

ОДЕСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ І.І. МЕЧНИКОВА
Факультет психології та соціальної роботи
Кафедра загальної психології та психологічного консультування

Кваліфікаційна робота
на здобуття ступеня вищої освіти «магістр»
**Життєстійкість особистості громадян України під час довготривалого
стресу війни**
**Hardiness of the personality of citizens of Ukraine during the long-term
stress of war**

Виконала: здобувач заочної форми навчання
спеціальність 053 Психологія

Душнова Юлія Сергіївна

Керівник: кандидат психологічних наук, доцент
кафедри загальної психології та психологічного
консультування,

Чачко С.Л.

(підпис)

Рецензент: кандидат психологічних наук, доцент
кафедри сімейної та спеціальної педагогіки і
психології ПНПУ ім. К.Д. Ушинського,
Кримова Н.О.

Рекомендовано до захисту:
Протокол засідання кафедри
№ _____ від _____ 202__р.

Завідувач(ка) кафедри

(підпис) Кіресва З.О.
(ППП)

Захищено на засіданні ЕК № _____
Протокол № __ від _____ 202__р.
Оцінка _____ / _____ / _____
(за національною шкалою, шкалою ECTS, бали)

Голова ЕК

(підпис) _____
(ППП)

Одеса 2023

ЗМІСТ

ВСТУП	3
РОЗДІЛ 1. ЖИТТЄСТІЙКІСТЬ ЯК ПРЕДМЕТ ПСИХОЛОГІЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ.....	8
1.1. Теоретичний аналіз феномена життєстійкості.....	8
1.2. Копінг-стратегії як діяльнісний компонент життєстійкості.....	17
1.3. Поняття довготривалого стресу війни	24
Висновки до 1 розділу	30
РОЗДІЛ 2. МЕТОДИЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ЖИТТЄСТІЙКОСТІ ОСОБИСТОСТІ ГРОМАДЯН УКРАЇНИ ПІД ЧАС ДОВГОТРИВАЛОГО СТРЕСУ ВІЙНИ	32
2.1. Організація дослідження життєстійкості особистості громадян України під час довготривалого стресу війни	32
2.2. Методи дослідження життєстійкості особистості громадян України під час довготривалого стресу війни	37
Висновки до 2 розділу	43
РОЗДІЛ 3. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ЖИТТЄСТІЙКОСТІ ОСОБИСТОСТІ ГРОМАДЯН УКРАЇНИ ПІД ЧАС ДОВГОТРИВАЛОГО СТРЕСУ ВІЙНИ.....	45
3.1. Результати емпіричного дослідження життєстійкості особистості громадян України під час довготривалого стресу війни	45
3.2. Аналіз та інтерпретація отриманих результатів дослідження життєстійкості особистості громадян України під час довготривалого стресу війни.....	57
Висновки до 3 розділу	91
ВИСНОВКИ	97
СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ.....	101

ДОДАТКИ	116
---------------	-----

ВСТУП

Актуальність дослідження. Політичні та економічні процеси, що відбуваються в Україні за період війни, ґрунтовно змінили соціальну сферу життя суспільства. Ситуація повної невизначеності майбутнього, загрози життю для більшості громадян України стала буденністю і це призвело до загального зниження почуття безпеки та захищеності, що стимулює розвиток стресу. Війна є найбільш вираженим негативним чинником, який впливає на психічне здоров'я особистості, оскільки цей чинник обумовлює пряму загрозу життю людини і різні вияви насильства (військового, політичного, економічного, сексуального тощо).

Люди змушені якимось пристосовуватися до нової реальності в умовах тривалої війни, яка призвела до появи біженців, вимушених внутрішніх переселенців, безробіття, зниження рівня життя, його якості та ін. За даними Ради ООН з прав людини станом на 07.11.2023 року, з початку війни в Україні (24.02.2022 р.) по всьому світу зафіксовано 6 242 200 біженців з України, з яких 5 300 300 – це біженці, зареєстровані для тимчасового захисту або аналогічних національних схем захисту у Європі.

Багато людей стикнулися із втратою контактів з близькими людьми і страхом за свою безпеку та безпеку рідних і близьких; втратою майна і турботою про те, як вижити. І це не кажучи за тих людей, що перебувають в зоні бойових дій (у т.ч. і цивільні особи), під обстрілами, в полоні або тих, що стали свідками насильницької смерті.

Надзвичайні ситуації (якою є війна в Україні) призводять до неможливості задоволення значної частини потреб населення і мають серйозний вплив на благополуччя як окремої людини, так і громади. Кожна людина сприймає та реагує на такі ситуації по-різному. Під впливом стресу у багатьох людей погіршується здоров'я та працездатність, тоді як інші демонструють більш стійкі та здорові реакції. Проблема стійкості українців в

поточній життєвій ситуації є нагальною, адже відповідальність за своє життя та його якість лягає на саму людину і щоб справлятися та пристосуватися в умовах тривалого стресу на тлі війни, їй необхідно мати або ж розвивати в собі такі особистісні характеристики та навички вирішення проблем, які б допомогли ефективно подолати стрес і життєві труднощі. Саме переживання стресових ситуацій стимулює формування життєстійкості та стратегій долаття. Життєстійкість сприяє адаптивності, подоланню життєвих негараздів, ефективному використанню людиною своїх можливостей та успішному виходу з важких життєвих ситуацій.

Виходячи з цього, необхідним є вивчення феномену життєстійкості особистості українців у взаємозв'язку з їх особистісними ресурсами та характером копінг-стратегій в стресових ситуаціях.

Психологічний феномен, який пояснює здатність особистості протистояти впливу різних стресогенних чинників, було запропоновано американським психологом С. Мадді і С. Кобейса та отримав назву «hardiness», що у вітчизняній літературі позначається як «життєстійкість».

Вивченням питань життєстійкості займалися такі зарубіжні вчені, як: С. Мадді, С. Кобейса, Р. Харві, Д. Кошаба, В. Флоріан, А. Ла Грега та ін. Серед українських науковців життєстійкість вивчали: Т.М. Титаренко, Т.О. Ларіна, О.А. Чиханцова, К.Р. Маннапова, С.Л. Чачко, О.М. Кокун, Л.З. Сердюк та ін.

Слід зазначити, що нині поки що немає єдиного підходу до опису даного психологічного феномена. Життєстійкість розглядається на різних рівнях з різних точок зору: як риса особистості, ресурс, психологічна властивість, прояв інтегральної індивідуальності, система установок, критерій психічного розвитку тощо.

Діяльнішим компонентом життєстійкості є копінг-стратегії. Життєстійкість позитивно пов'язана з адаптивними копінг-стратегіями особистості та має негативний зв'язок із вибором дезадаптивних

копінг-стратегій. Вивченням копінг-стратегій займалися багато науковців: Р.Лазарус, С.Фолкман, Е.Фрайденберг, Р. Левіс, К. Карвер, Н.В. Родіна, Т.М. Титаренко, В.О. Олефір, З.А. Сивогракова та ін.

Довготривала травматизація під час війни створює реальну загрозу накопичення та посилення стресових реакцій, посттравматичних розладів та зниженню індивідуальних ресурсів у суспільстві. Все це може призвести до зменшення рівня здоров'я нації та якості життя українців, а також викривлень у формуванні життєвих планів та перспектив.

Мета дослідження: теоретико-емпіричним шляхом дослідити життєстійкість особистості громадян України під час довготривалого стресу війни.

Завдання дослідження:

1. Розкрити життєстійкість як психологічний феномен;
2. Проаналізувати поняття довготривалого травматичного стресу;
3. Дослідити життєстійкість особистості громадян України під час довготривалого стресу війни.

Об'єкт дослідження - життєстійкість особистості.

Предмет дослідження - життєстійкість особистості громадян України під час довготривалого стресу війни.

Методи дослідження. На теоретичному рівні дослідження використовувався аналіз літератури, узагальнення, порівняння та систематизація теоретичних даних; на емпіричному - психодіагностичний метод (тестування), анкетування, методи математичної статистики.

В емпіричному дослідженні використовувалися такі тестові методики:

1. Методика діагностики життєстійкості С. Мадді;
2. Адаптована версія Шкали Резильєнтності (CD-RISC-10), в адаптації З.О. Кіреєвої, О.С. Односталко, Б.В. Бірона.

3. Опитувальник «Шкала для дослідження копінг-поведінки у ситуаціях небезпеки», створений на основі методики Ways Of Coping Questionnaire (WOCQ) С. Фолкман та Р. Лазаруса у модифікації Н.В. Родіної.

4. Модифікована шкала суб'єктивного благополуччя БіБіСі (The Modified BBC Subjective well-being scale (BBC-SWB), П. Понтін, М. Шваннаувер, С. Тай, М. Кіндерман) в адаптації Л.М. Карамушки, К.В. Терещенко, О.В. Креденцер);

5. Шкала депресії А. Бека (Beck's Depression Inventory, BDI);

6. Контрольний список ПТСР для DSM-V (PCL-5) («PTSD Checklist for DSM-V», Ф. Везерс, Б. Літз, Т. Кін) в адаптації О.О. Хаустової, Л.Є. Трачука, В.Г. Безшейка.

Опис вибірки. Загальний обсяг вибірки учасників дослідження становив 105 українців різної статі віком від 18 років до 74 років, різних за рівнем освіти, професійною зайнятістю, фахом, сімейним та соціальним статусами, з різних міст України, а також тих, хто виїхав за кордон через війну з моменту повномасштабного вторгнення Росії в Україну 24.02.2022 року.

База проведення емпіричного дослідження. У межах дослідження було проведено онлайн опитування респондентів за допомогою платформи Google Forms. Формування вибірки здійснювалося за методом «снігової кулі», що означає випадковий вибір групи респондентів. Залучення учасників дослідження здійснювалося за допомогою інструментів Facebook, Telegram та Instagram.

Практична значущість дослідження. Наукова новизна отриманих в ході дослідження результатів полягає у вивченні рівня життестійкості громадян України в умовах тривалого стресу війни та їх порівнянні між різними категоріями (жінки; чоловіки; українці, що перебувають у зоні конфлікту та ті, хто емігрував за кордон через війну). Отримані в ході дослідження дані будуть корисними для психологів та інших фахівців, які

працюють з громадянами України, надаючи їм психологічну підтримку, а також для подальшої розробки рекомендацій, програм та заходів з метою поліпшення психоемоційного стану та розвитку життєстійкості українців, ветеранів та біженців.

Апробація: 1. Виступ з доповіддю на тему «Життєстійкість особистості громадян України під час довготривалого стресу війни» на 79-тій Звітній студентській науково-практичній конференції, 26-27 квітня 2023 р., що проводилася на Факультеті психології та соціальної роботи ОНУ ім. І.І. Мечникова.

2. Виступ з доповіддю на тему «Дослідження суб'єктивного благополуччя громадян України під час довготривалого стресу війни» в рамках участі у конференції «Сучасні тенденції соціально-гуманітарного розвитку суспільства», 28 листопада 2023 р., дистанційно.

За результатами виступу було опубліковано тези: Ю. С. Душнова, С. Л. Чачко. Дослідження суб'єктивного благополуччя громадян України під час довготривалого стресу війни // Соціально-гуманітарний вісник: зб. наук. пр. Вип. 45. Харків: СГ НТМ «Новий курс», 2023. С. 211-212.

Структура роботи включає вступ; три розділи, що містять підрозділи; висновок; список використаної літератури (134 найменування), додатки.

Обсяг основного тексту роботи складає 100 сторінок. Містить 1 рисунок, 7 таблиць, додатки.

РОЗДІЛ 1. ЖИТТЄСТІЙКІСТЬ ЯК ПРЕДМЕТ ПСИХОЛОГІЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ

1.1. Теоретичний аналіз феномена життєстійкості.

Поняття життєстійкості як психологічного феномену почали розглядати зовсім недавно. Вперше термін життєстійкість (*hardiness*) був запропонований американськими психологами С. Кобейса і С. Мадді у другій половині XX ст. [102]. Вони досліджували даний феномен, ґрунтуючись на теоретичних принципах екзистенціальної психології та психології стресу і філософській концепції про «мужність бути» («*the courage to be*»), запропонованої німецьким філософом екзистенціалістом П. Тілліхом, який визначає мужність як «силу духу, що здатна подолати все те, що перешкоджає досягненню найвищого блага» [129, с. 197]. Розвиваючи позицію П. Тілліха, С. Мадді з колегами запропонували життєстійкість як операціоналізацію екзистенційної мужності [100].

У своїх довготривалих дослідженнях С. Кобейса і С. Мадді виявили, що на поведінку людей по-різному впливають життєві труднощі [102]. Так, частина людей під впливом стресових подій розгублюється, впадає в апатію, не бачить можливостей і не намагається щось змінити, прагне зберегти все як було, тоді як інша частина людей мобілізується, знаходить внутрішні ресурси і досягає успіху, виходячи зі складних життєвих ситуацій. Цей особистісний конструкт вони назвали «*hardiness*» (життєстійкість), «який характеризує міру здатності особистості витримувати стресову ситуацію, зберігаючи внутрішню збалансованість, не знижуючи успішність діяльності» [44, с. 30].

С. Мадді розробив модель життєстійкості і описує життєстійкість як: «набір установок або переконань про себе у взаємодії з навколишнім світом, який дає мужність і мотивацію виконувати важку роботу по перетворенню стресових змін від потенційних неприємностей у можливості замість цього» [101]. Відповідно до запропонованої моделі життєстійкості, стресори (як

гострі, так і хронічні) викликають фізичну та психічну напругу, яка може призвести до порушень у галузі здоров'я, відносин та продуктивності на роботі. Появі цієї напруги сприяють уроджені вразливості, такі як генетичні особливості нервової системи та захворювання. Проте стійкі переконання разом із соціальною підтримкою сприяють здійсненню трансформаційного (життєстійкого) впорання з ситуацією, що у свою чергу допомагає знизити стресовий вплив. Аналогічно, на етапі переходу від напруги до порушень, життєстійкі практики працюють, зміцнюючи організм та сприяючи опору стресу.

С. Мадді запропонував певний конструкт життєстійкості, що складається із трьох компонентів: *залучення (commitment)*, *контроль (control)* та *прийняття ризику (challenge)* [107]. Мадді докладно обґрунтував і наголошував на тому, що саме поєднання і достатній рівень розвинутості цих трьох складових у особистості, дають змогу людині мати екзистенційну мужність (тобто мужність, засновану на досвіді) [101]. Ця мужність допомагає людині брати участь у витривалих стратегіях подолання проблем, взаємодії з соціальною підтримкою та корисного самообслуговування [106].

Залучення С. Мадді визначив як «впевненість у тому, що залучення до того, що відбувається, дає максимальний шанс знайти щось варте й цікаве для особистості» [92, с. 111]. Людина, яка має розвинену здатність до залученості, має вміння відшукати цікаві та цінні речі для себе, вона отримує задоволення від своєї діяльності. Це досягається завдяки активному ставленню до процесу і включеності в усьому, що відбувається навколо.

Контроль передбачає переконання людини у тому, що боротьба дозволяє вплинути на результат. Людина з високим рівнем контролю приймає самостійні рішення, вирішує повсякденні завдання та впевнена, що в змозі впоратися з проблемами, котрі виникають у її житті. І навпаки, людина з низьким контролем має відчуття власної безпорадності, постійно вагається та потребує допомоги і підтримки при прийнятті рішень.

Прийняття ризику полягає у тому, що людина має переконання, що усі події, які трапляються з нею, сприяють її розвитку, що відбувається за рахунок активного засвоєння знань, отриманих з цього досвіду і наступного їх використання. Людина з таким поглядом на життя готова діяти в невизначених умовах, без гарантій успіху та ризику. Прийняття ризику дозволяє людині вчитися на власному досвіді (у тому числі негативному) і житті, а не очікувати на безтурботне життя [51].

Крім зазначеного вище конструкту компонентів життестійкості, у модель Мадді входять п'ять основних механізмів, які дозволяють життестійкості надавати своєрідний буферний вплив на розвиток хвороб та зниження загальної ефективності діяльності: оцінка життєвих змін як менш стресових на основі залученості, контролю та прийняття ризику; створення мотивації до трансформаційного подолання, яка передбачає відкритість усьому новому, готовність людини активно діяти у стресовій ситуації (використання життестійких копінг-стратегій); пошук ефективної соціальної підтримки, яка сприятиме трансформаційному подоланню через розвиток навичок спілкування; посилення імунної реакції через психічну та фізичну мобілізацію; життестійкі практики здоров'я, тобто посилення відповідальності та турботи про власне здоров'я [52, 99].

С. Мадді ввів постулат, що в основі життестійкості лежить не відмова від стресу, як моделювання нереальної ситуації, а здатність визнати реальність цієї стресової ситуації та сміливість, як стремління змінити ситуацію в перевагу для себе: «якщо змінити саму ситуацію неможливо... життестійкість прий-має форму компенсаторного саморозвитку, власне гіперкомпенсації» [103]. Можна говорити, що життестійкість впливає на оцінку ситуації, тобто завдяки готовності активно діяти і впевненості у можливості впливати на ситуацію, вона сприймається як менш травматична. І з іншого боку, життестійкість сприяє активному подоланню труднощів шляхом продукування нової конструктивної поведінки [25].

С. Мадді зазначає, що життєстійкість не вроджена якість, вона формується у людини протягом життя. Компоненти життєстійкості розвиваю-ться у людині ще у дитячому та підліткового віці, хоча і у більш старшому віці можливе підвищення рівня залученості, контролю чи схильності до ризику. Одним із ключових факторів розвитку цих компонентів є взаємини дитини з батьками: прийняття та підтримка дитини батьками, прояв любові та турботи про неї, схвалення ініціативи та бажання дитини підвищити складність поставлених завдань, а також насиченість життя враженнями, її варіативність та різноманітність. Негативний вплив на розвиток життєстійкості можуть мати: стресові ситуації у дитинстві; серйозні захворювання дитини або її родичів; недостатня підтримка з боку близьких; відчуття відчуженості від значущих дорослих; матеріальні труднощі; розлучення батьків [55].

Практичне значення моделі С.Мадді полягає в тому, що автор розглядає життєстійкість не просто як психологічний феномен, а як важливий внутрішній ресурс - установку, який людина може осмислити та змінити з метою підтримки свого фізичного, психічного та соціального здоров'я [104]. Іншими словами, життєстійкість у концепції Мадді - це те, що надає людському життю цінності та сенсу в будь-яких обставинах [52]. Та у своїх дослідженнях С. Мадді та Д. Кошаба, виявили що життєстійкість є загальною мірою психічного здоров'я людини [92].

У подальшому зарубіжними і вітчизняними психологами проводилися різноманітні дослідження, які дозволили не тільки розширити зону розуміння самого феномену життєстійкості, а й уточнити механізм його дії та формування у структурі особистості людини.

Деякими авторами життєстійкість розглядається як частково риса та частково стан, який можна змінити залежно від контекстуальних факторів [61]. І як показує ряд досліджень, життєстійкість захищає від несприятливого впливу стресу на здоров'я та працездатність, вона є джерелом внутрішнього

опору, що знижує вплив стресу на здоров'я (дослідження А. Шафі) [124] і, навіть, зберігає та зміцнює здоров'я у стресових ситуаціях (дослідження П. Бартон; Т. Бріт; К. Есхлеман та Г.Аларкон; А. Садегі та С. Ейнакі) [64, 74, 122].

В дослідженні А. Джафарі, Н. Хайлу разом з іншими авторами життєстійкості у літніх жінок, результати також показали, що життєстійкість пов'язана з психічним і соціальним здоров'ям [87]. У Г. Делахай та Ван Дам відмічається і позитивний зв'язок між життєстійкістю та самоефективністю, оскільки було показано, що життєстійкість передбачає проактивне подолання, та що цей ефект опосередковується переконаннями в самоефективності [71].

У широкому діапазоні стресових контекстів, починаючи від події, що загрожують життю під час військових боїв і миротворчої діяльності [67], до повсякденної роботи чи шкільного тиску та вимог [107], буферний ефект життєстійкості проявляється в зниженні психічних і фізичних симптомів захворювання.

Серед досліджень, які показують, що життєстійкість призводить до збереження та підвищення працездатності під час стресу можна виділити: дослідження С. Мадді та Хесс, де виявили позитивний зв'язок життєстійкості з результатами в баскетболі серед університетських гравців [109]; дослідження М. Флоріан, Таубман та М. Вестман - рівень успіху в школі підготовки офіцерів для ізраїльських військових [77]; дослідження Бартон та Снук - ефективна лідерська поведінка серед військових курсантів Вест-Пойнта [62]; Д. Ліфтон, С. Сей та А. Бушке - рівень утримання серед вступників, студентів громадських коледжів із високим ризиком [98] та ін.

Згідно з думкою П. Бартона, Д. Келлі та М. Матхевс, життєстійкість включає різні поведінкові, когнітивні та емоційні аспекти. Вона відображає здатність людини підтримувати свій фізичний та психічний добробут у періоди нестабільності [60].

Українськими психологами життєстійкість особистості почала вивчатися порівняно недавно (Т. М. Тітаренко, Т. О. Ларіна, О. А. Чиханцова, С. Л. Чачко, К. Р. Маннапова, С. Л. Кравчук, О. М. Кокун та ін.). На даний момент проблеми життєстійкості розглядаються у зв'язку з проблемами подолання екстремальних життєвих ситуацій, а також діяльності людини, пов'язаної з постійним утворенням стресових ситуацій.

О. А. Чиханцова визначає життєстійкість як сукупність елементів, що перебувають у зв'язках один з одним і утворюють певну єдність і дає таке визначення життєстійкості: «це системне утворення, яке підкреслює установки, що мотивують особистість перетворювати стресові життєві події у нові можливості та є складовою самодетермінації особистості» [53, с. 5].

Вона запропонувала розширити структуру життєстійкості особистості наступними особистісними параметрами: цілі, цінності, смисли, самоставлення, автономія та мотивація самореалізації. На її думку, така структура життєстійкості є системою стійких позитивних властивостей особистості «що розуміються як особистісний потенціал особистості, який сприяє успішному пристосуванню людини до навколишнього світу в своєму прагненні до психологічного благополуччя, а також виконує важливу буферну функцію і є своєрідним психологічним захистом» [53, с. 8].

Життєстійкість розглядається як інтегральна система взаємодії з оточуючим світом і представляє собою необхідний ресурс, що сприяє підвищенню психічного та фізичного здоров'я особистості, а також пов'язана з самореалізацією та самоствердженням особистості [51]. У своїй роботі О.А. Чиханцова зазначає, що психологічні ресурси особистості відіграють важливу роль у розвитку життєстійкості. І за результатами аналізу емпіричних досліджень приходять до висновку, що психологічна основа життєстійкості особистості полягає у свідомому спрямуванні на життєві цілі, осмисленні май-бутніх планів, готовності до засвоєння нового досвіду та досягнень, незалежності та впевненості в своїх діях, переживанні

задоволення від реалізації власного потенціалу, оцінці своїх можливостей і прийнятті себе з усіма перевагами і недоліками, а також у встановленні довірливих взаємин з оточуючими та усвідомленні того, що людські стосунки формуються на основі спільних вчинків [52].

За Т. О. Ларіною: «життєстійка поведінка є способом виживання» [44, с. 21]. Вона розглядає її як максимальну мобілізацію людини в екстремальних умовах або ситуаціях прямої загрози життю. Життєстійкість розглядається як особистісна риса, що впливає на стиль поведінки людини, її орієнтацію на подолання труднощів, а також на здатність гнучко та мобільно реагувати на зміни ситуації та умови взаємодії.

Високий рівень життєстійкості пов'язаний з активною життєвою позицією, здатністю використовувати обставини в свою користь, умінням свідомо оцінювати життєві ситуації і робити свідомі вибори, а також перетворювати стресові ситуації на можливості здобувати новий досвід. Життєстійкість дає людині можливість бути автономною та керувати власним життям [29].

Дослідження українських науковців О. І. Купрієвої, Т. М. Траверсе, Л. З. Сердюка та О. А. Чиханцової, що були проведені з метою вивчення внутрішніх та зовнішніх чинників розвитку здатності людини протистояти впливу несприятливих умов, показали, що до особистісних предикторів життєстійкості особистості, тобто подолання складних ситуацій, відносяться такі ресурси, як конструктивна копінг-поведінка, надія, оптимізм, перспектива майбутнього, мотивація самореалізації. Саме ці ресурси обумовлюють здатність людини ефективно діяти у складних життєвих ситуаціях, знижують чутливість щодо стресу, депресії та розвитку психосоматичних захворювань [93].

На думку Т. М. Титаренко та Т. О. Ларіної, однією з основних ознак життєстійкої особистості є її контекстуальність, яка проявляється в чутливості до різноманітних зовнішніх впливів. Така особистість здатна

органічно адаптуватися до різних контекстів, будь то політичні, економічні, сімейні, робочі або релігійні, ефективно реагуючи на потреби свого оточення та передбачаючи динаміку подій. Крім того, вони вказують на ще дві характерис-тики життєстійких особистостей: задоволеність своєю працею та успішність у різних сферах життя [19]. Т. М. Титаренко вказує на те, що життєстійкість особистості збагачується та зміцнюється тоді, коли людина долає перешкоди, здобуває досвід і вчиться протистояти випробуванням, не уникаючи труднощів. Ця властивість проявляється як реакція на життєві виклики та потрясіння [44].

С. Л. Чачко та В. М. Єгорова характеризує життєстійкість як міру здатності особистості витримувати стресові ситуації, зберігаючи при цьому внутрішню рівновагу та ефективність в її життєдіяльності [48, 49].

О. М. Кокун розглядає життєстійкість як стійку багатовимірну особистісну властивість, яка включає сукупність поглядів та переконань про себе та навколишній світ. Ці переконання надихають людину на використання складних ситуацій як можливостей для особистого зростання. Крім того, жит-тєстійка особистість здатна залишатися здоровою та проявляти високий рівень ефективності у своїй діяльності, незважаючи на високий рівень стресу [16]. Як зазначає О. М. Кокун, на життєстійкість особистості впливає багато чинників різних рівнів (зовнішнього і внутрішнього). Серед зовнішніх факторів можна виділити різноманітні чинники зовнішнього середовища та сімейні фактори, а серед внутрішніх: позитивне сприйняття світу; націленість на самореалізацію; активність; адекватність реакцій на стрес, стресостійкість; гарне здоров'я та фізична форма; вміння використовувати методики аутотренінгу та релаксації; соціальний досвід, освіта, особистісна зрілість та інтелект тощо [17].

Розглядаючи феномен життєстійкості важливо зупинитися також і на понятті резильєнтності (від англ. «resilience» – пружність, еластичність), яке деякі автори ототожнюють із життєстійкістю.

С. Фолке під резильєнтністю розуміє здатність стояти міцно перед викликами змін та продовжувати розвиватися в постійно змінних умовах [78].

М. Унгар пише, що резильєнтність – це здатність системи передбачати, адаптуватися та переструктуровуватися під час негараздів з метою сприяння та підтримки свого успішного функціонування [130].

О. М. Кокун розуміє під резильєнтністю спроможність людини адаптуватися, відновлюватися і досягати успіху в умовах стресу, ризику, викликів, небезпеки, труднощів та негараздів, а також здатність вчитися і зростати навіть після невдач. Ця здатність охоплює розумові, фізичні, емоційні та поведінкові аспекти [6]. Він зазначає, що в залежності від фокусу та предмету дослідження, резильєнтність може розглядатися і як динамічний процес і як певна характеристика особистості, притаманна тій або іншій людині [17].

С. Мадді та Д. Хошаба характеризують резильєнтність як проблемну область, а життєстійкість як певний варіант підходу до вирішення цієї проблеми [103].

А. Федер із співавторами статті пише, що загалом резильєнтність розглядається як здатність успішно адаптуватися в умовах стресових подій, життєвих негараздів або травмуючих ситуацій [76].

А. Садегхі та С. Ейнакі зазначають, що резильєнтність представляє собою явище, яке виникає в результаті природних адаптаційних реакцій людини, і, незважаючи на зіткнення людини з серйозними загрозами, вона підвищує свою здатність до успіху та подолання загроз [122].

Е. Гордон та М. Вонг визначають резильєнтність як динамічний процес, що передбачає позитивну адаптацію людини до складних життєвих ситуацій [132]. Натомість, за думкою Г. Бонанно, життєстійкість, на відміну резильєнтності, визначається як особистісна риса, що пом'якшує вплив сильного стресу [63]. Тому життєстійкість часто розглядається саме як чинник резильєнтності, психологічної стійкості [59]. Г. Бонанно та С. Мадді

життєстійкість була запропонована як шлях до резильєнтності [63, 105]. Резильєнтність розгляда-ється як феномен збереження працездатності та здоров'я людини, незважаючи на виникнення стресових обставин. При цьому Мадді наголошує, що резильєнтність також повинна розглядатися не тільки як виживання, але й процвітання, у тому сенсі, що стресові обставини також можуть підвищити ефективність і здоров'я завдяки тому, що людина навчається і потім це використовує [106].

З. О. Кіреєва та Е. С. Односталко також розглядають резильєнтність як позитивний психічний стан, який сприяє підтримці і збереженню самоїдентич-ності людини у важкій життєвій ситуації. На їх думку, резильєнтність активізується у крах-точці, під якою вони розуміють надпотужний вплив, який вибиває людину з її звичного та стабільного життя [13].

Т.М. Титаренко зазначає, що життєстійкість визначає здатність швидко пристосовуватися до будь-яких життєвих змін. Життєстійкість активізує пошук підходящих до ситуації способів опанування труднощів і успішність людини в різних сферах діяльності пов'язана із життєстійкістю [44].

Отже, ми вважаємо, що основною відмінністю між поняттями життєстійкості та резильєнтності є те, що життєстійкість являє собою рису особистості, установку на виживання, яка дозволяє ефективно справлятися зі стресом і спрямована на особистісне зростання, а резильєнтність - це сам процес подолання.

Життєстійкість особистості формується протягом усього життя людини і в моменти стресу та життєвих негараздів, життєстійкість мобілізує необхідні копінг-стратегії (стратегії оволодіння життєвими труднощами), які є діяльнісним компонентом життєстійкості. І треба зауважити, що поняття життєстійкості не є рівноцінним поняттю копінг-стратегій, адже Р.Лазарус та С.Фолкман визначають копінг-стратегії як певні звичні для особистості алгоритми дії та спосіб подолання людиною стресової ситуації, тоді як

життєстійкість - це «риса особистості, установка на виживаність» [26, с. 169]. Крім того, копінг-стратегії можуть бути як продуктивні, так і непродуктивні і, навіть, вести до регресу особистості, у той час як життєстійкість дозволяє людині «справлятися з дистресом ефективно і завжди у напрямі особового зростання» [26, с. 169]. І, як зазначає Н. В. Родіна, життєстійкість позитивно пов'язана з адаптивними копінг-стратегіями особистості та має негативний зв'язок із вибором дезадаптивних копінг-стратегій [36].

Д.В. Штриголь у своїй роботі пише, що життєстійкість впливає не тільки на оцінку ситуації, але і на активність людини в подоланні цієї ситуації, тобто вибір копінг-стратегії [54]. Тому у наступному розділі ми більш детально розглянемо копінг-стратегії як діяльнісний компонент життєстійкості.

1.2. Копінг-стратегії як діяльнісний компонент життєстійкості.

Потрапляючи у складну життєву ситуацію, людина намагається адаптуватися до труднощів, розробити шляхи подолання проблем та побудувати стратегії опанування, тобто розробити копінг-стратегії. На думку Олефір В.О. копінг-стратегії виступають своєрідним посередником, через який життєстійкість забезпечує саморегуляцію поведінки в ситуаціях стресу та психологічне благополуччя особистості [26].

У дослідженнях Л. Овієдо, Б. Серичинської, П. Рошак та інших соавторів подано якісний аналіз стратегій виживання та стійкості серед біженців з України. Ранжовані за частотою зустрічання вони мають такий вигляд: «Відносини» (включаючи сім'ю, друзів чи ін.); «Внутрішнє життя» або внутрішні установки (молитва, спогади; віра, впевненість; позитивне мислення та меншою мірою прийняття та надія); «Діяльність» (робота, спорт, волонтерство); «Терапія» (психотерапія; приймання ліків, щоб подолати тривогу, травму чи депресію); «Позитивний досвід» (зустрічі з волонтерами,

досвід «солідарності» та почуття безпеки); «Гарні очікування» (перемога у війні, хороші новини та надія) [114].

