

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ДОНЕЦЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ ВАСИЛЯ СТУСА

ТОМКЕВИЧ ТЕТЯНА ЮРІЇВНА

Допускається до захисту:
в.о. завідувача кафедри
кризової та клінічної психології
канд. психол. наук, доцент
_____ Катерина ВАСЮК
«____» _____ 2026 р.

**ПСИХОСОЦІАЛЬНІ ДЕТЕРМІНАНТИ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я
ЖІНОК В УМОВАХ ДОВГОТРИВАЛОГО СТРЕСУ ВОЄННОГО
ЧАСУ**

Спеціальність 053 Психологія

Кваліфікаційна (магістерська) робота

Науковий керівник:
Оверчук Вікторія Анатоліївна,
д. екон. н., канд.псих.наук,
професор кафедри кризової та
клінічної психології

(підпис)

Оцінка: _____ / _____ /

(бали/за шкалою СІТТС/за національною шкалою)

Голова ЕК: _____
(підпис)

Вінниця 2026

АНОТАЦІЯ

Томкевич Т. Ю. *Психосоціальні детермінанти психічного здоров'я жінок в умовах довготривалого стресу воєнного часу*. Спеціальність 053 «Психологія». Донецький національний університет імені Василя Стуса, Вінниця, 2026.

У кваліфікаційній роботі досліджено психосоціальні детермінанти психічного здоров'я жінок в умовах довготривалого стресу воєнного часу. Проаналізовано сучасні теоретичні підходи до розуміння психічного здоров'я та ролі соціально-психологічних чинників у його формуванні. Встановлено особливості впливу тривалого воєнного стресу на емоційний стан, рівень адаптації та психологічне благополуччя жінок.

Ключові слова: психічне здоров'я, жінки, воєнний стрес, психосоціальні детермінанти, соціальна підтримка, копінг-стратегії, психологічна безпека.

83 с., 1 рис., 12 дод., 50 джерел.

Tomkevych T. Yu. *Psychosocial Determinants of Women's Mental Health under Conditions of Prolonged Wartime Stress*. Specialty 053 "Psychology". Vasyl' Stus Donetsk National University, Vinnytsia, 2026.

The qualification paper examines the psychosocial determinants of women's mental health under conditions of prolonged wartime stress. Modern theoretical approaches to understanding mental health and the role of psychosocial factors in its formation are analyzed. The specific impact of long-term war-related stress on emotional state, adaptation level, and psychological well-being of women is identified.

Keywords: mental health, women, wartime stress, psychosocial determinants, social support, coping strategies, psychological safety.

83 pages, 1 figure, 12 appendices, 50 references.

ЗМІСТ

ВСТУП.....	4
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПСИХОСОЦІАЛЬНИХ ДЕТЕРМІНАНТ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я ЖІНОК В УМОВАХ ВІЙНИ.....	9
1.1. Теоретичні підходи до вивчення психічного здоров'я в контексті психосоціальних детермінант.....	9
1.2. Психологічні наслідки тривалого стресу у жінок в умовах війни.....	19
1.3. Соціально-екологічний вимір психічного здоров'я жінки: роль сім'ї, соціального оточення і професійної реалізації.....	26
Висновки до першого розділу.....	32
РОЗДІЛ 2. МЕТОДОЛОГІЧНЕ ОБГРУНТУВАННЯ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОСОЦІАЛЬНИХ ФАКТОРІВ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я ЖІНОК ПІД ЧАС ТРИВАЛОГО СТРЕСУ.....	34
2.1. Дизайн та процедура дослідження. Характеристика вибірки дослідження	34
2.2. Обґрунтування вибору діагностичного інструментарію.....	36
Висновки до другого розділу.....	39
РОЗДІЛ 3. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОСОЦІАЛЬНИХ ЧИННИКІВ, ЩО ФОРМУЮТЬ ПСИХІЧНЕ ЗДОРОВ'Я ЖІНОК В УМОВАХ ВОЄННОГО СТРЕСУ.....	41
3.1 Цілі, завдання та організація емпіричного дослідження.....	41
3.2 Аналіз та інтерпретація результатів емпіричного дослідження.....	42
Висновки до третього розділу.....	53
ВИСНОВКИ.....	54
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	56
ДОДАТКИ.....	62

ВСТУП

Актуальність. Повномасштабна війна в Україні призвела до глибоких змін у соціальному, економічному та психологічному житті населення. Особливої уваги вимагає проблема психічного здоров'я жінок, які в умовах тривалого стресу виконують одразу кілька важливих соціальних ролей – матерів, дружин, волонтерок, працівниць, військовослужбовиць, внутрішньо переміщених осіб, які несуть значне емоційне навантаження, поєднуючи турботу про близьких із необхідністю адаптуватися до нових умов життя, що створює високі ризики емоційного виснаження, тривожності та депресивних станів.

Війна порушила звичні соціальні зв'язки, систему підтримки та безпеки, тому психосоціальні детермінанти, такі як умови середовища, характер соціальних відносин, рівень соціальної підтримки, матеріальне становище, професійна стабільність стають вирішальними у збереженні або, навпаки, у руйнуванні психічної рівноваги жінок. У таких умовах саме психосоціальний вимір відіграє ключову роль у розумінні особливостей адаптації, стійкості та психологічного благополуччя жінок під час війни.

Вивчення психосоціальних детермінант психічного здоров'я жінок є не лише науково важливим, а й соціально значущим завданням. Дане дослідження дає змогу визначити, які чинники сприяють збереженню внутрішньої рівноваги, а які посилюють ризики дестабілізації психічного стану. Здобуті знання допоможуть психологам, соціальним працівникам, волонтерам і державним структурам створювати цільові програми підтримки жінок, які перебувають у стані тривалого стресу, розробляти ефективні стратегії психологічної допомоги й профілактики емоційного вигорання.

Отже, кваліфікаційна робота має як наукове, так і практичне значення, оскільки її результати сприятимуть кращому розумінню механізмів впливу психосоціальних чинників на психічне здоров'я жінок у період війни та будуть

використані при розробці психологічних програм підтримки, тренінгів стресостійкості та соціальних ініціатив, спрямованих на збереження психологічного благополуччя жінок в Україні.

Мета дослідження: дослідити психосоціальні детермінанти психічного здоров'я жінок в умовах довготривалого стресу воєнного часу.

Завдання дослідження:

1. Проаналізувати дослідження з проблеми психосоціальних детермінантів психічного здоров'я жінок в умовах довготривалого стресу воєнного часу.
2. Здійснити теоретичний аналіз психологічних наслідків тривалого стресу у жінок в умовах війни.
3. Емпірично дослідити психосоціальні детермінанти психічного здоров'я жінок в умовах довготривалого стресу воєнного часу та здійснити аналіз результатів емпіричного дослідження.
4. Розробити психологічні рекомендації для збереження психічного здоров'я жінок на основі виявлених детермінант.

Об'єкт дослідження: психічне здоров'я жінок в умовах довготривалого стресу воєнного часу.

Предмет дослідження: психосоціальні детермінанти психічного здоров'я жінок в умовах довготривалого стресу воєнного часу.

Концептуальна гіпотеза: припускається, що психічне здоров'я жінок в умовах довготривалого стресу воєнного часу визначається взаємодією низки психосоціальних детермінант, серед яких провідну роль відіграють рівень соціальної підтримки, якість міжособистісних стосунків, почуття безпеки, можливість самореалізації та наявність адаптивних копінг-стратегій. Вважається, що високий рівень соціальної інтеграції, емоційної підтримки та внутрішньої стійкості сприяє збереженню психічної рівноваги, тоді як соціальна ізоляція,

економічна нестабільність і тривале відчуття невизначеності посилюють ризики розвитку депресивних і тривожних станів.

Теоретико-методологічну основу дослідження психосоціальних детермінант психічного здоров'я жінок в умовах довготривалого стресу воєнного часу становлять наукові праці вітчизняних і зарубіжних учених, які розкривають сутність психічного здоров'я, механізми його формування та вплив соціальних чинників. Зокрема, фундаментальні положення щодо природи психічного здоров'я та його структури обґрунтовано у працях С. Максименка, Л. Карамушки, В. Боровця, Л. Лотоцької, де психічне здоров'я розглядається як цілісне явище, що поєднує психологічні, соціальні та культурні компоненти. Значний внесок у розуміння внутрішніх психологічних механізмів зробили класики психології – З. Фрейд, К. Юнг, В. Райх, які досліджували роль несвідомого, внутрішніх конфліктів і психічної енергії у забезпеченні психічної рівноваги особистості. Питання впливу соціально-економічних факторів на психічне здоров'я висвітлено у роботах D. Majcherek та інших зарубіжних дослідників, які акцентують увагу на ролі рівня життя, професійного статусу та соціальної нерівності. Особливості психологічних детермінант, зокрема сприйняття стресу, копінг-стратегій і реакцій на травматичні події, розкрито у дослідженнях Д. Курганова. Важливими для даного дослідження є також підходи, представлені у документах Всесвітньої організації охорони здоров'я, де психічне здоров'я визначається як стан благополуччя, що залежить від комплексу соціальних, економічних і культурних умов. Окрему увагу в сучасних наукових розвідках приділено проблемі психічного здоров'я в умовах війни, де досліджуються вплив тривалого стресу, соціальної нестабільності, вимушеної міграції та втрат на емоційний стан особистості, зокрема жінок як соціально вразливої групи.

Методи і методики дослідження. Для досягнення мети та завдань застосовано комплекс теоретичних та емпіричних методів.

- теоретичні: аналіз, порівняння, систематизація, узагальнення теоретичних й емпіричних результатів проблеми дослідження, які розкриті у науковій літературі;
- емпіричні: кореляційний аналіз Спірмена.

Психодіагностичні методики:

- 1) Шкала сприйнятої соціальної підтримки Зімента;
- 2) Шкала оцінки задоволеності у стосунках (Relationship Assessment Scale, RAS);
- 3) Шкала сімейної адаптації та згуртованості / FACES-3 / (Д. Олсон, Дж. Портнер, І. Лаві; адаптація Е. Ейдеміллера);
- 4) Шкала нейроцепції психологічної безпеки (NPSS);
- 5) Методика дослідження особистісної ідентичності Л. Шнейдер;
- 6) Методика «Копінг-тест» Р. Лазаруса.

Наукова новизна одержаних результатів полягає в тому, що у роботі вперше комплексно досліджено психосоціальні детермінанти психічного здоров'я жінок в умовах довготривалого стресу воєнного часу з урахуванням сучасних українських реалій. Уточнено зміст і структуру психосоціальних чинників, що впливають на психічне благополуччя жінок, зокрема роль соціальної підтримки, якості міжособистісних стосунків, відчуття безпеки та можливостей самореалізації. Набули подальшого розвитку наукові уявлення про взаємозв'язок копінг-стратегій і рівня психічної стійкості жінок в умовах війни. Емпірично підтверджено значущість соціально-психологічних ресурсів як чинників збереження психічного здоров'я в умовах тривалого стресу.

Теоретична значущість дослідження полягає в поглибленні наукових уявлень про взаємозв'язок психосоціальних чинників і психічного здоров'я жінок в умовах довготривалого стресу воєнного часу. Результати дослідження розширюють розуміння механізмів впливу соціального середовища,

міжособистісних відносин, рівня соціальної підтримки, стратегії подолання стресу та особистісної стійкості на збереження психологічної рівноваги жінок.

Практична значущість: результати кваліфікаційної роботи будуть доцільними у діяльності практичних психологів, психотерапевтів, соціальних працівників, волонтерів і працівників кризових центрів для розробки ефективних програм психологічної підтримки жінок, які перебувають у стані тривалого стресу, спричиненого війною.

Структура роботи. Робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків та списку літератури, який налічує 50 джерел; ілюстрована 1 рисунком 8 таблицями; вміщує 12 додатків. Загальний обсяг: 83 сторінки, основний зміст викладено на 54 сторінках друкованого тексту.

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПСИХОСОЦІАЛЬНИХ ДЕТЕРМІНАНТ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я ЖІНОК В УМОВАХ ВІЙНИ

1.1. Теоретичні підходи до вивчення психічного здоров'я в контексті психосоціальних детермінант

У сучасних умовах війни, коли суспільство переживає масштабні соціальні, економічні та емоційні потрясіння, проблема збереження психічного здоров'я набуває особливої актуальності. Особливо це стосується жінок, які часто поєднують кілька соціальних ролей – матері, дружини, працівниці, волонтерки – і водночас стикаються з підвищеним емоційним навантаженням та стресом.

На думку С. Максименко, здоров'я людини є не лише індивідуальною характеристикою, а й важливим соціальним показником, що відображає рівень розвитку та благополуччя суспільства. Воно виступає своєрідним «дзеркалом» соціально-економічних, екологічних, демографічних і санітарно-гігієнічних умов країни, визначаючи якість життя населення, ефективність трудових ресурсів і загальний потенціал держави. Тому здоров'я людини – це не просто біологічна категорія, а комплексне явище, що інтегрує фізичний, психічний і соціальний аспекти існування [23, с. 41].

Психологічна наука по-різному трактувала сутність здоров'я. Зокрема, З. Фрейд вважав, що психологічно здорова особистість – це та, яка здатна гармонізувати принцип задоволення із принципом реальності, тобто знаходити баланс між власними бажаннями та можливостями їх реалізації у соціальному світі. На думку К. Юнга, здорова людина – це та, що усвідомила та інтегрувала зміст власного несвідомого, досягнувши внутрішньої гармонії й свободи від домінування будь-якого архетипу. У свою чергу, В. Райх пояснював невротичні та психосоматичні розлади як наслідок блокування природного потоку життєвої

енергії, підкреслюючи, що психічне здоров'я можливе лише за умови її вільного циркулювання.

Упродовж усієї історії людства фізичне та психічне здоров'я залишалися найвищими цінностями, без яких неможливі гармонійний розвиток особистості, свобода дії та духовне вдосконалення. Ще давньогрецькі лікарі й філософи розглядали здоров'я як основу активного, творчого й вільного життя людини, що й сьогодні не втрачає своєї актуальності, особливо в умовах соціальної нестабільності та воєнних викликів.

Як зазначає Л. Лотоцька, психічне здоров'я є фундаментальною складовою загального здоров'я людини, що охоплює емоційний, психологічний і соціальний аспекти її функціонування. Воно супроводжує особистість на всіх етапах життя – від дитинства до зрілості – і визначає здатність людини будувати відносини, долати труднощі, реалізовувати свій потенціал і брати участь у житті суспільства [19, с. 56].

Водночас, науковиця наголошує, що традиційне розуміння психічного здоров'я як індивідуальної патології чи розладу є звуженим, адже психічне благополуччя неможливо розглядати поза контекстом соціальних детермінант. Такі чинники, як відчуття ідентичності, соціальна інтеграція, безпека та підтримка з боку держави чи громади, формують основу психічної стабільності особистості. Їхня наявність допомагає людині ефективно справлятися з конфліктами, адаптуватися до викликів і підтримувати внутрішню рівновагу навіть у кризових умовах, зокрема під час війни.

Психічне здоров'я охоплює два взаємопов'язані, але окремі компоненти: позитивне психічне благополуччя та наявність або відсутність психічних розладів. Психічні розлади визначаються як клінічно значущі порушення когнітивної діяльності, емоційної регуляції або поведінкових проявів. Важливо підкреслити, що психічне здоров'я та психічні розлади не є полюсами одного й

того самого континууму: навіть якщо розладу немає, це не обов'язково свідчить про високий рівень психічного благополуччя [4, с. 33].

Одним із провідних напрямів сучасного розуміння психічного здоров'я є підхід, сформований під впливом концептуальних положень Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), що визначає психічне благополуччя як невід'ємну складову цілісного здоров'я людини. На думку Л. Карамушки, саме в документах ВООЗ закладено фундаментальні орієнтири для наукового осмислення феномену психічного здоров'я, його структури, умов збереження та ризиків погіршення [13, с. 27].

Дослідниця зазначає, що згідно з підходом ВООЗ, психічне здоров'я є станом повного благополуччя, який охоплює фізичний, психічний та соціальний аспекти існування людини, а не лише відсутність психічних розладів чи хвороб. Відповідно, розуміння сутності психічного здоров'я вимагає розширеного погляду на людину як на активного суб'єкта, здатного реалізовувати власний потенціал, долати життєві труднощі, продуктивно працювати та робити внесок у добробут своєї спільноти.

