

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
УКРАЇНСЬКИЙ КАТОЛИЦЬКИЙ УНІВЕРСИТЕТ

На правах рукопису, остаточна версія

_____ /Підпис студента/

ЦІРУК Катерина Вікторівна

**Результативність протоколу «Empower» у роботі з тривожно-
депресивною симптоматикою серед волонтерів, які надають
психосоціальну допомогу**

Спеціальність 053 - Психологія

Магістерська робота на здобуття кваліфікації магістра

Кафедра клінічної психології

Науковий керівник

Аврамчук Олександр Сергійович,

доцент кафедри клінічної психології УКУ,

кандидат психологічних наук

/Підпис наукового керівника/

Львів – 2023

Заклад вищої освіти «Український католицький університет»

Факультет наук про здоров'я

Кафедра клінічної психології

Пояснювальна записка

до магістерської роботи

магістр

(освітній ступінь)

на тему:

«Результативність протоколу «Empower» у роботі з тривожно-депресивною симптоматикою серед волонтерів, які надають психосоціальну допомогу»

Виконала:

студентка 6 курсу групи ЗПК 21/М

спеціальності 053 «Психологія»

Цірук К.В.

Керівник: доцент кафедри клінічної

психології УКУ, кандидат психологічних наук

Аврамчук О. С.

Рецензент:

Львів – 2023

Цірук К.В. Назва магістерського проєкту: «Результативність протоколу «Empower» у роботі з тривожно-депресивною симптоматикою серед волонтерів, які надають психосоціальну допомогу». Магістерська робота за спеціальністю 053 «Психологія» /

К.В. Цірук/ Український католицький університет. Кафедра клінічної психології; Наук. керівник: канд. психол. наук Аврамчук О.С. – Львів: УКУ, 2023. – 55 с.

Анотація:

Тема дипломної роботи: "Результативність протоколу «Empower» у роботі з тривожно-депресивною симптоматикою серед волонтерів, які надають психосоціальну допомогу". Робота складається з трьох розділів, кожен з яких містить від двох до сімох підрозділів. Список літератури містить 34 джерела. Робота містить 55 сторінок.

Робота присвячена вивченню впливу результативності протоколу «Empower» на тривожно-депресивну симптоматику волонтерів в умовах воєнного стану в Україні.

Повномасштабна війна в Україні призвела до значного зростання числа внутрішньо переміщених осіб та біженців, які потребують психосоціальної допомоги. Волонтери, які надають таку допомогу, самі часто стикаються з проявом тривожних або депресивних симптомів. Протокол «Empower» був обраний, бо містить в собі техніки, спрямовані на зниження вираженості таких симптомів, є короткотривалим за часом впровадження та не потребує додаткової психологічної освіти у волонтерів.

Метою дипломної роботи є оцінка результативності протоколу «Empower» для подолання тривожно-депресивної симптоматики волонтерів, що надають психосоціальну допомогу в умовах воєнного стану.

Об'єктом дослідження є волонтери, які надають психосоціальну допомогу внутрішньо переміщеним особам в Україні.

Предмет дослідження – вплив протоколу «Empower» на тривожно-депресивну симптоматику волонтерів.

Методи дослідження: теоретичний аналіз наукової літератури, емпіричне дослідження за допомогою анкетування та тестування психологічними опитувальниками.

Висновок: Вплив протоколу обумовлює зниження вираженості тривожної та депресивної симптоматики у волонтерів, які надають психосоціальну допомогу. Сформовані рекомендації для імплементації протоколу.

Ключові слова: *протокол Empower, тривожна симптоматика, депресивна симптоматика, протокол допомоги волонтерам, психосоціальна допомога, КПТ низької інтенсивності, воєнний стан*

Abstract

The work is dedicated to studying the impact of the «Empower» protocol on the psychological state of volunteers in the context of the war in Ukraine. The war in Ukraine has led to a significant increase in the number of internally displaced persons who require psychosocial assistance. Such volunteers often facing anxiety or depression symptoms themselves. The «Empower» protocol has been chosen because it is containing interventions that should decrease severity of those symptoms, short in time and doesn't require additional psychological education at volunteers.

The aim of the diploma work is to evaluate the effectiveness of the «Empower» protocol in overcoming anxiety-depression symptoms among volunteers providing psychosocial assistance in a state of war.

The object of the research is volunteers providing psychosocial assistance to internally displaced persons and refugees in Ukraine.

The subject of the study is the impact of the «Empower» protocol on the anxiety-depression symptoms of volunteers.

Research methods: theoretical analysis of scientific literature, empirical research using surveys and psychological questionnaires.

Conclusion: The influence of the protocol leads to a reduction in the severity of anxiety and depressive symptoms in volunteers providing psychosocial support. Recommendations have been formed for the implementation of the protocol.

The work has significant potential for improving psychological services for volunteers working in the conditions of a war and can serve as a basis for further research in this field.

Keywords: *Empower protocol, anxiety symptoms, depression symptoms, volunteer assistance protocol, psychosocial assistance, low intensity CBT, martial law.*

Зміст

ВСТУП	9
РОЗДІЛ I. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ РЕЗУЛЬТАТИВНОСТІ ВИКОРИСТАННЯ ПРОТОКОЛУ EMPOWER ПРИ ТРИВОЖНО- ДЕПРЕСИВНИХ СИМПТОМАХ У ВОЛОНТЕРІВ, ЯКІ НАДАЮТЬ ПСИХОСОЦІАЛЬНУ ДОПОМОГУ	13
1.1 Актуальні проблеми психічного здоров'я волонтерів	13
1.2 Надання психосоціальної підтримки волонтерам	15
1.3 Теоретичні засади програми EMPOWER.....	17
1.4. Теоретична модель дослідження.....	21
1.5. Висновки до розділу 1	22
РОЗДІЛ II. МЕТОДИ ТА ПРОЦЕДУРА ДОСЛІДЖЕННЯ РЕЗУЛЬТАТИВНОСТІ ПРОТОКОЛУ EMPOWER У РОБОТІ З ТРИВОЖНО-ДЕПРЕСИВНОЮ СИМПТОМАТИКОЮ СЕРЕД ВОЛОНТЕРІВ, ЯКІ НАДАЮТЬ ПСИХОСОЦІАЛЬНУ ДОПОМОГУ	24
2.1. Опис групи досліджуваних та методик опитування.	24
2.2 Організація та етапи проведення дослідження.....	25
РОЗДІЛ III. ОПИС РЕЗУЛЬТАТІВ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ	27
3.1. Аналіз даних.....	27
3.2. Результати дослідження впливу протоколу «Empower» на рівні тривожних симптомів у волонтерів	27
3.3. Результати дослідження впливу протоколу «Empower» на рівні депресивних симптомів у волонтерів	28

3.4. Результати дослідження впливу зниження рівня експеріментального уникнення в результаті проходження програми на рівні дистресу, що асоціюється з тривожно-депресивною симптоматикою.....	29
3.5. Обговорення результатів.....	33
3.6. Обмеження та перспектива дослідження	39
3.7. Висновки до 3 розділу	40
ВИСНОВКИ.....	44
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	48
ДОДАТОК А.....	53
ДОДАТОК Б	54
ДОДАТОК В.....	55

ВСТУП

Через повномасштабну війну в Україні близько 7 млн громадян вимушені були переселитися, тікаючи з зони воєнних дій. Суспільство згуртувалось навколо допомоги біженцям, багато хто долучився до волонтерства, яке часто є ненормованим за графіком, непередбаченим за наповненістю щоденними завданнями. Волонтерська діяльність пов'язана з переживанням перитравматичного стресу, який в подальшому сприяє розвитку у волонтерів тривожних та депресивних розладів [1; 2].

Через доведену ефективність короткотривалих інтервенцій низької інтенсивності для запобігання розвитку розладів, що розвиваються через стресові чинники, для дослідження була обрана програма EMPOWER [3; 4].

Це набір втручань низької інтенсивності, які допомагають знизити когнітивне і емоційне уникнення, навчають стійкості до стресу [5], що в перспективі допомагає уникнути негативні наслідки переживання перитравматичного стресу та швидко відновити свій психоемоційний стан, якщо з'являються тривожні та депресивні симптоми. Втручання засновані на комбінації технік з методів когнітивно-поведінкової терапії (КПТ) та терапії прийняття та відповідальності (АСТ).

Програма адаптована до умов воєнного стану, втручання короткотермінові та набір технік є гнучким. Для участі в програмі можуть приєднатись в тому числі волонтери без базової психологічної освіти, що надає доступ до програми широкій аудиторії волонтерів.

Об'єкт дослідження

Психічний стан волонтерів, які залучені до надання психосоціальної допомоги.

Предмет дослідження

Вплив застосування протоколу EMPOWER на тривожно-депресивну симптоматику волонтерів, які надають психосоціальну допомогу в умовах воєнного стану.

Мета

Оцінити результативність протоколу EMPOWER для подолання тривожно-депресивної симптоматики волонтерів, що надають психосоціальну допомогу в умовах воєнного стану.

Основні завдання:

1. Проаналізувати наукові джерела щодо психічного здоров'я волонтерів, які залучені до надання психосоціальної допомоги.
2. Виокремити особливості тривожної та депресивної симптоматики волонтерів, що залучені до надання психосоціальної допомоги в умовах воєнного стану.
3. Розробити теоретичну модель дослідження.
4. Розробити інструментарій для оцінки ефективності протоколу EMPOWER.
5. Організувати та провести емпіричне дослідження застосування програми протоколу EMPOWER в умовах воєнного часу.
6. Проаналізувати та обробити отримані дані.
7. Оцінити результативність протоколу EMPOWER в умовах воєнного часу для подолання тривожно-депресивної симптоматики волонтерів, що надають психосоціальну допомогу внутрішньо переміщеним особам.
8. Запропонувати рекомендації щодо імплементації протоколу EMPOWER та подальшого дослідження.

Гіпотези

1. Використання протоколу EMPOWER впливає на рівні симптомів тривожних порушень (надмірна тривога, очікування на катастрофу), які наявні у волонтерів, що надають психосоціальну підтримку.

2. Використання протоколу EMPOWER впливає на рівні симптомів депресивних станів (поганий настрій, апатія) у волонтерів, що надають психосоціальну підтримку.
3. Зниження рівня уникнення досвіду в результаті проходження програми впливає на рівні дистресу, що асоціюється з тривожно-депресивною симптоматикою.

Методи дослідження:

Задля досягнення поставленої мети, в роботі було використано:

Загальнонаукові методи: аналіз, синтез, індукція, дедукція, порівняння, узагальнення;

Емпіричні методи: авторська анкета (з метою збору основних даних, поділу досліджуваних на групи, визначення додаткових потенційних факторів впливу на показник резильєнтності), психодіагностичні шкали.

З метою аналізу тривожності було використано методики: Опитувальник генералізованої тривоги - GAD-7 (Spitzer, Kroenke, Williams, et al., 2006), Шкала впливу подій для вимірювання ризику ПТСР - IES-R scale (Weiss, 2007), Шкала скринінгу депресії - PHQ-9 (Kroenke, Spitzer, Williams, 2001), Шкала прийняття та відповідальності - AAQ-II (Bondetal, 2011).

Математико-статистичні методи: описова статистика, дисперсійний аналіз, регресійний аналіз, кореляційний аналіз, виконується через модуль для статистичної обробки даних IBM SPSS Statistics 29.0.

Практична новизна отриманих результатів

Наразі в Україні ніхто не використовує цю програму, наша робота надає дані щодо результативності програми та сприятиме покращенню надання психологічних послуг для здоров'я волонтерів.

Наукова новизна отриманих результатів

Наразі немає жодного опублікованого дослідження результативності протоколу EMPOWER, ні в Україні, ні у світі. При пошуку схожих протоколів,

заснованих на КПТ низької інтенсивності, нами не було знайдено жодного дослідження результативності цих протоколів.