Термін копінг почав активно використовуватися на початку 60-х років в американській психології для вивчення поведінки особистості в стресових ситуаціях. Спочатку цей термін застосовувався Лойс Б. Мерфі, щодо вивчення методів подолання дітьми криз розвитку, але з часом поняття «копінг» почало включати реакцію не тільки на надмірні вимоги, що перевищують ресурси людини, а й на щоденні стресові ситуації [111, 123]. Під копінгом (від англ. «соре» – подолати, впоратися) розуміють цілеспрямовані когнітивні, емоційні та поведінкові дії для подолання стресової ситуації [9]. Копінг можна визначити як свідомі вольові зусилля з регулювання емоцій, пізнання, поведінки, фізіології та навколишнього середовища у відповідь на стресові події чи обставини [66].

Дослідженням копінг-стратегій, їх сутності, видів та ролі у стрес-долаючій поведінці особистості займались багато як зарубіжних (Р. Лазарус, С. Фолкман, Е. Фрайденберг, Р. Левіс, К. Карвер, Л. Мерфі) так і українських вчених (Н. В. Родіна, Т. М. Титаренко, В. О. Олефір, З. А. Сивогракова та ін.).

Найпоширенішими підходами до розуміння копіngu є трансакційний, психоаналітичний, диспозиційний та ресурсний.

У рамках трансакційної теорії стресу Р.Лазарус розглядав копінг у якості центрального ланцюга стресу, а саме, як стабілізуючий чинник, що може допомогти особистості підтримувати психосоціальну адаптацію в період його впливу. Він зазначав, що не так важливі першопричина, величина і частота впливу стресу, як сама здатність справлятися зі стресовими ситуаціями. Р. Лазарус і С. Фолькман розглядали копінг як постійний процес взаємодії між індивідом і середовищем. Головним завдання копінг-поведінки вони бачать забезпечення і підтримку благополуччя людини, її фізичне і психічне здоров'я та задоволеність соціальними відносинами [95].

Ресурсний підхід копінг-поведінки (теорії С. Хобфолла, А. Бандури, Е. Фрайденберга, К.С. Карвера, М.Ф. Шейєра та ін.) зосереджен на значущості людських ресурсів для подолання стресу і процесу їх розподілу, що пояснює те, що незважаючи на різні життєві обставини, деяким людям вдається зберігати здоров'я та адаптуватися [35]. Цей підхід передбачає, що у людини є деякий «ключовий ресурс», відповідальний за напрямок реалізації загального ресурсного фонду (середовищних та особистісних ресурсів) [36].

Відповідно до психоаналітичного підходу, копінг є одним із механізмів психологічного захисту, який людина використовує щоб зняти напруження та подолати стрес без залучення емоційних та когнітивних процесів (Н. Ендлер, Дж. Паркер і П. Крамер). Тривога розглядається як ключовий фактор розвитку особистості та копінг-стратегій. Л. Беллак розглядає копінг-стратегії як регуляторні відповіді Его на тривогу, а їх розвиток пов'язаний із дозріванням его-функцій. З іншого боку, Б.Е. Джейкобс розглядає копінг як широку і в основному безсвідому відповідь на тривогу та процеси адаптації.

Основна відмінність між поняттями копінг-стратегії і механізмами психологічного захисту полягає у тому, що стратегії копінг-поведінки свідомо використовуються людиною і залежно від обставин можуть змінюватися, у той час як механізми психологічного захисту є неусвідомлюваними і стають дезадаптивними в разі їх закріплення [9]. Людина, застосовуючи копінг, у довільний спосіб вибирає, як долатиме життєві труднощі, у той час, як захисні механізми пов'язані із внутрішньо-психологічними конфліктами і майже не зазнають свідомого регулювання та не мають чітко окресленої мети, задля якої їх застосовують [46].

Диспозиційний підхід до копіngu розглядає його як стійку схильність людини реагувати на загрозову для неї ситуацію. За К. Шефера та Р. Горзуха, особистість надає перевагу сталому способу подолання труднощів протягом тривалого часу, оскільки її особистісні характеристики залишаються практично незмінними протягом цього періоду. За цим підходом трактування

копінгу як особистісної схильності поводитися однаково в аналогічних ситуаціях, має досить вузьке розуміння. І це робить неможливим його дослідження у різноманітних життєвих умовах.

Усі підходи, що досліджують копінг мають загальну рису, яка виражена в самій суті процесу подолання – це подолання стресу та успішна адаптація особистості до важких життєвих обставин за допомогою когнітивних, емоційних та поведінкових зусиль. Людина зосереджує свої когнітивні зусилля на аналізі проблеми та створенні можливого плану дій і пошуку різних варіантів виходу з ситуації, а емоційні зусилля направлені для контролю своїх переживань та пошуку емоційної підтримки у своєму оточенні. Поведінкові зусилля допомагають досягти людині бажаного результату. Копінг характеризується своєю усвідомленістю та цілеспрямованістю та має глибокі зв'язки з особистісними рисами людини, які істотно впливають на вибір стратегії поведінки для подолання труднощів.

Треба зауважити, що у психології поняття копінгу розглядається не лише як усунення проблем, а, також, як загальний динамічний процес психіки, що функціонує задля оптимізації емоційного стану особистості. Сприятливий рівень життєстійкості особистості має важливе значення у його розвитку [9].

У дослідженні копінгу важливим є розмежовування понять копінг-процеса (що відтворює динаміку долаття труднощів), копінг-поведінки (що виявляє готовність особистості долати життєві труднощі; це певна відповідь особистості на виклик ситуації) та копінг-стратегії (типовий, характерний для даної особи спосіб виходу з труднощів) [95]. Основною функцією копінгу є пристосування людини до стресової ситуації, задоволення актуальних життєвих потреб та відновлення комфортного психологічного стану людини, що досягається завдяки застосуванню копінг-стратегій, які виступають як свідомо обрані способи поведінки особистості [11]. Копінг-стратегії є реакцією людини на ситуацію і

вважається, що вони є відносно стійкими та корелюють з особистісними особливостями [41].

За З.А. Сивограковою, вибір конкретних типів копінг-стратегій переважно залежить від: «когнітивних (особливості Я-концепції, рівень інтелектуальної гнучкості, ступінь інформаційної відкритості), оцінних/емоційних (смысловиттєві орієнтації, характер емоційних переживань) та поведінково-регулятивних аспектів особистості (локус контролю, мотиваційна спрямованість, свідомо саморегуляція поведінки, комунікативні властивості)» [11, 38].

С. Маріам у своїй роботі зазначає, що копінг-стратегії часто залежать від культурного походження, досвіду вирішення проблем, факторів навколишнього середовища, особистості, самооцінки, соціальних факторів та інших факторів, які сильно впливають на здатність людини вирішувати проблеми. Копінг-стратегії спрямовані на подолання ситуацій і вимог, які здаються нагальними, складними, пригнічуючими та перевищуючими наявні в людині ресурси. Копінг-ресурси, якими володіє людина, впливатимуть на копінг-стратегії, які здійснюватимуться під час вирішення різних проблем [110].

Аналіз наукової літератури показав, що на сьогоднішній день існує багато різних класифікацій поведінкових копінг-стратегій, але у більшості літератури виділяють три базові стратегії подолання: копінг-стратегія *«розв'язання проблем»* (коли людина активно використовує внутрішні ресурси для пошуку можливих способів ефективного розв'язання труднощів); *«пошуку соціальної підтримки»* (коли людина для подолання стресовій ситуації та ефективного розв'язання проблеми звертається по допомогу і підтримку до оточуючого її середовища: сім'ї, друзів, колег); *«уникнення проблем»* (коли людина намагається уникнути будь-якого контакту з проблемою та відкладає її вирішення - це деструктивний механізм подолання труднощів, способ витіснити та не думати про проблемну ситуацію) [22].

Загалом, копінг-стратегії можна розподілити на *активні* та *пасивні*. Активний підхід до копінгу включає цілеспрямовані дії з метою усунення або послаблення впливу стресової ситуації. Пасивний підхід до копінгу полягає у використанні різноманітних механізмів психологічного захисту, що спрямовані на зменшення емоційної напруги, але вони не спрямовані на безпосереднє вирішення стресової ситуації [9, 95].

Різнманітність використовуваних особистістю копінг-стратегій відіграє важливу роль у покращенні психологічного благополуччя особистості. За думкою Г. Еванс та П. Кім, в залежності від типу стресу чи проблеми, з якою зтикається людина, залежить який саме тип копінгу вона використовуватиме [75]. Також і Е. Степхенсон та А. Де Лонгіс зазначають, що контекстуальні чинники, такі як характер стресової ситуації, особистість людини та соціальний контекст, можуть впливати на те, чи використовується конкретна стратегія виживання та чи ефективна вона. Незважаючи на те, що деякі копінг-стратегії більш послідовно пов'язані з успішною адаптацією, ніж інші, немає єдиної стратегії подолання, яка була б універсально адаптивною або неадаптивною. Вони вважають, що жодна стратегія не підходить ідеально для всіх контекстів і чи є та чи інша копінг-стратегія «ефективною», залежить від того, як людина визначає успішне подолання [125].

Одна і та ж копінг-стратегія може мати різні короткострокові та довгострокові ефекти, тому тимчасові рамки, які використовуються для оцінки ефектів конкретної стратегії виживання, можуть впливати на те, чи вона є адаптивною чи неадекватною. Тому, щоб повністю зрозуміти процес подолання, необхідно враховувати як короткострокові, так і довгострокові результати: «те, що є ефективним у короткостроковій перспективі, може виявитися неефективним у довгостроковій, і навпаки».

Поєднання ситуаційних та особистісних факторів визначає, яка копінг-стратегія використовується людиною та наскільки вона ефективна. Деякі ситуації, як правило, оцінюються певним чином (напр., оцінка загрози

або виклику; загроза діяльності або загроза спілкуванню) і ця оцінка пов'язана з копінг-стратегіями, що використовуються [79, 117]. Але успішна адаптація часто включає адаптацію копінг-реакції до вимог ситуації і знання того, коли слід дотримуватися даної стратегії або перейти до інших копінг-стратегій [69]. Ряд досліджень показали, що деякі люди виявляють велику гнучкість у своїй здатності зіставляти свою копінг-реакцію з ситуаційним контекстом, а інші схильні використовувати певні стратегії копіngu або ж більш вправні у використанні конкретних стратегій копіngu [79, 97, 125].

Н. Азізлі та його співавтори прийшли до висновку, що ефективні стратегії копіngu мають вплив на рівень задоволеності життям, оскільки вона базується на успішному впоранні зі стресовими життєвими ситуаціями, досягненні особистих цілей і відсутності страху перед змінами [57]. Успіх чи невдача подолання визначатиме, чи знизиться у людини реакція на стрес і чи будуть задоволені різні очікувані вимоги [66, 121].

Як зазначає А. Ю. Побідаш, наряду з копінг ресурсами життєстійкість є однією з базових характеристик протидії стресу [27]. На думку Т. М. Титаренко, життєстійкість передбачає «використання копінг-стратегій, опанувальної поведінки, що виявляється в постійній турботі про своє психологічне здоров'я та соціальної підтримки» [56, с. 369].

В. О. Олефір зазначає, що: «копінг-стратегії є своєрідним медіатором, через який глибинні психологічні конструкти забезпечують саморегуляцію поведінки в стресовій ситуації» [26].

Таким чином, життєстійкість є провідною рисою особистості, що значною мірою впливає на розвиток внутрішніх ресурсів і, відповідно, конструктивних копінг-стратегій, які людина використовує протягом свого життя для подолання стресових ситуацій та життєвих негараздів [30].

1.3. Поняття довготривалого стресу війни.

Мільйони людей та сімей у всьому світі живуть під постійним впливом таких загроз як затяжні соціально-політичні конфлікти або насильство в суспільстві, яке загрожує поточній і майбутній небезпеці. Події, які відбуваються зараз в Україні, а саме повномасштабне вторгнення РФ в Україну, що розпочалось з 2022 року здатні викликати травматичний стрес у різних груп населення. Російська агресія проти України стала значним суспільним потрясінням, яке повністю перешкоджає досягненню життєвих перспектив і негативно впливає на психічний стан кожного українця, спричиняючи не лише емоційні страждання, але й серйозні загрози психічному здоров'ю [31]. І як показало нещодавно опубліковане дослідження О. В. Луцака та М. С. Великодної [113] щодо поширеності стресу, тривоги та симптомів ПТСР серед українців після першого року вторгнення Росії на Україну 24.02.2022 р., найменший рівень цих показників виявився серед українців, що не міняли місце проживання, значно вищі рівні показників стресу, тривоги та тяжкості ПТСР спостерігаються серед внутрішньо переміщених осіб, а найвищі - серед біженців. Такі результати дослідження автори пояснюють тим, що примусове виселення зі старого місця проживання та адаптація до нового культурного середовища значно погіршують проблеми з психічним здоров'ям, які виникають внаслідок досвіду війни та свідчень.

Отже, стрес є найбільш характерним психічним станом, що розвивається під впливом екстремальних умов життя людини. У психології під стресом розуміють стан психіки людини та її організму, який виникає при впливі стресових подразників та викликає мобілізацію резервних функцій для подолання небезпечної ситуації [45].

Основне поняття стресу було концептуалізовано в наукових працях Г.Сельє, Р. Лазаруса і С. Фолкмана. Г. Сельє визначає стрес як неспецифічну реакцію організму на будь-яку зміну умов, що вимагає пристосування і

відновлення нормального стану. І важливим є не лише сам факт стресу, але й його інтенсивність і якість. Р. Лазарус і С. Фолкман розглядали стрес як комплекс адаптаційних реакцій, що проявляються на різних рівнях: фізіологічному, психологічному і поведінковому. Стрес виявляється саме як реакція на особливості взаємодії особистості та зовнішнього середовища [4]. Людина на емоційному рівні може сприймати будь-яку ситуацію як стресову або травматичну. Українське суспільство в умовах війни постійно переживає травматизацію: новини, ракетні обстріли, тривоги, смерті, пошкодження/втрата майна, рідних тощо. Дистрес, що спричинений тривалими психологічними та фізіологічними навантаженнями на особистість, має негативні та виснажливі наслідки для організму. Людина здатна подолати короткостроковий стрес, коли організм мобілізує свої сили та ресурси, щоб правильно реагувати на стресові ситуації. Однак, якщо стрес стає хронічним, він стає деструктивним та шкідливим для організму, що може спричинити хвороби та перешкодити реалізації життєвого шляху людини [28].

Травматичний стрес є природною реакцією на незвичайні події, які виходять за межі звичайного життєвого досвіду людини [21]. О. Л. Туриніна зазначає, що до травматичних подій відносяться: природні та техногенні катастрофи, війна, тероризм, фізичне та сексуальне насильство, втрата близької людини тощо. В травматич-них ситуаціях людина не має можливості вибору, вони руйнують у людини розуміння безпеки і почуття довіри [45]. Основною різницею між поняттями довготривалого травматичного стресу і травматичного стресу є довготривала природа переживання стресових подій у житті людини у першому [3].

Концепція довготривалого травматичного стресу була розроблена для пояснення дезадаптивних реакцій, що є результатом впливу тривалих травматичних стресорів, які відчувають багато людей, що живуть у небезпеч-них умовах [73, 126]. Концептуалізація довготривалого травматичного стресу відбулася Д. Стракер і її командою завдяки

дослідженням довготривалого політичного насильства та державного гноблення в Південній Африці у 1980-х роках. Протягом цього часу багато людей щодня стикалися з небезпечними для життя подіями і поняття довготривалий травматичний стрес було введено, щоб визнати ці несприятливі та часто загрозливі для життя обставини та класифікувати психологічну реакцію на них [82]. Довготривалий травматичний стрес або вплив травми типу III (безперервні, повторювані та поточні травматичні події) відображає ситуацію, коли люди зазнають постійної та тривалої загрози, яка, зазвичай, триває декілька років. Основною характеристикою довготривалого травматичного стресу Дж. Стракер виділяла контекст, що визначається наявністю стресових факторів, які є дуже потужними, оскільки практично неможливо їх уникнути [91, 127].

Хігсон-Сміт визначає довготривалий травматичний стрес як «емоційну або поведінкову реакцію на реальну або поточну небезпеку, яку оповідач описує як результат життя в умовах постійної небезпеки» [126, с. 80].

Ідея довготривалого травматичного стресу пов'язана з визнанням того факту, що для багатьох громадян сучасного світу травматичний вплив є і поточним і очікуваним у майбутньому, а не минулим. Крім контекста довго-тривалого травматичного стресу, його відмінні характеристики також пов'язані і з тимчасовим розташуванням стресорних умов, складністю розрізнення реальної та передбачуваної чи уявної загрози та відсутністю зовнішніх захисних систем [73, 127]. Дж. Ігл зазначає, що довготривалий травматичний стрес відбувається в контексті, в якому небезпека і загроза значною мірою безликі і непередбачувані, але все ж таки всеосяжні та суттєві. Вона приводить три типи контекстів, в яких, ймовірно, можна спостерігати довготривалий травматичний стрес, та цей список не є вичерпним [73]. Перший тип контексту для довготривалого травматичного стресу - це зони, порушені конфліктом, в яких ведуться бойові дії низької інтенсивності, де часті терористичні атаки, у тому числі на цивільні цілі, або

де репресивні державні сили діють безкарно. Другий контекст для довготривалого травматичного стресу - хронічне насильство у спільноті, особливо там, де домінують банди, а сили державної безпеки не можуть втрутитися, щоб захистити членів спільноти.

Третій контекст стосується людей, які були переміщені внаслідок переслідувань чи воєнних дій, що живуть в умовах ксенофобії і неприйняття, переслідування іншими членами суспільства. Так, ряд досліджень показує, що довготривалий травматичний стрес у різних контекстах є поширеним явищем по всьому світу [83] і може бути результатом різних травматичних ситуацій, таких як проживання в умовах постійного міського насильства [119]; постійного обстрілу ракетами [81]; в умовах кризи COVID-19 [90] або ж тривалого домашнього насильства [24, 40, 86].

Життя за умов постійного впливу травмуючих подій передбачає постійну невизначеність і навіть постійну пильність і готовність [120]. Періодична дія травматичного стресу погіршує здатність людей підтримувати стабільний розпорядок дня і створює почуття загрози, уразливості, занепокоєння, збентеження, невпевненості та безпорадності [134]. Симптомами переживання людиною довготривалого травматичного стресу можуть бути: послаблення функцій пам'яті, порушення сну і харчування, напруженість, зменшення сенсорної чутливості, зниження самоконтролю, пасивність поведінки, уникнення спілкування та депресивний розлад. Переживання довготривалого травматичного стресу для деяких людей в майбутньому може стати причиною появи посттравматичного стресового розладу (ПТСР) [3, 14, 80]. Деякі дослідження довели підвищений дистрес серед людей, які зазнали ситуацій довготривалого травматичного стресу, включаючи симптоми посттравматичного стресового розладу, тривогу, депресію та безпорадність, а також соматизацію [85, 89].

Довготривалий травматичний стрес може дуже сильно вплинути на здатність людини пристосовуватися до нових викликів та стресорів.

Враховуючи, що довготривалий травматичний стрес вимагає постійних зусиль, щоб впоратися з ситуацією, люди в ситуаціях тривалого травматичного стресу можуть бути виснажені та вичерпані в плані здатності справлятися із труднощами, і, таким чином, особливо вразливі для нових стресорів [90].

Згідно з гіпотезою «сенсibiliзації», люди, які раніше зазнавали травмуючих подій, можуть гостріше реагувати на додаткові стресори через підвищену чутливість до стресу або виснаження здатності впоратися. Виходячи з цього можна говорити, що частина українців може бути ще більш вразливою в поточній ситуації повномасштабного вторгнення РФ в Україну, якщо брати у розрахунок, що на сході України війсьні дії тривають ще з 2014 року а також тривалий вплив пандемії COVID-19, яка також мала травматичних характер: невизначеність та страхи, пов'язані з поширенням вірусу, смерті близьких, довготривала соціальна ізоляція, зниження якості життя, економічні проблеми тощо.

По результатам систематичного дослідження Т. Гріне дорослого цивільного населення Південного Ізраїлю, яке зазнало травм, виявлено більш високий рівень ймовірної психопатології і більше психологічного стресу серед осіб, які зазнають постійних негараздів, порівняно з їхніми однолітками, які не стикалися з такими постійними стресорами [81]. Також і у дослідженні

С. Потлурі та А. Пател з використанням концепції довготривалого травматичного стресу для вивчення негараздів серед індійських жінок з нетрів, тяжкість психологічних симптомів була передбачувано вищою для жінок, які повідомили про поточні довготривалі негаразди [116].

Довготривалий травматичний стрес відрізняється від посттравматично-го стресу (ПТС) та посттравматичного стресового розладу (ПТСР) перш за все тим, що останні обумовлені насамперед внутрішніми психологічними ефекта-ми минулої травми, пов'язані саме з минулими

подіями. Натомість довготривалий травматичний стрес являє собою структуру, що описує стресові стани, щоб точніше охарактеризувати контексти негараздів, що як були у минулому, так і продовжуються і не мають передбачуваного кінця [15, 82, 116]. Г. Стрекер з командою розробили концепцію довготривалого травматичного стресу після того, як зазначили, що діагностика посттравматичного стресового розладу та втручання не враховують досвіду та потреб жертв насильства в контекстах, в яких була ймовірна перспектива продовження віктимізації, і коли умови життя, недотримання законів та надання дискримінаційних захисних послуг збільшують цю ймовірність.

Як зазначається в недавньому дослідженні І. Халлей, К. Вагер, довготривалого травматичного стресу у вивченні досвіду та потреб жінок у підтримці після розлуки з жорстоким партнером, модель довготривалого травматичного стресу є перехід від заклопотаності символічними і психосоціальними значеннями минулих інцидентів до підходу, орієнтованому майбутнє. Замість енергії, що витрачається на деконструкцію та обробку подій збудження, стратегія довготривалого травматичного стресу пропонує свідоме побудування внутрішніх стратегій для забезпечення безпеки в майбутньому та мінімізації впливу травматичного стресу, що триває [86].

Навіть у контексті довготривалого травматичного стресу люди можуть страждати від симптомів ПТС. Травматичний досвід у минулому може стати невідмінним від поточного травматичного досвіду, оскільки повторний вплив травматичного досвіду може сформувати мережу страху пов'язаних сенсорних, емоційних та когнітивних компонентів пам'яті, які відірвані від контекстуальних сигналів, таких як час і місце небезпеки [82].

Вченими Нутман-Швартц та Шовал-Цукерман також було виявлено, що реакції страху на негаразди, що продовжуються, є більш хронічними і пов'язані з вищими рівнями порушень порівняно з симптомами, пов'язаними з ПТСР [112]. Т. Грин із соавторами, у своїй роботі крім ПТСР реакції на

довготривалий травматичний стрес також включають депресію, тривогу, суїцидальні нахили, проблеми зі сном та соматизацію [81]. Однак ці реакції розрізняються за проявом, тяжкістю та порушенням. Так, деякі дослідження [72, 82] показали, що реакції на негаразди, які продовжуються, є нормативними і доречними, у той час, як інші дослідження [89] показали, що ці реакції є ненормальними, неадекватними та викликають посилення порушень. Тим не менш, довготривалий травматичний стрес є складним і замкнутим явищем, яке поєднує в собі минулий, теперішній і майбутній досвід, тим самим пропонуючи нове розуміння стресових реакцій в контексті негараздів [112]. Підсумовуючи все вищезазначене, можна сказати, що громадяни України в даний час підвержені довготривалому стресу війни, який у психологічній літературі відповідає поняттю саме довготривалого травматичного стресу і у нашій науковій роботі ми зможемо побачити які реакції на довготривалий травматичний стрес у військових умовах спостерігаються у громадян України.

Висновки до першого розділу

1. Життестійкість є провідною рисою особистості, установкою на виживання, яка дозволяє ефективно справлятися зі стресом і спрямована на особистісне зростання. Це те, що надає людському життю цінності та сенсу в будь-яких обставинах. Вона відображає здатність особистості підтримувати своє фізичне та психічне благополуччя у періоди нестабільності та є джерелом внутрішнього опору, що знижує вплив стресу на здоров'я. Це досягається завдяки збереженню внутрішньої впевненості, психологічної рівноваги та збереженню ефективності в діяльності.

Життестійкість є загальною мірою психічного здоров'я людини і містить три компоненти: залученість, контроль та прийняття ризику. Деякі автори розширюють цю структуру і додають до неї ще й інші позитивні

властивості особистості: цілі, цінності, сенси, самоставлення, самореалізацію та автономію. Життєстійкість формується протягом усього життя людини, але більшою мірою розвивається ще в дитинстві і на її розвиток великий вплив мають стосунки між дитиною і батьками.

Життєстійкість, як риса особистості, виступає фактором резильєнтності – процесу подолання та позитивної адаптації людини до складних життєвих ситуацій, коли попри труднощі людина підвищує свою здатність до успіху та ефективності.

2. Життєстійкість значною мірою впливає на розвиток внутрішніх ресурсів особистості і тим самим, конструктивних копінг-стратегій, які людина використовує протягом свого життя задля подолання життєвих негараздів та стресу. Саме через використання копінг-стратегій передається вплив життєстійкості на психологічне благополуччя особистості та рівень задоволеності життям, оскільки вона базується на успішному впоранні зі стресовими життєвими ситуаціями, досягненні особистих цілей і відсутності страху перед змінами. Чим вищий рівень життєстійкості особистості, тим більше ймовірність, що вона обирає продуктивні стратегії подолання в стресових ситуаціях та має вищий рівень психологічного благополуччя, і навпаки, при низькому рівні життєстійкості існує більша ймовірність обрання особистістю непродуктивних копінг-стратегій у стресових ситуаціях, знижена самооцінка її психологічного благополуччя.

3. В умовах війни українці постійно переживають травматизацію (ракетні обстріли, тривоги, смерті, пошкодження або втрата майна, рідних, новини тощо), яка призводить до довготривалого травматичного стресу, який відображає довготривалу природу переживання стресових подій у житті людини які є дуже потужними, та яких практично неможливо уникнути. При довготривалому травматичному стресі небезпека і загроза значною мірою непередбачувані та суттєві. Довготривалий травматичний стрес негативно впливає як на психологічний, так і на фізіологічний стан людини та має такі

симптоми, як погіршення пам'яті, порушення сну і харчування, напруженість, зниження самоконтролю, пасивність, уникнення спілкування, депресія тощо. Довготривалий травматичний стрес наряду з усіма симптомами його прояву, виснажує як внутрішні так і зовнішні ресурси людини і тим самим може сильно впливати на її здатність пристосовуватися до нових викликів та стресорів сьогодення.

РОЗДІЛ 2. МЕТОДИЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ЖИТТЄСТІЙКОСТІ ОСОБИСТОСТІ ГРОМАДЯН УКРАЇНИ ПІД ЧАС ДОВГОТРИВАЛОГО СТРЕСУ ВІЙНИ

2.1. Організація дослідження життєстійкості особистості громадян України під час довготривалого стресу війни

З метою реалізації мети та завдання дослідження нами проводилося емпіричне дослідження життєстійкості особистості громадян України під час довготривалого стресу війни.

Дослідження проводилось у декілька етапів. На *першому етапі* відбувалось вивчення та аналіз теоретичних даних за темою нашого дослідження, підібрано психодіагностичні методики дослідження та підготовлені анкети і бланки методик. На *другому етапі* – власне емпіричне дослідження. На *третьому етапі* – інтерпретація та аналіз отриманих під час дослідження даних.

Загалом, у процесі науково-дослідної роботи було використано наступні загальнонаукові та спеціальні дослідницькі методи: на *теоретичному рівні* дослідження використовувався метод аналізу літератури, метод узагальнення, метод порівняння та систематизації теоретичних даних з досліджуваної проблеми; на *емпіричному рівні* - метод опитування (анкетування), психодіагностичний метод (тестування за обраними методиками), методи математичної статистики.

На першому етапі емпіричного дослідження було проведено онлайн опитування респондентів з використанням платформи Google forms. Вибірка формувалась за принципом «снігової кулі», тобто група респондентів підбиралась випадковим чином. Залучення респондентів здійснювалося за допомогою інструментів Facebook, Telegram, Instagram. Здебільшого посилання на опитування розповсюджувалося у психологічних групах: для

практикуючих психологів, соціальних працівників, навчальних груп з психології та груп, поєднуючих людей, які цікавляться психологією.

На цьому етапі учасники дослідження спочатку заповнювали розроблену нами анкету, що містила як закриті так і відкриті питання (бланк анкети представлено у ДОДАТКУ А) для виявлення основних характеристик отриманої вибірки, після чого респонденти проходили тестування за методиками (зазначені у Розділі 2.2), обраними згідно теми та мети нашого дослідження.

На другому етапі проводилась первинна обробка даних для підрахунку результатів тестування за обраними методиками. Для огляду загальної характеристики вибірок використовувалася описова статистика, така як середні значення (M) і стандартні відхилення (SD).

Для подальшого дослідження використовувалися наступні методи математичної статистики: для порівняльного аналізу показників у групах застосовувався t -критерій Стюдента; для кореляційного аналізу показників застосовувався коефіцієнт лінійної кореляції r -Пірсона. Отримані результати даного емпіричного дослідження проводились за допомогою комп'ютерної програми SPSS Statistics 27.0 для статистичної обробки даних.

З метою дослідження життєстійкості особистості громадян України під час довготривалого стресу війни за інформованою згодою було досліджено 105 осіб - громадян України: 84 жінки (80,0%) та 21 чоловік (20,0%) віком від 18 до 74 років, різних за рівнем освіти, професійною зайнятістю, фахом, сімейним та соціальним статусами, з різних міст України, а також тих, хто виїхав за кордон через війну з моменту повномасштабного вторгнення Росії в Україну 24.02.2022 р. Більшість досліджуваних обох статей перебувають у шлюбі 73,33% (з яких 73,8% жінок і 61,9% чоловіків), до того ж 76,19% із них мають дітей.

Найбільше досліджуваних у вікових межах 26–46 років (період середньої дорослості) - 69,52%, у межах 47-60 років (період пізньої

дорослості) – 17,14 % та 7,62% - у межах 18–25 р., що відповідає періоду ранньої дорослості. Літні люди (61-75 років) складають 5,71% вибірки [39]. Середній вік досліджуваних – $M=38,6\pm8,04$.

Преважна більшість досліджуваних мають вищу освіту (80%), з яких ступінь бакалавра мають 10,48%, ступінь спеціаліста/магістра – 67,62% та науковий ступінь - 1,9%. Ще 5,71% респондентів мають незакінчену вищу освіту, 10,48% - середню спеціальну та 3,81% - середню освіту.

Більше половини вибірки (56,19%) – особи, що проживають в Україні у рідному місці, 2,68% - проживають в Україні, але через війну переїхали в інший населений пункт і 40,95% - це досліджувані, що виїхали за кордон через війну з моменту повномасштабного вторгнення Росії в Україну 24.02.2022 р.

42,86% досліджуваних з моменту повномасштабного вторгнення Росії в Україну, через війну виїжджали з України за кордон, 16% - виїжджали за кордон, але повернулись та 41,9% опитуваних - не виїжджали за межі України.

На рис. 2.1 показано розподіл вибірки за місцезнаходженням членів сім'ї досліджуваних.