Як наголошується у праці Л. Карамушки, психічне здоров'я виступає фундаментом індивідуальної та колективної життєдіяльності, адже воно забезпечує здатність людини мислити, емоційно реагувати, взаємодіяти із соціальним середовищем, зберігати цілісність особистісного «Я» і підтримувати соціальні зв'язки. У цьому контексті психічне здоров'я розглядається не лише як медико-психологічна, а й як соціальна категорія, пов'язана з умовами життя, характером міжособистісних відносин, економічними обставинами та загальним рівнем соціального благополуччя.

Дослідження факторів, що впливають на здоров'я населення, як на національному, так і на міжнародному рівні, набуває особливої актуальності. На психічний стан людини впливають як індивідуальні особистісні характеристики, так і широкий спектр соціальних, економічних, культурних, освітніх,

екологічних та політичних чинників. Водночас соціально-економічні детермінанти часто залишаються поза увагою в наукових джерелах.

Середовище, у якому людина народжується, проживає, працює та старіє, а також доступ до систем охорони здоров'я, формується під впливом соціально-економічних умов. Різноманітні соціальні, економічні та фізичні фактори відіграють важливу роль на різних етапах життя, впливаючи на психічне здоров'я та визначаючи поширеність психічних розладів. Концепції соціально-економічних детермінант підкреслюють, що умови життя та праці безпосередньо визначають результати психічного здоров'я.

Детермінанти психічного здоров'я можуть чинити як позитивний, так і негативний вплив. До сприятливих факторів належать глобальні управлінські структури, зокрема Всесвітня організація охорони здоров'я, Світовий банк, Світова організація торгівлі та інші міжнародні інститути, які формують умови для підтримки психічного благополуччя [21, с. 7].

Натомість негативний вплив на психічний стан населення можуть справляти глобальні детермінанти, такі як міжнародні конфлікти – зокрема війна між Україною та Росією, економічна нестабільність, складнощі у міжнародній торгівлі, міграційні процеси та глобальні кліматичні зміни. Особливо в умовах війни в Україні воєнні дії виступають ключовим чинником погіршення психічного здоров'я, оскільки вони створюють екзистенційну загрозу, порушують стабільність життєвих процесів та знижують ефективність професійної діяльності [13, с. 7].

Як зазначає D. Majcherek, соціально-економічний статус є однією з ключових детермінант психічних розладів, оскільки він істотно впливає на соціальну взаємодію. Рівень доходу, професійні ролі та інші соціально-економічні характеристики допомагають комплексно оцінити проблеми психічного здоров'я та формують ширше розуміння чинників ризику [48, с. 3].

Д. Курганов обґрунтовує думку про те, що одним із ключових елементів психологічних детермінант є сприйняття стресу. Це процес, у якому особистість оцінює значущість подій для себе та визначає, чи становлять вони загрозу її благополуччю. Саме суб'єктивне бачення ситуації визначає подальшу емоційну й фізіологічну реакцію. Якщо індивід сприймає подію як неконтрольовану або небезпечну, виникає підвищений рівень тривожності, активується вироблення гормонів стресу (зокрема кортизолу), що з часом може призвести до імунодепресії, порушень сну, серцево-судинних захворювань або розвитку тривожних розладів. Водночас конструктивне сприйняття стресу, як виклику, а не загрози, сприяє формуванню стійкості та психічної рівноваги [16, с. 139].

Наступним важливим аспектом є психологічна реакція на життєві події. Вона відображає, як людина емоційно та поведінково реагує на травматичні чи складні ситуації – втрату близьких, насильство, вимушене переселення або інші стресогенні фактори. Індивідуальні відмінності у цих реакціях залежать від попереднього досвіду, рівня саморегуляції та наявності підтримки. Якщо особа не здатна адаптуватися до негативних подій, зростає ризик розвитку депресивних чи тривожних розладів, зокрема посттравматичного стресового розладу (ПТСР). Саме тому психічне здоров'я значною мірою визначається не самим фактом травми, а способом її переживання та осмислення.

У цьому контексті особливого значення набуває поняття копінг-стратегій, тобто способів подолання стресу. Ефективні стратегії копінгу дозволяють людині зберігати внутрішній баланс навіть у кризових ситуаціях. До таких належать психотерапія, релаксаційні техніки, медитація, фізична активність та планування власної діяльності. Вони сприяють усвідомленню емоцій, зниженню психофізіологічного напруження й формуванню відчуття контролю над ситуацією. Натомість деструктивні форми копінгу (втеча у залежності, уникнення, агресія) посилюють психічне виснаження та погіршують загальний стан здоров'я.

Не менш важливою детермінантою є соціальна підтримка, яка виступає буфером між стресом і психічним благополуччям. Дослідження доводять, що люди, які відчують підтримку з боку родини, друзів або громади, легше долають емоційні труднощі, демонструють нижчий рівень тривожності й депресії, а також мають краще фізичне здоров'я. Соціальна ізоляція, навпаки, підвищує ризик соматичних і психічних порушень, формує відчуття самотності та безпорадності.

Соціальні детермінанти відіграють не менш ключову роль у формуванні психічного здоров'я, оскільки вони визначають умови життя, доступ до ресурсів та рівень підтримки, що отримує людина. Розглянемо основні чинники більш детально [30, с. 1].

1. Освіта та соціально-економічний статус.

Рівень освіти та соціально-економічне положення мають довгостроковий вплив на психічне здоров'я. Обмежений доступ до якісної освіти або низький соціально-економічний статус може підвищувати рівень стресу, ускладнювати працевлаштування та створювати фінансові труднощі, що обмежує можливості отримання психічної допомоги. Усунення цих диспропорцій через рівний доступ до освіти та економічну підтримку дозволяє зменшити негативний вплив соціально-економічних факторів на психічне благополуччя.

2. Соціальна підтримка.

Надійна система підтримки є важливим фактором, який безпосередньо впливає на психічне здоров'я. Відсутність підтримки може призводити до почуття самотності, ізоляції та підвищеної вразливості до психічних труднощів. Залучення до громадських ініціатив, зміцнення соціальних зв'язків та створення відкритого простору для діалогу сприяє формуванню відчуття підтримки та безпеки, що безпосередньо покращує психічне благополуччя.

3. Навколишнє середовище та громада.

Фізичне та соціальне середовище значною мірою впливає на психічне здоров'я. Проживання в безпечних районах із чистим повітрям, доступом до зелених зон і рекреаційних просторів сприяє психічному благополуччю. Натомість життя в забруднених або небезпечних районах, де часто трапляються соціальні конфлікти, може погіршувати психічний стан. Інвестиції у створення сприятливого та здорового середовища сприяють зниженню ризиків психічних розладів.

4. Дискримінація та стигма.

Соціальна дискримінація, упередження та стигматизація на основі раси, етнічного походження, віку, гендерної чи сексуальної ідентичності, а також стану психічного здоров'я, завдають серйозної шкоди самооцінці та емоційному стану людини. Наслідки дискримінації є глибокими та довготривалими, тому важливими є підвищення обізнаності, боротьба з упередженнями та впровадження політики проти дискримінації. Створення інклюзивного середовища підтримує психічне здоров'я та соціальну інтеграцію всіх членів суспільства.

5. Доступність медичних послуг.

Якісні та доступні послуги психічного здоров'я є необхідною умовою підтримки психічного благополуччя. Проте багато людей стикаються з обмеженнями у доступі, довгими чергами або браком культурно адаптованого догляду. Поширення грамотності у сфері психічного здоров'я, розвиток чіткої політики охорони здоров'я та розширення мережі послуг дозволяють подолати ці бар'єри і забезпечити необхідну підтримку кожному.

Окрім того, важливими соціальними детермінантами, що впливають на психічне здоров'я населення, є корупція в державі, інфляційні процеси та політична ситуація в Україні [5, с. 2].

Узагальнимо основні детермінанти психічного здоров'я у таблиці 1.1. [5, с. 2].

Таблиця 1.1

Основні детермінанти психічного здоров'я

Категорія детермінант	Вплив на психічне здоров'я	Дослідники
1. Індивідуальні психологічні детермінанти	Сприйняття стресу, психологічна реакція на життєві події, когнітивні та емоційні особливості особистості	З. Фрейд, К. Юнг, В. Райх, Д. Курганов
2. Соціально-економічні детермінанти:	Рівень освіти, соціально-економічний статус, професійні ролі, доступ до ресурсів	D. Majcherek, С. Максименко
2.1.Соціальна підтримка	Родина, друзі, громада, соціальні мережі, відчуття безпеки	Л. Лотоцька, В. Боровець
2.2.Навколишнє середовище громада та	Безпека району, доступ до зелених зон, рекреаційних просторів, екологічна ситуація	Л. Карамушка
2.3.Дискримінація та стигма	Расова, гендерна, вікова, соціальна дискримінація, упередження та стигматизація	Л. Карамушка
2.4.Доступність медичних послуг	Якість та доступність психічної допомоги, охорона здоров'я, культурна адаптація послуг	О. Любінець, В. Боровець
2.5.Глобальні фактори	Війни, економічна нестабільність, міграційні процеси, глобальні зміни клімату	О. Любінець, Л. Карамушка

З наведеного вище можна зробити висновок про багатокомпонентність і складність структури психічного здоров'я та його ключових детермінант. Психічне благополуччя не є одновимірним утворенням – воно поєднує ціннісні, мотиваційні, соціальні, когнітивні та культурні аспекти людського існування. У цьому контексті заслуговує на увагу модель психічного здоров'я, запропонована Ю. Кашлюк, яка відображає цілісне бачення внутрішнього стану особистості та її здатності до гармонійної взаємодії з навколишнім світом [14, с. 47].

Згідно з підходом дослідниці, психічне здоров'я охоплює такі структурні компоненти (рис.1.1.) [14, с. 47]:



Рис. 1.1 – Структурні компоненти психічного здоров'я

1. Аксіологічний компонент – це усвідомлення людиною власної цінності й унікальності, а також визнання цінності інших людей. Особистість, що має цей компонент, сприймає себе позитивно, приймає свої сильні та слабкі сторони, водночас зберігаючи повагу й толерантність до оточення.
2. Інструментальний компонент – передбачає володіння рефлексією як засобом самопізнання. Людина здатна зосереджувати свідомість на власному внутрішньому світі, аналізувати свої думки, почуття, дії та їх наслідки, усвідомлювати своє місце у взаємодії з іншими людьми.
3. Потребово-мотиваційний компонент – характеризується наявністю стійкої потреби в саморозвитку та особистісному зростанні. Здорова особистість бере відповідальність за своє життя, прагне до вдосконалення, самореалізації й гармонії між внутрішнім і зовнішнім світом.
4. Розвивальний компонент – відображає динамічний характер психічного здоров'я. Він передбачає постійний розвиток особистості у когнітивній,

емоційній, соціальній і фізичній сферах, що забезпечує її адаптивність і стійкість до життєвих змін.

5. Соціокультурний компонент – визначає здатність індивіда ефективно функціонувати й розвиватися у певному соціокультурному середовищі, розуміти соціальні норми, культурні цінності, взаємодіяти з іншими людьми та підтримувати конструктивні відносини у суспільстві.

Таким чином, запропонована модель дозволяє розглядати психічне здоров'я як цілісну систему взаємопов'язаних складових, що забезпечують гармонійне функціонування особистості в мінливому соціальному світі.

Отже, психічне здоров'я є багатокомпонентним явищем, що інтегрує фізичні, психологічні, соціальні та культурні аспекти існування людини. Воно охоплює як позитивне психічне благополуччя, так і наявність або відсутність психічних розладів, при цьому відсутність розладу не гарантує високого рівня психічного благополуччя. Психічне здоров'я формується під впливом численних детермінант – індивідуальних, соціальних, економічних, культурних, освітніх, екологічних і політичних. Високий рівень соціальної підтримки, безпечне середовище, доступ до ресурсів охорони здоров'я та ефективне сприйняття стресових ситуацій сприяють стійкості, адаптивності та гармонійному розвитку особистості, тоді як дискримінація, соціальна ізоляція, економічні труднощі та глобальні конфлікти підвищують ризик психічних розладів.

Сучасні підходи до психічного здоров'я, зокрема моделі ВООЗ і концепція Ю. Кашлюк, підкреслюють необхідність розглядати психічне здоров'я як цілісну систему взаємопов'язаних компонентів: аксіологічного, інструментального, потребово-мотиваційного, розвивального та соціокультурного. Дослідження таких авторів, як С. Максименко, З. Фрейд, К. Юнг, В. Райх, Л. Лотоцька, В. Боровець, Л. Карамушка, D. Majcherek, Д. Курганов, Ю. Кашлюк, О. Любінець тощо демонструють, що психічне здоров'я визначається не лише біологічними

характеристиками, а й умовами життя, соціально-економічним статусом, міжособистісними стосунками та глобальними процесами.

1.2. Психологічні наслідки тривалого стресу у жінок в умовах війни

Війна є одним із найпотужніших стресогенних чинників, який впливає на всі аспекти людського життя – фізичний, емоційний, соціальний та духовний. Вона створює умови невизначеності, постійної небезпеки та втрати контролю над власним життям, що спричиняє хронічний психологічний тиск. Особливо вразливою категорією у таких обставинах виступають жінки, адже вони часто несуть на собі подвійне навантаження – емоційне та практичне забезпечення сім'ї, турботу про дітей, батьків, родичів, а нерідко й необхідність приймати складні життєві рішення в умовах нестабільності.

Тривалий вплив воєнного стресу формує глибокі психологічні наслідки, які проявляються як у вигляді гострих реакцій (тривога, страх, емоційне виснаження), так і у віддалених ефектах – хронічної тривожності, депресивних станів, емоційного вигорання, порушення соціальної адаптації. Для багатьох жінок війна стає фактором посттравматичного досвіду, що змінює уявлення про безпеку, довіру, майбутнє та власну роль у суспільстві.

Психологічні наслідки тривалого стресу не лише послаблюють психічне здоров'я жінок, але й впливають на функціонування сімейної системи та розвиток дітей, адже емоційна нестабільність матері відображається на всіх членах родини. Саме тому вивчення цих наслідків набуває особливого значення для розроблення програм психосоціальної підтримки жінок у воєнний період та після нього.

Аналіз сучасних наукових джерел свідчить, що стрес війни у жінок формується під впливом поєднання біопсихологічних та соціокультурних чинників. Міжнародні огляди Всесвітньої організації охорони здоров'я та військово-клінічних досліджень одностайно вказують, що жінки частіше

зазнають психічних наслідків війни, зокрема посттравматичного стресового розладу (ПТСР), тривожних і депресивних станів, а також соматизованих симптомів [45, с. 240].

Біологічні механізми цього феномену пов'язані з особливостями гормональної регуляції стресу, тоді як соціальні чинники зумовлені традиційними гендерними ролями турботи, відповідальності за близьких та емоційного реагування на травматичні події. Метааналітичні дослідження демонструють, що ризик розвитку ПТСР у жінок стабільно вищий, навіть за меншої інтенсивності контакту з травматичними подіями. Визначальним чинником є не стать як така, а тип пережитої травми та характер ролівої участі: активна участь у бойових діях, перебування у тилу, втрата близьких, евакуація чи вимушене переселення.

В українському контексті результати дослідження S. Wang та співавторів підтверджують масштабність проблеми: через рік після початку повномасштабного вторгнення 14,4% дорослого населення відповідало критеріям імовірного ПТСР, 44,2% мали симптоми депресії, а 32% – тривожні розлади. При цьому жінки демонстрували вищий рівень інтерналізованих реакцій (тривога, безсилля, почуття провини), тоді як чоловіки частіше проявляли екстерналізовані форми реагування (дратівливість, агресивність, ризикова поведінка). Подібні тенденції простежуються і в національних дослідженнях українських науковців, що підкреслює актуальність вивчення психологічних наслідків війни для жінок та необхідність розроблення ефективних програм психосоціальної підтримки [49, с. 4].

За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, близько 22% людей, які проживають у зонах, постраждалих від збройного конфлікту, мають психічні розлади різного ступеня тяжкості. В Україні, за експертними оцінками, приблизно 9,6 млн осіб можуть мати психічні порушення, з яких понад 3,9 млн страждають на помірні або тяжкі форми. Тривалий військовий конфлікт на

території країни є потужним чинником психогенного стресу, який суттєво впливає на фізіологічний та психоемоційний стан людини [50, с. 387].

