**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ**

**Західноукраїнський національний університет**

**Соціально-гуманітарний факультет**

Кафедра психології та соціальної роботи

**МУЗИКА Олег Євгенійович**

**Пандемія COVID-19, її психологічне сприймання і реальне психічне здоров’я населення/The COVID-19 pandemic, its psychological perception and the real mental health of the population**

спеціальність 053 – Психологія

освітньо-професійна програма – Психологія

Кваліфікаційна робота

Виконав студент групи ПСм-21

О. Є. Музика

Науковий керівник

к.пс.н., доцент, М. Б. Бригадир

Кваліфікаційну роботу

допущено до захисту:

“ ” 20 р.

Завідувач кафедри

**А. Н. Гірняк**

**ТЕРНОПІЛЬ - 2022**

# ЗМІСТ

**ВСТУП……………………………………………………………………………….3**

**РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПРОБЛЕМИ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ’Я………………………………………………………..6**

1.1. Аналіз поняття психічне здоров’я………………………………………6

1.2. Вплив кризових ситуацій на психічне здоров’я………………………11

1.3. Особливості відреагування населення на перебування в стані пандемії COVID-19 …………………..………………………………………………………21

**Висновок до розділу 1……………………………………………………..25**

**РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПСИХОЛОГІЧНОГО СПРИЙМАННЯ ПАНДЕМІЇ COVID-19 ТА ЇЇ** **ВПЛИВ НА РЕАЛЬНЕ ПСИХІЧНЕ ЗДОРОВ’Я НАСЕЛЕННЯ…………...27**

2.1. Пандемія COVID-19 та її чинники впливу на психічне здоров’я населення……………………………………………………………………………27

2.2. Експериментальне дослідження впливу пандемії COVID-19 на психічне здоров’я населення.………………………………………………………38

2.3. Способи корекції та підтримання психічного здоров’я населення під час пандемії COVID-19…………………………………………………………….47

**Висновок до розділу 2………………………………………………………51**

**ВИСНОВКИ………………………………………………………………………..53**

**СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ……………………………………….56**

**ДОДАТКИ…………………………….……………………………………………63**

# ВСТУП

**Актуальність дослідження.**  Кожен рік приносить світу виклики у вигляді новітніх проблем, з якими людству доводиться справлятися. Пандемія COVID-19 постала для сучасного суспільства найбільшою загрозою, що призвела до панічних настроїв у населення. Для усунення можливостей розповсюдження хвороби, було прийнято рішення ввести карантинні обмеження та ізоляцію, що стало найдієвішим способом боротьби з пандемією.

Зросла тенденція розвитку психічних порушень та загострення вже наявних, що зумовлює підвищену увагу лікарів, науковців та психологів до проблеми дослідження ментального здоров’я населення та сприймання людьми пандемії COVID-19. Вплив коронавірусу на ментальне здоров’я вивчали: Чабан О.С., Хаустова О.О., Титаренко, Т.М., Коробанова О., Гaлецька І., Климанська М., Кліманська М., Рештакова Н.O., Синиця М. А.

Психічне здоров’я – це стан психічного благополуччя, який дозволяє людям справлятися зі стресами, реалізувати свої здібності, добре навчатися та добре працювати, а також робити внесок у суспільство. Це невід’ємний компонент здоров’я та благополуччя, який лежить в основі нашої індивідуальної та колективної здатності приймати рішення, будувати стосунки та формувати світ, у якому ми живемо. Психічне здоров’я є одним із основних прав людини. І це має вирішальне значення для особистого, суспільного та соціально-економічного розвитку.

Ментальне здоров’я є обов’язковою умовою нормального функціонування та розвитку особистості. Сучасні реалії ставлять перед населенням багато небезпечних “випробувань” для психічного здоров’я. XXI століття характеризується нестабільністю життєдіяльності, різними негараздами (політичними, економічними, суспільними) раптовими для населення, які виражаються у великих переживаннях і потребують відповідного пристосування, щоб запобігти виникненню психічних розладів та травм.

В обставинах постійних надзвичайних та кризових подій, однією з яких є пандемія COVID-19, є велика потреба у визначенні факторів її впливу на ментальне здоров’я людини, формуванні доцільних корекційних та профілактичних заходів з метою збереження нормальних обставин функціонування.

Проблема психічного здоров’я є сьогодні актуальною та досліджується науковцями різних галузей, зокрема: В.М. Дімовим, Д. Келлі, Г. Олпортом [27], К. Роджерсом [36], Бурлачуком Л.Ф. [9], Сірко Р.І., Галецькою І., Василевською О.І., Болтівецем С.І., Завгородньою О.В., Зливковим В.Л., Копиловою С.О., Максименком С.Д., Ложкіним Г.В., Толкуновою І.В., Головахою Є.І.[13], Донієм В.М. [16], Єрмаковою І.Г., Моляко В.О., Мушкевич М.І., Баллом Г.О., Бастуном Н.А., Несеном Г.М., Рубінштейном С.Л., Соханем Л.В., Татенком В.О. [41], Титаренко Т.М. [42] та іншими [51].

**Мета дослідження:** виявити особливості впливу пандемії COVID-19 на психічне здоров’я населення.

**Об'єкт** дослідження: психічне здоров’я населення як феномен.

**Предмет** дослідження: вплив на психічне здоров’я населення в умовах пандемії COVID-19.

Виходячи з мети нами поставлені такі **завдання** дослідження:

1. визначити сутнісні характеристики поняття “психічне здоров’я”;
2. виявити особливості сприймання COVID-19 населенням
3. проаналізувати поведінку населення у карантинному просторі пандемії;
4. визначити чинники впливу COVID-19 на психічне здоров’я населення;
5. дослідити наслідки впливу COVID-19 на психічне здоров’я населення.

Для перевірки вихідних положень у роботі були використані наступні **методи**: теоретичні (вивчення і теоретичний аналіз досліджень; аналіз та систематизація наукових підходів та емпіричних результатів, що містяться у літературних джерелах), емпіричні (анкетування): тест на визначення рівня стресу (за В.Ю. Щербатих), шкала тривоги Спілбергера-Ханіна (State-Trait Anxiety Inventory - STAI), Діагностика рівня соціальної фрустрації Л.І. Вассермана (модифікація В.В. Бойка), Тест-опитувальник «Визначення рівня самооцінки» (С.В. Ковальов) та математичні (статистична обробка результатів): коефіцієнт кореляції Пірсона, t-критерій Стьюдента.

**Наукова новизна дослідження** полягає в тому, що: визначено теоретичні аспекти формування та трактування поняття психічного здоров’я так як саме від його розуміння та змісту залежать стратегії та напрямки заходів, які держава на рівні державних інституцій спрямовує на стабілізацію та підтримку психічного здоров’я населення.

**Практична значимість.** Результати дослідження можуть бути використані при створенні програм профілактики та реабілітації осіб, які перебувають в умовах пандемічних обмежень. Розроблені рекомендації є добрим психоедукаційним засобом у збереженні ментального здоров’я населення.

# РОЗДІЛ 1

# ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПРОБЛЕМИ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ’Я

# 1.1. Аналіз поняття психічне здоров’я

За офіційною термінологією Всесвітньої організації охорони здоров’я, психічне здоров’я – це внутрішній стан, що характеризується високим рівнем душевного комфорту та благополуччя, який дає можливість людині справлятися зі стресом, реалізовувати власний потенціал, успішно навчатися та працювати, робити внесок у суспільство [19].

За чинними документами ВООЗ, ментальне здоров’я є невід’ємним компонентом, що лежить в основі індивідуальної та колективної можливості приймати рішення, будувати відносини та формувати світ. Воно забезпечується спроможністю реалізації усіх власних соціальних та біологічних потреб [65].

Психічним здоров’ям вважається не просто відсутність ментальних порушень. Воно існує в складному континуумі та відчувається кожною людиною по-різному, в залежності від ступеня труднощів та страждань у житті. В процесі життєдіяльності численні індивідуальні, соціальні та структурні чинники укріплюють чи руйнують психічне здоров’я [55].

Ментальне здоров’я чи нездоров’я населення визначається також правами людини, законами, нормами, що його підтримують, або призводять до дискримінації та стигматизації. Тому, права кожної людини на психічне здоров’я повинні охоронятися (юридичним, політичним та іншими шляхами) і відповідно підтримуватися, вони мають зумовлювати надання допомоги та захисту людей, що перебувають у групах ризику чи з наявними ментальними розладами, що дозволяє створити сприятливе для психічного здоров’я середовище [59].

Небезпечні чинники для психічного здоров’я кожного дня зустрічаються в суспільстві. Місцеві небезпеки створюють ризики для певних людей чи груп. Глобальні загрози – війни, пандемії, економічні, екологічні, кліматичні кризи, загрожують всьому населенню. У часи таких небезпек, несприятливі чинники викликають посилену увагу урядів країн до сфери охорони ментального здоров’я, тобто на: доступність можливості населення звернутися за допомогою до фахівців, його фінансова спроможність, відповідність якості послуг тощо [4].

На даний момент Україна дотримується Європейських зразків встановлення заходів розвитку та підтримки психічного здоров’я населення такими нормативними актами як: Закон України “Про психіатричну допомогу” [33], розпорядження “Про схвалення Концепції розвитку охорони психічного здоров’я в Україні на період до 2030 року” [34], розпорядження “Про затвердження плану заходів на 2021-2023 роки з реалізації Концепції розвитку охорони психічного здоров’я в Україні на період до 2030 року” [32]. Відповідальними за виконання цих законопроектів є Міністерство охорони здоров’я, Міністерство закордонних справ, Державна служба надзвичайних ситуацій, Міністерство юстиції, Міністерство внутрішніх справ, Міністерство соціальної політики, Міністерство освіти та науки, Міністерство культури та інформаційної політики, Національна служба здоров’я України, обласні та Київська міська держадміністрації, нацсоцслужба, національна поліція, Міністерство оборони, Мінветеранів, Адміністрація держприкордон служби, Міністерство цифрової трансформації, та Міністерство економіки [34].

ВООЗ робить акцентування уваги на важливості використання біопсихосоціального підходу – міждисциплінарної моделі, що розглядає біологічний, психологічний та соціальний фактори ментального здоров’я. Цей підхід пояснює психічне порушення не як “хворобу”, яка виникає тільки через біологічні чинники, а оцінює життя людини та її оточення [58].

Ментальне нездоров’я є станом, що включає в себе психічні розлади, які викликають страждання, самопошкодження, та унеможливлюють нормальну життєдіяльність. Такими розладами можуть бути: тривожні та стресові, дисоціативні, обсесивно-компульсивні, особистісні, порушення харчування та настрою тощо [66].

За висновками дослідників, велика кількість таких порушень як ПТСР, тривожний та гострий стресові розлади, депресія виникають через гострий або хронічний стрес [45]. Стрес – це реакція нервової системи на сильні зовнішні чи внутрішні несприятливі чинники і є частим явищем у сучасності. Численні психофізіологічні та медико-біологічні дослідження вказують, що психологічний стрес має руйнуючий вплив на життя людей, є фактором виникнення різних психосоматичних захворювань та інколи навіть призводить до неочікуваних смертей. Таким чином стрес складає основну проблему в контексті порушення психічного здоров’я, оскільки призводить до багатьох небезпечних хвороб [62].

Провокаторами виникнення стресу є біологічні чи індивідуальні чинники, такі як тілесні пошкодження, погана спадковість чи вживання психотропних речовин, які роблять людське психічне здоров’я вразливим [44].

Також впливають на ментальне здоров’я несприятливі економічні, екологічні, геополітичні, соціальні фактори, такі як, дискримінація, насильство, забрудненість навколишнього середовища, фінансове неблагополуччя, стигматизація, які провокують ризики психічних захворювань [3].

Несприятливі фактори можуть проявлятися все життя. Жорстоке виховання, знущання, психологічне та фізичне покарання зумовлюють шкоду ментальному здоров’ю людини [65].

У відповідь на несприятливі чинники виникають механізми захисту, що також проявляються на протязі життєдіяльності у відповідь на небезпеки та потрібні для посилення психічної стійкості. Людина використовує їх у загрозливих ситуаціях, щоб вберегти своє психічне здоров’я від шкідливих впливів [31].

Так як психічне здоров’я людини зумовлене біологічними, соціальними та психологічними факторами, то покращується чи руйнується воно також в залежності від них, але біопсихосоціальна модель ще акцентує особливу увагу на пережитому людиною досвіді та її психоемоційному стані [5].

Люди, що не мають докорів сумління, позитивно мислять, оптимістичні та не мають поганих передчуттів, з часом можуть укріпити власне ментальне здоров’я [65].

За міжнародним стандартом, психічне здоров’я включає в себе 10 ознак:

* цілеспрямованість;
* гнучкість;
* емоційність;
* моральність;
* інтелект;
* логіку;
* сексуальність;
* соціальну поведінку;
* ставлення до здоров’я;
* особливості харчування [31].

Водночас ВООЗ виділяє 7 складових здорової психіки:

1. усвідомлення власного Я як фізичного так і психічного, його перманентності та ідентичності;
2. критика до своїх дій;
3. планування майбутнього та його виконання;
4. однакові та стабільні переживання в однотипних умовах;
5. здатність адаптовувати поведінку відповідно до установлених норм;
6. здатність змінювати поведінку в залежності від життєвих обставин;
7. адекватна реакція на вплив середовища [31].

