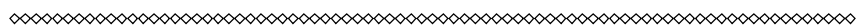


DOI 10.34132/PARD2023.22.08

STRATEGY FOR SUPPORTING THE MENTAL HEALTH OF REFUGEE WOMEN FROM UKRAINE

Svitlana Khadzhyradieva, Doctor of Science in Public Administration, Professor, Vice-rector for academic work, State University of Intellectual Technologies and Communication, Odessa, Ukraine.



The article substantiates the ways of strategizing to support the mental health of refugee women from Ukraine, in particular, the basic terms are clarified, in particular, «strategizing», «refugee» and «mental health»; the results of an empirical study conducted according to the questionnaire «Emotional disturbances under conditions of stress in refugee women from Ukraine» are presented.

Two strategic areas of support for refugee women from Ukraine have been identified: 1) Implementation of national (coordinated with the Ministry of Health and the Ministry of Health) rehabilitation programs of personal psycho-emotional support for Ukrainian women who have the status of refugees and/or internally displaced persons. These programs should include approved psychosocial care protocols, because the experience of specialists involved in such work is mostly insufficient and does not meet international standards. 2) State policy on socio-economic support for women who have the status of refugees and/or internally displaced persons, because this is a link of hope for returning home. This connection is very important, it is not about finances, rather it is about morality, spiritual and national unity, about the place of strength that is the motherland.

Strategizing to support the mental health of refugee women from Ukraine includes meaningful and organizational and methodological provisions and procedures that regulate and ensure the process of policy development and implementation (state-wide, regional, municipal and

branch (medical, educational, etc.) (other) levels) regarding the support of women's mental health during periods of war and post-war recovery of the country.

Key words: *public administration, strategizing, mental health, psychosocial support, refugee women.*

Постановка проблеми у загальному вигляді. Внаслідок війни в Україні понад десяти мільйонів українців змушені були покинути свої домівки набувши статус біженців або внутрішньопереміщених осіб, більшість з них це жінки з дітьми. Стресове навантаження жінок посилюється їхньою природною багатозадачністю та генетично закладеним бажанням вберегти дітей від небезпеки, що постійно змушує перебувати у стані «бойової готовності».

Протягом останніх двох років українська влада зробила перші стратегічні кроки, спрямовані на підтримку метального здоров'я населення, а саме:

– дружина Президента України обговорювала створення Національної програми психічного здоров'я та психосоціальної підтримки з очільницею Агентства США з міжнародного розвитку (USAID) Самантою Пауер, виконавчою директоркою Фонду ООН у галузі народонаселення Наталією Канем, міністром охорони здоров'я Великої Британії Стівеном Барклі, виступ на 75-й сесії Всесвітньої асамблеї охорони здоров'я, найвищого керівного органу ВООЗ та ін. Метою Національної програми психічного здоров'я та психосоціальної підтримки здоров'я є створення в Україні власної моделі системи якісних і доступних послуг із психічного здоров'я, щоб ними міг скористатися кожен, хто їх потребує [4];

– підписано Меморандум між МОЗ, ВООЗ та 15 партнерами, спрямований на розбудову спроможностей первинної медичної ланки щодо ведення поширених психічних розладів, зокрема пов'язаних зі стресом [8];

– станом на грудень 2023 року майже 800 медичних працівників пройшли навчання, після якого зможуть надавати допомогу

пацієнтам із депресією, тривогою, посттравматичним стресовим розладом, суїцидальною поведінкою, вживанням психоактивних речовин тощо [4]; а також багато інших заходів.

У зазначеному контексті недостатня увага приділена саме проблемам жінок, що мають статус внутрішньопереміщених осіб або біженок. Адже саме від них залежить стан здоров'я їхніх дітей, чоловіків, більшість з яких є учасниками бойових дій. Від рівня психічного здоров'я, психоемоційної стабільності, резильєнтності і т. ін., буде залежити наскільки жінка буде здатна витримати усі виклики сьогодення та зберегти духовні цінності нації, сім'ю, правильно виховувати дітей тощо.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. За останні роки все більше уваги дослідники приділяють проблемам реабілітації військових та їх сімей (С. Богданов, Г. Бойко, Н. Гусак, О. Залеська, О. Морозова-Йоханнесен, М. Тодорова та ін.), психосоціальній підтримці осіб, що потрапили в складну/екстремальну/критичну життєву ситуацію (І. Бринза, Л. Крименецька, Л. Опанасенко, І. Петухова, В. Чернобровкіна та ін.), надання першої психологічної допомоги (Д. Бріер, К. Скот, Н. Філатова та ін.), психологічна допомога біженцям та внутрішньо переміщеним особам (Т. Вашека, Л. Гридковець, А. Максименко, О. Педоренко та ін.) тощо. Серед найбільш значимих праць, присвячених формуванню теоретичного базису стратегування в публічному секторі слід зазначити праці [6; 10; 11; 18].

