

ОДЕСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ І. І. МЕЧНИКОВА

(повне найменування вищого навчального закладу)

Факультет психології та соціальної роботи

(повне найменування інституту/факультету)

кафедра диференціальної і спеціальної психології

(повна назва кафедри)

**Кваліфікаційна робота**

на здобуття ступеня вищої освіти «бакалавр»

**«Фактори резильєнтності та їх роль у підтримці психологічного здоров'я»**

**«Resilience factors and their role in maintaining psychological health»**

Виконал(а): здобувачка денної (заочної) форми навчання  
спеціальності 053 Психологія  
Освітня програма «Психологія»  
Простова Яна Ігорівна

Керівник асистент Фокін А.С.  
(науковий ступінь, вчене звання, прізвище,  
ініціали) (підпис)

Рецензент . . . 053  
,

(науковий ступінь, вчене звання, прізвище,  
ініціали)

Рекомендовано до захисту:  
Протокол засідання кафедри  
№     від                    202   р.

Завідувач кафедри

\_\_\_\_\_

(підпис)

Захищено на засіданні ЕК  
протокол №     від                    202   р.

Оцінка                    /            /             
(за національною шкалою, шкалою ECTS, бали)  
Голова ЕК

\_\_\_\_\_

(підпис)

Одеса – 2025

ЗМІСТ	
ВСТУП.....	3
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ РЕЗИЛЬЄНТНОСТІ ТА ПСИХОЛОГІЧНОГО ЗДОРОВ'Я .....	6
1.1. Аналіз поняття резильєнтності у психологічній науці..	6
1.2. Основні фактори резильєнтності та їх сутність.....	11
1.3. Роль факторів резильєнтності у підтримці психологічного здоров'я.....	18
Висновки до першого розділу.....	23
РОЗДІЛ 2. РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ.....	25
2.1. Організація емпіричного дослідження факторів резильєнтності та їх ролі у підтримці психологічного здоров'я.....	25
2.2. Опис та аналіз результатів дослідження .....	32
Висновки до другого розділу.....	48
ЗАГАЛЬНІ ВИСНОВКИ.....	50
СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ.....	56

## ВСТУП

**Актуальність дослідження.** У сучасних умовах, коли суспільство стикається з численними кризовими явищами – війною, економічною нестабільністю та соціальними викликами, – проблема психологічної резильєнтності особистості та її впливу на психологічне здоров'я набуває особливої актуальності. Резильєнтність розглядається як здатність індивіда адаптуватися до складних життєвих обставин, зберігаючи при цьому психічне благополуччя та ефективне функціонування. Розуміння факторів, що сприяють розвитку резильєнтності, є ключовим для розробки стратегій підтримки та покращення психологічного здоров'я населення.

Огляд сучасних досліджень свідчить про значний інтерес науковців до вивчення резильєнтності. У статті «Резильєнтність: концептуалізація понять, огляд сучасних досліджень» Г. П. Лазос аналізуються різні підходи до визначення резильєнтності та її значення для психічного здоров'я особистості. У дослідженні «Психологічна ресурсність особистості та її резильєнтність» Л. Музичко підкреслює важливість психологічних ресурсів у формуванні резильєнтності та їх вплив на здатність особистості долати стресові ситуації. Крім того, у роботі «Резильєнтність особистості: сутність феномену, психодіагностика та розвиток» Е.О. Грішин розглядаються методи оцінки та можливості її розвитку для підтримки психологічного здоров'я.

Незважаючи на наявність численних досліджень, окремі аспекти проблеми залишаються недостатньо вивченими. Зокрема, потребує подальшого дослідження взаємозв'язок між конкретними факторами резильєнтності та рівнем психологічного здоров'я. Актуальність та наукова новизна мого дослідження полягає у виявленні специфічних факторів резильєнтності, характерних для українського суспільства, та їх впливу на психологічне здоров'я, що сприятиме розробці ефективних програм підтримки психічного благополуччя населення.

**Мета дослідження.** Метою цього дослідження є виявлення та аналіз факторів резильєнтності особистості та їхнього впливу на рівень психологічного здоров'я в умовах сучасних соціальних викликів в Україні. Отримані результати сприятимуть поглибленню розуміння механізмів підтримки психічного благополуччя населення.

**Завдання.**

1. Проаналізувати сучасні наукові підходи до визначення та структури резильєнтності особистості.
2. Дослідити поняття психологічне здоров'я.
3. Виявити основні фактори, що впливають на розвиток резильєнтності.
4. Провести емпіричне дослідження резильєнтності та її ролі у підтримці психологічного здоров'я.

**Об'єкт дослідження** – психологічне здоров'я.

**Предмет дослідження** – роль факторів резильєнтності особистості у підтримці психологічного здоров'я.

**Методи дослідження.** Методи теоретичного аналізу, а саме синтез, дедукція, індукція. Огляд та аналіз матеріалів наукових досліджень вітчизняних та зарубіжних авторів, науково-методичної літератури. Психодіагностичні методи, а саме: анкетування та тестування. Для дослідження рівня резильєнтності була використана адаптована версія шкали резильєнтності (CD-RISC-10) Кіреєвої З.О., методика «Самооцінка психічних станів» Г. Азенка, короткий опитувальник ВООЗ для оцінки якості життя (WHOQOL-BREF) та соціально- демографічна анкета. Статистичні методи: описова статистика, порівняльний аналіз, кореляційний аналіз Спірмена та непараметричний U-критерій Манна-Уїтні.

**Організація і база проведення емпіричної роботи.** Дослідження було проведено за допомогою гугл-формс на вибірці з 30 осіб.

**Практичне значення роботи** полягає в можливості використання результатів дослідження для глибшого розуміння факторів резильєнтності та їх впливу на психологічне здоров'я особистості. Отримані дані можуть бути корисні для практичних психологів, соціальних працівників і організацій, що працюють із людьми, які переживають стресові ситуації, кризові періоди або адаптуються до змін в умовах сучасних соціальних та економічних викликів. Результати дослідження сприятимуть покращенню підходів до підтримки психологічного здоров'я та розвитку резильєнтності в різних соціокультурних контекстах.

**Структура роботи:** робота складається з вступу, двох розділів, висновків до кожного розділу та загальних висновків, 5 таблиць та 10 рисунків, списку використаної літератури та налічує 61 сторінку.

## РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ РЕЗИЛЬЄНТНОСТІ ТА ПСИХОЛОГІЧНОГО ЗДОРОВ'Я

### 1.1. Поняття резильєнтності у психологічній науці

Останні роки ознаменувалися зміною підходу до розуміння психічного здоров'я: замість акценту на слабкостях особистості дедалі більше уваги приділяється її сильним сторонам. Такий зсув спричинив підвищений інтерес до позитивних аспектів людського функціонування, зокрема до того, як вони сприяють стійкості та оптимальному розвитку особистості. Внаслідок цього в науковому дискурсі з'явилася значна кількість досліджень, присвячених позитивним психологічним концепціям, серед яких резильєнтність, оптимізм та відчуття щастя [2, 5].

Вивчення резильєнтності як окремої психологічної категорії почалося порівняно нещодавно – наприкінці ХХ століття. Першими дослідженнями у цій сфері стали роботи Еммі Вернер, яка у 1955 році розпочала лонгітюдне дослідження у якому вона вивчала стійкість дітей, чиї матері мали діагноз шизофренія. Подальший науковий інтерес до цієї теми значно зріс після публікацій А.А. Мастена у 1980-х, що зробило резильєнтність однією з ключових тем у сучасній психології [49, 32].

Походить слово резильєнтність від латинського дієслова *resilire*, що значить «стрибнути назад» і визначено в Оксфордському словнику англійської мови як слово «здатний витримувати або швидко оговтатися від важких умов». Коріння терміна лежить в природознавстві та математиці; наприклад, у фізиці резильєнтність вважається «здатністю напруженого тіла, в силу високої межі текучості і низького модуля пружності, відновити свій розмір і форму після деформації». Прикладом є пружності в металах, при якій резильєнтний метал вигинається і відскочує (замість того, щоб зламатись) під час впливу стресора [14].

При використанні по відношенню до людей в психологічній літературі, як визначають Fletcher D., Sarkar M. та Г.П. Лазос, були запропоновані численні визначення резильєнтності. Специфічний характер кожного часто залежить від історичного та соціокультурного контексту всередині якого було проведено дослідження, концептуальні нахили дослідників та вибірки населення [31, 7].

Розглянемо більш детально деякі підходи до визначення поняття та як вони формувалися. Почнемо з фундаментальної праці «Resilience and development: Contributions from the study of children who overcome adversity» вчених Masten, A. S., Best, K. M., & Garmezy, M., опублікованої у 1990 році. Вони дослідили феномен резильєнтності, аналізуючи адаптаційні процеси у дітей, які зуміли досягти позитивного розвитку попри вплив негативних факторів, таких як бідність, сімейні конфлікти або психічні захворювання батьків. Вчені дійшли висновку, що резильєнтність це процес, здатність або результат успішної адаптації, незважаючи на складні або загрозливі обставини. При цьому вони підкреслили, що це не є вродженою рисою, а формується через взаємодію індивідуальних характеристик та зовнішніх факторів. Зокрема, вони виявили, що такі чинники, як когнітивні здібності, соціальна підтримка, ефективне виховання та наявність позитивних моделей поведінки, сприяють розвитку резильєнтності у дітей. Ці фактори допомагають дітям формувати стратегії подолання труднощів, що, в свою чергу, сприяє їхній успішній адаптації в умовах стресу. Також вчені наголосили на важливості розгляду резильєнтності як динамічного процесу, що змінюється впродовж життя індивіда. Вони зазначили, що резильєнтність може проявлятися по-різному в залежності від віку, контексту та специфіки стресових факторів. Їхні висновки стали основою для подальших досліджень у галузі психології розвитку та сприяли розробці інтервенційних програм, спрямованих на підтримку дітей у складних життєвих ситуаціях [41].

У своєму дослідженні 2005 року Agaibi, C. E. та & Wilson, J. розглядають резильєнтність як складний репертуар поведінкових тенденцій, що формується внаслідок взаємодії особистісних рис, когнітивних процесів та соціального контексту. Вони підкреслюють, що резильєнтність не є статичною рисою, а динамічною системою адаптивних реакцій, які дозволяють індивіду ефективно справлятися з травматичними подіями та стресовими ситуаціями. Автори аналізують різні аспекти резильєнтності, включаючи біологічні, психологічні та соціальні фактори, що сприяють її розвитку. Вони зазначають, що індивідуальні відмінності у резильєнтності можуть бути зумовлені генетичними факторами, попереднім досвідом, наявністю підтримуючого соціального оточення та ефективними копінг-стратегіями. Автори підкреслюють, що розуміння резильєнтності як динамічного процесу дозволяє розробляти більш ефективні стратегії підтримки осіб, які пережили травматичні події [24].

Вітчизняні дослідники О. М. Кокун та Т. І. Мельничук у своїх наукових працях розглядають резильєнтність як багатовимірну здатність особистості, що охоплює когнітивні, емоційні, фізіологічні та поведінкові компоненти. Ця здатність забезпечує ефективну адаптацію до складних життєвих обставин, сприяє відновленню після труднощів та підтримує розвиток навіть у умовах підвищеного ризику та небезпеки. Автори підкреслюють, що резильєнтність не є статичною характеристикою, а динамічним процесом, який формується під впливом внутрішніх ресурсів особистості та зовнішнього середовища. Вони зазначають, що ключовими аспектами резильєнтності є здатність до навчання на основі попереднього досвіду, особистісний ріст після невдач, а також ефективне подолання життєвих викликів. Це дозволяє особистості не лише відновлюватися після стресових ситуацій, але й розвиватися, набуваючи нових навичок та зміцнюючи психологічну стійкість. Отже, за їх висновком резильєнтність є інтегративною характеристикою, що відображає здатність особистості адаптуватися, відновлюватися та розвиватися в умовах

стресу та невизначеності. Це підкреслює важливість її розвитку як ключового ресурсу для підтримки психологічного здоров'я та благополуччя особистості [6].

Приклади інших з найбільш часто цитованих визначень резильєнтності представлені в таблиці 1.

*Таблиця 1*

Автор	Визначення
Rutter, M. [46]	Захисні фактори, які модифікують, покращують або змінюють реакцію людини на певну небезпеку навколишнього середовища, яка схиляє до дезадаптивного результату
Luthar, S. S. [38]	Динамічний процес, що охоплює позитивну адаптацію під час значних негараздів
Connor, K. M., & Davidson, J. R. T. [28]	Особисті якості, які дозволяють людині процвітати перед лицем труднощів
Bonanno G.A. [26]	Здатність людей, які піддаються ізольованій та потенційно дуже руйнівній події, наприклад як смерть близького родича або жорстока чи небезпечна для життя ситуація підтримати відносно стабільний, здоровий рівень психологічного і фізичного функціонування, а також здатність до генерації досвіду та позитивних емоцій
Lee, H. H., & Cranford, J. A. [35]	Здатність людини успішно справлятися зі значними змінами, негараздами чи ризиками
Leipold, B., & Greve, W. [37]	Стабільність або швидке відновлення (або навіть зростання) особистості за значних несприятливих умов
Н.Ч. Гусак [4]	Здатність індивіда або соціальної групи

	пом'якшувати вплив надзвичайних ситуацій, активуючи внутрішні та зовнішні ресурси, що допомагають запобігти розвитку психологічних проблем серед учасників та свідків важких подій
Е.О. Грішин [3]	Здатність ефективно долати стресові ситуації та адаптуватися до нових умов, що забезпечує повноцінне функціонування особистості. Ця здатність визначається регуляторними, емоційними та соціально-поведінковими характеристиками та навичками.

Для кращого розуміння поняття, слід зауважити, що у сучасному україномовному середовищі терміни «resilience» (резилієнс) та «resiliency» (резильєнтність) часто перекладається як «стресостійкість», «життєстійкість», «стійкість до травми», «психологічна пружність» або «психологічна стійкість». Це різноманіття перекладів іноді призводить до плутанини у використанні термінів «resilience» та «resiliency». Серед українських дослідників триває дискусія щодо співвідношення понять «стресостійкість» та «резилієнс». О.М. Хамініч пропонує використовувати «резильєнс» для позначення динамічного процесу адаптації та саморегуляції. Тоді як «резильєнтність»- це властивість (здатність) особистості. Інші дослідники, зокрема Каплуненко, вважають за доцільне розмежовувати «стресостійкість» як відновлення після стресу та «резилієнс» як опір стресу. Натомість Г.М. Мешко і О. Басенко трактують «резилієнс» і «стресостійкість» як синоніми [17, 9, 16].

