

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ**  
**КРИВОРІЗЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ ПЕДАГОГІЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**  
**Психолого-педагогічний факультет**  
**Кафедра практичної психології**

«Допущено до захисту»

Завідувач кафедри

\_\_\_\_\_ Чаркіна О.А.

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2024 р.

Реєстраційний № \_\_\_\_\_

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2024 р.

**ПСИХОЛОГІЧНІ ЗАСОБИ ЗНИЖЕННЯ ВПЛИВУ ТРАВМАТИЧНИХ**  
**ПОДІЙ НА ЯКІСТЬ ЖИТТЯ ОСІБ, ЩО ПРОЖИВАЮТЬ У**  
**ПРИФРОНТОВИХ ЗОНАХ**

Кваліфікаційна робота студентки

групи ПП-м-23

ступінь вищої освіти магістр

спеціальності 053 Психологія

**Балабанової Юлії Дмитрівни**

Керівник доц. кафедри практичної

психології, канд. психолог. наук

**Шестопалова Олена Петрівна**

Оцінка:

Національна шкала \_\_\_\_\_

Шкала ECTS \_\_\_\_\_ Кількість балів \_\_\_\_\_

Голова \_\_\_\_\_

(підпис) (прізвище, ініціали)

Члени ЕК \_\_\_\_\_

(підпис) (прізвище, ініціали)

(підпис) (прізвище, ініціали)

(підпис) (прізвище, ініціали)

## ЗАПЕВНЕННЯ

Я, Балабанова Юлія Дмитрівна, розумію і підтримую політику Криворізького державного педагогічного університету з академічної доброчесності. Запевняю, що ця кваліфікаційна робота виконана самостійно, не містить академічного плагіату, фабрикації, фальсифікації. Я не надавав(ла) і не одержував(ла) недозволену допомогу під час підготовки цієї роботи. Використання ідей, результатів і текстів інших авторів мають покликання на відповідне джерело. Із чинним Положенням про запобігання та виявлення академічного плагіату в роботах здобувачів вищої освіти Криворізького державного педагогічного університету ознайомлений(а). Чітко усвідомлюю, що в разі виявлення у кваліфікаційній роботі порушення академічної доброчесності робота не допускається до захисту або оцінюється незадовільно.

---

(підпис)

## ЗМІСТ

<b>ВСТУП</b> .....	4
<b>РОЗДІЛ 1</b>	
<b>ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ПСИХОЛОГІЧНИХ ЗАСОБІВ ЗНИЖЕННЯ ВПЛИВУ ТРАВМАТИЧНОЇ ПОДІЇ НА ПСИХІЧНЕ ЗДОРОВ'Я ЛЮДИНИ</b> .....	7
1.1. Теоретичний аналіз наукових досліджень проблеми впливу травматичних подій на якість життя людей, що проживають у прифронтовій зоні .....	7
1.2. Особливості сприймання та емоційного реагування на травматичні події у осіб, що проживають в прифронтовій зоні .....	12
Висновки до розділу 1.....	16
<b>РОЗДІЛ 2</b>	
<b>ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПЕРЕЖИВАННЯ ЛЮДЬМИ ТРАВМІВНИХ ПОДІЙ ПІД ЧАС ВІЙНИ</b> .....	19
2.1. Опис процедури дослідження.....	19
2.2. Опис методик дослідження.....	21
2.3. Аналіз результатів дослідження.....	25
Висновки до розділу 2.....	35
<b>РОЗДІЛ 3</b>	
<b>АПРОБАЦІЯ ПРОСВІТНИЦЬКОЇ ПРОГРАМИ В РОБОТІ МОБІЛЬНОЇ БРИГАДИ, ЩО ПРАЦЮЄ З ОСОБАМИ, ЩО ПРОЖИВАЮТЬ В ПРИФРОНТОВІЙ ЗОНІ</b> .....	37
3.1. Методичне обґрунтування просвітницької програми .....	37
3.2. Просвітницька програма роботи мобільної бригади з підвищення психологічної стійкості .....	38
3.3. Якісний аналіз результативності.....	44
Висновки до розділу 3.....	49
<b>ВИСНОВКИ</b> .....	52
<b>СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ</b> .....	55
<b>ДОДАТКИ</b> .....	59

## ВСТУП

Актуальність теми зниження впливу травматичних подій на якість життя осіб, що проживають у прифронтовій зоні зумовлена низкою важливих факторів, які мають глибокий соціальний, економічний і психологічний вплив на суспільство. По-перше, це збереження психологічного здоров'я населення через розробку та впровадження в масову практику просвітницьких, психопрофілактичних та психотерапевтичних засобів зниження впливу травматичних подій на постраждалих осіб. Необхідність розробки ефективних психологічних засобів обґрунтовується як практичною потребою, так і результатами сучасних досліджень. Бондаренко О.В. акцентує увагу на важливості комплексної психологічної підтримки як основи для збереження психічного здоров'я населення, що постраждало від військових дій [4]. По-друге, відновлення соціальної стабільності внаслідок того, що люди, які зможуть справляються з наслідками травматичних подій, швидше повернуться до нормального життя – економічного, соціального тощо. По-третє, постановка науково-дослідницького завдання вивчення специфіки механізмів та копінг-стратегій подолання стресів у людей, що приживають у так званих «сірих зонах» та прифронтових територіях.

Виходячи з вищезазначеного, тема дослідження – «Психологічні засоби зниження впливу травматичних подій на якість життя осіб, що проживають у прифронтовій зоні».

**Мета дослідження:** обґрунтування та апробація ефективних психологічних засобів, спрямованих на зниження впливу травматичних подій на якість життя людей, що приживають у прифронтових територіях.

**Завдання дослідження:**

1) Аналіз наукових публікацій та узагальнення в аспекті проблематики дослідження;

2) Обґрунтування методів та методик емпіричного дослідження населення в роботі мобільних бригад;

3) Аналіз результатів емпіричного дослідження вибірки;

4) Апробація просвітницької програми в роботі мобільної бригади, що працює з особами, що проживають в прифронтовій зоні.

**Об'єкт дослідження:** суб'єктивне сприймання якості життя та психологічне здоров'я населення, що приживає у прифронтовій зоні.

**Предмет дослідження:** ефективність психологічних засобів зниження рівня впливу травматичних подій при реалізації просвітницької програми в роботі мобільних бригад з населенням, що приживає у прифронтовій зоні.

#### **Методи і методики дослідження**

**Теоретичні методи:** аналіз та систематизація наукових досліджень щодо впливу травматичних подій на якість життя осіб, що проживають у прифронтових зонах.

#### **Емпіричні методи:**

- **Анкета SF-36 v2 Health Survey:** оцінка фізичного та психічного компонентів здоров'я.

- **Опитувальник GAD-7:** скринінг і оцінка генералізованої тривоги.

- **Шкала депресії Бека (BDI-1A):** визначення рівня депресивних симптомів.

- **SCL-9-NR:** оцінка психологічного дистресу.

#### **Методи математичної статистики:**

- Описова статистика.

- Кореляційний і регресійний аналіз для оцінки взаємозв'язків між показниками.

#### **Теоретико-методологічна основа дослідження базується на:**

- Сучасних наукових концепціях посттравматичного стресового розладу (ПТСР).

- Теорії копінг-стратегій.

- Принципах системності, гуманізму та індивідуального підходу.

- Методологічних підходах до вивчення якості життя, прийнятих Всесвітньою організацією охорони здоров'я.

#### **Практичне значення одержаних результатів:**

- Розроблено та апробовано просвітницьку програму, що сприяє підвищенню психологічної стійкості осіб, які проживають у прифронтових зонах.

- Підтверджено ефективність психологічних засобів для покращення психоемоційного стану.

- Дані дослідження можуть бути використані мобільними бригадами для надання психо-соціальної допомоги.

#### **Апробація результатів дослідження:**

- У роботі мобільних бригад у Херсонській області (села Велика Олександрівка, Архангельське, Високопілля, Іванівка, Кочубеївка).

- Під час реалізації просвітницької програми, спрямованої на підвищення психологічної стійкості населення.

**Організація і база дослідження:** громадська організація «Егіда-Центр», на базі якої формується мобільні бригади та здійснюються поїздки у Дніпропетровській та Херсонській областях, зокрема села Велика Олександрівка, Архангельське, Високопілля, Іванівка, Кочубеївка та м.Покров. Під час роботи мобільної бригади йде запрошення мешканців та надання психо-соціальної допомоги, в тому числі психологом при реалізації просвітницької програми (визначення початкового стану, психоедукація, застосування обраних методик на покращення психоемоційного стану, рефлексія доцільності і ефективності застосованих методик). Під час збору емпіричного матеріалу обстежено 46 осіб, з них чоловіків 7 осіб, жінок – 39 осіб. Вік від 30 до 79 років.

#### **Структура роботи:**

Робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків та списку літератури, який налічує 35 джерел; ілюстрована 6 рисунками та 8 таблицями; вміщує 4 додатки.

# РОЗДІЛ 1

## ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ПСИХОЛОГІЧНИХ ЗАСОБІВ ЗНИЖЕННЯ ВПЛИВУ ТРАВМАТИЧНОЇ ПОДІЇ НА ПСИХІЧНЕ ЗДОРОВ'Я ЛЮДИНИ

1.1. Теоретичний аналіз наукових досліджень проблеми впливу травматичних подій на якість життя людей, що проживають у прифронтовій зоні

Війни та збройні конфлікти завжди супроводжуються значними людськими втратами, як фізичними, так і психологічними. Особливої актуальності набуває питання впливу травматичних подій на якість життя людей, які стали жертвами або свідками таких подій. У сучасному світі, де збройні конфлікти продовжують виникати, дослідження цієї проблеми є надзвичайно важливим.

Якість життя оцінюється як комплекс показників, які відображають спосіб задоволення потреб і реалізації особистих можливостей людини. Всесвітня організація охорони здоров'я визначає якість життя як сприйняття фізичного, психічного і соціального благополуччя, незалежності, задоволеності конкретним рівнем життя й іншими складовими психологічного комфорту [39]. В соціологічних дослідженнях розуміють якість життя як сукупність чинників, що включають чисте довкілля, особистісну і національну безпеку, політичні та економічні свободи та інші аспекти людського благополуччя, які можна оцінити за допомогою кількісних показників [16]. Виходячи з визначення, зазначимо, що об'єктивна оцінка базується на ступені задоволенні потреб та інтересів. Проте ці потреби та інтереси індивідуальні, і рівень їх задоволення можуть оцінити лише самі люди. Такі оцінки не

фіксуються статистично і існують лише в свідомості людей, відображаючи їх особистісні суб'єктивні думки та оцінки.

Згідно науковим доглядам, компоненти якості життя включають спосіб життя, рівень життя та навколишнє середовище [16]. Так, при оцінці якості життя, не можна обмежуватися лише аналізом харчування або доступністю медичної допомоги. Для суб'єктивної оцінки людей важливо регулярність, різноманітність та смакові властивості харчування.

Якість життя невід'ємно пов'язана з цілями, які люди ставлять перед собою. Вона включає ефективність життя в широкому сенсі слова, не лише задоволеність особистим життям, але й задоволеність своїм становищем у країні та світі, що впливає на загальне самопочуття.

Проблема впливу травматичних подій на якість життя людей під час війни є надзвичайно актуальною у сучасному науковому дискурсі. Особи, які зазнають впливу військових дій, стикаються з численними психологічними та соціальними проблемами, що впливають на їхнє загальне благополуччя. У зв'язку з цим, дослідження психологічних засобів зниження негативного впливу таких подій набуває особливого значення.

Теоретичний аналіз проблеми вимагає розгляду низки аспектів, що допомагають зрозуміти, як саме травматичні події впливають на якість життя людини. Для цього розглянемо основні аспекти, що відображають вплив війни на якість життя, базуючись на українській і зарубіжній літературі.

Травматичні події під час війни охоплюють широкий спектр ситуацій, включаючи фізичне насильство, свідчення смерті або поранень, втрату близьких, руйнування житла та інфраструктури, вимушену міграцію тощо. Ці події можуть викликати серйозні психологічні наслідки, включаючи посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), депресію, тривожні розлади та інші психічні розлади [5; 34]. Згідно з українськими дослідженнями, частота ПТСР серед ветеранів та цивільного населення, яке перебувало у зоні конфлікту, може досягати 30-50% [3]. Ці стани не лише знижують загальне відчуття благополуччя, але й серйозно впливають на здатність людини



функціонувати у повсякденному житті, тобто напряду впливають на якість життя.

Корольчук М.С. підкреслює, що кризові ситуації вимагають індивідуального підходу до надання допомоги, оскільки вони істотно впливають на когнітивну сферу, емоційну стабільність та адаптаційні можливості особи [10].

Сьогодні багато людей отримують психологічні травми, через що їхня психіка зазнає значних негативних змін. Це призводить до різноманітних порушень, серед яких одним з найсерйозніших є посттравматичний стресовий розлад (ПТСР). ПТСР розвивається як крайня реакція на сильний стресор, що загрожує життю людини, і суттєво впливає на якість її життя. Зазвичай ПТСР проявляється як довготермінова реакція на стрес та може починати проявлятися через багато часу після травмуючої події; проте, якщо стресор має потужну та тривалу у часі дію, вірогідність швидкого розвитку ПТСР підвищується [15].

Крім ПТСР, травматичні події можуть призводити до розвитку депресії та тривожних розладів. Депресія часто супроводжується почуттям безнадійності, втрати інтересу до життя та зниженням енергії, що негативно впливає на якість життя. Тривожні розлади, у свою чергу, можуть проявлятися у вигляді панічних атак, загальної тривоги та соціальної фобії [27]. Психологічні проблеми, викликані травматичними подіями, також мають значний вплив на соціальні та економічні аспекти життя. Люди, які пережили війну, часто стикаються з труднощами у соціальній адаптації, втрачають роботу або стають непрацездатними, що додатково погіршує їх якість життя [20].