Незважаючи на велику кількість наукових доробок проблема збереження ментального здоров'я жінок, що мають статус біженок та/або внутрішньопереміщених осіб недостатньо висвітлено в сучасному науковому дискурсі.

Формулювання цілей статті (постановка завдання). Метою статті є обґрунтування шляхів стратегування щодо підтримки ментального здоров'я жінок-біженок з України.

Виклад основного матеріалу дослідження. У контексті нашого аналізу буде застосована така логіка: по-перше, уточнімо базові терміни, зокрема «стратегування», «біженство» та «ментальне

здоров'я»; по-друге, представимо результати емпіричного дослідження, що було проведено за опитувальником «Емоційні порушення в умовах стресу у жінок-біженок з України»; по-третє, обґрунтуємо шляхи стратегування щодо підтримки ментального здоров'я жінок-біженок з України.

У науковому дискурсі складно визначити єдино правильне трактування терміну «стратегування», що значно ускладнює сприйняття даного феномену. Більшість вчених розглядають цей феномен як процес, зокрема акцентується на тому, що це інтелектуальний та соціальний процес, який забезпечує формування консенсусу щодо сприйняття, цілей та ролей, а також створює раціоналізацію для підтримки стратегічних дій [20]. В інших дослідженнях ідеться про процес складного вибору дій в умовах невизначеності реальної ситуації [14]; забезпечення «розумного» поведіння в невизначених ситуаціях шляхом знаходження унікального рішення [19]; прийняття стратегічних рішень та стратегічних змін як центральних питань стратегії та організаційних досліджень [21]. Інші вчені стратегування описують як механізм, набір правил, що мотивує обмін інформацією/знаннями, груповому мисленню та досягнення спільного розуміння складних і неструктурованих проблем [17]; сукупність змістовних та організаційно-методичних положень та процедур, що регламентують та забезпечують процес розробки та реалізації стратегії певного рівня (загально-державної, регіональної, муніципальної, корпоративної) [1].

У дослідженнях Дж. Брайсона, Б. Георга, Л. Гоглунда, М. Мартенссона, Ф. Свардстена, М. Холмгрена та ін.), що пов'язані зі стратегуванням у публічному (державному) секторі, акцент зроблено на: сукупність процесів стратегічного планування (формулювання, реалізація, оцінка, моніторинг) та постійного стратегічного навчання [12; 13].

Отже, під стратегуванням щодо підтримки ментального здоров'я жінок-біженок з України будемо розуміти змістовні та організаційно-методичні положення та процедури, що

регламентують та забезпечують процес розробки та реалізації стратегії підтримки ментального здоров'я жінок-біженок у період війни та період повоєнного відновлення країни на загальнодержавному, регіональному, муніципальному та галузевому (медична, освітні і т.ін.) рівнях.

Термін «біженство» застосовуватиме у значенні «масовий відхід людей з місць свого проживання під час війни або стихійного лиха», а термін «ментальне здоров'я» – не лише як відсутність розладів, а й внутрішні ресурси особи, що потрібні для того, аби активно жити, реалізувати свої здібності, працювати, піклуватися про інших, пам'ятаючи й про себе.

Проведене емпіричне дослідження порушень емоційного стану жінок-біженок з України здійснювалося нами у співпраці з командою міжнародного проєкту DAAD з тем «Психосоціальна підтримка осіб, що потрапили в критичну життєву ситуацію» (2022 р.) та «Надання психосоціальної підтримки людям, що опинились в надзвичайній ситуації, з урахуванням особливостей конфлікту» (2023 р.). У дослідженні брали участь 427 українських жінок-біженок віком від 19 до 68 років, які проживають закордоном з березня 2022 року по серпень 2023 року. Вибірка формувалася відповідно до науково-методичних рекомендацій вчених (О. Бондарчук, С. Максименко, Е. Носенко та ін.), що дозволило забезпечити якість генеральної сукупності досліджуваного об'єкту [3]. Географія респондентів охоплює усю територію України, це мешканці Донецької, Дніпропетровської, Вінницької, Запорізької, Київської, Луганської, Миколаївської, Харківської Херсонської та інших областей.

