

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ

ДОНЕЦЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ ВАСИЛЯ СТУСА

БОЯРСЬКИЙ НАЗАРІЙ ФЕДОРОВИЧ

Допускається до захисту:  
завідувач кафедри психології,  
д-р економ. наук, професор  
\_\_\_\_\_ В.А. Оверчук  
« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2024р.

**ОСОБЛИВОСТІ НАДАННЯ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ПІДТРИМКИ  
ВИМУШЕНИМ МІГРАНТАМ**

Спеціальність 053 Психологія

Кваліфікаційна (магістерська) робота  
(відповідно до стандарту спеціальності та ОП)

Науковий керівник:  
В.А. Оверчук, професор кафедри  
психології,  
д-р економ. наук, канд. психол. наук, професор

\_\_\_\_\_  
(підпис)

Оцінка: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(бали за шкалою ЄКТС/за національною  
шкалою)

Голова ЕК: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(підпис)

Вінниця 2024

## АНОТАЦІЯ

**Боярський Н.Ф.** Особливості надання психологічної підтримки вимушеним мігрантам. Спеціальність 053 «Психологія», Освітня програма «Реабілітаційна психологія в надзвичайних ситуаціях». Донецький національний університет імені Василя Стуса, Вінниця, 2024.

Метою кваліфікаційної роботи «Особливості надання психологічної підтримки вимушеним мігрантам» стало вивчення особливостей та ефективності психологічної підтримки, наданої вимушеним мігрантам, задля розробки рекомендацій для покращення процесу психологічної допомоги для цієї групи.

Таким чином, на теоретичному етапі були проаналізовані та систематизовані підходи до розуміння факторів стресу та психологічних викликів для вимушених мігрантів, а також теорії та моделі психологічної підтримки для них.

На емпіричному етапі визначено психоемоційний стан вимушених мігрантів у Литві шляхом психологічної діагностики відповідними методиками. Встановлено, що застосування психоедукації, особливо у поєднанні з соціальною підтримкою, має позитивний вплив на їх благополуччя.

Ключові слова: психологічна підтримка, вимушені мігранти.

98 с., 4 табл., 21 рис., 2 дод., 55 джерел.

**Boiarskyi N.F.** Peculiarities of providing psychological support to internally displaced persons. Specialty 053 "Psychology", Educational program "Rehabilitation Psychology in Emergency Situations"). Vasyl' Stus Donetsk National University, Vinnytsia, 2023.

The purpose of the qualification work "Peculiarities of providing psychological support to forced migrants" was to study the peculiarities and effectiveness of psychological support provided to forced migrants in order to develop



recommendations for improving the process of psychological assistance for this group.

Thus, at the theoretical stage, approaches to understanding stress factors and psychological challenges for forced migrants, as well as theories and models of psychological support for them, were analyzed and systematized.

At the empirical stage, the psycho-emotional state of forced migrants in Lithuania was determined by means of psychological diagnostics using appropriate methods. It is established that the use of psychoeducation, especially in combination with social support, has a positive impact on their well-being.

Keywords: psychological assistance, internally displaced persons, 98 p., 4 tables, 21 figures, 2 additions, 55 sources.

## ЗМІСТ

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ, СИМВОЛІВ, ОДИНИЦЬ, СКОРОЧЕНЬ І ТЕРМІНІВ .....	5
ВСТУП.....	6
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ПІДХОДІВ ДО ВИВЧЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ПІДТРИМКИ ВИМУШЕНИМ МІГРАНТАМ.....	13
1.1 Фактори стресу та психологічні виклики для вимушених мігрантів .....	13
1.2 Психологічна підтримка як складова соціальної підтримки.....	16
1.3. Теорії і моделі психологічної підтримки .....	17
Висновок до Розділу 1.....	38
РОЗДІЛ 2. ОБГРУНТУВАННЯ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ПІДТРИМКИ ВИМУШЕНИМ МІГРАНТАМ .....	40
2.1 Організація та етапи дослідження.....	40
2.2 Методики проведеного дослідження.....	45
Висновок до Розділу 2.....	51
РОЗДІЛ 3. АНАЛІЗ РЕЗУЛЬТАТІВ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ПІДТРИМКИ ВИМУШЕНИМ МІГРАНТАМ .....	53
3.1 Рівень стресу та психологічних викликів у вимушених мігрантів .....	53
3.2 Ефективність психологічної підтримки .....	60
Висновок до Розділу 3.....	80
ВИСНОВКИ.....	82
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ ТА ЛІТЕРАТУРИ.....	84
ДОДАТКИ.....	91



**ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ, СИМВОЛІВ, ОДИНИЦЬ,  
СКОРОЧЕНЬ І ТЕРМІНІВ:**

КПТ - когнітивно-поведінкова терапія

ПТСР - посттравматичний стресовий розлад



## ВСТУП

**Актуальність дослідження.** У світі спостерігається зростання міграційних процесів через різні фактори, такі як війни, конфлікти, природні катастрофи, політичні та економічні проблеми [12, 17, 20, 21]. Кількість біженців і переміщених осіб, змушених мігрувати по всьому світу через війну, масове насильство та політичну нестабільність, зросла до безпрецедентного рівня. За оцінками, у 1951 році в усьому світі налічувалося 1,9 мільйона біженців і 2,4 мільйона в 1970 році, із різким зростанням до 12,1 мільйона в 2000 році та 14,3 мільйона в 2014 році. Наприкінці 2017 року понад 65 мільйонів людей були переміщені зі своїх рідних регіонів через міждержавні війни, громадянські конфлікти та стихійні лиха. У 2023 році кількість біженців у світі досягла рекордного рівня в 36,4 мільйона із загальної кількості вимушено переміщених осіб у 114 мільйонів осіб [28].

Контрфактичним фактором вимушеної міграції може бути смерть, насильство, передбачувана загроза тілесних ушкоджень, психологічний стрес або серйозні економічні втрати (наприклад, знищення або експропріація власності). Вимушена міграція має потенційні наслідки для приймаючого населення і для самих мігрантів [10].

Повномасштабне вторгнення Росії в Україну у лютому 2022 року спровокувало кризу вимушеного переміщення у регіоні. Багато українців досі перебувають поза межами своєї країни, деякі з них все ще вимушено переміщуються [55]. Військова агресія Росії проти України спричинила найбільшу кризу переміщення в Європі з часів Другої світової війни, що включає масове переміщення мільйонів людей, які потребують гуманітарної допомоги [50].

За даними Верховного комісаріату ООН у справах біженців, «біженці — це люди, які втекли від війни, насильства, конфліктів або переслідувань і перетнули міжнародний кордон, щоб знайти безпеку в іншій країні» [51]. Хоча важливі історичні, культурні, політичні, географічні та соціально-економічні



фактори відрізняють досвід біженців по всьому світу, біженці також мають унікальний досвід, оскільки вони:

- є цивільними особами без ресурсів самозахисту, відкритими для військового травматизму,
- мають повторюваний кумулятивний вплив на такий травматизм,
- зазнають величезних особистих, матеріальних, психосоціальних, буквальних та символічних втрат, включаючи членів сім'ї та близьких, домівки, соціально-економічний статус та спогади,
- переживають кумулятивний психосоціальний стрес, економічні труднощі та нестачу ресурсів під час втечі та роками після переміщення. Військовий стрес сам по собі часто продовжується через вплив новин, турбот про членів сім'ї або втрату членів сім'ї, які все ще проживають у зоні конфлікту.

Усе це може спричинити високий рівень психологічного впливу.

Хоча посттравматичний стресовий розлад (далі – «ПТСР») часто вважається основним наслідком вимушеної міграції, депресія та тривожні розлади є іншими дуже поширеними важкими наслідками. Залежно від контексту, поширеність значно варіюється у різних дослідженнях. Однак, середні оцінки вказують, що приблизно третина біженців перетинають діагностичний поріг для посттравматичного стресового розладу, депресії та тривожних розладів [37]. Хоча конкретних даних щодо війни в Україні немає, одне велике попереднє дослідження внутрішньо переміщених українців вказує на подібний вплив серед них [48]. Таким чином, більша кількість людей, ніж вищезазначені, потенційно потребуватиме психологічної допомоги в різних ступенях.

Слід відмітити, що обов'язкові чи рекомендовані медичні огляди в приймаючих країнах часто не зосереджуються на психічному здоров'ї. Недостатня увага до ментального здоров'я може бути пов'язана з незнанням цих станів медичними працівниками, невидимістю психічних захворювань,

стигмою щодо біженців, їхніх сімей і надавачів послуг, а також відсутністю ресурсів та навичок для їх обробки у разі діагностики.

Виклик для отримання психологічної допомоги біженцями полягає в необхідності з системою охорони здоров'я у приймаючих країнах. Надання зрозумілих алгоритмів отримання первинної медичної допомоги та способів зв'язку з психологами через агентства з міграції та організації, що допомагають біженцям (включаючи способи доступу до фінансової підтримки для цих послуг, коли це потрібно), є вирішальним. Те ж саме стосується надання базової інформації про симптоми тривожності, депресії та ПТСР, які можуть піддаватись лікуванню. Потенційні бар'єри у пошуку допомоги серед українських біженців (та інших біженців) можуть включати стигму, сором, недовіру до психіатрії та менше розуміння психічних захворювань [13]. Проблемно-орієнтований підхід, а не орієнтований на соціальні ярлики, може допомогти подолати стигму.

Подолання психологічних та емоційних труднощів є ключовим аспектом для успішної соціальної інтеграції вимушених мігрантів у новому оточенні. Психологічна підтримка може вплинути на їхню здатність до адаптації та відновлення. Важливість надання психологічної підтримки мігрантам стає об'єктом уваги громадської думки та політичних рішень. Розуміння ефективних методів і стратегій надання психологічної допомоги може вплинути на прийняття правильних рішень у сфері міграційної політики.

Незважаючи на важливість теми, дослідження в сфері психологічної підтримки вимушеним мігрантам ще потребує подальшого дослідження та розвитку. Розуміння найкращих практик та інноваційних підходів може сприяти покращенню якості психологічної підтримки для цієї уразливої групи населення.

Отже, враховуючи ці аспекти, тема дослідження про психологічну підтримку вимушеним мігрантам є актуальною і важливою для нашого сучасного світу.



**Мета дослідження:** вивчення особливостей та ефективності психологічної підтримки, наданої вимушеним мігрантам, задля розробки рекомендацій для покращення процесу психологічної допомоги для цієї групи.

**Об'єкт дослідження:** психологічна підтримка вимушених мігрантів.

**Предмет дослідження:** особливості психологічної підтримки вимушених мігрантів у Литві.

**Гіпотеза дослідження:** психологічна підтримка у поєднанні з соціальною підтримкою, надана вимушеним мігрантам з України до Литви, має більш виражений позитивний вплив на їхню психологічну адаптацію та зменшує ризик виникнення психологічних проблем після міграції.

Ця гіпотеза передбачає, що важливим чинником для покращення психологічної адаптації вимушених мігрантів з України до Литви є поєднання психологічної підтримки та соціальної підтримки.

Наше дослідження спрямоване на перевірку цієї гіпотези на основі зібраних даних та аналізу результатів.

**Завдання дослідження:**

1. Вивчити фактори стресу та психологічні виклики, з якими стикаються вимушені мігранти під час міграції та перебування у новому середовищі.
2. Провести експериментальне дослідження з метою оцінки ефективності різних методів і програм психологічної підтримки для вимушених мігрантів.
3. Провести експериментальне дослідження з метою оцінки ефективності психологічної підтримки та соціальної підтримки вимушених мігрантів.
4. На основі отриманих результатів розробити рекомендації для покращення процесу надання психологічної допомоги вимушеним мігрантам, зокрема вказати на можливість адаптації і впровадження інноваційних методів.
5. Підбити підсумки дослідження, виділити ключові висновки та відповісти на питання, поставлені в гіпотезі.

**Методи дослідження:**

1. **Анкетування:** анкета для мігрантів, щоб дізнатися їхні враження та думки щодо отриманої психологічної підтримки та участі в освітніх програмах. Анкетування дозволяє отримати кількісні дані.

2. **Спостереження:** вивчення психологічної адаптації мігрантів через спостереження їхньої поведінки та взаємодії з програмами.

3. **Порівняльний аналіз:** порівняння групи мігрантів, які отримали психологічну та соціальну підтримку, з групою, яка отримала лише психологічну підтримку, та з першочатковими результатами.

4. **Статистичний аналіз:** використання статистичних методів для обробки та аналізу даних, отриманих в ході дослідження.

5. **Оцінка психологічного стану:**

- Шкала реактивної та особистісної тривожності Спілбергера-Ханіна [3, с. 161-169]

- Методика «Модифікована шкала суб'єктивного благополуччя БіБіСі» (The Modified BBC Subjective Well-being Scale (BBC-SWB) (P. PONTIN, M. SCHWANNAUER, S. TAI, & M. KINDERMAN) (адаптація Л.М. Карамушки, К.В. Терещенко, О.В. Креденцер) [1]

- Методика «Шкала позитивного ментального здоров'я» (Positive Mental Health Scale (PMH-scale) (J. LUKAT, J. MARGRAF, R. LUTZ, W.M. VAN DER VELD, & E.S. BECKER) (адаптація Л.М. Карамушки, О.В. Креденцер, К.В. Терещенко) [1]

- Тест «Стійкість до стресу» [2, с. 15-16]

**Наукова новизна роботи:** полягає у розробці інтегрованої моделі психологічної підтримки та соціальної підтримки для вимушених мігрантів, що сприяє їх соціальній адаптації та психологічному відновленню у мультикультурному та транснаціональному контексті.

**Практичне значення отриманих результатів дослідження:**

- дослідження може сприяти розробці адаптованих психологічних стратегій та інтервенцій, специфічних для ситуації вимушених мігрантів з України, які потрапили в Литву;



- результати дослідження можуть бути включені в порівняльний аналіз із психологічною підтримкою вимушених мігрантів в інших країнах. Це дозволить виявити схожість та відмінності в реакціях та потребах цієї групи мігрантів;

- результати дослідження можуть мати важливе практичне застосування для організацій та урядових структур, які надають підтримку мігрантам та розробляють політику щодо їхнього прийому та інтеграції.

**Апробація результатів дослідження.** Апробація результатів роботи відбувалася шляхом публікації у науковій статті та публікації тез у збірниках конференцій:

1. Overchuk, V., Liashch, O., Ihnatovych, O., Sarancha, I., Boiarskyi, N., & Boiarska, Z. (2023). Psychological resources of the individual style of overcoming stress in the conditions of military aggression. *Amazonia Investiga*, 12(62), 221-229. <https://doi.org/10.34069/AI/2023.62.02.22>. [41].

2. Boiarskyi, N.; Shelest, Anastasiia; Boiarska, Zoryna. The health problems of non-binary and transgender people in conditions of combined long-term stress // Актуальні проблеми реалізації адаптаційного потенціалу особистості в сучасних умовах життєдіяльності : Матеріали I Міжнародної науково-практичної конференції, 18–19 листопада 2022 р. / За ред. проф. В. А. Оверчук. Вінниця : Вид-во ФОП Кушнір Ю. В. 2022, р. 68-72. [11].

Також апробація результатів відбулась під час Семінару про роль молодіжної роботи у підтримці психічного благополуччя молодих людей, які постраждали від війни (12-15 листопада 2023 року, Європейський молодіжний центр в Будапешті), організованого Радою Європи та Міністерством молоді та спорту України [36]. Під час семінару було презентовано результати цього дослідження, а також використані елементи розробленого в межах дослідження психоедукаційного тренінгу. За результатами семінару також розроблено рекомендації щодо ролі молодіжної роботи у підтримці психічного благополуччя молодих людей, які постраждали від війни.

**Структура роботи:** робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків до розділів, загальних висновків, списку використаних джерел та літератури з 55 найменувань та 2 додатків. Загальний обсяг роботи 98 сторінок, з них основного змісту - 83. Робота містить 4 таблиці та 21 рисунок.





## РОЗДІЛ 1.

### ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ПІДХОДІВ ДО ВИВЧЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ПІДТРИМКИ ВИМУШЕНИМ МІГРАНТАМ

#### 1.1 Фактори стресу та психологічні виклики для вимушених мігрантів

Вимушені мігранти, особливо ті, які втекли від конфліктів, природних катастроф або політичного переслідування, зазнають великого стресу і стикаються зі значними психологічними викликами. Найважливішими факторами стресу та психологічних викликів, з якими стикаються вимушені мігранти є:

- Травматичні досвіди. Багато вимушених мігрантів пережили травматичні події, такі як бойові дії, насильство, загибель близьких. Ці досвіди можуть викликати ПТСР і важкі психологічні наслідки.
- Втрата дому та стабільності. Вимушена міграція призводить до втрати дому, місця проживання та рутину життя. Це може викликати відчуття втрати стабільності та безпеки.
- Розрив сім'ї та соціальних зв'язків. Переселення може призвести до розриву сімейних зв'язків та віддалення від друзів і родичів. Це може викликати відчуття відокремлення та самотності.
- Фінансові труднощі. Вимушені мігранти часто втрачають роботу та стикаються з фінансовими труднощами. Неспроможність забезпечити себе та свою родину може викликати стрес і тривожність.
- Нестабільність статусу та правовий статус. Багато мігрантів стикаються з несамо визначеністю та правовими складнощами щодо їхнього статусу в новій країні. Це може створити почуття несигурності.
- Адаптація до нового середовища. Навіть у тих випадках, коли мігранти мають можливість знайти притулок в іншій країні, адаптація до нового середовища, культури, мови та звичаїв може бути дуже важкою.

- Психологічний тиск і дискримінація. Деякі вимушені мігранти можуть стикатися з психологічним тиском та дискримінацією в новій країні. Це може погіршити їхній психологічний стан.

- Соціальні стереотипи. Стосовно вимушених мігрантів може існувати негативний стереотип у суспільстві, що може викликати стигматизацію та відчуття відторгнення.

Таким чином, міграція пов'язана зі специфічними стресовими факторами, головним чином пов'язаними з міграційним досвідом і необхідним процесом акультурації, що відбувається під час адаптації до приймаючої країни. Ці основні стресори можуть мати потенційні наслідки в багатьох сферах, включаючи психічне здоров'я. Поширеність ПТСР серед мігрантів є дуже високою (47%), особливо серед біженців, які відчують це майже вдвічі частіше, ніж трудові мігранти. Мігранти часто зазнають певних факторів ризику для проблем психічного здоров'я, головним чином пов'язаних зі стресовими та травмуючими переживаннями, включаючи расову дискримінацію, міське насильство, жорстоке поводження з боку співробітників правоохоронних органів, примусове видалення або розлучення з сім'єю, затримання або самотність, та/або депортація. Стрес і травми тісно пов'язані з ризиком психічних розладів, включаючи, але не обмежуючись, ПТСР, великий депресивний розлад, психоз і самогубство [15].

Стрес в сучасному розумінні є складним та багатовимірним явищем, яке може виникнути від впливу різних факторів навколишнього середовища, відомих як стресори. Цей процес викликає фізичну та психологічну реакцію у людини, і вона повинна адаптуватися до цієї реакції. Адаптація в цьому контексті розглядається як динамічний процес, під час якого різні аспекти людського життя, включаючи думки, почуття, поведінку і біофізіологічні механізми, постійно змінюються, щоб відповідати змінюючомуся середовищу. Цей процес адаптації може бути важливим для забезпечення життєвої рівноваги, але в певних випадках може призвести до перевантаження ресурсів організму. Внаслідок цього, може розвиватися психічний розлад зі



специфічними симптомами та поведінкою. У деяких випадках це може включати в себе серйозні форми поведінки високого ризику, такі як самогубство.

Міграція, або переїзд у нове місце проживання, також може стати одним із основних джерел хронічного стресу для багатьох людей. Під час міграції люди часто змушені змінювати своє соціальне середовище, культурні звичаї, мову та інші аспекти свого життя, що може викликати стрес та потребу в постійній адаптації.

Літературні огляди вказують на зростаючу кількість вимушених мігрантів у світі та необхідність раннього виявлення поганої адаптації та втручання, щоб сприяти позитивній адаптації в цих спільнотах, що є критично важливим для глобального громадського здоров'я [14, 15, 20].

Дослідження також показують, що інтергенераційна травма, яка відноситься до способів, якими травма, пережита одним поколінням, впливає на здоров'я та добробут майбутніх поколінь, може включати ряд психіатричних симптомів, а також збільшену вразливість до стресу [7, 23, 27, 35, 45].

Аналіз попередніх літературних джерел показав, що питання розриву сім'ї та соціальних зв'язків та впливу цього фактору на психологічний стан мігрантів досліджене недостатньо. Так, є поодинокі дослідження, які включають розповіді про розлучення сімей на кордоні США та їх довгострокові наслідки для розвитку дитини, а також вплив на дітей-іммігрантів та біженців, які часто переживають травми, незважаючи на те, що це може бути прихованим або не визнаним; освітні виклики, з якими стикаються біженці-діти перед прибуттям до США, можуть продовжувати впливати на них академічно навіть після їх переселення; про найбільш важкі травми пов'язані з примусовим або раптовим розлученням з батьками або опікунами, які можуть ставити дітей у ризик розвитку «токсичного стресу» [29].

## 1.2 Психологічна підтримка як складова соціальної підтримки

Психологічна підтримка є важливою складовою підтримки для вимушених мігрантів, які стикаються зі стресом та психологічними викликами внаслідок конфліктів, природних катастроф або політичного переслідування.

Психологічна підтримка має надзвичайно важливе значення для зниження психологічних наслідків вимушеної міграції та поліпшення психологічного благополуччя мігрантів. Ключовими аспектами, які визначають це значення є:

- Подолання стресу і тривожності. Мігранти стикаються зі значним стресом і тривожністю через втрату стабільності та невизначеність майбутнього. Психологічна підтримка надає їм можливість виразити свої почуття, розуміти їх і знаходити способи подолання стресу та тривожності.
- Лікування ПТСР. Мігранти, які пережили травматичні події, можуть розвивати ПТСР. Психологічна підтримка, включаючи психотерапію, може допомогти їм подолати наслідки цього розладу та зменшити вираженість симптомів.
- Сприяння соціальній підтримці. Психологи та терапевти можуть допомагати мігрантам розбудовувати нові соціальні зв'язки і відновлювати старі. Це сприяє зниженню відчуття соціальної ізоляції та самотності.
- Підвищення самосвідомості і саморозуміння. Психологічна підтримка допомагає мігрантам розуміти свої почуття, думки та реакції на стресові ситуації. Це сприяє підвищенню самосвідомості та розвитку копінг-стратегій.
- Поліпшення якості життя. Шляхом надання психологічної підтримки можна поліпшити якість життя мігрантів, допомагаючи їм зосередитися на позитивних аспектах та цінностях у їхньому новому житті.
- Сприяння адаптації. Психологи можуть допомогти мігрантам у процесі адаптації до нового середовища, включаючи адаптацію до нової культури, навчання мови та засвоєння нових навичок.