Українські дослідження зосереджуються на вивченні впливу таких подій на осіб, особливо в контексті сучасного конфлікту на всій території України. Вони показують, що значна частина населення, яке зазнало впливу військових дій, стикається з проблемами адаптації та психологічного відновлення [8].

Травматичні події можуть суттєво впливати на якість життя людини. В кризовій психології стверджується, що екстремальні ситуації звужують свідомість, що призводить до дезорієнтації в навколишньому середовищі. Тривога, хвилювання, агресія, образи, невпевненість та жахи змінюють стратегії поведінки, що призводить до частих помилок [23].

Якщо людина не справляється з негативними діями, настає психічне і фізичне виснаження – дистрес. Це може призвести до різних захворювань та високої ймовірності депресії. У стані депресії людина сприймає світ у чорних відтінках, вважає, що життя дуже погане і не може бути краще, що суттєво знижує її результативність.

Також відзначимо, що війна призводить до значних змін у соціальних структурах і відносинах. Втрата членів сім'ї, розрив соціальних зв'язків, зміни в економіці та інфраструктурі — все це впливає на соціальне становище людей. Згідно з дослідженнями, проведеними в Україні, збройний конфлікт розпочатий на сході країни спричинив масову міграцію і продовжив її з повномасштабним вторгненням, що призвело до руйнування традиційних соціальних мереж та зростання соціальної ізоляції [13]. Такі зміни часто супроводжуються почуттям втрати контролю над життям і зниженням соціальної підтримки, що є важливими факторами для підтримання психічного здоров'я.

Економічні наслідки війни також мають суттєвий вплив на якість життя. Війна призводить до руйнування інфраструктури, втрати робочих місць і засобів до існування, що призводить до загального економічного спаду. За даними досліджень, проведених в Україні, економічний вплив конфлікту включає втрату основних джерел доходу для багатьох родин, зростання рівня бідності та безробіття [18]. Економічні труднощі підвищують рівень стресу і тривоги, посилюючи негативний вплив на психічне здоров'я та загальну якість життя.

Фізичні травми, отримані під час війни, можуть мати довготривалий вплив на якість життя. Поранення та інвалідність, які часто супроводжують

військові дії, обмежують фізичні можливості людини та потребують тривалої медичної та реабілітаційної допомоги. Згідно з даними Міністерства охорони здоров'я України, доступ до медичної допомоги та реабілітаційних послуг для постраждалих є критично важливим для відновлення їхнього здоров'я та якості життя [14]. Проте, під час конфліктів, доступ до таких послуг часто обмежений, що додатково ускладнює процес реабілітації.

Війна може суттєво змінює культурну ідентичність та спадщину народу, що впливає на колективний психологічний стан та самооцінку. Втрата культурних об'єктів, зміна традиційного способу життя та вимушена міграція можуть призводити до кризи ідентичності та почуття втрати. Дослідження, проведені українськими вченими, показують, що збройний конфлікт на сході України призвів до значних змін у культурному ландшафті регіону, що вплинуло на почуття приналежності та ідентичності місцевого населення [22].

Війна, як травматична подія, має комплексний і багатогранний вплив на якість життя людей. Психологічні наслідки, соціальні зміни, економічні труднощі, фізичні травми та культурні втрати створюють складний комплекс факторів, що знижують загальне благополуччя населення. Розуміння цих аспектів дозволяє більш ефективно розробляти та впроваджувати заходи підтримки та реабілітації, спрямовані на покращення якості життя постраждалих від війни. Аналіз українських і зарубіжних досліджень показує, що інтеграція соціальної допомоги, економічних заходів та, особливо, психологічної підтримки є ключовою для зниження негативного впливу травматичних подій на якість життя під час війни.

## 1.2. Особливості сприймання та емоційного реагування на травматичні події у осіб, що проживають в прифронтовій зоні

Проживання в прифронтовій зоні накладає специфічний відбиток на сприймання та емоційне реагування осіб на травматичні події. Цей контекст відзначається високим рівнем стресу та небезпеки, що значно впливає на психічне здоров'я населення.

Сприймання травматичних подій у осіб, що проживають в прифронтовій зоні, характеризується високим рівнем тривоги та очікуванням загрози.

Люди, які живуть в прифронтовій зоні, постійно стикаються з реальними загрозами для життя та здоров'я, що формує відчуття постійної небезпеки. Це може призводити до хронічного стану підвищеної тривожності та гіпернастороженості, які супроводжуються фізичними симптомами, такими як прискорене серцебиття, напруженість м'язів і проблеми зі сном [2; 32].

Постійний стрес та страх можуть впливати на когнітивні процеси, включаючи пам'ять, увагу та процеси мислення. Люди можуть відчувати труднощі з концентрацією уваги, сплутаність думок та проблеми з короткочасною пам'яттю [11]. Такі зміни можуть впливати на здатність до прийняття рішень та ефективного реагування на ситуації.

Деякі люди можуть починати відчувати сенсорні спотворення, такі як підвищена чутливість до звуків (наприклад, гучних вибухів або пострілів) або візуальних тригерів, що нагадують про травматичні події [25].

Емоційне реагування на травматичні події у осіб, що проживають в прифронтовій зоні, є багатоаспектним і може включати різноманітні емоційні стани та реакції. Зокрема, можуть спостерігатися такі емоційні реакції (табл.1.1):

Таблиця 1.1

## Емоційні реакції

Проблема	Опис
Розлади настрою	Постійна загроза може призвести до депресії, тривожних розладів та панічних атак. Відчуття безнадійності й безвиході поширені в прифронтовій зоні [24].
Емоційна дисрегуляція	Тривалий стрес спричиняє труднощі з регулюванням емоцій, різкі зміни настрою, емоційну втому, труднощі з контролем гніву та роздратування [2].
Дисоціативні симптоми	Хронічний стрес викликає емоційне оніміння, відчуженість від себе та оточуючих, "відключення" від реальності [30].
Психосоматичні розлади	Тривалий стрес може проявлятися у фізичних симптомах: головні болі, проблеми зі шлунком, хронічний біль у м'язах [11].

Клименко В.В. зазначає, що жителі прифронтових зон перебувають у стані хронічного стресу, що значно ускладнює їх соціальну адаптацію та впливає на емоційне реагування [7]. Соціальна ізоляція та порушення сімейних відносин є одними з найбільш виразних наслідків хронічного стресу, який виникає в умовах постійної загрози.

Люди, які живуть у прифронтовій зоні, часто відчують себе ізольованими від решти суспільства. Це може бути спричинене декількома факторами, які представлені у таблиці 1.2.

Таблиця 1.2

## Фактори ізоляції

Проблема	Опис
Втрати соціальних зв'язків	Через бойові дії люди змушені переселятися, що призводить до розриву дружніх і професійних зв'язків, самотності та ізоляції [24].
Відсутність підтримки з боку оточуючих	Люди в прифронтовій зоні можуть не отримувати достатньої емоційної підтримки, що підсилює почуття ізоляції та емоційне віддалення від близьких [25].
Страх за своє життя	Постійний страх може змушувати уникати соціальних контактів, що ще більше поглиблює ізоляцію [24].

Ці фактори разом можуть призводити до поглиблення відчуття самотності та безпорадності. Відсутність соціальної підтримки може ускладнювати процес подолання травматичних подій, що ще більше впливає на психічне здоров'я.

Сімейні відносини також піддаються значному випробуванню в умовах прифронтової зони. Постійний стрес і страх можуть призводити до різних проблем у сім'ї (табл.1.3) [24].

*Таблиця 1.3*

### **Основні зміни в сімейних відносинах під впливом стресу**

<b>Зміни під впливом стресу</b>	<b>Опис</b>
Підвищена дратівливість і агресія	Постійний стрес викликає сварки через дрібниці, що призводить до постійних конфліктів і непорозумінь у сім'ї.
Емоційне віддалення	Страх і тривога викликають емоційне віддалення між членами сім'ї, оскільки люди не діляться переживаннями.
Психологічні проблеми у дітей та підлітків	Діти в прифронтовій зоні можуть відчувати страх, тривогу, депресію, що впливає на їх розвиток і додає стресу батькам.

Втрата роботи або зменшення доходів через бойові дії також можуть посилювати стрес у сім'ї. Це може призводити до фінансових труднощів, які впливають на відносини між членами сім'ї та підсилюють конфлікти [2].

Попри вищезазначені негативні впливи, необхідно відзначити механізми психологічної адаптації, що допомагають людям впоратися з травматичними подіями. До них належать:

1. Розвиток стресостійкості: деякі люди демонструють високий рівень стресостійкості, що дозволяє їм зберігати функціональність навіть в умовах хронічного стресу. Це може бути пов'язано з індивідуальними особливостями, соціальною підтримкою та досвідом подолання стресових ситуацій у минулому [33].

2. Пошук соціальної підтримки: наявність підтримки з боку родини, друзів та громади є важливим фактором, що сприяє зменшенню впливу

травматичних подій на психічне здоров'я. Соціальна підтримка допомагає знижувати рівень стресу та сприяє емоційному відновленню [36].

3. Використання психологічних технік: методи когнітивно-поведінкової терапії, техніки релаксації та інші психологічні підходи можуть бути ефективними у зниженні симптомів тривоги та депресії, а також у поліпшенні загального психічного здоров'я [31].

4. Релігійна та духовна підтримка: для деяких людей релігія та духовність можуть бути важливими ресурсами для подолання стресу. Віра може надавати почуття надії та сенсу, що допомагає справлятися з труднощами [38].

5. Активне подолання стресу: Деякі люди розвивають стратегії активного подолання стресу, такі як участь у волонтерській діяльності, залучення до громадських ініціатив, що допомагає знайти сенс у пережитому та сприяє почуттю контролю над ситуацією [26].

Таким чином, життя в прифронтовій зоні має значний вплив на сприймання та емоційне реагування осіб на травматичні події. Хронічний стрес, тривога, депресія, гнів та ПТСР є поширеними наслідками життя в умовах постійної небезпеки. Проте існують також механізми адаптації, такі як розвиток стресостійкості, соціальна підтримка та використання психологічних технік, що можуть допомогти знизити негативний вплив цих подій на психічне здоров'я.

## Висновки до розділу 1

На основі проведеного теоретичного аналізу, з урахуванням актуальності проблеми та її дослідження в межах кваліфікаційної роботи, зроблено такі висновки:

Травматичні події, зокрема в умовах прифронтової зони, є потужним деструктивним фактором, який значно впливає на психічне здоров'я, емоційний стан та загальне благополуччя осіб. Серед основних наслідків відзначено посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), депресію, тривожні розлади та інші психічні проблеми. Ці стани погіршують суб'єктивне сприйняття якості життя, знижуючи здатність людини функціонувати в повсякденному житті. Жителі прифронтових територій часто переживають стійке відчуття страху, безпорадності, втрати контролю над власним життям, що підсилює негативний вплив на психіку.

У людей, які проживають у прифронтовій зоні, спостерігаються специфічні особливості сприймання травматичних подій, обумовлені постійним перебуванням у стані підвищеної небезпеки. Це проявляється хронічною тривожністю, надмірною пильністю, порушеннями когнітивних функцій (зниження концентрації уваги, труднощі в прийнятті рішень, порушення пам'яті). Емоційні реакції варіюються від пригніченого настрою, депресії та тривоги до емоційної дисрегуляції, психосоматичних розладів і навіть дисоціації.

Постійний стрес у прифронтових умовах провокує порушення міжособистісних відносин, поглиблює ізоляцію та призводить до втрати соціальних зв'язків. Це спричиняє емоційне відчуження, конфлікти в сім'ї та соціальне віддалення. Особливо страждають діти й підлітки, у яких такі умови впливають на емоційний розвиток, соціальну інтеграцію та становлення особистості.



Фінансові труднощі, втрата роботи або джерел доходу є додатковими факторами, що поглиблюють стрес і посилюють психологічні проблеми. Економічна стабільність, доступ до ресурсів та можливість професійної реалізації є важливими аспектами відновлення якості життя постраждалих.

Для зниження впливу травматичних подій на психічне здоров'я застосовуються різноманітні психологічні засоби, серед яких:

- когнітивно-поведінкова терапія (КПТ), яка спрямована на зміну негативних мисленневих патернів та поведінкових реакцій;
- техніки релаксації, які допомагають знизити рівень стресу та тривожності, сприяють відновленню психічної рівноваги;
- групова терапія, яка забезпечує підтримку з боку осіб з аналогічними проблемами, сприяє взаємодії та обміну досвідом;
- психосоціальна підтримка, яка включає консультації психологів, соціальних працівників, підтримку з боку сім'ї та громади;
- реінтеграційні програми, які допомагають повернутися до нормального життя, забезпечують професійну підготовку та соціальну адаптацію.

Соціальна підтримка є критично важливим елементом у подоланні наслідків травматичних подій. Вона включає допомогу з боку родини, друзів, громади, а також організацій та служб, що спеціалізуються на наданні психологічної допомоги. Ключовим аспектом є забезпечення доступу до медичних та психологічних послуг, збереження соціальних зв'язків і сприяння інтеграції постраждалих осіб у суспільство.

Обґрунтовано важливість розробки і апробації комплексних просвітницьких програм, спрямованих на підвищення психологічної стійкості осіб, що проживають у прифронтовій зоні. Для цього пропонується використовувати валідовані інструменти дослідження, такі як анкета SF-36, шкала депресії Бека, GAD-7 та інші.

Таким чином, розуміння впливу травматичних подій на психічне здоров'я та якість життя, а також системна розробка засобів подолання їх

наслідків є важливими завданнями сучасної психології. Комплексна психологічна допомога, соціальна підтримка та забезпечення економічної стабільності формують основу для відновлення і покращення якості життя осіб, що проживають у зоні збройного конфлікту.