Отже, резильєнтність зазвичай визначається як «динамічний процес, що охоплює позитивну адаптацію при значних негараздах». Хоча в великій кількості досліджень все ж таки залишаються розбіжності щодо консенсусу єдиного визначення. Деякі дослідники, наприклад такі як Davidson, J. R. T.,

Foa K. M., Payne, V. M., Connor, E. B., Rothbaum, B. O., Hellerstein D., визначають резильєнтність як характеристику особистості, специфічну для людини, тоді як інші вчені, Masten A. S., Luthar S. S., Garmezy N., Rutter M. розглядають її як процес (а не рису особистості). Schwarz S. у своїй критичній аналітичній праці наголошує на складності та багатогранності поняття резильєнтності в психології, підкреслюючи необхідність комплексного підходу до його вивчення [39, 29, 28, 31, 45, 34, 46, 48].

## **1.2. Основні фактори резильєнтності та їх сутність**

Справжня резильєнтність полягає не тільки в здатності долати перешкоди, але й у динамічному процесі розвитку, який може змінюватися з часом. Людина може зростати в резильєнтності завдяки постійному розвитку позитивних якостей, навіть якщо спочатку не була стійкою. Це вказує на можливість змінювати стратегії адаптації залежно від обставин [3].

Процес адаптації до стресових факторів описується через моделі, створені такими вченими, як Richardson G., Bolton K. та Masten A. Їхні дослідження визначають чотири основні фази процесу резильєнтності:

- Конфронтація з факторами ризику. На цьому етапі порушується біопсихо-духовний гомеостаз, що означає зниження стійкості людини перед стресорами та травмами.
- Активація захисних факторів (факторів резильєнтності) які допомагають зберегти рівновагу і стабільність
- Взаємодія між захисними та вразливими факторами, що формує результат.
- Результат, а саме резильєнтність, або дезадаптація. Якщо захисні фактори домінують, це веде до розвитку резильєнтності, якщо ж вразливі фактори переважають — результатом стає дезадаптація. Для

того, щоб людина вважалася резильєнтною, після зіткнення з негараздами вона має продемонструвати позитивну адаптацію у певній галузі (тобто здоровий психологічний розвиток) [44, 25, 40, 52].

Моделі, розроблені цими авторами, допомагають зрозуміти, як людина реагує на стрес та як правильно розвивати необхідні механізми для успішної адаптації. Водночас, хоча резильєнтність є динамічним і багатовимірним процесом адаптації до змін і викликів, вона завжди залишається індивідуальним вибором. Розвиток цієї якості, як підкреслює Coutu D. L. в своїй роботі, передбачає систематичне підтримання внутрішніх «м'язів» резильєнтності, адже, як і фізичні м'язи, ці якості потребують регулярного тренування. Це не просто властивість, з якою народжується людина, а динамічний процес, що залежить від вибору стратегії реагування на життєві обставини. Так, навіть якщо індивід не проявляє високої стійкості в певних ситуаціях, завжди є можливість для розвитку цієї здатності. Вона може бути розглянута як спектр, в якому людина може бути більш або менш резильєнтною залежно від ситуації, в яку потрапляє, та від того, яку стратегію вона обирає для подолання викликів. Цей процес не є статичним, а змінюється в залежності від умов життя та особистих обставин [29].

Процес розвитку резильєнтності зазвичай стартує з порушення біопсиходуховного гомеостазу індивіда, яке спричиняється впливом різноманітних травмуючих факторів. Термін «біопсиходуховний гомеостаз», введений Richardson G. E., відображає стан, коли людина фізично, психологічно та духовно адаптується до тих умов, що складаються на певному етапі її життя, незалежно від того, чи є ці умови позитивними чи негативними. Відповідно, це адаптоване положення людини характеризується як «зона комфорту», яка є не лише умовно комфортною, але й знайомою для особи, навіть якщо такі обставини не є оптимальними і можуть створювати неадаптивні ситуації, що не завжди усвідомлюються [44, 45, 16].

Коли травматичні події порушують цей біопсиходуховний баланс, активується система захисних механізмів, а саме в рамках цієї роботи ми під захисними механізмами розглядаємо фактори резильєнтності. Це стає першим етапом в процесі адаптації. На наступному етапі відбувається ідентифікація цих захисних механізмів і оцінка їх ефективності в контексті конкретної ситуації. Протидія травмуючим факторам стає рушійною силою для подальшої взаємодії між захисними та вразливими факторами, що, згідно з визначенням Bolton K. W., є складним і багатовимірним процесом, який змінюється протягом життєвого циклу людини залежно від її психологічного стану та зовнішніх умов [25, 17].

Зазначена взаємодія веде до фінальної фази, в якій відбувається або не відбувається реінтеграція, тобто процес відновлення. Якщо індивід володіє достатнім набором захисних механізмів, здатних нейтралізувати фактори ризику і зменшити вплив вразливих аспектів, результат цієї взаємодії призводить до розвитку стійкої резильєнтності. В іншому випадку, недостатність захисних факторів може спричинити подальшу дезадаптацію. Цей факт підкреслює надзвичайну важливість ідентифікації та розвитку захисних механізмів (факторів резильєнтності), оскільки вони допомагають протистояти стресовим умовам та прямо впливають на результат адаптації. Який, згідно з процесуальною моделлю резильєнтності, розробленої Richardson, G. E., Neiger, B.L., Jensen, S., & Kumpfer, K. L., може включати резильєнтне відновлення (стійка резильєнтність), повернення до попереднього гомеостазу, відновлення з певними втратами або дисфункціональне відновлення [45].

Розглянемо основані фактори резильєнтності через призму періодизації досліджень самого поняття. Еволюція досліджень резильєнтності проходила через чотири етапи, кожен з яких характеризувався зміною акцентів та методологічних підходів, а також поглибленим аналізом різних факторів, що впливають на цей феномен.

Перша хвиля, як зазначає Richardson G.E. в своєму аналізі, була зосереджена на пошуку й описі внутрішніх і зовнішніх якостей особистості, які допомагають їй впоратися, подолати або пережити складні життєві ситуації. Безпосередньо сам процес формування резильєнтності не був достатньо детально досліджений. Однак вчені визначили набір захисних факторів і сприятливих умов, що допомагають особистості протистояти життєвим негараздам та мінімізувати їх негативний вплив [44].

Проаналізувавши дослідження першої хвилі Bolton K.W., & Peterson та Vonnabo G.A. розподілили захисні фактори особистості, які сприяють резильєнтності згідно з віковою періодизацією. Так серед дітей та підлітків такими факторами є:

- Самоефективність- вміння контролювати власні емоції, гнучкість у поведінці, а також теплі й довірливі стосунки з дорослими.
- Ефективність в будь-якій діяльності або стосунках- самоконтроль, позитивне налаштування, внутрішній локус контролю, розвинені аналітичні здібності, критичне мислення та почуття гумору.
- Здатність адаптивно сприймати різноманітний досвід, використовувати проактивні стратегії для подолання труднощів, а також мати доброзичливий і позитивний характер.

Захисні фактори дорослих це насамперед:

- Стійкість до життєвих труднощів, витривалість, здатність знаходити гумор у складних ситуаціях.
- Ефективні когнітивні стратегії, до яких відносять здатність до стратегічного планування, позитивне переосмислення подій, свідоме стримування негативних емоцій і уникнення румінації.
- Оптимістичний світогляд, життєва мудрість та внутрішній ресурс.

До факторів, що допомагають сприяють резильєнтності у літніх людей, перша хвиля відносила:

- Стійкість у досягненні цілей, віра у власні можливості.
- Усвідомлення глибокого сенсу життя.
- Здатність приймати екзистенційну самотність, автономність, прийняття себе та свого досвіду.
- Міцні соціальні зв'язки та взаємини [25, 26, 19].

Друга хвиля, як зазначає Г.П. Лазос у своїй праці, змінила фокус з факторів на спосіб досягнення резильєнтності, на вивчення процесу формування захисних факторів і почала розглядати цей феномен як складний, взаємопов'язаний механізм, у якому взаємодіють фактори ризику, елементи захисту та відновлювальні процеси (реінтеграція). Цей підхід пояснює шлях особистості від пережитої травми до стану психологічної рівноваги. При цьому до факторів ризику відносять стресові та несприятливі обставини, тоді як захисні механізми та реінтеграційні чинники відіграють роль буфера, що сприяє адаптації та стійкості особистості [7].

Третя хвиля ґрунтується на перших двох. Як зазначає Richardson G., особливістю третьої хвилі досліджень стало розширення розуміння резильєнтності як динамічного процесу або механізму, що сприяє пошуку й підтримці особистісного розвитку, позитивної адаптації та відновлення після життєвих випробувань. Тобто в кожного є вроджена сила, що підштовхує до самоактуалізації та гармонії [44].

Четверта хвиля завдяки прогресу у технологіях дала можливість науковцям розширити підходи до вивчення резильєнтності за допомогою багаторівневого аналізу. Вона інтегрує різні дисципліни та підходи для глибшого розуміння цього поняття. З'явилися нові дослідження, які допомагають виявити позитивну адаптацію на клітинному чи нервовому рівнях, а також визначити роль нейронних і психобіологічних систем у формуванні резильєнтної поведінки. Ця хвиля асоціюється з працями американської дослідниці Masten A. S. Вона акцентує увагу на

багаторівневому підході до аналізу нових концепцій позитивної адаптації, враховуючи як клітинний, так і нейронний рівні, що входять до складу психобіологічних систем і впливають на процес адаптації. Masten A. S. стверджує, що люди з високим рівнем компетентності та резильєнтності володіють подібними адаптивними перевагами та характеристиками особистості, а саме наступними факторами резильєнтності особистості:

- Ефективне виховання (холдінг) в дитинстві та якість підтримки з боку родини
- Змістовні стосунки з іншими дорослими
- Наявність близьких друзів і партнерів
- Інтелектуальний розвиток і здатність до вирішення проблем
- Самоконтроль, емоційне регулювання, здатність до планування
- Мотивація до досягнення успіху
- Особистісна ефективність
- Віра, надія та сенс життя
- Ефективне навчання
- Ефективність у взаємодії з сусідами та колегами, громадські зв'язки [40].

В той же час вчений Hellerstein D. у своїх працях виділяє дві ключові складові резильєнтності: фізичну, яка відображає рівень стресостійкості та толерантності, та психологічну, що включає розвиток і підтримку соціальних зв'язків, використання соціальної підтримки, знаходження сенсу в складних подіях, підвищення освітнього рівня та освоєння різних психотехнік для подолання негативних наслідків стресу. Зі свого боку, Coutu D. L. визначає три основні характеристики резильєнтних людей: реалістичне сприйняття дійсності, глибока віра в осмисленість життя, підкріплена міцними цінностями, та виняткова здатність до імпровізації [29, 34].

У вітчизняній науці також здійснено спроби визначити складові процесу резильєнтності. Модель української дослідниці Олени Чиханцової

включає шість компонентів: оптимізм, соціальні контакти, самопроєктування, самоствалення, цілі та смисли. Е. Грішин виділяє наступні характеристики: націленість на мету, відчуття гармонії та узгодженості власного існування, домінування позитивних емоцій, об'єктивна й висока самооцінка, здатність до активного подолання труднощів, впевненість у власних силах, оптимістичне сприйняття майбутнього, розвинена система соціальних зв'язків і вміння звертатися по допомогу, когнітивна гнучкість, а також глибокий духовний світ індивіда. З. О. Кіреєва визначає ресурси особистості як усе, на що людина може спиратися для задоволення базових потреб — зокрема виживання, фізичного комфорту, безпеки, залучення до соціуму, поваги та самореалізації. За Я. Каплуненко, здатність особистості зберігати психологічну пружність або проявляти крихкість визначається глибиною усвідомлення власних цінностей та сенсів життя [18, 3,12, 21, 5].

Отже, резильєнтності є багатовимірним, динамічним процесом, що формується під впливом різноманітних факторів. Основну роль у розвитку цієї якості відіграють захисні фактори, які активуються у відповідь на порушення біопсиходуховного гомеостазу. Залежно від їх взаємодії з факторами вразливості формується результат адаптації — позитивний (резильєнтність) або негативний (дезадаптація). Дослідження, проведені в межах чотирьох хвиль, показали поступову еволюцію розуміння цього феномену: від фокусування на якостях особистості до складних біопсихосоціальних моделей. Особливе значення мають такі фактори, як самомотивація, оптимізм, соціальна підтримка, емоційна регуляція та екзистенційна осмисленість життя. Так, резильєнтність не є вродженою рисою, а результатом свідомого розвитку та взаємодії особистості з середовищем, що відкриває широкі можливості для цілеспрямованого формування цієї здатності впродовж усього життя.

### 1.3. Роль факторів резильєнтності у підтримці психологічного здоров'я

Резильєнтність відіграє ключову роль у забезпеченні психологічного благополуччя, оскільки визначає здатність особистості адаптуватися до складних життєвих обставин, долати стрес та підтримувати емоційну рівновагу. Як зазначають Leirpold B. і Greve W., резильєнтність виступає проміжною ланкою між здатністю до подолання труднощів (копінгом) і позитивним особистісним розвитком та адаптацією. Фактори резильєнтності, які як ми вже знаємо можуть бути внутрішні (особистісні риси) та зовнішні (соціальна підтримка, життєві умови), створюють захисний механізм, що допомагає зберігати психологічне здоров'я в умовах кризи чи тривалого стресу. А саме, згідно з визначенням Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), стан гармонійного самопочуття, за якого людина усвідомлює свої можливості, здатна ефективно долати повсякденні стресові ситуації, продуктивно виконувати свою роботу та активно брати участь у житті суспільства [22, 23, 37, 51].

Психологічне здоров'я є багатовимірним феноменом, що відображає цілісність та гармонійність функціонування особистості в емоційній, когнітивній, поведінковій та духовній сферах. На відміну від психічного здоров'я, яке зосереджується на стані психічних процесів, психологічне здоров'я охоплює особистісний рівень розвитку, здатність до саморегуляції, адаптації та усвідомлення сенсу життя. Також, згідно з Максименко С. Д. психічне здоров'я особистості це багатовимірний феномен, що включає емоційний, когнітивний та поведінковий компоненти [2, 8].

