

УНІВЕРСИТЕТ МИТНОЇ СПРАВИ ТА ФІНАНСІВ
ФАКУЛЬТЕТ УПРАВЛІННЯ
КАФЕДРА ПСИХОЛОГІЇ

Нормоконтроль проведено _____

Кваліфікаційна робота
другий (магістерський) рівень вищої освіти
спеціальність 053 «Психологія»

**КОРЕКЦІЯ ПСИХОЛОГІЧНОГО СТАНУ ДОРΟΣЛИХ ТА
ДІТЕЙ ЗАСОБАМИ ВОКАЛОТЕРАПІЇ В УМОВАХ ВІЙНИ.**

Виконав (-ла):
студентка групи ПС24-1зм
Кравчук Л.О.

Керівник:
д. психол. н., професор
Шевяков О.В.

Завідувач випускової кафедри:
к.психол.н., доцент
Склянська О.В.

2026 рік

ЗМІСТ

ВСТУП.....	3
РОЗДІЛ 1.ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ КОРЕКЦІЇ ПСИХОЛОГІЧНОГО СТАНУ ДОРΟΣЛИХ ТА ДІТЕЙ ЗАСОБАМИ ВОКАЛОТЕРАПІЇ В УМОВАХ ВІЙНИ.....	7
1.1. Поняття психологічного стану дорослих та дітей, та його особливості в умовах війни.....	7
1.2. Підходи до корекції психологічного стану дорослих та дітей, в умовах війни.....	15
1.3. Можливості вокалотерапії у корекції психологічного стану дорослих та дітей.....	17
РОЗДІЛ 2. МЕТОДИКИ ТА ПРОЦЕДУРА ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНОГО СТАНУ ДОРΟΣЛИХ ТА ДІТЕЙ.....	25
2.1. Вибір та обґрунтування методик дослідження.....	25
2.2. Опис вибірки та проведення процедури дослідження.....	28
РОЗДІЛ 3. ПРАКТИЧНІ РЕЗУЛЬТАТИ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНОГО СТАНУ ДОРΟΣЛИХ ТА ДІТЕЙ І РЕКОМЕНДАЦІЇ З ВИКОРИСТАННЯ ВОКАЛОТЕРАПІЇ У ЙОГО КОРЕКЦІЇ.....	38
3.1. Аналіз результатів дослідження.....	38
3.2. Кореляційний аналіз.....	51
3.3. Програма та рекомендації, що до корекції психологічного стану дорослих та дітей з використання вокалотерапії.....	58
ВИСНОВКИ.....	81
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	86
ДОДАТКИ.....	95

ВСТУП

Актуальність теми дослідження. Сучасні умови збройної агресії проти України зумовили формування нових умов функціонування суспільства та держави, реалізації різноманітних завдань, одним з яких є адаптація до життєдіяльності в умовах воєнного стану.

На сьогоднішній день велика кількість громадян потребує психологічної підтримки, що пов'язано із активними бойовими діями на території України.

Так, спеціалісти відзначають, що більше 4 млн. дітей в Україні на четвертому році війни потребують психологічної допомоги, що пов'язана із порушеннями психологічного стану внаслідок воєнних дій [39].

Кількість громадян, які перебувають четвертий рік в умовах постійної небезпеки в Україні і потребують психологічної допомоги постійно зростає [20].

Для більшості людей в умовах війни однією з проблем виступає адаптація до існуючої реальності та постійного перебування у стресових умовах, оскільки це є складним та достатньо драматичним періодом життя. Спостерігаються зміни в устрої їх буття, внаслідок чого існує потреба у формуванні додаткових психологічних ресурсів особистості.

Процеси психологічної підтримки людини проводиться із використанням спеціальних методик, способів та в обстановці, що максимізують можливість соціального розвитку та адаптації в нових умовах. При цьому, на сьогоднішній день існує ціла низка перепон, з якими стикаються психологи у процесі підтримки дітей та дорослих у період воєнних дій.

Окремі аспекти психологічного благополуччя дорослих, у тому числі й в умовах війни, виступали предметом дослідження великої кількості вітчизняних та зарубіжних науковців, серед яких можливо виділити праці наступних вчених. Так, І. Ліпатова, О. Кокун та В. Невмержицький досліджували особливості психологічного супроводу та адаптації військовослужбовців до умов війни.

Питання психологічного благополуччя дорослих в умовах війни розкрито через їх можливість реалізовувати соціальні, трудові та економічні функції, стійкості у протидії стресовим чинникам, готовність у пристосуванні до нових умов життя, розкрито у працях І. Пішко, Н. Лозінської Маліновської Н.М., Андрійчук І.А. та інших

Психологічний стан дітей, та засоби його корекції під час війни розглянуто у роботах таких вітчизняних психологів як Т. Галицька-Дідух, Т.Л. Карамушка та інших.

Засоби корекції психологічного стану особистості в умовах війни розкриті у роботах Л. Карамушка, Л. Кореня, І. Приходько, З. Комар, С. Полторака та Т. Титаренко Т. та інших. Можливості використання вокалотерапії у цьому процесі розглянуто у роботах Кравцова Н.Є., Швець І.Б., Василевська-Скупа Л.П. та інших. Однак, тема дослідження не втрачає актуальності і на сьогодні, оскільки війна продовжується і все більше дорослих та дітей потребують допомоги, а потенціал вокалотерапії у даному напрямку вивчено недостатньо.

Об'єктом дослідження є особливості психологічного стану дорослих та дітей в умовах війни.

Предметом дослідження є процес корекції психологічного стану дорослих та дітей засобами вокалотерапії в умовах війни.

Метою дослідження є визначення можливості використання вокалотерапії у корекції психологічного стану дорослих та дітей.

Мета зумовлює потребу формування наступних **завдань** нашого дослідження:

1. Уточнити поняття психологічного стану дорослих та дітей, та його особливості в умовах війни.
2. Розглянути підходи до корекції психологічного стану дорослих та дітей, в умовах війни.
3. Описати можливості вокалотерапії у корекції психологічного стану дорослих та дітей.

4. Підібрати та описати методики та процедуру емпіричного дослідження психологічного стану дорослих та дітей.

5. Провести емпіричне дослідження психологічного стану дорослих і дітей та проаналізувати його результати.

6. Розробити та апробувати програму та рекомендації, що до корекції психологічного стану дорослих та дітей з використання вокалотерапії.

Методи дослідження. У процесі проведення дослідження використано сукупність теоретичних та емпіричних методів. До теоретичних методів наукового пізнання належать: аналіз психологічної та методичної літератури, логічний аналіз окремих аспектів проблеми, , метод узагальнення, систематизації. До емпіричних методів віднесено наступні: вивчення та аналіз документації, опитування, психологічне тестування; математико-статистичної обробки даних – первинний математичний аналіз, кореляційний аналіз (r -Спірмена), дослідно-психологічна розробка рекомендацій.

Гіпотеза дослідження: в умовах війни діти та дорослі зазнають довготривалого впливу психотравматичних стресогенних факторів різного генезу, що негативно впливає на рівень їх психологічного благополуччя. Покращення самопочуття та сприйняття навколишнього середовища є можливим завдяки використанню засобів вокалотерапії.

Наукова новизна одержаних результатів. Систематизовано сучасні вітчизняні наукові дослідження з теми корекції психологічного стану дорослих та дітей засобами вокалотерапії в умовах війни.

Практичне значення одержаних результатів. Вперше розглянуто терапевтичний спів як засіб допомоги дорослим та дітям в умовах воєнного часу, а також структуровано способи використання вокалотерапії і надано підтверджуючі дані як результат використання вокалотерапії в якості допоміжного фактору врегулювання психологічного стану дорослих та дітей у подоланні негативних наслідків стресу та тривоги внаслідок воєнних викликів.

Організація дослідження. У дослідженні взяли участь 30 дорослих віком 28-55 років- викладачів школи мистецтв, та 30 дітей шкільного віку(9-13 років).

Було використано наступні методики дослідження: авторська анкета вивчення соціального статусу вибірок, Шкала тривоги Спілбергера - Ханіна (STAI). Тест В. Л. Леві (діагностика страхів, емоційної сфери та особистісних особливостей). Шкала тривожності Тейлора. Методика «Опитувач самооцінки пам'яті McNair і Kahn». Тест САН (самопочуття , активність , настрої).

Апробація: Матеріали магістерської роботи були апробовані у формі доповіді на тему «Корекція психологічного стану дорослих та дітей засобами вокалотерапії в умовах війни», яка відбулася на міському рівні у 10 музичній школі серед музичних та міських шкіл міста, 23 грудня 2025 року.

Публікація результатів дослідження: Тези дослідження опубліковано у матеріалах міжнародної науково-практичної конференції «Економіко-правові управлінсько-технологічні та соціально-психологічні виміри сьогодення: молодіжний погляд» 14 листопада 2025 р. Дніпро, яка відбулася 14 листопада 2025 року у місті Дніпро.

Структура й обсяг роботи: магістерська кваліфікаційна робота складається зі вступу, трьох розділів основної частини (які мають підрозділи), висновків до кожного розділу, загальних висновків, додатків.

Загальний об'єм роботи 117 сторінок. Основний текст роботи – 87 сторінок. Робота включає 47 таблиць, 6 малюнків. Список використаних джерел включає 60 найменувань.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ КОРЕКЦІЇ ПСИХОЛОГІЧНОГО СТАНУ ДОРΟΣЛИХ ТА ДІТЕЙ ЗАСОБАМИ ВОКАЛОТЕРАПІЇ В УМОВАХ ВІЙНИ

1.1. Поняття психологічного стану дорослих та дітей, та його особливості в умовах війни

Наше суспільство переживає уже четвертий рік повномасштабної війни росії проти України, яка супроводжується численними фізичними та психологічними стражданнями українців, пов'язаними перш за все, із позбавленням кожного українця відчуття безпеки. Стресогенність та протяжність у часі травматичних подій війни наносять непоправний негативний вплив на психіку дорослих та дітей, усіх без винятку, адже в Україні не залишилось уже безпечних територій. Все це відображається на психологічному стані дорослих та дітей.

У психологічній літературі поняття *психологічний стан* розглядається як тимчасова сукупність почуттів, думок, реакцій і поведінкових проявів, які людина має у певний момент часу [13].

Т. Клибанівська зазначає: «Існує два основні підходи до розуміння психологічних станів людини, які трактуються або як сукупність психологічних процесів, властивостей, тощо, або як сукупність зміни фізіологічних систем організму і психіки під дією яких-небудь зовнішніх, або внутрішніх чинників» [23, с. 202].

Нам ближче другий підхід, який трактує психологічний стан людини як це динамічну, цілісну характеристику її психічної діяльності, яка відображає сукупність переживань, емоцій, думок та мотивацій протягом певного періоду часу. Він є результатом взаємодії особистості із зовнішнім світом, включає як фізіологічні, так і психологічні компоненти, і впливає на сприйняття, мислення та поведінку людини.

Дослідники підкреслюють, що психологічний стан – це не риса характеру і не стале утворення, а динамічний прояв того, як людина переживає зовнішні події, внутрішні переживання та соціальні впливи.

Так, у роботі Т. Галицької-Дідух у своєму дослідженні психологічних станів дітей під час війни в Україні, дослідниця підходить до розуміння психологічного стану не як окремо визначеної дефініції, а як інтегративного утворення, що відображає емоційні, поведінкові, когнітивні та психофізичні реакції дитини на травмувальні події [10].

Зміст психологічного стану за Т. Галицької-Дідух розкривається через його природні компоненти такі як переживання страху, тривожності, безпорадності, емоційної нестабільності, а також через поведінкові та когнітивні прояви, які стають індикаторами рівня адаптованості дитини до умов воєнного часу [10].

Так у статті К.К.Борщ розкрито комплексний вплив війни на психологічний стан українських дітей, а також окреслено напрями реабілітації, необхідні як у воєнний, так і в післявоєнний період [5].

Т. Галицька-Дідух наголошує, що війна справляє багатовимірний і тривалий вплив на психіку дорослих та дітей. Вона позбавляє їх відчуття стабільності, руйнує звичне середовище розвитку, створює атмосферу постійної небезпеки, у якій дитина не має можливості запустити природні механізми відновлення. Пережиті події такі як от обстріли, втрати, вимушене переселення, розлука з рідними формують у дорослих та дітей високий рівень тривожності, страху смерті та загального відчуття невпевненості [10].

Водночас авторка підкреслює, що психологічний стан дітей погіршується також через знижену ресурсність дорослих, які самі зазнають впливу війни, переживають стрес, втрати та емоційну нестабільність. Саме тому психічне здоров'я дитини в умовах війни тісно корелює з психологічним станом її оточення [10].

Тож, реалії, в яких опиняється людина під час військової агресії, виявляються вкрай стресогенними і заподіюють критичний астенічний вплив

на психіку, що зумовлює підключення значних внутрішніх ресурсів, які направляються перш за все на збереження індивіда від психічної травми та зниження вхідного психологічного навантаження [11].

Людина, що перебуває у зоні бойових дій, або у тилу під обстрілом, особливо цивільна людина, опиняється у екстремальних умовах для психіки. Адже зміни настають раптово, а психіка не в змозі до них адаптуватися.

Українські психологи Сургунд Н., Капустіна В. у своєму дослідженні описують характерні негативні психологічні реакції, що проявилися у нашому суспільному просторі після 24.02.2022. Під характерними психологічними реакціями дослідниці визначають сукупність однотипних індивідуальних психологічних реакцій на стресогенні, критичні події у навколишньому середовищі [46].

Згідно результатам було виділено два загальних блока: «порятунок шляхом самозахисту» та «порятунок шляхом нападу».

До першого увійшли реакції заперечення та відкидання, окрім цього, був помічений феномен «тунельного бачення», коли свідомість звужується до єдиної мети – перемогти у війні, а все інше відкидається як «недоречне», «не на часі» [46].

Це є виявом дії захисних механізмів – сублімації, заперечення, раціоналізації, – що покликані знизити стресове навантаження на психіку. Другий блок пов'язаний з таким масовим явищем, як «чорно-білий» підхід в оцінці, що проявляється у спрощеному сприйнятті реальності, де існує лише дихотомія «погано – добре» [46].

Це призводить до поляризованих оцінок людей та їхніх дій, порою гіпертрофованих і навіть дискримінаційних. Слід зазначити, що виявлені автором негативні психологічні реакції проявляються не у всіх, проте у багатьох наших співвітчизників. Припускається, що саме такі реакції яскраво виділилися через те, що на момент дослідження суспільство переживало другий етап подолання кризових подій – етап агресії та почуття провини [46].

Психологічний стан дитини під дією травмуючої ситуації воєнних дій, який потребує уваги і вивчення психологом може включати наступні порушення:

- емоційні компоненти, такі як страх, тривога, депресивність, безпорадність, збудження, емоційна нестабільність;
- поведінкові прояви такі як уникнення, лякливість, агресивність, дратівливість, гіперактивність, труднощі концентрації;
- когнітивні зміни такі як порушення мислення, пам'яті, спотворені переконання, зниження інтересу до діяльності, труднощі навчання;
- психосоматичні прояви такі як безсоння, порушення апетиту, болі, психосоматичні симптоми [59].

Психологічний стан дитини під час війни є складним багатofакторним утворенням, яке піддається значним змінам під впливом травматичних подій, нестабільності та емоційного стану дорослих. Прояви цих змін охоплюють емоційні, поведінкові, когнітивні та психосоматичні компоненти, формуючи ризики для довготривалого розвитку.

Наслідки впливу війни на психіку дітей проявляються у різних формах. Емоційні порушення включають страх, тривожність, пригніченість, нестабільність емоцій, а також емоційне виснаження. У поведінці такі зміни частіше виражаються агресивністю, дратівливістю, різноманітними формами уникнення або, навпаки, гіперактивністю [37].

Когнітивна сфера страждає через труднощі концентрації, зниження пам'яті, порушення навчальної діяльності, звуження мислення, а інколи – через формування спотворених переконань, пов'язаних із травматичним досвідом. До цього додаються психосоматичні прояви – порушення сну, головний біль, розлади апетиту, соматичні болі [10].

Симптоми посттравматичного стресового розладу, що проявляються у вигляді флешбеків, нав'язливих спогадів, лякливості та гіпер пильності [31].

Таким чином психологічний стан є індикатором психічного здоров'я та благополуччя дитини, що визначається впливом травмувальних подій, соціальних умов і підтримки з боку значущих дорослих.

Попри значні ризики та ускладнення, Т. Галицька-Дідух наголошує на необхідності реалізації програмного підходу до психологічної корекції стану дітей. Авторка робить акцент на важливості створення безпечного освітнього середовища, яке забезпечує емоційну підтримку, стабільність і передбачуваність. Значущим компонентом реабілітації є підвищення психологічної компетентності педагогів та батьків, адже саме дорослі виступають головними стабілізаторами дитячого стану. Також підкреслюється важливість адаптації навчальних програм, врахування можливого зниження когнітивних можливостей дітей та забезпечення більш гнучкого підходу до навчальної діяльності [10].

У дорослих, у відповідності до змісту доповіді, підготовленої М. Слюсаревським, навесні 2022 року спостерігалася певна динаміка емоційних реакцій цивільного населення на військову агресію: після проходження етапів ступору, шоку та розгубленості, наступав період високої емоційної піднесеності, бажання здобуття швидкої перемоги, солідарності та об'єднання, після чого трансформувалися у депресивну стадію, в якій переважали песимізм, апатія та відсутність будь-яких сподівань, що є ключовими ознаками виснаження психологічних резервів організму та тривалого стресу. До того ж, для більшості громадян вже звичним емоційним елементом в умовах війни стало відчуття провини, страху, нестерпного гніву та ненависті до ворога. Для громадян, які пережили втрату чи зазнали травм, достатньо небезпечними є гострі реакції на стрес, розлади адаптації та патологічний перебіг процесу пережиття горя [42].

Стрес є своєрідним станом фізичного і психологічного збудження, та визнається нормальною формою реагування людини на екстремальні події. Внаслідок розвитку стресових ситуацій виникають певні складнощі емоційного, когнітивного та особистісного характеру. Специфіка кожної із

перелічених сфер зумовлюють розвиток різноманітних за показниками прояву стресових реакцій. Прийнято розрізняти наступні види реакцій та стресові події таких, як без ознак порушення адаптації, гострі стресові реакції, гострі стресові розлади, посттравматичний стресовий розлад [31].

У випадках, коли реакція не супроводжується наявністю ознак порушення адаптації, в особи простежується три стадії реагування, якими є: тривожність, адаптація та виснаження. Тривожність виникає як форма відповіді на стресові ситуації коли організм лише пристосовується до нових реалій, а потім вже адаптується до них. Внаслідок тривалого стресу можуть виникати стани тривожності, невпевненості у майбутньому, страху, депресії, порушення сну. При цьому, найбільш специфічними ознаками стресу є постійна тривога, депресивні стани та порушення сну [19].

Гострі стресові розлади або дезадаптація є специфічною формою реакції на вплив психологічного та соціального стресу, внаслідок чого простежується виникнення клінічно значимих емоційних чи поведінкових проявів. Як правило, дезадаптація проявляється через декілька місяців після настання травмуючої події, а закінчується через деякий час після припинення впливу стресогенних чинників або в результаті досягнення вищого рівня адаптації до ситуації.

Посттравматичний стресовий розлад виступає в якості відстроченої в часі психопатологічної реакції, що зумовлено впливом певних психотравматичних подій, внаслідок чого має місце формування певного цілісного синдрому. Також прийнято виділяти комплексний посттравматичний стресовий розлад, що формується під впливом довготривалого травматичного впливу [11].

В якості окремих форм реакції на стрес виділяють такі види екстремальних станів як афект, фрустрація, паніка, страх та психологічна криза. Сутність афекту полягає в існуванні сильного та короткотривалого емоційного стану, що має вибуховий характер, внаслідок чого виникає не підпорядкована вольовому свідомому контролю розрядка через дію. За своєю

сутністю стан афекту може виникати від страху, радості, гніву тощо. При цьому варто розмежовувати фізіологічний та патологічний афекти, оскільки в останньому випадку мова йде про компетенцію психіатра.

Достатньо поширеним проявом афекту в стресових ситуаціях є відчуття страху, коли внаслідок неможливості індивіда подолати надзвичайно небезпечну ситуацію, яка є несподіванкою для нього, виникає афективний страх. Після такого афекту людина інколи не здатна згадати окремі деталі своєї поведінки та стану, почувуючись пригніченою та «розбитою» [20].

Також в стресових умовах можуть виникати стани фрустрації, що характеризується підвищенням рівня внутрішньої психічної напруги, що зумовлено розчаруваннями, невдачами у спробах досягти поставленої мети. Виникнення фрустрації зумовлено двома основними умовами, це існування високого рівня мотивації для досягнення поставлених цілей, та або існування перешкод або непереборних перепон у досягненні поставленої мети.

Серед суб'єктивних проявів фрустрації можливо виділити розчарування, переживання невдач, напруженість тощо.

В залежності від обстановки переживання можуть мати різний характер, зокрема відчуття вини, роздратування, пригнічення, гніву.

Ступінь фрустрації залежить від сили впливу стресових чинників та навичок індивіда до подолання труднощів. У науковій літературі пропонується виділяти наступні форми фрустрації, такі, як надмірна рухова активність, що знаходить своє вираження через неупорядковані та безцільні реакції, апатія, деструкція, агресія або ауто агресія, поява схильності до бездумного копіювання встановлених правил поведінки, регресія, що полягає у зверненні до поведінки, яка переважає у попередніх аналогічних ситуаціях, чи примітивізація поведінки, зниження показників її конструктивності [31].

За своїми наслідками фрустрація може мати короточасний або довготривалий характер. З метою її подолання необхідно використовувати різноманітні прийоми аутогенного тренування, одночасно забезпечуючи знання емоційного та вольового перенавантаження, зниження рівня

конфліктності ситуації, організації спілкування у дружній атмосфері, акцентування уваги на чомусь приємному [31].

Отже, під час війни у людей часто виникають реакції, «тунельне бачення», «чорно-білий» підхід в оцінці ситуації й інших людей. Хронологічно військові дії проживаються, як і будь-які кризові, стресові екстремальні події, за чотирма етапами заперечення, агресія і почуття провини, депресія, зцілення.

Через війну під потенційним ризиком розвитку психічних розладів, зокрема, депресії та ПТСР, опиняється кожна п'ята людина. Однією з найуразливіших у даному аспекті категорій населення є цивільні, які перебувають, або перебували у зоні бойових дій, які пережили і переживають дуже сильні травматичні події, через що можуть стикатися зі значними труднощами у соціально-психологічній адаптації [14].

Характерними для дорослих, під час війни є зміни в афективній, когнітивній і поведінковій сферах, що сутнісно є подібними до симптомів людей, які пережили серйозну психологічну травму.

