25,93 % опитаних. У жінок легка патологія виявлена на рівні менше 20 % (ГД2 – 12,82 % опитаних та ГД4 – 18,18 % опитаних). Явна патологія виявлена найбільше серед чоловіків похилого віку ГД3 – 11,11 % опитаних, а найменший показник серед жінок зрілого віку ГД2 – 2,56 % опитаних.

Результати тесту нервово-психічної адаптації вказують на значну різноманітність у психічному стані учасників дослідження. Групи ГД1 і ГД2 мають переважно високий рівень психічного здоров'я з відмінними прогностичними ознаками, тоді як ГД3 і ГД4 виявляють більш помірний рівень адаптації з наявністю деяких патологічних проявів. Найбільше уваги потребують учасники з більш високим рівнем балів, оскільки вони показують виражені патологічні прояви і потребують комплексної психіатричної чи психологічної допомоги для підтримки та відновлення психічного здоров'я.

На основі проведеного психодіагностичного дослідження, щодо нервово-психічної адаптації можливо запропонувати такі рекомендації. Зважаючи на різний рівень нервово-психічної адаптації в різних групах, важливо надавати диференційовану психологічну підтримку. Наприклад, групи з більш високими балами (31-40 балів та більше 40 балів) потребують більш інтенсивної та спеціалізованої психологічної допомоги. Для груп з менш високими балами (менше 10 балів та 11-20 балів) рекомендується проведення профілактичних заходів з метою збереження та підтримки психічного здоров'я, що допоможе запобігти подальшому зануренню у патологічні стани.

Враховуючи індивідуальні особливості кожної групи, важливо розробляти індивідуалізовані програми підтримки та реабілітації, які відповідають специфічним потребам кожної категорії учасників дослідження. Після впровадження програм психологічної підтримки важливо проводити систематичний моніторинг і оцінку їх ефективності. Це дозволить вчасно виявляти та коригувати стратегії в залежності від потреб груп.

Ці рекомендації спрямовані на оптимізацію психологічної підтримки та поліпшення психічного благополуччя учасників дослідження, забезпечуючи індивідуальний та цілеспрямований підхід до кожної групи.

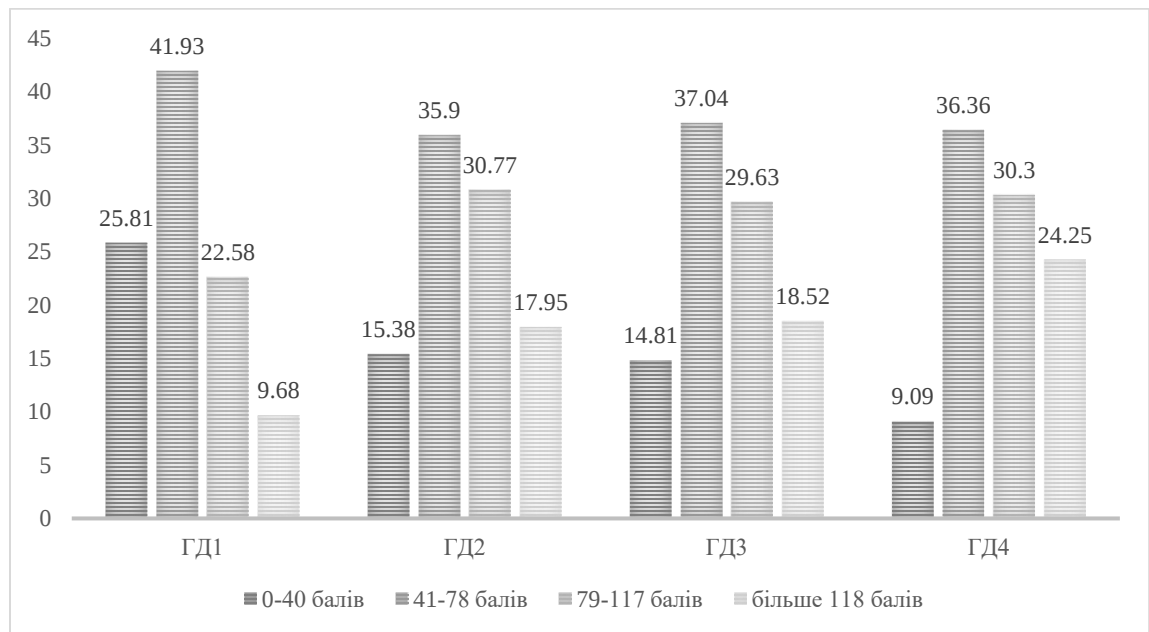


Рис. 2.3 Результати за місісіпською шкалою оцінювання посттравматичного стресового розладу (для цивільних)

**Примітка.* Рівні розладу адаптації: 0-40 балів – низький (норма); 41-78 балів – знижений (можливі окремі прояви невротичних розладів); 79-117 балів – середній (невротичні розлади); більше 118 балів – підвищений (підозра на розвиток ПТСР, необхідне лікарське обстеження).

Місісіпська шкала використовується для визначення рівня посттравматичного стресового розладу (ПТСР) у цивільних осіб. Вона дозволяє класифікувати учасників за певними діапазонами балів, кожний з яких

відображає рівень вираженості симптомів ПТСР та потребу в медичному втручанні. За результатами проведеного опитування встановлено, що у нормі знаходиться менше 25 % опитаних, найбільша кількість осіб, які не виявляють ознак ПТСР серед чоловіків зрілої групи (ГД1 – 25, 81 % опитаних) усі інші групи мають показник менше 15 %, так серед жінок зрілого віку він становить (ГД2 – 15,38 % опитаних), а серед похилого віку (ГД4 – 9,09 % опитаних), що є найменшою кількістю серед усіх опитаних.

Розглядаючи показники можливих окремих проявів невротичних розладів можливо відзначити що найбільший показник серед зрілих чоловіків (ГД1 – 41,93 % опитаних), а найменший серед жінок зрілого віку (ГД2 – 35,90 % опитаних), Серед осіб похилого віку можливих окремих проявів невротичних розладів у чоловіків більше ніж у жінок (ГД3 – 37,04 % опитаних та ГД4 – 36,36 % опитаних відповідно).

Аналізуючи показники невротичних розладів можливо відзначити, що жінки більш схильні до них а ніж чоловіки. Так найвищий показник невротичних розладів серед жінок зрілого віку (ГД3 – 30,77 % опитаних), а найнижчий серед чоловіків зрілого віку (ГД1 – 22,58 % опитаних).

Окремої уваги потребують показники підозри на розвиток ПТСР, (необхідне лікарське обстеження) встановлено, що серед чоловіків похилого віку виявлено 18,52 % опитаних, які потребують додаткового лікарського обстеження, найменша кількість осіб із ознаками ПТСР серед чоловіків зрілого віку – 9,68 % опитаних. Також виявлено 24,25 % опитаних жінок похилого віку які мають ознаки ПТСР та потребують додаткового обстеження. Показник серед жінок зрілого віку дещо менший – 17,95 % опитаних, однак вони також потребують додаткової уваги. Отже можна відхначити, що чоловіки зрілого віку більш стійкі та менше виявлять ознак ПТРС, ніж жінки обох вікових категорій.

Аналіз шкали для оцінювання ПТСР показує, що рівень психічного здоров'я у досліджуваному контингенті різноманітний. Особи з більш високими

балами мають підвищений ризик розвитку ПТСР і потребують уваги спеціалістів для психіатричного або психологічного втручання. Можна запропонувати наступні рекомендації. З урахуванням високих відсотків в категоріях 41-78 балів та більше 118 балів у деяких групах (наприклад, ГД2 та ГД4), рекомендується уточнити індивідуальні потреби та ризики кожної групи. Для осіб з вищими балами на шкалі (від 41 балів і вище), особливо в ГД2 та ГД4, важливо розглядати можливість психологічної підтримки та інтервенцій, спрямованих на зниження рівня стресу і підтримку психічного здоров'я. Враховуючи різницю в реакціях різних груп, рекомендується розвивати індивідуалізовані підходи до психотерапевтичної та психологічної підтримки, щоб максимально відповідати потребам кожного пацієнта.

Важливо проводити освітні заходи серед пацієнтів та їхніх близьких щодо симптомів ПТСР та доступних ресурсів для психологічної підтримки. Оскільки ПТСР може проявлятися довготривало, важливо забезпечити систему моніторингу та підтримки для пацієнтів з високими балами на шкалі ПТСР.

На наступному етапі дослідження було проведено опитування на визначення рівня стресу серед ВПО (табл. 2.5)

Таблиця 2.5

Тест на визначення стресу (за В.Ю. Щербатих)

Шкала	ГД1	ГД2	ГД3	ГД4
стрес відсутній	19,35	12,82	18,52	9,09
помірний стрес	32,26	20,51	18,52	18,18
виразний стрес	22,58	25,64	22,22	24,25
сильний стрес	19,35	28,21	25,93	27,27
виснажливий стрес	6,46	12,82	14,81	21,21

Примітка: * результати надано у відсотках

За результатами тесту на визначення стресу (за методикою В.Ю. Щербатих), можливо відзначити, що виснажливий стрес виявлено найбільше серед жінок похилого віку (ГД4 – 21,21 % опитаних), а найменший

показник серед зрілих чоловіків (ГД1 – 6,46 % опитаних). Відсутність стресу характерна для чоловіків зрілого віку (ГД1 – 19,35 % опитаних), найменша кількість осіб із відсутністю стресу виявлена серед жінок похилого віку (ГД4 – 9,09 % опитаних). Це може вказувати на те що чоловіки зрілого віку більш стійкі до стресу ніж жінки особливо жінки похилого віку.

Розглядаючи показники кожної окремої групи можна відзначити, що серед зрілих чоловіків найвищий показник поріного стресу – 32,26 % опитаних, виразність стресу виявлена у 22,58 % опитаних. Сильний стрес відчують 19,35 % опитаних чоловіків зрілого віку. Виснажені стресом – 6,46 % опитаних чоловіків зрілого віку.

Жінок зрілого віку можливо характеризувати за показниками стресостійкості наступним чином. Для них найбільш характерно відчувати сильний стрес – 28,64 % опитаних, дещо менше жінок із виразним стресом – 25,64 % опитаних. Помірний стрес характерний для 20,51 % опитаних жінок зрілого віку. У нормі знаходиться лише 12,82 % жінок зрілого віку, а у виснаженому стресі 12,82 % опитаних.

Розглядаючи показники серед чоловіків похилого віку, відзначено наступна тенденція: відсутність стресу та помірний стрес виявлено в однаковій пропорції 18,52 % опитаних; виразний стрес відчують 22,22 % опитаних, сильний стрес – 25,93 % опитаних, а виснаження виявлено у 14,81 % опитаних.

Розглядаючи отримані данні жінок похилого віку щодо проявів ознак стресу, можна зазначити, що для них більш характерним є сильний стрес 27,27 % опитаних, також серед них дуже високі показники виснажливого стресу – 21,21 % опитаних. Менш ніж 10 % жінок похилого віку не мають стресу (9,09 % опитаних), помірний стрес виявлено лише у 18,18 % опитаних, а виразний у 24,25 % опитаних.

Отже найбільш стійкими до стресу виявляються чоловіки зрілого віку, а найменш стійкими жінки похилого віку, що може бути пов'язане з

особливостями жіночої психології або життєвих обставин та вказувати на особливу вразливість старших жінок у контексті стресових ситуацій.

Встановлена відмінність у розподілі стресових реакцій може бути також пов'язана з часом адаптації до нових умов життя або конкретних життєвих обставин, які впливають на психологічний стан осіб.

На основі проведеного опитування можна запропонувати наступні рекомендації. Для групи ГД2 (зрілий вік, жінки) рекомендується звернути особливу увагу на підтримку та ресурси для стримування стресу, оскільки ця група показує вищий рівень стресу, зокрема сильного і виснажливого стресу.

Для всіх груп корисно впроваджувати програми з розвитку стресостійкості та навчання адаптаційним стратегіям. Особливу увагу слід приділяти групам з вищим рівнем стресу (наприклад, ГД4), для яких важливо розробити індивідуальні підходи з урахуванням особливостей похилого віку.

Рекомендується також проведення психологічної підтримки та консультування для всіх учасників дослідження з метою виявлення і підтримки осіб з підвищеним рівнем стресу або ризику розвитку психічних розладів.

Моніторинг та наукові дослідження: Для подальшого розвитку рекомендується здійснювати моніторинг психологічного стану учасників і вивчення ефективності заходів з психологічної підтримки. Це допоможе уточнити потреби та вдосконалити програми допомоги.

