

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ОДЕСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ ЕКОНОМІЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
Кафедра мовної та психолого-педагогічної підготовки

Завідувач кафедри
д. психол. н., професор
Асеева Юлія Олександрівна

(підпис)

«____» _____ 2025р.

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА
на здобуття освітнього ступеня магістр
Зі спеціальності _____ 053 Психологія _____
(шифр та найменування спеціальності)

За освітньою програмою _____ «Практична психологія» _____
(назва освітньої програми)

На тему: **«ГЕНДЕРНІ ОСОБЛИВОСТІ ВПЛИВУ СТРЕСОВИХ
ФАКТОРІВ НА МЕНТАЛЬНЕ ЗДОРОВ'Я»**

Виконавець:

студентка 6 курсу 12м групи
факультету ЦЗФН

_____ Самофал Євгенія Валеріївна
/підпис/

Науковий керівник:

к. пед. н., доцент

_____ Вейландє Л. В.
/підпис/

Одеса 2025

ЗМІСТ

ВСТУП.....	12
РОЗДІЛ 1 ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ВПЛИВУ СТРЕСОВИХ ФАКТОРІВ НА МЕНТАЛЬНЕ ЗДОРОВ'Я.....	15
1.1. Визначення та класифікація стресових факторів та ментального здоров'я у психології.....	15
1.2. Поняття ментального здоров'я в науково-теоретичній парадигмі сучасності.....	27
1.3. Гендерні особливості прояву стресу.....	33
Висновки до розділу.....	44
РОЗДІЛ 2 ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ФАКТОРІВ СТРЕСУ НА МЕНТАЛЬНЕ ЗДОРОВ'Я ПРЕДСТАВНИКІВ РІЗНОЇ СТАТІ.....	46
2.1. Організація та методи емпіричного дослідження та їх характеристика.....	46
2.2. Аналіз та інтерпретація результатів	52
Висновки до розділу.....	65
РОЗДІЛ 3 МІЖНАРОДНИЙ ДОСВІД ПРОФІЛАКТИКИ СТРЕСОВИХ СТАНІВ СЕРЕД НАСЕЛЕННЯ.....	68
3.1. Рекомендації та заходи щодо підтримки ментального здоров'я з урахуванням гендерних особливостей.....	68
Висновки до розділу.....	77
ВИСНОВКИ.....	79
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	82
ДОДАТКИ.....	90

ВСТУП

Актуальність теми дослідження полягає в тому, що у сучасному світі проблема стресу та його впливу на ментальне здоров'я набуває особливої актуальності. Соціально-економічні трансформації, зростання темпу життя, інформаційні перевантаження, воєнні дії та пов'язані з ними соціальні потрясіння призводять до того, що стресові фактори стають невід'ємною частиною повсякденного існування. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, кількість людей, які страждають від стресових розладів, тривожності та депресії, щороку зростає, що негативно позначається не лише на індивідуальному благополуччі, але й на соціальній стабільності загалом.

У психології стрес розглядається як комплексна реакція організму на вплив внутрішніх і зовнішніх подразників. У залежності від інтенсивності та тривалості стресових факторів він може мати як позитивні (мобілізаційні), так і негативні (деструктивні) наслідки для особистості. Особливої уваги потребує ментальне здоров'я, яке визначає здатність людини до ефективної адаптації, конструктивного подолання труднощів та гармонійного функціонування у суспільстві. Разом із цим, особливості сприйняття та подолання стресу значною мірою залежать від гендерної належності. Численні дослідження засвідчують, що чоловіки та жінки відрізняються у рівні стресостійкості, інтенсивності емоційних переживань та виборі копінг-стратегій. Такі відмінності зумовлюються як біологічними факторами, так і соціально-культурними чинниками, серед яких провідну роль відіграють гендерні стереотипи та очікування суспільства.

Врахування гендерних особливостей у вивченні впливу стресових факторів на ментальне здоров'я є вкрай важливим для розробки ефективних профілактичних та психокорекційних програм. Це дозволяє не лише підвищити результативність психологічної допомоги, але й сприяє утвердженню принципів гендерної рівності та гуманізації у сфері охорони

здоров'я. Саме тому обрана тема дослідження є своєчасною та має значну наукову і практичну цінність.

Метою роботи є здійснення теоретичного та емпіричного аналізу гендерних особливостей впливу стресових факторів на ментальне здоров'я та визначення шляхів оптимізації психологічної допомоги.

Теоретико-методологічну основу дослідження становлять положення загальної та медичної психології, концепція стресу Г. Сельє, транзакційна модель стресу та копіngu Р. Лазаруса і С. Фолкман, концепція життєстійкості С. Мадді, а також сучасні підходи до вивчення гендерної психології та психічного здоров'я.

Об'єктом дослідження є ментальне здоров'я особистості в умовах впливу стресових факторів.

Предметом дослідження виступають гендерні особливості впливу стресових факторів на ментальне здоров'я.

Для досягнення поставленої мети були визначені такі **завдання**:

1. Провести теоретичний аналіз, визначити та класифікувати ключові поняття «стресові фактори» та «ментальне здоров'я» у сучасній психологічній науці.

2. Систематизувати поняття ментального здоров'я у науково-теоретичній парадигмі сучасності, враховуючи його багатокomпонентну структуру.

3. Охарактеризувати гендерні особливості прояву, сприйняття та подолання стресу, спираючись на сучасні гендерні теорії.

4. Організувати та провести емпіричне дослідження впливу стресових факторів на ментальне здоров'я представників різної статі.

5. Здійснити кількісний та якісний аналіз отриманих емпіричних даних та інтерпретувати результати з урахуванням виявлених гендерних відмінностей.

6. Розробити практичні рекомендації та заходи щодо підтримки ментального здоров'я з урахуванням гендерних особливостей.

Методи дослідження у роботі застосовувалися такі, як теоретичні (аналіз, синтез, порівняння, узагальнення наукових джерел), емпіричні (психодіагностичні опитувальники – методика Спілбергера-Ханіна, шкала депресії Бека, шкала сприйняття стресу PSS-10, коротка шкала тривоги, депресії та ПТСР, методика вивчення характерологічних рис особистості та опитувальник для скрінінгу ПТСР), а також методи кількісної та якісної обробки результатів.

Теоретична значущість дослідження полягає у поглибленні та систематизації знань про специфіку реакції на стрес у контексті гендерних відмінностей. Результати розширюють уявлення про механізми формування психологічного захисту та вразливості чоловіків і жінок перед обличчям стресових факторів, що сприяє розвитку гендерної психології.

Практична значущість отриманих результатів полягає у можливості безпосереднього використання розроблених рекомендацій у роботі практичних психологів, соціальних працівників, медичних фахівців та HR-менеджерів. Отримані емпіричні дані можуть стати основою для створення адаптованих, гендерно-чутливих тренінгових програм та психокорекційних заходів, спрямованих на ефективну профілактику та підтримку ментального здоров'я.

Апробація результатів. За темою дослідження підготовлено та подано до публікації у науковий журнал «Ментальне здоров'я» статтю під назвою «Вплив стресових факторів на ментальне здоров'я особистості в контексті гендерних відмінностей», яка має бути опублікована в 4 випуску журналу цього року. Практичні рекомендації, розроблені в межах дипломної роботи, були використані під час проходження виробничої практики в ГО «Українські крила».

Сруктура роботи. Кваліфікаційна робота складається зі вступу, трьох розділів, висновку, списку використаних джерел (78 найменувань) та додатків. Текст роботи міститься на 82 сторінках, та включає 6 таблиць, 5 рисунків. Загальний обсяг кваліфікаційної роботи – 92 сторінки.

РОЗДІЛ 1.

ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ВПЛИВУ СТРЕСОВИХ ФАКТОРІВ НА МЕНТАЛЬНЕ ЗДОРОВ'Я.

1.1. Визначення та класифікація стресових факторів та ментального здоров'я у психології.

Поняття «стрес» увійшло в науковий обіг завдяки роботам канадського фізіолога Ганса Сельє, який почав свої дослідження в 1936 році. Г. Сельє визначав стрес як «...стан неспецифічної напруги в живому організмі, що виявляється в реальних морфологічних змінах у різних органах та особливо в ендокринних залозах, що контролюються гіпофізом». Пізніше він узагальнив це до «неспецифічної відповіді організму на будь-яку висунуту до нього вимогу». Ці визначення підкреслюють ключову ідею Г. Сельє: незалежно від природи подразника (стресора), організм реагує на нього універсальним, неспецифічним чином, намагаючись адаптуватися до нової вимоги [35].

Хоча сам термін «стрес» був запропонований ще у 1932 році американським фізіологом Волтером Кенноном, який вперше описав фундаментальну реакцію організму на стрес, яку він назвав «реакцією боротьби або втечі». Ця фізіологічна відповідь виникає у відповідь на небезпечні події, фізичні травми або загрози для життя. В. Кеннон розглядав людський організм як саморегулюючу систему, де провідну роль відіграє вегетативна нервова система. Його значний внесок у науку також охоплює відкриття симпатoadреналової системи та встановлення ролі адреналіну в реакціях організму [34, 42].

Ганс Сельє, виходив з гомеостатичної моделі функціонування організму [45; 46], де стресори мобілізують його ресурси, викликаючи реакцію загального адаптаційного синдрому (ЗАС). Цей синдром проходить три стадії:

1. Стадія тривоги: початкова реакція на стресор, що включає фазу шоку (тимчасове зниження захисних сил) та фазу протишоку (мобілізація захисних механізмів).

2. Стадія опору (резистентності): якщо стрес продовжується, організм адаптується, підвищуючи стійкість до впливів. На цій стадії може відбутися стабілізація та відновлення. Проте, якщо відновлення не відбувається, може виникнути «вибірковість витримування», коли людина втрачає здатність витримувати впливи, які раніше не сприймалися як стресові.

3. Стадія виснаження: настає, якщо стрес є надмірним або хронічним. Супроводжується порушенням соматичних та психічних процесів, занепадом сил і може призвести до загибелі організму. У цьому випадку говорять про дистрес – виснажливий та деструктивний стрес.

Отже, переживання стресу може мати як позитивне, мобілізуюче значення, так і негативні, патологічні наслідки [50].

Г. Сельє образно порівнював ці стадії з етапами людського життя: дитинством (низька опірність), зрілістю (адаптація та підвищення опірності) та старістю (втрата опірності та смерть).

У сучасній науковій літературі поняття «стрес» застосовується щонайменше у трьох значеннях:

Стрес як зовнішній стимул (подія) – це напруга або збудження, спричинені зовнішніми стимулами або подіями, які часто називають «стресорами» або «стрес-факторами» [74].

Стрес як суб'єктивна реакція – відображає внутрішній психічний стан напруги та збудження, включаючи емоції, захисні реакції та процеси подолання [34].

Стрес як фізична реакція – фізична реакція організму на вимогу або шкідливий вплив, функцією якої є підтримка поведінкових дій та психічних процесів для подолання цього стану [29].

Також можливо розглянути ще деякі концепції стресу та поняття, такі як психодинамічна модель, яка базується на ідеях Зігмунда Фрейда, де

центральним є поняття тривоги, тісно пов'язаної зі стресом. Тривога є не лише ознакою стресу, але й вихідний рівень тривожності визначає індивідуальну чутливість до нього. З. Фройд вважав, що поведінка людини регулюється прагненням зменшити збудження, зумовлене неприємними напруженнями на рівні організму, а люди організовують свою поведінку для зниження цієї напруги [27].

Карл Густав Юнг у своїй теорії комплексів стверджував, що автономні комплекси, навантажені емоційним негативом, є причиною психопатологій, які не мають фізіологічної основи, оскільки вони не підконтрольні свідомості та можуть її опановувати [2].

Еріх Фромм, один із засновників неофройдизму, вважав самотність, ізоляцію та відчуженість невід'ємною рисою людського існування. Він підкреслював, що боротьба за свободу та самостійність викликає відчуття відчуження, і люди потребують влади над своїм життям, права вибору, але також прагнуть бути пов'язаними з іншими [53].

К. Хорні, інша представниця неофройдизму, дійшла висновку, що суспільство має домінуючий вплив на розвиток особистості. Вона стверджувала, що людина може змінюватися та керувати своїм становленням. В її теорії «корінна тривога» – це несвідоме занепокоєння, переживання тривоги та самотності, які відчуває дитина, потрапляючи у ворожий світ. Щоб уникнути цього почуття, людина використовує механізми психологічного захисту, що призводить до трьох типів поведінки: поступливого, агресивного, усуненого [2].

Модель Х. Вольфа (1953), згідно з цією моделлю, стрес є фізіологічною реакцією на соціально-психологічні стимули, а самі реакції залежать від атитюдів, мотивів, визначеності ситуації та ставлення до неї. Вольф визначав стрес як динамічний стан організму, що розвивається у відповідь на вимогу адаптації, і вважав його центральним у житті людини, оскільки життя полягає у постійній адаптації [77].

Модель Д. Механіка (1962) акцентує увагу на понятті та механізмах адаптації, визначаючи її як спосіб, яким індивід справляється з ситуацією та викликаними нею почуттями. Вона має два прояви: подолання та захист. Подолання визначається цілеспрямованою поведінкою та здатністю приймати адекватні рішення [66].

Модель А. Кагана та Л. Леві (1971). Базуючись на ідеях Г. Сельє, ця модель припускає, що соматичні хвороби виникають переважно під впливом соціальних і психологічних чинників. Вона підкреслює взаємозв'язок між рівнем психосоціальної стимуляції та ступенем стресу як причиною захворювань, а також наявність «психобіологічної програми», що визначає схильність до реагування, обумовлену спадковістю та минулим досвідом [66].

Стимульні моделі стресу: ці моделі розглядають стрес як психологічну вимогу, що призводить до особистісної напруги (Р. А. Андерсон, Д. Т. Холл, Р. Мансфельд, Т. Холмс, Р. Рає, М. Шинн, М. Росаріо). Стрес тут є незалежною змінною, об'єктивною властивістю навколишнього середовища. Вони особливо застосовуються при вивченні професійного стресу. Т. Холмс, Р. Рає (1967) вимірювали стрес, присвоюючи цифрові значення 43 життєвим подіям, припускаючи, що середнє значення адаптивних зусиль є показником тяжкості стресової події [67].

Модель Б. Доренвенд (1973, 1979) визначила, що низький соціальний статус суттєво впливає на вираженість стресу, оскільки призводить до більшої кількості стресових подій та низької стресостійкості. Стрес меншості (minority stress) – це хронічно високий рівень стресу у представників стигматизованих груп, зумовлений браком соціальної підтримки, низьким соціоекономічним статусом, упередженнями та дискримінацією [70]. Ця теорія (Доренвенд Б.П., Мейєр І.Х., Хатценбюлер М.Л., Вільямс Д.Р.) у контексті концепції соціальної причинності припускає, що соціальні ситуації не безпосередньо погіршують здоров'я, а викликають хронічний стрес, що з часом призводить до проблем зі здоров'ям.

Міждисциплінарна модель стресу (Басовіц Х., Перський Х., Корчин Ш., Грінкер Р., 1955) – це модель, де стрес виникає під впливом стимулів, що викликають тривогу, і призводить до низки фізіологічних, психологічних та поведінкових реакцій, які можуть бути як патологічними, так і сприяти вищим рівням функціонування. Дослідники встановили, що за особливостями реагування на стрес можна прогнозувати орієнтованість індивідів на досягнення успіху або уникнення невдачі [62].

Когнітивна теорія стресу Р. Лазаруса (1970) є однією з найбільш розроблених концепцій у психології стресу. В її основі лежить положення про те, що стрес визначається не стільки об'єктивними характеристиками ситуації, скільки суб'єктивною когнітивною оцінкою події людиною. Це означає, що одна й та сама подія може сприйматися різними індивідами з різним ступенем напруженості залежно від їхніх особистісних характеристик, попереднього досвіду, фізичного та психологічного стану. Більше того, навіть одна і та сама людина здатна по-різному реагувати на аналогічну ситуацію залежно від контексту. Таким чином, стрес є продуктом взаємодії між індивідом і середовищем, опосередкованої когнітивними процесами.

Подальший розвиток цієї концепції отримав у транзакційній моделі стресу та копінгу, запропонованій Р. Лазарусом і С. Фолкман (1966). Згідно з цією моделлю, стрес розглядається як транзакційний феномен, що виникає у процесі динамічної взаємодії між вимогами середовища та ресурсами особистості. Визначальним чинником є когнітивна оцінка значущості стимулу для людини: подія викликає стрес лише тоді, коли індивід сприймає її як загрозову або таку, що перевищує його можливості. При цьому велике значення мають соціальні, культурні та індивідуальні ресурси, які забезпечують ефективність копінг-стратегій. Отже, ключовими компонентами моделі є: первинна оцінка (визначення загрози чи виклику), вторинна оцінка (оцінка власних ресурсів для подолання ситуації) та вибір копінг-стратегій (проблемно-орієнтованих чи емоційно-орієнтованих) [68].

Таким чином, когнітивна теорія та транзакційна модель Р. Лазаруса визначають стрес не як автоматичну реакцію організму, а як складний психологічний процес, опосередкований оцінкою ситуації та доступних ресурсів. Це підкреслює індивідуальний характер переживання стресу та актуалізує необхідність врахування особистісних і соціокультурних факторів у його подоланні.

Транзактна модель стресу Т. Кокса (1978, 1981, 2000) описує динамічний процес, що виникає при наявності труднощів і спробах людини відреагувати на них [28]. Стрес розглядається як індивідуальний феномен, результат взаємодії людини та ситуації. Вона базується на взаємозв'язку чотирьох аспектів: підтримка від зовнішнього середовища, вимоги зовнішнього середовища, особистісні ресурси та внутрішні потреби й оцінки.

Пізніше (1985) Т. Кокс та Дж. Макей удосконалили модель, визначивши ключовим у виникненні стресу усвідомлення неконтрольованості оточення та відсутність соціальної підтримки [64, 65].

Когнітивна теорія психологічного стресу отримала розвиток у дослідженнях, присвячених психології здоров'я, зокрема:

Теорія песимістичного пояснювального стилю (К. Петерсон, М. Селігман, 1988) дає пояснення неприємних подій підвищує ймовірність виникнення хвороби. Оптимізм та надія покращують шанси на виживання навіть у онкохворих [72].

Модель переконань про здоров'я (А. Розенсток, 1974) пояснює, що проблеми зі здоров'ям залежать від ставлення до загрози захворювання, сприйняття ризику та власних сил впоратися з ним. Чим вища мотивація до збереження здоров'я, тим нижчий рівень стресу [73].

Зіставлення теорій та концепцій психологічного стресу показує, що вони відображають два ракурси змістовної характеристики стресу: процесуальну та регулятивну, а також предметну та корелятивну (причинно-наслідкову). Ці аспекти тісно пов'язані, оскільки будь-який психологічний стрес внутрішньо

особистісної та міжособистісної природи відображається у поведінковій активності людини [13].

В науковій літературі виділяють три підходи до визначення стресу. Перший підхід трактує стрес як залежну змінну, визначаючи її як відповідь організму на оточення, що його турбує, або таке, яке є для нього шкідливим. Другий підхід описує стрес з точки зору стимулюючих впливів цього тривожного чи шкідливого середовища і таким чином вважає стрес незалежною змінною. Третій і, мабуть, найбільш точний підхід розглядає стрес як відповідну реакцію на відсутність «відповідності» між особистістю і середовищем. В цій формі стрес вивчається з точки зору взаємодії попередніх йому факторів і його наслідків [26].

У загальному значенні стрес (від англ. stress – напруга) – це стан сильного напруження людини, що виникає у відповідь на несприятливі, значні за силою та тривалістю зовнішні та внутрішні впливи, які називаються стресорами [65].

Стрес проявляється на різних рівнях:

Фізіологічні: прискорений пульс, зміна кольору шкіри, підвищений адреналін, надмірне потовиділення.

Психологічні: уповільнення розумових операцій, розсіяність уваги, ослаблення пам'яті, зниження чутливості, гальмування прийняття рішень.

Особистісні: пригнічення волі, зниження самоконтролю, пасивність, стереотипність поведінки, нездатність до творчих рішень, підвищена сугестивність, страх, тривожність, безпричинне занепокоєння.

Медичні: підвищена нервозність, істеричні реакції, непритомність, афекти, головний біль, безсоння [34].

Американські дослідники Р. Лазарус і С. Фолкман розглядають психологічний стрес як значущі для благополуччя особистості відносини з середовищем, що випробовують наявні ресурси організму і можуть їх перевищувати [68, 69].

Терміни «емоційний стрес» та «психоемоційний стрес» підкреслюють нерозривний зв'язок стресу з емоціями. Емоційний стрес може бути як негативним, так і позитивним, супроводжуючи несподівані та сильні зміни. Основні хронічні захворювання часто виникають на тлі емоційного неблагополуччя або хронічного стресу.

Незважаючи на близькість понять, існують відмінності:

Емоційний стрес – стрес, що властивий не тільки людині, але й тваринам; супроводжується вираженими емоційними реакціями; частіше використовується фізіологами.

Психологічний стрес – це стрес, який властивий лише людині з її розвиненою психікою; включає когнітивну складову (аналіз ситуації, оцінка ресурсів, прогнозування); частіше використовується психологами.

Обидва види стресу мають схожу схему розвитку, включають схожі нейрогуморальні механізми адаптації та проходять через три «класичні» стадії: тривоги, адаптації (опору) та виснаження.