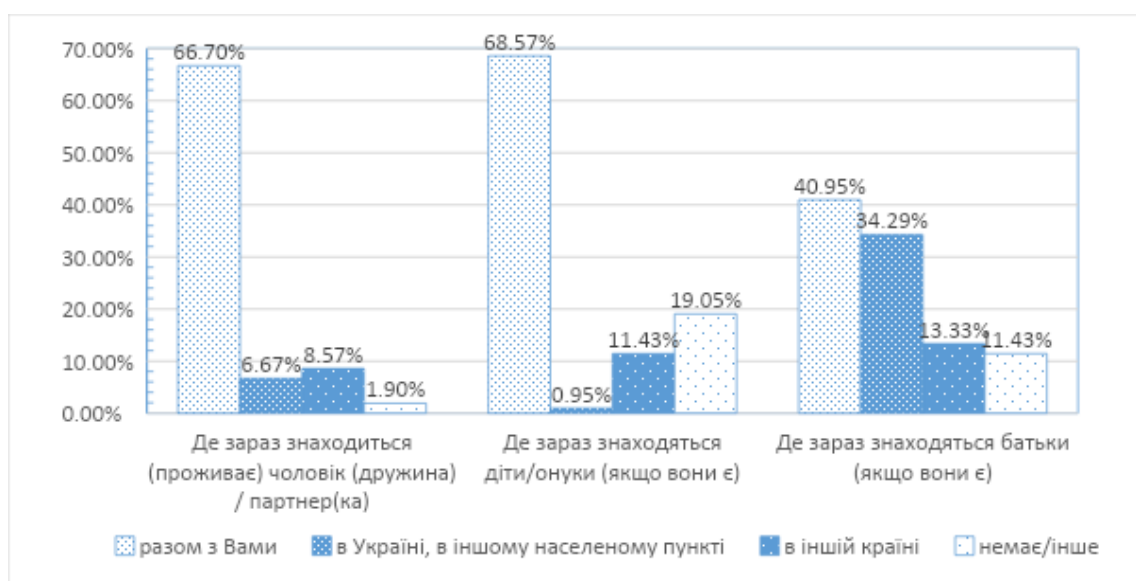


Рис. 2.1. Місцезнаходження членів сім'ї/ партнерів досліджуваних

За основними причинами/мотивами залишатися в Україні під час воєнних дій, респондентів, що зараз проживають в Україні (58,87% від загальної кількості досліджуваних), умовно можна розділити на дві групи: патріоти/ ті, що не хочуть виїжджати з України – 34,29% від загальної вибірки, та ті, хто немає можливості виїхати з різних причин (робота, рідні, відсутність грошей, військовозобов'язаний тощо) – 24,76%.

Ті досліджувані, що виїхали з України після початку війни (24.02.22р.) та не змінювали країну перебування, складають 41,9% вибірки, ті, що один раз змінювали країну перебування - 9,52% та лише 2,86% респондентів змінювали країну перебування більше одного разу. 38,1% людей, які виїжджали за кордон, знаходились або знаходяться там більше року, 10,40% - не більше ніж пів року та 7,62 % - від 6 місяців до року.

Серед респондентів, що виїхали з України і досі не повертаються, основними причинами є: війна, страх за життя та безпека, діти - у 25,71% загальної вибірки; їх рідне місто окуповане або там ведуться активні бойові дії - 6,67%; через лікування у країні перебування не повертається 2,86%; через роботу/ облаштування у країні перебування - 3,81%.

29,52% респондентів зараз перебуває за кордоном та планують повертатися в Україну у майбутньому, 7,62% - не планує повертатися після закінчення війни, а 14,29% - ще не знають, чи будуть повертатися в Україну.

Респонденти, що прийняли рішення не повертатися після закінчення війни в Україну, двома основними причинами такого рішення зазначають невизначеність у тому, скільки триватиме війна та що буде відбуватися в Україні після її закінчення (масштаби зруйнувань та кризи у різних сферах); наявність вже достатньо облаштованого життя у країні перебування (роботи, житла, навчання дітей тощо) і небажання починати все спочатку в Україні.

Серед опитуваних, що планують повертатися в Україну після закінчення війни, можна виділити такі основні причини: Україна - їх дім та Батьківщина; в Україні zostалися чоловік/ рідні, нерухомість/ бізнес.

Та частина респондентів, що не визначилися, чи будуть вони по закінченню війни повертатися в Україну, у своїй більшості зазначають, що це залежатиме від тривалості війни та того, наскільки вони за цей час облаштуються у країні перебування і чи матимуть змогу офіційно залишатися у країні перебування після закінчення війни.

На питання анкети, що допомагає/ підтримує респондента в умовах викликів сьогодення, більшість досліджуваних (55,24%) відповіли про підтримку близьких (сім'ї та друзів), 25,71% зазначили віру та надію в перемогу і краще майбутнє. Робота, навчання підтримує 9,52% респондентів та стільки ж опитуваних відповіли про спорт, хобі та виконання повсякденної рутини; 7,62% респондентів зазначили, що їх підтримує різного роду психологічна допомога. Також 4,76% опитуваних відповіли, що знаходять підтримку у алкоголі, наркотиках або надмірному споживанню їжі, а 2,86% досліджуваних зазначили, що їх вже нічого не підтримує.

63,81% нашої вибірки - це респонденти, що мають роботу (у точу числі працюють у країні перебування), 25,71%, працюють в українській компанії – 38,1). Загалом не працюють 36,19% респондентів.

Щодо знання державної мови у країні перебування (у тому числі України), то 69,52% респондентів вільно володіють державною мовою, не володіють лише 8,57% та рівень володіння державною мовою «перекладаю зі словником» мають 21,9% респондентів. 44,76% досліджуваних зараз вивчають державну мову країни перебування, а 55,24% - не вивчають.

Лише 35,24% респондентів зазначили в опитуванні, що стикалися (або і досі стикаються) після 24.02.2022 р. з труднощами та проблемами, пов'язаними з отриманням медичної допомоги, житлом, освітою тощо. 64,76% опитуваних не мали такого роду труднощів.

Майже третина вибірки (29,52%) отримують якусь матеріальну допомогу/ пільги у країні проживання, 0,96% - це люди, що отримують

виплати по інвалідності (для 1ї або 2ї групи) та 69,52% респондентів не отримують ніякої матеріальної допомоги.

Респонденти, що зараз проживають в Україні, зазначають наступні основні стресові фактори, що впливають на них у період воєнного часу: війна та загроза смерті, постійні обстріли, страх за своїх дітей, нестабільність і невизначеність майбутнього, підвищення цін, періодична відсутність води/ світла/ зв'язку, неможливість виїхати за кордон, мобілізація чоловіків.

Ті респонденти, що зараз знаходяться за кордоном, зазначають такі основні стресові фактори: новини з України; страх за рідних/ друзів, що залишились в Україні; невизначеність майбутнього; неможливість повернутись додому та бути поруч із близькими/ друзями; відчуття провини, що виїхали та/ або недостатньо допомагають; страх засудження за свій вибір поїхати; гибель друзів та/ або воїнів на фронті; складні сімейні відносини; втрата минулого комфортного життя та планів; труднощі, пов'язані проживанням і налагодженням свого життя в іншій країні (соціальні, фінансові); стрес на роботі. Загалом, усю описову статистику вибірки учасників дослідження наведено у ДОДАТКУ Б.

Далі, у наступному підрозділі буде розглянуто вибір та опис психодіагностичних методик нашого емпіричного дослідження.

2.2. Методи дослідження життєстійкості особистості громадян України під час довготривалого стресу війни

З метою емпіричного дослідження життєстійкості особистості громадян України під час довготривалого стресу війни використовувалися наступні психодіагностичні методики:

- методика діагностики життєстійкості С. Мадді;
- адаптована версія Шкали Резильєнтності (CD-RISC-10), З.О. Кіреєва, О.С. Односталко;

- опитувальник «Шкала для дослідження копінг-поведінки у ситуаціях небезпеки», створений на основі методики Ways Of Coping Questionnaire (WOCQ) С. Фолкман та Р. Лазаруса, у модифікації Н. В. Родіної;
- модифікована шкала суб'єктивного благополуччя БіБіСі (The Modified BBC Subjective well-being scale (BBC-SWB), П. Понтін, М. Шваннаувер, С. Тай, М. Кіндерман) в адаптації Л. М. Карамушки, К. В. Терещенко, О.В. Креденцер);
- методика «Шкала депресії А. Бека» (Beck's Depression Inventory);
- контрольний список ПТСР для DSM-V (PCL-5) («PTSD Checklist for DSM-V», Ф. Везерс, Б. Літз, Т. Кін) в адаптації О. О. Хаустової, Л. Є. Трачука, В. Г. Безшейка.

Далі представлено короткий опис використаних у дослідженні методик.

1) *Методика діагностики життєстійкості С. Мадді* використовується для визначення рівня вираженості життєстійкості особистості як в цілому, так і окремо її компонентів. Вона включає чотири показника: загальний бал життєстійкості і бали за трьома субшкалами: залученість, контроль і прийняття ризику [108]. Методика містить 45 тверджень, на які респондентам пропонується обрати варіант відповіді, що найкращим чином відображає їхню думку про себе («ні», «скоріше ні, ніж так», «скоріше так, ніж ні», «так»).

Для підрахунку балів відповідям на прямі пункти присвоюються бали від 0 до 3 («ні» – 0 балів, «скоріше ні, ніж так» – 1 бал, «скоріше так, ніж ні» – 2 бали, «так» – 3 бали), відповідям на зворотні пункти присвоюються бали від 3 до 0 (де «ні» – 3 бали, а «так» – 0 балів). Тест має ключ, де представлені прямі і зворотні пункти для кожної шкали. Бали окремих субшкал за прямими і зворотними пунктами підсумовуються і далі обчислюється загальний бал життєстійкості (сума даних за трьома субшкалами).

Тест має середні і стандартні відхилення загального показника життєстійкості і субшкал. Отримані результати порівнюються нормативними

значеннями (див. табл. 2.1). Значення за шкалами, що відповідають середнім і вище середнього свідчать про вираженість вимірюваних показників.

Таблиця 2.1

**Нормативними значення шкал методики діагностики
життєстійкості С.Мадді**

Норми	Життєстій-кіст ь	Залученість	Контроль	Прийняття ризиків
Високі значення	$\geq 99,26$	$\geq 45,73$	$\geq 37,61$	$\geq 18,31$
Середні значення	62,19 - 99,25	29,56 – 45,72	20,74 – 37,6	9,52 – 18,3
Низькі значення	$\leq 62,18$	$\leq 29,55$	$\leq 20,73$	$\leq 9,51$

2) *Шкала Резильєнтності CD-RISC-10, що була адаптована З.О. Кіреєвою, О.С. Односталко, Б.В. Бірон [12]* базується на методиці CD-RISC-10, що розробили доктор Кампбел-Сілс та Стейн [65]. Ця шкала вимірює резильєнтність як функцію п'яти взаємопов'язаних компонентів: особистісної компетентності, прийняття змін та безпечних відносин, довіри/толерантності, контролю та духовних впливів. Існуюча адаптація шкали резильєнтності підтвердила високу конструктну валідність для скороченої версії та конвергентну валідність та надійність за внутрішньою узгодженістю для скороченої та повної версії. Автори рекомендують використання скороченої версії як більш узгодженого варіанту.

Скорочена версія адаптованої версії Шкали містить 9 питань, на які респонденту пропонується надати відповіді (0 – ніколи, 1 – рідко, 2 – іноді, 3 – часто, 4 – завжди).

Отримані результати порівнюються з нормативними показниками: низькі значення – до 24,32; середні – від 24,32 до 34,4; високі – від 34,4. Чим більше балів, тим більше резильєнтність.

3) Опитувальник *«Шкала для дослідження копінг-поведінки у ситуаціях небезпеки»* (створений на основі методики *Ways Of Coping Questionnaire (WOCQ)* С. Фолкман та Р. Лазаруса) у модифікації Н.В. Родіної був розроблений з метою дослідження копінг-поведінки у ситуаціях небезпеки з метою підвищення адаптаційних можливостей особистості [33].

Цей опитувальник містить наступні субшкали: «Прийняття і пасивний розрахунок на допомогу», «Прийняття і пасивний песимізм», «Прийняття і пасивний оптимізм», «Прийняття і активна боротьба» і «Неприйняття та дисоціація». Відповідно до назв шкал: прийняття ситуації (пасивне, активне) та неприйняття ситуації (дисоціація).

Згідно інтерпретації авторів до цього опитувальника, шкала *«Прийняття і пасивний розрахунок на допомогу»* характеризує схильність індивіда вірно сприймати навколишні події і стресові ситуації та неспроможність діяти самостійно без допомоги зі сторони. Це своєрідна копінг-стратегія вивченої безпорадності.

Шкала *«Прийняття і пасивний песимізм»* характеризує копінг-стратегію занурення у негативні думки, людина розуміє ситуацію, приймає її, відмічає і дає їй вірну оцінку, але уся діяльність залишається заблокованою у когнітивній сфері, тільки негативні думки без реальних дій.

Шкала *«Прийняття і пасивний оптимізм»* - аналогічний механізму завмирання у стресовій ситуації, неспроможності діяти і занурення у когнітивну сферу з надією віднайти втіхи, щоби заспокоїтися. Критичним проявом пасивного оптимізму може бути «токсичний позитивізм» - своєрідний спосіб копінг-поведінки у ситуації небезпеки або загрози життю, що характеризується патологічним оптимізмом, через призму якого викривлюються і нівелюється сприйняття реальної небезпеки.

Шкала *«Прийняття і активна боротьба»* - адекватний та виважений аналіз ситуації, діяльність не заблокована.

Шкала *«Неприйняття та дисоціація»* характеризує повне заперечення реальної ситуації, занурення у суб'єктивний світ і сприйняття подій через призму захисного механізму, ніби все відбувається не насправді.

Цей опитувальник складається з 42 тверджень, які респондентам пропонується оцінити за запропонованою шкалою (0 – у даній ситуації ніколи так не повадився; 1 – у деякій мірі повадився так; 2 – здебільшого повадився

так; 3 – поводився загалом так), спочатку згадавши найбільш стресову ситуацію, яка сталася із ними минулого тижня, коли їм довелося сильно нервувати і докласти багато зусиль, щоб заспокоїтися; згадати деталі ситуації та її учасників.

Обробка результатів за опитувальником здійснюється шляхом додавання набраних балів по усім п'яти шкалам. Нижче у таблиці 2.2 наведені середні нормативні діапазони за кожною із шкал та їх максимальне значення. Значення, що відповідають нормативному діапазону, свідчать про наявність в цілому достатньо вираженої ознаки.

Таблиця 2.2

**Нормативні значення показників Шкали для дослідження
копінг-поведінки у ситуаціях небезпеки (створеної на основі методики
WOCQ) С. Фолкман та Р. Лазаруса) у модифікації Н. В. Родіної**

Шкали:	Середній нормати вний діапазон	Макс. бал по шкалі (100%)
«Прийняття і пасивний розрахунок на допомогу» (пункти № 5, 6, 8, 12, 13, 14, 16, 17, 19, 26, 29).	11-22	33
«Прийняття і пасивний песимізм» (п.№ 3, 7, 9, 10, 25, 28, 30, 33)	8-16	24
«Прийняття і пасивний оптимізм» (п. № 11, 20, 31, 32, 40, 41, 42)	7-14	21
«Прийняття і активна боротьба» (п.№ 1, 2, 4, 15, 22, 23, 24, 27, 34)	9-18	27
«Неприйняття та дисоціація» (п.№ 18, 21, 35, 36, 37, 38, 39)	7-14	21

4) *Модифікована шкала суб'єктивного благополуччя БіБіСі (The Modified BBC Subjective well-being scale (BBC-SWB), П. Понтін, М. Шваннаувер, С. Тай, М. Кіндерман) в адаптації Л.М. Карамушки, К.В. Терещенко, О.В. Креденцер [8] досліджує рівень загального благополуччя особистості з урахуванням фізичного та психологічного здоров'я, стосунків та середовища. Методика включає три субшкали:*

– *«психологічне благополуччя»* включає здатність контролювати власне життя, відчуття оптимізму стосовно майбутнього, впевненість у

власних поглядах та переконаннях, здатність до особистого росту, розвитку тощо;

– «фізичне здоров'я та благополуччя» охоплюють задоволеність фізичним здоров'ям, якість сну, здатність до виконання повсякденних обов'язків, занять спортом та відпочинку, відсутність депресії, тривоги тощо;

– «стосунки» - включає в себе комфортне ставлення та спілкування з іншими людьми, наявність щасливих дружніх і особистих відносин, можливість звертатися за допомогою до інших, задоволеність своїм сексуальним життям тощо.

Опитувальник містить 24 питання, на які респонденту пропонується надати відповідь («зовсім ні» - 1, «трохи» - 2, «середньо» - 3, «дуже сильно» - 4, «надзвичайно сильно» - 5). Всі питання, окрім п. №4, мають прямий порядок нарахування балів, питання №4 – зворотний. Загальний показник суб'єктивного благополуччя рахується як сумарний бал по всіх пунктах методики. Отримані показники порівнюються з нормативними (див. табл. 2.3).

Таблиця 2.3

Нормативні показники Модифікованої шкали суб'єктивного благополуччя БіБіСі (BBC-SWB, П. Понтін, М. Шваннавер, С. Тай, М. Кіндерман) в адаптації Л.М. Карамушки, К.В. Терещенко, О.В. Креденцер

Субшкали та загальний показник суб'єктивного благополуччя	Норми		
	Низький рівень	Середній рівень	Високий рівень
Психологічне благополуччя (п.№4-15)	12–39	40–47	48–60
Фізичне здоров'я та благополуччя (п.№ 1-3, 21-24)	7–20	21–25	26–35
Стосунки (п. № 16-20)	5–16	17–20	21–25
Суб'єктивне благополуччя	24–76	77–91	92–120

5) *Методика «Шкала депресії А. Бека» (Beck's Depression Inventory)* вважається одним з найбільш надійних і точних інструментів скринінгової діагностики депресії [131]. Вона дає можливість цілеспрямовано оцінити вираженість як депресивного синдрому в цілому, так і окремих симптомів та його складових. За допомогою двох субшкал оцінюється вираженість 21 симптому депресії:

– *когнітивно-афективна субшкала (C-A)*, пункти №№1-13: настрій; песимізм; почуття неспроможності; незадоволеність; почуття провини; відчуття, що буду покараний; огида до самого себе; ідеї самозвинувачення; суїцидальні думки; сльозливість, дратівливість; порушення соціальних зв'язків; нерішучість;

– *субшкала соматичних проявів депресії (S-P)*, пункти №№14-21: образ тіла; втрата працездатності; порушення сну; стомлюваність; втрата апетиту; втрата ваги; охопленість тілесними відчуттями; втрата лібідо.

Опитувальник містить 21 пункт, кожен з яких складається з 4 тверджень, що відповідають специфічним проявам/ симптомам депресії. Кожен пункт шкали оцінюється від 0 до 3 балів відповідно до наростання тяжкості симптому. Сумарний бал становить від 0 до 63 і знижується відповідно до поліпшення стану: 0-9 – відсутність депресивних симптомів; 10-15 – легка депресія (субдепресія); 16-19 – помірна депресія; 20-29 – виражена депресія (середньої тяжкості); 30-63 – важка депресія.

б) *Контрольний список ПТСР для DSM-V (PCL-5) («PTSD Checklist for DSM-V», Ф. Везерс, Б. Літз, Т. Кін) в адаптації О.О. Хаустової, Л.Є. Трачука, В.Г. Безшейка [1].*

Методика PCL-5 зазвичай використовується для скринінгу посттравматичного стресового розладу (ПТСР), моніторингу зміни симптомів під час і після лікування, попередню постановку діагнозу ПТСР [133]. Опитувальник складається із 20 питань, кожне з яких оцінюється від 0 до 4 балів в залежності від вираженості симптому («зовсім ні» – 0, «трохи» – 1, «помірно» – 2, «відчутно» – 3, «дуже» – 4). Питання по цій шкалі відображають відповідні кластери симптомів ПТСР згідно із класифікацією DSM-V [58]: Критерій А – опис травматичної події; Критерій В – симптоми інтрузії; Критерій С – симптоми уникнення; Критерій D – негативні думки та емоцій, Критерій Е – симптоми надмірної реактивності.

Мінімально можливий бал – 0, максимально можливий – 80. Для діагнозу ПТСР наявність експозиції до травматичної події є обов'язковою.

У методиці приведені два підходи щодо інтерпретації результатів. Клінічно значущими симптоми вважаються, якщо: 1) підрахунок загальної кількості балів: пацієнт загалом набирає 33 або більше балів (у нашому дослідженні був обрано цей підхід до інтерпретації результатів); 2) підрахунок по кластерах симптомів (пацієнт відповідає на 2+ балів по одному запитанню із критеріїв В та С, та на два запитання – критеріїв D та E).

Методика PCL-5 у цьому дослідженні була використана для того, аби виявити поширеність серед вибірки симптомів ПТСР.

Висновки до другого розділу

1. У другому розділі поетапно було описано організацію дослідження життестійкості особистості громадян України під час довготривалого стресу війни. Так, наше дослідження проводилось у три етапи. Вивчення та аналіз теоретичних даних, пов'язаних із предметом нашого дослідження відповідає першому етапу. Також на цьому етапі проводився відбір психодіагностичних методик та підготовка анкети і бланків методик. На другому етапі було здійснено емпіричне дослідження, а у заключному - третьому етапі, проводилася інтерпретація та аналіз отриманих в процесі дослідження даних.

Зазначено, що дослідницька робота проводилась серед громадян України, як проживаючих на її території, так і тих, хто виїхав за кордон через війну з моменту повномасштабного вторгнення Росії в Україну 24.02.2022 р. Загалом у процесі дослідження було обстежено 105 респондентів, з яких 56,19% - особи, що проживають в Україні у своєму рідному місці, 2,68% - ті, що переїхали в інший населений пункт та 40,95% - респонденти, що виїхали за кордон через війну.

2. Вибір певних психодіагностичних методик обумовлено темою нашого дослідження. Обрані нами методики дозволяють дослідити життєстійкість українців та її компонентів, а також її зв'язок з резильєнтністю, як здатністю адаптуватися в умовах тривалого травматичного стресу, та копінг-поведінкою. Крім того, за допомогою обраних методик ми зможемо дослідити рівень суб'єктивного благополуччя респондентів та наявність і вираженість симптомів депресії та ПТСР. Це все дасть змогу всебічно і глибоко розкрити тему нашого дослідження і не тільки дослідити рівень життєстійкості досліджуваних, а також виявити які фактори впливають на рівень життєстійкості і як саме.

РОЗДІЛ 3. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ЖИТТЄСТІЙКОСТІ ОСОБИСТОСТІ ГРОМАДЯН УКРАЇНИ ПІД ЧАС ДОВГОТРИВАЛОГО СТРЕСУ ВІЙНИ

3.1. Результати емпіричного дослідження життєстійкості особистості громадян України під час довготривалого стресу війни

У цьому розділі поступово буде представлено результати емпіричного дослідження життєстійкості особистості громадян України під час довготривалого стресу війни за шістьма використаними в дослідженні психодіагностичними методиками.

Отримані результати за методикою діагностики життєстійкості С. Мадді показали (див. ДОДАТОК В1), що більшості нашої вибірки (60,95%) характерний середній рівень життєстійкості ($81,69 \pm 8,87$), високий рівень ($109,73 \pm 4,35$) мають 24,76% та лише 13,33% респондентів - низький рівень життєстійкості ($51,50 \pm 6,64$). Чим вище рівень життєстійкості, тим більше він сприяє оцінці подій як менш травмуючих і успішності життєвих труднощів. Респонденти з високим рівнем життєстійкості характеризуються відкритістю зовнішньому світу, самобутністю, умінням прийняти себе і відчуттям, що життя наповнене змістом і має мету. Респонденти з низьким рівнем життєстійкості більше відчувають незадоволеність своїм життям та не вірять у свої сили контролювати події власного життя, більше живуть сьогоднішнім або вчорашнім днем.

Згідно з даними окремих шкал, найбільша частина вибірки (52,38%) характеризується високим рівнем ($21,75 \pm 1,70$) компоненту життєстійкості «Прийняття ризику». Ці респонденти сприймають свій шлях як спосіб набуття досвіду, вони готові діяти без надійних гарантій на успіх, на свій страх і ризик. Середній рівень ($14,26 \pm 2,26$) за шкалою «Прийняття ризику» мають 43,81% вибірки та низький ($6,50 \pm 1,40$) – лише 3,81% респондентів.

Високий рівень за шкалою «Залученість» ($49,50 \pm 1,47$) характерний тільки 17,14% досліджуваних. Більшість респондентів (61,90%) мають серед-ній рівень залученості ($38,06 \pm 4,10$) і 20,95% - низький ($24,55 \pm 3,60$). Люди з ви-раженим компонентом «Залученість» більш активні та зацікавлені своїм жит-тям і тим, що відбувається навколо, вони більш задоволені своєю діяльністю.

Високі значення за шкалою «Контроль» також спостерігаються у невеликій кількості досліджуваних - 14,29% ($41,13 \pm 1,68$), середні ($29,31 \pm 3,76$) – у 74,29% респондентів. Такі людина здатні вирішувати повсякденні завдання та приймати самостійні рішення, вони впевнені, що здатні впоратися з усіма проблемами, що виникають. Низькі значення цього компоненту життестій-кості ($16,50 \pm 2,08$) характерні 11,43% респондентів, які мають відчуття власної безпорадності, постійно вагаються і потребують допомоги в прийнятті рішень.

За результатами дослідження за Шкалою резильєнтності (CD-RISC-10, адаптована версія З. О. Кіреєва, О. С. Односталко) (див. ДОДАТОК В2), у біль-шій частині вибірки (67,62%) резильєнтність знаходиться на середньому рівні ($29,25 \pm 2,12$), низький рівень ($21,13 \pm 2,78$) притаманний 24,76% респондентів та лише 3,81% досліджуваних мають високий рівень резильєнтності ($35,76 \pm 0,38$). Чим вище у респондентів розвинена резильєнтність, тим більш здатними вони є до позитивної адаптації у складних життєвих ситуаціях.

Результати дослідження вибірки за вираженістю типів копінг-поведінки, за Шкалою для дослідження копінг-поведінки у ситуаціях небезпеки, створеного на основі методики WOCQ С.Фолкман та Р.Лазаруса, у модифікації Н.В. Родіної, представлено у ДОДАТКУ В3. Підрахунки значень шкал наведено у відсоткових значеннях. Так, за шкалою «Прийняття і пасивний розрахунок на допомогу» більша частина вибірки (64,76%) знаходиться у середньому нормативному діапазоні ($50,49 \pm 7,67$), що свідчить

про наявність в цілому достатньо вираженої цієї копінг-поведінки. На високому рівні ($75,62 \pm 5,93$) ця копінг-поведінка відмічається у 19,05% респондентів. Ця копінг-поведінка характеризує схильність цих респондентів адекватно сприймати події і стресові ситуації, але говорить про їх неспроможність діяти самостійно без допомоги зі сторони. Це своєрідна копінг-стратегія вивченої безпорадності. 16,19% респондентів не притаманна ця копінг-поведінка або вона слабо виражена, бо значення за цим показником відповідають рівню нижче нормативного ($23,90 \pm 6,51$).

Копінг-поведінка «Прийняття і пасивний песимізм» у більшості опитуваних (60,0%) слабо виражена ($17,0 \pm 6,29$). На середньому рівні вона притаманна 35,24% респондентів ($41,55 \pm 6,64$) та на рівні вище середнього ($69,20 \pm 4,0$) – лише 4,76%. Для цих людей також характерна вірна оцінка ситуації, її розуміння та прийняття, але відбувається занурення у негативні думки і уся їх діяльність залишається заблокованою у когнітивній сфері, без реальних дій.

За шкалою «Прийняття і пасивний оптимізм» вибірка розподіляється наступним чином: 42,86% мають високі значення ($75,88 \pm 8,31$), 47,62% – середні ($51,80 \pm 8,22$) та лише 9,52% – низькі ($21,90 \pm 4,78$). Для респондентів у яких ця поведінка є достатньо вираженою, характерна неспроможність діяти і занурення у когнітивну сферу з надією віднайти втіхи, щоби заспокоїтися. Ця копінг-поведінка аналогічна механізму завмирання у стресовій ситуації.

Щодо стратегії подолання важких життєвих ситуацій «Прийняття і активна боротьба», то найбільшій частині досліджуваних (60,95%) вона притаманна на високому рівні ($76,12 \pm 6,32$), що свідчить про адекватний та виважений аналіз ситуації та спрямованої на подолання труднощів діяльності респондентів. У 37,14% респондентів вираженість цієї копінг-поведінки відповідає середньому нормативному діапазону ($51,80 \pm 8,22$) та лише 1,9% має низькі значення ($21,90 \pm 4,78$) за цією шкалою.

Більшість вибірки має достатньо виражену стратегію подолання «Неприйняття та дисоціація»: 69,52% - на середньому ($46,05 \pm 8,01$) та 11,43% – на високому ($78,97 \pm 11,43$) рівнях. У таких людей негативні елементи ситуації або травмуючої події повністю усунені в заперечення, є віддалення від реальності, ніби все відбувається не насправді. У 19,05% вибірки ця ознака слабо виражена ($24,05 \pm 3,64$).

Далі розглянемо дані, отримані за модифікованою шкалою суб'єктивно-го благополуччя БіБіСі (The Modified BBC-SWB, П. Понтін, М. Шваннауер та ін.) в адаптації Л. М. Карамушки, К. В. Терещенко, О. В. Креденцер, які приведено у ДОДАТКУ В4. За рівнем вираженості окремих показників суб'єктивного благополуччя розподіл вибірки виглядає наступним чином: лише 20,95% досліджуваних мають високий рівень вираженості показника «психологічне благополуччя» ($51,91 \pm 3,16$), який показує здатність особистості контролювати своє життя, відчувати оптимізм з приводу майбутнього, впевненість у своїх власних думках і переконаннях, рости і розвиватися як особистість. 37,14% респондентів характеризуються середнім ступенем вираженості цієї ознаки ($43,51 \pm 1,88$), та більша частина вибірки (41,90%) – низьким ($32,68 \pm 4,18$). Щодо показника «фізичне здоров'я та благополуччя», який показує ступінь задоволеності своїм фізичним здоров'ям, якістю сну, здатності працювати та відпочивати, займатись спортом та ін., то тут спостерігається ще менший відсоток респондентів з високий рівнем ($27,80 \pm 1,39$) – лише 14,29%, з середнім ($23,02 \pm 0,99$) – 43,81% та 41,90% з низьким ($16,00 \pm 2,41$). За шкалою «стосунки», що характеризує наявність дружніх і особистих взаємин, рівень комфорту у спілкуванні з іншими, здатність звернутись за допомогою до інших та задоволеність своїм сексуальним життям, високий рівень вираженості цього показника ($21,95 \pm 0,63$) спостерігається у 20,0% респондентів, середній ($18,33 \pm 0,89$) – у 37,14%, низький ($13,24 \pm 2,02$) – у 42,86%.

Щодо загального показника суб'єктивного благополуччя, то в більшості досліджуваних (43,81%) спостерігається низький його рівень ($64,59 \pm 7,53$), що свідчить о достатньо низькій оцінці ними якості свого життя, та незадоволеністю різними його сферами. Середній рівень суб'єктивного благополуччя ($84,31 \pm 3,76$) відмічається у 37,14% опитуваних, а високий ($98,50 \pm 5,00$) – у 19,05%. Таким чином, ми бачимо, що більша частина нашої вибірки має низький рівень майже за усіма показниками (окрім шкали «стосунки») суб'єктивного благополуччя та загального його показника.

За результатами опитувальника «Шкала депресії А. Бека» (див. ДОДАТОК В5). У половини досліджуваних (50,48%) виявлено відсутність депресивного стану ($4,87 \pm 2,78$). У цих респондентів можуть бути присутніми легкі симптоми депресії, які є досить слабкими і не вимагають психотерапевтичного втручання. Зазвичай такі симптоми самостійно зникають протягом короткого періоду. Низький рівень депресії ($12,09 \pm 1,47$) наявний у 20,95% досліджуваних. Цей стан свідчить про наявність ознак депресивного розладу на початковому етапі його розвитку та має назву «субдепресія». Помірний рівень депресії ($17,83 \pm 0,89$) спостерігається у 11,43% опитуваних. У помірній формі виявлення депресивного синдрому відзначається нахил до меланхолії, втрата інтересу до життя і постійне відчуття пригніченості. Цей стан супроводжується стрімким падінням самооцінки і появою почуття провини, яке не дозволяє відчувати спокій. Рівень середньої важкості симптомів депресії ($21,93 \pm 1,80$) характерний для 14,29% опитуваних. Подібні результати є чітким свідченням наявності у випробуваного депресивного розладу, який має чітку вираженість. Цей стан є хворобою середнього ступеня тяжкості, що характеризується різкою втратою апетиту і апатією, що розвивається досить стрімко. Під впливом психічного розладу спостерігаються зміни в емоційному сприйнятті та фізіологічному стані особистості. Всі здійснювані дії виконуються на «автопілоті», оскільки людина втрачає життєвий інтерес.