У працях вітчизняних дослідників, підкреслюється важливість психологічного здоров'я як складової психологічного благополуччя. Це відображається в цілісності особистості, її гармонії з внутрішнім «Я» та здатності до адаптації в умовах змін. В цілому, як визначають у своїй праці

Г.П. Мозгова та К.М. Уваркіна, у науковій літературі є багато підходів до розуміння поняття психологічного здоров'я. А саме виокремлюють шість підходів, це: 1) нормоцентричний підхід, який розглядає його як оптимальний рівень функціонування психіки; 2) феноменологічний підхід, заснований на ідеях Е. Гуссерля та К. Роджерса, який акцентує увагу на індивідуальному досвіді та суб'єктивному сприйнятті світу; 3) холістичний підхід, що підкреслює цілісність особистості та інтеграцію різних аспектів її функціонування, трактує здоров'я як суб'єктивне переживання особистістю власного буття та автентичності; 4) крос-культурний підхід, розроблений у рамках постмодерністської традиції, зокрема Г. Тріандіс., враховує вплив соціокультурного контексту на формування здоров'я. В цьому підході здоров'я визначається як соціокультурна змінна, що залежить від культурних норм та цінностей; 5) аксіологічний - розглядає психологічне здоров'я як базову цінність особистості; 6) інтегративний - намагається об'єднати різні концепції в єдину теоретичну модель [10].

На думку Н. Павлик, психологічне здоров'я — це складне та багатопланове явище, що відображає гармонію між тілесною, емоційною та духовною складовими особистості. Його основою виступає внутрішній баланс між різними аспектами людської природи — соматичними, емоційними, волевими, інтелектуальними, соціальними й духовними — а також гармонійні стосунки між особистістю та навколишнім світом. В своїй роботі вона виділяє наступні основні ознаки психологічного здоров'я:

- усвідомлення та цілісність, постійність, ідентичність фізичного та психічного «Я»;
- стабільність та відповідність переживань у подібних ситуаціях;
- критичність до себе та власної діяльності, її результатів;

- відповідність психічних реакцій силі і частоті впливу середовища, соціальним обставинам;
- здатність управляти поведінкою у відповідності до соціальних норм, законів та правил;
- здатність планувати власну життєдіяльність і реалізовувати поставлені цілі;
- гнучкість поведінки, вміння адаптуватися до змін у навколишньому середовищі та життєвих обставинах [13].

Згідно з думкою І.В. Дубровіної, психологічне здоров'я є активною частиною соціальної діяльності, що проявляється в ефективній взаємодії з соціальним оточенням. У цьому контексті важливо розуміти, що розвиток резильєнтності не є одномоментним процесом; він залежить від того, як індивід справляється з травматичними подіями та чи здатний він адаптуватися до нових обставин [13, 17].

Позитивна адаптація в контексті резильєнтності охоплює широкий спектр механізмів, які взаємодіють між собою та допомагають людині подолати перешкоди та стресові ситуації. До них входять когнітивна гнучкість, ресурси емоційних станів, зв'язок із особистими цінностями, духовність, а також ефективні стратегії копіngu та соціальну компетентність. У метафоричному сенсі, згідно з О.М. Кокун та Т.І. Мельничук, ці складові можна порівняти з п'ятьма компонентами долоні, де чотири внутрішні аспекти представляють внутрішній стан людини, а п'ятий компонент – соціальне оточення – визначає, як ці внутрішні якості взаємодіють із навколишнім світом [6].

Розглянемо декілька факторів резильєнтності та як вони допомагають у підтримці психологічного здоров'я.

Високий рівень емоційного інтелекту відіграє ключову роль в процесі резильєнтності, оскільки дозволяє особистості не лише краще усвідомлювати власні емоції в умовах стресу, а й ефективно їх регулювати. Згідно з дослідженням, проведеним Reivich, K., & Shatté, A. емоційний інтелект значною мірою допомагає в формуванні адаптивної поведінки. Це сприяє збереженню внутрішньої рівноваги та позитивного емоційного стану, що, своєю чергою, знижує вплив деструктивних переживань на повсякденну діяльність. Особи з розвиненим емоційним інтелектом також можуть слугувати підтримкою для інших: вони краще відчують емоційні стани й потреби людей, які переживають стрес, і здатні надавати їм ефективну допомогу. Їхня здатність до створення глибоких міжособистісних зв'язків і продуктивної взаємодії в стресових ситуаціях підвищує рівень емоційної стійкості як у них самих, так і в оточення, знижуючи рівень напруги й сприяючи спільному подоланню труднощів [43].

Важливість фактору соціальної підтримки ми можемо бачити ще з дитинства. Батьківська підтримка сприяє стійкості дітей, що стикаються з різними ризиками. Також, згідно з аналізом досліджень, який провів Fergus S. з Zimmerman M. A., запобігає вживанню психоактивних речовин, насильству та зловживанню алкоголем у подальшому житті. О.В. Москаленко наголошує на тому, що наявність підтримуючих стосунків з родиною, друзями та колегами та вміння звертатися за допомогою сприяє підвищенню стійкості до стресу та відіграє важливу роль в процесі відновлення після травматичних подій. В.О. Каверін, який дослідив роль соціальної підтримки в умовах війни, зазначив, що вона сприяє формуванню резильєнтності, даючи відчуття впевненості в подоланні труднощів, безпеки та відчуття належності [30, 11, 20].

Фактор мотивації, який стосується «що» і «чому» в людській поведінці, як підкреслюють Fletcher, D., & Sarkar, M., в своїй роботі, визначається як необхідний психологічний атрибут для протистояння стресу

та тиску. Індивід із високим рівнем мотивації демонструє підвищену сконцентрованість на процесі особистісного розвитку, глибокому усвідомленні власного потенціалу та досягненні внутрішньої гармонії. Як наголошують в своїй роботі Н. Підбуцька та Є. Мартиненко, особливу увагу слід приділити значенню цілепокладання в умовах стресового навантаження. Саме наявність чітко сформульованої мети виступає вагомим внутрішнім ресурсом, що сприяє ефективному подоланню стресових факторів. Мета відіграє ключову роль у когнітивній переробці складних ситуацій, дозволяючи особистості адаптуватися до змінних обставин і знаходити альтернативні стратегії для реалізації намічених планів. Такий підхід сприяє не лише мінімізації впливу стресу, а й активізує внутрішні психологічні ресурси, стимулюючи розвиток гнучкості мислення, стресостійкості та адаптаційної здатності [31, 14].

Також висока самоефективність та самооцінка, когнітивна гнучкість наряду зі здатністю оптимістично дивитись на майбутнє, як підкреслюють в своїх роботах вчені Cassidi S., С. Д Москаленко, Sarkar, M., & Fletcher, D. Legault L., Anawati M., Flynn R, Graber, R., Pichon, F., Carabine, E., сприяє розвитку ефективних копінг-стратегій та підвищують стійкість до негативних впливів. Оптимістично налаштовані особистості зазвичай легше справляються зі стресовими ситуаціями, оскільки мають позитивне уявлення про себе та свої здібності, а також вірять у власний успіх незалежно від обставин. Вони схильні знаходити позитивні аспекти навіть у складних ситуаціях, розглядаючи труднощі як можливості для навчання та розвитку. Такий підхід сприяє зниженню впливу стресу та прискорює процес відновлення. Здатність знаходити конструктивні шляхи вирішення проблем може призвести до особистісного зростання, що є основою формування резильєнтності [27, 11, 47, 36, 33].

Дослідниця Ю. Ліпковська описує осіб з адекватною самооцінкою як таких, що здатні правильно співвідносити свої можливості та досягнення,

мають критичне ставлення до себе. Адекватна самооцінка проявляється у наявності досяжних цілей та реалістичній оцінці власних успіхів і невдач. У процесі формування резильєнтності такі особистості мають реалістичне сприйняття своїх сильних і слабких сторін, що дозволяє ефективніше реагувати на життєві виклики, використовуючи власні ресурси та шукаючи нові для подолання труднощів [14].

Отже, дослідження підтверджують, що наявність факторів резильєнтності та високий її рівень асоціюється з кращою адаптацією до будь-який негараздів. Резильєнтність є багатовимірним конструктом, що включає взаємодію особистісних та соціальних факторів. Розуміння та розвиток цих факторів сприяє покращенню психологічного здоров'я та якості життя індивідів.

### **Висновки до першого розділу**

У підсумку теоретичного аналізу резильєнтності та психологічного здоров'я варто підкреслити, що обидва поняття є фундаментальними у сучасній психологічній науці та практиці. Резильєнтність, згідно з багатьма дослідниками, зокрема Masten A. S., Garmezy N., О. М. Кокуном та Т. І. Мельничук, розглядається як динамічний і багаторівневий процес адаптації, що формується під впливом біопсихосоціальних чинників. Вона виявляється не лише у здатності протистояти труднощам, а й у можливості трансформувати складні переживання в досвід, що сприяє особистісному розвитку.

Ключову роль у цьому процесі відіграють фактори резильєнтності: емоційна регуляція, самомотивація, соціальна підтримка, наявність цілей, когнітивна гнучкість, позитивне мислення та віра в сенс життя. Їхня присутність дозволяє особистості зберігати психологічну рівновагу навіть у

складних життєвих умовах. Дослідження підтверджують, що особи з високим рівнем резильєнтності краще справляються зі стресом, демонструють менше симптомів емоційного вигорання і мають вищу якість життя.

Психологічне здоров'я, як окреме, але пов'язане поняття, у межах різних підходів набуває специфічних трактувань. У нормоцентричному підході воно визначається як відповідність нормі; у феноменологічному — як автентичність і цілісність переживання; холістичний акцентує на гармонії внутрішніх і зовнішніх аспектів; аксіологічний розглядає здоров'я як особистісну цінність; а інтегративний підхід синтезує всі вищенаведені у цілісну картину. Така багатоплановість підкреслює складність феномена та потребу в міждисциплінарному його осмисленні.

Резильєнтність виступає як провідний механізм забезпечення психологічного здоров'я, особливо в умовах нестабільності, криз і втрат. Здатність людини ефективно використовувати внутрішні ресурси та підтримку ззовні є вирішальною для підтримання емоційної стійкості та функціональної активності.

Отже, розвиток факторів резильєнтності та усвідомлене формування здорової психологічної позиції мають бути не лише індивідуальним, а й соціальним пріоритетом. Це відкриває перспективи для освітніх, профілактичних і терапевтичних програм, спрямованих на зміцнення психічного добробуту та підвищення стресостійкості в умовах викликів сучасного світу.

## РОЗДІЛ 2. РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ

### 2.1. Організація емпіричного дослідження факторів резильєнтності та їх ролі у підтримці психологічного здоров'я

У цьому розділі я детально опишу, як саме проходило дослідження, які інструменти були використані, чому саме ці методики обрано, і як проводилась робота з даними. Я прагнула до того, щоб дослідження було не лише методологічно обґрунтованим, а й логічним, прозорим і зрозумілим для кожного, хто буде знайомитися з результатами. Цей процес є важливим етапом на шляху до глибшого розуміння того, як фактори резильєнтності впливають на психологічне здоров'я.

На етапі теоретичного аналізу нами було розглянуто концепцію резильєнтності як важливого аспекту психологічного здоров'я. Особливу увагу було приділено різним підходам до визначення резильєнтності, починаючи з класичних робіт Masten A. S, Garmezy N. та закінчуючи сучасними дослідженнями українських вчених, таких як О. М. Кокун та Т. І. Мельничук [32, 40, 6].

Також було детально розглянуто еволюцію поглядів на резильєнтність, від перших спроб виділити особистісні якості, що сприяють подоланню труднощів, до сучасних багаторівневих моделей, які враховують біологічні, психологічні та соціальні фактори. Проаналізовано основні фактори резильєнтності, такі як емоційна регуляція, самомотивація, соціальна підтримка та когнітивна гнучкість, а також їх роль у підтримці психологічного здоров'я особистості.

Нарешті, було розглянуто проблему співвідношення резильєнтності та психологічного здоров'я, а також різні підходи до розуміння останнього, включаючи нормоцентричний, феноменологічний та інтегративний підходи. Також, проаналізовано роль факторів резильєнтності у підтримці

психологічного здоров'я, зокрема, як вони допомагають особистості адаптуватися до складних життєвих обставин, долати стрес та підтримувати емоційну рівновагу.

У процесі формування завдань виникла необхідність у проведенні емпіричного дослідження, метою якого стало виявлення факторів, що впливають на розвиток резильєнтності та визначення їхнього впливу на підтримку психологічного здоров'я особистості. Підставою для організації дослідження слугувало зростаюче значення адаптивних ресурсів людини у сучасних умовах постійної соціальної турбулентності, зростання рівня невизначеності, а також поширення психоемоційного виснаження серед населення. У фокусі — саме зв'язки між стресостійкістю, самооцінкою психічного стану та суб'єктивною оцінкою якості життя. Для досягнення мети мого дослідження були поставлені наступні завдання:

1. Здійснити підбір методик та розробити процедуру дослідження;
2. Визначити рівень резильєнтності та психологічного здоров'я у респондентів;
3. Проаналізувати взаємозв'язок між факторами резильєнтності та показниками психологічного здоров'я.

Етапи проведення емпіричного дослідження:

1. Підбір учасників дослідження;
2. Формування психодіагностичного інструментарію для дослідження;
3. Організація та проведення емпіричного дослідження;
4. Аналіз, опис та інтерпретація дослідження;

5. Підсумок результатів емпіричного дослідження та формування висновків.

Загальна кількість респондентів становила 30 осіб. Дослідження реалізовувалося у формі онлайн-анкетування, що забезпечило доступність та зручність участі для широкого кола респондентів. Інструментом збору даних була платформа Google Forms. Це дозволило швидко поширити опитувальник у різних соціальних групах, забезпечити анонімність відповідей та автоматизувати процес первинного збору та збереження інформації.

Дослідження проводилося у період з 30 березня по 11 квітня 2025 року. Усі респонденти брали участь добровільно, попередньо ознайомившись із метою, процедурою дослідження та політикою конфіденційності. Була забезпечена повна анонімність, а також право респондента припинити участь на будь-якому етапі без пояснення причин. Такий підхід відповідає етичним стандартам проведення психологічних досліджень, зокрема положенням Етичного кодексу психолога та стандартам, затвердженим ВОЗ.

Кожен респондент заповнив соціально-демографічну анкету.

*Таблиця 2*

Соціально-демографічні характеристики вибірки

<b>Показник</b>		<b>Значення</b>
Стать	Жінки	15 (50%)
	Чоловіки	15 (50%)
Вік	Діапазон	18-60
	М (SD)	32,8 (8,6)
Освіта	Вища	30 (100%)
	Незакінчена вища	-
	Середня	-
	Середня-спеціальна	-

	Інше	-
Сімейний стан	Одружений(а)	15 (50%)
	Холост(а)	4 (13,3%)
	У стосунках	9 (30%)
	Розлучений(а)	2 (6,7%)
	Інше	
Працевлаштування	Так	30 (100%)
	Ні	
Заняття спортом	Так	14 (46,7%)
	Ні	11 (36,67%)
	Іноді	5 (16,67%)
Релігійність	Так	8 (26,67%)
	Ні	22 (73,33%)

З таблиці 2 видно, що до дослідження було залучено в рівній кількості жінок та чоловіків, по 15 осіб кожної статті. Вік коливається від 18 до 55 і старше, а саме: 18-24 років – 7 респондентів, 25-34- 8 респондентів, 35-44 років – 14, та 55 і старше – 1 респондент. Таким чином середній вік вибірки становить  $32,8 \pm 8,6$  років. Усі респонденти мають вищу освіта та працевлаштовані. Половину опитуваних складають одружені, це 15 із 30 респондентів (50%), далі йдуть ті, що «у стосунках» - 9 із 30 (30%), «холост/холоста» 13,3% (4/30) та «розлучених» 6,7 % (2/30). 46,67% займаються спортом, 36,67% не займаються, а 16,67% займаються іноді. Більшість респондентів не вважають себе релігійними людьми (73,33%), а 26,67% вважають.