2.3. Результати кореляційного аналізу за К. Пірсоном

Нами було проведено кореляційний аналіз між шкалами тривоги, депресії, нервово-психічної адаптації, ПТСР та стресу. Повні матриці наведено у Додатку Г. Проаналізувавши взаємозв'язок депресії та тривоги можливо вказати (табл. 2.6)

Таблиця 2.6

Кореляції для госпітальної шкали тривоги та депресії та нервово-психічною адаптацією

	Норма тривоги	Субклінічна тривожність	Клінічний тривожність	Норма депресія	Субклінічний депресія	Клінічний депресія
Норма тривоги	1000	-0.081	-0,904	0,871	-0.242	-0,891
Субклінічна тривожність	-0.081	1000	0,490	0,368	0,868	0,485
Клінічний тривога	-0,904	0,490	1000	-0,585	0,534	0,995
Норма депресія	0,871	0,368	-0,585	1000	0,061	-0,717
Субклінічний депресія	-0,242	0,868	0,534	0,061	1000	0,590
Клінічний депресія	-0,891	0,485	0,995	-0,717	0,590	1000
< 10 НПА	0,047	0,990	0,368	-0,228	0,623	0,566
11- 20 НПА	-0,081	1000	0,490	0,061	0,868	0,485
21- 30 НПА	-0,490	0,906	0,812	0,452	0,933	0,790
31-40 НПА	0,647	-0.789	-0.877	-0,774	-0,981	-0,948

Виявлена позитивна кореляція з нормою депресії ($p=0,871$), що вказує на те, що особи з нормальним рівнем тривоги також мають нормальний рівень депресії. Негативна кореляція з клінічною депресією ($p=-0.891$), що свідчить про те, що підвищена тривога супроводжується зниженням нормальних показників. Позитивна кореляція з субклінічною депресією ($p=0,868$), що свідчить про зв'язок між субклінічними проявами тривоги і депресії.

Позитивна кореляція з нормою нервово-психічної адаптації ($p=0,990$) та рівнем 11-20 балів ($p=1000$), що вказує на те, що субклінічні прояви тривоги відповідають цим рівням адаптації.

Сильна позитивна кореляція з клінічною депресією та тривогою ($p=0,995$), що вказує на високий зв'язок між важкою тривогою і депресією.

Таблиця 2.7

Матриця кореляції тривоги, депресії, нервово-психічною адаптацією та
ПТСР

	0-40 ПТСР	41-78 ПТСР	79-117 ПТСР	>118 ПТСР
Норма тривоги	0,959	0,361	-0,547	-0,887
Субклінічна тривожність	0,204	0,862	0,868	0,511
Клінічний тривога	-0,751	0,070	0,828	0,998
Норма депресія	-0,485	0,735	0,902	0,686
Субклінічний депресія	0,168	0,885	0,949	0,740
Клінічний депресія	-0,702	0,138	0,902	0,997
< 10 НПА	-0,320	0,904	0,973	0,766
11- 20 НПА	0,204	0,862	0,868	0,511
21- 30 НПА	-0,485	0,769	0,923	0,781
31-40 НПА	0,612	-0,540	-0,993	-0,857

Клінічна тривога має помітний кореляційний зв'язок з іншими шкалами, такими як 79-117 балів за ПТСР ($p=0,828$) та більше 118 балів за ПТСР ($p=0,998$), що свідчить про зв'язок між важкою тривогою і ПТСР.

Показники депресії у нормі мають сильну позитивну кореляцію з нормою тривоги ($p=0,871$) та негативна кореляція з клінічною тривогою ($p=-0,717$). Помірні позитивні кореляції з нормальним рівнем стресу (0-5 балів) ($p=0,900$) та низькими рівнями ПТСР (0-40 балів) ($p=0,959$), що вказує на те, що особи з нормальним рівнем депресії рідше відчувають стрес та ПТСР.

Субклінічна депресія має сильну позитивну кореляцію з субклінічною тривогою ($p=0,868$). Помірна позитивна кореляція з рівнем стресу 13-24 бали ($p=0,994$) та 25-39 балів ($p=0,868$), що вказує на те, що субклінічна депресія відповідає помірним рівням стресу.

Клінічна депресія має сильні позитивні кореляції з клінічною тривогою ($p=0,995$) та рівнем ПТСР більше 118 балів ($p=0,997$). Помірна позитивна кореляція з високими рівнями стресу ($p=0,984$) та ($p=0,973$), що вказує на те, що клінічна депресія відповідає високим рівням стресу.

Розглядаючи показники кореляційних зв'язків нервово-психічної адаптації, можна відзначити, що менше 10 балів (норма) має сильну позитивну кореляцію з субклінічною тривогою ($p=0,990$) та помірну із субклінічною депресією ($p=0,623$), що вказує на зв'язок між низькою нервово-психічною адаптацією і субклінічними проявами тривоги та депресії. Негативна кореляція з нормою депресії ($p=-0,228$).

В рамках психічного здоров'я кореляції аналогічні з попередньою групою, ця група показує позитивні кореляції з субклінічною тривогою ($p=1000$) та депресією ($p=0,868$). Помірна негативна кореляція з клінічною депресією ($p=0,485$).

В категорії майже здорові з несприятливими прогностичними ознаками (перед патологія) має позитивну кореляцію з субклінічною депресією ($p=0,933$) та субклінічною тривогою ($p=0,906$).

Помірні позитивні кореляції з рівнями ПТСР ($p=0,943$) та ($p=0,924$), що свідчить про зв'язок між середнім рівнем нервово-психічної адаптації і ПТСР.

Розглядаючи кореляційні зв'язки ПТСР виявлена сильна позитивна кореляція з нормою тривоги ($p=0,959$) та нормою депресії ($p=0,735$). Негативна кореляція з клінічною тривогою ($p=-0,751$) та депресією ($p=-0,702$), що вказує на зв'язок між низькими рівнями ПТСР та нормальними показниками тривоги і депресії.

Знижений (можливі окремі прояви невротичних розладів) рівень має позитивну кореляцію з субклінічною депресією ($p=0,885$) та тривогою ($p=0,862$); помірні позитивні кореляції з рівнями стресу ($p=0,748$).

Середній рівень (невротичні розлади) має позитивну кореляцію з клінічною депресією ($p=0,902$) та тривогою ($p=0,828$), помірні позитивні кореляції з рівнями стресу ($p=0,830$) та ($p=0,782$).

Таблиця 2.8

Матриця кореляційних зв'язків стресу

	0-5 Стрес	6-12 Стрес	13-24 Стрес	25-39 Стрес	>40 Стрес
Норма тривоги	0,900	0,851	-0,175	-0,547	-0,936
Субклінічна тривожність	-0,090	0,357	0,994	0,868	0,326
Клінічний тривога	-0,859	-0,565	0,573	0,828	0,973
Норма депресія	-0,358	-0,783	0,290	-0,142	-0,650
Субклінічний депресія	-0,073	0,183	0,858	0,898	0,325
Клінічний депресія	-0,831	-0,529	0,572	0,805	0,984
< 10 НПА	-0,277	-0,227	0,969	0,806	0,191
11- 20 НПА	-0,090	0,357	0,994	0,868	0,326
21- 30 НПА	-0,346	-0,656	0,943	0,977	0,694
31- 40 НПА	0,546	0,895	-0,832	-0,990	-0,744

Кореляційні зв'язки рівня стресу у нормі виявили позитивна кореляція з нормою тривоги ($p=0,900$) та депресії ($p=0,900$). Негативна кореляція з клінічною депресією ($p=-0,859$) та тривогою ($p=-0,936$). Помітний стрес позитивно корелює з субклінічною тривогою ($p=0,357$) та депресією ($p=0,183$), а також має помірний позитивний зв'язок з субклінічними проявами нервово-психічної адаптації ($p=0,183$). Виразний стрес має позитивну кореляцію з субклінічною тривогою ($p=0,994$) та депресією ($p=0,858$) та помірний позитивний зв'язок з рівнями ПТСР ($p=0,672$).

Таблиця 2.8

Матриця кореляцій стресу та ПТСР

	>40 ПТСР	0-40 ПТСР	41-78 ПТСР	79-117 ПТСР	>118 ПТСР
0-5 Стрес	-0,054	-0,828	-0,870	-0,968	-0,775
6-12 Стрес	-0,023	-1,151	0,748	0,830	0,525

13-24 Стрес	0,366	-0,165	0,672	0,782	0,641
25- 39 Стрес	-0,365	0,008	0,467	0,671	0,570
> 40 стрес	-0,022	-0,070	0,648	0,786	0,649

Показники сильного стресу мають позитивну кореляцію з клінічною депресією ($p=0,805$) та тривогою ($p=0,828$) та помірні позитивні кореляції з високими рівнями ПТСР ($p=0,671$).

Виснажливий стрес виявив позитивну кореляцію з клінічною депресією ($p=0,973$) та тривогою ($p=0,902$) та помірну позитивну кореляцію з високими рівнями ПТСР ($p=0,786$).

Таким чином можна відзначити, наявний зв'язок тривоги і депресії. Клінічна тривога і депресія мають дуже сильну позитивну кореляцію, що свідчить про те, що особи з клінічними проявами тривоги також мають високі показники депресії. Субклінічні прояви тривоги і депресії часто супроводжуються середніми показниками за іншими шкалами (наприклад, нервово-психічної адаптації), тоді як клінічні прояви частіше відповідають високим рівням стресу і ПТСР.

Взаємозв'язок шкал стресу і ПТСР вказав на те, що підвищені рівні стресу корелюють з високими рівнями ПТСР, що вказує на те, що особи з високим стресом також мають високі показники ПТСР.

Низькі рівні нервово-психічної адаптації корелюють з субклінічними проявами тривоги і депресії.

Висновки до другого розділу.

Вибірку емпіричного дослідження загалом становить 130 осіб, які було поділено на чотири групи дослідження (ГД) за віком та статтю. За віком випробуваних було поділено на дві групи зрілий вік – 21-60 років та похилий вік – 61-75 років. Кількість випробуваних чоловічої статті зрілого віку (ГД1) склала 31 особа, а жінок зрілого віку (ГД2) – 39 осіб. Загальна кількість чоловіків та жінок зрілого віку становить 70 осіб. Кількість досліджуваних чоловіків похилого віку (ГД3) та жінок похилого віку (ГД4) становить 27 осіб та 33 особи відповідно. Загальна кількість осіб чоловічої та жіночої статті похилого віку дорівнює 60 осіб. Загалом у нашому дослідженні взяло участь 58 осіб чоловічої статті та 72 особи жіночої статті.

Для проведення експериментального дослідження нами було використано наступні психодіагностичні методики: Госпітальна шкала тривоги і депресії (HADS), Тест нервово-психічної адаптації, Місісіпська шкала оцінювання посттравматичного стресового розладу (для цивільних) (The mississippi scale for civilian PTSD) та Тест на визначення стресу (за В.Ю. Щербатих) [1, 16, 18, 32].

За результатами психодіагностичного дослідження встановлено, що у чоловіків зрілого віку (ГД1) спостерігається найбільша частка осіб у нормі (45,16% опитаних) та найменша частка з клінічними проявами тривоги (22,58% опитаних). У жінок зрілого віку (ГД2) найбільша частка субклінічних проявів (38,46% опитаних) та висока частка клінічних проявів (41,03% опитаних). У чоловіків похилого віку (ГД3) висока частка клінічних проявів тривоги (44,44% опитаних), але більше осіб у нормі (25,93% опитаних) порівняно з жінками похилого віку (12,12%). У ГД4 найвища частка клінічних проявів тривоги (54,55% опитаних) та найнижча частка осіб у нормі (12,12% опитаних).

Найбільша кількість осіб з нормальним рівнем депресії у групі чоловіків зрілого віку (ГД1 – 51,61% опитаних), що свідчить про загалом кращий психологічний стан цієї групи порівняно з іншими. Серед чоловіків похилого віку

виявлено найвищий відсоток субклінічних проявів депресії (ГД3 – 37,04% опитаних), що свідчить про високий рівень прихованої депресії. Жінки зрілого та похилого віку також мають високі показники субклінічної депресії (ГД2 – 35,90% опитаних та ГД4 – 30,30% опитаних), що вказує на значну кількість осіб, що перебувають у зоні ризику розвитку клінічної депресії. Чоловіки зрілого віку мають найнижчий відсоток субклінічних проявів (ГД1 – 29,03% опитаних), що свідчить про менш виражену схильність до депресивних станів у порівнянні з іншими групами.