Особистий внесок магістранта

Емпіричне дослідження було розпочато в межах наукової теми кафедри клінічної психології факультету наук про здоров'я Українського католицького університету «Психологічні виміри громадського психічного здоров'я» та реалізовано у науковому проєкті: «Застосування програм психологічної підтримки онлайн, базованих на КПТ низької інтенсивності, у періоди надзвичайних ситуацій». В межах проєкту працювала під керівництвом О. Аврамчука разом з Т. Горчаковою, тема якої звучить так: «Результативність протоколу «Empower» у роботі з емоційним уникненням серед волонтерів, які надають психосоціальну допомогу». Мій внесок полягає в розробці та опрацюванні даних результативності програми EMPOWER щодо тривожно-депресивної симптоматики волонтерів.

Наведені дані про апробацію матеріалів дослідження

Науково-практична конференція «Медична психологія 16.0: аспекти практичної діяльності», 23 квітня 2022 року, медико-психологічний факультет НМУ ім. О.О. Богомольця. Доповідь: О. Аврамчук. Адаптація протоколу психологічної допомоги «EMPOWER» до застосування в умовах воєнного стану

Міжнародна науково-практична конференція «Психосоціальні ресурси особистісного та соціального розвитку в епоху глобалізації», м. Тернопіль, 4-5 листопада 2022 р. Тези: К. Цірук. Адаптація протоколу психологічного супроводу волонтерів EMPOWER в умовах воєнного стану.

Визначена структура та обсяг роботи

Магістерська робота представлена вступом, трьома розділами (кожен з яких містить кілька підрозділів), висновками, списком літератури, який складається з 34 джерел (з них 31 - іноземною мовою) та додатками. Кількість сторінок - 55.

РОЗДІЛ I. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ РЕЗУЛЬТАТИВНОСТІ ВИКОРИСТАННЯ ПРОТОКОЛУ EMPOWER ПРИ ТРИВОЖНО- ДЕПРЕСИВНИХ СИМПТОМАХ У ВОЛОНТЕРІВ, ЯКІ НАДАЮТЬ ПСИХОСОЦІАЛЬНУ ДОПОМОГУ

1.1 Актуальні проблеми психічного здоров'я волонтерів

З початком повномасштабної війни через військове вторгнення Російської Федерації в Україні зросла кількість внутрішніх переселенців. Станом на 23 серпня 2022 року за даними Міжнародної Організації з Міграції кількість внутрішньо переміщених осіб складала 6,97 млн [6]. За даними ООН від 23 квітня 2023 року у різні країни світу виїхало більше 8,17 млн українців [1]. Такий потік біженців спричинив кризу, яка поставила нові виклики перед всією світовою спільнотою.

Один із головних викликів - супроводження переселенців на шляху та у місцях призначення, тому разом з переселенцями зросла і кількість волонтерів, які надають різну допомогу, зокрема, психосоціальну. Емоційний стан внутрішньо переміщених осіб, які пережили травматичні події, може бути представлений різними проявами: відчуття розгубленості, незахищеності, почуття провини, сорому, побоювання, що їх будуть асоціювати з ворогом; присутні різні прояви копінг-стратегій, спрямованих на боротьбу зі стресом (вживання психоактивних речовин, психосоматичні розлади), симптоми депресії, тривоги [7,8]. Ці стани вимагають від волонтерів навичок реагування на різну поведінку, вміння регуляції власних емоцій, чутливості до часу, протягом якого відбувається залучення у внутрішню реальність інших людей, готовність витримувати інтенсивне тривале спілкування, гуманістичності та емпатійності.

Умови роботи волонтерів не завжди є сприятливими для їх психологічного благополуччя. Кількість людей, яким потрібно надати допомогу, не нормовано. Волонтери повідомляють про труднощі з тривалістю графіку допомоги, організаційним хаосом, кількістю обов'язків та недосипанням [9]. Ці

фактори теж можуть сприяти емоційному вигоранню та погіршенню здоров'я допомагаючої особи. Тому важливою якістю для волонтера є чутливість до себе, власної втоми, вміння нормувати графік своєї діяльності. Важливими також є навички адаптації до стресу, бо завчасно ніколи не відомо, яка саме особа потребує допомоги, регулювання емоційного виснаження та менеджмент конфліктів. Тому волонтери, які надають допомогу біженцям під час дороги та перебування у тимчасових місцях проживання, залучають у свою діяльність внутрішні ресурси, при цьому не завжди можуть мати достатній для них позитивний зворотній зв'язок з приводу виконаної роботи, що сприяє їх емоційному вигоранню [10].

Волонтерство - це про виділення часу, а не просто грошові пожертви, тож волонтери стикаються з проблемами балансування між допомогою особам та сімейним життям, а також зароблянням грошей, бо часом волонтерська діяльність займає багато часу, який людина могла б витратити на забезпечення родини необхідним [11]. Це може спричинити суперечки в родинях, що робить волонтерів більш вразливими до впливу стресу [12].

Волонтери, які допомагають біженцям, відчують співчуття до постраждалих, мають готовність допомогти та водночас відчують сум, злість, невпевненість, безпорадність, гнів, нерозуміння, а також страх за своїх близьких. Окреме дослідження показує страх волонтерів, що їх зусилля не принесуть суттєвих результатів [9]. Іноколи волонтери чуються настільки переповненими чужим досвідом, якому вони співчують, що намагались «відключитись» від своїх емоцій. При згадці про подібні історії осіб, волонтери повідомляють про прискорене серцебиття, фізичне виснаження та емоційні реакції, які були схожі на ті, що вони відчували безпосередньо при підтримці особи. Це говорить про гостру стресову реакцію. Іноколи внаслідок співпереживання іншим особам, волонтери міняли щось у своєму житті: переосмислювали своє життя в контексті надзвичайних ситуацій, оформлювали більш довгострокове страхування [13].

Зазвичай волонтери не стикаються з ситуаціями, які можуть загрожувати життю, однак, вони вислуховують багато досвіду інших людей, які могли стикатись з подібними критичними подіями. Це теж є достатнім для сприяння розвитку ПТСР. Подібні бесіди з особами, яким волонтер надає психосоціальну допомогу, може спричинити фізичний і психологічний дискомфорт у самого волонтера, це може його емоційно переповнити та зробити неспроможним справлятися зі своїми звичними проблемами [14]. Це може спричинити у волонтерів вторинний травматичний стрес - травматизацію внаслідок емпатійного приєднання до особи, яка пережила травматичний досвід. Проявляється це у перейнятті деяких когнітивних схем від особи, яка пережила травматичну подію, появи інтрузій, соматизації, появи гніву, відрази, суму, горя та безпорадності. Може виникнути уникнення почуттів та думок, які пов'язані з травмою, зниження концентрації уваги, розлади сну. Найбільш вразливими є чутливі та емпатійні волонтери [15].

1.2 Надання психосоціальної підтримки волонтерам

Існують різні способи підтримки волонтерів, що запобігають їх травмуванню, виснаженню та розвитку тривожних та депресивних розладів, які можуть виникати внаслідок волонтерської діяльності.

Одна з найрозповсюдженіших рис у волонтерів - просоціальна поведінка, складовими якої є емпатія, спрямована на інших та бажання бути корисним [11]. Тож багато волонтерів є чутливими до вторинного травматичного стресу. Щоб запобігти його виникненню при наданні психосоціальної допомоги, необхідно регулярно отримувати консультації супервізора, на яких буде перепрацьовано всі думки та емоції, які вразили волонтера з історії особи, так само, ніби це власні думки і емоції волонтера. Також волонтеру варто прагнути збалансувати своє життя, всі його сфери. Важливою є робота, спрямована на самостабілізацію: релаксація, опрацювання думок, в тому числі інтрузій. Важливим моментом

надання підтримки є соціальне середовище. Бажано, щоб у волонтерів була можливість в будь-який момент звернутись на консультацію задля надання першої психологічної допомоги, проведення кризового втручання [15].

Важливим є визначення цінностей волонтерів та прийняття рішень, дій згідно цих цінностей. Цінність бути корисним, допомагати людям додає волонтерству осмисленість та дозволяють чути волонтеру на своєму місці в житті, що покращує його стресостійкість. За рахунок цього відчуття внутрішньої когерентності волонтер відчувається здатним подолати виклики, які виникають внаслідок його роботи. Центровими в стресостійкості завдяки когерентності є поняття зрозумілості викликів, значущості ролі волонтера та керованості своїх дій, спрямованих на вирішення проблем [16].

Гарну адаптацію до стресу обумовлює розвиток певних захисних механізмів, набуття звичок та поглиблення чутливості та уважності до себе. Важливими навичками є вміння керувати фокусом уваги (майндфулнес), самоконтроль, залученість, самоефективність. Намагання дистанціюватись від переживань осіб, яким волонтер надає допомогу, можна розглядати як варіант майндфулнес практики (при цьому дистанціювання не пов'язано з дереалізацією, цинізмом, низькою самооцінкою і іншими проявами, пов'язаними з емоційним вигоранням). Якщо тренувати ці навички, то можна досягти більшої стійкості до стресових факторів у волонтерів. Також важливо проводити відбір волонтерів перед початком їх діяльності, проведення тренінгів по менеджменту стресу [13].

Деякі волонтери повідомляють, що для них було важливо писати звіти про опрацювання надзвичайного випадку, який спонукав їх на рефлексію з приводу закритого кейсу. Вони намагались проводити більше часу на самоті, щоб опрацювати інформацію, яка не підлягає звітності, тож автоматично використовували це, бо подібна рефлексія і формування власного бачення ситуації допомогло їм в опрацюванні емоційно складного досвіду [13].

Поширення інформації серед волонтерів про основні симптоми, які можуть свідчити про вторинну травматизацію, розвиток депресивних та інших

тривожних розладів, проведення психоедукаційних консультацій та сеансів, спрямованих на подолання симптомів, які вже виникли, є гарним фактором попередження розвитку розладів [15].

Схожі дослідження, які б впливали на тривожні, депресивні симптоми та рівень стресу, показують негайне зниження цих показників після проведення втручання. Подібні результати мало дослідження, що стосується родичів, залучених до неоплачуваної підтримки своїх рідних, які мають онкопатологію [17].

Також завдяки втручанням на основі КПТ низької інтенсивності можна досягти зниження інтенсивності депресивних та тривожних симптомів, запобігти розвитку розладів, які виникають у відповідь на стрес; їх перевагою є невелика кількість та відносно коротка тривалість сеансів, необхідних для покращення емоційного благополуччя [18]. Ці слова підтверджує дослідження на основі методів КПТ низької інтенсивності та майндфулнес, в якому дослідникам вдалось добитись значної редукції тривожної та депресивної симптоматики у порівнянні з контрольною групою [20].

1.3 Теоретичні засади програми EMPOWER

Не всі волонтери мають психологічну освіту та досвід власної психотерапії, завдяки якому б вони надбали базові навички стабілізації власного стану. Тому для покращення психологічного благополуччя та підтримки здоров'я волонтерів нами була обрана програма «Enhancing and Mobilizing the POtential for Wellness and Emotional Resilience» («Підвищення та мобілізація потенціалу для благополуччя та емоційного резилієнсу», або EMPOWER). Програма включає комплекс втручань низької інтенсивності, розроблених на основі методик когнітивно-поведінкової терапії (далі КПТ) та терапії прийняття, які сприяють адаптації до дистресу, зменшуючи когнітивне і емоційне уникнення [3]. Важливою перевагою програми є можливість її імплементації у роботу

соціальних працівників, волонтерів, які надають психосоціальну допомогу, але не мають при цьому медичну, психологічну освіту.

Експеріментальне уникнення пов'язано з розвитком ПТСР, тривалим збереженням симптомів і було більш значущим фактором у формуванні більш тяжкого ступеню розладу відносно тяжкості самої травми та рівень дистресу у людини до травматичної події [21]. Подібне уникнення досвіду (експеріментальне) уникнення містить в собі і когнітивне, і емоційне уникнення та означає набір поведінки, спрямованої на відсторонення від певних елементів особистого досвіду людини (відповідно, думок, спогадів, емоцій, тілесних відчуттів, певної поведінки). Розпізнання та подолання уникнення досвіду є однією з цілей терапії прийняття та відповідальності (АСТ) [4].