- Запобігання подальшим психологічним проблемам. Психологічна підтримка може запобігти розвитку подальших психологічних проблем та покращити загальне психологічне благополуччя мігрантів.

Усі ці аспекти підтверджують важливість надання психологічної підтримки для вимушено переселених осіб, яка сприяє їхньому психологічному відновленню, адаптації та покращенню якості життя після втрат і стресів, пов'язаних з міграцією.

### **1.3 Теорії і моделі психологічної підтримки**

Існує кілька теорій і моделей психологічної підтримки, які допомагають розуміти та організувати процес надання допомоги особам у стресових ситуаціях, включаючи вимушену міграцію.

**Модель кризової психологічної підтримки.** Основна ідея моделі базується на ідеї, що в стресових ситуаціях, таких як вимушена міграція, особи потребують кризової психологічної підтримки для подолання кризи та відновлення стабільності. Модель передбачає реагування на кризові ситуації, надання емоційної підтримки, активного слухання та сприяння адаптації.

Модель кризової психологічної підтримки не має конкретного автора, оскільки ця модель розвивалася впродовж часу через спільні зусилля багатьох психологів, психотерапевтів і дослідників, які працюють у сфері психологічної допомоги в кризових ситуаціях. Однак багато психологів та дослідників, включаючи Еріха Ліндемманна, надали важливий внесок у розробку концепції кризової психологічної підтримки. Ліндемманн визначив поняття «психологічна криза» та розглянув вплив стресових подій на психічне здоров'я та поведінку людини. Першим кроком є розуміння та ідентифікація ситуації, що викликала кризу. Другим - емоційна підтримка: надання психологічної підтримки та розмова, яка сприяє виразу емоцій та почуттів. Третім - активне слухання: психолог або консультант активно слухає особу, яка переживає кризу, та допомагає їй зрозуміти та висловити свої почуття. Четвертий крок - сприяння адаптації і подоланню кризи: психолог надає

поради щодо подолання кризи, розвитку копінг-стратегій та відновлення стабільності. П'ятий крок - запобігання подальшим кризам: важливо враховувати можливість подальших криз і розробити план для їх запобігання [32].

**Теорія соціальної підтримки.** Основна ідея теорії соціальної підтримки - важливість соціальної підтримки в управлінні стресом та психологічними проблемами. Вона стверджує, що люди, які мають сильні соціальні зв'язки, краще справляються зі стресом. Теорія враховує вплив соціальних мереж, підтримки від родини та друзів, спільноти та професійних мереж на психологічне благополуччя. Соціальна підтримка - це широкий концепт, і різні дослідники внесли вагомий внесок у розуміння цього поняття.

Під керівництвом Шелдона Коена, професора психології Університету Роберта Е. Доерті в Коледжі гуманітарних і соціальних наук Дітріха, дослідники перевірили, чи діють обійми як форма соціальної підтримки, та чи можуть вони сприяти захисту людей у стані стресу від захворювання. Результати дослідження, опубліковані в *Psychological Science*, показують, що більша соціальна підтримка та частіші обійми захищають людей від підвищеної сприйнятливості до інфекції, пов'язаної зі стресом, і призводять до менш серйозних симптомів хвороби.

Коен і його команда вирішили досліджувати обійми як приклад соціальної підтримки, оскільки обійми зазвичай є ознакою більш інтимних і близьких стосунків з іншою людиною. Використовуючи вибірку з 404 здорових дорослих, вони досліджували роль передбачуваної соціальної підтримки та отриманих обіймів у захисті від сприйнятливості до інфекційних захворювань, викликаній міжособистісним стресом. Відчувану підтримку оцінювали за допомогою анкети, а щоденні міжособистісні конфлікти та отримання обіймів оцінювали за допомогою телефонних інтерв'ю протягом 14 вечорів поспіль. Згодом учасники піддалися впливу вірусу, який викликає звичайну застуду, і перебували під наглядом на карантині для оцінки інфекції та ознак хвороби. Уявна підтримка захищає від підвищення ризику зараження,



пов'язаного зі збільшенням частоти конфліктів. Подібний ефект буферизації стресу виявився для об'ємів, що пояснює 32% послаблюючого ефекту підтримки. Серед інфікованих учасників більша сприйнята підтримка та частіші об'єми вказували на менш серйозні ознаки захворювання. Ці дані свідчать про те, що об'єми можуть ефективно передавати соціальну підтримку і позитивно впливати на фізичне здоров'я та імунну систему [19].

Урі Бронфенбреннер розвинув теорію екологічних систем, що включає аспекти соціальної підтримки у родинному та громадському контексті. Теорія екологічних систем Урі Бронфенбреннера розглядає розвиток людини як складний процес, що відбувається через динамічну взаємодію між індивідом і його середовищем на різних рівнях. Ця теорія включає такі елементи:

- Мікросистема: безпосереднє середовище особи, як от сім'я та школа.
- Мезосистема: відносини між компонентами мікросистеми, наприклад, між сімейним життям та шкільним досвідом.
- Екзосистема: ширше соціальне оточення, яке впливає на особу, але не включає її безпосередньо, як-от робоче місце батьків.
- Макросистема: культурні цінності, закони та ресурси суспільства, що впливають на інші системи.
- Хроносистема: історичні зміни та події в житті особи, як-от війни, економічні кризи, або розвиток технологій.

Біоекологічна модель розвитку додає до цієї рамки роль генетики і біології, розглядаючи особистість як активного учасника у своєму розвитку. Бронфенбреннер вважав, що для розуміння розвитку людини важливо дослідити всі рівні її взаємодії з середовищем, а також їх зміни з часом. Ця теорія розглядає різні рівні впливу - від найближчих особистих контактів у сім'ї та школі до більш широких соціальних та культурних структур. Подібні принципи можуть бути застосовані до аналізу соціальної підтримки для вимушених мігрантів, враховуючи вплив родинного середовища, громадських інститутів та соціальної політики на їхнє благополуччя та адаптацію в нових умовах [53].

Дослідження Ясемін Йилдирим Усти зосереджено на ролі соціальної підтримки у благополуччі пацієнтів з раком та їх сімей. У цьому контексті вона досліджує, як соціальна підтримка впливає на емоційну адаптацію та психологічне благополуччя пацієнтів після лікування раку. Результати її досліджень показують позитивний зв'язок між сприйнятою соціальною підтримкою та психологічною адаптацією пацієнтів, а також наголошують на важливості соціальної підтримки у процесі лікування та відновлення від раку. Її робота вказує на важливість інтеграції соціальної підтримки в онкологічний догляд та надає корисні рекомендації для медичних працівників у цій сфері [52].

Соціальна підтримка визнана важливим фактором, що може посилювати стресостійкість, захищати від розвитку патологій, пов'язаних з травмою, зменшувати функціональні наслідки розладів, індукованих травмою, таких як ПТСР, і знижувати медичну захворюваність та смертність [29].

Дослідження «Вплив джерел соціальної підтримки та стресостійкості на психічне здоров'я різних вікових груп під час пандемії COVID-19» ілюструє взаємодію соціальної підтримки, стресостійкості та психічного здоров'я у різних вікових групах під час пандемії COVID-19. У дослідженні брали участь 23192 особи віком від 18 до 85 років. Вони оцінювали сприйняту соціальну підтримку, пов'язану з COVID-19, з різних джерел, стресостійкість (the Connor-Davidson Resilience Scale) та психічне здоров'я (the Mental Health Inventory). Дослідження підкреслює критичну роль соціальної підтримки та стресостійкості в підтримці психічного здоров'я під час криз, як-от пандемія COVID-19, з особливим акцентом на варіативності між різними віковими групами [31].

Дослідження 2022 року виявило, що соціальна підтримка підсилює стресостійкість у стресових ситуаціях. Високі рівні самотності асоціюються з фізичними симптомами здоров'я, проживанням на самоті, малими соціальними мережами та низькою якістю соціальних відносин [8].



Надзвичайно цікавим є експеримент, проведений на кафедрі психології, Університету Осло (Осло, Норвегія), який ілюструє важливість соціальної підтримки, вивчає вплив соціальної підтримки на стресостійкість в лабораторних умовах. Це дослідження використовує Dyadic Stress and Support Task - DSST, що включає фазу психосоціального стресу та фазу відновлення.

У фазі DSST стресу пара учасників чергово виконує публічні виступи та розумові арифметичні завдання перед журі, не маючи можливості бачити або торкатися одне одного, але будучи свідками виступів та зворотного зв'язку одне одного. У фазі відновлення DSST пара або вільно взаємодіє між собою протягом 5 хвилин (умова соціальної підтримки), або взаємодіє окремо з експериментатором (умова без підтримки).

У пілотному дослідженні з 21 парою близьких друзів було виміряно первинні показники, які включали оцінки афективного стану та тілесного збудження (шкала VAS від 0 до 100). Вторинні показники включали частоту серцевих скорочень та рівень слинного кортизолу. Стрес DSST успішно викликав активацію стресу, збільшення негативного афекту та зменшення позитивного афекту. Також було відзначено збільшення частоти серцевих скорочень та рівня кортизолу.

Після відновлення DSST активація стресу та негативний афект знизилися в обох групах. Позитивний афект повністю повернувся до рівня до стресу в групі з соціальною підтримкою, в той час як в групі без підтримки він залишався значно нижчим.

Ці результати свідчать про те, що вільна взаємодія з другом сприяє відновленню афективного стану, підтверджуючи важливість спонтанної взаємодії між друзями як моделі соціальної підтримки. Дослідження вказує на цінність соціальної підтримки для відновлення після стресових ситуацій і підкреслює важливість ролі міжособистісних взаємодій у керуванні стресом та підвищенні стресостійкості [34].

Стаття «Роль соціальної підтримки у впорядкуванні з психологічною травмою: Інтегрована біопсихосоціальна модель для одужання після

посттравматичного стресу» досліджує складну взаємодію між внутрішньоособистісними та міжособистісними механізмами впорядкування в контексті одужання після травматичного стресу. Представлена інтегрована модель охоплює різні аспекти стресової відповіді, включаючи біологічні, когнітивні та соціальні фактори. Модель підкреслює значну роль соціальної підтримки у полегшенні одужання та стресостійкості після травматичних переживань [16].

Таким чином, теорія соціальної підтримки є результатом спільних зусиль численних дослідників і вчених. Вона розвивалася на основі різних досліджень та підходів до розуміння соціальних взаємодій та їх впливу на психологічне та фізичне здоров'я людини.

**Модель психосоціальної підтримки.** Основна ідея моделі - орієнтація на інтеграцію аспектів психології та соціології для покращення психологічного стану та адаптації осіб у стресових ситуаціях. Модель включає в себе психотерапію, психологічну консультацію, підтримку спільноти та соціальну інтеграцію для забезпечення більш комплексної підтримки.

Модель психосоціальної підтримки є однією з важливих теорій і підходів до надання підтримки та допомоги людям у різних життєвих ситуаціях, включаючи кризові та стресові ситуації. Ця модель покликана враховувати психологічні та соціальні аспекти підтримки для покращення благополуччя та допомоги людям подолати труднощі. Модель психосоціальної підтримки розвивалася у відповідь на усвідомлення того, що багато проблем та кризові ситуації, з якими стикаються люди, мають як психологічний, так і соціальний компонент. Модель базується на впливі соціального середовища та соціальних взаємодій на психічне та емоційне становище особи. Вона може бути застосована до різних груп населення, включаючи людей, які пережили травматичні події, вимушену міграцію, хвороби, загрози насильства, сімейні кризи та багато інших ситуацій.

Складові моделі:



- Психологічна підтримка. Включає в себе психологічну консультацію, терапію та психотерапію, спрямовану на покращення емоційного стану та ментального здоров'я особи.

- Соціальна підтримка. Полягає в створенні позитивних соціальних взаємодій, підтримці від родини, друзів, спільноти та професійних мереж, які сприяють адаптації та покращенню соціального благополуччя.

- Економічна підтримка. Для багатьох людей, особливо під час кризових ситуацій, важливо мати фінансову підтримку та доступ до ресурсів, які допомагають вирішувати практичні проблеми.

Існують різні підходи до надання такої підтримки, а саме: модель психосоціальної підтримки може бути реалізована через індивідуальні консультації, групові терапії, спільнотні програми, гарячі лінії, розробку планів дій та інші методи.

Метою моделі психосоціальної підтримки є поліпшення психологічного та соціального благополуччя особи, сприяння подоланню кризових ситуацій та забезпечення підтримки в складних періодах життя.

Модель психосоціальної підтримки враховує комплексний підхід до надання підтримки, узгоджуючи психологічний, соціальний та економічний аспекти для забезпечення найкращого можливого підтримання особи у важкий час її життя.

Модель психосоціальної підтримки була розвинена на основі внеску багатьох вчених, дослідників та фахівців у різних галузях.

Аарон Антоновський розробив салютогенну модель, в якій він висунув гіпотезу, що сенс узгодженості (SOC) є ключовим фактором у підтримці здоров'я. Він теоретизував, що особи з міцним сенсом узгодженості мають здатність:

- сприймати життєві події як менш стресові (зрозумілість);
- мобілізувати ресурси для впорядкування зі стресорами (керованість);
- володіти мотивацією, бажанням та зобов'язанням впоратися (значущість).

Для з'ясування впливу сенсу узгодженості на результати здоров'я необхідно краще розуміння розвитку та підтримки сенсу узгодженості. Дані з Канадського національного опитування здоров'я населення 1994 року були проаналізовані для вивчення впливу стресу, соціальної підтримки та нещодавніх травматичних життєвих подій на сенс узгодженості. Як і передбачалося, стрес і нещодавні травматичні події були виявлені як обернено пов'язані з сенсом узгодженості, а соціальна підтримка була позитивно пов'язана. Травматичні події, зазначені в дитинстві, були сильнішими прогностиками сенсу узгодженості, ніж травматичні життєві події, пережиті у дорослому віці [9].

Джердж Енгель розробив біопсихосоціальний підхід у медицині, який відіграє ключову роль у розвитку моделі, що інтегрує фізіологічні, психологічні та соціальні аспекти здоров'я. Він стверджував, що медицина має враховувати всі ці аспекти для повноцінного розуміння стану пацієнта, а лікування має бути спрямоване не лише на фізичні симптоми, але й на психічний та соціальний благополуччя. Цей підхід став основою для цілісного погляду на лікування та оздоровлення [42].

Елізабет Кюблер-Росс була піонером у дослідженні психологічних аспектів смерті та скорботи. Її робота допомогла революціонізувати догляд за невиліковно хворими та змінила ставлення до контролю болю та самої смерті. Вона особливо відома тим, що визначила п'ять стадій скорботи, які переживають умираючі: заперечення, гнів, торг, депресія та прийняття. Її внесок забезпечив прийняття та повагу до нової галузі танатології та до руху за хоспісний догляд. Її теорія про стадії скорботи також відіграє важливу роль у розумінні психосоціальної підтримки, оскільки вона допомагає професіоналам у сфері здоров'я та психології краще розуміти емоційний процес, який проходять люди під час втрати, та надавати необхідну підтримку та втручання [25].

Ці дослідники та багато інших розробляли поняття та підходи, які увійшли у загальний корпус знань про психосоціальну підтримку. Модель



психосоціальної підтримки є синтезом різних ідей та методів, спрямованих на покращення психологічного та соціального благополуччя людей у різних ситуаціях.

**Теорія самодопомоги психологічної підтримки.** Ця теорія вказує на важливість того, щоб особа сама була активною учасницею в процесі подолання стресу та отримання підтримки. Основні компоненти включають самоуправління стресом, розвиток копінг-навичок та здатність до саморегуляції емоцій.

Теорія самодопомоги психологічної підтримки (також відома як теорія самодопомоги соціальної підтримки) розглядається в психології та соціології як важливий підхід до розуміння та визначення впливу самодопомоги та активної участі особи у власній психологічній підтримці. Ця теорія висвітлює, як особисті вміння та зусилля можуть впливати на подолання стресу, кризових ситуацій та складнощів у житті.

Основні аспекти теорії самодопомоги психологічної підтримки включають:

- Самодопомога як активний процес.

Теорія підкреслює, що самодопомога - це активний процес, в якому людина власноручно приймає ініціативу для подолання своїх проблем і стресових ситуацій. Вона навчає, як особистість може активно діяти для поліпшення свого психологічного стану.

- Розвиток особистісних ресурсів.

Теорія підтримує ідею, що кожна особистість має власні ресурси і здібності, які можуть бути використані для подолання стресу. Ці ресурси включають в себе внутрішні сили, вміння копінгу, самообізнаність та інші.

- Спроможність управляти емоціями.

Один з ключових аспектів самодопомоги психологічної підтримки - це навчання людини ефективно керувати своїми емоціями та стресом. Вміння розрізняти та виражати свої почуття є важливим елементом самодопомоги.

- Розвиток копінг-стратегій.

Теорія стимулює особистість розвивати та використовувати копінг-стратегії - способи адаптації та подолання стресових ситуацій. Це може включати в себе планування, пошук підтримки від інших людей, розмову про свої проблеми та інші методи.

- Спільнота та підтримка оточуючих.

Теорія також враховує важливість підтримки від оточуючих. Людина може отримувати підтримку від родини, друзів, спільноти та інших осіб, що сприяють її самопомозі.

- Розвиток рефлексії і самоосвіти.

Теорія підтримує самоосвіту та розвиток рефлексії, які допомагають особистості краще розуміти себе, свої потреби та методи подолання стресу.

Теорія самопомоги психологічної підтримки допомагає людям бути більш самостійними, управляти своїм психологічним станом та ефективно подолати життєві труднощі. Вона враховує важливість самостійної ініціативи та активної участі особистості у власному психологічному благополуччі.

Теорія самопомоги психологічної підтримки та підходи, пов'язані з самопомогою та активній участі особи у власній психологічній підтримці, були розвинуті та вивчені різними вченими та дослідниками.

Аарон Бек (Aaron Beck) - це відомий американський психіатр і психолог, який розробив когнітивно-поведінкову терапію (КПТ) та вніс значний внесок у розуміння та лікування депресії, тривожності та інших психічних розладів.

Основні методи та стратегії КПТ, розроблені Аароном Беком, включають в себе:

- Розуміння негативних думок.

КПТ допомагає клієнтам визнати та розуміти негативні, автоматичні думки, які призводять до депресії та тривожності.

- Переоцінка думок.

Клієнти вчаться переглядати свої негативні думки та аналізувати їх об'єктивно, шукаючи докази або альтернативні погляди.

- Розвиток позитивних прагнень.



Терапія сприяє створенню позитивних цілей та стратегій для досягнення їх.

- Зміна непродуктивних поведінок.

КПТ включає в себе навчання клієнтів ефективним стратегіям поведінки, що допомагають подолати симптоми депресії та тривожності.

- Техніки релаксації та медитації.

Застосування методів релаксації та медитації може бути важливою складовою КПТ для зниження тривожності [18].

У КПТ важливу роль відіграє активна участь клієнта у власному лікуванні та усвідомленні власних думок, почуттів і поведінки. Це може включати в себе роботу над зміною негативних думок та розвитком позитивних стратегій поведінки, які допомагають подолати симптоми депресії та тривожності.

Теорія самодопомоги психологічної підтримки, зазвичай, акцентує на тому, як індивід може самостійно впливати на свою психічну добробут та самопочуття. Вона може включати в себе використання психологічних прийомів і стратегій для зменшення стресу, тривожності та покращення психічного здоров'я.

У практиці, пацієнти, які отримують КПТ, можуть використовувати техніки самодопомоги, які вони вивчають в процесі терапії, для зниження своїх симптомів і підтримки свого психічного здоров'я. Це може включати в себе ведення щоденника, використання стратегій релаксації, вивчення методів управління стресом та інші практики самодопомоги.

Таким чином, хоча КПТ та теорія самодопомоги психологічної підтримки є різними концепціями, вони можуть доповнювати одна одну і використовуватися разом для поліпшення психічного здоров'я клієнта.

Видатний американський психолог Альберт Бандура зробив значний внесок у психологію завдяки розробці **теорії соціального навчання та теорії самоефективності**. Його робота підкреслює важливість віри в свої здібності та самоефективність для психологічного добробуту та досягнень.

Основний принцип самоефективності у соціальній когнітивній теорії Бандури полягає у вірі людини у свою здатність організувати та виконати необхідні дії для управління різними ситуаціями. Ця віра значно впливає на те, як люди сприймають ситуації та як поведуться у відповідь на різні виклики.

Люди з сильним відчуттям самоефективності сприймають складні проблеми як завдання, які слід подолати, проявляють глибший інтерес до своєї діяльності та швидко відновлюються після невдач. Натомість люди зі слабким відчуттям самоефективності схильні уникати складних завдань, швидко втрачають віру у свої здібності та зосереджуються на особистих невдачах.

Бандура визначив чотири основні джерела самоефективності:

- Досвід досягнення: успішне виконання завдань зміцнює самоефективність, тоді як невдача може її підірвати.
- Опосередкований досвід: спостереження за успіхом інших у виконанні завдань може підвищити віру у власні здібності.
- Вербальна переконаність: підтримка від інших може допомогти подолати сумніви у собі та зміцнити віру у власні можливості.
- Емоційний та психологічний стан: настрої, рівень стресу та емоційні реакції можуть впливати на сприйняття особистих здібностей у конкретних ситуаціях.

Робота Бандури, включно з його впливовою книгою «Самоефективність у змінюваних суспільствах», підкреслює глибокий вплив самоефективності на все, починаючи від психологічних станів до поведінки та мотивації [22].

Мартін Селігман, який часто вважається батьком позитивної психології, зробив значний внесок у психологію, зокрема у сфері людського щастя та добробуту. Його робота зосереджена на концепції «навченої безпорадності» у собак, яку він пізніше пов'язав з депресією у людей. Це спонукало його зосередитися на потенціалі людини та позитивних аспектах психології, а не тільки на психічних захворюваннях.

