

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
КИЇВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ ЕКОНОМІЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
імені ВАДИМА ГЕТЬМАНА

Навчально-науковий інститут бізнес-освіти

Факультет управління персоналом, соціології та психології
Кафедра педагогіки та психології

ОСВІТНЬО-ПРОФЕСІЙНА ПРОГРАМА «ПРАКТИЧНА ПСИХОЛОГІЯ»

Галузь знань 05 Соціальні та поведінкові науки

Спеціальність 053 Психологія

Форма навчання: заочна
КВАЛІФІКАЦІЙНА МАГІСТЕРСЬКА РОБОТА

на тему: **«Особливості переживання тривалого стресу різними групами українців»**

здобувачки Юлії СВИДЕРСЬКОЇ _____
(підпис)

Науковий керівник:
доктор психологічних наук, професор Олена САВЧЕНКО

(підпис)

**Кваліфікаційна магістерська робота допущена до захисту в
Екзаменаційній комісії з атестації здобувачів вищої освіти**

Завідувач кафедри: доктор педагогічних наук, професор
Марина АРТЮШИНА

(підпис)

Київ 2024

ЗМІСТ

ВСТУП.....	2
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ СТРЕСУ.....	5
1.1. Стрес. Позитивні та негативні наслідки. Концепція позитивного розвитку.....	5
1.2. Психологічні та фізіологічні концепції стресу.....	11
1.3. Особливості переживання стресу різними групами людей.....	19
1.4. Копінг-стратегії як сформовані реакції на стресову ситуацію.....	26
РОЗДІЛ 2. ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕЖИВАННЯ ТРИВАЛОГО СТРЕСУ СЕРЕД РІЗНИХ ГРУП УКРАЇНЦІВ.....	32
2.1. Основні методи дослідження.....	32
2.2. Характеристика вибірки досліджуваних	36
2.3. Дослідження особливостей переживання стресу українцями	40
2.4. Визначення груп українців з різним рівнем переживання стресу та стресостійкості.....	52
ВИСНОВКИ.....	63
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	66
ДОДАТКИ.....	74

ВСТУП

Актуальність дослідження.

Актуальність даного дослідження полягає в тому, що розуміння механізмів стресу та ефективних стратегій копіngu є критично важливим у сучасному світі, де стрес став невід'ємною частиною повсякденного життя людини. Стрес впливає на фізичне здоров'я, психологічний стан, продуктивність праці та соціальні взаємодії.

Тривалий стрес може викликати серйозні наслідки для здоров'я, такі як серцево-судинні захворювання, гіпертонія, депресія, а також зниження імунної функції та психологічної стійкості. Крім того, враховуючи сучасний темп життя та високі вимоги до професійної діяльності, зростає потреба в дослідженні стресу в різних соціальних та вікових групах.

Дослідження копіng-механізмів та розробка ефективних інтервенцій, які допомагають індивідам адаптуватися до стресових умов без шкоди для здоров'я, є особливо важливими. Це дослідження спрямоване на вивчення того, як різні форми копіngu впливають на здатність людей ефективно впоратися зі стресом, зокрема на основі аналізу етнорелігійної ідентичності молоді.

Мета дослідження – дослідити особливості переживання та подолання тривалого стресу українцями з різним рівнем стресостійкості.

Завдання дослідження:

1. Розглянути комплексну реакцію особистості на стресову ситуацію, визначити позитивні та негативні наслідки стресу.
2. Проаналізувати копіngи як засоби подолання стресових ситуацій.
3. Визначити рівень стресостійкості та переживання стресових ситуацій у українців під час війни.
4. Виокремити рівні групи українців за показниками переживання стресу та стресостійкості.

5. Визначити розбіжності між групами «стресостійких» та «нестійких» у засобах подолання стресових ситуацій.

Об'єкт дослідження – переживання стресу.

Предмет дослідження – розбіжності у переживанні та подоланні стресу різними групами українців.