Уникнення досвіду є неадаптивною стратегією поведінки, яку можуть вибрати люди у відповідь на певний подразник, який буде різнитись у кожній людини. Уникнення досвіду прямопропорційно пов'язано з ригідністю реакцій на стресові чинники, тобто чим менші в людини стратегій, які включають уникнення досвіду, тим вища гнучкість реакцій людини та її поведінки. Дослідження говорить, що існує регресійний зв'язок між уникненням досвіду та самокритикою, самозвинуваченням. Також існує зв'язок між роллю експеріментального уникнення в розвитку тривожних та депресивних розладів [22]. Жінки є більш чутливими до тривоги, ніж чоловіки та частіше обирають уникнення, як стратегію поведінки [23; 24].

Враховуючи воєнний стан в країні, ми обрали саме адаптацію програми EMPOWER, бо вона є відносно короткотривалою, містить втручання, розподілені на 6 модулів по 15 хвилин. Кожен модуль складається з певних завдань і технік, які має виконати волонтер. Завдання не зосереджені на одній травматичній події, містять експозиції до стресу, техніки стабілізації, заземлення, навчання самоспівчуттю, майндфулнес медитації, зменшення емоційного уникнення, сприяння емоційній саморегуляції [25]. Ці навички дозволять волонтерам

підвищити залученість до самоспівчуття та піклування про себе, покращити вміння витримувати свої почуття під час стресових подій.

Первинно EMPOWER була розроблена для підтримки та допомоги опікунам та сурогатним особам, які приймають рішення за пацієнтів реанімаційного відділення. Враховуючи, що опікуни можуть відчувати страх за смерть особи, якою опікуються, тривогу через розлуку, заперечувати критичний стан особи, відчувати дистрес, гнів, роздратування через обставини, в яких вони опинились, вірогідно, також опікуни можуть стати свідками смерті. Тож вони теж переживають перитравматичний стрес - це емоційний та фізіологічний дистрес, який проживається під час або відразу після травматичної події і пов'язаний з розвитком та вираженістю ПТСР в подальшому, а також можливою появою інших тривожних та депресивних симптомів [2, 26]. Опікуни можуть тривало доглядати за пацієнтом та стикатися з різноманітними викликами. Ціллю програми було навчання опікунів технікам додання стресу, які б зменшили уникнення досвіду і тим самим покращили перенесення стресу, який спричинювали нові обставини життя опікунів.

Протягом своєї діяльності волонтери можуть стати свідками травматичних подій, переживати втрати і піддаватись перитравматичному стресу. Цей досвід може проявлятися такими симптомами: пригніченість настрою, сум, зневіра, надмірна тривога, внутрішнє напруження і неможливість розслаблення одночасно, апатія, розлади сну [27]. Ці прояви впливають на можливість волонтера продовжувати надавати психосоціальну допомогу. Якість цієї допомоги буде нижче за рахунок зниження можливості волонтера витримувати стрес.

При переживанні травмуючої події може виникати перитравматична дисоціація - небажання бути в контактi з власним тілесним, емоційним досвідом, думками, яка пов'язана з уникненням набуття корегуючого досвіду в контексті травматичних переживань. Це уникнення збільшує кількість симптомів в подальшому [28]. Втручання комплексу EMPOWER включають навчання

технікам титрування дистресу та його витримування, знаходження в моменті «тут і тепер». В подальшому це сприяє зниженню уникнення досвіду і, відповідно, зменшенню переживання симптомів, які можуть супроводжувати перитравматичний стрес.

Під час участі в 1 модулі програми волонтеру пояснюється тривалість, зміст модулів, відбувається уточнення симптоматики конкретного учасника та визначення його цінностей. Враховуючи, що емоційна залученість волонтера у особу, якому він чи вона надає допомогу, досить висока, особлива увага в програмі приділяється стосунку волонтера та особи.

Другий модуль складається з навчання фокусуванню уваги на теперішньому моменті часу, для цього використовуються техніки усвідомлених медитацій (керування диханням, медитація усвідомленості під теплим світлом). В цьому модулі надається доступ до роздаткових матеріалів програми.

В третьому модулі приділяється увага психоедукації про переживання травми, втрати, основних КПТ-технік, які можна при цих станах використовувати. Приділяється увага перитравматичному стресу (дисоціації, гіперзбудженню, заціпенінню) та способам впоратись з ним, використовуючи техніки розгляду альтернативних сценаріїв, пошуків за/проти і т.п..

Четвертий модуль присвячений титруванню афекта волонтера в межах вікна толерантності та одночасне заохочення висловлення своїх почуттів. Використовується техніка «екран». В модулі приділяється увага самоспівчуттю.

П'ятий модуль присвячено допомозі впоратись з нинішніми або очікуваними труднощами в роботі волонтера. Пильна увага приділяється стосунку волонтера з особою, якою він опікується, якщо є конфліктні ситуації - вони розглядаються. Використовуються імагінативні техніки, техніка крісел.

Шостий модуль присвячено майбутнім проблемам, які можуть виникнути у клієнта під час волонтерської діяльності та розгляданню способів дати собі раду з ними, складанню цілей на наступні тижні. Використовуються техніки

написання найгіршого сценарію та способу впоратись з його викликами, техніка «екран», керування диханням, техніки заземлення.

Наступні сесії є бустерними та складаються з короткотермінових підтримуючих волонтера розмов. Волонтер завчасно сповіщає про свій стан, чи наявні якісь актуальні гострі стресові реакції. В цих сесіях нагадуються техніки, які вже допомогли волонтеру та відбувається повторення пройдених напрацювань відповідно до симптомів та актуальної ситуації волонтера.

Протокол EMPOWER в своїх модулях має вплив на такі стани волонтерів, як:

1. висока інтенсивність стресу;
2. емоційні переживання, пов'язані з прийняттям рішення за іншу особу;
3. емоційне вигорання;
4. контакт з внутрішнім ресурсним станом;
5. тривожні стани;
6. депресивні стани;
7. перитравматичний стрес та різні його прояви.

Програма EMPOWER розроблена з урахуванням різноманітних викликів та змін, з якими стикаються волонтери під час воєнного стану. Вона надає навички опрацювання перитравматичного стресу, який може проявлятися у вигляді дисоціації та надмірного збудження. Дана програма допомагає у запобіганні розвитку посттравматичного стресового розладу та тривалого розладу горя, що є особливо актуальним в умовах війни.

1.4. Теоретична модель дослідження

Патогенез тривожної симптоматики частково зумовлений симптомами уникнення досвіду [29]. Так само патогенез депресивної симптоматики частково зумовлений симптомами уникнення досвіду [15]. І патогенетичною ланкою розвитку посттравматичного стресового розладу є також уникнення досвіду [21].

Це можна пояснити особливістю того, що уникнення досвіду обумовлює ригідні погляди на світ та стратегії подолання стресу, які не завжди є адаптивними.

Базуючись на гіпотезі та розробленому протоколі EMPOWER, вплив КПТ і терапії прийняття та відповідальності на уникнення досвіду в контексті перитравматичного стресу і вторинної травматизації є патогенетично зумовленим впливом на тривожну та депресивну симптоматику. Крім того, втручання протоколу впливають в тому числі і напряду на тривожну та депресивну симптоматику [3].

1.5. Висновки до розділу 1

Враховуючи кількість людей, які були вимушені переселитись з території України, яка уражена бойовими діями, кількість допомагаючих їм осіб збільшилась теж. Визначені симптоми та стани, які переживають волонтери, що надають психосоціальну допомогу: недосипання, перевантаженість обов'язками, емоційне вигорання та інші типи вторинного травматичного стресу, вразливість до стресу, мають страх, що їх зусилля не принесуть суттєвих результатів, переповненість досвідом та намагання «відключитись» від власних переживань [9; 10; 12; 13; 15]. Ці стани і симптоми є в складі симптомів тривожних та депресивних розладів.

Нам відомо про різні способи підтримки волонтерів, які б запобігали їх травмуванню: просоціальна поведінка самих волонтерів, доступність консультацій спеціаліста з психічного здоров'я, коли будь-які дії волонтерів впроваджуються згідно їх власних цінностей, медитації уважності та спрямування фокусу уваги майндфулнес, саморефлексія після дня волонтерства і написання звітів, психоедукація серед волонтерів про симптоми можливих психічних розладів, що можуть виникнути внаслідок їх діяльності, музикотерапія, втручання на основі КПТ [11; 13; 15; 16; 17; 18].

Враховуючи, що програма EMPOWER базована на втручаннях, які засновані на техніках КПТ та терапії прийняття та відповідальності (яка якраз

базується на підпорядкуванні своєї діяльності відносно своїх цінностей), ми можемо сподіватись на підтвердження гіпотез по впливу програми на рівні тривожної та депресивної симптоматики волонтерів, а також очікувати зв'язок зниження рівня уникнення досвіду на депресивні та тривожні симптоми [28; 30].

РОЗДІЛ II. МЕТОДИ ТА ПРОЦЕДУРА ДОСЛІДЖЕННЯ РЕЗУЛЬТАТИВНОСТІ ПРОТОКОЛУ EMPOWER У РОБОТІ З ТРИВОЖНО-ДЕПРЕСИВНОЮ СИМПТОМАТИКОЮ СЕРЕД ВОЛОНТЕРІВ, ЯКІ НАДАЮТЬ ПСИХОСОЦІАЛЬНУ ДОПОМОГУ

2.1. Опис групи досліджуваних та методик опитування.

Наше дослідження пілотне експериментальне, тому рандомізації не передбачено. У дослідженні прийняли участь 43 учасника, з них 7 чоловіків та 37 жінок. Середній вік досліджуваних: 30 років. Всі учасники не мають базової психологічної освіти. Частина учасників є внутрішньо переміщеними особами, але їх кількість не є статистично значущою.

Критерії включення учасників:

- добровільна згода на участь у дослідженні;
- залученість у волонтерство від 6 місяців;
- наявність тривожно-депресивних симптомів.

Критерії виключення:

- прийом медикаментів;
- вживання психоактивних речовин;
- переживання втрати близької особи від початку повномасштабного вторгнення 24.02.2022р.;
- якщо тривожна чи депресивна симптоматика спричинена супутньою соматичною патологією;
- наявність інших психічних порушень (шизофренія, біполярний афективний розлад, психоорганічні порушення, інтелектуальна неповносправність).

Для опитування була використана авторська анкета, завдяки якій відбувався збір основних даних та психодіагностичні шкали, представлені нижче. Для вимірювання симптомів тривоги були використані шкали «General Anxiety Disorder-7 (GAD-7; Spitzer, Kroenke, Williams, et al., 2006)», для

вимірювання депресивних симптомів була використана скринінгова шкала «Patient Health Questionnaire (PHQ-9; Kroenke, Spitzer, Williams, 2001)». Враховуючи причини розвитку тривожної та депресивної симптоматики у волонтерів при наданні психосоціальної допомоги під час воєнного стану, було обрано шкалу оцінки впливу травматичної події «The Impact of Event Scale (IES-R; Weiss, 2007)». Для оцінки показників психологічної гнучкості в надзвичайних умовах була вибрана шкала «Acceptance and Action Questionnaire (AAQ-II; Bondet al., 2011)» та обрана шкала робочої та соціальної адаптації, щоб оцінити рівень впливу всіх симптомів на повсякдення волонтерів «The Work and Social Adjustment Scale (W&SAS; Mundt, J. C., I. M. Marks, et al., 2002)». Всі методики наявні в перекладі від УіКПТ та ІПЗ УКУ від 2012 року. Переклад є адаптованим.

Виклики та обмеження дослідження:

1. Можливий вихід учасників на етапі впровадження програми.
2. Проведення в умовах воєнного стану: переривання сеансів через повітряну тривогу, відключення енергопостачання;
3. Схожі дослідження вказують, що їх обмеженнями було відсутність контрольної групи з іншим типом втручання та відсутністю втручань, для нашого дослідження це не є актуально, бо воно є пілотним. Однак, у інших протоколах ретестові опитування відбуваються не тільки через 4 тижні після виконання втручань, а й пізніше (8 тижнів, 6 місяців). Це може бути обмеженням для нашого дослідження, адже ми не зможемо відслідкувати віддалені ефекти від втручань EMPOWER [31; 32].