Підхід Селігмана поєднує індивідуалістичні та альтруїстичні перспективи щастя. Він вважає, що щастя полягає не лише в розвитку власних сильних



сторін, але й у внеску в більшу мету. Його робота підкреслює значення сил характеру та чеснот у досягненні благополуччя та пом'якшення того, що він називає кризою характеру в сучасному суспільстві.

Позитивна психологія Селігмана базується на трьох основних елементах:

□ позитивні переживання: події в нашому житті, які сприяють росту та виконанню;

□ позитивні стани і якості: позитивні емоції, такі як любов, вдячність, захоплення та співчуття, які виникають від нашого сприйняття навколишнього середовища;

□ позитивні установи: застосування позитивних принципів до цілих організацій і установ може покращити індивідуальне та колективне благополуччя та продуктивність.

Він пропонує три види щастя:

□ приємне життя: заохочення позитивних емоцій та їх тривалість;

□ гарне життя: фокусується на досягненні нашого потенціалу та відчутті виконання;

□ значуще життя: використання розвинених чеснот та сил для внесення у щастя інших, сприяння альтруїзму.

Підхід Селігмана у позитивній психології був застосований у різних сферах, включаючи освіту, робочі середовища та кримінологію, з метою покращення функціонування та психологічного благополуччя [47].

Незважаючи на свій позитивний вплив, підхід Селігмана зіткнувся з критикою. Деякі стверджують, що він спрощує складну природу людських емоцій і реальності, надаючи певним емоціям мітку «негативних» і потенційно ігноруючи їх трансформаційну силу.

Робота Мартіна Селігмана в області позитивної психології тісно пов'язана з концепцією самоефективності та психологічної підтримки, хоча і підходить до питань благополуччя та розвитку людини під трохи іншим кутом.

Самоефективність, ключовий концепт в соціальній когнітивній теорії Альберта Бандури, відноситься до віри людини у свою здатність досягти

успіху в конкретних ситуаціях або виконати певне завдання. Це грає важливу роль у тому, як люди підходять до цілей, завдань та викликів. Теорія підкреслює, що люди не тільки під впливом свого оточення, але й активно формують його, що безпосередньо впливає на їхнє почуття самоефективності та загальний психологічний стан.

З іншого боку, позитивна психологія Селігмана зосереджена на силах та чеснотах, які дозволяють особистостям та спільнотам процвітати. Вона базується на вірі, що люди прагнуть вести значуще та задовільне життя, розвивати найкраще в собі та покращувати свої переживання любові, праці та гри.

Зв'язок між цими двома теоріями полягає в їхньому акценті на активній ролі особистості у формуванні їхнього психічного здоров'я та життєвих результатів. Обидві теорії наголошують, що особиста ініціатива та віра в свої здібності є життєвоважливими для психологічного добробуту.

У сфері психологічної підтримки ці концепції підкреслюють важливість надання можливості особистостям розпізнати та використовувати свої сили, вирощувати позитивні емоції та розвивати почуття контролю над своїм життям. Цей підхід відповідає сучасним терапевтичним методикам, які зосереджені на побудові стійкості, просуванні оптимізму та допомозі клієнтам розробити стратегії подолання викликів, а не лише на лікуванні психопатологій.

Робота Керол Двек про «мислення росту» вказує на те, як віра в здатність до змін та розвитку може сприяти самопомозі та особистісному розвитку. Її дослідження показує, що прийняття мислення росту може позитивно впливати на поведінку, особливо в освітньому середовищі. Наприклад, студенти з мисленням росту більш схильні приймати виклики та наполегливо боротися з невдачами, що може призвести до поліпшення академічних результатів. Педагоги можуть застосовувати принципи мислення росту, розглядаючи виклики як можливості, пропонуючи конструктивну критику та заохочуючи наполегливість та позитивне ставлення [24].



Концепції «мислення росту» Керол Двек та соціальної підтримки мають важливе значення для вимушених мігрантів. Мислення росту сприяє адаптації до нових умов та викликів, допомагаючи мігрантам підходити до своїх викликів як до можливостей для розвитку та навчання. Такий підхід допомагає мігрантам подолати стрес та психологічні наслідки переселення, зміцнюючи їхню відповідальність і сприяючи позитивним змінам. Соціальна підтримка, з іншого боку, може забезпечити необхідне середовище для застосування та розвитку мислення росту, надаючи емоційну, інформаційну та практичну підтримку, що є критично важливим для адаптації та відновлення в новому середовищі.

Мігай Чиксентмігаї, відомий як «батько потоку», зробив значний внесок у психологію через свою роботу над концепцією «поток». Його теорія вказує на стан, у якому люди досягають найвищої концентрації та повного занурення в діяльність, забуваючи про час та інші зовнішні фактори. Цей стан характеризується великою поглинаністю, залученням, виконанням та майстерністю, при цьому тимчасові турботи (час, їжа, егосамість тощо) зазвичай ігноруються.

Чиксентмігаї визначив дев'ять компонентів, які сприяють досягненню стану «поток», включаючи баланс між викликом та вмінням, злиття дій та усвідомленості, чіткість цілей, негайну і недвозначну зворотну зв'язок, концентрацію на завданні, парадокс контролю, трансформацію часу, втрату самосвідомості, та автотелічний досвід [30, 49].

Теорія «поток» має значний вплив на розуміння того, як люди можуть створити умови для власної психологічної підтримки через поглиблену іммерсію у діяльність. Для вимушених мігрантів ця концепція може бути корисною у контексті адаптації до нових умов життя. Занурення у діяльність, яка приносить відчуття «поток», може допомогти їм знайти внутрішні ресурси та засоби для самопідтримки, зменшуючи стрес та підвищуючи відчуття контролю над своїм життям.

Чиксентмігаї також досліджував концепцію «автотелічної особистості», яка включає виконання дій через внутрішню винагороду, а не для досягнення зовнішніх цілей. Люди з такою особистістю можуть навчитися насолоджуватися ситуаціями, які більшість інших вважають неприємними. До аспектів, пов'язаних з автотелічною особистістю, належать цікавість, наполегливість і скромність.

Чиксентмігаї також акцентував на важливості внутрішньої мотивації, знайшовши, що люди, які внутрішньо мотивовані, з більшою ймовірністю будуть орієнтованими на цілі та насолоджуватимуться викликами, що призводить до збільшення загального щастя. Чиксентмігаї визначив внутрішню мотивацію як потужну рису для оптимізації та підвищення позитивного досвіду, почуттів та загального добробуту внаслідок викликаючих досвідів.

Його дослідження та теорія «поток» можуть надати значну користь вимушеним мігрантам, допомагаючи їм знайти сенс та задоволення у нових видах діяльності, які можуть сприяти їхньому психологічному благополуччю в умовах стресу та невизначеності, пов'язаних з переселенням

Ці вчені та дослідники внесли важливий внесок у розуміння психологічної самопомоги та саморозвитку. Вони допомогли сформулювати та розвинути концепції, які вказують на важливість активної участі особистості у власній психологічній підтримці та розвитку.

**Модель прийняття психологічної підтримки.** Ця модель базується на ідеї, що психологічна підтримка має передбачати прийняття та підтримку унікальних потреб і цінностей кожної особи, яка потребує допомоги.

Вона вимагає активного слухання, співпраці з клієнтом у визначенні його потреб, і врахування індивідуальних особливостей у наданні психологічної допомоги.

Модель прийняття психологічної підтримки - це теоретичний підхід, що розглядає важливість індивідуального прийняття психологічної підтримки та допомоги. Ця модель передбачає, що люди мають активно згодитися та



приймати допомогу, щоб вона була ефективною та корисною. Модель прийняття психологічної підтримки є важливою для розуміння того, як і чому люди шукають допомогу, а також для покращення результатів психологічної підтримки.

Основні аспекти моделі прийняття психологічної підтримки включають:

□ Перцепція потреби в підтримці: цей етап включає в себе розпізнавання та визнання особистої потреби в психологічній підтримці. Людина має усвідомити, що вона стикається з проблемами, стресом, тривожністю або іншими труднощами, які можуть вимагати допомоги.

□ Пошук психологічної підтримки: на цьому етапі людина активно шукає ресурси і можливості для отримання психологічної підтримки. Це може включати в себе консультування фахівця, участь у групах підтримки, звернення до друзів чи родини або використання онлайн-ресурсів.

□ Прийняття підтримки: на цьому етапі особа повинна прийняти пропонувану психологічну підтримку. Це означає, що вона відкрита до сприйняття допомоги та знаходить її корисною та прийнятною.

□ Активна участь у підтримці: цей етап передбачає активну співпрацю з фахівцем чи іншими джерелами підтримки. Особа взаємодіє, виконує рекомендації, бере участь у терапевтичних сесіях або групових заняттях, ділиться своїми почуттями та думками.

□ Оцінка та адаптація: цей етап передбачає постійну оцінку психологічної підтримки та її корисності. Особа визначає, чи допомога відповідає її потребам і чи необхідно внести коригування в підходах до підтримки.

Ці етапи можуть варіюватися в залежності від конкретної ситуації та особистості, але загальна ідея полягає в активному індивідуальному прийнятті та участі в психологічній підтримці.

Ключовими аспектами моделі прийняття психологічної підтримки є самоствердження особистості та здатність допомогти собі, активна роль особи

у виборі та прийнятті підтримки, а також постійна відкритість до адаптації і змін у процесі підтримки.

Ця модель є важливою для психологів, психотерапевтів, соціальних працівників та інших фахівців у галузі психологічної підтримки, оскільки вона допомагає краще розуміти, як сприймають та використовують допомогу їх клієнти. Завдяки цій моделі можливо підвищити ефективність та якість психологічної підтримки, роблячи її більш прийнятною та корисною для осіб, які її отримують.

Модель прийняття психологічної підтримки базується на концепціях і дослідженнях різних вчених та психологів, і не існує одного конкретного автора цієї моделі. Замість цього, вона розвивалася на основі внеску багатьох дослідників у галузі психології, психотерапії та соціальної підтримки.

Карл Роджерс розробив концепцію нечійної або клієнт-центрованої терапії, яка підкреслює важливість емпатії та прийняття з боку терапевта. У цьому підході терапевт допомагає клієнту зрозуміти власні думки та почуття, не вдаючись до безпосереднього керування або нав'язування порад. Це створює середовище, де клієнти можуть самостійно дійти до розуміння та розвитку, сприяючи активному процесу психологічної підтримки та саморозуміння. Роджерс визначив шість умов, необхідних і достатніх для полегшення терапевтичних змін:

- психологічний контакт терапевт-клієнт: терапевт і клієнт знаходяться в психологічному контакті;
- неконгруентність клієнта: клієнт переживає стан неконгруентності;
- конгруентність терапевта: терапевт конгруентний, або справжній, у стосунках;
- безумовне позитивне ставлення терапевта: терапевт має безумовне позитивне ставлення до клієнта;
- емпатійне розуміння терапевта: терапевт відчуває та передає емпатійне розуміння внутрішньої точки зору клієнта;



□ сприйняття клієнта: клієнт відчуває безумовне позитивне ставлення та емпатійне розуміння терапевта [44].

Роджерс визначив три установки з боку терапевта, які є ключовими для успіху особистісно орієнтованої терапії. Ці ключові умови складаються з чіткої емпатії, конгруентності та безумовного позитивного ставлення [43].

Такий підхід може бути особливо цінним для вимушених мігрантів, оскільки надає їм можливість виражати свої переживання та сприймати підтримку у безпечному та розуміючому середовищі

Ієрархія потреб Абрахама Маслоу включає потребу в соціальній прийнятності та належності як фундаментальну людську мотивацію. Згідно з Маслоу, після задоволення фізіологічних та безпекових потреб, наступним рівнем людських потреб є любов і соціальні потреби, які включають відчуття кохання, прийняття та належності. Це охоплює як романтичні стосунки, так і зв'язки з друзями, сім'єю та соціальними групами. У цьому контексті, прийняття соціальної та психологічної підтримки може задовольнити ці основні людські потреби в приналежності та міжособистісному зв'язку, сприяючи загальному благополуччю та самоактуалізації. Ієрархія потреб Маслоу допомагає зрозуміти важливість соціальної підтримки для вимушених мігрантів. Згідно з цією теорією, після задоволення основних фізіологічних та безпекових потреб, потреба в любові, прийнятті та соціальній належності стає важливою. Для вимушених мігрантів соціальна підтримка може задовольнити ці потреби, надаючи відчуття спільноти та приналежності, яке є ключовим для психологічного благополуччя та адаптації до нового середовища [26, 33].

Застосування ієрархії потреб Маслоу до допомоги біженцям показує, що підходи до надання допомоги, які зосереджені лише на фізіологічних та фізичних потребах, часто ігнорують важливість психологічних, психосоціальних та духовних потреб. Це може призводити до недооцінки людської гідності та несприятливо впливати на загальний добробут біженців. Ефективна допомога біженцям має враховувати всі рівні потреб Маслоу, включаючи психологічну підтримку та соціальну належність, які є ключовими

для забезпечення стабільності та психічного здоров'я. Виявлено, що недостатня увага до психосоціальних потреб біженців може призвести до зниження загального добробуту та відчуття гідності у довгостроковій перспективі [38].

Вірджинія Сатир була винятковим американським терапевтом, яка зробила значний внесок у розвиток сімейної терапії. Вона створила модель змін Сатир, яка досі використовується як у сімейній терапії, так і в робочих середовищах. Основна ідея її підходу полягала в підвищенні самооцінки, покращенні навичок прийняття рішень, відповідальності та досягнення згоди. Сатир вважала, що якщо кожен член сім'ї досягне цих цілей, сімейні зв'язки зміцняться, і вони зможуть подолати будь-які конфлікти [40].

Її робота має важливе значення у роботі з вимушеними мігрантами, оскільки вона підкреслює важливість відкритого спілкування та прийняття у сімейних відносинах. Це може бути особливо корисним для мігрантів, які намагаються адаптуватися до нових умов життя та відновити почуття спільноти та належності. Підходи Сатир можуть допомогти мігрантам у відновленні сімейних зв'язків та побудові позитивних взаємовідносин у новому середовищі.

Дослідження Ірвіна Ялома у галузі групової психотерапії мають значний вплив на розуміння динаміки міжособистісних відносин та спільних переживань у терапевтичних налаштуваннях. Його підхід підкреслює важливість взаємодії між членами групи як ключового фактора змін та розвитку. Метод Ялома не обмежується лише керівництвом терапевта над пацієнтами; він передбачає взаємодію, підтримку та навчання пацієнтів один від одного під наглядом терапевта. Цей акцент на взаємодіях «тут і зараз» у групі дозволяє учасникам досліджувати свої почуття, думки та поведінку в поточний момент, що сприяє особистісному зростанню та змінам.

У груповій психотерапії Ялома є кілька ключових терапевтичних факторів, що впливають на зміни. До них належать універсальність (усвідомлення того, що інші діляться схожими почуттями, думками та



переживаннями), альтруїзм (допомога та підтримка інших підвищують самооцінку), міжособистісне навчання (навчання на досвіді інших та отримання зворотного зв'язку) та самопізнання (глибше усвідомлення власних почуттів, думок та поведінки через взаємодію з іншими). Ці фактори відіграють життєво важливу роль у процесі зцілення [54].

Застосування підходу групової психотерапії Ялома може бути особливо корисним у роботі з вимушеними мігрантами, такими як біженці чи вимушені мігранти. Групова терапія може забезпечити безпечний простір для цих осіб, щоб висловити свої почуття та думки, отримати зворотний зв'язок та навчитися на чужих досвідах. Це може допомогти зменшити почуття ізоляції, підсилити відчуття приналежності та розвинути емпатію та розуміння серед учасників групи. Завдяки терапевтичним факторам, які висвітлює Ялом, вимушені мігранти можуть здобути нові перспективи та можуть працювати над своїм одужанням.

Групові психотерапії Ялома служать як провідний приклад у психології, демонструючи силу спільних переживань та міжособистісних відносин у сприянні зціленню та росту. Через свій акцент на «тут і зараз» та унікальні терапевтичні фактори, цей підхід надає шлях для людей, які шукають оздоровлення та перетворення.

Робота Ролло Мея в галузі існуванціальної психотерапії зосереджена на важливості існування та особистісного розвитку через прийняття власного існування. Його теоретичний підхід базується на широкому спектрі напрямків, які допомогли йому сформулювати новий погляд на психологію. Мей був впливовим екзистенціалістським психологом, який вніс значний вклад у розуміння людських страждань та криз. Його робота допомогла людям по всьому світу зрозуміти механізми підґрунтя людського страждання та кризи, поєднуючи екзистенціалізм з гуманізмом [46].

Дослідження Мея мають особливе значення у роботі з вимушеними мігрантами, оскільки вона зосереджена на питаннях, які часто є актуальними для цієї групи, таких як пошук сенсу, протистояння тривогам та надолуження

особистісного розвитку в умовах невизначеності та втрати. Його підхід може допомогти мігрантам у розробці стратегій для впорядкування життя більш безпечним, відважним та раціональним способом, а не просто вести до благополуччя та щастя.

### **Висновок до Розділу 1**

У Розділі 1 детально висвітлено психологічні виклики, з якими стикаються вимушені мігранти, та роль психологічної підтримки у їхньому відновленні та адаптації. Розглянуто різні аспекти їхнього досвіду, включаючи травматичні події, втрату дому, соціальні та фінансові труднощі. Показано, як ефективна психологічна підтримка може включати кризову допомогу, соціальну підтримку, та когнітивно-поведінкові стратегії. Окреслено важливість комплексного підходу до вирішення цих проблем, з акцентом на індивідуальних потребах та контексті досвіду кожного мігранта. Враховуючи це, можна зробити висновок, що глибоке розуміння та емпатійне ставлення до унікальних викликів мігрантів є ключовими для їх психологічного благополуччя та соціальної адаптації.

Розділ детально розглядає складні та багатогранні психологічні виклики, які виникають у вимушених мігрантів, включаючи травматичні досвіди, втрату дому та стабільності, розрив сімейних та соціальних зв'язків, фінансові труднощі, нестабільність статусу, адаптацію до нового середовища, психологічний тиск і дискримінацію.

Психологічна підтримка визнана критично важливою для зниження негативного впливу вимушеної міграції на індивідів. Це включає стратегії подолання стресу та тривожності, лікування ПТСР, забезпечення соціальної підтримки, підвищення самосвідомості та саморозуміння, поліпшення якості життя та сприяння адаптації.

Використання різноманітних теорій та моделей, таких як кризова психологічна підтримка, теорія соціальної підтримки, екологічні системи Бронфенбреннера, психосоціальна підтримка та самопомога, забезпечує



комплексний підхід до розуміння та вирішення психологічних проблем, пов'язаних з міграцією.

Різноманітність переживань та потреб вимушених мігрантів вимагає індивідуалізованого підходу в психологічній підтримці, щоб ефективно адресувати їхні унікальні виклики та сприяти адаптації та відновленню.

Окрім психологічної підтримки, важливою є інтеграція соціальної, економічної та юридичної підтримки для забезпечення всебічного догляду та допомоги вимушеним мігрантам у процесі адаптації та відновлення.

Усвідомлення глибини та складності викликів, з якими стикаються вимушені мігранти, а також розробка ефективних стратегій психологічної підтримки, є ключовими для забезпечення їхнього благополуччя та сприяння успішній інтеграції в нові суспільства.

## РОЗДІЛ 2.

### ОБГРУНТУВАННЯ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ПІДТРИМКИ ВИМУШЕНИМ МІГРАНТАМ

#### 2.1 Організація та етапи дослідження

Процес емпіричного розвитку висунутої проблеми був організований відповідно до мети та цілей магістерської роботи, з увагою до стандартів та критеріїв, що стосуються проведення та планування наукових психологічних досліджень..

Експериментальна частина дослідження була у п'ять етапів:

**1) *Аналіз наукових та інших джерел для виявлення ключових аспектів основної теми.***

На цьому етапі було проведено аналіз літератури та повідомлень у засобах масової інформації, що стосуються питань вимушеної міграції. Важливим також стало проходження виробничої практичної практики на базі Інституту спілки вчених (MSI), що є недержавною науковою установою, заснованою Литовською спілкою вчених (LMS), зареєстрованою в Міністерстві освіти і науки Литви. Проходження даної практики допомогло зануритись у розуміння проблем вимушених мігрантів у Литві. На підставі цього аналізу були розроблені критерії та компоненти для вивчення особливостей надання психологічної допомоги вимушеним мігрантам, а також був вибраний відповідний психодіагностичний інструментарій для діагностичного дослідження цих особистісних факторів.

**2) *Дослідження психоемоційного стану вимушених мігрантів у Литві.***

Відповідно до даних Офіційного порталу статистики Литви [39] з початку повномасштабного вторгнення Росії на територію України 22 лютого 2022 року, статус тимчасового захисту отримали 83086 людей.



На рис. 2.1. можемо побачити, що з них 26621 людина є неповнолітньою. Рис. 2.2. демонструє, що серед шукачів тимчасового захисту є як жінки, так і чоловіки, при цьому серед повнолітніх переважна більшість – жінки.