Психічне здоров’я часто розглядають на контрасті присутності та відсутності розладів, проте його поняття набагато ширше, ніж недуги. Психіка дуже складна, активна та різноманітна, тому щоб вчасно реагувати на прояви погіршення психічного здоров’я, варто навчитися їх виявляти. Відтак, за аналізом інформації з досліджень науковців та нормативних актів ВООЗ, можливо виділити три категорії ознак погіршення ментального здоров’я:

Емоційно-когнітивні:

* незрозуміла тривога та поява тривожності;
* прояви агресивності, гніву по відношенню до оточуючих людей;
* знижена концентрація уваги;
* знижений або занадто піднесений настрій;
* апатія, прокрастинація.

Соціально-когнітивні:

* небажання розмовляти з іншими людьми, бажання віддалитися від навколишніх людей, проблеми перебувати та працювати в колективі;
* часткова важкість контактування з людьми;
* брак життєвої мети, інтересів, цілей, сенсу та мотивації;
* зловживання соціальними мережами;
* великі проблеми із виконанням навчальних або робочих завдань;

Фізіологічні:

* гіперактивність (занадто висока поведінкова активність) або інертність (загальмована активність);
* розлади сну (лунатизм (сомнамбулізм), недосипання, пересипання, безсоння);
* проблеми з фізичною енергією (перманентна втома, надто швидка втомлюваність, надлишок енергії та зайва активність);
* зниження або підвищення лібідо (сексуального потягу);
* проблеми з органами травлення;
* проблеми з апетитом;
* фізичний біль [10].

Розроблена Дж. Енгелем та Дж. Романо біопсихосоціальна модель протиставляється біомедичній моделі, яка оцінювала здоров’я тільки через фізіологічні характеристики (анатомії, біохімії, генетики) та не звертає увагу на психосоціальні фактори. Згідно цієї моделі, розлади психічного здоров’я розуміються як клінічна або психічна проблема, тому намагалися лікувати людей застосовуючи виключно медичні способи [58].

Біопсихосоціальна модель, що зображена на рис.1.1., розглядає кожен з трьох факторів та їх взаємозв’язок, що дозволяє встановити закономірності появи розладів та оптимальних способів для їх профілактики та корекції [66].

Біологічні фактори:

Фізичне здоров’я

Стать

Стресові реакції

Індивідуальність

Спадковість

Психологічні фактори:

Характер

Переконання

Самооцінка

Здатність справлятися з труднощами

Соціальні навички

Поведінка

Здатність навчатися

Соціальні фактори:

Сім’я

Громада

Освіта

Сімейні обставини

Соціально-економічний статус

Однодумці

Рис.1.1. Біопсихосоціальна модель здоров’я

# 1.2. Вплив кризових ситуацій на психічне здоров’я

Криза (з грецької мови krekes – поворотний момент, рішення, результат) у психологічній науці означає важкий стан, що зумовлюється швидкою зміною статусів людини. Вона провокується подіями, ситуаціями, що з’являються раптово та заважають спокійному життю. В літературних джерелах можемо з цього приводу знайти опис надзвичайних та кризових ситуацій[48].

Надзвичайна ситуація характеризується порушенням нормальних умов життєдіяльності населення на територіях їх проживання через певні обставини: техногенні, екологічні, катастрофи, аварії, стихійні лиха, військові дії, що зумовлюють велику кількість смертей, втрату матеріальних цінностей, наносять шкоду людському здоров’ю та навколишньому середовищу [1].

Ознаки надзвичайної ситуації поділяються:

* за ступенем неочікуваності: раптові та прогнозовані. Вчасне передбачення таких ситуацій зменшує кількість жертв або навіть в деяких випадках допомагає запобігти їм;
* за швидкістю поширення: стрімкі та повільні [48].

До екстримальних відносяться кризові. Такими називають ситуації, при якій людина не може здійснити заплановані життєві цілі, та впоратися з нею звичайними способами. Дослідниками криз були: Г. Сельє, Е. Еріксон, В. Козлов. Науковці вирізняють два типи таких ситуацій:

* викликані змінами у звичній життєдіяльності людини;
* викликані травмуючими ситуаціями [63].

У разі, якщо людина буде намагатися контролювати стресовий стан у кризовій ситуації, вона може пережити фізичне та психологічне перевантаження. Напруга стресом та емоціями, призводить до зриву та погіршення роботи життєвих функцій. Інколи ситуації можуть бути стресовими для всього населення, але в більшості кризовими вони будуть для окремих людей через їхні особистісні особливості [18].

Варто відзначити, що будь яка людина переживає у своєму житті кризи. Це можуть бути сімейні обставини, вікові чи у взаємостосунках. Науковці виділяють кілька ситуацій, що зумовлюють виникнення кризи: тяжка хвороба, смерть близької людини, зміна соціальних оточення та статусу, утворення сім’ї тощо [56].

Найсильнішими з критичних ситуацій є ті, що вказують людині на її смертність (військові дії, невиліковна хвороба тощо) або коли вона стикається з смертю інших (втрата близьких) [18].

Кризовий стан особистості супроводжують негативні емоції такі як: занепокоєння, почуття невизначеності, тривога, переживання своєї безпорадності, безнадійності, самотності, фіксацією на психотравмуючій події, негативна оцінка власної особистості, наявної ситуації, життєвої перспективи, виражена важкість планування майбутнього [63].

Керівництво Міжвідомчого постійного комітету з психічного здоров’я та психосоціальної підтримки в умовах надзвичайної ситуації виділило такі реакції на кризові ситуації:

* горе, сум, плач;
* гнів, агресія;
* почуття сорому, провини (через, те що вижили, або через те, що не врятували інших);
* страх, тривога;
* настороженість;
* неспроможність щось сказати;
* дезорієнтація;
* неможливість подбати про себе чи інших;
* ейфорія, через власне виживання;
* відчуженість, нерухомість;
* фізичні симптоми (біль, тремор, втрата апетиту, втома);
* відчуття нереальності та затьмарення, розгубленості, емоційного заціпеніння [23].

Негативні емоції потрібно розглядати як нормальну реакцію людини на психотравмуючу подію. Людина долаючи кризу набуває нового досвіду та збільшує потенціал власної адаптивності. Якщо, вона проявляє дезадаптивну реакцію на кризові обставини, у неї може з’явитися хворобливий стан, який потребує допомоги фахівців. Якщо такий стан приймає негативний характер, він погіршує психічне здоров’я або навіть призводить до летального наслідку чи суїциду [53].

Отож, кризовими є певні ситуації, які вимагають трансформації власної життєдіяльності: відношення до своєї особистості, до оточення, власних екзистенційних проблем, способу життя, мислення [18].

Життєві ситуації визначаються як критичні, якщо вони зумовлюють потенційну або наявну небезпеку для забезпечення основних потреб і з’являється дилема, яку людина не може вирішити, шляхом наявних у неї способів адаптації чи втекти з неї [18].

Психологи виділяють чотири типи кризових станів у людини, в залежності від критичних ситуацій: фрустрацію, кризу, психологічний стрес та конфлікт [31].

Стрес характеризується як неспецифічна реакція організму на подію, яка потребує певної його перебудови та пристосування відповідно до умов. Потрібно відзначити, що не всі ситуації, які зумовлюють появу стресу, бувають критичними. Вони можуть викликати дистрес, що супроводжується такими переживаннями як: виснаження, горе, нещастя, заважає людині самоактуалізуватися та порушує адаптивні можливості [31].

Фрустрація – це стан, що з’являється за умов коли індивід втрачає таку можливість при зіткненні з перепоною, його поведінка змінюється на фрустровану. Така поведінка характеризується спершу занепокоєнням, далі обуренням, роздратуванням, ворожістю, запеклістю, розлюченістю. В цьому випадку людина або починає шукати винних у власній незадоволеності серед оточуючих або карає себе [28].

Фрустрована поведінка також проявляється у вигляді апатії – байдужого ставлення до того, що нещодавно викликало хвилювання, звична улюблена діяльність стає нецікавою, людина тимчасово загальмовується, проявляє пасивність та млявість [18].

Переживання власної неспроможності вирішити певні проблеми, що з’являються на протязі життя, власної неоднозначності, розуміння суперечності та складності свого внутрішнього світу, частої зміни цілей та бажань, що у багатьох випадках навіть неможливі для здійснення, сумніви та мотиваційна боротьба – всі ці ознаки характеризують внутрішньо-особистісний конфлікт [50].

Варіації ознак внутрішнього конфлікту особистості поділяються на дві групи: неспроможність здійснити ціль призводить до появи тривоги; блокування можливості задовольняти потреби, до фрустрації. Відтак конфліктні ситуації провокуються через боротьбу потреб та цінностей людини, підвищеним рівнем самооцінки та прагнень, неспівпадінням особистісних вимог та об’єктивної спроможності [2].

Конфлікт може проявлятися: у психосоматичних захворюваннях; сповільненні особистісного розвитку і психологічній незрілості; зниженні ефективності діяльності, якщо він довготривалий; формуванні комплексу неповноцінності та втраті сенсу життя; у порушенні міжособистісних відносин; тривожній та агресивній поведінці, частій появі депресії та нервових розладів [6].

Власне криза є станом, що виникає через проблему, яку людина не в змозі оминути та вирішити звичними способами у короткі терміни. Вона з’являється через велику кількість накопичених і нерозв’язаних актуальних для особистості проблем, суперечностей та ситуацій, зумовили втрату сенсу наявного стилю життя, діяльності та поведінки [7].

Кризовий стан може з’явитися в моменти раптової небезпеки, моральної непідготовленості, перенапруги, виснаження. Такі чинники можуть бути фізичними (карантинна ізоляція), біологічними (зниження імунітету, захворювання), соціокультурними (правила, закони, норми, заборони), психологічними (тривога, страх, фобії), матеріальними (гроші) [8].

Характерними ознаками кризових станів є депресії, високий рівень тривоги, апатії, безпорадність, сум, фізична втома, зниження самооцінки. Незадоволення потреб провокує індивіда на відповідну поведінку – безцільні рухи, апатію та гнів [7].

Виділяють такі фази кризових станів:

1. фаза первинного зростання напруги. У проблемних ситуаціях людина застосовує свій минулий досвід для того, щоб з ними впоратися; застосовуються звичні для людини способи вирішення та механізми захисту; внутрішні розслаблення та напруга збалансовані; проявляється гнучкість у підходах до вирішення проблеми; використовуються внутрішні ресурси.
2. фаза подальшого зростання. Починаються прояви розгублення, страху, невпевненості. У цій фазі проводяться випробування різних способів подолання проблеми, гнучкість людини зменшується, напруга перевищує розслаблення. Також людині потрібна допомога сторонніх осіб і вона є готовою до сприйняття нових способів подолання проблемної ситуації. Але якщо, вона за будь якої причини не отримує підтримки, відбувається перехід на наступну фазу.
3. фаза підвищення тривоги та депресії. У ній виникають відчуття хаосу, інтелектуальна та емоційна дезорганізація, людина повільно здається, вона думає, що внутрішніх ресурсів більше немає та виходу зі складеної ситуації також, що нерідко обертається алкогольною, наркотичною залежностями, ментальними розладами, девіантною поведінкою, суїцидальними спробами.
4. фаза відновлення. У ній відбувається прийняття рішення із подальшою стабілізацією. Сафонова Л.В. відзначила, що від одної до іншої фази відбувається поступовий перехід, а не швидкий; супроводжуються певними думками, поведінковими та комунікативними особливостями, а також властивими для кожної з фаз емоціями. [17].

Кризові стани можуть тривати від трьох тижнів до трьох місяців і їх прояви зменшуються та встановлюється новий рівень соціально-психологічної адаптації. Часто він буває нижчим за такий як був до кризи. У більшості кризовий стан виникає в результаті тривалого процесу чи одночасного впливу кількох факторів. Але бувають випадки, коли такий стан з’являється через незначну подію [11].

Згідно поглядів Нуркової В.В. та Василевської К.М. суб’єктивними факторами кризових станів є:

* ймовірне прогнозування – використовуючи попередній досвід, індивід намагається передбачити виникнення певної події;
* вітальний – відображається у відчутті людини можливої смерті, неможливості пережити кризову ситуацію; індивід думає, що не зможе змиритися з певними умовами;
* когнітивний – недостатня кількість чи повна відсутність певних навичок та знань для проживання ситуації, неможливість застосування наявних когнітивних схем;
* біхевіоральний – відсутність певної сформованої поведінкової моделі;
* екзистенційний – втрата сенсу [26].

Сафонова Л.В. у своєму дослідженні виділила об’єктивні фактори, що зумовлюють напругу у кризовому стані:

* підвищене навантаження – велика відповідальність чи високі вимоги до результатів діяльності;
* некомфортна чи неприйнятна інтенсивність контактування із зовнішнім середовищем;
* певні перешкоди, що зумовлюють фрустрацію, не дають завершити завдання і досягти мети;
* травми психічні чи фізичні, тривога за близьких людей, їх смерть чи втрата нормальних умов для життя, неможливості самореалізації [37, с.78].

Також за Юр’євою Л.М. кризовий стан може виникнути через соціальні фактори:

* зміни у соціокультурному середовищі – тривожні, песимістичні, екзистенційні настрої, населення наприклад у часи економічної кризи;
* гострі стресові ситуації, зумовлені подіями, що загрожують життєдіяльності – стихійні лиха, техногенні, природні катастрофи, тобто ситуації, що не входять у межі звичного досвіду населення;
* фізична ізоляція – карантин, в’язниця, клінічні умови перебування важкохворих [54, с.10-12].