2.2 Організація та етапи проведення дослідження

Етапи проведення дослідження:

1. Адаптація програми EMPOWER українською мовою.

2. Оцінка та аналіз наукових джерел про психічне здоров'я волонтерів, які надають психосоціальну допомогу у контексті воєнного часу, побудова теоретичної моделі дослідження.
3. Обрання методик для вимірювання тривожної та депресивної симптоматики опитуваних.
4. Проведення опитування перед впровадженням програми EMPOWER. Ці та подальші етапи можуть мати певні обмеження через умови воєнного часу.
5. Впровадження програми EMPOWER.
6. Ретестове опитування.
7. Обробка та аналіз отриманих даних.
8. Розробка рекомендацій до подальшого дослідження ефективності програми EMPOWER для покращення благополуччя волонтерів, які надають психосоціальну допомогу в умовах воєнного часу та імплементації протоколу.

Математико-статистичні методи, які були використані для опрацювання даних: описова статистика, дисперсійний аналіз, кореляційний аналіз, регресійний аналіз. Для опрацювання даних був використаний модуль для статистичної обробки даних IBM SPSS Statistics 29.0.

РОЗДІЛ ІІІ. ОПИС РЕЗУЛЬТАТІВ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

3.1. Аналіз даних

Результати опитувань перед та після втручань занесені у таблицю Microsoft Excel. Розрахунок результатів відбувався у програмі IBM SPSS Statistics 29.0. Для опрацювання даних були використані описова статистика, кореляційні зв'язки за критерієм Пірсона, регресійний аналіз.

Рандомізації не передбачено, оскільки дослідження пілотне.

Одним з перших обрахувань була перевірка розподілу на нормальність за допомогою методів описової статистики – обчислення значення критерія Шапіро-Вілка. Розподіл не виявився близьким до нормального.

Далі було використано критерій Вілкоксона для залежних вибірок.

Кореляційний аналіз проводився задля визначення зв'язків між показниками шкал (PHQ-9, GAD-7, IES-R, W&SAS) та статтю, віком, тривалістю волонтерства та уникненням досвіду (показник шкали AAQ-II), та силою цих зв'язків. Регресійний аналіз дозволив побачити зв'язок впливу зміни уникнення досвіду на тривожну та депресивну симптоматику.

3.2. Результати дослідження впливу протоколу «Empower» на рівні тривожних симптомів у волонтерів

Першою гіпотезою дослідження була теза, згідно якої використання протоколу EMPOWER впливає на рівні симптомів тривожних порушень (надмірна тривога, очікування на катастрофу), які наявні у волонтерів, що надають психосоціальну підтримку.

Щоб перевірити цю гіпотезу, ми порівнюємо показники шкал GAD-7, IES-R та AAQ-II до впровадження протоколу та через місяць після впровадження протоколу. Для порівняння був використаний непараметричний тест для залежних вибірок - W-критерій Вілкоксона.

За результатами підрахунків можна стверджувати, що статистично значущим був вплив на показники уникнення досвіду ($R=-5,728$), рівень суб'єктивного дистресу після впливу травматичних подій ($R=-5,841$), соціальної та робочої адаптації ($R=-5,232$). Вплив на вираженість симптомів тривоги, які вимірюються шкалою GAD-7, не був статистично значущим. У представлені отримані дані.

Представлення результатів тесту W-Вілкоксона

	Ret PHQ-9 - PHQ-9	Ret GAD-7 - GAD-7	Ret IES-R - IES-R	Ret AAQ - AAQ	Ret W&SAS - W&SAS
Z	-4,161b	-1,615b	-5,841b	-5,728b	-5,232b
asympt. Sig.	<0,001	0,106	<0,001	<0,001	<0,001

3.3. Результати дослідження впливу протоколу «Empower» на рівні депресивних симптомів у волонтерів

Друга гіпотеза дослідження перевіряється за допомогою вимірювання W-критерія Вілкоксона для шкал PHQ-9, W&SAS та AAQ-II до впровадження протоколу EMPOWER та через місяць після. За результатами вимірювань ми отримуємо дані про статистичну значущість впливу протоколу на вираженість симптомів депресії ($R=-4,161$), уникнення досвіду ($R=-5,728$) та соціальної і робочої адаптації ($R=-5,232$). У Табл. 1 представлені отримані дані. На Рис.3.3.1

представлено порівняння вираженості симптомів депресії до та після імплементції протоколу, згідно з показниками шкали PHQ-9.

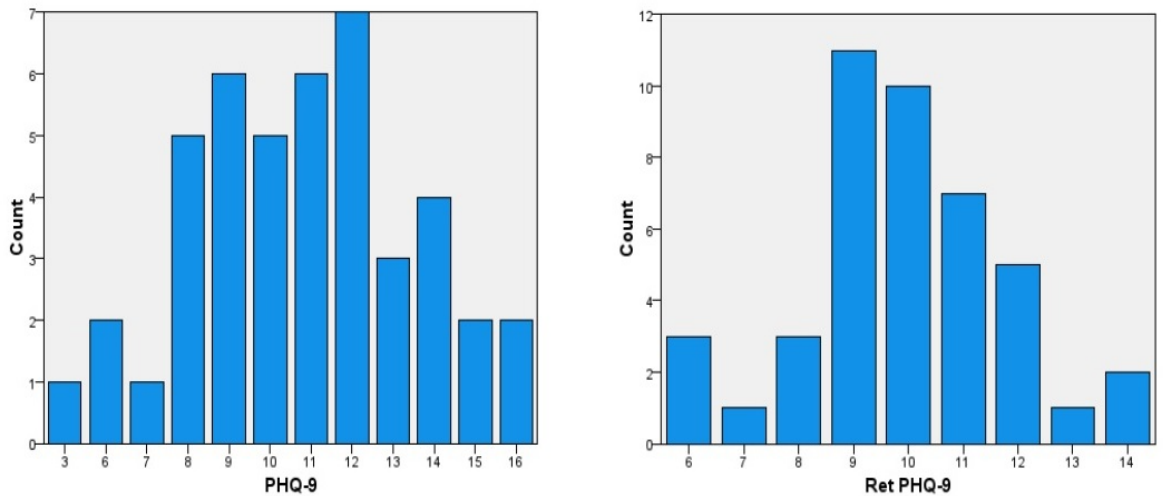


Рис.3.3.1

Порівняння відповідей респондентів на опитувальник PHQ-9 до та після імплементції протоколу EMPOWER

Під час регресійного аналізу показників до імплементції протоколу було виявлено статистично значущі регресійні зв'язки між вираженістю депресивної симптоматики та:

1. Віком 11,2% (Sig. F Change=0,026);
2. Жіночою статтю 10,2% (Sig. F Change=0,035).

Після імплементції протоколу не було виявлено жодних статистично значущих регресійних зв'язків, крім як з уникненням досвіду (описано в розділі 3.4).

3.4. Результати дослідження впливу зниження рівня експеріментального уникнення в результаті проходження програми на рівні дистресу, що асоціюється з тривожно-депресивною симптоматикою

Для перевірки третьої гіпотези дослідження нам необхідно вивчити кореляційний зв'язок між змінними стать, вік, тривалість волонтерства,

психометричні шкали PHQ-9, GAD-7, IES-R, W&SAS та показниками шкали AAQ-II спочатку до імплементації протоколу EMPOWER, і так само після. Визначити силу цих зв'язків.

Для цього ми використовували кореляційний аналіз, а саме критерій Пірсона. Спочатку опишемо зв'язки до впровадження протоколу. За результатами кореляційного аналізу ми побачили кореляційний зв'язок між вираженістю уникнення досвіду та:

- вираженістю симптомів депресії;
- тривалістю волонтерства;
- рівнями робочої та соціальної адаптації;
- суб'єктивним дистресом після впливу травматичних подій.

Сила кореляційного зв'язку між уникненням досвіду і показниками була така: симптоми депресії $r=0,191$, тривалість волонтерства $r=0,586$, рівень робочої та соціальної адаптації $r=0,686$, суб'єктивний дистрес після впливу травматичних подій $r=0,625$. Для всіх показників нараховувався рівень значущості $p<0,05$.

Сила кореляційного зв'язку між іншими показниками була така:

1. Між рівнем робочої та соціальної адаптації і:
 - тривалістю волонтерства $r=0,459$ ($p=0,002$);
 - суб'єктивного дистресу після впливу травматичних подій $r=0,483$ ($p<0,001$).
2. Між вираженістю симптомів тривоги та суб'єктивним дистресом після впливу травматичних подій $r=0,408$ ($p=0,03$).
3. Між статтю та віком $r=-0,263$ ($p=0,042$).
4. Між віком та тривалістю волонтерства $r=0,329$ ($p=0,015$).
5. Між тривалістю та суб'єктивним дистресом після травматичної події $r=0,368$ ($p=0,007$).

Інші зв'язки були статистично не значущі.

Всі кореляційні зв'язки підсумовано та загальну картину можна побачити на Рис.3.4.1.

Показник вираженості уникнення досіду опосередковував 47,1% рівня робочої та соціальної адаптації (Sig. F Change<0,001) та 39% рівня суб'єктивного дистресу після впливу травматичної події (Sig. F Change<0,001).

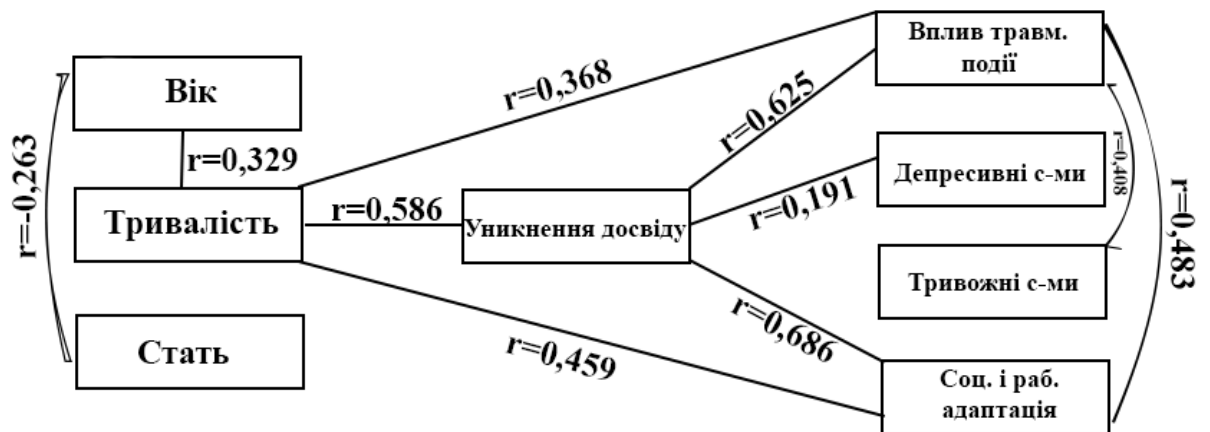


Рис.3.4.1

Кореляційна плеяда до імплементації протоколу EMPOWER

Після впровадження протоколу відзначається зниження експеріментального уникнення загалом. Візуальне представлення цих даних можна побачити на Рис.3.4.2.

При використанні кореляційного аналізу для відображення та вимірювання зв'язку уникнення досвіду з показниками інших шкал було виявлено зв'язки з:

- суб'єктивним дистресом після впливу травматичних подій;
- тривалістю волонтерства;
- вираженістю депресивної симптоматики;
- рівнем робочої та соціальної адаптації.

Сила зв'язку між уникненням досвіду і показниками була така: суб'єктивний дистрес після впливу травматичних подій $r = 0,387$, тривалість волонтерства $r = 0,482$, депресивна симптоматика $r = 0,391$, рівень робочої та соціальної адаптації $r = 0,439$. Для всіх показників нараховувався рівень значущості $p < 0,05$.

Сила інших зв'язків була така:

1. Між рівнем робочої та соціальної адаптації і:
 - тривалістю волонтерства $r=0,473$ ($p=0,001$);
 - суб'єктивного дистресу після впливу травматичної події $r=0,371$ ($p=0,014$).
2. Між віком і тривалістю волонтерства $r=0,281$ ($p=0,034$).
3. Між суб'єктивним дистресом після впливу травматичних подій та:
 - статтю $r=-0,268$ ($p=0,041$);
 - віком $r=0,351$ ($p=0,011$);
 - тривалістю волонтерства $r=0,401$ ($p=0,004$).
4. Вираженість тривожних симптомів і тривалістю волонтерства $r=0,281$ ($p=0,034$).