Рис. 2.1 Кількість українців зі статусом тимчасового захисту у Литві

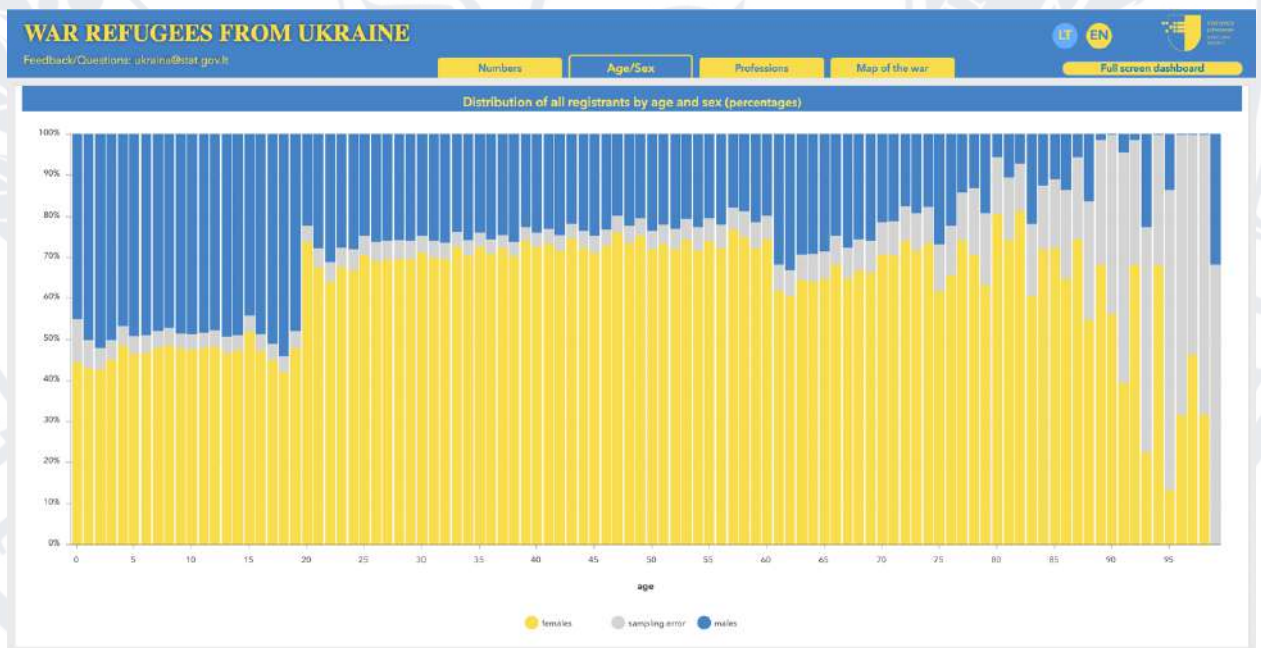


Рис. 2.2 Розподіл українців зі статусом тимчасового захисту у Литві за статтю та віком

Разом із тим варто взяти до уваги, що не всі ці люди наразі проживають в Литві, частина повернулась в Україну, частина переїхали до інших країн Європейського союзу тощо.

На цьому етапі дослідження вимушеним мігрантам було запропоновано заповнити онлайнвий опитувальник, що включав набір методик тестування психоемоційного стану.

Всього участь в опитуванні взяло 60 людей (див. Додаток 1), з них 47 жінок та 13 чоловіків. Співвідношення жінок та чоловіків, що взяли участь у дослідженні, у відсотках наведено на рис. 2.3. Такий розподіл за статтю відповідає статистичним даним щодо людей із статусом тимчасового захисту в Литві.

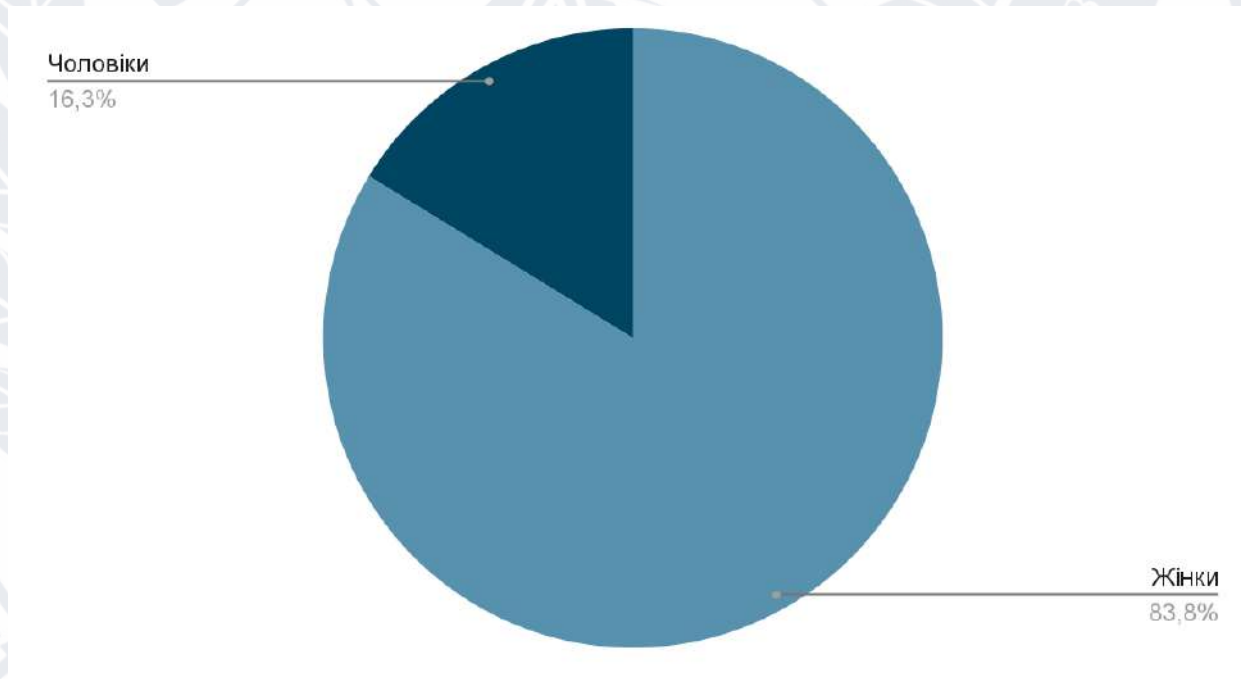


Рис. 2.3 Розподіл учасників дослідження за статтю

Серед респондентів представлені різні вікові групи (усі є повнолітніми). Середній вік респондентів – 26 років. На рис. 2.4. наведено розподіл респондентів за віком, виходячи з підходу вітчизняної вікової періодизації психічного розвитку людини [6, с. 58-59]:



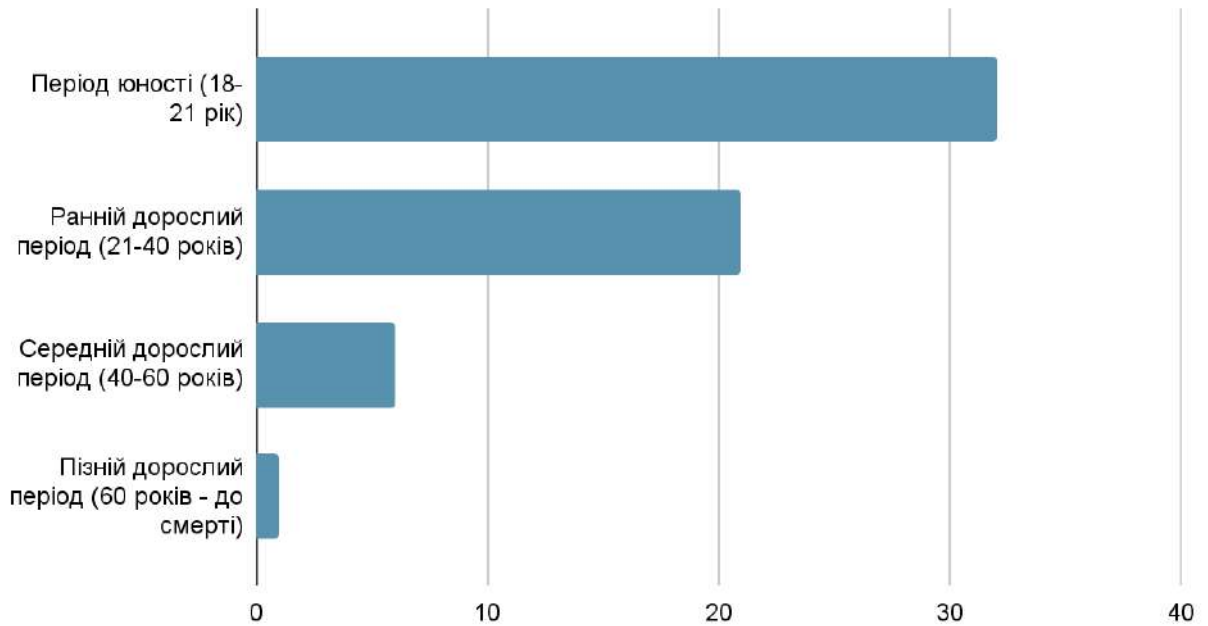


Рис. 2.4 Розподіл учасників дослідження за віком

Усі респонденти зазначили, що вважають себе вимушеними мігрантами. Як це показано на рис. 2.5., респонденти мають різний період перебування у вимушеній міграції, а саме: 6-12 місяців - 4 людини, від року до двох – 54 людини, більше 2 років - 2 людини. Такий розподіл, на нашу думку, дозволяє репрезентативно представити людей із статусом тимчасового захисту в Литві.

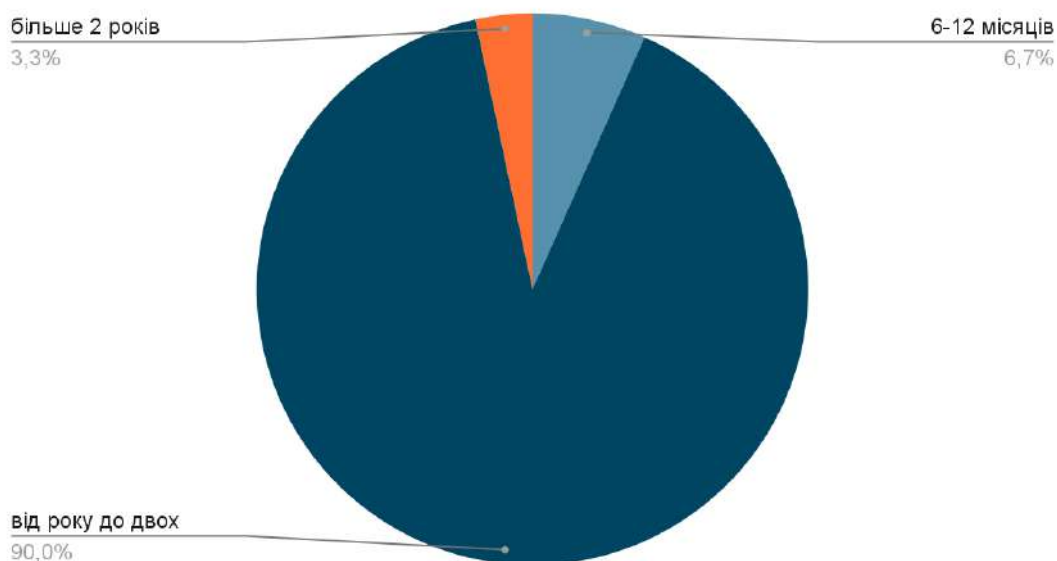


Рис. 2.5 Розподіл учасників дослідження за періодом перебування у вимушеній міграції

Таким чином, на нашу думку, вибірка у 60 людей може вважатись репрезентативною, оскільки респонденти відповідають «середньому портрету» отримувача тимчасового захисту в Литві відповідно до статистичних даних.

### **3) Формування контрольної та експериментальної груп.**

З 60 опитаних респондентів було сформовано 2 групи по 30 осіб у кожній – контрольна (Л1-Л30) та експериментальна (Л31-Л60). Групи були сформовано рандомно. Для експериментальної групи було проведено психоедукаційний тренінг за наведеною в таблиці 2.1 програмою.

Таблиця 2.1 – Програма психоедукаційного тренінгу

Часовий проміжок	Зміст
10.00-11.30	Знайомство групи. Правила групової взаємодії. Створення безпечного простору.
11.30-12.00	<i>Перерва</i>
12.00-13.30	Поняття «стрес», «травматична подія» та «травматичний стрес». Прояви травматичного досвіду в поведінці людини.
13.30-15.00	<i>Обідня перерва</i>
15.00-16.00	Протокол «Чотири стихії»
16.00-16.30	<i>Перерва</i>
16.30-18.00	Модель BASIC Ph
18.00-19.00	Підведення підсумків. Коло вдячності.

Під час тренінгу використовувались власні авторські напрацювання, що детально описані у виданні Ради Європи «Посібник з навчального курсу з молодіжної роботи, інформованої про травму» [4].



Також для експериментальної групи було створено комунікаційний майданчик (чат у Telegram), куди на регулярній основі надсилалась інформація про громадські активності та події у Вільнюсі, а також була проведена екскурсія містом з акцентом на місця, пов'язані із Україною, солідарністю литовців з Україною тощо.

До учасників контрольної групи не здійснювалось додаткових втручань на цьому етапі дослідження.

**4) Повторне дослідження психоемоційного стану опитаних вимушених мігрантів у Литві.**

Через один місяць усім учасникам дослідження було запропоновано пройти той самий онлайнвий опитувальник, що і на етапі №2. Детальний аналіз отриманих результатів (див. Додаток 2) наведено у Розділі 3 цієї роботи.

**5) Аналіз зібраних даних та написання висновків.**

Детальний аналіз отриманих результатів наведено у Розділі 3 цієї роботи.

## **2.2 Методики проведеного дослідження**

У викладеному дослідженні для збору емпіричних даних застосовувалися наступні методики:

- 1) Шкала реактивної та особистісної тривожності Спілбергера-Ханіна;
- 2) Модифікована шкала суб'єктивного благополуччя БіБіСі;
- 3) Шкала позитивного ментального здоров'я;
- 4) Тест «Стійкість до стресу».

Охарактеризуємо зазначені методики.

***Шкала реактивної та особистісної тривожності Спілбергера-Ханіна*** [3, с. 161-169].

Методика була розроблена Ч. Д. Спілбергером в 1970 році. Шкала тривоги Спілбергера (State-Trait Anxiety Inventory, STAI) є інформативним способом самооцінки рівня тривожності в конкретний момент (реактивна тривожність як стан) та особистісної тривожності (як стійка характеристика людини). 1976 році ця методика була адаптована Ю. Л. Ханіним (саме цей

варіант використовується в Україні), тому також має назву «Шкала Спілбергера – Ханіна». У рамках цього тесту створені 2 підшкали:

1) Шкала стану тривоги (ситуативної тривожності). Оцінює поточний стан тривоги, вимірюючи, як респонденти відчують себе «прямо зараз», використовуючи суб'єктивні відчуття страху, напруження, нервозності, неспокою та збудження вегетативної нервової системи. Ситуативна тривожність як стан характеризується суб'єктивно пережитими емоціями: напруженням, занепокоєнням, заклопотаністю, нервозністю. Цей стан виникає як емоційна реакція на стресову ситуацію і може бути різним за інтенсивністю та динамічністю у часі.

2) Шкала особистої тривожності. Оцінює відносно стабільні аспекти особистості, її схильність до занепокоєння, оцінює відчуття/стан спокою, впевненості та безпеки. Під особистісною тривожністю розуміють стійку індивідуальну характеристику, яка відображає схильність суб'єкта до тривоги і передбачає наявність у нього тенденції сприймати досить широке «віяло» ситуацій як загрозливі, відповідаючи на кожну з них певною реакцією. Особистісна тривожність являє собою конституційну межу, яка обумовлює схильність сприймати загрозу в широкому діапазоні ситуацій. При високій особистісній тривожності кожна з цих ситуацій є стресом для індивідуума й викликає у нього виражену тривогу.

Загалом методика представляє собою опитувальник, який складається з 20 висловлювань, які людина має або підтвердити, або спростувати. Деякі запитання-судження в опитувальнику Спілбергера–Ханіна сформульовані так, що відповідь «1» означає відсутність чи легку ступінь тривожності. Це в шкалі реактивної тривожності так звані прямі запитання: № 3, 4, 6, 7, 9, 12, 13, 14, 17, 19, а в шкалі особистісної тривожності - № 22, 23, 24, 25, 28, 29, 31, 32, 34, 35, 37, 38, 40. В інших, так званих зворотних запитаннях відповідь «1» відповідає високій ступені тривожності, а відповідь «4» - низькій тривожності: № 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19, 20 - в шкалі реактивної тривожності; № 21, 26, 27, 30, 33, 36, 39 - в шкалі особистісної тривожності. Обробка проводиться таким чином.



Спочатку окремо складаються результати за зворотними та прямими запитаннями, потім із сум прямих віднімається сума зворотних запитань і до одержаного числа додається постійне число 50 для шкали реактивної тривожності та 35 - для шкали особистої тривожності.

Показник результату за кожною шкалою може знаходитись в діапазоні від 20 до 80 балів. Чим він більший, тим вищий рівень тривожності (реактивної або особистісної). Оцінка рівнів реактивної та особистісної тривожності за результатами показників здійснюється в таких межах: до 30 балів — низький рівень тривожності, від 31-45 балів - середній, більше 45 балів — високий рівень тривожності.

Шкала самооцінки складається з 2-х частин, роздільно оцінюючих реактивну (РТ, висловлювання № 1-20) і особистісну (ОТ, висловлювання № 21-40) тривожність.

Показники РТ і ОТ підраховуються за формулами:

$$РТ = \sum_1 - \sum_2 + 50$$

де  $\sum_1$  — сума закреслених цифр на бланку по пунктах шкали 3, 4, 6, 7, 9, 12, 13, 14, 17, 18;

де  $\sum_2$  — сума решти закреслених цифр (за пунктами 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19, 20).

$$ОТ = \sum_1 - \sum_2 + 35$$

де  $\sum_1$  — сума закреслених цифр на бланку по пунктах шкали 22, 23, 24, 25, 28, 29, 31, 32, 34, 35, 37, 38, 40;

де  $\sum_2$  — сума решти закреслених цифр по пунктах 21, 26, 27, 30, 33, 36, 39.

Значні відхилення від рівня помірної тривожності вимагають особливої уваги, висока тривожність передбачає схильність до появи стану тривоги у людини в ситуаціях оцінки її компетентності. В цьому випадку слід понизити суб'єктивну значимість ситуації і задачі перенести акцент на осмислення діяльності і формування почуття впевненості в успіху.

Низька тривожність, навпаки, потребує підвищення уваги до мотивів діяльності і підвищення почуття відповідальності. Але інколи дуже низька тривожність в показниках тесту є результатом активного витіснення особистістю високої тривоги з ціллю показати себе в «кращому світлі».

**Методика «Модифікована шкала суб'єктивного благополуччя БіБіСі» (The Modified BBC Subjective Well-being Scale (BBC-SWB) (P. PONTIN, M. SCHWANNAUER, S. TAI, & M. KINDERMAN) (адаптація Л.М. Карамушки, К.В. Терещенко, О.В. Креденцер) [1]**

Методика «Модифікована шкала суб'єктивного благополуччя БіБіСі» (The Modified BBC Subjective Well-being Scale (BBC-SWB) (P. Pontin, M. Schwannauer, S. Tai, & M. Kinderman) включає три субшкали:

- 1) «Психологічне благополуччя» (здатність оцінювати своє життя, відчувати оптимізм з приводу майбутнього, впевненість у своїх власних думках і переконаннях, рости і розвиватися як особистість тощо);
- 2) «Фізичне здоров'я та благополуччя» (задоволеність фізичним здоров'ям, якістю сну, здатністю працювати та здійснювати свою повсякденну життєву активність, займатись спортом і відпочивати, відсутність депресії, тривоги тощо);
- 3) «Стосунки» (комфортність у ставленні та спілкування з іншими людьми, наявність щасливих дружніх і особистих відносин, здатність звернутись за допомогою до інших, задоволеність своїм сексуальним життям тощо) (Pontin, Schwannauer, Tai, & Kinderman, 2013).

Як і оригінальна методика «The BBC Subjective Well-being Scale (BBC-SWB)», модифікована методика складається з 24 пунктів, але на відміну від неї використовується не 4-бальна, а 5-бальна оціночна шкала.

Опитувальник включає три субшкали: «Психологічне благополуччя», «Фізичне здоров'я та благополуччя» та «Стосунки». Всі запитання, окрім пункту № 4, мають прямий порядок нарахування балів, запитання № 4 – зворотний. Загальний показник суб'єктивного благополуччя рахується як



сумарний бал по всіх пунктах методики. Мінімальний показник суб'єктивного благополуччя дорівнює 24 балам, максимальний показник дорівнює 120 балам. Показники по субшкалах розраховуються як сумарні бали по відповідних пунктах методики: субшкала «Психологічне благополуччя» – пункти №№ 4–15; субшкала «Фізичне здоров'я та благополуччя» – пункти №№ 1–3, 21–24; субшкала «Стосунки» – пункти №№ 16–20. Отримані показники порівнюються з нормативними. Нормативні дані за рівнями суб'єктивного благополуччя представлені у таблиці 2.2.

Таблиця 2.2 – Нормативні дані згідно методики «Модифікована шкала суб'єктивного благополуччя БіБіСі»

Субшкали та загальний показник суб'єктивного благополуччя	Норми		
	Низький рівень	Середній рівень	Високий рівень
Психологічне благополуччя	12–39	40–47	48–60
Фізичне здоров'я та благополуччя	7–20	21–25	26–35
Стосунки	5–16	17–20	21–25
Суб'єктивне благополуччя	24–76	77–91	92–120

**Методика «Шкала позитивного ментального здоров'я» (Positive Mental Health Scale (PMH-scale)) (J. LUKAT, J. MARGRAF, R. LUTZ, W.M. VAN DER VELD, & E.S. BECKER) (адаптація Л.М. Карамушки, О.В. Креденцер, К.В. Терещенко) [1]**

Методика «Шкала позитивного ментального здоров'я» (Positive Mental Health Scale (PMH-scale)) (J. Lukat, J. Margraf, R. Lutz, W. M. van der Veld, &

Е.С. Веcker) включає 9 тверджень, використовується 4-бальна оціночна шкала. Методика дає можливість визначити позитивну спрямованість ментального здоров'я, що є дуже суттєвим, оскільки позитивно «забарвлює» життєву активність людини, що дозволяє, на відміну від так званого «негативного психічного здоров'я», зберігати стресостійкість та встановлювати соціальні контакти з людьми.

Для обробки та інтерпретації результатів треба підрахувати загальну кількість балів. Мінімальний показник позитивного ментального здоров'я дорівнює 9 балам, максимальний показник дорівнює 36 балам. Низький рівень показника позитивного ментального здоров'я відповідає інтервалу 9-24 балів, середній рівень – 25-29 балів, високий рівень – 30-36 балів.

**Тест «Стійкість до стресу» [2, с. 15-16]**

Тест «Стійкість до стресу» складається з 18 питань, на які потрібно відповісти «рідко» (1 бал), «іноді» (2 бали) або «часто» (3 бали). Тест вимірює рівень стійкості до стресу (низький, середній, високий).

Для обробки та інтерпретації результатів потрібно підрахувати суму балів, яку набрала особа, і визначити її відповідний рівень стійкості до стресу. Чим менше число (сумарне) балів набрала особа, тим вища її стійкість до стресу (див. таблицю 2.3).

