

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ  
ЗАПОРІЗЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

ФАКУЛЬТЕТ СОЦІАЛЬНОЇ ПЕДАГОГІКИ ТА ПСИХОЛОГІЇ  
КАФЕДРА ПСИХОЛОГІЇ

**КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА БАКАЛАВРА**

**на тему: СПЕЦИФІКА ПСИХОЕМОЦІЙНИХ СТАНІВ ВНУТРІШНЬО  
ПЕРЕМІЩЕНИХ ОСІБ ВНАСЛІДОК ЗБРОЙНОЇ АГРЕСІЇ РОСІЇ  
ПРОТИ УКРАЇНИ**

Виконала: студентка IV курсу, групи 6.0539  
спеціальності 053– Психологія

освітня програма: Психологія

Пояркова Єлизавета Олександрівна

Керівник: к.пед.н., доцент кафедри педагогіки  
та психології освітньої діяльності Козич І. В.

Рецензент: к.психол.н., доцент кафедри  
психології Железнякова Ю.В.

Запоріжжя – 2023

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ  
ЗАПОРІЗЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

Факультет соціальної педагогіки та психології  
Кафедра психології  
Рівень вищої освіти бакалаврський  
Спеціальність 053 Психологія  
Освітня програма Психологія

**ЗАТВЕРДЖУЮ**

Завідувач кафедри

\_\_\_\_\_

к.психол.н., доцент. Н.О. Губа

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2023  
р.

**ЗАВДАННЯ**

**НА КВАЛІФІКАЦІЙНУ РОБОТУ СТУДЕНТЦІ**

Пояркова Єлизавета Олександрівна

Тема роботи Специфіка психоемоційних станів внутрішньо переміщених осіб  
внаслідок збройної агресії Росії проти України.

керівник роботи Козич І.В. К.пед.наук, доцент кафедри психології та  
педагогіки освітньої діяльності.

затверджені наказом ЗНУ від «22» 02 2023 року № 341-с

2. Строк подання студентом роботи \_\_\_\_\_
3. Вихідні дані до роботи аналіз психолого-педагогічної літератури.
4. Зміст розрахунково-пояснювальної записки: зробити аналіз методів та наявних методик дослідження психоемоційних станів у внутрішньо-переміщених осіб Запорізької області; розкрити специфіку психологічного стану населення, яке перебуває під впливом військових дій; дослідити психологічний стан внутрішньо-переміщених осіб, які перебувають на території Запорізької області; виявити особливості емоційних станів досліджуваних; порівняти виявлені стани, а також визначити ступінь їх прояву, в залежності від віку опитуваних.
5. Перелік графічного матеріалу: 3 таблиці, 10 малюнків.

## 6. Консультанти розділів

Розділ	Прізвище, ініціали та посада консультанта	Підпис, дата	
		Завдання Видав	Завдання Прийняв
Вступ	Козич І. В., доцент		
Розділ 1	Козич І. В., доцент		
Розділ 2	Козич І. В., доцент		
Розділ 3	Козич І. В., доцент		
Висновки	Козич І. В., доцент		

7 Дата видачі завдання \_\_\_\_\_

## КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН

№ з/п	Назва етапів кваліфікаційної роботи	Строк виконання етапів роботи	Примітка
1	Збір та систематизація матеріалу	лютий-березень 2023 р.	Виконано
2	Робота над вступом	березень 2023 р.	Виконано
3	Робота над першим розділом	квітень 2023 р.	Виконано
4	Робота над другим розділом	Квітень-травень 2023 р.	Виконано
5	Написання висновків	травень 2022 р.	Виконано
6	Передзахист	травень 2023 р.	Виконано
7	Нормоконтроль	травень 2023 р.	Виконано

Студент \_\_\_\_\_ Є.О. Пояркова

Керівник роботи (проєкту) \_\_\_\_\_ І. В. Козич

**Нормоконтроль пройдено**

Нормоконтролер \_\_\_\_\_ О. М. Грединарова

## РЕФЕРАТ

Кваліфікаційна робота бакалавра: 41 сторінка, 3 таблиці, 10 малюнків, 27 джерел, 8 додатків.

Об'єктом дослідження є психоемоційні стани внутрішньо переміщених осіб.

Предметом постають особливості психоемоційного стану внутрішньо переміщених осіб різних вікових груп.

Мета роботи – дослідити особливості психоемоційних станів у ВПО різних вікових груп.

Гіпотеза дослідження: Припускаємо, що досвід проживання на територіях проведення бойових дій або перебування на особливо небезпечній території, буде виявлятися у негативних психоемоційних станах ВПО, ступінь прояву яких буде залежати від віку особи.

Методи дослідження: теоретичні: теоретико-методологічний аналіз, класифікація та систематизація наукових джерел, порівняння й узагальнення даних досліджень; емпіричні: спостереження, тестування.

Методики:

Методика «Самооцінка емоційних станів» А. Уессмана і Д. Рікса.

Госпітальна шкала тривоги і депресії (Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS)

Наукова новизна полягає у дослідженні психоемоційних станів внутрішньо-переміщених осіб саме Запорізької області, виявленні вікових особливостей переживання військових дій.

**ВИМУШЕНІ ПЕРЕСЕЛЕНЦІ, ВІЙНА, ПСИХО-ЕМОЦІЙНИЙ СТАН**

## SUMMARY

Poyarkova Y. Specificity of psycho-emotional states of internally displaced people as a consequence of Russia's armed aggression against Ukraine.

The qualifying work consists of Introduction, 2 Chapters, Conclusion, References (27 items), 8 appendixes on 14 pages. The qualifying work volume is 41 pages long, 35 of them – main text. There are 3 tables and 10 illustrations.

Purpose: To study the peculiarities of psycho-emotional states in IDPs of different age groups.

Definition of object and subject.

The object of our research is the psycho-emotional states of internally displaced persons. The subject is the peculiarities of the psycho-emotional state of internally displaced persons of different age groups.

Research goal

We assume that the experience of living in the territories of hostilities or staying in a particularly dangerous territory will manifest itself in the negative psycho-emotional states of IDPs, the degree of manifestation of which will depend on the age of the person.

Tasks:

1. To analyze the available methods of research of psycho-emotional states in internally displaced persons of the Zaporizhzhia region.
2. To reveal the specifics of the psychological state of the population that is under the influence of military operations.
3. Investigate the psychological state of internally displaced persons residing in the Zaporizhzhya region.
4. To reveal the peculiarities of the emotional states of the subjects.
5. To compare the detected conditions, as well as to determine the degree of their manifestation, depending on the age of the interviewees.

Methods: Methodology "Self-assessment of emotional states" by A. Wessman and D. Ricks.

Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS).

Chapter 1. "Methods and techniques of research of psycho-emotional states in internally displaced persons of the Zaporizhzhia region". Contains information about the general methodology and research methods of psycho-emotional states in internally displaced persons of the Zaporizhzhia region. It was shown that conducting research includes certain stages, such as a preliminary survey, determination of inclusion and exclusion criteria, measurement of indicators of psycho-emotional state, as well as analysis and interpretation of the obtained data. The main methods of studying emotional states are surveys, self-assessment. Each of these methods has its advantages and disadvantages and can be used depending on the specific circumstances of the study and its purpose. Considering the wide application of studies of emotional states in modern psychology, the task of researching this sphere of personality during military operations in Ukraine is especially relevant.

Chapter 2. "Peculiarities of psycho-emotional states of internally displaced persons during Russia's armed aggression against Ukraine". Contains information about research results and their analysis. In general, the results indicate the presence of anxiety and depressive symptoms among internally displaced persons as a result of Russia's armed aggression against Ukraine, which may indicate the need for psychological support and correction of their emotional state. An increased level of anxiety is especially noted in the younger age groups. The obtained results can be used for further research into the psycho-emotional state of internally displaced persons and the development of assistance and support programs to improve their mental health.

INTERNALLY DISPLACED PEOPLE, WAR, PSYCHO-EMOTIONAL STATE

## ЗМІСТ

ВСТУП.....	6
РОЗДІЛ 1. МЕТОДИ ТА МЕТОДИКА ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЕМОЦІЙНИХ СТАНІВ У ВНУТРІШНЬО-ПЕРЕМІЩЕНИХ ОСІБ ЗАПОРІЗЬКОЇ ОБЛАСТІ.....	8
1.1. Загальна методика та методи дослідження емоційних станів.....	8
1.2. Особливості та етапи проведення дослідження.....	22
РОЗДІЛ 2. ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОЕМОЦІЙНИХ СТАНІВ ВНУТРІШНЬО ПЕРЕМІЩЕНИХ ОСІБ ПІД ЧАС ЗБРОЙНОЇ АГРЕСІЇ РОСІЇ ПРОТИ УКРАЇНИ.....	28
2.1. Огляд та аналіз отриманих результатів.....	28
2.2. Узагальнення результатів проведеного дослідження.....	32
ВИСНОВКИ.....	36
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	38
ДОДАТКИ.....	42

## ВСТУП

Актуальність. За даними Міністерства Соціальної Політики запровадження воєнного стану в Україні спричинили масове переміщення населення – громадяни лишають свої домівки в пошуках безпеки та захисту. Кількість внутрішньо переміщених осіб від початку повномасштабного вторгнення- з 24 лютого 2022 року сягає 4,9 млн осіб.

Ці люди стали жертвами насильства, терору, втрат та інших травматичних подій, що мали місце і продовжують відбуватись в нашій країні. Дані події спричинили появу психоемоційних проблем, тривожності, постійного страху, гострої стресової реакції, а також в деяких випадках призвели до розвитку посттравматичного стресового розладу, депресії.

При цьому, сучасні наукові дослідження ще не достатньо розглянули питання специфіки психоемоційних станів внутрішньо переміщених осіб, що є вкрай важливим для розуміння проблеми та розробки ефективних стратегій психологічної підтримки. Новизна даного дослідження також буде полягати у виділенні вікової динаміки переживання бойових дій різних вікових груп населення Запорізької області. Отже, дослідження даної теми може сприяти розвитку новітніх наукових знань про психологічні наслідки переживання травматичного досвіду, отриманого під час війни, а також сприяти розробці програм поліпшення та збереження ментального здоров'я українців.

Мета: Дослідити особливості психоемоційних станів у ВПО різних вікових груп.

Визначення об'єкту та предмету.

Об'єктом нашого дослідження є психоемоційні стани внутрішньо переміщених осіб. Предметом постають особливості психоемоційного стану внутрішньо переміщених осіб різних вікових груп.



### Гіпотеза дослідження

Припускаємо, що досвід проживання на територіях проведення бойових дій або перебування на особливо небезпечній території, буде виявлятися у негативних психоемоційних станах ВПО, ступінь прояву яких буде залежати від віку особи.

### Завдання:

1. Зробити аналіз методів та наявних методик дослідження психоемоційних станів у внутрішньо-переміщених осіб запорізької області.
2. Розкрити специфіку психологічного стану населення, яке перебуває під впливом військових дій.
3. Дослідити психологічний стан внутрішньо-переміщених осіб, які перебувають на території Запорізької області.
4. Виявити особливості емоційних станів досліджуваних.
5. Порівняти виявлені стани, а також визначити ступінь їх прояву, в залежності від віку опитуваних.

### Методики:

Методика «Самооцінка емоційних станів» А. Уессмана і Д. Рікса.

Госпітальна шкала тривоги і депресії (Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS).

Наукова новизна полягає у дослідженні психоемоційних станів внутрішньо-переміщених осіб саме Запорізької області, виявленні вікових особливостей переживання військових дій.

Практичне значення нашого наукового дослідження лежить у подальшому використанні отриманих даних для роботи в центрах психосоціальної допомоги вимушеним переселенцям, волонтерських центрах, структурних організаціях, які займаються психологічною підтримкою осіб, що постраждали від війни.