Інші кореляційні зв'язки були статистично не значущі.

Всі зв'язки також підсумовано та результат представлений на Рис.3.3.2. При цьому зміна показника уникнення досвіду зумовлювала зміни тільки 15,3% показників вираженості депресивних симптомів (Sig. F Change=0,009) та зміни 16,1% показників суб'єктивного дистресу після впливу травматичних подій (Sig. F Change=0,008), зміни 19,3% рівня соціальної та робочої адаптації (Sig. F Change=0,003).

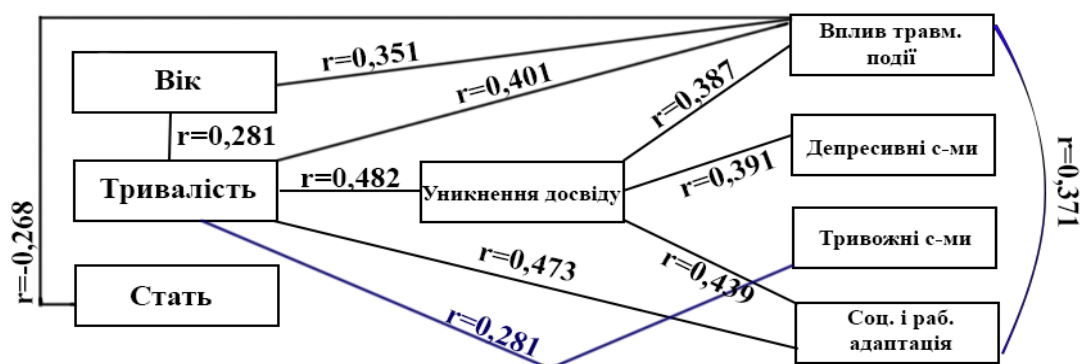


Рис.3.4.2

Кореляційна плеяда після імплементації протоколу

3.5. Обговорення результатів

В нас було три гіпотези у дослідженні. Завдяки роботі було виявлено результативність впливу протоколу EMPOWER на вираженість тривожної та депресивної симптоматику волонтерів, що надають психосоціальну допомогу. А також визначено, чи впливає зменшення рівня експеріментального уникнення на зниження вираженості тривожної та депресивної симптоматики.

Першою гіпотезою був вплив протоколу на вираженість тривожної симптоматики, яку ми відслідковували за допомогою опитувальника GAD-7 та IES-R. Перша гіпотеза частково справдилась, адже результат впливу не був статистично значущим для показників шкали GAD-7 у порівнянні з опитуванням до впровадження протоколу EMPOWER. Можливо, це пов'язано з тим, що при повторному опитуванні пройшов тільки один місяць. Більшість схожих протоколів дослідження пропонують проводити опитування після впровадження втручань не тільки за 4 тижні після, а й через 8 тижнів, через 6 місяців [17; 20]. Додаткові тривожні симптоми ми охопили завдяки шкалі IES-R, показники якої після проведення втручання були статистично значущими. Це може бути пов'язано з впливом методик протоколу на пряму на уникнення досвіду, якому присвячений великий відсоток питань цієї шкали.

Другою гіпотезою був вплив протоколу на вираженість депресивної симптоматики, яку ми визначали завдяки шкалі PHQ-9. В цьому випадку гіпотеза справдилась, бо показники вимірювання впливу протоколу були статистично значущими. Якщо подивитись на Рис.3.5.1 та порівняти відповіді, які ми отримали від респондентів, то можна зазначити, що раніше ми мали результат тесту, який дорівнював депресії вираженого ступеню («16»), а через місяць після впровадження протоколу найвищим показником був «14» - депресія помірного ступеню.

Більш детальне порівняння результатів тестування по шкалі PHQ-9 до імплементації протоколу EMPOWER та через місяць після представлені на Рис.3.4.1. Завдяки ньому можна побачити, що показники «10», «11», «12», що

відповідають депресії помірного ступеню, показник «9», що відповідає депресії легкого ступеню були єдиними показниками, які перевищували частоту виникнення у відповідях волонтерів при опитуванні, яке проводилось після впровадження протоколу EMPOWER відносно частоти відповідей в першому тестуванні.

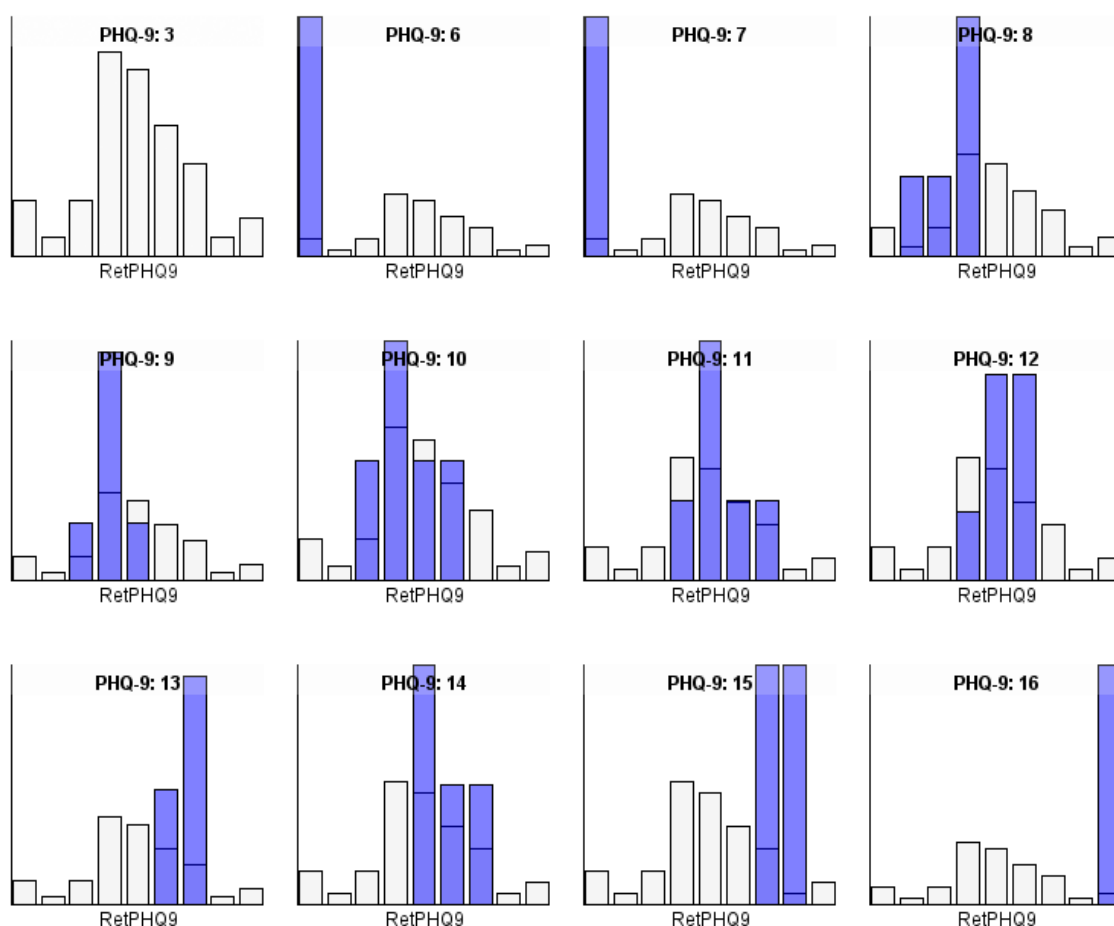


Рис.3.5.1

Порівняння показників шкали PHQ-9 до та після впровадження протоколу. Синій колір означає показник до втручання, а прозорий - через місяць після імплементації протоколу EMPOWER.

Враховуючи ефективність КПТ низької інтенсивності для зменшення депресивної симптоматики, отримання таких результатів було очікувано нами [18; 19]. За нашою думкою, найбільший вплив на вираженість депресивних

симптомів було вказано завдяки модулю 3 протоколу EMPOWER, в якому міститься психоедукація про когнітивно-поведінкову модель розладів, травму. Також в цьому розділі велика увага приділяється навченню самоспівчуттю волонтера за допомогою технік титрування експозиції до своїх почуттів, техніці «стілці». В цьому модулі також містяться втручання, направлені на когнітивну реструктуризацію, ці втручання змушують волонтера піддати критиці свої думки, уявлення про себе та про світ, які є досить негативними та нігілістичними [33].

Нашою третьою гіпотезою було припущення, що зниження рівня експеріментального уникнення знизить рівні тривожної та депресивної симптоматики. Ця гіпотеза підтвердилась завдяки результатам кореляційного та регресійного аналізу. Впровадження протоколу в цілому вплинуло на зниження результатів показників шкали AAQ-II. Візуальне представлення відповідей волонтерів та їх розподілу до та після впровадження протоколу EMPOWER можна побачити на Рис. 3.5.2.

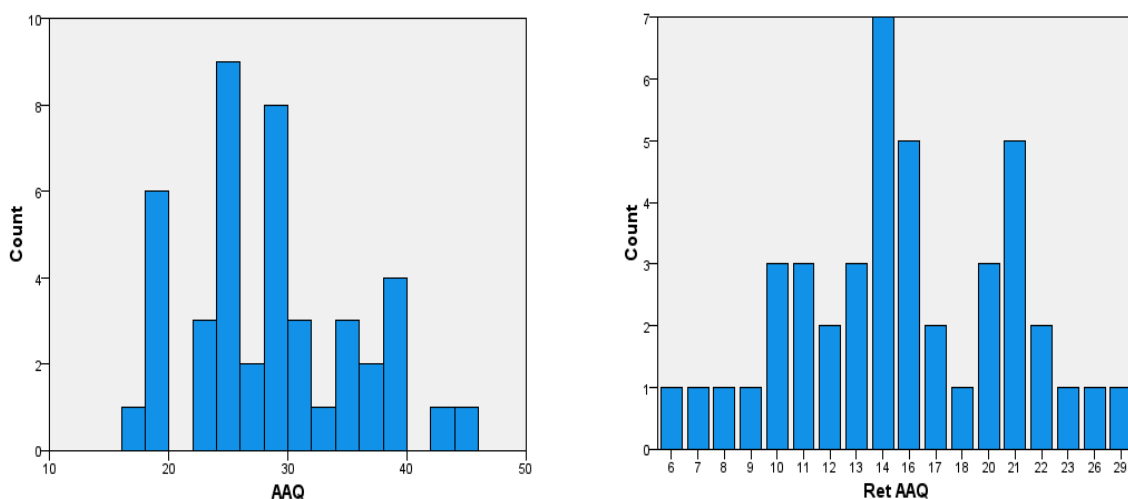


Рис. 3.5.2

Порівняння відповідей респондентів по шкалі AAQ-II до та після імплементації протоколу EMPOWER

Як ви можете бачити на Рис.3.5.2, при повторному опитуванні максимальна сума всіх субшкал опитувальника AAQ-II не перевищує 29, в той час як при первинному опитуванні сума була більше 40. Ці зміни є статистично значущими, як ми можемо бачити у показниках, представлених у Табл. 1.

Показники уникнення досвіду, які були виміряні через місяць після впровадження протоколу EMPOWER опосередковували зміни 15,3% показників вираженості депресивних симптомів. Тобто, зниження уникнення досвіду впливає на дисперсію лише 15,3% показників вираженості депресивних симптомів. Також зниження показників уникнення досвіду обумовлює дисперсію всього 16,1% показників суб'єктивного дистресу після впливу травматичної події (вимірюється шкалою IES-R) та всього 19,3% дисперсії рівня соціальної та робочої адаптації (вимірюється шкалою W&SAS).