Аналіз емпіричних результатів дослідження дозволив визначити особливості емоційних порушень, обумовлених стресом, у жінок-біженок з України. Після аналізу усіх інтерв'ю, що були проведені за опитувальником «Емоційні порушення в умовах стресу у жінок-біженок з України», можемо констатувати такі результати.

Переважній більшості (66,2%) жінок-біженок з України до 40 років; 31,7% – від 40 до 60 років; 2,1% – понад 60 років. Так, жінки-

біженки, яким до 40 років (рання дорослість), характеризуються досягненням особистісної ідентичності та початком продуктивної діяльності, що дає поштовх до побудови ними системи нових міжособистісних стосунків у професійній та сімейній сферах. На одному полюсі цього виміру знаходиться інтимність (близькість), яка не зводиться лише до сексуальної інтимності, а виявляє себе в дружбі, еротичних зв'язках і спільних прагненнях, на іншому – ізоляція, яка може супроводжувати людину впродовж усього життя, хоча зовнішньо жінка може багато чого досягти, створюючи враження цілком успішної людини. Респонденти неодноразово зазначали про потребу підводити перші підсумки, намагаючись зрозуміти сенс свого життя.

Тим, кому від 40 до 60 років зазначали, що це найбільш значущий період у їх житті, коли вона має можливість найпотужніше розкрити свій потенціал, реалізувати себе в усіх сферах, виконати своє призначення. Однак, якщо ситуація розвитку несприятлива, має місце регресія до obsesивної потреби у псевдо близькості: з'являється надмірна зосередженість на собі, яка стає причиною косності, застою та особистісного спустошення. У психології така ситуація описується як криза 40 років: об'єктивно людина сповнена сил, займає міцне соціальне положення, має професію тощо, але особистісно не відчуває себе потрібною, а своє життя не оцінює вдалим. У зазначеному контексті спостерігаються певні негативні наслідки: можлива фізична і психологічна інвалідація особистості, яка призводить до самопоглинання й особистісного оскудіння.

Респонденти, яким від 60 років, перебувають у стані реституціоналізації, пов'язане із комплексом процесів відновлення, спрямованих на уповільнення старіння, формування мотиву діяльності тощо. У похилий, передпенсійний вік, коли людина очікує пенсію змінюються її ціннісні орієнтації, важливішими стають екзистенціальні питання; вона шукає смисли у новій, майбутній життєдіяльності (у житті пенсіонера), до якої раніше не досить серйозно ставилася; для неї час ніби розширюється – вона неминуче думає

про найближче, одночасно прагне не втрачати часу в сьогодні, а також – все більше замислюється про своє минуле.

Щодо рівня освіти жінок-біженок, то у більшості з них (84,9%) вища освіта, 8,2% респондентів навчаються у закладах вищої освіти. Такий потенціал жінок-біженок з України дає їм можливість критично осмислювати події, що призвели до біженства.

Розподіл респондентів за критерієм «професія/спеціальність» свідчить, що більшість (24,3%) жінок-біженок з України домогосподарки або перебувають у декретній відпустці; 12,1% – працювали у сфері малого та середнього бізнесу; 9,7% – у сфері права; 9,3% – в освіті; 7,2% – медичній сфері; 5,4% – публічні службовці та ін.

Щодо сімейного статусу, то більшість (46,2%) жінок-біженок одружені, 21,4% – розлучені; 31,3% – не одружені; 1,1% – вдові. Серед генеральної сукупності жінок-біженок 18,9% – не мають дітей; 41,2% – мають одну дитину; 29,5% – двох дітей; 10,6% – більше двох.

Представимо також результати відповідей на п'ять запитань, що були поставлені жінкам-біженкам з України під час інтерв'ю.

Узагальнюючи відповіді на перше запитання – «Згадайте та стисло опишіть ситуацію, яка викликала у вас сильні переживання чи вивела зі стану емоційної рівноваги?» – нами було виявлено Топ-п'ять ситуацій, які викликали у жінок-біженок найбільш сильні переживання та/або вивела їх зі стану емоційної рівноваги, а саме:

1. Війна (зазначено у відповідях 94,7% жінок-біженок). На їхню думку, це перший день та перша неділя бойових дій, сигнали повітряної тривоги, вибухи, ракетні удари, військова техніка.

2. Небезпека для рідних та близьких людей (зазначили 89,3% жінок-біженок). Здебільшого було акцентовано увагу на безпеці дітей.