# РОЗДІЛ 1.

## МЕТОДИ ТА МЕТОДИКА ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЕМОЦІЙНИХ СТАНІВ У ВНУТРІШНЬО-ПЕРЕМІЩЕНИХ ОСІБ ЗАПОРІЗЬКОЇ ОБЛАСТІ

### 1.1. Загальна методика та методи дослідження емоційних станів

Дослідженням саме психоемоційних станів займається окрема галузь психології– психодіагностика, яка займається розробкою та впровадженням у практику методів і методик виявлення, вивчення і оцінювання психологічних аспектів особистості. Психодіагностика відділилась як окрема галузь психології тільки у ХХ столітті, що було зумовлено появою нових викликів перед спеціалістами [25].

У структурі функцій психодіагностики виділяють наукову і практичну частину. Наукова функція полягає у розробці нових методів та методик – засобів для оцінки індивідуально-психологічних особливостей індивіда. Існують певні критерії для психодіагностичних методик, що пов'язано із наміром підвищити ефективність їх подальшого практичного застосування.

Практична функція психодіагностики застосовується у власне практичній діяльності лікарів для оцінки індивідуально-психологічних особливостей пацієнта чи групи пацієнтів, які мають спільну ознаку.

Психодіагностика займається розробкою та застосуванням нових методик відповідно до викликів сучасної психології, визначенням способів обробки інформації, інтерпретації результатів дослідження, визначенням сфер застосування методик, їх можливостей, переваг та недоліків, а також можливості подолання недоліків існуючих методів та методик.

Важливим в психодіагностиці є інтерпретація результатів, для більш ефективного застосування методики необхідна наявність чітких шкал чи інших можливостей відліку для мінімізації впливу особистості лікаря на результат.

Методи психодіагностики можуть виявитися корисними у застосування зокрема для практичних психологів в центрах соціально-психологічної підтримки, державних організаціях, школах, підприємствах, лікарнях.

Психодіагностика може бути застосовна під час консультативного процесу в якості виявлення певної проблеми, травматичного досвіду, якщо клієнту важко про це сказати. Такими методами можуть бути проєктивні методики. Також існують різні шкали, які допомагають психологу оцінити ступінь вияву певних симптомів, як страх, тривога, депресивні стани, суїцидальні думки. Особливо важливим є їхнє використання при роботі з особами, які зазнали травматичного досвіду і можуть потребувати психіатричної допомоги. В такому випадку доцільно використовувати такі опитування та спрямовувати клієнтів до певного спеціаліста.

До основних понять психодіагностики відносять:

- Психодіагностична ознака
- Психодіагностична категорія
- Висновок

Виділяють такі психодіагностичні методики:

- Кількісні – стандартизовані тести, що ґрунтуються на отриманні результату в цифровому значенні. Ця методика є ефективною при необхідності швидкої діагностики цілої групи людей. Перевагою є мінімізація суб'єктивного впливу психолога на результат.

- Якісні, або експертні, методики. Зокрема, бесіда, проєктивні методи. Ці методики є більш гнучкими та ефективними, але потребують високої кваліфікації спеціаліста та значно більшої витрати часу на одну людину.

Метою психодіагностики є постановка психологічного діагнозу, тобто опис знайдених психічних та поведінкових властивостей індивіда та прогноз поведінки людини [24, 539].

Сучасна психологія використовує декілька підходів, що доповнюють один одного, а саме: інструментальний, підхід конструювання, гностичний, підхід допомоги, практично орієнтований підхід та інтегральний.

В основі інструментального підходу лежить розуміння психодіагностики як засобу, що містить певний перелік методів виміру індивідуально-психічних станів та властивостей особи. З цієї точки зору, психодіагностика виступає інструментом підбору і використання різних діагностичних підходів відповідно до особливостей конкретного індивіда, а роль психолога зводиться до підбору найбільш підходящої методики. Проте таке визначення психодіагностики є досить обмеженим.

Підхід конструювання полягає у виробленні нових методів та засобів психодіагностики і запровадження їх у практику. В такому разі психодіагностика розглядається лише як засіб створення нових методик чи модифікації старих, таке уявлення також значно обмежує можливості і потенціал психодіагностики і не є повністю прийнятним.

Гностичний підхід передбачає індивідуальний підхід до суб'єкта, він розрахований на розкриття його неповторності та своєрідності. В такому випадку підбір методик перестає бути єдиною метою психодіагностики і спеціаліст може звернути увагу на унікальність та індивідуальність людини.

Підхід допомоги є різновидом психологічної допомоги від спеціаліста, оскільки методики психодіагностики мають ще і терапевтичний ефект. Цей підхід вже більш широко розкриває сутність психодіагностики. Такі методики мають заспокійливий ефект. Заключний етап характеризується підвищенням залученості психолога і його допомоги клієнту.

Підхід, орієнтований на практику, був створений через підвищення актуальності застосування методів психології у професійному та особистому житті індивіда.

Найбільш прогресивним є інтегральний підхід, адже він є об'єднуючою силою усіх підходів. Дійсно, кожний з підходів має свої переваги, а тому просто створювати нові підходи, повністю відрікаючись від старих не є перспективною тактикою. В такому разі психодіагностика є напрямом психології, для якого характерні специфічна методологія та власна теоретична та практична проблематика.

У практичній психодіагностиці виділяють емпіричні методи, яким властиві наступні способи отримання даних: об'єктивні, суб'єктивні та проєктивні.

Об'єктивні способи є найбільш точними і базуються на таких методах, як тестування, опитування, анкетування та спостереження за суб'єктом. Суб'єктивні способи передбачають опис суб'єктом власних переживань та спостереження за власними переживаннями. Але для практичної психодіагностики найбільш чітких результатів можна досягнути, лише об'єднавши різні методик, адже кожна методика має свої переваги та обмеження [8, 21].

Спостереження є дуже важливим етапом психодіагностики, він може бути застосований перед проходженням інших методик та після завершення основної роботи для перевірки і оцінки точності результатів. Спостереження допомагає виявити особливості поведінки індивіда та його емоційний стан. Відносно спостережень приймається рішення про результативність та ефективність інших методик. Проте потрібно пам'ятати про суб'єктивізм спостереження, адже власне спеціаліст може викривити результати спостереження внаслідок його особливостей сприйняття суб'єкту.

Застосування тестів у психодіагностиці має як свої переваги, так і недоліки. До переваг відносимо зменшення суб'єктивної сторони сприйняття спеціаліста, точність результатів, можливість створення рівних умов для суб'єктів дослідження. Для підвищення ефективності застосування тестів необхідно дотримуватися наступних вимог [16, 5]:

1. Надавати однакову інформацію усім об'єктам дослідження щодо виконання певного завдання.

2. Створення максимально подібні умов під час дослідження.

Тести також мають свої недоліки, зокрема, неможливість повністю прибрати дію зовнішніх та внутрішніх факторів, що впливають на результат дослідження. Наприклад: особисте ставлення суб'єкта дослідження до

дослідника, емоційна сфера суб'єкта дослідження у момент дослідження, упередження з боку об'єкта дослідження стосовно психології та ін.

Проективні методики, в свою чергу, дозволяють осягнути особистість в цілому з усіма її індивідуальними особливостями, вивчити підсвідомі механізми дій та вчинків, внутрішні конфлікти. Однак, ці методики вимагають високої кваліфікації спеціаліста, особливо під час інтерпретації результатів дослідження.

Слід зауважити і таку проблему у психодіагностиці, як етика у діяльності психологів. Наразі існує велика кількість відкритих джерел інформації із психології і це становить певну проблему, адже створює ілюзії простоти роботи психолога і знижує рівень відповідальності за результат.

Головними принципами роботи психолога, які сприяють створенню атмосфери довіри і конфіденційності, слід вважати відповідальність за власну роботу і її наслідки, підтримання високої компетентності, відмова від оціночного ставлення під час роботи із людьми, підтримка конфіденційності сесій [22, 46].

#### Методи оцінки настрою

Найпоширенішим способом оцінки настрою є клінічне дослідження або бесіда. Бесіда є елементом загального процесу оцінки майже в кожній опублікованій рекомендації щодо інтерв'ю та є звичайною частиною як психологічного, так і психіатричного обстеження. Це можуть бути структуровані клінічні інтерв'ю або «натуралістичні» інтерв'ю. Останні частіше називають неструктурованими інтерв'ю, під час яких психолог розмовляє з клієнтом на різноманітні теми, з'ясовуючи при цьому рівень настрою (також відомий як афект).

Існує два типи структурованих інтерв'ю. У структурованому клінічному інтерв'ю, такому як структуроване клінічне інтерв'ю для DSM-IV, психолог ставить заздалегідь визначений набір запитань. Додаткові запитання не допускаються. Відповіді клієнта оцінюються відповідно до діагностичних критеріїв. У напівструктурованому клінічному інтерв'ю, такому як

структуроване інтерв'ю для DSM-IV Personality, психолог ставить набір попередньо визначених запитань, але доповнює їх непрописаними подальшими запитаннями, які називаються зондами, щоб отримати більш повне розуміння відповідей клієнта. При проведенні неструктурованого або напівструктурованого інтерв'ю психологи також враховують мову тіла клієнта.

Клінічне інтерв'ю може здатися неструктурованим, оскільки психолог не ставить набір заздалегідь визначених запитань. Тим не менш, досвідчений інтерв'юер обов'язково поставитиме запитання про кожен зі сфер, які вважаються дотичними до питання, проблеми чи розладу.

Існує багато опублікованих інтерпретацій самооцінки, які оцінюють настрій. Нижче наведено огляд деяких найбільш популярних інструментів, які оцінюють настрій, який має особливе місце у поведінці пацієнта (тобто тривога, депресія, манія та ворожість).

#### Широкосмугове дослідження настрою

Опитування темпераменту Гілфорда Циммермана (GZTS) — це опитування з 300 пунктів самооцінки, призначене для осіб віком від 16 років, які мають принаймні восьмий клас освіти. Процес проходження займає від 30 до 60 хвилин. В даному опитуванні бали нараховують за 10-ма аспектами особистості та темпераменту (наприклад, енергійність проти бездіяльності, імпульсивність проти стриманості, дружелюбність проти ворожості та стабільність проти дратівливості). GZTS був розроблений для використання в консультиванні, плануванні кар'єри, підборі персоналу та працевлаштуванні в неклінічні групи населення.

#### Показники тривоги

Шкали, пов'язані з тривогою, з Міннесотського багатофазного опитування особистості-2 (MMPI-2)

Чотири шкали MMPI-2 оцінюють рівень тривожності респондента — одна клінічна шкала (психастенія, або Pt), дві інші шкали - тривога та страх і одна додаткова шкала (фактор А Велша - Welsh's Factor A) [12, 720].

Психастенія - це давній термін, який означає невротичну тривогу, на відміну від реалістичної тривоги. Його було вилучено з психіатричної номенклатури, але шкала залишається в ММРІ-2 як шкала Pt. Це шкала з 48 пунктів, яка оцінює тривожність, незадоволеність собою та психічний стрес. Шкала забезпечує надійний вимір тривоги за станом (або тимчасової тривоги через якісь зовнішні обставини) і тривоги рис характеру (тобто стійкої характеристики особистості).

Шкала тривоги складається з 23 пунктів, які оцінюють фізіологічні симптоми тривоги (наприклад, ускладнене дихання, порушення сну та серцебиття) і когнітивні ознаки тривоги (наприклад, нервозність, напруга та страх, що ви втрачаєте розум). Особи, які отримують високу оцінку за цією шкалою, описуються як такі, що роздумують, інтелектуалізують і займаються ритуальною поведінкою. Вони часто повідомляють про проблеми з концентрацією, хвилюються без вагомої на те причини, також наявні тривожні думки. Оцінки за цією шкалою є досить послідовними і достовірними, якщо тест проводиться більше одного разу протягом короткого періоду часу, наприклад, тижня.

Шкала страхів складається із 23 пунктів і оцінює побоювання щодо певного об'єкта чи обставини та страх заподіяти шкоду чи травму. Він складається з двох компонентів. Компонент «Узагальнені страхи» вимірює відчуття постійної небезпеки респондентів і потенційну шкідливість об'єктів або обставин навколишнього середовища. Компонент «Кілька страхів» оцінює більш конкретні страхи, такі як страх перед звичайними об'єктами чи обставинами.