За результатами тесту нервово-психічної адаптації для різних груп досліджуваних встановлено, що психологічно здорових найбільше виявлено серед жінок зрілого віку (ГД2 – 25,64% опитаних), а найменше серед чоловіків похилого віку (ГД3 – 14,81 % опитаних). За показником майже здорові зі сприятливими прогностичними ознаками найвища кількість осіб серед жінок зрілого віку ГД2 – 30,77 % опитаних, а найменша серед чоловіків похилого віку ГД3 – 18,52 % опитаних). Майже здорові з несприятливими прогностичними ознаками (перед патологія) найбільша кількість серед жінок похилого віку (ГД4 – 30,30 % опитаних), найменше серед чоловіків зрілого віку (ГД1 – 25,81 % опитаних). Встановлено, що із легкою патологією найбільша кількість серед чоловіків обох вікових груп, так серед зрілих – 25,81 % опитаних, а серед похилого віку – 25,93 % опитаних. У жінок легка патологія виявлена на рівні менше 20 % (ГД2 – 12,82 % опитаних та ГД4 – 18,18 % опитаних). Явна патологія виявлена найбільше серед чоловіків похилого віку ГД3 – 11,11 % опитаних, а найменший показник серед жінок зрілого віку ГД2 – 2,56 % опитаних.

За результатами проведеного опитування встановлено, що у нормі знаходиться менше 25 % опитаних, найбільша кількість осіб, які не виявляють ознак ПТСР серед чоловіків зрілої групи (ГД1 – 25,81 % опитаних) усі інші групи мають показник менше 15 %, так серед жінок зрілого віку він становить (ГД2 –

15,38 % опитаних), а серед похилого віку (ГД4 – 9,09 % опитаних), що є найменшою кількістю серед усіх опитаних.

Розглядаючи показники можливих окремих проявів невротичних розладів можливо відзначити, що найбільший показник серед зрілих чоловіків (ГД1 – 41,93 % опитаних), а найменший серед жінок зрілого віку (ГД2 – 35,90 % опитаних). Серед осіб похилого віку можливих окремих проявів невротичних розладів у чоловіків більше ніж у жінок (ГД3 – 37,04 % опитаних та ГД4 – 36,36 % опитаних відповідно).

Аналізуючи показники невротичних розладів можливо відзначити, що жінки більш схильні до них, а ніж чоловіки. Так найвищий показник невротичних розладів серед жінок зрілого віку (ГД3 – 30,77 % опитаних), а найнижчий серед чоловіків зрілого віку (ГД1 – 22,58 % опитаних).

Окремої уваги потребують показники підозри на розвиток ПТСР, (необхідне лікарське обстеження) встановлено, що серед чоловіків похилого віку виявлено 18,52 % опитаних, які потребують додаткового лікарського обстеження, найменша кількість осіб із ознаками ПТСР серед чоловіків зрілого віку – 9,68 % опитаних. Також виявлено 24,25 % опитаних жінок похилого віку які мають ознаки ПТСР та потребують додаткового обстеження. Показник серед жінок зрілого віку дещо менший – 17,95 % опитаних, однак вони також потребують додаткової уваги. Отже можна відзначити, що чоловіки зрілого віку більш стійкі та менше виявляють ознак ПТСР, ніж жінки обох вікових категорій.

За результатами тесту на визначення стресу (за методикою В.Ю. Щербатих), можливо відзначити, що виснажливий стрес виявлено найбільше серед жінок похилого віку (ГД4 – 21,21 % опитаних), а найменший показник серед зрілих чоловіків (ГД1 – 6,46 % опитаних). Відсутність стресу характерна для чоловіків зрілого віку (ГД1 – 19,35 % опитаних), найменша кількість осіб із відсутністю стресу виявлена серед жінок похилого віку (ГД4 –

9,09 % опитаних). Це може вказувати на те що чоловіки зрілого віку більш стійкі до стресу ніж жінки особливо жінки похилого віку.

За результатами проведеного експериментального дослідження рекомендується проведення психологічної підтримки та консультування для всіх учасників дослідження з метою виявлення і підтримки осіб з підвищеним рівнем стресу або ризику розвитку психічних розладів. Важливим елементом є здійснення моніторингу психологічного стану учасників і вивчення ефективності заходів з психологічної підтримки. Це допоможе уточнити потреби та вдосконалити програми допомоги.

Дослідження динаміки стресу, відмінності у розподілі стресових реакцій може бути також пов'язана з часом адаптації до нових умов життя або конкретних життєвих обставин, які впливають на психологічний стан осіб що є важливим компонентом при формування як індивідуальних програм так і групових.

Подальші дослідження специфічних стресорів та ознак ПТСР допоможе виявити особливості для кожної групи (наприклад, професійні, соціальні або особисті фактори), які слід враховувати при розробці індивідуальних стратегій підтримки та реабілітації.

РОЗДІЛ 3

ПСИХОЛОГІЧНА ПІДТРИМКА ТА РЕАБІЛІТАЦІЯ ВНУТРІШНЬО ПЕРЕМІЩЕНИХ ОСІБ

3.1. Реабілітація психологічних розладів у ВПО

Вимушене переселення є складним і травматичним досвідом, який може призводити до розвитку різноманітних психологічних розладів у ВПО. Психологічні розлади, що виникають внаслідок пережитого стресу, втрати житла, розлуки з родиною та іншими травматичними подіями, потребують комплексного підходу до реабілітації та підтримки. Реабілітація психологічних розладів у ВПО є важливим елементом інтеграції та адаптації цих осіб у нове середовище [3, 7].

Реабілітація психологічних розладів у ВПО вимагає комплексного підходу, який включає медичну, психологічну та соціальну підтримку. Важливо забезпечити доступ до кваліфікованої медичної допомоги, яка включає діагностику, лікування та моніторинг стану пацієнтів. Психотерапія є ключовим елементом реабілітації і може включати індивідуальну та групову терапію, когнітивно-поведінкову терапію, методи релаксації та інші підходи, що спрямовані на зниження рівня тривоги, депресії та інших симптомів [2, 3, 6, 7, 26, 31, 71].

Одним з ефективних методів реабілітації є когнітивно-поведінкова терапія (КПТ), яка допомагає пацієнтам змінювати негативні мислення та поведінкові стратегії, що сприяють підтримці розладу. КПТ може включати техніки самоконтролю, релаксації, когнітивного рефреймінгу та поступового підходу до травматичних спогадів. Інший підхід – травма-фокусована терапія, яка спеціалізується на роботі з переживанням травматичних подій та їх наслідками.

Одним з важливих напрямків роботи є навчання фахівців, які працюють з ВПО, методам надання психологічної допомоги та підтримки. Це можуть бути лікарі, психологи, соціальні працівники, волонтери та інші фахівці, які взаємодіють з ВПО на різних етапах їх реабілітації. Важливо забезпечити їм доступ до сучасних знань та навичок, необхідних для ефективної роботи з цією категорією населення.

Інтеграція та адаптація ВПО у нове середовище є важливими аспектами реабілітації. ВПО потребують підтримки у пошуку житла, працевлаштуванні, доступі до освіти та медичних послуг. Важливо забезпечити умови для інтеграції ВПО у місцеві громади, включаючи заходи з подолання стигматизації та дискримінації. Це може включати проведення інформаційних кампаній, спрямованих на підвищення обізнаності населення про проблеми ВПО, організацію культурних та освітніх заходів, що сприяють взаєморозумінню та толерантності.

Реабілітація психологічних розладів у внутрішньо переміщених осіб є складним та багатогранним процесом, який вимагає комплексного підходу. Медична, психологічна та соціальна підтримка є ключовими елементами успішної реабілітації. Важливо забезпечити доступність та якість послуг, навчання фахівців та залучення громадських організацій до роботи з ВПО. Інтеграція та адаптація ВПО у нове середовище є важливими умовами їх психічного благополуччя та успішного відновлення після пережитих травматичних подій.

3.2. Програми та політики допомоги ВПО в Україні

Проблема ВПО є одним з найбільших викликів для сучасної України, що виникла внаслідок повномасштабного вторгнення. Вимушене переселення та пов'язані з ним травматичні події спричиняють значний вплив на психологічний

стан ВПО, створюючи потребу в спеціалізованих програмах та політиках, спрямованих на підтримку та реабілітацію цієї категорії населення. Для забезпечення належної допомоги ВПО Україна впровадила низку програм та політик, які спрямовані на покращення їх психологічного стану та загального благополуччя.

Однією з ключових державних програм, спрямованих на підтримку ВПО, є Закон України «Про забезпечення прав і свобод внутрішньо переміщених осіб». Цей закон встановлює основні права ВПО, зокрема право на тимчасове житло, соціальні виплати, медичну допомогу та освіту. Закон також передбачає створення системи реєстрації ВПО, що дозволяє відслідковувати їхні потреби та забезпечувати адресну допомогу [15, 39].

Одним з важливих аспектів допомоги ВПО є забезпечення доступу до медичних та психологічних послуг. Державна програма «Доступні ліки» передбачає забезпечення ВПО безкоштовними або частково оплаченими ліками, що є важливим кроком у підтримці їхнього здоров'я. Крім того, Міністерство охорони здоров'я України впровадило програми з надання психологічної допомоги ВПО, включаючи мобільні бригади психологічної підтримки, які надають консультації та терапію безпосередньо в місцях компактного проживання ВПО. Також за ініціативи першої леді України Олени Зеленської було запроваджено кампанію «Ти як?» для підтримки та збереження ментального здоров'я українців.

Громадські організації та міжнародні партнери відіграють важливу роль у наданні допомоги ВПО в Україні. Наприклад, Міжнародний комітет Червоного Хреста, Агентство ООН у справах біженців (UNHCR), а також численні неурядові організації надають підтримку у вигляді гуманітарної допомоги, психосоціальної підтримки та правової допомоги.

Одним з успішних прикладів є програма «Психологічна підтримка для ВПО», яка реалізується у співпраці з міжнародними організаціями. Ця програма

включає проведення тренінгів для психологів та соціальних працівників, організацію груп підтримки для ВПО, а також індивідуальні консультації з метою покращення психологічного стану переселенців.

Для покращення психологічного стану ВПО важливим є впровадження різноманітних психологічних інтервенцій та терапевтичних підходів. Серед них слід відзначити когнітивно-поведінкову терапію (КПТ), яка допомагає ВПО справлятися з тривожністю, депресією та посттравматичним стресовим розладом (ПТСР). КПТ включає роботу з негативними мисленнєвими патернами та поведінковими стратегіями, що сприяють розвитку розладів[2, 6, 11, 39, 82].

Інший ефективний підхід – це групова терапія, яка забезпечує можливість для ВПО поділитися своїм досвідом, отримати підтримку та поради від інших учасників групи. Групова терапія сприяє зменшенню почуття ізоляції та сприяє соціальній інтеграції.

Соціальні ініціативи є важливим компонентом підтримки ВПО. В Україні реалізуються численні проекти, спрямовані на інтеграцію ВПО у нові громади, включаючи навчальні програми, професійне навчання та працевлаштування. Наприклад, проект «Рука допомоги» спрямований на надання мікрогрантів для відкриття власної справи, що сприяє економічній самостійності та соціальній адаптації ВПО.

Інші ініціативи включають організацію культурних та освітніх заходів, спрямованих на підвищення обізнаності про проблеми ВПО та сприяння їх інтеграції у місцеві громади. Це можуть бути різноманітні тренінги, семінари, виставки та фестивалі, що сприяють налагодженню соціальних зв'язків та взаєморозуміння між ВПО та місцевими мешканцями [15, 24, 39].

Незважаючи на значні зусилля, що докладаються для підтримки ВПО, існує ряд викликів, що потребують подальшої уваги. Серед них можна виділити недостатнє фінансування програм підтримки, бюрократичні перепони, стигматизацію та дискримінацію ВПО. Важливим завданням є забезпечення

стійкого фінансування програм допомоги та покращення координації між різними організаціями та державними структурами.

Перспективи покращення ситуації з ВПО в Україні пов'язані з впровадженням системних змін у підходах до підтримки та реабілітації цієї категорії населення. Важливо розробити довгострокові стратегії, що враховують як поточні, так і майбутні потреби ВПО, а також залучати до цього процесу як державні, так і недержавні організації, міжнародних партнерів та самих ВПО.

Для кращого розуміння варто розглянути світові програми та політики допомоги для ВПО. Світовий досвід ВПО включає численні програми та політики, які успішно діють у різних країнах і можуть бути корисними для впровадження в Україні. Ці програми та політики спрямовані на підтримку психологічного стану ВПО, їх соціальну інтеграцію та загальне благополуччя. Досвід інших країн показує, що комплексний підхід до вирішення проблем ВПО, який включає психологічну підтримку, соціальну інтеграцію та правовий захист, може значно покращити їхнє життя.