3. Втрати, зокрема фінансові, майнові тощо (зазначили 68,5% жінок-біженок). Було констатовано, що для більшості респондентів втрата житла означало – кінець життя/сім'ї.

4. Конфлікти, зокрема в сім'ї, з оточуючими, з органами влади (зазначили 57,9% жінок-біженок).

5. Звільнення з роботи (зазначили 24,1% жінок-біженок).

Отже, за словами жінок-біженок, війна, небезпека для рідних та близьких, фінансові та майнові втрати, конфлікти, звільнення з роботи – це ситуацій, які викликали найбільш сильні переживання чи вивели їх зі стану емоційної рівноваги.

На запитання «Яка була Ваша зовнішня реакція?», більшістю (43,7%) жінок-біженок було обрано копінг-стратегію «пошук соціальної підтримки». Якісний аналіз отриманих даних дозволяє констатувати, що копінг-стратегія «пошук соціальної підтримки» здійснювалася жінками-біженками з України, як правило, в чотирьох зонах взаємодії: інтимна-особистісна, міжособистісна, групова та міжгрупова. Більшість респондентів (63,2%) зазначили, що в екстремальній ситуації шукали/очікували/сподівались на підтримку чоловіка, батьків, сестер, братів, дітей; 23,1% – розраховували на підтримку друзів та дальніх родичів; 12,1% – весь час шукали допомоги в соцмережах (волонтери, професійні групи медиків, цивільного захисту тощо) і лише 1,6% – на підтримку керівника та колег по роботі.

Копінг-стратегія «уникання» біла обрана в екстремальних життєвих умовах 34,9% жінками-біженками. Більшість з них намагалися ухилитися від контакту з реальністю, уникнути розв'язання складних питань. Серед опитаних 48,9% проявляли активність щодо уникнення складних ситуацій та відповідальності за їх вирішення, інші (51,1%) – були пасивними, форма їх уникнення здебільшого прив'язувалася до хвороби, різного роду залежності (їжа, алкоголь, соцмережі тощо).

Копінг-стратегія «вирішення проблем» була обрана лише 5,1% опитаних. Можна говорити про те, що у цих жінок-біженок достатньо високий психофізіологічний ресурсний потенціал особистості, як правило їм до 40 років; мають високу самооцінку та адекватне самоприйняття; високий рівень локус контролю та низький рівень тривожності; необхідна соціальна компетентність для виживання

в складних умовах; соціальна активність тощо. Однією з особових рис, що дозволяє жінкам-біженкам цієї групи вирішувати проблеми є резильєнтність – це здатність впоратися зі складними життєвими подіями та відновитися після труднощів чи стресу. Нами також констатовано, що вони здібні швидко переглядати свої плани після зустрічі з перешкодами, невдачами, помилками або отриманням нової інформації, що свідчить про високий рівень когнітивної гнучкості.

За результатами аналізу відповідей жінок-біженок на третє запитання опитувальника «Яка була Ваша внутрішня емоційна реакція?», нами було сформовано рейтинг Топ-10 емоційних реакцій в умовах стресу, а саме: гнів, страх, біль, відчай, ворожість, горе, печаль, сором, безпорадність, тривога.

На четверте запитання опитувальника «Які емоційні порушення, обумовлені стресом, Ви можете констатувати сьогодні у своєму стані?». Більшість жінок-біженок (63,8%) зазначили, що мають проблеми у когнітивній сфері, зокрема констатують ослаблення пам'яті, навчання, інтелекту, уваги, психомоторної координації, ефективності обробки інформації тощо.

26,3% жінок-біженок констатують, що вони перебувають в стані емоційних гойдалок (це стан різкої і частіше за все безпричинної зміни настрою) і не можуть з цим справитись. Так, під час війни такі різкі перепади настрою найчастіше супроводжуються очікуванням закінчення війни. Часто ми перебуваємо у надмірній ейфорії, наприклад, після певних позитивних новин, проте досить швидко вона перетворюється на відчай та песимізм, адже ми розуміємо, що бойові дії найімовірніше триватимуть ще довго. Безпосередніми причинами подібних коливань настрою є постійна тривога, стрес, страх, різкі зміни у житті людини. Ці перепади дуже виснажливі для нашої психіки, тому варто навчитись брати емоції під контроль.