Шкала Welsh's Factor A представляє один із основних компонентів, що лежать в основі відповідей на ММРІ-2. Вона оцінює ситуаційний стрес, а не генералізовану тривожність, виміряну за шкалою Pt, і зазвичай інтерпретується як міра генералізованої тривожності. Шкалу іноді описують як вимірювання відсутності стійкості «его» або загальної непристосованості [14, 310].

Клінічна шкала тривоги з клінічного переліку Millon



Клінічна шкала тривоги з клінічного переліку Millon (МСМІ-III) містить шкалу з 14 пунктів, яка позитивно корелює з пунктами, що стосуються загального дистресу, і є корисною для діагностики пацієнтів із тривожним розладом. Вміст предмета стосується нервового напруження, нав'язливих думок (зокрема про тривожні чи травматичні події), компульсивної поведінки, надмірного занепокоєння та страху залишитися на самоті. Особи, які отримали високий бал за цією шкалою, мають симптоми, пов'язані з фізіологічним перезбудженням. Таких людей описують як тривожних, неспокійних, нездатних розслабитися, нервових і нерішучих. Вони часто повідомляють про такі симптоми, як безсоння, напруження м'язів, головний біль, нудота, холодний піт, надмірне потовиділення, липкі руки та серцебиття. Фобії можуть бути наявні або відсутні.

#### Шкала тривожності з інвентарю оцінки особистості

Шкала тривоги зі шкали оцінки особистості (РАІ) вимірює когнітивні, емоційні та фізіологічні аспекти тривоги. Елементи РАІ стосуються суб'єктивних почуттів страху, хвилювань, що переживають, і фізичних ознак напруги та стресу [14, 311].

Шкали, пов'язані з тривогою, з опитувальника шістнадцяти особистісних факторів

П'ятий перегляд «Шістнадцяти факторів особистості» Реймонда Кеттелла (16 PF) містить дві шкали факторів, побоювання (фактор О) і напруження (фактор Q4), які вимірюють тривогу та вторинний фактор, званий тривожністю. Підвищення шкали побоювань описує людину, яка скаржиться на надмірне занепокоєння, побоювання, провину та невпевненість. Підвищення шкали напруги описує людину, яка напружена, немотивована, розчарована і відчуває себе перевтомленою. Вторинний фактор тривоги включає елементи, які оцінюють емоційну стабільність і пильність.

#### Шкали тривоги з Переліку симптомів-90

Перелік симптомів-90 R (SCL-90-R) складається зі списку елементів, які описують стани (наприклад, нервозність, страх). Респондентам пропонується

перевірити всі елементи, які їх описують. Тест призначений для використання як для дорослих, і його виконання займає від 12 до 15 хвилин. Питання, що відповідають шкалі тривоги, оцінюють типові симптоми тривоги, такі як почуття страху й жаху, побоювання, напруга, тремтіння, загальна нервозність і паніка. Шкала фобічної тривоги SCL-90-R вимірює постійні страхи перед людьми, місцями, об'єктами чи ситуаціями, які вважаються ірраціональними та призводять до поведінки уникнення або втечі [15, 62].

### Показники депресії

#### Контрольний список депресивних ознак

Методологія контрольного списку ознак потребує від респондента підкреслити ознаку зі списку, якщо він відчуває подібний стан, або залишити пункт порожнім, якщо це не так. Серед найпопулярніших інструментів такого роду — контрольний список ознак депресії (DACL). DACL був розроблений для вимірювання тимчасових настроїв, почуттів і емоцій, пов'язаних з депресією. Ця шкала вимагає рівня читання восьмого класу та була перекладена багатьма іноземними мовами. Існує кілька доступних списків на вибір, на заповнення кожного списку потрібно від 2 до 3 хвилин. Таким чином оцінку можна провести швидко та з мінімальним опором клієнта. Були опубліковані норми як для пацієнтів з депресією, так і для здорових людей, які повідомляють про відсутність симптомів, що потребують уваги. Предмети стосуються позитивного (наприклад, щасливого) і негативного (наприклад, ворожого) настрою.

Переглянутий перевірючий список ознак (MACL-R) складається зі 132 ознак, про які запитують респондентів в контексті їх поточного стану (наприклад, «Як ви почуваетесь сьогодні?») та їхню більш стійку рису (тобто «Як ви загалом почуваетесь?»). Для цього потрібен рівень читання шостого класу та вимірюється як позитивний вплив (наприклад, дружелюбність, ніжність і любов), так і негативний вплив (наприклад, тривога, депресія та ворожість). Він доступний у двох альтернативних формах.

Перевагою цих контрольних списків ознак депресії є стислість і швидке введення. Вони складаються з ненав'язливих елементів, у яких використовуються слова, знайомі пацієнтам, і тестового формату, який не викликає загроз. Вони мають високу зовнішню валідність, і, отже, стимулюють незначний опір клієнта проходженню тестів.

#### Шкали MMPI-2, пов'язані з депресією

Дві шкали MMPI-2 забезпечують вимірювання депресії. Клінічна шкала депресії (D) – це шкала з 57 пунктів, яка містить пункти, що стосуються суб'єктивної депресії, психомоторної відсталості, фізичних збоїв, розумової тупості та задумливості. Основною темою в цій шкалі є психічний дистрес. Ця шкала чутлива до змін настрою — функція, яка робить її корисною для визначення фактичних коливань настрою [24, 543].

Шкала змісту депресії (DEP) складається з 33 очевидних елементів, які стосуються поганого настрою. Пункти шкали оцінюють відсутність потягу, самозниження, перебільшене почуття невдоволення та суїцидальні думки.

Шкали D і DEP відрізняються акцентом, який вони приділяють різним симптомам депресії. Пункти шкали D стосуються переважно вегетативних симптомів (наприклад, проблеми з нестачею енергії, сном і поганим апетитом). Питання, які запитують про когнітивні симптоми депресії (наприклад, відчуття невдачі, непотрібності та самотності), відіграють другорядну роль. Шкала DEP не містить пунктів, що стосуються вегетативних симптомів. Усі пункти оцінюють когнітивні симптоми депресії, такі як почуття нікчемності, неадекватності та неповноцінності.

#### Шкали, пов'язані з депресією, з МСМІ-III

МСМІ-III містить три шкали, які оцінюють проблемний настрій. Шкала дистимії з 14 пунктів запитує про відсутність задоволення, втрату енергії, почуття провини, смуток, мінливий настрій. Шкала великої депресії з 17 пунктів оцінює втрату енергії та апетиту, проблеми зі сном, загальну втому, відсутність задоволення, відчуття порожнечі, нав'язливі спогади, суїцидальні думки, визнання минулих спроб самогубства. Нарешті, біполярна-маніакальна

шкала містить 13 пунктів, що стосуються надмірної активності, піднесення, польоту ідей, мінливого настрою, надмірної балакучості та імпульсивності. Шкала депресивного розладу особистості оцінює клінічну картину особистості, а не настрої, але між шкалами розладу особистості та шкалами настрою існує велика надмірність.

#### Шкала депресії PAI

Шкала PAI Depression (24 пункти) призначена для вимірювання клінічної депресії. Вміст пункту стосується як когнітивних симптомів (наприклад, нещастя, песимізм, апатія та негативізм), так і фізичних симптомів (наприклад, проблеми зі сном, апетитом та енергією). Існує три субшкали, що стосуються когнітивних, психологічних і афективних аспектів депресії [26, 15].

#### Індекс депресії від SCL-90-R

Шкала депресії від SCL-90-R вимірює загальні симптоми депресії, такі як відсутність інтересу, відсутність мотивації (апатія), суїцидальні думки, відмова, крайнє невдоволення та негативний вплив, а також різні тілесні симптоми.

Індекс депресії за тестом чорнильних плям Роршаха та інші показники афекту

Отримані результати за тестом можна інтерпретувати, щоб отримати бали, які стосуються впливу депресії, і один основний індекс, який оцінює депресію.

Перше співвідношення — це співвідношення реакцій форма-колір до реакцій колір-форма та чистого кольору. Відповідь «форма-колір» описує об'єкт, який має чітку форму і також використовує колір для опису сприйняття. Прикладом може бути «жовтий банан». Цей показник вимірює контрольовані емоції. Колірно-формова реакція — це така реакція, коли в видимому об'єкті домінує переважно його колір, а не форма. Прикладом може бути «схоже на блакитне небо». Коли респондент посилається лише на кольори чорнильної плями під час формування відповіді, тоді оцінюється чиста кольорова відповідь. Останні два типи відповідей вимірюють імпульсивність.

Коефіцієнт афективності — це кількість відповідей на останні три картки Роршаха порівняно з кількістю відповідей на перші сім карток. Цей показник вимірює ступінь схильності клієнта ставати імпульсивним і втягуватися в емоційні ситуації. Чистий колір оцінюється, коли респондент використовує колір лише для формування сприйняття, і вказує на нездатність модулювати пережиті емоції. Оскільки багато чорнильних плям є чорними на білому фоні, інколи респондент використовує білий простір, а не чорну чорнильну пляму, щоб сформулювати відповідь. Це називається просторовою реакцією. Відповіді через пробіл оцінюються, коли учасник тестування використовує лише цей пробіл у картці для формування відповіді. Залежно від частоти зустрічання вони можуть означати песимізм і негативізм. Індекс депресії (DEPI) об'єднує ці та інші показники в загальний індекс депресії. Оскільки для достовірної оцінки та інтерпретації Роршаха потрібна велика підготовка, більшість психологів використовують швидші та об'єктивніші методи оцінки психоемоційного стану.

#### Вузькодіапазонні показники депресії

##### Індекс депресії Бека і Гамільтона

Опис депресії Бека — це шкала з 21 пункту, призначена для оцінки клінічної депресії. Респонденти оцінюють кожен пункт за 4-бальною шкалою. Оскільки всі елементи очевидні, шкала схильна до набору хибнонегативних відповідей. Це означає, що респондентам легко підробити відповіді, щоб виглядати пригніченими, хоча насправді вони не пригнічені, і навпаки. Шкала депресії Гамільтона містить переважно елементи, що стосуються більш вегетативних симптомів депресії (тобто сну, апетиту та енергії). Прилад можна використовувати для виявлення більш важких форм депресії [20, 207].

#### Оцінка манії

Манія означає аномально піднесений настрій, який часто супроводжується як надмірною бадьорістю, так і дратівливістю. Під час маніакального епізоду спостерігаються зниження потреби у сні, підвищення енергії, прискорені процеси мислення, надмірна грандіозність і відволікання.

Залежно від тяжкості стану також може бути присутнім марення. Манія відрізняється від імпульсивності втратою самоконтролю та порушенням контролю над емоціями. Зазвичай після маніакального епізоду настає період глибокої депресії. Цей стан був відомий як маніакальна депресія, але тепер відомий як біполярний розлад.

#### Шкала Ма Від ММРІ-2

Клінічна шкала гіпоманії містить 46 пунктів із чотирма основними змістовими областями: аморальність, психомоторне прискорення, незворушність та роздування «Его». Головна тема, яка лежить в основі цих предметів, — імпульсивність [18].

#### Шкала N з МСМІ-III

МСМІ-III містить шкалу Bipolar: Mania з 13 пунктів. Зміст пункту стосується надмірної активності, піднесеності та розкнутості, польоту ідей, мінливого настрою, надмірної балакучості та імпульсивності. Клінічно підвищені показники вказують на те, що пацієнт має лабільні емоції та часту зміну настрою. Під час маніакальної фази симптоми можуть включати постійну течію ідей, напружену мову, надмірну активність, нереалістичні та надмірні цілі, імпульсивну поведінку та вимогливість у міжособистісних стосунках.

#### Шкала манії PAI

Шкала PAI Mania (24 пункти) оцінює як манію, так і гіпоманію (тобто порушення настрою, що нагадує манію, але меншої інтенсивності). Шкала спрямована на визначення таких показників: піднесений настрій, дратівливість, нетерплячість, експансивність, грандіозність і надмірну активність. Шкала має три підшкали, що стосуються рівня активності, грандіозності та дратівливості.