Важкий ступінь розвитку депресії ($37,33 \pm 7,11$) виявлено у 2,86% досліджуваних і є показником важкого депресивного розладу. Психічні порушення виявляються у важкому пригніченні та постійному почутті смутку, які змушують хворого відмовитися від звичного способу життя. Більшість людей, що переживають важкий депресивний розлад, відчують свою власну непотрібність і мають занижену самооцінку. Цей все веде до зниження працездатності, втрати апетиту і життєвої мотивації. Вплив цієї хвороби також проявляється в емоційній сфері, яка характеризується раптовими коливаннями настрою. Серед фізичних симптомів цього розладу можна виділити проблеми зі сном, порушення в імунній системі і різку втрату ваги.

Згідно з отриманими результатами дослідження ПТСР за методикою PCL-5 (в адаптації О.О. Хаустової, Л.Є. Трачука, В.Г. Безшейка) було виявлено (див. ДОДАТОК В6), що серед усіх досліджуваних, у 76,19% спостерігаються окремі прояви симптомів посттравматичного стресового розладу, який не досягає рівня клінічного порушення ($18,15 \pm 7,18$). Він має тимчасовий характер (симптоми нестійкі, змінюються або проходять) і має сприятливий прогноз без необхідності втручання спеціалістів. У 2,86% досліджуваних не спостерігається жодних проявів ПТСР ($M=0$), тоді як у 20,95% вибірки присутні виражені симптоми цього розладу ($45,29 \pm 6,14$), які відповідають клінічним критеріям, визначеним DSM-V. У таких осіб посттравматичний стресовий розлад може втручатися в нормальний спосіб життя, погіршувати соціальну адаптацію та ускладнювати процеси фізичного та психологічного відновлення після травми. Тут треба зазначити, що оскільки більша частина вибірки респондентів (58,87%) – це громадяни України, що і досі знаходяться під впливом травмуючої події (військових дій), тобто проживають на території України, розцінювати результати прояву симптомів ПТСР для цієї частини вибірки як клінічно значущих не є коректним. Для постановки діагнозу ПСТР згідно МКХ-105 [88] необхідно

минання прийнанні 6 місяців після закінчення травмуючої події, а травмуюча ситуація наразі ще не є закінчена для тієї частини вибірки. Серед нашої вибірки 40,95% респондентів виїхали з України за кордон з початку війни (24.02.2022 р.) і якщо розглядати тільки з них, то правильніше було б зазначити, що лише 8,57% респондентів з усієї вибірки за даною методикою мають клінічно значущі симптоми ПТСР. Та у нашому дослідженні не стільки важливим є виявлення респондентів з клінічно значущими симптомами ПТСР, скільки виявлення розповсюдження серед вибірки та вираженості окремих симптомів (інтрузії, уникнення, надмірної реактивності і негативних думок та емоцій) для кращого розуміння психофізичного стану досліджуваних.

Так, 92,38% респондентів мають різні симптоми інтрузії (Критерій В), серед яких: повторювані, хвилюючі та небажані спогади стресового досвіду притаманні 79,05% респондентів. Половина вибірки (50,48%) мають повторювані, хвилюючі сновидіння та у 60% - у той чи іншій мірі виникають раптові почуття події, ніби стресовий досвід знову трапляється. Почуття засмученості присутнє у 87,62% респондентів. А сильні фізичні реакції (серцебиття, утруднене дихання, потіння) виникають у 64,76% опитуваних.

Щодо симптомів уникнення (Критерій С), то вони відмічаються у 78,10% респондентів. Так, уникання спогадів, думок або почуттів, пов'язаних із стресовим досвідом у рівній мірі вираженості присутнє у 70,48% осіб та у 54,29 відмічається уникання зовнішніх стимулів (людей, предметів, місць тощо), які нагадують про стресовий досвід.

Негативні думки та емоції (Критерій D) притаманні 91,43% досліджуваних. Так, сильні негативні емоції (страх, жах, злість, почуття провини, сором) присутні у 76,19%. Відчуття віддаленості або відокремленості від інших притаманне 60,95% опитуваних, а сильні негативні переконання про себе, інших людей або навколишній світ у 36,19%. Проблеми згадування важливих моментів стресового досвіду відмічаються у

60% досліджуваних. Самозвинувачення або звинувачення інших характерно 55,24% респондентів. У половині вибірки (50,48%) спостерігається втрата інтересу до тієї діяльності, яка раніше приносила задоволення та 58,10% респондентів зазначають проблеми у переживанні позитивних емоцій.

Симптоми надмірної реактивності (Критерій Е) спостерігаються у 95,24% нашої вибірки, серед яких найчастіше зустрічаються роздратування, спалахи гніву, агресивна поведінка (74,29%) та стан надмірної настороженості та пильності (76,19%). Відчуття постійної напруги зазначають 72,38% опитуваних та 69,52% мають труднощі із зосередженістю та проблеми із засинанням або нічними прокиданнями. 42,86% респондентів схильні до сильного ризику або вчинків, що можуть зашкодити.

Для подальшого аналізу життєстійкості особистості громадян України під час довготривалого стресу війни, ми зробили якісний аналіз нашої вибірки за рівнем вираженості загальних показників психодіагностичних методик по окремим групам: жінки; чоловіки; ті, хто зараз проживають разом з партнером, та ті, хто живуть окремо; українці, що зараз проживають в Україні та ті, хто виїхав за кордон з початком війни (24.02.22 р.).

Проаналізовано рівень вираженості загальних показників психодіагностичних методик у групі чоловіків (20,0%) і групі жінок (80,0%) та їх поширеність у вибірці (див. ДОДАТОК Г1). В обох групах більша частина респондентів характеризується середнім рівнем загального показника життєстійкості (47,6% чоловіків та 65,5% жінок). Високий рівень життєстійкості притаманний 33,3% чоловіків та 22,6% жінок, і низький рівень життєстійкості мають лише 11,9% жінок та 19,0% чоловіків.

За рівнем резильєнтності вибірка чоловіків розподілилася наступним чином: низький рівень резильєнтності виявився у 23,8% чоловіків, середній у 66,7% та високий рівень – 9,5%. Серед жінок високий рівень резильєнтності спостерігається у меншій кількості – лише у 2,4%, середній – у 67,9% та низький – 29,8%.

Щодо показника суб'єктивного благополуччя, то більшість жінок та чоловіків мають низький рівень суб'єктивного благополуччя (42,9% чоловіків та 44,0% жінок). Середній рівень суб'єктивного благополуччя виявлено у 40,5% жінок та 23,8% чоловіків. Лише 15,5% жінок мають високий рівень суб'єктивного благополуччя, а у чоловіків цей показник становить 33,3%.

За вираженістю депресивних симптомів вибірка чоловіків виглядає наступним чином: у 57,1% чоловіків відсутні депресивні симптоми, у 28,6% спостерігається легка та помірна депресія, виражена депресія (середньої тяжкості) виявлена у 9,5% чоловіків та 4,8% - мають тяжку депресію. Лише 2,4% жінок мають тяжку депресію та 15,5% – виражену депресію (середньої тяжкості). Легка та помірна депресія спостерігається у 33,3% жінок, а відсутність її симптомів – у 48,8%.

Щодо вираженості симптомів ПТСР, то клінічно не значущі симптоми мають 85,7% чоловіків та 78,6% жінок, а клінічно значущі симптоми спостерігаються у 14,3% чоловіків та у 21,4% жінок (серед цих груп ми не виділяли тих, хто виїхав з України і хто ще залишається під впливом травматичної події (воєнних дій), тому по цим групам ми розглядаємо цей показник лише з точки зору наявності більш виражених симптомів ПТСР, але аж ні як наявності цього діагнозу).

Середні значення показників різних типів копінг-поведінки серед групи чоловіків і групи жінок, що показують ступінь вираженості кожної з них у цих групах наведено у ДОДАТКУ Д2, з якого ми бачимо, що копінг-поведінка «Прийняття і пасивний песимізм», середні показники якої ($29,2 \pm 3,4$ у чоловіків та $27,9 \pm 1,9$ у жінок) є нижче нормативного діапазона. Це свідчить, що ця стратегія подолання серед інших є найменш вираженою як у жінок, так і чоловіків. Усі інші значення показників копінг-поведінки знаходяться у нормативному діапазоні, що говорить о їх достатньої вираженості в обох групах респондентів. Найбільш вираженою серед них є копінг-поведінка «Прийняття і активна боротьба»: середні значення складають $63,7 \pm 2,3$ у

чоловіків та $65,6 \pm 1,9$ у жінок. Копінг-поведінка «Прийняття і пасивний оптимізм» - середні показники за цією шкалою майже не відрізняються у групах ($60,6 \pm 3,7$ у чоловіків, $59,0 \pm 2,2$ у жінок). Копінг-поведінка «Прийняття і пасивний розрахунок на допомогу» частіше використовується жінками ($52,6 \pm 1,9$), ніж чоловіками ($44,4 \pm 4,0$). Середні показники шкали «Неприйняття та дисоціація» у чоловіків дорівнюють $43,8 \pm 1,9$, у жінок - $46,1 \pm 2,0$.

Далі розглянемо отримані результати за показниками методик окремо по таким групам: тих респондентів, які знаходяться у відносинах і проживають разом зі своїм партнером (68,6% загальної вибірки), та групи респондентів, що не у відносинах зараз або проживають окремо від партнера (29,5%). Також ми вирішили виділили в окрему групу з двох респондентів (1,9% від загальної вибірки) - жінок, партнери яких зараз служать в ЗСУ (див. ДОДАТОК Д).

За рівнем життєстійкості вибірка респондентів, що проживають разом з партнером поділяється наступним чином: 59,7% мають середній рівень життєстійкості, 9,7% - низький, та 30,6% - високий. У групі, де досліджувані не в стосунках або ж їх партнери не проживають разом, лише 12,9% респондентів мають високий рівень життєстійкості, 64,5% характеризуються середнім рівнем та 22,6% - низьким (див. ДОДАТОК Д1).

У групі досліджуваних, що проживають разом з партнером 76,4% осіб мають середній рівень резильєнтності, 18,1% - низький та 5,6% - високий. У групі, де респонденти немає партнерів або вони проживають окремо, майже половина осіб (48,4%) має низьку резильєнтність, середній рівень - 51,6% та високий - 4,7%.

Щодо вираженості симптомів депресії, то в групі, де респонденти проживають разом з партнером, більша частина вибірки (58,3%) характеризується відсутністю депресивних симптомів, легка та помірна депресія виявлена у 25,0%, виражена депресія (середньої тяжкості) – у 15,3%

та у 1,4% - тяжка. А серед групи респондентів, що не в стосунках або не проживають разом з партнером, лише у 35,5% відсутні депресивні симптоми, у 45,2% спостерігається легка та помірна депресія, у 12,9 % виражена та у 6,5% – тяжка депресія.

У групі, де респонденти проживають разом з партнером, не значущі симптоми ПТСР мають 79,2% осіб, а клінічно значущі 20,8%. У другій групі, де досліджувані не в стосунках або не проживають разом з партнером, не значущі симптоми ПТСР мають 83,9% осіб, а значущі - 16,1%.

Щодо групи, де у респондентів партнери зараз служать в ЗСУ, то загальний показник життєстійкості, а також резильєнтності у них відповідає середньому рівню. Рівень суб'єктивного благополуччя в однієї людини на низькому рівні, а в другій – на середньому. Також у обох опитуваних виявлені симптоми легкої депресії і в однієї особи виявлені не значущі симптоми ПТСР (проживає зараз з кордоном), а в іншій – значущі (знаходиться зараз в Україні).

Проаналізував показники вираженості різних типів копінг-поведінки серед цих груп (див. ДОДАТОК Д2), бачимо, що найменш вираженою в усіх групах є поведінка «Прийняття і пасивний песимізм», середні показники якої знаходяться нижче нормативного діапазона ($28,2 \pm 1,7$ у групі, де партнери живуть разом, $28,0 \pm 3,9$ – окремо бо не в стосунках, та $27,1 \pm 6,3$ – де партнері в ЗСУ). У групі, де респонденти проживають разом з партнером, найбільш вираженою є копінг-поведінка «Прийняття і активна боротьба» ($64,8 \pm 1,8$). Копінг-поведінка «Прийняття і пасивний оптимізм» також досить виражена ($59,6 \pm 2,2$), «Прийняття і пасивний розрахунок на допомогу» - середній показник дорівнює $50,0 \pm 1,9$, а «Неприйняття та дисоціація» ($43,8 \pm 2,0$).

Група респондентів, що не проживають разом з партнером або не в стосунках, також частіше дають перевагу копінг-поведінці «Прийняття і активна боротьба» ($66,2 \pm 3,1$). Середній показник за шкалою «Прийняття і пасивний оптимізм» в цій групі дорівнює ($57,6 \pm 3,8$), за шкалою «Прийняття і

пасивний розрахунок на допомогу» - $(53,4 \pm 3,8)$, «Неприйняття та дисоціація» $(49,8 \pm 3,0)$.

У групі, де партнери в ЗСУ, на високому рівні виражена копінг-поведінка «Прийняття і пасивний оптимізм» $(71,5 \pm 9,6)$, в нормативному діапазоні знаходяться копінг-поведінка «Прийняття і активна боротьба» $(64,9 \pm 13,0)$, «Прийняття і пасивний розрахунок на допомогу» - $(48,5 \pm 0,0)$ та «Неприйняття та дисоціація» $(45,2 \pm 11,9)$.

Далі розглянемо отримані результати за показниками методик у наступних групах нашої вибірки: респондентів, що зараз проживають в Україні (59,0% усієї вибірки) та респондентів, що з початком війни виїхали за кордон і зараз проживають там (41,0%) (див. ДОДАТОК Е1).

В обох групах більша частина респондентів має середній рівень загального показника життєстійкості (61,3% серед тих, хто знаходиться в Україні та 62,8% серед тих, хто за кордоном). Високий рівень життєстійкості притаманний 24,2% українців, що знаходяться в Україні та 25,6% - хто виїхав за кордон, і низький рівень життєстійкості мають 14,5% опитуваних, що знаходяться в Україні та 11,6% - що зараз проживають за кордоном.

За рівнем резильєнтності ми бачимо, що у групі тих українців, що зараз проживають за кордоном переважна більшість має середній рівень резильєнтності (74,4%), у той час як серед тих, хто в Україні цей показник складає 62,9%. Високий рівень резильєнтності виявлено лише у 4,7% респондентів, що виїхали за кордон, та у 3,2% серед тих, хто проживає в Україні, а низький – у 20,9% та 33,9% відповідно.

Щодо показника суб'єктивного благополуччя, то за його рівнем група респондентів, що зараз проживають в Україні розділилась наступним чином: більшість осіб мають низький рівень суб'єктивного благополуччя (43,5%), середній – 38,7% та високий – 17,7%. Серед українців, що виїхали за кордон і за-раз там проживають, також більш частина (44,2%) мають низький рівень

суб'єктивного благополуччя, середній рівень спостерігається у 34,9% та високий – у 20,9%.

За вираженістю депресивних симптомів вибірка респондентів, що зараз проживають в Україні виглядає так: у 51,6% опитуваних відсутні депресивні симптоми, у 30,6% спостерігається легка та помірна депресія, виражена депресія (середньої тяжкості) виявлена у 16,1% та 1,6% мають тяжку депресію.

Серед українців, що зараз знаходяться за кордоном майже у половини (48,8%) відсутні симптоми депресії, 34,9% - мають легку та помірну депресію, 11,6% - виражену депресію (середньої тяжкості) та 4,7% - важку. Щодо вираженості симптомів ПТСР, то клінічно не значущі симптоми мають 79,0% респондентів, що зараз проживають в Україні та 81,4% серед тих, хто за кордоном, а клінічно значущі симптоми: у 21,0% та 18,6% відповідно.

Середні значення показників різних типів копінг-поведінки серед цих груп (див. ДОДАТОК Е2) свідчать, що копінг-поведінка «Прийняття і пасивний песимізм», середні показники якої ($27,6 \pm 2,1$ у тих, хто знаходиться в Україні та $28,9 \pm 2,6$ у тих, хто за кордоном) є нижче нормативного діапазона. Це свідчить, що вона є найменш вираженою серед інших. У групі українців, які зараз проживають в Україні, усі інші типи копінг-поведінки знаходяться у нормативному діапазоні: «Прийняття і пасивний розрахунок на допомогу» ($48,7 \pm 2,1$), «Прийняття і пасивний оптимізм» ($57,1 \pm 2,2$), «Прийняття і активна боротьба» ($62,9 \pm 1,9$), «Неприйняття та дисоціація» ($44,7 \pm 2,0$).

У групі респондентів, що зараз знаходяться за кордоном, копінг-поведінка «Прийняття і активна боротьба» має показники вище нормативного діапазона ($68,6 \pm 2,6$), що свідчить о переважанні цієї стратегії подолання над іншими у цієї групі респондентів. Копінг-поведінка «Прийняття і пасивний розрахунок на допомогу» має показник $54,3 \pm 2,8$, «Прийняття і пасивний оптимізм» - $62,5 \pm 3,3$ та копінг-поведінка «Неприйняття та дисоціація» - $47,0 \pm 2,9$. Далі ми перевіримо достовірність

виявлених відмінностей між вищезазначеними групами респондентів та дослідимо взаємозв'язок між показниками.

3.2 Аналіз та інтерпретація отриманих результатів дослідження життєстійкості особистості громадян України під час довготривалого стресу війни

З метою проведення аналізу та обробки результатів дослідження життєстійкості особистості громадян України під час довготривалого стресу війни нами був проведений порівняльний аналіз отриманих результатів за усіма методиками серед окремих груп вибірки, що ми виділяли за різними ознаками (будуть наведені далі), для виявлення їх відмінностей. Усі вибірки в нашому дослідженні є незалежними одна від одної, тобто результати однієї групи не впливають на результати іншої і не залежать від них. Виявлення значущих відмінностей виконувалося з використанням статистичного критерію Стюдента, що позначається літерою «t».

Отримані результати порівняння між групами жінок та чоловіків за усіма шкалами наведено у таблиці 3.1. І окрім двох шкал («Прийняття і пасивний розрахунок на допомогу» та «Критерій В, симптоми інтрузії») за усіма іншими шкалами розрахунки показали відсутність відмінностей між цими групами.

Таблиця 3.1.

Результати дослідження показників усіх шкал методик у жінок та чоловіків

Шкали		Жінки		Чоловіки		Статист. крит. Стюдента	
		М	MSE	М	MSE	t(p)	P-знач.
Ж и т т є с т і й	Залученість	36,9	0,9	38,4	2,3	0,673	,503
	Контроль	29,2	0,8	30,7	1,6	0,801	,425
	Прийняття ризику	18,0	0,5	17,6	1,1	0,326	,745
	Життєстійкість	84,1	2,1	86,7	4,9	0,528	,599

к і с т ь							
	Резильентність	26,8	0,5	28,6	1,0	1,509	,135
К о п і н г и	«Прийняття і пасивний розрахунок на допомогу»	52,6	1,9	44,4	4,0	-1,920	,050*
	«Прийняття і пасивний песимізм»	27,9	1,9	29,2	3,4	0,313	,755
	«Прийняття і пасивний оптимізм»	59,0	2,2	60,6	3,7	0,338	,736
	«Прийняття і активна боротьба»	65,6	1,9	63,7	2,3	0,489	,626
	«Неприйняття та дисоціація»	46,1	2,0	43,8	1,9	0,554	,580
Ш к а л а В В С	Субшкала «психологічне благополуччя»	40,4	0,9	42,1	2,1	0,838	,404
	Субшкала «фізичне здоров'я та благополуччя»	20,4	0,6	22,2	0,9	1,537	,127
	Субшкала «стосунки»	16,9	0,4	16,8	0,8	0,087	,931
	Суб'єктивне благополуччя	77,7	1,7	81,2	3,4	0,943	,348
Ш к а л а д е п р е с і ї	Рівень депресії	11,5	0,8	10,1	2,4	0,693	,490
	Когнітивно-афективна субшкала	6,8	0,6	6,3	1,4	0,385	,701
	Субшкала соматичних проявів депресії	4,8	0,4	3,8	1,0	1,019	,310
Р С L -5	Загальна кількість балів (ПТСР)	24,3	1,5	18,8	3,0	1,611	,110
	Критерій В, симп.інтрузії	7,1	0,5	4,2	0,9	-2,666	,009**
	Критерій С, симптоми уникнення	2,3	0,2	2,1	0,5	0,425	,671
	Критерій D, негативні думки та емоцій	7,1	0,6	6,3	1,4	0,619	,537
	Критерій E, симптоми надмірної реактивності	7,9	0,6	6,2	1,0	1,350	,180

Примітки: М - середнє значення, MSE - середньоквадратична похибка середнього;

** - різниця середніх статистично значуща на рівні $p \leq 0,01$;

* - різниця середніх статистично значуща на рівні $p \leq 0,05$.

Порівняння показників за шкалою «Прийняття і пасивний розрахунок на допомогу», яка відображає вираженість цієї копінг-поведінки у особистості, продемонструвало, що показники групи жінок за даною шкалою

($52,6 \pm 1,9$) достовірно вищі ($p \leq 0,05$) за показники групи чоловіків ($44,4 \pm 4,0$). Значення за цією шкалою відповідають нормативному діапазону і свідчать про наявність в цілому достатньо вираженої ознаки в обох групах, але жінки більш неспроможні діяти самостійно без допомоги зі сторони, це своєрідна копінг-стратегія вивченої безпорадності.

Щодо порівняння показників за шкалою «Критерій В, симптоми інтрузії» методики PCL-5, то бачимо, що показники групи жінок за даною шкалою ($7,1 \pm 0,5$) достовірно вищі ($p \leq 0,01$) за показники групи чоловіків ($2,1 \pm 0,5$). Це означає, що у жінок частіше зустрічаються і більш виражені нав'язливі спогади, страшні сни, дисоціативні реакції, сильний психологічний дистрес та фізіологічні реакції при зіткненні з нагадуваннями про травматичну подію.

Результати порівняння груп, розподілених за віком (див. опис вибірки у розділі 2.1.) не показали достовірних відмінностей за жодною шкалою між усіма групами. Також відсутність значущих відмінностей у показниках усіх шкал показали результати порівняння між групами респондентів, розподілених за ознакою наявності і кількості дітей. У вибірках, розподілених за сімейним станом також не було виявлено значущих відмінностей в показниках. Так само і групи з різними рівнями освіти не показали достовірних відмінностей в показниках усіх шкал. Результати порівняння показників усіх шкал у групах працюючих та не працюючих респондентів показали відсутність відмінностей між цими групами.

Надалі у таблицях будуть приводитись результати розрахунків тільки тих шкал та груп, між якими було виявлено значущі відмінності. Так, за даними таблиці 3.2. бачимо, що рівень резильєнтності у групи респондентів, що виїхали з України через війну і зараз живуть за кордоном ($28,3 \pm 0,7$) значуще вищий ($p \leq 0,05$) за тих, хто зараз живе в Україні ($26,4 \pm 0,6$). Тобто ті респонденти, що виїхали за кордон, вже не знаходяться під впливом довготривалого травматичного стресу у контексті війни, вони вже

знаходяться у більш сприятливій ситуації і почуваються більш впевнено, вони здатні більш стійко переносити труднощі і успішно поратися з ними на відміну від українців, що досі живуть в Україні під впливом дії цього фактора. За іншими шкалами між цими групами значущих відмінностей виявлено не було.

Таблиця 3.2

Результати дослідження показників усіх шкал методик у різних групах респондентів

Статистика групи				Статистичний критерій Стьюдента	
Шкали		М	MSE	t(p)	Р-знач.
Місце проживання на даний час					
Резильєнтність	в Україні	26,4	0,6	-2,059	,042*
	за кордоном	28,3	0,7		
Місце знаходження (проживання) чоловіка (дружини) / партнера					
M2_«Контроль»	з партнером	30,8	0,9	2,367	,020*
	партнер не зі мною	27,0	1,3		
М_Життєстійкість	з партнером	87,1	2,2	1,860	,050*
	партнер не зі мною	79,2	3,8		
СБ2_«фізичне здоров'я та благополуччя»	з партнером	21,5	0,6	2,299	,024*
	партнер не зі мною	19,1	0,8		
СБ3_«стосунки»	з партнером	17,8	0,4	3,814	,000***
	партнер не зі мною	14,8	0,6		
СБ_Суб'єктивне благополуччя	з партнером	80,8	1,8	2,468	,015*
	партнер не зі мною	72,9	2,5		

Примітки: М - середнє значення, MSE - середньоквадратична похибка середнього;

*** - різниця середніх статистично значуща на рівні $p \leq 0,001$;

** - різниця середніх статистично значуща на рівні $p \leq 0,001$;

* - різниця середніх статистично значуща на рівні $p \leq 0,05$.

Найбільш значущі відмінності було виявлено серед групи респондентів, які знаходяться у відносинах (у шлюбі або мають партнера) і проживають разом з партнером та групи респондентів, що не мають стосунків або ж в стосунках, але їх партнери знаходяться в іншому місті/ країні, тобто проживають окремо. Так, група, де партнери проживають разом, має статистично вищі ($p \leq 0,05$) показники за загальним рівнем життестійкості ($87,1 \pm 2,2$) та за шкалою «Контроль» ($30,8 \pm 0,9$) порівняно з тими, хто зараз проживає окремо ($79,2 \pm 3,8$ та $27,0 \pm 1,3$ відповідно). Тобто ті респонденти, що мають стосунки і живуть разом з партнером, в порівнянні з тими, хто не має

стосунків або живе окремо від партнера, мають більш активну життєву позицію та більш впевнені, що можуть вплинути на результат того, що відбувається і самі вибирають свій шлях.

Так само достовірно вищими у групи респондентів, що мають стосунки і живуть разом з партнером, є такі показники суб'єктивного благополуччя: загальний рівень суб'єктивного благополуччя ($80,8 \pm 1,8$, $p \leq 0,05$), субшкали «фізичне здоров'я та благополуччя» ($21,5 \pm 0,6$, $p \leq 0,05$) і «стосунки» ($17,8 \pm 0,4$, $p \leq 0,001$). У групі респондентів, що не мають відносин або живуть окремо з партнером середні значення показника загального рівня суб'єктивного благополуччя становлять $72,9 \pm 2,5$, субшкали «фізичне здоров'я та благополуччя» - $19,1 \pm 0,8$ і «стосунки» - $14,8 \pm 0,6$. Більш високі показники суб'єктивного благополуччя у групі респондентів, що мають стосунки і живуть разом з партнером, свідчать, що загалом вони більше задоволені своїм життям, стосунками (як особистими, так і дружніми), фізичним здоров'ям, здатністю працювати, відпочивати тощо. За шкалою «психологічне благополуччя» між цими групами значущих відмінностей виявлено не було.

За рівнем резильєнтності було порівняно дві групи (див. табл. 3.3): з низьким та середнім її рівнем. Групу з високими показниками резильєнтності виключили з аналізу через невелику кількість досліджуваних в цій групі (лише 4 респондента, що складає 3,81% з усієї вибірки).

Результати розрахунків показали високо значущі відмінності ($p \leq 0,001$) між цими групами за показником загального рівня життєстійкості (група з середнім рівнем резильєнтності - $71,9 \pm 3,4$, з низьким - $89,0 \pm 2,1$), а також усіма її компонентами: за субшкалою «Залученість» у групі з середнім рівнем резильєнтності середні значення дорівнюють $39,0 \pm 1,0$, з низьким - $32,1 \pm 1,6$, «Контроль» - $31,0 \pm 0,8$ та $25,2 \pm 1,2$ відповідно та «Прийняття ризику» - $19,1 \pm 0,5$ та $14,7 \pm 0,9$ відповідно. Тобто у групі з середнім рівнем резильєнтності ці показники вищі порівняно з групою з низьким рівнем резильєнтності.

За результатами статистичного аналізу, рівень використання активного копінгу - субшкала «Прийняття і активна боротьба» у групі респондентів з середнім рівнем резильєнтності значно вищий ($68,6 \pm 1,7$) ніж у групі з низькою резильєнтністю ($56,2 \pm 3,1$), $p \leq 0,001$, тобто респонденти з середнім рівнем резильєнтності частіше використовують цю копінг-поведінку (у них її показники вище нормативного), для якої характерно адекватний та виважений аналіз ситуації і діяльність, спрямована на вирішення проблеми.

Таблиця 3.3

Результати дослідження показників у групах з низьким та середнім рівнем резильєнтності

Статистика групи				Статистичний критерій Стьюдента	
Показники	Резильєнтність рівні	M	MSE	t(p)	P-знач.
M1_«Залученість»	Низький	32,1	1,6	-3,839	,000***
	Середній	39,0	1,0		
M2_«Контроль»	Низький	25,2	1,2	-3,861	,000***
	Середній	31,0	0,8		
M3_«Прийняття ризику»	Низький	14,7	0,9	-4,549	,000***
	Середній	19,1	0,5		
M_Життєстійкість	Низький	71,9	3,4	-4,423	,000***
	Середній	89,0	2,1		
K3_«Прийняття і пасивний оптимізм»	Низький	45,2	3,6	-5,141	,000***
	Середній	64,8	2,0		
K4_«Прийняття і активна боротьба»	Низький	56,2	3,1	-3,719	,000***
	Середній	68,6	1,7		
СБ1_«психологічне благополуччя»	Низький	35,0	1,7	-4,507	,000***
	Середній	42,5	0,8		
СБ2_«фізичне здоров'я та благополуччя»	Низький	17,9	1,0	-3,848	,000***
	Середній	21,7	0,5		
СБ3_«стосунки»	Низький	14,9	0,7	-3,233	,002**
	Середній	17,5	0,4		
СБ_Суб'єктивне благополуччя	Низький	67,8	2,9	-4,736	,000***
	Середній	81,7	1,5		
Бек_Когнітивно-афективна субшкала	Низький	8,8	0,9	2,604	,011*
	Середній	5,9	0,6		
Бек_Субшкала соматич-них проявів депресії	Низький	6,0	0,7	2,426	,017*
	Середній	4,1	0,4		
Бек_Рівень депресії	Низький	14,8	1,3	2,791	,006**
	Середній	9,9	1,0		

PCL-5_Критерій D, негативні думки та емоцій	Низький	9,1	1,1	2,584	,011*
	Середній	6,2	0,6		
PCL-5_ПТСР	Низький	28,2	2,0	2,377	,019*
	Середній	21,3	1,7		

Примітки: М - середнє значення, MSE - середньоквадратична похибка середнього;

*** - різниця середніх статистично значуща на рівні $p \leq 0,001$;

** - різниця середніх статистично значуща на рівні $p \leq 0,01$;

* - різниця середніх статистично значуща на рівні $p \leq 0,05$.

Так само і копінг-поведінка «Прийняття і пасивний оптимізм» більш виражена ($p \leq 0,001$) у групі з середнім рівнем резильєнтності ($64,8 \pm 2,0$), проти $45,2 \pm 3,6$ у групі з низьким рівнем. Вираженість цієї копінг-поведінки на середньому рівні говорить, що у цих респондентів у ситуаціях небезпеки відбувається занурення у когнітивну сферу з метою заспокоїтися, аналогічно механізму завмирання у стресовій ситуації. За іншими копінг-стратегіями між цими групами значущих відмінностей виявлено не було.