Методологічною основою дослідження стали принципи системності, комплексності та інтегративності. Було обрано кілька стандартизованих методик, які дозволяють охопити різні аспекти психологічного функціонування: як індивідуальні риси, так і психічні стани, соціальний контекст і суб'єктивне сприйняття якості життя. Вибір саме цих методик обумовлений їхньою валідністю, надійністю, частим використанням у міжнародних дослідженнях, а також можливістю проведення їх у дистанційному форматі без втрати якості результатів.

Сукупність методик включала чотири основні блоки. Розлінемо кожну методику окремо.

1. Соціально-демографічна анкета, в яку я включала питання про вік, стать, рівень освіти, професійну зайнятість, наявність фізичної активності та рівень релігійності. Це дозволяє краще інтерпретувати результати та побачити контексти життя респондентів. Всього питань було 7, кожне мало варіанти відповідей.

2. Методика «Самооцінка психічних станів» (за Г. Азенком) – розроблена відомим британським психологом Хансом Айзенком (Hans Eysenck) і є інструментом для швидкої оцінки поточного психічного стану особистості за кількома ключовими шкалами, а саме спрямована на оцінку неадаптивних психічних станів та властивостей особистості, таких як тривожність, фрустрація, агресивність і ригідність. Ця методика складається з 40 тверджень, респонденту пропонується оцінити, наскільки кожне твердження відповідає його поточному стану та надати одну з трьох відповідей: «підходить», «не дуже підходить» та «не підходить». Твердження поділені на 4 шкали:

- Шкала тривожності (питання 1-10): оцінює рівень тривоги, занепокоєння та напруженості, які відчуває респондент. Високі бали за цією шкалою можуть свідчити про підвищену тривожність, нервозність та схильність до переживань.
- Шкала фрустрації (питання 11- 20): вимірює здатність особистості справлятися з невдачами та труднощами, рівень стійкості до стресових ситуацій. Високі бали можуть вказувати на низьку самооцінку та толерантність до перешкод, схильність до гніву та роздратування або уникання труднощів.
- Шкала агресивності (питання 21-30): оцінює рівень агресивних тенденцій, ворожості та роздратованості. Високі бали можуть

свідчити про схильність до конфліктів, імпульсивність та ворожість.

- Шкала ригідності (питання 31-40): оцінює гнучкість мислення, здатність адаптуватися до змін і нових умов. Високі бали можуть вказувати на труднощі з адаптацією до змін, схильність до стереотипів та нездатність до компромісів [15].

3. Опитувальник WHOQOL-BREF (World Health Organization Quality of Life – Brief Version) створений у 1996 році як коротка альтернатива повній версії WHOQOL-100, розробленого Всесвітньою організацією охорони здоров'я (ВООЗ). Його розробка базувалася на даних, зібраних у 23 країнах, що забезпечило високу крос-культурну валідність інструменту. Метою було створити зручний і надійний інструмент для використання в клінічних дослідженнях, епідеміологічних опитуваннях та практичній охороні здоров'я, де повна версія була б занадто обтяжливою. Це стандартизований опитувальник, який вимірює суб'єктивне сприйняття якості життя за чотирма доменами: фізичне здоров'я, психологічне благополуччя, соціальні стосунки та навколишнє середовище. Варіанти відповідей варіюється за п'ятибальною шкалою, де 1 означає найгірший, а 5 — найкращий стан. Крім того, перші два загальні питання оцінюють загальну якість життя та загальний стан здоров'я. Розглянемо структуру та шкали більш детально:

- Фізичне та психологічне благополуччя. Вимірює такі аспекти, як енергійність, біль, сон, здатність до повсякденної активності та працездатність. Максимальний бал становить 35.
- Шкала самоприйняття оцінює рівень самооцінки, позитивні та негативні емоції, когнітивні функції та духовне благополуччя. Максимальна кількість балів – 30,
- Мікросоціальна підтримка, включає питання, які оцінюють особисті стосунки, соціальну підтримку та сексуальне життя. По цій шкалі респондент може набрати до 15 балів.

- Соціальне благополуччя, включає фінансові ресурси, безпеку, доступ до медичних послуг, умови проживання, можливості для навчання та дозвілля, а також транспорт. Максимальне значення – 40 балів [50] .

4. Адаптована версія шкали резильєнтності CD-RISC-10 (автор адаптації – Киреєва З.О.) – дозволяє оцінити загальний рівень психологічної стійкості особистості. CD-RISC-10 є скороченою версією повної шкали Коннора – Девідсона і включає 14 тверджень, які оцінюють ключові аспекти резильєнтності, та 5 варіантів відповідей: «ніколи», «рідко», «іноді», «часто», «завжди». Методика дозволяє визначити, наскільки людина здатна справлятися з труднощами, відновлюватися після стресових подій та адаптуватися до змін [1].

Також були використані методи математичної статистики: описова статистика, порівняльний аналіз, кореляційний аналіз Спірмена та непараметричний U-критерій Манна-Уїтні. Результати аналізу представлені у вигляді таблиць, графіків та діаграм, що дозволяє краще осмислити результати.

Отже, у розділі 2.1 було представлено детальний опис організації емпіричного дослідження, яке має на меті вивчення зв'язку між чинниками резильєнтності та психологічним здоров'ям особистості. Вибір методології обумовлювався потребою забезпечити комплексний та валідний підхід до вимірювання досліджуваних конструктів. Зокрема, для оцінки психологічного стану було застосовано методику «Самооцінки психічних станів» Ганса Айзенка, яка дозволяє виявити рівень тривожності, фрустрації, агресивності та ригідності. Для оцінки якості життя було використано опитувальник WHOQOL-BREF, розроблений ВООЗ, що охоплює фізичну, психологічну, соціальну та екологічну сфери функціонування особистості.

Рівень резильєнтності вимірювався за допомогою стандартизованої шкали, адаптованої до умов дослідження Кіреєвою З.О.

Процедура збору даних здійснювалася за допомогою Google Forms, що забезпечило зручність і доступність для респондентів. У вибірці брали участь 30 осіб, відібраних випадковим чином. Такий підхід дозволив уникнути упередженості під час збору інформації. На цьому етапі особлива увага приділялася дотриманню етичних норм — добровільній участі, анонімності та конфіденційності.

Для статистичної обробки даних було застосовано методи кореляційного аналізу з метою виявлення зв'язків між змінними. Обробка результатів здійснювалася за допомогою електронних таблиць і спеціалізованих програм, що дозволяє забезпечити точність і об'єктивність у підрахунках.

Таким чином, організація дослідження характеризується логічною структурованістю, науковою обґрунтованістю та етичністю. Використання надійних та валідних методик дозволяє очікувати достовірні результати, які можуть бути використані як основа для подальших теоретичних висновків і практичних рекомендацій. Це дозволяє перейти до наступного підрозділу — аналізу результатів і виявлення ключових взаємозв'язків між змінними, що стосуються резильєнтності та психологічного здоров'я

## **2.2. Опис та аналіз результатів дослідження**

На першому етапі дослідження було проведено збір даних соціально-демографічної анкети, де окрім стандартних питань про вік, стать, рівень освіти, працевлаштованість, були додані два додаткових питання. А саме: «Чи займаєтесь Ви спортом?» з варіантами відповіді: «так», «ні» та «іноді»;

та питання «Чи вважаєте Ви себе релігійною людиною?», на яке респонденти могли відповісти «так» чи «ні». Вони були додані через їхній зв'язок з різними аспектами психічного та фізичного здоров'я. Так зайняття спортом сприяє покращенню фізичного здоров'я, що, в свою чергу, може впливати на загальний рівень стресу та психічне благополуччя. Також дость часто спорт може використовуватись як копінг-стратегія для подолання емоційної напруги. Релігійна віра, в свою чергу, може надавати емоційну та духовну підтримку, сприяти соціалізації та допомогти знайти сенс у важких обставинах, що допомагає справлятися з життєвими труднощами, тобто сприяє резильєнтності. Аналізуючи відповіді, було виявлено, що, відповідачи на перше питання, 14 респондентів відповіли «так», 11- «ні» та ще 5 – «іноді». Відповіді на друге питання, показали, що більшість респондентів, а саме 73% ніяк не відносять себе до релігії, та 27%, тобто 8 із 30 опитуваних вважають себе релігійними людьми. Загальні результати ми можемо побачити нижче у вигляді діаграм (див. рис.1).



Рис. 1. Результати відповідей на додаткові питання в анкеті

Далі досліджувався рівень психічних станів респондентів за допомогою опитувальника «Самооцінки психічних станів» (за Г. Айзенком). Ця методика дозволяє дослідити рівні тривожності, фрустрації, агресивності та

ригідності. Середні значення кожної з шкал та стандартне відхилення наведені у наступній діаграмі (див. рис.2).

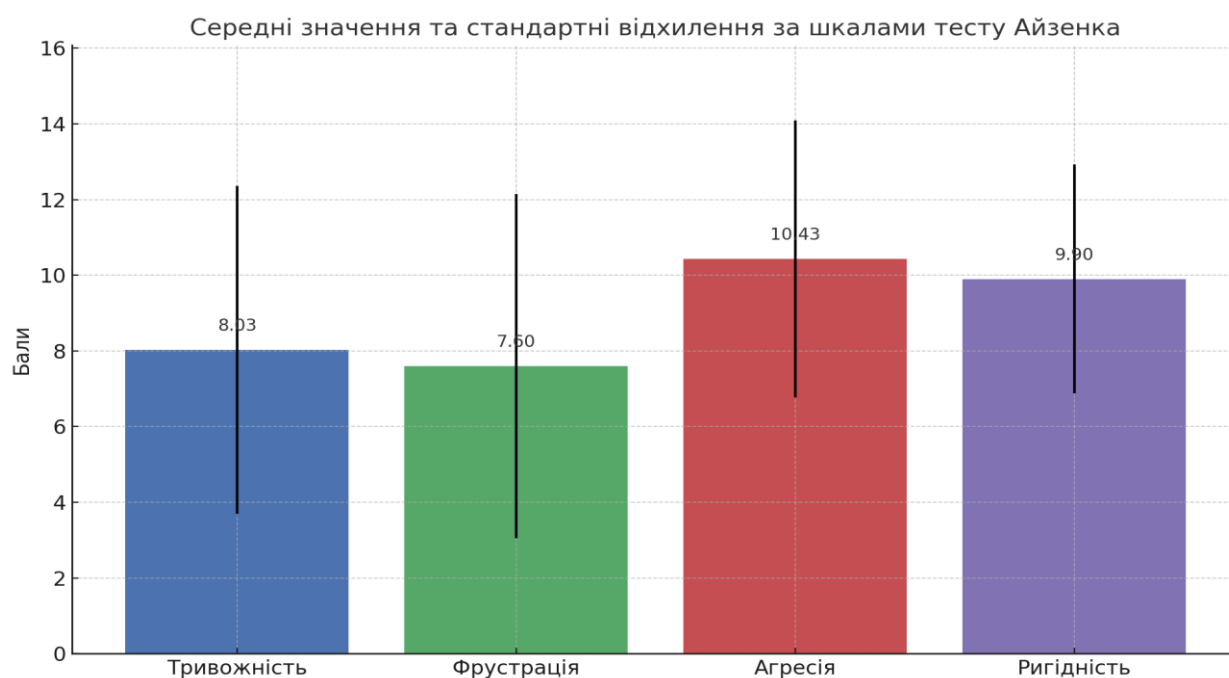


Рис. 2. Середні значення та стандартні відхилення за шкалами тесту Айзенка

З рисунку 2 ми бачимо, найвищий середній показник спостерігається за шкалою агресії, та дорівнює 10,43 бали, що свідчить про порівняно високий рівень напруженості у взаємодії з оточенням. Водночас ригідність, що становить 9,9 балів, посідає друге місце за вираженістю, що може вказувати на схильність респондентів до психологічної стійкості в змінних ситуаціях, але й водночас — до негнучкості в поведінці/думках та труднощах в адаптації до нових умов.

Показники тривожності (8,03 бали) та фрустрації (7,5 балів) виявилися помірними, що говорить про відносно низький рівень внутрішньої нестабільності у вибірці, та може вказувати на здатність учасників зберігати стабільність у ситуаціях перешкод або незадоволення потреб, але потребує уточнення в контексті інших психологічних змінних, таких як резильєнтність чи задоволення життям.

Варто зазначити, що високі стандартні відхилення, особливо в шкалах тривожності (4,33) й фрустрації (4,55) свідчать про значну варіативність відповідей, тобто наявність осіб з дуже різними рівнями прояву відповідних характеристик. Це дозволяє припустити неоднорідність вибірки за цими параметрами, що доцільно враховувати в подальших аналізах — наприклад, при групуванні за статтю, віком або способом життя.

Наступним кроком було дослідження рівня якості життя, для чого було використано опитувальник WHOQOL-BREF (World Health Organization Quality of Life – Brief Version), який вимірює суб'єктивне сприйняття якості життя за чотирма доменами: фізичне здоров'я, психологічне благополуччя, соціальні стосунки та навколишнє середовище. Також перші два твердження опитувальника, оцінюють загальну якість життя та загальний стан здоров'я та результати будуть надані окремо. Середні значення та стандартне відхилення по вибірці наведені у рисунку 3.