Якщо порівняти ці дані з показниками, отриманими до імплементації протоколу EMPOWER, то можна відмітити, що там показники вираженості уникнення досвіду обумовлювали 47,1% дисперсії показника робочої і соціальної адаптації та 39% дисперсії рівня суб'єктивного дистресу після впливу травматичної події. Тобто, результати, які ми отримали після впровадження протоколу EMPOWER можуть говорити не тільки про зниження показників уникнення досвіду, як ми це представили у Табл. 1 та Рис.3.4.2, а й про зменшення впливу уникнення досвіду на показники з результатів шкал IES-R та W&SAS.

Це може бути обумовлено тим, що уникнення досвіду є однією з цілей дослідження опитувальника IES-R. У ньому є питання, що вивчають емоційне уникнення (почуттів), когнітивне уникнення (думок, спогадів), експерієнтальне уникнення (розмов). Деякі відповіді на опитувальник W&SAS (Шкала робочої та соціальної адаптації) можна пов'язати з певними елементами уникнення досвіду. Якщо людина обирає варіанти шкали, наближені до 0 - ми не можемо знати, що саме впливає у відповіді кожного респондента на неможливість волонтера виконувати свої робочі чи соціальні обов'язки.

Тобто, вплив технік КПТ та АСТ на уникнення досвіду було як прямим, який ми можемо виміряти за рахунок даних з опитувальника AAQ-II, так і опосередкованим на показники уникнення при інших психологічних труднощах волонтерів. Ефективність впливу цих технік можна прослідкувати і у літературі [4; 25].

В теоретичній частині даної роботи представлено, що стратегії уникнення досвіду частіше обирають жінки [23; 24]. При вимірюванні регресійного зв'язку між цими факторами після впровадження протоколу не було визначено статистичної значущості. Такий самий результат був і при виконанні регресійного аналізу на показниках опитування до впровадження протоколу EMPOWER. Такий результат, скоріш за все, обумовлений розміром вибірки, яка не є репрезентативною для даного регресійного зв'язку.

Тривалість волонтерства впливає на велику кількість факторів, серед яких є зростання вірогідності переживання вторинного травматичного стресу [15]. Не завжди регульований графік дня та сну теж впливає на функціональні показники нервової системи. При вимірюванні регресійних зв'язків між тривалістю волонтерства та показниками шкали IES-R було визначено, що до впровадження протоколу EMPOWER тривалість волонтерства зумовлювала дисперсію всього 13,5% (Sig. F Change=0,014) показників шкали суб'єктивного дистресу після пережиття травматичної події. Через місяць після впровадження протоколу цей показник трошки виріс до 16,1% (Sig. F Change=0,008). Це може бути обумовлено тим, що під час впровадження протоколу EMPOWER волонтери не переставали надавати психосоціальну допомогу, тож в когось з них могло з'явитись більше травматичних подій, хоч і реакція на них не була такою вираженою, що можна побачити завдяки Рис.3.5.3.

Також при опрацюванні літератури було виявлено джерела, які стверджували, що жінки більше схильні до тривоги, ніж чоловіки [23; 24]. При пошуку регресійного зв'язку між статтю та показниками вираженості тривоги, виміряні завдяки шкалі GAD-7, ні до впровадження протоколу EMPOWER, ні

через місяць після його впровадження ці показники не були статистично значущими. Це може бути пояснено нерепрезентативністю вибірки для пояснення даного зв'язку.

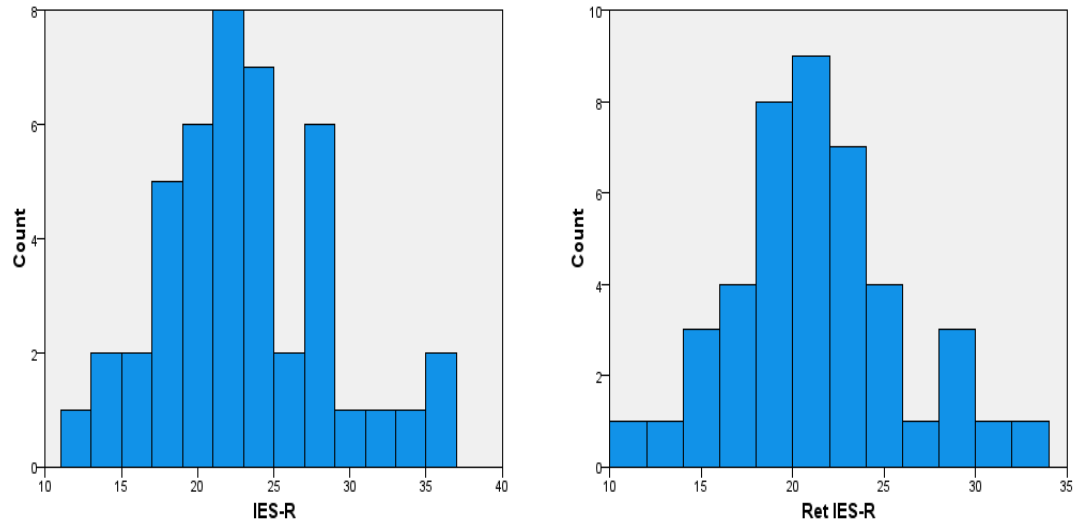


Рис. 3.5.3

Порівняння відповідей респондентів по шкалі IES-R до та після імплементатії протоколу EMPOWER.

Якщо використати для вивчення тривожних симптомів шкалу вираженості суб'єктивної реакції на травматичну подію - IES-R, то отримаємо цікаві дані. Наше дослідження показало, що і до впровадження протоколу, і після чоловіки мають статистично значимі кореляційні зв'язки з показником вираженості суб'єктивного дистресу після впливу травматичної події. Показник до склав $r=-0,263$, а показник після - $r=-0,268$. Це може бути зумовлено нерівномірністю розподілу у вибірці чоловіків та жінок, яка вплинула на різницю з попередніми відомими даними.

До впровадження протоколу EMPOWER жіноча стать зумовлювала 10,2% дисперсії депресивних симптомів. Після впровадження протоколу цей показник не мав статистичної значущості. Це може бути пов'язано з редукцією

депресивних симптомів в цілому у всієї вибірки, враховуючи, що жінки складають більше половини від 43 осіб.

3.6. Обмеження та перспектива дослідження

Враховуючи, що дослідження пілотне, воно не передбачало рандомізації учасників. Це не дозволяє нам відкинути невизначену кількість додаткових факторів, які могли вплинути на результати дослідження. Також загальна кількість учасників дослідження склала 43 людини, що теж говорить про необхідність подальших досліджень впливу протоколу EMPOWER на тривожну та депресивну симптоматику у волонтерів, які надають психосоціальну допомогу, щоб отримані результати були більш ґрунтовними.

Неоднорідність за статтю нашої вибірки теж не дає результату дослідження, який був би відповідний всій популяції в регіоні. Серед 43 осіб, які пройшли опитування до та після впровадження протоколу EMPOWER, склад за статтю був такий: чоловіки - 7 осіб, жінки - 37. Рекомендовано провести дослідження теми на більш рівномірній за статтю виборці.

Важливим обмеженням збору даних, на нашу думку, є строки опитування після впровадження протоколу EMPOWER. Схожі дослідження мають можливість відслідкувати довгострокові наслідки виконаних втручань саме завдяки кільком повторним опитуванням, які виконують через певні проміжки часу: 1 місяць, 2 місяці, 6 місяців [31; 32]. Наявність додаткових даних допомогли б нам відслідкувати ще й довгостроковість впливу втручань з EMPOWER. Це було б гарною основою для створення рекомендацій щодо імплементації протоколу для більш широкого використання.

Також обмеженням дослідження може бути його співпадіння по часу проведення з масивними обстрілами енергетичної інфраструктури України ракетами з Російської Федерації. Це спричинило певні обмеження для мешканців регіону, ми не маємо дані про адресу проживання кожного учасника, а графіки

відключення енергопостачання різнились в залежності від району. В когось могла бути відключена електроенергія майже всю добу, а в когось - не було відключення. Ми вважаємо, що це є важливим фактором для порушень адаптаційних здібностей нервової системи людини. Згідно отриманих даних, порівняння відповідей волонтерів до та після впровадження протоколу показує зниження вираженості показників шкали робочої та соціальної адаптації (W&SAS). Також ми не можемо знати, який новий виклик нам принесе війна в країні, тож стверджувати, що обстріли енергетичної інфраструктури спалювали отримані дані досить складно.

Розширити отримані дані також могло б дослідження, яке порівнювала результативність впливу протоколу на тривожну і депресивну симптоматику волонтерів з психологічною освітою. Є вірогідність, що у порівнянні з отриманими нами даними могли б бути відмінності, адже краще розуміння феноменів тривожних та депресивних симптомів могло б знизити початкові рівні показників та покращити результативність впливу протоколу EMPOWER [15].

Можливим обмеженням теж може бути епізодичний прийом препаратів та їх вплив на соматичний стан людини. Враховуючи, що у нас в дослідженні стоїть критерій виключення «прийом медикаментів», ми не можемо врахувати наявність у людини головного болю або епізодичного підйому тиску, тощо. І не можемо врахувати, чи не приховала людина від нас свій соматичний стан. Для подальшого дослідження було б важливо продумати більш чіткі критерії включення, або в цілому прибрати цей критерій, замінивши іншим поясненням.

3.7. Висновки до 3 розділу

В даному розділі ви можете побачити статистичні обчислення результатів дослідження, які допомогли визначити наявну результативність втручань протоколу EMPOWER щодо депресивної симптоматики волонтерів, які провадять психосоціальну допомогу. Дані були опрацьовані за допомогою

методів описової статистики, непараметричного критерія Вілкоксона, відбувся пошук кореляційних та регресійних зв'язків.

При підтвердженні першої гіпотези було виявлено, що вплив протоколу EMPOWER на тривожну симптоматику волонтерів не є статистично значущим. При розширенні вибірки за кількістю, урізноманітненні по статі було б можливо в подальших дослідженнях отримати додаткову інформацію. Для цього дослідження перша гіпотеза була підтверджена лише частково. Коли додатково вивчались регресійні зв'язки між статтю та рівнем тривоги, який вимірювався шкалою GAD-7, статистично значимих зв'язків теж не було знайдено ні до впровадження протоколу, ні після. Це може говорити про те, що описана в літературі тривожність, яка притаманна жінкам в більшій мірі, ніж чоловікам, не визначається серед нашої вибірки [23; 24]. Зате показники тривоги, які вимірювались шкалою IES-R після впровадження втручання, були статистично значущими. Результативність впливу протоколу в даному випадку може бути пов'язане з впливом на симптоми уникнення та титрування стресу, яке виконується завдяки технікам «екран», усвідомлена медитація, а також психоедукація по принципам КПТ.

Під час вивчення даних для підтвердження другої гіпотези щодо статистичної значущості впливу протоколу EMPOWER на депресивну симптоматику волонтерів, що провадять психосоціальну допомогу, було виявлено регресійний зв'язок між жіночою статтю та депресивною симптоматикою до впровадження протоколу. Жіноча стать впливала на 10,2% дисперсії показника PHQ-9. Після імплементації протоколу зв'язок не був статистично значущим. Але завдяки W-критерію Вілкоксона ми побачили статистичну значущість впливу протоколу EMPOWER на депресивну симптоматику волонтерів, тож друга гіпотеза є підтвердженою. Це може бути пов'язано саме з психоедукацією про симптоми та феномени, базованою на принципах когнітивно-поведінкової терапії, техніках побудови катастрофічного сценарію, усвідомленого фокусування уваги, техніках титрування тривалості

впливу думок та подій на волонтера. На основі вже існуючих даних про ефективність майндфулнес-терапії для наступу ремісії, є вірогідність, що при додаванні в подальші дослідження більше відтермінованих по часу опитувань (8 тиждень, 24 тиждень) є вірогідність отримати дані щодо стійкого зниження показників вираженості депресивних симптомів [34].

Також нам вдалося підтвердити гіпотезу про зв'язок зниження показників уникнення досвіду та рівнів вираженості тривожних та депресивних симптомів.