На п'яте запитання опитувальника «Чи подолали Ви цю ситуацію?» лише 4,7% жінок-біженок зазначили, що вони впоралися з ситуацією самостійно без допомоги інших, а 6,1% респондентів зверталися за психологічною допомогою в кризові центри. 68,7% –

констатують факт того, що знаходяться зі своїми емоційними проблемами сам на сам; шукають допомоги у друзів в інтернеті, до спеціалістів (психологів, терапевтів, лікарів) не звертались. Сподіваються, що такий стан пройде по завершенню війни і т. ін. Для інших (20,5%) – це питання, за їх словами, не актуально, треба думати про інші більш нагальні справи (що поїсти, де заробити гроші, навчання дітей тощо).

Отже, за результатами проведеного інтерв'ю з жінками-біженками з України можна говорити про те, що немає життя, яке не змінилося би повністю з початком повномасштабної війни в Україні. Змінилося не лише наше повсякдення, а й емоційні реакції, від страху, тривоги та злості до почуття провини й смутку проявляється настільки насичено, що інколи складно уявити, як взагалі можна дати раду цим емоціям.

Важливим у зазначеному контексті виявилися обрані нами психодіагностичні методики, що були спрямовані на визначення індивідуально-психологічних чинники в структурі та генезі емоційних порушень в умовах стресу у жінок-біженок з України.

Для цього було використано метод кольорових виборів (МКВ) Модифікований восьмиколірний тест Люшера (Л.М. Собчик) було опрацьовано паперовим Додатком – стимульним матеріалом кольорових карток та інтерпретовано з Додатку до МКВ – інтерпретація функціональних пар до тесту МКВ [2; 9]. Об'єднавши результати, нам вдалося вирахувати співвідношення емоційних станів жінок-біженок з України, які потребують першочергової уваги (рис. 1).

На рис. 1 видно, що більшість (43%) опитаних потребують уваги в першу чергу, оскільки перебувають у стані стресу. Можна припускати, що для них характерне сильне напруження (фізичне і розумове), постійний страх. Під дією стресу вони стають дезорганізованими, загальмованими, пасивними, бездіяльними.

Зокрема, виявлено, що 22% опитаних знаходяться в стані фрустрації. Це означає, що приблизно чверть жінок-біженок з України відчувають наявність непереборних перешкод на шляху до

задоволення їхніх потреб. Отже, від цієї категорії досліджених слід очікувати різких змін у поведінці, які можуть супроводжуватись переживанням агресивних або депресивних станів.

НЕГАТИВНІ ЕМОЦІЙНІ СТАНИ ЖІНОК-БІЖЕНОК

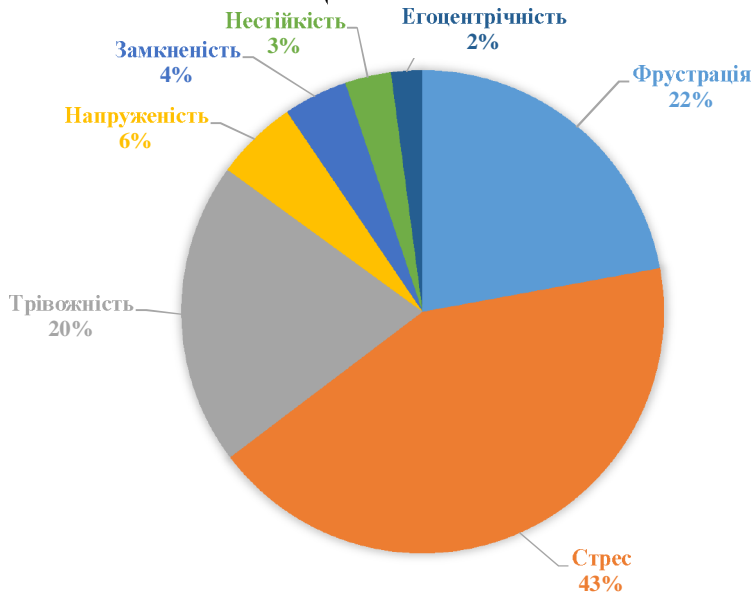


Рис. 1. Співвідношення емоційних станів жінок-біженок з України, які потребують першочергової уваги.

Джерело: розроблено автором

Окрім того, встановлено, що 20% жінок-біженок знаходяться у стані тривожності. Цій категорії притаманні тривога і не сильно виражений страх за їхню діяльність, збентеженість і дискомфорт.

У 6% респондентів констатовано напруженість. Показано також, що стійкість притаманна 6% опитаних. Інші жінки-біженки перебувають переважно у стані нестійкості (4%), замкнутості (3%) та егоцентричності (2%). Це пов'язано з низьким рівнем довіри

до соціального оточення як одного зі способів захисту психіки від стресогенів.