За усіма показниками методики суб'єктивного благополуччя також є статистично значуща різниця між цими групами. Так, у групі з середнім рівнем резильєнтності загальний рівень суб'єктивного благополуччя ($81,7 \pm 1,5$) достовірно вищий ($p \leq 0,001$), ніж у групі з низьким рівнем резильєнтності ($67,8 \pm 2,9$). Так само в групі з середнім рівнем резильєнтності середні показники субшкали «психологічне благополуччя» ($42,5 \pm 0,8$) та «фізичне здоров'я та благополуччя» ($21,7 \pm 0,5$) достовірно вищі ($p \leq 0,001$) за показники у групі респондентів з низьким рівнем резильєнтності ($35,0 \pm 1,7$ та $17,9 \pm 1,0$ відповідно). За субшкалою «стосунки» у групі респондентів з середнім рівнем резильєнтності виявлено вищі показники ($17,5 \pm 0,4$, $p \leq 0,01$) порівняно з групою респондентів з низьким рівнем резильєнтності ($14,9 \pm 0,7$). Таким чином, ми бачимо, що група досліджуваних з середнім рівнем резильєнтності має достовірно вищі показники суб'єктивного благополуччя і загалом вони вище оцінюють якість свого життя і більше ним задоволені, більш впевнені у власних думках та оптимістично налаштовані з приводу майбутнього тощо.

Група респондентів з середнім рівнем резильєнтності показала статистично значущу різницю і за рівнем депресії ($p \leq 0,01$): у цієї групи рівень депресії значно нижчий ($9,9 \pm 1,0$) ніж у групи з низьким рівнем резильєнтності ($14,8 \pm 1,3$). Так само і за показником вираженості «соматичних проявів депресії» ($4,1 \pm 0,4$) та показниками «когнітивно-афективної субшкали» ($5,9 \pm 0,6$), які значно нижчі ($p \leq 0,05$) за групу з низькою резильєнтністю ($6,0 \pm 0,7$ та $8,8 \pm 0,9$ відповідно). Тобто у групі респондентів з низьким рівнем резильєнтності більш виражені та/або частіше зустрічаються такі соматичні симптоми, як розлади сну, апетиту, зниження маси тіла тощо, а також порушення емоційного стану, уваги, пам'яті та мислення.

У групі досліджуваних з низьким рівнем резильєнтності значно вираженими ($p \leq 0,05$) є симптоми ПТСР ($28,2 \pm 2,0$) порівняно з групою з середнім рівнем резильєнтності ($21,3 \pm 1,7$). За окремими симптомами ПТСР статистично значуща різниця ($p \leq 0,05$) виявилася тільки за шкалою «негативні думки та емоцій (Критерій D), за якою у групі з низьким рівнем резильєнтності ці симптоми більш поширені ($9,1 \pm 1,1$) ніж у групі з середнім рівнем резильєнтності ($6,2 \pm 0,6$). Це свідчить, що у групі з низьким рівнем резильєнтності, у респондентів частіше зустрічаються негативні думки та емоцій, пов'язані з травмуючою ситуацією, і вони більш виражені ніж у респондентів з середнім рівнем резильєнтності.

Переходячи до аналізу кореляційних зв'язків між показниками різних методик, зазначимо, що нами були виявлено деякі відмінності між групами досліджуваних і далі ми послідовно розглянемо кореляційну структуру життєстійкості, резильєнтності, а також і інших показників методик в різних групах і почнемо з аналізу групи тих досліджуваних, хто зараз проживає в Україні. Щодо вибору методу визначення кореляційних зв'язків, то з огляду на те, що розподіл значень нашої вибірки є нормальним, приймається рішення о використанні коефіцієнта лінійної кореляції r -Пірсона.

За отриманими значеннями коефіцієнтів кореляції між показником життєстійкості і її компонентів та усіма показниками інших методик у групі респондентів, хто зараз проживає в Україні (див. ДОДАТОК Є1) ми бачимо, що показники життєстійкості демонструють з більшістю з них як прямі, так і зворотні значущі кореляційні зв'язки. Кореляції між показниками життєстійкості та резильєнтністю не виявлено, та виявлено слабкий прямий взаємозв'язок між показниками загально рівня життєстійкості та адаптивними типами копінг-поведінки «Прийняття і пасивний оптимізм» ($r=0,280$, $p\leq 0,05$) та «Прийняття і активна боротьба» ($r=0,294$, $p\leq 0,05$).

Щодо окремих компонентів життєстійкості, то показники за шкалою «Контроль» так само мають статистично значущий прямий взаємозв'язок з копінг-поведінкою «Прийняття і пасивний оптимізм» ($r=0,258$, $p\leq 0,05$) та «Прийняття і активна боротьба» ($r=0,348$, $p\leq 0,01$). «Залученість» має слабкий прямий взаємозв'язок тільки з копінг-поведінкою «Прийняття і пасивний оптимізм» ($r=0,285$, $p\leq 0,05$), а компонент життєстійкості «Прийняття ризику» - тільки з копінг-поведінкою «Прийняття і активна боротьба» ($r=0,295$, $p\leq 0,05$). За іншими типами копінг-поведінки («Прийняття і пасивний розрахунок на допомогу», «Прийняття і пасивний песимізм», «Неприйняття та дисоціація») кореляційного зв'язку з усіма компонентами та загальним рівнем життєстійкості виявлено не було.

Також у групі респондентів, хто зараз проживає в Україні, виявлено прямий взаємозв'язок на рівні значущості $p\leq 0,01$ між загальним показником життєстійкості та усіма показниками модифікованої методики суб'єктивного благополуччя БіБіСі: «психологічне благополуччя» - тісний зв'язок ($r=0,827$), «фізичне здоров'я та благополуччя» - середній ($r=0,673$), «стосунки» - помірний ($r=0,474$) та загальний показник суб'єктивного благополуччя - тісний зв'язок ($r=0,829$). Так само і з усіма компонентами життєстійкості: «Залученість» має тісний прямий зв'язок з загальним показником суб'єктивного благополуччя ($r=0,773$, $p\leq 0,01$) та субшкалою «психологічне

благополуччя» ($r=0,744$, $p\leq 0,01$), а також середній прямий зв'язок з показниками «фізичне здоров'я та благополуччя» ($r=0,640$, $p\leq 0,01$) і «стосунки» ($r=0,503$, $p\leq 0,01$).

Шкала «Контроль» також має сильний прямий зв'язок з загальним показником суб'єктивного благополуччя ($r=0,735$, $p\leq 0,01$) та субшкалою «психологічне благополуччя» ($r=0,760$, $p\leq 0,01$), середній прямий зв'язок з «фізичним здоров'ям та благополуччям» ($r=0,557$, $p\leq 0,01$) і помірний прямий зв'язок зі шкалою «стосунки» ($r=0,397$, $p\leq 0,01$).

За компонентом життєстійкості «Прийняття ризику» виявлено сильний прямий зв'язок з «психологічним благополуччям» ($r=0,754$, $p\leq 0,01$) та загальним показником суб'єктивного благополуччя ($r=0,765$, $p\leq 0,01$), середній прямий зв'язок з «фізичним здоров'ям та благополуччям» ($r=0,697$, $p\leq 0,01$) та помірний прямий зв'язок зі шкалою «стосунки» ($r=0,351$, $p\leq 0,01$).

Зворотні значущі кореляційні зв'язки пов'язують усі показники життє-стійкості з показниками депресії. Так, між загальним показником життєстійкості існує середній зворотний зв'язок з загальним рівнем депресії ($r=-0,697$, $p\leq 0,01$) та «субшкалою соматичних проявів депресії» ($r=-0,521$, $p\leq 0,01$); з «когнітивно-афективною субшкалою» - тісний зворотний зв'язок ($r=-0,716$, $p\leq 0,01$).

За показником «Залученості» виявлено сильний зворотний зв'язок з загальним рівнем депресії ($r=-0,707$, $p\leq 0,01$) та «когнітивно-афективною субшкалою» ($r=-0,720$, $p\leq 0,01$), а з «субшкалою соматичних проявів депресії» - середній ($r=-0,557$, $p\leq 0,01$).

Компонент життєстійкості «Контроль» має середній зворотний зв'язок з загальним рівнем депресії ($r=-0,611$, $p\leq 0,01$) та «когнітивно-афективною субшкалою» ($r=-0,628$, $p\leq 0,01$), а з «субшкалою соматичних проявів депресії» помірну зворотну кореляцію ($r=-0,433$, $p\leq 0,01$). Між шкалою «Прийняття ризику» і «субшкалою соматичних проявів депресії» виявлено помірну зворотну кореляцію ($r=-0,448$, $p\leq 0,01$), а середню - з загальним рівнем

депресії ($r=-0,578$, $p\leq 0,01$) та «когнітивно-афективною субшкалою» ($r=-0,588$, $p\leq 0,01$).

Так само виявлено зворотний кореляційний зв'язок життєстійкості і з більшістю симптомів ПТСР, окрім симптомів уникнення (критерій С). Загальний показник життєстійкості має зворотний помірний взаємозв'язок з симптомами інтрузії (критерій В) ($r=-0,397$, $p\leq 0,01$) та середній зворотний зв'язок з негативними думками та емоціями (критерій D) ($r=-0,632$, $p\leq 0,01$), симптомами надмірної реактивності (критерій Е) ($r=-0,519$, $p\leq 0,01$) та загальним показником ПТСР ($r=-0,609$, $p\leq 0,01$).

«Залученість» також має зворотний помірний взаємозв'язок з симптомами інтрузії (критерій В) ($r=-0,412$, $p\leq 0,01$) та середній зворотний зв'язок з негативними думками та емоціями (критерій D) ($r=-0,693$, $p\leq 0,01$), симптомами надмірної реактивності (критерій Е) ($r=-0,510$, $p\leq 0,01$) та загальним показником ПТСР ($r=-0,644$, $p\leq 0,01$).

Між шкалою «Контроль» та симптомами інтрузії (критерій В) існує зворотний слабкий взаємозв'язок ($r=-0,297$, $p\leq 0,01$), а між «Контролем» та негативними думками та емоціями (критерій D), симптомами надмірної реактивності (критерій Е) і загальним показником ПТСР - помірний зворотний зв'язок ($r=-0,485$, $p\leq 0,01$; $r=-0,470$, $p\leq 0,01$ та $r=-0,490$, $p\leq 0,01$ відповідно). «Прийняття ризику» має помірну зворотну кореляцію з симптомами інтрузії (критерій В) ($r=-0,371$, $p\leq 0,01$) та симптомами надмірної реактивності (критерій Е) ($r=-0,421$, $p\leq 0,01$), а середню зворотну - з негативними думками та емоціями (критерій D) ($r=-0,568$, $p\leq 0,01$) та загальним показником ПТСР ($r=-0,538$, $p\leq 0,01$).

Далі розглянемо кореляційну структуру резильєнтності у групі респондентів, що зараз проживають в Україні (див. ДОДАТОК Є2). І як зазначалось вище, між резильєнтністю та показниками життєстійкості кореляційних зв'язків виявлено не було. Та резильєнтність демонструє прямий середній кореляційний взаємозв'язок з копінг-поведінкою

«Прийняття і пасивний оптимізм» ($r=0,565$, $p\leq 0,01$), а також прямий слабкий зв'язок з копінг-поведінкою «Прийняття і активна боротьба» ($r=0,334$, $p\leq 0,01$).

Виявлено прямий помірний взаємозв'язок резильєнтності з усіма показниками суб'єктивного благополуччя: «психологічним благополуччям» ($r=0,455$, $p\leq 0,01$), «фізичним здоров'ям та благополуччям» ($r=0,430$, $p\leq 0,01$), «стосунки» ($r=0,357$, $p\leq 0,01$) та загальним показником суб'єктивного благополуччя ($r=0,499$, $p\leq 0,01$).

Зворотні значущі кореляційні зв'язки пов'язують резильєнтність з показниками депресії та ПТСР. Так, між резильєнтністю існує помірний зворотний зв'язок з загальним рівнем депресії ($r=-0,328$, $p\leq 0,01$), «когнітивно-афективною субшкалою» ($r=-0,335$, $p\leq 0,01$), «субшкалою соматичних проявів депресії» ($r=-0,361$, $p\leq 0,01$), а також загальним показником ПТСР ($r=-0,320$, $p\leq 0,05$) та негативними думками та емоціями (критерій D) ($r=-0,307$, $p\leq 0,05$). Між резильєнтністю та іншими симптомами ПТСР (критерії B, C, E) кореляційних зв'язків не виявлено.

Коефіцієнти кореляції між типами копінг-поведінки та показниками шкал інших методик у групі респондентів, що зараз проживають в Україні (див. ДОДАТОК Є3), свідчать, що за такими типами копінг-поведінки як «Прийняття і пасивний розрахунок на допомогу», «Прийняття і пасивний песимізм» та «Неприйняття та дисоціація» значимих кореляційних взаємозв'язків з іншими показниками всіх психодіагностичних методик виявлено не було. Існуючі кореляційні зв'язки показників «Прийняття і пасивний оптимізм» та «Прийняття і активна боротьба» з показниками життєстійкості та резильєнтності вже описані вище. Щодо кореляції копінгів з показниками суб'єктивного благополуччя, то виявлено тільки слабкий прямий зв'язок копінг-поведінки «Прийняття і активна боротьба» з показником «психологічне благополуччя» ($r=0,341$, $p\leq 0,01$). Також копінг-поведінка «Прийняття і пасивний оптимізм» має слабкий зворотний

взаємозв'язок з «Субшкалою соматичних проявів депресії» ($r=-0,270$, $p\leq 0,05$). За іншими показниками депресії, а також ПТСР, значущих кореляційних зв'язків не виявлено.

Значимі коефіцієнти кореляції між показниками суб'єктивного благополуччя та показниками шкал інших методик у групі респондентів, що зараз проживають в Україні представлено у ДОДАТКУ Є4. Опис виявлених кореляційних зв'язків між показниками суб'єктивного благополуччя та показниками життестійкості, резильєнтності було представлено вище. Щодо кореляції між показниками суб'єктивного благополуччя та типами копінг-поведінки, то слабкий прямий зв'язок виявлено тільки з копінг-поведінкою «Прийняття і активна боротьба» ($r=0,341$, $p\leq 0,01$).

Між показниками суб'єктивного благополуччя та показниками депресії існує зворотний зв'язок. Так, субшкала «психологічного благополуччя» має середній зворотний зв'язок з загальним рівнем депресії ($r=-0,659$, $p\leq 0,01$) та «когнітивно-афективною субшкалою» ($r=-0,668$, $p\leq 0,01$); помірний - з «субшкалою соматичних проявів депресії» ($r=-0,497$, $p\leq 0,01$). Субшкала «фізичне здоров'я та благополуччя» має середні зворотні зв'язки з загальним рівнем депресії ($r=-0,658$, $p\leq 0,01$), «когнітивно-афективною субшкалою» ($r=-0,606$, $p\leq 0,01$) та «субшкалою соматичних проявів депресії» ($r=-0,658$, $p\leq 0,01$).

Між субшкалою «стосунки» виявлено помірний зворотний взаємозв'язок зі «субшкалою соматичних проявів депресії» ($r=-0,496$, $p\leq 0,01$) та середній зворотний зв'язок з «когнітивно-афективною субшкалою» ($r=-0,537$, $p\leq 0,01$) і загальним рівнем депресії ($r=-0,543$, $p\leq 0,01$).

Загальний показник суб'єктивного благополуччя має тісний зворотний зв'язок з загальним рівнем депресії ($r=-0,745$, $p\leq 0,01$) і з «когнітивно-афективною субшкалою» ($r=-0,738$, $p\leq 0,01$), а з «субшкалою соматичних проявів депресії» - середній зворотний зв'язок ($r=-0,619$, $p\leq 0,01$).

Також загальний показник суб'єктивного благополуччя має помірний зворотний кореляційний зв'язок із симптомами інтрузії (критерій В) ($r=-0,382$, $p\leq 0,01$) та середній зворотний взаємозв'язок з симптомами надмірної реактивності (критерій Е) ($r=-0,548$, $p\leq 0,01$), негативними думками та емоціями (критерій D) ($r=-0,537$, $p\leq 0,01$) та загальним показником ПТСР ($r=-0,557$, $p\leq 0,01$).

Між показником «психологічного благополуччя» виявлено помірний зворотний зв'язок з симптомами інтрузії (критерій В) ($r=-0,408$, $p\leq 0,01$) та середні зворотні кореляційні зв'язки з симптомами надмірної реактивності (критерій Е) ($r=-0,577$, $p\leq 0,01$), негативними думками та емоціями (критерій D) ($r=-0,541$, $p\leq 0,01$) та загальним показником ПТСР ($r=-0,590$, $p\leq 0,01$). Субшкала «фізичне здоров'я та благополуччя» має помірні зворотні кореляційні зв'язки з симптомами інтрузії (критерій В) ($r=-0,426$, $p\leq 0,01$), негативними думками та емоціями (критерій D) ($r=-0,425$, $p\leq 0,01$), а також середні зворотні взаємозв'язки з симптомами надмірної реактивності (критерій Е) ($r=-0,514$, $p\leq 0,01$) та загальним показником ПТСР ($r=-0,502$, $p\leq 0,01$). За субшкалою «стосунки» кореляцію виявлено тільки за таким симптомом ПТСР, як «негативні думки та емоції (критерій D)» ($r=-0,299$, $p\leq 0,05$) - слабкий зворотній зв'язок. Серед усіх показників суб'єктивного благополуччя, їх кореляції з симптомами уникнення (Критерій С) ПТСР не було виявлено.

Коефіцієнти кореляції між показниками депресії та показниками шкал інших методик у групі респондентів, що зараз проживають в Україні наведено у ДОДАТКУ Є5. Між «когнітивно-афективною субшкалою» існує помірний прямий зв'язок з симптомами інтрузії (критерій В) ($r=0,444$, $p\leq 0,01$), тісний прямий зв'язок з негативними думками та емоціями (критерій D) ($r=0,753$, $p\leq 0,01$) та середній прямий зв'язок з симптомами надмірної реактивності (критерій Е) ($r=0,604$, $p\leq 0,01$) та загальним показником ПТСР ($r=0,656$, $p\leq 0,01$).

Помірний прямий зв'язок виявлено між «субшкалою соматичних проявів депресії» і наступними показниками: симптомів інтрузії (критерій В) ($r=0,363$, $p\leq 0,01$), негативними думками та емоціями (критерій D) ($r=0,422$, $p\leq 0,01$) та загальним показником ПТСР ($r=0,486$, $p\leq 0,01$), а середній прямий взаємозв'язок - з симптомами надмірної реактивності (критерій E) ($r=0,615$, $p\leq 0,01$). Між загальним показником прояву депресивних симптомів існує помірний прямий зв'язок з симптомами інтрузії (критерій В) ($r=0,457$, $p\leq 0,01$) та середній: з негативними думками та емоціями (критерій D) ($r=0,662$, $p\leq 0,01$), симптомами надмірної реактивності (критерій E) ($r=0,679$, $p\leq 0,01$) та загальним показником ПТСР ($r=0,642$, $p\leq 0,01$). За жодною шкалою депресії не було виявлено кореляції з симптомами уникнення (Критерій С) ПТСР. Опис виявлених кореляційних зв'язків між показниками депресії з показниками життєстійкості, резильєнтності, типів копінг-поведінки та суб'єктивного благополуччя було представлено вище.

Значимі кореляційні зв'язки між показниками ПТСР та показниками шкал усіх інших методик у групі досліджуваних, що зараз проживають в Україні також було описано вище, а коефіцієнти кореляції наведено у ДОДАТКУ Є6.

За результатами кореляційного аналізу показників групи респондентів, які зараз не проживають в Україні (виїхали за кордон через війну) (див. ДОДАТОК Ж1), виявлено, що як і в попередній групі досліджуваних (що проживають зараз в Україні), не виявлено кореляції між показниками життєстійкості та резильєнтністю. Стосовно копінг-поведінки: тільки за субшкалою життєстійкості «Прийняття ризику» було виявлено прямий зв'язок з активною копінг-поведінкою «Прийняття і активна боротьба» ($r=0,469$, $p\leq 0,01$). За іншими типами копінг-поведінки значущих зв'язків з показниками життєстійкості виявлено не було.

«Залученість» має тісні прямі взаємозв'язки з загальним показником суб'єктивного благополуччя ($r=0,716$, $p\leq 0,01$) і «психологічним

благополуччям» ($r=0,739$, $p\leq 0,01$), а також середні прямі зв'язки з «фізичним здоров'ям та благополуччям» ($r=0,509$, $p\leq 0,01$), «стосунки» ($r=0,536$, $p\leq 0,01$).

За показником «Контроль» виявлено тісний прямий взаємозв'язок з «психологічним благополуччям» ($r=0,739$, $p\leq 0,01$), помірний прямий зв'язок - з «фізичним здоров'ям та благополуччям» ($r=0,499$, $p\leq 0,01$) та субшкалою «стосунки» ($r=0,461$, $p\leq 0,01$), а середній - з загальним показником суб'єктивного благополуччя ($r=0,699$, $p\leq 0,01$). За компонентом «Прийняття ризику» виявлено середній прямий зв'язок з «психологічним благополуччям» ($r=0,568$, $p\leq 0,01$) і загальним показником суб'єктивного благополуччя ($r=0,541$, $p\leq 0,01$), а помірний прямий зв'язок з «фізичним здоров'ям та благополуччям» ($r=0,327$, $p\leq 0,05$) та «стосунками» ($r=0,394$, $p\leq 0,01$).

Загальний рівень життєстійкості має високі прямі зв'язки з «психологічним благополуччям» ($r=0,763$, $p\leq 0,01$) і загальним показником суб'єктивного благополуччя ($r=0,728$, $p\leq 0,01$). Також показник життєстійкості має середній прямий зв'язок зі шкалою «фізичне здоров'я та благополуччя» ($r=0,509$, $p\leq 0,01$) та «стосунки» ($r=0,507$, $p\leq 0,01$).

Щодо кореляції життєстійкості та депресії, то сильні зворотні зв'язки пов'язують показник «Залученість» з «когнітивно-афективною субшкалою» депресії ($r=-0,762$, $p\leq 0,01$) та з загальним рівнем депресії ($r=-0,687$, $p\leq 0,01$), а середні зворотні зв'язки - з «субшкалою соматичних проявів депресії» ($r=-0,570$, $p\leq 0,01$). Шкала «Контроль» має тісний зворотний зв'язок з «когнітивно-афективною субшкалою» ($r=-0,703$, $p\leq 0,01$), помірний - з «субшкалою соматичних проявів депресії» ($r=-0,446$, $p\leq 0,01$) та середній зворотний взаємозв'язок з загальним показником життєстійкості ($r=-0,646$, $p\leq 0,01$).

Між шкалою «Прийняття ризику» і «когнітивно-афективною субшкалою депресії» виявлено середню зворотну кореляцію ($r=-0,560$, $p\leq 0,01$), а з загальним рівнем депресії - помірну ($r=-0,495$, $p\leq 0,01$). Між «субшкалою соматичних проявів депресії» і компонентом «Прийняття

ризика» кореляції не виявлено. А між загальним показником життєстійкості існує тісний зворотний зв'язок з «когнітивно-афективною субшкалою» ($r=-0,755$, $p\leq 0,01$) і з загальним рівнем депресії ($r=-0,719$, $p\leq 0,01$) та середній зворотний зв'язок з «субшкалою соматичних проявів депресії» ($r=-0,509$, $p\leq 0,01$).

Так само у групі респондентів, хто зараз проживає за кордоном, виявлено зворотні кореляційні зв'язки життєстійкості з різними симптомами ПТСР (окрім симптомів уникнення (критерій С). Загальний показник життєстійкості має зворотний помірний взаємозв'язок з симптомами інтрузії (критерій В) ($r=-0,402$, $p\leq 0,01$) та середній зворотний зв'язок з негативними думками та емоціями (критерій D) ($r=-0,617$, $p\leq 0,01$), симптомами надмірної реактивності (критерій E) ($r=-0,543$, $p\leq 0,01$) та загальним показником ПТСР ($r=-0,604$, $p\leq 0,01$). «Залученість» також має зворотний помірний кореляційний зв'язок з симптомами інтрузії (критерій В) ($r=-0,364$, $p\leq 0,05$) та середній зворотний взаємозв'язок з негативними думками та емоціями (критерій D) ($r=-0,608$, $p\leq 0,01$), симптомами надмірної реактивності (критерій E) ($r=-0,585$, $p\leq 0,01$) та загальним показником ПТСР ($r=-0,598$, $p\leq 0,01$).

Між шкалою «Контроль» та симптомами інтрузії (критерій В) існує зворотний помірний взаємозв'язок ($r=-0,339$, $p\leq 0,05$), а середній - з негативними думками та емоціями (критерій D) ($r=-0,557$, $p\leq 0,01$), симптомами надмірної реактивності (критерій E) ($r=-0,456$, $p\leq 0,01$) та загальним показником ПТСР ($r=-0,526$, $p\leq 0,01$). Шкала «Прийняття ризику» не має кореляційного зв'язку з симптомами інтрузії (критерій В), але має помірну зворотну кореляцію з негативними думками та емоціями (критерій D) ($r=-0,482$, $p\leq 0,01$), симптомами надмірної реактивності (критерій E) ($r=-0,359$, $p\leq 0,05$) та загальним показником ПТСР ($r=-0,439$, $p\leq 0,01$).

Далі у групі респондентів, що через війну виїхали з України і зараз проживають за кордоном, розглянемо кореляційні коефіцієнти між резильєнтністю та іншими показниками (див. ДОДАТОК Ж2). Як вже

зазначалось раніше, між резильєнтністю та показниками життєстійкості у цій групі респондентів кореляційних зв'язків виявлено не було. Виявлено прямий помірний взаємозв'язок резильєнтності з копінг-поведінкою «Прийняття і пасивний оптимізм» ($r=0,450$, $p\leq 0,01$) та середній прямий зв'язок з копінг-поведінкою «Прийняття і активна боротьба» ($r=0,582$, $p\leq 0,01$). Також існує прямий середній кореляційний зв'язок резильєнтності з показником «психологічне благополуччя» ($r=0,513$, $p\leq 0,01$) та прямий помірний взаємозв'язок з показником «стосунки» ($r=0,381$, $p\leq 0,05$) і загальним показником суб'єктивного благополуччя ($r=0,458$, $p\leq 0,01$). Кореляційного зв'язку резильєнтності з показником «фізичне здоров'я та благополуччя» виявлено не було. Також не було виявлено кореляційного зв'язку між резильєнтністю та усіма показниками депресії та ПТСР.

Коефіцієнти кореляції між типами копінг-поведінки та показниками шкал інших методик у групі респондентів, що через війну виїхали з України і зараз проживають за кордоном (див. ДОДАТОК Ж3), свідчать, що за такими типами копінг-поведінки як «Прийняття і пасивний розрахунок на допомогу», «Прийняття і пасивний песимізм» та «Неприйняття та дисоціація» значимих кореляційних взаємозв'язків з іншими показниками всіх психодіагностичних методик виявлено не було. Копінг-поведінка «Прийняття і активна боротьба» має помірний прямий зв'язок з компонентом життєстійкості «Прийняття ризику» ($r=0,469$, $p\leq 0,01$), а також середній прямий кореляційний зв'язок з резильєнтністю ($r=0,582$, $p\leq 0,01$). Також з резильєнтністю помірний прямий взаємозв'язок має копінг-поведінка «Прийняття і пасивний оптимізм» ($r=0,450$, $p\leq 0,01$). За усіма іншими показниками кореляції з цими типами копінг-поведінки не виявлено.

Значимі коефіцієнти кореляції між показниками суб'єктивного благополуччя та показниками шкал інших методик у групі респондентів, що виїхали за кордон через війну і зараз проживають за кордоном наведені у ДОДАТКУ Ж4. Опис виявлених кореляційних зв'язків між показниками

суб'єктивного благополуччя та показниками життєстійкості і резильєнтності було представлено вище. Щодо кореляції між показниками суб'єктивного благополуччя та типами копінг-поведінки, то її не було виявлено у даній групі респондентів.

Між показниками суб'єктивного благополуччя та показниками депресії існує зворотний зв'язок. Так, субшкала «психологічного благополуччя» має тісний зворотний зв'язок з «когнітивно-афективною субшкалою» ($r=-0,780$, $p\leq 0,01$) і загальним рівнем депресії ($r=-0,743$, $p\leq 0,01$) та середній зворотний зв'язок з «субшкалою соматичних проявів депресії» ($r=-0,551$, $p\leq 0,01$).

Субшкала «фізичне здоров'я та благополуччя» має помірний зворотний кореляційний зв'язок з «когнітивно-афективною субшкалою» ($r=-0,494$, $p\leq 0,01$) та середній зворотний зв'язок з «субшкалою соматичних проявів депресії» ($r=-0,602$, $p\leq 0,01$) і загальним рівнем депресії ($r=-0,570$, $p\leq 0,01$). Між субшкалою «стосунки» виявлено помірний зворотний кореляційний зв'язок з «когнітивно-афективною субшкалою» ($r=-0,494$, $p\leq 0,01$) і «субшкалою соматичних проявів депресії» ($r=-0,406$, $p\leq 0,01$), а також середній зворотний зв'язок з загальним рівнем депресії ($r=-0,528$, $p\leq 0,01$).

Загальний показник суб'єктивного благополуччя має тісний зворотний зв'язок з «когнітивно-афективною субшкалою» ($r=-0,732$, $p\leq 0,01$) і загальним рівнем депресії ($r=-0,744$, $p\leq 0,01$), а з «субшкалою соматичних проявів депресії» - середній зворотний зв'язок ($r=-0,612$, $p\leq 0,01$). Щодо їх кореляції з показниками ПТСР, то між показником «психологічне благополуччя» виявлено помірний зворотний зв'язок з симптомами інтрузії (критерій В) ($r=-0,339$, $p\leq 0,05$) та середній зворотний кореляційний зв'язок з негативними думками та емоціями (критерій D) ($r=-0,634$, $p\leq 0,01$), симптомами надмірної реактивності (критерій E) ($r=-0,526$, $p\leq 0,01$) та загальним показником ПТСР ($r=-0,577$, $p\leq 0,01$).

Субшкала «фізичне здоров'я та благополуччя» має помірний зворотний взаємозв'язок з негативними думками та емоціями (критерій D) ($r=-0,400$, $p\leq 0,01$), симптомами надмірної реактивності (критерій E) ($r=-0,452$, $p\leq 0,01$) та загальним показником ПТСР ($r=-0,309$, $p\leq 0,01$).

Між показником «фізичне здоров'я та благополуччя» і симптомами інтрузії (критерій B) кореляції не виявлено. Також не виявлено кореляційних зв'язків і за субшкалою «стосунки» з симптомами інтрузії (критерій B) та симптомами надмірної реактивності (критерій E). Показник суб'єктивного благополуччя «стосунки» має помірний зворотній зв'язок з показниками: «негативні думки та емоції (критерій D)» ($r=-0,377$, $p\leq 0,05$) та загальним показником ПТСР ($r=-0,314$, $p\leq 0,05$). Загальний показник суб'єктивного благополуччя має помірний зворотний кореляційний зв'язок із симптомами інтрузії (критерій B) ($r=-0,301$, $p\leq 0,05$) та середній зворотний взаємозв'язок з негативними думками та емоціями (критерій D) ($r=-0,584$, $p\leq 0,01$), симптомами надмірної реактивності (критерій E) ($r=-0,512$, $p\leq 0,01$) та загальним показником ПТСР ($r=-0,532$, $p\leq 0,01$).

Коефіцієнти кореляції між показниками депресії та показниками шкал інших методик у групі респондентів, що виїхали з України і зараз проживають за кордоном, наведено у ДОДАТКУ Ж5. Опис виявлених кореляційних зв'язків між показниками депресії з показниками життєстійкості, резильєнтності, типів копінг-поведінки та суб'єктивного благополуччя було представлено вище. Між «когнітивно-афективною субшкалою» існує помірний прямий зв'язок з симптомами інтрузії (критерій B) ($r=0,457$, $p\leq 0,01$), тісний прямий зв'язок з негативними думками та емоціями (критерій D) ($r=0,749$, $p\leq 0,01$) та середній прямий зв'язок з симптомами надмірної реактивності (критерій E) ($r=0,608$, $p\leq 0,01$) та загальним показником ПТСР ($r=0,667$, $p\leq 0,01$). Слабкий прямий кореляційний зв'язок виявлено між «субшкалою соматичних проявів депресії» та: симптомами інтрузії (критерій B) ($r=0,394$, $p\leq 0,01$), негативними думками та

емоціями (критерій D) ($r=0,459$, $p\leq 0,01$), а середній прямий взаємозв'язок виявлено між «субшкалою соматичних проявів» та симптомами надмірної реактивності (критерій E) ($r=0,561$, $p\leq 0,01$) і загальним показником ПТСР ($r=0,506$, $p\leq 0,01$).