Таблиця 2.3 – Нормативні дані згідно тесту «Стійкість до стресу»

Сумарне число балів	Рівень стійкості до стресу
43–54	низький
31–42	середній
18–30	високий



## Висновок до Розділу 2

Дослідження відбулось у декілька етапів, а саме:

1) Аналіз наукових та інших джерел для виявлення ключових аспектів основної теми. Етап охоплював літературний огляд та практичну діяльність на базі Інституту спілки вчених Литви (MSI), щоб зрозуміти проблематику вимушеної міграції та визначити критерії для подальшого дослідження психологічної допомоги вимушеним мігрантам.

2) Дослідження психоемоційного стану вимушених мігрантів у Литві. Етап включав проведення опитувань серед вимушених мігрантів у Литві, з використанням онлайн-опитувальника для оцінки їх психоемоційного стану.

3) Формування контрольної та експериментальної груп. Було створено дві групи для психоедукаційних тренінгів та подальшого аналізу їхнього психоемоційного стану.

4) Повторне дослідження психоемоційного стану опитаних вимушених мігрантів у Литві. На цьому етапі проведено повторне опитування учасників дослідження для оцінки змін у психоемоційному стані.

5) Аналіз зібраних даних та написання висновків. На цьому етапі було проаналізовано зібрані дані, перевірено гіпотезу дослідження та сформульовано висновки на основі отриманих результатів.

Зібрані емпіричні дані через широкий спектр психометричних інструментів підтверджують важливість наявності точної та об'єктивної інформації для розуміння психоемоційного стану вимушених мігрантів та ефективності психоедукаційних тренінгів. Для збору інформації про психоемоційний стан вимушених мігрантів було застосовано наступні методики:

□ Шкала реактивної та особистісної тривожності Спілбергера-Ханіна для вимірювання реактивної та особистісної тривожності.

• Модифікована шкала суб'єктивного благополуччя БіБіСі - для оцінки психологічного, фізичного та соціального благополуччя.

- Шкала позитивного ментального здоров'я - для визначення позитивної спрямованості ментального здоров'я.
- Тест «Стійкість до стресу» - для вимірювання рівня стійкості до стресу.





### РОЗДІЛ 3.

## АНАЛІЗ РЕЗУЛЬТАТІВ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ПІДТРИМКИ ВИМУШЕНИМ МІГРАНТАМ

### 3.1 Рівень стресу та психологічних викликів у вимушених мігрантів

В межах дослідження респондентам було запропоновано пройти тест на дослідження тривожності за опитувальником Спілбергера-Ханіна. Шкала реактивної та особистісної тривожності Спілбергера-Ханіна призначена для оцінки реактивної та особистісної тривожності. Особистісна тривожність розглядається авторами як відносно стійка індивідуальна якість особистості, яка характеризує ступінь її занепокоєння, турботи, емоційної напруги внаслідок дії стресових факторів.

Реактивна тривожність - це стан, який характеризує ступінь занепокоєння, турботи, емоційної напруги та розвивається за конкретної стресової ситуації. Якщо особистісна тривожність уявляється стійкою індивідуальною характеристикою, то стан реактивної тривожності може бути достатньо динамічним і за часом, і за ступенем вираженості.

Були отримані такі результати.

Низький рівень особистісної тривожності був визначений у 5 людей, помірний - у 23 людей, високий - у 32 людей. На рис. 3.1 наведено розподіл результатів у відсотках.

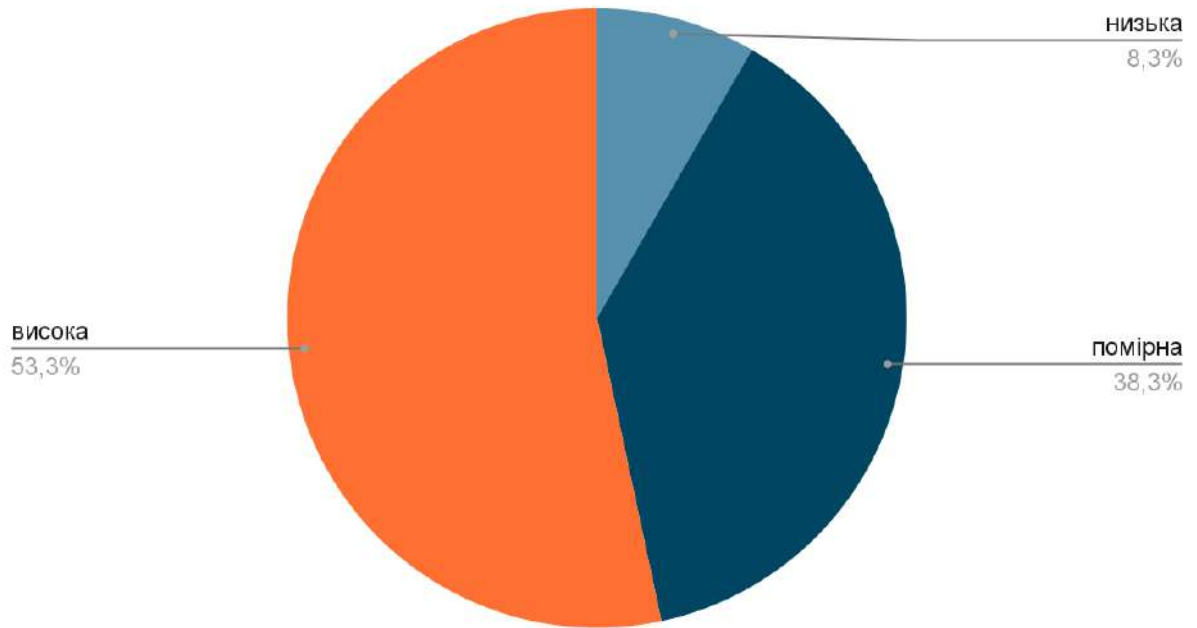


Рис. 3.1 Рівень особистісної тривожності респондентів за шкалою Спілбергера-Ханіна

Низький рівень реактивної тривожності був визначений у 9 людей, помірний - у 29 людей, високий - у 22 людей. На рис. 3.2 наведено розподіл результатів у відсотках.

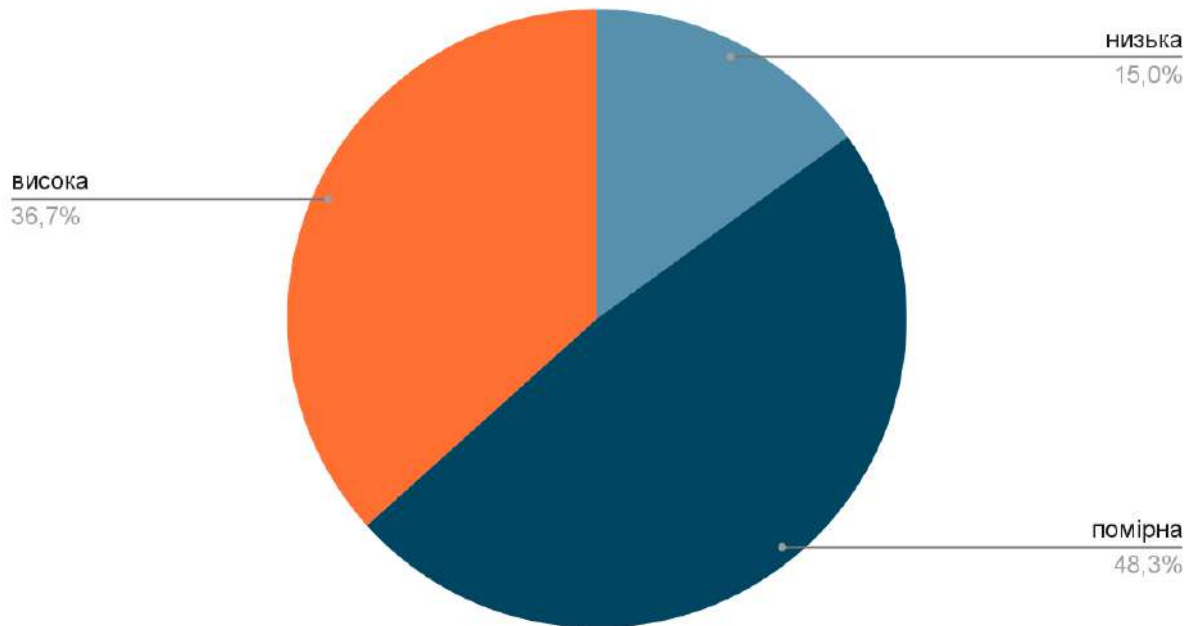


Рис. 3.2 Рівень реактивної тривожності респондентів за шкалою Спілбергера-Ханіна



Також була використана методика «Модифікована шкала суб'єктивного благополуччя БіБіСі» (The Modified BBC Subjective Well-being Scale (BBC-SWB) (P. Pontin, M. Schwannauer, S. Tai, & M. Kinderman), що включає три субшкали:

1) «Психологічне благополуччя» (здатність контролювати своє життя, відчувати оптимізм з приводу майбутнього, впевненість у своїх власних думках і переконаннях, рости і розвиватися як особистість тощо);

2) «Фізичне здоров'я та благополуччя» (задоволеність фізичним здоров'ям, якістю сну, здатністю працювати та здійснювати свою повсякденну життєву активність, займатись спортом і відпочивати, відсутність депресії, тривоги тощо);

3) «Стосунки» (комфортність у ставленні та спілкування з іншими людьми, наявність щасливих дружніх і особистих відносин, здатність звернутись за допомогою до інших, задоволеність своїм сексуальним життям тощо).

Відповідно до методики «Модифікована шкала суб'єктивного благополуччя БіБіСі» було отримано такі результати.

Низький рівень суб'єктивного благополуччя загалом було визначено у 27 людей, середній рівень - у 21 людини, високий рівень - у 12 людей. На рис. 3.3 наведено розподіл результатів у відсотках.

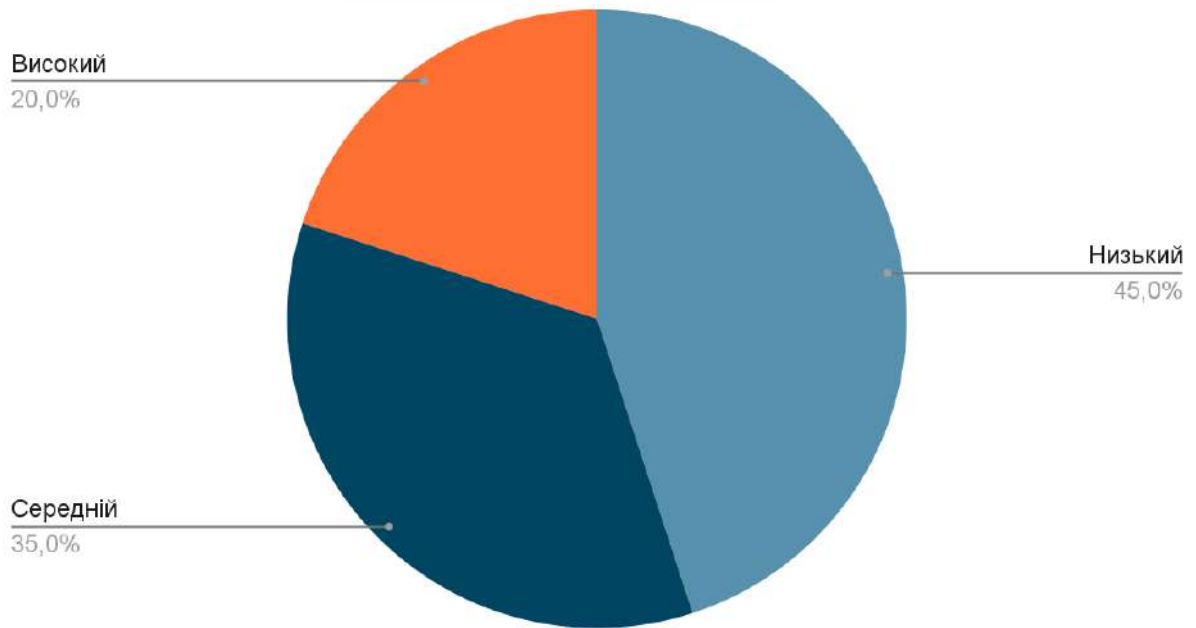


Рис. 3.3 Рівень суб'єктивного благополуччя згідно методики «Модифікована шкала суб'єктивного благополуччя БіБіСі»

Низький рівень суб'єктивного благополуччя за субшкалою «Психологічне благополуччя» було визначено у 26 людей, середній рівень - у 14 людей, високий рівень - у 20 людей. На рис. 3.4 наведено розподіл результатів у відсотках.

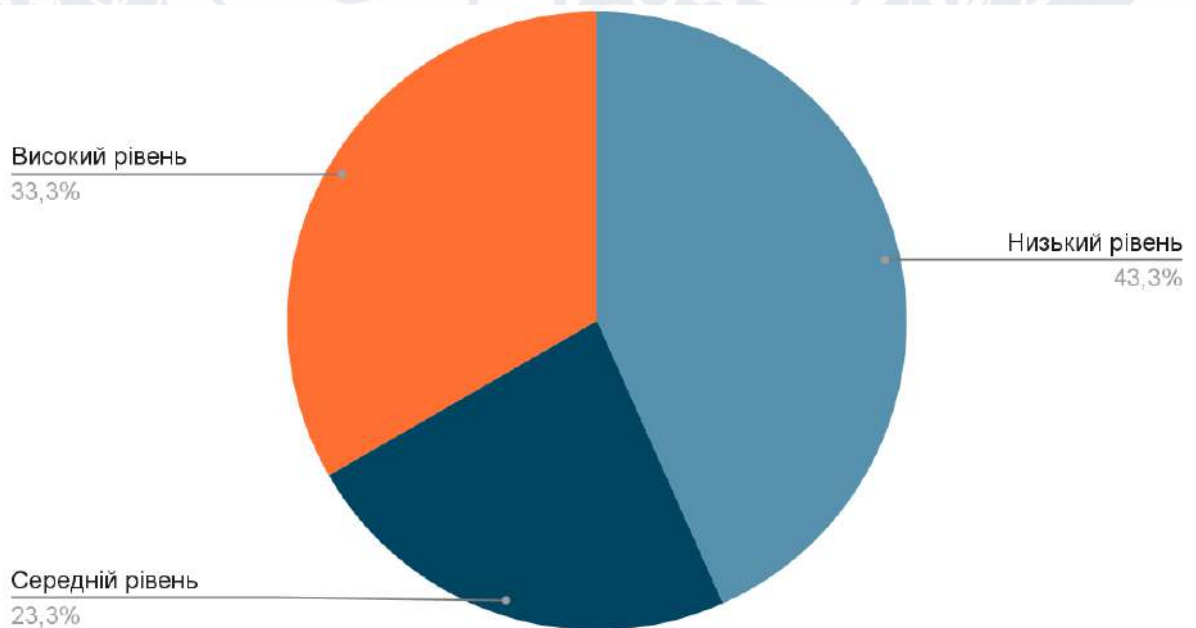


Рис. 3.4 Рівень суб'єктивного благополуччя за субшкалою «Психологічне благополуччя» згідно методики «Модифікована шкала суб'єктивного благополуччя БіБіСі»



Низький рівень суб'єктивного благополуччя за субшкалою «Фізичне здоров'я та благополуччя» було визначено у 25 людей, середній рівень - у 20 людей, високий рівень - у 15 людей. На рис. 3.5 наведено розподіл результатів у відсотках.

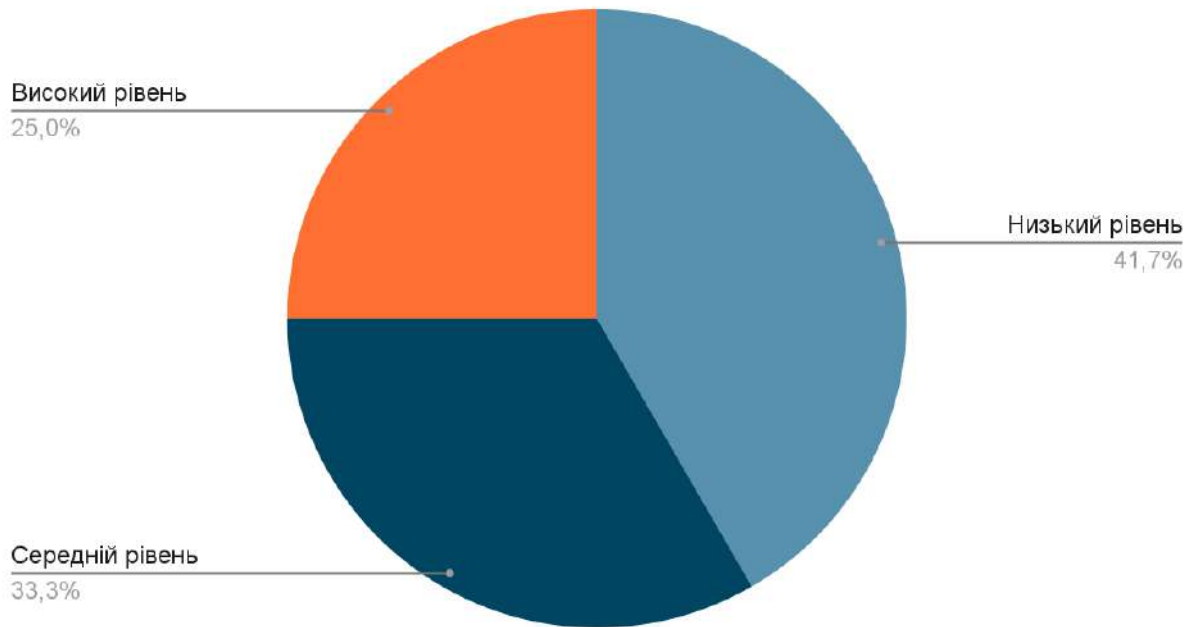


Рис. 3.5 Рівень суб'єктивного благополуччя за субшкалою «Фізичне здоров'я та благополуччя» згідно методики «Модифікована шкала суб'єктивного благополуччя БіБіСі»

Низький рівень суб'єктивного благополуччя за субшкалою «Стосунки» було визначено у 43 людей, середній рівень - у 10 людей, високий рівень - у 7 людей. На рис. 3.6 наведено розподіл результатів у відсотках.

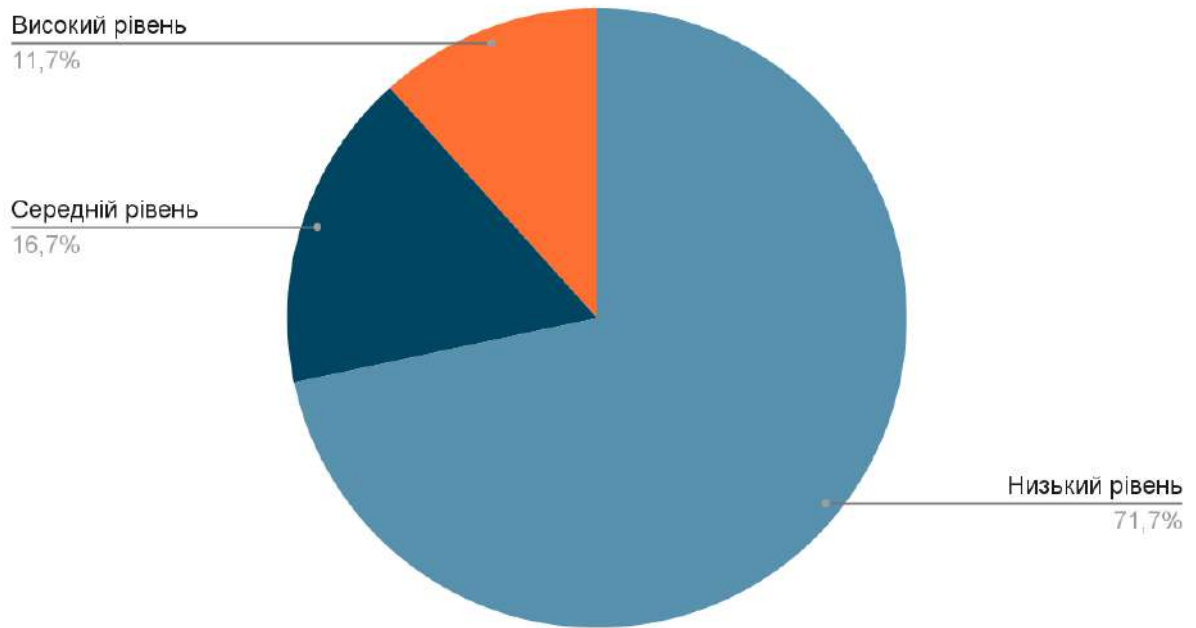


Рис. 3.6 Рівень суб'єктивного благополуччя за субшкалою «Стосунки» згідно методики «Модифікована шкала суб'єктивного благополуччя БіБіСі»

Також респондентам була запропонована методика «Шкала позитивного ментального здоров'я» (Positive Mental Health Scale (PMH-scale)) (J. Lukat, J. Margraf, R. Lutz, W. M. van der Veld, & E.S. Becker). Методика дає можливість визначити позитивну спрямованість ментального здоров'я, що є дуже суттєвим, оскільки позитивно «забарвлює» життєву активність людини, що дозволяє, на відміну від так званого «негативного психічного здоров'я», зберігати стресостійкість та встановлювати соціальні контакти з людьми [2, 19-20].

За методикою «Шкала позитивного ментального здоров'я» низький рівень (9-24 балів) було виявлено у 20 людей, середній рівень (25-29 балів) - у 17 людей, високий рівень (30-36 балів) - у 23 людей. На рис. 3.7 наведено розподіл результатів у відсотках.