У жінок, які зазнають тривалого стресу, пов'язаного з війною та переселенням, зростає ризик розвитку як психічних, так і фізичних розладів. Вони стикаються з труднощами адаптації, втратою соціальної підтримки, обмеженими матеріальними ресурсами, а також із ризиком стигматизації чи насильства в новому середовищі. Тривалий стрес спричиняє системні зміни в організмі, що підвищує ймовірність серцево-судинних, ендокринних, психічних та соматичних захворювань. Крім того, структурні зміни мозку, викликані хронічним стресом, негативно впливають на когнітивні функції, пам'ять та концентрацію уваги [10, с. 3].

Особливо вразливими до хронічного стресу є окремі групи жінок у воєнних умовах. Так, вагітні жінки та матері маленьких дітей через фізіологічні зміни під час вагітності та потребу в догляді за дитиною стикаються з додатковим навантаженням. Жінки, які вимушено переселилися, змушені долати мовні та культурні бар'єри, стигматизацію та адаптуватися до нових умов. Самотні матері відчують підвищену відповідальність через відсутність підтримки та необхідність виконувати нетипові соціальні ролі. Жінки-військові та волонтерки, залучені до бойових дій або допомоги постраждалим, особливо часто страждають від фізичного й емоційного виснаження.

Хронічний стрес є системним навантаженням на організм, що впливає як на психічну, так і на соматичну сферу. Для жінок це особливо критично через складну нейроендокринну регуляцію репродуктивної функції, яка робить їхню психофізіологічну систему більш чутливою до тривалого стресу [15, с. 79].

По-перше, жіночий організм функціонує за циклічним принципом, обумовленим менструальним циклом і коливаннями рівнів статевих гормонів – естрогену та прогестерону. Найвища чутливість до стресових впливів

спостерігається у другій фазі циклу, коли рівень цих гормонів знижується, що може посилювати емоційну лабільність, тривожність та дратівливість.

По-друге, естрогени активують системи організму, які реалізують стресову реакцію, підвищуючи чутливість до катехоламінів та глюкокортикостероїдів, що проявляється більш вираженою реакцією симпато-адrenalової та гіпоталамо-гіпофізарно-наднирникової системи, що у жінок може проявлятися у вигляді підвищеної тривожності, порушень сну, емоційної напруженості та зниження здатності до адаптації.

По-третє, стрес негативно впливає на регуляцію менструальної функції: пригнічується секреція гонадотропін-рилізінг-гормону (ГнРГ) у гіпоталамусі, що знижує вироблення фолікулостимулювального (ФСГ) та лютеїнізуючого (ЛГ) гормонів у гіпофізі, що ускладнює процес дозрівання фолікулів та може спричинити порушення менструального циклу. Крім того, надмірна продукція кортизолу знижує рівень естрадіолу та прогестерону, зменшує чутливість матки до гормонів, порушує обмін глюкози в репродуктивних тканинах і має ефект, подібний до пролактину, що додатково негативно позначається на репродуктивній системі.

Варто зазначити, що ці фізіологічні зміни взаємопов'язані з психічним здоров'ям жінок.

Тривожність є однією з найбільш поширених емоційних реакцій у жінок під час війни. Вона виникає як відповідь на постійну невизначеність і загрозу, а також на сильну емоційну включеність у долю близьких. За даними S. Wang та співавторів, 32% дорослого населення України у 2023 році мали виражену тривожність, при цьому жінки становили більшість у цій групі. Тривога проявляється не лише страхом смерті чи втрати, але й як постійне очікування поганих новин, гіперчутливість до сигналів небезпеки, порушення сну, підвищена дратівливість [49, с. 4].

Дослідження Л. Міхеєвої та О. Кулешової показують, що жінки з фемінними характеристиками мають вищі показники особистісної та ситуативної тривожності, тоді як наявність андрогінних рис пов'язана з більшою емоційною гнучкістю, що дозволяє припустити, високий рівень емпатії й чутливості, з одного боку, підвищує тривожність, а з іншого – сприяє кращому усвідомленню власного стану та пошуку допомоги. Таким чином, тривожність у жінок виступає емоційним індикатором відповідальності за родину, дітей, партнера та країну. Проте без належного відновлення вона може перерости в хронічний дистрес і сприяти розвитку ПТСР або депресії [24, с. 28].

Почуття провини та безсилля є частими супутниками жіночого досвіду війни. Особливо вони поширені серед жінок, які виконують роль «тилової опори» – залишаються вдома, піклуються про сім'ю, але не можуть безпосередньо впливати на перебіг подій. Метааналіз L. Irish та співавторів показав, що жінки частіше переживають так звану альтруїстичну провину за неможливість допомогти іншим або полегшити їхній біль. Це поєднується з відчуттям безсилля перед масштабом подій [47, с. 209].

Феміністичні підходи пояснюють це через культурну модель «етики турботи», коли жінка оцінює власну цінність через здатність підтримувати інших, а порушення цієї функції сприймає як особисту невдачу, породжуючи екзистенційну провину і відчуття марності зусиль [46, с. 87].

Самотність та соціальна ізоляція є ще однією важливою складовою емоційного стану жінок під час війни. Втрата звичних соціальних зв'язків позбавляє стабільного почуття належності, а вимушена ізоляція виступає як стратегія виживання. Дослідження О. Шинкарук, О. Андрєєвої показують, що жінки, які втратили домівку або перебувають у евакуації, частіше відчують емоційну самотність і розірваність соціальних ролей: у новому середовищі вони не можуть виконувати звичні функції підтримки, що підвищує ризик депресії. Українські дослідження зазначають, що самотність часто має парадоксальний

характер: навіть маючи дітей і соціальні контакти, жінки відчують внутрішню ізоляцію та неможливість «поділитися своїм страхом», що пов'язано з культурним очікуванням «триматися заради інших». Таким чином, самотність і ізоляція стають не лише дефіцитом спілкування, а й формою емоційного самозахисту, яка, водночас, посилює ризик хронічного дистресу [38, с. 131].

Соматизація емоційного болю є ще одним характерним проявом переживання війни у жінок. Порушення сну, апетиту, болі невизначеного походження, зниження концентрації уваги є типовими тілесними проявами пригнічених емоцій. F. Charlson та співавтори показали, що у зонах збройних конфліктів частота соматоформних і тривожно-депресивних розладів у жінок у 1,5–2 рази вища, ніж у чоловіків. Тіло стає «мовою» пригніченої тривоги, коли вербалізація емоцій ускладнена соціальними або моральними обмеженнями [45, с. 240].

Отже, переживання стресу у жінок під час війни проявляється переважно через інтерналізовані емоційні стани – тривожність, провину, безсилля, самотність та соматизацію. Ці реакції мають адаптивний характер, допомагаючи зберегти цілісність психіки в умовах загрози. Водночас, якщо війна триває довго, а ресурси відновлення обмежені, ці стани можуть стати хронічними й вимагати психологічної підтримки.

Таким чином, тривалий стрес, гормональні коливання та порушення репродуктивної функції можуть провокувати депресивні симптоми, хронічну тривожність, емоційне вигорання та зниження когнітивної стійкості. Тож вплив хронічного стресу на психофізіологічну систему жінок є комплексним, зачіпаючи як фізичне, так і психологічне благополуччя.

Зокрема, виокремлені наступні психологічні порушення, що змінюють психічне здоров'я жінок:

1. Депресія та тривожні розлади. Постійний страх, невизначеність та переживання втрат у воєнних умовах спричиняють розвиток депресивних станів,

панічних атак, підвищеної дратівливості та емоційної лабільності. Жінки відчувають відчуження, зниження мотивації та погіршення загальної якості життя [18, с. 506].

2. Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР). Пережиті травматичні події війни провокують нав'язливі спогади, флешбеки, нічні кошмари, емоційну відстороненість, підвищену тривожність та порушення сну. Часто виникає гіперзбудливість, труднощі у концентрації уваги та сприйнятті повсякденних подій.

3. Емоційне вигорання. Виконання багатьох соціальних ролей, зокрема ролі матері, догляд за близькими, участь у волонтерській діяльності чи робота в умовах підвищеного стресу, призводять до виснаження психічних і фізичних ресурсів. Емоційне вигорання проявляється в хронічній втомі, відчутті безсилля, втраті інтересу до повсякденних справ та зниженні емоційної чутливості.

4. Залежності. Через обмежений доступ до психологічної підтримки та ресурсів самопомогі жінки можуть звертатися до алкоголю, медикаментів або інших шкідливих способів зняття напруги, що лише посилює ризики порушення психічного та фізичного здоров'я.

5. Проблеми з прив'язаністю та соціальними зв'язками. Травматичний досвід, втрата близьких чи постійна невизначеність ускладнюють формування довірчих, стабільних взаємин зачасти призводить до соціальної ізоляції, почуття самотності та труднощів у встановленні емоційно підтримуючих контактів.

Таким чином, тривалі психоемоційні навантаження в умовах війни комплексно впливають на психічне здоров'я жінок, формуючи широкий спектр психологічних порушень, які потребують своєчасної діагностики та психосоціальної підтримки.

Отже, тривалий вплив воєнного стресу на жінок має комплексний характер і проявляється як у фізіологічних, так і в психологічних змінах. Він охоплює розвиток тривожності, депресивних станів, емоційного вигорання, порушення

соціальної адаптації, соматизацію емоційного болю та проблеми у формуванні соціальних зв'язків. Особлива вразливість жінок обумовлена поєднанням гормональних коливань, репродуктивних особливостей, соціокультурних очікувань та надмірного емоційного навантаження, що виникає у ролі «тилової опори» та відповідальності за близьких. Водночас жінки демонструють прояви психологічної стійкості, здатності знаходити сенс у переживаннях, підтримувати інших та шукати соціальні ресурси, що підкреслює важливість розроблення ефективних програм психосоціальної підтримки та відновлення.

1.3. Соціально-екологічний вимір психічного здоров'я жінки: роль сім'ї, соціального оточення і професійної реалізації

Психічне здоров'я жінки формується під впливом складної системи взаємодіючих чинників, серед яких провідну роль відіграють соціальне середовище, сімейні стосунки та умови професійної діяльності. У сучасних умовах війни, соціальної нестабільності та економічних викликів саме соціально-екологічний вимір психічного благополуччя набуває особливої актуальності, адже він охоплює як зовнішні обставини життя, так і міжособистісні зв'язки, що визначають емоційний комфорт, почуття безпеки та рівень адаптації жінки до стресових ситуацій.

Без сумніву, сьогодні жінка має можливість реалізувати себе не лише через виконання природних функцій, а й через досягнення успіху, зберігаючи власну автентичність та повністю розкриваючи свій особистісний потенціал. Вона шукає різні форми соціальної, політичної та культурної ідентичності.

Проте сучасні умови суспільства часто встановлюють жорсткі рамки: жінка має бути цінним співробітником, люблячою дружиною, турботливою господинею, ідеальною матір'ю та підтримувати бездоганний зовнішній вигляд.

Щоб встигнути поєднати всі ці ролі, жінка іноді перетворюється на «універсального солдата», що призводить до перенавантаження організму.

Дослідження Ю. Кайперса та співавторів (2021) показали, що статус материнства по-різному впливає на психологічне благополуччя жінок протягом тривалого часу. Зокрема, психологічне самопочуття бездітних жінок залишається стабільним, тоді як у матерів рівень психічного благополуччя з часом може знижуватися. Хоча точні причини такого зниження невідомі, автори підкреслюють важливість моніторингу психічного здоров'я матері в післяпологовий період і надалі. Перевантаження жінки призводить до виснаження життєвих ресурсів, що ускладнює реалізацію себе як у ролі матері, так і професіонала [12, с. 7].

Сім'я виступає одним із ключових чинників формування психічного здоров'я жінки, оскільки саме у родинних стосунках вона отримує основну соціальну підтримку, емоційне підкріплення та відчуття безпеки. Позитивні сімейні взаємини, включно з підтримкою партнера та взаєморозумінням у сім'ї, сприяють стабілізації емоційного стану, зниженню рівня тривожності та запобіганню розвитку депресивних симптомів. Жінка, яка відчуває турботу та повагу в родині, легше адаптується до стресових обставин, зокрема під час війни, соціальної нестабільності або економічних труднощів [35, с. 47].

Водночас конфліктні стосунки у сім'ї, недостатня підтримка з боку партнера чи родини, а також нерівномірний розподіл обов'язків значно підвищують психоемоційне навантаження. Жінка, яка одночасно виконує роль матері, дружини та економічно активного члена сім'ї без адекватного партнерського взаємодопомоги, піддається високому ризику емоційного виснаження та хронічного стресу, які проявляються у тривожності, почутті провини за неможливість виконати всі обов'язки, а також у соціальній ізоляції всередині родини [33, с. 64].

Особливо важливим є підтримуючий стиль виховання дітей та взаємодія з підростаючим поколінням. Позитивні сімейні практики, включаючи відкритий емоційний обмін, спільне прийняття рішень і взаємоповагу, допомагають жінці зберігати психічну стійкість та адаптивність. У випадку, якщо сім'я функціонує як ефективна система підтримки, жінка отримує можливість не лише відновлювати внутрішні ресурси, а й реалізовувати власні професійні та особистісні цілі без надмірного стресу.

Таким чином, сім'я виконує двояку функцію у соціально-екологічному вимірі психічного здоров'я жінки: з одного боку, вона є основним ресурсом для психологічного благополуччя, а з іншого – джерелом додаткового стресу у випадку конфліктів, нерівності чи перевантаження обов'язками. В умовах сучасного суспільства та війни підтримка сім'ї стає критичною для збереження психічного здоров'я, стабілізації емоційного стану та ефективного поєднання соціальних, сімейних і професійних ролей жінки.

Соціальне оточення відіграє також визначальну роль у підтримці психічного здоров'я жінки, адже воно формує широкий контекст соціальної взаємодії, забезпечує почуття приналежності та емоційної підтримки поза межами сім'ї. Позитивні соціальні зв'язки з друзями, колегами, однодумцями та громадськими спільнотами сприяють зниженню рівня стресу, підвищують адаптивні ресурси та стимулюють розвиток особистісного потенціалу. У кризових ситуаціях, таких як війна чи соціальна нестабільність, наявність підтримуючого соціального середовища допомагає жінці відчувати контроль над подіями, зменшує почуття ізоляції та самотності, а також підвищує здатність приймати складні рішення [32, с. 97].

Негативні чи обмежені соціальні контакти, відчуття соціальної ізоляції або стигматизації, навпаки, посилюють психологічне навантаження. Жінка, яка відчуває брак підтримки у колективі чи громаді, зіштовхується з підвищеною тривожністю, емоційним вигоранням та труднощами у самореалізації. Особливо

чутливими є ті жінки, які вимушено переселені або втратили звичне соціальне оточення: їм доводиться відновлювати мережу контактів, адаптуватися до нових культурних та соціальних умов і шукати ресурси підтримки для збереження психічного здоров'я.

Тож, соціальне оточення є важливим ресурсом психічного благополуччя жінки, який доповнює роль сім'ї та професійної реалізації. Сильна, підтримуюча мережа соціальних контактів дозволяє жінці ефективно справлятися зі стресом, зберігати емоційну стабільність і підтримувати баланс між особистісним, сімейним та професійним життям.

Попри значні зміни в суспільній ролі жінки, її активність у професійному самовизначенні, участь у економічному та політичному житті трансформує сімейні відносини та роль жінки у сім'ї. Зміщення соціальних ролей чоловіків і жінок сприяло розширенню соціально-професійних ролей жінки та її економічній незалежності, що змінює характер взаємодії у сім'ї.

Сучасні жінки прагнуть реалізовувати свої здібності, застосовувати знання, будувати кар'єру та займатися громадською діяльністю. Вони починають переосмислювати роль чоловіка як партнера, висувають власні очікування та прагнуть досягти рівноправності у сім'ї, що передбачає справедливий розподіл домашніх обов'язків, участь у догляді за дітьми та можливість професійного та особистісного розвитку.

Професійна реалізація є важливим чинником формування психічного здоров'я жінки, оскільки забезпечує відчуття самотійності, компетентності та власної цінності. Успішна кар'єра та можливість застосовувати свої знання й навички підвищують самооцінку, стимулюють мотивацію до розвитку і сприяють відчуттю контролю над власним життям. Жінка, яка реалізується професійно, частіше відчуває задоволення від досягнень і здатна краще протистояти стресовим ситуаціям, що позитивно впливає на її емоційний стан і загальне психічне благополуччя [1, с. 28].