Між загальним показником прояву депресивних симптомів існує помірний прямий зв'язок з симптомами інтрузії (критерій B) ($r=0,450$, $p\leq 0,01$) та середній - з негативними думками та емоціями (критерій D) ($r=0,687$, $p\leq 0,01$), симптомами надмірної реактивності (критерій E) ($r=0,639$, $p\leq 0,01$) та загальним показником ПТСР ($r=0,652$, $p\leq 0,01$). За жодною шкалою депресії не було виявлено кореляції з симптомами уникнення (Критерій C) ПТСР.

Значимі кореляційні зв'язки між показниками ПТСР та показниками шкал усіх інших методик у групі досліджуваних, що виїхали за кордон через війну, було описано вище та коефіцієнти кореляції наведено у ДОДАТКУ Ж6.

Далі буде представлено результати кореляційного аналізу отриманих по усім показникам методик у двох групах респондентів: чоловіків та жінок. Значення коефіцієнтів кореляції між показниками життєстійкості з показниками шкал інших методик у групі жінок (див. ДОДАТОК 31) свідчать, що серед групи жінок, як і в інших досліджених раніше групах, не виявлено значущого кореляційного зв'язку між показниками життєстійкості та резильєнтності.

Щодо кореляції показників життєстійкості та типів копінг-поведінки у жінок, встановлено взаємозв'язок тільки з копінг-поведінкою «Прийняття і активна боротьба». Так, між копінг-поведінкою «Прийняття і активна боротьба» існує слабкий прямий кореляційний зв'язок з загальним рівнем життєстійкості ($r=0,293$, $p\leq 0,01$), а також помірний прямий зв'язок з її компонентами: «Контроль» ($r=0,315$, $p\leq 0,01$), «Прийняття ризику» ($r=0,366$, $p\leq 0,01$). Із субшкалою «Залученість» кореляційного зв'язку виявлено не було.

Також у групі жінок виявлено достовірні кореляційні зв'язки між всіма показниками життєстійкості та показниками суб'єктивного благополуччя. Так

між компонентом «Залученість» існує тісний прямий зв'язок з субшкалою «Психологічне благополуччя» ($r=0,695$, $p\leq 0,01$) і загальним показником суб'єктивного благополуччя ($r=0,699$, $p\leq 0,01$), середній прямий зв'язок - із субшкалою «Фізичне здоров'я та благополуччя» ($r=0,574$, $p\leq 0,01$) та помірний прямий зв'язок – з показником «Стосунки» ($r=0,462$, $p\leq 0,01$).

Між показником «Контроль» виявлено тісний прямий зв'язок з показником «Психологічне благополуччя» ($r=0,706$, $p\leq 0,01$), середній прямий зв'язок - з загальним показником суб'єктивного благополуччя ($r=0,641$, $p\leq 0,01$) та помірний прямий кореляційний зв'язок з показниками: «Фізичне здоров'я та благополуччя» ($r=0,482$, $p\leq 0,01$) і «Стосунки» ($r=0,320$, $p\leq 0,01$).

Компонент життєстійкості «Прийняття ризику» має середній прямий взаємозв'язок з показниками: «Психологічне благополуччя» ($r=0,656$, $p\leq 0,01$), «Фізичне здоров'я та благополуччя» ($r=0,552$, $p\leq 0,01$) і загальним показником суб'єктивного благополуччя ($r=0,642$, $p\leq 0,01$), а з субшкалою «Стосунки» - помірний прямий кореляційний зв'язок ($r=0,336$, $p\leq 0,01$).

Виявлено, що загальний показник життєстійкості має тісний прямий взаємозв'язок з «Психологічним благополуччям» ($r=0,764$, $p\leq 0,01$) та загальним показником суб'єктивного благополуччя ($r=0,735$, $p\leq 0,01$), з показником «Фізичне здоров'я та благополуччя» - середній прямий кореляційний зв'язок ($r=0,588$, $p\leq 0,01$), а з показником «Стосунки» - помірний прямий взаємозв'язок ($r=0,420$, $p\leq 0,01$).

Зворотний кореляційний зв'язок бачимо між всіма показниками життєстійкості та депресії. Так, за показником «Залученість» виявлено тісний зворотний зв'язок з загальним рівнем депресії ($r=-0,736$, $p\leq 0,01$) та «когнітивно-афективною субшкалою» ($r=-0,713$, $p\leq 0,01$), а з «субшкалою соматичних проявів депресії» - середню зворотну кореляцію ($r=-0,58$, $p\leq 0,01$).

Компонент життєстійкості «Контроль» має середній зворотний зв'язок з

«когнітивно-афективною субшкалою» ($r=-0,605$, $p\leq 0,01$) та загальним рівнем депресії ($r=-0,587$, $p\leq 0,01$), а з «субшкалою соматичних проявів депресії» - помірну зворотну кореляцію ($r=-0,377$, $p\leq 0,01$). Між шкалою «Прийняття ризику» і «субшкалою соматичних проявів депресії» виявлено помірну зворотну кореляцію ($r=-0,403$, $p\leq 0,01$), а з «когнітивно-афективною субшкалою» та загальним рівнем депресії – середній зворотний зв'язок ($r=-0,585$, $p\leq 0,01$ та $r=-0,586$, $p\leq 0,01$ відповідно).

Загальний показник життєстійкості має тісний зворотний зв'язок з «когнітивно-афективною субшкалою» ($r=-0,707$, $p\leq 0,01$) та з загальним рівнем депресії ($r=-0,07$, $p\leq 0,01$), а з «субшкалою соматичних проявів депресії» - помірний зворотній взаємозв'язок ($r=-0,497$, $p\leq 0,01$).

Так само виявлено зворотний кореляційний зв'язок життєстійкості і з симптомами ПТСР (окрім симптомів уникнення (критерій С). Загальний показник життєстійкості має зворотний помірний взаємозв'язок з симптомами інтрузії (критерій В) ($r=-0,399$, $p\leq 0,01$) та середній зворотний зв'язок з наступними показниками: негативні думки та емоції (критерій D) ($r=-0,564$, $p\leq 0,01$), симптоми надмірної реактивності (критерій Е) ($r=-0,545$, $p\leq 0,01$) та загальним показником ПТСР ($r=-0,579$, $p\leq 0,01$).

«Залученість» також має зворотний помірний взаємозв'язок з симптомами інтрузії (критерій В) ($r=-0,412$, $p\leq 0,01$) та середній зворотний кореляційний зв'язок з негативними думками та емоціями (критерій D) ($r=-0,622$, $p\leq 0,01$), симптомами надмірної реактивності (критерій Е) ($r=-0,566$, $p\leq 0,01$) та загальним показником ПТСР ($r=-0,616$, $p\leq 0,01$).

Виявлено зворотний помірний кореляційний зв'язок між шкалою «Контроль» та симптомами інтрузії (критерій В) ($r=-0,310$, $p\leq 0,01$), негативними думками та емоціями (критерій D) ($r=-0,435$, $p\leq 0,01$), симптомами надмірної реактивності (критерій Е) ($r=-0,449$, $p\leq 0,01$) та загальним показником ПТСР ($r=-0,468$, $p\leq 0,01$). «Прийняття ризику» так само має помірну зворотну кореляцію з симптомами інтрузії (критерій В) ($r=-0,324$,

$p \leq 0,01$), негативними думками та емоціями (критерій D) ($r = -0,459$, $p \leq 0,01$), симптомами надмірної реактивності (критерій E) ($r = -0,443$, $p \leq 0,01$) та загальним показником ПТСР ($r = -0,463$, $p \leq 0,01$).

Щодо резильєнтності (див. ДОДАТОК 32), то виявлено середній прямий кореляційний зв'язок з копінг-поведінкою: «Прийняття і пасивний оптимізм» ($r = 0,583$, $p \leq 0,01$), «Прийняття і активна боротьба» ($r = 0,518$, $p \leq 0,01$), а також слабкий взаємозв'язок з копінг-поведінкою «Неприйняття та дисоціація» ($r = 0,244$, $p \leq 0,05$).

Резильєнтність також прямо корелює і з всіма показниками суб'єктивного благополуччя: виявлено помірний зв'язок з показником «психологічного благополуччя» ($r = 0,395$, $p \leq 0,01$), «стосунки» ($r = 0,342$, $p \leq 0,01$) та загальним показником суб'єктивного благополуччя ($r = 0,393$, $p \leq 0,01$); з показником «фізичне здоров'я та благополуччя» виявлено слабкий прямий зв'язок ($r = 0,296$, $p \leq 0,01$).

Резильєнтність має помірний зворотній кореляційний зв'язок з «когнітивно-афективною субшкалою» ($r = -0,348$, $p \leq 0,01$) і загальним рівнем депресії ($r = -0,329$, $p \leq 0,01$) та слабкий зворотній зв'язок з «субшкалою соматичних проявів депресії» ($r = -0,233$, $p \leq 0,05$).

Щодо показників ПТСР, то резильєнтність має слабкий зворотній кореляційний взаємозв'язок тільки з загальним рівнем вираженості симптомів ПТСР ($r = -0,233$, $p \leq 0,05$), а за окремими симптомами ПТСР (критеріями B, C, D, E) кореляційного зв'язку з резильєнтністю не виявлено.

Коефіцієнти кореляції між типами копінг-поведінки та показниками шкал інших методик у групі жінок (див. ДОДАТОК 33) свідчать, що за такими типами копінг-поведінки, як «Прийняття і пасивний розрахунок на допомогу», виявлено слабкий прямий зв'язок з загальним рівнем депресії ($r = 0,232$, $p \leq 0,05$) та загальним рівнем ПТСР ($r = 0,248$, $p \leq 0,05$), а також помірний прямий зв'язок з симптомом ПТСР - негативні думки та емоції (критерій D) ($r = 0,319$, $p \leq 0,01$). З іншими показниками кореляції

копінг-поведінки «Прийняття і пасивний розрахунок на допомогу» не виявлено. Між показником «Прийняття і пасивний песимізм» також не було виявлено значимих кореляційних взаємозв'язків з іншими показниками всіх психодіагностичних методик.

Копінг-поведінка «Прийняття і пасивний оптимізм» має середній прямий зв'язок з резильєнтністю ($r=0,583$, $p\leq 0,01$) та слабкий зворотний взаємозв'язок з показниками: «Субшкала соматичних проявів депресії» ($r=-0,285$, $p\leq 0,01$) та загальним рівнем депресії ($r=-0,243$, $p\leq 0,05$).

Копінг-поведінка «Прийняття і активна боротьба» має слабкий прямий зв'язок з загальним показником життєстійкості ($r=0,293$, $p\leq 0,01$) та помірний прямий зв'язок з такими компонентами життєстійкості як «Контроль» ($r=0,315$, $p\leq 0,01$) та «Прийняття ризику» ($r=0,366$, $p\leq 0,01$); з компонентом «Залученість» кореляції не виявлено. Між «Прийняття і активна боротьба» також існує середній прямий зв'язок з резильєнтністю ($r=0,518$, $p\leq 0,01$), а також слабкий прямий кореляційний зв'язок з показником суб'єктивного благополуччя - «Психологічне благополуччя» ($r=0,257$, $p\leq 0,05$).

За шкалою виявлено слабку зворотну кореляцію з показником суб'єктивного благополуччя - «Фізичне здоров'я та благополуччя» ($r=-0,226$, $p\leq 0,05$). Слабку пряму кореляцію копінг-поведінки «Неприйняття та дисоціація» виявлено з наступними показниками: резильєнтністю ($r=0,244$, $p\leq 0,05$), «Когнітивно-афективною субшкалою» ($r=0,253$, $p\leq 0,05$), «Субшкалою соматичних проявів депресії» ($r=0,294$, $p\leq 0,01$), загальним рівнем депресії ($r=0,292$, $p\leq 0,01$), симптомами інтрузії (Критерій В) ПТСР ($r=0,273$, $p\leq 0,05$), негативними думками та емоціями (Критерій D) ПТСР ($r=0,284$, $p\leq 0,01$). Помірну пряму кореляцію виявлено між копінг-поведінкою «Неприйняття та дисоціація» з симптомами надмірної реактивності (Критерій E) ($r=0,350$, $p\leq 0,01$) і загальним рівнем ПТСР ($r=0,329$, $p\leq 0,01$). За усіма іншими показниками кореляції з копінг-поведінкою не виявлено.

Значимі коефіцієнти кореляції між показниками суб'єктивного благополуччя та показниками шкал інших методик у групі жінок наведено у ДОДАТКУ 34. Опис виявлених кореляційних зв'язків між показниками суб'єктивного благополуччя та показниками життєстійкості, резильєнтності та типами копінг-поведінки було представлено вище. Між показниками суб'єктивного благополуччя та показниками депресії існує зворотний зв'язок. Так, субшкала «психологічного благополуччя» має середній зворотний зв'язок з «когнітивно-афективною субшкалою» ($r=-0,694$, $p\leq 0,01$) і загальним рівнем депресії ($r=-0,667$, $p\leq 0,01$) та має помірний зворотний зв'язок з «субшкалою соматичних проявів депресії» ($r=-0,447$, $p\leq 0,01$).

Субшкала «фізичне здоров'я та благополуччя» має середній зворотний кореляційний зв'язок з всіма показниками депресії: «когнітивно-афективною субшкалою» ($r=-0,584$, $p\leq 0,01$), «субшкалою соматичних проявів депресії» ($r=-0,641$, $p\leq 0,01$) та загальним рівнем депресії ($r=-0,668$, $p\leq 0,01$). Між субшкалою «стосунки» виявлено середній зворотний кореляційний зв'язок з «когнітивно-афективною субшкалою» ($r=-0,510$, $p\leq 0,01$) і загальним рівнем депресії ($r=-0,550$, $p\leq 0,01$), а також помірний зворотний зв'язок з «субшкалою соматичних проявів депресії» ($r=-0,467$, $p\leq 0,01$). Загальний показник суб'єктивного благополуччя має тісний зворотний зв'язок з «когнітивно-афективною субшкалою» ($r=-0,725$, $p\leq 0,01$) і загальним рівнем депресії ($r=-0,749$, $p\leq 0,01$), а з «субшкалою соматичних проявів депресії» - середній зворотний зв'язок ($r=-0,594$, $p\leq 0,01$).

Стосовно кореляції показників суб'єктивного благополуччя з показниками ПТСР, між показником «психологічне благополуччя» виявлено помірний зворотний зв'язок з симптомами інтрузії (критерій В) ($r=-0,412$, $p\leq 0,01$) та середній зворотний кореляційний зв'язок з: негативними думками та емоціями (критерій D) ($r=-0,522$, $p\leq 0,01$), симптомами надмірної реактивності (критерій E) ($r=-0,538$, $p\leq 0,01$) та загальним показником ПТСР

($r=-0,545$, $p\leq 0,01$). Субшкала «фізичне здоров'я та благополуччя» має слабкий зворотний взаємозв'язок з симптомами інтрузії (критерій В) ($r=-0,272$, $p\leq 0,05$) та помірний зворотний взаємозв'язок з: негативними думками та емоціями (критерій D) ($r=-0,379$, $p\leq 0,01$), симптомами надмірної реактивності (критерій E) ($r=-0,492$, $p\leq 0,01$) та загальним показником ПТСР ($r=-0,411$, $p\leq 0,01$).

Між показником «стосунки» виявлено слабкий зворотний зв'язок з негативними думками та емоціями (критерій D) ($r=-0,297$, $p\leq 0,01$) і загальним показником ПТСР ($r=-0,239$, $p\leq 0,05$), а з симптомами інтрузії (критерій В) та симптомами надмірної реактивності (критерій E) ніякого кореляційного зв'язку не виявлено. Загальний показник суб'єктивного благополуччя має помірний зворотний кореляційний зв'язок із симптомами інтрузії (критерій В) ($r=-0,341$, $p\leq 0,01$), негативними думками та емоціями (критерій D) ($r=-0,489$, $p\leq 0,01$) та загальним показником ПТСР ($r=-0,497$, $p\leq 0,01$), а з симптомами надмірної реактивності (критерій E) виявлено середній зворотний кореляційний зв'язок ($r=-0,514$, $p\leq 0,01$).

Коефіцієнти кореляції між показниками депресії та показниками шкал інших методик у групі жінок наведено у ДОДАТКУ 35. Опис виявлених кореляційних зв'язків між показниками депресії з показниками життєстій-кості, резильєнтності, типів копінг-поведінки та суб'єктивного благополуччя було представлено вище. Між «когнітивно-афективною субшкалою» існує помірний прямий зв'язок з симптомами інтрузії (критерій В) ($r=0,467$, $p\leq 0,01$), тісний прямий зв'язок з негативними думками та емоціями (критерій D) ($r=0,734$, $p\leq 0,01$) та середній прямий зв'язок з симптомами надмірної реактивності (критерій E) ($r=0,637$, $p\leq 0,01$) та загальним показником ПТСР ($r=0,674$, $p\leq 0,01$).

Помірний прямий кореляційний зв'язок виявлено між «субшкалою соматичних проявів депресії» з наступними показниками: симптомами інтрузії (критерій В) ($r=0,390$, $p\leq 0,01$), негативними думками та емоціями (критерій D) ($r=0,425$, $p\leq 0,01$) та загальним показником ПТСР ($r=0,476$,

$p \leq 0,01$). Також виявлено середній прямий взаємозв'язок між «субшкалою соматичних проявів» та симптомами надмірної реактивності (критерій E) ($r=0,564$, $p \leq 0,01$).

Між загальним показником депресії існує помірний прямий зв'язок з симптомами інтрузії (критерій B) ($r=0,482$, $p \leq 0,01$) та середній прямий зв'язок з негативними думками та емоціями (критерій D) ($r=0,677$, $p \leq 0,01$), симптомами надмірної реактивності (критерій E) ($r=0,658$, $p \leq 0,01$) та загальним показником ПТСР ($r=0,657$, $p \leq 0,01$). За жодною шалою депресії не було виявлено кореляції з симптомами уникнення (Критерій C) ПТСР.

Значимі кореляційні зв'язки між показниками ПТСР та показниками шкал усіх інших методик у групі жінок було описано вище та коефіцієнти кореляції наведено у ДОДАТКУ 36.

За результатами кореляційного аналізу показників життестійкості та показників шкал інших методик у групі чоловіків (див. ДОДАТОК И1) видно, що на відміну від усіх раніше досліджених груп, у чоловіків виявлено кореляційні зв'язки між показниками життестійкості та резильєнтністю. Так, виявлено середній прямий взаємозв'язок між резильєнтністю та компонентами «Залученість» ($r=0,652$, $p \leq 0,01$) і «Контроль» ($r=0,667$, $p \leq 0,01$), а також тісний прямий зв'язок з компонентом «Прийняття ризику» ($r=0,849$, $p \leq 0,01$) і загальним показником життестійкості ($r=0,706$, $p \leq 0,01$).

«Залученість» має тісний прямий кореляційний зв'язок з загальним показником суб'єктивного благополуччя ($r=0,875$, $p \leq 0,01$) та «психологічним благополуччям» ($r=0,885$, $p \leq 0,01$), а середній прямий взаємозв'язок з «фізичним здоров'ям та благополуччям», ($r=0,643$, $p \leq 0,01$) та показником «стосунки» ($r=0,699$, $p \leq 0,01$). Шкала «Контроль» також має тісний прямий кореляційний зв'язок з загальним показником суб'єктивного благополуччя ($r=0,943$, $p \leq 0,01$), «психологічним благополуччям» ($r=0,920$, $p \leq 0,01$) та показником «стосунки» ($r=0,764$, $p \leq 0,01$), а з показником «фізичне здоров'я та

благополуччя» - середній прямий взаємозв'язок з ($r=0,690$, $p\leq 0,01$). Між шкалою «Прийняття ризику» і загальним показником суб'єктивного благополуччя, а також «психологічним благополуччям» існує тісний прямий кореляційний зв'язок ($r=0,754$, $p\leq 0,01$ та $r=0,718$, $p\leq 0,01$ відповідно).

Між загальним рівнем життєстійкості існує тісний прямий зв'язок з «психологічним благополуччям» ($r=0,873$, $p\leq 0,01$), показником «стосунки» ($r=0,723$, $p\leq 0,01$) та загальним показником суб'єктивного благополуччя ($r=0,889$, $p\leq 0,01$); середній прямий кореляційний зв'язок - з показником «фізичне здоров'я та благополуччя» ($r=0,628$, $p\leq 0,01$).

Показники життєстійкості не продемонстрували кореляційного зв'язку з жодним типом копінг-поведінки. А щодо показників депресії, то загальний показник життєстійкості має тісний зворотній взаємозв'язок з загальним рівнем депресії ($r=-0,711$, $p\leq 0,01$) та когнітивно-афективною субшкалою ($r=-0,828$, $p\leq 0,01$), а з субшкалою соматичних проявів депресії – помірний зворотній зв'язок ($r=-0,477$, $p\leq 0,05$).

Показник «Залученість» так само має сильний зворотній зв'язок з загальним рівнем депресії ($r=-0,730$, $p\leq 0,01$) та когнітивно-афективною субшкалою ($r=-0,843$, $p\leq 0,01$), а також помірний зворотний зв'язок з субшкалою соматичних проявів депресії ($r=-0,485$, $p\leq 0,05$). «Контроль» теж має сильний зворотний зв'язок з загальним рівнем депресії ($r=-0,768$, $p\leq 0,01$) і когнітивно-афективною субшкалою ($r=-0,854$, $p\leq 0,01$) та середній зворотний зв'язок – з субшкалою соматичних проявів депресії ($r=-0,577$, $p\leq 0,01$).

Щодо компоненту життєстійкості «Прийняття ризику», то він має середній зворотній зв'язок з когнітивно-афективною субшкалою депресії ($r=-0,587$, $p\leq 0,01$) та помірний зворотній зв'язок з загальним рівнем депресії ($r=-0,437$, $p\leq 0,05$). За «субшкалою соматичних проявів депресії» кореляції з цим компонентом життєстійкості не виявлено.

Зворотній зв'язок життєстійкість має і з показниками ПТСР. Так, загальний показник життєстійкості має сильний зворотній взаємозв'язок лише з показником загального рівня ПТСР ($r=-0,737$, $p\leq 0,01$) та негативними думками та емоціями (критерієм D) ($r=-0,845$, $p\leq 0,01$). «Залученість» має тісний зворотний кореляційний зв'язок з загальним рівнем ПТСР ($r=-0,720$, $p\leq 0,01$) і негативними думкам та емоціями (критерій D) ($r=-0,808$, $p\leq 0,01$) та помірний зворотний зв'язок - з симптомами надмірної реактивності (критерій E) ($r=-0,462$, $p\leq 0,05$). «Контроль» також має тісні зворотні кореляційні зв'язки з загальним рівнем ПТСР ($r=-0,745$, $p\leq 0,01$) і негативними думками та емоціями (критерій D) ($r=-0,853$, $p\leq 0,01$), а також помірний зворотний зв'язок з симптомами надмірної реактивності (критерій E) ($r=-0,468$, $p\leq 0,05$).

Компонент життєстійкості «Прийняття ризику» має більше зворотних кореляційних зв'язків з показниками ПТСР: з симптомами інтрузії (критерій В) - помірний ($r=-0,494$, $p\leq 0,05$); з симптомами уникнення (критерій С) та загальним показником рівня ПТСР - середній ($r=-0,567$, $p\leq 0,01$ та $r=-0,695$, $p\leq 0,01$ відповідно); з негативними думками та емоціями (критерій D) – сильний зворотний ($r=-0,806$, $p\leq 0,01$).

Резильєнтність (див. ДОДАТОК И2) має сильний прямий кореляційний зв'язок з загальним показником суб'єктивного благополуччя ($r=0,728$, $p\leq 0,01$) та показником «психологічне благополуччя» ($r=0,710$, $p\leq 0,01$), а з субшкалою «фізичне здоров'я та благополуччя» - середній прямий взаємозв'язок ($r=0,571$, $p\leq 0,01$). Між показником «стосунки» і резильєнтністю значущого кореляційного зв'язку не виявлено. У групі чоловіків відсутні кореляційні зв'язки між показниками резильєнтності і депресії (див. ДОДАТОК И2). Разом з тим, існує середній зворотний кореляційний зв'язок між резильєнтністю та наступними показниками шкали ПТСР: симптомами уникнення (критерій С) ($r=-0,592$, $p\leq 0,01$), негативними думками та емоціями (критерій D) ($r=-0,684$, $p\leq 0,01$) та загальним рівнем ПТСР ($r=-0,630$, $p\leq 0,01$). З

іншими симптомами ПТСР значущого кореляційного зв'язку у резильєнтності не виявлено.

Значимі коефіцієнти кореляції усіх показників методик у групі чоловіків з тим, чи проживає разом з досліджуваним його партнерка/ дружина приведено у ДОДАТКУ ИЗ. Так, ми бачимо, що такі компоненти життєстійкості, як «Залученість» та «Контроль» мають помірний зворотний зв'язок ($r=-0,495$, $p\leq 0,05$ та $r=-0,446$, $p\leq 0,05$ відповідно) з тим, чи проживає разом з чоловіком його партнерка або дружина. Так само і резильєнтність має помірний зворотний зв'язок ($r=-0,455$, $p\leq 0,05$) з цим показником. Тобто серед групи чоловіків показники цих компонентів життєстійкості та резильєнтності вище, якщо їх дружини/ партнерки проживають разом з ними.

З показниками суб'єктивного благополуччя також виявлено кореляцію: показники «психологічне благополуччя» та «фізичне здоров'я та благополуччя» мають помірний зворотний зв'язок ($r=-0,487$, $p\leq 0,05$ та $r=-0,484$, $p\leq 0,05$ відповідно) з тим, чи чоловіки проживають окремо від партнерки/ дружини, а загальний показник суб'єктивного благополуччя та субшкала «стосунки» - середній зворотний зв'язок ($r=-0,5517$, $p\leq 0,01$ та $r=-0,595$, $p\leq 0,01$ відповідно) з цим показником. Між тим, чи проживає разом з чоловіком його партнерка або дружина виявлено середній прямий кореляційний зв'язок з загальним рівнем ПТСР ($r=0,568$, $p\leq 0,01$), а також помірний прямий зв'язок з окремими його симптомами: негативними думками та емоціями (критерій D) та симптомами надмірної реактивності (критерій E) ($r=0,441$, $p\leq 0,05$). Тобто серед групи чоловіків показники ПТСР нижче, якщо їх дружини/ партнерки проживають разом з ними, і навпаки.

У групі чоловіків кореляції типів копінг-поведінки зі всіма показниками життєстійкості, резильєнтності та депресії не виявлено (див. ДОДАТОК И4). Але виявлено середній зворотний кореляційний зв'язок копінг-поведінки «Прийняття і пасивний песимізм» з таким симптомом прояву ПТСР, як негативні думки та емоції (критерій D) ($r=-0,534$, $p\leq 0,05$). Також було

виявлено середній прямий кореляційний зв'язок копінг-поведінки «Прийняття і активна боротьба» з показником суб'єктивного благополуччя - «Психологічне благополуччя» ($r=514$, $p \leq 0,05$), а також помірний прямий зв'язок з показником «Фізичне здоров'я та благополуччя» ($r=458$, $p \leq 0,05$) та загальним показником суб'єктивного благополуччя ($r=473$, $p \leq 0,05$). За іншими показниками кореляції виявлено не було.

Значимі коефіцієнти кореляції між показниками суб'єктивного благополуччя та показниками шкал інших методик у групі чоловіків представлено у ДОДАТКУ И5. Опис виявлених кореляційних зв'язків між показниками суб'єктивного благополуччя та показниками життестійкості, резильєнтності та типами копінг-поведінки було представлено вище. Було виявлено пряму кореляцію між самими показниками суб'єктивного благополуччя. Так, між загальним показником суб'єктивного благополуччя існує прямий сильний зв'язок з «психологічним благополуччям» ($r=0,952$, $p \leq 0,01$), «фізичним здоров'ям та благополуччям» ($r=0,828$, $p \leq 0,01$) та показником «стосунки» ($r=0,729$, $p \leq 0,01$). Між показниками суб'єктивного благополуччя та показниками депресії існує зворотний зв'язок. Так, субшкала «психологічного благополуччя» має сильний зворотний зв'язок з «когнітивно-афективною субшкалою» ($r=-0,804$, $p \leq 0,01$) і загальним рівнем депресії ($r=-0,798$, $p \leq 0,01$) та має середній зворотний зв'язок з «субшкалою соматичних проявів депресії» ($r=-0,681$, $p \leq 0,01$).

Субшкала «фізичне здоров'я та благополуччя» має тільки помірний зворотний кореляційний зв'язок з «когнітивно-афективною субшкалою» депресії ($r=-0,448$, $p \leq 0,05$), а з іншими показниками депресії («субшкалою соматичних проявів депресії» та загальним рівнем депресії) кореляції не виявлено. Між субшкалою «стосунки» виявлено середній зворотний кореляційний зв'язок з «когнітивно-афективною субшкалою» ($r=-0,582$, $p \leq 0,01$) і загальним рівнем депресії ($r=-0,535$, $p \leq 0,05$), а також помірний

зворотний зв'язок з «субшкалою соматичних проявів депресії» ($r=-0,453$, $p\leq 0,05$).

Загальний показник суб'єктивного благополуччя має тісний зворотний зв'язок з «когнітивно-афективною субшкалою» ($r=-0,763$, $p\leq 0,01$) і загальним рівнем депресії ($r=-0,727$, $p\leq 0,01$), а з «субшкалою соматичних проявів депресії» - середній зворотний зв'язок ($r=-0,624$, $p\leq 0,01$). Між показником «психологічне благополуччя» виявлено тісний зворотний кореляційний зв'язок з негативними думками та емоціями (критерій D) ($r=-0,795$, $p\leq 0,01$) і загальним показником ПТСР ($r=-0,751$, $p\leq 0,01$), а з симптомами надмірної реактивності (критерій E) - середній зворотний зв'язок ($r=-0,586$, $p\leq 0,01$).

Субшкала «фізичне здоров'я та благополуччя» має помірний зворотний кореляційний зв'язок з симптомами уникнення (критерій C) ($r=-0,456$, $p\leq 0,05$) і симптомами інтрузії (Критерій B) ($r=-0,444$, $p\leq 0,05$) та середній зворотний взаємозв'язок з негативними думками та емоціями (критерій D) ($r=-0,575$, $p\leq 0,01$) і загальним показником ПТСР ($r=-0,655$, $p\leq 0,01$). Між показником «стосунки» виявлено тільки середній зворотний зв'язок з негативними думками та емоціями (критерій D) ($r=-0,549$, $p\leq 0,01$) і загальним показником ПТСР ($r=-0,508$, $p\leq 0,05$). Загальний показник суб'єктивного благополуччя має тісний зворотний кореляційний зв'язок з негативними думками та емоціями (критерій D) ($r=-0,839$, $p\leq 0,01$) та загальним показником ПТСР ($r=-0,805$, $p\leq 0,01$), а з симптомами надмірної реактивності (критерій E) виявлено середній зворотний кореляційний зв'язок ($r=-0,547$, $p\leq 0,01$). Також встановлено, що в групі чоловіків показники суб'єктивного благополуччя не корелюють з симптомам інтрузії ПТСР (критерій B).

Коефіцієнти кореляції між показниками депресії та показниками шкал інших методик у групі чоловіків наведено у ДОДАТКУ И6. Опис виявлених кореляційних зв'язків між показниками депресії з показниками життєстійкості, резильєнтності, типів копінг-поведінки та суб'єктивного благополуччя було представлено вище. Між «когнітивно-афективною

субшкалою» існує тісний прямий зв'язок з негативними думками та емоціями (критерій D) ($r=0,828$, $p\leq 0,01$) і загальним показником ПТСР ($r=0,707$, $p\leq 0,01$), а середній прямий зв'язок з симптомами надмірної реактивності (критерій E) ($r=0,521$, $p\leq 0,05$). Середній прямий кореляційний зв'язок виявлено між «субшкалою соматичних проявів депресії» з негативними думками та емоціями (критерій D) ($r=0,503$, $p\leq 0,05$) і загальним показником ПТСР ($r=0,545$, $p\leq 0,05$). Також виявлено тісний прямий взаємозв'язок між «субшкалою соматичних проявів» та симптомами надмірної реактивності (критерій E) ($r=0,741$, $p\leq 0,01$).