#### Шкали ворожості

##### Шкала ворожості SCL-90-R

Шкала ворожості SCL-90-R стосується таких ознак, як гнів, агресія, гнів і образа, а також більш послаблених почуттів, таких як думки про гнів.

##### Шкала ворожості Кука-Медлі з ММРІ-2

Шкала ворожості (Ho), заснована на вихідному пулі елементів ММРІ, була широко досліджена як предиктор наслідків для здоров'я та фізіологічних механізмів, що лежать в основі зв'язку між ворожістю та здоров'ям. Ці емоції відіграють певну роль у розвитку ішемічної хвороби серця та стилю особистості типу А.

#### Шкала надмірно контрольованої ворожості Мегаргі

Ця шкала, базована на питаннях ММРІ, була розроблена для розрізнення двох типів жорстоких злочинців. Неконтрольовані правопорушники — це тип агресивних, злих, фізично насильницьких осіб, яких окремі особи та суспільство в цілому найлегше визнають небезпечними. Навпаки, надмірно контрольовані злочинці розглядаються як пасивні. Вони пригнічують свої агресивні імпульси і, як правило, дуже скуті, поки не впадуться до жорстокого фізичного нападу. Ті, хто знав цих людей, вважали їх милими, ввічливими членами суспільства і часто були приголомшені, коли дізналися про їх насильницьку поведінку. Елементи ММРІ, які відрізняли неконтрольовану людину, виявляють пасивну та неагресивну особистість. Таким чином, шкала називається «надмірно контрольована ворожість». Дійсність цієї шкали обмежена популяцією правопорушників [24, 544].

#### Оцінка шкал

Усі шкали, які обговорювались, психометрично надійні. Вони мають прийнятну внутрішню узгодженість і надійність тестування та повторного тестування протягом 1-тижневого інтервалу. Більшість цих шкал сприйнятливі до підробок, оскільки вони містять очевидні елементи, що стосуються обмеженого настрою.

Деякі з цих шкал мають загальну шкалу настрою, яка містить основні компоненти змісту або параметри настрою, тоді як інші мають підшкали, які оцінюють конкретні компоненти шкали цієї конструкції.

Вибір шкали залежить від потреб психолога, міркувань часу, обстановки та контексту, в якому відбувається оцінювання, а також мотивації клієнта.

## 1.2. Особливості та етапи проведення дослідження

Дослідження з виявлення особливостей психоемоційних станів внутрішньо-переміщених осіб проводилось на території Запорізької області. Ми обрали даний регіон, бо наразі ця територія є особливо небезпечною для проживання, більша частина є окупованою, а обласний центр- прифронтовим містом. Також для виявлення відмінностей і порівняння виявлених станів нами було створено вибірку з чотирьох різних вікових категорій. Перша з них, це підлітки та юнаки віком від 14 до 19 років. Наступну категорію склали молоді люди віком від 20 до 30 років. Третя та четверта група представляла середній вік (30-45 років) та старший середній вік (46-65 років).

Була поставлена наступна гіпотеза: «Припускаємо, що досвід проживання на територіях проведення бойових дій або перебування на особливо небезпечній території, буде виявлятися у негативних психоемоційних станах ВПО, ступінь прояву яких буде залежати від віку особи».

Етапи проведення дослідження були наступними:

1. Планування дослідження: формулювання мети, завдань, гіпотези, визначення вибірки, методів та інструментів, збір даних та аналіз.
2. Збір даних: рекрутинг досліджуваних, створення репрезентативної вибірки.
3. Врахування етичних аспектів дослідження: забезпечення конфіденційності досліджуваних.
4. Управління дослідженням: підготовка матеріалів опитувальника координація, проходження опитування внутрішньо переміщеними особами Запорізької області.
5. Документування дослідження: фіксація і збереження даних.
6. Аналіз даних: інтерпретація отриманих даних, представлення її за допомогою описової статистики.



7. Узагальнення результатів та підведення підсумків: порівняння з попередніми дослідженнями, перевірка гіпотези, обґрунтування висновків, визначення перспектив подальших досліджень.

До опитування було залучено всього 100 осіб (табл. 1.1.):

*Таблиця 1.1.*

**Вікова та кількісна статистика опитуваних**

<b>Вік</b>	<b>К -сть жінок</b>	<b>К- сть чоловіків</b>	<b>Всього осіб:</b>
14-19	13	12	25
20-30	15	10	25
30-45	13	12	25
46-65	13	12	25

Критерії включення та виключення є важливими елементами дослідження, оскільки вони дозволяють забезпечити однорідність дослідної групи та зменшити вплив факторів, які можуть впливати на результати дослідження.

Критерії включення для дослідження емоційних станів у внутрішньо переміщених осіб включали наступні показники:

- Вік від 14 до 65 років;
- Наявність статусу внутрішньо переміщеної особи;
- Відсутність діагнозу серйозних психічних розладів;
- Проживання на території Запорізької області;
- Наявність згоди на участь у дослідженні.

Критерії виключення були такими:

- Наявність офіційно встановленого психічного розладу;
- Вживання психотропних препаратів або інших медикаментів, що можуть впливати на психоемоційний стан;

- Вагітність або лактація;
- Наявність інших захворювань, що можуть впливати на психоемоційний стан.

Для дослідження були взяті наступні методики:

#### 1. Методика «Самооцінка емоційних станів» А. Уессмана і Д. Рікса.

Це досить простий опитувальник. Він був розроблений американськими психологами, а саме А. Уессманом і Д. Ріксом. Дана методика використовується для самостійного оцінювання емоційного стану загалом, допомагає виявити ступінь втомленості. Дана методика є досить ефективною в тому випадку, якщо необхідно виявити зміни емоційного стану особи протягом певного періоду часу.

Ця методика була вибрана нами, бо вона є простою для проходження респондентами. Вона включає себе 4 шкали, кожна з яких відображає у собі протилежні стани такі як: спокій або тривога; повний запас сил або суцільна втома. Також можна оцінити чи піднесений в людині стан, як було наприклад, у багатьох українців в перші місяці війни, або навпаки спостерігатимемо певну пригніченість, спустошеність. У зв'язку з переїздом з різних причин, зокрема, реальна небезпека для життя, втрата житла, тимчасова окупація люди можуть втрачати впевненість у собі і мати обмеженість у своїх можливостях. Тому усі розділи даної методики чудово підходять для оцінки актуального стану.

Опитуваному пропонується чотири набори тверджень, які мають десятибальну шкалу. Номер вибраного твердження та його зміст будуть найточніше відображати стан наразі.

#### Обробка результатів

Спочатку визначаються показники за кожною зі шкал:

- “Спокійність-тривожність”
- “Енергійність-втомленість”
- “Піднесення-пригніченість”
- “Впевненість у собі-безпорадність”

Кожен з них відповідає обраному респондентом номеру твердження. Далі обчислюють інтегральний показник емоційного стану респондента за формулою:

$$EC = (I1 + I2 + I3 + I4) / 4,$$

де EC – інтегральний показник емоційного стану;

I1, I2, I3 та I4 – індивідуальні показники за відповідними шкалами.

Інтерпретація результатів

EC може змінюватися від 1 до 10.

Якщо він знаходиться в межах 8-10 балів, то його можна інтерпретувати як дуже добрий;

у межах 6-7 балів – як добрий;

4-5 балів – як погіршений;

1-3 бали – як поганий і дуже поганий.

Зразок бланку знаходиться в Додатку А.

2. Госпітальна шкала тривоги і депресії (Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS).

Авторами даної методики є Zigmond A.S. і Snaitth R.P. Основна мета даного опитування полягає в оцінюванні важкості симптомів депресії і тривоги, зазвичай використовується лікарями психіатрами під час прийому. Незважаючи на це, психологи також застосовують цю методику в своїй практиці, особливо коли важливо попередити розвинення розладів, що пов'язані з емоційною сферою особистості.

Інструкція по використанню другої методики:

Опитуваним надається бланк з набором 14 питань та супроводжуючою інструкцією.

Інструкція: не звертайте уваги на цифри та літери, розташовані у лівій частині опитувальника. Прочитайте уважно кожне твердження, і обведіть кружечком відповідну цифру зліва біля варіанта відповіді, яка найбільше відповідає тому, як Ви себе почували минулого тижня. Не роздумуйте занадто

довго над кожним твердженням. Відповідь, яка першою приходить Вам в голову, завжди буде найбільш правильною. Час заповнення 20-30 хвилин.

Шкала депресії включає в себе дві підшкали:

- А – «тривога» (anxiety): непарні пункти 1, 3, 5, 7, 9, 11, 13;
- D – «депресія» (depression): парні пункти 2, 4, 6, 8, 10, 12, 14.

Кожному із тверджень можна обрати варіант із чотирьох запропонованих. Такі варіанти відображають ступінь наростання симптоматики,- градації вираженості ознаки, і кодуються за наростанням тяжкості симптому від 0 балів (відсутність) до 4 (максимальна вираженість).

Зразок бланку знаходиться в Додатку Б.

Розділ 1 нашого дослідження містить опис загальної методики та методів дослідження психоемоційних станів у внутрішньо переміщених осіб Запорізької області. Було показано, що проведене дослідження включає певні етапи, такі як: попереднє опитування, визначення критеріїв включення і виключення, вимірювання показників психоемоційного стану, а також аналіз та інтерпретацію отриманих даних.

Основними методами дослідження емоційних станів є опитування, самооцінка, а також спостереження за мовними та невербальними проявами емоцій. Кожен з цих методів має свої переваги та недоліки і може бути використаний залежно від конкретних обставин дослідження та його мети. Враховуючи широке застосування досліджень емоційних станів у сучасній психології та медицині, розробка та удосконалення методів їх дослідження є надзвичайно важливою задачею для наукової спільноти.

Провівши аналіз наукової літератури виділили декілька психологічних методик для дослідження емоційних станів [11]:

1. Шкала тривожності-депресії Г. Спілбергера та Р. К. Крауна - методика для вимірювання рівня тривожності та депресії.

2. Методика вимірювання емоційного інтелекту М. Майєра та П. Саловея - методика для вимірювання рівня розуміння та управління власними емоціями та емоціями інших людей.

3. Методика «Тест струнки» - методика для вимірювання рівня стресу.

4. Методика «Самооцінка емоційного стану» - методика для вимірювання рівня самооцінки власного емоційного стану. рівень тривоги та депресії.

5. Методика «Емоційний рівень життєвої задоволеності» - методика для вимірювання емоційного рівня життєвої задоволеності.

6. Методика «Самооцінка почуттів» - методика для вимірювання рівня самооцінки власних емоцій.

Ці методики можуть бути використані для дослідження емоційних станів у різних контекстах та різновікових групах людей. Проте, важливо пам'ятати, що підібрані методики повинні відповідати меті дослідження та його конкретним потребам. Для нашого дослідження ми вирішили обрати наступні методики: Госпітальна шкала тривоги і депресії (Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS), Методика «Самооцінка емоційних станів» А. Уессмана і Д. Рікса.

Таким чином, ми можемо зробити такий висновок: для ефективного дослідження психоемоційних станів необхідно використовувати загальну методику та методи, які включають попереднє опитування та вимірювання показників психоемоційного стану. Використання цих методів може допомогти у зборі надійних та об'єктивних даних щодо психоемоційного стану внутрішньо переміщених осіб. Дане дослідження може стати корисним в розробці ефективних програм психологічної підтримки та реабілітації українців, які зазнали втрат і будь-яким чином постраждали під час війни.

## РОЗДІЛ 2.

### ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОЕМОЦІЙНИХ СТАНІВ ВНУТРІШНЬО ПЕРЕМИЩЕНИХ ОСІБ ПІД ЧАС ЗБРОЙНОЇ АГРЕСІЇ РОСІЇ ПРОТИ УКРАЇНИ

#### 2.1. Огляд та аналіз отриманих результатів

Результати за першою методикою

Інтегральний показник емоційного стану респондента (ЕС)

розраховується за формулою:

$$ЕС = (I1 + I2 + I3 + I4) / 4,$$

де ЕС – інтегральний показник емоційного стану;

I1, I2, I3 та I4 – індивідуальні показники за відповідними шкалами.