Лише 5% опитаних з вираженою стресстійкістю мають її оптимальний рівень. Саме вони емоційно готові виконувати покладені на них завдання, обов'язки тощо. А 2% опитаних характеризуються стресостійкістю на рівні виснаження. Це означає, що вони мають майже повну соціальну дезадаптацію або емоційне вигорання і потребують фізичного і психологічного відновлення для оптимальної діяльності. Жінки-біженки, які мають негативні емоційні стани, такі як напруженість, тривожність, стрес, фрустрація, не потребують діагностування на стресостійкість – вони не мають оптимальної стійкості до стресу. Їм притаманний недостатній рівень мобілізаційних ресурсів, низький рівень адаптаційних резервів або недостатня стійкість до стресу.

Найбільш поширені види порушення емоційного реагування – підвищена збудливість та емоційна лабільність. Підвищена збудливість проявляється схильністю до бурхливих реакцій, гнівом, агресією з незначних приводів. Емоційна лабільність – швидка і часта зміна полярності емоцій, що виникає без достатньої підстави. Ці емоційні порушення зазвичай короткочасні. Розлади настрою – гіпертимія, гіпотимія, тривога, дисфорія, ейфорія – є стійкими емоційними порушеннями. Під гіпертимією розуміють підвищений настрій із припливом сил, переоцінкою власних можливостей; вона характерна для маніакального синдрому. Гіпотимія, тобто знижений настрій, переживання безвихідності з фіксацією уваги на негативних подіях, є ознакою депресивного синдрому. Тривога – переживання внутрішнього занепокоєння, очікування лиха, що може супроводжуватися нервовими рухами, вегетативними реакціями і переростати в паніку. Дисфорія виражається тужливо-злісним настроєм, невдоволенням собою й оточенням, часто супроводжується агресією і навіть суїцидальними спробами. Знаходячись в такому стані жінки-біженки не можуть яєсно виконувати свої соціально-рольові функції – матері, дружини, доньки, працівника тощо.

Слід також знати, що наслідком переживання людиною критичної життєвої ситуації може виступати процес переосмислення, переоцінки свого минулого, зміни цілей та сенсу життя, а також пов'язана з розбудовою образу «Я», втрата чи зміна провідних мотивів. Таким чином, стійкість особистості, її «Я-концепції» є для людини умовою успішного подолання труднощів, що виникають внаслідок критичної ситуації. При загрозі порушення стійкості спрацьовують різноманітні захисні механізми.

Травматичний характер певної події залежить від значення, яке вона має для людини, тобто від «особистісного сенсу» стимулу, що впливає. Травмована людина, яка пережила надзвичайно сильні та руйнівні події, дуже боїться їх повторення. Якщо емоції прориваються назовні, людина втрачає контроль над собою, над своєю поведінкою та здійснює непоправні вчинки. Діти, які пережили травму, стають розсіяними, у них погіршується пам'ять, увага. Це позначається на їхній успішності навчання. Емоційна напруга впливає на фізичне здоров'я, призводить до виникнення психосоматичних порушень, розладів на «нервовому ґрунті».

Тривалість періоду від початку виникнення кризи до виходу з кризової ситуації залежить від тяжкості події, що травмує, індивідуальної реакції людини, складності завдань вікового періоду, що повинні бути вирішені нею на даному етапі її життя, наявних у людини та її оточення ресурсів. У середньому стан активного дисбалансу адаптації триває до 4-6 тижнів.

Особливо акцентуємо увагу на посттравматичному стресовому розладі (ПТСР), що виникає як відстрочена та/або затяжна реакція на стресову подію чи критичну ситуацію (короткочасну чи тривалу) загрозливого чи катастрофічного характеру. Наслідком таких ситуацій можуть бути різні порушення. Зазвичай їх поділяють на групи: гострі ПТСР (тривалістю до трьох місяців); хронічні (тривалістю 3 місяці і більше), відстрочені (що виявляються принаймні через 6 місяців після пережитого стресу).

Посттравматичні порушення характеризуються: а) повторенням травматичного переживання у думках, снах та спогадах; б)

ослабленням зв'язків із життям, що виявляється у стримуванні емоцій, відчутті відірваності від інших та зменшенні активності у значущих видах діяльності; в) виникненням та розвитком психосоматичних симптомів (порушення сну, розлади пам'яті). Приблизний перелік стресових реакцій та посттравматичних розладів: короткочасне психотичне порушення; нічні кошмари; страх розлуки; порушення здатності до реактивної прив'язаності; дисоціативна амнезія; дисоціативна fuga; конверсійне порушення; деперсоналізація; специфічні страхи; панічні атаки; депресивні епізоди; соматизація; емоційно нестабільний стан особистості тощо.