Між загальним показником прояву депресивних симптомів існує сильний прямий зв'язок негативними думками та емоціями (критерій D) ($r=0,720$, $p\leq 0,01$), а також середній кореляційний зв'язок з симптомами надмірної реактивності (критерій E) ($r=0,693$, $p\leq 0,01$) та загальним показником ПТСР ($r=0,679$, $p\leq 0,01$). За жодною шкалою депресії не було виявлено кореляції з симптомами уникнення (Критерій C) та симптомами інтрузії (критерій B).

Значимі кореляційні зв'язки між показниками ПТСР та показниками шкал усіх інших методик у групі чоловіків було описано вище та коефіцієнти кореляції наведено у ДОДАТКУ И7.

Кореляційний аналіз показників у різних групах респондентів показав, що існує певна структура взаємозв'язків між показниками методик. Спостерігаються значущі прямі зв'язки усіх показників життестійкості, резильєнтності з суб'єктивним благополуччям та активною копінг-поведінкою, а також зворотні зв'язки - з вираженістю симптомів депресії та ПТСР. З метою більш докладного вивчення цієї структури було використано метод факторного аналізу, який дає можливість глибше вивчити взаємозв'язки між показниками. Тобто факторний аналіз допоможе зменшити вимірність простору показників і виявити приховані чинники, що на неї впливають.

У дослідженні ми використовували експлораторний факторний аналіз, в ході якого методом головних компонент з обертанням варімакс з нормалізацією Кайзера було виявлено чотири фактори, що відбивають життєстійкість особистості громадян України під час довготривалого стресу війни. Результати факторного аналізу по загальній вибірці містяться у таблиці 3.4.

З міркувань змістовної інтерпретації результатів факторного аналізу ми зупинилися на двофакторному рішенні (фактор 1 і фактор 2) з огляду на те, що фактор 3 повністю складається з усіх показників методики PCL-5 дослідження симптомів ПТСР (показники, що мають навантаження $\geq 0,4$), когнітивно-афективної субшкали та рівня депресії, а фактор 4 зібрав в себе усі показники шкали для дослідження копінг-поведінки у ситуаціях небезпеки у модифікації Н. В. Родіної та показник резильєнтність.

До першого фактору із позитивними значеннями увійшли (перераховані в порядку спадання величини факторного навантаження): суб'єктивне благополуччя, стосунки, фізичне здоров'я та благополуччя, психологічне благополуччя та залученість; з негативними: субшкала соматичних проявів депресії, загальний рівень депресії, когнітивно-афективна субшкала депресії та симптоми надмірної реактивності ПТСР. Як бачимо, перший фактор утворили перемінні, що з одного боку, характеризують рівень суб'єктивного благополуччя особистості та її залученість у своє життя і задоволеність своєю діяльністю, а з другого – з від'ємною вагою, увійшли усі показники шкали депресії А. Бека та окремі симптоми ПТСР (симптоми надмірної реактивності, критерій E), тобто змістовно цей фактор відбиває загальний показник благополуччя особистості. Виходячи з цього, ми дали назву цьому фактору «Психофізичний комфорт», який відображає задоволеність індивіда собою, своєю діяльністю, стосунками, здоров'ям і життям, відчуття щастя, гармонії з собою і зі світом та загалом включеність у своє життя і оточуючий

світ, що забезпечує низький рівень або відсутність симптомів депресії та надмірної реактивності ПТСР.

Таблиця 3.4

Результати факторного аналізу

Перемінні	Фактори			
	1	2	3	4
M1_Залученість	,398	,759	-,321	,009
M2_Контроль	,271	,840	-,205	,034
M3_Прийняття ризику	,238	,816	-,225	,112
M_Життестійкість	,343	,865	-,279	,045
Резильєнтність	,257	,467	-,096	,594
K1_«Прийняття і пасивний розрахунок на допомогу»	-,039	,002	,241	,554
K2_«Прийняття і пасивний песимізм»	-,036	-,326	-,184	,608
K3_«Прийняття і пасивний оптимізм»	,267	,150	,048	,797
K4_«Прийняття і активна боротьба»	-,019	,445	,073	,578
K5_«Неприйняття та дисоціація»	-,214	-,002	,317	,593
СБ1_«Психологічне благополуччя»	,581	,628	-,197	,136
СБ2_«Фізичне здоров'я та благополуччя»	,693	,402	-,128	-,038
СБ3_«Стосунки»	,733	,287	,105	,052
СБ_Суб'єктивне благополуччя	,737	,556	-,125	,077
PCL-5_Критерій В, симптоми інтрузії	-,213	-,137	,779	,080
PCL-5_Критерій С, симптоми уникнення	,188	-,078	,756	,035
PCL-5-Критерій D, негативні думки та емоцій	-,326	-,352	,746	,013
PCL-5-Критерій Е, симптоми надмірної реактивності	-,456	-,181	,680	,082
PCL-5_ПТСР	-,334	-,257	,886	,064
БЕК_Когнітивно-афективна субшкала (С-А)	-,660	-,379	,444	,035
БЕК_Субшкала соматичних проявів депресії (S-P)	-,813	-,082	,307	-,068
БЕК_Рівень депресії	-,792	-,279	,428	-,007

Примітки: а. Обертання зійшлося за 7 ітерацій.

Другий фактор утворений всіма шкалами методики діагностики життестійкості Мадді (залученість контроль, прийняття ризику, життестій-кість), також сюди увійшла резильєнтність, копінг-поведінка «Прийняття і активна боротьба», суб'єктивне благополуччя та окремі його показники: «психологічне благополуччя», «фізичне здоров'я та благополуччя». Також до цього фактору увійшли з від'ємною вагою показники когнітивно-афективної субшкали депресії та симптом ПТСР - негативні думки та емоцій (критерій D). Тобто цей фактор відбиває прямий взаємозв'язок життестійкості, резильєнтності, відчуття суб'єктивного

благополуччя і активного копінгу, та зворотній – з когнітивними симптомами депресивного розладу та ПТСР.

Цей фактор названо «*Самоефективність*», яка включає впевненість респондентів у собі та своїх переконаннях, активну залученість у своє життя, віру в ефективність своїх дій і очікування успіху від їх реалізації. Така людина відчуває своє життя повним та благополучним та їй не характерні негативні думки, емоції, самозвинувачення, почуття провини та нерішучість.

Таким чином, за результатами факторного аналізу ми змогли виділити два фактори («Психофізичний комфорт» та «Самоефективність») які мають взаємний позитивний вплив на особистість і тим самим роблять наших досліджуваних більш життєстійкими.

Висновки до третього розділу

1. Результати емпіричного дослідження життєстійкості особистості громадян України під час довготривалого стресу війни у загальній вибірці показали, що більшість досліджуваних (60,95%) має середній рівень життєстійкості, високий рівень мають 24,76% та лише 13,33% респондентів - низький рівень. Також у більшій частині вибірки (67,62%) резильєнтність знаходиться на середньому рівні, низький рівень притаманний 24,76% респондентів та лише 3,81% досліджуваних мають високий рівень резильєнтності. Щодо суб'єктивного благополуччя респондентів, то у більшості з них виявлено знижений рівень за показниками: загального суб'єк-тивного благополуччя (43,81%), «психологічного благополуччя» (41,90%) та «стосунки» (42,86%). Лише за показником «фізичне здоров'я та благополуч-чя» трохи більша частина українців має середній рівень (43,81%), а 41,90% - низький. Найбільш вираженою копінг-поведінкою серед загальної вибірки є «Прийняття і активна боротьба» і 60,95% українців вона притаманна на високому рівні. А найменш вираженою є копінг-поведінка

«Прийняття і пасивний песимізм», яка у більшості досліджуваних (60,0%) слабо виражена. Копінг-поведінка «Прийняття і пасивний розрахунок на допомогу» знаходиться у середньому нормативному діапазоні у 64,76% українців. За шкалою «Прийняття і пасивний оптимізм» вибірка розподіляється наступним чином: 42,86% мають високі значення, 47,62% - середні та лише 9,52% - низькі.

У половини респондентів (50,48%) спостерігається відсутність депресії, тобто в них простежуються досить слабкі симптоми депресії, які не вимагають психотерапевтичного втручання. Субдепресія виявлена у 20,95% досліджуваних, а 11,43% вибірки має помірний рівень депресії, який супроводжується падінням самооцінки, появою почуття провини, втратою інтересу до життя і постійним відчуттям пригніченості. Рівень середньої важкості симптомів депресії спостерігається у 14,29% респондентів і характеризується різкою втратою апетиту, апатією та втратою життєвого інтересу. Важкий ступінь депресії, що проявляється у сильному пригніченні, постійному почутті смутку, відчутті власної непотрібності, заниженої самооцінки та втраті життєвої мотивації виявлено у 2,86% досліджуваних

Щодо наявності симптомів ПТСР, то загалом 92,38% досліджуваних мають різні симптоми інтрузії, 78,10% - симптоми уникнення, 91,43% - негативні думки та емоції та у 95,24% респондентів є симптоми надмірної реактивності. Відносно клінічної значущості симптомів ПТСР, то цей показник враховувався тільки для тих респондентів, що через війну виїхали з України за кордон (40,95%), а для 58,87% досліджуваних, які проживають на території України, тобто досі знаходяться під впливом травмуючої події (військових дій) це не є коректним. Виходячи з цього виявлено, що лише 8,57% респондентів з усієї вибірки мають клінічно значущі симптоми ПТСР.

2. Порівняльний аналіз отриманих результатів за обраними методиками показав, що у жінок копінг-поведінка «Прийняття і пасивний розрахунок на допомогу» є більш вираженою ($p \leq 0,05$) ніж у чоловіків, тобто

жінки більш неспроможні діяти самостійно без допомоги зі сторони - це своєрідна копінг-стратегія вивченої безпорадності. Також у жінок частіше зустрічаються і більш виражені ($p \leq 0,01$) «симптоми інтрузії» (нав'язливі спогади, страшні сни, дисоціативні реакції, сильний психологічний дистрес та фізіологічні реакції при нагадуванні про травматичну подію).

Також було виявлено, що українці, які виїхали з України через війну і зараз проживають за кордоном, мають достовірно вищий ($p \leq 0,05$) рівень резильєнтності, порівняно з тими, хто зараз живе в Україні. Це пояснюється тим, що ті респонденти, які живуть в Україні, знаходяться в умовах довготривалого травматичного стресу у контексті війни, а ті українці, що виїхали за кордон, вже не мають дію цього фактору, знаходяться у більш сприятливій ситуації і почуваються більш впевнено, вони здатні більш стійко переносити труднощі і успішно поратися з ними.

Найбільше відмінностей було виявлено між групою респондентів, які знаходяться у відносинах (у шлюбі або мають партнера) і проживають разом з партнером та групою респондентів, що не мають стосунків або ж знаходяться в стосунках, але їх партнери проживають окремо (в іншому місті/країні). Так в першій групі вище показники: загального рівня життєстійкості, її компонента «контроль», загального рівня суб'єктивного благополуччя, а також показників «фізичне здоров'я та благополуччя» і «стосунки». Тобто ті респонденти, що мають стосунки і живуть разом з партнером, мають більш активну життєву позицію та більш впевнені, що можуть вплинути на результат того, що відбувається і самі вибирають свій шлях; загалом вони більше задоволені своїм життям, стосунками (як особистими, так і дружніми), фізичним здоров'ям, здатністю працювати, відпочивати тощо.

Крім того, нами було порівняно дві групи респондентів за рівнем резильєнтності (низьким та середнім) і виявлено, що у групі з середнім її рівнем достовірно вищі усі показники життєстійкості та суб'єктивного

благополуччя ($p \leq 0,001$), копінг-поведінки «Прийняття і активна боротьба» та «Прийняття і пасивний оптимізм» ($p \leq 0,001$). І, навпаки, вираженість симптомів депресії та ПТСР нижче у групі респондентів, з середнім рівнем резильєнтності, ніж з низьким її рівнем. Тобто чим більш стійкою та більш здатною успішно поратися з труднощами є особистість, тим більш щасливою, здоровою та задоволеною усіма сферами свого життя вона є, і менш вираженими в неї є депресивні симптоми та симптоми ПТСР.

3. Було проведено кореляційний аналіз показників по окремим групам (чоловіків; жінок; українців, що зараз живуть в Україні та українців, що виїхали за кордон через війну). По всіх групах респондентів виявлено значущі прямі кореляційні зв'язки між всіма показниками життестійкості та показниками суб'єктивного благополуччя. Так само і резильєнтність в усіх групах прямо корелює з показниками суб'єктивного благополуччя (тільки у групі чоловіків не виявлено кореляції з субшкалою «Стосунки» та у групі респондентів, що виїхали за кордон - з субшкалою «Фізичне здоров'я та благополуччя»). Тільки в групі чоловіків виявлено прямий кореляційний зв'язок між показниками життестійкості та резильєнтністю.

В усіх групах виявлено зворотній кореляційний зв'язок між всіма показниками життестійкості з показниками шкали депресії та прояву симптомів ПТСР (але по групах є відмінності в окремих симптомах). Так само існує зворотній взаємозв'язок показників депресії, симптомів ПТСР із всіма показниками суб'єктивного благополуччя. Резильєнтність у групі українців, що зараз живуть за кордоном, має зворотну кореляцію тільки з «Когнітивно-афективною субшкалою» депресії; у чоловіків – з загальним показником ПТСР та деякими його симптомами; у жінок – з всіма показниками депресії та загальним показником ПТСР; у тих, хто в Україні - із всіма показниками депресії, загальним показником ПТСР та негативними думками та емоціями.

Щодо копінгів, то у групі жінок та тих, хто проживає в Україні, копінг-поведінка «Прийняття і активна боротьба» прямо корелює з наступними показниками: резильєнтністю, життєстійкістю, її компонентами «Контроль» і «Прийняття ризику» та показником «Психологічне благополуччя». У групі українців, виїхавших за кордон ця копінг-стратегія має прямий кореляційний зв'язок лише з компонентом життєстійкості «Прийняття ризику» та резильєнтністю. У групі чоловіків копінг-поведінка «Прийняття і активна боротьба» прямо корелює з загальним показником суб'єктивного благополуччя, субшкалами «Психологічне благополуччя» та «Фізичне здоров'я та благополуччя».

Копінг-поведінка «Прийняття і пасивний песимізм» має прямий кореляційний зв'язок з резильєнтністю в усіх групах, окрім групи чоловіків, а також слабкий прямий взаємозв'язок з життєстійкістю та її компонентами «Залученість» і «Контроль». Крім того, зворотний взаємозв'язок вона має з деякими показниками шкали депресії серед жінок та тих, хто живе в Україні, а у групі чоловіків – з симптомом ПТСР - негативні думки та емоції.

У жінок копінг-поведінка «Прийняття і пасивний розрахунок на допомогу» має прямі зв'язки з загальним рівнем ПТСР, а також окремим його симптомом - «негативні думки та емоції (критерій D)». Копінг-поведінка «Неприйняття та дисоціація» у жінок прямо корелює з усіма шкалами депресії та ПТСР, резильєнтністю; і зворотно – з субшкалою суб'єктивного благополуччя «Фізичне здоров'я та благополуччя». Також і у тих, хто живе в Україні ця копінг-стратегія прямо корелює з більшістю показників депресії та ПТСР. Значимих кореляційних зв'язків копінг-поведінки «Прийняття і пасивний песимізм» в жодній групі виявлено не було.

Виявлено, що у чоловіків, які живуть разом з партнерками, резильєнтність, показники життєстійкості «залученість» і «контроль» та усі показники суб'єктивного благополуччя вище, а показники ПТСР нижче, порівняно з тими, хто проживає окремо.

4. За результатами факторного аналізу було виявлено два основні фактори: «Психофізичний комфорт» та «Самоефективність», які мають взаємний позитивний вплив на особистість і тим самим роблять наших досліджуваних більш життєстійкими. Перший з них відбиває задоволеність індивіда собою, власною діяльністю, взаєминами, здоров'ям та життям. Він охоплює відчуття щастя, гармонії з собою та навколишнім світом, а також включеність у власне життя і суспільство, що забезпечує низький рівень або відсутність симптомів депресії та надмірної реактивності ПТСР. Другий фактор включає впевненість респондентів у собі та своїх переконаннях, активну залученість у власне життя, віру в ефективність своїх дій та очікування успіху від їх реалізації. Така людина сприймає своє життя як повноцінне і благополучне, та характеризується відсутністю негативних думок, емоцій, самообвинувачень, почуття провини та нерішучості.

ВИСНОВКИ

В даній роботі здійснено теоретичний аналіз і вирішення поставлених наукових завдань, що полягали у дослідженні життєстійкості особистості громадян України під час довготривалого стресу війни. Результати, отримані в ході дослідження, дають змогу сформулювати такі висновки:

1. Теоретичний аналіз наукової літератури вітчизняних та зарубіжних авторів дає змогу зробити висновок, що життєстійкість є провідною рисою особистості, установкою на виживання, яка дозволяє ефективно справлятися зі стресом і спрямована на особистісне зростання. Це досягається за рахунок збереження внутрішньої впевненості, психологічної рівноваги та збереження ефективності в діяльності. Життєстійкість відображає здатність особистості підтримувати свій фізичний та психічний добробут у періоди нестабільності та служить джерелом внутрішнього опору, що знижує вплив стресу на здоров'я.

Формування життєстійкості особистості відбувається на протязі всього життя та значно впливає на розвиток внутрішніх ресурсів, що сприяє використанню конструктивних копінг-стратегій, які людина використовує протягом життя задля подолання життєвих негараздів та стресових впливів. Саме через використання копінг-стратегій передається вплив життєстійкості на психологічне благополуччя особистості та рівень задоволеності життям, оскільки вона базується на успішному протистоянні стресовим ситуаціям, досягненні особистих цілей і відсутності страху перед змінами. Чим вищий рівень життєстійкості особистості, тим більше ймовірність, що вона обирає продуктивні стратегії в стресових ситуаціях та має вищий рівень психологічного благополуччя. Та навпаки, низький рівні життєстійкості збільшує ймовірність використання особистістю непродуктивних копінг-стратегій в стресових ситуаціях та призводить до меншої самооцінки та її психологічного благополуччя. Розвинута життєстійкість, як фактор

резильєнтності, сприяє позитивній адаптації людини до складних життєвих ситуацій, де, незважаючи на серйозні загрози, людина підвищує свою здатність до успіху та подолання труднощів.

2. В рамках теми нашої роботи необхідним було вивчення феномену довготривалого травматичного стресу, адже українське суспільство, знаходячись у умовах діючого воєнного конфлікту України з Росією, постійно зазнає травматизації, такої як ракетні обстріли, тривоги, пошкодження майна, втрату рідних, а також негативна інформація через засоби масової інформації, і не має можливості вибору, що руйнує в них розуміння безпеки та почуття довіри. Довготривалий травматичний стрес характеризується довготривалою природою переживання стресових подій у житті людини, які мають значний вплив, оскільки їх практично неможливо уникнути, і цей стан триває протягом декількох років. Довготривалий травматичний стрес може виникнути у різних контекстах, серед яких: військовий (бойові дії, терористичні атаки); техногенні та природні катастрофи; хронічне насильство (домашнє, у суспільстві); контекст пандемії. При довготривалому травматичному стресі небезпека і загроза значною мірою непередбачувані, але суттєві.

Довготривалий травматичний стрес може бути причиною появи ПТСР в майбутньому. І на відміну від ПТСР, який пов'язаний із завершеною травматичною ситуацією в минулому, довготривалий травматичний стрес охоплює травмування, що було як у минулому, так продовжується і надалі, не маючи передбачуваного завершення. Крім того, довготривалий травматичний стрес, наряду з усіма симптомами його прояву (послаблення функцій пам'яті, порушення сну і харчування, напруженість, зниження самоконтролю, пасивність, уникнення спілкування, депресія), виснажує як внутрішні, так і зовнішні ресурси людини, що може значно впливати на її здатність пристосовуватися до нових викликів та стресорів сьогодення.

3. Емпірично досліджено життєстійкість особистості громадян України під час довготривалого стресу війни як в загальній вибірці, так і в окремих її групах. Загалом можна визначити, що більшість українців має середні показники життєстійкості та резильєнтності. Загальний показник суб'єктивного благополуччя, а також його показників «психологічне благополуччя», «стосунки» у більшості українців має значення нижче середніх і тільки за його показником «фізичне здоров'я та благополуччя» трохи більша частина українців має середній рівень.

Виявлено, що Українці, які через війну виїхали за кордон, почуваються більш впевнено та здатні більш стійко переносити труднощі і успішно поратися з ними, порівняно з тими, хто залишився в Україні і знаходиться під впливом довготривалого травматичного стресу. Також встановлено, що на рівень життєстійкості позитивно впливає наявність стосунків і спільне проживання з партнером. Жінки частіше чоловіків використовують копінг-поведінку «Прийняття і пасивний розрахунок на допомогу», тобто вони більш неспроможні діяти самостійно без допомоги зі сторони і потребують підтримки. Порівняно з чоловіками, у жінок більш поширені симптоми інтрузії (нав'язливі спогади, страшні сни, дисоціативні реакції, сильний психологічний дистрес та фізіологічні реакції).

Було виявлено прямий взаємозв'язок життєстійкості та суб'єктивного благополуччя особистості. Чим більше рівень життєстійкості, а також окремих її компонентів, тим більш благополучною в усіх сферах життя відчуває себе людина. Так само вищий рівень життєстійкості впливає і на успішну адаптацію людини в умовах довготривалого стресу. Життєстійкість пов'язана з активною життєвою позицією, на що вказує вираженість копінг-поведінки «Прийняття і активна боротьба» в українців з більш високим рівнем життєстійкості. Також виявлено, що у людей з вищим рівнем життєстійкості менше виражені симптоми депресивного розладу та ПТСР.

Проведений факторний аналіз відокремив два основні фактори: «Психофізичний комфорт» та «Самоефективність», які мають взаємний позитивний вплив на особистість і сприяють її життєстійкості.

Здійснене емпіричне дослідження життєстійкості особистості громадян України під час довготривалого стресу війни не вичерпує всіх аспектів зазначеної проблеми. Перспективним, на нашу думку, є проведення дослідження життєстійкості особистості громадян України під час довготривалого стресу війни на вибірці більшого об'єму та за участю більшої кількості чоловіків. Отримані дані нашого дослідження будуть корисними для психологів та інших спеціалістів у роботі з громадянами України при наданні їм психологічної допомоги та для подальшої розробки рекомендацій, програм та заходів для українців, ВПО та біженців з метою покращення їх психоемоційного стану та розвитку життєстійкості.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Безшейко В. Адаптація Шкали для клінічної діагностики ПТСР та опитувальника “Перелік симптомів ПТСР” для української популяції. *Психосоматична медицина та загальна практика*. 2016. Т. 1. № 1. URL: <https://uk.emedjournal.com/index.php/psp/article/view/8>.
2. Бірон Б. В. Місце проактивного копіngu в системі інших видів копіngu, ситуативних та диспозиційних чинників. *Вісник Національного університету оборони України*, Зб-к наук. праць, 2014. – Вип. 5 (42). С. 212-217.
3. Гордовська Т. І. Конструкт моральної травми та його концептуальний зміст. Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія «Психологічні науки». 2021. Вип. 4. С. 7-16.
4. Даниляк О., Маринець С., Заячківська О. Еволюція знань про стрес: від Ганса Сельє до сучасних досягнень. *Праці наукового товариства ім. Шевченка. Медичні науки. Лікарський збірник*, 2016, 45, Т. 28. С. 27-40.
5. Життєвий світ і психологічна безпека людини в умовах суспільних змін. Реферативний опис роботи / М. М. Слюсаревський та ін. Київ : Талком, 2020. 318 с.
6. Забезпечення психологічної стійкості військовослужбовців в умовах бойових дій : метод. посібник. Кокун О. М. та ін. Київ-Одеса: Фенікс, 2022. 128 с. URL: <https://lib.iitta.gov.ua/731412/> (дата звернення: 22.08.2023).
7. Карамушка Л. М. Психічне здоров'я особистості під час війни: як його зберегти та підтримати : Метод. рекомендації. Київ: Інститут психології імені Г.С.Костюка НАПН України, 2022. 52 с.
8. Карамушка Л., Терещенко К., Креденцер О. Адаптація на українській вибірці методик «The Modified BBC Subjective Well-being Scale (BBC-SWB)» та «Positive Mental Health Scale (PMH-scale)». *Організаційна*

психологія. *Економічна психологія*, 3-4 (27), 2022. С. 85-94. URL: <https://doi.org/10.31108/2.2022.3.27.8> (дата звернення: 12.10.2023).

9. Карамушка Л. М., Снігур Ю. С. Копінг-стратегії: сутність, підходи до класифікації, значення для психологічного здоров'я особистості та організації. *Актуальні проблеми психології*. 2020. Том І. Випуск 55. С. 23-30.

10. Кіясь А. В. Ефективність копінг-стратегій вчителів як фактор успішності їх діяльності / *Науковий часопис НПУ ім. М.П.Драгоманова. Серія №12. Психологічні науки* : зб. наук. праць. № 30 (54). К.: НПУ ім.М.П. Драгоманова, 2010. С.76-82.

11. Кіясь А. В. Формування ефективних копінг-стратегій учителів як захист їхнього психологічного здоров'я / *Наука і освіта. Науково-практичний журнал Південного наукового центру АПН України*. - Одеса, №3/LXXXXX, квітень, 2010. С.44-48.

12. Кіреєва З. О., Односталко О. С., Бірон Б.В. Психометричний аналіз адаптованої версії Шкали резильєнтності (cd-risc-10). *Габітус*, 14, 2020. С. 110-117.

13. Кіреєва З. О., Односталко О. С. Трансформація компонентів стану резильєнтності у важкій життєвій ситуації // *Науковий вісник Херсонського державного університету. Сер. «Психологічні науки»*. 2018. Т.1. №.2. С.52-57.

14. Козігора М. А. Концептуальні межі понять «стрес», «тривалий травматичний стрес», «посттравматичний стресовий розлад». *Science and Education a New Dimension. Pedagogy and Psychology*. 2021. № 97. С. 56–58.

15. Козігора М. А. Поняття тривалого травматичного стресу та контексти його застосування. *Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія «Психологічні науки»*, № 4. 2021. DOI URL: <https://doi.org/10.32999/ksu2312-3206/2021-4-2> (дата звернення: 02.08.2023).

16. Коkun О. М. Життєстійкість як напрям сучасних психологічних досліджень. *Актуальні проблеми психології: Збірник наукових праць*

Інституту психології ім. Г.С. Костюка НАПН України. 2021. Том. V. Вип. 21, С. 69–88. URL: <https://lib.iitta.gov.ua/727273/> (дата звернення: 12.07.2023).

17. Кокун О. М., Мельничук Т. І. Резилієнс-довідник: практичний посібник. Київ: Інститут психології ім. Г.С. Костюка НАПН України. 2023. 25 с. ISBN 978-617-7745-24-1

18. Кокун О. М., Клочков В. В., Мороз В. М., Пішко І. О., Лозінська Н. С. Забезпечення психологічної стійкості військовослужбовців в умовах бойових дій : метод. посібник. Київ-Одеса : Фенікс. 2022. 128 с. URL: <https://lib.iitta.gov.ua/731412/> (дата звернення: 12.06.2023).

19. Кокун О. М. Сприяння підвищенню життєстійкості фахівців соціономічних професій : методичні рекомендації. Київ – Львів : Вікторія Кундельська, 2021. 84 с.

20. Кононенко О., Кононенко А., Базиленко К., Прокоф'єва О., Медянова О. Соціальна акомодация та життєстійкість як ресурси виживання в умовах війни. *Наукові інновації та передові технології*, 11 (25), 2023. С. 677-688.

21. Корекційно-розвиткова програма формування стійкості до стресу в дітей дошкільного віку та школярів: навчально-методичний посібник. / Богданов С. та ін. "Безпечний простір", 2017.

22. Корсун С.І., Ткачук Т.А. Психологія діяльності працівників податкової міліції: монографія. К.: Центр учбової літератури, 2013. 193 с.

23. Ларіна Т.О. Життєстійкість як життєве завдання особистості / *Актуальні проблеми психології: Психологічна герменевтика* / За ред. Н.В. Чепелевої. – К.:ДП «Інформаційно-аналітичне агентство», 2007. Том 2. Вип. 5. - с. 131-138.

24. Малиновська Т. М. До проблеми захисту дітей, що потерпіли від домашнього насильства. *Наше право*, 2021. №1. С.102–107. DOI: 10.32782/NP.2021.1.16.

25. Маннапова К. Р. Життєстійкість в системі поняття життєздатності / *Вісник Харківського національного педагогічного університету ім. Г.С. Сковороди. Психологія*. 2012. Вип. 44(1). С. 143-150.
26. Олефір В.О. Взаємозв'язок життєстійкості, копінг-стратегій та психологічного благополуччя. *Вісник Харківського національного університету ім. В.Н.Каразіна. Сер. Психологія*. 2011. №981. В. 47. С.168–172.
27. Оніщенко Н. В., Побідаш А. Ю. Базові концепції подолання кризових ситуацій в сучасній психологічній науці. 2011. URL: <http://repositsc.nuczu.edu.ua/bitstream/> (дата звернення: 01.07.2023).
28. Острянюк Т. С. Травматичний стрес та його особливості. In The 6th International scientific and practical conference “*Multidisciplinary scientific notes. Theory, history and practice*” (November 01–04, 2022) Edmonton, Canada. International Science Group. 2022. 712 p.
29. Панок В. Г. Життєвий шлях особистості як категорія прикладної психології. *Науковий вісник Миколаївського національного університету ім. В. О. Сухомлинського. Серія : Психологічні науки*. 2014. Вип. 2.12. С. 146-151. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Nvmdups_2014_2_12_29. (дата звернення: 03.07.2023).
30. Предко В., Бондар М. Психологічні особливості взаємозв'язку життєстійкості та поведінкових копінг-стратегій особистості підлітка. *Наукові праці МАУП. Психологія*, 2 (55), 2022. С. 5-13.
31. Предко В., Предко Д. Особливості психічного стану українців в умовах війни. *Наукові праці МАУП. Психологія*, 3(56), 2022. 78-84. URL: <https://doi.org/10.32689/maup.psych.2022.3.11> (дата звернення: 07.07.2023).
32. Психосоціальна підтримка в умовах надзвичайних ситуацій: підхід резилієнс : навч.-метод. посіб./ Н. Гусак та ін. Київ : НаУКМА, 2017. - 92.

33. Родіна Н. В., Доценко О. Ю., Кернас А. В., Перевязко Л. П., Ворнікова Л. К. Створення шкали для дослідження копінг-поведінки у ситуаціях небезпеки. Стаття у *Scopus. Офтальмологічний журнал*. - № 3, 2022. С. 65-73.
34. Родіна Н. В. Ієрархічна модель структури копінг-поведінки. *Актуальні проблеми соціології, психології, педагогіки*. 2011. № 1. С. 120–129.
35. Родіна Н. В., Фокін О. С. Дослідження копінг-поведінки як складової психологічного здоров'я особистості. Рекомендовано до друку рішенням Вченої ради ОНМУ (протокол №12 від 25.06.2021 р.) Ред. колегія: Доннікова ІА-доктор філософ. наук, доцент, зав. каф. філософії, 2021, 183.
36. Родіна Н. В. «Особистісні характеристики як ресурси долаючої поведінки. Огляд деяких сучасних теорій копінгу». *Збірник наук. праць КПНУ ім. І.Огієнка, Інституту психології ім. Г.С.Костюка АПН України*. 2010, 7.
37. Родіна Н. В. Психологія копінг-поведінки: системне моделювання : дис. ... д-ра с.-г. наук : 19.00.01. Київ, 2013. 477 с.
38. Сивогракова З. А. Вивчення копінгу як особистісної адаптаційної здібності. *Педагогіка і психологія*. 2007. № 22. С.159–169.
39. Скрипник М. І. Дорослий у практичній андрагогії. *Післядипломна освіта в Україні*, 1, 2016, 38-46.
40. Собко А. А., Волинець Н. В. Результати опитування соціально-психологічних особливостей жінок, які постраждали від насильства в сім'ї. *Зб. наук. праць Хмельницького інституту соціальних технологій Університету «Україна»*. 2017. №14. С.255–259.
41. Ставицька С. О. Смісловиттєві орієнтації сучасного юнацтва / *Актуальні проблеми практичної психології*. Зб. наук. праць. Ч. II. – Херсон, ПП Вишемирський В. С., 2009. 744 с. – С. 462-471.
42. Титаренко Т. М. Життєві кризи: технології консультування. навч. посіб. Київ : Главник. Ч 1. 2007. 144. с.