*Таблиця 2.2.*

#### ЕС для різних вікових груп

<i>Вікова група</i>	<i>ЕС</i>
14-19 років	5.3
20-30	5.91
30-45	6.48
46-65	5.35

Інтерпретація результатів:

ЕС може змінюватися від 1 до 10.

Якщо він знаходиться в межах 8-10 балів, то його можна інтерпретувати як дуже добрий;

у межах 6-7 балів – як добрий;

4-5 балів – як погіршений;

1-3 бали – як поганий і дуже поганий.

Загальний інтегральний показник емоційного стану (ЕС) внутрішньо переміщених осіб (ВПО) різних вікових груп коливається в межах від 4.91 до

6.48, що свідчить про наявність субклінічно виражених різноманітних емоційних станів у досліджуваної групи.

У віці 14-19 років більшість осіб (9) дещо занепокоєні, відчувають себе скуто, трохи стривожені. Другий стан, який було виявлено це знервованість, переживання деякої занепокоєності та страху. Менша частина опитуваних мають стабільний стан та відчувають себе впевнено і непохитно. Найвищий показник сягає 8 балів. Середній інтегральний показник складає 5.3 бали.

У віці 20-30 років стан, який виявлений у більшості осіб є бадьорим, енергійним, молоді люди відчувають себе добре. Незважаючи на це, значна частина(7) відмічає втомленість та брак сил, що є природнім під час військових дій, які тривають вже понад рік. Інтегральний показник сягає 5.91 бали.

Жінки та чоловіки віком 30-45 років дев'ятеро відчувають велику впевненість у собі і мають показник – 9. Десятеро відчувають що їхні вміння дещо обмежені та все ж відчувають себе доволі компетентними.

У віці 46-65 років , найбільше людей занепокоєні і дещо стривожені. Але тут з'являється найнижчий показник тривожності – 1, що показує «1. Повністю збожеволів від страху. Втратив розум. Наляканий труднощами, які не розв'язати.» та показник 10 – цілковиту спокійність. Інтегральний показник склав 5.35 балів.

Основні результати подано в Додатку В.

У дослідженні результати за першою методикою «Самооцінка емоційних станів» А. Уессмана і Д. Рікса доповнюють дані, отримані в ході проведення Госпітальної шкали тривоги і депресії (HADS), показуючи наявність емоційних проблем у внутрішньо переміщених осіб Запорізької області.

Таблиця 2.3.

**Оцінка рівня тривожності і депресії у різних вікових груп з використанням  
Госпітальної шкали тривоги і депресії (HADS)**

	14-19 років	20-30 років	30-45 років	46-65 років
Тривожність	8.68	8.88	7.36	8.24
Депресія	7.2	7.56	7.76	8.4

Згідно з отриманими результатами, серед внутрішньо переміщених осіб, що брали участь у дослідженні, найвищий рівень тривожності був виявлений серед осіб у віці 20-30 років (8,88 балів), а найнижчий - серед осіб у віці 30-45 років (7,36 балів). Усі групи вікових категорій було виявлено субклінічно виражену депресію з результатами від 7,2 до 8,4 балів.

Результати другої методики показали, що особи віком від 14 до 19 років найчастіше:

- Час від часу відчувають напруженість і зрідка розслабляються.
- Іноді виконують все повільно та не відчувають бадьорості.
- Не відчувають паніки та неспокійних думок на постійній основі, а страх є не яскраво вираженим.
- Отримують задоволення від життя так само, як це було і раніше.

Молодь у віці від 20 до 30 років відмічають такі зміни у своєму стані: напруженість, повільність, напруження, неспокійні думки. Дані симптоми виявляються час від часу, також простежується почуття страху у всіх опитуваних. В деяких респондентів страх виявляється дуже сильно і пов'язаний з військовими діями. Незважаючи на такий нестабільний стан, швидко втомлюваність, дані переміщені особи продовжують своє життя та шукають нові можливості для своєї реалізації.

Люди, віком від 30 до 45 років, найчастіше:

- Іноді роблять усе надто повільно.
- Іноді відчувають внутрішнє напруження.



- Іноді відчують страх, але він їх не турбує.
- Слідкують за своєю зовнішністю як і раніше і не відчують непосидючості.
- Іноді крутяться неспокійні думки, але ті речі, що приносили задоволення приносять й на далі.
- Практично увесь час відчують бадьорість
- Часто їм приносить задоволення книга чи телепередача.

Опитувані в категорії старшого середнього віку (46-65 років) перебувають в найбільш негативному стані, відчують страх, їх турбують неспокійні думки, тремтіння. Цей стан тривожності не викликає довготривалого занепокоєння, тому дані особи іноді відчують себе енергійними та в змозі отримувати задоволення від своїх захоплень.

Загалом, результати свідчать про наявність тривожних та депресивних симптомів у всіх вікових категоріях внутрішньо переміщених осіб внаслідок збройної агресії Росії проти України, що може вказувати на потребу у психологічній підтримці та корекції їх емоційного стану. Особливо відзначається підвищений рівень тривожності у молодших вікових категоріях.

Субклінічно виражені симптоми депресії були виявлені внутрішньо переміщених осіб, що свідчить про загальну поширеність цього стану серед цієї групи населення.

Отримані результати можуть бути використані для подальшого дослідження психоемоційного стану внутрішньо переміщених осіб та розробки програм допомоги та підтримки для покращення їхнього психічного здоров'я.

Дослідження показало, що госпітальна шкала тривоги і депресії (HADS) може бути корисним інструментом для виявлення психоемоційних проблем серед внутрішньо переміщених осіб.

Детальні результати за другою методикою розміщені у Додатку Г.

## 2.2. Узагальнення результатів проведеного дослідження

Отже, у загальному вигляді емоційний стан внутрішньо-переміщених осіб залежить в першу чергу від досвіду, отриманому протягом цілого року перебуванні на особливо небезпечній території, а також адаптаційних можливостей особистості. Також важливого значення набувають обставини, в яких опиняється людина після свого переміщення, чи має підтримку, житло, роботу.

Внутрішній стан емоцій фіксується свідомістю суб'єкта на певний момент часу тих відчуттів благополуччя (неблагополуччя) як організму в цілому, так і його частин. Зовні оцінка стану емоцій фіксується висловлюваннями випробуваного за певними ознаками. Стан людини виступає регулятивною функцією адаптації до навколишнього середовища або ситуації.

Перша методика показала, що найбільш стривожені люди віку від 46 до 65 років. Середній показник тривожного стану відмічається в осіб віком від 14 до 19 років. Найбільш психологічно стійкими виявились особи віком 20-45 років, вони майже не відмічають у себе ознак занепокоєності.

Стан втомленості яскравіше виявляється у людей старшого віку(46-65 років), це пов'язано також із уповільненням всіх процесів в організмі, так само і психічних.

Яскравий, піднесений психоемоційний стан і готовність до дій виявили особи віком 20-45 років, зазвичай саме ця категорія населення займається волонтерською діяльністю, приймають активну участь в бойових діях та працюють задля перемоги. Менш високим є рівень енергії у юних людей.

За даними проведеного дослідження, розуміємо, що найбільш вразливими до подій повномасштабного вторгнення Росії в Україну виявились такі категорії: юні особи віком від 14 до 19 років, та старший середній вік(46-65 років).

Саме ці дві категорії відчувають найбільшу стривоженість, а іноді й страх. Тривога може спричинювати фізіологічний відгук організму – тремор кінцівок, дрижання голосу, прискорене серцебиття, озноб. Саме тому важливим постає своєчасне надання психологічної допомоги задля запобігання негативного впливу на організм та закріплення даної реакції на події.

Існує кілька можливих напрямків для подальших досліджень щодо емоційного стану внутрішньо переміщених осіб (ВПО):

1. Глибше дослідження взаємозв'язку між емоційним станом ВПО та їхнім соціально-економічним статусом. Можна досліджувати, як емоційний стан ВПО впливає на їхні можливості отримати роботу, доступ до освіти та інші соціальні питання.

2. Дослідження ефективності психологічних технік корекції емоційного стану ВПО. Такі дослідження можуть допомогти вибрати найбільш ефективні підходи до корекції емоційного стану ВПО та допомогти покращити їх життя.

3. Аналіз впливу емоційного стану ВПО на їхнє фізичне здоров'я. Дослідження показали, що стресові ситуації можуть негативно впливати на фізичне здоров'я людей. Тому важливо досліджувати, як емоційний стан ВПО впливає на їхнє фізичне здоров'я та розробляти підходи до збереження та покращення їхнього фізичного здоров'я.

4. Дослідження ефективності програм психологічної підтримки ВПО. Можна проводити дослідження, щоб оцінити ефективність різних програм психологічної підтримки ВПО, що допоможе покращити якість життя цієї категорії населення.

Ці напрямки подальших досліджень можуть допомогти відкрити нові можливості для покращення емоційного стану ВПО та поліпшення їхнього життя.

Рекомендації щодо покращення емоційного стану внутрішньо переміщених осіб можуть бути різноманітними в залежності від конкретних

вимог та обставин. Однак, на основі аналізу попередніх досліджень та проведення власного, можна запропонувати деякі загальні рекомендації, які можуть бути корисними для покращення емоційного стану ВПО:

1. Надання психологічної допомоги ВПО. Важливо забезпечити доступність професійної допомоги психологів та психотерапевтів, які можуть надати підтримку.

2. Забезпечення безпеки. Для покращення емоційного стану ВПО, важливо створити безпечний простір та зменшити ризики, пов'язані з зовнішніми факторами, які можуть викликати стрес та тривогу.

3. Фізичні вправи та спорт. Регулярні навантаження та заняття спортом можуть допомогти зменшити рівень стресу та тривоги та покращити загальний емоційний стан.

4. Соціальна підтримка. Важливо забезпечити можливість спілкування з рідними та близькими, а також знайти нових друзів та отримати підтримку від громадських організацій.

5. Когнітивно-поведінкова терапія. Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) може бути ефективним методом для покращення емоційного стану внутрішньо переміщених осіб, допомагаючи зменшити рівень тривоги та депресії, зосередження на позитивних аспектах життя та забезпечення позитивної самооцінки.

За результатами проведеного дослідження можна зробити наступні висновки щодо особливостей психоемоційних станів внутрішньо переміщених осіб під час збройної агресії Росії проти України:

1. Внутрішньо переміщені особи мають високий рівень тривожності та депресивних симптомів.

2. Найяскравіші прояви даних негативних психоемоційних станів спостерігалися в групі осіб віком від 30 до 45 років.

3. У внутрішньо переміщених осіб під час збройної агресії Росії проти України спостерігається зниження загальної психологічної стійкості та зростання рівня емоційної нестійкості.

4. Отримані результати свідчать про необхідність психологічної підтримки та реабілітації українського населення, особливо осіб, що зазнали травматичного досвіду та були змушені покинути свої домівки.

5. Існує взаємозв'язок між тривогою та депресією у внутрішньо переміщених осіб, які пережили збройну агресію Росії проти України.

6. Існує певна відмінність між віком на емоційним станом ВПО, проте ця відмінність не є статистично значущою, особливо враховуючи малу вибірку досліджуваних осіб. Необхідне проведення подальших досліджень.

7. Психологічні методи дослідження, використані у даному дослідженні, можуть бути ефективними для вивчення психоемоційного стану внутрішньо переміщених осіб під час збройних конфліктів та кризових ситуацій.

8. Дослідження можуть бути важливим інструментом при розробці програм та інтервенцій для підтримки психічного здоров'я внутрішньо переміщених осіб у зоні конфлікту.

Таким чином, проведене дослідження підтвердило наявність високого рівня тривожності та депресивних проявів у внутрішньо переміщених осіб під час збройної агресії Росії проти України, що свідчить про необхідність комплексної психологічної підтримки та реабілітації цієї категорії населення.

## ВИСНОВКИ

Психоемоційний стан людини є важливим фактором, що впливає на її життєдіяльність та здоров'я. Вивчення цього показника є важливою задачею для психологів та медиків.