Показники уникнення досвіду до втручання мали кореляційні зв'язки з вираженістю симптомів депресії, тривалістю волонтерства, рівнями робочої та соціальної адаптації. Після впровадження протоколу EMPOWER кореляційні зв'язки уникнення досвіду збереглися з вираженістю депресивної симптоматики, тривалістю волонтерства, рівнями робочої та соціальної адаптації. Додатково з'явилися зв'язки з вираженістю суб'єктивного дистресу після впливу травматичних подій. Це також може підтверджувати нашу третю гіпотезу. Адже техніки титрування дистресу «екран», медитації майндфулнес, пошук цінностей людини та спонукання діяти згідно них, виконання технік на заземлення, психоедукація - вони всі впливають на зниження вираженості уникнення досвіду [4; 25]. Можливо, на даній вибірці більш низькі показники уникнення досвіду корелюють з вираженістю тривожної симптоматики, яку ми вимірюємо шкалою IES-R. Це може бути пов'язано з набуттям нових стратегій поведінки, які опосередковують зміни в житті людини. А зміни можуть викликати підвищення рівня тривоги.

При пошуку регресійних зв'язків між уникненням досвіду та іншими показниками шкал, що відображають тривожну і депресивну симптоматику, було знайдено, що зниження уникнення досвіду опосередковує дисперсію лише 15,3% показників вираженості депресивних симптомів. Для тривожної симптоматики, представленої шкалою IES-R, уникнення досвіду обумовлює дисперсію всього 16,1% показників суб'єктивного дистресу після впливу травматичної події. Для шкали W&SAS, яка теж містить питання, що дозволяють виміряти симптоми

уникнення досвіду, вплив показників AAQ-II обумовив всього 19,3% дисперсії рівня соціальної та робочої адаптації. Ці дані були отримані після впровадження протоколу EMPOWER.

Якщо порівняти ці дані з даними до впровадження протоколу, то ми побачимо зменшення регресійного зв'язку між показниками уникнення досвіду та іншими завдяки втручанням, які нам пропонує протокол. В цьому випадку показники вираженості уникнення досвіду обумовлювали 47,1% дисперсії показника робочої і соціальної адаптації та 39% дисперсії рівня суб'єктивного дистресу після впливу травматичної події. Регресійних зв'язків з депресивною симптоматикою до втручання не було. Це може говорити про те, що уникнення досвіду є патогенетично значущим для розвитку депресивних симптомів у даної вибірки тільки для нижчих показників уникнення досвіду.

Враховуючи, що схожі дані відносно появи кореляційного зв'язку при зниженні уникнення досвіду ми отримали для вираженості тривожної симптоматики, то можна зробити висновок, що для даної вибірки патогенетично значущим уникнення досвіду для посилення вираженості тривожної та депресивної симптоматики було тільки при зниженні показників шкали AAQ-II.

Розширення кількості кореляційних зв'язків при опитуванні після впровадження протоколу може говорити про появу статистичної значущості інших зв'язків завдяки зниженню сили кореляційних зв'язків саме уникнення досвіду та вираженістю тривожної та депресивної симптоматики.

ВИСНОВКИ

Після початку повномасштабного вторгнення військ Російської Федерації на територію України, зростає кількість стресових факторів для населення. Внутрішньо переміщені особи та біженці отримують різного роду допомогу волонтерів. Емоційний стан волонтерів, які надають психосоціальну допомогу, містив в собі тривожну та депресивну симптоматику [9; 10; 12; 13; 15]. Враховуючи воєнний стан в країні, важливо популяризувати програму, яка б містила в собі короткотермінові втручання, засновані на доведених за ефективністю даних. Такою програмою був обраний протокол EMPOWER - комплекс втручань низької інтенсивності на основі КПТ та АСТ [3; 4].

Цілями нашого дослідження було визначити результативність впливу протоколу EMPOWER для подолання тривожно-депресивної симптоматики волонтерів, що надають психосоціальну допомогу в умовах воєнного стану.

Щоб дослідити всі ланцюги патогенезу тривожних та депресивних симптомів, на які можна вплинути протоколом EMPOWER, було проведено вивчення літератури, завдяки якій було визначено патогенетичні зв'язки між уникненням досвіду та розвитком тривожних і депресивних симптомів [15; 21; 29]. Втручання протоколу впливають і на симптоми уникнення досвіду, і на тривожну та депресивну симптоматику безпосередньо [3]. Виходячи з цих даних, ми визначили 3 гіпотези, які були перевірені завдяки нашому пілотному дослідженню.

Перша гіпотеза стосувалась результативності впливу протоколу на тривожну симптоматику. Дані по шкалі GAD-7 при опитуванні через місяць після впровадження протоколу не були статистично значущими, зате були значущими показники шкали IES-R, які охоплюють симптоми різних типів уникнення досвіду (емоційного, когнітивного, поведінкового). Втручання протоколу EMPOWER були направлені на навчання титруванню дистресу та зниження уникнення досвіду шляхом технік «екран», майндфулнес медитація. Важливим

предиктором зменшення тривожної симптоматики також є збільшення обізнаності про свої симптоми. Психоедукація є ключовим компонентом програми, тож вона проводиться у 2, 3, 4, 5, 6 модулях протоколу EMPOWER та на бустерних сесіях.

Друга гіпотеза стосувалась результативності впливу протоколу на депресивну симптоматику. Зміни показників шкал, які вимірювались через місяць після впровадження протоколу, були статистично значущими. Це може бути обумовлено впливом технік когнітивної реструктуризації, спрямованих на те, щоб піддати сумніву уявлення волонтера про себе та світ, які при депресивних розладах є негативними [33]. Ці втручання знаходяться у 3 модулі протоколу EMPOWER поряд з техніками, в яких приділяється велика увага самоспівчуттю, навченню технік титрування інтенсивності своїх почуттів, побудовою катастрофічного сценарію, усвідомленого фокусування уваги, технікою «стілці», яка допомагає подивитись на проблеми під різними кутами та змодельовати діалог з іншою людиною, якщо це необхідно.

Третя гіпотеза стосувалась впливу зниження уникнення досвіду після проходження програми EMPOWER на вираженість тривожно-депресивної симптоматики та підтвердилась під час перевірки. Показники повторного опитування по шкалі AAQ-II виявились статистично значущими, тож показники уникнення досвіду знизились у волонтерів після проходження програми. Для з'ясування зв'язків та їх сили був проведений кореляційний аналіз, завдяки якому ми побачили двонаправлені статистично значущі зв'язки між показниками уникнення досвіду та вираженістю депресивної симптоматики (шкала PHQ-9) та тривожної симптоматики (шкала IES-R), показниками шкали W&SAS, яка вимірює рівень робочої та соціальної адаптації та містить в собі питання, які можуть показувати елементи уникнення досвіду.

Коли ми перевіряли нашу 3 гіпотезу завдяки регресійному аналізу, було визначено, що до впровадження протоколу показники вираженості уникнення досвіду обумовлювали 47,1% дисперсії показника робочої і соціальної адаптації

та 39% дисперсії рівня суб'єктивного дистресу після впливу травматичної події. Регресійних зв'язків з депресивною симптоматикою до втручання виявлено не було.

Після впровадження протоколу EMPOWER зниження уникнення досвіду опосередковує дисперсію 15,3% показників вираженості депресивних симптомів. Для тривожної симптоматики, представленої шкалою IES-R, уникнення досвіду обумовлює дисперсію всього 16,1% показників суб'єктивного дистресу після впливу травматичної події. Для шкали W&SAS вплив показників AAQ-II обумовив всього 19,3% дисперсії рівня соціальної та робочої адаптації.

Ми можемо сказати, що для даної вибірки патогенетично значущим уникнення досвіду для посилення вираженості тривожної та депресивної симптоматики було тільки при зниженні показників шкали AAQ-II. Вплив технік КПТ та АСТ на уникнення досвіду було як прямим, який ми можемо виміряти за рахунок даних з опитувальника AAQ-II, так і опосередкованим на показники уникнення при інших психологічних труднощах волонтерів. Отримані дані узгоджуються з наявною літературою [4; 25].

Техніки, завдяки яким, скоріш за все, було досягнуто зменшення уникнення досвіду, представлені і АСТ, і КПТ. З першого методу це може бути пошук своїх цінностей та узгодження своєї діяльності з ними, спонукання до саморефлексії, яким присвячена домашня робота волонтера та 1, 5 модулі програми EMPOWER. З другого методу: психоедукація по моделі КПТ, техніки когнітивної реструктуризації, якими можна «розхитати» ригідні уявлення про себе та світ, розвиток навичок титрувати дистрес завдяки техніці «екран», домашні завдання (спрямовані на саморефлексію, заміну неадаптивних способів поведінки на адаптивні), заохочення самоспівчуттю, використання технік заземлення (допомагають витримувати важкі почуття і не уникати їх), вправи на регуляцію дихання та майндфулнес медитації (теж дозволяють титрувати дистрес).

Враховуючи існуючі дані про ефективність майндфулнес-терапії для наступу ремісії при депресивних розладах, є вірогідність, що при додаванні в подальші дослідження більше відтермінованих по часу опитувань (8 тиждень, 24 тиждень) є вірогідність отримати дані щодо стійкого зниження показників вираженості депресивних симптомів [34]. Тож рекомендацією для продовження дослідження є додавання додаткових відтермінованих по часу опитувань, щоб оцінити стійкість набутих змін. Враховуючи обмеження дослідження, для подальшого вивчення впливу протоколу необхідно розширити та урізноманітнити вибірку, продумати, як краще врахувати епізодичний прийом ліків та його вплив через соматичний стан на прояви депресивної, тривожної симптоматики, та відкоригувати критерії виключення відносно цього питання.

Наші рекомендації для імплементації протоколу: було б доречно додати в програму EMPOWER для покращення результатів впливу на тривожно-депресивну симптоматику волонтерів у воєнному часі ще втручання, які спрямовані на саморефлексію відносно свого оточення та побудову соціальних стосунків згідно його цінностей, адже це може слугувати важливою підтримкою для волонтера [15].

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Situation Ukraine Refugee Situation. <https://data.unhcr.org/>.
URL: <https://data.unhcr.org/en/situations/ukraine>
2. Brian E. Bunnell, PhD, Tatiana M. Davidson, PhD, and Kenneth J. Ruggiero, PhD. The Peritraumatic Distress Inventory: Factor structure and predictive validity in traumatically injured patients admitted through a Level I trauma center. *Journal of Anxiety Disorders*, April 2018, Volume 55, Pages 8-13.
URL: <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2018.03.002>
3. H. G. Prigerson. Enhancing & Mobilizing the POtential for Wellness & Emotional Resilience (EMPOWER) among Surrogate Decision-Makers of ICU Patients: study protocol for a randomized controlled trial / H. G. Prigerson et al. *Trials*. 2019. Vol. 20, no. 1.
URL: <https://doi.org/10.1186/s13063-019-3515-0>
4. S. C. Hayes et al. Experiential avoidance and behavioral disorders: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1996. Vol. 64, no. 6. P. 1152–1168.
URL: <https://doi.org/10.1037/0022-006x.64.6.1152>
5. J. K. Carpenter. Cognitive behavioral therapy for anxiety and related disorders: A meta-analysis of randomized placebo-controlled trials / J. K. Carpenter et al. *Depression and Anxiety*. 2018. Vol. 35, no. 6. P. 502–514.
URL: <https://doi.org/10.1002/da.22728>
6. The International Organization for Migration (IOM). Ukraine – Internal Displacement Report – General Population Survey Round 8 (17 - 23 August 2022) | Displacement Tracking Matrix. Home | Displacement Tracking Matrix.
URL: <https://dtm.iom.int/reports/ukraine-internal-displacement-report-general-population-survey-round-8-17-23-august-2022?close=true>
7. М. Грудій та ін. Психосоціальна допомога внутрішньо переміщеним дітям, їхнім батькам та сім'ям з дітьми зі Сходу України : Посіб. для практиків соц. Сфери. Київ : Вид. дім «Калита», 2015. 72 с, с.10