43. Титаренко Т. М. Випробовування кризою. Одисея подолання. Київ: Людопринт Україна. 2009. 277 с.
44. Титаренко Т. М., Ларіна Т. О. Життєстійкість особистості: Соціальна необхідність та безпека. Київ : Марич. 2009. 76 с.
45. Туриніна О. Л. Психологія травмуючих ситуацій: навч. посіб. для студ. вищ. навч. закл. К.: ДП "Вид. дім "Персонал", 2017. 160 с. – Бібліогр.: с. 149–159.
46. Церковський О. Л. Сучасні погляди на копінг - проблему / *Психологічний журнал*. 2006. Т. 5. - №3. С. 112-121.
47. Чачко С. Л., Ярославський Д. С. Гендерні особливості переживання тривалого травматичного стресу в умовах воєнних загроз в Україні. *Журнал «Перспективи та інновації науки»*. Серія «Психологія», № 15(33), 2023, С. 917-927.
48. Чачко С., Єгорова В. Особливості життєстійкості студентів закладів вищої освіти в умовах дистанційного навчання. *Науковий часопис НПУ імені МП Драгоманова*. Серія 12. Психологічні науки, 2021, 58-66.
49. Чачко С., Єгорова В. Ресурси життєстійкості студентів під час воєнного стану в Україні / Особистісні ресурси людини на різних етапах життя : колективна монографія / заг. ред. З.О. Кіреєва – Одеса : Одес.нац. ун-т ім. І.І. Мечникова, 2023. С. 60-102.
50. Чекстере О.Ю. Життєстійкість, резильєнтність і копінг стратегії як психологічні феномени, що сприяють адаптивності особистості. *Scientific method: reality and future trends of researching: collection of scientific papers «SCIENTIA» with Proceedings of the I International Scientific and Theoretical Conference, March 24, 2023*. Zagreb, Republic of Croatia: European Scientific Platform, 2023. p. 222-228.
51. Чиханцова О. А. Життєстійкість та її зв'язок із цінностями особистості. Збірник наукових праць "Проблеми сучасної психології". 2018.

Вип. 42. С.211–231. URL: <https://doi.org/10.32626/2227-6246.2018-42.211-231> (дата звернення: 02.07.2023).

52. Чиханцова О. А. Психологічні основи життестійкості особистості: монографія. Київ : Талком, 2021. 319 с.

53. Чиханцова О. А. Модель життестійкості особистості. *Актуальні проблеми психології*: Збірник наукових праць Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України. 2017. Вип. 17(5). С. 142-150.

54. Штриголь Д.В. Особливості життестійкості й базисних переконань жінок, які реалізують патерналістські установки в економічній поведінці. *Психологічні перспективи*. 2016. Вип. 27. С. 316-325. Режим доступу: URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Ppst_2016_27_30. (дата звернення: 02.07.2023).

55. Щербан Т. Д., Терновой А. В. Психологічні особливості формування життестійкості у підлітків з неповних сімей. *Проблеми сучасної психології*. 2016. Вип. 32. С. 586-600.

56. Як будувати власне майбутнє: життєві завдання особистості : наук. моногр. / за наук. ред. Т. М. Титаренко. Національна академія педагогічних наук України, Інститут соціальної та політичної психології. Кіровоград : Імекс-ЛТД. 2012. 512 с.

57. Azizli, N. et al. Relationships between general self-efficacy, planning for the future, and life satisfaction // *Personality and Individual Differences*. 2015. Vol. 82. P. 58–60.

58. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing, 2013. 992 p. - ISBN 978-0-89042-554-1. - ISBN 978-0-89042-555-8. - ISBN 0-89042-554-X. - doi:10.1176/appi.books.9780890425596.

59. Bartone P. T., & Hystad, S. W. Increasing mental hardiness for stress resilience in operational settings. In P. T. Bartone, B. H. Johnsen, J. Eid, J. M.

Violanti, J. C. Laberg (Eds.), *Enhancing human performance in security operations: International and law enforcement perspective*, 2010, p. 257–272.

60. Bartone P.T., Kelly D.R., Matthews M.D. Psychological hardiness predicts adaptability in military leaders: A prospective study. *International Journal of Selection and Assessment*, 2013, vol. 21, № 2, P. 200–210.

61. Bartone P. T. Social and organizational influences on psychological hardiness: How leaders can increase stress resilience. *Security Informatics*, 2012. 1: 21. URL: <http://www.securityinformatics.com/content/pdf/2190-8532-1-21.pdf>.

62. Bartone P. T., & Snook S. A. Cognitive and personality factors predict leader development in U.S. Army cadets. Paper presented at 35th International Applied Military Psychology Symposium (IAMPS), Florence, Italy. 1999, May.

63. Bonanno G. Loss, trauma, and human resilience: How we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events. *American Psychologist*, 51, 2004. P. 72–82.

64. Britt, T. W., Adler, A. B., & Bartone, P. T. Deriving benefits from stressful events: The role of engagement in meaningful work and hardiness. *Journal of Occupational Health Psychology*, 6, 2011. P. 53–63.

65. Campbell-Sills L., Stein M. B. Psychometric analysis and refinement of the Connor–Davidson resilience scale (CD-RISC): Validation of a 10-item measure of resilience. *Journal of Traumatic Stress: Official Publication of The International Society for Traumatic Stress Studies*, 2007, 20(6): 1019–1028.

66. Compas B. E., Jaser S. S., Dunbar J. P., Watson K. H., Bettis A. H., Gruhn M. A., & Williams E. K. Coping and emotion regulation from childhood to early adulthood: Points of convergence and divergence. *Australian journal of psychology*, 66(2), 2014. P. 71-81.

67. Cooper Alannah L., et al. Nurse resilience: A concept analysis. *International journal of mental health nursing*, 29, 4, 2020. P. 553-575.

68. Cunningham R. J. The Courage To Create Rollo May: The Courage To Be Paul Tillich. *Journal of Humanistic Psychology*, 47(1), 2007. p. 73–90. URL: <https://doi.org/10.1177/0022167806293004>. (дата звернення: 12.09.2023).
69. Chen E., & Miller G. E. “Shift-and-persist” strategies: Why low socioeconomic status isn’t always bad for health. *Perspectives on Psychological Science*, 7, 2012. 135–158. doi:10.1177/1745691612436694.
70. Cheng C., Lau H. & Chan M. Coping flexibility and psychological adjustment to stressful life changes: A meta-analytic review. *Psychological Bulletin*, 140, 2014. P. 1582–1607. doi:10.1037/a0037913.
71. Delahaij R., Gaillard A., & Van Dam K. Hardiness and the Response to Stressful Situations: Investigating Mediating Processes. *Personality and Individual Differences*, 49, 2010. P. 386-390. URL: <https://doi.org/10.1016/j.paid.2010.04.002>. (дата звернення: 12.09.2023).
72. Diamond G. M., Lipsitz J. D., & Hoffman Y. Nonpathological response to ongoing traumatic stress. *Peace and Conflict*, 19(2), 2013. P. 100–111. URL: <https://doi.org/10.1037/a0032486>. (дата звернення: 15.09.2023).
73. Eagle G., Kaminer D. Continuous traumatic stress: Expanding the lexicon of traumatic stress. *Peace and Conflict: Journal of Peace Psychology*, 19, 2013. p.85–99. URL: <http://doi.org/10.1037/a0032485>.
74. Eschleman K., Bowling N., & Alarcon G. A meta-analytic examination of hardiness. *International Journal of Stress Management*, 17, 2010. P. 277–307. doi:10.1037/a0020476
75. Evans G. W., & Kim P. Childhood poverty, chronic stress, self-regulation, and coping. *Child Development Perspectives*, 7(1), 2013. p. 43-48
76. Feder A., Fred-Torres S., Southwick S. M., & Charney D. S. The biology of human resilience: Opportunities for enhancing resilience across the life span. *Biological Psychiatry*, 86(6), 2019. pp. 443–453. URL: <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2019.07.012>. (дата звернення: 12.09.2023).

77. Florian V., Milkulincer M., & Taubman O. Does hardiness contribute to mental health during a stressful real life situation? The roles of appraisal and coping. *Journal of Personality and Social Psychology*, 68, 1995, p. 687–695.
78. Folke C. Resilience. *Ecology and Society*, 21(4):44. 2016. URL: <https://doi.org/10.5751/ES-09088-210444> (дата звернення: 12.09.2023).
79. Franks H. M., & Roesch S. C. Appraisals and coping in people living with cancer: A meta-analysis. *Psycho-Oncology*, 15, 2006. P. 1027–1037. doi:10.1002/pon.1043.
80. Goral A, Feder-Bubis P, Lahad M, Galea S, et al. Development and validation of the Continuous Traumatic Stress Response scale (CTSR) among adults exposed to ongoing security threats. 2021. PLOS ONE 16(5):e0251724. URL: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0251724>. (дата звернення: 11.10.2023).
81. Greene T., Itzhaky L., Bronstein I., & Solomon Z. Psychopathology, risk, and resilience under exposure to continuous traumatic stress: A systematic review of studies among adults living in Southern Israel. *Traumatology*, 24(2), 2018. P. 83–103. URL: <https://doi.org/10.1037/trm0000136>. (дата звернення: 11.10.2023).
82. Hecker T. & Ainamani H. & Hermenau K. & Haefele E. & Elbert T. Exploring the Potential Distinction Between Continuous Traumatic Stress and Posttraumatic Stress in an East African Refugee Sample. *Clinical Psychological Science*, 5(6), 2017. P. 964–973. URL: <https://doi.org/10.1177/2167702617717023>. (дата звернення: 11.10.2023).
83. Heidelberg Institute of International Conflict Research (HIIK), 2016. *Conflict barometer 2015*. HIIK (ISSN, Heidelberg, Germany, p. 1616–931X.
84. Higson-Smith C. Counseling torture survivors in contexts of ongoing threat: Narratives from sub-Saharan Africa. *Peace and Conflict: Journal of Peace Psychology*, 19, 2013. P. 164–179. URL: <http://doi.org/10.1037/a0032531> (дата звернення: 11.08.2023).

85. Hobfoll S. E., Canetti-Nisim D., & Johnson R. J. Exposure to terrorism, stress-related mental health symptoms, and defensive coping among Jews and Arabs in Israel. *Journal of consulting and clinical psychology*, 74(2), 2006. P. 207.
86. Hulley J., Wager K., Gomersall T., Bailey L., Kirkman G., Gibbs G., & Jones A. Continuous Traumatic Stress: Examining the Experiences and Support Needs of Women After Separation From an Abusive Partner. *Journal of Interpersonal Violence*, 38(9-10), 2023. 6275-6297. URL: <https://doi.org/10.1177/08862605221132776> (дата звернення: 12.10.2023).
87. Jafari A., Hajlu N., Faghani R., & Khazan K. Psychological Behavior and Psychological Hardiness with Mental Health of the Elderly. *Research on Behavioral Sciences*, No. 6, 2012. pp.432-433.
88. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision. Version: 2015. URL: <https://icd.who.int/browse10/2015/en> (дата звернення: 12.10.2023).
89. Itzhaky L., Gelkopf M., Levin Y., Stein J. Y., & Solomon Z. Psychiatric reactions to continuous traumatic stress: A latent profile analysis of two Israeli samples. *Journal of Anxiety Disorders*, 51, 2017. P. 94-100.
90. Lahav Yael. Psychological distress related to COVID-19 – The contribution of continuous traumatic stress. *Journal of affective disorders*, 2020, 277: 129-137.
91. Kira I. & Ashby J. & Lewandowski L. & Alawneh A. & Mohanesh J. & Odenat L. Advances in Continuous Traumatic Stress Theory: Traumatogenic Dynamics and Consequences of Intergroup Conflict: The Palestinian Adolescents Case. *Psychology*. 04, 2013. P. 396-409. 10.4236/psych.2013.44057.
92. Khoshaba D., Maddi S.: Early Antecedents of Hardiness. In: *Consulting Psychology Journal*, 1999, Vol. 51 (N. 2), p. 106-117.
93. Kuprieieva O., Traverse T., Serdiuk L., Chykhantsova O., Shamykh O. Fundamental assumptions as predictors of psychological hardiness of students with

disabilities. *Social Welfare. Interdisciplinary Approach*, 10 (1), 2020. P. 96-105. Doi:10.21277/sw.v1i10.566.

94. Lapid P.L, Greene T, Gelkopf M. Sense of Threat as a Mediator of Peritraumatic Stress Symptom Development During Wartime: An Experience Sampling Study. *Journal of Traumatic Stress*. 30(4), 2017. P. 372–380.

95. Lazarus R., Folkman S. *Stress, Appraisal and Coping*. New York: Springer, 1984.

96. Lazarus R. S. Toward Better Research on Stress and Coping. *American Psychologist*, 2000. No 55. P. 665–673.

97. Lee-Baggley D., Preece M., & DeLongis A. Coping with interpersonal stress: Role of big five traits. *Journal of Personality*, 73(5), 2005. P. 1141–1180. doi:10.1111/j.1467-6494.2005.00345.x .

98. Lifton D. E., Seay S., & Bushke A. Can student “hardiness” serve as an indicator of likely persistence to graduation? Baseline results from a longitudinal study. *Academic Exchange*, 2000, Summer. P. 73–81.

99. Maddi Salvatore R. Hardiness: The courage to grow from stresses. *The Journal of Positive Psychology* 1, 2006. P. 160 - 168.

100. Maddi S. R. Creating meaning through making decisions. In P. T. P. Wong & P. S. Fry (Eds.), *The human quest for meaning*. 1998. Mahwah, NJ: Erlbaum. Vol. 10, pp. 1-13.

101. Maddi S. R. Hardiness: An operationalization of existential courage. *Journal of Humanistic Psychology*, 44, 2004. P. 279-298.

102. Maddi SR, Harvey RH, Khoshaba DM, Lu JL, Persico M, Brow M. The personality construct of hardiness, III: Relationships with repression, innovativeness, authoritarianism, and performance. *J Pers*. Apr., 2006, 74(2). P. 575-97. doi: 10.1111/j.1467-6494.2006.00385.x. PMID: 16529587. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16529587/> (дата звернення: 12.08.2023).

103. Maddi S. R., Khoshaba D. M.: *Resilience at work: How to succeed no matter what life throws at you*. AMACOM Div American Mgmt Assn, 2005.

104. Maddi S., Khoshaba D., Harvey R., Fazel M. The Personality Construct of Hardiness. Relationships With the Construction of Existential Meaning in Life. *Journal of Humanistic Psychology*, 51, 3, 2010. P. 369-388.
105. Maddi S. R. On hardiness and other pathways to resilience. *Am Psychol*, 60, 2005. P. 261–262.
106. Maddi, S. Personal Hardiness as the Basis for Resilience. In: *Hardiness. SpringerBriefs in Psychology*. Springer, Dordrecht. P. 7–17, 2013. URL: https://doi.org/10.1007/978-94-007-5222-1_2. (Дата звернення 28.07.2023).
107. Maddi S. The story of Hardiness: Twenty years of theorizing, research, and practice. *Consulting Psychology Journal: Practice and Research*, 5, 2002. P. 173-185.
108. Maddi S. & Khoshaba D. & Harvey R. & Fazel M. & Resurreccion N. The Personality Construct of Hardiness, V: Relationships With the Construction of Existential Meaning in Life. *Journal of Humanistic Psychology - J HUM PSYCHOL*. 51, 2011. P. 369-388. 10.1177/0022167810388941.
109. Maddi S., & Hess M. Hardiness and success in basketball. *International Journal of Sports Psychology*, 23, 1992. P. 360–368.
110. Maryam S. Strategi coping: Teori dan sumberdayanya. *Jurnal konseling andi matappa*, 1(2), 2017. P. 101-107.
111. Skinner E. A., Zimmer-Gembeck M. J. The development of coping. *Annual Review of Psychology*, 58, 2007. P. 119-144. URL: <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.58.110405.085705> (дата звернення: 01.08.2023).
112. Nuttman-Shwartz O., & Shoval-Zuckerman Y. Continuous traumatic situations in the face of ongoing political violence: The relationship between CTS and PTSD. *Trauma, Violence, and Abuse*, 17(5), 2016. P. 562–570. URL: <https://doi.org/10.1177/1524838015585316>. (дата звернення: 10.08.2023).

113. O. Lushchak, M. Velykodna, S. Bolman, O. Strilbytska, V. Berezovskyi, K. B. Storey. Prevalence of stress, anxiety, and symptoms of post-traumatic stress disorder among Ukrainians after the first year of Russian invasion: a nationwide cross-sectional study. *The Lancet Regional Health - Europe*, V. 36, 2024, 100773, ISSN 2666-7762, URL: <https://doi.org/10.1016/j.lanepe.2023.100773>.

114. Oviedo L., Seryczyńska B., Torralba J., Roszak P., Del Angel J., Vyshynska O., Muzychuk I., Churpita S. Coping and Resilience Strategies among Ukraine War Refugees. *International journal of environmental research and public health*, 19 (20), 2022, p. 13094. URL: <https://doi.org/10.3390/ijerph192013094> (дата звернення: 11.09.2023).

115. Paul T. Bartone, James J. Valdes & Asle Sandvik. Psychological hardiness predicts cardiovascular health. *Psychology, Health & Medicine*, 21:6, 2016. P.743-749, DOI: 10.1080/13548506.2015.1120323.

116. Potluri S., Patel A. Using a Continuous Traumatic Stress Framework To Examine Ongoing Adversity Among Indian Women From Slums: A Mixed-methods Exploration. *Journal of Traumatic Stress*, 5(34), 2021. P.917-928. URL: <https://doi.org/10.1002/jts.22699>. (дата звернення: 11.09.2023).

117. Pow J., Lee-Baggley D., & DeLongis A. Threats to communion and agency mediate associations between stressor type and daily coping. *Anxiety, Stress, and Coping*, 29(6), 2016. 660–672. doi:10.1080/10615806.2015.1126258.

118. Refugees Operational Data Portal by UNHCR. веб-сайт. URL: <https://data.unhcr.org/en/situations/ukraine> (дата звернення: 07.11.2023).

119. Roach C. B. Shallow affect, no remorse: The shadow of trauma in the inner city. Peace and Conflict: *Journal of Peace Psychology*, 19(2), 2013. P.150–163. URL: <https://doi.org/10.1037/a0032530/> (дата звернення: 11.08.2023).

120. Ruby, Charles L. The definition of terrorism. Analyses of social issues and public policy, 2002, 2.1: 9-14.

121. Rutter M. Annual research review: resilience—clinical implications. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 54(4), 2013. P. 474-487.
122. Sadeghi A., & Einaky S. Relationship between Psychological Hardiness and Resilience with Mental Health in Athlete Students in the Guilan Unit of University of Applied Science and Technology. *Sociology Mind*, 11, 2021. P. 10-24. URL: <https://doi.org/10.4236/sm.2021.111002>. (дата звернення: 10.07.2023).
123. Scientific method: reality and future trends of researching: collection of scientific papers «SCIENTIA» with Proceedings of the I International Scientific and Theoretical Conference, March 24, 2023. Zagreb, Republic of Croatia: *European Scientific Platform*. ISBN 979-8-88955-786-9 DOI 10.36074/scientia-24.03.2023.
124. Shafi Abadi A., Shirbyam Z., & Sudan M. Relationship between Mental Health and Students Psychological Hardiness. *Thoughts and Behavior*, No. 13, 2009. P. 1-3.
125. Stephenson E., & DeLongis A. Coping Strategies. The Wiley *Encyclopedia of Health Psychology*, 2020. P. 55–60. URL: [doi:10.1002/9781119057840.ch50](https://doi.org/10.1002/9781119057840.ch50). (дата звернення: 10.07.2023).
126. Stevens G., Eagle G., Kaminer D., & Higson-Smith C. Continuous traumatic stress: Conceptual conversations in contexts of global conflict, violence and trauma. Peace and Conflict: *Journal of Peace Psychology*, 19, 2013. P. 75–84. URL: <http://doi.org/10.1037/a0032484>. (дата звернення: 10.07.2023).
127. Straker Gill. Continuous traumatic stress: Personal reflections 25 years on. Peace and Conflict: *Journal of Peace Psychology*. 2013. Vol. 19. P. 209–217.
128. Terelak J. Człowiek i stres: koncepcje, źródła, reakcje, radzenie sobie, modyfikatory. Bydgoszcz-Warszawa: Branta, 2008.
129. The Courage to Be. By Paul Tillich. Second Edition. New Haven, Yale University, 2000 (1st ed. 1952). 197 p.

130. Ungar M. Systemic resilience: principles and processes for a science of change in contexts of adversity. *Ecology and Society*, 23(4):34. 2018. URL: <https://doi.org/10.5751/ES-10385-230434>. (дата звернення: 10.07.2023).
131. Wang Y.-P., & Gorenstein C. Psychometric properties of the Beck Depression Inventory-II: a comprehensive review. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 35(4), 2013. P. 416-431. URL: [https://doi: 10.1590/1516-4446-2012-1048](https://doi.org/10.1590/1516-4446-2012-1048).
132. Wang, Margaret C. and Edmund W. Gordon. Educational Resilience in Inner-City America. Challenges and Prospects. 1994.
133. Weathers F.W., Litz B.T., Keane T.M., Palmieri P.A., Marx B.P., & Schnurr P.P. The PTSD Checklist for DSM-5 (PCL-5). 2013.
134. Zimbardo P. The Political Psychology of Terrorist Alarms. 2002. Retrieved from URL: <http://www.zimbardo.com/downloads>. (дата звернення: 10.08.2023).

ДОДАТОК А**Анкета**

Дата заповнення ____ . ____ . 2023 р.

1. Ваше ПІБ (або псевдонім):

2. Ваша стать:

☐ жіноча☐ чоловіча

3. Ваш вік: _____ років.

4. Сімейний стан:

☐ перебуваю у відносинах☐ не маю партнера☐ у шлюбі☐ розлучений(а)☐ вдівець (вдова)

5. Наявність дітей:

☐ немає☐ 1 дитина☐ 2 дитини☐ 3 дитини і більше

6. Ваша освіта:

☐ не закінчена середня☐ середня☐ середня спеціальна☐ незакінчена вища☐ вища бакалавр☐ вища спеціаліст/ магістр☐ вчений ступінь

7. Чи маєте Ви інвалідність 1 або 2 групи?

☐ так☐ ні

8. Чи виїжджали Ви з України за кордон через війну з моменту повномасштабного вторгнення Росії в Україну 24.02.2022 р.?

☐ так☐ так, але повернувся☐ ні

9. Ви зараз проживаєте в Україні:

☐ ні☐ так

- € так, але через війну переїхав в інший населений пункт
- € так, знаходжусь на тимчасово окупованій території
- € Ваш варіант відповіді

10. Де зараз знаходиться (проживає) Ваш чоловік (дружина) / партнер(ка)?

- € разом з Вами
- € в Україні, в іншому населеному пункті
- € в іншій країні
- € Ваш варіант відповіді

11. Де зараз знаходяться Ваші діти/онуки (якщо вони є)?

- € разом з Вами
- € в Україні, в іншому населеному пункті
- € в іншій країні
- € Ваш варіант відповіді

12. Де зараз знаходяться Ваші батьки? (якщо вони є)

- € разом з Вами
- € в Україні, в іншому населеному пункті
- € в іншій країні
- € Ваш варіант відповіді

13. Якщо Ви зараз проживаєте в Україні, то яка основна причина/мотиви для Вас залишатися тут під час воєнних дій? (якщо Ви зараз не проживає в Україні, поставте "-")

€

14. Якщо Ви виїхали з України і зараз знаходитесь за кордоном, чи поверталися Ви до України після 24.02.2022 року?

- € ні, не повертався
- € так, повертався до України
- € я в Україні
- € Ваш варіант відповіді

15. Якщо Ви виїхали з України і поверталися до України після 24.02.2022 року, то чому? (якщо Ви не поверталися в Україну, поставте "-")

€

16. Якщо Ви виїхали з України, чи змінювали Ви країни перебування?

- € ні
- € так, один раз змінював країну перебування
- € так, більше одного разу змінював країну перебування
- € я в Україні

€ Ваш варіант відповіді

17. Якщо Ви виїхали з України і доки не повертаєтесь, то чому? (якщо Ви не виїжджали з України або вже повернулися, поставте "-")

€

18. Якщо Ви виїхали з України і зараз мешкаєте за кордоном, чи плануєте повертатися в Україну у майбутньому?

€ так

€ ні

€ ще не знаю

19. Чому? (коротко обґрунтуйте свою відповідь на попереднє питання)

€

20. Якщо через війну Ви зараз проживаєте за кордоном, чим Ви керувалися при виборі країни перебування? (якщо Ви в Україні, поставте "-")

€

21. Скільки часу (днів, місяців або років) Ви були або лишаєтесь за кордоном? (якщо Ви в Україні, поставте "-")

€

22. На Вашу думку, які основні стресові фактори впливають на Вас у період воєнного часу (незалежно від того, у якій країні Ви зараз проживаєте):

€ на мене впливає

23. Якщо ви виїжджали з України за кордон через війну з моменту повномасштабного вторгнення Росії в Україну 24.02.2022 р., а зараз повернулися, то чому? (якщо Ви не в Україні, поставте "-")

€

24. Ви зараз працюєте? (можна обрати декілька варіантів відповіді)

€ не працюю

€ працюю у країні перебування

€ працюю в українській компанії

€ не працюю в країні перебування і стою на обліку в центрі зайнятості

€ не працюю в країні перебування і НЕ стою на обліку в центрі зайнятості

€ ваш варіант відповіді

25. Що Вам допомагає/підтримує в умовах викликів сьогодення?

€ мене підтримує

26. Який Ваш рівень володіння державною мовою країни проживання? (в тому числі України)

- € вільно володію
- € перекладаю зі словником
- € не володію
- € Ваш варіант відповіді

27. Ви зараз вивчаєте мову країни проживання? (в тому числі України)

- € вивчаю
- € не вивчаю
- € Ваш варіант відповіді

28. Чи Ви стикаєтесь (або стикалися) після 24.02.2022 р. з труднощами/проблемами, пов'язаними з отриманням медичної допомоги, житлом, освітою тощо?

- € так
- € ні
- € Ваш варіант відповіді

29. Чи отримуєте Ви якусь матеріальну допомогу/ пільги у країні проживання?

- € так
 - € ні
 - € виплати по інвалідності (для 1ї або 2ї групи)
 - € Ваш варіант відповіді
-

ДОДАТОК Б

Загальна характеристика вибірки учасників дослідження, n=105

№	Характеристика вибірки		n	%
1	Стать	жіноча	84	80,00
		чоловіча	21	20,00
2	Вік	рання дорослість (18–25 р)	8	7,62
		середня дорослість (26–46р)	73	69,52
		пізня дорослість (47–60 р)	18	17,14
		літні люди (61-75р)	6	5,71
3	Сімейний стан	перебуваю у відносинах	11	10,48
		не маю партнера	6	5,71
		у шлюбі	77	73,33
		розлучений(а)	10	9,52
		вдівець (вдова)	1	0,95
4	Наявність дітей	немає	21	20,00
		1 дитина	36	34,29
		2 дитини	36	34,29
		3 дитини і більше	12	11,43
5	Освіта	не закінчена середня	0	0,00
		середня	4	3,81
		середня спеціальна	11	10,48
		незакінчена вища	6	5,71
		вища бакалавр	11	10,48
		вища спеціаліст/ магістр	71	67,62
		вчений ступінь	2	1,9
6	Чи є інвалідність 1 або 2 групи	ні	101	96,19
		так	4	3,81
7	Чи виїжджали з України за кордон через війну з моменту повномасштабного вторгнення Росії в Україну 24.02.2022 р.	так	45	42,86
		так, але повернувся	15,24	16
		ні	44	41,9
8	Чи зараз проживають в Україні	ні	43	40,95
		так	59	56,19
		так, але через війну переїхав в інший населений пункт	3	2,68
9	Де зараз знаходиться (проживає) чоловік (дружина) / партнер(ка)	разом з Вами	70	66,67
		в Україні, в інш. нас. пункті	7	6,67
		в іншій країні	9	8,57
		інше	2	1,90
10	Де зараз знаходяться діти/онуки (якщо вони є)	разом з Вами	72	68,57
		в Україні, в ін. нас. пункті	1	0,95
		в іншій країні	12	11,43
		немає	20	19,05
11	Де зараз знаходяться батьки (якщо вони є)	разом з Вами	43	40,95
		в Україні, в інш. нас. пункті	36	34,29
		в іншій країні	14	13,33

№	Характеристика вибірки	n	%
	немає	12	11,43
12	Яка основна причина/мотиви залишатися в Україні під час воєнних дій (серед тих, хто зараз проживає в Україні)	немає можливості виїхати з різних причин	24,76
		Патріоти/ не хочуть виїжджати з України	34,29
13	Якщо виїжджали з України і зараз знаходяться за кордоном, чи поверталися до України після 24.02.2022 року	ні, не повертався	28,57
		так, повертався до України	18,10
		я в Україні	53,33
14	Якщо виїжджали з України і поверталися до України після 24.02.2022 року, то чому	по справах/ документи/ до лікаря/ за речами	10,48
		провідати чоловіка/ рідних	4,76
		повернувся в Україну на зовсім	1,90
15	Якщо виїжджали з України, чи змінювали країну перебування	ні	41,90
		так, 1 раз змінював країну перебування	9,52
		так, > 1 разу змінював країну перебування	2,86
		я в Україні	45,71
16	Якщо виїхали з України і доки не повертаються, то чому	війна/ страх та небезпека/діти	25,71
		місто окуповане або там ведуться активні бойові дії	6,67
		через лікування у країні перебування	2,86
		робота/ облаштування у країні перебування	3,81
17	Якщо виїхали з України і зараз мешкають за кордоном, чи планують повертатися в Україну у майбутньому	так	29,52
		ні	7,62
		ще не знаю	14,29
18	Скільки часу (днів, місяців або років) були або досі лишаються за кордоном	більше року	38,10
		7-12 місяців	7,62
		до 6 місяців	10,48
19	Наявність роботи	не працюю	28,57
		працюю у країні перебування	25,71
		працюю в українській компанії	38,10
		не працюю в країні перебування і стою на обліку в центрі зайнятості	4,76
		не працюю в країні перебування і не стою на обліку в центрі зайнятості	2,86
20	Що допомагає/підтримує в умовах викликів сьогодення	сім'я, друзі	55,24
		віра та надія в перемогу і краще майбутнє	25,71
		робота/навчання	9,52
		спорт/ хоббі/виконання повсякденних справ	9,52

№	Характеристика вибірки		n	%
		психологічна підтримка	8	7,62
		алкоголь/ наркотики/ надмірне споживання їжі	5	4,76
		нічого не підтримує	3	2,86
21	Рівень володіння державною мовою країни проживання (у т.ч. України)	вільно володію	73	69,52
		перекладаю зі словником	23	21,90
		не володію	9	8,57
22	Чи зараз вивчають мову країни проживання	так	47	44,76
		ні	58	55,24
23	Чи стикаються (або стикалися) після 24.02.2022 р. з труднощами/ проблемами, пов'язаними з отриманням медичної допомоги, житлом, освітою тощо	так	37	35,24
		ні	68	64,76
24	Чи отримують якусь матеріальну допомогу/ пільги у країні проживання	так	31	29,52
		ні	73	69,52
		виплати по інвалідності (для 1ї або 2ї групи)	1	0,96