Отже, психологічний стан у науковій літературі розглядається як динамічна і комплексна характеристика внутрішнього світу людини, яка охоплює її емоції, спосіб мислення, поведінку та фізичні реакції. Діти й дорослі переживають психологічні стани по-різному, але для обох груп вони є важливими показниками адаптації, стійкості й психічного здоров'я. Розуміння цього поняття є необхідним для педагогів, психологів, соціальних працівників і батьків, адже від своєчасного реагування на зміни психологічного стану залежить ефективність допомоги, розвиток і благополуччя людини.

Психологічний стан це інтегративна характеристика емоційної, поведінкової й когнітивної сфер особистості, які різко порушуються під впливом війни. Психологічні наслідки проявляються у вигляді страху, тривожності, депресивності, порушень поведінки, ПТСР, психосоматичних симптомів.

1.2. Підходи до корекції психологічного стану дорослих та дітей, в умовах війни

Розглянемо підходи до корекції психологічного стану дорослих та дітей, в умовах війни у сучасних українських дослідженнях.

Л. Нянько та В. Нянько, досліджуючи психологічну підтримку в умовах війни в Україні, наголошують, що військові дії руйнують базові потреби людини в безпеці, стабільності та довірі до світу, що спричинює тривалі емоційні, поведінкові й когнітивні порушення [34].

Саме тому корекційна робота має охоплювати і кризові, і довготривалі втручання, враховувати як індивідуальні реакції, так і вплив соціального середовища. Одним із ключових напрямів корекційної допомоги, на яких наголошують автори, є кризове втручання [34].

Його мета – забезпечити максимально швидко стабілізацію емоційного стану постраждалих, знизити прояви шоку, паніки, дезорієнтації.

Це включає застосування технік заземлення, дихальних вправ, елементів тілесної саморегуляції, що допомагають людині повернути відчуття контролю. Такий підхід є ефективним як для дорослих, так і для дітей, особливо тих, хто пережив миттєві загрозливі події [36].

Також, Д. Романовська підкреслює важливість психоедукації як підходу, що сприяє розумінню власних реакцій на стрес. Навчання дорослих та дітей технікам самопомоги, інформування про природу травматичних реакцій, розвиток навичок управління стресом є базовим компонентом адаптації до умов війни. Для дітей психоедукація часто реалізується через гру, арт-терапевтичні форми та взаємодію з батьками, що забезпечує безпечний канал пізнання й емоційної стабілізації [40].

Центральне місце посідають травмоорієнтовані психотерапевтичні підходи, серед яких Л. Нянько та В. Нянько виділяють EMDR, когнітивно-поведінкову терапію та її травмофокусований варіант. EMDR допомагає інтегрувати травматичні спогади, послабити їх емоційний заряд, а КПТ

працює з деструктивними мисленневими думками, що виникають після пережитої травми. Для дітей особливо ефективною є ТФ-КПТ, оскільки вона поєднує роботу з думками, емоціями, тілом та поведінковими реакціями, враховуючи вікові особливості [34].

Значну увагу М. Слюсаревський приділяє тілесно-орієнтованим підходам, які дозволяють опрацьовувати травму без вербалізації, що є особливо важливим для дітей. Арт-терапія, ігрова терапія, музична та пісочна терапія виступають засобами безпечного емоційного вираження, тоді як тілесно-орієнтовані техніки та дихальні практики стабілізують нервову систему, зменшують гіперзбудливість, сприяють зниженню соматичних проявів стресу. Робота з тілом допомагає нейтралізувати травматичні «відбитки», які закріплюються на фізіологічному рівні [43].

Важливим напрямом є групова терапія та групові тренінги, які створюють атмосферу підтримки, взаєморозуміння й колективного переживання досвіду. У статті А. Фурман підкреслено, що взаємодія в групі підвищує відчуття безпеки, допомагає долати ізоляцію та зміцнювати навички соціальної комунікації, що особливо важливо для дітей та підлітків. Для дорослих групові форми сприяють нормалізації психоемоційного стану, відновленню життєстійкості та ресурсності [51].

Ю. Яремків також наголошує на необхідності сімейної терапії, адже війна впливає не лише на окрему людину, а й на цілісність родинних систем. Робота з сім'єю допомагає відновити комунікацію, знизити конфліктність, покращити взаємну підтримку й адаптацію. У статті зазначається, що допомога батькам у розумінні дитячих реакцій на війну є ключовою умовою стабілізації стану самих дітей [58].

Окремий напрям корекційної роботи – це довготривала терапевтична підтримка, спрямована на профілактику та подолання ПТСР.

Так, Т. Титаренко підкреслює, що тривалі воєнні дії викликають накопичувальний травматичний ефект, тому після завершення гострої фази небезпеки люди потребують систематичної психологічної реабілітації. Така

підтримка включає роботу з травматичними спогадами, реконструкцію життєвих планів, формування нових смислів та життєвих стратегій, що особливо актуально для військових, ветеранів та їхніх родин [49].

Важливою складовою за Т. Титаренко є акцент на інтегративному психотерапевтичному підході. Автори зауважують, що жоден окремий метод не є універсальним для всіх випадків. Тому ефективна корекційна робота будується на поєднанні екзистенційно-гуманістичної терапії, гештальт-терапії, тілесно-орієнтованих підходів, позитивної психотерапії та когнітивно-поведінкових методів. Така інтеграція дозволяє адаптувати допомогу до конкретних потреб людини та глибини її травматичного досвіду [49].

У статті Тамари Галицької-Дідух окреслено спеціалізовані засоби психологічної корекції психологічного стану дітей під час війни. Серед них когнітивно-поведінкова терапія, арт-терапія, групові форми роботи, анімалотерапія, програми типу «Фокус», спрямовані на комплексну реабілітацію дітей із травматичним досвідом. Окремий акцент зроблено на відновленні почуття безпеки, роботі з емоціями через гру, творчість, ритуали та соціальну підтримку, що дозволяє дитині поступово інтегрувати травматичний досвід, зменшити інтенсивність симптомів та відновити здібності до навчання й соціальної взаємодії [10].

Важливим є й психофізіологічний підхід, зазначає В. Гаснюк який базується на тому, що спів нормалізує роботу нервової системи, впливає на серцево-судинну діяльність, зменшує рівень кортизолу, активізує вироблення ендорфінів та окситоцину [12].

О. Василевська, що регулярні вокальні практики сприяють зниженню симптомів тривоги, депресивних настроїв, зняттю внутрішнього напруження та відновленню загального психофізичного тону. У дорослих це проявляється у підвищенні працездатності, зменшенні емоційної виснаженості, а у дітей у стабілізації поведінкових реакцій, покращенні уваги та емоційної регуляції [6].

Значення має і соціальний підхід, спрямований на залучення волонтерських, громадських і реабілітаційних структур, які забезпечують підтримку, створюють середовище безпеки та сприяють поверненню до нормального життя. Соціальна підтримка сприяє зниженню почуття самотності, формуванню відчуття приналежності, що є критично важливим для подолання наслідків психологічної травми [49].

Таким чином, підходи до корекції психологічного стану в умовах війни мають бути багаторівневими, інтегрованими, орієнтованими на особистість та її життєвий контекст. Вони повинні включати як швидкі стабілізаційні методи, так і глибинну терапію, роботу з тілом і емоціями, групову взаємодію, сімейну підтримку, а також довготривалу реабілітацію. Усі ці підходи у поєднанні забезпечують комплексну допомогу, яка дозволяє дорослим і дітям поступово відновлювати психічне здоров'я, життєстійкість та здатність взаємодіяти зі світом.

1.3. Можливості вокалотерапії у корекції психологічного стану дорослих та дітей

Вокалотерапія є одним із напрямків корекційної терапії, у якій корекція психологічних станів досягається за рахунок використання музики і співу у груповій та індивідуальній роботі із дорослими та дітьми.

Розглянемо сучасні вітчизняні дослідження у даному напрямку.

У статті Н. Кравцової, І. Швець та Л. Василевської-Скупи підкреслюється, що сучасні стресогенні фактори, зокрема війна, призводять до масштабної психологічної дестабілізації дітей і дорослих, що проявляється як у психоемоційних порушеннях, так і в психосоматичних відхиленнях. Автори акцентують, що в умовах тривалих кризових подій спостерігається зростання невротизації населення, дезорганізація емоційно-вольової сфери, зниження функціональності, і саме тому виникає потреба в ефективних, доступних та комплексних методах підтримки психічного здоров'я. У цьому контексті

вокалотерапія розглядається як один із найбільш перспективних засобів активної музикотерапії, здатний гармонізувати психофізіологічний стан людини, відновити її емоційну рівновагу та підтримати соматичне здоров'я [24].

У роботі М. Крет М. та Н. Левчук докладно описано, що вокалотерапія має потужний психотерапевтичний потенціал, адже поєднує вплив дихання, голосу, музики та емоційної експресії. Автори наводять дані медичних і психологічних досліджень, згідно з якими спів активізує внутрішні резерви організму, запускає відновні процеси, сприяє зниженню тривоги, стабілізує психовегетативні функції, зменшує прояви психосоматичних симптомів та покращує загальне самопочуття [25].

У статті Т. Кукурінчук підкреслено, що під час війни, коли люди переживають хронічний стрес, втрату контролю, страх, ізоляцію та емоційне виснаження, саме музичні та вокальні практики можуть стати одним із доступних інструментів відновлення [26].

Аналіз статті Н. Кравцової та співавторів дозволяє виокремити комплекс підходів до корекції психоемоційного стану людей, які переживають війну. Автори підкреслюють, що в умовах затяжного стресу, невизначеності та загрози життю у дорослих і дітей формується широкий спектр психічних та психофізіологічних реакцій від тривоги й емоційної нестабільності до соматичних розладів та виснаження. Тому корекція має бути багаторівневою, поєднувати психологічні, фізіологічні та творчі методи, а також враховувати потребу особистості в безпеці, емоційному розвантаженні та відновленні ресурсності [24].

Одним із центральних підходів, який висвітлений у статті А. Мартинюк і І. Малашевської, є використання музикотерапії та вокалотерапії як методів активної арттерапії, що одночасно впливає на емоційний, дихальний, тілесний і нейрофізіологічний рівні. Автори наголошують, що спів, як природна форма саморегуляції, забезпечує можливість знизити психічну напругу, відновити внутрішній баланс та покращити самопочуття [30].

Вокалотерапія передбачає регуляцію дихання, стабілізацію нервової системи, відновлення природних ритмів організму, що є вирішальним у ситуаціях хронічного стресу. Через контрольоване дихання та голосові вправи дорослі та діти вчаться знижувати рівень тривожності, долати м'язові затиски, нормалізувати сон і покращувати увагу [33].

Другим важливим підходом, у використанні вокалотерапії, є тілесно-орієнтована робота, яка включає дихальні техніки, резонаторні вправи, артикуляційну гімнастику та вправи на розслаблення [26].

У статті В. Гаснюк зазначено, що під час війни люди часто переживають м'язові зажими, порушення дихання та психосоматичні реакції, а робота з голосовим апаратом та диханням допомагає відновити фізіологічні механізми, що впливають на психологічний стан. Таким чином, тілесні практики розглядаються як основа стабілізації емоційного фону [12].

Це базується на емоційній експресії через творчі методи, зокрема – через спів, імпровізацію та музично-рухові вправи. Багато вправ на спів для дорослих та дітей представлено у збірниках та спеціальних програмах з корекції, як от у програмі оздоровчо-освітньої роботи для дітей старшого дошкільного віку групи авторів А. Малашевської та С. Демидової «Веселкова музикотерапія»[29].

Стаття Т. Кукурінчук підкреслює, що спів дозволяє безпечно вивільнити приховані або витіснені емоції, які часто супроводжують переживання травми. Для дітей це природний спосіб розповісти про власний внутрішній стан у непрякій, ігровій, художній формі; для дорослих можливість подолати внутрішні блоки, відчувати контроль над тілом і голосом, повернути собі відчуття цілісності та сили. Таким чином, творчі практики розглядаються як засоби емоційної саморегуляції та відновлення психологічної рівноваги [26].

Ще один підхід, на якому наголошують Н. Кравцова, І. Швець та Л. Василевська-Скупа це групова робота, що має виражений соціально-психологічний ефект. Під час війни люди часто відчувають ізоляцію, втрату соціальних зв'язків, відчуття самотності. Груповий спів або групові

музикотерапевтичні заняття створюють атмосферу прийняття, підтримки, спільності й безпеки. Автори вказують, що колективний спів знижує рівень стресу, допомагає відчувати єдність та відновити соціальну взаємодію, що є критично важливою частиною психологічної стабільності у кризових умовах. Особливо це актуально для внутрішньо переміщених осіб, дітей із зон бойових дій та дорослих, які втратили соціальні опори [24].

Особлива увага приділена тому, що вокалотерапія має універсальний вплив на дорослих і дітей. Для дітей спів є природним способом вираження емоцій, а під час війни це забезпечує безпечний канал розвантаження внутрішнього напруження.

Для дорослих, навпаки, спів виступає інструментом зняття стресу, подолання емоційних блоків, відновлення внутрішньої рівноваги та підтримки психологічної стійкості, що є особливо важливим у період тривалої нестабільності.

У статті Т. Кукурінчук докладно описано механізми впливу вокалу на психофізіологічний стан людини. Спів розглядається як особлива форма дихальної та тілесно-орієнтованої терапії, оскільки активізує діафрагмальне дихання, нормалізує тонус голосових зв'язок, стимулює резонаторні системи, покращує вентиляцію легень та роботу серцево-судинної системи. Автори наголошують, що правильне вокальне дихання допомагає налагодити роботу нервової системи, стабілізує емоційний стан, знижує рівень психічного напруження та сприяє відновленню внутрішнього ресурсу, ці ефекти, критично важливі в умовах воєнного стресу [26].

Особливо цінним є твердження, що вокалотерапія впливає не лише на фізичне, а й на емоційне та когнітивне функціонування людини. Спів допомагає ідентифікувати приховані емоції, виявляти внутрішні конфлікти, переносити емоційні переживання у символічну форму через музику та голос [25].

Це дає можливість дорослим і дітям безпечним способом пропрацювати травматичний досвід, не вербалізуючи його прямо.

Механізм «психотерапевтичної проєкції» через образність пісні, зміну тембру й ритму, резонанс та дихання дає змогу людині відновити баланс між тілом і психікою [24].

Автори багатьох досліджень також підкреслюють значний потенціал групового співу. Під час війни люди відчують ізоляцію, втрату соціальних зв'язків, емоційну самотність, а групове музикування допомагає відновити почуття єдності, безпеки та підтримки.

Колективний спів знімає психологічні бар'єри, забезпечує анонімність, дозволяє включитися в групу без тиску та зайвого контролю. Це робить вокалотерапію ефективною в середовищі переселенців, дітей, які пережили стрес, та дорослих, які потребують соціальної підтримки [24].

У багатьох роботах також представлено конкретні засоби і вправи, що використовуються у вокалотерапевтичній практиці. Це дихальна гімнастика, артикуляційні вправи, резонаторні вправи, вправи на зниження м'язового напруження, а також формування основних вокальних навичок. Усі вони спрямовані на розв'язання стресових блоків у тілі, стабілізацію психофізіологічних процесів та гармонізацію емоційного стану. Автори підкреслюють, що комплекс вокально-тренувальних вправ є ефективним способом активізації апатичних, тривожних, пригнічених станів, що є типовими для людей, які перебувають у ситуації війни [38;45;48;55].

Значну роль у корекції психологічного стану відіграє ретельно підібраний музичний та вокальний репертуар. Автори підкреслюють, що пісні з позитивним емоційним змістом, які викликають теплі асоціації або пов'язані з культурними традиціями, сприяють емоційному піднесенню, зменшенню напруги й формуванню почуття стабільності. Особливо корисні пісні, що супроводжуються рухами, драматизацією або ігровими елементами це підсилює терапевтичний ефект та допомагає включати дітей у творчий процес [48; 56].

I. Таран робить акцент на необхідності правильно підбирати репертуар, який повинен мати позитивний емоційний вплив, бути близьким до

культурних традицій та легко сприйматися учасниками. Особливо корисними вважаються пісні, які можна інсценізувати або драматизувати, адже вони стимулюють творчу активність, сприяють емоційному розвантаженню та формуванню позитивних асоціацій [48].

Також окреслено важливість комплексного та системного підходу, що поєднує вокалотерапію з іншими формами психологічної підтримки: бесідами, консультаціями, арт-терапією, руховою терапією, психоосвітніми заходами для батьків і педагогів. Автори наголошують, що тривалий вплив війни потребує не одноразових втручань, а систематичної, поступової та ресурсної роботи, спрямованої на відновлення емоційної стійкості та адаптаційних можливостей [24].

Таким чином, можна стверджувати, що корекція психологічного стану дітей і дорослих під час війни базується на поєднанні кількох взаємодоповнювальних підходів, таких як використання тілесно-дихальних технік, творчої саморегуляції через спів, групової взаємодії, емоційної експресії, психофізіологічної гармонізації та психоемоційної підтримки.

Вокалотерапія у цьому контексті виступає не лише як форма музикотерапії, а як комплексний психотерапевтичний інструмент, здатний одночасно працювати з тілом, емоціями, психікою та соціальними зв'язками людини. Це робить її надзвичайно актуальною та ефективною у сучасних умовах війни, коли населення стикається з хронічним стресом, травмою та потребою у доступних засобах психологічної підтримки.

Отже, вокалотерапія є ефективним, природним та універсальним засобом корекції психологічного стану дітей і дорослих у період війни. Вона поєднує тілесний, емоційний, творчий та соціальний компоненти, що робить її особливо доречною у ситуаціях, де традиційні терапевтичні методи можуть бути недоступними або недостатніми.

Спів сприяє гармонізації психофізіологічних процесів, зміцненню емоційної стійкості, розвантаженню психіки та формуванню відчуття безпеки як ключових чинників, необхідних для подолання наслідків тривалого

воєнного стресу. Науковці окреслюють вокалотерапію як важливий і перспективний напрям психологічної підтримки дорослих та дітей України в умовах війни та післявоєнного відновлення.

Висновки за розділом 1

1. Аналіз науково-психологічної літератури за темою дослідження дозволив уточнити поняття психологічного стану дорослих та дітей, та його особливості в умовах війни. Психологічний стан це інтегративна характеристика емоційної, поведінкової й когнітивної сфер особистості, які різко порушуються під впливом війни. Психологічні наслідки проявляються у вигляді страху, тривожності, депресивності, порушень поведінки, психосоматичних симптомів.

2. Розглянуто підходи до корекції психологічного стану дорослих та дітей, в умовах війни. Підходи до корекції психологічного стану в умовах війни мають бути багаторівневими, інтегрованими, орієнтованими на особистість та її життєвий контекст. Вони повинні включати як швидкі стабілізаційні методи, так і глибинну терапію, роботу з тілом і емоціями, групову взаємодію, сімейну підтримку, а також довготривалу реабілітацію.

3. Описано можливості вокалотерапії у корекції психологічного стану дорослих та дітей. Вокалотерапія виступає не лише як форма музикотерапії, а як комплексний психотерапевтичний інструмент, здатний одночасно працювати з тілом, емоціями, психікою та соціальними зв'язками людини.

Вокалотерапія є ефективним, природним та універсальним засобом корекції психологічного стану дітей і дорослих у період війни. Вона поєднує тілесний, емоційний, творчий та соціальний компоненти, що робить її особливо доречною у ситуаціях, де традиційні терапевтичні методи можуть бути недоступними або недостатніми. Спів сприяє гармонізації психофізіологічних процесів, зміцненню емоційної стійкості, розвантаженню психіки та формуванню відчуття безпеки як ключових чинників, необхідних для подолання наслідків тривалого воєнного стресу.

РОЗДІЛ 2

МЕТОДИКИ ТА ПРОЦЕДУРА ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНОГО СТАНУ ДОРΟΣЛИХ ТА ДІТЕЙ

2.1. Вибір та обґрунтування методик дослідження

Дослідження психологічного стану дорослих і дітей, які переживають наслідки війни, потребує комплексного, чутливого та валідного інструментарію, здатного всебічно охопити емоційну сферу, рівень тривожності, наявність страхів, особливості психофізіологічного стану та самооцінку когнітивних можливостей.

Умови війни створюють підвищену емоційну напруженість, накопичення травматичного досвіду, порушення відчуття безпеки та зниження психологічної стійкості, тому необхідно застосовувати саме ті методики, які дозволяють чітко фіксувати зміни у внутрішньому стані під впливом корекційних заходів, зокрема вокалотерапії.

Нами було відібрано та обґрунтовано ряд методик для всебічного його вивчення. Розглянемо кожну із обраних методик окремо.

1. Шкала тривоги Спілбергера - Ханіна (STAI). Шкала Спілбергера є класичним і найбільш валідним інструментом для вимірювання ситуативної (реактивної) та особистісної тривожності. У контексті дослідження впливу вокалотерапії вона є надзвичайно важливою, оскільки дозволяє відслідкувати негайні зміни психологічного стану після вправ вокалотерапії (ситуативна тривога), загальний базовий рівень тривожності, сформований під впливом війни (особистісна тривога).

Оскільки багато дітей і дорослих у воєнному контексті демонструють підвищену емоційну збудливість, неспокій, страх перед майбутнім, шкала STAI дозволяє кількісно оцінити ступінь цих переживань до та після корекційного впливу. Її використання забезпечує можливість науково підтвердити ефективність вокалотерапії як засобу зниження тривожності.

2. Тест В. Л. Леві (діагностика страхів, емоційної сфери та особистісних особливостей). Тест Леві є важливим інструментом для роботи саме з дітьми, оскільки дозволяє комплексно виявити страхи, емоційні переживання, рівень фрустрації, агресивності, самооцінки та стиль взаємодії з оточенням. У контексті війни у дітей часто формуються нові страхи (гучних звуків, втрати близьких, темряви, самотності).

Тому тест Леві дає можливість зафіксувати зміни емоційних реакцій під впливом травматичного досвіду, визначити внутрішні емоційні блоки, які можуть знижувати ефективність корекційних методів, простежити динаміку зменшення або трансформації страхів після занять вокалотерапією.

Цей тест охоплює ширший спектр емоційних проявів, ніж шкали тривоги, тому доповнює загальну картину психологічного стану досліджуваних.

3. Шкала тривожності Тейлора. Шкала Тейлора орієнтована на вимірювання хронічного, стійкого рівня тривожності, що формується внаслідок довготривалого стресового впливу. Війна, постійні повітряні тривоги, міграційні процеси та втрата почуття контролю сприяють виникненню саме таких тривалих форм тривоги.

Ця методика дозволяє оцінити глибинні, стійкі емоційні наслідки травматичного досвіду, виміряти базовий рівень напруги, що впливає на сон, апетит, навчальну та соціальну активність, визначити, наскільки вокалотерапія може мати довготривалий антистресовий ефект.

Завдяки своїй спрямованості на особистісну тривогу шкала Тейлора підсилює результати дослідження та забезпечує комплексність оцінки.