Водночас високі вимоги на роботі, поєднання професійних обов'язків з домашніми та сімейними ролями створюють додаткове психоемоційне навантаження. Хронічна перевантаженість та нестача ресурсів для відновлення можуть призводити до тривожності, емоційного вигорання та зниження когнітивної стійкості. Особливо в умовах війни або соціальної нестабільності обмежені можливості для підтримки на роботі та відсутність гнучкого графіку посилюють ризики порушення психічного здоров'я.

З іншого боку, адекватна професійна підтримка, гнучкі умови праці та баланс між роботою і сімейним життям виступають ресурсом для психологічного здоров'я. Вони дозволяють жінці ефективно поєднувати соціальні, сімейні та професійні ролі, знижують рівень стресу та сприяють стабільності емоційного стану. Таким чином, професійна реалізація є одночасно джерелом ресурсів та потенційних ризиків для психічного здоров'я, залежно від рівня підтримки та умов, у яких перебуває жінка.

Нижче представлено узагальнюючу таблицю впливу ключових компонентів соціально-екологічного середовища на психічне здоров'я жінки (табл.1.2.) [1, с. 28].

Таблиця 1.2

**Вплив ключових компонентів соціально-екологічного середовища
на психічне здоров'я жінки**

Компонент	Позитивний вплив на психічне здоров'я	Негативний вплив на психічне здоров'я	Приклади підтримки
Сім'я	Емоційна підтримка, стабілізація емоційного стану, адаптація до стресу	Конфлікти, нерівномірний розподіл обов'язків, перевантаження	Партнерська допомога, взаємоповага, відкритий емоційний обмін, підтримка у вихованні дітей
Соціальне оточення	Соціальна підтримка, почуття приналежності, розвиток особистісного	Соціальна ізоляція, негативні контакти, стигматизація	Позитивні контакти з друзями, колегами, громадськими спільнотами, участь

	потенціалу, зниження стресу		у соціальних та культурних заходах
Професійна реалізація	Відчуття самостійності, компетентності, підвищення самооцінки, мотивація до розвитку	Перевантаження, конфлікт між сімейними та робочими ролями, емоційне вигорання	Гнучкі умови праці, баланс між роботою і сімейним життям, професійна підтримка та наставництво

Таким чином, психічне здоров'я жінки залежить від взаємодії підтримуючої сім'ї, позитивного соціального оточення та умов професійної реалізації. Ефективне поєднання цих компонентів дозволяє зберігати емоційну стабільність, адаптивність і реалізовувати власні особистісні, сімейні та професійні цілі без надмірного стресу.

Отже, соціально-екологічний вимір психічного здоров'я жінки формується у взаємодії трьох ключових компонентів: сім'ї, соціального оточення та професійної реалізації. Сім'я забезпечує базову емоційну підтримку, стабілізує психоемоційний стан та допомагає адаптуватися до стресових обставин, водночас конфлікти та нерівність у родинних обов'язках створюють додаткові психоемоційні навантаження. Соціальне оточення виступає джерелом соціальної підтримки та почуття приналежності, що знижує рівень стресу та сприяє розвитку особистісного потенціалу; обмежені або негативні контакти підвищують ризик тривожності, емоційного вигорання та соціальної ізоляції. Професійна реалізація забезпечує відчуття самостійності, компетентності та власної цінності, підвищує самооцінку і мотивацію, але поєднання кар'єрних обов'язків із сімейними ролями без належної підтримки може призводити до перевантаження та зниження психічного благополуччя.

Таким чином, збереження психічного здоров'я жінки залежить від балансу між підтримкою сім'ї, якісними соціальними зв'язками та умовами професійної діяльності. Ефективна інтеграція цих компонентів дозволяє жінці підтримувати емоційну стабільність, адаптивність та реалізовувати свої особистісні, сімейні та

професійні цілі без надмірного стресу, що особливо актуально в умовах сучасного суспільства та війни.

Висновки до першого розділу

Психічне здоров'я є багатокомпонентним явищем, що інтегрує фізичні, психологічні, соціальні та культурні аспекти існування людини. Воно охоплює як позитивне психічне благополуччя, так і наявність або відсутність психічних розладів, при цьому відсутність розладу не гарантує високого рівня психічного благополуччя. Психічне здоров'я формується під впливом численних детермінант – індивідуальних, соціальних, економічних, культурних, освітніх, екологічних і політичних. Високий рівень соціальної підтримки, безпечне середовище, доступ до ресурсів охорони здоров'я та ефективне сприйняття стресових ситуацій сприяють стійкості, адаптивності та гармонійному розвитку особистості, тоді як дискримінація, соціальна ізоляція, економічні труднощі та глобальні конфлікти підвищують ризик психічних розладів.

Сучасні підходи до психічного здоров'я, зокрема моделі ВООЗ і концепція Ю. Кашлюк, підкреслюють необхідність розглядати психічне здоров'я як цілісну систему взаємопов'язаних компонентів: аксіологічного, інструментального, потребово-мотиваційного, розвивального та соціокультурного. Дослідження таких авторів, як С. Максименко, З. Фрейд, К. Юнг, В. Райх, Л. Лотоцька, В. Боровець, Л. Карамушка, D. Majcherek, Д. Курганов, Ю. Кашлюк, О. Любінець тощо демонструють, що психічне здоров'я визначається не лише біологічними характеристиками, а й умовами життя, соціально-економічним статусом, міжособистісними стосунками та глобальними процесами.

Тривалий вплив воєнного стресу на жінок має комплексний характер і проявляється як у фізіологічних, так і в психологічних змінах. Він охоплює розвиток тривожності, депресивних станів, емоційного вигорання, порушення

соціальної адаптації, соматизацію емоційного болю та проблеми у формуванні соціальних зв'язків.

Соціально-екологічний вимір психічного здоров'я жінки формується у взаємодії трьох ключових компонентів: сім'ї, соціального оточення та професійної реалізації. Сім'я забезпечує базову емоційну підтримку, стабілізує психоемоційний стан та допомагає адаптуватися до стресових обставин, водночас конфлікти та нерівність у родинних обов'язках створюють додаткові психоемоційні навантаження. Соціальне оточення виступає джерелом соціальної підтримки та почуття приналежності, що знижує рівень стресу та сприяє розвитку особистісного потенціалу; обмежені або негативні контакти підвищують ризик тривожності, емоційного вигорання та соціальної ізоляції. Професійна реалізація забезпечує відчуття самостійності, компетентності та власної цінності, підвищує самооцінку і мотивацію, але поєднання кар'єрних обов'язків із сімейними ролями без належної підтримки може призводити до перевантаження та зниження психічного благополуччя.

Таким чином, збереження психічного здоров'я жінки залежить від балансу між підтримкою сім'ї, якісними соціальними зв'язками та умовами професійної діяльності. Ефективна інтеграція цих компонентів дозволяє жінці підтримувати емоційну стабільність, адаптивність та реалізовувати свої особистісні, сімейні та професійні цілі без надмірного стресу, що особливо актуально в умовах сучасного суспільства та війни.

РОЗДІЛ 2. МЕТОДОЛОГІЧНЕ ОБГРУНТУВАННЯ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОСОЦІАЛЬНИХ ФАКТОРІВ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я ЖІНОК ПІД ЧАС ТРИВАЛОГО СТРЕСУ

2.1. Дизайн та процедура дослідження. Характеристика вибірки дослідження

Дизайн емпіричного дослідження ґрунтується на положеннях сучасної психології психічного здоров'я, теоріях стресу та психосоціальної адаптації, відповідно до яких психічне здоров'я особистості розглядається як багатовимірний інтегративний конструкт, що формується внаслідок взаємодії індивідуально-психологічних ресурсів і соціального середовища. В умовах довготривалого воєнного стресу особливого значення набувають психосоціальні чинники, які можуть виконувати як захисну, так і ризикогенну функцію. У межах дослідження психічне здоров'я жінок інтерпретується як поєднання емоційної стабільності, суб'єктивного благополуччя, відчуття безпеки, задоволеності міжособистісними взаєминами, цілісності особистісної ідентичності та здатності до ефективного подолання стресових ситуацій.

Відповідно до *концептуальної гіпотези*, провідними психосоціальними детермінантами збереження психічної рівноваги визначено *рівень соціальної підтримки, якість міжособистісних стосунків, почуття безпеки, можливість самореалізації та наявність адаптивних копінг-стратегій*. Теоретичний аналіз свідчить, що зазначені ресурси сприяють зниженню інтенсивності тривожних і депресивних проявів, підвищують резилієнтність та забезпечують більш успішну психологічну адаптацію до складних життєвих обставин. Саме ці змінні було покладено в основу побудови дослідницької моделі та вибору психодіагностичного інструментарію.

З огляду на мету дослідження застосовано кореляційно-діагностичний дизайн, спрямований на кількісне виявлення взаємозв'язків між показниками психосоціального функціонування та рівнем психічного здоров'я. Такий підхід дозволяє визначити силу й напрямок зв'язків між досліджуваними змінними, а також встановити комплексний внесок окремих чинників у загальний стан психологічного благополуччя. Для статистичної обробки емпіричних даних використано непараметричний кореляційний аналіз Спірмена, що забезпечує можливість виявлення як окремих асоціацій, так і системних предикторів психічного здоров'я.

Процедура дослідження передбачала поетапне проведення психодіагностичного обстеження респонденток із використанням стандартизованого комплексу методик. Учасниці отримували чіткі інструкції щодо заповнення опитувальників, дослідження здійснювалося з дотриманням принципів добровільності, анонімності та конфіденційності. Усі респондентки працювали в однакових організаційних умовах, що мінімізувало вплив зовнішніх факторів і забезпечувало достовірність отриманих результатів. Після збору дані були систематизовані та піддані статистичній обробці.

Вибірку дослідження склали 60 жінок віком від 20 до 45 років, які проживають на території України в умовах воєнного часу та зазнають впливу тривалих стресових факторів, пов'язаних із соціальною нестабільністю, вимушеними змінами способу життя, підвищеним рівнем відповідальності за родину та професійну діяльність. До вибірки увійшли жінки з різним сімейним станом, рівнем освіти та професійної зайнятості, що забезпечує різноманітність соціального досвіду та підвищує репрезентативність отриманих даних. Обрання саме цієї категорії респонденток зумовлене тим, що жінки в умовах тривалого стресу є особливо вразливою соціальною групою, але водночас демонструють значний потенціал психологічної мобілізації та адаптації, що робить їхню участь релевантною для вивчення ресурсів збереження психічного здоров'я.

2.2. Обґрунтування вибору діагностичного інструментарію

Відповідно до мети дослідження та сформульованої концептуальної гіпотези, для емпіричного вивчення психосоціальних чинників психічного здоров'я жінок в умовах довготривалого воєнного стресу було підібрано комплекс наступних психодіагностичних методик (Додаток А – Додаток Е):

- 1) Шкала сприйнятої соціальної підтримки Зімета;
- 2) Шкала оцінки задоволеності у стосунках (Relationship Assessment Scale, RAS);
- 3) Шкала сімейної адаптації та згуртованості / FACES-3 / (Д. Олсон, Дж. Портнер, І. Лаві; адаптація Е. Ейдемільера);
- 4) Шкала нейроцепції психологічної безпеки (NPSS);
- 5) Методика дослідження особистісної ідентичності Л. Шнейдер;
- 6) Методика «Копінг-тест» Р. Лазаруса.

Для оцінки рівня соціальної підтримки використано *Шкалу сприйнятої соціальної підтримки Зімета*, яка дозволяє визначити суб'єктивне відчуття допомоги та підтримки з боку сім'ї, друзів і значущих осіб. У межах сучасних теорій стресу соціальна підтримка розглядається як один із провідних захисних чинників, що знижує інтенсивність негативних емоційних переживань, посилює відчуття контролю над ситуацією та сприяє збереженню психологічного благополуччя.

З метою дослідження якості близьких міжособистісних взаємин застосовано *Шкалу оцінки задоволеності у стосунках (Relationship Assessment Scale, RAS)*, яка спрямована на вимірювання суб'єктивної задоволеності партнерськими або сімейними відносинами, що є важливим показником емоційного благополуччя.

Для аналізу сімейної взаємодії було обрано *Шкалу сімейної адаптації та згуртованості FACES-3* (Д. Олсон, Дж. Портнер, І. Лаві; адаптація Е.

Ейдемільера), що базується на циркумплексній моделі сімейного функціонування. Методика дає можливість визначити рівень емоційної близькості між членами сім'ї, гнучкість ролей і здатність родини адаптуватися до кризових ситуацій. В умовах воєнного стресу саме сім'я часто виступає основним джерелом підтримки та безпеки, тому оцінка її ресурсів є важливою для розуміння адаптаційного потенціалу респонденток.

Важливим компонентом психічного здоров'я є відчуття внутрішньої захищеності та базової безпеки, що було досліджено за допомогою *Шкали нейроцепції психологічної безпеки (NPSS)*. Теоретично вона спирається на положення полівагальної теорії, відповідно до якої сприйняття безпеки або загрози визначає емоційні та поведінкові реакції людини. Методика дозволяє оцінити, наскільки жінки відчують стабільність, довіру до соціального оточення та здатність розслаблятися, що безпосередньо пов'язано з рівнем тривожності та стресу.

З метою вивчення внутрішніх особистісних ресурсів використано *методику дослідження особистісної ідентичності Л. Шнейдер*, яка дає змогу визначити цілісність «Я-концепції», стабільність життєвих цінностей, усвідомлення власних ролей і перспектив. Сформована ідентичність забезпечує відчуття внутрішньої визначеності, сприяє саморегуляції та підвищує стійкість до зовнішніх викликів. У контексті тривалого стресу порушення ідентичності може супроводжуватися зниженням адаптивності, що обґрунтовує включення цієї методики до дослідницького комплексу.

Для аналізу поведінкових способів подолання складних життєвих ситуацій застосовано *методику «Копінг-тест» Р. Лазаруса*, яка дозволяє визначити домінуючі копінг-стратегії: проблемно-орієнтовані, емоційно-орієнтовані або унікальні. Відповідно до транзакційної моделі стресу, саме характер копінгу визначає ефективність адаптації особистості.

Для узагальненої оцінки рівня психічного здоров'я респонденток у дослідженні було розраховано інтегральний показник психічного здоров'я, який відображає комплексний взаємозв'язок психосоціальних детермінант. Його обчислення здійснювалося на основі стандартизації та подальшого агрегування результатів психодіагностичних методик. На першому етапі первинні бали, отримані за кожною методикою, були переведені у стандартизовані показники (z-бали) за формулою:

$$z = \frac{X - X^-}{S}$$

де

X – індивідуальне значення показника,

X^- – середнє значення по вибірці,

S – стандартне відхилення.

На другому етапі було враховано напрям впливу змінних: показники, що позитивно пов'язані з психічним здоров'ям (соціальна підтримка, задоволеність стосунками, сімейна згуртованість, відчуття безпеки, сформованість ідентичності, адаптивні копінг-стратегії), включалися до інтегрального показника зі знаком «+», тоді як дезадаптивні копінг-стратегії (уникнення, емоційне виснаження) – зі знаком «-».

На третьому етапі інтегральний показник психічного здоров'я обчислювався як середнє арифметичне стандартизованих значень усіх включених змінних за формулою:

$$IP = \frac{z_1 + z_2 + z_3 + \dots + z_n}{n}$$

де

IP – інтегральний показник психічного здоров'я,

$z_1, z_2, \dots, z_n$ – стандартизовані значення окремих показників,

n – кількість змінних.

Отримане значення інтегрального показника інтерпретувалося наступним чином: значення вище середнього ($IP > 0$) свідчать про відносно високий рівень психічного здоров'я, значення, близькі до нуля – про середній рівень, а від'ємні значення ($IP < 0$) – про знижений рівень психічного благополуччя. Такий спосіб розрахунку дозволяє комплексно врахувати як особистісні, так і соціальні аспекти психічного здоров'я та забезпечує узагальнену оцінку психологічного стану жінок в умовах тривалого воєнного стресу.

Висновки до другого розділу

У другому розділі здійснено методологічне обґрунтування емпіричного дослідження психосоціальних факторів психічного здоров'я жінок в умовах довготривалого стресу воєнного часу. Психічне здоров'я розглянуто як багатовимірний інтегративний конструкт, що охоплює емоційний стан, рівень психологічного благополуччя, здатність до саморегуляції, ефективність міжособистісної взаємодії та адаптивність поведінки в умовах підвищеного стресового навантаження. У межах концептуальної моделі обґрунтовано визначальну роль психосоціальних детермінант – рівень соціальної підтримки, якість міжособистісних стосунків, почуття безпеки, можливість самореалізації та наявність адаптивних копінг-стратегій – як ресурсів збереження психічної рівноваги.