## РОЗДІЛ 2

### ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПЕРЕЖИВАННЯ ЛЮДЬМИ ТРАВМАТИЧНИХ ПОДІЙ ПІД ЧАС ВІЙНИ

#### 2.1 Опис процедури дослідження

Даний розділ присвячений опису методології та процедур, що використовувалися для проведення емпіричного дослідження переживання людьми травматичних подій під час війни. Метою дослідження є виявлення основних психологічних реакцій на травматичні події, а також факторів, що впливають на стійкість та відновлення після таких подій.

У дослідженні взяли участь 46 осіб, які пережили різні види травматичних подій під час війни. Вибірка включала осіб різної вікової категорії та статі, які проживають у прифронтових зонах. Учасники були відібрані методом випадкової вибірки з Дніпропетровської та Херсонської областей України, що постраждали від воєнних дій.

Для збору даних використовувалися такі інструменти:

**1. Анкета «ваше здоров'я та самопочуття: оцінка показники якості життя (SF-36 v2 Health survey)».** Анкета SF-36 v2 використовується для оцінки стану здоров'я як у клінічних, так і в наукових дослідженнях, дозволяючи порівнювати результати різних груп пацієнтів і відстежувати зміни в стані здоров'я з часом. Складається з 36 питань, які охоплюють вісім основних аспектів здоров'я.

**2. Опитувальник з генералізованої тривоги (GAD-7)** – це інструмент для скринінгу та оцінки тяжкості генералізованого тривожного розладу. Він складається з 7 питань, які оцінюють частоту симптомів тривоги за останні два тижні. GAD-7 використовується як у клінічних, так і в дослідницьких цілях

для швидкої оцінки рівня тривоги у пацієнтів та для моніторингу змін у стані тривоги з часом.

**3. Шкала депресії Бека (BDI-1A) (дорослі) та Шкала депресії Бека (BDI-1A) (підлітковий варіант опитувальника)** – це самозвітний інструмент, розроблений для оцінки тяжкості депресивних симптомів у дорослих та підлітків відповідно. Вона складається з 21 пункту, кожен з яких представляє симптом або ставлення, що є характерним для депресії.

**4. Психологічний дистрес SCL-9-NR (Symptom Checklist-9-Non-Redundant)** – це інструмент, створений для оцінки рівня психологічного дистресу у людей. Цей опитувальник є скороченою версією більш обширного Symptom Checklist-90-Revised (SCL-90-R), яка містить 90 питань. SCL-9-NR складається з 9 питань, які вибрані таким чином, щоб мінімізувати дублювання і надати чіткий і швидкий вимір психологічного дистресу.

Процедура збору даних:

1. Підготовчий етап: було отримано дозвіл від учасників на проведення дослідження.

2. Проведення опитування: учасники заповнювали анкету та опитувальники, зручним для них способом (паперовий варіант або онлайн).

3. Аналіз даних. Після збору даних було проведено їх аналіз за допомогою статистичних методів. Використовувалися описова статистика, кореляційний аналіз, а також регресійний аналіз для визначення факторів, що впливають на рівень дистресу.

У ході дослідження було забезпечено дотримання всіх етичних норм, включаючи конфіденційність даних учасників та їхнє право на відмову від участі в будь-який момент. Усі учасники були інформовані про мету дослідження та його можливі ризики.

Процедура дослідження була розроблена з метою забезпечення надійності та валідності зібраних даних, що дозволить отримати об'єктивні та репрезентативні результати щодо переживання людьми травматичних подій під час війни.

## 2.2. Опис методик дослідження

Для досягнення мети дослідження, а саме вивчення ефективності психологічних засобів зниження впливу травматичної події на якість життя осіб, що проживають у прифронтовій зоні, було використано комплекс методик. Нижче наведено опис основних інструментів дослідження.

**Анкета «Ваше здоров'я та самопочуття: оцінка показники якості життя (SF-36 v2 Health survey)»** призначена для оцінки загальної якості життя, пов'язаної зі здоров'ям [1].

Основні шкали:

1. Фізичне функціонування (Physical Functioning, PF) – вимірює здатність виконувати фізичні дії та активності, такі як ходьба, підйом по сходах, носіння вантажів тощо.

2. Рольове функціонування, обумовлене фізичним станом (Role Physical, RP) – оцінює обмеження в роботі або інших видах діяльності через фізичні проблеми.

3. Біль (Bodily Pain, BP) – вимірює інтенсивність болю та його вплив на роботу та інші види діяльності.

4. Загальне здоров'я (General Health, GH) – оцінює особисте сприйняття загального стану здоров'я.

5. Життєдіяльність (Vitality, VT) – вимірює відчуття енергії та втоми.

6. Соціальне функціонування (Social Functioning, SF) – оцінює вплив фізичного і емоційного стану на соціальні активності.

7. Рольове функціонування, обумовлене емоційним станом (Role Emotional, RE) – оцінює обмеження в роботі та інших видах діяльності через емоційні проблеми.

8. Психічне здоров'я (Mental Health, MH) – вимірює загальний психологічний стан, включаючи депресію та тривогу.

Дві зведені шкали:

1. Фізичне здоров'я (Physical Component Summary, PCS) – зведений показник, що поєднує фізичне функціонування, рольове функціонування, обумовлене фізичним станом, біль та загальне здоров'я.

2. Психічне здоров'я (Mental Component Summary, MCS) – зведений показник, що поєднує життєдіяльність, соціальне функціонування, рольове функціонування, обумовлене емоційним станом, та психічне здоров'я.

Учасники заповнюють анкету самостійно або з допомогою інтерв'юера. Це може бути зроблено в паперовому вигляді або онлайн.

Час заповнення: зазвичай заповнення анкети займає близько 10-15 хвилин.

Кожне питання оцінюється за шкалою від 0 до 100 балів, де 0 означає найгірший стан здоров'я, а 100 – найкращий. Підсумкові бали для кожної з восьми основних шкал обчислюються шляхом перетворення відповідей на стандартні бали та їх агрегування. Зведені шкали (PCS та MCS) обчислюються на основі підсумкових балів основних шкал.

Порівняння результатів до та після проведення психологічних втручань дозволяє оцінити зміни у якості життя учасників. Високі бали вказують на кращу якість життя, тоді як низькі бали свідчать про потребу в додаткових втручаннях або підтримці.

Анкета SF-36 v2 Health Survey є потужним інструментом для оцінки якості життя, пов'язаної зі здоров'ям, завдяки своїй комплексній структурі та широкому охопленню різних аспектів фізичного та психічного благополуччя. Вона широко використовується у клінічних та наукових дослідженнях, дозволяючи отримати детальні дані про стан здоров'я та якість життя різних груп населення.

**Опитувальник з генералізованої тривоги (GAD-7)** використовується для скринінгу та оцінки ступеня вираженості симптомів генералізованої тривоги у пацієнтів [19]. Це простий і ефективний інструмент для виявлення симптомів тривоги у клінічних та загальних популяціях.

Результати GAD-7 можуть використовуватися для діагностики генералізованого тривожного розладу, а також для моніторингу ефективності терапії та змін у стані пацієнта з часом.

У наукових дослідженнях GAD-7 використовується для вивчення поширеності та факторів, що впливають на розвиток тривожних розладів, а також для оцінки ефективності різних терапевтичних підходів.

Перевагами методики є:

1. Простота та зручність: GAD-7 легко заповнювати, і він не потребує багато часу.
2. Надійність та валідність: опитувальник демонструє високу внутрішню консистенцію та кореляцію з іншими інструментами для оцінки тривоги.
3. Клінічна значимість: GAD-7 дозволяє швидко і точно виявляти пацієнтів з підвищеним рівнем тривоги, що сприяє своєчасному наданню допомоги.

Опитувальник з генералізованої тривоги (GAD-7) є ефективним інструментом для виявлення та оцінки рівня тривоги у пацієнтів. Його простота у використанні та висока надійність роблять його корисним як у клінічній практиці, так і в наукових дослідженнях.

**Шкала депресії Бека (BDI-1A)** призначена для оцінки рівня депресивних симптомів у дорослих та підлітків [28; 29]. Це один з найпоширеніших інструментів для скринінгу, діагностики та моніторингу депресії.

Шкала депресії Бека (BDI-1A) складається з 21 питання, кожне з яких описує один з симптомів депресії. Питання охоплюють такі аспекти, як емоційний стан, когнітивні функції, поведінкові симптоми та фізичні прояви депресії.

Результати шкали Бека можуть використовуватися спеціалістами для діагностики депресивних розладів, визначення тяжкості депресії та моніторингу ефективності терапії з часом.

Шкала депресії Бека (BDI-1A) є ефективним інструментом для виявлення та оцінки рівня депресії у пацієнтів. Її простота у використанні, висока надійність та валідність роблять її корисною як у клінічній практиці, так і в наукових дослідженнях.

**Методика оцінки психологічного дистресу SCL-9-NR (Symptom Checklist-9-Non Redundant)** є короткою версією більш розгорнутих інструментів для вимірювання психологічних симптомів, таких як SCL-90-R [6]. Вона складається з дев'яти пунктів і використовується для швидкої оцінки стану психологічного дистресу у пацієнтів.

Метою методики є визначення рівня психологічного дистресу у різних популяціях, включаючи пацієнтів з психічними розладами та здорових осіб.

SCL-9-NR містить 9 пунктів, які охоплюють різні аспекти психологічного дистресу, включаючи депресивні та тривожні симптоми, соматичні скарги та інші психологічні проблеми.

Кожен пункт оцінюється за 5-бальною шкалою Лайкерта від 0 до 4, де 0 означає "взагалі не турбує", а 4 - "дуже сильно турбує".

Типові пункти включають наступні симптоми:

1. Депресія (наприклад, "Чи відчували ви себе засмученим або депресивним?")
2. Тривога (наприклад, "Чи відчували ви себе неспокійним або тривожним?")
3. Соматичні скарги (наприклад, "Чи відчували ви фізичний дискомфорт або болі?")
4. Соціальні дисфункції (наприклад, "Чи було вам важко взаємодіяти з іншими людьми?")
5. Інтерперсональні проблеми (наприклад, "Чи виникали у вас труднощі у спілкуванні з оточуючими?")

Всі бали за окремими пунктами підсумовуються, утворюючи загальний індекс дистресу. Вищі бали вказують на вищий рівень психологічного дистресу.



### 2.3. Аналіз результатів дослідження

А. Результати дослідження за методикою «Анкета SF-36 v2»:

Визначили середнє значення по групі за кожним показником (таблиця Excel «Результати за анкетною «Ваше здоров'я та самопочуття: оцінка показники якості життя (SF-36 v2 Health survey)»).

8 шкал були згруповані у два показники: фізичний та психологічний компоненти здоров'я та отримані наступні результати (Додаток А).

Підраховали Z-значення по восьми шкалах опитувальника за формулами (Додаток А).

Отримали наступні показники за 8 шкалами по групі (табл.2.1).

Таблиця 2.1

#### Середні значення по групі за 8 шкалами

Показник	Середнє значення по групі
PF-Z	-0,48
RP-Z	-0,58
BP-Z	-0,34
VT-Z	-0,20
GH-Z	-0,72
SF-Z	-1,25
RE-Z	-0,42
MH-Z	-0,93

Середні значення по групі за показниками «Фізичний компонент здоров'я (PH)» та «Психічний компонент здоров'я (MH)» виглядають наступним чином (табл.2.2):

Таблиця 2.2

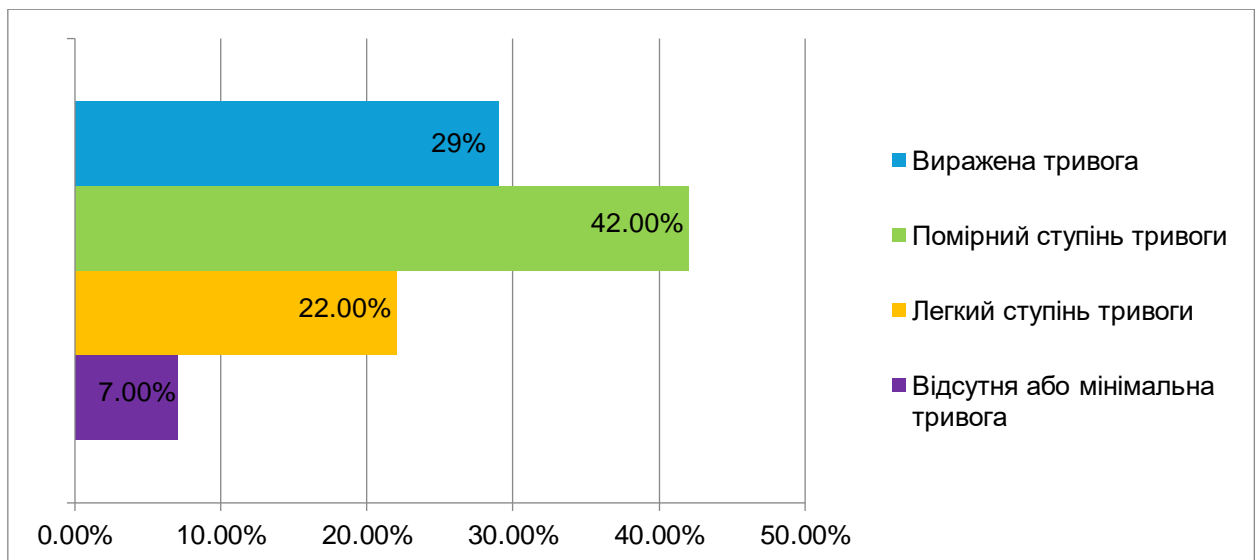
#### Середні значення по групі

Показник	Середнє значення по групі
«Фізичний компонент здоров'я (PH)»	40,28
«Психічний компонент здоров'я (MH)»	195,6

У результаті дослідження виявлено найнижчі показники SF (соціальне функціонування), VT (життєва активність), GH (загальний стан здоров'я) та найвищі показники за шкалами RF(фізичне функціонування), BP (інтенсивність болю), RE (рольове функціонування), що вказує на знижений рівень фізичного здоров'я та високий рівень психічного здоров'я. Це говорить про те, що між психічним та фізичним самопочуттям людини існує найтісніший взаємозв'язок, думки та вчинки людей можуть та безпосередньо впливають на їхній стан, фізичне та емоційне здоров'я, загальне благополуччя та якість життя. Високі показники психічного здоров'я мають першочергове значення для особистого благополуччя, підтримки здорових сімейних відносин і здатності кожної окремої людини зробити внесок в життя суспільства. І повірте, фізичне здоров'я неможливе без психічного здоров'я.