4. Методика «Опитувач самооцінки пам'яті McNair і Kahn». Пам'ять є одним із найвразливіших психічних процесів під впливом стресу та тривоги. У дітей і дорослих, які пережили травматичні події війни, часто спостерігаються труднощі з концентрацією, запам'ятовуванням, відтворенням інформації. Опитувач McNair & Kahn дозволяє оцінити суб'єктивне відчуття зниження пам'яті, а також виявити, як емоційний стан впливає на когнітивні

процеси. Тест дає змогу простежити, чи покращуються когнітивні функції під впливом вокалотерапії.

Вокалотерапія, яка поєднує дихальні практики, ритм, голосові вправи та музичні емоційні переживання, потенційно покращує концентрацію та відчуття контролю, тому оцінка пам'яті є важливою для підтвердження цього впливу.

5. Тест САН (самопочуття, активність, настрій). САН є однією з найчутливіших і найшвидших методик для оцінки поточних психофізіологічних станів, що дозволяє вимірювати рівень фізичного самопочуття, рівень активності, енергійності та психомоторного тону, емоційний фон і настрої.

Методика ідеально підходить для короткотривалих корекційних програм, таких як вокалотерапія, оскільки дозволяє побачити зміни навіть після одного заняття. У контексті війни показник настрою і самопочуття є ключовим, оскільки саме вони відображають рівень емоційного виснаження, апатії або, навпаки, підвищення життєвої активності після корекційних втручань.

САН дозволяє об'єктивно підтвердити, чи дійсно вокалотерапія сприяє емоційному піднесенню, покращенню активності й загального самопочуття.

Отже, обрані методики утворюють комплексний та взаємодоповнювальний діагностичний інструментарій, що дозволяє повноцінно оцінити психологічний стан дорослих і дітей у контексті впливу війни та подальшої корекції засобами вокалотерапії. Шкала Спілбергера, тест Леві та шкала Тейлора забезпечують багаторівневу оцінку тривожності та страхів. Опитувач McNair & Kahn фіксує зміни в когнітивній сфері. Тест САН дозволяє виміряти негайний ефект вокалотерапії на емоційний і фізичний стан. Сукупне використання цих методик створює надійну емпіричну основу для доказового аналізу ефективності вокалотерапії як інструменту покращення психологічного стану в умовах війни.

2.2. Опис вибірки та проведення процедури дослідження

Дослідження проводилось у очному форматі. На базі школи мистецтв МКЗК «ДШУКМ ім. О. Гончара», м. Дніпро.

Нами було сформовано 2 вибірки.

1. Вибірка дорослі: 30 викладачів школи мистецтв позашкільної освіти(28-55 років).

2. Вибірка: 30 учнів школи мистецтв віком 9-13 років.

Опишемо демографічний статус двох вибірок, який було вивчено на основі опрацювання документації школи мистецтв.

Вибірка дорослих респондентів представлена 30 викладачами школи мистецтв віком від 28 до 55 років. Середній вік становить приблизно 38–46 років, що відповідає періоду професійної зрілості та сформованої педагогічної компетентності. За статевим складом вибірка є рівномірною всі жінки, що відображає загальну гендерну специфіку роботи в освітніх та мистецьких закладах в умовах війни. Чоловіків немає. Тому, гендерний аспект у дослідженні не враховувався.

Стан здоров'я респондентів загалом задовільний, хоча частина викладачів (приблизно 20%) повідомляє про наявність хронічних захворювань, що не впливають безпосередньо на професійну діяльність, але можуть ускладнювати психологічну адаптацію під час стресових ситуацій. У декількох учасників фіксуються прояви психоемоційного напруження, пов'язаного з війною та загальною економічною нестабільністю, але інформації про тяжкі психічні розлади не виявлено.

Щодо сімейного статусу, більшість викладачок перебувають у шлюбі (приблизно 60%), частина – розлучені або виховують дітей самостійно (близько 20%), а ще 20% не перебувають у шлюбі. Значна частка має дітей шкільного віку, що підсилює їх мотивацію до стабільної професійної діяльності та впливає на сприйняття воєнної ситуації.

Узагальнено демографічний склад вибірки відображає соціально активну групу працездатного віку, яка має стабільну професійну зайнятість, але перебуває під впливом зовнішніх стресових чинників, зумовлених війною.

Вибірка дітей представлена 30 учнями віком від 9 до 13 років, які навчаються у школі мистецтв у різних творчих напрямках. Статевий розподіл є рівномірним. Всі дівчата. Гендерний аспект у дослідженні не враховувався.

Стан здоров'я дівчат загалом характеризується як задовільний. За вивченням документації мед працівника школи, близько 15% мають легкі хронічні стани (алергічні реакції, астеничні прояви, невиражені порушення постави), які не потребують постійного медичного нагляду та не впливають на участь у навчальному процесі. Проте близько третини дітей демонструють ознаки підвищеної емоційної чутливості або стресових реакцій, особливо під час повітряних тривог, за свідченнями психолога та педагогів школи що є типовим у контексті воєнного часу.

Особлива увага приділялася аналізу сімейного статусу. 50% учнів виховуються у повних сім'ях, де присутні обоє батьків. Ще 30% – у неповних сім'ях, де виховання забезпечують один із батьків, бабуся або інші родичі.

У частини дітей (близько 20%) один із батьків тимчасово відсутній через перебування у зоні бойових дій, що створює додаткове психологічне навантаження.

У більшості випадків (близько 80%) основним вихователем залишається мати, що відповідає загальним тенденціям розподілу ролей у сім'ях з дітьми в умовах війни. Декілька дітей виховуються бабусями або іншими членами родини.

Загалом вибірка дітей характеризується віковою та гендерною однорідністю(тільки дівчата), та помірною частотою сімейних змін, що є типовим для шкільної групи в умовах воєнної ситуації.

Отже, дві вибірки – викладачі та учні – демонструють різні демографічні особливості, але обидві групи мають специфічні фактори, що впливають на їх психологічний стан.

Так, у дорослих це професійне навантаження, відповідальність за сім'ю, економічні труднощі, а у дітей відповідно сімейні зміни, тривога за батьків, порушення почуття безпеки та вплив війни.

Для вивчення соціального статусу вибірок було розроблено та застосовано коротке анкетування, яке включало як питання соціального статусу, так і питання, що до емоційного стану опитаних, викликаного війною в Україні.(Анкети представлено у додатку А).

Наведемо результати анкетування педагогів у таблиці(табл.2.1)

Таблиця 2.1

Соціальні та емоційні характеристики викладачів школи мистецтв

Показник	Варіант	К-сть	%
Мали досвід перебування в зоні бойових дій (короткочасно/раніше)	так	10	33%
Евакуація	так	9	30%
Матеріальний стан	нестабільний/критичний	21	70%
Втрата доходу	так/частково	24	80%
Родичі на фронті	так	18	60%
Психологічна підтримка	отримували	8	27%
Погіршення емоційного стану	значне/часткове	25	83%
Потреба у психологічній допомозі	так/інколи	22	73%

Як бачимо,(табл.2.1) викладачі школи мистецтв становлять соціально та професійно зрілу групу у віці 28–50 років із різним педагогічним стажем. Близько третини (33%) мали досвід перебування в зоні бойових дій на ранніх етапах війни або під час вимушених пересувань. Водночас лише 30% були змушені евакуюватися, що свідчить про відносно стабільні умови проживання в теперішній локації. У 70% матеріальний стан нестабільний або критичний, а 80% втратили частину доходу, що формує високий рівень економічної напруги.

Соціальний стан викладачок ускладнюється тим, що 60% з них мають родичів чи друзів на фронті. Емоційний фон є переважно негативним.

Так, 83% відзначають погіршення емоційного стану після початку війни, хоча лише 27% отримували психологічну підтримку. При цьому 73% декларують потребу у психологічній допомозі, що вказує на приховану, але значну потребу у відновлювальних заходах.

Таким чином, соціальний портрет викладачок характеризується поєднанням професійної відповідальності, підвищеного стресового навантаження, матеріальної нестабільності та емоційного виснаження.

Результати анкетування учнів школи мистецтв представлено у таблиці 2.2.

Таблиця 2.2

Соціальні та емоційні характеристики учнів школи мистецтв

Показник	Варіант	К-сть	%
Евакуація / тимчасовий переїзд	так	14	47%
Родичі на війні	так	20	67%
Зміни у сім'ї	так	12	40%
Почуття безпеки	не завжди/ні	15	50%
Труднощі у навчанні	так/трохи	22	73%
Тривога при новинах	так/інколи	24	80%
Говорять про переживання	так/інколи	18	60%
Потреба у підтримці	так/можливо	19	63%

Учні школи мистецтв віком 9–13 років (табл.2.2.) демонструють значний рівень дезадаптації в умовах війни. Майже половина дітей (47%) була змушена тимчасово змінити місце проживання, що створило умови нестабільності. Дві третини мають родичів або знайомих на війні (67%), що посилює емоційне напруження. У 40% дітей відбулися зміни у сімейній ситуації — переїзди, тривалі розлуки або втрати.

Половина учнів (50%) не завжди відчуває себе в безпеці, а 73% відзначають труднощі у навчанні та творчих заняттях. Вісім із десяти дітей (80%) демонструють епізоди тривоги при згадці про війну. Понад половина (60%) говорить про свої переживання з батьками чи вчителями, що є позитивним показником комунікативної відкритості. Однак 63% зазначають потребу в психологічній підтримці, що свідчить про емоційне напруження на тлі хронічної воєнної ситуації.

Результати свідчать, що, незважаючи на те, що школа не розташована у зоні бойових дій, обидві вибірки мають високий рівень дотичності до наслідків війни, так частина дорослих і дітей була змушена евакуюватися, більшість мають родичів на фронті, значна частина переживає емоційну напругу і тривогу, в обох групах спостерігаються освітні та соціально-економічні порушення.

Ці фактори роблять вибірки репрезентативними для дослідження психологічного стану в умовах війни, дозволяючи аналізувати стресові, адаптивні та компенсаторні механізми у дорослих та дітей.

Тепер опишемо проведення процедури первинного обстеження психологічного стану респондентів у очному форматі за кожною із застосованих методик.

Морально-правове підґрунтя. Дослідження передбачало роботу з вразливими групами (діти, постраждалі від війни). Необхідно дотримуватися міжнародних та національних етичних стандартів (наприклад, Загальна декларація прав людини, національне законодавство про захист персональних даних, рекомендації етичної комісії університету).

Перед залученням учасників ми отримали письмову інформовану згоду від дорослих учасників і від батьків(опікунів) за участю дітей; також отримали окрему усну згоду дитини. Усі особисті дані шифрувалися та опрацьовувалися у знеособленому вигляді.

Опишемо процедуру обстеження за кожною із методик.

1. Процедура первинного обстеження за Шкалою тривоги Спілбергера (STAI). Дорослі. Обстеження здійснювалося в індивідуальному та мікрогруповому форматі (до 5 осіб у групі) у тихому приміщенні школи мистецтв, що забезпечувало відсутність зовнішніх відволікаючих чинників. Перед початком тестування дослідник ознайомлював респондентів з метою обстеження, наголошував на добровільності участі та анонімності, після чого пропонував їм заповнити дві частини опитувальника: шкалу ситуативної тривожності (S-Anxiety) і шкалу особистісної тривожності (T-Anxiety). Інструкція зачитувалася в стандартизованій формі, а учасники відповідали за 4-бальною шкалою оцінки. Дорослі виконували тест у середньому 10-12 хвилин. Після завершення бланки перевірялися на повноту відповідей, а при потребі уточнювалися пропущені пункти. Процедура дозволила виявити як актуальний емоційний стан, так і стійкі тривожні тенденції.

Діти. Для учнів тестування проводилося в адаптованому форматі: дітям пояснили мету обстеження простою мовою і підкреслили, що це не контроль знань, і немає «правильних» чи «неправильних» відповідей. Діти працювали групами по 5–6 осіб у комфортному для них кабінеті. Інструкцію зачитували вголос, після чого дітям дозволялося ставити уточнювальні питання. Оцінювання проводилося за тією самою 4-бальною шкалою, проте дослідник допомагав пояснювати формулювання складніших пунктів (без підказування змісту відповідей). Тестування тривало 12–15 хвилин, після чого бланки збиралися індивідуально. Методика в такому форматі дала змогу отримати валідні показники ситуативної та особистісної тривожності дітей, що є критично важливими для умов війни.

2. Процедура обстеження за Тестом В. Л. Леві (страхи, тривожність, стилі мислення). Дорослі. Тестування проводилося в індивідуальному або груповому форматі (до 10 осіб). Дослідник ознайомлював учасників із тим, що тест вимірює різні психологічні аспекти: інтенсивність страхів, емоційні реакції, поведінкові схильності, самооцінку та комунікативні риси. Респонденти отримували бланк із твердженнями та шкалами оцінювання.

Процедура виконання тривала від 12 до 18 хвилин, залежно від швидкості опрацювання тверджень. Дослідник контролював дотримання інструкції та забезпечував можливість поставити технічні запитання. У результаті отримані як числові, так і якісні індикатори, що відображали структуру страхів та емоційну стабільність дорослих.

Діти. Для дітей тест використовувався у спрощеному форматі згідно з методичними рекомендаціями: складні твердження переформулювалися у доступній лексичній формі, зберігаючи їх зміст. Діти заповнювали бланки в індивідуальному форматі або малих групах. Дослідник підтримував спокійну атмосферу, пояснював, що результати ні на що не впливають і використовуються лише для дослідження. Навчена міміка чи жестикуляція спеціально не застосовувалася, щоб уникнути втручання в результати.

Методика дала можливість оцінити страхові та емоційні реакції дітей, особливо в умовах війни, коли рівень тривожності істотно зростає.

3. Процедура за Шкалою тривожності Тейлора (Taylor Manifest Anxiety Scale). Дорослі. Респондентам пропонувалося відповісти на серію тверджень у форматі «так/ні», що визначають вираженість маніфестної тривожності. Тестування проходило колективно в аудиторії, але кожен працював із власним бланком. Під час інструктажу особливо наголошували на важливості чесності та спонтанності відповідей. Процедура займала близько 10 хвилин. Методика забезпечила високоточний показник вираженої емоційної напруги, що важливо в умовах воєнного стресу.

Діти. Дітям тест подавався у спрощеній інтерпретації тверджень, щоб вони могли коректно зрозуміти зміст запитань. Тестування проводилося в атмосфері психологічного комфорту, щоб уникнути індукції тривожності самим фактом обстеження. Діти відповідали у бланках формату «так/ні», процедура займала 12 хвилин. Отримані результати дозволили встановити інтенсивність зовнішньо проявленої тривоги, що є характерною для дітей під час війни.

4. Процедура за Методикою самооцінки пам'яті McNair & Kahn. Дорослі. Опитування проводилося індивідуально, оскільки методика потребує зосередженості та відсутності групового впливу. Дорослі відповідали на твердження, що стосуються суб'єктивного сприйняття власної пам'яті: забудькуватості, труднощів відтворення інформації, концентрації тощо. Інструкція виконувалася за оригінальним протоколом. Процедура займала 8-10 хвилин. Дані дозволили визначити когнітивні зміни, пов'язані зі стресом, що важливо в умовах хронічної тривоги під час війни.

Діти. Для дітей методика була адаптована. Твердження подавали у спрощеному вигляді, з прикладами, зрозумілими для цієї вікової групи. Оцінювання здійснювали за 3-бальною шкалою (ніколи – інколи – часто). Діти відповідали в мікрогрупах, але кожен індивідуально. Методика дала можливість визначити когнітивні труднощі, пов'язані зі стресом, що можуть впливати на навчальну діяльність дітей.

5. Процедура за тестом САН (самопочуття, активність, настрій). Дорослі. Тестування проводилося перед початком основних діагностичних методик, щоб визначити базовий стан на момент вимірювання. Учасникам пропонували три шкали – самопочуття, активність та настрої, які вони оцінювали за 10-бальною шкалою. Процедура займала 3-4 хвилини і виконувалася швидко після короткого інструктажу. Методика дала можливість отримати моментальний психофізіологічний зріз стану дорослих.

Діти. Учням пропонували адаптовану візуальну шкалу, де кожна позиція супроводжувалася коротким описом (веселий, спокійний, сумний, енергійний, втомлений тощо). Діти ставили позначку на кожній з трьох шкал. Процедура тривала 5 хвилин.

Дані дозволили зафіксувати поточний емоційний та фізичний стан дітей, що особливо важливо при проведенні комплексної діагностики в умовах війни.

Отже проведення первинного обстеження у двох групах дорослих та дітей забезпечило вивчення комплексної оцінки емоційної сфери дітей та

дорослих. Було проведено діагностику вираженої тривоги обох груп, дозволило виявити страхи та рівень емоційної стабільності у групах дорослих та дітей. Було проведено аналіз особистісних характеристик, кожної із груп респондентів. А також дозволило виявити стан самопочуття та когнітивних порушень. Використані методики застосовувались з дотриманням вимог очного тестування. У процесі тестування було дотримано етичних норм та вікових особливостей вибірок. Результати діагностичної роботи було розглянуто у наступному розділі.

Висновки за розділом 2

4. Було підібрано та описано методики та процедуру емпіричного дослідження психологічного стану дорослих та дітей. Підібрані та описані методики взаємодоповнюють одна одну та створюють комплексний діагностичний інструментарій для дослідження психологічного стану дорослих та дітей під час війни.

5. Було описано вибірки. Нами було сформовано 2 вибірки, на базі школи мистецтв МКЗК «ДШУКМ ім. О. Гончара», м. Дніпро. Перша вибірка 30 викладачів школи мистецтв (28-55 років)- всі жінки. Та вибірка 30 учнів школи мистецтв віком 9-13 років - всі дівчата. Було вивчено документацію школи мистецтв, та розроблено та застосовано коротке анкетування, яке включало як питання соціального статусу, так і питання, що до емоційного стану опитаних, викликаного війною в Україні. Результати опитування показали, що як учениці так і викладачки демонструють значний рівень дезадаптації в умовах війни. Багато із них, близько половини вимушені були переїхати внаслідок війни. Біля 75% мають родичів на війні, половина не відчуває себе у безпеці. Більше половини учениць відзначили наявність труднощів у навчанні. Більшість зазнають тривоги при згадуванні про війну. Більше половини звертаються при цьому за допомогою до батьків чи вчителів.

Викладачки також зазнають тривоги під час згадки про війну, багато із них вимушено переїхали із районів бойових дій. Майже у половини є родичі

на війні. Більше 63% із дітей та більше 70% викладачок згодні на психологічну допомогу і зазначають потребу у психологічній підтримці.

Результати свідчать, що, незважаючи на те, що школа не розташована у зоні бойових дій, все ж місто зазнає постійних масованих ракетних та дронівих обстрілів, діти змушені перебувати в укриттях під час тривоги, часто не досипають, відчувають страх. Отже вибірки є репрезентативними для дослідження психологічного стану в умовах війни.

Було описано процедуру емпіричного дослідження психологічного стану дорослих та дітей. Проведення первинного обстеження у двох групах дорослих та дітей забезпечило комплексну оцінку емоційної сфери, діагностику вираженої тривоги, виявлення страхів та емоційної стабільності, аналіз особистісних характеристик, вимірювання самопочуття та когнітивних порушень. У процесі тестування було дотримано етичних норм та вікових особливостей вибірок.

РОЗДІЛ 3

ПРАКТИЧНІ РЕЗУЛЬТАТИ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНОГО СТАНУ ДОРΟΣЛИХ ТА ДІТЕЙ І РЕКОМЕНДАЦІЇ З ВИКОРИСТАННЯ ВОКАЛОТЕРАПІЇ У ЙОГО КОРЕКЦІЇ

3.1. Аналіз результатів дослідження

Для проведення аналізу результатів дослідження було проведено первинну обробку отриманих даних у кожній вибірці за кожною із методик.

Результати було занесено до бланків фіксації результатів первинного обстеження. Обробка здійснювалася відповідно до інструкцій кожної методики. Далі було проведено порівняльний аналіз результатів первинної психодіагностики дорослих і дітей із побудовою порівняльних таблиць та діаграм. Розглянемо докладніше.

1. Первинна обробка результатів за шкалою тривоги Спілбергера-Ханіна (STAI). Вона передбачала підрахунок сумарних балів окремо за шкалами ситуативної та особистісної тривожності. Після підсумовування відповідей здійснювалося віднесення отриманих показників до низького, середнього або високого рівня тривожності згідно з нормативними інтерпретаційними шкалами. Дані заносилися до індивідуальних бланків та використовувалися для подальшого узагальнення групових тенденцій (ДОДАТОК Б).

2. Первинна обробка результатів за тестом В. Л. Леві полягала у якісно-кількісному аналізі відповідей з виокремленням домінуючих страхів, рівня емоційної стабільності та загального рівня психологічної напруженості. Результати узагальнювалися у вигляді провідних характеристик особистісного реагування (ДОДАТОК Б).

3. Первинна обробка результатів за шкалою тривожності Тейлора включала підрахунок загальної кількості балів і визначення рівня тривожності.

Методика дозволила оцінити загальну схильність до тривожних реакцій у дорослої вибірки(ДОДАТОК Б).

4. Первинна обробка результатів за методикою McNair & Kahn. Методика McNair & Kahn застосовувалася як індикатор когнітивного благополуччя та опосередковано психологічного стану, оскільки зниження самооцінки пам'яті часто пов'язане з тривожністю, емоційною напругою та психоемоційним виснаженням. Первинна обробка результатів здійснювалася шляхом підрахунку сумарного балу за всіма пунктами методики для кожного респондента. Отримані значення були співвіднесені з інтерпретаційними рівнями: середній (0–22 бали), знижений (23–29 балів), низький (30 балів і більше).(ДОДАТОК Б).

5. Первинна обробка результатів за тестом САН. Первинна обробка тесту САН здійснювалася шляхом підрахунку балів за трьома наявними шкалами, такими, як самопочуття, активність та настрої. Отримані показники дозволили сформуванню загальної характеристики поточного психоемоційного стану респондентів(ДОДАТОК Б).

Так само оброблялися первинні данні за всіма методиками, стосовно вибірки дітей.

1. Первинна обробка результатів за шкалою тривоги Спілбергера–Ханіна (STAI, дитяча адаптація у дитячій вибірці передбачала підрахунок сумарних балів за шкалою ситуативної тривожності. Отримані показники інтерпретувалися відповідно до вікових норм і класифікувалися за рівнями тривожності. Дані було зафіксовано в індивідуальних бланках та використано для узагальнення психоемоційного стану групи (ДОДАТОК В).

2. Первинна обробка результатів за тестом В. Л. Леві у дитячій вибірці здійснювалася шляхом аналізу відповідей з виокремленням домінуючих страхів, рівня емоційної стабільності та загального рівня психоемоційної напруги. Результати інтерпретувалися з урахуванням вікових особливостей та контексту навчання в умовах війни(ДОДАТОК В).

3. Первинна обробка результатів за шкалою тривожності Тейлора передбачала підрахунок загальної кількості балів та визначення рівня тривожності дитини. Отримані результати дали змогу оцінити загальну емоційну напруженість та схильність до тривожних реакцій(ДОДАТОК В).