Юр’єва Л.М. у своїй монографії говорить, що всі ці фактори не вважаються остаточними, оскільки вони змінюються та залежать від самої ситуації та людини [54, с.10-12].

Вплив кризової ситуації змінює індивідуальні особливості, поведінку та усвідомлення. Процес її проживання більше впливає на особистість, ніж саме перебування у ній. Переживання кризової ситуації провокує перебудову, перетворення внутрішнього світу особистості (або його складової) [21].

У житті кожної людини відбувалися певні події чи ситуації, які можна назвати психотравмуючими. Вони виникають із соціальних, природних, особистісних, інформаційних та інших факторів і зумовлюють зростання психоемоційної напруги, порушення механізмів пристосування, повне чи часткове руйнування внутрішнього світу людини, а також її світогляду та звичного способу життя. Психотравмуючі події провокують інтенсивні переживання і дають новий досвід, що зумовлюють розвиток або деградацію особистості [18].

Стресові події зумовлюють виникнення психотравми, що характеризується важкими хвилюваннями, які викликають невротичні та депресивні стани. Такими ситуаціями є війни, аварії, смерть близької людини, стихійні лиха чи інші критичні події [18].

Втрата контролю власного життя призводить до неадекватної оцінки індивідом стресових подій, у яких він задіяний. Це проявляється у викривленні сприйняття власного Я та навколишнього світу, зі всіх суб’єктивних оцінок переважають крайні. Людині здається, що ситуація, в якій вона знаходиться, не має виходу. Тому, схоже сприймання людиною зменшує кількість дієвих поведінкових стратегій, що призводить до неспроможності повернути контроль над життєдіяльністю [11].

У переживанні індивідом психотравми, відбувається трансформація його бачення на минуле, теперішнє та майбутнє. Психічна травма здається людині вагомою подією, яка ділить її буття на до та після травмуючої ситуації. Особистість, входить у дистрес і за ним виникає травматизація [18].

Д. Калшед говорить, що індивід, який пережив таку травматичну ситуацію і відреагував на неї, ніби залишається в минулому. Такі події не відпускають його, а навпаки ще більше приваблюють, через це ймовірність повторення схожих ситуацій збільшується. Таким чином, люди, що пережили травму, часто схильні до вживання алкоголю, наркотиків та суїцидальних нахилів [18].

Тривалі та інтенсивні переживання травмуючих подій цілісно впливають на людину. Часто вони руйнують, витісняють адаптивні властивості, які потрібні для подальшої життєдіяльності [14].

Існує декілька відмінностей психічної травми від фізичної. Ментальна на відміну від тілесної є внутрішньою і невидимою та має інтрапсихічну природу, відтак психіці людини властива самотравматизація шляхом утворення переживань, думок, афектів та спогадів. Психічну травму супроводжує душевний біль, рефлекторною реакцією на який є уникнення, позбавлення, відсторонення. Головною функцією будь якого болю є повідомлення про пошкодження, а тому активує механізми захисту для лікування та виживання людини [39].

Таким чином, ментальний біль також повідомляє про психологічне неблагополуччя і активує механізми захисту. Реагування на вплив травми відбувається завжди і чим вона інтенсивніша, тим сильніше зовнішнє відображення чи внутрішні переживання. Відповідним проявом у поведінці можуть бути конфлікт, плач, почуття безсилля [48].

Суб’єктивне переживання особистістю кризи відбувається в залежності від дії певних чинників, а саме: виду кризи, обставин та умов, в яких вона відбувається (наявність чи відсутність сім’ї, близьких людей, праці, матеріальне благополуччя), особливостей самого індивіда (накопичений досвід, характер, вік, темперамент, навички, міжособистісні відносини, цінності тощо), соціального статусу (наявність влади, авторитету, досягнень, статусу та визнання в суспільстві) [17].

Ознаками (інколи наслідками) кризи є: розлади сну – людина швидко засинає та прокидається вночі або не може виспатися (сон не дає енергії), погіршення травлення та апетиту, загострення наявних захворювань. Медичний огляд може вказати людині на нові хвороби, яких не було до кризи. Також ознаками є безпричинні фізична та психічна втома, млявість, болі, м’язова напруга, апатія тощо [29].

Порушення функціональності пам’яті та концентрації уваги, зниження інтересу до сексуальних стосунків практично завжди супроводжують перехід кризи [11].

Відображенням наслідків травматичних подій є психічні стани (страх, безпорадність, розпач, жах тощо), що відповідають реальному змісту ситуацій та характеру людини. Взаємодія індивіда з новими подіями і визначає чи буде він боротися з ними, або розгубиться і не впорається з пошуком виходу з ситуації. Ці стани в залежності від зовнішнього впливу чи характеру індивіда можуть бути короткотривалими або тривати на протязі кількох років [18].

Людське життя переповнене стресорами, проте не всі з них викликають травму. Це залежить від: важкості впливу стресового фактора, внутрішніх та соціальних ресурсів (наявність досвіду схожих стресових подій, особливості психіки та її стійкість, підтримка оточуючих людей тощо) [14].

В залежності від результатів переживання населенням психотравмуючих подій, воно поділяється на категорії: “людина травмована”, “та, що вижила” та “здорова”. Друга категорія включає захисні механізми, що активують реакцію на уявну загрозу: “бій”, “біжи”, “замри”. Таким чином, організм у тривожному чи стресовому стані виробляє гормони: адреналін та кортизол [14].

Психічні травми виявляються у порушеннях нормальних міжособистісних відносин та зв’язків, у девіантній чи асоціальній поведінці та обтяжують життя. Можливо виділити три форми неадекватних переживань травматичних подій:

* недовіра до оточуючих людей та самого себе;
* когнітивні, поведінкові, емоційні, особистісні розлади;
* психосоматичні захворювання [14].

Переживання травми спричиняється:

1. через деякий час після травмуючої події у вигляді ПТСР;
2. в момент травмуючої ситуації [14].

Пережиті травмуючі події запам’ятовуються і потім використовуються як основа для обдумування в процесі формування планів і цілей на майбутнє та життєвої філософії, яка визначає поведінку людини [18].

# 1.3 Особливості відреагування населення на перебування в стані пандемії COVID-19

Через велику швидкість поширюваності та смертність коронавірусу, уряди країн світу мусили оперативно приймати рішення, для сповільнення захворюваності, щоб захистити життя людей та подолати кризу [26]. Тому, було введено цілий комплекс карантинних заходів, які дієво відобразилися на ситуації. Такими заходами були:

* запроваджений надзвичайний стан та переведення інфраструктури відповідного до нього;
* тимчасовий локдаун;
* масковий режим;
* переведення навчання та роботи (якої можливо) у дистанційний формат;
* посилене виконання санітарної профілактики;
* заборонено культурні, спортивні та релігійні заходи;
* закрито кордони країн (пізніше обмежено міжкордонні пересування);
* карантинна ізоляція;
* тимчасове закриття деяких робочих об’єктів (підприємства, готельно-ресторанні комплекси, торговельні центри, ринки тощо);
* постійні перевірки в установах;
* подальша потреба тотальної вакцинації;
* введення обласних рівнів епідеміологічної небезпеки (зелений, жовтий, помаранчевий, червоний) з різними, для кожного з них, обмеженнями [55].

Таким чином, пандемія та її сприймання зумовили поділ на моделі поведінки людства: раціональне, параноїдальне та ігноруюче.

Основою стресових реакцій на надзвичайні ситуації є інстинкт самозбереження, який допомагає людям виживати в загрозливих обставинах. За потреби у них активується базова емоція страху, щоб мобілізувати організм до порятунку від небезпеки. У таких ситуаціях організм активує одну з трьох реакцій “Бій-біжи-замри” концепції У. Кеннона [23].

До раціональної моделі відносяться люди, які за наявною інформацією про пандемію усвідомили ризики коронавірусу, вже хворіли, побували у клінічному середовищі під час пандемії, бачили смерті через хворобу, або тих, у кого хворіли близькі, знайомі [12].

У таких людей проявлялася реакція “бий”, оскільки використовували свій інтелект, досвід, інформацію, надану фахівцями чи з перевірених джерел, для застосування превентивних заходів протидії інфікування коронавірусом. Їх характерними особливостями були: критичне та позитивне мислення, більший комфорт в умовах пандемії, порівняно з людьми наступних моделей поведінки, оптимізмом, відповідальністю за життя своїх близьких та за своє, які зумовлювали правильне дотримування карантинних заходів, використання антисептиків, поширення правильної інформації для інших про коронавірус. Таким чином, раціональна поведінка дозволяла зберегти психічне здоров’я населення та в подальшому його підтримувати [21].

У людей, що вже були інфіковані коронавірусом, розвивалася гіперболізована реакція на стрес після травматичної події. Отож, в деяких випадках, ті хто одужав мали схильність до розвитку ПТСР [12].

Люди з параноїдальною моделлю поведінки найбільш тривожні і боязкі, схильні до самонавіювань і, разом з ними, панічних і фаталістичних настроїв, та гіперболізації емоцій. На початку пандемії у них виникала реакція “замри”, тому вони відсторонилися від оточуючих людей, недовіряли їм, панічно робили запаси їжі, води та інших товарів першої необхідності, щоб перечекати її вдома та систематично продивлялися усі новини на рахунок вірусу, чим посилювали власний стрес і тривогу, поширювали власні переживання та негативні емоції на оточуючих людей [21].

Оскільки страх, не давав їм нормально оцінити ситуацію, це призводило до частої передачі дезінформації та фейків через соціальні мережі. Брак інформації зумовлював прояви панічних атак. Вони виникають з невизначеності та супроводжуються тривогою, боязню смерті та соматичними реакціями організму. Тому, ця частина населення схильна заміщати свої емоції поганими звичками (куріння, алкоголь, наркотики), що дозволяли їм зняти стрес. Такі люди особливо підпадали під ризик обсесивно-компульсивного розладу через часте миття рук, прибирання дому в процесі профілактичних заходів [12].

Під впливом страху інфікування, вони готові діяти досить радикально по відношенню до потенційного джерела небезпеки. Як наприклад, в ситуації протесту проти приїзду евакуйованих українців та китайців з міста Ухань у селище Нові Санжари. Під впливом страху захворіти коронавірусом, жителі проявляли стигматизацію та жорстокість, оскільки кидали в автобуси з прибулими людьми камінням та билися з поліцією та Нацгвардією. Хоча в евакуйованих, в результаті, не було підтверджено COVID-19. Також часто провокували конфліктні ситуації з оточуючими через недотримування карантинних заходів [30].

Щоб перешкодити масовим самонавіюванням Всесвітня організація охорони здоров’я закликала населення протидіяти неправдивій інформації, залякуванням та нагнітанню, оскільки ситуація з пандемією складна, а фейки обтяжують боротьбу з нею. І все ж велика кількість людей не вміє адекватно відділяти правдиву інформацію від неправдивої [34].

Вона також з’ясувала, що на зараження коронавірусом впливає небажання населення дотримуватися карантинних норм з профілактики, оскільки люди не зовсім усвідомлюють небезпеку [35].

Люди з ігноруючою моделлю поведінки байдуже ставилися до пандемії, заходів профілактики проти неї та карантинних обмежень, що зумовлювало для їх ментального здоров’я найбільший ризик. Вони виявляли реакцію “біжи”, що відображалося у бажанні втекти від небезпечної реальності з хворобою та нетерплячості в тимчасових обмеженнях їхньої діяльності, що призводило до незадоволення потреб. Відчуття фрустрації зумовлювало прояви агресії, гніву, апатії, депресії та дистресу [61]. Тому, такі люди часто відчували дискомфорт в карантинній ізоляції, що призводило до побутових конфліктів. Деяким людям це швидко набридало, а тому вони виїжджали у більш помірні за поширеністю країни [21].

Така модель характеризується регресивністю, коли відбуваються подібні до пандемії критичні ситуації, безвідповідальністю за власне та за життя інших людей, недооцінкою небезпек і бажанням жити як завжди. А разом із цим, виникає невизнання хвороби, нехтування рекомендаціями лікарів і через небажання дотримуватися карантинних норм деякі люди не носили маски, виходили на вулиці, створювали скупчення людей, чим зумовлювали більше поширення хвороби та небезпеку як для себе, так і для оточуючих [38].

Вони виправдовували такі особливості тим, що коронавірусу не існує або що його рівень летальності такий же як у звичайного грипу [55].Ігноруючі люди схильні довіряти тільки тим лідерам думок та інформації, що підтверджують їхню точку зору та трактувати нові повідомлення як такі, що підтримують їхні припущення [54].

Британські вчені, досліджуючи вплив пандемії коронавірусу, виявили симптоми тривоги (до 50,9%), ПТСР (до 53,8%), депресії (до 48,3%) та психологічного дистресу (до 38%) [53]. Закономірністю цих симптомів стали: страх своєї смерті чи близьких від перебігу хвороби, перебування в карантинній ізоляції, тривоги через повторення хвороби, посилення стресу за рахунок системного перегляду новин про COVID-19 та користування соціальними мережами [24]. Стало також відомо, що люди з присутніми порушеннями психіки на 65% мають більший ризик захворіти [61].