- URL: <https://mon.gov.ua/storage/app/media/pozashkilna/psychologichna-sluzhba/pos-bnik-shhodo-psixosocz-alno-dopomogi.pdf>
8. M. Shevlin et al. The Ukraine crisis: Mental health resources for clinicians and researchers. *Journal of Traumatic Stress*. 2022.
URL: <https://doi.org/10.1002/jts.22837>
 9. J. Domaradzki et al. Volunteering in the front line of the Ukrainian refugee crisis: A brief report from Poland. *Frontiers in Public Health*. 2022. Vol. 10. URL: <https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.979751>
 10. Khanetska N. V., Nakhariza N. M. Personal resources in the prevention of professional burnout of volunteer psychologists. *Habitus*. 2022. No. 39. P. 187–191. URL: <https://doi.org/10.32843/2663-5208.2022.39.34>
 11. Rodell, J. B., Breitsohl, H., Schröder, M., & Keating, D. J. (2016). Employee volunteering: A review and framework for future research. *Journal of management*, 42(1), 55-84.
URL: <https://doi.org/10.1177/0149206315614374>
 12. M. Ndu et al. The experiences and challenges of community health volunteers as agents for behaviour change programming in Africa: a scoping review. *Global Health Action*. 2022. Vol. 15, no. 1.
URL: <https://doi.org/10.1080/16549716.2022.2138117>
 13. A. Greinacher et al. The psychological burden of volunteers in psychosocial emergency care – a qualitative interview study. *Current Psychology*. 2021.
URL: <https://doi.org/10.1007/s12144-021-01382-7>
 14. A. Greinacher et al. The psychological burden of volunteers in psychosocial emergency care – a qualitative interview study. *Current Psychology*. 2021.
URL: <https://doi.org/10.1007/s12144-021-01382-7>
 15. Salston M., Figley C. R. Secondary traumatic stress effects of working with survivors of criminal victimization. *Journal of Traumatic Stress*. 2003. Vol. 16, no. 2. P. 167–174.
URL: <https://doi.org/10.1023/a:1022899207206>

16. Barnard A., Furtak A. Psychological Resilience of Volunteers in a South African Health Care Context: A Salutogenic Approach and Hermeneutic Phenomenological Inquiry. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2020. Vol. 17, no. 8. P. 2922. URL: <https://doi.org/10.3390/ijerph17082922>
17. Gallagher, L.M., Lagman, R., Bates, D. et al. Perceptions of family members of palliative medicine and hospice patients who experienced music therapy. *Support Care Cancer* 25, 1769–1778 (2017). <https://doi.org/10.1007/s00520-017-3578-y>
18. R. Shafran et al. The concept and definition of ‘low intensity’ cognitive behaviour therapy. *Behaviour Research and Therapy*. 2021. P. 103803. URL: <https://doi.org/10.1016/j.brat.2021.103803>
19. J. A. López-López. The process and delivery of CBT for depression in adults: a systematic review and network meta-analysis / J. A. López-López et al. *Psychological Medicine*. 2019. Vol. 49, no. 12. P. 1937–1947. URL: <https://doi.org/10.1017/s003329171900120x>
20. C. El Morr et al. Effectiveness of an 8-Week Web-Based Mindfulness Virtual Community Intervention for University Students on Symptoms of Stress, Anxiety, and Depression: Randomized Controlled Trial. *JMIR Mental Health*. 2020. Vol. 7, no. 7. P. e18595. URL: <https://doi.org/10.2196/18595>
21. Kashdan T. B., Morina N., Priebe S. Post-traumatic stress disorder, social anxiety disorder, and depression in survivors of the Kosovo War: Experiential avoidance as a contributor to distress and quality of life. *Journal of Anxiety Disorders*. 2009. Vol. 23, no. 2. P. 185–196. URL: <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2008.06.006>
22. T. Berta-Otero et al. Experiential Avoidance in Primary Care Providers: Psychometric Properties of the Brazilian “Acceptance and Action Questionnaire” (AAQ-II) and Its Criterion Validity on Mood Disorder–Related Psychological Distress. *International Journal of Environmental Research and Public Health*.

2022. Vol. 20, no. 1. P. 225.
URL: <https://doi.org/10.3390/ijerph20010225>
23. Stewart S. H., Taylor S., Baker J. M. Gender differences in dimensions of anxiety sensitivity. *Journal of Anxiety Disorders*. 1997. Vol. 11, no. 2. P. 179–200.
URL: [https://doi.org/10.1016/s0887-6185\(97\)00005-4](https://doi.org/10.1016/s0887-6185(97)00005-4)
24. Panayiotou G., Karekla M., Leonidou C. Coping through avoidance may explain gender disparities in anxiety. *Journal of Contextual Behavioral Science*. 2017. Vol. 6, no. 2. P. 215–220.
URL: <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2017.04.005>
25. S. J. Egan. Unguided low intensity cognitive behaviour therapy for anxiety and depression during the COVID-19 pandemic: A randomised trial / S. J. Egan et al. *Behaviour Research and Therapy*. 2021. Vol. 144. P. 103902.
URL: <https://doi.org/10.1016/j.brat.2021.103902>
26. van der Velden P. G., Wittmann L. The independent predictive value of peritraumatic dissociation for PTSD symptomatology after type I trauma: A systematic review of prospective studies. *Clinical Psychology Review*. 2008. Vol. 28, no. 6. P. 1009–1020.
URL: <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2008.02.006>
27. Зеленська К. О. Клініко-психопатологічні та патопсихологічні особливості непсихотичних психічних розладів у осіб, які постраждали від бойових дій (комбатантів, волонтерів та вимушених переселенців). *Український вісник психоневрології*. 2022. Т. 30, № 1. С. 48–51.
28. Marx B. P., Sloan D. M. Peritraumatic dissociation and experiential avoidance as predictors of posttraumatic stress symptomatology. *Behaviour Research and Therapy*. 2005. Vol. 43, no. 5. P. 569–583. URL: <https://doi.org/10.1016/j.brat.2004.04.004>
29. Borkovec, T. D., Alcaine, O. M., & Behar, E. Avoidance Theory of Worry and Generalized Anxiety Disorder. In R. G. Heimberg, C. L. Turk, & D. S. Mennin

- (Eds.). 2004. Generalized anxiety disorder: Advances in research and practice (pp. 77–108). The Guilford Press.
30. C.-Q. Zhang et al. Acceptance and Commitment Therapy for Health Behavior Change: A Contextually-Driven Approach. *Frontiers in Psychology*. 2018. Vol. 8.
URL: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.02350>
31. A. Dominguez-Rodriguez et al. E-Health Psychological Intervention for COVID-19 Healthcare Workers: Protocol for its Implementation and Evaluation. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2022. Vol. 19, no. 19. P. 12749.
URL: <https://doi.org/10.3390/ijerph191912749>
32. L. Weiner et al. Efficacy of an online cognitive behavioral therapy program developed for healthcare workers during the COVID-19 pandemic: the REduction of STress (REST) study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*. 2020. Vol. 21, no. 1.
URL: <https://doi.org/10.1186/s13063-020-04772-7>
33. Зубцов, Д. (2016). Депресія: визначення та симптоматика. *Науковий вісник Миколаївського національного університету імені ВО Сухомлинського. Психологічні науки*, (1), 77-81.
34. M. B. Cladder-Micus et al. Mindfulness-based cognitive therapy for patients with chronic, treatment-resistant depression: A pragmatic randomized controlled trial. *Depression and Anxiety*. 2018. Vol. 35, no. 10. P. 914–924.
URL: <https://doi.org/10.1002/da.22788>

ДОДАТОК А

Wilcoxon Signed Ranks Test

Test Statistics^a

	Ret PHQ-9 - PHQ-9	Ret GAD-7 - GAD-7	Ret IES-R - IES-R	Ret AAQ - AAQ	Ret W&SAS - W&SAS
Z	-4,161 ^b	-1,615 ^b	-5,841 ^b	-5,728 ^b	-5,232 ^b
Asymp. Sig. (2-tailed)	<,001	,106	<,001	<,001	<,001

a. Wilcoxon Signed Ranks Test

b. Based on positive ranks.

ДОДАТОК Б

Кореляційні зв'язки до імплементації протоколу

		Correlations							
		ж -1, ч - 0	вік	тривалість у волонтерстві, міс	PHQ-9	GAD-7	IES-R	W&SAS	AAQ
ж -1, ч - 0	Pearson Correlation	1	-,263	-,206	,319*	-,069	-,098	-,227	-,118
	Sig. (2-tailed)		,085	,180	,035	,656	,527	,138	,445
	N	44	44	44	44	44	44	44	44
вік	Pearson Correlation	-,263	1	,329*	-,335*	-,185	,184	,104	-,021
	Sig. (2-tailed)	,085		,029	,026	,230	,231	,503	,891
	N	44	44	44	44	44	44	44	44
тривалість у волонтерстві, міс	Pearson Correlation	-,206	,329*	1	-,036	,185	,368*	,459**	,586**
	Sig. (2-tailed)	,180	,029		,816	,230	,014	,002	<,001
	N	44	44	44	44	44	44	44	44
PHQ-9	Pearson Correlation	,319*	-,335*	-,036	1	,277	,035	,168	,191
	Sig. (2-tailed)	,035	,026	,816		,069	,821	,277	,213
	N	44	44	44	44	44	44	44	44
GAD-7	Pearson Correlation	-,069	-,185	,185	,277	1	,408**	,046	,238
	Sig. (2-tailed)	,656	,230	,230	,069		,006	,769	,119
	N	44	44	44	44	44	44	44	44
IES-R	Pearson Correlation	-,098	,184	,368*	,035	,408**	1	,483**	,625**
	Sig. (2-tailed)	,527	,231	,014	,821	,006		<,001	<,001
	N	44	44	44	44	44	44	44	44
W&SAS	Pearson Correlation	-,227	,104	,459**	,168	,046	,483**	1	,686**
	Sig. (2-tailed)	,138	,503	,002	,277	,769	<,001		<,001
	N	44	44	44	44	44	44	44	44
AAQ	Pearson Correlation	-,118	-,021	,586**	,191	,238	,625**	,686**	1
	Sig. (2-tailed)	,445	,891	<,001	,213	,119	<,001	<,001	
	N	44	44	44	44	44	44	44	44

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

ДОДАТОК В

Кореляційні зв'язки після імплементації протоколу

		Correlations							
		ж -1, ч - 0	вік	тривалість у волонтерстві, міс	Ret W& SAS	Ret AAQ	Ret IES-R	Ret PHQ-9	Ret GAD-7
ж -1, ч - 0	Pearson Correlation	1	-,263	-,206	-,287	-,093	-,268	,052	-,159
	Sig. (2-tailed)		,085	,180	,062	,553	,082	,739	,308
	N	44	44	44	43	43	43	43	43
вік	Pearson Correlation	-,263	1	,329*	,149	,129	,351*	-,116	-,083
	Sig. (2-tailed)	,085		,029	,339	,411	,021	,460	,597
	N	44	44	44	43	43	43	43	43
тривалість у волонтерстві, міс	Pearson Correlation	-,206	,329*	1	,473**	,482**	,401**	,056	,192
	Sig. (2-tailed)	,180	,029		,001	,001	,008	,723	,217
	N	44	44	44	43	43	43	43	43
Ret W& SAS	Pearson Correlation	-,287	,149	,473**	1	,439**	,371*	,089	,004
	Sig. (2-tailed)	,062	,339	,001		,003	,014	,570	,978
	N	43	43	43	43	43	43	43	43
Ret AAQ	Pearson Correlation	-,093	,129	,482**	,439**	1	,387*	,391**	,167
	Sig. (2-tailed)	,553	,411	,001	,003		,010	,009	,284
	N	43	43	43	43	43	43	43	43
Ret IES-R	Pearson Correlation	-,268	,351*	,401**	,371*	,387*	1	-,017	,221
	Sig. (2-tailed)	,082	,021	,008	,014	,010		,916	,154
	N	43	43	43	43	43	43	43	43
Ret PHQ-9	Pearson Correlation	,052	-,116	,056	,089	,391**	-,017	1	,241
	Sig. (2-tailed)	,739	,460	,723	,570	,009	,916		,119
	N	43	43	43	43	43	43	43	43
Ret GAD-7	Pearson Correlation	-,159	-,083	,192	,004	,167	,221	,241	1
	Sig. (2-tailed)	,308	,597	,217	,978	,284	,154	,119	
	N	43	43	43	43	43	43	43	43

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).