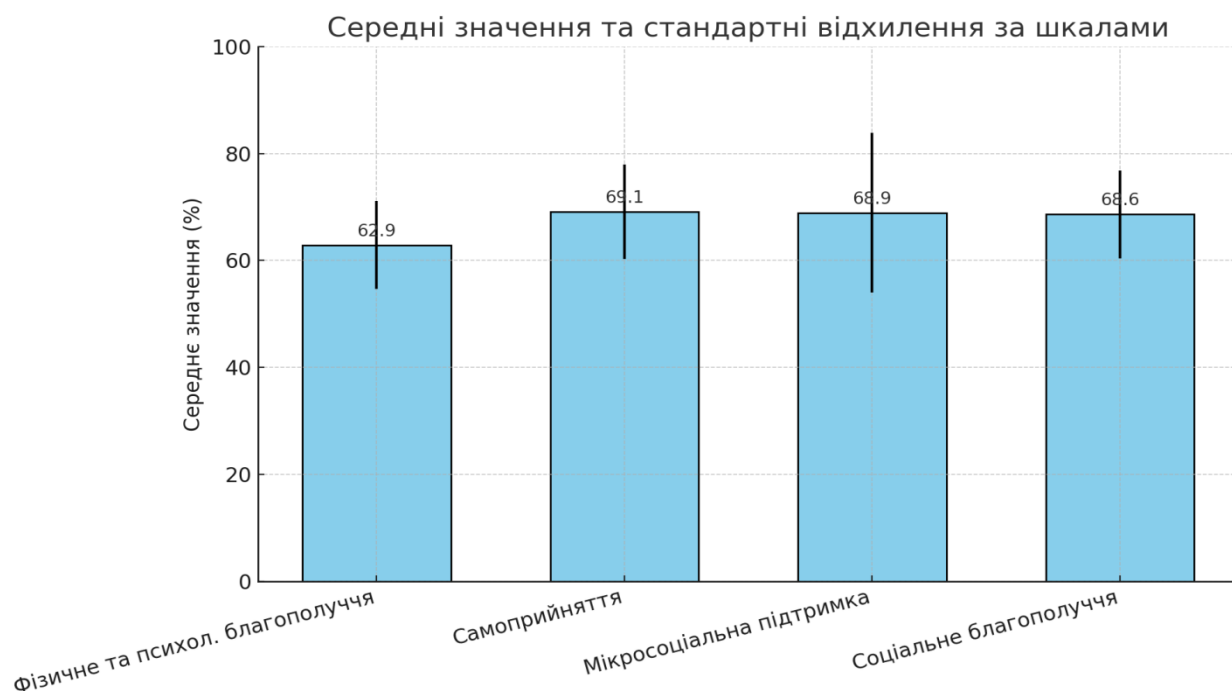


Рис.3. Середні значення та стандартні відхилення за шкалами WHOQOL-BREF

Усі шкали потрапляють у категорію «підвищений показник», який знаходиться на рівні 61% – 80% із 100%. Найвищі середні значення спостерігаються за шкалами самоприйняття (69,1) та мікросоціальної

підтримки (68,9) , що може свідчити про сформовану позитивну Я-концепцію в учасників дослідження та наявність близького соціального оточення, що забезпечує підтримку. Водночас, показник фізичного та психологічного благополуччя має найнижче значення з-поміж інших шкал та дорівнює 62,9%, хоча й залишається в межах підвищеного рівня, що може вказувати на потенційні чинники напруги чи втоми, які слід враховувати у подальшому аналізі.

За допомогою обчислення стандартного відхилення ( $\sigma$ ), було визначено, що високе значення має шкала мікросоціальної підтримки ( $\sigma = 14.89$ ), що вказує на значну різницю в досвіді респондентів щодо підтримки з боку близького оточення. У вибірці присутні як особи з дуже високим рівнем підтримки, так і ті, хто майже її не відчуває. Це може бути важливою темою для подальшого аналізу. Інші три шкали мають помірно стандартне відхилення. Так за шкалою фізичне та психологічне благополуччя  $\sigma = 8.20$  та значить, що більшість респондентів подібно оцінюють свій стан здоров'я та психологічне самопочуття, і крайні значення (дуже низькі чи дуже високі) зустрічаються рідко. За шкалою самоприйняття  $\sigma = 8.80$ , хоча деякі відмінності в рівні самоприйняття є, загалом оцінки тяжіють до середнього або підвищеного рівня. Стандартне відхилення дорівнює 8,2 по шкалі соціальне благополуччя, тобто також варіативність відповідей незначна. Це означає, що більшість респондентів подібно оцінюють соціальні умови свого життя — наприклад, рівень задоволення соціальною роллю, участь у суспільстві тощо

Результати свідчать про стабільний рівень психосоціального благополуччя у більшості респондентів, за винятком шкали мікросоціальної підтримки, де спостерігається широка розбіжність. Це може вказувати на важливу роль міжособистісного середовища та потребу в подальшому дослідженні соціальних зв'язків як ресурсу стійкості.

Данні по першим двом питанням опитувальника WHOQOL-BREF зображені на рисунку 4.

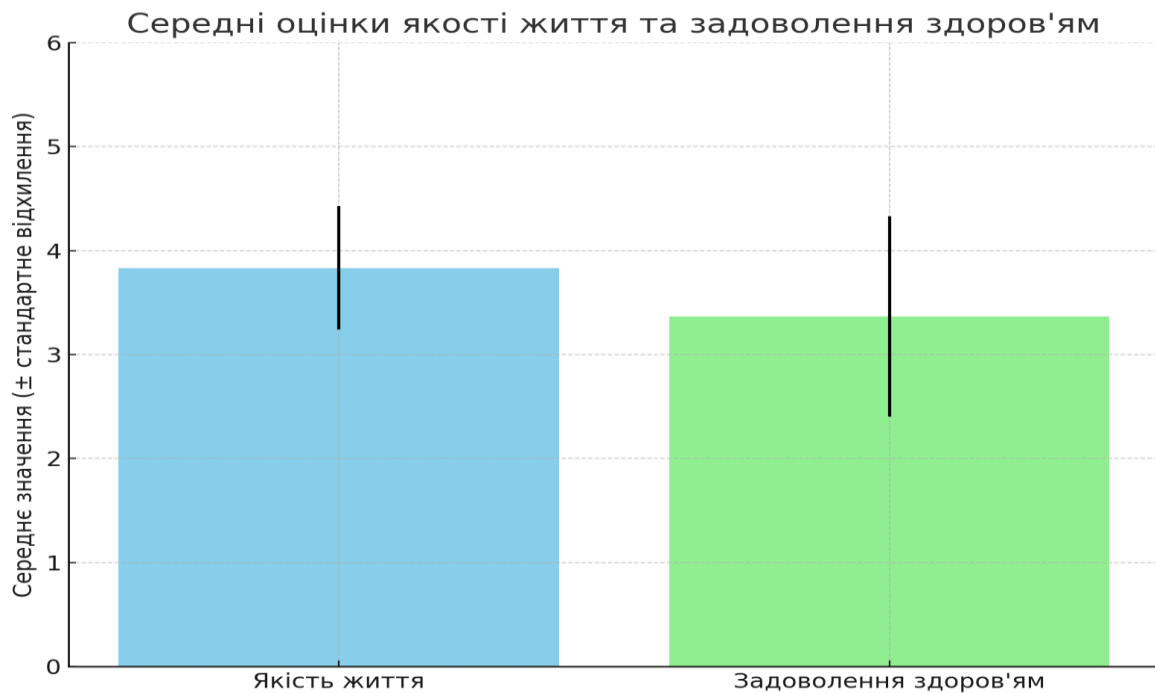


Рис. 4. Середні оцінки якості життя та задоволення здоров'ям

Так, якість життя в середньому оцінили в 3,83 бали, при стандартному відхиленні 0,59, що відповідає рівню «добре» та свідчить про однорідність відповідей. Натомість середнє значення задоволеності станом здоров'я склало 3,37 з стандартним відхиленням у 0,96, що ближче до середньої оцінки «не погано ні добре», проте спостерігається більша варіативність.

Наступною методикою, що використовувалась для дослідження респондентів, була Адаптована версія шкали резильєнтності CD-RISC-10 (автор адаптації – Кіреєва З.О.), що дозволяє оцінити загальний рівень психологічної стійкості особистості. Середні данні по вибірці наведені нижче у рисунку 5.

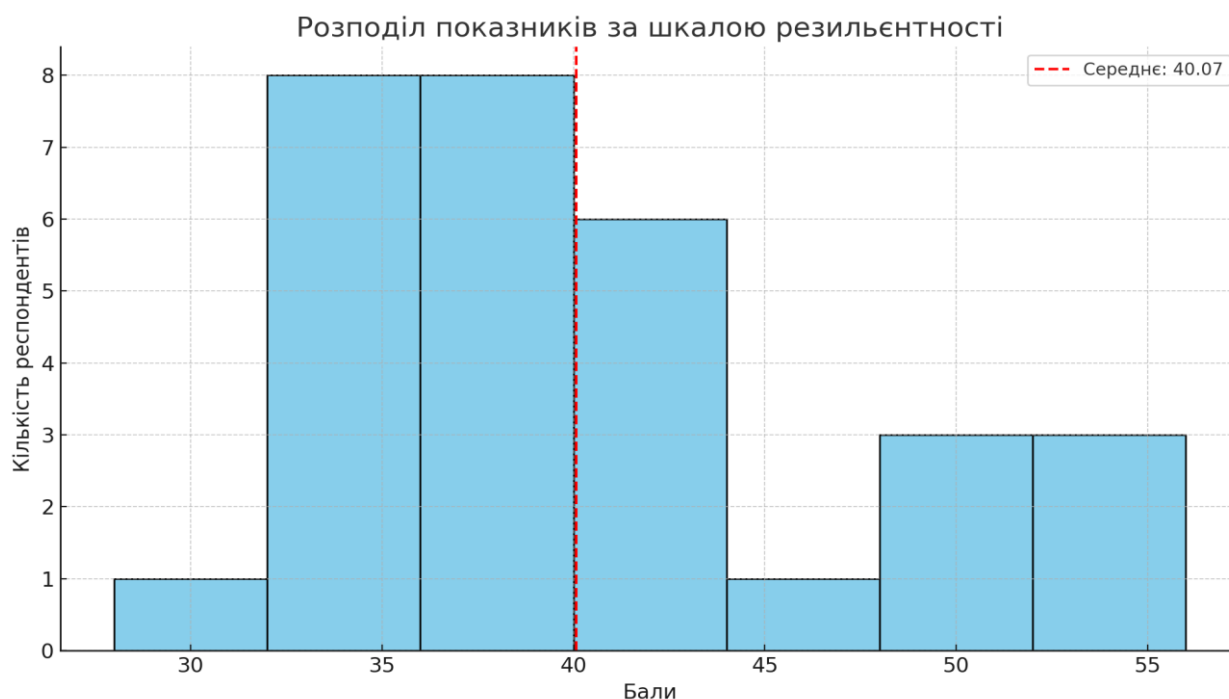


Рис. 5. Розподіл показників за шкалою резильєнтності

На основі отриманих результатів можна стверджувати, що середній показник резильєнтності серед учасників дослідження перебуває в межах «середнього рівня», 21 респондент з 30 (33–47 за інтерпретаційною шкалою), при цьому кількість людей з низьким рівнем резильєнтності становить 10%, тобто 3 респондента з 10, а з високим – 20%, 6 осіб. Проте значення 40.07 близьке до нижньої межі цього діапазону, що вказує на тенденцію до зниження резильєнтності в досліджуваній вибірці.

Розподіл даних на гістограмі свідчить про відносно рівномірний розподіл результатів із деяким зсувом у бік нижчих значень. Це може свідчити про потребу в психологічних інтервенціях або програмах підтримки для підвищення рівня стресостійкості серед учасників.

Далі, у рамках дослідження було проведено кореляційний аналіз Спірмена між показниками резильєнтності, які були отримані завдяки адаптованій версії опитувальника шкали резильєнтності CD-RISC-10 (за адаптацією Кирєєвої З.О.) та показниками інших опитувальників окремо. Цей аналіз дозволяє дослідити напрям та силу зв'язка між двома змінними, навіть

якщо він не лінійний. Також наприкінці, для більш глибокого розуміння, був обчислений непараметричний U-критерій Манна-Уїтні для виявлення статистично значущих відмінностей між двома групами.

По-перше, визначимо рівень кореляції Спірмена між шкалами методики «Самооцінка психічних станів» (за Г. Азенком) та рівнем резильєнтності респондентів. Результати зафіксовані у таблиці 3.

*Таблиця 3*

	Тест Г.Айзенка & рівень резильєнтності			
	Шкала тривожності	Шкала агресії	Шкала фрустрації	Шкала ригідності
Рівень кореляції	-0.201326671	-0.107665122	0.242726439	-0.110819097

З таблиці 3 ми бачимо, що хоча результати показали деякі тенденції, вони потребують подальшого дослідження, так як на вибірці 30 респондентів відсутня достовірна кореляція між резильєнтністю та шкалами за тестом Г. Айзенка.

Кореляційний аналіз між чотирма доменами короткого опитувальника WHOQOL-BREF для оцінки якості життя та рівнем резильєнтності був проведений з метою встановити наявність та силу статистичних зв'язків між рівнем резильєнтності респондентів та їхніми оцінками за шкалами опитувальника WHOQOL-BREF: фізичне та психологічне благополуччя, самоприйняття, мікросоціальна підтримка та соціальне благополуччя. Аналіз дав наступні результати, які зібрані у таблиці 4.

*Таблиця 4*

	Опитувальник WHOQOL-BREF & рівень резильєнтності			
	Фізичне та психологічне благополуччя	Шкала самоприйняття	Мікросоціальна підтримка	Соціальне благополуччя

Рівень кореляції	0,292431023	0,402491432	0,256887237	0,161446731
------------------	-------------	-------------	-------------	-------------

Отже, встановлено, що найбільш виражений зв'язок спостерігається між резильєнтністю та шкалою самоприйняття (0,40), що свідчить про помірну позитивну кореляцію, яка є статистично значущою для цієї вибірки при  $p=0,05$ . Таким чином, особи з вищим рівнем психологічної стійкості частіше схильні до прийняття себе такими, якими вони є, що підтверджує положення позитивної психології щодо сили особистісних ресурсів у підтримці самовизначення, та дозволяє розглядати резильєнтність не лише як фактор подолання стресу, а й як складову здорового самоусвідомлення. Інші показники не показали статистично значущий зв'язок.

Опитувальник WHOQOL-BREF також окремо оцінює загальну якість життя та загальний стан здоров'я, перші два питання дають на це відповідь. Для того, щоб зрозуміти чи є зв'язок між рівнем задоволення якістю життя (першим питанням) та показниками резильєнтності було проведено кореляційний аналіз (рис.6).