Дослідження психоемоційних станів у внутрішньо переміщених осіб та під час збройної агресії Росії проти України є актуальним і важливим завданням для науки та практики.

Для вивчення психоемоційних станів застосовуються різноманітні методики та методи, які дозволяють отримати об'єктивні дані про стан людини. Важливо враховувати особливості та етапи проведення дослідження.

Критерії включення для дослідження емоційних станів у внутрішньо переміщених осіб включали наступні показники:

- Вік від 18 до 65 років;
- Наявність статусу внутрішньо переміщеної особи;
- Відсутність діагнозу серйозних психічних розладів;
- Наявність згоди на участь у дослідженні.

Критерії виключення можуть включати:

- Наявність діагнозу серйозного психічного розладу;
- Вживання психотропних препаратів або інших медикаментів, що можуть впливати на психоемоційний стан;

- Вагітність або лактація;
- Наявність інших захворювань, що можуть впливати на психоемоційний стан.

Для дослідження були взяті наступні методики: Методика «Самооцінка емоційних станів» А. Уессмана і Д. Рікса; Госпітальна шкала тривоги і депресії (Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS).

Отримані результати дослідження психоемоційних станів внутрішньо переміщених осіб в Запорізькій області та під час збройної агресії Росії проти України показали, що ці люди переживають великий стрес та психологічний дискомфорт, що може впливати на їх здоров'я та добробут.

Згідно з отриманими результатами, серед внутрішньо переміщених осіб, що брали участь у дослідженні, найвищий рівень тривожності був виявлений серед осіб у віці 20-30 років (8,88 балів), а найнижчий - серед осіб у віці 30-45 років (7,36 балів). Усі групи вікових категорій виявили субклінічно виражену депресію з результатами від 7,2 до 8,4 балів.

Загалом, результати свідчать про наявність тривожних та депресивних симптомів серед внутрішньо переміщених осіб внаслідок збройної агресії Росії проти України, що вказує на потребу у психологічній підтримці та корекції їх емоційного стану. Особливо відзначається підвищений рівень тривожності у молодших вікових категоріях.

Загальні результати дослідження показали, що внутрішньо переміщені особи Запорізької області також мають складнощі у фізичному аспекті здоров'я. Стрес негативно впливає на організм, особливо якщо це такий значущий фактор, як повномасштабна війна. Наше населення зазнає значного удару, який пізніше виявляється в апатії, пригніченому настрої, відсутності мотивації, почутті безнадії. В разі потрапляння під обстріли, втрати близьких людей та інших особливо травматичних подій в більшості громадян підвищується рівень страху і тривоги, що спричинює складнощі в контролі емоцій.

## СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Гаврилюк, О. М. Психічний стан та переживання внутрішньо переміщених осіб внаслідок збройного конфлікту на сході України. *Наукові записки. Серія: Психолого-педагогічні науки*. 2018. Т. 46. С. 74-78.
2. Калашник Н. С. Діагностика та корекція психоемоційного стану внутрішньо переміщених осіб в контексті збройного конфлікту на сході України. *Педагогіка вищої та середньої школи*. 2016. Вип. 50. С. 105-109.
3. Шевченко О. О. Стан психічного здоров'я внутрішньо переміщених осіб на сході України в умовах збройного конфлікту. *Вісник Чернігівського національного педагогічного університету імені Т.Г. Шевченка. Серія: Психологічні науки*. 2017. Вип. 150. С. 47-52.
4. Спринська З. В. Психологічні особливості внутрішньо переміщених осіб. *Теорія і практика сучасної психології. Загальна психологія, історія психології*. 2018. Вип. 8. С. 50-56.
5. Кердивар В. В. Синдром жертви у внутрішньо переміщених осіб із зони локального воєнного конфлікту : монографія. Харків : НУЦЗУ, 2021. 142 с.
6. Кісарчук З. Г. Психологічна допомога постраждалим внаслідок кризових травматичних подій : метод. посіб. Київ: Ін-т психології ім. Г. С. Костюка, 2015. 206 с.
7. І. Д. Спіріна, С. В. Рокутов, А. В. Шорніков, & Є. С. Феденко. Непсихотичні психічні розлади у внутрішньо переміщених осіб. *Український вісник психоневрології*. 2017. 25(3). С. 63-66.
8. Блинова О. Є. Соціально-психологічні чинники подолання кризи ідентичності вимушених мігрантів / С. Д. Максименко, С. Б. Кузікова, В. Л. Зливкова (ред.). *Особистість як суб'єкт подолання кризових ситуацій: психологія, теорія і практика*. Кн. 2. Київ – Суми, 2017. С. 162–180.



9. Степанова Є. І., Бази́ка Д. А., Позниш В. А., Ярошенко Ж. С., Студеникина О. М., Вдовенко В. Ю., Леонович О. С., Гриценко Т. А. Медико-психологічні проблеми дітей, переміщених із зони АТО. *Медичне забезпечення антитерористичної операції: науково-організаційні та медико-соціальні аспекти : збірник наукових праць / за заг. ред. академіків НАН України Цимбалюка В. І. та Сердюка А. М.* Київ. 2016. С. 193-199.
10. Венгер О. П. , Іваніцька Т. І. Використання біосугестивної терапії для покращення психологічних процесів внутрішньо переміщених осіб під час війни в Україні. *Здобутки клінічної і експериментальної медицини.* 2023. № 4. С. 63–69.
11. Михайлик С. І. Психологічні технології стабілізації та підтримки осіб, що пережили кризові події. Київ. 2022. 68 с.
12. Ahmed A. A. Psychological Consequences of War and Displacement on Sudanese Refugees in Cairo. *International Journal of Mental Health and Addiction.* 2012. Vol. 10, № 5. P. 714-728.
13. Aronow W.S. , Finzi G. , Yin L. , Maguire G.P. Post-traumatic stress disorder in internally displaced persons in conflict zones: A systematic review on its prevalence, risk factors, and treatment options. *Psychology and Neuroscience.* 2019. Vol. 12, № 2. P. 149-162.
14. Babenko K. , Kudriavtseva N. Psychosocial impact of the conflict on internally displaced persons in Ukraine. *European Psychiatry.* 2016. Vol. 33. 318 p.
15. Boychenko I. "Features of the establishment of social and psychological assistance to the ukrainian population in the conditions of opposing the aggressor." *Problems of Psychology in the 21st Century.* 2022. Vol. 16, № 2. P. 58-71.
16. Casanova Dias M. , Coimbra de Matos A. , Rijo D. , Lopes J. , Couto M. & Fontaine A. M. Trauma exposure and mental health outcomes among children in conflict-affected internally displaced populations: A systematic review. *Global Mental Health.* 2021. Vol. 8, № 26.

17. Chvertko L. Financial instruments of social protection of internally displaced persons in Ukraine. *JEL Classification: F52, G2, O1, R11, Q01 P93*. 2022. Vol. 102.
18. Kuryliak V. V. Worldview portrait of a ukrainian refugee." Publishing House "Baltija Publishing. 2022.
19. Kyryliuk Y., Kryvchanska N., Yanchenko N. Psychological resilience in internally displaced persons in Ukraine: *The role of coping strategies and social support. Journal of Affective Disorders*. 2021. Vol. 294. P. 528-536.
20. Miller K. E. , Rasmussen A. War exposure, daily stressors, and mental health in conflict and post-conflict settings: Bridging the divide between trauma-focused and psychosocial frameworks. *Social Science & Medicine*. 2017. Vol. 193, P. 201-209.
21. Miller K. E. , & Rasmussen A. War exposure, daily stressors, and mental health in conflict and post-conflict settings: Bridging the divide between trauma-focused and psychosocial frameworks. *Social Science & Medicine*. 2017. Vol. 193. P. 201-209.
22. Rabinovych M. , Hromoviyak M. , Pavlova T. , Iakovenko V. , Serheta I. , Porotikova K. & Babin I. The mental health of internally displaced persons: An epidemiological study in a conflict-affected region of Ukraine. *Social Science & Medicine*. 2021. Vol. 270, 113678.
23. Rybinska Y. "Psycho-Emotional State of Ukrainian Soldiers Before Going to the Frontline." *BRAIN. Broad Research in Artificial Intelligence and Neuroscience*. 2022. Vol. 13, № 4. P. 182-195.
24. Steel Z. , Chey T. , Silove D. , Marnane C. , & Bryant R. A. Association of torture and other potentially traumatic events with mental health outcomes among populations exposed to mass conflict and displacement: A systematic review and meta-analysis. *JAMA*. 2009. Vol. 302, №5. P. 537-549.
25. United Nations High Commissioner for Refugees (UNHCR). *IASC Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency. Settings*. 2015.

26. Vynnytska, V., Matsunaga, M., Korol, S.V. & Tsuno, N. Exploring the relationship between trauma, resilience, and post-traumatic growth among internally displaced persons in Ukraine. *Journal of Loss and Trauma*. 2022. Vol. 27, №1. P. 1-17.

27. Zhabchenko, I. A., N. G. Korniets, and S. V. Tertychna-Telyuk. "Features of hormonal function in pregnant women-displaced persons." *Medicni perspektivi*. 2019. Vol. 24, № 2. P. 52-58.

## ДОДАТКИ

### Додаток А

#### «Самооцінка емоційних станів» А. Уессмана і Д. Рікса»

##### Спокій - тривожність

10. Досконале спокій. Непохитно впевнений у собі.
9. Виключно холонокровний, на рідкість впевнений і не хвилююся.
8. Відчуття повного благополуччя. Упевнений і відчуваю себе невимушено.
7. В цілому впевнений і вільний від неспокою.
6. Ніщо особливо не турбує мене. Відчуваю себе більш-менш невимушено.
5. Кілька стурбований, відчуваю себе скуто, трохи стривожений.
4. Переживаю деяку заклопотаність, страх, занепокоєння або невизначеність. Знервований, хвилююся, роздратований.
3. Значна невпевненість. Вельми травмований невизначеністю. Страшно.
2. Величезна тривожність, заклопотаність. Ізведен страхом.
1. Абсолютно збожеволів від страху. Втратив розум. Наляканий нерозв'язними труднощами.

##### Енергійність - втома

10. Порив, що не знає перешкод. Життєва сила вихлюпується через край.
9. б'є через край, життєздатність, величезна енергія, сильне прагнення до діяльності.
8. Багато енергії, сильна потреба в дії.
7. Відчуваю себе свіжим, в запасі значна енергія.
6. Відчуваю себе досить свіжим, в міру бадьорий.
5. Злегка втомився. Лінощі. Енергії не вистачає.
4. Досить втомлений. В запасі не дуже багато енергії.
3. Велика втома. Млявий. Мізерні ресурси енергії.
2. Жахливо стомлений. Майже виснажений і практично не здатний до дії. Майже не залишилося запасів енергії.
1. Абсолютно видихався. Нездатний навіть до самого незначного зусилля.

### **Піднесеність - пригніченість**

10. Сильний підйом, захоплене веселощі.
9. Збуджений, в піднесеному стані. Захопленість.
8. Збуджений, в хорошому настрої.
7. Відчуваю себе дуже добре. Життєрадісний.
6. Відчуваю себе досить добре, «в порядку».
5. Почуваюся трохи пригнічено, «так собі».
4. Настрій пригнічений і кілька сумне.
3. пригноблений і відчуваю себе дуже пригнічено. Настрій безумовно сумне.
2. Дуже пригнічений. Відчуваю себе просто жахливо.
1. Крайня депресія і смуток. Пригнічений. Все чорно і сіро. Впевненість в собі - безпорадність.

### **„Впевненість у собі – безпорадність”**

10. Для мене немає нічого неможливого. Зможу зробити все, що захочу.
9. Відчуваю велику впевненість у собі. Впевнений у своїх звершеннях.
8. Дуже впевнений у своїх здібностях.
7. Відчуваю, що моїх здібностей достатньо й мої перспективи хороші.
6. Почуваю себе доволі компетентним.
5. Відчуваю, що мої вміння й здібності дещо обмежені.
4. Почуваю себе доволі нездібним.
3. Пригнічений своєю слабкістю й нестатком здібностей.
2. Почуваю себе жалюгідним і нещасним. Втомився від своєї некомпетентності.
1. Давить почуття слабкості й марності зусиль. У мене нічого не виходить.