В. Результати дослідження за методикою «Опитувальник з генералізованої тривоги (GAD-7)» (таблиця Excel «Опитувальник з генералізованої тривоги (GAD-7)»):

Провівши дослідження, ми отримали наступні рівні тривоги (Рис.1.2):



**Рис. 2.1. Результати групи за методикою «Опитувальник з генералізованої тривоги (GAD-7)»**

**-7% (3 людей) – відсутня або мінімальна тривога.** Такі люди проявляють лиш мінімальну тривогу або не виявляють її взагалі. Їх психічний добробут знаходиться в спокійному стані;

**- 22% (10 людей) – мають легкий ступінь тривоги.** Люди з таким рівнем тривоги мають надалі стежити за своїм психічним здоров'ям (спостерігати за ознаками та симптомами). А також можуть зважити, чи не треба вдатися до послуг професійного психологічного та психотерапевтичного консультування;

**- 42% (19 людей) – мають помірний ступінь тривоги.** Людям з таким результатом необхідно звернутися по професійну допомогу і обов'язково продовжувати стежити за своїм психічним здоров'ям для того, щоб поліпшити свій психічний добробут;

**- 29% (13 людей) – їм притаманний виражений ступінь тривоги.** Людям з такими показниками рекомендовано якнайшвидше звернутися за професійною допомогою. Їм, імовірно, підійде психотерапія, фармакологічне втручання або комбінація того й другого.

Норми були розроблені Stocker (2021) на основі австралійської вибірки з 13 829 осіб. Ці норми були розбиті за віком. Порівняємо норми з нашими отриманими показниками (таблиця Excel «Опитувальник з генералізованої тривоги (GAD-7)»).

Далі демонструємо у таблиці, як виглядають середні норми і отримані дані (табл.2.3).

*Таблиця 2.3*

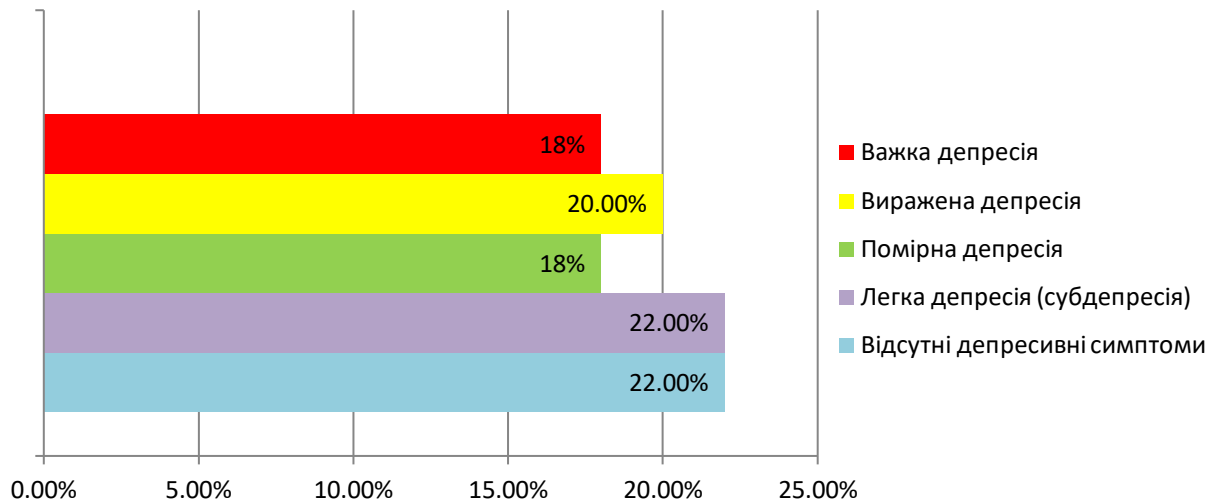
**Співвідношення середніх норм з отриманими даними людей  
різного віку**

<b>Вік</b>	<b>Середня норма</b>	<b>Отримані дані</b>
30–49	6,6	10,3
50–69	4,6	11,4
70+	2,6	13,2

Порівнявши дані, ми бачимо що отримані дані розходяться з середньою нормою. Дослідження показало, що наші норми підвищені.

С. Результати дослідження за методикою «Шкала депресії Бека (BDI-1A) (дорослі) та Шкала депресії Бека (BDI-1A)»

Провівши дослідження, ми отримали наступні рівні депресії (Рис.2):



*Рис. 2.2. Результати групи за методикою Шкала депресії Бека (BDI-1A) (дорослі) та Шкала депресії Бека (BDI-1A)»*

- **У 22% (10 людей) відсутні депресивні симптоми.** Це може бути результатом кількох факторів, у тому числі адаптації до нових умов, зміна життєвого стилю, отримані психічного підтримки. В будь-якому випадку, відсутня депресія не означає, що особи ніколи не відчувала депресивних почуттів або що вони не можуть з'явитися в майбутньому;

- **Ще 22% (10 людей) мають легку депресію (субдепресію).** А саме, стійке та реальне почуття сповненості тривоги, смутку та занепокоєння, який може бути викликаний різними факторами, з якими людей дістається у їхньому житті. Це може бути не лише результат негативних життєвих подій, таких як розлучення, втрати або хронічної хвороби, а й результат поганого самопочуття, почуття самого себе, суспільного тиску або навантаження;

- **18% (8 людей) мають помірну депресію.** Люди з помірною депресією мають слабші симптоми, що впливають на щоденне життя (втома, труднощі з концентрацією та втрата інтересу).

- **У 20% (9 людей) мають виражену депресію.** Це особи, які мають стан при якому внутрішня депресія не або не частково не реалізуються, а біологічні зміни в організмі викликають посилене порушення настрою. Відзначається переважно у жінок, але не лише. Симптоми можуть включаючи відчуття втоми, похилості, низьку здатність до концентрації, зміни апетиту та сну. Іноді може бути викликана психотерапією, відновлювальними продуктами, а також доповненою терапією. Для лікування вираженої депресії найефективніші психотерапії, такі як когнітивно-поведінковий підхід та психоаналіз, фармакологічні засоби, крім того, важлива соціальна підтримка та лікування психологічного здоров'я;

- **У 18% (8 людей) мають важку депресію.** Особам з важкою депресією притаманні наступні симптоми: безсоння або надмірний сон; дратівливість; втрата інтересу до занять, які раніше приносили задоволення; постійне відчуття безнадії; постійні думки про щось погане; думки про смерть, самогубство або спроби самогубства; у дуже важких випадках – психотичні симптоми (галюцинації або марення); нездатність доглядати за собою (їсти, купатися, виконувати сімейні або робочі обов'язки).

Хоча людині може здаватися, що надії немає, їй обов'язково слід поговорити з лікарем про свою хворобу, адже існують різні варіанти лікування. Навіть важкі симптоми депресії можна успішно лікувати.

Депресія також часто може проявлятися фізичними симптомами: порушення сну; зміни апетиту; погіршення концентрації уваги, проблеми з пам'яттю; втрата інтересу до сексу.

Деякі люди також можуть мати соматичні ознаки важкої депресії: відчувати хронічний біль, проблеми зі шлунково-кишковим трактом або мати підвищений рівень втоми.

Тривожні ознаки суїцидальності у людини з важкою депресією включають розмови про бажання померти, складання планів або спробу покінчити життя самогубством.

Отже, відповідь на неминуче питання, чи можна померти від важкої депресії, полягає у тому, що найбільшу небезпеку для такої людини складають не соматичні прояви хвороби, а потенційна загроза самогубства.

На щастя, існує чимало варіантів лікування важкої депресії. Як вийти з глибокої депресії, знає лікар-психіатр, який допоможе вибрати найефективніший для даного пацієнта метод лікування на основі його симптомів. Інші фактори, які також враховуються при складанні плану лікування, включають рівень функціональності людини і те, чи становить вона загрозу для себе та інших. Як позбутися важкої депресії? Це можливо лише при повній взаємодії тандему «пацієнт – лікар».

Психотерапія, яка також називається розмовною терапією, часто може допомогти полегшити симптоми депресивного розладу без лікарських засобів. Існують різні типи психотерапії:

- Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ). Цей підхід до лікування допомагає визначити та змінити основні негативні думки, які сприяють відчуттю депресії.
- Міжособистісна (інтерперсональна) терапія (ШТ). Даний метод терапії депресії спрямований на те, щоб допомогти людям змінити міжособистісні стосунки та соціальні взаємодії, які впливають на їхнє психічне здоров'я.
- Психодинамічна терапія полягає в тому, щоб допомогти краще усвідомити почуття та емоції, і це допомагає почуватися менш депресивними.

Багато лікарів пропонують пацієнтам відразу кілька видів терапії.

Людина, яка страждає на важку депресію, не може обійтися без фахової допомоги з боку лікарів-психіатрів. Проте деякі кроки, які здатні наблизити полегшення і зцілення, можна зробити самостійно. Вони є простими і лише доповнюють лікування, призначене лікарями:

- створення мережі підтримки з участю небайдужих людей (близькі родичі, друзі, колеги по роботі тощо);
- здорове харчування;

- нормалізація сну;
- регулярні фізичні вправи;
- уникання вживання алкоголю чи наркотиків.

Такі зміни способу життя здатні покращити настрій, загальне здоров'я та самопочуття і сприяти тому, що нарешті настане вихід із важкої депресії.

Отже, пошук найефективнішого способу боротьби із симптомами депресії може зайняти деякий час, треба розуміти, що ситуація не є безнадійною. Підбираючи лікування, обов'язково слід наголосити на важливості повноцінної дієти, збільшенні фізичної активності та здорового сну.

D. Результати дослідження за методикою «Психологічний дистрес SCL-9-NR» (рис.2.3)

- **20% (9 людей) мають нормальний психологічний дистрес.** В них спостерігається стан, при якому людина все ще в змозі адаптуватися до стресових ситуацій та спричинених ними наслідків, що майже не проявляє дезадаптивну поведінку (спостерігається легка досада, іноді роздратування, які швидко проходять і стан організму нормалізується). Важливо розуміти, що нормальний дистрес є тимчасовим явищем, яке не є свідченням серйозних проблем, а скоріше вказує на те, що дитина адаптується до нових умов.

Ознаки нормального дистресу: тимчасові емоційні реакції (страх, тривога, смуток або гнів у відповідь на зміни в житті), поведінкові зміни, фізичні симптоми (головний біль, біль у животі або інші фізичні симптоми, які є проявами емоційного дистресу). Ці симптоми зазвичай зникають, коли ситуація стабілізується, незначні проблеми зі сном (тимчасові).

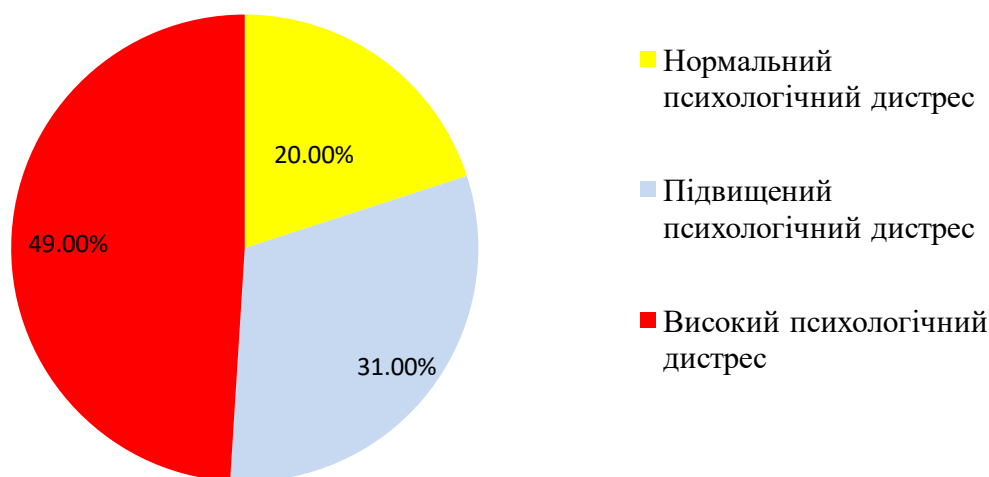
- **31% (14 людей) – їм притаманний підвищений психологічний дистрес.** Ці особи мають наступні ознаки: зростаюча тривога: погіршення настрою: (це може призводити до зміни настрою, проявляючи себе в драгівливості, сльозах або стати більш чутливими до стресових факторів), зміни в поведінці (агресивність), фізичні прояви (головний біль, біль у животі або інші нездужання, що можуть бути результатом стресу, але не мають

медичних причин), проблеми зі сном (труднощі зі сном, включаючи безсоння або часті нічні прокидання, а також, соціальна ізоляція (відчуття самотності).

- **49% (22 особи) – у цих людей спостерігається високий психологічний дистрес.** Це явище, яке відзначається тривалими та інтенсивними реакціями на стресові ситуації. Високий дистрес може вплинути на емоційне, соціальне та фізичне здоров'я дитини, тому важливо вчасно виявити і зрозуміти його причини.