# Висновкок до розділу 1

Отже, психічне здоров’я – це внутрішній стан, що забезпечується біологічними та соціальними потребами, при якому людина перебуває в гармонії з собою та оточуючими, не має психологічних чи фізичних захворювань й при цьому має адекватну поведінкову реакцію.

Психічне здоров’я важливий компонент особистості, що дає можливість людині приймати рішення, реалізувати свої цілі та встановлювати міжособистісні зв’язки. У часи надзвичайних ситуацій, особливо під час пандемії COVID-19, найбільш важливо підтримувати свою психічну складову на рівні з фізичною.

Важливим для дослідження психічного здоров’я є використання біопсихосоціального підходу, що пояснює психічне порушення не як “хворобу”, а оцінює життя людини, оточення її досвід та переживання для встановлення закономірностей зміни психічного здоров’я.

Різні біологічні, психологічні та соціальні несприятливі фактори на протязі життя здатні спричиняти як позитивний так і негативний вплив на ментальне здоров’я людини. Небезпечні для населення чинники зустрічаються кожного дня, тому на противагу їм проявляються захисні механізми, як функція реагування організму індивіда на негативний вплив та небезпеки для психічного здоров’я.

Криза виникає через різні фактори раптово та не може бути контрольованою. Вона зумовлює небезпеку як для власного Я та уявленню про нього, так і для планів людини на майбутнє. Тому, її визначають як подію чи ситуацію, що одночасно може бути ненадійною та важливою для майбутнього підняття особистості на інший рівень життя.

Негативні емоції варто оцінювати як нормальну реакцію людини на травматичні події, що виникають через потреба щось змінити у своєму житті. Але якщо, індивід проявляє дезадаптаптивну поведінку по відношенню до такої потреби, з’являються негативні наслідки у вигляді погіршення здоров’я чи навіть смерті. Після переживання травматичної події і реагування на неї, у людини виникають різні психічні стани (жах, безпорадність, страх тощо), що відображають її характер.

Оскільки, основою виживання у кризових ситуаціях є інстинкт самозбереження, пандемія та його сприймання населенням спричинили поділ поведінки на моделі – раціональну, параноїдальну та ігноруючу.

# РОЗДІЛ 2

# ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПСИХОЛОГІЧНОГО СПРИЙМАННЯ ПАНДЕМІЇ COVID-19 ТА ЇЇ ВПЛИВ НА РЕАЛЬНЕ ПСИХІЧНЕ ЗДОРОВ’Я НАСЕЛЕННЯ

# 2.1. Пандемія COVID-19 та її чинники впливу на психічне здоров’я населення

Для подальшого дослідження факторів впливу на ментальне здоров’я потрібно розібрати детальніше ситуацію, що зумовила таку проблему.

Коронавірус (COVID-19) – новий небезпечний вірус, що швидко почав поширюватися у 2019 році з китайського міста Ухань [60]. У березні 2020 його було визнано Всесвітньою організацією охорони здоров’я як серйозну епідеміологічну загрозу та введено жорсткі карантинні обмеження, через велику швидкість заразності повітряно-крапельним шляхом та смертність вірусу [57].

Найпоширеніші симптоми коронавірусної хвороби:

* сухий кашель;
* лихоманка;
* виснажливість.

Непоширені симптоми:

* головний біль;
* біль у м’язах та горлі;
* втрата запаху та смаку;
* нежить.

Симптомами тяжкого перебігу COVID-19 є:

* сплутаність свідомості;
* біль у грудній клітці або відчуття тиску у ній;
* температура вища 38 градусів;
* втрата апетиту;
* віддишка [64].

Переважна кількість хворих людей (приблизно 80%), у яких виникли симптоми коронавірусу, без ускладнень і потреби госпіталізації одужували, 15% мали більш серйозне захворювання і потребу в кисневій терапії, інші 5% мали критичну форму з необхідністю лікування у відділенні інтенсивної терапії. При тяжій формі можливі смертельні ускладнення, такі як ураження внутрішніх органів (серця, легенів, нирок, печінки), дихальна недостатність, септичний шок та інші [64].

Пандемія не перебірлива і торкнулася кожної категорії населення, незалежно від віку, проте все ж найбільш загрозливою вона стала для людей похилого віку через більш слабкий імунітет, порівняно із молодшими поколіннями, та схильністю до симптомів важкого перебігу хвороби [62].

І все ж у деяких дітей після кількох тижнів після зараження міг сформуватися тяжкий запальний синдром. Також деякі люди повідомляли про залишок частини симптомів коронавірусу після одужання, як фізичних (не з’являвся смак та нюх, віддишка) так і психічних (спостерігалася апатія, безсоння, зниження працездатності та порушення концентрації уваги). Ці симптоми зумовлюють велику необхідність післяковідної психологічної реабілітації [55].

У просторі коронавірусу, чинниками впливу на психічне здоров’я є стрес, тривога, динамічна самооцінка та дезадаптивність людини, тому важливо також розглянути їх сутність.

Стрес – стан психічної або фізіологічної напруги, який виникає через зовнішні чи внутрішні чинники і змушує людину відчувати гнів, відчай, розчарування чи нервозність. Він є реакцією організму на різні вимоги [25].

Згідно з Г. Сельє, людина в процесі адаптації до впливу стресу в критичних ситуаціях проходить три фази:

1. Фаза тривоги. При стресі виділяються гормони, що посилюють увагу, напружують м’язи та підвищують потовиділення, прискорюють серцебиття. Так організм готується до небезпеки.

2. Адаптивна фаза. Організм все ще захищає людину від загрозливих чинників, його захисні механізми напружені поза нормою, чим зумовлюють більшу вразливість для інших стресових факторів. Така напруга зумовлює адаптацію людини до нових умов.

3. У фазі виснаження організм людини не може пристосуватися і починають витрачатися ресурси організму. Саме у ній людина найбільш вразлива до втоми. Коли стрес затримується, то може негативно впливати на фізичне здоров’я, оскільки тіло утримує готовність до небезпеки та не розслабляється [50].

Короткостроковий стрес може бути нормальним, якщо він дав можливість вийти з небезпечної ситуації, але якщо він тривалий, то може шкодити фізичному та ментальному здоров’ю, його негативний вплив можна спостерігати на рис. 2.1. Згідно з цим виділяють два його види: гострий (короткочасний) та хронічний (тривалий) [25].

Стрес

Біологічний вплив:

* високий тиск;
* ожиріння;
* дерматологічні проблеми;
* цукровий діабет;
* серцеві хвороби;
* менструальні проблеми;
* різні та часті болі;
* розлади шлунка;
* збільшення ваги або її втрата.

Когнітивний вплив:

* бажання прийняти наркотики або алкоголь;
* фізична і моральна втома;
* втрата концентрації уваги та брак енергії;
* забудькуватість;
* дратівливість;
* тривога та депресія;
* сексуальні проблеми;
* розлади сну.

Рис. 2.1. Біокогнітивний вплив стресу на психічне здоров’я [50].

У кожного реакція на стресори різна, оскільки у всіх свої тригери, сприймання ситуацій, подій та їх актуальність. Відтак, одна людина може жорстко відреагувати на подразник, а інша взагалі не звернути увагу [50].

Якщо стрес досягає максимуму, то страждає також і людська активність. Незадоволення, блокування прагнення, які провокують негативні емоції, можуть зумовити появу фрустрації. Критичні ситуації можуть спричиняти стрес багаторазово за день, і він необхідний для підтримки і укріплення стійкості особистості [50].

За З. Фройдом, тривога є сигналом про гіпотетичну небезпеку, що наближається, і провокатором захисту від загрози. Таким чином, він виділив три види тривоги:

1) реалістична тривога – відповідь на зовнішні загрози, що відображається в емоціях і послаблює можливість боротьби з небезпекою;

2) невротична тривога – відповідь на загрозу розуміння неприйнятних бажань з Воно та неможливості їх контролю. Тобто така тривога з’являється, коли людина боїться зробити поганий вчинок, який пізніше буде наслідки;

3) моральна тривога – з’являється коли Я відчуває небезпеку зі сторони Супер Его. Тобто коли Воно бажає щось непристойне зробити або виразитися, то отримує відповідь у вигляді самозвинувачування, сорому [47].

Тривога – це страх невідомості та реакція на небезпеку можливої смерті. Боязнь якогось чинника, у якого немає імені, вигляду, але несе ймовірну загрозу людині. На відміну від страху, тривога є неусвідомленою та не має якогось конкретної причини виникнення [52].

Спорідненим почуттям тривоги зі страхом є хвилювання. Воно зумовлює розгублення, тремтіння, відсутність погляду, переляк та навіть заціпеніння у розмовах. Сильне потовиділення, холодне і важче тіло, перехоплення подиху, вологі долоні, скованість рухів тощо. На рис. 2.2. зображено детальніше вплив тривоги і такі симптоми дають зрозуміти, що психофізіологічні функції перенапружені [47].

Виділяють дві категорії ознак тривоги:

* внутрішні соматичні
* зовнішні поведінкові

Внутрішні проявляються у вигляді: прискореного серцебиття, головного болю, сухості в роті, вологих та холодних долонь, поверхневого подиху, кому в горлі, почуття жару в тілі, тремтіння, холоду в області грудей, слабкості в ногах, своїй незграбності, поколюваннях, раптовій потребі сходити в туалет. Зовнішні ознаки можуть відображатися не тільки у тривозі, а й такі переживання як радість, гнів чи розпач [47].

Тривога

Біологічний вплив:

* пришвидшене серцебиття та дихання;
* підвищення артеріального тиску та прискорення пульсу;
* зростання загальної збудженості;
* підвищення згортання крові;
* уповільнене травлення;
* зниження меж чутливості.

Когнітивний вплив:

* психологічна напруга;
* стурбованість;
* хвилювання;
* нервозність;
* почуття невизначеності, безсилля, самотності, безпомічності, незахищеності;
* порушення концентрації уваги;
* передчуття невдачі;
* неспроможність прийняти рішення.

Рис. 2.2. Біокогнітивний вплив тривоги [39]

Таким чином, тривожність – це риса, при якій людина схильна відчувати часті випадки тривоги, вона є відображенням минулих подій чи ситуацій, що були травматичними чи небажаними, яких людина хотіла б уникнути в подальшому житті. Що зумовлює її, як З. Фройд пояснював, підготовку до уникнення їх повторення. Тривожність порушує здатність людини до нормальних взаємовідносин у суспільстві та з’являється внаслідок:

* психічних травм у здорових людей;
* нервово-психічних та соматичних захворювань;
* у людей з відхиленою від норми поведінкою.

Тривожність потрібно розрізняти як невротичну та нормальну. Вони у більшості людей бувають змішаними [47].

Невротична тривожність це реакція на небезпеку, що:

* є невідповідною об’єктивній загрозі;
* має пригноблюючий механізм та інші форми внутрішньо-особистісного конфлікту, при цьому не контролюється зниженою активністю чи усвідомленості [47].

Отож, тривожність невротична проявляється у зв’язку з внутрішнім конфліктом особистості та іншими психологічними процесами, які заважають індивіду використовувати свої сили, тому неспроможність нормально справлятися з небезпекою є суб’єктивною, а не об’єктивною слабкістю. Занадто високий рівень тривожності потрібно розглядати як прояви дезадаптивної реакції та дезорганізаційної поведінки [47].

Оскільки тривожність є реакцією людини на небезпеку, то її помірний рівень є корисним для адаптації людини у житті. Проте коли вона переходить у стабільну характеристику, то це вже показник порушення особистісного розвитку і людина буде відчувати значні труднощі в міжособистісних комунікаціях та нормальній активності [47].

Відтак, тривожність є попередженням неврозу і може стати його симптомом та провокатором появи. Саме з тривогою пов’язана велика кількість психічних розладів: істерія, іпохондрія, фобії, нав’язливі стани та інші ментальні порушення [47].

Так само вона може і гіпертрофуватися. Тривожність супроводжується нестерпним очікуванням невідомої загрози, що відображається у невпевненості та переживаннях. Люди бояться невідомості, тому відчувають внутрішню напругу, яка переростає у паніку та страх. Високий рівень тривожності зумовлюється ворожим та небезпечним оточенням, у якому індивід перебуває тривалий час [47].

Тривожність поділяється на дві категорії:

* приховану – неусвідомлена та відображається у спокою або специфічній активності;
* відкриту – відображається у тривожній поведінці та є усвідомленою.

Тривожні особистості проявляють у цьому стані різні особливості: переживання, неможливості нормальної діяльності, почутті невпевненості та неповноцінності [47].

Таким чином, рівень тривожність збільшується в ситуаціях, де є загроза для самооцінки людини чи особистій адекватності, у такому випадку регулювання власних дій та їх оцінювання можуть бути знижені. Тому, у окремих людей, які побували у подібних ситуаціях, можуть сформуватися неусвідомлені захисні механізми, що проявляються у вигляді специфічної мимовільної поведінки – автоматизмів. Високий рівень тривожності вказує на підвищену збудливість та вегето-судинну дистонію. Тривожний стан є фактором ризику для людей, оскільки призводить до тривалої напруги [47].

Соціальна адаптація – це здатність людини пристосовуватися до умов навколишнього середовища, життєвих подій, ситуацій та результатів такого процесу [39]. Вона має дві форми прояву:

* активну (прагнення людини активно здійснювати вплив на середовище, змінювати його);
* пасивну (байдужість до таких намірів) [20].