### **Шкала "Спокій-тривожність"**

□ вище 5-6 балів. В опитуванні випробуваний показує переважання "Спокою": витриманість, стриманість, терплячість, статечність, розважливність, рівноваженість, незворушність, терпимість.

□ 5-6 балів. У самооцінці випробуваний показує середні показники за шкалою "Спокій-тривожність" без явного переважання одного з полюсів.

□ 1-4 бали. За самооцінці випробуваного прогнозується заляканість, нерішучість, похливість, нервовість, невпевненість, напруженість, боязкість.

### **Шкала "Енергійність-втома"**

□ вище 5-6 балів. Випробуваний оцінює себе як особистість: ініціативний, діяльний, підприємливий, одержимий, спрямований, активний, кипучий, пробивний, кмітливий.

□ 5-6 балів. У самооцінці випробуваний показує середні показники за шкалою "Енергійність-втома" без явного переважання одного з полюсів.

□ 1-4 бали. Випробуваний оцінює себе як: неініціативного, пасивний, інертний, безініціативний, млявий, апатичний, байдужий, повільний.

### **Шкала "Піднесеність-пригніченість"**

□ вище 5-6 балів. Випробуваний оцінює себе як: кипучий, темпераментний, завзятий, поривчастий, енергійний, волелюбний, розкутий, живий, рухливий, жвавий.

□ 5-6 балів. У самооцінці випробуваний показує середні показники за шкалою "Піднесеність-пригніченість" без явного переважання одного з полюсів.

□ 1-4 бали. Випробуваний оцінює себе як: сором'язливий, боязкий, нерішучий, несміливий, заляканий, сором'язливий, пригноблений, зляканий, пригнічений, задавлений.

### **Шкала "Впевненість в собі - почуття безпорадності"**

□ вище 5-6 балів. Випробуваний оцінює себе як: боєць, загартований, рішучий, наполегливий, героїчний, працездатний, сильна, вольова, твердий, безстрашний, відважний, самостійний.

□ 5-6 балів. У самооцінці випробуваний показує середні показники за шкалою "Упевненості-безпорадності" без явного переважання одного з полюсів.

□ 1-4 бали. Оцінюється: без відповіді, слабохарактерний, безмовний, несміливий, слабкий, слабовільний, прибитий.

**«Госпітальна шкала тривоги і депресії  
(Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS)»**

**1.А Я відчуваю напруженість, мені не по собі.**

- 3 Весь час.
- 2 Часто.
- 1 Час від часу, іноді.
- 0 Зовсім не відчуваю.

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

- 0 Безумовно це так.
- 1 Напевно, це так.
- 2 Лише в дуже малому ступені це так.
- 3 Це зовсім не так.

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

- 3 Безумовно це так, і страх дуже сильний.
- 2 Це так, але страх не дуже сильний.
- 1 Іноді, але це мене не турбує.
- 0 Зовсім не відчуваю.

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

- 0 Безумовно це так.
- 1 Напевно, це так.
- 2 Лише в дуже малому ступені це так.
- 3 Зовсім не здатний.

**5.А Неспокійні думки крутяться у мене в голові.**

- 3 Постійно.
- 2 Велику частину часу.
- 1 Час від часу і не так часто.
- 0 Тільки іноді.



**6.D Я відчуваю бадьорість.**

3 Зовсім не відчуваю.

2 Дуже рідко.

1 Іноді.

0 Практично весь час.

**7.A Я легко можу сісти і розслабитися.**

0 Безумовно це так.

1 Напевно, це так.

2 Лише зрідка це так.

3 Зовсім не можу.

**8.D Мені здається, що я почав все робити дуже повільно.**

3 Практично весь час.

2 Часто.

1 Іноді.

0 Зовсім ні.

**9.A Я відчуваю внутрішнє напруження або тремтіння.**

0 Зовсім не відчуваю.

1 Іноді.

2 Часто.

3 Дуже часто.

**10.D Я не стежу за своєю зовнішністю.**

3 Безумовно це так.

2 Я не приділяю цьому стільки часу, скільки потрібно.

1 Може бути, я став менше приділяти цьому уваги.

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

**11.A Я відчуваю непосидючість, немов мені постійно потрібно рухатися.**

3 Безумовно це так.

2 Напевно, це так.

1 Лише в деякій мірі це так.

0 Зовсім не відчуваю.

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

0 Точно так само, як і зазвичай.

1 Так, але не в тій мірі, як раніше.

2 Значно менше, ніж зазвичай.

3 Зовсім так не вважаю.

**13.A У мене буває раптове відчуття паніки.**

3 Дуже часто.

2 Досить часто.

1 Не так уже часто.

0 Зовсім не буває.

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

0 Часто.

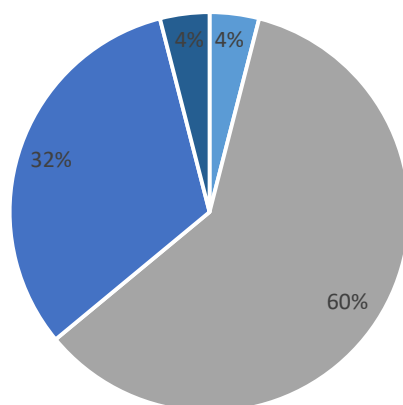
1 Іноді.

2 Рідко.

3 Дуже рідко.

**Додаток В**  
**Діаграма В. 1**

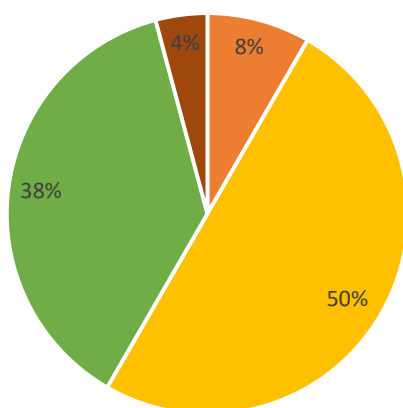
Самооцінка емоційних станів. Результати за віком 14-19 років.



- Поганий і дуже поганий стан
- Погіршений стан
- В рамках норми
- Дуже добрий стан

**Діаграма В. 2**

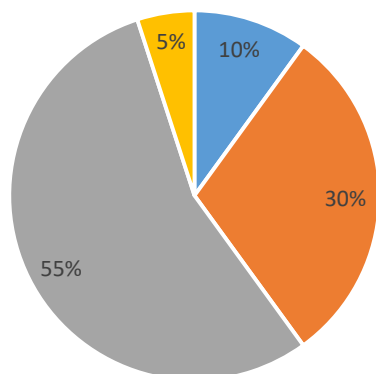
Самооцінка емоційних станів. Результати за віком 20-30 років.



- Поганий і дуже поганий стан
- Погіршений стан
- В рамках норми
- Дуже добрий стан

**Діаграма В. 3**

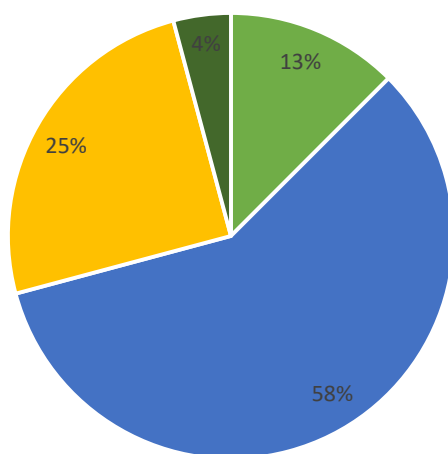
Самооцінка емоційних станів. Результати за віком 31-45 років.



- Поганий і дуже поганий стан
- Погіршений стан
- В рамках норми
- Дуже добрий стан

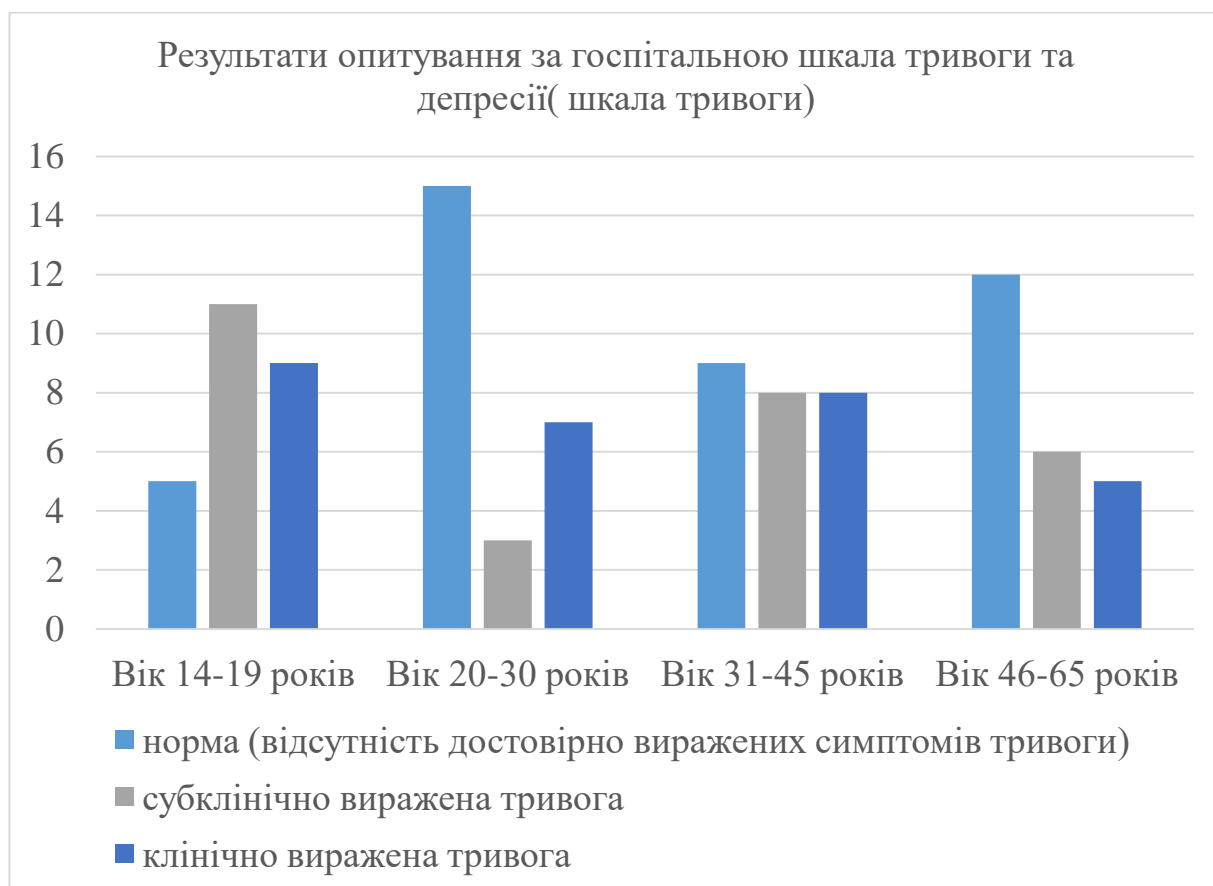
**Діаграма В. 4**

Самооцінка емоційних станів. Результати за віком 46-65 років.