Однією з ключових програм, яку було б корисно запровадити в Україні, є програма психосоціальної підтримки, реалізована у Шрі-Ланці після закінчення громадянської війни. Ця програма включала створення центрів психосоціальної підтримки у громадах, де працювали психологи, соціальні працівники та медичний персонал. Вони надавали індивідуальні та групові консультації, організовували заходи з метою зміцнення соціальних зв'язків та підтримували розвиток навичок подолання стресу.

Досвід Колумбії, де понад 7 мільйонів осіб стали ВПО внаслідок внутрішнього конфлікту, показує важливість програм соціальної інтеграції та економічної підтримки. У Колумбії була реалізована програма «More Families in Action», яка передбачала надання фінансової підтримки сім'ям ВПО для покриття основних потреб, таких як харчування, житло та освіта. Крім того, були

створені спеціальні економічні зони, де ВПО могли отримати доступ до роботи та професійного навчання.

Правовий захист є важливим елементом підтримки ВПО. Досвід Грузії, яка також стикнулася з великою кількістю ВПО внаслідок конфліктів, показує, що важливим аспектом допомоги є адвокація та захист прав ВПО. У Грузії була створена система безкоштовної правової допомоги для ВПО, яка включала консультації з питань житла, працевлаштування, соціальних виплат та інших правових аспектів.

В Україні запровадження подібної системи могло б забезпечити ВПО доступ до правової допомоги, що сприяло б захисту їхніх прав та інтеграції у нові громади. Крім того, адвокаційні кампанії, спрямовані на підвищення обізнаності про права ВПО серед населення та державних службовців, могли б знизити рівень дискримінації та стигматизації.

Діти та підлітки є особливо вразливою категорією серед ВПО, тому важливо забезпечити спеціалізовану підтримку для них. Досвід Норвегії, де була реалізована програма «Safe Schools», може бути корисним для України. Ця програма передбачала створення безпечних та підтримуючих шкільних середовищ для дітей ВПО, де вони могли отримувати не тільки освіту, але й психологічну підтримку [46, 52, 58, 79].

В Україні впровадження подібної програми могло б забезпечити психологічну та емоційну підтримку для дітей ВПО, що сприяло б їх адаптації та розвитку. Це може включати організацію психологічних консультацій у школах, тренінги для вчителів з питань роботи з дітьми, що пережили травматичні події, а також створення програм підтримки для батьків.

Досвід Німеччини, де була реалізована програма «Welcome Volunteers», показує важливість залучення громади та волонтерської підтримки для ВПО. У рамках цієї програми місцеві волонтери надавали допомогу ВПО у різних сферах,

включаючи навчання мови, допомогу у пошуку житла та роботи, організацію соціальних заходів [46, 52, 58, 77, 79].

В Україні подібна програма могла б сприяти інтеграції ВПО у місцеві громади, знижуючи рівень ізоляції та сприяючи соціальній підтримці. Організація волонтерських центрів, де місцеві мешканці могли б надавати допомогу ВПО, а також проведення спільних заходів, що сприяють взаєморозумінню та інтеграції, могли б значно покращити психологічний стан ВПО.

В умовах сучасних викликів, пов'язаних із значною кількістю внутрішньо переміщених осіб (ВПО), необхідно розробляти інноваційні підходи до їхньої підтримки. На основі аналізу існуючих програм та політик у світі та в Україні, можна запропонувати нові ініціативи, які ще не були реалізовані, але могли б суттєво покращити психологічний стан ВПО.

Зважаючи на поширеність цифрових технологій, можна створити віртуальні центри психологічної підтримки, що надавали б доступ до консультацій психологів у режимі онлайн. Ці центри можуть включати різні форми підтримки, такі як індивідуальні та групові консультації, вебінари з технік подолання стресу та тривоги, а також інтерактивні ресурси для самодопомоги. Віртуальні центри дозволять ВПО отримувати необхідну допомогу незалежно від їхнього місцезнаходження, що є особливо важливим для тих, хто живе у віддалених районах або не має можливості фізично відвідати консультації.

Штучний інтелект (ШІ) може бути використаний для надання персоналізованої підтримки ВПО. Наприклад, створення чат-ботів, що використовують алгоритми машинного навчання для аналізу відповідей користувачів та надання індивідуальних рекомендацій щодо подолання стресу, тривоги та інших психологічних проблем. Такі чат-боти можуть працювати у режимі 24/7, надаючи швидку та доступну підтримку. Крім того, системи ШІ можуть допомагати психологам у діагностиці та плануванні терапії, аналізуючи

великі обсяги даних та виявляючи патерни, які можуть бути важливими для лікування.

Розробка спеціалізованих мобільних додатків для ВПО, що включають інтерактивні вправи з релаксації, медитації, контролю дихання, а також трекери настрою та активності. Такі додатки можуть містити персоналізовані програми з управління стресом та тривогою, нагадування про виконання вправ, а також можливість зв'язатися з психологом у разі необхідності. Вони дозволять ВПО самотійно працювати над своїм психологічним станом у зручний для них час та у будь-якому місці.

Створення соціальних підприємств, що надають робочі місця для ВПО та одночасно забезпечують їх психологічну підтримку. Такі підприємства можуть працювати у різних сферах, таких як виробництво, послуги, агробізнес тощо, та надавати можливість ВПО отримувати стабільний дохід, розвивати професійні навички та інтегруватися у нове середовище. Крім того, на підприємствах можуть працювати психологи та соціальні працівники, що надаватимуть підтримку працівникам та допомагатимуть вирішувати психологічні проблеми.

Розробка програм партнерства між громадами та ВПО, що включають обмін досвідом, культурними традиціями та спільну діяльність. Такі програми можуть включати спільні проекти у сфері освіти, культури, спорту та соціальних ініціатив. Наприклад, організація спільних заходів, таких як фестивалі, виставки, спортивні змагання, що сприятимуть налагодженню соціальних зв'язків та взаєморозуміння між місцевими мешканцями та ВПО. Це допоможе зменшити рівень стигматизації та ізоляції ВПО, покращити їх психологічний стан та сприяти інтеграції у нові громади.

Запровадження нових методів терапії, таких як арт-терапія, музична терапія, терапія за допомогою тварин (анімалотерапія / зоотерапія / пет-терапія) та інші нетрадиційні підходи, що можуть бути ефективними для подолання психологічних проблем у ВПО. Наприклад, арт-терапія дозволяє висловити

емоції через творчість, що може бути корисним для тих, хто має труднощі з вербалізацією своїх почуттів. Музична терапія допомагає знизити рівень стресу та тривоги, а терапія за допомогою тварин сприяє розвитку емпатії та зниженню рівня депресії.

Розробка програм, що підтримують не лише окремих ВПО, але й їхні родини та спільноти. Наприклад, створення сімейних центрів підтримки, де члени родин можуть отримувати консультації, брати участь у групових терапіях та навчальних програмах. Такі центри можуть організовувати спільні заходи для родин, спрямовані на зміцнення родинних зв'язків та розвиток навичок спільного подолання труднощів. Підтримка родин допомагає створити стабільне та підтримуюче середовище для ВПО, що є важливим фактором їх психологічного благополуччя [33, 79, 81].

Отже, програми та політики допомоги внутрішньо переміщеним особам в Україні спрямовані на покращення їх психологічного стану та загального благополуччя. Державні ініціативи, підтримка громадських організацій та міжнародних партнерів, а також впровадження сучасних терапевтичних підходів є ключовими елементами успішної реабілітації та інтеграції ВПО. Важливо продовжувати працювати над вдосконаленням існуючих програм та розробкою нових, спрямованих на довгострокову підтримку та покращення якості життя ВПО в Україні.

Світовий досвід допомоги внутрішньо переміщеним особам включає численні програми та політики, які успішно діють у різних країнах і можуть бути корисними для впровадження в Україні. Запозичення найкращих практик, таких як програми психосоціальної підтримки, соціальної інтеграції, правового захисту, підтримки дітей та підлітків, а також залучення громади та волонтерів, може значно покращити психологічний стан ВПО в Україні та сприяти їх успішній адаптації та інтеграції у нове середовище.

Запровадження нових інноваційних програм та політик, спрямованих на підтримку психологічного стану внутрішньо переміщених осіб, може значно покращити їхнє життя. Віртуальні центри психологічної підтримки, інтеграція технологій штучного інтелекту, мобільні додатки для самодопомоги, соціальні підприємства, програми партнерства громад та ВПО, інноваційні методи терапії та підтримка родин є перспективними напрямками, що можуть бути впроваджені в Україні та інших країнах для забезпечення комплексної та ефективної допомоги ВПО.

Висновки до третього розділу.

У третьому розділі було розглянуто ключові аспекти психологічної підтримки та реабілітації внутрішньо переміщених осіб (ВПО) в Україні, зокрема акцентуючи увагу на реабілітації психологічних розладів, які часто виникають у цій вразливій категорії населення.

Світовий досвід допомоги ВПО включає численні програми та політики, які успішно діють у різних країнах і можуть бути корисними для впровадження в Україні. Запозичення найкращих практик, таких як програми психосоціальної підтримки, соціальної інтеграції, правового захисту, підтримки дітей та підлітків, а також залучення громади та волонтерів, може значно покращити психологічний стан ВПО в Україні та сприяти їх успішній адаптації та інтеграції у нове середовище.

Розробка програм, що підтримують не лише окремих ВПО, але й їхні родини та спільноти. Наприклад, створення сімейних центрів підтримки, де члени родин можуть отримувати консультації, брати участь у групових терапіях та навчальних програмах. Такі центри можуть організовувати спільні заходи для родин, спрямовані на зміцнення родинних зв'язків та розвиток навичок спільного подолання труднощів. Підтримка родин допомагає створити стабільне та підтримуюче середовище для ВПО, що є важливим фактором їх психологічного благополуччя.

Запровадження нових методів терапії, таких як арт-терапія, музична терапія, терапія за допомогою тварин (анімотерапія / зоотерапія / пет-терапія) та інші нетрадиційні підходи, що можуть бути ефективними для подолання психологічних проблем у ВПО. Наприклад, арт-терапія дозволяє висловити емоції через творчість, що може бути корисним для тих, хто має труднощі з вербалізацією своїх почуттів. Музична терапія допомагає знизити рівень стресу та тривоги, а терапія за допомогою тварин сприяє розвитку емпатії та зниженню рівня депресії.

Розробка спеціалізованих мобільних додатків для ВПО, що включають інтерактивні вправи з релаксації, медитації, контролю дихання, а також трекери настрою та активності. Такі додатки можуть містити персоналізовані програми з управління стресом та тривогою, нагадування про виконання вправ, а також можливість зв'язатися з психологом у разі необхідності. Вони дозволять ВПО самотійно працювати над своїм психологічним станом у зручний для них час та у будь-якому місці.

В Україні запровадження подібної системи могло б забезпечити ВПО доступ до правової допомоги, що сприяло б захисту їхніх прав та інтеграції у нові громади. Крім того, адвокаційні кампанії, спрямовані на підвищення обізнаності про права ВПО серед населення та державних службовців, могли б знизити рівень дискримінації та стигматизації.

Діти та підлітки є особливо вразливою категорією серед ВПО, тому важливо забезпечити спеціалізовану підтримку для них. Досвід Норвегії, де була реалізована програма «Safe Schools», може бути корисним для України. Ця програма передбачала створення безпечних та підтримуючих шкільних середовищ для дітей ВПО, де вони могли отримувати не тільки освіту, але й психологічну підтримку.

Незважаючи на значні зусилля, що докладаються для підтримки ВПО, існує ряд викликів, що потребують подальшої уваги. Серед них можна виділити недостатнє фінансування програм підтримки, бюрократичні перепони, стигматизацію та дискримінацію ВПО. Важливим завданням є забезпечення стійкого фінансування програм допомоги та покращення координації між різними організаціями та державними структурами.

Перспективи покращення ситуації з ВПО в Україні пов'язані з впровадженням системних змін у підходах до підтримки та реабілітації цієї категорії населення. Важливо розробити довгострокові стратегії, що враховують

як поточні, так і майбутні потреби ВПО, а також залучати до цього процесу як державні, так і недержавні організації, міжнародних партнерів та самих ВПО.

Результати аналізу показали, що внутрішньо переміщені особи піддаються ризику розвитку різноманітних психологічних розладів, включаючи депресію, тривожність, ПТСР та інші емоційні труднощі. З метою ефективної реабілітації важливо впроваджувати комплексні програми, які поєднують індивідуальну та групову терапію, психосоціальну підтримку та освітні програми, спрямовані на розвиток навичок адаптації.