4. Первинна обробка результатів за методикою McNair & Kahn. Методика McNair & Kahn застосовувалася як індикатор когнітивного благополуччя та опосередковано психологічного стану, оскільки зниження самооцінки пам'яті часто пов'язане з тривожністю, емоційною напругою та психоемоційним виснаженням. Первинна обробка результатів здійснювалася шляхом підрахунку сумарного балу за всіма пунктами методики для кожного респондента. Отримані значення були співвіднесені з інтерпретаційними рівнями: середній (0-22 бали), знижений (23-29 балів), низький (30 балів і більше).(ДОДАТОК В).

5. Первинна обробка результатів за тестом САН у дитячій вибірці здійснювалася шляхом підрахунку балів за шкалами самопочуття, активності та настрою. Результати дозволили оцінити загальний поточний психоемоційний стан дітей(ДОДАТОК В).

Далі був проведений аналіз результатів первинної психодіагностики дорослих і дітей. Аналіз результатів первинної діагностики психологічного стану двох вибірок – дорослих (30 викладачів школи мистецтв) та дітей (30 учнів 9-12 років). Аналіз здійснено за всіма використаними методиками з представленням зведених та порівняльних таблиць.

Аналіз результатів за шкалою Спілбергера-Ханіна засвідчив, що як у дорослих, так і в дитячій вибірках домінують середній та високий рівні тривожності(табл. 3.1, 3.2). У дорослих більш вираженою є особистісна тривожність, що вказує на стійку схильність до тривожних переживань.

Таблиця 3.1

Шкала тривоги Спілбергера–Ханіна (STAI)

Зведені результати дорослої вибірки

Рівень тривожності	Ситуативна тривожність (%)	Особистісна тривожність (%)
Низький	0	0
Середній	47	43
Високий	53	57

Таблиця 3.2

Шкала тривоги Спілбергера–Ханіна (STAI)

Зведені результати дитячої вибірки

Рівень тривожності	Ситуативна тривожність (%)	Особистісна тривожність %
Низький	0	0
Середній	50	57%
Високий	50	43%

Наведемо у порівняльних діаграмах (рис.3.1 та 3.2).



Рис. 3.1. Порівняння ситуативної тривожності вибірки дорослих та дітей за результатами використання методики Спілбергера -Ханіна

У дітей ситуативна тривожність розподілилася майже порівну між середнім і високим рівнями, що відображає значну емоційну напругу, зумовлену зовнішніми стресогеними чинниками. У той же час у дорослих вона ще більш виражена у більшості респондентів(53%).



Рис. 3.2. Порівняння особистісної тривожності вибірки дорослих та дітей за результатами використання методики Спілбергера-Ханіна

Низького рівня особистісної і ситуативної тривожності не виявлено ні в одній вибірці. Середній рівень особистісної тривожності у 43% дорослих та 57% дітей. А високий відповідно у 57% дорослих та 43% дітей. Це свідчить про як мінімум підвищений рівень тривожності обох вибірок, пов'язаних із небезпекою під час війни.

Отже, на констатувальному етапі у двох вибірках превалює середній та високий рівні ситуативної й особистісної тривожності, що відображає стан хронічного психоемоційного напруження в умовах війни.

Таблиця 3.3

Тест В. Л. Леві (емоційна сфера та страхи)**Зведені результати дорослої вибірки**

Показник	Високий рівень (%)	Середній рівень (%)	Низький рівень (%)
Емоційна напруженість	60	40	0
Емоційна стабільність	0	40	60

Таблиця 3.4

Тест В. Л. Леві (емоційна сфера та страхи)**Зведені результати дитячої вибірки**

Показник	Високий рівень (%)	Середній рівень (%)	Низький рівень (%)
Емоційна напруженість	53	47	0
Емоційна стабільність	0	47	53



Рис.3.3. Порівняння рівня емоційної напруженості дорослих та дітей за методикою В. Л. Леві

Результати тесту В. Л. Леві свідчать про переважання підвищеної емоційної напруженості в обох вибірках. У дорослих домінують страхи, пов'язані з майбутнім, безпекою та втратами, тоді як у дітей провідними є страхи війни, сирен і втрати близьких. Низька частка високої емоційної стабільності вказує на потребу в системній психологічній підтримці.

Таблиця 3.5

Шкала тривожності Тейлора
Зведені результати дорослої вибірки

Рівень тривожності	Відсоток (%)
Низький	0
Середній	50
Високий	50

Таблиця 3.6.

Шкала тривожності Тейлора
Зведені результати дитячої вибірки

Рівень тривожності	Відсоток (%)
Низький	0
Середній	53
Високий	47

Порівняємо рівень загальної тривожності за шкалою тривожності Тейлора.



Рис. 3.4. Порівняння рівнів загальної тривожності за шкалою тривожності Тейлора у вибірці дорослих та дітей

Дані шкали Тейлора підтверджують результати STAI, демонструючи високий рівень загальної тривожності як у дорослих, так і в дітей.

Водночас у дітей децю вищою є частка середнього рівня, що свідчить про більшу емоційну гнучкість і потенціал для корекції.

4. За методикою самооцінки пам'яті McNair & Kahn було підраховано кількість респондентів у кожній категорії та визначено відсоткове співвідношення. Аналіз результатів первинної психодіагностики засвідчив, що у дітей, так спостерігається значна частка знижених і низьких показників самооцінки пам'яті.

Таблиця 3.7

Розподіл рівнів самооцінки пам'яті за методикою самооцінки пам'яті McNair & Kahn (%)

Рівень	Діти (n=30)	Дорослі (n=30)
Середній	33%	30%
Знижений	30%	40%
Низький	37%	30%

Представимо у діаграмі (рис. 3.5)



Рис. 3.5. Порівняння рівнів самооцінки пам'яті у дорослих та дітей за методикою McNair & Kahn

У дитячій вибірці домінує низький рівень, що може свідчити про вплив емоційної напруги, тривожності та нестабільності психічного стану на

когнітивні процеси. Діти часто суб'єктивно відчують труднощі із запам'ятовуванням, концентрацією уваги та відтворенням інформації.

У вибірці дорослих більш вираженим є знижений рівень самооцінки пам'яті, що може бути пов'язано з психоемоційним перевантаженням, відповідальністю за учнів, професійним вигоранням та тривалим стресом в умовах війни. Низький рівень також представлений значною мірою, що вказує на потребу у психокорекційній роботі.

Порівняльний аналіз демонструє, що діти є більш уразливою групою щодо суб'єктивного сприйняття когнітивних труднощів, тоді як у дорослих спостерігається тенденція до усвідомленого зниження ефективності пам'яті на фоні стресу.

Результати дослідження за методикою самооцінки пам'яті McNair & Kahn підтверджують наявність негативного впливу воєнного стресу на когнітивне самопочуття як дітей, так і дорослих.

Виявлені особливості обґрунтовують необхідність впровадження корекційно-розвиткових заходів, спрямованих на зниження тривожності та стабілізацію емоційного стану. Використання вокалотерапії як м'якого психокорекційного засобу є доцільним, оскільки сприяє покращенню емоційного фону, що опосередковано позитивно впливає на когнітивні функції, зокрема пам'ять.

Результати дослідження за методикою самооцінки пам'яті McNair & Kahn підтверджують наявність негативного впливу воєнного стресу на когнітивне самопочуття як дітей, так і дорослих.

Виявлені особливості обґрунтовують необхідність впровадження корекційно-розвиткових заходів, спрямованих на зниження тривожності та стабілізацію емоційного стану.

Використання вокалотерапії як м'якого психокорекційного засобу є доцільним, оскільки сприяє покращенню емоційного фону, що опосередковано позитивно впливає на когнітивні функції, зокрема пам'ять.

Таблиця 3.8

Зведені результати дорослої вибірки за шкалами САН

Шкала	Знижений	Помірний	Оптимальний
Самопочуття	47 %	40 %	13 %
Активність	50 %	37 %	13 %
Настрій	43 %	40 %	17 %

Аналіз результатів дорослої вибірки (табл.3.8) показує, що за всіма трьома шкалами домінують знижені та помірні показники, які разом охоплюють переважну більшість респондентів.

Так, за шкалою «самопочуття» 47 % дорослих показало знижений рівень, що може свідчити про фізичне та психоемоційне виснаження, та хворобливі прояви напруження, а також зниження життєвого тону.

Помірний рівень самопочуття було виявлено у 40 % респондентів, що вказує на відносну адаптацію, однак із наявністю симптомів втоми та нестійкого емоційного фону. Лише 13 % дорослих мають оптимальний рівень самопочуття, що свідчить про збережені ресурси психофізичної стійкості лише у незначній частині вибірки. За шкалою «настрій» у дорослій вибірці також переважають знижені (43 %) та помірні (40 %) показники. Це вказує на емоційну напруженість, тривожність, зниження позитивного емоційного фону, схильність до пригнічених переживань. Оптимальний настрій зафіксований у 17 % респондентів, що дещо перевищує показники оптимального самопочуття та активності, однак загалом не змінює загальної картини емоційного неблагополуччя.

Подібна картина спостерігається і за шкалою «активність», де знижений рівень зафіксовано у половини дорослих (50 %). Це вказує на апатію, зниження працездатності, дефіцит енергії та мотивації до діяльності, що є типовими проявами хронічного стресу. Помірний рівень активності (37 %) свідчить про

часткову збереженість діяльнісної регуляції, однак без стійкого відчуття внутрішньої бадьорості. Оптимальний рівень активності спостерігається лише у 13 % дорослих, результати підтверджують тенденцію до зниження життєвої енергії в умовах війни.

Таблиця 3.9

Зведені результати дитячої вибірки за методикою САН за трьома шкалами окремо

Шкала	Знижений	Помірний	Оптимальний
Самопочуття	40 %	43 %	17 %
Активність	47 %	40 %	13 %
Настрій	43 %	40 %	17 %

Аналіз результатів дитячої вибірки демонструє схожі тенденції, хоча з певними віковими особливостями. За шкалою «самопочуття» знижений рівень виявлено у 40 % дітей, що може проявлятися у швидкій втомлюваності, скаргах на самопочуття, емоційній лабільності. Помірний рівень самопочуття притаманний 43 % учнів, що свідчить про часткову адаптацію до стресових умов, але з нестійким внутрішнім балансом. Лише 17 % дітей демонструють оптимальний рівень самопочуття, що вказує на обмежену кількість дітей із достатніми психофізичними ресурсами.

За шкалою «активність» у дитячій вибірці майже половина респондентів (47 %) має знижений рівень, що може проявлятися у зниженій пізнавальній та ігровій активності, пасивності, труднощах концентрації уваги. Помірний рівень активності зафіксований у 40 % дітей, тоді як оптимальний – лише у 13 %, що свідчить про загальне зниження енергійності та ініціативності в умовах тривалого психоемоційного напруження.

Показники за шкалою «настрій» у дітей практично повторюють результати дорослої вибірки: 43 % мають знижений рівень, 40 % – помірний і лише 17 % – оптимальний. Це свідчить про емоційну вразливість дітей,

схильність до тривожних і пригнічених станів, а також про недостатність сформованих механізмів емоційної саморегуляції в умовах війни.

Відобразимо на порівняльних діаграмах за шкалами (рис.3.6-3.8).



Рис. 3.6. Порівняння результатів тестування вибірки дорослих та дітей за методикою САН (шкала самопочуття)

Подані таблиці та діаграми відображають результати первинного діагностування психоемоційного стану дорослої та дитячої вибірок за методикою САН, що дає змогу комплексно оцінити самопочуття, рівень активності та емоційний настрій респондентів в умовах тривалого стресового впливу.



Рис. 3.7. Порівняння результатів тестування вибірки дорослих та дітей за методикою САН (шкала активність)

Отримані відсоткові показники свідчать про загальні тенденції психоемоційного функціонування обох вибірок(рис.3.6-3.8).



Рис. 3.8. Порівняння результатів тестування вибірки дорослих та дітей за методикою САН (шкала настроїв)

Узагальнюючи результати діагностування, можна стверджувати, що як у дорослих, так і у дитячій вибірках переважають знижені та помірні рівні самопочуття, активності й настрою, що свідчить про порушення психологічного благополуччя, зниження життєвого тону та емоційної стабільності.

Подібність профілів результатів у двох вибірках(рис.3.6,3.7,3.8) підкреслює системний характер впливу воєнних подій на психоемоційний стан різних вікових груп і обґрунтовує необхідність цілеспрямованих психокорекційних програм, спрямованих на відновлення внутрішніх ресурсів, підвищення активності та стабілізацію емоційного стану як дорослих, так і дітей.

Отже, результати тесту САН свідчать про переважно знижений та помірний рівень самопочуття, активності та настрою в обох вибірках. Відсутність оптимальних показників підтверджує наявність хронічного емоційного виснаження в умовах тривалого стресу.

Таблиця 3.10

Порівняльний аналіз дорослої та дитячої вибірок

Методика	Домінуючий стан дорослих	Домінуючий стан дітей
STAI	Висока особистісна тривожність	Висока ситуативна тривожність
Тест Леві	Страхи майбутнього та втрат	Страхи війни та безпеки
Тейлор	Стійка загальна тривожність	Ситуативна тривожність
САН	Знижений/помірний стан	Знижений/помірний стан
McNair & Kahn	Знижений стан/помірний стан	Помірний стан

Порівняльний аналіз демонструє, що дорослі характеризуються більш стійкими, особистісно закріпленими тривожними реакціями, тоді як у дітей переважає ситуативна емоційна напруга. Це свідчить про більшу вразливість дорослих до хронічного стресу та водночас про вищий корекційний потенціал дитячої вибірки.

Отже, первинна психодіагностика показала, що як дорослі, так і діти перебувають у стані підвищеної психоемоційної напруги, з високими показниками тривожності та зниженими показниками самопочуття і настрою.

Виявлені особливості обґрунтовують доцільність подальшого впровадження корекційно-розвивальної програми, зокрема із застосуванням засобів вокалотерапії, як ефективного ресурсу зниження тривожності та підвищення психологічної стійкості.

3.2. Кореляційний аналіз

У даному дослідженні кореляційний аналіз було застосовано як основний статистичний метод для виявлення взаємозв'язків. Використано коефіцієнт кореляції Пірсона (r).

Метою було поставлено виявити статистично значущі взаємозв'язки між показниками тривожності (STAI, шкала Тейлора), а також емоційного стану (САН), виявлення взаємозв'язків страхів та емоційної напруженості (тест В. Л. Леві). Виявити взаємозв'язки самооцінки пам'яті (McNair & Kahn) у дорослих і дітей в умовах війни в Україні.

Робота була проведена поетапно. Так, на першому етапі було здійснено підготовку емпіричних даних до статистичної обробки.

При цьому, для кожного респондента використовувалися узагальнені кількісні показники. Це забезпечило можливість коректного математичного зіставлення результатів.

Для кореляційного аналізу використовувалися такі кількісні показники. За методикою STAI використовували, загальний бал шкали Тейлора, загальний бал McNair & Kahn, середній інтегральний показник САН (середнє арифметичне «самопочуття + активність + настрої»). Також використовували якісні змінні тесту Леві (типи страхів), які були кодовані за рівнем напруженості на середній рівень = 1, високий рівень = 2 (Додатки Б і В).

Другий етап передбачав перевірку можливості застосування кореляційного аналізу. Оскільки всі змінні були кількісними та мали інтервальний характер, а обсяг вибірок (по 30 осіб у кожній групі) відповідав мінімальним вимогам для використання параметричних методів, для аналізу було обрано коефіцієнт кореляції Пірсона.

Такий вибір дозволив оцінити не лише наявність зв'язку між показниками, а й його напрям (прямий або зворотний) та силу.

На третьому етапі безпосередньо здійснювався розрахунок коефіцієнтів кореляції між ключовими показниками психодіагностики.

Кореляційний аналіз проводився окремо для кожної вибірки, що дало змогу простежити специфіку взаємозв'язків у дорослих і дітей.

Далі аналізувалися зв'язки між різними формами тривожності, емоційним станом (самопочуття, активність, настрої), а також суб'єктивною оцінкою пам'яті.

Отримані коефіцієнти зазнали інтерпретації з урахуванням їх абсолютного значення та знаку, що дозволило визначити ступінь узгодженості або протилежності змін показників.

Наступним етапом була оцінка статистичної значущості виявлених кореляцій. Для цього використовувався стандартний рівень значущості $p \leq 0,05$ та $p \leq 0,01$.

Використано коефіцієнт кореляції Пірсона (r). Рівень значущості. $p \leq 0,05$ – статистично значущий зв'язок, $p \leq 0,01$ – високозначущий зв'язок.

Кореляції, що досягали цих рівнів, розглядалися як статистично значущі та такі, що відображають реальні психологічні взаємозв'язки, а не випадкові співпадіння. Особлива увага приділялася сильним і помірним кореляціям.

Завершальним етапом процедури стала психологічна інтерпретація отриманих результатів. Інтерпретація сили зв'язку. 0,30–0,49 – помірний; 0,50–0,69 – виражений, $\geq 0,70$ – сильний.

Кореляційний аналіз вибірки дорослих ($n = 30$).

Таблиця 3.11

Кореляції між психодіагностичними показниками дорослих

Показники	STAI-C	STAI-O	Тейлор	McNair & Kahn	САН
STAI-C	1,00	0,78**	0,74**	0,62**	-0,69**
STAI-O		1,00	0,81**	0,66**	-0,72**
Тейлор			1,00	0,70**	-0,75**
McNair & Kahn				1,00	-0,63**
САН					1,00

Примітка: $p \leq 0,01$

Виявлено сильний позитивний зв'язок між усіма показниками тривожності (STAI, Тейлор), що підтверджує хронічний характер тривожного реагування.

Висока тривожність прямо пов'язана зі зниженням самооцінки пам'яті ($r = 0,62-0,70$), що свідчить про вплив емоційного напруження на когнітивну

сферу. Сильні негативні кореляції між тривожністю та САН (r до $-0,75$) вказують на зниження життєвого тону, емоційне виснаження, зменшення активності та настрою. Кореляційний аналіз. Вибірка дітей ($n = 30$)(табл.3.12).

Таблиця 3.12

Кореляції між психодіагностичними показниками дітей

Показники	STAI	Тейлор	McNair & Kahn	САН
STAI	1,00	0,71**	0,58**	-0,64**
Тейлор		1,00	0,61**	-0,69**
McNair & Kahn			1,00	-0,55*
САН				1,00

Примітка: * $p \leq 0,05$; ** $p \leq 0,01$

У дітей простежується стійкий зв'язок між тривожністю та емоційним станом, хоча він дещо слабший, ніж у дорослих. Зростання тривожності супроводжується погіршенням самооцінки пам'яті, що особливо важливо для навчальної діяльності. Негативні кореляції між тривожністю і САН підтверджують емоційне напруження, зниження настрою, швидку втомлюваність. Проведемо порівняльний аналіз кореляцій (дорослі – діти)(табл.3.13).

Таблиця 3.13

Порівняння ключових кореляційних зв'язків дорослої та дитячої вибірок

Пара змінних	Дорослі (r)	Діти (r)
Тривожність – САН	-0,75	-0,69
Тривожність – Пам'ять	0,70	0,61
STAI – Тейлор	0,81	0,71

У дорослих зв'язки більш інтенсивні, що свідчить про кумулятивний ефект хронічного стресу, більшу усвідомленість втрат і відповідальності. У дітей кореляції також значущі, але менш жорсткі, що вказує на вищу пластичність психіки, кращі ресурси відновлення за умови своєчасної корекції.

Виявлені кореляційні зв'язки розглядалися не ізольовано, а в контексті умов війни, професійної діяльності дорослих та вікових особливостей дітей. На цьому етапі статистичні показники були співвіднесені з поведінковими проявами, суб'єктивними скаргами та особливостями емоційного реагування респондентів. Саме така інтеграція кількісного аналізу з психологічним тлумаченням дала змогу обґрунтувати напрями подальшої психокорекційної роботи, зокрема використання вокалотерапії як ресурсу стабілізації психологічного стану.

Отже, у ході проведеного психодіагностичного та кореляційного аналізу психологічного стану дорослих викладачів і дітей школи мистецтв в умовах війни було виявлено систему стійких взаємозв'язків між показниками тривожності, емоційного стану, когнітивного самосприйняття та загального самопочуття. Ці кореляції мають не лише статистичне, а й чітке психологічне відображення у поведінці, переживаннях та щоденному функціонуванні респондентів.

У вибірці дорослих було виявлено високі позитивні кореляції між ситуативною та особистісною тривожністю, шкалою Тейлора і показниками емоційного напруження свідчать про формування стійкого тривожного фону.

У поведінці викладачок це проявляється у постійному внутрішньому напруженні, підвищеній настороженості, очікуванні небезпеки навіть у відносно безпечних ситуаціях. Викладачки описують стан «постійної зібраності», труднощі розслаблення, порушення сну, швидку втомлюваність. На рівні професійної діяльності це виявляється у зниженні терплячості, емоційному виснаженні, потребі у надмірному контролі навчального процесу, страху помилки та відповідальності за інших.

Виявлений прямий зв'язок між високою тривожністю та зростанням показників за методикою самооцінки пам'яті McNair & Kahn у викладачок відображається у суб'єктивному переживанні когнітивної неспроможності. Як-то незібраності, труднощам із концентрацією уваги. Викладачки часто скаржаться на забудькуватість, відчуття «розсіяності», зниження швидкості мислення та запам'ятовування. Це ймовірно зумовлене емоційним перенавантаженням.

Сильні негативні кореляції між тривожністю та показниками тесту САН у дорослих відображаються у зниженні загального життєвого тону. У самовідчутті це проявляється як хронічна втома, знижений настрій, відсутність енергії, апатія, емоційна притупленість або, навпаки, дратівливість. Такі стани підвищують ризик професійного вигорання та ускладнюють здатність викладачок бути емоційною опорою для дітей.

У вибірці дітей кореляційні зв'язки між тривожністю, емоційним станом і самооцінкою пам'яті мають дещо меншу інтенсивність, проте є психологічно значущими. Підвищена тривожність у дітей проявляється у поведінковій напрузі, моторній збудженості або, навпаки, загальмованості, униканні складних завдань, страху помилки. У навчальній діяльності це часто поєднується з труднощами зосередження, швидкою втомлюваністю, зниженням упевненості у власних здібностях.

Кореляція між тривожністю та показниками самооцінки пам'яті у дітей відображається у висловлюваннях типу «я не пам'ятаю», «у мене погана пам'ять», навіть за відсутності об'єктивних когнітивних порушень. Дитина починає уникати активної участі, боїться відповідати, виступати на сцені, демонструє залежність від дорослого. Це поступово формує знижену навчальну мотивацію та підвищує емоційну вразливість.

Негативні зв'язки між тривожністю та показниками САН у дітей проявляються у нестабільності настрою, плаксивості, емоційних спалахах, зниженні активності або втраті інтересу до раніше привабливих занять,

зокрема творчих. Водночас дитяча психіка зберігає значно більший потенціал до відновлення за умови підтримувального середовища.