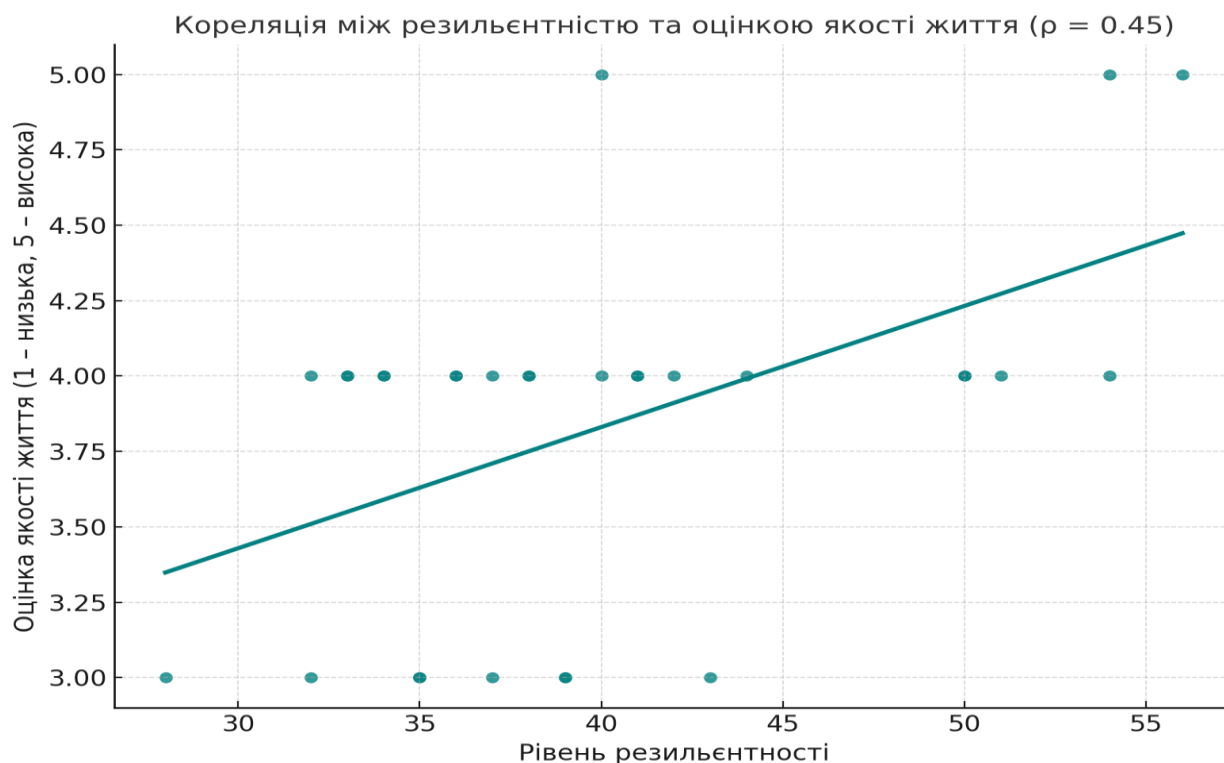


Рис.6. Кореляція між резильєнтність та оцінкою якості життя

У вибірці з 30 респондентів було отримано коефіцієнт кореляції Спірмена 0,45, що свідчить про помірну позитивну кореляцію та має статистичне значення на рівні значущості 0,05. Інтерпретуючи ці результати, можна зробити висновок, що учасники з вищим рівнем резильєнтності, як правило, надають вищу оцінку якості власного життя. Це узгоджується з теоретичними уявленнями про резильєнтність як здатність особистості до ефективної адаптації, подолання труднощів та збереження внутрішньої рівноваги у складних життєвих ситуаціях. Така здатність сприяє формуванню більш позитивного сприйняття власного життя та вищого рівня загального благополуччя. Дані висновки можуть бути використані в практичній психології, зокрема при розробці програм підтримки стресостійкості, а також у профілактичній роботі з молоддю та працівниками високостресових професій.

Наступні окреме питання в опитувальнику WHOQOL-BREF це «Наскільки Ви задоволені своїм здоров'ям?», мета якого оцінити загальну якість фізичного здоров'я. Провівши кореляційний аналіз на вибірці з 30 осіб я отримала наступні результати:

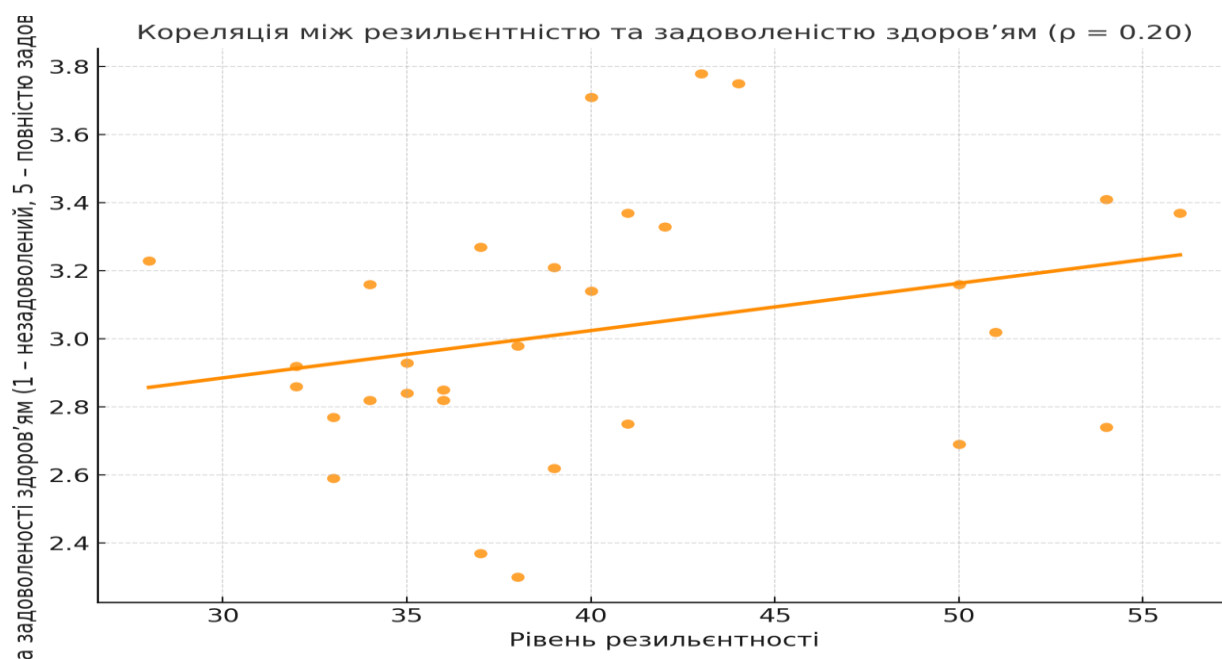


Рис.7. Кореляція Спірмена між рівнем резильєнтністю та задоволеністю здоров'ям

Було встановлено коефіцієнт кореляції  $\rho = 0,20$ , що свідчить про слабкий позитивний зв'язок між досліджуваними змінними, але який не є статистично значущим.

Також була обчислена кореляція Спірмена між шкалами методики «Самооцінка психічних станів» (за Г. Азенком) та опитувальника WHOQOL-BREF. Метою було виявлення взаємозв'язків між рівнем фізичного та психологічного благополуччя, самоприйняттям та проявами особистісних характеристик, таких як тривожність, фрустрація, агресія і ригідність. Аналіз мав визначити, наскільки фізичне самопочуття, психологічна гармонія та позитивне ставлення до себе можуть виступати факторами стійкості (резильєнтності), що забезпечують зниження рівня негативних емоційних станів, таких як тривожність, фрустрація, агресія та ригідність, і сприяють підтримці психологічного здоров'я особистості. Отримані результати ми можемо побачити у таблиці нижче (таб.5).

Таблиця 5

Кореляція між шкалами Айзенка та сферами опитувальника WHOQOL-BREF				
Г. Айзенк	1 (тривожність)	2 (фрустрація)	3 (агресія)	4 (ригідність)
сфера 1	-0,479503151	-0,352675486	0,089936699	-0,201001185
сфера 2	-0,463563517	-0,414504861	0,007807839	-0,468177324
сфера 3	-0,200351453	-0,042540543	-0,049239451	-0,255558307
сфера 4	-0,257924858	-0,206614365	-0,097385007	-0,245773935

Отже, виявлено помірний негативний зв'язок між фізичним та психологічним благополуччям (сфера 1) та рівнем тривожності ( $r = -0,48$ , рівень значущості 0,01). Це свідчить про те, що особи з вищим рівнем задоволеності фізичним станом та психологічним комфортом демонструють значно нижчий рівень тривожності. Вірогідно, фізичне здоров'я і внутрішній

емоційний баланс є захисними факторами, які зменшують схильність до проявів тривожності. Зафіксовано також негативний середньої сили зв'язок між фізичним та психологічним благополуччям (сфера 1) і рівнем фрустрації ( $p = -0,353$ , рівень значущості 0,05), таким чином, чим краще респонденти оцінюють своє фізичне та психологічне самопочуття, тим менш схильними вони є до переживання фрустрації. Можна припустити, що гармонійне функціонування фізичної та психологічної системи сприяє кращій стресостійкості і забезпечує ефективніше подолання труднощів. Спостерігається помірний негативний зв'язок між самоприйняттям (сфера 2) та рівнем тривожності ( $p = -0,464$ , рівень значущості 0,01). Це свідчить про те, що особи з високим рівнем самоприйняття мають значно нижчий рівень тривожності. Самоприйняття, як здатність сприймати себе з усіма перевагами і недоліками, знижує внутрішню напругу та сприяє формуванню позитивного емоційного фону. Встановлено також негативний зв'язок середньої сили між самоприйняттям (сфера 2) і рівнем фрустрації ( $p = -0,415$ , рівень значущості 0,05). Особи, які приймають себе, виявляються менш схильними до станів розчарування та емоційного пригнічення при зіткненні з перешкодами. Самоприйняття допомагає підтримувати емоційну рівновагу навіть у стресових ситуаціях. Крім того, виявлено помірний негативний зв'язок між самоприйняттям (сфера 2) і ригідністю ( $p = -0,468$ , рівень значущості 0,01). Це може свідчити про те, що високий рівень самоприйняття сприяє більшій гнучкості мислення, відкритості до нових досвідів та адаптивності в мінливих умовах.

Таким чином, результати дослідження вказують на важливу роль фізичного та психологічного благополуччя, а також самоприйняття у підтриманні оптимального рівня психологічного здоров'я. Вищі показники фізичного комфорту, внутрішньої гармонії та позитивного ставлення до себе асоційовані зі зниженням тривожності, фрустрації та ригідності.

Наступним кроком в моєму емпіричному дослідженні є проведення обчислення непараметричного U-критерія Манна-Уїтні для виявлення

статистично значущих відмінностей між двома групами. Такий підхід є доцільним у випадках, коли розподіл даних відрізняється від нормального або вибірки є невеликими за обсягом. За результати опитування, можна виділити наступні групи для порівняння: рівень резильєнтності між чоловіками та жінками, між тими, що займаються спортом та ні, та між респондентами, що відносяться до групи релігійних та не релігійних. Почнемо з перших 2 груп, а саме дослідимо чи є відмінності між показниками резильєнтності у чоловіків та жінок.

Отже, з метою виявлення статистично значущих відмінностей у рівні резильєнтності між чоловіками та жінками було застосовано непараметричний U-критерій Манна-Уїтні. За отриманими результатами, значення U-статистики становить 96,5, а р-значення — 0,520 (рис. 8).

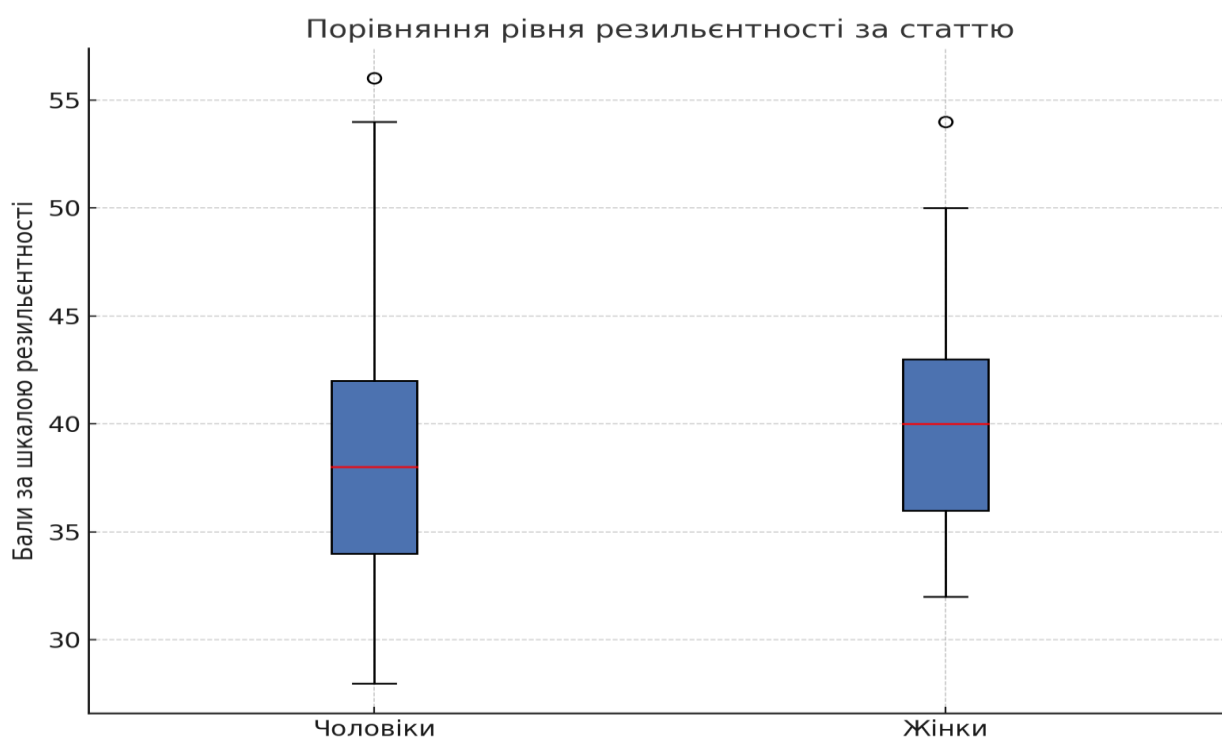


Рис. 8. Порівняння рівня резильєнтності за статтю

Діаграма розмаху, ілюструє розподіл балів за шкалою резильєнтності серед чоловіків та жінок. Як видно, обидві групи мають схожий діапазон значень і медіану, що візуально підтверджує відсутність суттєвих відмінностей між статями, згідно з результатами U-критерію Манна-Уїтні.

Це свідчить про те, що рівень резильєнтності у вибірці не має статистично значущих відмінностей залежно від статі. Інакше кажучи, як чоловіки, так і жінки в цій вибірці демонструють схожі рівні психологічної стійкості до стресових ситуацій, адаптивності та внутрішнього ресурсу. Отже, в межах даної вибірки стать не є фактором, що суттєво впливає на рівень резильєнтності. Такий результат узгоджується з деякими попередніми дослідженнями, які вказують на те, що резильєнтність є особистісною характеристикою, що більше залежить від індивідуального досвіду, соціального оточення та психологічної підтримки, ніж від біологічної статі.