Цим особам характерні такі прояви симптомів, як постійна збудженість, відчуття напруженості, коли надмірно сильний стресор викликає величезний викид катехоламінів і глюкокортикоидів, надмірне підвищення кров'яного тиску, і різке падіння імунітету, щоб зменшити рівень стресу.

Причини високого дистресу: травматичні події; постійний стрес; психічні розлади (високий дистрес може бути ознакою наявності психічних розладів, таких як тривожні розлади або депресія; соціальний тиск; недостатня підтримка.



**Рис. 2.3. Результати групи за методикою «Психологічний дистрес SCL-9-NR»**

Зробимо кореляційний аналіз. Для підтвердження або спростування гіпотези про наявність зворотної залежності між пізнавальною активністю та гнівом, а також між мотивацією досягнення та схильністю до тривожності ми



використовували коефіцієнт рангової кореляції Спірмена.

Критичні значення коефіцієнта кореляції рангів Спірмена (Додаток Б).

Ранговий коефіцієнт лінійної кореляції Спірмена підраховується за формулою (2.1):

$$r = 1 - \frac{6 \cdot \sum(D^2)}{n \cdot (n^2 - 1)}, \quad (2.1)$$

де,  $n$  – кількість ранжованих ознак (показників, досліджуваних);

$D$  – різниця між рангами за двома змінним для кожного випробуваного;

$D^2$  – сума квадратів різниць рангів.

Розрахунок  $D$  та  $D^2$  для рангового коефіцієнта кореляції Спірмена при зіставленні показників (Додаток В).

$$r = 1 - \frac{6 \cdot 11843}{91080} = 1 - 0,79 = 0,21$$

Визначимо критичні значення  $r$  при  $N = 45$  (Додаток В):

$$r_{\text{емп.}} = 0,02 > r_{\text{крит.}} (p \leq 0,01).$$

Кореляція між показниками депресії і генералізованої тривоги людей різного віку з різних районів проживання статистично незначуща ( $p \leq 0,01$ ) і не є позитивною.

Визначимо критичні значення  $r$  при  $N = 45$  (Додаток В):

$$r_{\text{емп.}} = 0,21 \quad r_{\text{крит.}} = \text{від } 0,29 \text{ до } 0,37 \text{ (при } p \leq \text{ від } 0,05 \text{ до } 0,01).$$

Кореляція між показниками депресії і генералізованої тривоги людей різного віку з різних районів проживання статистично незначуща ( $p \leq 0,01$ ) і не є позитивною.

Отже, після кореляційного аналізу не бачимо наявності залежності між депресією і генералізованою тривогою.

Далі було проведено регресійний аналіз для того, щоб спрогнозувати значення залежної змінної («депресія») на основі значень незалежних змінних («дистрес») (Додаток Г).

Знайдений коефіцієнт кореляції є 1.

Нижче демонструємо зведену таблицю отриманих кореляцій (таблиця 2.4):

Таблиця 2.4

**Зведена таблиця отриманих кореляцій**

Показники кореляції	Значення (ремп.)	Значення (ркрит.)
«Депресія» і «генералізована тривога»	0,21	від 0,29 до 0,37
«Депресія» і «дистрес»	1	0

Коефіцієнт регресії характеризує вплив зміни ознаки депресію на результативну ознаку дистресу. Він показує, на скільки одиниць в середньому зміниться ознака дистресу при зміні ознаки депресії на одну одиницю. Ми дослідили і розрахували наступний результат:  $1 > 0$ , то можемо сказати що спостерігається позитивний зв'язок, тобто чим більше рівень розвитку депресії, тим більше рівень психологічного дистресу.

## **Висновки до розділу 2**

На основі проведеного емпіричного дослідження отримано такі результати:

### **Вплив травматичних подій на якість життя.**

Дослідження підтвердило суттєве погіршення фізичного та психічного здоров'я осіб, що проживають у прифронтовій зоні. Найнижчі показники виявлено у сферах соціального функціонування, життєвої активності та загального здоров'я. Це свідчить про значний вплив травматичних подій на якість життя та вказує на необхідність втручань, спрямованих на покращення цих аспектів.

### **Підвищений рівень тривожності.**

Аналіз даних за шкалою GAD-7 продемонстрував, що більшість респондентів мають середній або високий рівень тривожності. Це вказує на критичну потребу в застосуванні стабілізаційних технік та методів когнітивно-поведінкової терапії для зниження тривожності.

### **Поширеність депресії.**

За результатами шкали депресії Бека значна частина респондентів виявила симптоми помірної або важкої депресії. Такий стан потребує проведення індивідуальних та групових психотерапевтичних заходів, спрямованих на подолання депресивних симптомів.

### **Високий рівень психологічного дистресу.**

Оцінка за шкалою SCL-9-NR вказала на суттєве психологічне напруження серед більшості учасників. Майже половина демонструє високий рівень дистресу, що значно ускладнює повсякденну адаптацію.

### **Взаємозв'язок між депресією та дистресом.**

Кореляційний аналіз показав, що підвищення рівня депресивних симптомів супроводжується зростанням дистресу. Це вказує на необхідність

інтегрованого підходу до лікування, що поєднує методи подолання як депресії, так і стресових станів.

### **Соціальні аспекти впливу травматичних подій.**

Порушення соціальних зв'язків, відсутність підтримки від громади та соціальна ізоляція сприяють поглибленню негативного емоційного стану, підкреслюючи важливість інтеграції програм соціальної адаптації та реінтеграції.

### **Рекомендації щодо психологічної підтримки.**

Для зниження тривожності, депресії та дистресу доцільно впроваджувати комплексні програми, що включають:

- когнітивно-поведінкову терапію;
- стабілізаційні техніки та техніки релаксації;
- групові сеанси підтримки;
- реінтеграційні програми, спрямовані на професійну адаптацію;
- заходи з відновлення соціальної підтримки.

Таким чином, результати дослідження підкреслюють важливість системного та комплексного підходу до надання психологічної допомоги мешканцям прифронтової зони. Це сприятиме зниженню негативного впливу травматичних подій та покращенню їхньої якості життя.

### РОЗДІЛ 3

## АПРОБАЦІЯ ПРОСВІТНИЦЬКОЇ ПРОГРАМИ В РОБОТІ МОБІЛЬНОЇ БРИГАДИ, ЩО ПРАЦЮЄ З ОСОБАМИ, ЩО ПРОЖИВАЮТЬ В ПРИФРОНТОВІЙ ЗОНІ

### 3.1. Методичне обґрунтування просвітницької програми

Сучасне суспільство стикається з великою кількістю стресових факторів, які можуть негативно впливати на психологічний та фізичний стан людини. Тривала дія стресу може призводити до емоційного виснаження, погіршення якості життя, розвитку тривожних і депресивних розладів. У таких умовах стає необхідним розвиток психологічної стійкості (резильєнтності), яка дозволяє успішно адаптуватися до стресових ситуацій і швидко відновлюватися після труднощів. Ковальчук І.М. підтвердив ефективність когнітивно-поведінкових підходів у роботі з постраждалими, зокрема у зниженні рівня тривожності та поліпшенні загального емоційного стану [9].

Методика BASICPh, розроблена ізраїльським психологом Міллі Лахадом, представляє собою багатовимірний підхід до розвитку психологічної стійкості та адаптації, використовуючи шість основних ресурсів: В (Belief & Values) – віра і цінності; А (Affect) – емоції; S (Socialization) – соціальні зв'язки; І (Imagination) – уява і творчість; С (Cognition) – когнітивні стратегії; Ph (Physical) – фізичні ресурси [12; 40]. Ця методика лежить в основі просвітницької програми мобільної бригади, що спрямована на підтримку людей, які переживають стрес або травматичні події.

Методичне обґрунтування цієї програми ґрунтується на науково обґрунтованих концепціях психологічної стійкості. Вони поєднуються з багатовимірним підходом до якості життя. Завдяки інтеграції моделі BASICPh, учасники зможуть оволодіти практичними інструментами для зміцнення свого

фізичного та емоційного здоров'я, соціальних зв'язків та духовного благополуччя. Програма спрямована на довготривалу підтримку і розвиток навичок самодопомоги, що дозволить учасникам адаптуватися до стресу та підвищити якість свого життя.

### 3.2. Просвітницька програма роботи мобільної бригади з підвищення психологічної стійкості

Просвітницька програма мобільної бригади з підвищення психологічної стійкості та якості життя на основі методики BASIC Ph покликана допомогти учасникам інтегрувати різні аспекти особистісних ресурсів для підвищення їх психологічної стійкості (резильєнтності) та покращення якості життя. Програма базується на методиці BASIC Ph, яка передбачає роботу з вірою та цінностями, емоціями, соціальними зв'язками, уявою, когнітивними стратегіями і фізичними ресурсами.

#### **Мета програми**

Забезпечити учасникам практичні навички для управління стресом і покращення якості життя шляхом розвитку особистісної стійкості через використання шести ключових ресурсів за методикою BASIC Ph.

#### **Цільова аудиторія**

Програма орієнтована на людей, які перебувають в умовах хронічного стресу або стикаються з наслідками травматичних подій: вимушені переселенці, військові, волонтери, медичні працівники, соціальні працівники та інші.

#### **Завдання програми**

1. Надати учасникам знання та практичні інструменти для підвищення їх психологічної стійкості.

2. Розвинути навички управління емоціями, соціальними зв'язками, когнітивними стратегіями та фізичним станом.

3. Забезпечити учасників інструментами для покращення їхньої якості життя в різних аспектах: фізичному, емоційному, соціальному та духовному.

### **Ключові компоненти програми**

Програма структурована у вигляді тематичних модулів, кожен з яких орієнтований на розвиток конкретного ресурсу, що впливає на резильєнтність і якість життя.

### **Тема 1: Віра та цінності (В – Belief & Values) і духовне благополуччя**

**Ціль:** Підвищити стійкість учасників через усвідомлення власних переконань і життєвих цінностей.

**Взаємозв'язок із якістю життя:** Духовне благополуччя визначає здатність людини знаходити сенс у житті, навіть у складних ситуаціях. Люди з розвиненими цінностями почуваються впевненіше і мають більше внутрішніх опор.

**Методи:** обговорення та рефлексії, метафори, творчого самовираження, символічної діяльності, позитивної візуалізації, групової підтримки.

#### **Практичні вправи:**

- **Вправа «Дерево Віри»:** Дерево використовується як метафора для відображення коренів (цінностей) та стовбура (віри), що символізують підтримку та життєву силу.

- **Вправа «Віра як Крила»:** Крила виступають метафорою віри, яка підтримує та допомагає «летіти» в складні часи.

- **Групова гра «Ціннісний Шлях»:** Шлях із картками різних цінностей створює символічний простір, у якому учасниці обирають найважливішу для себе цінність і обмірковують її роль у житті.

- **Вправа «Моя Віра і Мої Цінності»:** Учасниці уявляють, як вони будуть використовувати віру і цінності у майбутніх ситуаціях, що допомагає зміцнити впевненість та усвідомити особисті ресурси.

## **Тема 2: Емоції (А – Affect) і емоційне благополуччя**

**Ціль:** Навчити учасників розпізнавати, приймати і керувати своїми емоціями для покращення емоційного благополуччя.

**Взаємозв'язок із якістю життя:** Вміння керувати своїми емоціями, а не пригнічувати їх, сприяє емоційній стійкості, покращенню стосунків з оточуючими та підвищенню загального добробуту.

### **Методи:**

- Психоедукація про природу емоцій та їх вплив на фізичне та психічне здоров'я.

- Вправи для зниження емоційної напруги через: арт-терапію, емоційний малюнок (творчий метод), тілесно-орієнтованої терапії, самопізнання.

### **Практичні вправи:**

- **Арт-терапія "Малюнок емоцій":** Учасники виражають свої емоції через малюнки, що дозволяє полегшити емоційний стан і впорядкувати внутрішній світ.

- **Вправа «Емоційні маски»:** використовує творчі засоби, зокрема міміку і жести, для вираження емоцій. Це допомагає учасникам не тільки виражати свої емоції, але й навчає їх розпізнавати емоції інших.

- **Вправа «Карта емоцій»:** учасники створюють візуальні образи емоцій, малюючи на контурі тіла, де вони відчують ці емоції. Це допомагає усвідомити тілесні прояви емоцій та зв'язок між фізичним і емоційним станом.

- **Вправа «Дихання через емоцію»:** застосування технік глибокого дихання для саморегуляції емоцій. Це дозволяє учасникам краще контролювати свої емоційні реакції і знижувати рівень стресу.

## **Тема 3: Соціальні зв'язки (S – Socialization) і соціальне благополуччя**

**Мета:** Розширити уявлення про соціальні зв'язки та їхню роль у житті; посилити відчуття спільноти та підтримки; сприяти соціальному благополуччю через активну взаємодію.



**Взаємозв'язок із якістю життя:** Соціальна підтримка є одним із ключових факторів стійкості та якості життя. Люди, які мають міцну мережу підтримки, відчуваються більш захищеними і стійкими до стресу.

**Методи:**

- Вправи на розвиток емпатії, активного слухання і взаємної підтримки.
- Створення та розширення соціальних мереж взаємодопомоги.

**Практичні вправи:**

- **Вправа «Коло підтримки»:** Учасники візуалізують свої соціальні зв'язки (друзі, родина, колеги) і аналізують, наскільки вони можуть розраховувати на цих людей у складні моменти.
- **Групові вправи на довіру:** Вправи, спрямовані на побудову довіри між учасниками, що допомагає їм формувати тісніші стосунки та покращити соціальне благополуччя – «Долоньки підтримки», «Ланцюжок допомоги», «Теплі слова».

**Тема 4: Уява та творчість (I – Imagination) і особистісне благополуччя**

**Мета:** Розвиток творчого мислення та уяви для пошуку нових шляхів вирішення проблем.

**Взаємозв'язок із якістю життя:** Уява і творчість сприяють самореалізації, дозволяють знаходити інноваційні рішення, що підвищує задоволеність життям та особистісне благополуччя.