А. Вейтц описав вісім стресогенних ситуацій: прискорене опрацювання інформації, шкідливе оточення, усвідомлена загроза, порушення фізіологічних функцій, ізоляція, ув'язнення, остракізм, груповий тиск. До них можна додати безсилля, неможливість змінити ситуацію, відсутність контролю та необхідність швидкої зміни поведінки [76].

Стрес є тривалим процесом, що не має чіткого початку та кінця, але проходить через коливання та стадії. Коли стрес є помірним і мобілізуючим, його називають еустресом, але при перевантаженні він переходить у дистрес.

Вплив стресових подій не обмежується безпосередніми жертвами, а поширюється на їхні сім'ї, оточення та рятувальні служби. Виділяють сім основних груп факторів, що сприяють формуванню невротичних розладів:

1. Особливості пережитої психотравмуючої екстремальної ситуації.
2. Професійні фактори (для професій підвищеного ризику).
3. Соціально-демографічні фактори.
4. Фактори, пов'язані зі станом здоров'я.

5. Соціальні фактори.
6. Соціально-психологічні фактори.
7. Індивідуально-психологічні фактори.

Типові важкі стресори включають бойові дії, природні та транспортні катастрофи, насильницьку смерть, розбійні напади, тортури, зґвалтування та пожежі.

Довготривалий характер несприятливого впливу наслідків техногенних катастроф на психічне та соматичне здоров'я, а також на соціальну адаптацію постраждалих, підтверджено клінічною практикою та дослідженнями. Значну роль відіграє психічна травматизація, пов'язана з фрустрацією потреби в безпеці. Виявлення посттравматичних стресових розладів (ПТСР) є соціально значущим, оскільки особи з ПТСР схильні до різних форм дезадаптивної поведінки, включаючи алкогольну та наркотичну залежність, а також суїциди. Ці люди потребують особливої соціальної та медико-психологічної підтримки [31].

Стрес є найбільшою загрозою для психологічного здоров'я, що в свою чергу впливає на фізіологічне та фізичне благополуччя. Наслідками стресових станів є: зниження продуктивності; порушення психічного та соматичного здоров'я; суїцидальні стани та депресії; виникнення патологічних синдромів, психосоматичних захворювань, неврозів, хвороб органів дихання, серцево-судинної та травної систем; негативні наслідки для імунної, серцево-судинної та центральної нервової системи при довготривалому стресі.

Для подолання стресу важливо, щоб ситуація була контрольованою та керованою, чого можна досягти за допомогою психотерапевтичних технік та підтримки.

Дослідження Ла Грека та Антонія Е. виділили шість ключових чинників, що можуть пом'якшити вплив стресу:

1. Адаптація в дитинстві.
2. Витривалість особистості.
3. Очікування стресів.

4. Компарменталізація стресу (здатність відокремлювати стресові ситуації та не дозволяти їм впливати на інші сфери життя).

5. Соціальна підтримка.

6. Навколишнє середовище.

Ці чинники підкреслюють комплексний підхід до розуміння та управління стресом, який враховує як внутрішні ресурси особистості, так і зовнішні фактори підтримки [34].

Ключовим аспектом у розумінні стресу є його індивідуальне сприйняття. Як зазначав Ганс Сельє, «Кожна людина відчувала його, всі говорять про нього, але майже ніхто не бере на себе клопіт з'ясувати, що ж таке стрес». Це підкреслює суб'єктивну природу стресових реакцій. Те, що є значним стресором для однієї людини, може бути незначним або навіть мотивуючим для іншої [32].

Важливість індивідуального сприйняття була яскраво продемонстрована Віктором Франклом, психологом та психіатром, який пережив жахи концтабору. Його висновок полягав у тому, що навіть в екстремальних умовах «рішення, що концтабір зробить з людиною в решті решт залежало від неї самої. На що перетвориться табірне життя – на прозябання чи на моральну перемогу – залежить від вибору, який зробить людина». Це ілюструє, що виникнення та переживання стресу залежить не стільки від об'єктивних обставин, скільки від суб'єктивних чинників – від особливостей самої людини: її особистісних характеристик, системи цінностей, минулого досвіду, наявних ресурсів та, найголовніше, від того, як вона оцінює саму ситуацію та зіставляє свої сили з тим, що вимагається.

Теорія когнітивної оцінки стресу Річарда Лазаруса та Сьюзен Фолкман [68] підкреслює цей аспект. Вони стверджують, що стрес виникає внаслідок взаємодії між людиною та її оточенням, коли індивід оцінює вимоги ситуації як такі, що перевищують його ресурси.

Стресостійкість у психології визначається як інтегральна характеристика особистості, що відображає здатність людини адаптуватися до

стресових ситуацій, зберігати ефективність діяльності та внутрішню збалансованість навіть у складних життєвих обставинах [69]. Це поняття тісно пов'язане з такими категоріями, як копінг-стратегії, психологічна витривалість, толерантність до невизначеності та життєстійкість.

Основні фактори стресостійкості:

1. Особистісні характеристики – рівень самоконтролю, емоційна стабільність, оптимізм, віра у власні сили (self-efficacy).
2. Когнітивні ресурси – уміння переоцінювати ситуацію, знаходити альтернативні рішення, використовувати позитивне мислення.
3. Соціальна підтримка – наявність близьких людей, друзів, колег, які готові вислухати та допомогти.
4. Фізичне здоров'я – регулярна фізична активність, здорове харчування, достатній сон.
5. Духовні та екзистенційні ресурси – система цінностей, сенс життя, релігійні або світоглядні переконання.

Здатність протистояти стресу залежить від комплексу цих факторів, які взаємодіють на різних рівнях, від особистісних якостей до соціальної підтримки [39].

Контрольованість ситуації є ключовим повідомленням для зняття напруги. Забезпечення контролю над емоціями та ситуацією допомагає подолати стрес і запобігти його руйнівним наслідкам [35].

Таким чином, індивідуальне сприйняття є центральним у формуванні стресової реакції, визначаючи не тільки її інтенсивність, але й потенційні наслідки для ментального здоров'я.

Організм людини – це складна система, яка реагує на стрес на багатьох рівнях. Ці реакції є еволюційно закріпленими механізмами, спрямованими на виживання, але в умовах сучасного життя вони можуть стати дезадаптивними та шкідливими.

При виникненні стресової ситуації активується гіпоталамо-гіпофізарно-надниркова вісь та симпатична нервова система. Цей процес призводить до

каскаду фізіологічних змін, які готують організм до реакції «боротьби або втечі»:

- викид адреналіну та норадреналіну – це коли мозкова речовина надниркових залоз активно виділяє ці катехоламіни. Адреналін викликає швидку мобілізацію енергетичних ресурсів: збільшення серцебиття (тахікардія) для інтенсивнішого кровообігу, підвищення артеріального тиску для покращення постачання кисню до м'язів, прискорення дихання (тахіпноє) для збільшення надходження кисню, розширення зіниць, перерозподіл крові: відтік від шкіри та внутрішніх органів до м'язів, пригнічення функцій травлення та імунної системи (для збереження енергії).

- викид кортизолу – коли кора надниркових залоз виробляє кортизол (основний глюкокортикоїдний гормон стресу). Кортизол: підвищує рівень глюкози в крові, забезпечуючи м'язи енергією, пригнічує імунну відповідь, впливає на обмін речовин, у довгостроковій перспективі високий рівень кортизолу може спричинити втрату кісткової маси, порушення сну, набір ваги (особливо в області живота), зниження лібідо, погіршення пам'яті та концентрації.

У короткостроковій перспективі ці фізіологічні зміни є адаптивними і допомагають організму ефективно реагувати на небезпеку. Проте, якщо стрес стає тривалим (хронічним), організм постійно перебуває у стані підвищеної готовності, що виснажує його ресурси. Це може призвести до:

- серцево-судинних захворювань (гіпертонія, ішемічна хвороба серця).
- порушень шлунково-кишкового тракту (синдром подразненого кишечника, виразки).
- ослаблення імунної системи, підвищуючи вразливість до інфекцій.
- ендокринних порушень (цукровий діабет, проблеми зі щитовидною залозою).
- хронічного болю, напруги м'язів.

- порушень сну.

Таким чином, хоча гостра стресова реакція є життєво важливою, хронічна активація стресових механізмів завдає значної шкоди фізичному здоров'ю [23].

Дослідження ментального здоров'я є вкрай актуальним, оскільки воно є ключовим важелем гармонійного розвитку як окремих громадян, так і держави загалом. Повномасштабне вторгнення росії в Україну [40] значно погіршило ментальне здоров'я українців, що проявляється у зростанні депресивних станів, посттравматичних стресових розладів та інших деструктивних тенденцій [31, 36].

За даними ВООЗ, чверті українців у майбутньому загрожують розлади психіки через війну. Міністерство охорони здоров'я України також прогнозує, що близько 15 мільйонів людей потребуватимуть психологічної підтримки, з яких майже 20% потребуватимуть медикаментозного лікування та допомоги психіатрів/психотерапевтів [51, с. 209]. Світовий досвід кризових ситуацій підтверджує, що учасники бойових дій залишаються в групі ризику психічних зривів протягом 5-7 років після закінчення конфлікту. ВООЗ глобально оцінює, що 22% людей, які проживали в зонах конфлікту, матимуть певну форму психічного розладу протягом 10 років, а 9% - помірний або важкий розлад [54, 71].

1.2. Поняття ментального здоров'я в науково-теоретичній парадигмі сучасності

Вітчизняні та західні науковці переконані, що дослідження ментального здоров'я відіграє ключову роль у розробці ефективних стратегій профілактики та лікування психічних розладів, а також у формуванні стресостійкості українців [23].

Ментальна здоров'я є полінауковим феноменом, який ґрунтовно вивчається в медицині, психології та соціальній роботі:

- Медицина (психіатрія) зосереджується на діагностиці та лікуванні психічних розладів, а також на впливі стресу на психосоматичні захворювання.
- Психологія та соціальна педагогіка обґрунтовують методологічні підходи до вивчення стресу та ментального здоров'я, розробляють системи соціально-психологічного супроводу для осіб у кризових ситуаціях. Особливу увагу приділяють психологічній травмі, тривозі, депресії та реабілітації.

У науковій літературі існує тенденція до інтеграції та іноді ототожнення понять «психічне», «психологічне» та «ментальне» здоров'я [11, 24, с. 38 52, 55, с. 109].

ВООЗ часто використовує «психічне здоров'я» та «ментальне здоров'я» як тотожні поняття, визначаючи їх як стан благополуччя, що дозволяє людині реалізувати потенціал, справлятися зі стресами, продуктивно працювати та робити внесок у суспільство.

Психічне здоров'я є невід'ємною та фундаментальною складовою загального здоров'я, що підкреслюється документами Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ). За їхньою Конституцією, здоров'я – це стан повного фізичного, психічного та соціального благополуччя, а не лише відсутність хвороб чи вад. Це означає, що психічне здоров'я – це більше, ніж просто відсутність психічних розладів [17, 76, 78].

ВООЗ визначає психічне здоров'я як стан благополуччя, за якого людина: реалізує власні здібності; ефективно справляється зі звичайними життєвими стресами; здатна продуктивно працювати; робить внесок у свою громаду.

Психічне здоров'я є основою для нашої індивідуальної та колективної здатності мислити, переживати емоції, взаємодіяти з іншими, заробляти на життя та насолоджуватися ним. Отже, воно є життєво важливою проблемою для кожної людини, громади та суспільства загалом [18].

Важливо зазначити, що психічне здоров'я не обмежується відсутністю хвороби. Воно охоплює благополуччя та переживання позитивних емоцій,

впливаючи на всі сфери життя: особисте, професійне, міжособистісні стосунки, фізичне здоров'я та соціальне середовище. У цьому контексті деякі автори говорять про позитивну спрямованість ментального здоров'я, що дозволяє зберігати стресостійкість та налагоджувати соціальні контакти, на відміну від «негативного психічного здоров'я», яке зосереджується лише на відсутності патологій [49].

Проте сучасні науковці підкреслюють необхідність розмежування цих сфер:

- Психічне здоров'я: стосується окремих психічних процесів та механізмів, відсутності патологій та здатності до адаптації. Це інтегрована характеристика особистості, пов'язана з благополуччям.
- Психологічне здоров'я: характеризує особистість загалом, демонструючи зв'язок із вищими проявами людського духу. Воно пов'язане з ціннісно-мотиваційною, самосвідомістю та духовною сферами. Це динамічна система психічних властивостей, що лежать в основі гармонії між різними аспектами особистості та між людиною і суспільством.
- Менталітет: розглядається як стійкий спосіб мислення, емоційного реагування та сприйняття світу, що визначає вчинки та поведінку людини. Ментальність є основою для ментального здоров'я, яке розуміється як загальна духовна налаштованість людини на власне благополуччя та благополуччя оточення.

Інтеграція наукових зусиль дозволила виокремити ключові критерії ментального здоров'я, що охоплюють соціально-психологічну, індивідуально-психологічну та ціннісно-смислову сфери:

1. Позитивне самопочуття – стан радості та задоволення, що дозволяє ефективно справлятися зі стресом.
2. Гнучкість та адаптованість – здатність долати проблеми та встановлювати сприятливі міжособистісні стосунки.
3. Емоційна стійкість – ефективне управління емоційно-вольовою сферою.

4. Самовизначеність – свідомий орієнтир на власні цінності та переконання.
5. Ефективна комунікація – здатність будувати сприятливі стосунки з іншими.
6. Здатність до самореалізації та саморозвитку – розвиток власної ідентичності.

Єдність цих критеріїв дає людині змогу реалізувати свій потенціал, справлятися з викликами, розвивати стресостійкість, підтримувати гармонійні стосунки, робити позитивний внесок у суспільство та насолоджуватися життям.

Українські науковці розглядають ментальне здоров'я як інтегровану характеристику особистості, що лежить в основі загального благополуччя та якості життя [51]. В його основі, окрім ментальності, лежать два системоутворювальні компоненти:

1. Баланс між емоційним, психологічним, соціальним і духовним благополуччям.
2. Стан гармонії людини з навколишнім світом та із собою.

Саме єдність цих компонентів забезпечує успішну адаптацію до мінливого середовища, дозволяє долати кризові ситуації, підтримувати рівновагу в різних аспектах життя та позитивно впливати на оточення.

Перспективи подальших досліджень полягають у визначенні ефективності діалогічної взаємодії в освітньому процесі як умови формування ментального здоров'я майбутніх фахівців, які працюватимуть у системі «людина – людина» [16].

Комплексний план дій ВООЗ у галузі охорони психічного здоров'я на 2013-2030 роки підкреслює, що психічне здоров'я є важливою складовою загального добробуту («немає здоров'я без психічного здоров'я»). Він визначає цілі та стратегії для зміцнення психічного здоров'я, запобігання розладам та забезпечення доступу до якісних послуг.

Ключові аспекти цільової системи психічного здоров'я та психосоціальної підтримки:

- Взаємозв'язок фізичного та психічного здоров'я, які нерозривно пов'язані, впливаючи на здатність робити здоровий вибір, керувати стресом та долати фізичні проблеми.
- Психічне здоров'я – це більше, ніж відсутність розладів, це стан, коли людина ефективно функціонує в різних аспектах життя, зберігає незалежність, продуктивність, соціальну активність, переживає позитивні емоції, задоволення та має відчуття мети.
- Комплексний підхід до проблем психічного здоров'я: враховуючи багатфакторний вплив (генетика, середовище, соціальна підтримка), ефективно вирішення вимагає цілісного, багаторівневого та багатогалузевого підходу, що виходить за межі лише охорони здоров'я. Освітній та соціальний сектори відіграють тут значну роль.
- Пріоритет психічного здоров'я під час та після війни: високий рівень психосоціального добробуту населення є вирішальним для загального стану здоров'я, стійкості особистості, сім'ї та громади, а також для економічного відновлення та добробуту країни.
- Спільна робота громади та держави: об'єднання зусиль є необхідним для створення системи, готової реагувати на виклики та надавати допомогу всім, хто її потребує.

Сучасний розвиток пропонує низку інноваційних підходів:

- Освітні онлайн-програми – це ефективний спосіб інтеграції освіти з питань психічного здоров'я у шкільні та інші освітні системи.
- Програми підтримки «рівний-рівному» – це коли залучають людей з досвідом проблем психічного здоров'я для надання підтримки іншим.
- Нейрофідбек – неінвазивне лікування, що використовує датчики мозкових хвиль для розвитку здоровіших моделей мозкової активності.

- Травма-інформована допомога – це підхід, заснований на розумінні впливу травми на неврологічний, біологічний, психологічний та соціальний розвиток людини.

- Гейміфікація та цифрові інтервенції – серйозні ігри та мобільні додатки (наприклад, Misü, UsupportMe) розробляються для залучення користувачів до терапевтичних заходів, психологічної підтримки та відстеження настрою.

- Аналіз мовлення та пошук у соціальних мережах – інструменти для діагностики та моніторингу таких станів, як депресія та тривога.

Забезпечення ментального здоров'я українців є ключовим пріоритетом для національної безпеки та майбутнього відновлення країни [47].

Стрес є багатогранним явищем, яке, незважаючи на свою невідворотність у житті кожної людини, вимагає глибокого розуміння та ефективного управління. Започаткована Гансом Сельє концепція стресу як неспецифічної реакції організму на будь-яку вимогу, що до нього пред'являється, була розвинена та доповнена іншими дослідниками, підкреслюючи роль індивідуального сприйняття стресових факторів. Не об'єктивна складність ситуації, а суб'єктивна оцінка власних ресурсів та здатності до подолання визначає інтенсивність та наслідки стресової реакції.

Ефективне управління стресом та збереження ментального здоров'я вимагають комплексного підходу. Розвиток адаптивних стратегій подолання, що включають проблемно-орієнтовані та емоційно-орієнтовані підходи, є ключовим. Важлива роль належить соціальній підтримці, яка є потужним буфером проти стресу, надаючи емоційну, інструментальну та інформаційну допомогу. Практичні рекомендації, такі як регулярна фізична активність, здоровий сон, збалансоване харчування, медитація, управління часом та хобі, є основою для профілактики та подолання стресових станів.

У світі, що постійно змінюється, здатність ефективно справлятися зі стресом є не просто навичкою, а життєво необхідною компетенцією. Свідоме ставлення до свого ментального здоров'я, розуміння його вразливості до

стресових факторів та активне застосування превентивних та корекційних заходів дозволять людям не тільки виживати в умовах постійного тиску, але й процвітати, зберігаючи психологічну стійкість та якість життя. У випадках, коли самостійні зусилля виявляються недостатніми, звернення за професійною психологічною або медичною допомогою є важливим кроком до відновлення та зміцнення ментального здоров'я.

1.3. Гендерні особливості прояву стресу.

Стрес є універсальним феноменом, з яким стикається кожна людина. Проте, як зазначав Ганс Сельє, хоча всі відчують стрес, його індивідуальне сприйняття та реакція на нього можуть суттєво відрізнятися. Серед безлічі факторів, що впливають на ці відмінності, вагоме місце посідає стать, а точніше – гендер. Дані численних досліджень свідчать про те, що чоловіки та жінки не тільки по-різному сприймають стресові фактори, але й демонструють відмінні фізіологічні, емоційні та поведінкові реакції на стрес, що, своєю чергою, впливає на ризик розвитку та характер перебігу психічних розладів [42, 46].

Історично, більшість ранніх досліджень стресу не акцентували увагу на гендерних відмінностях, розглядаючи людський організм як універсальну модель. Однак, з розвитком психології, нейробіології та соціології, стало очевидним, що біологічні (гормональний фон, структура мозку) та соціокультурні (гендерні ролі, очікування суспільства) фактори відіграють ключову роль у формуванні унікальних патернів реагування на стрес у чоловіків та жінок.

Для розуміння особливостей прояву стресу у чоловіків та жінок, необхідно чітко розрізняти поняття «біологічна стать» (sex) та «гендер» (gender) [37].

Біологічна стать (sex): стосується вроджених біологічних та фізіологічних характеристик, які визначають організм як чоловічий або жіночий. Ці характеристики є генетично детермінованими та включають:

- хромосоми (XX для жінок, XY для чоловіків).
- гормони (естрогени, тестостерон) та їхній вплив.
- внутрішні та зовнішні репродуктивні органи.
- вторинні статеві ознаки (наприклад, розвиток молочних залоз, оволошіння). Біологічна стать є незмінною впродовж життя, за винятком хірургічних втручань або гормональної терапії.

Гендер (gender) – це динамічна, соціально сконструйована категорія, що охоплює ролі, поведінку, вираження та ідентичність, які суспільство вважає відповідними для чоловіків та жінок [21]. Гендер формується під впливом складної взаємодії культурних, соціальних, психологічних та історичних факторів і не є вродженим. Він включає:

- Гендерні ролі: соціально очікувані норми поведінки, діяльності та атрибутів для осіб різної статі.
- Гендерну ідентичність: внутрішнє, суб'єктивне відчуття належності до чоловічої, жіночої або іншої гендерної категорії.
- Гендерне вираження: способи, якими людина демонструє свою гендерну ідентичність суспільству (через одяг, манери, мову тощо). Гендер формується протягом життя через процеси виховання, соціалізації, засвоєння культурних норм та особистий досвід.

На відміну від біологічної статі, яка є генетично обумовленою та незмінною, гендер є соціокультурною та історичною категорією.