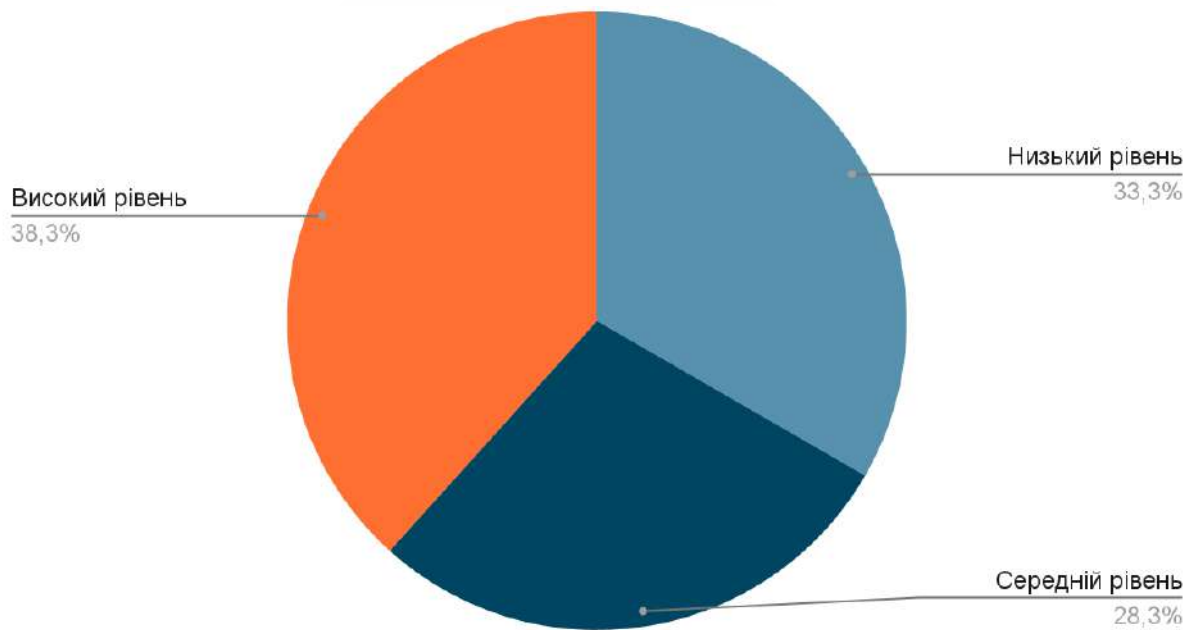


Рис. 3.7 Рівень позитивного ментального здоров'я згідно методики «Шкала позитивного ментального здоров'я»

Також респонденти визначили рівень стійкості до стресу за однойменною методикою. Відповідно до неї, низький рівень стійкості до стресу (43-54 балів) виявлено у 6 людей, середній рівень (31-42 балів) - у 43 людей, високий рівень (18-30 балів) - у 11 людей. На рис. 3.8 наведено розподіл результатів у відсотках.

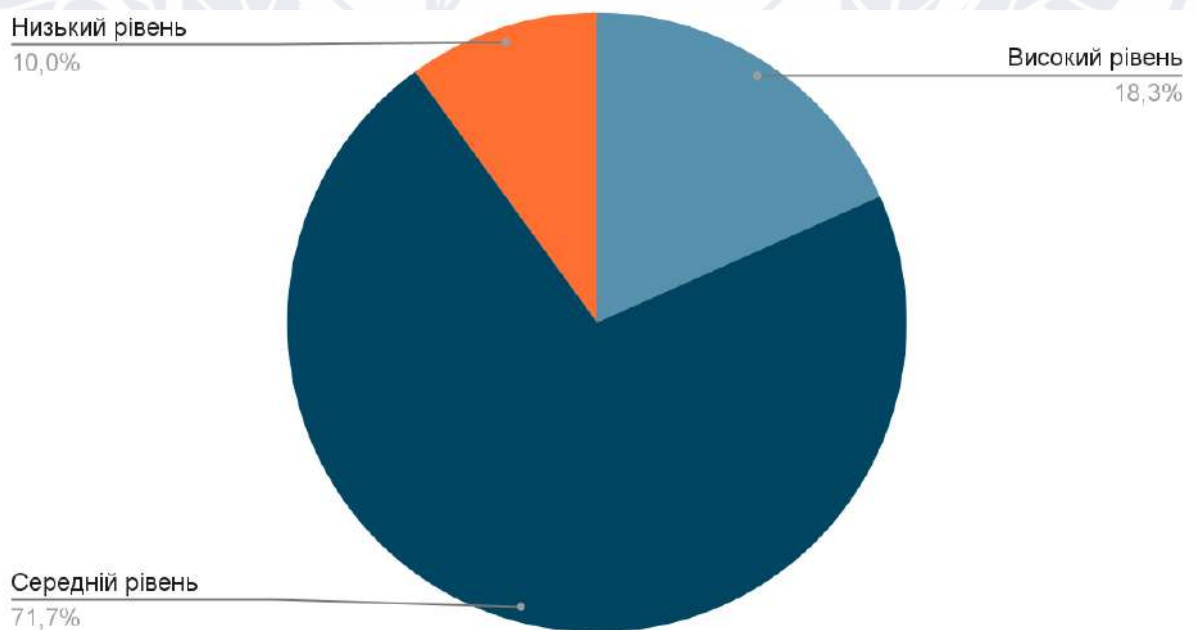


Рис. 3.8 Рівень стійкості до стресу згідно тесту «Стійкість до стресу»

Узагальнено отримані результати:

- 1) Шкала тривожності Спілбергера-Ханіна, особистісна тривожність: середнє  $\sim 46.28$ , стандартне відхилення  $\sim 11.07$ .
- 2) Шкала тривожності Спілбергера-Ханіна, ситуативна тривожність: середнє  $\sim 43.15$ , стандартне відхилення  $\sim 12.56$ .
- 3) Модифікована шкала суб'єктивного благополуччя БіБіСі: середнє  $\sim 76.5$ , стандартне відхилення  $\sim 16.58$ .
  - 3.1) Субшкала «Психологічне благополуччя»: середнє  $\sim 40.6$ , стандартне відхилення  $\sim 10.28$ .
  - 3.2) Субшкала «Фізичне здоров'я та благополуччя»: середнє  $\sim 21.42$ , стандартне відхилення  $\sim 5.23$ .
  - 3.3) Субшкала «Стосунки»: середнє  $\sim 14.48$ , стандартне відхилення  $\sim 4.43$ .
- 4) Шкала позитивного ментального здоров'я: середнє  $\sim 26.73$ , стандартне відхилення  $\sim 6.58$ .
- 5) Тест «Стійкість до стресу»: середнє  $\sim 35.17$ , стандартне відхилення  $\sim 5.48$ .

### **3.2 Ефективність психологічної підтримки**

Для аналізу ефективності психологічної підтримки було визначено середнє значення у кожній з груп - експериментальній та контрольній. Спершу розглянемо порівняння результатів дослідницьких груп по кожному із тестів окремо.

#### **Шкала реактивної та особистісної тривожності Спілбергера-Ханіна**

На початку дослідження за рівнем особистісної тривожності контрольна група мала середнє значення 48,2 бали, а експериментальна група - 44,37 бали. За результатами дослідження контрольна група мала середнє значення 48,27 бали, а експериментальна група - 43,7 бали. Отже, у контрольній групі



не відбулось помітних змін, а у експериментальній результат покращився на 1,3 бали (2,93%) відповідно. Ці дані візуалізовано на рис. 3.9.

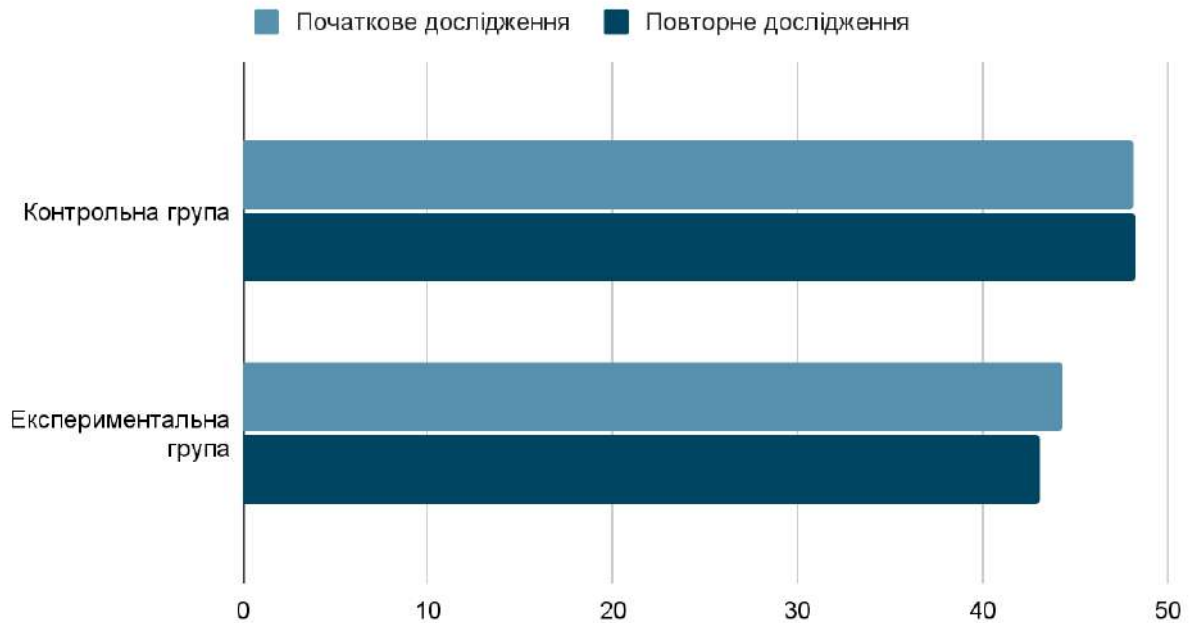


Рис. 3.9 Зміна рівню особистісної тривожності респондентів за шкалою Спілбергера-Ханіна

На початку дослідження за рівнем ситуативної (реактивної) тривожності контрольна група мала середнє значення 45,97 бали, а експериментальна група - 40,33 бали. За результатами дослідження контрольна група мала середнє значення 46,47 бали, а експериментальна група - 38,33 бали. Отже, у контрольній групі не відбулось помітних змін, а у експериментальній результат покращився на 2 бали (4,96%) відповідно. Ці дані візуалізовано на рис. 3.10.



Рис. 3.10 Зміна рівню реактивної тривожності респондентів за шкалою Спілбергера-Ханіна

Порівнюючи результати експериментальної та контрольної груп, можна констатувати, що люди, які пройшли навчальну програму з соціальною децо знизили рівень тривожності, особливо - ситуативної..

#### **Модифікована шкала суб'єктивного благополуччя БіБіСі**

На початку дослідження за рівнем суб'єктивного благополуччя контрольна група мала середнє значення 73,1 бали, а експериментальна група - 79,9 бали. За результатами дослідження контрольна група мала середнє значення 73,03 бали, а експериментальна група - 84,67 бали. Отже, у контрольної групи не відбулось помітних змін, а у експериментальної результат покращився на 4,8 бали (5,97%) відповідно. Ці дані візуалізовано на рис. 3.11.





Рис. 3.11 Зміна рівню суб'єктивного благополуччя респондентів згідно методики «Модифікована шкала суб'єктивного благополуччя БіБіСі»

На початку дослідження за рівнем суб'єктивного благополуччя за субшкалою «Психологічне благополуччя» контрольна група мала середнє значення 37 балів, а експериментальна група - 44,2 бали. За результатами дослідження контрольна група мала середнє значення 36,53 бали, а експериментальна група - 45,9 бали. Отже, у контрольної групи не відбулось помітних змін, а у експериментальній результат покращився на 1,7 бали (3,85%) відповідно. Ці дані візуалізовано на рис. 3.12.

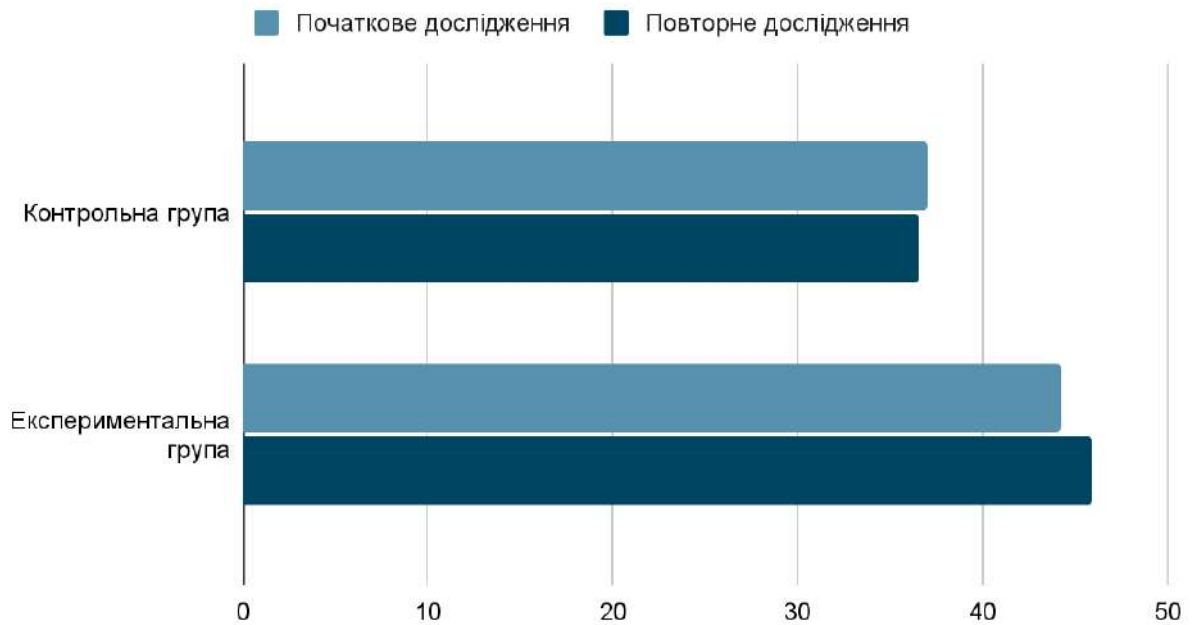


Рис. 3.12 Зміна рівню суб'єктивного благополуччя респондентів за субшкалою «Психологічне благополуччя» згідно методики «Модифікована шкала суб'єктивного благополуччя БіБіСі»

На початку дослідження за рівнем суб'єктивного благополуччя за субшкалою «Фізичне здоров'я та благополуччя» контрольна група мала середнє значення 19,83 балів, а експериментальна група - 23 бали. За результатами дослідження контрольна група мала середнє значення 19,87 бали, а експериментальна група - 23,3 бали. Отже, ані у контрольної групи, ані у експериментальної групи не відбулось помітних змін. Ці дані візуалізовано на рис. 3.13.



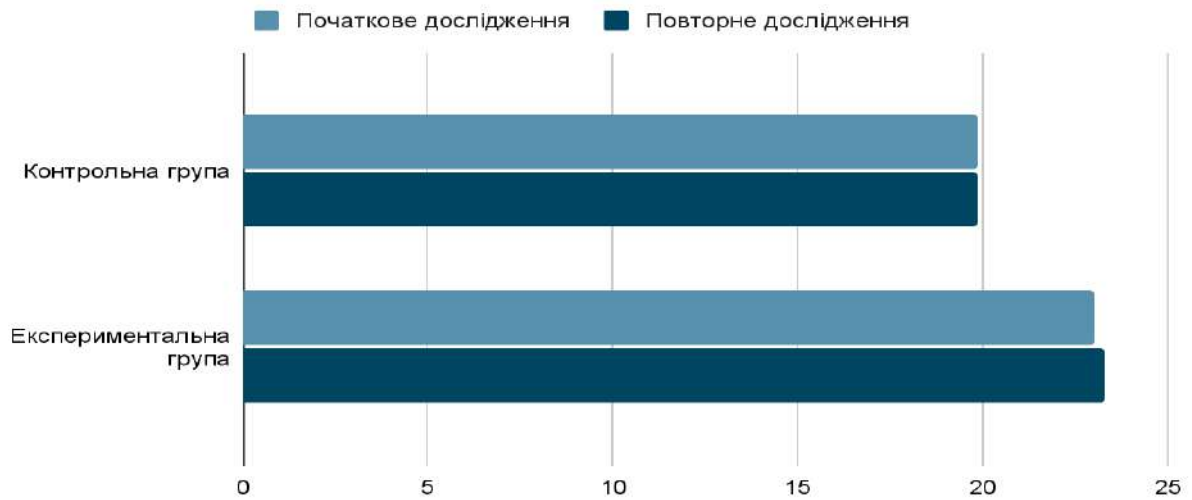


Рис. 3.13 Зміна рівню суб'єктивного благополуччя респондентів за субшкалою «Фізичне здоров'я та благополуччя» згідно методики «Модифікована шкала суб'єктивного благополуччя БіБіСі»

На початку дослідження за рівнем суб'єктивного благополуччя за субшкалою «Стосунки» контрольна група мала середнє значення 16,27 балів, а експериментальна група - 12,7 бали. За результатами дослідження контрольна група мала середнє значення 16,63 бали, а експериментальна група - 15,47 бали. Отже, у контрольної групи не відбулось помітних змін, а у експериментальній результат покращився на 2,77 бали (21,81%) відповідно. Ці дані візуалізовано на рис. 3.14.



Рис. 3.14 Зміна рівню суб'єктивного благополуччя респондентів за субшкалою «Стосунки» згідно методики «Модифікована шкала суб'єктивного благополуччя БіБіСі»

### **Шкала позитивного ментального здоров'я**

На початку дослідження за шкалою позитивного ментального здоров'я контрольна група мала середнє значення 24,73 балів, а експериментальна група - 28,73 бали. За результатами дослідження контрольна група мала середнє значення 25,37 бали, а експериментальна група - 30,3 бали. Отже, у контрольної групи не відбулось помітних змін, а у експериментальної результат покращився на 1,57 бали (5,46%) відповідно. Ці дані візуалізовано на рис. 3.15.



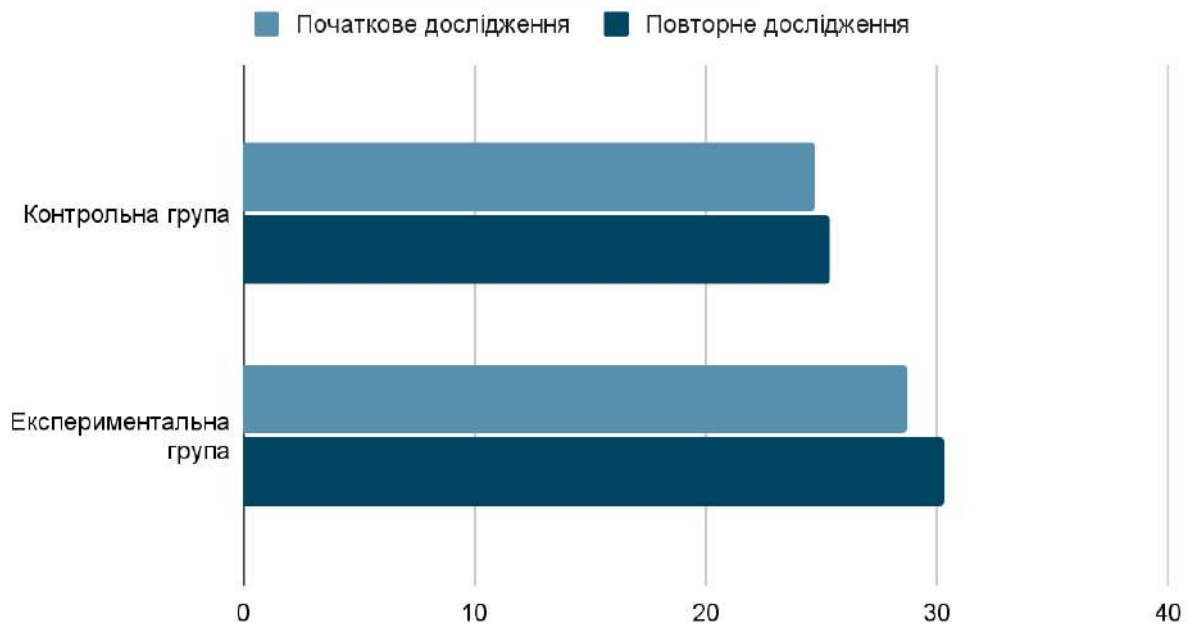


Рис. 3.15 Зміна рівню позитивного ментального здоров'я респондентів згідно методики «Шкала позитивного ментального здоров'я»

#### Тест «Стійкість до стресу»

На початку дослідження за методикою «Стійкість до стресу» контрольна група мала середнє значення 35,9 балів, а експериментальна група - 34,43 бали. За результатами дослідження контрольна група мала середнє значення 35,47 бали, а експериментальна група - 35,23 бали. Отже, ані у контрольної групи, ані у експериментальної групи не відбулось помітних змін. Ці дані візуалізовано на рис. 3.16.

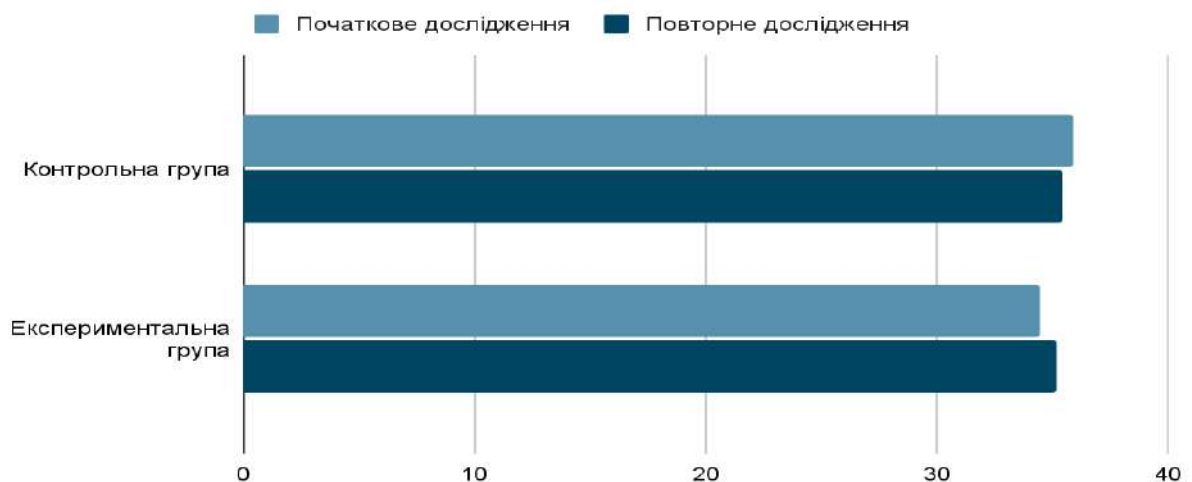


Рис. 3.16 Зміна рівню стійкості до стресу респондентів згідно тесту «Стійкість до стресу»

Для того, щоб перевірити **достовірність отриманих результатів та ефективність впливу** на експериментальну групу, нами було проведено ряд статистичних перевірок.