Самозахист людини від травмуючих навантажень у критичних ситуаціях, як правило, виникає поступово або раптово. Якщо така ситуація виникає поступово, то людина встигає вжити заходів психологічного захисту. Наприклад, раціоналізація негативної події, що наближається, зниження ступеня її невизначеності, звикання до неї. Можна знизити травматичну дію шляхом знецінення її значення. Захисні механізми – це несвідомі дії чи протидія у поведінці людини, що спрямовані на захист від загроз зовнішнього світу чи внутрішнього світу людини. За допомогою цих механізмів наше «Я» захищається від внутрішніх та зовнішніх обмежень. Визначаються такі способи поведінки людини, коли починають працювати захисні механізми: ізоляція, витіснення, реактивне утворення, регресія, зміщення, проєкція і т. ін.

Висновки. З наведеного вище можна виділити два стратегічних напрями підтримки жінок-біженок з України:

1) запровадження національних (узгоджених з МОН та МОЗ) реабілітаційних програм особистісної психоемоційної підтримки українських жінок, які мають статус біженок та/або внутрішньопереміщених осіб. Дані програми повинні включати затверджені протоколи психосоціальної допомоги, адже досвід фахівців, що залучені до такої роботи здебільшого є недостатнім та не відповідає міжнародним стандартам;

2) державна політика щодо соціально-економічної підтримки жінок, які мають статус біженок та/або внутрішньопереміщених

фахівців, що залучені до такої роботи здебільшого є недостатнім та не відповідає міжнародним стандартам. 2) Державна політика щодо соціально-економічної підтримки жінок, які мають статус біженок та/або внутрішньопереміщених осіб, адже це є зв'язком надії на повернення до дому. Цей зв'язок дуже важливий, це не про фінанси, скоріше це про мораль, духовну та національну єдиничність, про місія сили, якою є батьківщина.

Стратегування щодо підтримки ментального здоров'я жінок-біженок з України включає в себе змістовні та організаційно-методичні положення та процедури, що регламентують та забезпечують процес розробки та реалізації політики (загальнодержавному, регіональному, муніципальному та галузевому (медична, освітні і т.ін.) рівнях) щодо підтримки ментального здоров'я жінок у періоди війни та повоєнного відновлення країни.

Ключові слова: публічне управління, стратегування, ментальне здоров'я, психосоціальна підтримка, жінки-біженки.

Received: 17.10.23

References

1. Kasych, A.O. (2020). Stratehuvannia rozvytku natsionalnoi ekonomiky yak doktryna bezpekovoï polityky krainy [Strategizing the development of the national economy as a doctrine of the country's security policy]. *Ohliadova statia. Economic journal Odessa polytechnic university – Review article. Economic journal Odessa polytechnic university*, 3(13), (pp.13-22) [in Ukrainian].
2. Redlikh, O., & Khadzhiradieva, S. (Ed.). (2023). *Kouchynh konfliktyv – vyrishuite problemy, zmitsniuuchy vidnosyny* [Conflict coaching – solve problems by strengthening relationships]. Mykolaiv: Yemelianova T.V. [in Ukrainian].
3. Maksymenko, S.D., & Nosenko, E.L. (2008). Eksperymentalna psykholohiia [Experimental psychology]. Kyiv: Tsentr uchbovoi literatury [in Ukrainian].
4. Pidtrymka mentalnoho zdorovia pid chas viiny [Mental health support during wartime]. (n.d.). *niss.gov.ua*. Retrieved from: <https://niss.gov.ua/>

news/komentari-ekspertiv/pidtrymka-mentalnoho-zdorovya-v-chasy-viyny [in Ukrainian].

5. Aliushyna, N., Zhyhulina-Fal, Yu., & Naulik, N. (2022). *Psykhosotsialna pidtrymka publichnykh sluzhbovtziv v umovakh voiennoho stanu [Psychosocial support of public servants under martial law]*. O. Redlikh, S. Khadzhyradieva (Eds.). Mykolaiv: Yemelianova T.V. [in Ukrainian].