**Методи:**

- Вправи на розвиток уяви, креативного мислення, візуалізації позитивного майбутнього.
- Практики самовираження через творчі засоби (малюнки, колажі, літературна творчість).
- Метафоричні карти.

### **Практичні вправи:**

- **Вправа "Візуалізація майбутнього":** Учасники за допомогою керованої медитації уявляють своє ідеальне майбутнє через 5–10 років, що допомагає створити позитивний образ можливих змін і цілей.
- **Творчий колаж:** Учасники створюють колаж з образів, що асоціюються з їхніми життєвими цілями та ресурсами, які допоможуть їм долати труднощі.
- **МАК:** Розминка «Зустріч з ресурсом» (допомогти налаштуватися на позитивне мислення), Основна вправа «Образ моєї радості» (дозволить відчувати підтримку та натхнення від групи, а також побачити, як прості образи можуть нагадати нам про наші внутрішні джерела радості), Заключна вправа «Мій ресурсний оберіг» (образ, до якого можна повертатися у думках у складні моменти, щоб отримати спокій і силу).

### **Тема 5: Когнітивні стратегії (C – Cognition) і когнітивне благополуччя**

**Ціль:** Навчити учасників критичного мислення та раціонального підходу до вирішення проблем.

**Взаємозв'язок із якістю життя:** Спосіб мислення впливає на суб'єктивне сприйняття життєвих викликів і стресу. Розвинені когнітивні стратегії допомагають вирішувати проблеми ефективніше, що покращує загальну якість життя.

#### **Методи:**

- Навчання основам когнітивно-поведінкової терапії, робота з викривленнями мислення.
- Вправи на аналіз ситуацій та пошук конструктивних рішень.
- Рефреймінг (переосмислення, «вихід за рамки»)

### **Практичні вправи:**

- **Техніка «Проблема-Рішення»:** Учасники описують свої проблеми, після чого аналізують їх із використанням когнітивних стратегій, щоб знайти можливі шляхи вирішення.
- **Техніка «Коло впливу»:** Учасники виявляють аспекти життя, на які вони можуть впливати, і ті, які перебувають поза їхнім контролем. Це допомагає зосередитися на ефективних рішеннях і знижує тривожність.
- **Техніка «Знайти користь у невдачі»:** Зміна сприйняття невдач як можливостей для навчання
- **Техніка «Заміна думок»:** Навчитися свідомо змінювати негативні думки на позитивні або нейтральні.

### **Тема 6: Фізичні ресурси (Ph – Physical) і фізичне благополуччя**

**Ціль:** Підвищити фізичне благополуччя через тілесні практики та активність.

**Взаємозв'язок із якістю життя:** Фізичне здоров'я є основою загального добробуту. Збалансоване харчування, регулярні фізичні вправи і догляд за тілом безпосередньо впливають на загальне самопочуття та емоційний стан.

#### **Методи:**

- Фізичні вправи для зниження напруги і стресу.
- Практики тілесної усвідомленості (йога, дихальні вправи, прогулянки на природі).

### **Практичні вправи:**

- **Релаксація через дихання:** Учасники вивчають дихальні техніки для швидкого відновлення після стресу.
- **Прогресивна м'язова релаксація:** Ця техніка допомагає учасникам навчитися розслабляти м'язи для зняття фізичної напруги та зниження рівня стресу.

### **Тривалість програми**

Програма складається з 6 сесій, кожна тривалістю 1,5–2 години. Сесії проводяться щотижня, що забезпечує достатній час для освоєння нових навичок і впровадження їх у повсякденне життя.

### **Методики оцінки ефективності**

- **Анкетування:** Учасники на початку та після завершення програми заповнюють анкети, що оцінюють їх рівень депресії, рівень тривоги, психологічний дистрес.
- **Фінальна рефлексія:** На останній сесії учасники обговорюють свої здобутки, підводять підсумки програми та формулюють плани на майбутнє для підтримки отриманих навичок.

Ця програма забезпечить учасників знаннями, навичками та ресурсами, необхідними для підвищення їх психологічної стійкості та якості життя, використовуючи багатовимірний підхід до подолання стресу через методику BASIC Ph.

### **3.3. Якісний аналіз результативності**

Метою цього розділу є оцінка ефективності реалізованої просвітницької програми щодо зниження впливу травматичних подій на якість життя осіб, які проживають у прифронтовій зоні. Метою програми є зниження впливу травматичних подій на якість життя через підвищення психологічної стійкості та покращення самопочуття учасників. Програма базується на методиці BASIC Ph, що охоплює шість основних ресурсів: віру, емоції, соціальні зв'язки, уяву, когнітивні стратегії та фізичний стан. Далі представлений детальний аналіз змін у показниках психологічного стану учасників до і після програми, що ілюструє її ефективність.

Порівняння рівнів до та після програми було здійснено за трьома основними шкалами: депресії (BDI), тривоги (GAD-7) та психологічного дистресу (SCL-9-NR). Результати свідчать про значне зниження кожного з показників (табл.3.1)

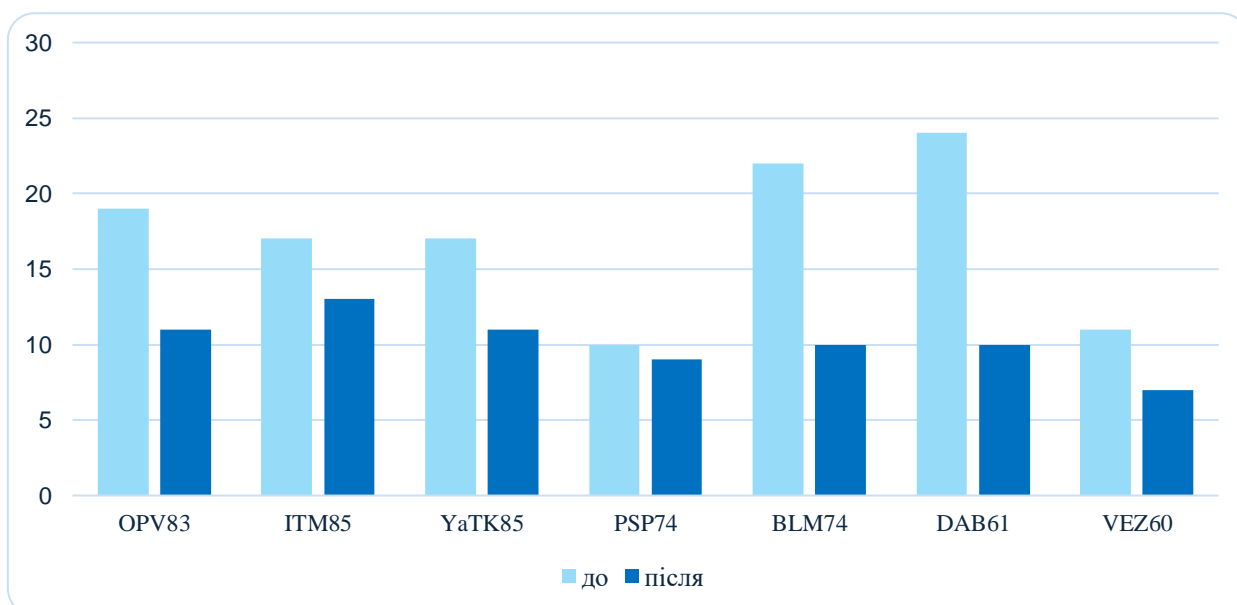
Таблиця 3.1

**Зміни рівнів депресії, тривоги та психологічного дистресу до та після впровадження програми**

№ з/п	ППП	Шкала депресії Бека (BDI-1A) (дорослі), %	Опитувальник з генералізованої тривоги - GAD-7, %	Психологічний дистрес SCL-9-NR, %
1	OPV83	-42,11	-20,00	-27,27
2	ITM85	-23,53	-41,67	-25,00
3	YaTK85	-35,29	-20,00	-5,88
4	PSP74	-10,00	-44,44	-28,57
5	BLM74	-54,55	-25,00	-11,11
6	DAB61	-58,33	-38,46	-45,83
7	VEZ60	-36,36	-75,00	-33,33

\* Результати досліджень у відсотках

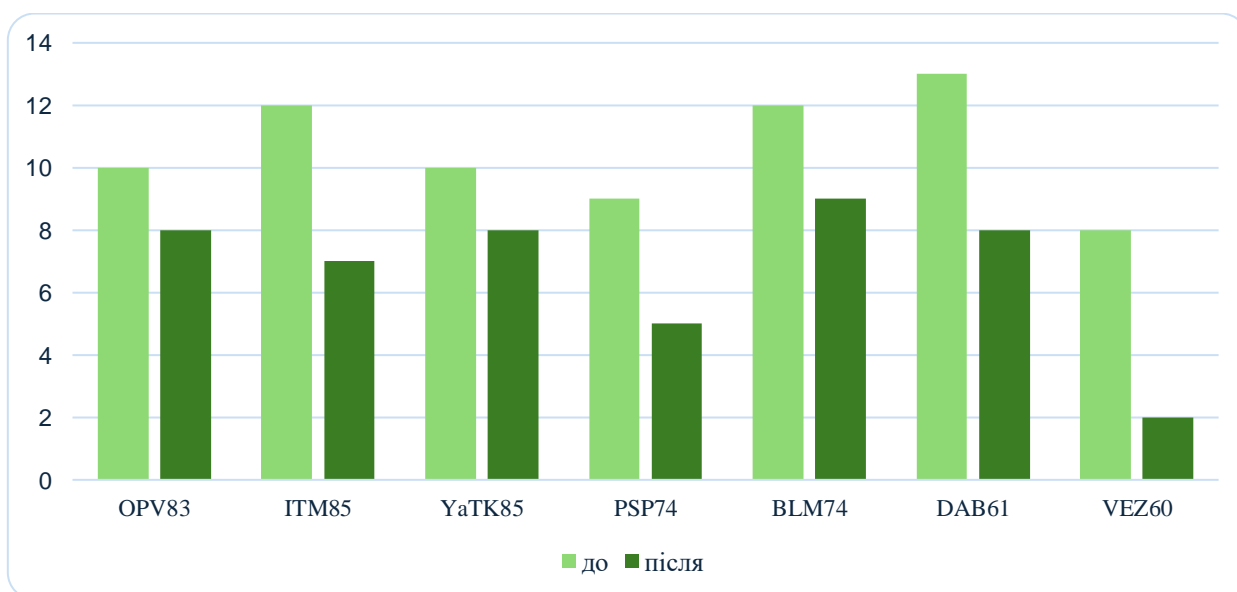
1. Рівень депресії за шкалою Бека (BDI) (рис.3.1): спостерігається зниження показників, це свідчить про позитивний ефект програми у контексті управління емоціями та когнітивними стратегіями. Учасники змогли не тільки знизити вираженість депресивних симптомів, але й навчилися розпізнавати та регулювати свої емоції. Це досягнуто завдяки вправам, що допомагали учасникам ідентифікувати свої почуття, розвивати емпатію та емоційну саморегуляцію, а також сприяли зниженню емоційної напруги через практики рефлексії та арт-терапії.



**Рис. 3.1. Зміна показників депресії за шкалою Бека (BDI-1A) (дорослі)**

2. Рівень тривоги (GAD-7) (рис.3.2): спостерігається зниження тривожності серед учасників завдяки спеціальним вправам, зокрема методам когнітивно-поведінкової терапії, що сприяли ідентифікації та перебудові негативних автоматичних думок. Програма включала техніки релаксації, дихальні вправи, методи розв'язання проблем та управління тривогою.

Завдяки підтримці соціальних зв'язків та створенню атмосфери взаємної довіри під час групових занять, учасники почували себе захищеними, що також сприяло зниженню рівня тривожності.



**Рис. 3.2. Зміна показників генералізованої тривоги - GAD-7**

3. Індекс психологічного дистресу (SCL-9-NR) (рис.3.3): Зниження показника дистресу свідчить про зменшення загального психологічного навантаження та покращення якості життя учасників. Даний результат був досягнутий завдяки методам тілесної релаксації, практикам усвідомленості та вправам на фізичне розвантаження. Окрім цього, значну роль у покращенні психологічного самопочуття відіграли вправи, що активували увагу та креативність, допомагали учасникам використовувати внутрішні ресурси для подолання стресових ситуацій.



Рис. 3.3. Зміна показників психологічного дистресу SCL-9-NR

Аналіз результатів вказує на позитивний вплив просвітницької програми на емоційний стан, когнітивну стабільність та фізичне самопочуття учасників. Завдяки інтегрованому підходу BASIC Ph, який поєднує емоційні, когнітивні, соціальні та фізичні аспекти, вдалося досягти значних покращень у якості життя та психоемоційному стані учасників програми.

**Ефективність емоційної регуляції:** програма дозволила учасникам покращити управління емоціями завдяки вправам з емоційного малюнка, дихальних практик та арт-терапії. Учасники навчилися виражати свої емоції в конструктивний спосіб, що допомогло знизити емоційне напруження та покращити емоційну стабільність.

**Зміцнення соціальної підтримки:** важливою частиною програми стала робота з соціальними зв'язками. Вправи на емпатію, активне слухання та створення мережі підтримки сприяли формуванню соціального капіталу серед учасників, що знижує ризик ізоляції та емоційної ізоляції. Збільшення соціальної підтримки створило атмосферу взаємодопомоги, яка сприяла підвищенню задоволеності життям.

**Розвиток фізичного та духовного благополуччя:** фізичні вправи, дихальні техніки та практики усвідомленості позитивно вплинули на загальний фізичний стан учасників, допомогли зменшити рівень фізичної напруги та сприяли підвищенню енергетичного потенціалу. Крім цього, вправа «Колесо цінностей» та рефлексивні сесії допомогли учасникам знайти сенс у житті та відновити зв'язок з особистісними цінностями.