Основними напрямками реабілітації є:

- Психотерапія: використання різних психотерапевтичних методик (когнітивно-поведінкова терапія, медитація, арт-терапія) для роботи з емоційними травмами та підвищення психічного благополуччя ВПО.
- Соціальна інтеграція: створення умов для соціальної адаптації ВПО через групові програми, які допомагають відновити соціальні зв'язки та підтримують почуття спільноти.
- Навчання та розвиток навичок: проведення навчальних курсів та тренінгів, які сприяють розвитку професійних навичок та підвищують шанси на працевлаштування, що, у свою чергу, позитивно впливає на самооцінку та емоційний стан.
- Моніторинг та оцінка потреб: регулярне оцінювання ефективності реабілітаційних програм та адаптація їх відповідно до змінних потреб ВПО.

Узагальнюючи, можна стверджувати, що реабілітація психологічних розладів у внутрішньо переміщених осіб є складним і багатогранним процесом, який вимагає інтеграції різних підходів та ресурсів. Ефективна психологічна підтримка повинна враховувати індивідуальні особливості та потреби ВПО, а також забезпечувати доступ до необхідних ресурсів і послуг. Тільки таким чином можна досягти значного покращення психологічного стану та якості життя внутрішньо переміщених осіб в Україні.

ВИСНОВКИ

1. Внутрішньо переміщені особи (ВПО) в Україні стикаються з численними психосоціальними та емоційними проблемами, які значно впливають на їх психологічний стан. Основними викликами є травматичний досвід втрати дому, соціальна ізоляція, стрес через фінансові труднощі та невизначеність щодо майбутнього. Ці фактори призводять до підвищеного ризику розвитку депресії, тривожності та інших психічних розладів.

Важливим аспектом дослідження є виявлення наявних ресурсів та рекомендацій для психологічної підтримки ВПО. Психологічні інтервенції, соціальна підтримка та програми реабілітації можуть суттєво допомогти у покращенні їх психоемоційного стану. Необхідно також акцентувати увагу на важливості створення безпечного середовища, яке сприятиме соціальній інтеграції та відновленню почуття контролю у житті ВПО.

Отже, для ефективної підтримки внутрішньо переміщених осіб в Україні необхідно комплексно підходити до їхніх потреб, враховуючи як індивідуальні, так і соціальні аспекти, що сприятиме покращенню їхнього психологічного благополуччя та адаптації до нових умов життя.

2. Проведений аналіз наукових джерел свідчить про те, що ВПО в Україні стикаються з численними психоемоційними та соціальними проблемами. Можливо відокремити наступні соціальні чинники порушення ментального здоров'я ВПО: 1) розлука з родиною та друзями (втрата соціальної підтримки та труднощі і в адаптації); 2) економічна нестабільність (втрата роботи, відсутність стабільності та невизначеність щодо майбутнього); 3) труднощі з доступом до житла (погані житлові умови чи взагалі їх відсутність); 4) соціальна ізоляція (мовні бар'єри, дискримінація та стигматизація, соціокультурна ізоляція, невизначеність статусу тощо); 5) насильство та травматичні події (переживання травмуючих подій, насилля, втрата, знущання тощо); 6) обмежений доступ до

медичних та психологічних послуг (відсутність або не можливість отримати дефіренційовано-кваліфіковану допомогу, відсутність фінансових можливостей на лікування). Всі ці соціальні фактори можуть поєднуватися, створюючи серйозний вплив на психічне здоров'я переселенців, розвиваються: депресивні стани, тривожність, посттравматичний стрес, відчуття соціальної ізоляції та втрата соціальних зв'язків. Їм необхідна комплексна підтримка, яка включає доступ до медичних послуг, соціальної допомоги, а також програмної інтеграції та психологічної підтримки.

3. На етапі визначення етапів психодіагностичного дослідження та обирання психодіагностичного інструментарію було обрано: HADS, Тест нервово-психічної адаптації, Місісіпська шкала оцінювання посттравматичного стресового розладу, Тест на визначення стресу.

4. За результатами дослідження було виявлено високий рівень тривожності та депресії серед ВПО, а також значні труднощі в адаптації до нових умов життя. Найвищий відсоток клінічних проявів тривоги та депресії спостерігається в серед жінок зрілого віку (ГД2 – 41,03% та 30,77% відповідно). За тестом нервово-психічної адаптації і Місісіпської шкалою ПТСР найвищий відсоток осіб з високими балами (явна патологія) спостерігається серед чоловіків похилого віку (ГД3 – 11,11% та 18,52 % відповідно). Найвищий відсоток осіб з високим рівнем стресу спостерігався серед жінок похилого віку (ГД4 – 27,27%). Загальна кількість клінічних проявів тривоги і депресії вказує на наявність загального психічного дистресу в досліджуваному контингенті.

5. Вивчені рекомендації інших держав свідчать про необхідність розробки комплексних програм психологічної підтримки та реабілітації для ВПО. Це включає індивідуальні та групові психотерапевтичні сесії, соціальну інтеграцію через підтримку громади, а також інформаційні кампанії для підвищення обізнаності про доступні ресурси. Систематичний підрахунок і аналіз потреб ВПО є важливими для формування ефективних стратегій підтримки.

Дослідження підтвердило, що психосоціальна підтримка є критично важливою для ВПО, оскільки вони часто відчують нестачу соціальних зв'язків та підтримки. Створення груп самопомогі та підтримки, а також програми менторства можуть допомогти ВПО знайти нові соціальні контакти та зменшити відчуття ізоляції. Громадські організації відіграють важливу роль у наданні підтримки ВПО. Вони можуть забезпечувати доступ до психологічних ресурсів, юридичних консультацій, а також соціальних послуг, що допоможе зменшити стрес та покращити якість життя ВПО. Взаємодія між громадськими організаціями, державними структурами та міжнародними інституціями є ключовою для забезпечення комплексної підтримки ВПО. Спільні зусилля можуть призвести до створення більш ефективних політик, які враховують специфіку потреб цієї вразливої категорії населення.

Важливим аспектом є необхідність комплексного підходу до психологічної підтримки, що включає не лише індивідуальні консультації, але й освітні програми, тренінги з розвитку навичок адаптації та стресостійкості. Такі програми можуть допомогти ВПО краще справлятися з викликами, з якими вони стикаються. Проведене дослідження вказує на важливість регулярного моніторингу та оцінки потреб ВПО, оскільки їхні потреби можуть змінюватися в залежності від соціально-економічних умов і політичної ситуації в країні. Постійне дослідження та адаптація програм підтримки є необхідними для забезпечення їхньої ефективності. Важливо також зосередитися на розвитку психологічної стійкості у ВПО. Психологічні програми, спрямовані на зміцнення внутрішніх ресурсів, можуть допомогти особам краще справлятися з емоційними труднощами та зменшити ризик розвитку психічних розладів.

Вивчені дослідження підкреслюють критичну важливість систематичного підходу до психологічної підтримки внутрішньо переміщених осіб в Україні. Врахування їхніх психоемоційних, соціальних потреб та специфіки демографічних умов є ключовими для формування ефективних заходів

підтримки. Систематичне дослідження, моніторинг потреб та активна участь різних соціальних секторів можуть суттєво поліпшити життя ВПО та сприяти їхній інтеграції в нове середовище.

Загальний висновок вказує на те, що для покращення психологічного стану внутрішньо переміщених осіб важливо інтегрувати наукові дослідження з практичними заходами підтримки, враховуючи специфіку їхнього досвіду та потреб.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Агаєв Н.А., Кокун О.М., Пішко І.О., Лозінська Н.С., Остапчук В.В., Ткаченко В.В. Збірник методик для діагностики негативних психічних станів військовослужбовців: Методичний посібник. К.: НДЦ ГП ЗСУ, 2016. 234 с.

2. Аймедов К.В. Психотерапевтичні аспекти допомоги переселенцям зі сходу України. Збірник науково-практич. конф. *«Психотерапія і психоаналіз: надбання та перспективи розвитку в ХХІ столітті»*. (м. Київ, 28 лютого 2015 р.) 2015. С. 10-16

3. Аймедов К.В., Наумов В.Л. Комплексний медико-психологічний та соціальний супровід осіб з посттравматичним стресовим розладом. *Сучасні тенденції у медичних та фармацевтичних науках: Збірник тез наукових робіт учасників міжнародної науково-практичної конференції* (м. Київ, 4-5 грудня 2020 р.). Київ: «Київський медичний науковий центр», 2020 С.75-79.

4. Алябіна Ю.О. Особливості психічного здоров'я внутрішньо переміщених осіб і вимушених переселенців. *Психологічні читання* : зб. матеріалів ІХ наук.-практ. конф. молод. вчених (м. Харків, 1 груд. 2023 р.) : у 2-х т. / МВС України, Харків. нац. ун-т внутр. справ, Каф. соц. та психол., Наук. парк «Наука та безпека». Харків : ХНУВС, 2023. Т. 1. С. 12-15.

5. Артеменко С.І., Лазебна О.В., Кравченко Л.О., Думчева О.В. Психологічна допомога людям, які зазнали вимушеного переміщення. К-Р: Криворізький державний педагогічний університет. 2019.145 с.

6. Асєєва Ю.О., Аймедов К.В. Сучасні підходи до роботи із вимушеними переселенцями. 2-я Международ. научно-практич. конф. *«Наука в современном мире»*. конференції 2 ч. (м. Київ, 6-9 грудня 2015 р.). Киев. 2015. С. 5-9

7. Асєєва Ю.О. Берман Д.Л. Проблема надання психологічної допомоги вимушеним переселенцям зі східних областей України. Міжнар. наук. конф/ збірник статей *«Психосоціальна реабілітація постраждалих і вивезених із зони*

АТО на базі центру психосоціальної реабілітації дітей і підростків «Фельдман Екопарк» (м. Харків, 3 квітня 2016 р.) Х.: 2016. С.7-9

8. Безкоровайна Л.О. Особливості соціально-психологічної адаптації дітей – внутрішньо переміщених осіб. *Науковий часопис НПУ імені М.П. Драгоманова*. Серія: Корекційна педагогіка та спеціальна психологія, 2018. № 1 (46). С. 29-34.

9. Беленька І.Г., Шаповалова О.В. Психологічні аспекти адаптації внутрішньо переміщених осіб. *Науковий вісник Національного гуманітарного університету*, 2019. Вип. 3(32). С. 54-59.

10. Блинова О.Є. Соціально-психологічні чинники подолання кризи ідентичності вимушених мігрантів / С.Д. Максименко, С.Б. Кузікова, В.Л. Зливкова (ред.). *Особистість як суб'єкт подолання кризових ситуацій: психологія, теорія і практика*. Кн. 2. Київ – Суми, 2017. С. 162-180.

11. Венгер О.П., Іваніцька Т.І. Використання біосугестивної терапії для покращення психологічних процесів внутрішньо переміщених осіб під час війни в Україні. *Здобутки клінічної і експериментальної медицини*. 2023. Вип. 4. С. 63-69.

12. Вишньовський В. Психологічна адаптація вимушено переміщених осіб, жертв воєнних конфліктів. *Воєнні конфлікти та техногенні катастрофи: історичні та психологічні наслідки*: Матеріали II Міжнародної наукової конференції (м. Тернопіль, 21-22 квітня 2022 р.); Упорядники: А.А. Криськов, В.В. Вишньовський та Н.В. Габрусєва Тернопіль: ФОП Паляниця В. А., 2022. С. 3-5.

13. Волошин С.М. Особливості змісту соціально-психологічної адаптації внутрішньо переміщених осіб до нового соціального середовища. *Наукові записки Національного університету «Острозька академія»*. 2019. Вип. 9. С. 73-76.

14. Гаврилюк, О.М. Психічний стан та переживання внутрішньо переміщених осіб внаслідок збройного конфлікту на сході України. *Наукові записки*. Серія: Психолого-педагогічні науки. 2018. Т. 46. С. 74-78.
15. Гьокхан Д. Сучасні міграційні процеси: проблема адаптації та інтеграції мігрантів в об'єднаній Європі. *Вісник Житомирського державного університету ім. І. Франка*. Серія: Філософські науки. Вип. 1 (82). 2016. С. 35-44.
16. Зливков В.Л., Лукомська С.О., Федан О.В. Психодіагностика особистості у кризових життєвих ситуаціях. Київ : Педагогічна думка. 2016. 219 с.
17. І.Д. Спіріна, С.В. Рокутов, А.В. Шорніков, & Є.С. Феденко Непсихотичні психічні розлади у внутрішньо переміщених осіб. *Український вісник психоневрології*. 2017. Вип. 25(3). С. 63-66.
18. Калашник Н.С. Діагностика та корекція психоемоційного стану внутрішньо переміщених осіб в контексті збройного конфлікту на сході України. *Педагогіка вищої та середньої школи*. 2016. Вип. 50. С. 105-109.
19. Карамушка Л.М. Психічне здоров'я особистості під час війни: як його зберегти та підтримати: Метод. рекомендації. Київ: Інститут психології імені Г.С. Костюка НАПН України, 2022. 213 с.
20. Кашлюк Ю.І. Основні чинники, які впливають на психологічне благополуччя особистості. *Проблеми сучасної психології*. 2016. Вип. 34. С. 170-186.
21. Кердивар В.В. Синдром жертви у внутрішньо переміщених осіб із зони локального воєнного конфлікту: монографія. Харків: НУЦЗУ 2021. 142 с.
22. Кісарчук З., Омельченко Я., Лазос Г., Литвиненко Л., Царенко Л. Психологічна допомога постраждалим внаслідок кризових травматичних подій: методичний посібник \ за ред. З. Кісарчук. К., 2015. 207 с.