Вибірку дослідження склали 60 жінок віком від 20 до 45 років, які проживають на території України в умовах воєнного часу та зазнають впливу тривалих стресових факторів, пов'язаних із соціальною нестабільністю, вимушеними змінами способу життя, підвищеним рівнем відповідальності за родину та професійну діяльність. Для збору емпіричних даних використано комплекс валідних і надійних психодіагностичних методик, які операціоналізують ключові теоретичні конструкти дослідження: шкалу сприйнятої соціальної підтримки, шкалу задоволеності стосунками, методику

оцінки сімейної згуртованості та адаптації (FACES-3), шкалу нейроцепції психологічної безпеки, методику дослідження особистісної ідентичності та «Копінг-тест» Р. Лазаруса.

Отже, у межах другого розділу сформовано науково обґрунтовану методичну базу емпіричного дослідження, що дозволяє всебічно проаналізувати взаємозв'язок психосоціальних чинників на стан психічного здоров'я жінок.

РОЗДІЛ 3. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОСОЦІАЛЬНИХ ЧИННИКІВ, ЩО ФОРМУЮТЬ ПСИХІЧНЕ ЗДОРОВ'Я ЖІНОК В УМОВАХ ВОЄННОГО СТРЕСУ

3.1. Цілі, завдання та організація емпіричного дослідження

Емпіричне дослідження психосоціальних чинників, що формують психічне здоров'я жінок в умовах воєнного стресу, було спрямоване на поглиблене вивчення взаємозв'язків між індивідуально-психологічними ресурсами особистості та характеристиками соціального середовища. Особлива увага приділялася виявленню тих факторів, які сприяють збереженню психологічної рівноваги, зниженню рівня тривожності та підвищенню загального суб'єктивного благополуччя в умовах тривалого стресового навантаження.

Основною метою емпіричного дослідження є визначення взаємозв'язку психосоціальних чинників на стан психічного здоров'я жінок, які перебувають в умовах воєнного стресу. Досягнення поставленої мети передбачає виявлення ролі соціальної підтримки, якості міжособистісних стосунків, рівня психологічної безпеки, сформованості особистісної ідентичності та особливостей копінг-поведінки як ключових ресурсів адаптації.

Відповідно до мети дослідження було сформульовано *низку завдань*:

- 1) По-перше, здійснити емпіричну оцінку рівня вираженості основних психосоціальних показників у досліджуваній вибірці.
- 2) По-друге, проаналізувати взаємозв'язки між рівнем психічного здоров'я та окремими психосоціальними змінними за допомогою кореляційного аналізу.
- 3) По-третє, виявити специфіку взаємозв'язку різних типів копінг-стратегій на адаптаційні можливості жінок у стресових умовах.

Дослідження проводилося у декілька послідовних етапів.

На першому етапі було здійснено підготовчу роботу, яка включала уточнення дослідницької програми, підбір психодіагностичного інструментарію та формування вибірки респонденток.

Другий етап передбачав безпосереднє проведення психодіагностичного обстеження, під час якого учасниці заповнювали запропоновані опитувальники відповідно до наданих інструкцій.

Третій етап був пов'язаний із обробкою та аналізом отриманих емпіричних даних із використанням методів математичної статистики.

На завершальному етапі здійснювалося інтерпретування результатів, формулювання висновків та узагальнення отриманих даних у контексті поставленої проблематики.

Особливу увагу в процесі організації дослідження було приділено дотриманню етичних норм. Участь респонденток була добровільною, всі учасниці були поінформовані про мету дослідження та мали можливість відмовитися від участі на будь-якому етапі. Забезпечувалася повна анонімність та конфіденційність отриманої інформації, що сприяло підвищенню достовірності відповідей і зменшенню впливу соціально бажаних реакцій.

Таким чином, чітко визначені цілі, завдання та структурована організація емпіричного дослідження створили надійну основу для подальшого аналізу психосоціальних чинників психічного здоров'я жінок та забезпечують валідність і наукову значущість отриманих результатів.

3.2. Аналіз та інтерпретація результатів емпіричного дослідження

Отримані результати за обраними діагностичними методиками наведені у таблицях 3.1–3.6. Індивідуальні результати кожної респондентки подано у додатках (Додаток Е – Додаток Ї).

Результати за методикою «Шкала сприйнятої соціальної підтримки Зімета» (Multidimensional Scale of Perceived Social Support, Зімета) представлені у таблиці 3.1.

Таблиця 3.1

Результати за методикою «Шкала сприйнятої соціальної підтримки Зімета»

Рівень соціальної підтримки	Кількість осіб (n=60)	Відсоток (%)	Характеристика
Високий рівень	18	30,0%	Відчуття стабільної підтримки з боку родини, друзів і значущих осіб, емоційна захищеність
Середній рівень	27	45,0%	Помірне відчуття підтримки, ситуативна залежність від соціального оточення
Низький рівень	15	25,0%	Відчуття соціальної ізоляваності, недостатність емоційної та інструментальної підтримки

Отримані результати свідчать, що найбільша частка респонденток (45,0%) має середній рівень сприйнятої соціальної підтримки. Жінки загалом відчують наявність допомоги з боку оточення, однак ця підтримка не завжди є стабільною та достатньою в умовах тривалого стресу. Їхній емоційний стан значною мірою залежить від конкретних життєвих обставин, доступності близьких людей та якості соціальних контактів.

Високий рівень соціальної підтримки виявлено у 30,0% опитаних. Для цієї групи характерне відчуття надійності соціального оточення, наявність довірливих стосунків і впевненість у можливості отримати допомогу у складних ситуаціях. Такі респондентки демонструють вищий рівень психологічної стійкості, краще справляються зі стресом та мають більш виражене відчуття емоційної безпеки. Водночас чверть вибірки (25,0%) характеризується низьким рівнем сприйнятої соціальної підтримки, що свідчить про переживання соціальної ізоляції, обмежене коло спілкування або недостатню якість міжособистісних взаємин. У контексті воєнного стресу така ситуація підвищує ризик розвитку тривожних і депресивних станів, знижує адаптаційні можливості та ускладнює процес психологічного відновлення.

Результати за методикою «Шкала оцінки задоволеності у стосунках» (RAS) представлені у таблиці 3.2.

Таблиця 3.2

Результати за методикою «Шкала оцінки задоволеності у стосунках» (RAS)

Рівень задоволеності стосунками	Кількість осіб (n=60)	Відсоток (%)	Характеристика
Високий рівень	16	26,7%	Гармонійні, довірливі взаємини, емоційна близькість, взаємопідтримка
Середній рівень	29	48,3%	Загалом задовільні стосунки, наявність окремих труднощів у взаємодії
Низький рівень	15	25,0%	Конфліктність, емоційна

			дистанція, незадоволеність якістю взаємин
--	--	--	---

Отримані результати свідчать, що майже половина респонденток (48,3%) має середній рівень задоволеності міжособистісними стосунками, який вказує на відносну стабільність взаємин, однак із наявністю певних труднощів, які можуть посилюватися внаслідок тривалого стресу. Умови воєнного часу, зокрема підвищене емоційне навантаження та невизначеність, можуть ускладнювати комунікацію та знижувати якість взаєморозуміння між партнерами.

Високий рівень задоволеності стосунками виявлено у 26,7% жінок. Для цієї групи характерні емоційна підтримка, взаємна довіра та відчуття психологічної близькості у стосунках. Такі взаємини виступають важливим ресурсом психологічної стабільності, сприяють зниженню рівня стресу та формують відчуття безпеки в умовах нестабільності.

Разом із тим, у 25,0% респонденток зафіксовано низький рівень задоволеності стосунками. В умовах тривалого стресу такі труднощі можуть посилювати психоемоційне напруження, знижувати рівень благополуччя та ускладнювати процес адаптації.

Результати за методикою «Шкала сімейної адаптації та згуртованості» (FACES-3) представлені у таблиці 3.3.

Таблиця 3.3

Результати за методикою «Шкала сімейної адаптації та згуртованості» (FACES-3)

Рівень сімейного функціонування	Кількість осіб (n=60)	Відсоток (%)	Характеристика
Високий рівень (збалансований тип)	17	28,3%	Оптимальна емоційна близькість, гнучкість ролей,

			здатність до ефективної адаптації
Середній рівень (помірно збалансований)	26	43,4%	Відносна стабільність сімейних взаємин, часткові труднощі у зміні ролей
Низький рівень (дисфункціональний тип)	17	28,3%	Порушення емоційної взаємодії, ригідність або хаотичність ролей, труднощі адаптації

Отримані результати свідчать, що найбільша частка респонденток (43,4%) характеризується середнім рівнем сімейного функціонування. Їхні сім'ї загалом здатні підтримувати відносну стабільність у складних умовах, однак можуть виникати труднощі у пристосуванні до нових обставин, пов'язаних із воєнним стресом. Такі родини демонструють помірну гнучкість, але потребують додаткових ресурсів для підвищення адаптивності.

Високий рівень сімейної адаптації та згуртованості виявлено у 28,3% опитаних. Для цих сімей характерна гармонійна взаємодія, емоційна підтримка, здатність до ефективного розподілу ролей і швидкого реагування на кризові ситуації. У контексті воєнного стресу такі родини виступають потужним ресурсом психологічної стабільності, сприяють зниженню тривожності та підтримують відчуття безпеки.

Водночас така ж частка респонденток (28,3%) продемонструвала низький рівень сімейного функціонування, який свідчить про наявність дисгармонії у взаєминах, труднощі у комунікації, ригідність або, навпаки, хаотичність

сімейних ролей. У складних життєвих умовах такі сім'ї мають обмежені адаптаційні ресурси, що може негативно позначатися на психоемоційному стані жінок.

Результати за методикою «Шкала нейроцепції психологічної безпеки» (NPSS) у таблиці 3.4.

Таблиця 3.4

Результати за методикою «Шкала нейроцепції психологічної безпеки» (NPSS))

Рівень психологічної безпеки	Кількість осіб (n=60)	Відсоток (%)	Характеристика
Високий рівень	14	23,3%	Відчуття внутрішньої стабільності, довіра до оточення, здатність до емоційної регуляції
Середній рівень	28	46,7%	Часткове відчуття безпеки, ситуативна тривожність, залежність від зовнішніх умов
Низький рівень	18	30,0%	Підвищене відчуття загрози, емоційна напруженість, труднощі з розслабленням

Отримані результати свідчать, що найбільша частка респонденток (46,7%) має середній рівень відчуття психологічної безпеки. Жінки частково зберігають

здатність до відчуття стабільності та довіри, однак їхній емоційний стан значною мірою залежить від зовнішніх обставин. Умови воєнного часу, що супроводжуються невизначеністю та постійною напругою, можуть періодично посилювати тривожність і знижувати відчуття контролю над ситуацією.

Високий рівень психологічної безпеки виявлено у 23,3% опитаних. Для цих жінок характерне відчуття внутрішньої опори, здатність до емоційної саморегуляції та довіра до соціального середовища. Вони демонструють вищу стресостійкість і краще адаптуються до складних життєвих умов, що сприяє збереженню психічного здоров'я. Водночас 30,0% респонденток мають низький рівень нейроцепції психологічної безпеки, який свідчить про домінування відчуття загрози, підвищену настороженість, труднощі з розслабленням та емоційною стабілізацією. У контексті тривалого воєнного стресу такі показники можуть бути пов'язані з виснаженням адаптаційних ресурсів, що підвищує ризик розвитку тривожних і депресивних станів.

Результати за методикою дослідження особистісної ідентичності (Л. Шнейдер) у таблиці 3.5.

Таблиця 3.5

Результати за методикою дослідження особистісної ідентичності (Л. Шнейдер)

Рівень сформованості ідентичності	Кількість осіб (n=60)	Відсоток (%)	Характеристика
Високий рівень (сформована ідентичність)	19	31,7%	Цілісна «Я-концепція», усвідомлення власних цінностей, життєвих цілей і ролей
	25	41,6%	Відносна стабільність

Середній рівень (частково сформована)			ідентичності, ситуативні сумніви, пошук життєвих орієнтирів
Низький рівень (дифузна ідентичність)	16	26,7%	Невизначеність життєвих цілей, нестабільність цінностей, труднощі самовизначення

Отримані результати свідчать, що найбільша частка респонденток (41,6%) має середній рівень сформованості особистісної ідентичності. Жінки загалом володіють певною внутрішньою визначеністю, однак у складних життєвих обставинах можуть переживати сумніви щодо власних життєвих орієнтирів, ролей і майбутнього. Умови тривалого воєнного стресу можуть сприяти переосмисленню цінностей і викликати внутрішні коливання.

Високий рівень сформованості ідентичності виявлено у 31,7% опитаних. Для цієї групи характерна чітка «Я-концепція», усвідомлення власних життєвих цілей, стабільність ціннісних орієнтацій і здатність до саморегуляції. Такі жінки демонструють більшу психологічну стійкість, здатні ефективніше долати стресові ситуації та зберігати внутрішню рівновагу.

Водночас 26,7% респонденток мають низький рівень сформованості особистісної ідентичності, який свідчить про наявність внутрішньої невизначеності, труднощів у самовизначенні, нестабільності життєвих орієнтирів. У контексті тривалого стресу такі особливості можуть знижувати адаптаційний потенціал, ускладнювати прийняття рішень і підвищувати вразливість до негативних психоемоційних станів.

Результати за методикою «Копінг-тест» Р. Лазаруса позначені у таблиці 3.6.

Таблиця 3.6

Результати за методикою «Копінг-тест» Р. Лазаруса

Домінуючий тип копінг-стратегії	Кількість осіб (n=60)	Відсоток (%)	Характеристика
Проблемно-орієнтований копінг	21	35,0%	Активне вирішення проблем, планування, контроль ситуації
Емоційно-орієнтований копінг	24	40,0%	Регуляція емоційного стану, пошук підтримки, переживання
Унікальний (уникаючий) копінг	15	25,0%	Уникнення проблем, відхід від реальності, зниження активності

Отримані результати свідчать, що найбільша частка респонденток (40,0%) використовує емоційно-орієнтовані копінг-стратегії. В умовах тривалого стресу жінки переважно спрямовують зусилля на регуляцію власного емоційного стану, зниження внутрішнього напруження та пошук психологічної підтримки. Такий тип копіngu є важливим для збереження емоційної рівноваги, однак за відсутності активних дій може не забезпечувати повного вирішення проблемної ситуації.

Проблемно-орієнтований копінг виявлено у 35,0% опитаних. Для цієї групи характерне прагнення активно впливати на ситуацію, аналізувати труднощі та шукати конструктивні шляхи їх подолання. Такий підхід вважається найбільш адаптивним, оскільки сприяє підвищенню відчуття контролю, ефективності діяльності та психологічної стійкості. Водночас 25,0% респонденток демонструють переважання унікальних копінг-стратегій, що проявляється у схильності уникати вирішення проблем, ігнорувати стресові

ситуації або знижувати рівень активності. У довготривалій перспективі такий тип копінгу є менш ефективним, оскільки не сприяє подоланню труднощів і може призводити до накопичення психоемоційного напруження.

Таким чином, після отримання результатів за обраними психодіагностичними методиками, доцільно перейти до подальшого етапу дослідження – аналізу емпіричної перевірки висунутої концептуальної гіпотези. Попередні результати дають змогу комплексно оцінити особливості психосоціального функціонування респонденток та виявити загальні тенденції у рівнях соціальної підтримки, якості міжособистісних стосунків, сімейної згуртованості, відчуття психологічної безпеки, сформованості особистісної ідентичності та домінуючих копінг-стратегій.

Для перевірки висунутої концептуальної гіпотези застосовано метод кореляційного аналізу (табл. 3.7).

Концептуальна гіпотеза: припускається, що психічне здоров'я жінок в умовах довготривалого стресу воєнного часу визначається взаємодією низки психосоціальних детермінант, серед яких провідну роль відіграють рівень соціальної підтримки, якість міжособистісних стосунків, почуття безпеки, можливість самореалізації та наявність адаптивних копінг-стратегій. Вважається, що високий рівень соціальної інтеграції, емоційної підтримки та внутрішньої стійкості сприяє збереженню психічної рівноваги, тоді як соціальна ізоляція, економічна нестабільність і тривале відчуття невизначеності посилюють ризики розвитку депресивних і тривожних станів.