Наступні групи, які я б хотіла порівняти це респонденти, що займаються спортом, та ті, що ні або іноді.

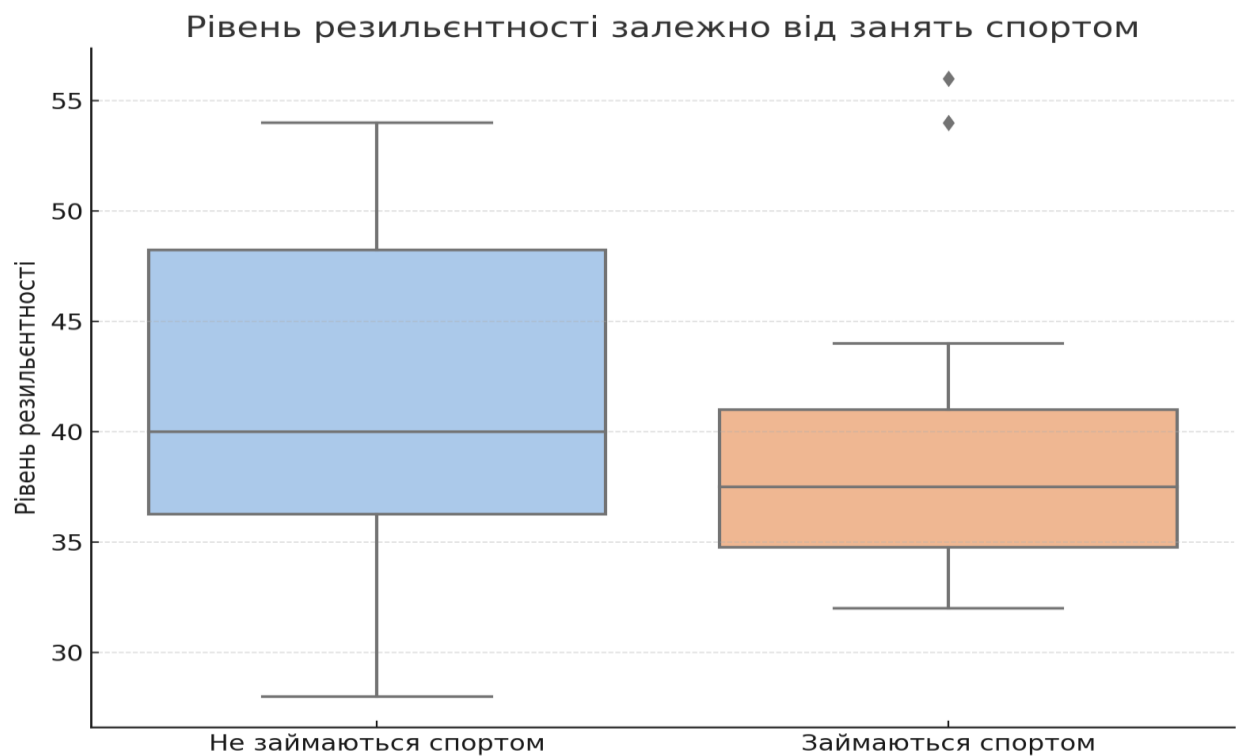


Рис. 9. Рівень резильєнтності залежно від занять спортом.

До першої групи увійшли 14 респондентів, які зазначили, що займаються спортом. До другої — 16 респондентів, які не практикують спортивну активність або практикують іноді. У результаті розрахунків було отримано значення  $U = 131,0$ , при  $p = 0,441$ . Оскільки отримане  $p$ -значення перевищує пороговий рівень значущості ( $\alpha = 0,05$ ), це свідчить про

відсутність статистично значущих відмінностей у рівні резильєнтності між двома групами.

Такий результат може бути зумовлено рядом факторів, такими як те, що спорт може впливати на резильєнтність опосередковано, через інші змінні — наприклад, самооцінку, соціальну підтримку чи загальний психоемоційний стан. Як варіант, можливо рівень фізичної активності у групі «спортивних» учасників може бути недостатнім для прояву ефекту або можливий вплив соціокультурних чи індивідуальних чинників, які нівелюють різницю між групами.

Для поглибленого аналізу доцільно доповнити дослідження якісними методами або включити додаткові змінні, як-от інтенсивність фізичного навантаження, тривалість занять, тип спорту тощо та продовжувати дослідження цього питання. Адже, отримані результати мають важливе значення для подальшого аналізу факторів, що сприяють розвитку психологічної стійкості.

На останнє проведемо аналіз між групами респондентів, що вважають себе релігійними, яка складається з 22 осіб, та тими, що ні в кількості 8 осіб. За результатами аналізу, U-статистика становить 63,0, при р-значенні = 0,250. Що знову свідчить про відсутність статистично значущої різниці між двома групами за рівнем резильєнтності.

На рисунку 10 ми бачимо візуально розподіл значень показників резильєнтності у вдих групах.

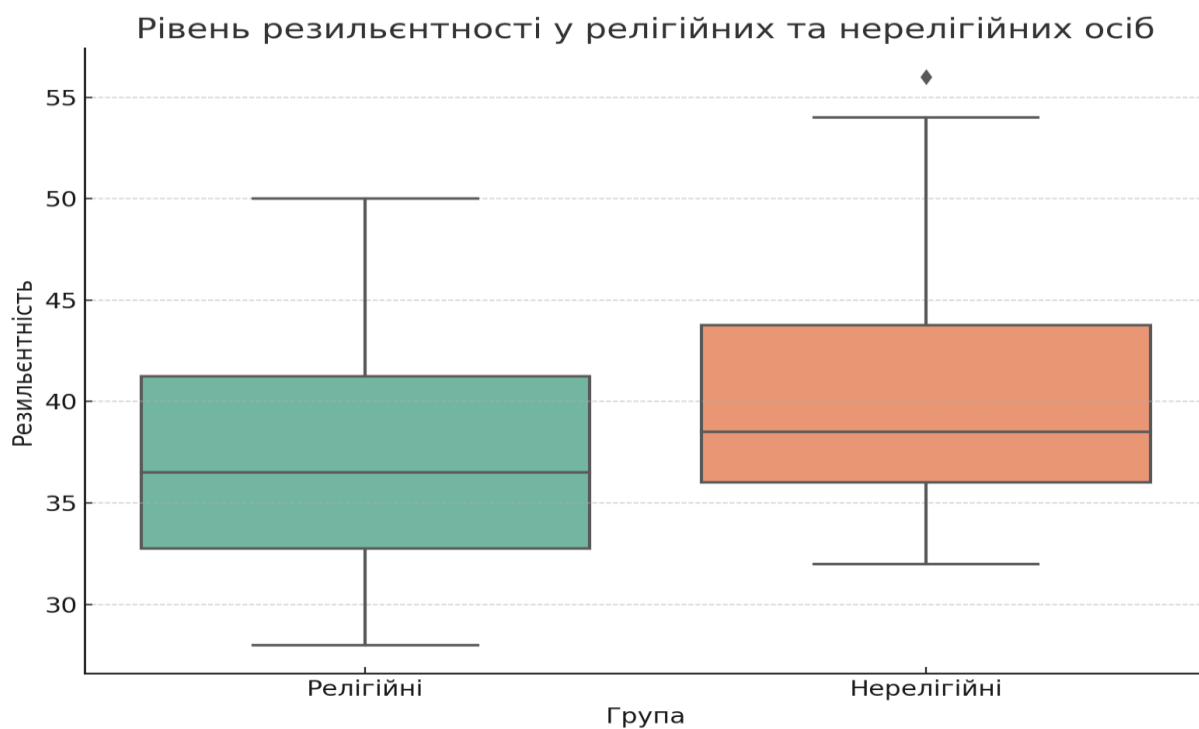


Рис. 10. Рівень резильєнтності у релігійних та нерелігійних осіб

Отримані результати може вказувати на те, що інші чинники, окрім релігійності, наприклад: особистісні риси, соціальна підтримка, сімейне середовище тощо, відіграють важливішу роль у формуванні здатності до психологічної стійкості (резильєнтності). Інші можливі пояснення результату це те, що релігійність може відігравати роль захисного фактору лише в умовах сильного стресу або у культурно-релігійно орієнтованих середовищах. Також не слід забувати, що в дослідженні не враховувався рівень глибини релігійної віри або активність практикування (наприклад, відвідування релігійних заходів, молитовна практика тощо). Що залишає місце для подальших досліджень цього питання.

Отже, У підрозділі 2.2 було представлено розгорнутий аналіз емпіричних результатів дослідження, що охоплює різні аспекти психосоціального благополуччя респондентів. Зокрема, виявлено помірний рівень тривожності та фрустрації, підвищені показники агресивності й ригідності, що свідчить про напруженість у взаємодії з оточенням та певну негнучкість у поведінці. Аналіз за шкалами WHOQOL-BREF показав, що більшість респондентів мають підвищений рівень якості життя, особливо у

сферах самоприйняття та соціальної підтримки, проте з помітною варіативністю в досвіді соціального оточення. Рівень резильєнтності виявився середнім, з тенденцією до зниження, що потребує додаткової уваги. Кореляційний аналіз виявив значущий позитивний зв'язок між резильєнтністю та самоприйняттям, а також з оцінкою загальної якості життя. Натомість рівень тривожності виявив зворотній зв'язок із психологічною стійкістю. Також вищі показники фізичного комфорту, внутрішньої гармонії та позитивного ставлення до себе асоційовані зі зниженням тривожності, фрустрації та ригідності.

Результати порівняльного аналізу не виявили статистично значущих відмінностей у рівні резильєнтності залежно від статі, занять спортом чи релігійності, що свідчить про більшу роль індивідуальних та контекстуальних факторів у формуванні стійкості до стресу.

### **Висновки до другого розділу**

У другому розділі дипломної роботи було докладно розглянуто процес організації та проведення емпіричного дослідження, що мало на меті встановлення взаємозв'язків між резильєнтністю та психологічним здоров'ям особистості. Особлива увага приділялася науковій обґрунтованості вибраної методології, структурованості етапів дослідження та дотриманню етичних норм. Організаційна частина включала визначення мети, постановку завдань, формування вибірки, а також підбір валідних інструментів психодіагностики. На етапі підбору методик було враховано не лише їхню діагностичну цінність, а й можливість використання у дистанційному форматі без втрати якості. Завдяки цьому дослідження було реалізовано у вигляді онлайн-опитування, що дало змогу залучити респондентів із різними соціальними характеристиками, забезпечивши при цьому їхню анонімність та добровільну участь, що відповідає сучасним етичним стандартам психологічної науки.

Методологічна частина дослідження ґрунтувалася на принципах комплексності, системності та інтегративності, що дало змогу всебічно охопити досліджуваний феномен. Зокрема, було підібрано чотири психодіагностичні методики, які дозволили оцінити не лише рівень резильєнтності, а й психічні стани (тривожність, фрустрація, агресивність, ригідність), якість життя та соціально-демографічні характеристики учасників. Такий підхід дав змогу не лише зафіксувати поточний стан досліджуваних змінних, а й систематизувати данні.

Другий етап дослідження охоплював аналіз результатів за кожним із вимірюваних параметрів та встановлення статистичних зв'язків між ними.

Аналіз даних показав, що більшість респондентів демонструють середній рівень резильєнтності з тенденцією до зниження. Це є важливим сигналом щодо потреби в підтримці психологічної стійкості, особливо в умовах підвищеної соціальної нестабільності та емоційного навантаження. За результатами методики Айзенка було виявлено помірний рівень тривожності та фрустрації, а також підвищені показники агресії та ригідності, що може свідчити про напруженість у соціальній взаємодії та недостатню гнучкість у подоланні життєвих викликів.

Важливим аспектом стало вимірювання якості життя за допомогою опитувальника WHOQOL-BREF. Результати продемонстрували підвищені показники у сферах самоприйняття та соціальної підтримки, що свідчить про наявність внутрішніх і зовнішніх ресурсів адаптації в частини респондентів. Водночас значна варіативність у відповідях, зокрема за шкалою мікросоціальної підтримки, вказує на неоднорідність вибірки та потребу в персоналізованому підході до психопрофілактичної роботи.

Кореляційний аналіз показав наявність значущих, хоча і переважно слабких, зв'язків між рівнем резильєнтності та іншими психологічними змінними. Найбільш виражений позитивний та статистично значущий зв'язок

було встановлено між резильєнтністю та самоприйняттям, а також загальною оцінкою якості життя, що узгоджується з положеннями позитивної психології. Натомість рівень тривожності виявив зворотній зв'язок із психологічною стійкістю. Також вищі показники фізичного комфорту, внутрішньої гармонії та позитивного ставлення до себе асоційовані зі зниженням тривожності, фрустрації та ригідності.

Ці результати підтверджують гіпотезу про роль психологічної стійкості як важливого чинника збереження психосоціального благополуччя.

Порівняльний аналіз із використанням U-критерію Манна-Уїтні показав відсутність статистично значущих відмінностей у рівні резильєнтності за ознаками статі, рівня фізичної активності та релігійності. Це дозволяє зробити висновок, що резильєнтність у даній вибірці є скоріше результатом індивідуального життєвого досвіду та психологічних ресурсів, ніж соціодемографічних характеристик.

Отже, результати другого розділу підтверджують актуальність теми дослідження та надають емпіричне підґрунтя для подальших теоретичних узагальнень і практичних рекомендацій. Зокрема, вони можуть бути використані для розробки психокорекційних програм, спрямованих на зміцнення резильєнтності як ресурсу психологічного здоров'я.

## **ЗАГАЛЬНІ ВИСНОВКИ**

У процесі виконання моєї кваліфікаційної дипломної роботи на тему «Фактори резильєнтності та їх роль у підтримці психологічного здоров'я» було реалізовано комплекс теоретичних і практичних завдань, спрямованих на глибоке осмислення взаємозв'язку між феноменом резильєнтності та показниками психологічного здоров'я особистості. Результати проведеного аналізу засвідчили, що зазначена тема є надзвичайно актуальною в умовах

сучасних соціокультурних викликів, які вимагають від індивіда підвищеної адаптивності, гнучкості та внутрішньої сили.

1. Перше завдання полягало у здійсненні теоретичного аналізу наукових підходів до вивчення феномену резильєнтності. У рамках цієї частини було встановлено, що поняття «резильєнтність» має багатовимірний та динамічний характер, а також розглядається на перетині декількох наукових парадигм. Сучасна психологічна наука розглядає резильєнтність не як вроджену рису, а як процес, що формується протягом життя під впливом зовнішніх і внутрішніх чинників.