**Підвищення когнітивної стійкості:** завдяки технікам когнітивно-поведінкової терапії учасники здобули навички управління негативними думками, критичного мислення та раціонального підходу до вирішення життєвих труднощів. Вправи на самоконтроль, рефлексію та аналіз проблем сприяли розвитку когнітивної стійкості, що дозволяє учасникам краще орієнтуватися в стресових ситуаціях.

Як показує досвід, описаний Піреном М.І. [21], впровадження подібних просвітницьких програм дозволяє значно знизити рівень стресу та тривожності серед населення, що підтверджується і результатами даного дослідження.

Рекомендації щодо подальшого застосування програми:

Враховуючи позитивні результати, рекомендовано розширити програму або вносити зміни відповідно до певних категорій бенефіціарів та застосовувати її в інших групах, що піддаються впливу травматичних подій. Це може включати роботу з ветеранами, вимушеними переселенцями та іншими категоріями населення, які потребують підтримки у процесі адаптації.



### Висновки до розділу 3

У третьому розділі було описано апробацію просвітницької програми, спрямованої на підвищення психологічної стійкості та покращення якості життя осіб, що проживають у прифронтовій зоні. Програма, розроблена на основі методики BASIC Ph, включає роботу з шістьма ключовими ресурсами (вірою, емоціями, соціальними зв'язками, уявою, когнітивними стратегіями та фізичним станом), що забезпечують комплексний підхід до підвищення стійкості до стресу. Під час реалізації програми було досягнуто значних результатів у різних аспектах благополуччя учасників, що дозволяє стверджувати про її ефективність та доцільність подальшого застосування.

Програма продемонструвала високий рівень ефективності у підвищенні психологічної стійкості (резильєнтності) учасників. Завдяки структурованому підходу та систематичній роботі з кожним аспектом ресурсу BASIC Ph, учасники змогли краще розуміти власні ресурси і використовувати їх для подолання стресових ситуацій. Навчання ефективним методам адаптації допомогло знизити інтенсивність емоційних реакцій на травматичні події, сприяло зменшенню рівня стресу, а також допомогло відновити психологічну рівновагу навіть у складних обставинах.

Одним із найважливіших результатів програми стало покращення здатності учасників до управління власними емоціями. Виконання вправ з арт-терапії, дихальних практик та рефлексії сприяли тому, що учасники навчилися розпізнавати, висловлювати та контролювати власні емоції. Цей навик виявився надзвичайно корисним для зниження емоційного напруження та покращення емоційної стабільності. Аналіз змін у рівні депресії за шкалою Бека свідчить про суттєве зниження показників, що вказує на здатність учасників не тільки справлятися з негативними емоціями, але й знижувати ризик виникнення депресивних станів.

Суттєвою частиною програми була робота з соціальними зв'язками та побудовою соціальної підтримки. Через спеціальні вправи на активне слухання, емпатію та створення мережі підтримки учасники змогли відчутти себе частиною соціальної спільноти, отримати підтримку з боку інших учасників та створити атмосферу довіри. Цей аспект програми допоміг знизити ризик соціальної ізоляції, покращив міжособистісні стосунки та посилив відчуття захищеності серед учасників, що є важливим фактором у підвищенні стійкості до стресу.

Значну увагу програма приділяла фізичним та духовним аспектам благополуччя, які безпосередньо впливають на загальне самопочуття людини. Використання фізичних вправ, дихальних технік та практик тілесної усвідомленості дозволило учасникам знизити рівень фізичної напруги, підвищити енергетичний потенціал та поліпшити загальний фізичний стан. Крім того, робота з цінностями та особистісними переконаннями за допомогою таких вправ, як «Дерево Віри» та «Крила Віри», дозволила учасникам відновити внутрішні орієнтири, знайти сенс у житті та зміцнити духовне благополуччя.

Важливим результатом програми є розвиток когнітивної стійкості учасників, що стало можливим завдяки навчанню технікам когнітивно-поведінкової терапії та вправам на раціональне мислення. Учасники отримали навички розпізнавання та зміни негативних думок, аналізу ситуацій та знаходження конструктивних рішень. Завдяки технікам «Коло впливу», «Знайти користь у невдачі» та іншим учасники розвинули критичне мислення, що допомагає їм краще орієнтуватися у складних життєвих ситуаціях, уникати катастрофічного мислення та знаходити ефективні шляхи подолання труднощів.

Комплексний підхід, який включає емоційні, когнітивні, фізичні та соціальні ресурси, сприяв загальному покращенню якості життя учасників. Завдяки регулярній практиці нових навичок та їх інтеграції у повсякденне життя учасники відчували покращення у фізичному, емоційному, соціальному та

духовному аспектах. Як наслідок, зросла їхня задоволеність життям, знизилися показники депресії, тривожності та психологічного дистресу.

На основі отриманих результатів доцільно розширити програму та адаптувати її до потреб різних категорій населення, які стикаються з травматичними подіями або знаходяться в умовах хронічного стресу. Програма може бути корисною для таких груп, як ветерани, вимушені переселенці, волонтери, медичні та соціальні працівники. Для забезпечення ефективної адаптації програми слід враховувати індивідуальні потреби цих груп та розробляти спеціалізовані модулі з акцентом на ті ресурси, які є найбільш актуальними для кожної категорії.

Просвітницька програма, побудована на методиці BASIC Ph, демонструє високу ефективність у підвищенні психологічної стійкості та покращенні якості життя учасників. Завдяки інтеграції шести ключових ресурсів програма сприяла зниженню рівня тривожності, депресії, психологічного дистресу та зміцненню емоційного, когнітивного, соціального та фізичного здоров'я учасників. Це робить її перспективним інструментом для підтримки осіб, що проживають у стресових умовах, та створює базу для подальшого впровадження в інші групи, які потребують психологічної підтримки.

## ВИСНОВКИ

Дослідження даної роботи було присвячене питанням підтримки психічного здоров'я осіб, які зазнають негативного впливу війни, зокрема мешканців прифронтових зон, через застосування психологічних засобів, що знижують вплив травматичних подій на якість життя. Дослідження включало теоретичний аналіз впливу травматичних подій, емпіричне дослідження рівнів тривоги і депресії серед цільової групи, а також апробацію просвітницької програми для мобільних бригад на основі методики BASIC Ph, спрямованої на покращення психологічної стійкості. Нижче викладено основні результати та узагальнені висновки роботи:

Проведений аналіз літератури показав, що психічний вплив травматичних подій в умовах війни надзвичайно важкий і багатогранний. Психологічні розлади, такі як посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), депресія, генералізована тривога, виникають через постійний стрес, невизначеність та безпеку. Учасники дослідження, які зазнали прямого впливу війни, демонструють високі рівні емоційної нестабільності, знижений рівень адаптаційних можливостей і порушену соціальну інтеграцію.

Емпіричні результати засвідчили значну кількість осіб із підвищеними рівнями тривожності та депресії. Дослідження проводилось за допомогою опитувальників GAD-7 (для оцінки тривоги), BDI-1A (для визначення рівня депресії), а також шкали SF-36 для оцінки загальної якості життя. Результати свідчать про поширеність високого рівня психологічного дистресу, що впливає на всі аспекти якості життя, включаючи соціальні зв'язки, фізичне самопочуття та емоційне здоров'я. Зокрема:

- Більшість учасників показали помірний і високий рівень тривожності за шкалою GAD-7, що вказує на потребу в терміновій психологічній допомозі.

- За шкалою депресії Бека (BDI-1A) у значної частини учасників виявлено як мінімум легкі депресивні симптоми, тоді як певний відсоток осіб мав симптоми вираженої або важкої депресії.

- Опитувальник SF-36 продемонстрував низькі результати у соціальному функціонуванні та фізичній активності, що вказує на загальне зниження якості життя через наслідки психоемоційного навантаження.

Основною частиною роботи стала апробація спеціальної просвітницької програми для мобільних бригад, яка базувалася на методиці BASIC Ph, розробленій ізраїльським психологом Мулі Лахадом. Програма враховує шість ключових ресурсів психологічної стійкості: віру (Belief), емоції (Affect), соціальні зв'язки (Socialization), уяву (Imagination), когнітивні стратегії (Cognition) та фізичний стан (Physical), інтеграція яких дозволяє формувати всебічну стійкість до стресу та адаптацію до складних умов.

Апробація програми показала, що комплексний підхід із використанням методики BASIC Ph є дієвим у досягненні наступних результатів:

- Покращення емоційної регуляції та зниження депресії: завдяки використанню арт-терапії, дихальних практик та вправ на самоаналіз учасники змогли ефективніше розпізнавати, контролювати і висловлювати свої емоції, що сприяло зниженню рівня емоційного напруження та стабілізації емоційного стану.

- Зміцнення соціальної підтримки та інтеграції: робота з соціальними зв'язками виявилася важливим фактором. Учасники відзначили покращення почуття належності до соціальної групи, що знизило ризик соціальної ізоляції та допомогло відновити міжособистісні стосунки.

- Покращення фізичного та духовного благополуччя: включення у програму тілесних практик, таких як дихальні вправи та техніки релаксації, дозволило знизити фізичне напруження, що позитивно вплинуло на загальне самопочуття. Робота з духовними цінностями допомогла учасникам знайти сенс у житті та відновити відчуття внутрішньої рівноваги.

- Розвиток когнітивної стійкості та навичок раціонального мислення: когнітивні вправи та методи КПТ допомогли учасникам краще орієнтуватися у стресових ситуаціях, знижувати катастрофічне мислення та знаходити ефективні шляхи подолання труднощів.

Зважаючи на позитивні результати впровадження програми, доцільно розширити її на інші категорії населення, що постраждали від травматичних подій: ветеранів, волонтерів, вимушених переселенців та осіб, які надають соціальну допомогу в прифронтових зонах. Програма може бути адаптована до специфічних потреб цих груп, а також доповнена іншими терапевтичними модулями для підвищення її ефективності. Особливо важливою є співпраця з громадськими організаціями, що надають допомогу цим категоріям, для кращої координації ресурсів і розширення доступу до психологічної підтримки.

Результати дослідження підтвердили, що комплексний підхід до зниження впливу травматичних подій на якість життя мешканців прифронтових зон є необхідним і ефективним. Апробована програма на основі методики BASIC Ph допомагає досягти значного покращення емоційного, когнітивного, фізичного та соціального благополуччя. Це підтверджує важливість цілісного підходу до психологічної допомоги, який включає розвиток різних аспектів психічного та соціального функціонування, спрямованих на стійкість до стресу і адаптацію до важких умов життя.

Розширення програми та її адаптація до різних цільових груп може допомогти більшій кількості людей, що проживають у прифронтових зонах, долати наслідки травматичних подій. Крім того, варто підтримувати подальші дослідження у цій сфері для вдосконалення методик психологічної підтримки в умовах постійної небезпеки та стресу.

## СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Анкета Ваше здоров'я та самопочуття: оцінка показники якості життя (SF-36 v2 Health survey). URL: <https://clincasequest.academy/wp-content/uploads/sites/5/2023/11/sf-36-v2-health-survey.pdf> (дата звернення: 26.02.2024).
2. Барсуков О. В. Психологічні аспекти посттравматичного стресового розладу у військовослужбовців. Вісник Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна, Серія "Психологія". 2015. 57. 20-25.
3. Бахтієва О. Частота ПТСР серед ветеранів та цивільного населення у зоні конфлікту. Український журнал психічного здоров'я. 2017
4. Бондаренко О.В. Психологічна реабілітація військовослужбовців: теорія та практика. Київ: Інститут психології імені Г.С. Костюка НАПН України. 2021
5. Губарєв О. В. Психологічні наслідки травматичних подій під час війни. Київ: Наукова думка. 2014.
6. Експрес-тест психологічного дистресу scl-9-nr. URL: [http://soc-research.info/blog/index\\_files/scl-9-nr-manual.html](http://soc-research.info/blog/index_files/scl-9-nr-manual.html) (дата звернення: 26.02.2024).
7. Клименко В.В. Особливості роботи психолога з населенням прифронтових територій: виклики та перспективи. Український журнал практичної психології. 2022. 3(2), 34–48.
8. Кліш О.М. Психологічний вплив воєнних конфліктів на психічне здоров'я цивільних осіб. Психологія і суспільство. 2015. 4. 120-135.
9. Ковальчук І.М. Використання когнітивно-поведінкових підходів у подоланні посттравматичних наслідків у цивільного населення. *Вісник психології і педагогіки*. 2023. 1(92), 21–30.
10. Корольчук М.С. Психологічна допомога у кризових ситуаціях: теоретичний та практичний аспекти. Психологія і суспільство. 2020. 4(1), 12–24.

11. Кульчицька І. В. Психологічні особливості реагування дітей на травматичні події в умовах воєнного конфлікту. Наукові записки Національного університету "Острозька академія". Серія: Психологія. 2019. (10). 65-70.
12. Лахад Мулі. Основи кризової інтервенції: Модель BASIC Ph. Психологічні аспекти підтримки в кризових ситуаціях. Український науковий журнал Практична психологія та соціальна робота. 2010. №4.
13. Лісовий В. Вплив збройного конфлікту на соціальні структури та міграцію в Україні. Соціологія: теорія, методи, маркетинг. 2019
14. Міністерство охорони здоров'я України (МОЗ). Доступ до медичної допомоги та реабілітаційних послуг для постраждалих під час конфліктів. Офіційний звіт МОЗ. 2019.
15. Міністерство охорони здоров'я України. 2019. URL: <https://moz.gov.ua/uk/scho-treba-znati-pro-posttravmatically-stresovij-rozlad> (дата звернення: 07.09.2024).
16. М.Мушкевич, К.Корпач. Концептуальні підходи вивчення феномену якості життя та його оцінки. Український науковий журнал Освіта регіону. Політологія психологія комунікації. 2011. №3. URL: <https://social-science.uu.edu.ua/article/535> (дата звернення: 07.09.2024).
17. Мухіна А. Психологічна підтримка в умовах конфлікту: досвід та перспективи. Психологія і суспільств. 2016. 2. 23-35.
18. Науменко І. Економічні наслідки збройного конфлікту на сході України. Економіка України: реалії сьогодення. 2018
19. Опитувальник з генералізованої тривоги - GAD-7. URL: <https://cbt-therapist.net/GAD-7> (дата звернення: 26.02.2024).
20. Петренко О. Психологічні проблеми після війни: соціальні та економічні аспекти. Соціально-економічні дослідження. 2018. 24(2). 67-75.
21. Пірен М.І. Досвід впровадження просвітницьких програм для населення, що проживає в умовах військового конфлікту. *Збірник наукових праць НПУ імені М.П. Драгоманова*. 2023. 5(56), 45–52.