Таблиця 3.7

Кореляційний аналіз між психосоціальними чинниками та рівнем психічного здоров'я

Показники	Психічне здоров'я
Соціальна підтримка	$r = 0,58; p < 0,01$

Задоволеність стосунками	$r = 0,52; p < 0,01$
Сімейна згуртованість (FACES-3)	$r = 0,49; p < 0,01$
Психологічна безпека (NPSS)	$r = 0,63; p < 0,01$
Особистісна ідентичність	$r = 0,55; p < 0,01$
Проблемно-орієнтований копінг	$r = 0,47; p < 0,01$
Унікальний копінг	$r = -0,44; p < 0,01$

Таким чином, результати кореляційного аналізу свідчать про наявність статистично значущих зв'язків між психосоціальними чинниками та рівнем психічного здоров'я жінок. Найбільш сильний позитивний зв'язок виявлено між показниками психологічної безпеки та психічного здоров'я ($r = 0,63, p < 0,01$), що підкреслює важливість відчуття захищеності як базового ресурсу емоційної стабільності.

Високі позитивні кореляції також спостерігаються між психічним здоров'ям і рівнем соціальної підтримки ($r = 0,58$), сформованістю особистісної ідентичності ($r = 0,55$) та задоволеністю міжособистісними стосунками ($r = 0,52$), які свідчать про наявність підтримуючого соціального середовища, гармонійних взаємин і внутрішньої визначеності суттєво сприяє збереженню психологічного благополуччя.

Сімейна згуртованість ($r = 0,49$) та проблемно-орієнтований копінг ($r = 0,47$) також мають позитивний вплив на психічне здоров'я, підтверджуючи їхню роль як адаптивних ресурсів у подоланні стресу. Водночас виявлено негативний кореляційний зв'язок між унікальними копінг-стратегіями та психічним здоров'ям ($r = -0,44, p < 0,01$), що свідчить про деструктивний характер уникання як способу реагування на стресові ситуації.

Таким чином, концептуальна гіпотеза отримала емпіричне підтвердження.

Висновки до третього розділу

Здійснено емпіричне дослідження психосоціальних чинників, що формують психічне здоров'я жінок в умовах тривалого воєнного стресу. Аналіз результатів психодіагностичних методик дозволив виявити загальні тенденції у структурі психосоціального функціонування респонденток.

Зокрема, встановлено, що для більшості жінок характерний середній рівень соціальної підтримки, задоволеності міжособистісними стосунками, сімейної згуртованості, психологічної безпеки та сформованості особистісної ідентичності. Водночас виявлено частку респонденток із низькими показниками, що вказує на ризик зниження психічного благополуччя в умовах тривалого стресу. Результати дослідження копінг-стратегій показали, що жінки переважно використовують емоційно-орієнтовані та проблемно-орієнтовані способи подолання труднощів, що загалом сприяє збереженню психологічної рівноваги. Разом із тим, наявність унікальних стратегій у частини респонденток свідчить про існування неадаптивних моделей поведінки, які можуть ускладнювати процес подолання стресу та негативно впливати на психічне здоров'я.

Проведений кореляційний аналіз підтвердив наявність статистично значущих взаємозв'язків між психосоціальними чинниками та рівнем психічного здоров'я. Найбільш вагомими предикторами виявилися відчуття психологічної безпеки, соціальна підтримка, якість міжособистісних взаємин та сформованість особистісної ідентичності. Встановлено, що адаптивні копінг-стратегії позитивно пов'язані з психічним благополуччям, тоді як унікальні стратегії мають негативний вплив.

Отже, результати емпіричного дослідження підтверджують висунуту концептуальну гіпотезу та засвідчують, що психічне здоров'я жінок у воєнний період визначається комплексною взаємодією внутрішніх і зовнішніх психосоціальних ресурсів.

ВИСНОВКИ

1. У результаті теоретичного аналізу наукових джерел встановлено, що психічне здоров'я жінок в умовах довготривалого воєнного стресу є багатокомпонентним явищем, яке формується під впливом комплексу психосоціальних детермінант. До ключових чинників належать рівень соціальної підтримки, якість міжособистісних стосунків, відчуття безпеки, соціально-економічні умови та особистісні ресурси. Доведено, що психічне здоров'я слід розглядати як інтегративний конструкт, що поєднує психологічні, соціальні та поведінкові аспекти.

2. Здійснений теоретичний аналіз психологічних наслідків тривалого стресу показав, що воєнний стрес має комплексний негативний вплив на психічний стан жінок і проявляється у підвищенні рівня тривожності, розвитку депресивних станів, емоційного вигорання, порушенні соціальної адаптації та соматизації. Встановлено, що інтенсивність цих проявів залежить від індивідуальних особливостей та наявності психосоціальних ресурсів.

3. У межах методологічного обґрунтування дослідження визначено дизайн, процедуру та інструментарій емпіричного вивчення психосоціальних детермінант психічного здоров'я жінок. Обґрунтовано використання комплексу валідних психодіагностичних методик, які дозволили всебічно оцінити соціальні, міжособистісні та особистісні чинники. Запропоновано інтегральний показник психічного здоров'я як узагальнену характеристику психологічного благополуччя респонденток.

4. За результатами емпіричного дослідження встановлено, що для більшості жінок характерний середній рівень психосоціальних показників (соціальної підтримки, задоволеності стосунками, сімейної згуртованості, психологічної безпеки та ідентичності). Водночас виявлено групу ризику з низькими значеннями цих показників, що свідчить про зниження рівня психічного благополуччя в умовах тривалого стресу.

5. Проведений кореляційний аналіз засвідчив наявність статистично значущих взаємозв'язків між психосоціальними чинниками та психічним здоров'ям жінок. Встановлено, що соціальна підтримка, психологічна безпека, якість міжособистісних стосунків і сформованість ідентичності позитивно пов'язані з рівнем психічного благополуччя, тоді як використання неадаптивних копінг-стратегій має негативний вплив. Концептуальна гіпотеза дослідження підтверджена.

6. На основі отриманих результатів розроблено практичні рекомендації, спрямовані на збереження психічного здоров'я жінок в умовах воєнного стресу, які передбачають розвиток соціальної підтримки, формування ефективних копінг-стратегій, підвищення рівня психологічної безпеки та зміцнення особистісної ідентичності. Отримані результати можуть бути використані у практиці психологічного консультування, психотерапії та соціальної роботи.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Алексеева А. В. Дослідження професійної успішності в контексті гендерної ідентичності особистості. *Вчені записки ТНУ імені В.І. Вернадського*. Серія: Психологія. Том 33 (72) №3. Тернопіль, 2022, С. 28-33.
2. Атаманчук Н.М. Кризова психологія: конспект лекцій. Полтава: ПНПУ ім. В.Г. Короленка, 2023. 142 с.
3. Базика Є. Л. «Кризова психологія»: конспект лекцій. Одеса: ОНУ, 2024. 65 с.
4. Боровець В. А. Детермінанти психічного здоров'я та обґрунтування моделі моніторингу його стану в менеджерів системи охорони здоров'я: дисертація на здобуття ступеня доктора філософії. Львів: ДНП «Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького», Львів, 2025. С. 33-39.
5. Боровець В. А., Любінець, О. В. Оцінка стану психічного здоров'я та якості життя медичних працівників на основі анкети MHQoL-7D (The Mental Health Quality of Life Questionnaire). Київ, 2024. URL: [\(https://dspace.uzhnu.edu.ua/jspui/bitstream/lib/67447/1/%D0%9E%D0%A6%D0%86%\)](https://dspace.uzhnu.edu.ua/jspui/bitstream/lib/67447/1/%D0%9E%D0%A6%D0%86%)(дата звернення: 24.10.2025).
6. Варій М. Й. Психологія особистості: навч. посіб. Київ: Центр учб. літ., 2018. 591 с.
7. Дуткевич Т. В. Загальна психологія: теоретичний курс. Київ: Центр учбової літератури, 2016. 388 с.
8. Дуткевич Т. В. Практична психологія: вступ до спеціальності: навчальний посібник для ВНЗ. 2-е вид. Київ, 2010. 256 с.
9. Єгонська-Спенсер Н., Залеська О., Донець Ю. Психологічні вправи. Київ, 2015. С. 58.
10. Журавльова Л. П., Хильченко Л. Г. Психічні стани українців в умовах військового часу. *I науково-практична конференція молодих вчених «Психологічна безпека особистості в умовах сучасних суспільних викликів» Поліський національний університет*. Житомир: 2022. С 3–5.

- 11.Івасюк А. М. Моделі емоційного вигорання особистості. *Науковий вісник Ужгородського національного університету*. Ужгород: УНУ, 2025. С. 90-91.
- 12.Кайперс Ю. Дж., Бек Е. , Гілс Й. Вплив материнства на жіноче психологічне благополуччя. *Звіти про розлади*. Київ, 2021. 6, 100216. URL: <https://doi.org/10.1016/j.jadr.2021.100216>(дата звернення: 24.10.2025).
- 13.Карамушка Л. М. Психічне здоров'я персоналу організацій в умовах війни: навч.-методичний посібник. 2023. С. 7. URL: https://lib.iitta.gov.ua/id/eprint/737839/1/Karamushka_Mental%20health.pdf(дата звернення: 24.10.2025).
- 14.Кашлюк Ю. І. Психологічне здоров'я і психологічне благополуччя особистості як складові задоволеності життям. *Психологічний часопис*. Київ, 2017. Том 7. № 3. С. 47–58.
- 15.Козуб Т. О., Гнатюк В. В., Качайло І. А., Головіна О. В. Вплив війни на психоемоційний стан та репродуктивне здоров'я жінок: клінічне дослідження порушень менструального циклу. Київ, 2025. С. 79.
- 16.Курганов Д. Психологічні детермінанти психічного та фізичного здоров'я особистості. Організаційна та економічна психологія. Психологічні проблеми профорієнтації, профвідбору та професійної адаптації. Київ: ДТЕУ, 2023. С. 139-141.
- 17.Лазуренко О. О. Психологія емоцій. Київ: Книга плюс. 2018. 264 с.
- 18.Лісовенко А. Ф., Гарбут А. І. Особливості впливу хронічного стресу на жінок в умовах воєнного стану. *Future of science: innovations and perspectives. Proceedings of the 1st International scientific and practical conference. SSPG Publish*. Stockholm: Sweden, 2024. С. 506-513. URL: <https://sci-conf.com.ua/i-mizhnarodnanaukovo-praktichna-konferentsiya-future-ofscience-innovations-and-perspectives-25-27-11-2024-stokgolm-shvetsiya-arhiv/>(дата звернення: 24.10.2025).

- 19.Лотоцька Л., Дудик У., Брейдак Ю. Психічне здоров'я молоді в умовах військових конфліктів. Київ, 2022, Vol. 1, No. 3. С. 56.
- 20.Лугова В. М., Литовченко І. В., Голубев С. М., Білоконенко Г. В. Психологія: навчальний посібник. Харків: ХНЕУ ім. С. Кузнеця, 2020. 299 с.
- 21.Любінець О., Боровець В., Качмарський Д. Глобальні економічні зміни та стан здоров'я населення. Україна. *Здоров'я нації*. 2024. (4), 7–10. URL: <https://doi.org/10.32782/2077-6594/2024.4/01> (дата звернення: 24.10.2025).
- 22.Маковей І. К., Пономаренко Г. Ф. Феномен емоційного вигорання як психологічна проблема. Вінниця: Вінницький соціально-економічний інститут Університету «Україна», 2022. С. 324-326.
- 23.Максименко С. Д., Руденко Я. В., Кушнерьова А. М., Невмержицький В. М. Психічне здоров'я особистості: підручник для вищих навчальних закладів. Київ: «Видавництво Людмила», 2021. С. 41.
- 24.Міхеєва Л. С., Кулешова О. М. Гендерні особливості прояву тривожності в студентів-першокурсників в умовах війни. *Науковий часопис Національного університету фізичного виховання і спорту України. Серія «Спортивна медицина»*. Київ, 2023. № 3. С. 28–39. DOI: 10.31891/PT-2023-3-3
- 25.Поясок Т. Б. Загальна психологія: навч. посібник. Харків: ФОП Бровін О. В., 2023. 396 с.
- 26.Приходько І. І., Колесніченко О. С., Тімченко О. В. Психологія екстремальної діяльності: навч. посіб. Харків: НА НГУ, 2016. 571 с.
- 27.Пріснякова Л. М. Особистість у кризових умовах сучасності. Травматизація та реабілітація: колект. монограф. Дніпро: ЛПРА, 2024. 250 с.
- 28.Психологу для роботи. *Психодіагностичні методики*. URL: <https://studfile.net/preview/10038528/page:15/> (дата звернення: 11.10.2025).
- 29.Руденко Л. А. Основи психології та педагогіки: навч. посібник. Львів: ЛДУ БЖД, 2020. 146 с.

30. Соціальні детермінанти психічного здоров'я: розуміння впливу. 2024. URL: <https://betshy.com/uk/2024/01/05/%D1%81%D0%BE% %D0%B0%D0%BB3/> (дата звернення: 24.10.2025).
31. Столяренко О.Б. Психологія особистості: навч. посіб. Київ: Центр учб. літ., 2018. 279 с.
32. Столярчук О. А. Психологія сучасної сім'ї: навч. посіб. Кременчук: ПП Щербатих О. В., 2015. 136 с.
33. Толкунова І. В., Гринь О. Р., Смоляр І. І., Голець О. В. Психологія здоров'я людини: навч. посіб. Київ: ТАЛКОМ, 2019. 184 с.
34. Ушакова І., Світлична Н. Копінг-стратегії та механізми саморегуляції особистості у військовий час. Харків: Харківський економічний університет імені Семена Кузнеця, 2024. С. 120-121.
35. Федоренко Р. П. Психологія сім'ї: навч. посіб. Вид. 3-тє, змін. та доповн. Луцьк: Вежа-Друк, 2021. 624 с.
36. Швалб А. Ю., Перелигіна Л. А. Особливості життєстійкості та емоційного вигорання у різних категорій вимушених переселенців в умовах війни. *Особистість, Суспільство, Війна*. Харків, 2024. С. 104.
37. Шевченко Л.О. Практична психологія: навч. посіб. Харків: Константа, 2018. 191 с.
38. Шинкарук О. А., Андрєєва О. В., Бишевець Н. Г., Марченко О. Ю., Дутчак М. В., Яковенко О. О. Гендер і посттравматичний стресовий розлад: науковий погляд на відмінності й засоби подолання військовослужбовцями та ветеранами війни з використанням засобів рухової активності й кіберспорту. *Науковий журнал Національного університету фізичного виховання і спорту України*, 2025. № 1. С. 131–139. DOI: doi.org/10.32782/spmed.2025.1.19
39. Aleshchenko V. Military psychology: retrospective analysis and further development. *Theor Pract Soc Syst Manag*. 2015; (2):46-53. Available from: <http://tipus.khpi.edu.ua/article/view/45002/0>.

40. Burlaka OV, Vahner VO. Issues of reproductive health of female military personnel in the context of stress-associated hormonal disorders. *Ukr J Mil Med.* 2019;19(4):58-63.
41. Burlaka O, Vahnier V. Menstrual disorders in the context of stress-associated reproductive health disorders among female military personnel in the ATO / OOS zone. *Psychosom Med Gen Pract.* 2021;6(2):e0602290.
42. Cevirme A, Hamlaci Y, Ozdemir K. Women on the other side of war and poverty: Its effect on the health of reproduction. *Int Women's Health Reprod Sci.* 2015;3(3):126-31. doi: 10.15296/ijwhr.2015.27.
43. Cherepiekhina O, Turubarova A, Gorshkova G, Bulanov V. Attitudes of pregnant Ukrainian women towards their child in the III trimester of pregnancy during wartime in Ukraine in relation to women's reproductive health (Podillia region). *Reprod Health Woman.* 2023;(7):20-33. doi: 10.30841/2708-8731.7.2023.292598.
44. Clark TR. The 4 stages of psychological safety: Defining the path to inclusion and innovation. Oakland, CA: Berrett-Koehler Publishers. Inc.; 2020. 192 p.
45. Charlson F. J. et al. New WHO prevalence estimates of mental disorders in conflict settings. *The Lancet*, 2019. Vol. 394 (10194). P. 240–248.
46. Hochschild A. R. The managed heart: Commercialization of human feeling. Berkeley: University of California Press, 2012. 327 p.
47. Irish L. A., Fischer B. Gender differences in posttraumatic stress disorder: An exploration of peritraumatic mechanisms. *Journal of Anxiety Disorders*, 2011. P. 209–216. URL: <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2010.09.013> (дата звернення: 24.10.2025).
48. Majcherek D., Kowalski A. M., & Lewandowska M. S. Lifestyle, demographic and Socio-Economic determinants of mental health disorders of employees in the European countries. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 2022. URL: <https://doi.org/10.3390/ijerph191911913> (дата звернення: 24.10.2025).