6. Khadzhyradieva, S.K., & Todorova, M.M. (2023). Aktualizatsiia problem psykhosotsialnoi dopomohy naselenniu Ukrainy v umovakh viiny [Actualization of the problems of psychosocial assistance to the population of Ukraine in the conditions of war]. *Publichne upravlinnia ta rehionalnyi rozvytok – Public administration and regional development*, 19, (pp. 199-219) [in Ukrainian].

7. Khobfoll, S., Uotson, P., Bell, S., Braiant, R., Braimer, M., & Fridman, M. (et al.). (2007). Piat osnovnykh elementiv nehainoho i serednostrokovoho vtruchannia u razi masovoi travmy: empirychni dani [Five essential elements of immediate and medium-term intervention in mass trauma: empirical evidence]. *Psykhiatriia – Psychiatry*, 3, (pp. 283-315) [in Ukrainian].

8. Ukrinform [Ukrinform]. www.ukrinform.ua. Retrieved from: <https://www.ukrinform.ua/rubric-society/3642476-zeleaska-rozpovila-pro-cogoricnu-robotu-nacionalnoi-programi-psihicnogo-zdorova.html> [in Ukrainian].

9. Iahupov, V. (2004). *Viiskova psykhohohiia [Military psychology]*. Kyiv: Tandem [in Ukrainian].

10. Atanasijevic, J., Aleksic, D., & Stimac V. (2015). The role of economic planning in public sector: Principles, evidence and lessons for Serbia in the context of EU integration. *Ekonomika preduzeća*, 63(1-2), (pp.145-153) [in English].

11. Bryson, J., Berry F., & Yang, K. (2010). The State of Public Strategic Management Research: A Selective Review and Set of Future Directions. *The American Review of Public Administration*, 40, (pp. 495-521) [in English].

12. Bryson, J., & Georg B. (2020). Strategic Management in Public Administration. *Oxford Research Encyclopedia of Politics*. Oxford University Press. Retrieved from <https://oxfordre.com/politics/view/10.1093/acrefore/9780190228637.001.0001> [in English].

13. Høglund, L., Holmgren, M., Martensson, M., & Svardsten, F. (2018). Strategic Management in the Public Sector: How Tools Enable and Constrain Strategy Making. *International Public Management Journal*, (Vol. 21), 5. Retrieved from: <https://doi.org/10.1080/10967494.2018.1427161> [in English].

14. Khadzhyradieva, S., Slukhai, S., & Rachynskyi, A. (2020). Public Administration in Ukraine: Adjusting to European Standards. *NISPACEE Journal of Public Administration and Policy*, (Vol. 13), 1, (pp. 81-108) [in English].

15. King, L.A., King, D.W., Fairbank, J.A., Keane, T.M., & Adams, G.A. (1998). Resilience-recovery factors in post-traumatic stress disorder among female and male Vietnam veterans: hardiness, postwar social support, and additional stressful life events. *Journal of Personal Psychology*, (Vol. 74(2)), (pp. 420-434) [in English].

16. Lin, S., Kobayashi, K., Tong, H., Davison, K., Arora, S., & Fuller-Thomson, E. (2020). Close Relations Matter: The Association Between Depression and Refugee Status in the Canadian Longitudinal Study on Aging (CLSA). *Journal of Immigrant and Minority Health*, (Vol. 22), (pp. 946-956) [in English].

17. Nickerson, J., & Argyres, N. (2018). Strategizing Before Strategic Decision Making. *Strategy Science*, 3(4), (pp. 592-605) [in English].

18. Poister, T.H., & Streib, G.D. (1999). Strategic Management in the Public Sector: Concepts, Models, and Processes. *Public Productivity & Management Review*, (Vol. 22), 3, (pp. 308-325) [in English].

19. Spender, J-C. (2015). Strategizing. *International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences, Second Edition*, (pp. 522–526). Retrived from: <https://www.academia.edu/12085470/Strategizing> [in English].

20. Starbuck, W.H. (1992). Strategizing in the Real World. *International Journal of Technology Management*, 8(1/2), (pp. 77-85) [in English].

21. Williamson, O. (1991). Strategizing, economizing, and economic organization. *Strategic Management Journal*, (Vol. 12), (pp. 75-94) [in English].

Відомості про авторів / Information about the Authors

Світлана Хаджирадєва: Державний університет інтелектуальних технологій і зв'язку: вул. Кузнєчна, 1, Одеса, 65023, Україна.

Svitlana Khadzhyradieva: University of Intelligent Technologies and Telecommunications: Kuznechna street 1, Odesa, 65023, Ukraine.

ORCID. ORG./ 0000-0002-2256-2579

E-mail: sentential.hsk@gmail.com