23. Котух О.В. Проблема особистісної свободи особистості. *Nowoczesna nauka: teoria i praktyka*: Mater. IV Międz. Konf. Nauk.-Prakt. (м. Варшава, 8 квітня 2020 р.). Варшава, 2020. С. 86-88.

24. Котух О.В. Сутність поняття «цінності» в європейській та українській психологічній традиції. *Виклики сучасної психологічної науки країн ЄС: перспективи інтеграції українського досвіду*: збірник тез методологічного семінару, (м. Київ, 26 вересня 2022 р.) Київ. С. 30-33.

25. Лефтеров В.О. Психологічні особливості екстремальної міграції в Україні. *Координати розвитку психології здоров'я: реалії та перспективи*: матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю. Вінниця: ТОВ «ТВОРИ», 2018. С. 106-110.

26. Максименко Ю.Б., Морозова-Йоханнессен О.В. Психологічні особливості особистісних змін переселенців в умовах іншої країни (на прикладі Норвегії). *Вісник Національного університету оборони України*. 2022. Вип. 69(5). С. 90-97.

27. Михайлик С.І. Психологічні технології стабілізації та підтримки осіб, що пережили кризові події. Київ. 2022. 68 с.

28. Михайловський В.І. Історичні аспекти виникнення суб'єктивних прав внутрішньо переміщених осіб на території України. *Південноукраїнський правничий часопис*. 2015. Вип. 2. С. 220-223.

29. Міграційний профіль України. Державна міграційна служба України. 2021. С. 47-52. URL: https://dmsu.gov.ua/assets/files/mig_profil/migprofil_2020.pdf

30. Пахоль Б.Є. Суб'єктивне та психологічне благополуччя: сучасні і класичні підходи, методи та чинники. *Український психологічний журнал*. 2017. № 1(3). С. 80-104.

31. Педоренко В.М. Особливості психоемоційного стану переселенців в умовах іншої країни (на прикладі Німеччини). *Науковий вісник Ужгородського національного університету*. Серія «Психологія», 2023. № 5. С. 5-10.

32. Психологу для роботи. Діагностичні методики : збірник / [уклад.: М.В. Лемак, В.Ю. Петрище]. Вид. 2-ге, виправл. Ужгород : Видавництво Олександри Гаркуші, 2012. 616 с.

33. Психосоціальна допомога внутрішньо переміщеним дітям, їхнім батькам та сім'ям з дітьми зі Сходу України : посібник для практиків соціальної сфери / Мельник Л.А. та ін. ; за ред. Волинець Л.С. Київ : ТОВ «Видавничий дім «Калита», 2015. 72 с.

34. Рябоконт В.В. Психологічне здоров'я людини як один із компонентів теорії особистості. *Габітус*. 2021. Вип. 21. С. 201-205.

35. Самодетермінація психологічного благополуччя особистості : монографія / Сердюк Л.З. та ін. ; за ред. Л.З. Сердюк. Київ-Львів : Видавець Вікторія Кундельська, 2021. 236 с.

36. Санько К. Психологічне благополуччя як основа повноцінного та психологічно здорового функціонування особистості. *Вісник Харківського національного університету імені В.Н. Каразіна*. 2016. № 59. С. 42-45.

37. Спринська З.В. Психологічні особливості внутрішньо переміщених осіб. *Теорія і практика сучасної психології*. Серія: Загальна психологія, історія психології. 2018. Вип. 8. С. 50-56.

38. Степанова Є.І., Базика Д.А., Позниш В.А., Ярошенко Ж.С., Студеникина О.М., Вдовенко В.Ю., Леонович О.С., Гриценко Т.А. Медико-психологічні проблеми дітей, переміщених із зони АТО. *Медичне забезпечення антитерористичної операції: науково-організаційні та медикосоціальні аспекти* : збірник наукових праць / за заг. ред. академіків НАН України Цимбалюка В.І. та Сердюка А.М. Київ. 2016. С. 193-199.

39. Тітат І.О. Поняття та критерії адаптації й інтеграції внутрішньо переміщених осіб і умови скасування статусу переселенця. *Український соціум*. 2016. № 4(59). С. 57-68.

40. Тюріна В.О., Солохіна Л.О. Вплив військових конфліктів на психічне здоров'я людини: короткий огляд зарубіжних досліджень. *Особистість, суспільство, війна: тези доп. учасників міжнар. психол. форуму* (м. Харків, 15 квіт. 2022 р.); МВС України, Харків. нац. ун-т внутр. справ, Нац. поліція України та ін. Харків: ХНУВС, 2022. С. 116-121.

41. Чернюк М.О., Малиновська, О.В. Особливості соціально-психологічної адаптації внутрішньо переміщених осіб на сході України. *Вісник Київського національного університету імені Тараса Шевченка*. Серія: Психологія, 2018. №2(35). С. 62-67.

42. Шевченко О.О. Стан психічного здоров'я внутрішньо переміщених осіб на сході України в умовах збройного конфлікту. *Вісник Чернігівського національного педагогічного університету імені Т.Г. Шевченка*. Серія: Психологічні науки. 2017. Вип. 150. С. 47-52.

43. Юридична газета Online. В Україні презентували результати дослідження психологічного стану населення. 2022. URL: <https://yur-gazeta.com/golovna/v-ukrayini-prezentuvali-rezultati-doslidzhennya-psihologichnogo-stanunaselennya.html>.

44. Юрків Я.І., Луканов Д.В. Труднощі соціально-психологічної адаптації вразливих верств внутрішньо переміщених осіб до нових умов життя. *Науковий вісник Ужгородського університету*. Серія: Педагогіка. Соціальна робота, 2021. Вип. 1 (48). С. 469-472.

45. Affleck W., Selvadurai A., Sikora L. Underrepresentation of men in gender based humanitarian and refugee trauma research: a scoping Psychological Disorders of Internally Displaced Persons Tatyana Melnychuk, et al. 536 review. *Intervention* 2018 Vol.16. P. 22-30.

46. Akesson B., Denov M. Socio-ecological research methods with children affected by armed conflict: Examples from northern Uganda and Palestine. In: Denov

M., Akesson B., editors. *Children Affected by Armed Conflict: Theory, Method, and Practice*. Columbia University Press; New York, NY, USA: 2017. P. 139-162.

47. Alisic E., Letschert R.M. Fresh eyes on the European refugee crisis. *Eur J Psychotraumatol*. 2016. Vol. 7 DOI: [10.3402/ejpt.v7.31847](https://doi.org/10.3402/ejpt.v7.31847)

48. Betancourt T.S., McBain R.K., Newnham E.A., Brennan R.T. The intergenerational impact of war: Longitudinal relationships between caregiver and child mental health in post-conflict Sierra Leone. *JCPP J. Child Psychol. Psychiatry*. 2015. Vol. 56 P. 1101-1107. DOI: [10.1111/jcpp.12389](https://doi.org/10.1111/jcpp.12389)

49. Bryant R.A., Schafer A., Dawson K.S., Anjuri D., Mulili C., Ndogoni L., et al. Effectiveness of a brief behavioural intervention on psychological distress among women with a history of gender-based violence in urban Kenya: a randomised clinical trial. *PLoS Med*. 2017. Vol. 14 DOI: [e1002371.10.1371/journal.pmed.1002371](https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1002371)

50. Buijs V.L., Jeronimus B.F., Lodder G.M., Steverink N., & de Jonge P. Social needs and happiness: A life course perspective. *Journal of Happiness Studies*. 2021. Vol. 22(4), P. 1953-1978.

51. Comellas R.M., Makhashvili N., Chikovani I., Patel V., McKee M., Bisson J., et al. Patterns of somatic distress among conflict-affected persons in the Republic of Georgia. *J Psychosom Res*. 2015. Vol. 78 P. 466–71. DOI: [10.1016/j.jpsychores.2015.01.015](https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2015.01.015)

52. Denov M., Bryan C. Social navigation and the resettlement experiences of separated children in Canada. *Refuge*. 2014. Vol. 30 P. 25-34. DOI: [10.25071/1920-7336.38600](https://doi.org/10.25071/1920-7336.38600).

53. Denov M., Fennig M., Rabiau M.A., Shevell M.C. Intergenerational resilience in families affected by war, displacement, and migration: “It runs in the family” *J. Fam. Soc. Work*. 2019. Vol. 22 P. 17-45. DOI: [10.1080/10522158.2019.1546810](https://doi.org/10.1080/10522158.2019.1546810).

54. Devakumar D., Birch M., Osrin D., Sondorp E., Wells J.C. The intergenerational effects of war on the health of children. *BMC Med.* 2014 Vol. 12 P. 57. DOI: 10.1186/1741-7015-12-57.

55. Elhabiby M.M., Radwan D.N., Okasha T.A., ElDesouky E.D. Psychiatric disorders among a sample of internally displaced persons in South Darfur. *Int J Soc Psychiatry* 2015. Vol. 61P. 358-62. DOI: 10.1177/0020764014547061

56. Fazel M. Proactive depression services needed for at-risk populations. *Lancet Psychiatry.* 2016. Vol. 3 P. 6-7. DOI: 10.1016/S2215-0366(15)00470-8.

57. Feyera F., Mihretie G., Bedaso A., Gedle D., Kumera G. Prevalence of depression and associated factors among Somali refugee at Melkadida camp, Southeast Ethiopia: a crosssectional study. *BMC Psychiatry* 2015. Vo. 15 P.171. DOI: 10.1186/s12888-015-0539-1

58. Giordano F., Cipolla A., Ragnoli F., Brajda Bruno F. Transit Migration and Trauma: The Detrimental Effect of Interpersonal Trauma on Syrian Children in Transit in Italy. *Psychol. Inj. Law.* 2019. Vol. 12 P.76-87. DOI: 10.1007/s12207-019-09345-x.

59. Giordano F., Ferrari C. Processi di resilienza in minori vittime di violenza: Un progetto di intervento con adolescenti in Lituania. *Maltrattamento Abus. All'infanzia.* 2018 Vol. 20 P. 105-116. DOI: 10.3280/MAL2018-002007.

60. Hu T., Zhang D., and Wang J. A meta-analysis of the trait resilience and mental health. *Personal. Individ. Differ.* 2015. Vol. 76 P. 18-27. DOI: 10.1016/j.paid.2014.11.039.

61. International Recommendations on Refugee Statistics, from the expert group on Refugee and Internally Displaced Persons Statistics draft for Global Consultation 6 November 2017 URL: <http://surl.li/qcqzks>

62. Kamau M., Steel Z., Catanzaro R., Bateman C., Ekblad S. Psychiatric disorders in an African refugee camp. *Intervention* 2014. Vol. 2 P.84-9.