Поняття «гендер» прийшло в українську науку на початку 1990-х років під впливом західних досліджень [58]. Спочатку «гендер» використовувався в англomовній літературі лише як лексико-граматична категорія. У науковий обіг поняття «гендер» ввів сексолог Джон Мані у 1955 році, працюючи з такими явищами, як гермафродитизм і транссексуалізм. Його твердження у психологічній науці пов'язують з американським психоаналітиком Робертом

Столлером, який застосував його у своїй праці «Стать та гендер: про розвиток мужності та жіночості» у 1968 році. Р. Столлер дійшов висновку, що психологічно змінити гендерну ідентичність складніше, ніж хірургічно змінити біологічну стать. Це стало першою історичною спробою диференціації понять «стать» і «гендер» [75].

Психологія, що дотримується класичної парадигми, розглядає гендер як соціальну «надбудову» над біологічною статтю. Цей підхід базується на статеврольовій теорії (Т. Парсонс, Р. Бейлс) [37], що має такі ключові положення:

Зв'язок з біологічною основою: статеві ролі пов'язані з біологічним диморфізмом (жінки – експресивна роль, чоловіки – інструментальна).

Взаємодоповнюваність: підкреслюється взаємодоповнюваність маскулінної та фемінної ролей.

Рання соціалізація: гендерні ролі формуються в ранньому дитинстві.

Родина як ключове середовище: сім'я є основним середовищем для гендерної соціалізації.

Вплив стереотипів: культурні стереотипи та особистий досвід батьків формують очікування щодо поведінки дітей. Згідно з цим підходом, гендер – це результат соціалізації, присвоєння соціокультурних моделей поведінки, що відповідають біологічній статі. Гендер є біполярною конструкцією (маскуліність-фемінність), де ці якості розглядаються як протилежні.

Модерністська традиція, хоч і розрізняє стать та гендер, часто залишається в рамках біологічного детермінізму. Некласичне уявлення пов'язане з соціально-психологічною теорією гендерної схеми Сандри Бем [60]. Гендер тут розглядається як суб'єктивне уявлення людини про свою стать.

Реакція на стрес є результатом складної взаємодії між біологічними, психологічними та соціокультурними факторами [34].

Біологічні фактори: включають генетичну схильність, гормональний фон (відмінності у рівнях естрогену, тестостерону, кортизолу), відмінності у

структурі та функціонуванні мозку (наприклад, амигдала, префронтальна кора), нейротрансмітерні системи. Ці фактори можуть визначати пороги чутливості до стресу, швидкість та інтенсивність фізіологічної відповіді.

Психологічні фактори: охоплюють когнітивні стилі (оптимізм/песимізм, локус контролю), самооцінку, навички вирішення проблем, емоційну регуляцію, попередній досвід стресу та травм. Ці фактори впливають на суб'єктивну оцінку стресора та вибір копінг-стратегій.

Соціокультурні фактори: включають гендерні ролі та стереотипи, очікування суспільства щодо прояву емоцій та поведінки, соціальну підтримку, культурні норми щодо звернення за допомогою, економічний статус, рівень освіти. Ці фактори формують контекст, у якому людина переживає стрес та реагує на нього.

Взаємодія цих трьох груп факторів створює унікальний патерн реагування на стрес для кожного індивіда, а також пояснює спостережувані гендерні відмінності. Наприклад, біологічні відмінності у гормональній системі можуть зумовлювати різну чутливість до стресу, тоді як соціокультурні очікування можуть впливати на те, як чоловіки та жінки виражають свої емоції чи шукають підтримки. Розуміння комплексної взаємодії є ключовим для аналізу гендерних особливостей стресової реакції [43].

Гендерні стереотипи – це узагальнені та усталені уявлення про образи чоловіка та жінки, спрощують та викривляють соціальну реальність, обмежуючи поведінку людини рамками певних гендерних ролей.. Вони значно впливають на формування гендерних ролей, обмежують вибір поведінки та можуть призводити до дискримінації [33]. Вони поділяються на:

- стереотипи маскулінності-фемінності і визначають бажані особистісні риси.
- стереотипи розподілу сімейних та професійних ролей та диктують, чим мають займатися чоловіки та жінки.

- стереотипи відмінностей у змісті праці, що впливають на вибір професій.

Традиційно чоловіків бачать сильними, незалежними та орієнтованими на досягнення, тоді як жінок – ніжними, залежними та орієнтованими на сім'ю [30, с.139]. Проте сучасний світ переживає трансформації, що кидають виклик цим уявленням, особливо в контексті глобалізації та воєнних конфліктів.

Ці стереотипи можуть нав'язувати традиційні моделі поведінки, обмежуючи право вибору особистості та впливаючи на формування її гендерної ідентичності (маскулінної, фемінної або андрогінної).

Розглядаються три психологічні типи [22]:

- Маскулінний тип: характеризується незалежністю, наполегливістю, домінантністю, агресивністю, схильністю до ризику. Дослідження показують кореляцію агресивності з рівнем андрогенів. Чоловіки схильні до більш ризикованих рішень у професійній діяльності, що робить їхні професійні стреси складнішими та деструктивнішими.

- Фемінний тип: включає такі риси, як поступливість, м'якість, чутливість, ніжність, здатність до співчуття. Соціальні стереотипи фемінності зосереджені на емоційній сфері особистості. У цій групі рівень тривоги був підвищеним і не мав значущих відмінностей між статями. А ось рівень депресії був значущо вище у жінок порівняно з чоловіками з цими рисами.

- Андрогінний тип: поєднує як маскулінні, так і фемінні риси на паритетних засадах. Ця гармонійна інтеграція підвищує адаптивні можливості, забезпечуючи високий рівень стресостійкості. Андрогінні індивіди меншою мірою дотримуються статеворольових норм і більш гнучкі у виборі професій.

Сучасне суспільство, зокрема українське, переживає значні трансформації, що позначаються на гендерних відносинах. Чимало інтелектуалів вважають, що XXI століття буде «жіночим» [5], оскільки жінки дедалі більше виходять у мейнстрим в усіх сферах. Це відображається у зростанні кількості жінок у війську (наприклад, понад 280 тис. жінок у арміях

НАТО, 34% у ЦАХАЛ, та зростання бажання українок служити в армії). Україна активно інтегрується у європейський простір, де принцип гендерної рівності є основою демократії. Це проявляється у діючих інституціях (Урядовий уповноважений з питань гендерної політики), розширенні переліку військових спеціальностей для жінок та їхній участі у парадах.

Здатність людини впоратися зі стресом залежить від комплексу факторів, включаючи гендерну відмінність [44].

Так жінки часто фокусуються на проблемі, шукають її причину в собі, що може підвищувати вразливість до депресії; більш стійкі до деяких видів фізіологічного стресу (голодування, нестача кисню) та мають вищий рівень здоров'я; частіше звертаються за допомогою до фахівців (лікарів, психологів) та охоче обговорюють проблеми з близькими; легше переключаються на інші заняття; емоційність може призводити до посилення невірноваженості та імпульсивних рішень у стресі.

А чоловіки навпаки намагаються відгородитися від негативних думок та емоцій, часто вдаючись до фізичної активності; схильні шукати причину неприємностей у зовнішніх факторах та можуть давати вихід роздратуванню або занурюватися у роботу; рідше звертаються за допомогою, сприймаючи це як прояв слабкості, віддають перевагу самотійному вирішенню проблем; у стресі можуть проявляти психологічну дезадаптивність, емоційний дискомфорт та домінування зовнішнього контролю.

Гендерні відмінності у прояві стресу значною мірою зумовлені біологічними та фізіологічними чинниками. Ці відмінності починаються на рівні гормонів та нейронних мереж, впливаючи на те, як організм реагує на стресори. Гормональний фон є одним з найважливіших біологічних факторів, що обумовлюють гендерні відмінності у стресовій реакції [43, 48].

Естрогени: жінки мають вищий рівень естрогенів, які відіграють комплексну роль у стресовій відповіді. З одного боку, естрогени можуть мати нейропротекторний ефект і потенційно знижувати активацію ГГНВ у відповідь на деякі стресори, що може пояснювати нижчу базальну реакцію на

стрес у жінок у певних фазах циклу. З іншого боку, коливання рівня естрогенів (наприклад, під час менструального циклу, вагітності, менопаузи) можуть впливати на чутливість до стресу, роблячи жінок більш вразливими у певні періоди. Деякі дослідження показують, що естрогени можуть посилювати реакцію мигдалеподібного тіла на загрозу, потенційно підвищуючи емоційну реактивність.

Андрогени (особливо тестостерон): у чоловіків переважає тестостерон. Дослідження показують, що тестостерон може мати захисну дію проти стресу, знижуючи рівень кортизолу та модулюючи реакцію ГГНВ. Вищий рівень тестостерону у чоловіків пов'язаний з меншою чутливістю до деяких стресорів та швидшим відновленням після стресової події. Проте, у відповідь на гострий стрес, тестостерон може тимчасово знижуватися, що відображає його взаємодію з системою стресу.

Кортизол - це ключовий гормон стресу, що виробляється наднирковими залозами. Хоча реакція кортизолу на стрес є універсальною, існують гендерні відмінності у її динаміці. Деякі дослідження вказують на те, що жінки можуть мати більш виражену та тривалу кортизолову відповідь на психосоціальний стрес, тоді як чоловіки можуть демонструвати сильнішу реакцію на фізичний стрес. Ці відмінності можуть бути пов'язані з взаємодією кортизолу з естрогенами та андрогенами.

Стереотипи про чоловіків та жінок є невід'ємною частиною нашого суспільства. Ми часто чуємо, що чоловіки не усвідомлюють емоції жінок, глухі до дитячого плачу чи не здатні до багатозадачності, а жінки – гіперемоційні, не орієнтуються в картах чи не вміють паралельно паркуватися. Зануримося у наукові дані, щоб розвіяти деякі з цих міфів та зрозуміти, чим насправді відрізняються чоловічий та жіночий мозок [12].

Дослідження, проведені неврологами за допомогою МРТ на тисячах добровольців, виявили глибокі відмінності у будові та функціонуванні чоловічого та жіночого мозку, настільки значні, що їх можна вважати «практично окремими видами» з точки зору нейронних зв'язків. Так чоловічий

мозок характеризується більшою кількістю зв'язків всередині кожної півкулі, а також між передньою та задньою частинами мозку. Це орієнтує його на «поєднання сприйняття з діями», що забезпечує кращу координацію та просторову свідомість, наприклад, у спорті. Жіночий же мозок навпаки має більш сильні зв'язки між лівою та правою півкулями. Це сприяє розвитку інтуїції, «емоційного інтелекту», кращій пам'яті на слова та обличчя, а також орієнтації на вирішення «сердечних» питань та інтерпретацію поведінки інших.

Цікавим відкриттям є те, що жіночий мозок, хоча і є на 8% меншим за чоловічий, виявляється ефективнішим. Високорозвинена мережа нейронних зв'язків дозволяє жіночому мозку виконувати складні завдання, використовуючи менше енергії та менше мозкових клітин. Дослідження також показують, що жінки краще справляються з відстеженням та реагуванням на мінливі ситуації [58].

Хоча багато стресорів є універсальними, існують помітні відмінності у типах стресорів, які частіше зустрічаються у чоловіків та жінок, та у їхньому сприйнятті [10].

Для жінок: частіше повідомляють про стрес, пов'язаний з міжособистісними стосунками, сімейними обов'язками, вихованням дітей та турботою про старших родичів. Жінки також частіше відчують стрес через зовнішній тиск, пов'язаний з виконанням кількох ролей (професійна діяльність, роль матері, дружини, дочки). Стрес, пов'язаний з виглядом та соціальними очікуваннями щодо зовнішності, також є більш поширеним серед жінок. Загрози для близьких, емоційні конфлікти та соціальне неприйняття можуть бути для жінок більш інтенсивними стресорами.

Для чоловіків: частіше відчують стрес, пов'язаний з роботою, фінансовими питаннями, кар'єрним успіхом та соціальним статусом. Проблеми, що стосуються їхньої компетентності, авторитету та спроможності забезпечувати сім'ю, можуть бути особливо стресовими. Загрози для фізичної

цілісності, конкуренція та невдачі у досягненні цілей також є значними стресорами.

Сприйняття стресорів також відрізняється. Жінки, як правило, схильні до більш детального та емоційно насиченого обговорення стресових подій, тоді як чоловіки можуть прагнути до більш раціонального та відстороненого підходу. Це може бути пов'язано з відмінностями у когнітивній обробці емоцій [15].

Гендерні стереотипи формують «гендерні окуляри», через які чоловіки та жінки оцінюють власну поведінку. Наприклад, суспільство очікує від жінок емоційності, а від чоловіків – стриманості та проявів гніву/агресії. Ці стереотипи можуть обмежувати прояви емоцій, не властивих певній статі, що призводить до негативної оцінки таких проявів [20].

Зміна гендерних ролей у сучасному суспільстві також створює нові стресори. Наприклад, чоловіки стикаються з більшим тиском щодо участі у вихованні дітей та домашніх справах, а жінки – щодо кар'єрного зростання. Ці зміни, хоча і є позитивними з точки зору рівності, можуть тимчасово підвищувати рівень стресу, оскільки вимагають адаптації до нових очікувань.

Дослідження показують, що чоловікам часто доводиться приховувати свої справжні емоції у соціальній взаємодії, оскільки прояви емпатії або надмірної емоційності можуть не відповідати їхньому маскулінному статусу. З іншого боку, жінки, особливо ті, що відповідають маскулінному типу за опитувальником С. Бем, можуть бути більш схильними до прояву гніву та злості.

Дослідження, проведене авторами статті за участю 231 особи (120 жінок, 111 чоловіків), мало на меті вивчити гендерні особливості прояву тривоги та депресії.

Розподіл гендерних ідентичностей: вибірка характеризувалася переважанням респондентів з андрогінною орієнтацією (70,9% жінок та 92,6% чоловіків), що свідчить про розмивання традиційних рольових моделей.

Фемінна ідентичність була у 25,3% жінок, тоді як маскулінна ідентичність спостерігалася у менше 5% чоловіків [15].

Жінки виявляють вищу емоційність, більшу схильність до емпатії [44] та експресивності. Це може робити їх більш вразливими до складного переживання негативних емоцій під час війни. Наприклад, значний стрес для жінок пов'язаний з участю їхніх близьких у бойових діях або втратою рідних. А от чоловіки частіше схильні до стримування емоцій. Однак така поведінка в умовах війни може мати негативні наслідки, такі як підвищений рівень тривожності, страху та емоційного вигорання. Додатковим стресовим фактором для чоловіків є страх мобілізації.

ПТСР є одним із найбільш поширених та тяжких психічних розладів, що виникає внаслідок травматичних подій, зокрема, безпосередньої участі у бойових діях. Згідно з МКХ-10, це тяжкий психічний стан, спровокований поодиноким або повторюваною психотравмуючою подією (воєнні дії, катастрофи, насильство). Прояви ПТСР: відсутність мотивації, тривожність, спалахи гніву, нав'язливі спогади про травматичні події, відчуття самотності та безпорадності [8, с. 25].

За дослідженнями О. Корольчук, ПТСР виникає у 15-30% осіб в умовах воєнного стану, а серед демобілізованих військових – у 20% [38, с. 106-109].

Враховуючи, що жінки становлять близько 4% військовослужбовців, ПТСР, спричинений безпосередньо бойовими травмами, є значно характернішим для чоловіків [15]. Хоча деякі закордонні дослідження вказують на те, що жінки-військовослужбовці частіше повідомляють про проблеми з психічним здоров'ям та мають більше симптомів ПТСР після бойових травм, це може бути пов'язано з такими факторами, як гендерна дискримінація та сексуальні домагання.

Причини стресу під час війни різняться для чоловіків і жінок. Хоча жінки більш схильні до негативних емоційних змін та менш стресостійкі, рівень стресу в цілому високий для обох статей через постійні тривоги,

бомбардування, економічні проблеми. Додатковим стресовим фактором для чоловіків є страх мобілізації.

Тривога та депресія є одними з найпоширеніших психологічних проблем для тих, хто пережив або переживає війну. Дослідження показують [7], що поширеність депресії становить 28,9%, тривоги – 30,7%, а ПТСР – 23,5%. При цьому тривожність і депресія частіше зустрічаються у цивільних осіб, ніж у військових.

Рівень тривоги та депресії більше залежить не стільки від біологічної статі, скільки від індивідуального досвіду, суб'єктної активності та статево-рольових установок [15, 48]. Теорія гендерних схем С.Л. Бема підкреслює, що суспільство приписує певні характеристики чоловікам і жінкам, що формує їхню поведінку та соціальну позицію. Культурно-історична складова гендерних особливостей стресу пов'язана саме з психологічними установками особистості.

Жінки: частіше діагностуються з депресією та тривожними розладами. За даними ВООЗ, депресія частіше зустрічається у жінок (приблизно вдвічі частіше, ніж у чоловіків). Це може бути пов'язано з більшою гормональною чутливістю, схильністю до румінації та інтерналізації емоцій, а також з подвійним тягарем соціальних ролей. Жінки також більш схильні до розвитку ПТСР [39] після травматичних подій, хоча чоловіки частіше піддаються травматичним подіям, пов'язаним з бойовими діями або фізичним насильством. Депресія частіше проявляється атиповими симптомами: підвищений апетит, надмірна сонливість, тривога, почуття провини, психосоматичні скарги (головні болі, біль у спині). Частіше діагностуються з генералізованим тривожним розладом (постійне неконтрольоване занепокоєння), панічними атаками та специфічними фобіями. Частіше проявляється симптомами гіперзбудження, надмірною реактивністю, емоційною дизрегуляцією та румінацією. Більш схильні до повторного переживання травми (флешбеки, кошмари) [18, 19].

Чоловіки: частіше діагностуються з розладами, пов'язаними зі зловживанням психоактивними речовинами (алкоголізм, наркоманія), а також з розладами поведінки та антисоціальними розладами особистості. Це часто є наслідком екстерналізації стресу та спроб самолікування без звернення по допомогу. Чоловіки також мають вищий рівень самогубств, незважаючи на меншу поширеність депресії. Це може бути пов'язано з приховуванням симптомів, небажанням звертатися за допомогою та використанням більш летальних методів самогубства. Депресія може бути «маскованою» і проявлятися дратівливістю, агресією, ризикованою поведінкою, зловживанням алкоголем, труднощами на роботі, втратою інтересу до хобі. Чоловіки рідше визнають свій стан як депресію. Тривога може проявлятися через соматичні симптоми (болі в грудях, задишка), проблеми зі сном, або як частина поведінкових розладів. Соціальна тривога може бути менш вираженою через більшу схильність до уникнення соціальних ситуацій. Частіше проявляється уникненням, емоційним онімінням, зловживанням речовинами, агресією та імпульсивною поведінкою.

Розуміння цих гендерних відмінностей у прояві та перебігу психічних розладів є надзвичайно важливим для клінічної практики, дозволяючи проводити більш точну діагностику та розробляти індивідуалізовані програми лікування та профілактики, враховуючи специфічні потреби кожної статі.

Особливості прояву стресу у представників різної статі є складною та багатогранною темою, яка охоплює взаємодію біологічних, психологічних та соціокультурних факторів. Хоча стрес є універсальною реакцією організму на вимоги зовнішнього середовища, індивідуальне сприйняття та відповідь на нього значною мірою модифікуються гендерними відмінностями [44].

Висновки до першого розділу

Теоретичний аналіз проблеми впливу стресових факторів на ментальне здоров'я дозволив систематизувати ключові концепції та встановити

нерозривний зв'язок між зовнішніми викликами та внутрішнім психоемоційним станом особистості, особливо з урахуванням гендерної специфіки.

Визначення та класифікація стресових факторів та ментального здоров'я у психології показали, що стрес є комплексним психофізіологічним явищем, яке може мати як адаптивний, так і деструктивний характер. У свою чергу, ментальне здоров'я трактується не лише як відсутність психічних розладів, але й як стан психологічного благополуччя, що включає здатність до самореалізації, адекватного функціонування та конструктивної взаємодії з оточенням.

Поняття ментального здоров'я в науково-теоретичній парадигмі сучасності характеризується міждисциплінарністю. У сучасних підходах ментальне здоров'я розглядається крізь призму біопсихосоціальної моделі, де поєднуються біологічні, психологічні та соціальні чинники. Важливими складовими є когнітивна сфера, емоційна стабільність, стресостійкість та здатність до ефективного подолання життєвих труднощів.

Гендерні особливості прояву стресу демонструють, що чоловіки і жінки відрізняються не лише у рівні сприйнятливості до стресових факторів, але й у стратегіях подолання. Жінки, як правило, частіше використовують емоційно-орієнтовані та соціально підтримувальні копінг-стратегії, тоді як чоловіки схильні до проблемно-орієнтованих та унікальних стратегій. Ці відмінності обумовлені як біологічними, так і соціально-культурними факторами, включаючи вплив гендерних стереотипів та очікувань суспільства.

Загалом, можна зробити висновок, що вплив стресових факторів на ментальне здоров'я є багатовимірним явищем, яке потребує врахування індивідуальних та гендерних особливостей. Подальші дослідження у цьому напрямку є важливими для розробки ефективних програм профілактики, психокорекції та підтримки ментального благополуччя як у чоловіків, так і у жінок.

РОЗДІЛ 2.

ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ФАКТОРІВ СТРЕСУ НА МЕНТАЛЬНЕ ЗДОРОВ'Я ПРЕДСТАВНИКІВ РІЗНОЇ СТАТІ

2.1. Організація та методи емпіричного дослідження та їх характеристика.

Дане дослідження присвячене вивченню гендерних особливостей впливу стресових факторів на ментальне здоров'я. В умовах сучасного світу, наповненого різноманітними стресорами, розуміння того, як стрес впливає на чоловіків і жінок, є критично важливим для розробки ефективних програм психологічної допомоги. Дослідження має на меті визначити, як гендерні відмінності впливають на сприйняття стресу та формування психоемоційних реакцій, таких як тривога, депресія та посттравматичний стресовий розлад (ПТСР).

Гіпотеза дослідження: передбачається, що існують гендерні відмінності у впливі стресових факторів на ментальне здоров'я

- жінки більш схильні до проявів емоційної напруженості, тривожності та депресивних станів;
- чоловіки частіше демонструють раціональні та поведінкові способи подолання стресу, але мають нижчий рівень емоційної відкритості.

Мета: вивчити гендерні особливості впливу стресових факторів на ментальне здоров'я, а саме – на рівень тривоги, депресії та ПТСР.

Завдання дослідження:

- Дослідити та порівняти рівень сприйнятого стресу у жінок і чоловіків.
- Вивчити та порівняти показники тривоги, депресії та ПТСР у чоловіків і жінок.
- Встановити та проаналізувати кореляційні зв'язки між рівнем стресу і показниками ментального здоров'я в обох гендерних групах.

- Зробити висновки щодо гендерних відмінностей у психоемоційних реакціях на стресові фактори.

Основні етапи дослідження:

1. Вибір досліджуваних: формування вибірки чоловіків та жінок віком від 40 до 50 років.
2. Діагностичний етап: застосування комплексу психодіагностичних методик.
3. Аналітичний етап: обробка, аналіз та інтерпретація отриманих результатів.
4. Порівняльний етап: статистичне зіставлення результатів чоловічої та жіночої вибірок.

Методи: аналіз та синтез наукової літератури, а також анкетування, тестування, збір інформації за допомогою стандартизованих методик. Для проведення аналізу отриманих даних було використано методи математичної статистики: t-критерій Стюдента для порівняння незалежних вибірок, коефіцієнт кореляції К. Пірсона.

- Методика вивчення характерологічних рис особистості [9, 59];
- Шкала сприйнятого стресу (PSS-10) [4];
- Опитувальник депресії А. Бека (BDI) [63];
- Шкала ситуативної та особистісної тривожності Ч. Д. Спілбергера – Ю.Л. Ханіна [57];
- Коротка шкала тривоги, депресії та ПТСР (В.В. Hart) [2];
- Опитувальник скринінгу посттравматичного стресового розладу [3].

Об'єкт дослідження: ментальне здоров'я населення.

Предмет дослідження: гендерні особливості впливу стресових факторів на ментальне здоров'я.

Вибірка дослідження: у дослідженні взяли участь 54 особи із них 32 жінки та 22 чоловіки віком від 40 до 50 років. Добір здійснювався на засадах добровільної участі.

Детально розглянемо характеристику методів дослідження, які були використані в ході емпіричного дослідження.

1) Методика вивчення характерологічних рис особистості, розроблена С. Грачовим та модернізована М. С. Янцуром, є комплексним психологічним інструментом, спрямованим на глибоку діагностику характерологічних особливостей особистості, її установок, відношень та поведінкових реакцій [9, 59].

Модернізація методики М. С. Янцуром акцентує увагу на трьох основних блоках характерологічних рис, які є ключовими для розуміння поведінки особистості:

Ставлення до оточення: оцінюється, як людина взаємодіє з іншими, її рівень соціальної адаптації, комунікативні навички, схильність до співпраці або конфліктів.

Ставлення до себе: аналізуються самооцінка, впевненість у собі, рівень самокритики, потреба у визнанні, що є важливими для розуміння внутрішніх мотивів поведінки.

Ставлення до діяльності: досліджується ставлення до праці, відповідальність, ініціативність, наполегливість, організованість.

Методика має вигляд опитувальника, що складається з низки тверджень. Респондент має оцінити ступінь своєї згоди або незгоди з кожним твердженням. Відповіді аналізуються за спеціальними ключами, що дозволяють визначити вираженість кожної з характерологічних рис [59].

Методика застосовується в таких сферах, як:

- Клінічна психологія: для діагностики психологічних проблем.
- Професійна орієнтація та відбір персоналу: для визначення відповідності характерологічних рис вимогам професії.
- Психологічне консультування: для розробки індивідуальних програм самовдосконалення та корекції.
- Наукові дослідження: для вивчення зв'язків між характером та іншими психологічними феноменами.

Модернізація М. С. Янцуром розширила діагностичні можливості методики, зробивши її більш універсальною та адаптованою до сучасних запитів [59].

2) Шкала сприйнятого стресу (PSS-10) [4] – це простий, ефективний, визнаний у світі інструмент для оцінки сприйняття стресу і його потенційних наслідків. Розроблена американськими дослідниками Шелдоном Коеном та колегами для визначення ступеню, в якому людина оцінює життєву ситуацію як стресову. Теоретичною основою методики є когнітивно-опосередкована теорія стресу Р. Лазаруса, згідно з якою реакція людини на важку подію, а також її патогенний вплив на психічне та фізичне здоров'я, визначаються не стільки об'єктивними характеристиками стресору (його природою, інтенсивністю, тривалістю, раптовістю та ін.), скільки суб'єктивною оцінкою події в контексті можливостей подолання. Стрессова реакція виникає, коли: а) ситуація сприймається як значима та загрозна, б) людина оцінює власні ресурси як недостатні для її подолання. Шкала вимірює, наскільки стресовим, тобто непередбачуваним, неконтрольованим і перевантаженим, людина вважає попередній місяць свого життя. Цим PSS відрізняється від більшості методик, які фіксуються на зовнішніх чинниках стресового впливу та представляють собою перелік проблемних ситуацій, наявність яких респондент оцінює за певний проміжок. Натомість сприйнятий стрес розглядається як загальний результат впливу реальних подій, процесів подолання та ряду інших особистісних і контекстуальних чинників: очікувань, толерантності до фрустрації, рівня накопиченого стресу, ресурсного стану людини, наявності соціальної підтримки і т.ін.

Складається з 10 питань. Респондент відповідає на них, вибираючи один з варіантів: «ніколи», «майже ніколи», «іноді», «часто», «дуже часто».

Бали за деякі питання інвертуються. Це зроблено для того, щоб вищі бали завжди вказували на вищий рівень стресу. Загальний бал є сумою балів за всі питання.

PSS-10 широко використовується в психологічних дослідженнях, клінічній практиці та для моніторингу ефективності програм управління стресом. Його переваги полягають у простоті, швидкості заповнення та високій надійності.

3) Шкала депресії А. Бека (Beck's Depression Inventory, BDI) [63] – це психологічний тест, який використовується для оцінки рівня депресії. Він складається з 21 питання, кожне з яких має декілька варіантів відповіді, що дозволяє оцінити різні аспекти депресивних симптомів.

Мета тесту: оцінка рівня депресії та виявлення депресивних симптомів.

Шкала містить 21 питання – кожне описує симптоми депресії. Запитання передбачають 4 варіанти відповіді – потрібно вибрати відповідний для своєї ситуації. Кожній відповіді надається певна кількість балів. Їхня загальна сума варіюється від 0 до 63. Чим більша цифра, тим вищий рівень депресії. Питання цього опитувальника дозволяють оцінити як загальний бал, що характеризує вираженість симптомів депресії, так і окремі прояви депресивного стану: когнітивно-афективні (CA) та соматичні (SP).

BDI є надійним та валідним інструментом, що широко використовується в клінічній практиці та наукових дослідженнях для скринінгу та моніторингу депресії.

4) Шкала тривоги Спілбергера-Ханіна (State-Trait Anxiety Inventory – STAI) [57] – це один із найпоширеніших і надійних інструментів для вимірювання тривожності. Її розробив Чарльз Спілбергер, а адаптував для використання в Україні Ю.Л. Ханін.

Головна особливість цієї методики полягає в тому, що вона розрізняє два типи тривожності:

Ситуативна (реактивна) тривожність – це стан, який виникає тут і зараз, як реакція на конкретну стресову ситуацію (наприклад, перед іспитом, важливою розмовою, публічним виступом). Вона характеризується напругою, занепокоєнням і нервозністю.

Особистісна тривожність – це стійка, індивідуальна характеристика людини, її схильність сприймати широкий спектр ситуацій як загрозливі та реагувати на них станом тривоги. Це скоріше риса характеру.

Опитувальник складається з 40 питань, розділених на дві частини по 20 питань кожна:

- Перша частина (питання 1-20) спрямована на вимірювання ситуативної тривожності. Респондент оцінює свої почуття на даний момент.
- Друга частина (питання 21-40) вимірює особистісну тривожність. Тут оцінюються звичайні, типові для людини почуття.

Більшість з відомих методів вимірювання тривожності дозволяє оцінити тільки або особистісну, або стан тривожності, або більш специфічні реакції. Єдиною методикою, що дозволяє диференційовано вимірювати тривожність і як особистісну властивість, і як стан, є методика, запропонована Ч. Д. Спілбергером.

5) Коротка шкала тривоги, депресії та ПТСР, також відома як Коротка шкала В.В. Hart, призначена для швидкого первинного скринінгу симптомів, які можуть виникнути у людей після пережитої психотравми. Її основна мета – виявити наявність тривоги, депресії та посттравматичного стресового розладу (ПТСР) [2].

Шкала використовується для експрес-діагностики, щоб швидко визначити, чи є у людини психологічні проблеми після травматичної події.

Вона складається з 10 питань, на які потрібно відповісти «так» або «ні». Кожне питання стосується певного симптому, характерного для тривоги, депресії або ПТСР. Опитувальник пропонує оцінити свій стан після пережитого критичного інциденту. Це дозволяє сфокусуватися на наслідках конкретної травматичної події.

Обробка результатів дуже проста і полягає в підрахунку кількості відповідей «так». «Порогове» значення: більше 4 відповідей «так» вважається «пороговим» значенням. Це вказує на наявність психологічних порушень,

пов'язаних з травматизацією. Чим більше позитивних відповідей, тим більш вираженими є негативні наслідки травми.

б) Опитувальник скринінгу посттравматичного стресового розладу О.А. Блінова [3] – це інструмент для первинної діагностики симптомів посттравматичного стресового розладу у людей, які пережили травматичні події. Він допомагає швидко визначити, чи є у людини ознаки ПТСР і чи потрібна їй подальша консультація фахівця.

Опитувальник складається з 7 питань, на які потрібно відповідати «так» або «ні», де кожна позитивна відповідь вказує на наявність певного симптому.. Кожне питання стосується типових симптомів ПТСР, які можуть виникнути після травмуючої події, наприклад, постійні нав'язливі спогади, кошмари, уникнення ситуацій, що нагадують про подію, відчуття емоційного заціпеніння або підвищена дратівливість.

Використовується в клінічній практиці, психологічному консультуванні, а також у наукових дослідженнях для первинної оцінки стану.

ОС ПТСР є простим та ефективним інструментом для виявлення осіб, які потребують подальшого психологічного обстеження та допомоги.

2.2. Аналіз та інтерпретація результатів.

В опитуванні брали участь респонденти віком 40-50 років. 95% респондентів не виїжджали з України після 24 лютого 2022 року. Це означає, що переважна більшість опитаних осіб перебували на території України протягом усього періоду повномасштабного вторгнення, а 5% респондентів і це жінки, які проживають за межами України. Ця група представляє невелику частку вибірки, але її наявність дозволяє врахувати можливі відмінності у психологічному стані людей, які перебувають за кордоном.

Проведено аналіз даних результатів опитування за Методикою вивчення характерологічних рис особистості для чоловіків та жінок. Дані представлено у вигляді балів за п'ятьма шкалами у таблиці 2.1.

Таблиця 2.1.

Середні показники характерологічних рис особистості

Риса	Жінки	Чоловіки	Висновок
Замкнутість – товариськість	6,91	5,36	Жінки трохи більш товариські, чоловіки частково замкнені
Емоційна стійкість	6,71	6,91	Схожі рівні, невеликі відмінності
Практичність – творчість	6,18	6,22	Баланс схожий, різниці майже немає
Раціональність	6,68	6,45	Жінки мають трохи вищий середній показник
Самоконтроль	8,09	7,64	Жінки мають трохи вищий самоконтроль, але загалом високий рівень у обох групах

Згідно наведеним даним можна так інтерпретувати дані результати:

Замкнутість – товариськість: жінки показали вищу товариськість і це може свідчити про активнішу соціальну взаємодію та взаємопідтримку, що в умовах війни виступає захисним фактором (волонтерська діяльність, комунікація, об'єднання в громади). А ось чоловіки трохи більш замкнуті, що може означати схильність до внутрішньої мобілізації та менше звертання по допомогу, але водночас ризик емоційної ізоляції.

Емоційна стійкість: у чоловіків вона трохи вища, що є важливим для витримки в екстремальних ситуаціях (військова служба, критичні завдання), а у жінок емоційна стійкість теж достатньо висока, але з можливими коливаннями настрою, що компенсується товариськістю (пошук підтримки).

Практичність – творчість: показники практично однакові у обох групах і це свідчить про адаптивність обох груп, здатність знаходити практичні рішення і водночас творчо підходити до нових викликів (наприклад, організація побуту в евакуації, креативні рішення у волонтерстві).

Раціональність: показник трохи вищий у жінок і це вказує на схильність приймати зважені рішення навіть під тиском, що може бути особливо важливо у веденні побуту під час війни, організації сімейного життя, волонтерських чи евакуаційних процесів.

Самоконтроль: дуже високий у обох груп, але вищий у жінок і ця риса критично важлива під час війни: здатність стримувати імпульси, зберігати холонокровність, діяти раціонально навіть під стресом. Також високий самоконтроль допомагає уникати паніки, що підвищує стійкість спільнот і сімейних систем.

Також можемо порівняти дані риси по групах за допомогою кореляційного аналізу за К. Пірсоном і для цього зробимо матрицю аналізу окремо по жінкам у таблиці 2.2. і чоловікам у таблиці 2.3.

Таблиця 2.2.

Кореляційна матриця (r Пірсона) у жіночій групі

Риса	Товариськість	Ем.стійкість	Практичність	Раціональність	Самоконтроль
Товариськість	-	0,30	0,03	-0,08	-0,08
Ем.стійкість	0,30	-	0,22	-0,02	0,29
Практичність	0,03	0,22	-	-0,10	0,02
Раціональність	-0,08	-0,02	-0,10	-	-0,11
Самоконтроль	-0,08	0,29	0,02	-0,11	-

Найсильніші зв'язки (помірні позитивні) бачимо між емоційною стійкістю та самоконтролем і це свідчить, що жінки з більшою емоційною зрівноваженістю мають тенденцію до вищої саморегуляції, що вказує на зрілість емоційно-вольової сфери. А також між товариськістю та емоційною стійкістю і це свідчить, що більш комунікабельні жінки зазвичай мають емоційно стабільніший фон, тобто соціальна активність виступає стабілізатором емоцій.

Негативні або відсутні кореляції (наприклад, раціональність має слабкі зворотні зв'язки) свідчать, що у вибірці жінок когнітивна сфера слабо пов'язана з емоційною, тобто жінки можуть керуватися інтуїтивно-емоційними, а не суто логічними критеріями в поведінці.

Профіль жінок характеризується гармонійним поєднанням емоційної стабільності та соціальної відкритості. Кореляції між основними параметрами помірні, що відображає збалансованість структури особистості: високий самоконтроль поєднується зі стабільністю емоцій і товариськістю. Слабкі зв'язки з раціональністю свідчать про переважання емоційно-інтуїтивного типу мислення у прийнятті рішень.

Таблиця 2.3.

Кореляційна матриця (r Пірсона) у чоловічій групі

Риса	Товариські сть	Ем.стійкі сть	Практичні сть	Раціональні сть	Самоконтр оль
Товариські сть	-	0,19	0,41	-0,06	0,30
Ем.стійкіс ть	0,19	-	0,17	-0,58	0,20
Практичніс ть	0,41	0,17	-	0,09	0,45
Раціональні сть	-0,06	-0,58	0,09	-	0,07
Самоконтр оль	0,30	0,20	0,45	0,07	-

Найсильніші зв'язки по таблиці бачимо між емоційною стійкістю та раціональністю - чітка зворотна кореляція: більш емоційно стабільні чоловіки схильні до меншої когнітивної раціоналізації, тобто емоційна врівноваженість у них може базуватися на спонтанності або інтуїції, а не логічному контролі. Також зв'язок між практичністю та самоконтролем свідчить, що чим більш практична особистість, тим сильніше виражена дисциплінованість та вольовий контроль, а товариськість і практичність вказує, що соціально активні чоловіки часто орієнтовані на дієві, прагматичні рішення.

Інші кореляції слабкі, що вказує на гнучкість характерологічної структури без надмірної залежності між емоційною та когнітивною сферами.

Структура особистісних рис у чоловіків має більш виражену орієнтацію на практичність і самоконтроль, що свідчить про поведінковий реалізм і

вольову спрямованість. Негативна кореляція між емоційною стійкістю та раціональністю вказує на схильність частини респондентів до емоційно-інтуїтивного прийняття рішень. Загалом профіль відображає прагнення до дії та результату, при відносно низькій взаємозалежності емоційних і когнітивних характеристик.

Проведений кореляційний аналіз не має значимих зв'язків, бо кількість осіб складає лише 54 особи, однак прослідковуються певні тенденції до наявності зв'язків і може свідчити про гендерні відмінності у структурі характерологічних рис особистості. У жінок спостерігається вища інтегрованість емоційно-вольової сфери, що проявляється у позитивних зв'язках між емоційною стійкістю, самоконтролем та товариськістю. Це свідчить про більш гармонійну, соціально орієнтовану модель особистості. У чоловіків домінує поведінково-прагматична орієнтація, що відображається у сильних кореляціях між практичністю і самоконтролем, а також у негативному зв'язку між емоційною стійкістю та раціональністю. Така структура вказує на більш утилітарний стиль поведінки, схильність до дії, але з меншою емоційною гнучкістю.

Загалом дані результати демонструють, що жінки більше покладаються на емоційно-комунікативні ресурси і виступають більш соціально інтегрованими, здатними до співпраці, раціонального планування і контролю поведінки. Це робить їх ключовими фігурами у підтримці стабільності родин і громад. А чоловіки – практичні та вольові і демонструють трохи вищу емоційну витримку, що корисно у ситуаціях, пов'язаних із небезпекою та відповідальністю, але їхня схильність до замкненості може створювати ризики емоційного вигорання. Тож баланс рис обох груп свідчить про взаємне доповнення: жіноча соціальна активність та чоловіча витримка разом підсилюють здатність суспільства адаптуватися до тривалого стресу війни.

Далі розглянемо результати проходження учасниками Шкали сприйнятого стресу (PSS-10), який є психологічним інструментом, розроблений для вимірювання того, наскільки людина суб'єктивно оцінює

ситуації у своєму житті як стресові. Це опитувальник, що складається з 10 питань, і дозволяє оцінити рівень стресу за останній місяць. Опитування проводилось у осіб в липні 2025 року і наведено у рис. 2.1.

Більшість жінок мають середній рівень сприйнятого стресу і він складає 63,33%, що вказує на адаптацію до умов, але з ризиком емоційного виснаження. У 10,00% учасниць рівень стресу високий, що вимагає уваги, а натомість у 26,67% жінок рівень стресу низький.

У чоловіків низький рівень стресу мають 29,17% опитуваних, а ось високий всього 4,17%. Загальна ж частка респондентів чоловічої статі мають середній рівень стресу і він становить 66,66%.

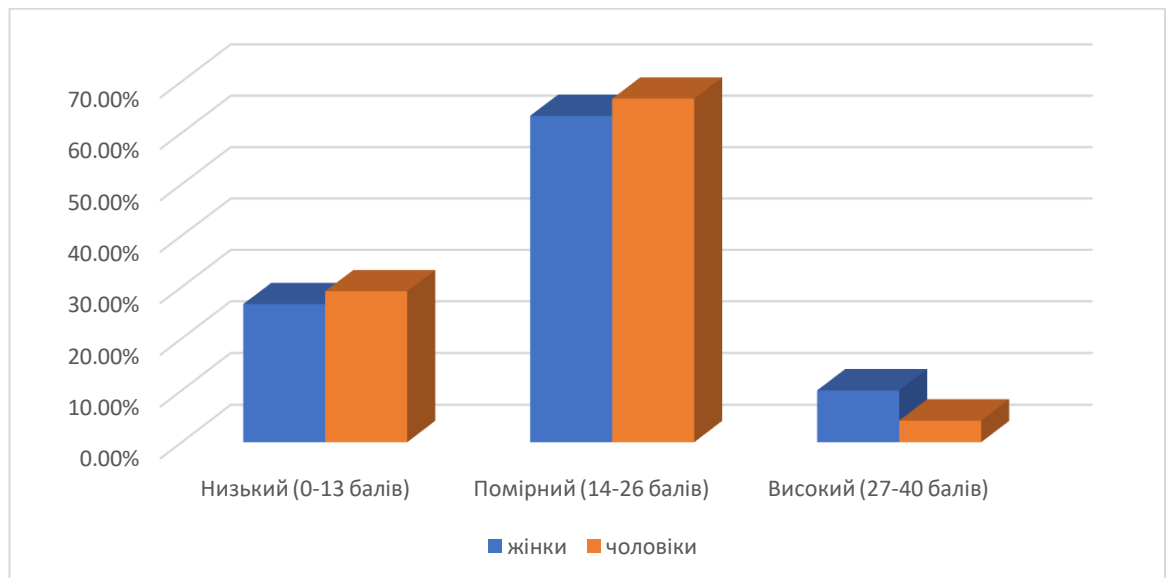


Рис. 2.1. Середнє значення рівнів сприйнятого стресу (PSS-10) за статтю

Жінки мають трохи вищий середній рівень стресу (18,13) у порівнянні з чоловіками (16,88). Проте розкид значень стандартного відхилення (SD) в групах свідчить, що індивідуальні відмінності всередині груп більші, ніж різниця між статями. Стандартне відхилення у жінок становить 6,69, а у чоловіків 6,20. Розрахувавши t-критерій Стьюдента, де $t(\approx 52) = 0,711$, $p = 0,478$ ($p > 0,05$) бачимо що різниця не є статистично значущою у рівні сприйнятого стресу між жінками та чоловіками на рівні даного дослідження.