Особистісною адаптацією є комплекс структурних компонентів, що взаємодоповнюють один одного – самооцінка, внутрішнє прийняття, ментальний образ, ставлення. За думкою Фурмана А.В. мета адаптації – це потреба досягнути обох протилежних цілей – злитися з суспільством та виділити власне Я як самостійну субстанцію. Відтак, вона є універсальною можливістю людини гармонізувати відносини з собою та навколишнім світом та завжди встановлювати відповідність:

1. зовнішньо (між набутим індивідом досвідом та середовищем);
2. внутрішньо (між цілями та результатами, думками, ментальними образами, переживаннями, ставленнями, станами, емоціями [49].

Щоб не виникла дезадаптація, людина має враховувати специфіку середовища, в якому вона перебуває, та проявляти активність у здійсненні впливу на нього для запобігання початку власної фрустрованості [49].

Соціальна дезадаптація – це повна чи часткова втрата можливості людини пристосовуватися до навколишнього середовища. Вона виявляється у неспроможності індивіда в певних умовах виконувати діяльність, що відповідає належить його соціальній ролі та можливостям [39].

На рис. 2.3. зображено її когнітивний вплив, через який виникають ознаки біхевіоральних порушень та емоційних розладів [39].

За тривалістю дезадаптація поділяється на три види:

1. тимчасова (порушення взаємодії суб’єкта та середовища);
2. стійка ситуативна (відсутність у індивіда адаптаційних механізмів, бажання або невміння);
3. загальна стійка (постійне незадоволення потреб, яке активує дію захисних механізмів) [39].

Дезадаптація

Когнітивний вплив:

* підвищене емоційне збудження;
* агресія;
* тривожність;
* занижені рівні емоційної стійкості, комунікабельності;
* виникнення почуття неповноцінності у відносинах з оточуючими;
* сором’язливість;
* трансформація поведінки;
* невиспаність;
* втрата інтересу до життя;
* прокрастинація;
* фрустрація;
* апатія.

Рис. 2.3. Когнітивний вплив дезадаптації [39]

Отож, людина у кризових ситуаціях втрачає ментальну гнучкість, тимчасово стає дезадаптованою або взагалі неспроможною пристосуватися до нових умов і сприймає все буквально. Кожному стає важко та боляче відмовлятися від власних усталених звичок та змінювати свій спосіб життя [46].

Однією із причин порушень ментального здоров’я є неправильний розподіл напружень у внутрішньо-особистісній структурі. Найбільш важливим з таких є відмінність уявлення людиною про себе (якою вона б хотіла бути) та її реального образу (якою вона повинна бути)[15].

Активність індивіда може гальмуватися або стимулюватися самооцінкою в залежності від її форми (завищеною, адекватної, заниженої) [15].

Завищений чи занижений рівні (див. рис. 2.4.) викривляють особистісну автономність та самоконтроль. Низька зменшує людські соціальні прагнення та провокує сумніви в собі та невпевненість у власних здібностях та спроможності, встановлює рамки життєвих амбіцій, перспектив [15].

Занижений рівень самооцінки

Завищений рівень самооцінки

Когнітивний вплив:

* ідеалізоване уявлення про себе, власні можливості та здібності;
* ставлення часто нереалістичних цілей та відмінних з дійсними спроможностями;
* звинучення інших у своїх невдачах чи обставин;
* зверхність;
* зарозумілість;
* агресивність, жорстокість, грубість;
* інколи відчуття невразливості.

Когнітивний вплив:

* Невпевненість у собі, власній діяльності, можливостях до вирішення задач;
* Перекладання відповідальності на інших людей
* Боязнь критики
* Емоційне напруження
* Булімія або анорексія
* Алкогольна, наркотична залежності.

Рис. 2.4. Когнітивний вплив самооцінки

При наявності у людини адекватної самооцінки вона може правильно оцінювати власні здібності та можливості, має самокритику, а також прагнення до реальних поглядів на свої досягнення чи невдачі та ставити цілком реалістичні для виконання цілі, в оцінці успіхів зважає на думки оточуючих людей. Тобто суть адекватного рівня є підсумком перманентного знаходження реальної міри без переоцінок чи занадто високої самокритики до поведінки, переживань, комунікації чи діяльності. Ця самооцінка вважається найкращою для нормального життя [15].

Таким чином, детальніший розгляд стресу, тривоги, адаптації та самооцінки за біопсихосоціальною моделлю дає нам можливість сформувати портрет закономірностей виникнення та переходу, на протязі періоду пандемії COVID-19, її сприймання людиною і чинників впливу на психічне здоров’я населення [15].

На рис. 2.5. відображено сприймання людиною пандемії коронавірусу, яке в обох випадках провокує відчуття страху, оскільки це для неї нове та небезпечне явище, гострий стрес виникає як підготовка організму до пошуку виходу із кризової ситуації та разом із ним страх переходить у тривогу, оскільки індивід бачить загрозу лише в наслідках для середовища, або ж якщо хвороба торкнулася і саму людину, то виникає це переживання у відповідь на невідомість для її майбутньої життєдіяльності або для близьких.

У позитивному випадку (який позначено зліва) людина проявляє нормальний рівень адаптованості по відношенню до власних переживань та складеної ситуації, мобілізується для її вирішення, використовує раціональний підхід. Завдяки адекватній самооцінці людина може спокійно оцінювати власне становище та подію, здатна прислухатися до оточуючих, порад лікарів, нормальної критики, а також у випадку її захворювання, буде менш вразливою до можливих проявів стигматизації по відношенню до неї.

Оскільки, індивід у цьому випадку здатен виконувати адаптивні дії, його рівні стресу та тривоги зменшуються, що повертає його до спокійного стану, а разом з цим укріплюється загальна стійкість особистості до подібних ситуацій. Такий варіант розвитку, при якому людина нормально реагує на ситуації, найбільш корисний для ментального здоров’я.

Пандемія COVID-19

Страх

Страх

Сприймання

Гострий стрес і тривога

Гострий стрес і тривога

Хронічний стрес

1. Адаптованість

2. Адекватна самооцінка

3. Спокій та гармонія

4. Покращення стресостійкості

1. Дезадаптованість

2. Неадекватна самооцінка

3. Тривожність

4. Депресія

Порушення психічного здоров’я

Нормальний стан психічного здоров’я

Фрустрація та внутрішній конфлікт

Психосоматичні захворювання

Рис. 2.5.Детермінація психічного здоров’я, через сприймання людиною пандемії COVID-19

У негативному випадку (який зображено справа) гострий стрес переходить у хронічний, організм тривалий час перебуває у напрузі, а довготривала тривога стає сталою рисою людини – тривожністю. Якщо індивід проявляє дезадаптивну поведінку, їй важко пристосуватися до карантинних норм, ізоляції, а тому виникає незадоволення потреб, оскільки індивід не спроможний виконувати звичну для себе діяльність.

Неадекватно занижена самооцінка призводить до депресії, апатії, прокрастинації, внутрішньо-особистісного конфлікту, які роблять людину вразливою до стигматизації, перешкоджають міжособистісним зв’язкам, порушують працездатність та заважають нормальному життю людини. Завищена навпаки може призвести до думок, що індивід невразливий до вірусу (що він ним не захворіє) і в комбінації з фрустрацією шкодять йому. Результатом такої взаємодії цих факторів є прояви психосоматичних захворювань та порушень ментально здоров’я.

# 2.2. Експериментальне дослідження впливу пандемії COVID-19 на психічне здоров’я населення

Для нашого емпіричного дослідженняособливостей впливу пандемії COVID-19 на психічне здоров’я населення, ми вибрали комплекс методик: тест на визначення рівня стресу (за В.Ю. Щербатих), шкала тривоги Спілбергера-Ханіна (State-Trait Anxiety Inventory - STAI), діагностика рівня соціальної фрустрації Л. І. Васермана (модифікація в. В. Бойка), Тест-опитувальник «Визначення рівня самооцінки» (за С.В. Ковальовим).

Доцільність нашого вибору такого інструментарію обґрунтована з’ясованими вище показниками впливу пандемії COVID-19 на психічне здоров’я (див. рис. 2.5.), а саме: стресом, тривогою, дизадаптивністю та зміненою самооцінкою. Тому, було прийнято рішення, провести констатуюче дослідження дії цих факторів на ментальне здоров’я.

Для визначення рівня стресу В.Ю. Щербатих сформував тест, у якому запропоновано чотири категорії стресових ознак: інтелектуальні, біхевіористичні, емоційні та фізіологічні. В усіх групах по 12 симптомів, серед яких респондент повинен відзначити кожен наявний у нього інтелектуальний чи поведінковий - 1 балом, емоційний - 1,5 та фізіологічний – 2.

Таким чином, стає можливо дізнатися рівень стресу у людини на даний момент. Результати тестування визначаються шляхом додавання балів з кожного наявного симптома та складання сумарного числа. Максимальною кількістю у методиці може бути 66. У ній викладено межі показників у залежності від наявного рівня стресу респондента.

* показник від 0 до 5 вказує на відсутність стресового фактора, та є найкращим серед результатів;
* 6-12 помірний рівень;
* 13-24 що інтенсивну напругу фізіологічних та емоційних систем, що з’явилася у відповідь на певний стресор, який людина не може компенсувати
* 25-39 вказують на наявність сильного стресу, при якому організм майже вичерпав можливості йому опиратися;
* показник, що перевищує 40 балів означає небезпечний рівень, що виснажує фізичні сили та блокує адаптаційні можливості.

Тест Спілбергера-Ханіна єдина методика, що дозволяє диференційовано визначати тривожність як стан і як особистісну рису. Для цього у ньому викладено дві підшкали, що вміщають у собі 20 тверджень, які вказують на тривожну позицію (реактивну) і 20 як на якість особистості. Навпроти кожного з них є цифри, які потрібно відзначити в залежності від самопочуття у даний момент. Довго задумуватися над запитаннями не рекомендується, оскільки правильних відповідей на них немає

Результати тестування визначаються окремо для реактивної тривоги та тривожності як особистісної риси за спеціальними формулами, які допомагають вирахувати бали, залежно від рівня зафіксованої тривожності респондента. Їх сумарна кількість для кожної підшкали може бути у рамках 20-80 балів і чим більший підсумок, тим вищий рівень ситуативної чи особистісної тривожності.

* показник менший 30 означає відсутність відчуття тривоги у конкретний момент;
* межі 31-45 балів означають помірний рівень;
* від 46 та більше вказують на високу тривожність.

Високий рівень пов’язаний з невротичними конфліктами, психосоматичними захворюваннями, нервовими та емоційними зривами. А низький рівень протилежно означає ареактивний, депресивний стан. Хоча і буває, що результати вказують на витіснення високої тривоги респондентом з ціллю здаватися кращим в очах інших.

Методика Вассермана-Бойко створена для діагностики рівня соціальної фрустрованості людей. Вона є одним із найбільш вагомих показників дезадаптованості людини і зв’язана з результативністю її діяльності. У процесі визначення респонденту потрібно відповісти на 20 запитань, що відносяться до аспектів звичайних соціальних взаємодій, відношення до складеної ситуації, разом з цим дати оцінку своїй задоволеності потреб.

Відповіді на запитання позначаються у балах: “повністю задоволений” дає 1, “скоріше задоволений” – 2, “важко сказати” – 3, “скоріше не задоволений” – 4, “повністю не задоволений” – 5. Для отримання результатів обстеження необхідно вирахувати середнє арифметичне число з одержаних балів із відповідей на всі 20 запитань.

У залежності від результату опитування показники соціальної фрустрованості пояснюються:

* 0-0,5 балів – повна відсутність фрустрованості або її майже немає;
* 0,5-1,4 – дуже низький рівень;
* 1,5-1,9 – знижений рівень;
* 2,0-2,4 – невизначений рівень;
* 2,5-2,9 – помірний рівень;
* 3,0-3,4 – підвищений рівень;
* 3,5-4 бали – дуже високий рівень.

Тест-опитувальник розроблений С.В. Ковальовим для визначення рівня особистісної самооцінки. У ньому викладено 32 твердження на які респонденту потрібно виразити своє відношення за допомогою спеціально сформованих варіантів відповіді. Кожен з них відображає ступінь згоди опитуваного у вигляді балів: 0 – ніколи, 1 – рідко, 2 – інколи, 3 – часто, 4 – дуже часто. Поставлені запитання в опитувальнику спрямовані на сприйняття людиною самої себе та ставлення до неї зі сторони соціуму.

Результати інтерпретуються шляхом сумарної кількості набраних в процесі тестування балів:

* від 0 до 25 означають високий рівень самооцінки, при якому людина зазвичай не піддається внутрішнім сумнівам, адекватно сприймає критику з боку оточення, раціонально розцінює свої можливості та дії;
* від 26 до 45 балів вказують на середній рівень. Людина з такою самооцінкою схильна недооцінювати свої можливості та саму себе без певних підстав, відчуває деякий дискомфорт у контакті з оточуючими;
* від 46 до 128 свідчать про низьку самооцінку, при якій респондент може приймати болісно будь яку критику, зауваження у свою сторону, підлаштовуватися під інших людей та мучитися від надмірної сором’язливості.

Актуальною умовою проблематики стала діагностика впливу коронавірусу саме на психічне здоров’я населення, що і послужило вирішальним чинником для формування нашої вибірки та розширило рамки контингенту дослідження. У експерименті взяли участь 70 осіб, різного віку та статі, а саме:

* 22 жінок та 19 чоловіків - від 18 до 40 років
* 9 жінок та 5 чоловіків - від 40 до 65
* 10 жінок та 5 чоловіків - старші 65 років.