Методи дослідження:

У ході дослідження були використані наступні методи:

1. Теоретичні методи: аналіз наукових праць, узагальнення, кластеризація;
2. Емпіричні методи: анкета «Війна в Україні», шкала стресостійкості Connor-Davidson Resilience Scale-10 (CD-RISC-10) для визначення рівня стресостійкості, опитувальник рівня суб'єктивного стресу Cohen's Perceived Stress Scale (PSS-10), в адаптації О. Вельдбрехт, Н. Тавровецької, для діагностики рівня стресу людини за попередній місяць життя, опитувальник «COPE» C.S.Carver, M.F. Scheier, J.K.Weintraub, адаптована Ю. Коваленко, для оцінки стратегій копіngu, що використовуються людьми для подолання стресових ситуацій.
3. Методи математичного аналізу: відсотковий аналіз, критерій Фішера, кластерний аналіз методом Ворда, однофакторний дисперсійний аналіз One-way ANOVA за непараметричним тестом Краскела-Волліса.

Вибірка дослідження. В опитуванні взяли участь 63 людини вікової категорії від 18 року до 57 років. Дослідження проводилось в лютому 2024 р. в онлайн форматі.

Теоретична та практична значущість отриманих результатів:

- уточнено поняття «переживання стресу» як інтегративного переживання, яке базується на оцінці стресової ситуації, актуалізації емоційних реакції на неї, що зумовлює вибір відповідних копінг-стратегій;
- систематизовані позитивні та негативні наслідки стресу для особистості, її ментального здоров'я та адаптації до умов життя;

- за показниками сприйнятого стресу та стресостійкості виокремлені 2 групи осіб: «стресостійкі» та «нестійкі»;
- встановлено, що стресостійкі особи частіше використовують такі копінг-стратегії: придушення, активне подолання, позитивна інтерпретація та особистісний розвиток, почуття гумору і планування;
- виявлено, що нестійкі особи частіше застосовують у стресовій ситуації копінг стратегію поведінкове відволікання від проблеми;
- виявлені розбіжності можуть стати основою для розробки програм психологічної допомоги, розвитку конструктивних стратегій подолання стресу.

Структура роботи: робота включає вступ, 2 розділи, висновки, список використаної літератури кількістю 73 одиниць. У роботі представлено 10 таблиць, 2 додатки. Робота викладена на 77 сторінок.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ СТРЕСУ

1.1. Стрес. Позитивні та негативні наслідки. Концепція позитивного розвитку

Стрес є фізіологічною та психологічною реакцією організму на зовнішні або внутрішні подразники (стресори), які викликають порушення гомеостазу. Це визначення базується на дослідженнях Г. Сельє, який вперше ввів поняття стресу в контексті біологічних наук. Г. Сельє підкреслював, що стресова реакція включає ряд фізіологічних змін, які спрямовані на відновлення гомеостазу та адаптацію до нових умов [1].

Реакція на стрес та його переживання є складним і багатограним процесом, який включає в себе фізіологічні, психологічні та поведінкові компоненти. Стрес визначається як стан психічного і фізичного напруження, що виникає внаслідок впливу несприятливих або екстремальних умов. Цей феномен є предметом активних наукових досліджень у зв'язку з його важливістю для розуміння адаптаційних механізмів людини та впливу на здоров'я [1].

Переживання стресу охоплює тривалість та інтенсивність стресової реакції, а також способи, якими індивід справляється з стресом (копінг-стратегії). Копінг-стратегії можна поділити на проблемно-орієнтовані та емоційно-орієнтовані. Проблемно-орієнтовані стратегії включають активне подолання проблеми та планування, тоді як емоційно-орієнтовані стратегії фокусуються на зміні емоційного стану, таких як позитивна інтерпретація та особистісний розвиток [2].

Розглянемо позитивні та негативні наслідки впливу тривалого стресу.