Максимальні значення у жінок у розмірі 36 балів свідчать про наявність випадків високого рівня стресу, тоді як у чоловіків максимум 30. Загалом обидві групи знаходяться у середньому діапазоні PSS-10 (14–26 балів), що відповідає помірному рівню стресу. Тож стресові фактори впливають на обидві групи приблизно однаково, проте жінки частіше демонструють емоційне переживання та схильні до більшої варіативності у відповідях.

Наступна була проведена діагностика за Шкалою депресії Бека. Її результати наглядно наведені на рис. 2.2. та в таблиці 2.4.

Таблиця 2.4.

Показники депресії Бека

Показник	Жінки	Чоловіки	Висновок
Середній бал	8,65%	7,09%	Жінки мають трохи вищий рівень
Мінімальні прояви (0–9)	64,52%	72,73%	Переважають в обох групах
Легка депресія (10–18)	25,81%	22,73%	Схожі частки
Помірна депресія (19–29)	6,45%	4,54%	Трохи більше у жінок
Виражена депресія (30–63)	3,22%	0,00%	Виявлено лише у жінок

Середні показники депресивної симптоматики у досліджуваних групах відрізняються за статтю. У жінок середній бал становить приблизно 8.65, тоді як у чоловіків – 7,09. Це свідчить про трохи вищий рівень депресії у жінок.

Розподіл учасників за категоріями шкали показує, що в обох групах переважають мінімальні прояви депресії (0–9 балів): 64,52% жінок та 72,73% чоловіків. Легка депресія (10–18 балів) зустрічається у 25,81% жінок і 22,73% чоловіків, що демонструє подібну частку легких проявів у обох статей. Помірна депресія (19–29 балів) трапляється частіше серед жінок — 6,45% проти 4,54% у чоловіків. Високий рівень депресії (30–63 бали) зареєстрований лише у 3,22% жінок, у чоловіків не виявлений.

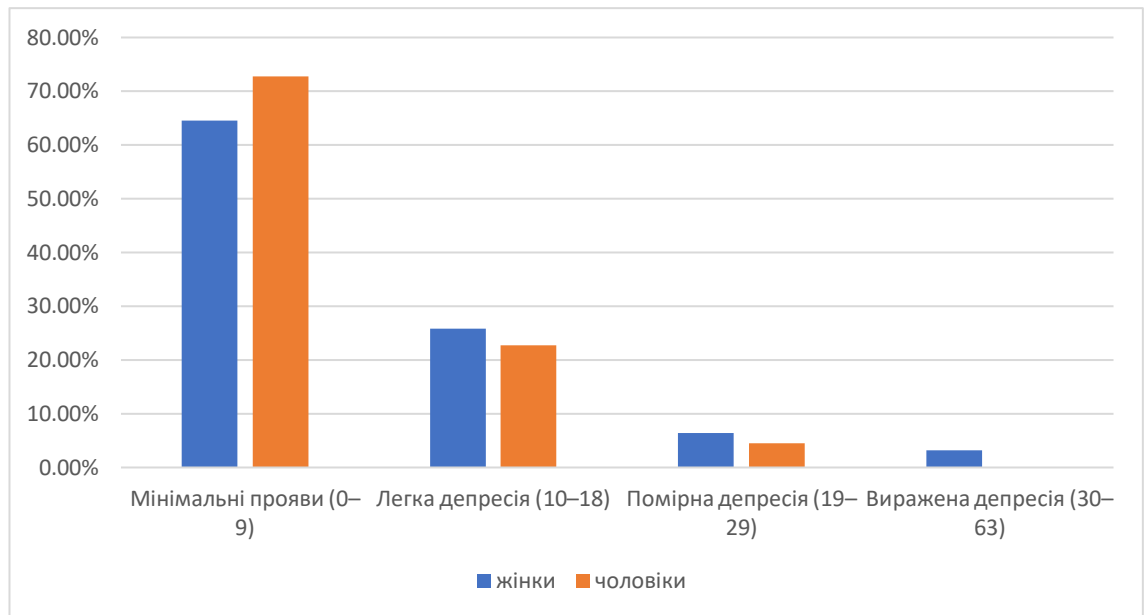


Рис. 2.2. Гендерні відмінності у проявах депресії за результатами методики «Шкала депресії Бека»

Стандартне відхилення у жінок становить 8,05, а у чоловіків 5,14. Розрахувавши t-критерій Стюдента, де $t = 0,86$, $p = 0,39$ ($p > 0,05$) бачимо що різниця не є статистично значущою для даного дослідження.

Тож аналізуючи дані, спостерігається тенденція до вищих рівнів депресивних проявів у жінок, але без статистичної значущості. У чоловіків – більш стабільні та однорідні результати, з меншою дисперсією. Загалом, гендерні відмінності за шкалою А. Бека у цій вибірці відсутні.

Далі використовую Шкалу тривоги Спілбергера-Ханіна, яка є інформативним способом самооцінки рівня тривожності в даний момент (реактивна тривожність як стан) та особистісної тривожності (як стійка характеристика людини). Для наглядності можемо подивитися на рис. 2.3. та побачити середні значення за статтю:

- Жінки (ситуативна тривожність): 46,47 бала - високий рівень і ст.відхилення – 12,05;
- Жінки (особистісна тривожність): 45,8 бала - високий рівень і ст.відхилення – 10,79;

- Чоловіки (ситуативна тривожність): 44,35 бала - верхня межа середнього рівня і ст.відхилення – 9,75;
- Чоловіки (особистісна тривожність): 43,1 бала - середній рівень і ст.відхилення – 7,70.

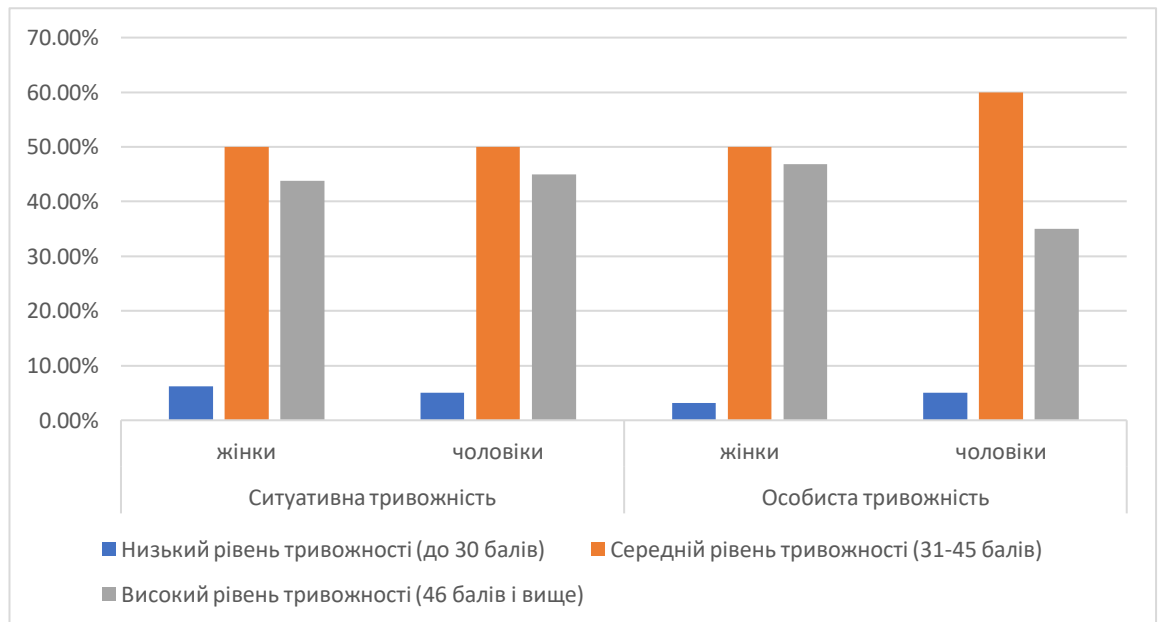


Рис. 2.3. Порівняння особистої та ситуативної тривожності за статтю (Шкала Спілбергера-Ханіна)

Емпіричне t-значення ситуативної тривожності дорівнює 0,70 і оскільки $p=0,49 > 0,05$, різниця у середньому рівні ситуативної тривожності є статистично незначущим. Емпіричне t-значення особистої тривожності дорівнює 1,09 і оскільки $p=0,28 > 0,05$, різниця у середньому рівні особистісної тривожності теж є статистично незначущою для даного дослідження. За результатами t-критерію Стюдента, статистично значущих відмінностей у середніх показниках як ситуативної, так і особистісної тривожності між жінками та чоловіками не виявлено ($p > 0,05$ в обох випадках).

Середні бали жінок за обома шкалами знаходяться на високому рівні тривожності. Показники чоловіків перебувають у межах середнього рівня. Хоча статистична значущість не досягнута, існує чітка числова тенденція до

вищого рівня тривожності в обох формах у групі жінок, що узгоджується із загально психологічними уявленнями.

Проведено опитування тієї ж самої групи осіб за допомогою Короткої шкали тривоги, депресії та ПТСР (В.В. Hart) та дані можна побачити по рис. 2.4.

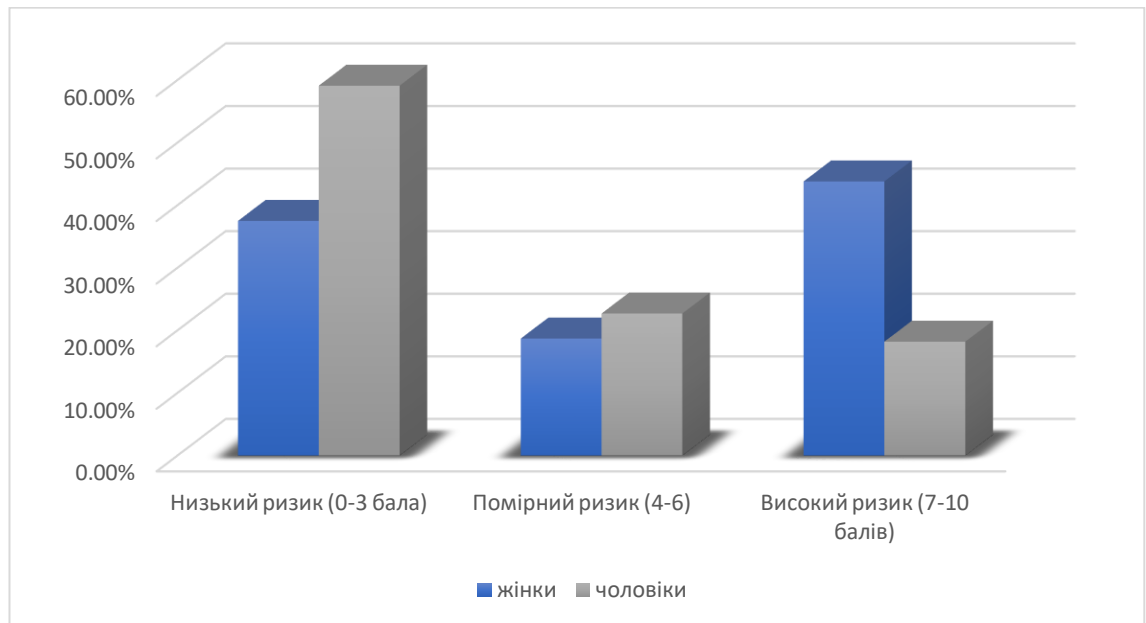


Рис. 2.4. Коротка шкала тривоги, депресії та ПТСР (В.В. Hart): розподіл балів

Категорії розподілу:

- 0–3 (низька симптоматика): жінки 37,50%, чоловіки 59,10%
- 4–6 (помірна): жінки 18,70%, чоловіки 22,70%
- 7–10 (висока): жінки 43,80%, чоловіки 18,20%

Профіль симптоматики відрізняється за статтю. У жінок частка високих балів (7–10) вищі, ніж у чоловіків, що вказує на більш виражений емоційний дистрес у частини жінок вибірки. Розраховавши t-критерій Ст'юдента, де $t = 1,37$, $p = 0,18$ ($p > 0,05$) бачимо що різниця не є статистично значущою для даного дослідження. Це означає, що гендерні відмінності за цією шкалою на даній вибірці не підтверджуються, хоча тенденція в бік вищих показників у жінок присутня.

Виявлена статистична різниця в кількості позитивних відповідей між чоловіками та жінками і хоча ця різниця не є статистично значущою, тим не менш, ця тенденція вказує на більшу схильність жінок до прояву симптомів тривоги, депресії та ПТСР порівняно з чоловіками. Вищі показники у жінок можуть бути пов'язані з більшою емоційною відкритістю та схильністю до інтерналізації стресу. Жінки частіше усвідомлюють та вербалізують свої психоемоційні стани, тоді як чоловіки можуть демонструвати приховані форми стресових реакцій.

Та на завершення досліджень впливу рівня стресу на чоловіків та жінок було використано Опитувальник скрінінгу ПТСР дані по якому можна побачити на рис. 2.5.

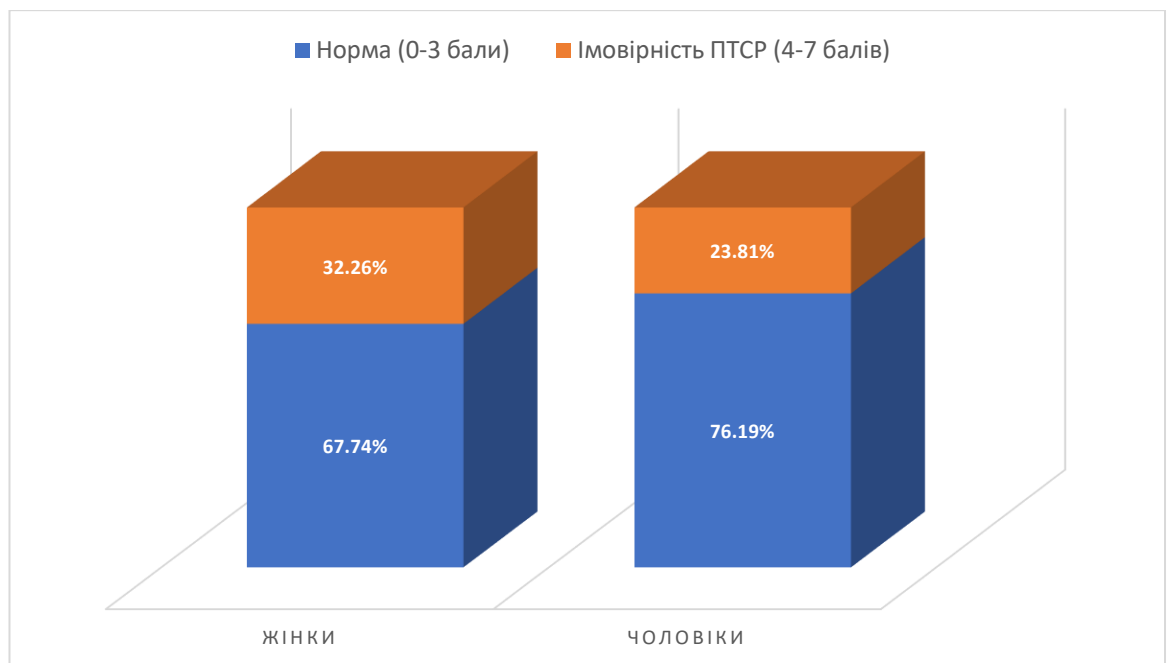


Рис. 2.5. Опитувальник скрінінгу ПТСР: розподіл балів за статтю

Згідно опитувальнику жінки мають середнє значення 2,63, а статистичне відхилення у розмірі 1,58. Чоловіки мають середнє значення 1,76, а статистичне відхилення 1,48. Розрахувавши t-критерій Стюдента, де $t = 2,04$, $p = 0,047$ менший, ніж критичний рівень $\alpha = 0,05$.

Встановлено статистично значущу різницю у даному дослідженні у середньому рівні симптомів ПТСР між гендерними групами. Жінки демонструють значно вищий рівень симптомів ПТСР порівняно з чоловіками.

Це важливий результат у даному дослідженні, оскільки він статистично підтверджує гендерну відмінність. Жінки у вибірці суб'єктивно відчують більш виражені симптоми посттравматичного стресу, що підтверджує загальнотеоретичні дані про вищу вразливість жінок до розвитку ПТСР після травматичних подій.

Проаналізувавши та підрахувавши всі дані по опитувальниках тепер можливо зробити ще й кореляційний аналіз за К. Пірсоном і виявити силу та прослідкувати певні тенденції лінійної залежності між двома метричними змінними, які задовольняють умови нормального розподілу. Для цього зробимо матрицю аналізу окремо по жінкам у таблиці 2.5. і чоловікам у таблиці 2.6.

Таблиця 2.5.

Кореляційна матриця (r Пірсона) у жіночій групі

Шкала	PSS	А. Бек	СТ	ОТ	Б. Гарт	О.А.Блінов
PSS	-	0,38	0,51	0,55	0,30	0,39
А. Бек	0,38	-	0,42	0,38	0,31	0,16
СТ	0,51	0,42	-	0,87	0,56	0,48
ОТ	0,55	0,38	0,87	-	0,65	0,41
Б. Гарт	0,30	0,31	0,56	0,65	-	0,38
О.А.Блінов	0,39	0,16	0,48	0,41	0,38	-

Найвищий зв'язок спостерігається між ситуативною (СТ) та особистісною (ОТ) тривожністю ($r = 0,87$), що свідчить про взаємозалежність поточного емоційного стану та стабільних особистісних рис тривожності.

Значущі кореляції між стресом (PSS) і тривожністю ($r = 0,51-0,55$) підтверджують, що високий рівень сприйнятого стресу безпосередньо впливає на тривожні прояви.

Помірний позитивний зв'язок між шкалою Бека та іншими шкалами ($r = 0,38-0,42$) свідчить, що депресивні симптоми тісно переплітаються з емоційним напруженням і стресом, але не завжди є їх прямим наслідком.

Показники Б. Гарта та О.А. Блінова ($r = 0,38-0,65$) також мають помірні зв'язки з іншими шкалами, що демонструє єдність психоемоційного комплексу, у якому стрес, тривога, депресія й ПТСР взаємопідсилюють одне одного.

Рівень тривожності та стресу в жіночій вибірці взаємопов'язаний на високому рівні. Це підтверджує, що жінки демонструють більш інтегровану реакцію на стрес, де підвищення стресу автоматично тягне за собою підвищення тривожності та депресивних симптомів.

Таблиця 2.6.

Кореляційна матриця (r Пірсона) у чоловічій групі

Шкала	PSS	А. Бек	СТ	ОТ	Б. Гарт	О.А.Блінов
PSS	-	0,48	-0,12	0,26	-0,12	-0,13
А. Бек	0,48	-	0,08	0,27	-0,03	0,12
СТ	-0,12	0,08	-	0,59	0,07	0,31
ОТ	0,26	0,27	0,59	-	-0,19	0,08
Б. Гарт	-0,12	-0,03	0,07	-0,19	-	0,78
О.А.Блінов	-0,13	0,12	0,31	0,08	0,78	-

Єдина виражена кореляція – Б. Гарт та О.А. Блінов ($r = 0,78$), що вказує на сильний зв'язок між короткою шкалою тривоги/ПТСР та скринінговим опитувальником ПТСР, тобто у чоловіків ці показники описують один і той самий конструкт посттравматичної симптоматики.

Решта зв'язків – слабкі або відсутні ($r < 0,30$). Це означає, що психоемоційні стани чоловіків більш диференційовані: наявність стресу не завжди веде до депресії чи підвищеної тривожності.

Позитивна, але незначуща кореляція між стресом (PSS) і депресією ($r = 0,48$) може вказувати, що лише частина чоловіків реагує на стрес депресивно.

Психоемоційна структура у чоловіків менш інтегрована, емоційні реакції більш вибіркові. Чоловіки можуть демонструвати вищу когнітивну або поведінкову регуляцію у відповідь на стрес, що знижує рівень співваріації між показниками.