Загалом - жінок – 41, чоловіків – 29.

З метою виявлення закономірностей виникнення впливу пандемії COVID-19 на ментальне здоров’я населення, нами була застосована батарея тестових методик. А також додатково проводилося анкетування респондентів (додаток А), що проводилося за допомогою платформи “Google Форми” 3 січня 2022 року. Для кращого відображення результатів емпіричного дослідження, ми зобразили їх у вигляді діаграм. Також для встановлення взаємозв’язків між змінними та їх статистичної достовірності використовували аналіз коефіцієнту кореляції Пірсона та у визначенні закономірностей результатів дослідження нам допоміг t-критерій Стьюдента та їх таблиці критичних значень.

Результати опитування (рис. 2.6.) вказують, що у населення наявний переважно помірний рівень стресу 37,14% (що складає 26 людей), який при деяких зусиллях можливо компенсувати шляхом відпочинку і знаходження виходу із складеної ситуації та середній рівень – 37,14% (також 26) – напруження емоційних та фізіологічних систем у відповідь на стресор.

21,43% (15 осіб) мали хронічний стрес, який вимагав адаптивної поведінки для того, щоб змогти справитися із постійною напругою в якій перебував організм. Та в 4,29% (3) виявлено третю і останню фазу стресу, з яким людині самій впоратися дуже важко, а тому цей відсоток потребував сторонньої допомоги психолога, психотерапевта, оскільки їх показники перевищували межі нормального значення і наявний рівень стресу виснажував їх організм та адаптаційні можливості, щоб самостійно вийти з цього стану. Варто відзначити, що показників відсутності стресорів не було зафіксовано взагалі ні у кого з респондентів.

Рис. 2.6. Результати тесту на визначення рівня стресу (за В.Ю. Щербатих)

Результати опитування (рис 2.7.) вказують, що низький рівень тривожності було виявлено у 13 людей (18,57%), помірний у 29 осіб (що, складає 41,43%) та високий у 28 (40%).

Таким чином, самооцінка респондентів своїх тривоги та тривожності за шкалою Спілбергера-Ханіна вказує на те, що у населення в просторі пандемії переважно наявні помірний та високий рівні тривожності, нормальний зафіксовано лише у 10 молодих чоловіків та 3 жінок (межі від 18 до 40 років), а в 57 (81,43%) респондентів присутня проблема тривожного стану та тривожності як особистісної риси.

Рис. 2.7. Результати за шкалою тривоги Спілбергера-Ханіна (State-Trait Anxiety Inventory - STAI)

За результатами діагностики рівня соціальної фрустрації (рис. 2.8.) у 25 осіб (що складає 35,71%) було виявлено знижений рівень фрустрованості, у 21 людини (30%) – невизначений та у 23 (32,86%) – помірний.

З відповідей респондентів стає зрозуміло, що на момент опитування у 45 людей (64,29%) показники знаходяться у межах невизначеного та помірного рівнів, при цьому максимальна кількість набраних балів переходить значення 2,9, тобто середнього рівня соціальної фрустрованості (помірного), лише у одного чоловіка 63 років (що складає 1,43%), що вказує у рамках на не достатню задоволеність. Але варто відзначити, що її відсутності, низького чи дуже високого ступенів також ні в однієї людини не було помічено.

Рис. 2.8. Діагностика рівня соціальної фрустрації Л.І. Вассермана (модифікація В.В. Бойка)

За результатами тестування самооцінки (рис. 2.9.) виявлено у 18 осіб (що складає 25,71%) високу самооцінку, при якій людина необтяжена сумнівами у собі, впевнена у власних діях та нормально реагує на критику та зауваження оточуючих. У 27 респондентів (38,57%) зафіксовано середній рівень, при якому в індивіда з’являються незрозумілий дискомфорт у міжособистісних відносинах із людьми. У 19 осіб (27,14%) опитування вказало на низьку самооцінку, яка відображається у надмірній сором’язливості, намаганнях підлаштовуватися під думки оточуючих і неприємних відчуттях у відповідь на критику.

Рис. 2.9. Результати тесту-опитувальника “Визначення рівня самооцінки” С.В. Ковальова

Для вивірення отриманих результатів нами були застосовані методи математичної статистики. За коефіцієнтом кореляції Пірсона, що видно на табл. 2.1., було виявлено дуже сильний взаємозв’язок між стресом та тривогою (p=+0,53), що може означати, що вони виникають одночасно як реакція на загрозу і зростання чи зменшення їх рівня залежить від результату пристосування особистості до несприятливого середовища.

Тому, закономірно бачимо, що і сильні взаємозв’язки спостерігаються між стресом (p=+0,34) і адаптацією та відповідно нею ж і тривогою (p=+0,57), що можливо пояснити зростання адаптованості населення шляхом пристосування до життєвих ситуацій через стрес і прагнення зменшити рівень тривоги або ж навпаки дезадаптивні дії по відношенню до загрози та погіршення становища (їх посилення). Між пристосуванням та самооцінкою зв’язку не виявлено (p=+0,17).

У випадку із стресом та самооцінкою, можна спостерігати сильну взаємодію (p=+0,23), оскільки вона залежить від накопиченого людиною позитивного чи негативного досвіду вирішення проблем, переживання різних подій та ситуацій, який на ній відбивається і таким чином підвищує або ж занижує. У ситуації із тривогою та самооцінкою взаємозв’язку також не було виявлено (p=+0,13).

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Шкала тривоги Спілбергера-Ханіна (State-Trait Anxiety Inventory - STAI) | Діагностика рівня соціальної фрустрації Л.І. Вассермана (модифікація В.В. Бойка) | Тест-опитувальник “Визначення рівня самооцінки” С.В. Ковальова |
| Тест на визначення рівня стресу (за В.Ю. Щербатих) | 0.533\*\*\* | 0.346\*\* | 0.232 |
| Шкала тривоги Спілбергера-Ханіна (State-Trait Anxiety Inventory - STAI) |  | 0.574\*\*\* | 0.131 |
| Діагностика рівня соціальної фрустрації Л.І. Вассермана (модифікація В.В. Бойка) |  |  | 0.17 |

Табл. 2.1. Значення коефіцієнтів кореляції

Проводячи дослідження ми вирішили встановити як залежить проживання населенням переживання пандемії таких чинників: перевірка численних гіпотез за допомогою t-критерію Стьюдента, вказала, що на тенденцію перебування у стресовому (t=1,87, p=+0,05) та тривожному (t=1,88, p=+0,05) станах, зростання чи спадання рівня самооцінки (t=1,94 p=+0,05) чи пристосування (t=1,9, p=+0,05) стать не впливає на схильність до цих чинників та їх результати не дуже різняться, а тому, це дозволяє її спростувати.

Проте було знайдено закономірність розвитку факторів в залежності від віку, а відтак за результатами критерію ми відслідкували, що рівень стресу з роками стає частішим та сильнішим, тобто у порівнянні групи 40-65 і більше років (t=3,3, p=+0,001). Така ж ситуація із тривогою (t=3,12, p=+0,001), тому підтверджується гіпотеза про схильність людей старшого віку до таких факторів впливу, тому цю категорію вони турбують більше, ніж молодших, у загрозливих ситуаціях, таких як пандемія коронавірусу.

Перевірка між двома категоріями вибірки 32 людей (45,71%) – тих, що хворіли і 38 (54,29%) - тих, що не були інфіковані COVID-19, вказує на правдивість гіпотези про сильніше відчуття факторів стресу (t=3,27, p=+0,001), тривоги (t=2,94, p=+0,001), що доводить ще одну здогадку на рахунок невідомості майбутньої життєдіяльності після пандемії, страху можливого повернення локдауну та інших жорстких карантинних заходів (t=2,8, p=+0,001), а також припущення про зниження самооцінки (t=2,86, p=+0,001), яке можна пояснити відсутністю або обмеженням звичної комунікації з іншими людьми під час захворювання та розривом міжособистісних зв’язків (t=3,22, p=+0,001), певної дезадаптованості (t=2,9, p=+0,001) людьми, що перехворіли, через неможливість або ж невміння знаходити вихід із фрустрованості.

Проте, як вказує статистика та критерій Стьюдента, на момент опитування, не було зафіксованого високого рівня незадоволеності потреб (t=3,39, p=+0,001), отож констатуємо, що таку зміну тенденції зумовив вихід з простору карантинних обмежень, зменшення захворюваності та повернення до нормального життя, оскільки населення до таких позитивних подій пристосовується досить швидко.

При цьому не знайшлось підтвердження припущенню про важливість для нашого дослідження місця проживання суб’єктів вибірки, оскільки коефіцієнт не виявив суттєвої різниці між результатами (t=2,1, p=+0,05), а отже перебування у місті чи в селі не обов’язково зумовлює більший вплив на якусь конкретну групу.

Маємо також закономірність зниження рівнів стресу (t=1,77, p=+0,001), тривоги (t=1,92, p=+0,001) та підвищення адаптації (t=2,81, p=+0,001) у людей, які побачили наслідки коронавірусної хвороби для оточуючих людей – смерті, тяжкі випадки погіршення здоров’я, що не є дивним результатом, оскільки адаптація підвищилася внаслідок активізації прагнення людей до виживання після побаченого, усвідомлення ситуації, раціонального мислення і поведінки а також від інформування із різних джерел (t=2,68 p=+0,001) - (із власного досвіду, з порад фахівців, новин тощо). Отож, у процесі пристосування стрес та тривога переходять у стан особистісного спокою.

Враховуючи результати діагностичних методик факторів впливу на ментальне здоров’я населення, стає можливо зробити висновок, що є велика потреба у формуванні способів його корекції та підтримання.

# 2.3. Способи корекції та підтримання психічного здоров’я населення під час пандемії COVID-19

Для формування більш ефективних способів корекції та підтримання буде доцільно приділити увагу заходам протидії усім факторам впливу пандемії - стресу та тривозі, а також розвитку адаптації, нормалізації самооцінки та власне ментальному здоров’ю. Варто відзначити, що вони спрямовані для індивідуального використання кожною людиною з метою психоедукаційних заходів.

Щоб протидіяти стресу та тривозі у просторі пандемії коронавірусу потрібно дотримуватися сформованих нами рекомендацій, що спрямовані на профілактику та подолання негативних переживань і страхів:

1. Зрозуміти власні почуття. Їх можна сформувати на листі паперу або ж розповісти про них у розмові з родичами.
2. Фільтрувати власне інформаційне поле. У інтернеті, ЗМІ та інших доступних суспільству джерелах досить багато неправдивої інформації, тому варто перевіряти її та відібрати лише ту, якій можна довіряти.
3. Встановити часові межі для користування ґаджетами. Багато людей зловживають тривалістю читання новин або активністю у соціальних мережах чим перенасичують себе непотрібною інформацією. Спеціально відведені рамки на цей процес (рекомендовано по 15-20 хвилин три рази на день) допоможуть залишатися у стані спокою.
4. Раціонально підходити до формування власного оточення. Намагатися уникати людей, що у спілкуванні намагаються вивести з рівноваги емоційний стан або сіяти панічні настрої та ситуацій, що викликають стрес та тривогу, наприклад зайвих розмов про пандемію.
5. Намагатися спрямувати почуття у діяльність. Потрібно відволікатися та трансформувати свої переживання у будь які справи (прибирання, прогулянка, хобі, творчість тощо).
6. Замінити звичні справи, які стало неможливо зробити на даний момент, на інші. Щоб не допускати фрустрації, такою зміною може бути, наприклад, замість буденного походу в бібліотеку – прочитати електронну книгу або прослухати її аудіоверсію вдома.
7. Пригадати свій досвід схожих до пандемії ситуацій. У багатьох людей траплялися різні екстремальні події з подібними переживаннями, які вирішувалися, а життя нормалізувалося. Важливо спиратися на такі спогади, оскільки вони можуть і допомогти знайти вихід із таких проблем.
8. Потурбуватися про стан фізичного здоров’я. Необхідно зробити розпорядок дня та його дотримуватися, вести здоровий спосіб життя – кинути погані звички, добре харчуватися, висипатися, займатися спортом та ходити на прогулянки. Якщо є певні фізіологічні симптоми, то вчасно звертатися до лікаря.
9. Виконувати дихальні вправи.
10. Виявити свої зони контролю. Ситуації та події, що зумовлюють зміни нормального життя переважно викликають виникнення страху та тривоги та є неконтрольованими, тому важливо подумати, які рішення можливо прийняти для того, щоб пандемія не спричиняла негараздів для людини та якими сферами власної життєдіяльності вона здатна керувати (фінанси, час, робота тощо).
11. Підтримувати інших людей. Це допомагає справлятися з переживаннями, забезпечує відчуття стабільності та комфорту.
12. Не боятися просити допомоги, надто коли вона дуже необхідна. Якщо стрес та тривога не зменшуються, а навпаки надалі заважають нормальному життю, потрібно звернутися до фахівців [3].