Проаналізовано внесок таких дослідників, як Masten, A. S., Garmezy, M., Luthar, S.S., Werner E.E., Bonanno G.A., а також українських науковців – О. М. Кокур, Т.І. Мельничук, Е. О. Грішин. Встановлено, що резильєнтність може розглядатися як процес успішної адаптації до життєвих труднощів, результат позитивної взаємодії між особистісними ресурсами та соціальним оточенням. Вона є основою для збереження психічного балансу в умовах кризи, а також потенціалом для особистісного зростання.

Окрема увага приділялася етимології терміна, його диференціації із суміжними поняттями – «стресостійкість», «життєстійкість», «адаптивність». Було виявлено, що науковці досі дискутують щодо оптимального визначення поняття, однак більшість сходяться на його процесуальному характері.

Таким чином, це завдання дозволило створити міцну теоретичну основу для подальших етапів роботи.

2. У другому завданні було проаналізовано категорію психологічного здоров'я як інтегративну характеристику особистості. На підставі праць зарубіжних і вітчизняних дослідників (О. Бондарчук, Н. Павлик, І.В. Дубровіна та ін.) та ВООЗ. Визначено, що психологічне здоров'я включає не лише відсутність психопатологій, а й наявність особистісної гармонії,

здатності до саморегуляції, самореалізації, адаптації та ефективної взаємодії із соціальним оточенням.

Описано шість наукових підходів до розуміння психологічного здоров'я – нормоцентричний, феноменологічний, холістичний, крос-культурний, аксіологічний та інтегративний. Також проаналізовано ознаки психологічного здоров'я, зокрема цілісність «Я»-образу, стабільність емоцій, критичність до себе, гнучкість поведінки, здатність планувати діяльність, соціальна компетентність.

Встановлено, що психологічне здоров'я – це не фіксований стан, а динамічний процес, який змінюється залежно від життєвих обставин, особистісних рис та соціальної підтримки. Отже, це завдання дало змогу обґрунтувати доцільність подальшого дослідження резильєнтності саме як фактора підтримки та стабілізації психологічного здоров'я.

3. У межах третього завдання було досліджено специфіку факторів, які сприяють або, навпаки, перешкоджають формуванню резильєнтності. Опрацьовано сучасні моделі формування резильєнтності, зокрема процесуальні моделі Richardson G.E., Masten A., Bolton K., що описують резильєнтність як результат взаємодії ризиків і захисних факторів.

Виділено основні фактори резильєнтності, а саме:

- внутрішні, які включають емоційну регуляцію, самомотивацію, оптимізм, самооцінку, когнітивну гнучкість, внутрішній локус контролю;
- зовнішні, такі як соціальна підтримка, безпечне середовище, доступ до ресурсів, позитивне виховання, значущі стосунки;
- та екзистенційні, це насамперед сенс життя, духовність, цілепокладання, віра.

Проаналізовано чотири хвили дослідження феномену резильєнтності, що засвідчують його складність та багаторівневність. Виявлено, що сучасна наука дедалі більше схиляється до біопсихосоціального підходу у вивченні цього явища.

Це завдання дало змогу сформулювати гіпотезу про те, що резильєнтність не є сталою рисою, а здатна змінюватися, посилюватися впродовж життя. Такий висновок створив підґрунтя для проведення емпіричного дослідження.

4. Четверте завдання реалізовувалося у вигляді практичної частини, що охоплювала організацію та проведення емпіричного дослідження. Було обрано валідні методики: шкалу резильєнтності CD-RISC-10 (за адаптації Кіреєвої З.О.) , методику «Самооцінка психічних станів» Г. Азенка, короткий опитувальник ВОЗ для оцінки якості життя (WHOQOL-BREF) та соціально-демографічна анкета.

У дослідженні взяли участь 30 респондентів віком від 18 до 55+ років, з рівномірним розподілом за статтю. Отримані результати засвідчили такі ключові тенденції:

- Середній рівень резильєнтності з варіативними індивідуальними коливаннями;
- Помірно високі показники якості життя за шкалами самоприйняття та соціальної підтримки методики WHOQOL-BREF;
- Помірний рівень тривожності, фрустрації та агресії; за результати методики «Самооцінка психічних станів» Г. Азенка;
- Позитивна кореляція між резильєнтністю та показниками самоприйняття, загальною якістю життя;
- Зворотня кореляція між тривожністю та рівнем психологічної стійкості.

- Зворонтя кореляція між рівнем фізичного комфорту, внутрішньої гармонії та позитивного ставлення до себе з рівнем тривожності та фрустрації. Також між самоприйняттям та ригідністю.

Крім того, аналіз за допомогою U-критерію Манна-Уїтні не виявив статистично значущих відмінностей у рівні резильєнтності залежно від статі, релігійності чи занять спортом. Це дозволяє зробити висновок, що резильєнтність більше залежить від індивідуально-психологічних рис, а не від демографічних змінних.

Таким чином, це завдання дозволило емпірично підтвердити гіпотезу про значущий вплив резильєнтності на підтримку психологічного здоров'я. Позитивна адаптація, емоційна стабільність, соціальна підтримка та самоприйняття дійсно виступають ключовими ланками в збереженні психічного благополуччя.

Отже, у ході дослідження було теоретично обґрунтовано та практично підтверджено, що резильєнтність є ключовим ресурсом для збереження психологічного здоров'я в умовах нестабільності. Вона формується внаслідок складної взаємодії між особистісними, соціальними та екзистенційними факторами. Психологічне здоров'я, у свою чергу, виступає як інтегративний показник успішної адаптації та життєстійкості.

Результати дипломної роботи можуть бути використані у психопрофілактиці, індивідуальному консультуванні, у розробці програм психологічної підтримки та освітніх ініціатив, спрямованих на розвиток внутрішніх ресурсів особистості. Одержані дані є практично значущими для роботи з різними цільовими групами – молоддю, працівниками ризикованих сфер, людьми, які пережили стресові події.

Проведена робота дозволила мені не лише глибоко опрацювати тему резильєнтності, а й сформулювати цілісне уявлення про роль адаптивних ресурсів у забезпеченні психічного благополуччя сучасної особистості.

## СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Бірон Б. В., Кіреєва З. О., Односталко О. С. Психометричний аналіз адаптованої версії Шкали резильєнтності (CD-RISC-10) // Габітус. – 2020. – Вип. 14. – С. 1–10.
2. Бондарчук О., Пінчук Н. Психологічне здоров'я особистості: сутність, індикатори, умови підтримки та відновлення під час війни і в повоєнний час // Вісник післядипломної освіти: зб. наук. пр. Серія: Соціальні та поведінкові науки. – 2023. – Т. 25. – № 54. – С. 28–43.
3. Грішин Е. Резилієнтність особистості: сутність феномену, психодіагностика та засоби розвитку // Вісник ХНПУ імені Г. С. Сковороди. Серія: Психологія. – 2021. – № 64. – С. 62–81.
4. Гусак Н. та ін. Психосоціальна підтримка в умовах надзвичайних ситуацій: підхід резилієнс: посібник з проведення тренінгу. – 2017.
5. Каплуненко Я. Психологічна пружність і крихкість: екзистенційно-аналітичний погляд // Актуальні проблеми психології. – 2018.
6. Кокун О. М., Мельничук Т. І. Резилієнс-довідник: практичний посібник. – 2023.
7. Лазос Г. П. Резильєнтність: концептуалізація понять, огляд сучасних досліджень // Актуальні проблеми психології. Серія: Консультативна психологія і психотерапія. – 2018. – Т. 14. – № 3. – С. 26–64.
8. Максименко С. Д. та ін. Психічне здоров'я особистості: підручник для вищих навчальних закладів. – 2021.
9. Мешко Г. М., Мешко О. І. Формування професійної стресостійкості майбутніх керівників закладів освіти на етапі магістерської підготовки. – 2019.

10. Мозгова Г. П., Уваркіна К. М. Психологічне здоров'я: різноманітність підходів // Науковий часопис НПУ імені М. П. Драгоманова. Серія 12: Психологічні науки. – 2016. – № 3. – С. 130–136.

11. Москаленко О. В. Психологічна резильєнтність як умова підтримки психологічного здоров'я особистості // Науковий вісник Ужгородського національного університету. Серія: Психологія. – 2024. – № 2. – С. 67–70.

12. Музичко Л. Психологічна ресурсність особистості та її резильєнтність // Журнал соціальної та практичної психології. – 2023. – № 1. – С. 28–33.

13. Павлик Н. Психодіагностичний інструментарій вивчення гармонійності психологічного здоров'я особистості // Сучасна медицина, фармація та психологічне здоров'я. – 2021. – № 1 (6).

14. Підбуцька Н., Мартиненко Є. Захисні фактори процесу резильєнтності // Теорія і практика управління соціальними системами. – 2023. – № 3. – С. 62–75.

15. Психодіагностичний комплекс з вивчення особистості студента: практичний посібник / Л. В. Пляка, С. В. Огарь. – Харків: НФаУ, 2016. – 124 с.

16. Стражник Ю. І. Аналіз сутності і генеза поняття «резильєнтність» у науковій літературі. – 2023.

17. Хамініч О. М. Резильєнтність: життєстійкість, стресостійкість чи життєздатність // Науковий вісник Херсонського державного університету. – 2016. – С. 160–165.

18. Чиханцова О. А. Психологічні основи життєстійкості особистості: монографія. – Київ: Талком, 2021. – 319 с.

19. Яременко А. А., Кривошея Л. Л. Психологічні ресурси особистості у подоланні травматичних подій. – 2022.
20. Каверін В. О. Роль соціальної підтримки у формуванні резильєнтності в умовах війни. – 2022.
21. Кіреєва З. О. Предиктори резильєнтності та оптимізму у осіб різного віку під час проживання пандемії SARS-COV-2. Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія Психологічні науки. 2022. Вип. 1. С. 5–10.
22. Чорній О. В. Резильєнтність як фактор психологічної стійкості в кризових умовах. – 2023.
23. Олексієнко О. В. Роль резильєнтності у підтримці психічного здоров'я студентської молоді. – 2023.
24. Agaibi C. E., Wilson J. P. Trauma, PTSD, and resilience: A review of the literature // *Trauma, Violence, & Abuse*. – 2005. – Vol. 6, No. 3. – P. 195–216.
25. Bolton K. W. Development and validation of the Resilience Protective Factors Inventory: A confirmatory factor analysis. – 2013.
26. Bonanno G. A., Mancini A. D. The human capacity to thrive in the face of potential trauma // *Pediatrics*. – 2008. – Vol. 121, No. 2. – P. 369–375.
27. Cassidy S. Resilience building in students: The role of academic self-efficacy // *Frontiers in Psychology*. – 2015. – Vol. 6. – Article 1781.
28. Connor K. M., Davidson J. R. T. Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson resilience scale (CD-RISC) // *Depression and Anxiety*. – 2003. – Vol. 18, No. 2. – P. 76–82.

29. Coutu D. L. How resilience works // *Harvard Business Review*. – 2002. – Vol. 80, No. 5. – P. 46–56.
30. Fergus S., Zimmerman M. A. Adolescent resilience: A framework for understanding healthy development in the face of risk // *Annual Review of Public Health*. – 2005. – Vol. 26. – P. 399–419.
31. Fletcher D., Sarkar M. Psychological resilience // *European Psychologist*. – 2013.
32. Garmezy N., Masten A. S., Tellegen A. The study of stress and competence in children: A building block for developmental psychopathology // *Child Development*. – 1984. – P. 97–111.
33. Graber R., Pichon F., Carabine E. Psychological resilience: State of knowledge and future research agendas // *Working and Discussion Papers*. – 2015.
34. Hellerstein D. How I can become resilient // *Heal Your Brain*. – 2011.
35. Lee H. H., Cranford J. A. Does resilience moderate the associations between parental problem drinking and adolescents' internalizing and externalizing behaviors? // *Drug and Alcohol Dependence*. – 2008. – Vol. 96, No. 3. – P. 213–221.
36. Legault L., Anawati M., Flynn R. Factors favoring psychological resilience among fostered young people // *Children and Youth Services Review*. – 2006. – Vol. 28, No. 9. – P. 1024–1038.
37. Leipold B., Greve W. Resilience: A conceptual bridge between coping and development // *European Psychologist*. – 2009. – Vol. 14, No. 1. – P. 40–50.
38. Luthar S. S. Resilience in development: A synthesis of research across five decades // *Developmental Psychopathology*. – 2015. – Vol. 3. – P. 739–795.

39. Luthar S. S., Cicchetti D., Becker B. The construct of resilience: A critical evaluation // *Child Development*. – 2000. – Vol. 71, No. 3. – P. 543–562.
40. Masten A. S. *Ordinary magic: Resilience in development*. – New York: Guilford Publications, 2014.
41. Masten A. S., Best K. M., Garmezy N. Resilience and development: Contributions from the study of children who overcome adversity // *Development and Psychopathology*. – 1990. – Vol. 2, No. 4. – P. 425–444.
42. Pearsall J. et al. *Oxford Dictionary of English*. – 2006.
43. Reivich K., Shatte A. *The resilience factor: 7 keys to finding your inner strength and overcoming life's hurdles*. – New York: Harmony, 2003.
44. Richardson G. E. The metatheory of resilience and resiliency // *Journal of Clinical Psychology*. – 2002. – Vol. 58, No. 3. – P. 307–321.
45. Richardson G. E., Neiger B. L., Jensen S., Kumpfer K. L. The resiliency model // *Health Education*. – 1990. – Vol. 21, No. 6. – P. 33–39.
46. Rutter M. Implications of resilience concepts for scientific understanding // *Annals of the New York Academy of Sciences*. – 2006. – Vol. 1094, No. 1. – P. 1–12.
47. Sarkar M., Fletcher D. Psychological resilience in sport performers: A review of stressors and protective factors // *Journal of Sports Sciences*. – 2014. – Vol. 32, No. 15. – P. 1419–1434.
48. Schwarz S. Resilience in psychology: A critical analysis of the concept // *Theory & Psychology*. – 2018. – Vol. 28, No. 4. – P. 528–541.

49. Werner E. E., Smith R. S. A report from the Kauai longitudinal study // Journal of the American Academy of Child Psychiatry. – 1979. – Vol. 18, No. 2. – P. 292–306.

50. World Health Organization. Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment // Psychological Medicine. – 1998. – Vol. 28, No. 3. – P. 551–558.

51. World Health Organization. Promoting mental health: Concepts, emerging evidence, practice: Summary report. – Geneva: WHO, 2004.

52. Wright M. O. D., Masten A. S., Narayan A. J. Resilience processes in development: Four waves of research on positive adaptation in the context of adversity // Handbook of Resilience in Children. – Boston, MA: Springer, 2012. – P. 15–37.