В першу чергу для кожного результату методик було порівняно:

1. Середні значення (для оцінки загальних тенденцій).
2. Стандартне відхилення (для оцінки розсіювання даних).
3. Зміни до і після у контрольній та експериментальній групах.
4. Зміни між групами до і після.

### ***Аналіз особистісної тривожності***

Для оцінки особистісної тривожності розглянемо наступні статистики для кожної з груп на початковому та повторному дослідженнях:

Контрольна група:

Початкове дослідження: Середнє = 48.2, Стандартне відхилення = 11.57

Повторне дослідження: Середнє = 48.27, Стандартне відхилення = 11.59

Експериментальна група:

Початкове дослідження: Середнє = 44.37, Стандартне відхилення = 10.39

Через місяць: Середнє = 43.07, Стандартне відхилення = 9.80

Аналіз:

У контрольній групі майже не спостерігається зміни середнього рівня особистісної тривожності через місяць (мінімальне зменшення).

В експериментальній групі середній рівень особистісної тривожності знизився через місяць, що може свідчити про позитивний вплив втручання.

Зменшення стандартного відхилення в експериментальній групі також свідчить про те, що результати стали більш консолідованими після втручання.

### ***Аналіз реактивної тривожності***

Для оцінки реактивної тривожності розглянемо наступні статистики для кожної з груп на початковому та повторному дослідженнях:

Контрольна група:



Початкове дослідження: Середнє = 45.97, Стандартне відхилення = 13.65

Повторне дослідження: Середнє = 46.47, Стандартне відхилення = 13.27

Експериментальна група:

Початкове дослідження: Середнє = 40.33, Стандартне відхилення = 10.86

Повторне дослідження: Середнє = 38.33, Стандартне відхилення = 9.23

Аналіз:

У контрольній групі середній рівень реактивної тривожності незначно збільшився через місяць. Це може вказувати на природну варіативність або зовнішні чинники, які не були контрольовані в дослідженні.

В експериментальній групі спостерігається зниження середнього рівня реактивної тривожності та стандартного відхилення, що може свідчити про позитивний ефект втручання в плані зменшення тривожної реактивності учасників.

Зниження стандартного відхилення також вказує на те, що варіативність даних зменшилася, роблячи результати більш узгодженими.

### ***Модифікована шкала суб'єктивного благополуччя БіБіСі***

Для оцінки суб'єктивного благополуччя розглянемо наступні статистики для кожної з груп на початковому та повторному дослідженнях:

Контрольна група:

Початкове дослідження: Середнє = 73.1, Стандартне відхилення = 18.41

Повторне дослідження: Середнє = 73.03, Стандартне відхилення = 18.48

Експериментальна група:

Початкове дослідження: Середнє = 79.9, Стандартне відхилення = 14.02

Повторне дослідження: Середнє = 84.67, Стандартне відхилення = 13.23

### ***Субшкала «Психологічне благополуччя»***

Для оцінки суб'єктивного благополуччя за субшкалою «Психологічне благополуччя» розглянемо наступні статистики для кожної з груп на початковому та повторному дослідженнях:

Контрольна група:

Початкове дослідження: Середнє = 37, Стандартне відхилення = 10.53

Повторне дослідження: Середнє = 36.53, Стандартне відхилення = 10.75

Експериментальна група:

Початкове дослідження: Середнє = 44.2, Стандартне відхилення = 8.81

Повторне дослідження: Середнє = 45.9, Стандартне відхилення = 8.66

### ***Субшкала «Фізичне здоров'я та благополуччя»***

Контрольна група:

Початкове дослідження: Середнє = 19.83, Стандартне відхилення = 4.84

Повторне дослідження: Середнє = 20.33, Стандартне відхилення = 5.14

Експериментальна група:

Початкове дослідження: Середнє = 23, Стандартне відхилення = 5.20

Повторне дослідження: Середнє = 23.3, Стандартне відхилення = 5.14

### ***Субшкала «Стосунки»***

Контрольна група:

Початкове дослідження: Середнє = 16.27, Стандартне відхилення = 5.13

Повторне дослідження: Середнє = 16.63, Стандартне відхилення = 4.80

Експериментальна група:

Початкове дослідження: Середнє = 12.7, Стандартне відхилення = 2.65

Повторне дослідження: Середнє = 15.47, Стандартне відхилення = 3.23

### ***Шкала позитивного ментального здоров'я***

Контрольна група:

Початкове дослідження: Середнє = 24.73, Стандартне відхилення = 7.51

Повторне дослідження: Середнє = 25.37, Стандартне відхилення = 7.49

Експериментальна група:

Початкове дослідження: Середнє = 28.73, Стандартне відхилення = 4.85

Повторне дослідження: Середнє = 30.30, Стандартне відхилення = 4.68



### ***Тест «Стійкість до стресу»***

Контрольна група:

Початкове дослідження: Середнє = 35.90, Стандартне відхилення = 5.34

Повторне дослідження: Середнє = 35.47, Стандартне відхилення = 5.15

Експериментальна група:

Початкове дослідження: Середнє = 34.43, Стандартне відхилення = 5.61

Повторне дослідження: Середнє = 35.23, Стандартне відхилення = 5.39

Для проведення **статистичного тестування на значущість змін** у результатах між групами та в межах кожної групи напочатку та наприкінці дослідження, було використано два основних типи тестів:

□ t-тест для залежних вибірок (або парний t-тест) - для порівняння середніх в одній групі напочатку та наприкінці дослідження.

□ t-тест для незалежних вибірок: для порівняння середніх між контрольною та експериментальною групами на кожному етапі дослідження (напочатку та наприкінці дослідження).

Перед проведенням t-тестів важливо переконатися, що дані відповідають основним припущенням для цього тесту:

□ Нормальність розподілу: t-тест найбільш точний, коли дані мають нормальний розподіл. Для невеликих вибірок може бути корисним провести тест на нормальність, наприклад, за допомогою тесту Шапіро-Вілка [180, с. 180-184].

□ Гомогенність дисперсій: для t-тесту для незалежних вибірок важливо, щоб дисперсії в обох групах були приблизно однаковими. Це можна перевірити за допомогою тесту Левена [180, с. 196-201].

### ***Аналіз результатів тесту для аспекту «Особистісна тривожність»***

Перевірка на нормальність за тестом Шапіро-Вілка

Контрольна група (напочатку та наприкінці дослідження): р-значення є більшими за 0.05, що свідчить про те, що дані можна вважати нормально розподіленими.

Експериментальна група (напочатку та наприкінці дослідження): аналогічно, р-значення більші за 0.05, що також вказує на нормальність розподілу.

Тест Левена на рівність (гомогенність) дисперсій

Тест Левена: р-значення значно вище за 0.05, що свідчить про те, що дисперсії між групами є гомогенними.

t-тест для залежних вибірок (в межах кожної групи)

Контрольна група: t-тест не показав статистично значущих змін ( $p=0.677$ ), що свідчить про те, що середні значення до і після втручання не відрізняються значущо.

Експериментальна група: t-тест показав статистично значущі зміни ( $p=0.0046$ ), що вказує на те, що втручання мало значущий вплив на рівень особистісної тривожності в цій групі.

t-тест для незалежних вибірок (між групами)

Першочергове дослідження: р-значення вище за 0.05 ( $p=0.182$ ), що свідчить, що між групами не було статистично значущої різниці до втручання.

Повторне дослідження: р-значення близьке до 0.05 ( $p=0.066$ ) натякає на те, що може бути тенденція до різниці між групами, але це все ж не досягає статистичної значущості.

#### Висновки

Для «Особистісної тривожності» в експериментальній групі спостерігаються статистично значущі зміни після втручання, на відміну від контрольної групи, де зміни не є значущими. Хоча після втручання з'явилася тенденція до відмінностей між групами, ця різниця не є достатньо значущою за стандартними критеріями.



### *Аналіз результатів для аспекту «Реактивна тривожність»*

Перевірка на нормальність за тестом Шапіро-Вілка

Контрольна група (напочатку та наприкінці дослідження): дані вважаються нормально розподіленими ( $p > 0.05$ ).

Експериментальна група (напочатку та наприкінці дослідження): дані не вважаються нормально розподіленими ( $p < 0.05$ ), що може вказувати на необхідність застосування непараметричних методів або перетворення даних.

Тест Левена на рівність (гомогенність) дисперсій

Тест Левена:  $p$ -значення менше за 0.05, що свідчить про те, що дисперсії між групами можуть бути неоднорідними.

$t$ -тест для залежних вибірок (в межах кожної групи)

Контрольна група: показує тенденцію до зниження реактивної тривожності, але зміни не є статистично значущими ( $p = 0.062$ ).

Експериментальна група: виявлено статистично значущі зміни ( $p = 0.0003$ ), що вказує на позитивний ефект втручання на зниження реактивної тривожності.

$t$ -тест для незалежних вибірок (між групами)

Першочергове дослідження: Не виявлено статистично значущої різниці між групами ( $p = 0.083$ ).

Повторне дослідження: виявлено статистично значущу різницю між групами ( $p = 0.008$ ), що може свідчити про ефективність втручання для експериментальної групи.

### **Висновки**

Для «Реактивної тривожності» результати показують, що може бути позитивний ефект втручання в експериментальній групі. При цьому варто звернути увагу на розподіл даних та гомогенність дисперсій при подальшому аналізі.

### *Аналіз результатів для «Суб'єктивного благополуччя»:*

Перевірка на нормальність за тестом Шапіро-Вілка

Контрольна та експериментальна групи (напочатку та наприкінці дослідження): усі р-значення є значно вищими за 0.05, що свідчить про те, що дані можна вважати нормально розподіленими.

Тест Левена на рівність (гомогенність) дисперсій

Тест Левена: р-значення вище за 0.05, що свідчить, що дисперсії між групами можна вважати гомогенними.

t-тест для залежних вибірок (в межах кожної групи)

Контрольна група: t-тест не показав статистично значущих змін ( $p=0.837$ ), що свідчить про те, що середні значення до і після втручання не відрізняються значущо.

Експериментальна група: t-тест показав статистично значущі зміни ( $p < 0.00001$ ), що вказує на значущий вплив втручання.

t-тест для незалежних вибірок (між групами)

Першочергове дослідження: не виявлено статистично значущої різниці між групами ( $p = 0.113$ ).

Повторне дослідження: виявлено статистично значущу різницю між групами ( $p = 0.007$ ), що може свідчити про ефективність втручання для експериментальної групи.

Висновки

Для «Суб'єктивного благополуччя» в експериментальній групі спостерігається значуще зниження показника, що може свідчити про позитивний вплив втручання. Контрольна група не показала значущих змін, що є очікуваним без втручання.

***Аналіз результатів для аспекту «Психологічне благополуччя»:***

Перевірка на нормальність за тестом Шапіро-Вілка

Контрольна та експериментальна групи (напочатку та наприкінці дослідження): Усі р-значення є значно вищими за 0.05, що свідчить про те, що дані можна вважати нормально розподіленими.

Тест Левена на рівність (гомогенність) дисперсій



Тест Левена: р-значення вище за 0.05, що свідчить, що дисперсії між групами можна вважати гомогенними.

t-тест для залежних вибірок (в межах кожної групи)

Контрольна група: t-тест показав статистично значущі зміни ( $p=0.011$ ), що свідчить про зміни в психологічному благополуччі після втручання.

Експериментальна група: t-тест також показав статистично значущі зміни ( $p=0.002$ ), що вказує на значущий вплив втручання.

t-тест для незалежних вибірок (між групами)

Першочергове дослідження: виявлено статистично значущу різницю між групами ( $p = 0.006$ ), що може вказувати на вихідні відмінності в групах.

Повторне дослідження: виявлено статистично значущу різницю між групами ( $p < 0.001$ ), що може підтвердити ефективність втручання для експериментальної групи.

Висновки

«Психологічне благополуччя» показало значущі зміни в обох групах після повторного дослідження, що свідчить про потенційний вплив на цей аспект. Різниця між групами як до, так і після втручання вказує на важливість врахування вихідних відмінностей при оцінці впливу.

#### *Аналіз результатів для «Фізичне здоров'я та благополуччя»*

Перевірка на нормальність за тестом Шапіро-Вілка

Контрольна та експериментальна групи (напочатку та наприкінці дослідження): усі р-значення є значно вищими за 0.05, що свідчить про те, що дані можна вважати нормально розподіленими.

Тест Левена на рівність (гомогенність) дисперсій

Тест Левена: р-значення вище за 0.05, що свідчить, що дисперсії між групами можна вважати гомогенними.

t-тест для залежних вибірок (в межах кожної групи)

Контрольна група: t-тест не показав статистично значущих змін ( $p=0.813$ ), що свідчить про те, що середні значення напочатку та наприкінці дослідження не відрізняються значущо.

Експериментальна група: t-тест також не показав статистично значущих змін ( $p=0.222$ ), що вказує на відсутність значущого впливу втручання.

t-тест для незалежних вибірок (між групами)

Першочергове дослідження: виявлено статистично значущу різницю між групами ( $p = 0.018$ ), що може вказувати на вихідні відмінності.

Повторне дослідження: виявлено статистично значущу різницю між групами ( $p = 0.009$ ), але без значущих змін в межах кожної групи, це може вказувати на стабільність різниці.

Висновки

Для субшкали «Фізичне здоров'я та благополуччя» не було виявлено значущих змін в обох групах наприкінці дослідження. Це може свідчити про те, що втручання не мало значного впливу на цей аспект здоров'я учасників.

#### *Аналіз результатів для «Шкала позитивного ментального здоров'я»*

Перевірка на нормальність за тестом Шапіро-Вілка

Контрольна та експериментальна групи (напочатку та наприкінці дослідження): усі результати, крім результатів повторного дослідження експериментальної групи, р-значення є вищими за 0.05, що свідчить про нормальність даних. Повторне дослідження експериментальної групи має р-значення менше 0.05, що вказує на потенційне відхилення від нормального розподілу.

Тест Левена на рівність (гомогенність) дисперсій

Тест Левена: р-значення менше за 0.05, що може вказувати на неоднорідність дисперсій між групами.

t-тест для залежних вибірок (в межах кожної групи)

Контрольна група: t-тест показав статистично значущі зміни ( $p=0.014$ ), що свідчить про зміни в позитивному ментальному здоров'ї.



Експериментальна група: t-тест також показав статистично значущі зміни ( $p < 0.00001$ ), що вказує на значущий вплив втручання.

t-тест для незалежних вибірок (між групами)

Першочергове дослідження: виявлено статистично значущу різницю між групами ( $p = 0.018$ ), що може вказувати на вихідні відмінності.

Після втручання: виявлено статистично значущу різницю між групами ( $p = 0.004$ ), що може підтвердити ефективність втручання для експериментальної групи.

Висновки

«Шкала позитивного ментального здоров'я» показала значущі зміни в обох групах після втручання, що свідчить про потенційний вплив втручання на цей аспект. Різниця між групами як до, так і після втручання вказує на важливість врахування вихідних відмінностей при оцінці впливу.

#### *Аналіз результатів для тесту «Стійкість до стресу»*

Перевірка на нормальність за тестом Шапіро-Вілка

Контрольна та експериментальна групи (напочатку та наприкінці дослідження): усі p-значення є значно вищими за 0.05, що свідчить про те, що дані можна вважати нормально розподіленими.

Тест Левена на рівність (гомогенність) дисперсій

Тест Левена: p-значення вище за 0.05, що свідчить, що дисперсії між групами можна вважати гомогенними.

t-тест для залежних вибірок (в межах кожної групи)

Контрольна група: t-тест не показав статистично значущих змін ( $p=0.812$ ), що свідчить про те, що середні значення напочатку та наприкінці дослідження не відрізняються значущо.

Експериментальна група: t-тест також не показав статистично значущих змін ( $p=0.22$ ), що вказує на відсутність значущого впливу втручання.

t-тест для незалежних вибірок (між групами)

Першочергове дослідження: не виявлено статистично значущої різниці між групами ( $p = 0.113$ ).

Повторне дослідження: не виявлено статистично значущої різниці між групами ( $p = 0.13$ ).

#### Висновки

Тестування «Стійкість до стресу» не виявило значущих змін в обох групах наприкінці дослідження. Це може свідчити про те, що втручання не мало значного впливу на цей аспект здоров'я учасників.

Окрім статистичного обґрунтування значущості, важливим також є **розрахунок розміру ефекту** для кожної змінної в обох групах. Для розрахунку розміру ефекту можна використати спосіб названий в честь Джейкоба Коена для залежних вибірок. Він визначається як різниця між середніми до і після, поділена на стандартне відхилення змін. Результати розрахунків для контрольної та експериментальної груп за кожною із методик дослідження наведено в таблиці 3.1.

Таблиця 3.1 – Розміри ефекту Д. Коена для змін у контрольній та експериментальній групах дослідження

Методика дослідження	Контрольна група	Експериментальна група
Шкала тривожності Спілбергера-Ханіна, особистісна тривожність	0.077	-0.560
Шкала тривожності Спілбергера-Ханіна, ситуативна тривожність	0.355	-0.758
Модифікована шкала суб'єктивного благополуччя БіБіСі	-0.038	0.998
Субшкала «Психологічне благополуччя»	-0.498	0.609



Продовження таблиці 3.1

Субшкала «Фізичне здоров'я та благополуччя»	0.044	0.228
Субшкала «Стосунки»	0.344	1.262
Шкала позитивного ментального здоров'я	0.478	0.985
Тест «Стійкість до стресу»	-0.363	0.234

Інтерпретація розмірів ефекту за Д. Коеном:

$d = 0.2$  вважається малим ефектом,

$d = 0.5$  вважається середнім ефектом,

$d = 0.8$  і вище вважається великим ефектом.

Висновки:

Контрольна група: великість ефекту в основному мала або навіть незначна, що вказує на те, що в цій групі зміни були мінімальними.

Експериментальна група: значні зміни в багатьох показниках, зокрема в психологічному благополуччі, стосунках і шкалі позитивного ментального здоров'я, що вказує на великий ефект від проведеного тренінгу.

Ці дані підкреслюють позитивний вплив психологічного тренінгу на експериментальну групу у порівнянні з контрольною групою, де такі значні зміни не спостерігались.

Виходячи з доведеної ефективності запропонованого підходу до роботи з надання психологічної підтримки вимушеним мігрантам, можна сформулювати наступні рекомендації:

1) Надаючи психологічну підтримку вимушеним мігрантам, важливо пам'ятати про різноманітні причини подавленого психоемоційного стану, який вони в більшості мають.

2) Надання психологічної підтримки буде більш ефективним, якщо поєднувати її з соціальною підтримкою, направленою на адаптацію в новому місці проживання.

3) Для ефективної соціальної підтримки бажано, щоб психологи, що працюють з вимушеними мігрантами, проживали у тій же громаді, або могли перенаправити до місцевих соціальних працівників.

4) Психоедукація через груповий тренінг є ефективним способом покращення психоемоційного стану вимушених мігрантів, оскільки, з одного боку, дозволяє людям краще розібратись з психологічними викликами, які вони мають, та їх причинами, а, з іншого боку, допомагає налагодити соціальні зв'язки.

5) Під час проведення групових тренінгів для вимушених мігрантів дуже важливим є створення безпечного простору та налагодження довіри учасників одне до одного. Важливо пам'ятати, що досвід вимушеної міграції та його переживання унікальний для кожної людини.

### **Висновок до Розділу 3**

В середньому 43% респондентів було визначено низький рівень суб'єктивного благополуччя за різними шкалами «Модифікована шкала суб'єктивного благополуччя БіБіСі». Проте за субшкалою «Стосунки» низький рівень мають 71,7% людей, що може свідчити про особливий вплив вимушеної міграції на благополуччя людей.

Реалізація психоедукаційних тренінгів та соціальної підтримки, направленої на підвищення обізнаності вимушених мігрантів про життя в приймаючій громаді, показала здатність таких програм впливати на психоемоційний стан вимушених мігрантів, надаючи їм необхідні ресурси для кращого справляння зі стресом та адаптацією до нових життєвих умов. Разом із тим соціальна підтримка, що надається разом із психологічною, сприяє значному покращенню суб'єктивного благополуччя за субшкалою «Стосунки», особливо у людей з нижчими вихідними показниками.

Результати дослідження можуть слугувати важливим орієнтиром для психологів та інших фахівців, які працюють з вимушеними мігрантами,



допомагаючи їм розробити та впроваджувати більш ефективні стратегії підтримки.



## ВИСНОВКИ

Проблематика психологічної підтримки вимушених мігрантів є глобально важливою, враховуючи постійне зростання числа мігрантів через конфлікти, природні катастрофи та інші чинники, що спонукають до переміщення населення.

Ця наукова робота зосереджується на психологічних викликах та потребах у підтримці вимушених мігрантів, занурюючись у їхній досвід, включно з травмою, втратою, соціальними та фінансовими труднощами, а також на важливості комплексного підходу до психологічної підтримки, який би враховував індивідуальні потреби та контексти. Дослідження підкреслює складність переживань мігрантів та необхідність емпатійного розуміння їхніх унікальних викликів для забезпечення їхнього психологічного благополуччя та соціальної адаптації.

У емпіричній частині було проведено детальне дослідження серед вимушених мігрантів у Литві. Різні психометричні інструменти були використані для оцінки психологічного стану та впливу психосоціальних інтервенцій. Дослідження продемонструвало важливість точної та об'єктивної інформації для розуміння психологічного стану вимушених мігрантів та ефективності психоосвітніх інтервенцій.

Результати показали, що серед учасників були поширені як особистісна, так і ситуативна тривожність, при цьому були виявлені різні рівні суб'єктивного благополуччя та позитивного ментального здоров'я. Дослідження також підкреслило потребу у стійкості до стресу серед цієї групи населення. Було встановлено, що психоедукаційні групові тренінги та програми соціальної підтримки поліпшують психологічні результати учасників. Розробка та впровадження психоедукаційних тренінгів, заснованих на зібраних даних, дозволяє вдосконалити методи психологічної допомоги вимушеним мігрантам.