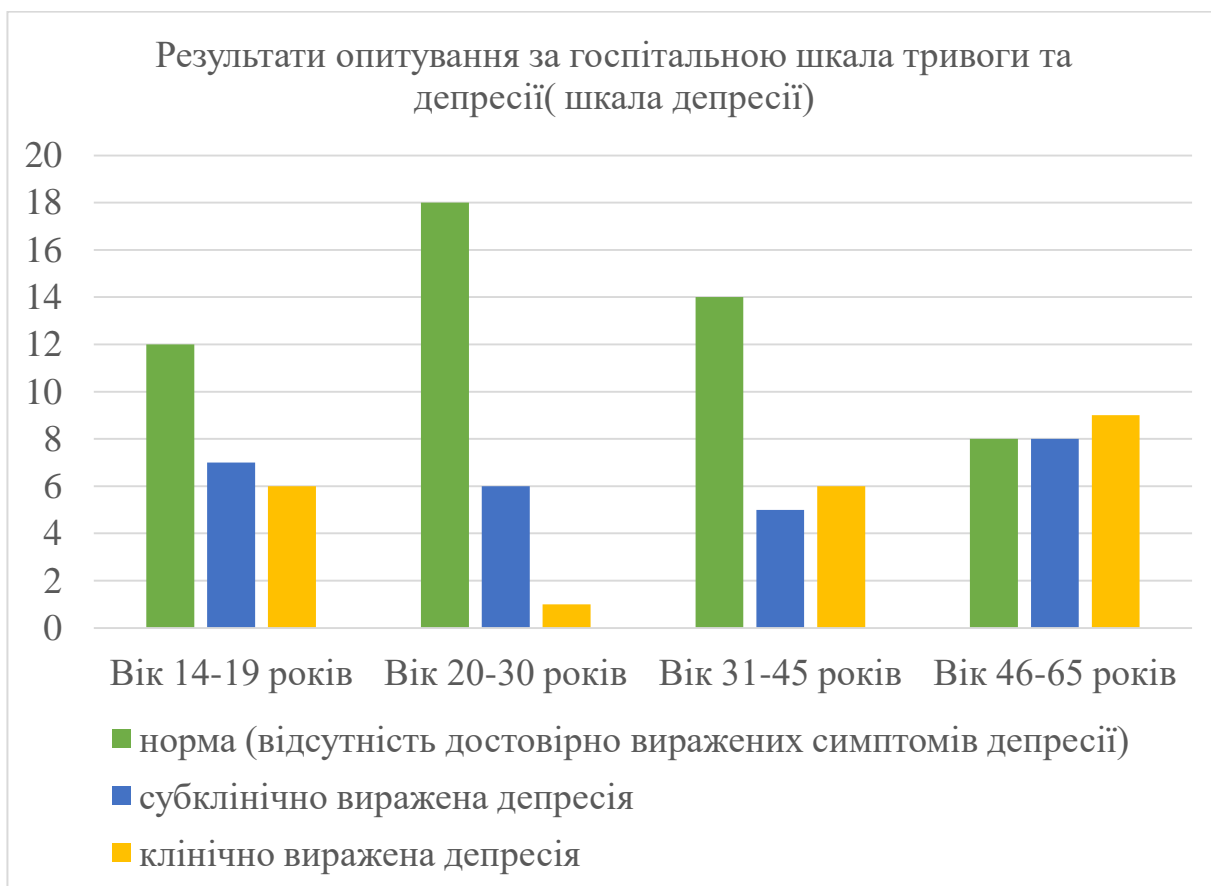


- Поганий і дуже поганий стан
- Погіршений стан
- В рамках норми
- Дуже добрий стан

Діаграма Г. 1



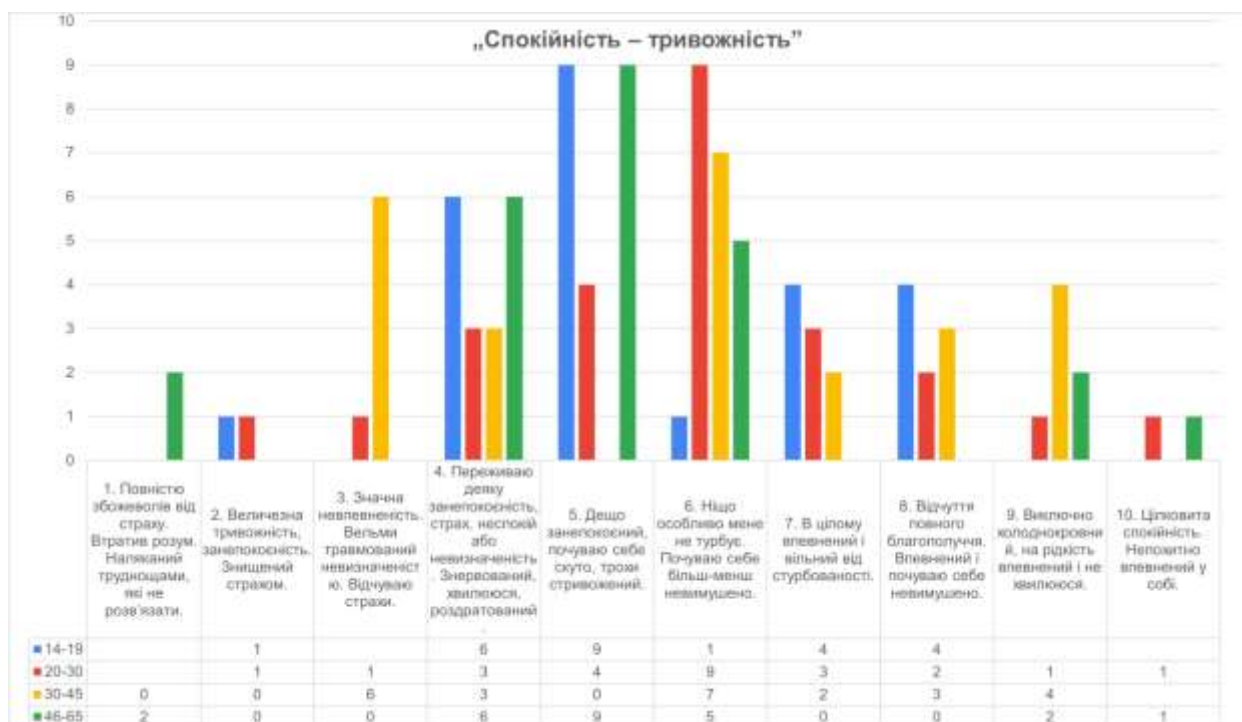
Діаграма Г. 2



## Додаток Д

### Таблиця Д.1

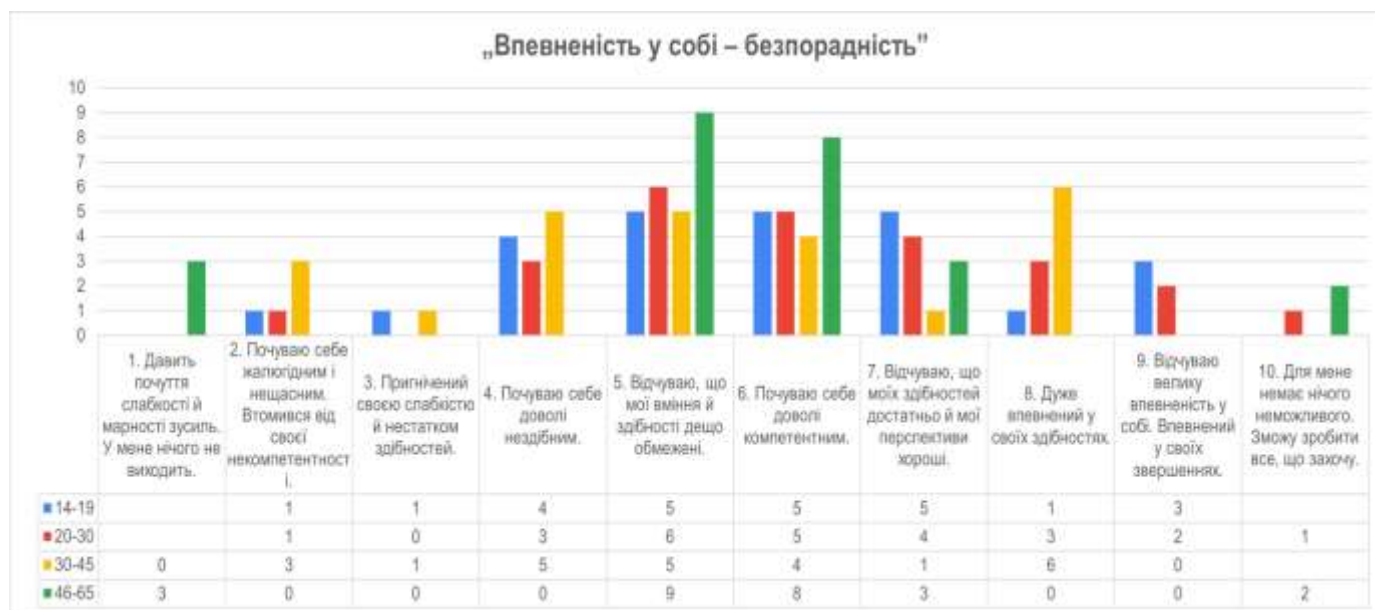
#### Показники спокійності-тривожності у різних вікових групах



## Додаток Е

Таблиця Е.1

## Показники впевненості у собі - безпорадності у різних вікових групах

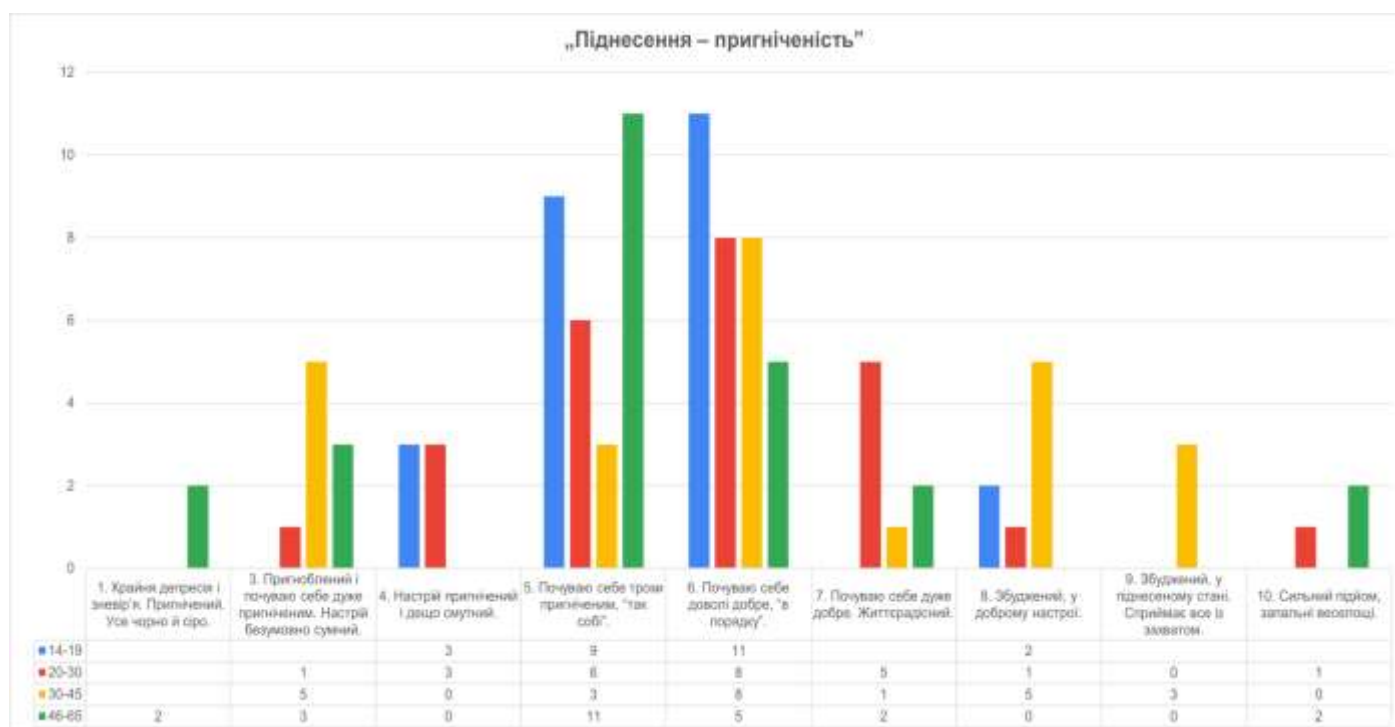




## Додаток Ж

### Таблиця Ж.1

#### Показники піднесення - пригніченості у різних вікових групах



## Додаток И

### Таблиця И.1

#### Показники енергійності - втомленості у різних вікових групах