63. Kazour F., Zahreddine N.R., Maragel M.G., Almustafa M.A., Soufia M., Haddad R., et al. Post-traumatic stress disorder in a sample of Syrian refugees in Lebanon. *Compr Psychiatry* 2017. Vol. 72 P. 41-7. DOI: 10.1016/j.comppsy.2016.09.007
64. Llosa A.E., Ghantous Z., Souza R., Forgione F., Bastin P., Jones A., et al. Mental disorders, disability and treatment gap in a protracted refugee setting. *Br J Psychiatry* 2014. 204 Vol.208 P.13. DOI: 10.1192/bjp.bp.112.120535
65. Makhashvili N., Chikovani I., McKee M., Bisson J., Patel V., Roberts B. Mental disorders and their association with disability among internally displaced persons and returnees in Georgia. *J Trauma Stress* 2014. Vol. 27 P.509-18. DOI: 10.1002/jts.21949
66. Miller K.E., Rasmussen A. The mental health of civilians displaced by armed conflict: An ecological model of refugee distress. *Epidemiol. Psychiatr. Sci.* 2017. Vol. 26. P.129-138. DOI: 10.1017/S2045796016000172.
67. Motti-Stefanidi F. Resilience among immigrant youth: The role of culture, development and acculturation. *Dev. Rev.* 2018. Vol. 50 P.99-109. DOI: 10.1016/j.dr.2018.04.002.
68. Naser Morina, Aemal Akhtar, Jürgen Barth and Ulrich Schnyder. Psychiatric Disorders in Refugees and Internally Displaced Persons After Forced Displacement: A Systematic Review, DOI: 2018 10.3389/fpsyt.2018.00433
69. Nickerson A., Liddell B., Asnaani A., Carlsson J.M., Fazel M., Knaevelsrud C., et al. Trauma and Mental Health in Forcibly Displaced Populations: An International Society for Traumatic Stress Studies Briefing Paper 2017.
70. Rahman A., Riaz N., Dawson K.S., Usman Hamdani S., Chiumento A., Sijbrandij M., et al. Problem Management Plus (PM+): pilot trial of a WHO transdiagnostic psychological intervention in conflict-affected Pakistan. *World Psychiatry* 2016 Vol. 15 P.182–3. DOI: 10.1002/wps.20312

71. Richter K., Baumgärtner L., Niklewski G., Peter L., Köck M., Kellner S., Hillemacher T., Büttner-Teleaga A. Sleep disorders in migrants and refugees: A systematic review with implications for personalized medical approach. *EPMA J.* 2020. Vol. 11. P. 251-260. DOI: 10.1007/s13167-020-00205-2.
72. Rizzi D., Asperges E., Rovati A., Bigoni F., Pistillo E., Corsico A., Mojoli F., Perlini S., Bruno R. Psychological Support in a COVID-19 Hospital: A Community Case Study. *Front. Psychol.* 2022. Vol. 12 P. 820074. DOI: 10.3389/fpsyg.2021.820074.
73. Roberts B., Murphy A., Chikovani I., Makhashvili N., Patel V., McKee M. Individual and community level riskfactors for alcohol use disorder among conflict-affected persons in Georgia. *PLoS ONE* 2014. DOI: 9:e98299.10.1371/journal.pone.0098299
74. Sanders J., Munford R., Thimasarn-Anwar T., Liebenberg L., Ungar M. The role of positive youth development practices in building resilience and enhancing wellbeing for at-risk youth. *Child Abus. Negl.* 2015 Vol. 42. P. 40-53. DOI: 10.1016/j.chiabu.2015.02.006.
75. Southwick S.M., Bonanno G.A., Masten A.S., Panter-Brick C., Yehuda R. Resilience definitions, theory, and challenges: Interdisciplinary perspectives. *Eur. J. Psychotraumatol.* 2014. Vol. 5. P. 25338. DOI: 10.3402/ejpt.v5.25338.
76. The PILOTS Database [Internet] National Center for PTSD. U.S. Department of Veterans Affairs 2015 (Accessed June 15, 2015). URL: <http://www.ptsd.va.gov/professional/pilots-database/>
77. Tol W.A., Purgato M., Bass J.K., Galappatti A., Eaton W. Mental health and psychosocial support in humanitarian settings: A public mental health perspective. *Epidemiol. Psychiatr. Sci.* 2015 Vol. 24. P. 484-494. DOI: 10.1017/S2045796015000827.
78. Uphoff E., Robertson L., Cabieses B., Villalón F.J., Purgato M., Churchill R., Barbui C. An overview of systematic reviews on mental health promotion,

prevention, and treatment of common mental disorders for refugees, asylum seekers, and internally displaced persons. *Cochrane Database Syst. Rev.* 2020. Vol. 9. CD013458. DOI: 10.1002/14651858.CD013458.

79. Vogel J.M., Pfefferbaum B. Family resilience after disasters and terrorism: Examining the concept. In: Pat-Horenczyk R., Brom D., Vogel J., editors. *Helping Children Cope with Trauma: Individual, Family and Community Perspectives*. Routledge/Taylor & Francis Group; New York, NY, USA: 2014. P. 81-100.

80. Voloshin P.V., Maruta N.A. Mental Health Strategy of the Population of Ukraine: Current Opportunities and Obstacles. *Ukrainian bulletin of Psychoneurology*. 2015. Vol. 23, №1 (82), P 5-11.

81. Walsh F. Applying a family resilience framework in training, practice, and research: Mastering the art of the possible. *Fam. Process*. 2016. Vol. 55 P.616-632. DOI: 10.1111/famp.12260.

82. World Health Organization. Problem Management Plus (PM+): Individual Psychological Help for Adults Impaired by Distress in Communities Exposed to Adversity. Geneva: WHO. 2016. P.140.

ДОДАТКИ

**ГОСПІТАЛЬНА ШКАЛА ТРИВОГИ І ДЕПРЕСІЇ
(THE HOSPITAL ANXIETY AND DEPRESSION SCALE, HADS)**

Інструкція: не звертайте уваги на цифри та літери, розташовані у лівій частині опитувальника. Прочитайте уважно кожне твердження, і обведіть кружечком відповідну цифру зліва біля варіанта відповіді, яка найбільше відповідає тому, як Ви себе почували минулого тижня. Не роздумуйте занадто довго над кожним твердженням. Відповідь, яка першою приходить Вам в голову, завжди буде найбільш правильною. Час заповнення 20-30 хвилин.

1.Т Я відчуваю напруженість, мені не по собі.

3 Весь час.

2 Часто.

1 Час від часу, іноді.

0 Зовсім не відчуваю.

2.Д Те, що раніше приносило мені велике задоволення, і зараз викликає у мене таке ж почуття.

0 Безумовно це так.

1 Напевно, це так.

2 Лише в дуже малому ступені це так.

3 Це зовсім не так.

3.Т Я відчуваю страх, здається, ніби щось жахливе може ось-ось статися.

3 Безумовно це так, і страх дуже сильний.

2 Це так, але страх не дуже сильний.

1 Іноді, але це мене не турбує.

0 Зовсім не відчуваю.

4.Д Я здатний розсміятися і побачити в тій чи іншій події смішне.

0 Безумовно це так.

1 Напевно, це так.

- 2 Лише в дуже малому ступені це так.
- 3 Зовсім не здатний.
- 5.Т Неспокійні думки крутяться у мене в голові.
- 3 Постійно.
- 2 Велику частину часу.
- 1 Час від часу і не так часто.
- 0 Тільки іноді.
- 6.Д Я відчуваю бадьорість.
- 3 Зовсім не відчуваю.
- 2 Дуже рідко.
- 1 Іноді.
- 0 Практично весь час.
- 7.Т Я легко можу сісти і розслабитися.
- 0 Безумовно це так.
- 1 Напевно, це так.
- 2 Лише зрідка це так.
- 3 Зовсім не можу.
- 8.Д Мені здається, що я почав все робити дуже повільно.
- 3 Практично весь час.
- 2 Часто.
- 1 Іноді.
- 0 Зовсім ні.
- 9.Т Я відчуваю внутрішнє напруження або тремтіння.
- 0 Зовсім не відчуваю.
- 1 Іноді.
- 2 Часто.
- 3 Дуже часто.
- 10.Д Я не стежу за своєю зовнішністю.

3 Безумовно це так.

2 Я не приділяю цьому стільки часу, скільки потрібно.

1 Може бути, я став менше приділяти цьому уваги.

0 Я стежу за собою так само, як і раніше.

11.Т Я відчуваю непосидючість, немов мені постійно потрібно рухатися.

3 Безумовно це так.

2 Напевно, це так.

1 Лише в деякій мірі це так.

0 Зовсім не відчуваю.

12.Д Я вважаю, що мої справи (заняття, захоплення) можуть принести мені почуття задоволення.

0 Точно так само, як і зазвичай.

1 Так, але не в тій мірі, як раніше.

2 Значно менше, ніж зазвичай.

3 Зовсім так не вважаю.

13.Т У мене буває раптове відчуття паніки.

3 Дуже часто.

2 Досить часто.

1 Не так уже часто.

0 Зовсім не буває.

14.Д Я можу отримати задоволення від гарної книги, радіо чи телепрограми.

0 Часто.

1 Іноді.

2 Рідко.

3 Дуже рідко.

«Ключ»

Субшкала Т – «тривога»: непарні пункти 1, 3, 5, 7, 9, 11, 13.

Субшкала Д – «депресія»: парні пункти 2, 4, 6, 8, 10, 12, 14.

Обробка результатів

Якщо пацієнт пропустив окремі пункти, перервав заповнення шкали на значний термін (кілька годин) або не вклався у відведений час, рекомендується провести повторне тестування з використанням нового бланку.

Шкала складається з 14 тверджень, які поділяються на дві шкали: «тривога» (непарні пункти – 1, 3, 5, 7, 9, 11, 13) і «депресія» (парні пункти – 2, 4, 6, 8, 10, 12, 14). Кожному твердженню відповідають чотири варіанти відповіді, що відображають градації вираженості ознаки і кодуються за наростанням тяжкості симптому від 0 (відсутність) до 3 (максимальна вираженість). Обробка результатів полягає в підрахунку сумарного показника за кожною шкалою.

Інтерпретація результатів

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

8-10 – субклінічно виражена тривога/депресія;

11 і вище – клінічно виражена тривога/депресія.

ТЕСТ НЕРВОВО-ПСИХІЧНОЇ АДАПТАЦІЇ

Інструкція. Необхідно вибрати найбільш підходящу відповідь із запропонованих:

Є і завжди було – 4 бали;

Є вже тривалий час – 3 бали;

З'явилося останнім часом – 2 бали;

Було в минулому, але зараз уже немає – 1 бал;

Немає і не було – 0 балів.

1. Безсоння.
2. Відчуття, що оточення осудливо до вас ставиться.
3. Головний біль.
4. Зміна настрою без явних причин.
5. Страх темряви.
6. Почуття, що Ви гірші за інших людей.
7. Схильність до сліз.
8. Відчуття «грудки» у горлі.
9. Страх висоти.
10. Швидка стомлюваність, почуття втоми.
11. Невпевненість у собі й у власних силах.
12. Сильне почуття провини.
13. Побоювання з приводу важкого захворювання (не підтвердженого під час обстеження).
14. Страх знаходитися самому в приміщенні чи на вулиці.
15. Побоювання почервоніти «на людях».
16. Труднощі в спілкуванні з людьми.
17. Необґрунтований страх за себе, інших людей, боязнь яких-небудь ситуацій.

- 18. Тремтіння рук, ніг.
- 19. Немоżliвість стримувати прояви своїх почуттів.
- 20. Знижений чи пригнічений настрій.
- 21. Сильне серцебиття.
- 22. Безпричинна тривога, «передчуття», відчуття, що може відбутися щось неприємне.
- 23. Байдужність до усього.
- 24. Дратівливість, запальність.
- 25. Підвищена пітливість.
- 26. Почуття слабкості.

Обробка та інтерпретація результатів.

I група – сума балів менше 10;

II група – 11-20 балів;

III група – 21-30 балів;

IV група – 31-40 балів;

V група – більше 40 балів.

ДОДАТОК В

МІСІСІПСЬКА ШКАЛА ОЦІНЮВАННЯ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ (ДЛЯ ЦИВІЛЬНИХ) (THE MISSISSIPPI SCALE FOR CIVILIAN PTSD)

Інструкція. Нижче наведено твердження, в яких узагальнено різноманітний досвід людей, що пережили важкі події та ситуації. Виберіть той варіант відповіді, який найкраще описує ваші почуття і стани.