Якщо порівняти дані аналізу представленої вибірки, прослідковується певна тенденція до наявності зв'язків, хоча для даної кількості респондентів вони не є значущими. Бачимо що жінки демонструють значно вищу взаємозалежність між стресом, тривогою, депресією та ПТСР, що вказує на їх більшу емоційну чутливість до зовнішніх і внутрішніх стресових чинників. У чоловіків виявлено низькі або відсутні кореляції між основними шкалами, що може свідчити про кращу стресостійкість або інші механізми емоційного реагування.

Найвищі кореляції в обох групах – між показниками тривожності (ситуативна - особистісна), але у жінок вони значно сильніші ($r = 0,87$).

Високий зв'язок між шкалами Б. Гарта та О.А. Блінова у чоловіків ($r = 0,78$) свідчить, що ПТСР у чоловіків проявляється більш цілісно, але менш пов'язано з депресією чи стресом.

Висновки до другого розділу

Комплексний аналіз характерологічних рис, емоційно-вольових показників та психоемоційних станів у чоловіків і жінок засвідчив наявність певних гендерних відмінностей у структурі особистісної організації та реагуванні на стресові чинники воєнного часу.

У жінок виявлено вищу товариськість, самоконтроль і раціональність, що свідчить про їхню соціальну орієнтованість, емоційну інтегрованість та адаптивність у складних умовах. Позитивні кореляції між емоційною стійкістю, самоконтролем і товариськістю вказують на гармонійне поєднання емоційних і вольових компонентів, що дозволяє жінкам ефективно підтримувати соціальні зв'язки, проявляти гнучкість і витримку під тиском

зовнішніх обставин. Таким чином, жінки формують більш комунікативно-емоційну модель адаптації, орієнтовану на взаємодопомогу й підтримку соціального середовища.

У чоловіків простежується прагматично-дієва спрямованість особистісної структури: виражені кореляції між практичністю і самоконтролем, а також негативний зв'язок між емоційною стійкістю та раціональністю свідчать про схильність до саморегуляції через дію, практичне мислення та внутрішню мобілізацію. Такий тип реагування є функціональним у ситуаціях, що потребують рішучості й самодисципліни, але може супроводжуватися меншою емоційною гнучкістю та підвищеним ризиком емоційного виснаження.

Результати психодіагностичних шкал (стрес, тривожність, депресія, ПТСР) показують певні тенденції, що жінки мають тенденцію до вищих середніх показників емоційного напруження, проте у більшості випадків різниця не є статистично значущою ($p > 0,05$). Водночас вищі значення симптомів ПТСР у жінок ($p = 0,037$) підтверджують наявність гендерно зумовленої вразливості до посттравматичних переживань. Це може бути пов'язано з більшою емоційною відкритістю, схильністю до інтерналізації стресу та глибшим емоційним переживанням подій.

У чоловіків, навпаки, показники емоційних розладів нижчі та більш однорідні, що відображає вищу емоційну стабільність і контрольованість, хоча й може маскувати внутрішнє напруження через соціальні норми мужності й уникання вираження емоцій.

Кореляційний аналіз показує певну тенденцію, що структура взаємозв'язків між психоемоційними показниками у жінок є більш інтегрованою (високі зв'язки між стресом, тривогою, депресією та ПТСР), тоді як у чоловіків вона більш сегментована та поведінково орієнтована, із домінуванням прагматичних і вольових аспектів.

Загалом, результати дають змогу побачити, що жінки реалізують соціально-комунікативну модель адаптації, базовану на емоційній чутливості,

співпереживанні та взаємній підтримці, тоді як чоловіки орієнтовані на функціональну саморегуляцію, дії та внутрішню мобілізацію ресурсів. Обидві моделі мають адаптивний потенціал, проте відрізняються способами емоційної обробки стресу. У контексті воєнного стану ці результати демонструють взаємодоповнюваність гендерних стратегій подолання: жіноча соціальна згуртованість і чоловіча витримка разом забезпечують стійкість суспільства до тривалого стресу.

РОЗДІЛ 3.

МІЖНАРОДНИЙ ДОСВІД ПРОФІЛАКТИКИ СТРЕСОВИХ СТАНІВ СЕРЕД НАСЕЛЕННЯ

3.1. Рекомендації та заходи щодо підтримки ментального здоров'я з урахуванням гендерних особливостей.

Ментальне здоров'я є одним із ключових чинників загального благополуччя людини. Сучасні наукові дослідження підтверджують, що психологічний стан значною мірою залежить від соціокультурних умов, у яких індивід формується та розвивається [6; 61]. Одним із найбільш впливових чинників виступають гендерні стереотипи, які визначають очікувані норми поведінки для чоловіків і жінок. Ці стереотипи часто диктують, які емоції вважаються «прийнятними» для кожного гендера, створюючи перешкоди для здорового вираження почуттів і, як наслідок, для підтримки ментального здоров'я.

Гендерні стереотипи – це усталені уявлення про «природні» риси та соціальні ролі чоловіків і жінок. Вони мають значний вплив на психологічне функціонування. Гендерні стереотипи, що стосуються ментального здоров'я, є одними з найбільш небезпечних, оскільки вони часто перешкоджають своєчасному зверненню за допомогою [20].

«Чоловіки не плачуть» та «Чоловік має бути сильним» - цей стереотип змушує чоловіків придушувати свої емоції (смуток, страх, біль), що може призвести до їхньої інтерналізації. Замість того, щоб виражати ці почуття, вони можуть вдаватися до деструктивних форм поведінки: зловживання алкоголем, агресія, ризикована поведінка. Суспільство заохочує чоловіків до емоційної стриманості, що ускладнює для них визнання психологічних проблем і пошук допомоги.

«Жінки надто емоційні»: цей стереотип, навпаки, знецінює емоційні переживання жінок. Їхні реакції можуть сприйматися як «істеричні» або

«необґрунтовані», що призводить до стигматизації. У результаті, жінки можуть відчувати сором за свої емоції, уникати їх вираження або ж стикатися з нерозумінням, коли звертаються за допомогою.

У результаті такі стереотипи не лише формують різні патерни реагування на стрес, але й створюють бар'єри для отримання належної психологічної підтримки.

Важливим кроком є публічне визнання того, що гендерні стереотипи негативно впливають на ментальне здоров'я. Психологічні служби, освітні заклади та медіа мають формувати середовище, в якому прояв емоційності розглядається як природний для обох статей. Подолання стереотипів можливе через: розвиток критичного мислення та навичок аналізу соціальних норм; створення безпечних умов для відкритого обговорення емоційних проблем; підтримку чоловіків у вираженні вразливості без страху соціального осуду.

Ефективна система підтримки ментального здоров'я повинна враховувати гендерну специфіку та включати заходи, спрямовані на подолання негативного впливу стереотипів [25].

Просвітницькі кампанії є ефективним методом для руйнування гендерних стереотипів та формування здорового ставлення до ментального здоров'я.

Поширення інформації: кампанії мають інформувати суспільство про те, що емоції є природною частиною людського досвіду, незалежно від гендера. Важливо показувати, що вираження вразливості — це сила, а не слабкість.

Залучення чоловіків: важливо заохочувати чоловіків до відкритого вираження своїх емоцій та звернення за допомогою. Приклади публічних осіб-чоловіків, які відкрито говорять про свій досвід боротьби з депресією чи тривогою, можуть бути надзвичайно ефективними. Це створює «позитивну модель» для наслідування.

Демонстрація різноманіття: освітні програми повинні демонструвати, що не існує єдиного «правильного» способу бути чоловіком або жінкою. Це

сприяє прийняттю індивідуальних особливостей та відходу від жорстких гендерних рамок.

Створення безпечних просторів: просвітницька діяльність має бути спрямована на створення безпечних середовищ (наприклад, у школах, на робочих місцях, в громадах), де люди можуть відкрито говорити про свої проблеми, не боячись осуду.

Для ефективної підтримки ментального здоров'я вкрай важливо забезпечити рівний доступ до ресурсів для всіх, незалежно від статі.

У багатьох суспільствах існує стигма, яка перешкоджає чоловікам звертатися по психологічну допомогу. Стереотип «сильного чоловіка» змушує їх приховувати свої емоційні проблеми, що може призвести до ігнорування симптомів та розвитку серйозних розладів. Для подолання цього бар'єра необхідно:

- проводити інформаційні кампанії, що нормалізують звернення за психологічною допомогою для чоловіків;
- створювати медичні центри та клініки, де чоловіки почуватимуться комфортно, отримуючи психологічні послуги;
- запроваджувати програми медичного страхування, що покривають витрати на психотерапію.

Гендерні нерівності в освіті та на ринку праці також впливають на ментальне здоров'я. Наприклад, недостатня представленість жінок на керівних посадах або, навпаки, високий рівень емоційного вигорання серед жінок через «подвійне навантаження» (робота та домашні обов'язки) створює додаткові стресові фактори. Забезпечення рівних можливостей допомагає знизити цей тиск, сприяючи психологічному комфорту.

Таким чином, рівний доступ до ресурсів знижує ризики соціальної нерівності та сприяє формуванню позитивного емоційного клімату.

Групи підтримки є потужним інструментом для боротьби з відчуттям ізоляції, що часто супроводжує проблеми з ментальним здоров'ям. Вони

створюють безпечний простір, де люди можуть ділитися своїми переживаннями без страху осуду.

Гендерно-орієнтовані групи підтримки: створення окремих груп для чоловіків та жінок може бути ефективним. У чоловічих групах можна обговорювати теми, які є табуйованими в суспільстві, такі як батьківство, кар'єрний тиск, вираження вразливості. Жіночі групи можуть фокусуватися на темах, що стосуються гендерної нерівності, балансу між роботою та особистим життям, післяпологової депресії.

Змішані групи: одночасно, змішані групи підтримки також мають свою цінність. Вони сприяють взаєморозумінню, руйнують стереотипи та дозволяють учасникам дізнатися про досвід іншого гендера, що збагачує їхнє власне сприйняття світу.

Онлайн-платформи та спільноти: використання онлайн-формату робить групи підтримки доступними для людей, які не можуть відвідувати їх особисто через географічні, соціальні або фізичні бар'єри. Анонімність в онлайн-групах може сприяти більшій відкритості та щирості.

Створення безпечних та підтримуючих просторів для ментального здоров'я є багатогранним завданням, яке вимагає системного підходу. Воно включає як забезпечення рівного доступу до ресурсів, так і розвиток спеціалізованих груп підтримки, що враховують гендерні особливості. Активна робота з подолання стереотипів, що існують у суспільстві, є критично важливою для того, щоб кожен, незалежно від статі, міг вільно звертатися за допомогою і отримувати необхідну підтримку для свого ментального здоров'я.

Створення груп підтримки є важливим елементом формування безпечних просторів [41].

Участь у групах допомагає чоловікам і жінкам відчувати приналежність до спільноти та підтримку в складних життєвих ситуаціях. Можливість ділитися власними стратегіями подолання стресу сприяє розвитку нових форм поведінки та емоційної регуляції. Учасники груп відчують прийняття та безпечність, що підвищує рівень відкритості та готовність звертатися по

допомогу. Забезпечення рівних умов для вираження переживань дозволяє зменшити вплив стереотипів, пов'язаних із «чоловічою стриманістю» чи «жіночою емоційністю».

Рівний доступ до ресурсів і створення груп підтримки сприяють зниженню рівня тривожності, депресії та посттравматичних станів. Крім того, такі заходи формують суспільство, в якому панує взаємоповага, толерантність і довіра. Особливо важливим є подолання гендерних бар'єрів, що дозволяє як чоловікам, так і жінкам вільно виражати власні емоції без ризику стигматизації.

Застосування гендерного аналізу в програмах підтримки ментального здоров'я дозволяє виявити специфічні ризики (наприклад, вищий ризик депресії у жінок та суїцидальної поведінки у чоловіків). Це допомагає формувати індивідуалізовані стратегії допомоги, що відповідають реальним потребам різних груп населення [14].

Використання гендерного аналізу у програмах підтримки ментального здоров'я дозволяє:

- виявити специфічні ризики для чоловіків і жінок (наприклад, у жінок вищий ризик депресії, тоді як у чоловіків – суїцидальної поведінки);
- враховувати соціальні чинники, пов'язані зі стереотипами, дискримінацією чи подвійним навантаженням у побутовій та професійній сферах;
- формувати індивідуалізовані стратегії допомоги, які відповідають реальним потребам різних груп населення;
- підвищувати ефективність профілактичних програм через орієнтацію на гендерно специфічні виклики.

Таким чином, гендерний аналіз стає ключовим інструментом для адаптації програм підтримки та підвищення їхньої результативності.

Гендерно-чутлива терапія – це підхід, який визнає, що гендер є важливим фактором у формуванні психічного стану людини, і враховує цей аспект у процесі надання допомоги.

Психологи та психотерапевти повинні проходити спеціальне навчання, щоб розуміти, як гендерні норми впливають на їхніх клієнтів. Фахівці мають усвідомлювати, як стереотипи можуть впливати на їхнє сприйняття клієнтів, і працювати над усуненням упереджень. Важливо використовувати гендерно-нейтральну мову та уникати узагальнень. Фахівці мають вміти адаптувати терапевтичні методики до конкретних потреб чоловіків та жінок. Наприклад, для чоловіків можуть бути більш ефективними поведінкові методики, а для жінок – емоційно-фокусована терапія [56].

Гендерно-чутлива терапія дозволяє розробляти індивідуалізовані програми, які враховують не лише проблему, з якою звернулася людина, але й її гендерний досвід. Це робить процес терапії більш ефективним і допомагає клієнту відчувати себе зрозумілим і прийнятим.

Впровадження гендерно-орієнтованих підходів створює можливість не лише підвищити ефективність терапевтичних інтервенцій, а й сприяє зменшенню соціальних бар'єрів у доступі до допомоги. Жінки отримують підтримку в подоланні подвійного навантаження (робота та сім'я), тоді як чоловіки – простір для безпечного вираження емоцій без ризику стигматизації.

Гендерна рівність є однією з ключових умов демократичного розвитку суспільства та важливим чинником збереження ментального здоров'я. Нерівність між жінками та чоловіками, закріплена в соціальних практиках і культурних стереотипах, спричиняє психоемоційне напруження, підвищений рівень стресу та ризик розвитку психічних розладів. Боротьба з дискримінацією та підтримка рівних прав і можливостей виступають не лише питанням соціальної справедливості, але й необхідною умовою збереження психологічного благополуччя населення .

Гендерна дискримінація проявляється у нерівному доступі до ресурсів, працевлаштування, освіти, а також у стигматизації поведінкових та емоційних проявів жінок і чоловіків. Такі обмеження створюють умови для формування:

- високого рівня тривожності у жінок, що стикаються з подвійним навантаженням (професійна діяльність та домашні обов'язки);

- депресивних станів у чоловіків, на яких тиснуть очікування відповідності «традиційним ролям»;
- ризику соціальної ізоляції, коли індивід не може реалізувати свої здібності через бар'єри дискримінаційного характеру.

Захист від дискримінації передбачає не лише правове регулювання, а й створення соціальних інститутів, які запобігають дискримінаційним практикам і підтримують вразливі групи. Це включає розвиток механізмів скарг, інформаційні кампанії та моніторинг рівня дотримання прав людини.

Прагнення до гендерної рівності передбачає забезпечення однакових прав, можливостей і обов'язків для жінок та чоловіків у всіх сферах суспільного життя. Це включає: рівний доступ до освіти та професійного розвитку, що забезпечує формування конкурентоспроможності на ринку праці; рівність у сфері працевлаштування та оплати праці, що знижує економічний стрес і сприяє стабільності; рівний розподіл обов'язків у сім'ї, що зменшує психологічне навантаження на жінок і дає чоловікам більше можливостей для самореалізації у сфері виховання дітей; участь у прийнятті рішень, що забезпечує баланс інтересів та розвиток інклюзивних практик.

Дослідження доводять, що у суспільствах із високим рівнем гендерної рівності спостерігається нижчий рівень депресії, тривожних розладів і насильства, а також вищий рівень довіри й задоволеності життям.

Акцент на рівних правах та можливостях є не лише політичним чи економічним завданням, але й психологічним ресурсом для індивіда та суспільства загалом. Подолання дискримінації сприяє зниженню психоемоційного навантаження, тоді як забезпечення гендерної рівності формує умови для гармонійного розвитку особистості. Особливо важливо, що такий підхід створює атмосферу довіри, прийняття та взаємоповаги, яка позитивно впливає на колективне ментальне здоров'я.

Психічне здоров'я людини тісно пов'язане з її соціальним та економічним становищем. Гендерна дискримінація та нерівність, що зберігаються в багатьох суспільствах, є не лише проявами несправедливості, а

й значними факторами ризику для розвитку психоемоційних розладів. Забезпечення рівних прав, можливостей та обов'язків для всіх, незалежно від статі, є невід'ємною умовою для створення здорового та стабільного суспільства. Ця стаття аналізує, як боротьба з дискримінацією та підтримка гендерної рівності впливають на ментальне здоров'я.

Гендерна дискримінація – це будь-яка відмінність, виключення або обмеження, що ґрунтується на гендерній приналежності та має на меті або наслідком послаблення чи зведення нанівець визнання, використання або здійснення прав людини.

Наслідки дискримінації: жінки та чоловіки, які стикаються з дискримінацією, піддаються постійному стресу. Це може проявлятися в обмеженні доступу до освіти, медицини, робочих місць, а також у формі нерівної оплати праці, домашнього насильства чи психологічного тиску. Такий тривалий стрес є потужним фактором ризику для розвитку депресії, тривожних розладів, ПТСР та інших психічних проблем.

Чоловіки також можуть бути жертвами дискримінації, що ґрунтується на стереотипних очікуваннях. Наприклад, суспільство може засуджувати чоловіків, які виявляють емоційну вразливість, або тих, хто обрав «нетрадиційні» для свого гендера професії (напр., медбрат, вихователь). Це призводить до ізоляції, фрустрації та, як наслідок, до проблем з ментальним здоров'ям.

Ефективна боротьба з дискримінацією включає не лише законодавче регулювання, але й просвітницьку діяльність. Закони, що захищають від дискримінації на робочому місці, у сфері освіти та медицини, є важливим кроком. Водночас, необхідно працювати над зміною соціальних установок, що є першопричиною дискримінації.

Гендерна рівність – це стан, коли жінки та чоловіки мають однакові права, обов'язки та можливості. Це не означає, що жінки та чоловіки стають однаковими, а що їхні права, обов'язки та можливості не залежать від того, народилися вони чоловіками чи жінками.

Суспільства з високим рівнем гендерної рівності демонструють кращі показники ментального здоров'я. Це пов'язано з тим, що рівність усуває джерела стресу, пов'язані з нерівністю та несправедливістю. Коли людина має можливість реалізувати свій потенціал, незалежно від гендера, це підвищує її самооцінку, життєстійкість та загальний рівень благополуччя.

Гендерна рівність передбачає також рівність у соціальних ролях. Це означає, що і чоловіки, і жінки можуть бути відповідальними за домашні обов'язки, виховання дітей, а також мати рівні можливості для кар'єрного росту. Такий розподіл обов'язків зменшує психологічне навантаження, особливо на жінок, які традиційно несуть на собі основний тягар сімейних обов'язків.

Гендерна рівність дозволяє кожній людині розвивати свої унікальні здібності та інтереси без огляду на соціальні стереотипи. Це сприяє самореалізації та відчуттю контролю над власним життям, що є важливими чинниками стійкості до стресу.

Боротьба з дискримінацією та підтримка гендерної рівності є не лише етичними та соціальними, але й важливими психологічними завданнями. Вони є основою для створення суспільства, де кожен має рівні можливості для досягнення психологічного благополуччя. Відмова від гендерних стереотипів та забезпечення рівних прав є критично важливими кроками на шляху до створення більш здорового, справедливого та стійкого суспільства.

У ході проведеного аналізу було встановлено, що гендерні стереотипи є одним із найбільш значущих соціокультурних чинників, які безпосередньо впливають на ментальне здоров'я індивіда. Вони формують специфічні моделі емоційної поведінки, обмежують можливості вільного вираження почуттів та створюють бар'єри для своєчасного звернення по психологічну допомогу. Чоловіки, які стикаються з вимогою приховувати вразливість, мають підвищений ризик розвитку емоційної дезрегуляції, адиктивної поведінки та суїцидальних тенденцій. Жінки, навпаки, зазнають надмірного соціального

тиску через очікування «надмірної емоційності» та стигматизацію, що сприяє виникненню тривожних і депресивних станів.

Розвиток гендерної рівності у сфері охорони психічного здоров'я сприяє зниженню рівня тривожності, депресії та посттравматичних розладів, а також зміцнює соціальну інтеграцію. Суспільства з високим рівнем гендерної рівності демонструють вищі показники психологічного благополуччя, рівень довіри та соціальної стабільності.

Таким чином, подолання гендерних стереотипів і впровадження гендерно чутливих стратегій у сфері психічного здоров'я є не лише гуманістичним завданням, але й необхідною умовою збереження суспільного потенціалу, формування атмосфери взаємоповаги та стійкості до соціальних викликів.

Висновки до третього розділу

У сучасних умовах глобалізації, соціальних трансформацій і підвищення рівня стресогенності середовища питання підтримки ментального здоров'я набуває особливої актуальності. Проведений аналіз міжнародного досвіду профілактики стресових станів серед населення свідчить, що ефективні програми психічного благополуччя ґрунтуються на комплексному, міждисциплінарному та гендерно чутливому підході.