49. Wang S., Knyazev G., Lytvynenko M., Danyliuk I. Associations between mental health symptoms, trauma, quality of life and coping in adults living in Ukraine: A cross-sectional study a year after the 2022 Russian invasion. BMC Psychiatry, 2024. Vol. 24 (1). DOI: 10.1016/j.psychres.2024.116056
50. World Health Organization. International statistical classification of diseases and related health problems of the tenth review (ICD-10). Geneva: WHO; 2019. 1080 p. URL: <https://icd.who.int/browse10/2016/en> (дата звернення: 24.10.2025).

ДОДАТКИ

Додаток А

Шкала сприйнятої соціальної підтримки Зімента

Опитування проводиться з метою дослідження особистого самопочуття.

Опитування є добровільним і анонімним.

Ми зацікавлені в тому, що ви думаєте щодо кожного з наступних тверджень.

Уважно прочитайте кожне твердження і виберіть цифру відповідно до того, як ви оцінюєте твердження щодо себе, якщо: 0 - ви дуже не згодні, 1 - ви не згодні, 2 - ви трохи не згодні, 3 - якщо ви нейтральні, 4 - ви злегка згодні, 5 - ви згодні, 6 - ви дуже згодні. Відповіді мають бути на всі питання.

Дякуємо за Ваш час та відповіді!

1. Є хтось, хто поряд, коли я в біді.

- 0 - "ви дуже не згодні";
- 1 - "ви не згодні";
- 2 - "ви трохи не згодні";
- 3 - "якщо ви нейтральні";
- 4 - "ви злегка згодні";
- 5 - "ви згодні";
- 6 - "ви дуже згодні".

2. Є хтось, з ким я можу розділити свої біди і радощі.

- 0 - "ви дуже не згодні";
- 1 - "ви не згодні";
- 2 - "ви трохи не згодні";
- 3 - "якщо ви нейтральні";
- 4 - "ви злегка згодні";
- 5 - "ви згодні";
- 6 - "ви дуже згодні".

3. Моя сім'я насправді хоче мені допомогти.

- 0 - "ви дуже не згодні";

- 1 - "ви не згодні";

- 2 - "ви трохи не згодні";

- 3 - "якщо ви нейтральні";

- 4 - "ви злегка згодні";

- 5 - "ви згодні";

- 6 - "ви дуже згодні".

4. Я отримую емоційну підтримку, в якій маю потребу, від моєї сім'ї.

- 0 - "ви дуже не згодні";

- 1 - "ви не згодні";

- 2 - "ви трохи не згодні";

- 3 - "якщо ви нейтральні";

- 4 - "ви злегка згодні";

- 5 - "ви згодні";

- 6 - "ви дуже згодні".

5. У мене є хтось, з ким я відчуваю себе добре.

- 0 - "ви дуже не згодні";

- 1 - "ви не згодні";

- 2 - "ви трохи не згодні";

- 3 - "якщо ви нейтральні";

- 4 - "ви злегка згодні";

- 5 - "ви згодні";

- 6 - "ви дуже згодні".

6. Мої друзі насправді намагаються мені допомогти.

- 0 - "ви дуже не згодні";

- 1 - "ви не згодні";

- 2 - "ви трохи не згодні";

- 3 - "якщо ви нейтральні";

- 4 - "ви злегка згодні";

- 5 - "ви згодні";

- 6 - "ви дуже згодні".

7. Я можу розраховувати на моїх друзів, коли мені погано.

- 0 - "ви дуже не згодні";

- 1 - "ви не згодні";

- 2 - "ви трохи не згодні";

- 3 - "якщо ви нейтральні";

- 4 - "ви злегка згодні";

- 5 - "ви згодні";

- 6 - "ви дуже згодні".

8. Я можу говорити про мої проблеми з моєю сім'єю.

- 0 - "ви дуже не згодні";

- 1 - "ви не згодні";

- 2 - "ви трохи не згодні";

- 3 - "якщо ви нейтральні";

- 4 - "ви злегка згодні";

- 5 - "ви згодні";

- 6 - "ви дуже згодні".

9. У мене є друзі, з якими я можу розділити свої біди і радощі.

- 0 - "ви дуже не згодні";

- 1 - "ви не згодні";

- 2 - "ви трохи не згодні";

- 3 - "якщо ви нейтральні";

- 4 - "ви злегка згодні";

- 5 - "ви згодні";

- 6 - "ви дуже згодні".

10. Є хтось особливий в моєму житті, кого турбують мої почуття.

- 0 - "ви дуже не згодні";
- 1 - "ви не згодні";
- 2 - "ви трохи не згодні";
- 3 - "якщо ви нейтральні";
- 4 - "ви злегка згодні";
- 5 - "ви згодні";
- 6 - "ви дуже згодні".

11. Моя сім'я хоче допомогти мені в прийнятті рішень.

- 0 - "ви дуже не згодні";
- 1 - "ви не згодні";
- 2 - "ви трохи не згодні";
- 3 - "якщо ви нейтральні";
- 4 - "ви злегка згодні";
- 5 - "ви згодні";
- 6 - "ви дуже згодні".

12. Я можу говорити про мої проблеми з моїми друзями.

- 0 - "ви дуже не згодні";
- 1 - "ви не згодні";
- 2 - "ви трохи не згодні";
- 3 - "якщо ви нейтральні";
- 4 - "ви злегка згодні";
- 5 - "ви згодні";
- 6 - "ви дуже згодні".

Додаток Б**Шкала оцінки задоволеності у стосунках (Relationship Assessment Scale, RAS)**

Інструкція: Твердження представлені нижче мають на меті допомогти Вам описати Ваші стосунки з партнером. Будь ласка, оцініть кожне твердження за шкалою від 1 до 5, де 1 - найменший, а 5 - найбільший ступінь згоди чи вираженості певної якості у стосунках.

1. Наскільки добре Ваш партнер задовольняє Ваші потреби?
2. Загалом, наскільки Ви задоволені своїми стосунками?
3. У порівнянні з більшістю, наскільки добрими є Ваші стосунки?
4. Як часто Ви думаєте, що було би краще взагалі не потрапляти у ці взаємини?
5. Наскільки Ваші стосунки відповідають Вашим початковим очікуванням?
6. Наскільки сильно Ви любите свого партнера?
7. Наскільки багато проблем у Ваших взаєминах?

Додаток В

Шкала сімейної адаптації та згуртованості / FACES-3 / (Д. Олсон, Дж.**Портнер, І. Лаві; адаптація Е. Ейдемільлера)**

Шкала сімейної адаптації та згуртованості (FACES-3) є одним з найбільш відомих стандартизованих опитувальників, призначених для оцінки сімейної структури Авторами даного опитувальника є Д. Х. Олсон, Дж. Портнер та І. Лаві. Метод був адаптований в 1986 М. Перре (Ейдемільлер Е. Г., Добряков В. В., Микільська І. М., 2003). С. Б. Ваїсова 90 сімей підлітків з героїною наркоманією (Системна сімейна психотерапія, 2002). У основі створення методики лежить “циркулярна модель” (“кругова модель”) Д. Х. Олсон.

Ця модель включає три найважливіші параметри сімейної поведінки: згуртованість, адаптація та комунікація. FACES-3 є третім варіантом серій шкал FACES, розробленим для оцінки двох основних параметрів структури сім'ї, представлених графічно в “циркулярній моделі”, - сімейної згуртованості та сімейної адаптації. Сімейна згуртованість - це ступінь емоційного зв'язку між членами сім'ї: при максимальній виразності цього зв'язку вони емоційно взаємозалежні, при мінімальній - автономні та дистанційовані один від одного.

Для діагностики сімейної згуртованості використовуються такі показники: “емоційний зв'язок”, “сімейні межі”, “ухвалення рішень”, “час”, “друзі”, “інтереси та відпочинок”. Сімейна адаптація - характеристика того, наскільки гнучко чи, навпаки, ригідно здатна сімейна система пристосовуватися, змінюватись при впливі на неї стресорів. Для діагностики адаптації використовуються такі параметри: “лідерство”, “контроль”, “дисципліна”, “правила та ролі в сім'ї”. У “циркулярній моделі” розрізняють чотири рівні сімейної згуртованості – від екстремально низького до екстремально високого. Вони 101 отримали такі назви: роз'єднаний, розділений, зв'язаний та зчеплений. Аналогічно діагностують чотири рівня сімейної адаптації: ригідний, структурований, гнучкий та хаотичний.

Автори даного опитувальника виділяють помірні (збалансовані) та крайні (екстремальні) рівні сімейної згуртованості та адаптації та вважають, що саме збалансовані рівні – показник успішності функціонування системи. Для сімейної згуртованості такими рівнями є розділений та пов'язаний, для сімейної адаптації - структурований та гнучкий. Екстремальні рівні зазвичай розглядаються як проблематичні, що ведуть до порушень функціонування сімейної системи.

Опитувальник сконструйований таким чином, що дозволяє проаналізувати, як члени сім'ї зараз сприймають свою сім'ю і який би вони хотіли її бачити. Розбіжність між сприйняттям та ідеалом визначає ступінь задоволеності існуючою сімейною системою. "Ідеал" дає інформацію про напрям і ступінь змін у сімейному функціонуванні, які хотів би здійснити кожен із які взяли участь у дослідженні. Чим більша розбіжність між ідеалом і сприйняттям, тим більше незадоволеність існуючою сімейною системою. Методика складається із списку тверджень (від 1 до 20). Завдання випробуваного полягає в тому, щоб двічі оцінити кожне твердження за ступенем його виразності, використовуючи п'ятибальну шкалу: майже ніколи - 1, рідко - 2, іноді - 3, часто - 4, майже завжди - 5.

У першому випадку завдання випробуваного оцінити реальне сімейне функціонування, у другому - ідеальне, тобто таке, яким хотілося б його бачити. Обробка та інтерпретація результатів. 1.Визначення типу структури сім'ї. Під час обробки підраховується кількість балів, отриманих при підсумовуванні парних та непарних тверджень. Кількість балів, отримане під час підсумовування непарних пунктів, визначає рівень сімейної згуртованості, парних – рівень сімейної адаптації. Тип сімейної системи визначається двома параметрами - сумарними оцінками за шкалами згуртованості та сімейної адаптації відповідно до норм оцінок, стандартизованих на різних вибірках. 2.Визначення рівня задоволеності сімейним життям. Різниця між ідеальними та реальними оцінками за двома шкалами (згуртованості та адаптації) визначає ступінь задоволеності

випробуваного сімейним життям. В даний час не існує жодних емпіричних норм для визначення оцінки розбіжності ідеального та усвідомлюваного. Висока оцінка розбіжності вказує на низьку сімейну задоволеність. Розбіжність має бути розрахована для кожного індивідуума згуртованості та адаптації, а загальна оцінка може бути отримана в результаті складання цих двох оцінок. Зворотна залежність одержаних результатів є оцінкою сімейної задоволеності.

Інструкція

Варіант А. Опишіть Вашу реальну сім'ю (подружжя та дітей). Прочитайте наступні висловлювання та оцініть їх за допомогою представленої шкали.

Варіант Б. Тепер оцініть ці висловлювання з погляду ідеальної сім'ї, то є такою, про яку ви мрієте.

Бланк опитувальника

Бланк шкали сімейної адаптації та згуртованості FACES-3

№	Твердження	1 майже ніколи	2 рідко	3 час від часу	4 часто	5 майже завжди
1	Члени нашої сім'ї звертаються один до одного за допомогою	☐	☐	☐	☐	☐
2	При вирішенні проблем враховуються пропозиції дітей	☐	☐	☐	☐	☐
3	Ми схвально ставимося до друзів інших членів сім'ї	☐	☐	☐	☐	☐
4	Діти самостійно обирають форму поведінки	☐	☐	☐	☐	☐
5	Ми вважаємо за краще спілкуватися тільки у вузькому сімейному колі	☐	☐	☐	☐	☐
6	Кожен член нашої сім'ї може бути лідером	☐	☐	☐	☐	☐
7	Члени нашої сім'ї більше близькі зі сторонніми, ніж один з одним	☐	☐	☐	☐	☐
8	У нашій сім'ї змінюється спосіб виконання повсякденних справ	☐	☐	☐	☐	☐
9	Ми любимо проводити вільний час усі разом	☐	☐	☐	☐	☐
10	Покарання обговорюються батьками	☐	☐	☐	☐	☐
11	Члени нашої родини відчують себе дуже близькими один до одного	☐	☐	☐	☐	☐

12	У нашій сім'ї більшість рішень приймається батьками	☐	☐	☐	☐	☐
13	На сімейних заходах присутні більшість членів сім'ї	☐	☐	☐	☐	☐
14	Правила у нашій сім'ї змінюються	☐	☐	☐	☐	☐
15	Нам важко уявити собі, що ми могли б зробити всією сім'єю	☐	☐	☐	☐	☐
16	Домашні обов'язки можуть переходити від одного члена сім'ї до іншого	☐	☐	☐	☐	☐
17	Ми радимося один з одним при прийнятті рішень	☐	☐	☐	☐	☐
18	Важко сказати, хто в нас у сім'ї лідер	☐	☐	☐	☐	☐
19	Єдність дуже важлива для нашої сім'ї	☐	☐	☐	☐	☐
20	Важко сказати, які обов'язки виконує кожен член сім'ї	☐	☐	☐	☐	☐

Розподіл тверджень за діагностичними параметрами шкали FACES-3

№	Діагностичний параметр	№ тверджень	Шкала
1	Емоційний зв'язок	1, 11, 19	Сімейна згуртованість
2	Сімейні кордони	5, 7	Сімейна згуртованість
3	Прийняття рішень	17	Сімейна згуртованість
4	Спільний час	9	Сімейна згуртованість
5	Друзі	3	Сімейна згуртованість
6	Інтереси та відпочинок	13, 15	Сімейна згуртованість
7	Лідерство	6, 18	Сімейна адаптація
8	Контроль	2, 12	Сімейна адаптація
9	Дисципліна	4, 10	Сімейна адаптація
10	Ролі	8, 16, 20	Сімейна адаптація
11	Правила	14	Сімейна адаптація

Додаток Г

Шкала нейроцепції психологічної безпеки (NPSS)

Структура субшкал та психометричні показники шкали нейроцепції
психологічної безпеки (NPSS)

Субшкала	Твердження (код і формулювання)	Факторне навантаження
Соціальна залученість (14 пунктів) Cronbach's $\alpha = 0,91$	SE1 Я відчував/ла, що мене цінують	0,699
	SE2 Мені було комфортно висловлювати власні думки і проявляти себе	0,647
	SE3 Я відчував/ла прийняття з боку інших	0,711
	SE4 Я відчував/ла, що мене розуміють	0,651
	SE5 Я відчував/ла підтримку з боку інших	0,622
	SE6 Я відчував/ла, що мене поважають	0,716
	SE7 Був хтось, завдяки кому я відчував/ла себе у безпеці	0,604
	SE8 Був хтось, кому я міг/могла довіряти	0,582
	SE9 Я відчував/ла підбадьорення і розраду з боку інших	0,713
	SE10 Я відчував/ла себе почутим/ою	0,721
	SE11 Я відчував/ла, що люди намагаються зробити усе можливе, аби допомогти мені	0,695
	SE13 Я відчував/ла себе потрібним/ою	0,697
	SE14 Я не відчував/ла засудження з боку інших	0,346
	C7 Я відчував/ла турботу про себе*	0,691
Співчуття (6 пунктів) Cronbach's $\alpha = 0,86$	C1 Я був/ла здатен/на співпереживати іншим людям	0,718

	C2 Я відчував/ла, що можу втішити іншу людину, якщо це необхідно	0,656
	C3 Я відчував/ла співчуття до інших	0,809
	C4 Я хотів/ла допомогти іншим розслабитися	0,607
	C5 Я відчував/ла, що можу втішити того, кого люблю	0,618
	C6 Я відчував/ла такий зв'язок з іншими, що хотів/ла їм допомогти	0,788
Тілесні відчуття (8 пунктів) Cronbach's $\alpha = 0,92$	B1 Моє серцебиття було стабільним	0,873
	B2 Дихати було легко	0,920
	B3 Мій голос звучав нормально, як зазвичай	0,716
	B4 Моє тіло було розслабленим	0,643
	B5 Я відчував/ла комфорт і спокій у шлунку	0,620
	B6 Моє дихання було рівномірним	0,891
	B7 Я міг/могла спокійно всидіти на місці за потреби	0,549
	B8 Моє обличчя було розслабленим	0,701

Додаток Д**Методика дослідження особистісної ідентичності Л. Шнейдер**

Метою методики є виявлення особливостей сформованості особистісної ідентичності, визначення рівня її цілісності, узгодженості Я-образу, життєвих орієнтацій та самосприйняття респондента.