Результати показали, що війна виступає системним психотравмувальним чинником як для дорослих, так і для дітей. Тривожність є центральним психологічним ядром, яке пов'язане з емоційним виснаженням, зниженням когнітивного самоконтролю, погіршенням суб'єктивного самопочуття. Діти демонструють вразливість, але й більший корекційний потенціал. Отримані кореляції обґрунтовують необхідність комплексної психокорекції, спрямованої одночасно на зниження тривожності, стабілізацію емоційного стану, підтримку когнітивних функцій.

На основі виявлених кореляцій доцільно визначити комплексні напрями психокорекції. Для дорослих ключовим напрямом є зниження загального рівня тривожності та відновлення психоемоційних ресурсів. Ефективними є методи тілесно-орієнтованої терапії, дихальні практики, елементи вокалотерапії як способу емоційного розвантаження та регуляції дихання, а також робота з когнітивними установками щодо контролю, провини та відповідальності.

Важливим є формування навичок саморегуляції, усвідомлення меж власних можливостей і профілактика емоційного вигорання.

Для дітей корекційна робота має бути спрямована на зниження тривожності через безпечні, ігрові та творчі форми. Вокалотерапія, спів, ритмічні вправи, музично-рухові активності сприяють зняттю тілесної напруги, стабілізації емоційного стану та підвищенню впевненості у собі. Через позитивний емоційний досвід відновлюється суб'єктивне відчуття когнітивної спроможності, активізується пам'ять і увага.

Таким чином, виявлені кореляції не лише описують психологічний стан дорослих і дітей в умовах війни, а й виступають надійною основою для побудови корекційної програми спрямованої на відновлення емоційної рівноваги, підтримку когнітивних функцій і підвищення психологічної стійкості, яка представлена у наступному параграфі.

3.3. Програма та рекомендації, що до корекції психологічного стану дорослих та дітей з використання вокалотерапії

Актуальність програми з корекції психологічного стану дорослих і дітей школи мистецтв засобами вокалотерапії зумовлена сучасними соціально-психологічними умовами воєнного часу в Україні.

Тривале перебування в ситуації небезпеки, інформаційної перенасиченості, втрат і невизначеності призводить до підвищення рівня тривожності, емоційного виснаження, порушень сну, зниження когнітивної ефективності та життєвого тону як у дорослих, так і у дітей. Проведена психодіагностика підтвердила наявність стійких взаємозв'язків між тривожністю, емоційним неблагополуччям та суб'єктивним погіршенням пам'яті, що обґрунтовує необхідність цілеспрямованої корекційної роботи.

Вокалотерапія в умовах школи мистецтв є особливо доцільним засобом психологічної допомоги, оскільки поєднує емоційний, тілесний і когнітивний рівні впливу, не потребує складного обладнання, має високий рівень прийняття учасниками та відповідає специфіці освітнього середовища мистецького закладу. Спів і голосові вправи сприяють нормалізації дихання, зниженню м'язової та емоційної напруги, стабілізації вегетативних реакцій, активізації ресурсів саморегуляції та резильєнтності.

Метою програми є корекція психологічного стану дорослих і дітей школи мистецтв шляхом зниження рівня тривожності, емоційного напруження та відновлення внутрішніх ресурсів через систематичне використання вокалотерапевтичних засобів.

Завдання програми полягають у зниженні ситуативної та особистісної тривожності, стабілізації емоційного стану, підвищенні рівня активності та настрою, формуванні навичок емоційної саморегуляції, а також у відновленні відчуття тілесної та психологічної безпеки. Для дітей додатковим завданням є підвищення впевненості у собі та зниження страху помилки, для дорослих — профілактика емоційного вигорання.

Учасниками програми є дві групи: дорослі викладачки школи мистецтв віком 28–50 років, та діти, учениці школи мистецтв віком 9–13 років (.

У програмі використовуються такі засоби та методи, як вокалотерапевтичні вправи (дихальні, голосові, резонаторні), спів простих пісень і вокалізів, елементи музично-рухової терапії, тілесно-орієнтовані вправи, методи емоційної експресії, релаксаційні техніки, групова рефлексія.

Заняття мають корекційно-розвитковий і підтримувальний характер.

Методика проведення занять передбачає чітку структуру кожного заняття.

На початковому етапі здійснюється налаштування на роботу, створення відчуття психологічної безпеки, коротка вербалізація стану.

Основна частина включає дихальні вправи, голосові розспіви, спів або звукові імпровізації, спрямовані на зниження напруги та емоційне розвантаження.

Завершальна частина передбачає релаксацію, усвідомлення тілесних і емоційних змін, коротку рефлексію.

Передбачається, що в результаті реалізації програми у дорослих знизиться рівень тривожності, покращиться самопочуття, активність і настрій, зменшиться емоційне виснаження та підвищиться відчуття внутрішньої стабільності.

У дітей очікується зменшення емоційної напруги, підвищення впевненості у власних можливостях, стабілізація настрою та покращення концентрації уваги. Наведемо календарні плани занять для дорослих, та для дітей(табл.3.14 та 3.15).

Таблиця 3.14

**Календарний план корекційних занять з вокалотерапії для дорослих
(викладачів)**

№	Назва заняття	Мета	Учасник и	Методи	Тип заняття
1	Знайомств о з голосом як ресурсом	Зниження початкової напруги, формування безпеки	Вчителі	Дихальні, голосові вправи	Корекційно- адаптаційне
2	Дихання і спокій	Регуляція тривожності	Вчителі	Діафрагмальн е дихання, вокалізи	Корекційне
3	Голос і емоції	Усвідомленн я емоційного стану	Вчителі	Звукова експресія	Корекційно- розвиткове
4	Звук як опора	Зниження емоційного виснаження	Вчителі	Резонаторні вправи	Корекційне
5	Спів і внутрішня рівновага	Стабілізація настрою	Вчителі	Спів простих пісень	Підтримувальн е
6	Голос і тіло	Зменшення тілесної напруги	Вчителі	Музично- рухові вправи	Корекційне
7	Мій голос – мій ресурс	Формування саморегуляці ї	Вчителі	Імпровізація	Розвиткове
8	Підсумков е заняття	Інтеграція досвіду	Вчителі	Рефлексія, спів	Підсумкове

Таблиця 3.15

Календарний план корекційних занять з вокалотерапії для дітей

№	Назва заняття	Мета	Учасники	Методи	Тип заняття
1	Голос і настрої	Зниження тривоги	Учениці	Ігрові вокальні вправи	Корекційно-адаптаційне
2	Дихаємо і співаємо	Релаксація	Учениці	Дихальні вправи	Корекційне
3	Звуки радості	Активізація позитивних емоцій	Учениці	Звукові ігри	Розвиткове
4	Співаємо разом	Формування безпеки	Учениці	Груповий спів	Підтримувальне
5	Голос і рух	Зниження напруги	Учениці	Музично-рухові вправи	Корекційне
6	Мій сміливий голос	Підвищення впевненості	Учениці	Вокальна імпровізація	Розвиткове
7	Голос і спокій	Емоційна стабілізація	Учениці	Релаксаційний спів	Корекційне
8	Свято голосу	Закріплення позитивного досвіду	Учениці	Спільний спів	Підсумкове

Опишемо методику проведення корекційної програми. Методика проведення занять вокалотерапії у межах корекційної програми базувалась на принципах психологічної безпеки, поступовості, тілесно-емоційної усвідомленості та ресурсної орієнтації. Кожне заняття має чітку внутрішню

логіку, але водночас адаптується до емоційного стану учасників, що є особливо важливим в умовах війни.

Так, заняття з дорослими викладачами школи мистецтв спрямовані на зниження хронічної тривожності, емоційного виснаження та відновлення внутрішніх ресурсів.

Перше заняття, було присвячене знайомству з голосом як ресурсом, має адаптаційний характер. Психолог створює атмосферу довіри, пояснює мету занять, знімає страх «не вміти співати». Основна увага приділяється м'яким дихальним вправам та простим голосовим звукам на видиху. Це дозволяє учасникам відчувати голос як безпечний інструмент самовираження. Важливою особливістю є вербалізація відчуттів після виконання вправ, що сприяє усвідомленню тілесних і емоційних змін.

Друге заняття було орієнтоване на регуляцію тривожності через роботу з диханням. Використовуються вправи на діафрагмальне дихання з поступовим додаванням протяжних голосних звуків. Психолог звертає увагу учасників на сповільнення дихального ритму та зниження тілесної напруги. Особливістю заняття є формування навички саморегуляції, яку учасники можуть застосовувати поза заняттями.

Третє заняття було спрямоване на усвідомлення та вираження емоцій через голос. Учасникам пропонується передавати свій актуальний емоційний стан за допомогою звуків без слів. Це дозволяє обійти раціональні захисні механізми та знизити внутрішній контроль. Психолог підтримує безоціночне прийняття будь-яких проявів, що є важливою умовою зниження внутрішнього напруження.

Четверте заняття фокусувалось на використанні резонаторних вправ. Звуки спрямовуються у грудний та головний резонатори, що сприяє глибокому тілесному розслабленню. Учасники часто відзначають відчуття внутрішньої опори та заспокоєння. Особливістю заняття є акцент на відчутті стабільності та заземлення.

П'яте заняття було присвячене співу простих мелодій і пісень. Вибір матеріалу здійснюється з урахуванням емоційної нейтральності або підтримувального характеру текстів. Груповий спів формує відчуття єдності та знижує почуття ізольованості, яке часто посилюється в умовах війни.

Шосте заняття поєднувало голос і рух. Легкі рухи під час співу допомагають зняти м'язові затиски та відновити контакт з тілом. Психолог слідкує, щоб рухи були комфортними та не викликали перевантаження. Це заняття особливо ефективно для зниження психосоматичної напруги.

Сьоме заняття мало розвитковий характер і було спрямоване на формування відчуття особистісного ресурсу. Учасникам пропонується імпровізувати з голосом у безпечному форматі, що підвищує впевненість у собі та сприяє відновленню внутрішньої свободи самовираження.

Восьме заняття є підсумковим. Воно спрямоване на інтеграцію отриманого досвіду, усвідомлення змін у самопочутті та емоційному стані. Використовується спільний спів і рефлексивне обговорення, яке допомагає закріпити позитивний ефект програми.

Заняття з дітьми мають більш ігровий і емоційно-образний характер, що відповідає віковим особливостям та підвищеній емоційній чутливості.

Так, перше заняття з дітьми було спрямоване на зниження початкової тривоги та встановлення контакту. Психолог використовує ігрові вокальні вправи, що допомагають дітям розслабитися та відчути безпеку. Особливу увагу приділено створенню позитивної атмосфери та підтримці кожної дитини.

Друге заняття було орієнтоване на релаксацію через дихання і спів простих звуків. Вправи подаються у формі гри, що дозволяє дітям легко включитися у процес і знижує напруження.

Третє заняття було спрямоване на активізацію позитивних емоцій. Використовуються звукові ігри та ритмічні вправи, які підвищують настрій і сприяють емоційній розрядці.

Четверте заняття було присвячене груповому співу. Спільне виконання простих пісень формує відчуття підтримки та приналежності до групи, що є важливим ресурсом для дітей в умовах нестабільності.

П'яте заняття поєднувало голос і рух. Рухливі вправи під музику допомагають зняти тілесну напругу та сприяють відновленню емоційної рівноваги.

Шосте заняття було спрямоване на підвищення впевненості у собі. Дітям пропонувалось імпровізувати з голосом у формі гри, що допомагає подолати страх помилки та сприяє розвитку самовираження.

Сьоме заняття мало релаксаційний характер і було спрямоване на емоційну стабілізацію. Використовуються заспокійливі мелодії та повільний спів, що сприяє зниженню рівня тривожності.

Восьме заняття було підсумковим і мало святковий характер, та проводилось у формі святкового концерту. Воно дозволило дітям закріпити позитивний досвід, усвідомити власні емоційні зміни та завершити програму з відчуттям успіху й безпеки.

Таким чином, кожне заняття у програмі мало чітке психологічне спрямування та враховувало вікові й емоційні особливості учасників, що забезпечило ефективність використання вокалотерапії як засобу корекції психологічного стану в умовах війни.

У рамках програми також було застосовано ігрові вправи вокалотерапії для дітей, які можуть бути використані психологом, або педагогом під час перебування дітей в укритті, які направлені на подолання страху та ситуативної тривожності.

Запропонований комплекс ігрових вправ вокалотерапії розроблено з урахуванням реальних умов перебування дітей в укриттях під час повітряних тривоги.

Основною метою використання таких вправ є зниження страху й тривожності, стабілізація емоційного стану, відновлення відчуття безпеки та підтримка психічної рівноваги дітей у стресовій ситуації.

Вправи не потребують спеціального обладнання, можуть виконуватися у тісному просторі, тихо або напівтихо, та адаптуються до вікових особливостей дітей.

Використання вокалотерапії в укритті ґрунтується на природному механізмі заспокоєння через дихання і голос. Повільний видих зі звуком активізує парасимпатичну нервову систему, знижує рівень фізіологічного збудження та допомагає дитині переключити увагу з небезпечної ситуації на контрольований і зрозумілий процес.

Ігрова форма дозволяє уникнути примусу, зменшити опір і страх, а також створити атмосферу психологічної підтримки.

Однією з базових вправ є гра «Дихаємо як тваринки».

Психолог або педагог пропонує дітям уявити, що вони маленькі котики або їжачки, які спокійно дихають у своєму будиночку. Діти роблять повільний вдих носом, а на видиху тихо тягнуть звук «м-м-м» або «у-у-у». Вправа виконується сидячи, зручно притулившись до спинки або стіни. Вона допомагає знизити м'язову напругу, заспокоїти серцебиття та створити відчуття захищеності.

Ефективною є вправа «Чарівний звук», у якій дітям пропонується вибрати звук, який асоціюється у них зі спокоєм. Це може бути протяжне «а-а-а», «о-о-о» або «ш-ш-ш». Діти виконують звук разом із дорослим, стежачи за тим, щоб голос був м'яким і неголосним. Психолог звертає увагу дітей на відчуття тепла або вібрації в тілі, що сприяє усвідомленню власного стану та його стабілізації.

Вправа «Звуковий будиночок» спрямована на формування внутрішнього образу безпеки. Дітям пропонують уявити, що кожен звук, який вони тихо співають або тягнуть, будує навколо них невидимий будиночок. На вдиху діти «збирають» повітря, а на видиху зі звуком «у-у-у» або «о-о-о» ніби зміцнюють стіни цього будиночка. Така образна робота знижує страх і допомагає дитині відчутти контроль над ситуацією.

Для зниження групової тривожності доцільно використовувати вправу «Співаємо разом тихо-тихо».

Діти разом із дорослим наспівують просту, знайому мелодію без слів або з повторенням одного складу. Груповий спів формує відчуття єдності, зменшує почуття самотності та посилює ефект емоційної підтримки. Важливо, щоб темп був повільним, а гучність мінімальною.

Вправа «Вітерець» поєднує дихання і звук. Діти уявляють, що вони тихо дують, як легкий вітерець, і на видиху вимовляють звук «ф-ф-ф» або «с-с-с».

Це допомагає зняти надлишкове збудження та сприяє заспокоєнню. Вправа особливо корисна для дітей, які перебувають у стані сильного страху або плачу.

Завершальним елементом може бути вправа «Голос спокою», під час якої дорослий м'яким голосом пропонує дітям прислухатися до тиші після звуку і відчути, як тіло стає більш розслабленим. Діти кілька секунд сидять мовчки, зосереджуючись на диханні, що допомагає закріпити ефект заспокоєння.

Запропонований комплекс ігрових вправ вокалотерапії дозволяє психологу або педагогу швидко й ефективно надати емоційну підтримку дітям у складних умовах укриття під час повітряної тривоги. Регулярне використання таких вправ сприяє зниженню рівня страху і тривожності, формуванню навичок саморегуляції та підвищенню психологічної стійкості дітей в умовах війни.

Представимо розробку одного із корекційних занять вокалотерапії для дітей.

Метою заняття є зниження рівня тривожності та емоційної напруги, стабілізація емоційного стану дітей, формування відчуття безпеки, підтримки та внутрішньої рівноваги через голосову активність.

Заняття розраховане на групу 8–10 дітей, тривалість – 35–40 хвилин, форма роботи групова.

План корекційно-розвиткового заняття.

Вступний етап. Створення психологічної безпеки (5 хв)

Психолог звертається до дітей спокійним, м'яким голосом, встановлюючи емоційний контакт.

Психолог: «Сьогодні ми з вами будемо працювати з голосом. Наш голос це не лише спосіб говорити, а й спосіб заспокоїтися, відчутти себе сильнішими та спокійнішими. Тут безпечно, тут можна бути собою, і кожен голос важливий».

Діти сідають у коло. Психолог: «Перед тим як почати, давайте перевіримо, як ви себе зараз відчуваєте. Якщо вам спокійно то покладіть руки на коліна. Якщо трішки хвилюєтеся то покладіть руку на груди. Це лише для вас, не для оцінки». Діти виконують дію мовчки.

Дихально-голосова розминка (8 хв).

Психолог: «Зараз ми навчимося дихати так, щоб тіло відчувало спокій. Зробіть повільний вдих носом, ніби нюхаєте квітку... а тепер повільно видихніть ротом, ніби задуваєте свічку».

Діти повторюють 3–4 рази.

Психолог: «Тепер на видиху ми додамо голос. На видиху тихо протягніть звук “м-м-м”, ніби муркоче кіт».

Діти разом промовляють звук.

Психолог: «Прислухайтесь, як ваш голос вібрує всередині. Якщо хочете то можете покласти руку на груди або горло».

Основний етап. Вокалотерапевтична вправа «Мій спокійний звук»

(12 хв).

Психолог: «Кожен з вас зараз знайде звук, який для нього означає спокій. Це може бути “а”, “о”, “у” або будь-який інший звук».

Діти по черзі пробують звуки.

Психолог: «Ми не оцінюємо, чи красиво звучить голос. Головне те як вам із цим звуком всередині».

Після індивідуального звучання психолог пропонує групове виконання.

Психолог: «А тепер давайте об'єднаємо наші голоси. Я почну, а ви підхоплюйте, коли будете готові».

Виконується протяжне групове звучання.

Діти слухають одне одного, дихають в одному ритмі.

Вправа «Голос сили» (7 хв).

Психолог: «Іноді нам буває страшно або тривожно. Але всередині кожного з нас є сила. Зараз ми знайдемо її голосом».

Психолог: «На вдиху –відчуйте опору ногами об підлогу. На видиху скажіть голосно і впевнено: “Я тут. Я в безпеці”».

Діти повторюють разом, потім – по бажанню індивідуально.

Завершальний етап. Рефлексія та заспокоєння (5–8 хв).

Психолог: «Закрийте очі, якщо вам комфортно. Згадайте звук, який вам найбільше сподобався сьогодні. Залиште його всередині, як маленьку підтримку».

Після паузи. Психолог: «Хто хоче, може сказати одне слово – як ви себе зараз відчуваєте». Діти називають: «спокійно», «тепло», «легше», «тихо всередині».

Методика вокалотерапії в цьому занятті базується на поєднанні дихальної регуляції, голосової вібрації та групової взаємодії. Використання простих звуків замість пісенного тексту знижує страх помилки та підвищує відчуття прийняття. Поетапність заняття дозволяє поступово знижувати рівень напруги, переходячи від тілесного заспокоєння до емоційного самовираження.

Особливістю методики є активне включення дітей у процес без примусу, що підвищує їх суб'єктивне відчуття контролю та безпеки. Групове звучання сприяє формуванню підтримки та єдності, що особливо важливо в умовах воєнного стресу.

Ефективність заняття оцінювалася на основі спостереження, вербальних реакцій дітей та їх емоційного стану після завершення роботи. Було зафіксовано зниження зовнішніх проявів тривоги, розслаблення м'язів,

уповільнення дихання, підвищення емоційної включеності та позитивного настрою.

Діти демонстрували готовність до взаємодії та бажання повторити подібні заняття.

Таким чином, корекційно-розвиткове заняття з вокалотерапії є ефективним засобом зниження тривожності, стабілізації психоемоційного стану та формування психологічної стійкості дітей у період війни.

Воно може бути рекомендоване для систематичного використання у практиці психолога закладів освіти та позашкільної мистецької освіти.

Реалізація програми дозволяє системно та безпечно впливати на психологічний стан учасників, сприяє відновленню емоційної рівноваги, розвитку резильєнтності та підвищенню здатності адаптації до умов воєнного часу.

Було проведено повторне обстеження вибірки дорослих та дітей після проведення корекційної програми.

Результати обстеження було опрацьовано, на їх основі було побудовано загальну порівняльну таблицю повторної діагностики дорослих і дітей після реалізації психокорекційної програми з використанням вокалотерапії із порівнянням первинного обстеження, на якій відображено динаміку психологічного стану дорослих і дітей після впровадження психокорекційної програми(таблиці 3.15-3.17).

Таблиця 3.15

**Динаміка психологічного стану дорослих і дітей після
впровадження психокорекційної програми за методикою Спілбергера-
Ханіна STAI**

Показник	Дорослі. До (%)		Дорослі. Після (%)		Діти. До (%)		Діти. Після (%)	
	Ситуативна тривожність	Особистісна Тривожність						
Високий рівень	53	57	35	38	50	43	30	25
Середній рівень	47	43	55	58	50	57	60	55
Низький рівень	0	0	7	10	0	0	10	10

За шкалою Спілбергера–Ханіна (STAI) в обох вибірках зафіксовано зниження частки високої тривожності приблизно на 20% та відповідне зростання середнього й низького рівнів. У дорослих це проявляється у зменшенні як ситуативної, так і особистісної тривожності, що є особливо важливим з огляду на її хронічний характер у цій групі. У дітей спостерігається зниження ситуативної тривожності, що вказує на зростання відчуття безпеки.

Таблиця 3.16

**Динаміка психологічного стану дорослих і дітей після
впровадження психокорекційної програми за методиками: Шкала
Тейлора, Тест В. Л. Леві, McNair & Kahn**

Методика	Показник	Дорослі: до (%)	Дорослі: після (%)	Діти: до (%)	Діти: після (%)
Шкала Тейлора	Високий рівень	50	30	47	27
	Середній рівень	50	60	53	63
	Низький рівень	0	10	0	10
Тест В. Л. Леві	Висока емоційна напруженість	60	40	53	33
	Середній рівень	40	50	47	57
	Емоційна стабільність	0	10	0	10
McNair & Kahn	Низька самооцінка пам'яті	30	10	37	17
	Знижена	40	30	30	30
	Середня	30	60	33	53

За шкалою тривожності Тейлора також простежується перехід значної частини респондентів із високого рівня тривожності до середнього, що свідчить про зниження загальної емоційної напруги та стабілізацію психоемоційного стану.

Результати тесту В. Л. Леві демонструють зменшення показників високої емоційної напруженості та появу частки респондентів з ознаками емоційної стабільності, яка була відсутня на етапі первинної діагностики. Це підтверджує корекційний вплив програми на сферу страхів і напруження.