№	Питання	Абсолютно неправильно	Іноді правильно	Правильно частково	Правильно	Абсолютно правильно
1.	В минулому в мене було більше близьких друзів, ніж тепер	1	2	3	4	5
2.	У мене немає почуття вини за все те, що я робив(ла) в минулому	1	2	3	4	5
3.	Якщо хтось виведе мене з терпіння, то ймовірно, що я не стримаюсь і відповім агресивно, навіть можу застосувати фізичну силу	1	2	3	4	5
4.	Якщо відбувається щось, що нагадує мені про минуле, то це виводить мене з рівноваги	1	2	3	4	5
5.	Люди, які дуже добре мене знають, побоюються мене	1	2	3	4	5
6.	Я здатний (на) вступати в емоційно близькі стосунки з іншими людьми	1	2	3	4	5
7.	Ночами мені сняться кошмари про те, що відбувалось зі мною в реальності	1	2	3	4	5
8.	Коли я думаю про певні речі, які я робив(ла) в минулому, мені просто не хочеться жити	1	2	3	4	5
9.	Ззовні може здатися, що в мене немає почуттів	1	2	3	4	5
10.	Останнім часом мені іноді хочеться покінчити життя самогубством	1	2	3	4	5
11.	Я добре засинаю, міцно сплю і прокидаюсь лише тоді, коли мені потрібно вставати	1	2	3	4	5
12.	Я запитую себе, чому я живу, коли інші померли	1	2	3	4	5
13.	В деяких ситуаціях я відчуваю себе так, ніби повернувся(лась) у минуле	1	2	3	4	5
14.	Мої сни настільки реальні, що я прокидаюсь у холодному поту і змушую себе більше не спати	1	2	3	4	5
15.	Я відчуваю себе дуже втомленим(ою)	1	2	3	4	5
16.	Речі, які викликають в інших людей сміх або сльози, мене не хвилюють	1	2	3	4	5

17.	Я отримую задоволення від тих самих речей та дій, що й раніше	1	2	3	4	5
18.	Мої фантазії реалістичні й лякають мене	1	2	3	4	5
19.	Робота не обтяжує мене	1	2	3	4	5
20.	Мені важко зосередитися	1	2	3	4	5
21.	Я плачу без причини	1	2	3	4	5
22.	Мені подобається бути в товаристві інших людей	1	2	3	4	5
23.	Мене лякають мої прагнення і бажання	1	2	3	4	5
24.	Я легко засинаю	1	2	3	4	5
25.	Від несподіваного шуму я сильно здригаюся	1	2	3	4	5
26.	Ніхто, навіть члени моєї сім'ї, не розуміють, що я відчуваю	1	2	3	4	5
27.	Я легка, спокійна, врівноважена людина	1	2	3	4	5
28.	Я відчуваю, що про певні речі, які я робив(ла) в минулому, я ніколи не зможу розповісти, бо мене ніхто не зрозуміє	1	2	3	4	5
29.	Час до часу я вживаю алкоголь (заспокійливі таблетки, снодійне або наркотики), щоб заснути або забути про те, що трапилось зі мною у минулому	1	2	3	4	5
30.	Я почуваюся комфортно в натовпі	1	2	3	4	5
31.	Я втрачаю самовладання і «вибухаю» через дрібниці	1	2	3	4	5
32.	Я боюся засинати	1	2	3	4	5
33.	Я намагаюсь уникати всього, що могло б нагадати мені про те, що відбувалося зі мною в минулому	1	2	3	4	5
34.	Моя пам'ять не гірша, ніж раніше	1	2	3	4	5
35.	У мене є труднощі у виявленні своїх почуттів, навіть стосовно рідних	1	2	3	4	5
36.	Час до часу я почуваюся або поведжуся так, ніби те, що трапилось зі мною в минулому, відбувається знову	1	2	3	4	5
37.	Я не можу пригадати деяких важливих речей, які відбулися зі мною в минулому	1	2	3	4	5
38.	Більшість часу я буваю пильним(ою) і настороженим(ою)	1	2	3	4	5
39.	Якщо стається щось, що нагадує мені про минуле, то мене охоплює тривога або паніка: починається сильне серцебиття, перехоплює дихання, може посилитися потовиділення, з'явитися тремтіння, запаморочення в голові	1	2	3	4	5

Опрацювання результатів

Прямі твердження: 1,3,4, 5, 7, 8, 9, 10, 12, 13, 14, 15, 16, 18, 20, 21, 23, 25, 26, 28, 29, 31, 32, 33, 35, 36, 37, 38, 39.

Зворотні твердження: 2, 6, 11, 17, 19, 22, 24, 27, 30, 34.

Прямі твердження оцінюються за шкалою від 1 до 5, залежно від того, наскільки вони правильні для респондента (від «абсолютно неправильно» – 1 бал

до «Абсолютно правильно» – 5 балів); зворотні твердження оцінюються від 5 до 1 (від «Абсолютно неправильно» – 5 балів, до «Абсолютно правильно» – 1 бал). Підсумкова оцінка, отримана при підрахунку балів усіх 39 тверджень, відображає ступінь впливу травмивного досвіду на людину. Нижче наведені рівні розладу адаптації за даними ДУ «Інститут неврології, психіатрії танаркології НАМН України», викладеними в «Українському віснику психоневрології». – 2014. – Т. 22, вип. 3.

Рівні розладу адаптації	Суми балів
Низький (норма)	< 40
Знижений (можливі окремі прояви невротичних розладів)	41-78
Середній (невротичні розлади)	79-117
Підвищений (підозра на розвиток ПТСР, необхідне лікарське обстеження)	> 118

ТЕСТ НА ВИЗНАЧЕННЯ РІВНЯ СТРЕСУ (ЗА В.Ю. ЩЕРБАТИХ)

Інструкція: перед вами ознаки стресу – інтелектуальні, поведінкові, емоційні та фізіологічні.

За наявність у себе одного із інтелектуальних і поведінкових ознак – ставте собі 1 бал; емоційних – 1,5 бали, а фізіологічних – 2 бали.

Інтелектуальні ознаки стресу

1. Переважання негативних думок
2. Труднощі зосередження
3. Погіршення показників пам'яті
4. Постійне і безплідне обертання думок навколо однієї проблеми
5. Підвищена відволікання
6. Труднощі прийняття рішень, тривалі коливання при виборі
7. Погані сни, кошмари
8. Часті помилки, збої в обчисленнях
9. Пасивність, бажання перекласти відповідальність на когось іншого
10. Порушення логіки, сплутане мислення
11. Імпульсивність мислення, поспішні і необґрунтовані рішення
12. Звуження «поля зору», коли “бачиться” менше можливих варіантів дії

Поведінкові ознаки стресу

1. Втрата апетиту або переїдання
2. Зростання помилок при виконанні звичних дій
3. Більш швидка або, навпаки, уповільнена мова
4. Тремтіння голосу
5. Збільшення конфліктних ситуацій на роботі або в сім'ї
6. Хронічна нестача часу
7. Зменшення часу, що приділяється на спілкування з близькими і друзями
8. Втрата уваги до свого зовнішнього вигляду, неухоженість

9. Антисоціальна, конфліктна поведінка
10. Низька продуктивність діяльності
11. Порушення сну або безсоння
12. Більш інтенсивне куріння і вживання алкоголю

Емоційні симптоми

1. Занепокоєння, підвищена тривожність
2. Підозрілість
3. Похмурий настрій
4. Відчуття постійної туги, депресія
5. Дратівливість, напади гніву
6. Емоційна «тупість», байдужість
7. Цинічний, недоречний гумор
8. Зменшення почуття впевненості в собі
9. Зменшення задоволеності життям
10. Почуття відчуженості, самотності
11. Втрата інтересу до життя
12. Зниження самооцінки, поява почуття провини або невдоволення собою або своєю роботою

Фізіологічні симптоми

1. Болі в різних частинах тіла невизначеного характеру, головні болі
2. Підвищення або зниження артеріального тиску
3. Прискорений або неритмічний пульс
4. Порушення процесів травлення (запор, діарея, підвищене газоутворення)
5. Порушення свободи дихання
6. Відчуття напруги в м'язах
7. Підвищена стомлюваність
8. Тремтіння в руках, судом
9. Поява алергії чи інших шкірних висипань

10. Підвищена пітливість

11. Швидке збільшення або втрата ваги тіла

12. Зниження імунітету, часті нездужання

Інтерпретація результатів

Таким чином, загальна максимальна сума за всім списком теоретично може досягати 66.

Показник від 0 до 5 балів вважається хорошим – означає, що в даний момент життя вагомий стрес відсутній.

Показник від 6 до 12 балів означає, що людина відчуває помірний стрес, який може бути компенсований за допомогою раціонального використання часу, періодичного відпочинку і знаходження оптимального виходу з ситуації, що склалася.

Показник від 13 до 24 балів вказує на досить виражене напруження емоційних і фізіологічних систем організму, що виникло у відповідь на сильний стресорні фактор, який не вдалося компенсувати. В цьому випадку потрібно застосування спеціальних методів подолання стресу.

Показник від 25 до 40 балів вказує на стан сильного стресу, для успішного подолання якого бажана допомога психолога або психотерапевта. Така величина стресу говорить про те, що організм вже близький до межі можливостей чинити опір стресу.

Показник понад 40 балів свідчить про перехід організму до третьої, найбільш небезпечною стадії стресу – виснаження запасів адаптаційної енергії.

ДОДАТОК Г

КОРЕЛЯЦІЙНА ТАБЛИЦЯ 1,1

	Норма тривоги	Субклінічна тривожність	Клінічний тривога	Норма депресія	Субклінічний депресія	Клінічний депресія
Норма тривоги	1000	-0,081	-0,904	0,871	-0,242	-0,891
Субклінічна тривожність	-0,081	1000	0,490	0,368	0,868	0,485
Клінічний тривога	-0,904	0,490	1000	-0,585	0,534	0,995
Норма депресія	0,871	0,368	-0,585	1000	0,061	-0,717
Субклінічний депресія	-0,242	0,868	0,534	0,061	1000	0,590
Клінічний депресія	-0,891	0,485	0,995	-0,717	0,590	1000
< 10 НПА	0,047	0,990	0,368	-0,228	0,623	0,566
11- 20 НПА	-0,081	1000	0,490	0,061	0,868	0,485
21- 30 НПА	-0,490	0,906	0,812	0,452	0,933	0,790
31-40 НПА	0,647	-0,789	-0,877	-0,774	-0,981	-0,948

КОРЕЛЯЦІЙНА ТАБЛИЦЯ 1,2

	<10 НПА	11-20 НПА	21-30 НПА	31-40 НПА	>40 НПА
Норма тривоги	0,047	-0,081	-0,490	0,647	-0,436
Субклінічна тривожність	0,990	1000	0,906	-0,789	-0,828
Клінічний з тривожність	0,368	0,490	0,812	-0,877	0,054
Норма депресія	-0,228	0,061	0,452	-0,774	0,264
Субклінічний депресія	0,623	0,868	0,933	-0,981	-0,321
Клінічний депресія	0,566	0,485	0,790	-0,948	0,350
< 10 НПА	1000	0,990	0,924	-0,766	0,527
11- 20 НПА	0,990	1000	0,906	-0,789	-0,828
21- 30 НПА	0,924	0,906	1000	-0,947	0,453
31- 40 НПА	-0,766	-0,789	-0,947	1000	-0,660

КОРЕЛЯЦІЙНА ТАБЛИЦЯ 1,3

	0-40 ПТСР	41-78 ПТСР	79-117 ПТСР	>118 ПТСР
Норма тривоги	0,959	0,361	-0,547	-0,887
Субклінічна тривожність	0,204	0,862	0,868	0,511
Клінічний тривога	-0,751	0,070	0,828	0,998
Норма депресія	-0,485	0,735	0,902	0,686
Субклінічний депресія	0,168	0,885	0,949	0,740
Клінічний депресія	-0,702	0,138	0,902	0,997
< 10 НПА	-0,320	0,904	0,973	0,766
11- 20 НПА	0,204	0,862	0,868	0,511
21- 30 НПА	-0,485	0,769	0,923	0,781
31-40 НПА	0,612	-0,540	-0,993	-0,857

КОРЕЛЯЦІЙНА ТАБЛИЦЯ 1,4

	0-5 Стрес	6-12 Стрес	13-24 Стрес	25-39 Стрес	>40 Стрес
Норма тривоги	0,900	0,851	-0,175	-0,547	-0,936
Субклінічна тривожність	-0,090	0,357	0,994	0,868	0,326
Клінічний тривога	-0,859	-0,565	0,573	0,828	0,973
Норма депресія	-0,358	-0,783	0,290	-0,142	-0,650
Субклінічний депресія	-0,073	0,183	0,858	0,898	0,325
Клінічний депресія	-0,831	-0,529	0,572	0,805	0,984
< 10 НПА	-0,277	-0,227	0,969	0,806	0,191
11- 20 НПА	-0,090	0,357	0,994	0,868	0,326
21- 30 НПА	-0,346	-0,656	0,943	0,977	0,694
31- 40 НПА	0,546	0,895	-0,832	-0,990	-0,744

КОРЕЛЯЦІЙНА ТАБЛИЦЯ 1,5

	>40 ПТСР	0-40 ПТСР	41-78 ПТСР	79-117 ПТСР	>118 ПТСР
0-5 Стрес	-0,054	-0,828	-0,870	-0,968	-0,775
6-12 Стрес	-0,023	-1,151	0,748	0,830	0,525
13-24 Стрес	0,366	-0,165	0,672	0,782	0,641
25- 39 Стрес	-0,365	0,008	0,467	0,671	0,570
> 40_стрес	-0,022	-0,070	0,648	0,786	0,649