Загалом, робота робить висновок, що розуміння глибини та складності викликів, з якими стикаються вимушені мігранти, та розробка ефективних стратегій психологічної підтримки є життєво важливими для забезпечення їхнього благополуччя та сприяння успішній інтеграції у нові суспільства. Робота наголошує на необхідності індивідуалізованої психологічної підтримки та інтеграції соціальної, економічної та юридичної допомоги для забезпечення комплексного догляду за вимушеними мігрантами під час їхньої адаптації та відновлення. Емпіричні висновки підкреслюють важливість багатоаспектного підходу до розгляду психологічних проблем, пов'язаних з міграцією, та позитивний вплив цільових інтервенцій на психологічний стан вимушених мігрантів.

Дослідження розробляє інтегровану модель психологічної та соціальної підтримки для допомоги соціальній адаптації та психологічному відновленню вимушених мігрантів у мультикультурному та транснаціональному контексті. Воно підкреслює потенційні застосування результатів для організацій та урядів, які надають підтримку мігрантам, сприяючи порівняльному аналізу та розробці політики.

Ця робота вказує на потребу у подальших дослідженнях, зокрема щодо впливу розриву сімейних та соціальних зв'язків на психологічний стан вимушених мігрантів, для кращого розуміння та ефективного реагування на їхні потреби.

## СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ ТА ЛІТЕРАТУРИ

1. Карамушка, Л., Терещенко, К., & Креденцер, О. (2022). Адаптація на українській вибірці методик «The Modified BBC Subjective Well-being Scale (BBC-SWB)» та «Positive Mental Health Scale (PMH-scale)». ОРГАНІЗАЦІЙНА ПСИХОЛОГІЯ. ЕКОНОМІЧНА ПСИХОЛОГІЯ, (3(27), 85-94. <https://doi.org/10.31108/2.2022.3.27.8>
2. Методики дослідження психічного здоров'я та благополуччя персоналу організацій : психологічний практикум. Л. М. Карамушка, О. В. Креденцер, К. В. Терещенко, В. І. Лагодзінська, В. М. Івкін, О. С. Ковальчук ; за ред. Л. М. Карамушки. Київ : Інститут психології імені Г.С. Костюка НАПН України, 2023. 76 с.
3. Оверчук В. А., Лапшова Н. С. Навчальний посібник «Методики дослідження в патопсихології» для студентів СО «Бакалавр» спеціальності 053 «Психологія». – Вінниця: ДонНУ імені Василя Стуса, 2022. – 462 с.
4. Посібник з навчального курсу з молодіжної роботи, інформованої про травму, проєкт (2022) / Назарій Боярський, Юлія Єлфімова, Наталія Макієнко, Олена Черних. – Київ: Рада Європи, 2022. – 176 с. URL : <https://rm.coe.int/posybnik-trauma-informed-youth-works-ukr-digital-yfduii/1680a8ec2f> (дата звернення 01.12.2023).
5. Руденко В. М. Математична статистика. Навч. посіб. – К.: Центр учбової літератури, 2012. – 304 с.
6. Сергеєнкова О. П., Столярчук О. А., Коханова О. П., Пасєка О. В. Вікова психологія. Навч. посіб. – К.: Центр учбової літератури, 2012. – 376 с.
7. Франкова, І., Чабан, О., Петренко, Г., & Токарчук, А. (2023). Колективна травма населення України: реалії, перспективи та можливість дослідження трансгенераційного аспекту. Психосоматична медицина та загальна практика, 8(3) <https://doi.org/10.26766/pmgp.v8i3.442>
8. American Psychological Association. (n.d.). Manage stress: Strengthen your support network. Retrieved December 19, 2023, from <https://www.apa.org/topics/stress/manage-social-support>



9. Antonovsky, A. (1996). The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health Promotion International*, 11(1), 11–18. <https://doi.org/10.1093/heapro/11.1.11>
10. Becker, S. O., & Ferrara, A. (2019). Consequences of forced migration: A survey of recent findings. *Labour Economics*, 59, 1-16. <https://doi.org/10.1016/j.labeco.2019.02.007>
11. Boiarskyi, N.; Shelest, Anastasiia; Boiarska, Zoryna. The health problems of non-binary and transgender people in conditions of combined long-term stress // Актуальні проблеми реалізації адаптаційного потенціалу особистості в сучасних умовах життєдіяльності : Матеріали I Міжнародної науково-практичної конференції, 18–19 листопада 2022 р. / За ред. проф. В. А. Оверчук. Вінниця : Вид-во ФОП Кушнір Ю. В. 2022, р. 68-72.
12. Braithwaite, A., Salehyan, I., & Savun, B. (2019). Refugees, forced migration, and conflict: Introduction to the special issue. *Journal of Peace Research*, 56(1), 5–11. <https://doi.org/10.1177/0022343318814128>
13. Brunnet, A. E., Dos Santos Lobo, N., Silveira, T., Kristensen, C. H., & Derivois, D. (2020). Migrations, trauma and mental health: A literature update on psychological assessment. *Encephale*, 46(5), 364–371. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2020.03.009>
14. Burger, M., & Pogarell, O. (2022). Forced Migration and Mental Health Care. In P. Riederer, G. Laux, T. Nagatsu, W. Le, & C. Riederer (Eds.), *NeuroPsychopharmacotherapy* (pp. 4583–4592). Springer International Publishing. [https://doi.org/10.1007/978-3-030-62059-2\\_271](https://doi.org/10.1007/978-3-030-62059-2_271)
15. Bustamante, L. H. U., Cerqueira, R. O., Leclerc, E., & Brietzke, E. (2017). Stress, trauma, and posttraumatic stress disorder in migrants: a comprehensive review. *Braz J Psychiatry*, 40(2), 220–225. <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2017-2290>
16. Calhoun, C. D., Stone, K. J., Cobb, A. R., Patterson, M. W., Danielson, C. K., & Bendezú, J. J. (2022). The Role of Social Support in Coping with Psychological Trauma: An Integrated Biopsychosocial Model for

Posttraumatic Stress Recovery. *Psychiatric Quarterly*, 93(4), 949–970.  
<https://doi.org/10.1007/s1126-022-10003-w>

17. CESifo Economic Studies. (n.d.). Climate Change, Natural Disasters, and Migration—a Survey of the Empirical Evidence. Oxford Academic. Retrieved December 18, 2023, from <https://academic.oup.com/cesifo/article/63/4/353/4656267>

18. Chand, S. P., Kuckel, D. P., & Huecker, M. R. (2023). Cognitive Behavior Therapy. In StatPearls. Treasure Island, FL: StatPearls Publishing. Retrieved December 20, 2023, from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK470241/>

19. Cohen, S., Janicki-Deverts, D., Turner, R. B., & Doyle, W. J. (2015). Does hugging provide stress-buffering social support? A study of susceptibility to upper respiratory infection and illness. *Psychological Science*, 26(2), 135–147.  
<https://doi.org/10.1177/0956797614559284>

20. Dang, H.-A. H., Trinh, T.-A., & Verme, P. (2023). Do refugees with better mental health better integrate? Evidence from the Building a New Life in Australia longitudinal survey. *Health Economics*. <https://doi.org/10.1002/hec.4750>

21. de Haas, H., et al. (2019). International Migration: Trends, Determinants, and Policy Effects. *Population and Development Review*, 45(4), 885–922.  
<https://doi.org/10.1111/padr.12291>

22. de la Fuente, J., Kauffman, D. F., & Boruchovitch, E. (2023). Editorial: Past, present and future contributions from the social cognitive theory (Albert Bandura). *Frontiers in Psychology*, 14. Retrieved December 20, 2023, from <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2023.1258249>

23. Dekel, R., & Goldblatt, H. (2008). Is there intergenerational transmission of trauma? The case of combat veterans' children. *Am J Orthopsychiatry*, 78(3), 281–289. <https://doi.org/10.1037/a0013955>

24. Dweck, C. S., & Yeager, D. S. (2019). Mindsets: A view from two eras. *Perspectives on Psychological Science*, 14(3), 481–496.  
<https://doi.org/10.1177/1745691618804166>



25. Encyclopædia Britannica. (n.d.). Elisabeth Kubler-Ross | Biography, Grief Model, Books, & Facts. Retrieved December 20, 2023, from <https://www.britannica.com/biography/Elisabeth-Kubler-Ross>
26. Feigenbaum, K. D., & Smith, R. A. (2020). Historical narratives: Abraham Maslow and Blackfoot interpretations. *The Humanistic Psychologist*, 48(3), 232–243. <https://doi.org/10.1037/hum0000145>
27. Foster, R. P. (2001). When immigration is trauma: Guidelines for the individual and family clinician. *American Journal of Orthopsychiatry*, 71(2), 153–170. <https://doi.org/10.1037/0002-9432.71.2.153>
28. Global Refugee Forum delivers unity and action amid global crises. UNHCR. (Retrieved December 18, 2023, from <https://www.unhcr.org/news/stories/global-refugee-forum-delivers-unity-and-action-amid-global-crises>)
29. Harvard Graduate School of Education. (n.d.). Supporting immigrant and refugee children amid family separation and trauma. Retrieved December 18, 2023, from <https://www.gse.harvard.edu/ideas/usable-knowledge/18/07/migration-separation-and-trauma>
30. Lebuda, I., & Csikszentmihalyi, M. (2019). Why researches of professional and eminent creators' self beliefs need social context. In I. Lebuda & V. P. Glăveanu (Eds.), *The Palgrave Handbook of Social Creativity Research* (pp. 585–593). Springer International Publishing. [https://doi.org/10.1007/978-3-319-95498-1\\_37](https://doi.org/10.1007/978-3-319-95498-1_37)
31. Li, F., et al. (2021). Effects of sources of social support and resilience on the mental health of different age groups during the COVID-19 pandemic. *BMC Psychiatry*, 21(1), Article 16. <https://doi.org/10.1186/s12888-020-03012-1>
32. Lindemann, E. (1995). *Crisis intervention*. Northvale, NJ: Jason Aronson. Retrieved December 19, 2023, from [http://archive.org/details/crisisinterventi0000lind\\_x7z7](http://archive.org/details/crisisinterventi0000lind_x7z7)

33. Longo, L., Wickens, C. D., Hancock, G., & Hancock, P. A. (2022). Human mental workload: A survey and a novel inclusive definition. *Frontiers in Psychology*, 13, Article 883321. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.883321>
34. Løseth, G. E., et al. (2022). Stress recovery with social support: A dyadic stress and support task. *Psychoneuroendocrinology*, 146, Article 105949. <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2022.105949>
35. Marshall, G. N., Schell, T. L., Elliott, M. N., Berthold, S. M., & Chun, C.-A. (2005). Mental health of Cambodian refugees 2 decades after resettlement in the United States. *JAMA*, 294(5), 571–579. <https://doi.org/10.1001/jama.294.5.571>
36. Mental well-being of young people affected by war: Seminar at European Youth Centre in Budapest. URL : <https://www.coe.int/en/web/portal/-/mental-well-being-of-young-people%C2%A0affected-by-war-seminar-at-european-youth-centre-in-budapest> (дата звернення 01.12.2023).
37. Mesa-Vieira, C., et al. (2022). Mental health of migrants with pre-migration exposure to armed conflict: A systematic review and meta-analysis. *Lancet Public Health*, 7(5), e469–e481. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(22\)00061-5](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(22)00061-5)
38. Niyongabo, A. (2017). Refugee Needs: Physiological, Psychological, Psychosocial, or Spiritual? Dignity Approach to Refugee Assistance in Kakuma Refugee Camp [Doctoral dissertation, University of Notre Dame]. <https://doi.org/10.7274/3f462516q32>
39. Oficialiosios statistikos portalas. URL : <https://osp.stat.gov.lt/ukraine-dashboards> (дата звернення 01.12.2023).
40. Okur, S. (2020). Satir transformational systemic therapy and spirituality. *Spiritual Psychology and Counseling*, 5(1), Article 1, 45-64. <https://doi.org/10.37898/spc.2020.5.1.094>
41. Overchuk, V., Liashch, O., Ihnatovych, O., Sarancha, I., Boiarskyi, N., & Boiarska, Z. (2023). Psychological resources of the individual style of overcoming stress in the conditions of military aggression. *Amazonia Investiga*, 12(62), 221-229. <https://doi.org/10.34069/AI/2023.62.02.22>



42. Papadimitriou, G. (2017). The 'Biopsychosocial Model': 40 years of application in Psychiatry. *Psychiatriki*, 28(2), 107–110. <https://doi.org/10.22365/jpsych.2017.282.107>
43. Rogers, C. R. (1946). Significant aspects of client-centered therapy. *American Psychologist*, 1(10), 415–422. <https://doi.org/10.1037/h0060866>
44. Rogers, C. R. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology*, 21(2), 95–103. <https://doi.org/10.1037/h0045357>
45. Sangalang, C. C., & Vang, C. (2017). Intergenerational Trauma in Refugee Families: A Systematic Review. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 19(3), 745–754. <https://doi.org/10.1007/s10903-016-0499-7>
46. Schlett, J. (2021). *Frontier struggles: Rollo May and the little band of psychologists who saved humanism*. The University of Akron Press. Retrieved December 20, 2023, from <https://muse.jhu.edu/pub/195/monograph/book/96033>
47. Seligman, M. E. P., Steen, T. A., Park, N., & Peterson, C. (2005). Positive psychology progress: Empirical validation of interventions. *American Psychologist*, 60(5), 410–421. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.60.5.410>
48. Shevlin, M., et al. (2018). A comparison of DSM-5 and ICD-11 PTSD prevalence, comorbidity and disability: an analysis of the Ukrainian Internally Displaced Person's Mental Health Survey. *Acta Psychiatr Scand*, 137(2), 138–147. <https://doi.org/10.1111/acps.12840>
49. Tse, D. C. K., Nakamura, J., & Csikszentmihalyi, M. (2022). Flow experiences across adulthood: Preliminary findings on the continuity hypothesis. *Journal of Happiness Studies*, 23(6), 2517–2540. <https://doi.org/10.1007/s10902-022-00514-5>
50. Understanding the Obstacles Faced by Ukrainian Refugees in Romania  
Date of Access: December 18, 2023 URL:  
<https://www.who.int/europe/news/item/17-01-2023-understanding-the-obstacles-faced-by-ukrainian-refugees-in-romania>

51. USA for UNHCR. The UN Refugee Agency. URL : <https://www.unrefugees.org/refugee-facts/what-is-a-refugee/> (дата звернення 01.12.2023).
52. Usta, Y. Y. (2012). Importance of social support in cancer patients. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 13(8), 3569–3572. <https://doi.org/10.7314/apjcp.2012.13.8.3569>
53. Wikipedia. (2023, September 6). Ecological systems theory. Retrieved December 19, 2023, from [https://en.wikipedia.org/w/index.php?title=Ecological\\_systems\\_theory&oldid=1174111487](https://en.wikipedia.org/w/index.php?title=Ecological_systems_theory&oldid=1174111487)
54. Yam, W. H. (2022). The theory and practice of group psychotherapy by Irvin D. Yalom and Moly Leszcz (review). *Group*, 46(1), 105–107 <https://doi.org/10.1353/grp.2022.0006>
55. Yayboke, E., Strouboulis, A., & Edwards, A. (2022, March). Update on Forced Displacement around Ukraine. Retrieved December 18, 2023, from <https://www.csis.org/analysis/update-forced-displacement-around-ukraine>



## ДОДАТКИ

## Додаток А

**Протокол отриманих результатів на початку дослідження  
респондентами за використаними у дослідженні методиками**

	Шкала тривожності Спілбергера, особистісна Респондент	Шкала тривожності Спілбергера, ситуативна тривожність	«Модифікована суб'єктивного благополуччя БіБіСі»	Модифікована суб'єктивного благополуччя БіБіСі	Суб-шкала «фізичне здоров'я та благополуччя»	Суб-шкала «Стосунки»	Модифікована суб'єктивного благополуччя БіБіСі	Шкала позитивного ментального здоров'я	Стійкість до стресу
Л1	55	50	55	31	15	9	22	30	
Л2	58	27	85	41	20	24	23	24	
Л3	48	59	78	42	23	13	26	34	
Л4	61	52	42	19	18	5	12	36	
Л5	29	29	92	49	26	17	34	43	
Л6	61	58	47	21	16	10	15	39	

Л7	42	34	75	37	22	16	26	40
Л8	49	35	83	45	24	14	32	37
Л9	57	59	61	29	18	14	21	46
Л10	56	68	36	20	11	5	9	43
Л11	62	71	90	45	26	19	16	40
Л12	56	44	62	32	14	16	20	32
Л13	48	43	69	37	19	13	28	33
Л14	40	61	83	40	24	19	26	31
Л15	47	29	77	41	18	18	23	40
Л16	37	37	85	39	22	24	27	34
Л17	58	59	57	23	18	16	28	31
Л18	43	54	65	33	15	17	28	33
Л19	56	58	70	35	21	14	21	44
Л20	35	48	96	52	23	21	36	33
Л21	57	53	50	25	14	11	14	29
Л22	46	41	92	53	23	16	35	41
Л23	53	50	67	40	11	16	25	38
Л24	41	30	94	48	21	25	31	34
Л25	34	38	102	53	27	22	33	35
Л26	26	24	114	57	32	25	36	29
Л27	56	36	66	28	21	17	25	34
Л28	35	38	75	38	20	17	23	45
Л29	28	27	65	32	15	18	34	33
Л30	72	67	60	25	18	17	13	36
Л31	56	54	60	28	15	17	19	29



Л32	51	31	106	57	24	25	32	37
Л33	30	29	90	49	28	13	33	18
Л34	64	32	61	32	17	12	25	41
Л35	51	56	67	38	17	12	24	35
Л36	40	40	93	52	29	12	32	36
Л37	54	55	44	23	11	10	21	37
Л38	56	31	90	50	28	12	30	38
Л39	65	67	68	36	20	12	21	38
Л40	42	36	82	49	20	13	32	35
Л41	54	34	58	30	16	12	20	35
Л42	52	36	80	46	21	13	30	34
Л43	42	49	78	45	20	13	27	39
Л44	38	31	88	48	26	14	30	37
Л45	24	29	102	55	34	13	35	28
Л46	46	44	94	51	31	12	32	33
Л47	37	37	82	48	22	12	32	27
Л48	38	34	73	41	22	10	31	33
Л49	62	70	74	39	23	12	24	47
Л50	38	37	82	46	24	12	34	32
Л51	33	31	98	56	29	13	36	28
Л52	38	40	86	46	27	13	27	36
Л53	48	34	63	32	18	13	26	41
Л54	44	48	81	41	28	12	27	35
Л55	47	42	71	39	21	11	24	38
Л56	33	41	87	51	24	12	29	40

Л157	33	29	85	45	27	13	35	28
Л158	37	42	92	55	26	11	36	37
Л159	36	35	82	50	21	11	29	27
Л160	42	36	80	48	21	11	29	34





**Протокол отриманих результатів наприкінці дослідження  
респондентами за використаними у дослідженні методиками**

	Шкала тривож ності Спілбер гера, особист існа	Шкала тривож ності Спілбер гера, ситуати вна	«Моди фікован а шкала суб'єкт ивного благопо луччя БіБіСі»	Модифі кованої шкали суб'єкт ивного благопо луччя БіБіСі	Суб- шкала «фізичн е здоров' я та благо- получч я»	Суб- шкала «Стосу нки»	Модифі кованої шкали суб'єкт ивного благопо луччя БіБіСі	Модифі кованої шкали суб'єкт ивного благопо луччя БіБіСі	Шкала позитив ного менталь ного здоров' я	Стійкіс ть до стресу
Л1	54	51	55	30	15	10	21	21	29	
Л2	57	28	85	41	21	23	23	23	23	
Л3	48	57	80	42	23	15	27	27	34	
Л4	62	54	40	19	16	5	12	12	34	
Л5	29	29	92	49	26	17	34	34	43	
Л6	61	60	45	19	16	10	15	15	38	
Л7	41	35	72	35	21	16	26	26	39	
Л8	49	38	81	43	24	14	32	32	37	

Л9	57	58	58	26	18	14	21	44
Л10	58	68	38	20	12	6	9	41
Л11	62	69	89	44	26	19	17	40
Л12	55	44	63	33	14	16	20	32
Л13	48	43	68	36	19	13	28	34
Л14	42	62	83	39	24	20	29	33
Л15	46	30	77	41	18	18	24	40
Л16	37	37	85	39	22	24	28	34
Л17	58	58	57	23	17	17	29	30
Л18	45	53	66	34	15	17	29	33
Л19	57	58	71	35	21	15	23	44
Л20	35	48	96	52	23	21	36	33
Л21	57	53	53	25	14	14	16	28
Л22	45	42	94	53	23	18	36	41
Л23	53	51	71	40	14	17	31	38
Л24	41	32	91	48	21	22	30	33
Л25	33	36	104	53	27	24	33	35
Л26	26	25	114	57	32	25	36	32
Л27	56	40	64	26	21	17	25	32
Л28	36	39	75	38	20	17	23	44
Л29	28	27	65	32	15	18	34	33
Л30	72	69	59	24	18	17	14	33
Л31	55	51	62	28	15	19	22	30
Л32	39	31	110	59	24	27	36	37
Л33	30	28	92	51	28	13	33	20



Л34	62	33	65	34	16	15	25	26
Л35	50	54	74	40	17	17	25	35
Л36	39	39	96	53	29	14	34	37
Л37	53	52	55	26	13	16	22	37
Л38	54	29	93	51	28	14	31	38
Л39	63	62	76	38	21	17	23	39
Л40	42	35	80	47	19	14	33	35
Л41	54	33	63	34	16	13	23	37
Л42	52	36	100	59	23	18	34	36
Л43	41	37	89	48	19	22	31	39
Л44	35	30	94	51	26	17	35	42
Л45	25	29	99	52	34	13	34	29
Л46	44	40	93	50	31	12	33	34
Л47	36	36	84	48	22	14	32	30
Л48	37	33	76	41	22	13	31	35
Л49	60	62	76	41	23	12	24	47
Л50	38	36	83	46	24	13	34	33
Л51	33	30	106	58	33	15	38	28
Л52	37	37	93	49	27	17	29	38
Л53	45	33	72	35	21	16	26	41
Л54	42	44	85	43	27	15	30	37
Л55	46	41	75	39	22	14	26	39
Л56	34	39	94	53	24	17	30	43
Л57	35	30	87	47	25	15	35	31
Л58	36	40	89	52	25	12	36	36

Л59	35	35	92	53	21	18	31	34
Л60	40	35	87	51	24	12	33	34