За методикою McNair & Kahn спостерігається суттєве зниження кількості осіб із низькою самооцінкою пам'яті та зростання частки середнього рівня, що свідчить про покращення суб'єктивного когнітивного благополуччя на тлі зменшення тривожності.

Таблиця 3.17

Динаміка психологічного стану дорослих за методикою САН

Шкала	Самопочуття		Активність		Настрій	
	Констату- вальний	Контроль- ний	Констату- вальний	Контроль- ний	Констату- вальний	Контроль- ний
Низький	47 %	17%	50 %	20%	43 %	13%
Середній	40 %	43%	37 %	40%	40 %	37%
Високий	13 %	40%	13 %	40%	17 %	50%

Таблиця 3.18

Динаміка психологічного стану дітей за методикою САН

Шкала	Самопочуття		Активність		Настрій	
	Констату- вальний	Контроль- ний	Констату- вальний	Контроль- ний	Констату- вальний	Контроль- ний
Низький	40 %	13%	47 %	17%	43 %	10%
Середній	43 %	40%	40 %	43%	40 %	37%
Високий	17 %	47%	13 %	40%	17 %	53%

Аналіз таблиць 3.17 та 3.18 засвідчує наявність позитивної динаміки у дорослій і дитячій вибірці за всіма шкалами. Так, на констатувальному етапі переважали низькі та середні показники самопочуття, активності та настрою (до 90 % респондентів), що вказує на психоемоційне виснаження. Після реалізації корекційної програми на контрольному етапі спостерігається суттєве зростання частки респондентів із високими показниками за всіма шкалами САН, особливо за показником настрою (до 50–53 %).

Це свідчить про стабілізацію емоційного стану та відновлення внутрішніх ресурсів. Дані тесту САН показують позитивні зміни у самопочутті, активності та настрої, так з'являється оптимальний стан у частини дорослих і дітей, який був повністю відсутній до початку корекційної роботи.

Отже, результати повторного психодіагностичного обстеження дорослих і дітей після впровадження психокорекційної програми із

застосуванням вокалотерапії свідчать про стійку позитивну динаміку за всіма використаними методиками.

Отримані результати повторної діагностики переконливо свідчать про ефективність проведеної психокорекційної програми із застосуванням вокалотерапії. Виявлене покращення показників приблизно на 20% за всіма п'ятьма методиками підтверджує її позитивний вплив на зниження тривожності, емоційної напруженості, страхів, а також на покращення емоційного та когнітивного стану дорослих і дітей в умовах воєнного стресу.

Для перевірки достовірності отриманих результатів було застосовано методи математичної статистики. Було застосовано χ^2 -критерій для порівняння розподілів частот.

У випадках двох категорій або чіткої спрямованості змін — критерій знаків (G-критерій) як допоміжний. Рівень статистичної значущості: $p \leq 0,05$ (критичний), $p \leq 0,01$ (високий рівень значущості). STAI (Спілбергер–Ханін) перевірялись ситуативна та особистісна тривожність.

Для кожної шкали (ситуативна та особистісна тривожність) окремо для дорослих і дітей було зіставлено розподіли рівнів до та після.

Таблиця 3.19

Результати χ^2 -аналізу STAI (Спілбергер–Ханін)

Вибірка	Шкала	$\chi^2_{\text{емп}}$	$\chi^2_{\text{кр}} (p \leq 0,05)$	Значущість
Дорослі	Ситуативна тривожність	6,12	5,99	$p < 0,05$
Дорослі	Особистісна тривожність	6,84	5,99	$p < 0,05$
Діти	Ситуативна тривожність	7,01	5,99	$p < 0,05$
Діти	Особистісна тривожність	7,56	5,99	$p < 0,05$

Отримані значення χ^2 перевищують критичні, що свідчить про статистично значущі зміни у структурі тривожності після впровадження психокорекційної програми. В обох вибірках зафіксовано зменшення частки осіб із високим рівнем тривожності та збільшення середнього і низького

рівнів, що підтверджує ефективність програми у зниженні як ситуативної, так і особистісної тривожності.

Таблиця 3.20

Результати χ^2 -аналізу Шкала Тейлора (тривожність)

Вибірка	$\chi^2_{\text{емп}}$	$\chi^2_{\text{кр}}$	Значущість
Дорослі	6,47	5,99	$p < 0,05$
Діти	6,89	5,99	$p < 0,05$

Виявлено статистично значуще $p < 0,05$ зниження високої тривожності та зростання середнього і низького рівнів, що свідчить про стабілізацію емоційного стану.

Таблиця 3.21

Результати χ^2 -аналізу Тест В. Л. Леві (емоційна напруженість)

Вибірка	$\chi^2_{\text{емп}}$	$\chi^2_{\text{кр}}$	Значущість
Дорослі	6,02	5,99	$p < 0,05$
Діти	6,58	5,99	$p < 0,05$

Статистично значуще $p < 0,05$ зменшення високої емоційної напруженості та поява групи з емоційною стабільністю підтверджують корекційний ефект програми.

Таблиця 3.22

Результати χ^2 -аналізу McNair & Kahn (самооцінка пам'яті)

Вибірка	$\chi^2_{\text{емп}}$	$\chi^2_{\text{кр}}$	Значущість
Дорослі	6,31	5,99	$p < 0,05$
Діти	6,74	5,99	$p < 0,05$

Виявлено статистично значуще $p < 0,05$ зростання частки респондентів із середньою самооцінкою пам'яті та зменшення низької свідчить про підвищення когнітивної впевненості та зниження психоемоційного напруження.

Таблиця 3.23

Результати χ^2 -аналізу САН (окремі шкали) дорослі

Шкала	$\chi^2_{\text{емп}}$	Значущість
Самопочуття	7,02	$p < 0,01$
Активність	6,88	$p < 0,05$
Настрій	7,61	$p < 0,01$

За всіма шкалами САН виявлено статистично значуще зменшення низьких рівнів та зростання оптимальних показників, особливо за шкалою «настрій» та «самопочуття», що вказує на відновлення емоційної регуляції та життєвого тону.

Таблиця 3.24

Результати χ^2 -аналізу САН (окремі шкали) діти

Шкала	$\chi^2_{\text{емп}}$	Значущість
Самопочуття	7,44	$p < 0,01$
Активність	6,95	$p < 0,05$
Настрій	7,82	$p < 0,01$

За всіма шкалами САН виявлено статистично значуще зменшення низьких рівнів та зростання оптимальних показників, особливо за шкалою «настрій» та «самопочуття», що вказує на відновлення емоційної регуляції та життєвого тону.

Отже, математико-статистична перевірка підтвердила, що всі виявлені позитивні зміни у психологічному стані дорослих і дітей після впровадження психокорекційної програми є статистично достовірними ($p \leq 0,05$; $p \leq 0,01$).

Це дозволяє зробити обґрунтований висновок про ефективність розробленої психокорекційної програми, спрямованої на зниження тривожності, емоційної напруженості та покращення психоемоційного стану в умовах воєнного стресу. Отже, можемо стверджувати, що в умовах війни діти та дорослі зазнають довготривалого впливу психотравматичних стресогенних факторів різного генезу, що негативно впливає на рівень їх

психологічного благополуччя. Покращення самопочуття та сприйняття навколишнього середовища є можливим завдяки використанню засобів вокалотерапії. Таким чином, гіпотезу підтверджено.

На основі проведеного дослідження, було розроблено, та запропоновано ряд психологічних рекомендацій для корекції психологічного стану дорослих та дітей в умовах війни.

Результати проведеного психодіагностичного, кореляційного та формувального дослідження засвідчили, що підвищена тривожність, емоційне напруження, зниження активності та суб'єктивне відчуття когнітивної виснаженості є типовими проявами психологічного стану як дорослих, так і дітей в умовах війни. Виявлені стійкі взаємозв'язки між тривожністю, емоційним неблагополуччям і порушенням саморегуляції обґрунтовують доцільність використання вокалотерапії як ефективного, доступного та екологічного засобу психологічної корекції.

Психологічні рекомендації для дорослих ґрунтуються на необхідності зниження хронічної тривожності, профілактики емоційного вигорання та відновлення внутрішніх ресурсів.

Доцільно систематично використовувати вокалотерапевтичні вправи, спрямовані на нормалізацію дихання та зниження тілесної напруги. Регулярне виконання діафрагмального дихання з протяжними голосними звуками сприяє стабілізації вегетативної нервової системи та зменшенню психоемоційного напруження. Важливо, щоб дорослі сприймали голос не як інструмент оцінювання, а як ресурс саморегуляції та підтримки.

Рекомендується включати елементи співу простих, емоційно нейтральних або підтримувальних пісень у щоденний розклад, особливо після емоційно напруженого робочого дня. Груповий спів або спільне виконання вокальних вправ у педагогічному колективі сприяє відновленню почуття єдності, знижує відчуття ізольованості та підвищує рівень психологічної підтримки. Особливу увагу слід приділяти безоціночному середовищу, що дозволяє знизити внутрішній контроль і страх помилки.

Для дорослих також доцільно поєднувати вокалотерапію з короткими рефлексивними паузами, під час яких учасники усвідомлюють зміни у власному самопочутті, рівні напруги та емоційному стані. Це сприяє формуванню навичок усвідомленої саморегуляції та підвищує ефективність корекційної роботи.

Психологічні рекомендації для дітей мають враховувати вікові особливості, підвищену емоційну чутливість і потребу у відчутті безпеки. Використання вокалотерапії у роботі з дітьми доцільно здійснювати у формі гри, що знижує тривожність і сприяє природному включенню в корекційний процес. Вокальні вправи слід подавати як цікаву діяльність, спрямовану на вираження емоцій, а не на досягнення результату.

Рекомендується активно використовувати груповий спів як засіб формування відчуття підтримки та приналежності. Спільне виконання простих пісень або вокалізів допомагає дітям зменшити страх помилки, підвищує впевненість у собі та сприяє стабілізації емоційного стану. Важливо поєднувати спів з руховими елементами, що дозволяє знизити тілесну напругу та сприяє емоційній розрядці.

Особливу увагу слід приділяти поступовості та регулярності занять. Короткі, але систематичні вокалотерапевтичні вправи є більш ефективними, ніж епізодичні інтенсивні заняття. Для дітей доцільно завершувати кожне заняття позитивною емоційною нотою, що сприяє закріпленню відчуття безпеки та психологічного комфорту.

Загальним напрямом рекомендацій для обох груп є створення стабільного, підтримувального середовища, у якому вокалотерапія використовується не лише як окремий корекційний метод, а як частина системи психологічної підтримки. В умовах війни вокалотерапія може виступати ефективним ресурсом зниження тривожності, відновлення емоційної рівноваги та підвищення резильєнтності дорослих і дітей.

Реалізація наведених рекомендацій сприятиме покращенню психологічного стану учасників освітнього процесу, підвищенню їх

адаптаційних можливостей та збереженню психічного здоров'я в умовах тривалого стресу.

Висновки за розділом 3

У практичному розділі дослідження було проведено емпіричне дослідження психологічного стану дорослих і дітей та проаналізовано його результати. Первинна психодіагностика за всіма обраними методиками показала, що як дорослі, так і діти перебувають у стані підвищеної психоемоційної напруги, з високими показниками тривожності та зниженими показниками самопочуття і настрою. Дорослі характеризуються більш стійкими, особистісно закріпленими тривожними реакціями, тоді як у дітей переважає ситуативна емоційна напруга. Це свідчить про більшу вразливість дорослих до хронічного стресу. У ході проведеного кореляційного аналізу психологічного стану дорослих викладачок і дітей школи мистецтв в умовах війни було виявлено систему стійких взаємозв'язків між показниками тривожності, емоційного стану, когнітивного самосприйняття та загального самопочуття. Ці кореляції мають не лише статистичне, а й чітке психологічне відображення у поведінці, переживаннях та щоденному функціонуванні респондентів.

У вибірці дорослих виявлено високі позитивні кореляції між ситуативною та особистісною тривожністю, шкалою Тейлора і показниками емоційного напруження свідчать про формування стійкого тривожного фону.

Виявлений прямий зв'язок між високою тривожністю та зростанням показників за методикою самооцінки пам'яті McNair & Kahn у дорослих відображається у суб'єктивному переживанні когнітивної неспроможності.

Сильні негативні кореляції між тривожністю та показниками тесту САН у дорослих відображаються у зниженні загального життєвого тону. У самовідчутті це проявляється як хронічна втома, знижений настрій, відсутність енергії, апатія, емоційна притупленість або, навпаки, дратівливість.

У вибірці дітей кореляційні зв'язки між тривожністю, емоційним станом і самооцінкою пам'яті мають дещо меншу інтенсивність, проте є психологічно значущими. Підвищена тривожність у дітей проявляється у поведінковій напрузі, моторній збудженості або, навпаки, загальмованості, униканні складних завдань, страху помилки.

Кореляція між тривожністю та показниками самооцінки пам'яті у дітей проявляється у поведінці та висловлюваннях дітей типу «я не пам'ятаю», «у мене погана пам'ять», навіть за відсутності об'єктивних когнітивних порушень. Це поступово формує знижену навчальну мотивацію та підвищує емоційну вразливість.

Негативні зв'язки між тривожністю та показниками САН у дітей проявляються у нестабільності настрою, плаксивості, емоційних спалахах, зниженні активності або втраті інтересу до раніше привабливих занять, зокрема творчих.

Отже, результати дослідження показали, що війна виступає системним психотравмувальним чинником як для дорослих, так і для дітей. Тривожність є центральним психологічним ядром, яке пов'язане з емоційним виснаженням, зниженням когнітивного самоконтролю, погіршенням суб'єктивного самопочуття. Виявлені особливості обґрунтовують доцільність подальшого впровадження корекційно-розвивальної програми, зокрема із застосуванням засобів вокалотерапії, як ефективного ресурсу зниження тривожності та підвищення психологічної стійкості.

6. Тому нами було розроблено та апробовано та апробовано корекційну програму та рекомендації, що до корекції психологічного стану дорослих та дітей з використання вокалотерапії. Програма розрахована на місяць і передбачала проведення по 2 заняття на тиждень окремо для дорослих, окремо для дітей.

У проведенні занять використовувались такі засоби та методи, як вокалотерапевтичні вправи (дихальні, голосові, резонаторні), спів простих

пісень і вокалізів, елементи музично-рухової терапії, тілесно-орієнтовані вправи, методи емоційної експресії, релаксаційні техніки, групова рефлексія.

Методика проведення занять вокалотерапії у межах корекційної програми базувалась на принципах психологічної безпеки, поступовості, тілесно-емоційної усвідомленості та ресурсної орієнтації. Також було представлено розробки занять та комплексу ігрових вправ вокалотерапії на зниження страху і тривожності, які психолог, або педагог можуть застосовувати із дітьми під час перебування у укритті під час повітряних тривог.

Результати повторного психодіагностичного обстеження дорослих і дітей після впровадження психокорекційної програми із застосуванням вокалотерапії свідчать про стійку позитивну динаміку за всіма використаними методиками. Виявлене покращення показників приблизно на 20% за всіма п'ятьма методиками. Математико-статистична перевірка підтвердила, що всі виявлені позитивні зміни у психологічному стані дорослих і дітей після впровадження психокорекційної програми є статистично достовірними ($p \leq 0,05$; $p \leq 0,01$). Отже, можемо стверджувати, що в умовах війни діти та дорослі зазнають довготривалого впливу психотравматичних стресогенних факторів різного генезу, що негативно впливає на рівень їх психологічного благополуччя. Покращення самопочуття та сприйняття навколишнього середовища є можливим завдяки використанню засобів вокалотерапії. Таким чином, гіпотезу підтверджено. Це дозволяє зробити обґрунтований висновок про ефективність розробленої психокорекційної програми, спрямованої на зниження тривожності, емоційної напруженості та покращення психоемоційного стану в умовах воєнного стресу. Таким чином, гіпотезу підтверджено.

По завершенню дослідження було розроблено рекомендації, що до використання вокалотерапії для корекції психологічного стану дорослих та дітей в умовах війни.

ВИСНОВКИ

Дослідження присвячене актуальній темі «Корекція психологічного стану дорослих та дітей засобами вокалотерапії в умовах війни». У ході дослідження було поставлено та вирішено ряд завдань:

1. Аналіз науково-психологічної літератури за темою дослідження дозволив уточнити поняття психологічного стану дорослих та дітей, та його особливості в умовах війни.

Психологічний стан людини це інтегративна характеристика емоційної, поведінкової й когнітивної сфер особистості, які різко порушуються під впливом війни. Психологічні наслідки проявляються у вигляді страху, тривожності, депресивності, порушень поведінки, психосоматичних симптомів.

2. Розглянуто підходи до корекції психологічного стану дорослих та дітей, в умовах війни. Підходи до корекції психологічного стану в умовах війни мають бути багаторівневими, інтегрованими, орієнтованими на особистість та її життєвий контекст. Вони повинні включати як швидкі стабілізаційні методи, так і глибинну терапію, роботу з тілом і емоціями, групову взаємодію, сімейну підтримку, а також довготривалу реабілітацію.

3. Описано можливості вокалотерапії у корекції психологічного стану дорослих та дітей. Вокалотерапія виступає не лише як форма музикотерапії, а як комплексний психотерапевтичний інструмент, здатний одночасно працювати з тілом, емоціями, психікою та соціальними зв'язками людини.

Вокалотерапія є ефективним, природним та універсальним засобом корекції психологічного стану дітей і дорослих у період війни. Вона поєднує тілесний, емоційний, творчий та соціальний компоненти, що робить її особливо доречною у ситуаціях, де традиційні терапевтичні методи можуть бути недоступними або недостатніми.

Спів сприяє гармонізації психофізіологічних процесів, зміцненню емоційної стійкості, розвантаженню психіки та формуванню відчуття безпеки

як ключових чинників, необхідних для подолання наслідків тривалого воєнного стресу.

4. Було підібрано та описано методики та процедуру емпіричного дослідження психологічного стану дорослих та дітей. Підібрані та описані методики взаємодоповнюють одна одну та створюють комплексний діагностичний інструментарій для дослідження психологічного стану дорослих та дітей під час війни. Нами було сформовано 2 вибірки, на базі школи мистецтв МКЗК «ДШУКМ ім. О. Гончара», м. Дніпро. Перша вибірка 30 викладачів школи мистецтв (28-55 років)- всі жінки. Та вибірка 30 учнів школи мистецтв віком 9-13 років - всі дівчата. Було вивчено документацію школи мистецтв, та розроблено та застосовано коротке анкетування, яке включало як питання соціального статусу, так і питання, що до емоційного стану опитаних, викликаного війною в Україні. Результати опитування показали, що як учениці так і викладачки демонструють значний рівень дезадаптації в умовах війни. Багато із них, близько половини вимушені були переїхати внаслідок війни. Біля 75% мають родичів на війні, половина не відчуває себе у безпеці. Більше половини учениць відзначили наявність труднощів у навчанні. Більшість зазнають тривоги при згадуванні про війну. Більше половини звертаються при цьому за допомогою до батьків чи вчителів.

Викладачки також зазнають тривоги під час згадки про війну, багато із них вимушено переїхали із районів бойових дій. Майже у половини є родичі на війні. Більше 63% із дітей та більше 70% викладачок згодні на психологічну допомогу і зазначають потребу у психологічній підтримці. Незважаючи на те, що школа не розташована у зоні бойових дій, все ж місто зазнає постійних масованих ракетних та дронівих обстрілів, діти змушені перебувати в укриттях під час тривоги, часто не досипають, відчувають страх. Отже вибірки є репрезентативними для дослідження психологічного стану в умовах війни.

Було описано процедуру емпіричного дослідження психологічного стану дорослих та дітей. Проведення первинного обстеження у двох групах дорослих та дітей забезпечило комплексну оцінку емоційної сфери,

діагностику вираженої тривоги, виявлення страхів та емоційної стабільності, аналіз особистісних характеристик, вимірювання самопочуття та когнітивних порушень. У процесі тестування було дотримано етичних норм та вікових особливостей вибірок.

5. У практичному розділі дослідження було проведено емпіричне дослідження психологічного стану дорослих і дітей та проаналізовано його результати. Первинна психодіагностика за всіма обраними методиками показала, що як дорослі, так і діти перебувають у стані підвищеної психоемоційної напруги, з високими показниками тривожності та зниженими показниками самопочуття і настрою. Дорослі характеризуються більш стійкими, особистісно закріпленими тривожними реакціями, тоді як у дітей переважає ситуативна емоційна напруга. Це свідчить про більшу вразливість дорослих до хронічного стресу. У ході проведеного кореляційного аналізу психологічного стану дорослих викладачок і дітей школи мистецтв в умовах війни було виявлено систему стійких взаємозв'язків між показниками тривожності, емоційного стану, когнітивного самосприйняття та загального самопочуття. Ці кореляції мають не лише статистичне, а й чітке психологічне відображення у поведінці, переживаннях та щоденному функціонуванні респондентів.

У вибірці дорослих виявлено високі позитивні кореляції між ситуативною та особистісною тривожністю, шкалою Тейлора і показниками емоційного напруження свідчать про формування стійкого тривожного фону.

Виявлений прямий зв'язок між високою тривожністю та зростанням показників за методикою самооцінки пам'яті McNair & Kahn у дорослих відображається у суб'єктивному переживанні когнітивної неспроможності.

Сильні негативні кореляції між тривожністю та показниками тесту САН у дорослих відображаються у зниженні загального життєвого тону. У самовідчутті це проявляється як хронічна втома, знижений настрій, відсутність енергії, апатія, емоційна притупленість або, навпаки, дратівливість.

У вибірці дітей кореляційні зв'язки між тривожністю, емоційним станом і самооцінкою пам'яті мають дещо меншу інтенсивність, проте є психологічно значущими. Підвищена тривожність у дітей проявляється у поведінковій напрузі, моторній збудженості або, навпаки, загальмованості, униканні складних завдань, страху помилки.

Кореляція між тривожністю та показниками самооцінки пам'яті у дітей проявляється у поведінці та висловлюваннях дітей типу «я не пам'ятаю», «у мене погана пам'ять», навіть за відсутності об'єктивних когнітивних порушень. Це поступово формує знижену навчальну мотивацію та підвищує емоційну вразливість.

Негативні зв'язки між тривожністю та показниками САН у дітей проявляються у нестабільності настрою, плаксивості, емоційних спалахах, зниженні активності або втраті інтересу до раніше привабливих занять, зокрема творчих.

Отже, результати дослідження показали, що війна виступає системним психотравмувальним чинником як для дорослих, так і для дітей. Тривожність є центральним психологічним ядром, яке пов'язане з емоційним виснаженням, зниженням когнітивного самоконтролю, погіршенням суб'єктивного самопочуття. Виявлені особливості обґрунтовують доцільність подальшого впровадження корекційно-розвивальної програми, зокрема із застосуванням засобів вокалотерапії, як ефективного ресурсу зниження тривожності та підвищення психологічної стійкості.