Встановлено, що гендерні стереотипи суттєво впливають на емоційне благополуччя особистості, визначаючи моделі поведінки, прийнятні у конкретній культурі. Чоловіки частіше стикаються з труднощами у вираженні емоцій і схильні до деструктивних способів подолання стресу, тоді як жінки зазнають соціального тиску через очікування емоційної стриманості або «гіперемоційності». Це вказує на необхідність урахування гендерних особливостей при розробленні та реалізації програм профілактики стресових станів.

Міжнародна практика демонструє, що ключовими умовами збереження ментального здоров'я є:

- формування безпечного соціально-психологічного простору для відкритого обговорення емоцій;
- розвиток просвітницьких кампаній, спрямованих на руйнування гендерних стереотипів;
- створення системи гендерно орієнтованих і змішаних груп підтримки;
- забезпечення рівного доступу до ресурсів психічного здоров'я для чоловіків і жінок;
- підготовка фахівців, які володіють навичками гендерно чутливої терапії.

Важливим напрямом міжнародної профілактичної політики є також посилення ролі держави та громадських інститутів у забезпеченні рівних можливостей, подоланні дискримінації та розвитку культури психологічної підтримки. Гендерна рівність розглядається не лише як соціально-правова категорія, а як чинник стійкості до стресу, емоційної стабільності та соціального добробуту.

Таким чином, міжнародний досвід підтверджує, що формування системи профілактики стресових станів повинно поєднувати правові, освітні, соціально-психологічні та гендерно орієнтовані заходи. Подолання стереотипів, розвиток рівності та створення підтримувального середовища є необхідними умовами для зміцнення ментального здоров'я населення і підвищення психологічної стійкості суспільства загалом.

ВИСНОВКИ

Проаналізувавши теоретичні надбання, можна відзначити, що поняття «стресові фактори» у сучасній психології трактується як сукупність зовнішніх або внутрішніх впливів, які викликають психоемоційну напругу та активують адаптаційні ресурси організму. У своїй роботі зупинилися на визначенні стресових факторів як психосоціальних стимулів, що порушують внутрішню рівновагу особистості та впливають на її емоційний стан, поведінку та когнітивні процеси. Аналіз концепцій Г. Сельє, Р. Лазаруса та сучасних дослідників дозволив узагальнити, що ментальне здоров'я – це не лише відсутність психічних розладів, а насамперед стан внутрішньої гармонії, самоприйняття, ефективного функціонування та здатності до саморегуляції. Таким чином, ментальне здоров'я визначається як динамічний процес підтримання психологічної рівноваги в умовах дії стресогенних чинників.

Враховуючи багатокомпонентну структуру поняття ментального здоров'я у науково-теоретичній парадигмі сучасності, ми дійшли висновку, що воно має біопсихосоціальну природу. Ця система поєднує три рівні функціонування особистості: біологічний (фізіологічні реакції на стрес, гормональна регуляція, соматичні показники); психологічний (емоційна стабільність, когнітивна гнучкість, саморегуляція, самооцінка); соціальний (міжособистісні зв'язки, соціальна підтримка, адаптивна поведінка). Збереження ментального здоров'я можливе лише за умови гармонійної взаємодії цих компонентів. Порушення одного з них призводить до зниження стійкості особистості до стресу та розвитку дезадаптивних станів.

На основі проведеного теоретичного аналізу наукової літератури було охарактеризовано гендерні особливості прояву, сприйняття та подолання стресу. Встановлено, що жінки частіше використовують емоційно-орієнтовані та соціально підтримувальні копінг-стратегії, тоді як чоловіки тяжіють до проблемно-орієнтованих і раціонально-поведінкових способів подолання труднощів.

Гендерні відмінності зумовлені не лише біологічними чинниками (гормональний фон, рівень емоційної чутливості), а й соціокультурними — очікуваннями суспільства щодо «жіночої емоційності» чи «чоловічої стриманості». Це свідчить про необхідність урахування гендерного аспекту при розробленні програм психологічної допомоги та профілактики стресових станів.

З метою організації та проведення емпіричного дослідження впливу стресових факторів на ментальне здоров'я представників різної статі було застосовано психодіагностичний інструментарій, що включав: шкали вимірювання рівня стресу, тривожності, депресії та посттравматичних симптомів (ПТСР), а також методику визначення характерологічних рис особистості.

У дослідженні взяли участь 54 особи (34 жінки та 20 чоловіків). Метою було виявити особливості емоційно-вольової сфери, рівня стресостійкості та характеру взаємозв'язків між психоемоційними показниками з урахуванням гендерної належності.

За результатами кількісного та якісного аналізу встановлено певну тенденцію: у жінок спостерігається вища соціальна орієнтованість, комунікабельність і самоконтроль, що свідчить про їхню емоційну інтегрованість та здатність до адаптації через взаємопідтримку. Водночас у даній вибірці бачимо, що у жінок зафіксовано підвищені показники симптомів ПТСР, що вказує на емоційну вразливість. У чоловіків виявлено тенденцію до прагматично-дієвої моделі саморегуляції з акцентом на практичність і витримку. Кореляційний аналіз за К. Пірсоном прослідковує також певну тенденцію: у жінок структура психоемоційних показників є більш інтегрованою (взаємозв'язки між стресом, тривогою, депресією та ПТСР), тоді як у чоловіків — більш функціональною і поведінково спрямованою. Отримані дані підтверджують наявність гендерно обумовлених відмінностей у способах реагування на стрес і формуванні ментальної стійкості.

На основі узагальнення результатів дослідження були розроблені практичні рекомендації щодо профілактики стресових станів і підтримки ментального здоров'я з урахуванням гендерних особливостей. Зокрема, запропоновано:

- формувати безпечне соціально-психологічне середовище для вільного вираження емоцій;
- розвивати гендерно орієнтовані групи підтримки;
- проводити психоосвітні тренінги з формування стресостійкості;
- підвищувати психологічну культуру населення через просвітницькі програми;
- готувати фахівців, здатних застосовувати гендерно чутливі підходи у психокорекційній практиці.

Такі заходи сприятимуть підвищенню рівня ментального благополуччя, розвитку емоційної компетентності та загальної психологічної стійкості суспільства.

Таким чином, результати дослідження доводять, що забезпечення ментального благополуччя особистості потребує врахування як індивідуально-психологічних, так і гендерних характеристик. Формування стресостійкості можливе за умови розвитку емоційної компетентності, навичок саморегуляції та соціальної підтримки. Запропоновані практичні рекомендації можуть бути використані у діяльності психологів, педагогів, соціальних працівників, а також у програмах збереження ментального здоров'я населення в умовах підвищеної стресогенності сучасного суспільства.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Агаєв Н.А., Кокун О.М., Пішко І.О., Лозінська Н.С., Остапчук В.В., Ткаченко В.В. Збірник методик для діагностики негативних психічних станів військовослужбовців: Методичний посібник. К.: НДЦ ГП ЗСУ, 2016. 234 с.
2. Актуальні питання сучасної психології : збірник наукових праць [за ред : Кузікової С. Б., Щербакової І. М., Пасічник Н. О.]. Суми: Вид-во СумДПУ імені А.С. Макаренка, 2016. 266 с.
3. Блінов О.А. Опитувальник скринінгу посттравматичного стресового розладу (ОС ПТСР). Психологічний часопис: збірник наукових праць. за ред. С.Д. Максименка. 2018. № 1 (11). Вип. 11. С. 26-37.
4. Вельдбрехт, О. О., Тавровецька, Н. І. Шкала сприйнятого стресу (PSS-10): адаптація та апробація в умовах. *Журнал сучасної психології*, 2022. Вип. 2. С. 16-27. URL: <https://doi.org/10.26661/2310-4368/2022-2-2>.
5. Власова Т., Грабовська І., Галицька Ю. Актуальний гендер: міжнародний і український контекст. Монографія. Київ: Міленіум, 2018. 132 с.
6. Всесвітня організація організації здоров'я. Гендер та психічне здоров'є: обзор сучасних досліджень. Женева: ВООЗ, 2021. 84 с.
7. Гаврилькевич В., Олійник, М. Гендерні особливості емоційного реагування на війну. *Psychology Travelogs*. 2023. URL: <https://doi.org/10.31891/PT-2023-3-10>.
8. Галич М. Ю., Литвин В. В. Загальна характеристика посттравматичного стресового розладу в умовах воєнного часу : діагностика та профілактика. Юридична психологія. Випуск № 1 (30). 2022. С. 22-28.
9. Грачов С. В. Психологічні основи дослідження характерологічних рис особистості. Київ: Наукова думка, 1998. 256 с.
10. Гендерні стереотипи та ставлення громадськості до гендерних проблем в українському суспільстві: колект. монографія [ред. Юрій Сасенко та ін.]; Ін-т соціології НАН України, Центр соц. експертиз. Київ: Компанія ВАІТЕ, 2007. 143 с.

11. Жданова І.В. Психологічні аспекти збереження професійного здоров'я майбутніх фахівців у сфері цивільного захисту. Сучасний стан цивільного захисту України та перспективи розвитку: матеріали ХІХ Всеукраїнської науково-практичної конференції. Київ: ІДУЦЗ, 2017. с. 167–170.
12. Жінки vs Чоловіки: відмінності, доведені вченими. Українська правда. 05.12.2013. URL: <http://life.pravda.com.ua/society/2013/12/5/144101>.
13. Зливков В.Л., Лукомська С.О., Федан О.В. Психодіагностика особистості у кризових життєвих ситуаціях. Київ: Педагогічна думка, 2016. 219 с.
14. Захист і підтримка ментального здоров'я українців в умовах воєнного стану: виклики і відповіді : монографія / НАПН України; за заг. ред. В. Г. Кременя; Київ, 2024. 188 с.
15. Іванова Т., Зозуля І. Гендерні особливості прояву тривоги та депресії. Вісник Львівського університету. Серія психологічні науки. 2021. Випуск № 10. С. 68-76.
16. Калашникова, Л. В., Руденко, Ю. Ю., Руденко, С. А. Розуміння сутності ментального здоров'я в контексті комплексного підходу. Наукові записки. Серія: Психологія, (1), 74–81. URL: <https://doi.org/10.32782/cusu-psy-2024-1-10>.
17. Карамушка Л. М. Психічне здоров'я особистості під час війни: як його зберегти та підтримати: Метод. рекомендації. Київ: Інститут психології імені Г.С.Костюка НАПН України, 2022. 52 с.
18. Карамушка Л. Психічне здоров'я: сутність, основні детермінанти, стратегії та програми забезпечення. Psychological Journal. 2021. № 7(5). С. 26–37.
19. Карамушка Л.М. Психологічне здоров'я в умовах війни: сутність, основні складові, умови збереження та підтримки. Серія вебінарів «Психологічна підтримка особистості в умовах війни» (Україна-Польща).

Вебінар № 2 «Як зберегти й підтримати психічне здоров'я в умовах війни?». 13 квітня 2022 р. YouTube: <https://www.youtube.com/watch?v=cTeahzn1J04>.

20. Ковальчук О. В. Гендерні стереотипи та їх вплив на психічне здоров'я особистості. Київ: Інститут психології НАПН України, 2020. 176 с.

21. Костіна Т. О. Гендерні виміри сучасності: гендерна різноманітність. Наукові записки Національного університету "Острозька академія". Серія: Психологія. 2020. Вип. 10. С. 32-36. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Nznuoapp_2020_10_8.

22. Костіна Т. О. Вивчення гендеру та гендерних ролей особистості в зарубіжній психології. URL: <https://doi.org/10.32999/ksu2312-3206/2020-1-13>.

23. Корольчук В. М. Психологічні засади дослідження стресостійкості особистості. Наукові студії із соціальної та політичної психології. 2011. Вип. 26. С. 183-192.

24. Костєва Т.Б. Вплив ментального здоров'я на життєдіяльність особистості. URL: <https://lib.chmnu.edu.ua/pdf/naukpraci/pedagogika/2018/311-299-6.pdf>.

25. Лісова, Т. Психологічна допомога з урахуванням гендерних відмінностей: навч. посібник. Львів: Видавництво ЛНУ, 2019. 210 с.

26. Ложачевська О.М., Дікфідан О. Стрес під час війни: теоретичні моделі та практичні підходи до стресостійкості. Здобутки економіки: Перспективи та інновації. 2024. № 10.

27. Ложкін Г.В., Блохіна І.О. Психологічний стрес: розвиток і подолання: комплекс навчально-методичного забезпечення для підготовки аспірантів за спеціальністю 053 «Психологія» Укл.: Київ: КПІ ім. Ігоря Сікорського, 2016. 32 с.

28. Любіна Л. Як захистити своє ментальне здоров'я в умовах постійного стресу. Буковинський ДМУ. 10.05.2022. URL: <https://www.bsmu.edu.ua/blog/yak-zahystyty-svoye-mentalne-zdorovya-v-umovah-postijnogo-stresu/>.

29. Марковська М. Стрес і психологічна травма. Що з нами відбувається зараз. Нова українська школа. Смарт освіта. 7 квітня 2022 р. URL: <https://nus.org.ua/2022/04/07/stres-i-psyhologichna-travma-shho-z-namy-vidbuvayetsya-zaraz/>.

30. Матвєєва О.А. Гендерні особливості агресивної поведінки у працівників слідчих органів. Юридична психологія. 2016. № 2. с. 139-146.

31. Ментальне здоров'я особистості та організації. Академія праці, соціальних відносин і туризму / Колективна монографія за заг. ред.: Г. А. Пріба, Л. Є. Бегези. Київ : ТОВ «Типографія АМГ», 2024. 518 с.

32. Методики вивчення повсякденного стресу і способів розв'язання кризових життєвих ситуацій / О. Я. Кляпець, Б. П. Лазоренко, Л. А. Лєпіхова, В. В. Савінов ; За ред. Т. М. Титаренко. К. : Міленіум, 2009. 120 с.

33. Науково-методологічні дослідження у фізичній культурі і спорті, фізичній терапії, ерготерапії, туризмі: колективна монографія за результатами завершених у 2019 році наукових досліджень і розробок: у 4 т. / [за ред. Є. В. Імаса, О. В. Борисової, І. О. Когут] // Історичні та організаційно-методичні засади формування гендерного підходу у фізичному вихованні дітей, підлітків і молоді / [Т. Ю. Круцевич, О. Ю. Марченко, Н. Є. Пангелова]. Київ: Національний університет фізичного виховання і спорту України, 2020. Т. 1. 172 с.

34. Овчаренко О.Ю. Психологія стресу та стресових розладів : навч. посіб. Київ: Університет «Україна», 2023. 266 с.

35. Овчаренко О.Ю. Управління стресом: практичні інструменти самодопомоги: навч. посіб. Київ: Університет «Україна», 2024. 248 с.

36. Омельченко Я. М. Значення типу реагування на стрес значимих дорослих у процесі формування стресостійкості особистості. Психологічний часопис. 2019. №9. С. 169-181.

37. Основи теорії гендеру: Навчальний посібник. Київ: «К.І.С.», 2004. 536 с.

38. Панько Т. В. Психічне здоров'я та ставлення українців до психологічної допомоги під час війни. Психіатрія : огляд. 2023. Випуск №11. С. 10-15.

39. Пашинська К. Вплив психологічних факторів стресу на ментальне і фізичне здоров'я. Спеціалізований медичний портал. 22.04.2025. URL: <https://health-ua.com/gastroenterology/mizdisciplinari-problemi/80106-vpliv-psixologicnix-faktoriv-stresu-na-mentalne-i-fizicne-zdorovia>.

40. Підтримка ментального здоров'я в часи війни, 27.06.2023. URL: <https://niss.gov.ua/news/komentari-ekspertiv/pidtrymka-mentalnoho-zdorovya-v-chasy-viyny>.

41. Пшук, І. І., Лях, Т. О. Гендерні особливості розвитку та подолання стресу. Вінниця: Нова Книга, 2021. 224 с.

42. Радченко О.М. Теорія стресу та філософські погляди Ганса Сельє: значення для сучасної медицини. Медична газета «Здоров'я України 21 сторіччя» № 15-16 (532-533), 2022 р.

43. Ракітіна, В. М. Гендерні особливості реакції на стрес. Соціально-психологічні технології розвитку особистості : зб. наук праць за матеріалами VIII Усеукраїнської науково-практичної конференції молодих вчених, аспірантів та студентів «Соціально-психологічні технології розвитку особистості» (м. Херсон, 07 квітня 2023 р.) [Електронний ресурс], ред. колегія : І. Р. Крупник, І. С. Попович, Н. І. Тавровецька, О. М. Танасійчук (відп. за випуск) та ін. Херсон : Херсон ; Івано-Франківськ : ХДУ, 2023. С. 135-138. URL: <https://ekhsuir.kspu.edu/handle/123456789/17697>

44. Рогачко В. О. Гендерні особливості поведінки в стресових ситуаціях. URL: <https://dspace.onu.edu.ua/server/api/core/bitstreams/afe888e5-dfd5-4763-9d4b-88c0ec5f69e2/content>.

45. Сельє Г. Анатомія стресу. Вінниця: Медкнига, 2024. 148 с.

46. Сельє Г. Стресс без дисстресса. Журнал неврології ім. Б.М. Маньковського. 2016. Т. 4, № 1. С. 78-89. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/jorn_2016_1_13.

47. Система у сфері психічного здоров'я та психосоціальної підтримки в Україні «Ти як?». Цільова модель 2.0.

48. Старик В. А. Гендерні відмінності стресостійкості у фахівців допоміжних професій. Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія Психологічні науки, 2017. Вип. 4. Т.2. С. 152-157. URL: <https://journals.indexcopernicus.com/api/file/viewByFileId/509855.pdf>

49. Технології забезпечення психічного здоров'я та благополуччя освітнього персоналу в умовах війни та післявоєнного відновлення: монографія. Л. М. Карамушка, О. В. Креденцер, К. В. Терещенко та ін. За ред. Л. М. Карамушки. Київ: Інститут психології імені Г.С. Костюка НАПН України, 2024. 288 с.

50. Технології психотерапевтичної допомоги постраждалим у подоланні проявів посттравматичного стресового розладу: монографія / З. Г. Кісарчук, Я. М. Омельченко, Г. П. Лазос та ін.; за ред. З. Г. Кісарчук. Київ: Видавничий Дім «Слово», 2020. 178 с.

51. Ткачишина О.Р. Проблема ментального здоров'я в Україні: психологічний аналіз. Психофізіологія та медична психологія. 2023. Вип. 53. С. 207–211.

52. Ткачишина О.Р., Столярчук О.А. Конструктивна поведінка особистості у контексті проблеми психічного та психологічного здоров'я. Вчені записки Таврійського національного університету імені В.І. Вернадського. Серія «Психологія». Видавничий дім «Гельветика», 2023. Т. 34 (73). № 1. С. 78–83.

53. Фромм Е. Психоаналіз і соціологія. URL: https://shron1.chtyvo.org.ua/Fromm_Erich/Psykhoanaliz_i_sotsiolohiia.pdf

54. Чабан О.С., Хаустова О.О. (2022) Медико-психологічні наслідки дистресу війни в Україні: що ми очікуємо та що потрібно враховувати при наданні медичної допомоги. Укр. мед. часопис, 4: 150. URL: www.umj.com.ua/uk/publikatsia-248382-stres-ta-trivoga-psihosomatichnij-pidhid-do-terapiyi.

55. Шевченко А.М. Теоретичні аспекти дослідження психологічного здоров'я особистості. Організаційна психологія. Економічна психологія. 2018. № 1 (12). С. 109
56. Шевченко О. Гендерна рівність і психічне здоров'я: виклики та перспективи. Харків: ХНУ, 2021.
57. Шкала ситуативної та особистісної тривожності Ч. Д. Спілбергера - Ю. Л. Ханіна. URL: <https://mozok.ua/depressiya/testy/item/2703-shkala-trevogi-spilbergera-STAI>
58. Щотка О.П. Гендерна психологія: навч. посіб. Ніжин: Видавець ПП Лисенко М.М., 2019. 359 с.
59. Янцур М. С. Модернізація методики вивчення характерологічних рис особистості: теоретичні засади та практичні аспекти // Вісник психології. 2012. №3. С. 45–53.
60. Ярошенко, А., Семигіна, Т. Апробація україномовних версій опитувальників для вивчення гендерних упереджень, 2023.
61. American Psychological Association. Gender and mental health. Washington, DC: APA, 2020.
62. Basowitz H. The judgment of ambiguous stimuli as an index of cognitive functioning in aging / H.Basowitz // Journal of Personality. 1956. Vol. 25. P. 81-95.
63. Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J. E., & Erbaugh, J. K. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4(6), 561–571.
64. Cox T. Stress, coping and problem solving / T. Cox // Work & Stress. 1987. Vol.1. P. 5-14.
65. Cox T. A Transactional approach to occupational stress / T. Cox, C.J. Mackay. Corlett and J. Richardson (Eds.), Stress, Work Design and Productivity. Chichester : Wiley & Sons, 1981. 300 p.
66. Mechanic D. Students Under Stress: A Study in the Social Psychology of Adaptation / D.Mechanic. New York: The Free Press, 1962. 231 p.