22. Пономаренко С. Культурні зміни та криза ідентичності в регіонах, постраждалих від збройного конфлікту на сході України. Культурологічні студії. 2018.
23. Психологія і поведінка людини, що потрапила в екстремальну ситуацію. URL: <https://moyaosvita.com.ua/vijskova-sprava/psixologiya-i-povedinka-lyudini-shho-potrapila-v-ekstremalnu-situaciyu/> (дата звернення: 06.09.2024).
24. Семенюк О. А. Психологічні аспекти переживання травматичних подій у цивільного населення в умовах воєнного конфлікту. Актуальні проблеми психології. 2016. 2(11). 45-51.
25. Скрипник О. В. Психологічні наслідки війни: досвід та перспективи. Психологія і суспільство. 2018. 1. 23-30.
26. Франкл В. Людина в пошуках справжнього сенсу. К.: Пульсари. 2006.
27. Шевченко І. Тривожні розлади та їх прояви. Журнал психічного здоров'я. 2017. 12(3). 45-53.
28. Шкала депресії Бека (Beck Depression Inventory) (дорослий варіант опитувальника). URL: <https://psymag.info/tests/shkala-depresiy-beka-beck-depression-inventory-dorosliy-variant-opituvalnika-1674046702/> (дата звернення: 26.02.2024).
29. Шкала депресії Бека (BDI-1A) (підлітковий варіант опитувальника). URL: <https://psymag.info/tests/shkala-depresiy-beka-bdi-1a-pidlitkoviy-variant-opituvalnika-1674035978/> (дата звернення: 26.02.2024).
30. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). 2013.
31. Beck J. S. Cognitive Behavior Therapy: Basics and Beyond. Guilford Press. 2011.
32. Blanc J., Chalons L., & Kamenov K. Psychological Impact of Living in Conflict Zones. Journal of Trauma & Dissociation. 2020. 21(1), 35-50.

33. Bonanno G. A., Westphal M., & Mancini A. D. Resilience to loss and potential trauma. *Annual Review of Clinical Psychology*. 2011. 7. 511-535.
34. Herman J. L. *Trauma and recovery: The aftermath of violence--from domestic abuse to political terror*. Basic Books. 1992.
35. Hobfoll S.E., Mancini A. D., & Hall B. J. The Limits of Resilience: Distress Following Chronic Trauma in Conflict. *PLoS ONE*, 2012. 7(11). e49848.
36. Hobfoll S.E., et al. Five Essential Elements of Immediate and Mid-Term Mass Trauma Intervention: Empirical Evidence. *Psychiatry*, 2007. 70(4). 283-315.
37. Kessler R.C., et al. Trauma and PTSD in the WHO World Mental Health Surveys. *European Journal of Psychotraumatology*. 2017. 8(sup5), 1353383.
38. Pargament K.I. *The Psychology of Religion and Coping: Theory, Research, Practice*. Guilford Press. 1997.
39. The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization // *Social Science and Medicine*. – 1995. – Vol. 41. – P. 1403 – 1409.
40. Lahad, M., Shacham, M., & Ayalon, O. *The "BASIC Ph" Model of Coping and Resiliency: Theory, Research and Cross-Cultural Application*. Jessica Kingsley Publishers. 2013

## ДОДАТКИ

## Додаток А

## Розрахунок результатів дослідження за методикою «Анкета SF-36 v2»

Фізичний компонент здоров'я (Physical health – PH)	Фізичне функціонування (PF – Physical Functioning)	73,4
	Рольове функціонування, обумовлене фізичним станом (RP – Role-Physical Functioning)	61,35
	Інтенсивність болю (BP – Bolily Poin)	67,42
	Загальний стан здоров'я (GH – General health)	57,69
Психічний компонент здоров'я (Mental health – MH)	Життєвf активність (VT – Vitality)	55,64
	Соціальне функціонування (SF – Social Functioning)	56,78
	Рольове функціонування, обумовлене емоційним станом (RE – Role Emotionale)	67,47
	Психічне здоров'я (MH – Mental Health)	58,09

Підраховали  $Z$  – значення по восьми шкалах опитувальника за формулами і отримали наступні показники по групі:

$$PF - Z = (PF - 84,52404)/22,89490 = (73,4 - 84,5) / 22,89 = -0,48;$$

$$RP - Z = (RP - 81,19907)/33,797290 = (61,35 - 81,19)/33,79 = -0,58;$$

$$BP - Z = (BP - 75,49196)/23,558790 = (67,42 - 75,49)/23,56 = -0,34;$$

$$GH - Z = (GH - 72,21316)/20,16964 = (57,69 - 72,21)/20,17 = -0,72;$$

$$VT - Z = (VT - 61,05453)/20,86942 = (56,78 - 61,05)/20,87 = -0,20;$$

$$SF - Z = (SF - 83,59753)/22,37642 = (55,64 - 83,59)/22,37 = -1,25;$$

$$RE - Z = (RE - 81,29467)/33,02717 = (67,47 - 81,29)/33,02 = -0,42;$$

$$MH - Z = (MH - 74,84212)/18,01189 = (58,09 - 74,84)/18,01 = -0,93.$$

Підраховали середнє значення показника.

«Фізичний компонент здоров'я (PH)» за формулою:

$$PH_{sum} = (PF - Z * 0,42402) + (RP - Z * 0,35119) + (BP - Z * 0,31754) + (SF - Z * (-0,00753)) + (MH - Z * (-0,22069)) + (RE - Z * (-0,19206)) + (VT - Z * 0,02877) + (GH - Z * 0,24954)$$

$$PH = (PH_{sum} * 10) + 50.$$

Середні показники по групі «Фізичний компонент здоров'я (PH)» виглядають наступним чином:

$$\begin{aligned} PH_{sum} = & (-0,48*0,42)+(-0,58*0,35)+(-0,34*0,32)+(-1,25*(-0,007))+(-0,93* \\ & (-0,22))+(-0,42*(-0,19))+(-0,20*0,02)+(-0,72*0,25)=(-0,2)+(-0,2)+(-0,10)+ \\ & +(-0,008)+(-0,20)+(-0,08)+(-0,004)+(-0,18) = -0,972 \end{aligned}$$

$$PH = (-0,972*10)+50 = 40,28.$$

Підраховували середнє значення показника.

«Психічний компонент здоров'я (МН)» за формулою:

$$\begin{aligned} MH_{sum} = & (PF-Z*(-0,22999))+ (RP-Z*(-0,12329))+ (BP-Z*(-0,09731))+ \\ & +(SF*0,26876)+ (MH-Z*0,48581)+ (RE-Z*0,43407)+ (VT-Z*0,23534)+ (GH-Z* \\ & *(-0,01571)) \end{aligned}$$

$$MH = (MH_{sum}*10)+50.$$

Середні показники по групі «Психічний компонент здоров'я (МН)» виглядають наступним чином:

$$\begin{aligned} MH_{sum} = & (-0,48*(-0,23))+(-0,58*(-0,12))+(-0,34*(-0,097))+ (55,64*0,27)+ \\ & (-0,93*0,49)+(-0,42*0,43)+(-0,2*0,235+(-0,72*(-0,0157)))=0,11+0,07+0,033+ \\ & +15,02+(-0,46)+(-0,18)+(-0,047)+0,011=14,56 \end{aligned}$$

$$MH = (14,56*10)+50=195,6.$$

## Додаток Б

## Критичні значення коефіцієнта кореляції рангів Спірмена

n	ρ		n	ρ		n	ρ	
	0,05	0,01		0,05	0,01		0,05	0,01
5	0,94	-	17	0,48	0,62	29	0,37	0,48
6	0,85	-	18	0,47	0,6	30	0,36	0,47
7	0,78	0,94	19	0,46	0,58	31	0,36	0,46
8	0,72	0,88	20	0,45	0,57	32	0,36	0,45
9	0,68	0,83	21	0,44	0,56	33	0,34	0,45
10	0,64	0,79	22	0,43	0,54	34	0,34	0,44
11	0,61	0,76	23	0,42	0,53	35	0,33	0,43
12	0,58	0,73	24	0,41	0,52	36	0,33	0,43
13	0,56	0,70	25	0,40	0,51	37	0,33	0,42
14	0,54	0,68	26	0,39	0,50	38	0,32	0,41
15	0,52	0,66	27	0,38	0,49	39	0,32	0,41
16	0,50	0,64	28	0,37	0,48	40	0,31	0,40
17	0,48	0,60	29	0,36	0,47	41	0,31	0,39
18	0,46	0,58	30	0,35	0,46	42	0,30	0,39
19	0,44	0,56	31	0,34	0,45	43	0,30	0,38
20	0,42	0,54	32	0,33	0,44	44	0,29	0,37
21	0,40	0,52	33	0,32	0,43	45	0,29	0,37

## Додаток В

Розрахунок  $D$  та  $D^2$  для рангового коефіцієнта кореляції Спірмена, при зіставленні показників депресії і генералізованої тривоги людей різного віку з різних районів проживання ( $N = 45$ )

№ з/п	Депресія	Генералізована тривога	$D$	$D^2$
1	25	14	11	121
2	23	0	23	529
3	13	11	2	4
4	23	10	13	169
5	33	13	20	400
6	61	14	47	2209
7	26	20	6	36
8	11	18	-7	49
9	6	8	-2	4
10	20	8	12	144
11	36	4	32	1024
12	7	13	-6	36
13	16	17	-1	1
14	37	19	18	324
15	6	2	4	16
16	13	18	-5	25
17	18	15	3	9
18	17	15	2	4
19	30	11	19	361
20	16	20	-4	16
21	2	2	0	0
22	38	17	21	441
23	10	16	-6	36
24	9	6	3	9
25	16	19	-3	9
26	10	12	-2	4
27	24	14	10	100
28	18	8	10	100
29	14	11	3	9
30	5	14	-9	81
31	18	20	-2	4
32	16	12	4	16
33	13	6	7	49
34	2	16	-14	196

## Продовження додаток В

<b>№ з/п</b>	<b>Депресія</b>	<b>Генералізована тривога</b>	<b>D</b>	<b>D<sup>2</sup></b>
<b>35</b>	38	7	31	961
<b>36</b>	10	9	1	1
<b>37</b>	9	9	0	0
<b>38</b>	16	6	10	100
<b>39</b>	24	10	14	196
<b>40</b>	18	13	5	25
<b>41</b>	14	8	6	36
<b>42</b>	5	11	-6	36
<b>43</b>	18	11	7	49
<b>44</b>	16	14	2	4
<b>45</b>	13	11	2	4

**Регресійний аналіз показників «депресія» та дистрес» людей  
різного віку з різних районів проживання (N = 45)**

<b>№ з/п</b>	<b>Депресія</b>	<b>Дистрес</b>
<b>1</b>	14	16
<b>2</b>	0	15
<b>3</b>	11	13
<b>4</b>	10	21
<b>5</b>	13	17
<b>6</b>	14	12
<b>7</b>	20	17
<b>8</b>	18	21
<b>9</b>	8	14
<b>10</b>	8	16
<b>11</b>	4	10
<b>12</b>	13	15
<b>13</b>	17	22
<b>14</b>	19	17
<b>15</b>	2	1
<b>16</b>	18	20
<b>17</b>	15	14
<b>18</b>	15	17
<b>19</b>	11	19
<b>20</b>	20	21
<b>21</b>	2	3
<b>22</b>	17	17
<b>23</b>	16	22
<b>24</b>	6	13
<b>25</b>	19	19
<b>26</b>	12	21
<b>27</b>	14	14
<b>28</b>	8	18
<b>29</b>	11	14
<b>30</b>	14	13
<b>31</b>	20	15
<b>32</b>	12	16
<b>33</b>	6	10
<b>34</b>	16	12
<b>35</b>	7	12



## Продовження додаток Г

№ з/п	Депресія	Дистрес
36	9	14
37	9	10
38	6	12
39	10	26
40	13	26
41	8	19
42	11	25
43	11	26
44	14	26
45	11	21

Нехай  $X$  – це показник «депресія»,  $Y$  – показник «дистрес»:

$$\sum_{i=1}^{45} x_i = 532,$$

$$\sum_{i=1}^{45} y_i = 742,$$

$$\bar{x} = \frac{532}{45} = 11,8$$

$$\bar{y} = \frac{742}{45} = 16,5$$

$$\sigma_x = \sqrt{\frac{\sum_{i=1}^{45} (x_i - \bar{x})^2}{n-1}} = \sqrt{\frac{270608}{44}} = 78,4$$

$$\sigma_y = \sqrt{\frac{\sum_{i=1}^{45} (y_i - \bar{y})^2}{n-1}} = \sqrt{\frac{526350}{44}} = 109,$$

$$k_{xy} = \frac{(x_i - \bar{x}) * (y_i - \bar{y})}{n-1} = \frac{520 * 725,5}{44} = 8574,$$

$$r_{xy} = \frac{k_{xy}}{\sigma_x * \sigma_y} = \frac{8574}{78,4 * 109} = 1,$$