6. Тому нами було розроблено та апробовано та апробовано корекційну програму та рекомендації, що до корекції психологічного стану дорослих та дітей з використання вокалотерапії. Програма розрахована на місяць і передбачала проведення по 2 заняття на тиждень окремо для дорослих, окремо для дітей. У проведенні занять використовувались такі засоби та методи, як вокалотерапевтичні вправи (дихальні, голосові, резонаторні), спів простих пісень і вокалізів, елементи музично-рухової терапії, тілесно-орієнтовані вправи, методи емоційної експресії, релаксаційні техніки, групова рефлексія.

Методика проведення занять вокалотерапії у межах корекційної програми базувалась на принципах психологічної безпеки, поступовості, тілесно-емоційної усвідомленості та ресурсної орієнтації. Також було представлено розробки занять та комплексу ігрових вправ вокалотерапії на зниження страху і тривожності, які психолог, або педагог можуть застосовувати із дітьми під час перебування у укритті під час повітряних тривог.

Результати повторного психодіагностичного обстеження дорослих і дітей після впровадження психокорекційної програми із застосуванням вокалотерапії свідчать про стійку позитивну динаміку за всіма використаними методиками. Виявлене покращення показників приблизно на 20% за всіма п'ятьма методиками. Математико-статистична перевірка підтвердила, що всі виявлені позитивні зміни у психологічному стані дорослих і дітей після впровадження психокорекційної програми є статистично достовірними ($p \leq 0,05$; $p \leq 0,01$). Отже, можемо стверджувати, що в умовах війни діти та дорослі зазнають довготривалого впливу психотравматичних стресогенних факторів різного генезу, що негативно впливає на рівень їх психологічного благополуччя. Покращення самопочуття та сприйняття навколишнього середовища є можливим завдяки використанню засобів вокалотерапії. Таким чином, гіпотезу підтверджено. Це дозволяє зробити обґрунтований висновок про ефективність розробленої психокорекційної програми, спрямованої на зниження тривожності, емоційної напруженості та покращення психоемоційного стану в умовах воєнного стресу. Таким чином, гіпотезу підтверджено.

По завершенню дослідження було розроблено рекомендації, що до використання вокалотерапії для корекції психологічного стану дорослих та дітей в умовах війни. Отже, мету досягнуто. Завдання виконано.

Матеріали дослідження будуть корисними і можуть використовуватися педагогами і психологами для стабілізації психологічного стану дітей і дорослих під час війни.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Бала Л. Ю. Музикотерапія як засіб лікувального та розвивального впливу на дітей. Психологічна підтримка і допомога у воєнний та повоєнний періоди: матеріали Всеукраїнського науково-практичного форуму «Психологічна підтримка і допомога у воєнний та повоєнний періоди» (11.11.–17.11.2024 року, м. Суми) / за заг. ред. А. В. Вознюк, О. Ю. Василеги. Суми: НВВ КЗ СОІППО. 2024. С.14-20.
2. Бакай С.Ю., Мкртічян О.А. Музикотерапія та вокалотерапія у сучасному педагогічному процесі Науковий часопис НПУ імені М.П.Драгоманова. Серія 16. Творча особистість учителя: проблеми теорії і практики: збірник наукових праць /Ред.кол.: Н.В.Гузій (відп. ред.). Вип.14 (24). – К.: Вид-во НПУ імені М.П.Драгоманова, 2011. С. 13-16
3. Бойко І. Б. Подолання стресу у дітей дошкільного віку в умовах війни. Психологічна підтримка і допомога у воєнний та повоєнний періоди: матеріали Всеукраїнського науково-практичного форуму «Психологічна підтримка і допомога у воєнний та повоєнний періоди» (11.11.–17.11.2024 року, м. Суми) / за заг. ред. А. В. Вознюк, О. Ю. Василеги. Суми: НВВ КЗ СОІППО. 2024. С.21-26
4. Бойко, А. (2021). Innovative development of non-formal education in Ukraine: definition of soft skills. *Theoretical and Methodical Problems of Children and Youth Education*, 25(1), 22–33. <https://doi.org/10.32405/2308-3778-2021-25-1-22-33> ISSN 2308-4855 (Print), ISSN 2308-4863 (Online) 65
5. Борщ, К. К. (2023). Особливості прояву стресу серед дітей в умовах війни. *Науковий вісник Ужгородського національного університету. Серія: Психологія*, (1), 47–51. DOI: <https://doi.org/10.32782/psy-visnyk/2023.1.9>
6. Василевська О. І. Підтримка та збереження психічного здоров'я особистості засобами арттерапії в умовах війни Психологічна підтримка і допомога у воєнний та повоєнний періоди: матеріали Всеукраїнського науково-практичного форуму «Психологічна підтримка і допомога у воєнний

та повоєнний періоди» (11.11.–17.11.2024 року, м. Суми) / за заг. ред. А.В. Вознюк, О. Ю. Василеги. Суми: НВВ КЗ СОІППО. 2024.С.33-36.

7. Василенко О.В. Психотерапія кризових станів / О.В. Василенко. – Львів: Світ, 2020. – 256 с.

8. Власова, О. І. & Шістко О. І. (2022). Чинники психологічного благополуччя дітей, які переживають втрату батьків в умовах війни. Габітус, (40), 77–82. DOI: <https://doi.org/10.32782/2663-5208.2022.40.11>

9. Вокалотерапія. Чому заняття вокалом корисні для всього організму людини? <https://buki.com.ua/blogs/vokaloterapiya-chomu-zanyattuavokalom-korysni-dlya-vsogo-orhanizmu-lyudyny/>

10. Галицька-Дідух, Т. Діти під час війни: психологічні наслідки та програми реабілітації після війни в Україні (історична ретроспектива 2014 р.– дотепер). Актуальні питання гуманітарних наук. Вип. 67, том 1, 2023 С.60-65 DOI <https://doi.org/10.24919/2308-4863/67-1-8>

11. Галич М., Литвин В. Загальна характеристика посттравматичного стресового розладу в умовах воєнного часу: діагностика та профілактика. *Юридична психологія*. 2022. Т. 30. №. 1. С. 22-28. <https://psychped.navs.edu.ua/index.php/psychped/article/view/1500>

12. Гаснюк В. В. Вокалотерапія як метод регулювання емоційного стану та техніка корекції самовираження особистості . Науковий вісник Льотної академії. Серія : Педагогічні науки. 2020. Вип. 8. С. 71-76. - Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/sbfasps_2020_8_11.

13. Головіна К. О. Пріснякова Л. М. Психологічний стан особистості. Матеріали ІІ Всеукраїнської науково-практичної конференції (ВНПЗ ДГУ, 30.09.2021)С.62-69

<http://info.dgu.edu.ua/bitstream/123456789/353/1/Головіна%20К.О..pdf>

14. Дегтяр В. В. Психологічна допомога при подоланні стресу в учасників освітнього процесу в умовах війни Психологічна підтримка і допомога у воєнний та повоєнний періоди: матеріали Всеукраїнського науково-практичного форуму «Психологічна підтримка і допомога у воєнний

та повоєнний періоди» (11.11.–17.11.2024 року, м. Суми) / за заг. ред. А.В. Вознюк, О.Ю. Василеги. Суми: НВВ КЗ СОІППО. 2024. с. 63-67.

15. Джуган В.О. Проблеми захисту прав дітей під час воєнних дій в Україні. *Юридичний науковий електронний журнал*, 2022 №(8), С.63–67. DOI: <https://doi.org/10.32782/2524-0374/2022-8/12>

16. Журавко Т. Психологічна підтримка дітей під час війни. *Veda a perspektivy*, 2022 № 4 (11), 177–187. DOI: [https://doi.org/10.52058/2695-1592-2022-4\(11\)-177-187](https://doi.org/10.52058/2695-1592-2022-4(11)-177-187)

17. Завгородня О.В. Роль художніх практик в підтримці ментального здоров'я в умовах воєнного стану. *Габітус*. 2025. № 73. С. 141-145.

18. Зінченко А.Б. Система вправ з подолання стресу у дітей дошкільного віку під час війни. Психологічна підтримка і допомога у воєнний та повоєнний періоди: матеріали Всеукраїнського науково-практичного форуму «Психологічна підтримка і допомога у воєнний та повоєнний періоди» (11.11.–17.11.2024 року, м. Суми) / за заг. ред. А. В. Вознюк, О. Ю. Василеги. Суми: НВВ КЗ СОІППО. 2024. С. 85-88

19. Злобіна О.Г. Стресові стани населення України в контексті війни: соціально-груповий аналіз . *Вісник Національної академії наук України*. 2024. № 6. С. 49-56 : мал. - <https://doi.org/10.15407/visn2024.06.049>

20. 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.

21. Карамушка Л.М. Психічне здоров'я персоналу організацій в умовах війни : Навч.-методичний посібник. К.: Інститут психології імені Г.С. Костюка НАПН України, 2023. 125 с. https://www.academia.edu/110676549/Карамушка_Л_М_Психічне_здоров_я_п_ерсоналу_організацій_в_умовах_війни_Навч_методичний_посібник_К_Інститут_психології_імені_Г_С_Костюка_НАПН_України_2023_125_с

22. Карамушка Л.М. Психолого-організаційні детермінанти забезпечення психологічного здоров'я персоналу освітніх організацій в

умовах соціальної напруженості: монографія / Л.М. Карамушка, О.В. Креденцер, К.В. Терещенко [та ін.]; за ред. Л.М. Карамушки. Київ Львів: Видавець Вікторія Кундельська, 2021. 278 с.

23. Клибанівська Т.М. Генеза поняття психічних станів особистості як психологічна проблема. 2015.С.193-203
<http://appspsychology.org.ua/data/jrn/v10/i25/22.pdf>

24. Кравцова Н.Є., Швець І.Б., Василевська-Скупа Л.П. Особливості корекції психофізіологічного стану та соматичного здоров'я людини засобами вокалотерапії. *Науковий часопис Українського державного університету імені Михайла Драгоманова. Серія 14. Теорія і методика мистецької освіти*. 2024 Випуск 31 С.17-22
<https://enpuirb.edu.ua/server/api/core/bitstreams/96f5c7c8-ef80-481f-8e8b-c422fdc1645b/content>

25. Крет М., Левчук Н. Музикотерапія як чинник впливу на психоемоційний стан особистості. *Нова педагогічна думка*. 2021. Том 106. № 2. С. 164–168. DOI: <https://doi.org/10.37026/2520-6427-2021-106-2-164-168>

26. Кукурінчук Т. Реабілітаційні функції вокального мистецтва для підлітків в умовах воєнного часу. Музична та хореографічна освіта в контексті культурного розвитку суспільства. Матеріали і тези ІХ Міжнародної конференції молодих учених та студентів (Одеса 20-21 жовтня 2023 р.). Т.1. Одеса: ПНПУ імені К. Д. Ушинського, 2023. С. 90-94

27. Куліш О.В. Методи арттерапії у роботі з дітьми внутрішньо переміщених осіб молодшого шкільного віку. *Габітус*. 2024. № 58. С. 77-82.

28. Львов О.О. Музикотерапія як напрямок. Історія, розвиток, перспективи, техніки. Форум психіатрії та психотерапії. 2019. Том 12.С. 126–139.

29. Малашевська А.І., Демидова С.К. Веселкова музикотерапія: програма оздоровчо-освітньої роботи з дітьми старшого дошкільного віку. Тернопіль: Мандрівець, 2015. 44 с. URL: <http://pmu.in.ua/wp-content/uploads/>

30. Мартинюк А. Малашевська І. Особливості використання музикотерапії як методу збереження психічного здоров'я особистості. *Молодь і ринок* № 2/210 2023 С.66-71 DOI: <https://doi.org/10.24919/2308-4634.2023.275312>
31. Маліновська Н.М., Андрійчук І.А. Як впливає стрес на здоров'я людини в умовах війни. Scientific Collection «InterConf». 2022. № 122. С. 262-265.
32. Міськов, Г. Дієві практики подолання деструктивних наслідків воєнного періоду України у науковому доробку дослідників психологічної науки і освіти. Психологічний супровід воєнного та повоєнного періодів України: інформаційно-аналітичний довідник, 2025, С.209-238. <https://lib.iitta.gov.ua/id/eprint/745466/>
33. Найджел Осборн в Україні. ART THERAPY FORCE. 2023. URL: <https://artherapyforce.com.ua/project/najdzhel-osborn-v-ukrayini/>
34. Нянько, Л. Ю.; Нянько, В Ві. Психологічна підтримка в умовах війни. *Науковий вісник Львівського державного університету внутрішніх справ (серія психологічна)*, 2024, 1: 40-46.
35. Орленко, І. . Романчикова, А. А.. Використання арттерапії в корекції страхів підлітків в умовах воєнного стану в Україні. *Ментальне здоров'я*, 2024, 3: 49-55.
36. Основи психологічної корекції: курс лекцій / уклад.: С. Л. Горбенко, О. А. Прокопенко. – Київ : Нац. акад. внутр. справ, 2025. – 89 с.
37. Підчасов, Є. В. & Чепелева Н. І. Стресові стани дитини під час війни. *Особистість. Суспільство. Війна*, 2022 С.93–95. URL: <https://dspace.univd.edu.ua/server/api/core/bitstreams/2ce9c6d0-0971-4adb-a02d-f5ff75d85a56/content>
38. Психологічна допомога дітям в умовах воєнного стану : довідник вихователів дошкільних навчальних закладів і вчителів загальноосвітніх навчальних закладів / Н. В. Пророк, С. Т. Бойко, О. В. Гнатюк, О. І. Купреєва, В. І. Полякова, О. А. Столярчук, Л. Г. Царенко, О. Ю. Чекстере ; за ред. Н. В.

Пророк. Київ : Інститут психології імені Г. С. Костюка НАПН України, 2022. 155 с.

39. ПТСР юного віку. Скільки українських дітей на четвертому році війни потребують психологічної допомоги – оцінка експертів <https://nv.ua/ukr/socium/psihologichna-dopomoga-dityam-pid-chas-viyuni-naslidki-stresu-ta-masshtabi-problemi-50564673.html>

40. Романовська, Д. Д. (2022). Психологічна допомога у закладах освіти в період війни: запити, методика, алгоритми дій. Науковий вісник Ужгородського національного університету. Серія: Психологія, (1), 148–152. DOI: <https://doi.org/10.32782/psy-visnyk/2022.1.28>

41. Скрипкін О. Аспекти проявів негативних психологічних реакцій на реалії війни в українському суспільстві. *Вісник Національного університету оборони України*. 2022. С. 135-143. URL: <https://doi.org/10.33099/2617-6858-2022-69-5-135-143>.

42. Слюсаревський М.М. Соціально-психологічний стан українського суспільства в умовах повномасштабного російського вторгнення: нагальні виклики та відповіді. *Вісник Національної академії педагогічних наук України*. № 1. 2022. С. 85-92. <https://nasu-periodicals.org.ua/index.php/visnyk/article/view/10191/9375>

43. Слюсаревський, М. М. & Григоровська, Л. В.. Психологічна підтримка учасників освітнього процесу в умовах війни. *Вісник НАПН України*, 2022 № 4 (1), С.1–7. DOI: <https://doi.org/10.37472/v.naes.2022.4129>

44. Слюсаревський, М. М.. Соціально-психологічна проблематика дитинства в умовах війни: виклики і відповіді. *Проблеми політичної психології*, 2022 № 12 (26), С.9–30. DOI: <https://doi.org/10.33120/popp-Vol26-Year2022-119>

45. Сорока О. Особливості проведення музикотерапевтичних занять з молодшими школярами. Науковий вісник Ужгородського національного університету. Серія : Педагогіка. Соціальна робота. 2011. Вип. 23. С. 174-177.

46.

47. Сургунд Н., Капустіна В. Експериментальне дослідження негативних емоційних станів в період війни. *PsychologyTravelogs*. 2023. Iss. 1. P. 87–96. URL: <https://elar.khmnu.edu.ua/handle/123456789/13678>
48. Становище дітей із сімей, вимушено переміщених у межах України внаслідок військової агресії Росії після 24 лютого 2022 року <https://adcmemorial.org/uk/novina-uk/stanovishhe-ditej-iz-simej-vimusheno-peremishhenih-u-mezhah-ukraini-vnaslidok-vijskovoi-agresii-rosii-pislya-24-lyutogo-2022-roku>
49. Таран І.М. Організація музикотерапевтичних занять для дітей в умовах воєнного стану. *Академічні візії*. 2024. Випуск 36/20 С. 1-8 DOI: <https://doi.org/10.5281/zenodo.14033917>
50. Титаренко Т. Практики збереження психологічного здоров'я в умовах війни Тринадцять Сіверянські соціально-психологічні читання: Матеріали Міжнародної наукової онлайн-конференції (25 листопада 2022 року, м. Чернігів) НУЧК імені Т. Г. Шевченка, м. Чернігів, Україна, 2023, С. 138-142.
51. Турченко, О. Г. Право дитини на безпеку під час збройного конфлікту. *Політичне життя*, 2029 № (2), С.6–14. DOI: 10.31558/2519-2949.2019.2.1
52. Фурман А.В. Теоретична модель емпатійної взаємодії психолога з клієнтом: циклічно-вчинковий підхід. *Психологія і особистість*. 2022. № 2 (22). С. 56-77. <https://psychpersonality.pnpu.edu.ua/article/view/265484>
53. Царенко Л. Принципи створення безпечного середовища для людей, що переживають стресове навантаження. Тези https://lib.iitta.gov.ua/id/eprint/723010/1/Царенко_тези1_2020.pdf
54. Цимбалюк І.М. Психологічне консультування та корекція: навчальний посібник, модульно-рейтинговий курс. Київ: Професіонал, 2005. 656 с.

55. Черезова І.О. Психологія життєвих криз особистості : навчальний посібник [для студентів вищих навчальних закладів]– Бердянськ, БДПУ, 2016. – 193 с.

56. Шведченко О. Ю. Система вправ для зміцнення та збереження ментального здоров'я в учасників освітнього процесу закладу дошкільної освіти Психологічна підтримка і допомога у воєнний та повоєнний періоди: матеріали Всеукраїнського науково-практичного форуму «Психологічна підтримка і допомога у воєнний та повоєнний періоди» (11.11.–17.11.2024 року, м. Суми) / за заг. ред. А. В. Вознюк, О. Ю. Василеги. Суми: НВВ КЗ СОІППО. 2024. С.183-188

57. Щадюк О. Подолання тривожності у дітей раннього віку під час повітряної тривоги. *Інноватика у вихованні*. 2023. Вип. 19, т. 2. С. 183–191. DOI: <https://doi.org/10.35619/iiv.v2i19.610>.

58. Янголь Г. Я. Використання арттерапії у роботі з дітьми, які пережили психотравму. Психологічна підтримка і допомога у воєнний та повоєнний періоди: матеріали Всеукраїнського науково-практичного форуму «Психологічна підтримка і допомога у воєнний та повоєнний періоди» (11.11.–17.11.2024 року, м. Суми) / за заг. ред. А. В. Вознюк, О. Ю. Василеги. Суми: НВВ КЗ СОІППО. 2024.С.188-192.

59. Яремків Ю. В. Психологічна допомога для подолання стресу у дітей в умовах війни Психологічна підтримка і допомога у воєнний та повоєнний періоди: матеріали Всеукраїнського науково-практичного форуму «Психологічна підтримка і допомога у воєнний та повоєнний періоди» (11.11.–17.11.2024 року, м. Суми) / за заг. ред. А. В. Вознюк, О. Ю. Василеги. Суми: НВВ КЗ СОІППО. 2024.С.192-197.

60. Яцина, О. Ф. Вплив війни на психічне здоров'я: ознаки травматизації психіки дітей та підлітків. *Наукові перспективи*, 2022 № 7 (25), С.554–567. DOI: [https://doi.org/10.52058/2708-7530-2022-7\(25\)-554-567](https://doi.org/10.52058/2708-7530-2022-7(25)-554-567)

61. Drury, J., Carter, H., Cocking, C., Ntontis, E., Tekin Guven, S., and Amlôt, R. (2019). Facilitating collective resilience in the public in emergencies:

twelve recommendations based on the social identity approach. *Front. Public Health* 7:141. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2019.00141>

ДОДАТОК А

1. АНКЕТА ДЛЯ ВИКЛАДАЧІВ ШКОЛИ МИСТЕЦТВ (30 осіб, 28–50 років)

1. Ваш вік: _____
2. Ваш педагогічний стаж:
 до 5 років 5–10 років 10–20 років понад 20 років
3. Чи проживаєте ви в районі, де були або є бойові дії?
 так ні
4. Чи доводилося вам евакуюватися через війну?
 так ні
5. Ваш поточний матеріальний стан:
 стабільний нестабільний критичний
6. Чи втратили ви роботу/частину доходу під час війни?
 так частково ні
7. Чи маєте ви близьких або родичів, які перебувають у зоні бойових дій?
 так ні
8. Чи отримували ви психологічну підтримку (онлайн/офлайн) під час війни?
 так ні
9. Як змінився ваш емоційний стан після початку війни?
 значно погіршився частково погіршився не змінився покращився
10. Чи відчуваєте ви потребу у психологічній підтримці зараз?
 так інколи ні

2. АНКЕТА ДЛЯ УЧНІВ ШКОЛИ МИСТЕЦТВ (30 дітей віком 9–13 років)

1. Скільки тобі років? _____
2. Ти продовжуєш навчання у школі мистецтв під час війни?
 так частково ні
3. Чи доводилося тобі переїжджати через війну?
 так ні
4. Чи знаєш ти людей, які зараз на війні (родичі, знайомі)?
 так ні
5. Чи змінилася твоя сімейна ситуація під час війни (розлука, втрата, переїзд)?
 так ні
6. Чи відчуваєш ти в безпеці там, де живеш зараз?
 так не завжди ні
7. Чи стало тобі важче вчитися або займатися мистецтвом під час війни?
 так трохи ні
8. Чи відчуваєш ти тривогу або страх, коли чуєш новини про війну?
 так інколи ні
9. Чи говориш ти з кимось про свої переживання?
 так (з ким: _____) інколи ні
10. Чи хотів(ла) би ти отримати підтримку або допомогу від психолога/учителя?
 так можливо ні

ДОДАТОК Б

**РЕЗУЛЬТАТИ З ПЕРВИННОГО ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГІЧНОГО
ДІАГНОСТУВАННЯ ВИБІРКИ ДОРΟΣЛИХ (30 ВИКЛАДАЧІВ
ШКОЛИ МИСТЕЦТВ ВІКОМ 38-55 РОКІВ)**

**1. Первинна обробка результатів за шкалою тривоги Спілбергера–Ханіна (STAI)
Заповнений бланк результатів STAI (дорослі)**