Найбільш важливим є розвиток власної стресостійкості – певної сукупності особистісних рис, що уможливлюють переживання кризових подій та ситуацій без поганих наслідків для людини, її життєдіяльності або оточення, оскільки вона дає можливість організму та психіці витримувати високі рівні стресу та тривоги. Важливо відзначити, що у процесі реагування на переживання стресових ситуацій, у людини також зростає рівень адаптивності. Тому, ми сформували також декілька рекомендацій для підвищення стресостійкості:

1. Намагатися виявити ваші індивідуальні стресори. Записати фактори, події чи ситуації, які зумовлюють виникнення переживань. Таким чином, можливо прослідковувати свої поведінкові шаблони, що використовуються у таких умовах і відповідно змінювати їх.
2. Змінювати стресори у моменти, коли це можливо. Деякі стресові ситуації все ще знаходяться на нашому полі контролю, тому, наприклад, коли потрібно сходити в магазин за покупками, але там велика кількість людей, щоб зайвий раз не тривожитися можна піти в інших день.
3. Відмітити обмежувальні рамки. Переоцінка своїх сил та навантаження зумовлюють появу тривалого стресу, тому, варто відмовитися від одночасного виконання великої кількості завдань, а також навчитися говорити “ні”. Такий підхід допоможе зекономити свою енергію та час на улюблену діяльність, спілкування, що зменшить рівень роздратування.
4. Ділитися своїми почуттями з рідними чи друзями. Вони зрозуміють намагання зменшення рівня переживань і можуть навіть допомогти у цих прагненнях.
5. Більше перебувати в активності. Спорт дуже добре допомагає у боротьбі з впливом стресу на організм та підтримувати ментальне здоров’я. Фізична робота також позитивно сприяє розвитку захисту. Така діяльність викликає більшу радість до дрібниць у звичному житті, а задоволення - це найкращий засіб у протидії негативному впливу стресових ситуацій [43].
6. Дозволити собі відчувати. Повноцінно переживати власні почуття, а не заглиблювати їх, щоб вони не проявлялися та не заважали жити у майбутньому [40].
7. Позитивно дивитися на світ. Оточувати себе хорошими думками, спогадами, новим досвідом. Таким чином, особистість збагачується результатами своєї діяльності та покращується настрій, що допомагає не пригнічуватися [6].

Для нормалізації самооцінки потрібно:

1. Припинити себе засуджувати за власні дії, зовнішній вигляд, невдачі, фінансове становище тощо. Негативні висловлювання про свої якості знижують рівень самооцінки.
2. Не порівнювати себе з оточуючими. Люди, що мають більше чи менше досягнень, ресурсів, популярності, влади тощо завжди знайдуться, тому варто усвідомити, що всіх перевершити не вдасться та сконцентруватися на вдосконаленні власної особистості та аспектів життя.
3. Не відхиляти похвалу та компліменти. Применшуючи їх словами “немає за що”, “та пусте” чи іншими схожими, самооцінка знижується і принижуються власні набуті досягнення.
4. Знайомитися із самодостатніми та позитивними особистостями, що здатні підтримати. Впевнені люди не ведуть розмови, що придушують ідеї та особистість оточуючих, а навпаки схильні заохочувати, підкріплювати та допомагати їм, від чого самооцінка підвищується.
5. Записати свої позитивні якості. Їх перегляд забезпечить краще відчуття власної значущості і дозволить не концентруватися на недоліках, що збільшить мотивацію для майбутніх здобутків та самовдосконалення.
6. Творити добрі справи та допомагати іншим. Так відчувається власна цінність та значущість для інших, підвищується настрій та можливо навіть отримати зворотній зв’язок.
7. Діяти. Якщо займатися певною діяльністю, особистість здобуває досягнення та її позитивні результати, що підвищує повагу як у себе так і в оточуючих людей, а разом із нею краще сприймання себе. Бездіяльність навпаки пригнічує людей і призводить до переживань власної неповноцінності [22].

# Висновок до розділу 2

Емпіричне дослідження підтвердило нашу гіпотезу, що факторами впливу пандемії COVID-19 є: стрес, тривога, дезадаптація та динамічна самооцінка населення.

За результатами тесту на визначення рівня стресу (за В.Ю. Щербатих) тенденція вказує на залишок стресового фактора впливу на населення у ковідному просторі навіть після спаду захворюваності та констатацію, що найбільш схильною категорією до сильного стресу є люди похилого віку – 14,29% (10 осіб). Статистика також показує, що кризова ситуація торкнулася усього населення, тому кожна людина відчуває стрес різних рівнів через саму пандемію, її наслідки, карантинні норми або власні локальні проблеми, що могли порушитися через неї.

За результатами методики шкала тривоги Спілбергера-Ханіна (State-Trait Anxiety Inventory - STAI) стає можливо встановити закономірність, що населення турбує невизначеність власного майбутнього, незнання точного часу закінчення пандемії, невідомість характеру походження вірусу, можливість подальшого його розвитку та повернення карантинної ізоляції, що зумовлені інтенсивними та тривалими переживаннями ситуації.

За діагностикою рівня соціальної фрустрації Л.І. Вассермана (модифікація В.В. Бойка) переважаючий у людей знижений рівень соціальної фрустрованості означає, що через ослаблення карантинних обмежень та ізоляції відбувається повернення населення до комфортних умов життєдіяльності та вказує на те, що нормальна адаптивність та здатність швидко та раціонально підлаштовувати свою поведінку під різні ситуації дають можливість людям краще пристосовуватися до подібних пандемії кризових ситуацій і дозволяють поступово стабілізувати стрес та тривогу без серйозних наслідків для здоров’я. Дезадаптація індивіда навпаки призводить до апатії, прокрастинації, фрустрації та посилює попередні фактори впливу.

За результатами тесту-опитувальника “Визначення рівня самооцінки” С.В. Ковальова, стає зрозуміло, що 45 людей (що складає 64,29%) із високим-середнім показниками мали більшу перспективу зберегти власне психічне здоров’я, ніж респонденти з низьким, оскільки менше схильні приймати неконструктивну критику, до апатії, депресії. При цьому варто розуміти, що люди з адекватною самооцінкою можуть правильно оцінювати свої дії, що допомагає їм усвідомлювати раціональність їх поведінки та самих себе, не переоцінювати себе в кризових ситуаціях, здійснювати певні кроки до покращення власного життя та легше комунікувати з іншими людьми.

Стає можливо зробити висновок із підтвердження наших гіпотез, що люди, які на власному досвіді пережили наслідки коронавірусної хвороби менше переживають негативний вплив, ніж ті, хто не усвідомлює загрозу. Тому, у пандемії COVID-19 надзвичайно важливо не ігнорувати досліджувані фактори, що здатні погіршувати ментальне здоров’я.

# ВИСНОВКИ

Психічне здоров’я є пріоритетним у дослідженнях багатьох науковців різних галузей, що обумовлено великою важливістю його захисту та підтримки у нестабільному світі, який сповнений надзвичайними, критичними ситуаціями. Однією з таких ситуацій є пандемія COVID-19. Дослідження впливу коронавірусу на ментальне здоров’я вказує на наявність психічних розладів та їх загострення.

У дослідженні впливу COVID-19 на психічне здоров’я населення, нами було використано біопсихосоціальний підхід, що розглядає життя людини загалом, її почуття, досвід, переживання, когнітивні якості, спадковість, оточення людини та інші фактори, оскільки альтернативний біомедичний відмічає ментальні порушення як “хворобу” та звертає увагу лише на медичні чинники, а тому не дозволяє знайти дійсні закономірності погіршення здоров’я, що заважає повноті вивчення.

У даній роботі було проведено аналіз наукових досліджень та думок, які були присвячені “психічному здоров’ю населення”, проаналізовано специфіку поведінки населення у карантинному просторі пандемії, було виявлено та детально описано особливості сприймання COVID-19 населенням. А також визначено чинники впливу COVID-19 на психічне здоров’я населення та досліджено його наслідки.

У нашому дослідженні уточнено поняття “психічне здоров’я”, а саме, що ментальне здоров’я – це стан внутрішнього благополуччя, який надає людині можливість справлятися зі стресом, самореалізуватися, добре навчатися та працювати. Воно є обов’язковим компонентом особистісного розвитку, нормального функціонування, а також основою для індивідуальної та колективної здатності людей до прийняття рішень, встановлення міжособистісних відносин, формування світу та внесення у нього змін.

Травматичні ситуації супроводжуються негативними емоціями, які є цілком нормальною реакцією особистості і виникають у відповідь на потребу щось скорегувати у власному житті. Проте, дезадаптивна поведінка людини на таку вимогу зумовлює появу таких поганих наслідків як порушення стану здоров’я або ж навіть призвести до летального випадку. У результаті переживання травматичної події в індивіда можуть виникнути негативні психічні реакції.

Тому, у відповідь на загрозу, в населення у кризових ситуаціях, з метою виживання, проявляється інстинкт самозбереження, що активує реакцію організму “бій”, “біжи”, “замри”, яка відповідно проявляється у моделях поведінки: раціональній, ігноруючій та параноїдальній.

За результатами емпіричного дослідження було встановлено фактори впливу коронавірусу на ментальне здоров’я населення – стрес, тривога, дезадаптація та змінена самооцінка.

За результатами емпіричного дослідження за методиками В.Ю. Щербатих, Спілбергера-Ханіна Л.І. Вассермана, В.В. Бойка, С.В. Ковальова підтвердилося кілька наших гіпотез.

Результати тесту вказали, що навіть після зниження кількості захворювань рівень стресу не знижується. А відтак, найбільш схильними до впливу стресових ситуацій є люди похилого віку. Результати також вказали на те, що кожна людина відчувала стрес через пандемію, карантинні обмеження та інші похідні від них проблеми.

Шкала тривоги дозволила знайти закономірність, що населення тривожать нез’ясована причина появи коронавірусу, незнання точного часу закінчення пандемії, невідомість майбутнього життя після пандемії, цілком ймовірний розвиток вірусу та повернення жорстких карантинних обмежень, які викликані тривалими та інтенсивними переживаннями ситуації.

Діагностика рівня соціальної фрустрації засвідчила, що нормальна адаптивність та швидкі й раціональні дії дають населенню можливість краще пристосовуватися до кризових подій, стабілізувати стрес та тривогу без негативних наслідків для здоров’я, а дезадаптація навпаки посилює чинники впливу та погіршує ситуацію.

Отримані результати тесту-опитувальника “Визначення рівня самооцінки” вказують, що люди, які мають адекватну самооцінку більш схильні до правильної оцінки власних дій та усвідомлення їх раціональності та самих себе, а також не переоцінювати себе в кризових ситуаціях, мати хороші міжособистісні відносини та робити кроки до вдосконалення власного життя.

Основним із них є свідчення, що люди котрі повністю усвідомлюють небезпечний вплив пандемії та не уникають власних переживань мають менші наслідки і більше можливостей для збереження та підтримання психічного здоров’я, ніж ті, хто гостро реагує або ігнорує таку потребу.

Для забезпечення та укріплення ментального здоров’я населення, важливо дотримуватися комплексу психоедукаційних заходів, що були сформовані з метою профілактики та подолання факторів впливу пандемії:

* зменшення негативних переживань та страху;
* розвиток власної стресостійкості;
* стабілізація самооцінки.

# СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Біла І. М. Індивідуальні особливості сприймання, їх роль у конструюванні реальності. *Актуальні проблеми психології*: зб. наук. праць Інституту психології імені ГС Костюка НАПН України. Київ: Видавництво “Фенікс”, 2012. С. 62-68.
2. Бригадир М. Особливості роботи з кризою в позитивній психотерапії. *Трансформаційні процеси соціально-гуманітарної сфери сучасної України в умовах війни: виклики, проблеми та перспективи*: зб. матеріалів міжнародної науково-практичної конференції (м.Тернопіль, 2-3 червня 2022 року). Тернопіль: Університетська думка, 2022. С.73-75.
3. Бригадир М. Пандемія: шляхи осягнення, розуміння та способи подолання (соціально-психологічний аспект). *Лікарська таємниця в умовах пандемії: законодавчі, правозастосовчі, соціальні та психологічні аспекти*: збірник тез доповідей Всеукраїнської науково-практичній онлайн конференції. (Тернопіль 15 травня 2020 р). Тернопіль: ТНЕУ, 2020. С. 19-22.
4. Бригадир М. Проблема визначення показників та критеріїв психічного здоров’я. *Психічне**здоров’я особистості у кризовому суспільстві:* збірник матеріалів IV Всеукраїнської науково-практичної конференції (18 жовтня 2019 року) / уклад. З. Р. Кісіль. Львів: Львівський державний університет внутрішніх справ, 2019. С.44-47 с.
5. Бригадир М., Бамбурак Н. Професійне здоров’я особистості як чинники ефективної праці. *Актуальні проблеми психологічного забезпечення службової діяльності працівників правоохоронних органів*: збірник тез Міжнародної науково-практичної конференції (м. Київ, 30 жовтня 2020 р.). Київ: ДНДІ МВС України, 2020. С. 215-216.
6. Бригадир М., Бамбурак Н. Психологічний комфорт як профілактика психосоматичних захворювань. *Психічне**здоров’я особистості у кризовому суспільстві:* збірник матеріалів IV Всеукраїнської науково-практичної конференції (23 жовтня 2020 року) / уклад. З. Р. Кісіль. Львів: Львівський державний університет внутрішніх справ, 2020. С.15-17.
7. Бригадир М., Коваль О. Ресоціалізація та психосоціальна реабілітація пацієнтів психіатричних лікарень. *Україна в умовах реформування правової системи: реалії та міжнародний досвід:* матеріали IV Міжнародної науково-практичної конференції, м. Тернопіль, ТНЕУ, 5-6 квітня, 2019 р.
8. Бригадир М., Куц Л. Гармонізація життя як поняття у психологічній науці та християнстві: теоретичні аспекти. *Міжрелігійний діалог та його вплив на суспільство, політику, бізнес, культуру:* зб. матеріалів міжнародної наукової конференції (Тернопіль, 13 жовтня 2021 р.). Тернопіль: ФОП Осадца Ю. В., 2021. С. 253-256.
9. Бурлачук Л. Ф., Грабовськая И. А., Кочерян А. С. Основы психотерапии: учеб. пособие. К.: Ника-Центр. 1999. 320 с.
10. Василевська О. І. Психічне здоров’я особистості як соціально-психологічне явище. *Науковий вісник Херсонського державного університету. Психологічні науки.* Херсон, 2013. № 3(2). С. 7-11.
11. Вольнова Л. М. Психосоціальна допомога в роботі з кризовою особистістю: навчальний посібник / Київ, 2012. 275 с.
12. Гaлецька І., Климанська М., Кліманська М. Карантинний квітень в Україні: думки, переживання, поведінка перед загрозою COVID-19. *Psychological journal.*  № 6 (5). С. 18-36.
13. Головаха Е. И., Панина Н. В. Психология человеческого взаимоотношения. К., 1989. 189 с.
14. Демедюк О. І. Вплив психічної травми на розвиток особистості. *Перспективи розвитку сучасної психології: збірник наукових праць.* Переяслав: ПХДПУ, 2021. № 8. С. 23-27.
15. Дмитрієва, К. В., Пріснякова, Л. М. Самооцінка як індікатор психічного здоров'я. *Актуальні проблеми юриспруденції та психології:* матеріали ІІ Всеукр. наук.-практ. конф. (Дніпро, 30 вересня 2021 р.). Дніпро: ВНПЗ «Дніпровський гуманітарний університет». 2021 С. 76-82.
16. Життєві кризи особистості: наук. – методичний посібник: у 2 ч. / ред: В. М. Доній, Г. М. Несен, Л. В. Сохань, І. Г. Єрмаков та ін. Київ: ІЗМН, 1998. 354 с.
17. Заїка В. М. Динамічна модель особистісних трансформацій в умовах подолання кризових станів особистості. *Соціальна психологія*. Київ, 2009. № 1. С. 69-76.
18. Зливков В.Л., Лукомська С.О., Федан О.В. Психодіагностика особистості у кризових життєвих ситуаціях / Київ: Педагогічна думка, 2016. 219 с.
19. Карамушка Л. М. Психічне здоров’я особистості під час війни: як його зберегти та підтримати: метод. рекомендації. Київ: Інститут психології імені Г.С.Костюка НАПН України, 2022. 52 с.
20. Колос, А. О. Психологічні аспекти адаптації студентів-першокурсників до навчання у ВНЗ. Тернопіль. 2017. 37 с.
21. Коробанова О. Соціальна взаємодія та переживання складних соціальних ситуацій в умовах пандемії COVID-19. *Проблеми політичної психології*. 2020. № *23*. С. 72-93.
22. Лісовенко А.Ф., Алещенко О.С. Медикопсихологічні проблеми адаптації населення в умовах пандемії COVID-19. The II International Science Conference on Science and practical Technologies, Luxembourg, January 26–29, 2021. Luxembourg, 2021. P. 475–480.
23. Міжвідомчий постійний комітет. Керівництво МПК з психічного здоров’я та психосоціальної підтримки в умовах надзвичайної ситуації: навч. посіб. / Київ: УВ «ПУЛЬСАРИ», 2017. 216 с.
24. Музика О. Пандемія COVID-19, її психологічне сприймання і реальне психічне здоров’я населення. Інновації в освіті: реалії та перспективи розвитку: матеріали III міжнар. наук.-практ. конф., 20 травня 2022 р. Тернопіль: ЗУНУ, 2022. С. 221-223.
25. Наугольник Л. Б. Психологія стресу: підручник / Львів: Львівський державний університет внутрішніх справ, 2015. 324 с.
26. Нуркова В. В. Автобиографическая память в трудной жизненной ситуации: новые феномен. Вопросы психологии. Москва, 2003. № 5. С. 93-102.
27. Оллпорт Г. В. Личность в психологии. Москва: гуман. изд. ценр ВЛАДОС, 1998. 238 с.
28. Панок В., Титаренко Т., Чепелєва Н. та ін. Основи практичної психології: підручник. Київ: Либідь, 1999. 536 с.
29. Перетятько Л.Г., Тесленко М.М. Психосоматичні розлади: сучасний стан проблеми. *Психологія і особистість*. 2017. № 2. С. 137-147.
30. Портницька, Н. Ф., Савиченко, О. М. Стигматизація проблем психічного здоров'я в українському та польському освітньому просторі. *Українська полоністика*. 2018. № 15. С. 174-184.
31. Потапчук Є. М. Теорія та практика збереження психічного здоров’я військовослужбовців: монографія. Хмельницький, 2004. 322 с.
32. Про затвердження плану заходів на 2021-2023 роки з реалізації Концепції розвитку охорони психічного здоров’я в Україні на період до 2030 року: Закон України від 06 жовтня 2021 р. № 1215-р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1215-2021-%D1%80#Text> (дата звернення: 10.10.2021).
33. [Про психіатричну допомогу](https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1489-14/print): Закон України від 22.02.2000 р. № 1489-ІІІ. *Відомості Верховної Ради України (ВВР).* 2000. № 19, Ст.143.
34. Про схвалення Концепції розвитку охорони психічного здоров'я в Україні на період до 2030 року. Закон України від 27 грудня 2017 р. № 1018-р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1018-2017-%D1%80#Text> (дата звернення: 27.12.2017).
35. Рештакова, Н.O. Психічний стан населення під час пандемії COVID-19. *Медсестринство*. 2020. № 3. С. 19-20.
36. Роджерс К. Консультирование и психотерапия: Новейшие подходы в области практической работы. Москва.: Изд-во ЭКСМО, 2000. 264 с.
37. Сафонова Л. В. Содержание и методика психосоциальной работы : учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений / Москва: Изд. центр «Академия», 2006. 224 с.
38. Синиця М. А. COVID-19 та поведінкова економіка: окремі аспекти причин нераціональної поведінки під час пандемії. *Наукові записки НаУКМА. Економічні науки*. Київ, 2021. Т. 6, Вип. 1. С. 117-121.
39. Сташенко, С. О. Вплив тривожності на осіб юнацького віку, що навчаються в медичному університеті: курс. роб. з заг. псих. / Київ, 2019. 28 с.
40. Стельмащук Х. Р. Психологічні фактори подолання стресу. *Проблеми сучасної психології.* Кам’янець-Подільський: Аксіома, 2015. Вип. 29. С. 671-685.
41. Татенко В. А. Субьект психической активности в онтогенезе: дис… д-ра психол. наук: 19.00.01 / Киевский ун-т им. Тараса Шевченко. Київ, 1997. 373 с.
42. Титаренко Т. М. Жизненный мир личности: структурно-генетический подход: дис… д-ра психол. н.: 19.00.01 / АПН Украины. Институт психологии. КИЇВ, 1994. 305 с.
43. Титаренко, Т.М. Особистісні чинники збереження психологічного благополуччя в умовах пандемії COVID-19. *Scientific Studios on Social and Political Psychology*. 2021. № 47 (50). С. 49-59.
44. Тімченко О. В. Професійний стрес працівників органів Внутрішніх справ України (концептуалізація, прогнозування, діагностика та корекція): автороф. дис. докт. психол. наук: 19.00.06. Національний ун-т внутрішніх справ МВС України. Харків, 2003. 35 с.
45. Тімченко О. В. Синдром посттравматичних стресових порушень: концептуалізація, діагностика, корекція та прогнозування: монографія. Харків: вид-во ун-ту внутр. справ, 2000. 268 с.
46. Ткачишина О. Р. Кризові ситуації: адаптаційні ресурси особистості та соціальні стереотипи. *Теорія і практика сучасної психології*. 2020. № 3(1). С. 116-120.
47. Томчук С.М., Томчук М.І. Психологія тривоги, страху та агресії особистості в освітньому процесі: монографія. Вінниця: КВНЗ «ВАНО», 2018. 200 с.
48. Туриніна О. Л. Психологія травмуючих ситуацій: навч. посіб. для студ. вищ. навч. закл. / Київ: ДП “Вид. дім “Персонал”, 2017. 160 с.
49. Фурман А.В. Психодіагностика особистісної адаптованості: Наук. вид. / Тернопіль: Економічна думка, 2000. 197 с.
50. Харченко О. В. Тривога та тривожність як психологічні детермінанти самореалізації особистості. *Науково-педагогічний вісник*. 2018. № 3(37). С. 64-74.
51. Хьелл Л., Зиглер Д. Теории личности (Основные положения, исследования и применение). СП: Питер Ком, 1999. 608 с.
52. Чабан, О. С., Хаустова О. О. Tривога у пацієнтів із хронічними неінфекційними захворюваннями: субклінічні та психосоматичні ознаки, діагностика, терапія. *Нейроnews. Психоневрологія та нейропсихіатрія.* Київ: Національний медичний університет ім. О. О. Богомольця, 2020. № 3(114). С. 38-44.
53. Чабан, О. С., Хаустова О. О. Психічне здоров’я в період пандемії COVID-19 (особливості психологічної кризи, тривоги, страху та тривожних розладів): реалії та перспективи. *Нейроnews. Психоневрологія та нейропсихіатрія.* Київ: Національний медичний університет ім. О. О. Богомольця, 2020. № 3(114). С. 26-36.
54. Юрьева Л. Н. Кризисные состояния / Днепропетровск: Арт-пресс, 1998. 164 с.
55. Adam Hampshire, William Trender, Samuel Chamberlain, Amy Jolly, Jon E. Grant, Fiona Patrick, Ndaba Mazibuko, Steve Williams, Joseph M Barnby, Peter Hellyer, Mitul A Mehta. Cognitive deficits in people who have recovered from COVID-19 relative to controls. *EClinicalMedicine*. 2020. № 10. P. 16-44.
56. Choudhry, Fahad Riaz et al. Beliefs and perception about mental health issues: a meta-synthesis. *Neuropsychiatric disease and treatment*. 2016. Oct. 31. № 12 P. 807-818.
57. Ciotti, M., Ciccozzi, M., Terrinoni, A., Jiang, W. C., Wang, C. B., Bernardini, S. The COVID-19 pandemic. *Critical reviews in clinical laboratory sciences*. 2020. № *57*(6). Р. 365-388.
58. Engel GL. The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *National Library of Medicine*. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/847460/>.
59. Gruebner, Oliver, et al. Cities and mental health. *Deutsches Ärzteblatt International.* 2017. № 114 (8). Р. 121-127.
60. Khanna, R. C., Cicinelli, M. V., Gilbert, S. S., Honavar, S. G., Murthy, G. V. COVID-19 pandemic: Lessons learned and future directions. *Indian journal of ophthalmology*. 2020. № *68*(5). Р. 703-710.
61. Kumar A., & Nayar K. R. COVID 19 and its mental health consequences. *Journal of Mental Health*. 2021. № *30* (1). Р. 1-2.
62. Pfefferbaum B., North C.S. Mental health and the Covid-19 pandemic. *New England Journal of Medicine.* 2020. P. 510-512.
63. Rita Baltus. Personal Psychology for Life and Work. *New York: McGraw-Hill*. 2000. Р. 27–29.
64. Ritchie H. Mathieu E. Rodés-Guirao, L. Appel, C. Giattino, C. Ortiz-Ospina, E. Roser, M. Coronavirus pandemic (COVID-19). *Our world in data*. 2020. P. 1-9.
65. Scheid, Teresa L., Eric R. Wright, eds. A handbook for the study of mental health. *Cambridge University Press*. 2017. June.
66. The Biopsychosocial Model Approach. *Rochester University*. URL: <https://www.urmc.rochester.edu/medialibraries/urmcmedia/education/md/documents/biopsychosocial-model-approach.pdf> (Last accessed: 18.05.2019).

# ДОДАТКИ

**ДОДАТОК А**

**Анкета для анонімного опитування з метою дослідження впливу пандемії COVID-19 на психічне здоров’я населення**

Просимо вас взяти участь в опитуванні та тестуванні та відповісти на декілька запитань. Результати будуть використані у магістерському дослідженні на тему: “Пандемія COVID-19, її психологічне сприймання і реальне психічне здоров’я населення”.

1. Скільки вам років?

* від 18 до 40
* від 40 до 65
* від 65 і більше

2. Яка ваша стать?

* чоловіча
* жіноча

3. Ви живете у сільській місцевості чи міській?

* у сільській
* у міській

4. Чи хворіли ви на коронавірус або члени вашої сім’ї, родини на коронавірус?

* так
* ні

5. Чи були ви свідками тяжкого перебігу хвороби або смерті когось із оточення від коронавірусу?

* так
* ні

6. Чи було вам достатньо інформації на рахунок профілактики, заходів протидії, під час пандемії?

* так
* ні

7. Чи було вам дискомфортно під час карантинної ізоляції (нудьга, неможливість здійснення буденної діяльності, депресія тощо)?

* так
* ні

8. Чи змінилися ваші відносини з оточуючими під час пандемії?

* так
* ні

9. Чи турбує вас повернення локдауну та інших жорстких карантинних норм?

* так
* ні

10. Чи швидко ви звикаєте до змін у житті?

* так
* ні

Дякую! Прошу перейти до тестування