67. Holmes T.H. The social readjustment rating scale / T.H.Holmes, R.H. Rahe, // Journal of Psychosomatic Research. 1967. Vol. 11. P. 213-218
68. Lazarus R.S. Psychological Stress and the Coping Process / R.S. Lazarus. New York: McGraw-Hill, 1966. 320 p.
69. Lazarus, R. S., & Folkman, S. Stress, Appraisal, and Coping. Springer, 1984.
70. Lindemann E. Symptomatology and Management of Acute Grief / E.Lindemann // American Journal of Psychiatry. 1944. Vol. 101 (2). P. 141–148.
71. New WHO prevalence estimates of mental disorders in conflict settings: a systematic review and metaanalysis / F. Charlson et al. The Lancet. 2019. P. 240–248.
72. Peterson C. Character Strengths and Virtues. A Handbook and Classification / C.Peterson, M.Seligman. N.Y.: Oxford University Press, 2004. 480 p.
73. Rosenstock I.M. The health belief model and preventative behavior / I.M. Rosenstock // Health education monographs. 1974. Vol. 2. P. 354-386.
74. Schkade J.K. Perspectives in Human Occupation / J.K.Schkade, S.Schultz. Ch. Basic Royeen (eds), Lippincott Williams & Wilkins, Baltimore, MD, 2003. P. 181-221.
75. Stoller, R. J. Perversion: The Erotic Form of Hatred. New York: Pantheon Books, 1975.
76. WHO. Mental health, 2022. URL: <https://www.who.int/teams/mental-health-and-substance-use/world-mental-health-report>.
77. Wolff H. G. Stress and Disease / H. G. Wolff. 2nd ed. Springfield, III: Charles C Tomas 1968. 200 p.
78. World Health Organization. «Mental health: strengthening our response». URL: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>.

ДОДАТКИ

Додаток 1

Методика вивчення характерологічних рис особистості

Інструкція. Прочитавши твердження і варіанти відповідей у «Бланку опитувальника» відповідно до них ти повинен в «Бланку відповідей» під відповідними номерами поставити свою відповідь у вигляді знаку плюс («+») відповідної колонки («а», «б» чи «в»). Довго не роздумуй і відповіді не змінюй.

№	Питання
1	Я міг би жити один, далеко від людей: а. так б. інколи с. ні
2	Інколи я погано себе почуваю без особливих на те причин: а. так б. не знаю с. ні.
3	Читаючи про якийсь особливий випадок, я цікавлюсь всіма подробицями: а. так, завжди б. інколи с. рідко.
4	Коли друзі жартують наді мною, я переважно сміюсь разом з ними і зовсім не ображаюсь: а. вірно б. не знаю с. не вірно.
5	Те, що деякою мірою відволікає мою увагу від чогось: а. дратує мене б. щось середнє с. не турбує мене.
6	Мені подобається товариш: а. інтереси якого носять діловий і практичний характер; б. не знаю; с. який відрізняється глибоко продуманими поглядами на життя.
7	На підприємстві мені було б цікавіше: а. працювати з машинами та механізмами і приймати участь в основному виробництві; б. важко сказати с. розмовляти з людьми, займатися суспільною роботою.
8	У мене завжди вистачає енергії, коли це необхідно: а. так б. важко сказати с. ні.
9	Я швидше розкрив би свої особисті думки:

	a. моїм хорошим друзям b. не знаю c. в своєму щоденнику.
10	Я не можу спокійно слухати, як інші люди проголошують ідеї, протилежні тим, у які я твердо вірю: a. вірно b. важко відповісти c. не вірно.
11	Я настільки практичний і обережний, що зі мною трапляється менше неочікуваних випадків, ніж з іншими людьми: a. так b. важко сказати c. ні
12	Я гадаю, що я говорю неправду рідше, ніж більшість людей: a. вірно b. важко відповісти c. не вірно.
13	Я надав би перевагу працювати: a. в установі, де б мені випало керувати людьми і бути серед них; b. важко відповісти; c. бути вільним спеціалістом.
14	Те, що я роблю, у мене не виходить: a. рідко b. щось середн c. часто.
15	Навіть, якщо мені кажуть, що мої ідеї не можуть бути здійсненими, це мене не зупиняє: a. вірно b. не знаю c. не вірно.
16	Я намагаюсь сміятись з жартів не так голосно, як це робить більшість людей: a. вірно b. не знаю c. не вірно.
17	Зусилля, що витрачені на складання планів: a. ніколи не зайві b. важко сказати c. не варті цього.
18	Мені більше подобається працювати з людьми вишуканими, витонченими, ніж з людьми відвертими і прямолінійними: a. так b. не знаю c. ні
19	Мені приємно зробити людині послугу, погодившись призначити зустріч з нею на час, зручний для неї, навіть, якщо це незручно для мене: a. так b. інколи c. ні.
20	Коли я лягаю спати, я: a. засинаю швидко b. щось середнє

	с. засинаю важко
21	Якби я працював у магазині, я хотів би: а. оформляти вітрини б. не знаю с. бути касиром.
22	Я надаю перевагу: а. самому вирішувати питання, що стосуються мене особисто; б. важко відповісти; с. радитися зі своїми друзями.
23	Акуратні та вимогливі люди не вживаються зі мною: а. вірно б. інколи с. не вірно
24	Якщо люди про мене думають погано, то я намагаюсь їх переконати, продовжуючи діяти по-своєму: а. так б. важко сказати с. ні
25	Трапляється, що я цілий ранок не хочу ні з ким розмовляти: а. так б. інколи с. ніколи.
26	Мені буває самотньо: а. часто б. інколи с. ніколи
27	Я часто думаю, що найдраматичніші події вже через рік не залишать в моїй душі жодного сліду: а. так б. важко сказати с. не вірно.
28	Я думаю, що було б цікавіше бути: а. ботаніком і працювати з рослинами; б. не знаю; с. страховим агентом.
29	Якщо питання, яке потрібно вирішити, дуже складне і вимагає від мене багато зусиль, я намагаюсь: а. зайнятися іншими питаннями; б. важко відповісти; с. ще раз спробую вирішити це питання.
30	Вночі мені сняться фантастичні і безглузді сни: а. так б. інколи с. ні.

Обробка результатів. Кожна відповідь оцінюється в балах, які проставляються біля кожного запитання. Відповідь «б» завжди оцінюється 1 балом. На запитання 1-7 та 23-30, якщо ти відповів стверджено «а», то вона

оцінюється в 0 балів, а якщо ти відповів «в», то – 2 бали. За відповіді на запитання 8-22 на твердження ти відповів «а» – 2 бали, «в» – 0 балів. Потім у відповідності з дешифратором сумуються бали за групами характерологічних рис опитантів і їх результати заносяться до відповідної таблиці.

Чим вищий бал за певною шкалою, тим більш виражена відповідна характерологічна риса.

Дешифратор по методике С. Грачова

Характерологічна риса	№№ запитань
Замкнутість – товариськість	1, 7, 9, 13, 19, 25
Емоційна стійкість – нестійкість	2, 5, 8, 14, 20, 26
Практичність, творчість	3, 6, 15, 18, 21, 27
Раціональність, зваженість	4, 10, 16, 22, 24, 28
Самоконтроль	11, 12, 17, 23, 29, 30

Додаток 2

Шкала сприйнятого стресу (PSS-10)

Запитання в цій шкалі стосуються Ваших почуттів і думок протягом останнього місяця. Будь ласка, для кожного пункту виберіть один із наступних варіантів відповіді, що відображує як часто ви відчували або міркували в певний спосіб: 0 = ніколи, 1 = майже ніколи, 2 = іноді, 3 = досить часто, 4 = дуже часто.

№	Питання	варіанти			
1	Як часто за останній місяць ви були засмучені через щось, що трапилося несподівано?	1	2	3	4
2	Як часто за останній місяць ви відчували, що не можете контролювати важливі речі у вашому житті?	1	2	3	4
3	Як часто за останній місяць ви відчували знервованість та стрес?	1	2	3	4
4	Як часто за останній місяць ви були впевнені, що зможете вирішити свої особисті проблеми?	1	2	3	4
5	Як часто за останній місяць ви відчували, що все відбувається по-вашому (відповідно до ваших бажань, планів та поглядів)?	1	2	3	4
6	Як часто за останній місяць ви відчували, що не можете впоратися з тим, що маєте зробити?	1	2	3	4
7	Як часто за останній місяць ви були здатні контролювати роздратованість з приводу того, що відбувається у вашому житті?	1	2	3	4
8	Як часто за останній місяць ви почувалися «господарем становища»?	1	2	3	4
9	Як часто за останній місяць ви були розсерджені через події, на які не могли впливати?	1	2	3	4
10	Як часто за останній місяць ви відчували, ніби труднощів накопичилося так багато, що ви не можете їх подолати?	1	2	3	4

Інтерпретація результатів. Опис вираженості сприйнятого стресу представлений на основі сирих балів

Отримані бали	Рівень сприйнятого стресу	Опис
0-13	Низький	Слабо сприйнятий стрес
14-26	Помірний	Помірно сприйнятий стрес
27-40	Високий	Сильно сприйнятий стрес

Додаток 3

Опитувальник депресії А. Бека (BDI)

Опитувальник складається з групи тверджень. Прочитайте кожну групу тверджень і виберіть те, яке найбільш точно характеризує ваше самопочуття, мислення і настрої на сьогодні. Спершу необхідно прочитати усі твердження в одній групі і лиш тоді робити вибір. Ключ до опитувальника: 0-9 балів — відсутність депресії, 10-18 балів — легка депресія, 19-29 балів — депресія середньої тяжкості, а 30-63 балів — важка депресія.

1	0. Мені не сумно. 1. Мені сумно, я чуюсь пригніченим. 2. Я увесь час чуюсь сумним, пригніченим і не можу відволіктись від цього стану. 3. Я відчуваю нестерпний сум та тугу.
2	0. Я спокійно думаю про майбутнє. 1. Думки про майбутнє викликають в мені страх та тривогу. 2. Мені нема чого чекати від майбутнього і на що надіятися. 3. Я відчуваю, що в моєму майбутньому нема нічого доброго і я нічого не можу змінити.
3	0. Я не відчуваю себе невдахою. 1. Я відчуваю, що в мене більше невдач, ніж у інших людей. 2. Моє життя – це суцільна низка невдач та помилок. 3. Я абсолютний невдаха в усьому (навчанні, праці, сімейному житті і т.д.)
4	0. Я отримую задоволення від улюблених занять і речей. 1. Я не отримую такого задоволення, як раніше од улюблених занять та речей. 2. Я ні від чого не отримую задоволення. 3. Будь-яке заняття викликає в мені нудьгу та тугу.
5	0. Я не відчуваю відчуття провини. 1. Я доволі часто відчуваю провину. 2. Я дуже часто чуюсь поганою людиною і мене мучить відчуття провини. 3. Мене мучить постійне відчуття провини.
6	0. Я не вважаю, що заслуговую покарання. 1. Я допускаю, що заслуговую покарання. 2. Я вважаю, що маю бути покараний. 3. Я відчуваю, що доля карає мене.
7	0. Я в основному задоволений тим, ким я є. 1. Я незадоволений собою. 2. Я гидкий собі. 3. Я ненавиджу себе.
8	0. Я не думаю, що я гірший, ніж інші люди. 1. Я критикую себе за слабкості та помилки. 2. Я постійно докоряю собі за різні помилки. 3. Я докоряю собі за усе погане, що діється навколо.
9	0. У мене не виникає думок про самогубство. 1. У мене бувають думки про самогубство, але я знаю, що не зроблю цього. 2. Я хочу вмерти і планую самогубство.

	3. Якщо б була нагода, я б зробив самогубство.
10	0. Я не плачу більш часто, ніж звичайно. 1. Я плачу частіше, ніж звичайно. 2. Я увесь час плачу. 3. Раніше я часто плакав, але тепер не можу заплакати навіть тоді, коли мені цього хочеться.
11	0. Я не дратуюсь частіше, ніж звичайно. 1. Я дратуюся легше, ніж звичайно. 2. Я постійно відчуваю роздратування та почуття внутрішнього незадоволення. 3. Те, що раніше дратувало мене, тепер мені стало байдуже.
12	0. Я не втратив цікавості до людей. 1. Люди цікавлять мене менше, ніж раніше. 2. Я майже повністю втратив інтерес до людей. 3. Люди мені глибоко байдужі.
13	0. Мені не є важче, ніж звичайно приймати рішення. 1. Тепер частіше, ніж раніше я зволікаю з прийняттям рішень. 2. Мені дуже важко прийняти будь-яке рішення. 3. Я не в стані приймати жодних рішень.
14	0. Я не вважаю, що виглядаю гірше, ніж звичайно. 1. Мене турбує, що я виглядаю дещо гірше ніж звичайно і старшим, ніж на свій вік. 2. Я відчуваю, що з кожним днем виглядаю усе гірше. 3. Я переконаний, що виглядаю жахливо.
15	0. Мені працюється так, як і раніше. 1. Тепер мені часто доводиться змушувати себе братися до праці. 2. Я з великою трудностю змушую себе взятися до праці. 3. Я не в стані працювати.
16	0. Я сплю не менше і не гірше, ніж раніше. 1. Я сплю гірше, ніж раніше. 2. Я пробуджуюся на 1-2 години раніше, ніж звичайно і мені важко знову заснути. 3. Я пробуджуюся на декілька годин раніше, ніж звичайно і вже не можу заснути.
17	0. Я не втомлююся більше, ніж звичайно. 1. Я втомлююся значно легше, ніж раніше. 2. Я втомлююся від будь-якого заняття. 3. Я чуюся настільки втомленим, що не в стані будь-чим займатися.
18	0. У мене нормальний апетит. 1. У мене погіршився апетит. 2. У мене майже відсутній апетит. 3. У мене зовсім нема апетиту.
19	1. Моя вага залишається незмінною. 2. За останній час я схуд більше ніж на 3 кг. 3. За останній час я схуд більше ніж на 5 кг. 4. За останній час я схуд більше ніж на 7 кг.
20	0. Моє тілесне здоров'я є добре. 1. Мене турбують наявні у мене фізичні симптоми. 2. Я дуже занепокоєний наявними в мене фізичними симптомами. 3. Я настільки занепокоєний станом свого тілесного здоров'я, що практично не можу думати ні про що інше.
21	0. Мій інтерес до статевого життя за останній час не зменшився. 1. Статеве життя мене цікавить зараз менше, ніж звичайно. 2. Мій інтерес до статевого життя значно зменшився. 3. Я повністю втратив інтерес до статевого життя.

Додаток 4

Шкала ситуативної та особистісної тривожності Ч. Д. Спілбергера – Ю.Л. Ханіна

Методика є інформативним способом самооцінки рівня тривожності у даний момент (реактивна тривожність, як стан) і особистісної тривожності (як стійка характеристика людини). Розроблена Ч. Д. Спілбергером і адаптована Ю. Л. Ханіним. Така інформація буде корисною і для оцінки реакції особистості на хворобу і майбутнє лікування, і для визначення вираженості тривожності як стійкої особистісної риси, допоможе визначитися з методами психотерапії. При відповіді на питання поставьте цифру, яка відображає ваше бачення: 1 = ні, не зовсім так, 2 = мабуть так, 3 = вірно, 4 = цілком вірно.

А. Шкала самооцінки реактивної тривожності

Інструкція. Прочитайте уважно кожне з приведених нижче тверджень і закресліть відповідну цифру праворуч від кожного з тверджень залежно від того, як Ви себе відчуваєте в даний момент. Над твердженнями довго не замислюйтесь, бо правильних чи неправильних варіантів відповідей немає.

Твердження	варіанти			
1. Я спокійний	1	2	3	4
2. Мені нічого не загрожує.	1	2	3	4
3. Я напружений.	1	2	3	4
4. Я відчуваю співчуття.	1	2	3	4
5. Я відчуваю себе вільно.	1	2	3	4
6. Я прикро вражений.	1	2	3	4
7. Мене хвилюють можливі негаразди.	1	2	3	4
8. Я відчуваю себе відпочившим.	1	2	3	4
9. Я насторожений.	1	2	3	4
10. Я відчуваю внутрішнє задоволення.	1	2	3	4
11. Я впевнений у собі.	1	2	3	4
12. Я нервую.	1	2	3	4
13. Я не знаходжу собі місця.	1	2	3	4
14. Я напружений (накручений в собі).	1	2	3	4
15. Я не відчуваю напруги і скованості.	1	2	3	4
16. Я задоволений.	1	2	3	4
17. Я заклопотаний.	1	2	3	4
18. Я занадто збуджений і мені ніяково.	1	2	3	4
19. Мені радісно.	1	2	3	4
20. Мені приємно.	1	2	3	4

Б. Шкала самооцінки особистісної тривожності

Інструкція. Прочитайте уважно кожне з приведених нижче тверджень і закресліть відповідну цифру праворуч від кожного з тверджень залежно від того, як Ви себе почуваєте звичайно. Над твердженнями довго не замислюйтеся, оскільки правильних чи неправильних варіантів відповідей немає.

Твердження	варіанти			
21. Я відчуваю задоволення.	1	2	3	4
22. Я швидко втомлююсь.	1	2	3	4
23. Я легко можу заплакати.	1	2	3	4
24. Я хотів би бути таким же щасливим, як і інші.	1	2	3	4
25. Буває, що я програю через те, що недостатньо швидко приймаю рішення.	1	2	3	4
26. Я почуваю себе бадьорим.	1	2	3	4
27. Я спокійний, холоднокровний і зібраний.	1	2	3	4
28. Очікувані труднощі дуже непокоять мене.	1	2	3	4
29. Я занадто переживаю через дрібниці.	1	2	3	4
30. Я буваю повністю щасливий.	1	2	3	4
31. Я приймаю все занадто близько до серця.	1	2	3	4
32. Мені не дістає впевненості у собі.	1	2	3	4
33. Я почуваю себе в безпеці.	1	2	3	4
34. Я стараюсь обходити критичні ситуації і труднощі.	1	2	3	4
35. У мене буває хандра.	1	2	3	4
36. Я задоволений.	1	2	3	4
37. Всякі дрібниці відволікають та хвилюють мене.	1	2	3	4
38. Я так сильно переживаю свої розчарування, що потім довго не можу про них забути.	1	2	3	4
39. Я врівноважена людина.	1	2	3	4
40. Мене охоплює сильне занепокоєння, коли я думаю про свої справи та турботи.	1	2	3	4

Обробка результатів. Показники реактивної тривожності (РТ) та особистісної тривожності (ОТ) підраховуються окремо за формулами:

$$1. РТ = \Sigma 1 - \Sigma 2 + 50,$$

де $\Sigma 1$ – сума закреслених на бланку цифр за пунктами шкали 3, 4, 6, 7, 9, 12, 13, 14, 17, 18;

$\Sigma 2$ – сума інших закреслених цифр (пункти 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19, 20).

$$2. ОТ = \Sigma 1 - \Sigma 2 + 35,$$

де $\Sigma 1$ – сума закреслених цифр на бланку за пунктами шкали 22, 23, 24, 25, 28, 29, 31, 32, 34, 35, 37, 38, 40;

$\Sigma 2$ —сума інших цифр за пунктами 21, 26, 27, 30, 33, 36, 39.

Інтерпретація результатів. Для інтерпретації результатів використовуються такі орієнтовані оцінки:

0-30 балів – низький рівень тривожності;

31-45 балів –помірний рівень тривожності;

вище 45 балів –високий рівень тривожності.

Додаток 5

Коротка шкала тривоги, депресії та ПТСР (B.V. Hart)

Інструкція: «З часу пережитого критичного інциденту (надзвичайних обставин) або психічної травми чи відчуваєте Ви більшою мірою, ніж звичайно, такі стани? Оберіть лише один варіант відповіді («так» або «ні») та зробіть позначку у відповідній клітинці реєстраційного бланка».

№	Питання	Так	Ні
1	Нездатність “розслабитися” (напруженість)		
2	Роздратування та поганий настрій		
3	Вторгнення в свідомість неприємних образів або спогадів про інцидент		
4	Неуважність, погана зосередженість уваги		
5	Сильний смуток, печаль		
6	Сильна втома, нестача енергії		
7	Потрясіння або паніка		
8	Прагнення уникати всього, що нагадує про інцидент або травмуючу подію		
9	Труднощі із засинанням, погіршення сну		
10	Зниження інтересу до життя, до звичної діяльності, зокрема, професійної		

Обробка результатів полягає в простому підрахунку кількості позитивних відповідей: чим більше відповідей «так» дає респондент, тим більше виражені в нього негативні психологічні наслідки травматизації: тривога, депресія та найбільш специфічні прояви ПТСР. «Пороговим» значенням для визначення наявності порушень психічного стану вважається більше 4 ствердних відповідей «Так».

Додаток 6

Опитувальник скринінгу посттравматичного стресового розладу

Інструкція. Будь ласка, ознайомтеся із запропонованими запитаннями. В колонці «варіанти відповідей» позначте «так», якщо Ви згодні з запитаннями, або «ні», якщо Ви не згодні.

№	Питання	Так	Ні
1	Ваша діяльність проходила в умовах загрози для життя?		
2	Ви швидко реагуєте на різкі звуки, що нагадують ні так травматичні події минулого?		
3	Ви відчуваєте відчуженість до інших людей?		
4	Вам достатньо невеликої дрібниці, щоб почати так гніватися?		
5	Ви намагаєтеся уникати спогадів про травматичні так події?		
6	Ви відчуваєте провину за деякі вчинки, що робили так раніше?		
7	Ви маєте проблеми зі сном?		

Примітка: 2 позитивні відповіді респондента свідчать про наявність підпорогових ознак ПТСР (розладів адаптації); 3 позитивні відповіді потребують поглибленого обстеження військовослужбовця на предмет ПТСР; 4 і більше позитивних відповідей вказують на ймовірність наявності ПТСР.