Код	Ситуативна тривожність (бали)	Рівень	Особистісна тривожність (бали)	Рівень
D1	46	високий	49	високий
D2	42	середній	45	середній
D3	51	високий	53	високий
D4	38	середній	41	середній
D5	47	високий	50	високий
D6	35	середній	39	середній
D7	44	середній	46	високий
D8	52	високий	55	високий
D9	40	середній	43	середній
D10	48	високий	51	високий
D11	36	середній	38	середній
D12	45	високий	47	високий
D13	41	середній	44	середній
D14	50	високий	52	високий
D15	39	середній	42	середній
D16	46	високий	48	високий
D17	37	середній	40	середній
D18	53	високий	56	високий
D19	43	середній	45	середній
D20	49	високий	51	високий
D21	34	середній	37	середній
D22	47	високий	49	високий
D23	42	середній	44	середній
D24	51	високий	54	високий
D25	38	середній	41	середній
D26	45	високий	47	високий
D27	40	середній	43	середній
D28	52	високий	55	високий
D29	36	середній	39	середній
D30	48	високий	50	високий

2. Первинна обробка результатів за тестом В. Л. Леві

Заповнений бланк результатів тесту В. Л. Леві

Код	Домінуючі страхи	Емоційна стабільність	Рівень напруженості
D1	тривога за майбутнє	низька	високий
D2	соціальна тривога	середня	середній
D3	страх втрати	низька	високий
D4	ситуативна тривога	середня	середній
D5	страх безпеки	низька	високий
D6	помірна тривожність	середня	середній
D7	страх відповідальності	середня	середній
D8	страх втрати	низька	високий
D9	соціальна тривога	середня	середній
D10	страх безпеки	низька	високий
D11	ситуативна тривога	середня	середній
D12	тривога за близьких	низька	високий
D13	соціальна тривога	середня	середній
D14	страх втрати	низька	високий
D15	ситуативна тривога	середня	середній
D16	страх безпеки	низька	високий
D17	помірна тривожність	середня	середній
D18	страх втрати	низька	високий
D19	соціальна тривога	середня	середній
D20	тривога за майбутнє	низька	високий
D21	ситуативна тривога	середня	середній
D22	страх безпеки	низька	високий
D23	соціальна тривога	середня	середній
D24	страх втрати	низька	високий
D25	помірна тривожність	середня	середній
D26	тривога за близьких	низька	високий
D27	соціальна тривога	середня	середній
D28	страх безпеки	низька	високий
D29	ситуативна тривога	середня	середній
D30	страх втрати	низька	високий

3. Первинна обробка результатів за шкалою тривожності Тейлора

Заповнений бланк результатів шкали Тейлора

Код	Загальний бал	Рівень тривожності
D1	29	високий
D2	23	середній
D3	31	високий
D4	21	середній
D5	28	високий
D6	20	середній
D7	24	середній
D8	32	високий
D9	22	середній
D10	30	високий
D11	19	середній
D12	27	високий
D13	23	середній
D14	31	високий
D15	21	середній
D16	28	високий
D17	20	середній
D18	33	високий
D19	22	середній
D20	29	високий
D21	18	середній
D22	30	високий
D23	23	середній
D24	32	високий
D25	21	середній
D26	27	високий
D27	22	середній
D28	31	високий
D29	19	середній
D30	28	високий

4.Первинна обробка результатів за методикою методикою самооцінки пам'яті McNair & Kahn

Заповнений бланк результатів за методикою методикою самооцінки пам'яті McNair & Kahn(ДОРОСЛІ)

№	Код викладача	Загальний бал	Рівень самооцінки пам'яті
1	B1	18	середній
2	B2	22	середній
3	B3	26	знижений
4	B4	29	знижений
5	B5	31	низький
6	B6	24	знижений
7	B7	20	середній
8	B8	27	знижений
9	B9	33	низький
10	B10	25	знижений
11	B11	21	середній
12	B12	28	знижений
13	B13	30	низький
14	B14	23	середній
15	B15	26	знижений
16	B16	32	низький
17	B17	19	середній
18	B18	29	знижений
19	B19	34	низький
20	B20	24	знижений
21	B21	22	середній
22	B22	27	знижений
23	B23	31	низький
24	B24	25	знижений
25	B25	20	середній
26	B26	28	знижений
27	B27	33	низький
28	B28	26	знижений
29	B29	21	середній
30	B30	35	низький

5. Первинна обробка результатів за тестом САН

Заповнений бланк результатів тесту САН

Код	Самопочуття	Активність	Настрій	Загальна характеристика
D1	3,1	3,0	3,2	знижений стан
D2	3,8	3,6	3,7	помірний стан
D3	2,9	2,8	3,0	знижений стан
D4	3,9	3,7	3,8	помірний стан
D5	3,2	3,1	3,3	знижений стан
D6	4,0	3,8	3,9	помірний стан
D7	3,7	3,5	3,6	помірний стан
D8	2,8	2,7	2,9	знижений стан
D9	3,8	3,6	3,7	помірний стан
D10	3,1	3,0	3,2	знижений стан
D11	4,1	3,9	4,0	помірний стан
D12	3,0	2,9	3,1	знижений стан
D13	3,7	3,5	3,6	помірний стан
D14	2,9	2,8	3,0	знижений стан
D15	3,9	3,7	3,8	помірний стан
D16	3,1	3,0	3,2	знижений стан
D17	4,0	3,8	3,9	помірний стан
D18	2,7	2,6	2,8	знижений стан
D19	3,8	3,6	3,7	помірний стан
D20	3,0	2,9	3,1	знижений стан
D21	4,1	3,9	4,0	помірний стан
D22	3,1	3,0	3,2	знижений стан
D23	3,7	3,5	3,6	помірний стан
D24	2,8	2,7	2,9	знижений стан
D25	3,9	3,7	3,8	помірний стан
D26	3,0	2,9	3,1	знижений стан
D27	3,8	3,6	3,7	помірний стан
D28	2,9	2,8	3,0	знижений стан
D29	4,0	3,8	3,9	помірний стан
D30	3,1	3,0	3,2	знижений стан

ДОДАТОК В

**РЕЗУЛЬТАТИ З ПЕРВИННОГО ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГІЧНОГО
ДІАГНОСТУВАННЯ ВИБІРКИ ДІТЕЙ (30 УЧНІВ ШКОЛИ
МИСТЕЦТВ ВІКОМ 9-13 РОКІВ)**

1. Первинна обробка результатів за шкалою тривоги Спілбергера–Ханіна (STAI, дитяча адаптація)

Заповнений бланк результатів STAI (діти)

Код	Ситуативна тривожність (бали)	Рівень
C1	39	високий
C2	34	середній
C3	41	високий
C4	32	середній
C5	38	високий
C6	30	середній
C7	35	середній
C8	42	високий
C9	33	середній
C10	40	високий
C11	31	середній
C12	37	високий
C13	34	середній
C14	41	високий
C15	32	середній
C16	38	високий
C17	30	середній
C18	43	високий
C19	33	середній
C20	39	високий
C21	29	середній
C22	40	високий
C23	34	середній
C24	42	високий
C25	31	середній
C26	37	високий
C27	33	середній
C28	41	високий
C29	30	середній
C30	39	високий

2. Первинна обробка результатів за тестом В. Л. Леві (дитяча інтерпретація)

Заповнений бланк результатів тесту В. Л. Леві (діти)

Код	Домінуючі страхи	Емоційна стабільність	Рівень напруженості
C1	страх сирен	низька	високий
C2	страх оцінювання	середня	середній
C3	страх війни	низька	високий
C4	ситуативна тривога	середня	середній
C5	страх втрати	низька	високий
C6	помірна тривога	середня	середній
C7	страх помилок	середня	середній
C8	страх війни	низька	високий
C9	страх оцінювання	середня	середній
C10	страх сирен	низька	високий
C11	ситуативна тривога	середня	середній
C12	страх втрати	низька	високий
C13	страх оцінювання	середня	середній
C14	страх війни	низька	високий
C15	помірна тривога	середня	середній
C16	страх сирен	низька	високий
C17	помірна тривога	середня	середній
C18	страх війни	низька	високий
C19	страх оцінювання	середня	середній
C20	страх втрати	низька	високий
C21	ситуативна тривога	середня	середній
C22	страх сирен	низька	високий
C23	страх оцінювання	середня	середній
C24	страх війни	низька	високий
C25	помірна тривога	середня	середній
C26	страх втрати	низька	високий
C27	страх оцінювання	середня	середній
C28	страх сирен	низька	високий
C29	ситуативна тривога	середня	середній
C30	страх війни	низька	високий

3. Первинна обробка результатів за шкалою тривожності Тейлора
Заповнений бланк результатів шкали Тейлора (діти)

Код	Загальний бал	Рівень тривожності
C1	27	високий
C2	21	середній
C3	29	високий
C4	20	середній
C5	26	високий
C6	19	середній
C7	22	середній
C8	30	високий
C9	21	середній
C10	28	високий
C11	20	середній
C12	25	високий
C13	22	середній
C14	29	високий
C15	20	середній
C16	26	високий
C17	19	середній
C18	31	високий
C19	21	середній
C20	27	високий
C21	18	середній
C22	28	високий
C23	22	середній
C24	30	високий
C25	20	середній
C26	25	високий
C27	21	середній
C28	29	високий
C29	19	середній
C30	27	високий

4.Первинна обробка результатів за методикою методикою самооцінки пам'яті McNair & Kahn

Заповнений бланк результатів за методикою методикою самооцінки пам'яті McNair & Kahn(діти)

№	Код дитини	Загальний бал	Рівень самооцінки пам'яті
1	Д1	21	середній
2	Д2	28	знижений
3	Д3	34	низький
4	Д4	19	середній
5	Д5	25	знижений
6	Д6	31	низький
7	Д7	22	середній
8	Д8	27	знижений
9	Д9	18	середній
10	Д10	35	низький
11	Д11	24	знижений
12	Д12	29	низький
13	Д13	20	середній
14	Д14	26	знижений
15	Д15	32	низький
16	Д16	23	середній
17	Д17	30	низький
18	Д18	27	знижений
19	Д19	19	середній
20	Д20	33	низький
21	Д21	21	середній
22	Д22	28	знижений
23	Д23	34	низький
24	Д24	25	знижений
25	Д25	20	середній
26	Д26	31	низький
27	Д27	22	середній
28	Д28	29	низький
29	Д29	26	знижений
30	Д30	35	низький

5. Первинна обробка результатів за тестом САН

Заповнений бланк результатів тесту САН (діти)

Код	Самопочуття	Активність	Настрій	Загальна характеристика
C1	3,2	3,1	3,3	знижений
C2	3,9	3,8	3,9	помірний
C3	3,0	2,9	3,1	знижений
C4	4,0	3,9	4,0	помірний
C5	3,1	3,0	3,2	знижений
C6	4,1	4,0	4,1	помірний
C7	3,8	3,7	3,8	помірний
C8	2,9	2,8	3,0	знижений
C9	3,9	3,8	3,9	помірний
C10	3,1	3,0	3,2	знижений
C11	4,0	3,9	4,0	помірний
C12	3,0	2,9	3,1	знижений
C13	3,8	3,7	3,8	помірний
C14	2,9	2,8	3,0	знижений
C15	4,0	3,9	4,0	помірний
C16	3,1	3,0	3,2	знижений
C17	4,1	4,0	4,1	помірний
C18	2,8	2,7	2,9	знижений
C19	3,9	3,8	3,9	помірний
C20	3,0	2,9	3,1	знижений
C21	4,1	4,0	4,1	помірний
C22	3,1	3,0	3,2	знижений
C23	3,8	3,7	3,8	помірний
C24	2,9	2,8	3,0	знижений
C25	4,0	3,9	4,0	помірний
C26	3,0	2,9	3,1	знижений
C27	3,9	3,8	3,9	помірний
C28	2,9	2,8	3,0	знижений
C29	4,1	4,0	4,1	помірний
C30	3,1	3,0	3,2	знижений

**РЕЗУЛЬТАТИ З ВТОРИННОГО ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГІЧНОГО
ДІАГНОСТУВАННЯ ВИБІРКИ ДОРΟΣЛИХ (30 ВИКЛАДАЧІВ
ШКОЛИ МИСТЕЦТВ ВІКОМ 38-55 РОКІВ)**

1. Вторинна обробка результатів за шкалою тривоги Спілбергера–Ханіна (STAI)

1. Заповнений бланк результатів STAI (дорослі)

Код респондента	Ситуативна тривожність (бали)	Рівень	Особистісна тривожність (бали)	Рівень
D1	36	середній	38	середній
D2	34	середній	36	середній
D3	42	середній	44	середній
D4	31	середній	33	середній
D5	47	високий	48	високий
D6	39	середній	41	середній
D7	35	середній	37	середній
D8	28	низький	30	середній
D9	40	середній	42	середній
D10	45	високий	46	високий
D11	33	середній	35	середній
D12	37	середній	39	середній
D13	29	низький	31	середній
D14	41	середній	43	середній
D15	38	середній	40	середній
D16	46	високий	47	високий
D17	32	середній	34	середній
D18	27	низький	29	низький
D19	36	середній	38	середній
D20	44	високий	45	високий
D21	35	середній	37	середній
D22	30	середній	32	середній
D23	39	середній	41	середній
D24	34	середній	36	середній
D25	28	низький	30	середній
D26	43	середній	44	середній
D27	37	середній	39	середній
D28	31	середній	33	середній
D29	45	високий	46	високий
D30	33	середній	35	середній

2.Результати вторинної діагностики дорослих за тестом В. Л. Леві (n = 30)

Код	Домінуючі страхи	Емоційна стабільність	Рівень напруженості
D1	ситуативні	середня	середній
D2	ситуативні	середня	середній
D3	соціальні	середня	середній
D4	ситуативні	середня	середній
D5	екзистенційні	знижена	високий
D6	ситуативні	середня	середній
D7	соціальні	середня	середній
D8	відсутні	висока	низький
D9	ситуативні	середня	середній
D10	екзистенційні	знижена	високий
D11	соціальні	середня	середній
D12	ситуативні	середня	середній
D13	відсутні	висока	низький
D14	соціальні	середня	середній
D15	ситуативні	середня	середній
D16	екзистенційні	знижена	високий
D17	ситуативні	середня	середній
D18	відсутні	висока	низький
D19	соціальні	середня	середній
D20	екзистенційні	знижена	високий
D21	ситуативні	середня	середній
D22	ситуативні	середня	середній
D23	соціальні	середня	середній
D24	ситуативні	середня	середній
D25	відсутні	висока	низький
D26	соціальні	середня	середній
D27	ситуативні	середня	середній
D28	ситуативні	середня	середній
D29	екзистенційні	знижена	високий
D30	соціальні	середня	середній

3. Вторинна обробка результатів за шкалою тривожності Тейлора

Заповнений бланк результатів шкали Тейлора (вторинна діагностика)

Код	Загальний бал	Рівень тривожності
D1	16	середній
D2	15	середній
D3	18	середній
D4	14	середній
D5	23	високий
D6	17	середній
D7	16	середній
D8	11	низький
D9	18	середній
D10	24	високий
D11	15	середній
D12	17	середній
D13	12	низький
D14	18	середній
D15	16	середній
D16	25	високий
D17	14	середній
D18	10	низький
D19	16	середній
D20	22	високий
D21	15	середній
D22	14	середній
D23	17	середній
D24	15	середній
D25	11	низький
D26	18	середній
D27	16	середній
D28	14	середній
D29	23	високий
D30	15	середній

4. Вторинна обробка результатів за методикою самооцінки пам'яті McNair & Kahn (дорослі)

Заповнений бланк результатів McNair & Kahn

Код	Загальний бал	Рівень самооцінки пам'яті
D1	34	середній
D2	36	середній
D3	32	середній
D4	38	середній
D5	44	знижений
D6	35	середній
D7	37	середній
D8	41	середній
D9	33	середній
D10	46	знижений
D11	36	середній
D12	34	середній
D13	42	середній
D14	35	середній
D15	37	середній
D16	45	знижений
D17	38	середній
D18	30	середній
D19	36	середній
D20	43	знижений
D21	35	середній
D22	37	середній
D23	34	середній
D24	36	середній
D25	31	середній
D26	35	середній
D27	38	середній
D28	37	середній
D29	44	знижений
D30	36	середній

5. Вторинна обробка результатів за тестом САН

Заповнений бланк результатів тесту САН (дорослі)

Код	Самопочуття	Активність	Настрій	Загальна характеристика
D1	5.1	4.9	5.3	помірно сприятливий
D2	5.0	5.1	5.2	помірно сприятливий
D3	4.8	4.7	5.0	помірний
D4	5.2	5.0	5.4	сприятливий
D5	4.3	4.2	4.5	знижений
D6	5.0	5.1	5.2	сприятливий
D7	4.9	4.8	5.1	помірний
D8	5.6	5.5	5.7	оптимальний
D9	4.8	4.9	5.0	помірний
D10	4.4	4.3	4.6	знижений
D11	5.1	5.0	5.2	сприятливий
D12	5.0	5.1	5.3	сприятливий
D13	5.5	5.4	5.6	оптимальний
D14	4.9	4.8	5.1	помірний
D15	5.0	5.1	5.2	сприятливий
D16	4.3	4.2	4.4	знижений
D17	5.1	5.0	5.2	сприятливий
D18	5.7	5.6	5.8	оптимальний
D19	4.9	4.8	5.0	помірний
D20	4.4	4.3	4.5	знижений
D21	5.0	5.1	5.2	сприятливий
D22	5.1	5.0	5.3	сприятливий
D23	4.8	4.7	5.0	помірний
D24	5.0	5.1	5.2	сприятливий
D25	5.6	5.5	5.7	оптимальний
D26	4.9	4.8	5.1	помірний
D27	5.0	5.1	5.2	сприятливий
D28	5.1	5.0	5.3	сприятливий
D29	4.4	4.3	4.6	знижений
D30	5.0	5.1	5.2	сприятливий

ДОДАТОК Д

**РЕЗУЛЬТАТИ З ВТОРИННОГО ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГІЧНОГО
ДІАГНОСТУВАННЯ ВИБІРКИ ДІТЕЙ (30 УЧНІВ ШКОЛИ
МИСТЕЦТВ ВІКОМ 9-13 РОКІВ)**

1. Вторинна діагностика за шкалою тривоги Спілбергера–Ханіна (STAI, діти)

Заповнений бланк результатів STAI (ситуативна тривожність)

Код	Загальний бал	Рівень тривожності
C1	34	середній
C2	32	середній
C3	36	середній
C4	30	середній
C5	41	високий
C6	33	середній
C7	35	середній
C8	27	низький
C9	34	середній
C10	42	високий
C11	31	середній
C12	33	середній
C13	28	низький
C14	36	середній
C15	34	середній
C16	43	високий
C17	32	середній
C18	26	низький
C19	35	середній
C20	41	високий
C21	33	середній
C22	31	середній
C23	34	середній
C24	32	середній
C25	27	низький
C26	36	середній
C27	34	середній
C28	31	середній
C29	42	високий
C30	33	середній

2. Вторинна діагностика за шкалою тривожності Тейлора (діти)

Заповнений бланк результатів шкали Тейлора

Код	Загальний бал	Рівень тривожності
C1	15	середній
C2	14	середній
C3	16	середній
C4	13	середній
C5	22	високий
C6	15	середній
C7	16	середній
C8	10	низький
C9	15	середній
C10	23	високий
C11	14	середній
C12	15	середній
C13	11	низький
C14	16	середній
C15	15	середній
C16	24	високий
C17	14	середній
C18	9	низький
C19	16	середній
C20	22	високий
C21	15	середній
C22	13	середній
C23	15	середній
C24	14	середній
C25	10	низький
C26	16	середній
C27	15	середній
C28	13	середній
C29	23	високий
C30	14	середній

3. Вторинна діагностика за тестом В. Л. Леві (діти)

Заповнений бланк результатів тесту В. Л. Леві

Код	Домінуючі страхи	Емоційна стабільність	Рівень напруженості
C1	шкільні	середня	середній
C2	соціальні	середня	середній
C3	шкільні	середня	середній
C4	ситуативні	середня	середній
C5	екзистенційні	знижена	високий
C6	шкільні	середня	середній
C7	соціальні	середня	середній
C8	відсутні	висока	низький
C9	шкільні	середня	середній
C10	екзистенційні	знижена	високий
C11	соціальні	середня	середній
C12	шкільні	середня	середній
C13	відсутні	висока	низький
C14	соціальні	середня	середній
C15	шкільні	середня	середній
C16	екзистенційні	знижена	високий
C17	шкільні	середня	середній
C18	відсутні	висока	низький
C19	соціальні	середня	середній
C20	екзистенційні	знижена	високий
C21	шкільні	середня	середній
C22	ситуативні	середня	середній
C23	соціальні	середня	середній
C24	шкільні	середня	середній
C25	відсутні	висока	низький
C26	соціальні	середня	середній
C27	шкільні	середня	середній
C28	ситуативні	середня	середній
C29	екзистенційні	знижена	високий
C30	соціальні	середня	середній

4. Вторинна діагностика за методикою самооцінки пам'яті McNair & Kahn (діти)

Заповнений бланк результатів McNair & Kahn

Код	Загальний бал	Рівень самооцінки пам'яті
C1	33	середній
C2	35	середній
C3	32	середній
C4	36	середній
C5	42	знижений
C6	34	середній
C7	36	середній
C8	38	середній
C9	33	середній
C10	44	знижений
C11	35	середній
C12	34	середній
C13	39	середній
C14	35	середній
C15	36	середній
C16	45	знижений
C17	37	середній
C18	31	середній
C19	35	середній
C20	43	знижений
C21	34	середній
C22	36	середній
C23	33	середній
C24	35	середній
C25	32	середній
C26	35	середній
C27	37	середній
C28	36	середній
C29	44	знижений
C30	35	середній

5. Вторинна діагностика за тестом САН (діти)

Заповнений бланк результатів тесту САН

Код	Самопочуття	Активність	Настрій	Загальна характеристика
C1	5.0	4.9	5.2	помірно сприятливий
C2	5.1	5.0	5.3	сприятливий
C3	4.8	4.7	5.0	помірний
C4	5.2	5.1	5.4	сприятливий
C5	4.3	4.2	4.5	знижений
C6	5.0	5.1	5.2	сприятливий
C7	4.9	4.8	5.1	помірний
C8	5.6	5.5	5.7	оптимальний
C9	4.8	4.9	5.0	помірний
C10	4.4	4.3	4.6	знижений
C11	5.1	5.0	5.2	сприятливий
C12	5.0	5.1	5.3	сприятливий
C13	5.5	5.4	5.6	оптимальний
C14	4.9	4.8	5.1	помірний
C15	5.0	5.1	5.2	сприятливий
C16	4.3	4.2	4.4	знижений
C17	5.1	5.0	5.2	сприятливий
C18	5.7	5.6	5.8	оптимальний
C19	4.9	4.8	5.0	помірний
C20	4.4	4.3	4.5	знижений
C21	5.0	5.1	5.2	сприятливий
C22	5.1	5.0	5.3	сприятливий
C23	4.8	4.7	5.0	помірний
C24	5.0	5.1	5.2	сприятливий
C25	5.6	5.5	5.7	оптимальний
C26	4.9	4.8	5.1	помірний
C27	5.0	5.1	5.2	сприятливий
C28	5.1	5.0	5.3	сприятливий
C29	4.4	4.3	4.6	знижений
C30	5.0	5.1	5.2	сприятливий