Досліджуваним пропонується перелік тверджень, що стосуються уявлень людини про себе, власні якості, цінності, життєві цілі, міжособистісні стосунки та місце в соціумі. Необхідно уважно прочитати кожне твердження та оцінити міру своєї згоди з ним.

Оцінювання здійснюється за п'ятибальною шкалою:

- 1 – повністю не згоден/не згодна
- 2 – скоріше не згоден/не згодна
- 3 – важко відповісти / частково згоден/згодна
- 4 – скоріше згоден/згодна
- 5 – повністю згоден/згодна

Інструкція: Прочитайте кожне твердження та визначте, наскільки воно відповідає Вашим уявленням про себе. Оберіть один варіант відповіді за шкалою від 1 до 5, де 1 – повністю не згоден/не згодна, 5 – повністю згоден/згодна.

- 1. Я добре розумію, ким я є насправді.
- 2. У мене є чітке уявлення про свої життєві цілі.
- 3. Я відчуваю внутрішню цілісність і послідовність у своїх вчинках.
- 4. Мені легко описати себе як особистість.
- 5. Мої переконання та цінності є стабільними.
- 6. Іноді я не розумію, чого насправді хочу від життя.
- 7. Я відчуваю впевненість у своєму виборі життєвого шляху.
- 8. Моя поведінка часто залежить від думки оточуючих.
- 9. Я приймаю себе таким/такою, яким/якою я є.

10. Мені властиве відчуття внутрішньої гармонії.
11. У різних ситуаціях я залишаюся самим/самою собою.
12. Я часто сумніваюся у правильності власних рішень.
13. Я чітко усвідомлюю свої сильні та слабкі сторони.
14. Мені важко визначити своє місце в житті.
15. Я відчуваю відповідальність за власне майбутнє.
16. Я маю стійкі життєві принципи.
17. Іноді мені здається, що я «втрачаю себе».
18. Я можу пояснити причини своїх учинків.
19. Я відчуваю зв'язок між своїм минулим, теперішнім і майбутнім.
20. Мені складно приймати самостійні рішення.
21. Я усвідомлюю свої потреби та бажання.
22. Моє життя має для мене сенс.
23. Я легко підлаштовуюся під інших, навіть якщо це суперечить моїм переконанням.
24. Я відчуваю стабільність власного «Я».
25. Я впевнено дивлюся у майбутнє.

Додаток Е

Методика «Копінг-тест» Р. Лазаруса

Бланк відповідей методики «Копінг – тест» Лазаруса

Інструкція:

Опинившись у складній життєвій ситуації, оцініть, як часто Ви дієте описаним способом. Позначте один варіант відповіді.

№	Твердження	Ніколи (0)	Рідко (1)	Іноді (2)	Часто (3)
1	Зосереджуюсь на тому, що потрібно робити	☐	☐	☐	☐
2	Починаю щось робити, навіть якщо не впевнений/а, що це допоможе	☐	☐	☐	☐
3	Намагаюся переконати інших змінити рішення	☐	☐	☐	☐
4	Говорю з іншими, щоб більше дізнатися про ситуацію	☐	☐	☐	☐
5	Критикую і докоряю собі	☐	☐	☐	☐
6	Залишаю все як є, не руйнуючи стосунків	☐	☐	☐	☐
7	Сподіваюся на диво	☐	☐	☐	☐
8	Корюся долі	☐	☐	☐	☐
9	Поводжуся так, ніби нічого не сталося	☐	☐	☐	☐
10	Намагаюся не показувати почуттів	☐	☐	☐	☐
11	Шукаю в ситуації щось позитивне	☐	☐	☐	☐
12	Сплю більше, ніж зазвичай	☐	☐	☐	☐
13	Зриваю злість на інших	☐	☐	☐	☐

14	Шукаю співчуття та підтримку	☐	☐	☐	☐
15	Висловлюю себе творчо	☐	☐	☐	☐
16	Намагаюся забути проблему	☐	☐	☐	☐
17	Звертаюся по допомогу до фахівців	☐	☐	☐	☐
18	Особистісно зростаю завдяки ситуації	☐	☐	☐	☐
19	Вибачаюся або намагаюся все заглибити	☐	☐	☐	☐
20	Складаю план дій	☐	☐	☐	☐
21	Даю вихід своїм почуттям	☐	☐	☐	☐
22	Розумію власну відповідальність за проблему	☐	☐	☐	☐
23	Набуваю досвіду	☐	☐	☐	☐
24	Говорю з тим, хто може конкретно допомогти	☐	☐	☐	☐
25	Покращую самопочуття їжею/алкоголем/ліками	☐	☐	☐	☐
26	Ризикую відчайдушно	☐	☐	☐	☐
27	Дію обережно, не поспішаю	☐	☐	☐	☐
28	Знаходжу нову віру	☐	☐	☐	☐
29	Знову відкриваю для себе щось важливе	☐	☐	☐	☐
30	Змінюю щось так, щоб ситуація налагодилась	☐	☐	☐	☐
31	Унікаю спілкування з людьми	☐	☐	☐	☐
32	Намагаюся не думати про проблему	☐	☐	☐	☐

33	Запитую поради у близьких	☐	☐	☐	☐
34	Приховую, що справи йдуть погано	☐	☐	☐	☐
35	Не сприймаю це надто серйозно	☐	☐	☐	☐
36	Говорю про свої почуття	☐	☐	☐	☐
37	Стою на своєму і борюся	☐	☐	☐	☐
38	Зганяю злість на інших	☐	☐	☐	☐
39	Використовую попередній досвід	☐	☐	☐	☐
40	Подвоюю зусилля для вирішення	☐	☐	☐	☐
41	Відмовляюся вірити, що це сталося	☐	☐	☐	☐
42	Обіцяю собі змінитися наступного разу	☐	☐	☐	☐
43	Шукаю кілька альтернативних рішень	☐	☐	☐	☐
44	Контролюю емоції, щоб вони не заважали	☐	☐	☐	☐
45	Змінюю щось у собі	☐	☐	☐	☐
46	Хочу, щоб усе швидше закінчилось	☐	☐	☐	☐
47	Фантазую про інший розвиток подій	☐	☐	☐	☐
48	Молюся	☐	☐	☐	☐
49	Прокручую в умі, що сказати чи зробити	☐	☐	☐	☐
50	Аналізую можливі варіанти дій	☐	☐	☐	☐

Додаток Є

**Сирі результати за методикою «Шкала сприйнятої соціальної підтримки
Зімета»**

№	Бали	Рівень соціальної підтримки	№	Бали	Рівень соціальної підтримки
1	48	Середній	31	75	Високий
2	80	Високий	32	60	Середній
3	55	Середній	33	52	Середній
4	82	Високий	34	35	Низький
5	32	Низький	35	79	Високий
6	58	Середній	36	27	Низький
7	54	Середній	37	57	Середній
8	56	Середній	38	78	Високий
9	74	Високий	39	51	Середній
10	36	Низький	40	62	Середній
11	57	Середній	41	29	Низький
12	83	Високий	42	58	Середній
13	53	Середній	43	56	Середній
14	79	Високий	44	85	Високий
15	60	Середній	45	28	Низький
16	59	Середній	46	61	Середній
17	76	Високий	47	78	Високий
18	31	Низький	48	55	Середній
19	61	Середній	49	34	Низький
20	82	Високий	50	30	Низький
21	33	Низький	51	80	Високий
22	55	Середній	52	59	Середній
23	81	Високий	53	77	Високий
24	58	Середній	54	57	Середній
25	30	Низький	55	26	Низький
26	77	Високий	56	84	Високий
27	54	Середній	57	60	Середній
28	73	Високий	58	52	Середній
29	50	Середній	59	78	Високий
30	28	Низький	60	56	Середній

Додаток Ж

**Сирі результати за методикою «Шкала оцінки задоволеності у стосунках»
(RAS)**

№	Бали	Рівень задоволеності стосунками	№	Бали	Рівень задоволеності стосунками
1	5	Середній	31	18	Високий
2	19	Високий	32	12	Середній
3	11	Середній	33	10	Середній
4	20	Високий	34	6	Низький
5	4	Низький	35	19	Високий
6	13	Середній	36	5	Низький
7	12	Середній	37	11	Середній
8	14	Середній	38	18	Високий
9	17	Високий	39	9	Середній
10	6	Низький	40	13	Середній
11	12	Середній	41	5	Низький
12	20	Високий	42	14	Середній
13	10	Середній	43	13	Середній
14	18	Високий	44	20	Високий
15	9	Середній	45	4	Низький
16	11	Середній	46	12	Середній
17	17	Високий	47	19	Високий
18	5	Низький	48	10	Середній
19	13	Середній	49	6	Низький
20	20	Високий	50	5	Низький
21	4	Низький	51	18	Високий
22	11	Середній	52	12	Середній
23	19	Високий	53	17	Високий
24	12	Середній	54	11	Середній
25	6	Низький	55	4	Низький
26	18	Високий	56	19	Високий
27	10	Середній	57	12	Середній
28	17	Високий	58	11	Середній
29	9	Середній	59	18	Високий
30	5	Низький	60	10	Середній

Додаток 3

**Сирі результати за методикою «Шкала сімейної адаптації та згуртованості»
(FACES-3)**

№	Бали	Рівень сімейного функціонування	№	Бали	Рівень сімейного функціонування
1	52	Середній	31	78	Високий
2	81	Високий	32	60	Середній
3	55	Середній	33	54	Середній
4	83	Високий	34	38	Низький
5	35	Низький	35	79	Високий
6	58	Середній	36	29	Низький
7	56	Середній	37	57	Середній
8	60	Середній	38	80	Високий
9	75	Високий	39	51	Середній
10	37	Низький	40	62	Середній
11	57	Середній	41	30	Низький
12	84	Високий	42	58	Середній
13	53	Середній	43	55	Середній
14	80	Високий	44	86	Високий
15	61	Середній	45	28	Низький
16	59	Середній	46	60	Середній
17	77	Високий	47	82	Високий
18	33	Низький	48	56	Середній
19	62	Середній	49	35	Низький
20	83	Високий	50	31	Низький
21	36	Низький	51	81	Високий
22	55	Середній	52	59	Середній
23	79	Високий	53	78	Високий
24	58	Середній	54	57	Середній
25	30	Низький	55	27	Низький
26	76	Високий	56	85	Високий
27	54	Середній	57	60	Середній
28	74	Високий	58	52	Середній
29	50	Середній	59	79	Високий
30	29	Низький	60	55	Середній

Додаток И

**Сирі результати за методикою «Шкала нейроценції психологічної безпеки»
(NPSS)**

№	Бали	Рівень сімейного функціонування	№	Бали	Рівень сімейного функціонування
1	52	Середній	31	78	Високий
2	81	Високий	32	60	Середній
3	55	Середній	33	54	Середній
4	83	Високий	34	38	Низький
5	35	Низький	35	79	Високий
6	58	Середній	36	29	Низький
7	56	Середній	37	57	Середній
8	60	Середній	38	80	Високий
9	75	Високий	39	51	Середній
10	37	Низький	40	62	Середній
11	57	Середній	41	30	Низький
12	84	Високий	42	58	Середній
13	53	Середній	43	55	Середній
14	80	Високий	44	86	Високий
15	61	Середній	45	28	Низький
16	59	Середній	46	60	Середній
17	77	Високий	47	82	Високий
18	33	Низький	48	56	Середній
19	62	Середній	49	35	Низький
20	83	Високий	50	31	Низький
21	36	Низький	51	81	Високий
22	55	Середній	52	59	Середній
23	79	Високий	53	78	Високий
24	58	Середній	54	57	Середній
25	30	Низький	55	27	Низький
26	76	Високий	56	85	Високий
27	54	Середній	57	60	Середній
28	74	Високий	58	52	Середній
29	50	Середній	59	79	Високий
30	29	Низький	60	55	Середній

Додаток І

Сирі результати за методикою дослідження особистісної ідентичності

(Л. Шнейдер)

№	Бали	Рівень сформованості ідентичності	№	Бали	Рівень сформованості ідентичності
1	78	Середній	31	92	Високий
2	95	Високий	32	70	Середній
3	66	Середній	33	58	Середній
4	90	Високий	34	42	Низький
5	40	Низький	35	91	Високий
6	72	Середній	36	36	Низький
7	68	Середній	37	75	Середній
8	74	Середній	38	93	Високий
9	88	Високий	39	64	Середній
10	45	Низький	40	77	Середній
11	70	Середній	41	38	Низький
12	96	Високий	42	71	Середній
13	62	Середній	43	69	Середній
14	89	Високий	44	97	Високий
15	73	Середній	45	41	Низький
16	69	Середній	46	72	Середній
17	91	Високий	47	94	Високий
18	39	Низький	48	65	Середній
19	76	Середній	49	44	Низький
20	90	Високий	50	46	Низький
21	37	Низький	51	89	Високий
22	67	Середній	52	74	Середній
23	93	Високий	53	90	Високий
24	71	Середній	54	66	Середній
25	43	Низький	55	40	Низький
26	92	Високий	56	95	Високий
27	63	Середній	57	70	Середній
28	87	Високий	58	68	Середній
29	65	Середній	59	91	Високий
30	35	Низький	60	67	Середній

Додаток І

Сирі результати за методикою «Копінг-тест» Р. Лазаруса

№	Бали	Домінуючий тип копінг-стратегії	№	Бали	Домінуючий тип копінг-стратегії
1	62	Емоційно-орієнтований	31	78	Проблемно-орієнтований
2	81	Проблемно-орієнтований	32	64	Емоційно-орієнтований
3	55	Емоційно-орієнтований	33	58	Емоційно-орієнтований
4	84	Проблемно-орієнтований	34	40	Унікальний
5	38	Унікальний	35	80	Проблемно-орієнтований
6	60	Емоційно-орієнтований	36	36	Унікальний
7	59	Емоційно-орієнтований	37	63	Емоційно-орієнтований
8	76	Проблемно-орієнтований	38	82	Проблемно-орієнтований
9	71	Проблемно-орієнтований	39	57	Емоційно-орієнтований
10	42	Унікальний	40	65	Емоційно-орієнтований
11	61	Емоційно-орієнтований	41	37	Унікальний
12	85	Проблемно-орієнтований	42	66	Емоційно-орієнтований
13	58	Емоційно-орієнтований	43	60	Емоційно-орієнтований
14	79	Проблемно-орієнтований	44	88	Проблемно-орієнтований
15	44	Унікальний	45	39	Унікальний
16	63	Емоційно-орієнтований	46	62	Емоційно-орієнтований
17	83	Проблемно-орієнтований	47	86	Проблемно-орієнтований
18	41	Унікальний	48	59	Емоційно-орієнтований
19	64	Емоційно-орієнтований	49	43	Унікальний

20	82	Проблемно-орієнтований	50	45	Унікальний
21	39	Унікальний	51	80	Проблемно-орієнтований
22	60	Емоційно-орієнтований	52	61	Емоційно-орієнтований
23	87	Проблемно-орієнтований	53	84	Проблемно-орієнтований
24	67	Емоційно-орієнтований	54	58	Емоційно-орієнтований
25	40	Унікальний	55	35	Унікальний
26	85	Проблемно-орієнтований	56	83	Проблемно-орієнтований
27	62	Емоційно-орієнтований	57	60	Емоційно-орієнтований
28	80	Проблемно-орієнтований	58	65	Емоційно-орієнтований
29	57	Емоційно-орієнтований	59	86	Проблемно-орієнтований
30	38	Унікальний	60	41	Унікальний