Позитивні наслідки стресу:

1. Підвищення ефективності діяльності [3]. Адреналін підвищує активність мозку, збільшуючи концентрацію уваги та здатність до вирішення проблем. До позитивних наслідків також можна віднести такі: збільшення готовності до дії, підвищення продуктивності, покращення когнітивних функцій. Короткочасний стрес може стимулювати мозкову діяльність, покращуючи пам'ять та здатність до навчання. Це підтверджено дослідженнями, які показують, що помірний стрес може стимулювати розвиток нових нейронних зв'язків у мозку[3].

Хоча короткочасний стрес може бути корисним, важливо розуміти, що його позитивний ефект зникає при тривалому впливі стресових факторів. Хронічний стрес може призвести до виснаження ресурсів організму та розвитку різних захворювань.

2. Підвищення когнітивних функцій. Виклик стресових ситуацій може спонукати людину до досягнення кращих результатів і підвищення власної продуктивності. Деякі дослідження показують, що помірний стрес може покращувати здатність до навчання і запам'ятовування, стимулюючи розвиток нових нейронних зв'язків у мозку [4].

3. Підвищення стійкості та витривалості. Стрес може навчити людину адаптуватися до нових і непередбачуваних ситуацій, підвищуючи її стійкість і витривалість у майбутньому. Адаптація до стресових ситуацій допомагає розвивати стресостійкість, що є важливим фактором для подолання майбутніх труднощів. Також стрес допомагає людям розвивати навички саморегуляції та стійкість. Наприклад, дослідження на студентській популяції виявило, що вищий рівень саморегуляції та використання ефективних стратегій подолання стресу асоціюється зі зменшенням ризику вигорання та підвищенням рівня залученості в навчальний процес [5]. Інше дослідження під час пандемії COVID-19 виявило, що фізична активність і висока стресостійкість знижують рівні депресії, тривоги та стресу, а також сприяють покращенню загального благополуччя [6].

Також можна розглянути концепцію позитивного розвитку. В контексті стресу вона передбачає розуміння та використання стресових ситуацій як можливостей для зростання, навчання та розвитку особистості. Цей підхід спрямований на перетворення стресу з деструктивної сили на стимул для розвитку та самовдосконалення.

Люди, які здатні зберігати позитивний настрій та продовжувати рухатися вперед під час стресу, демонструють високий рівень психологічної стійкості. Вони здатні адаптуватися до змінних умов і знаходити можливості для зростання навіть у складних ситуаціях [6].

4. Позитивна переоцінка – ще один з позитивних аспектів стресових ситуацій. Наприклад, когнітивна переоцінка. Цей підхід включає зміну негативного сприйняття стресових ситуацій на більш позитивне, що допомагає зменшити негативні емоції та знайти нові можливості для зростання. Наприклад, замість того, щоб бачити стрес як загрозу, можна розглядати його як виклик і можливість навчитися новому.

Розглянемо негативні наслідки стресу:

1. Серцево-судинні захворювання. Стрес може призводити до розвитку метаболічного синдрому та діабету, гіпертонії, запалення. Хронічний стрес може призводити до проблем зі сном, таких як безсоння або фрагментований сон, що погіршує загальний стан здоров'я і підвищує ризик серцевих захворювань [7].

Дослідження Р.Вілкінсона та К.Пікетта розглядає зв'язок між соціальним стресом, нерівністю та серцево-судинними захворюваннями. Вони стверджують, що хронічний стрес, спричинений соціальною та економічною нерівністю, значно підвищує ризик розвитку серцевих хвороб, таких як гіпертонія, інфаркт та інсульт. Постійний вплив стресових гормонів, особливо кортизолу, може пошкоджувати серцево-судинну систему, сприяючи розвитку цих захворювань [7].

Фремінгемське дослідження серця (Framingham Heart Study) є одним з найтриваліших і найвідоміших досліджень, що вивчають фактори ризику серцево-судинних захворювань. Дослідження розпочалося в 1948 році у місті Фремінгем, штат Массачусетс, і триває до сьогодні. Його головною метою було визначення епідеміології артеріальної гіпертензії та атеросклеротичних серцево-судинних захворювань у популяції, яка не мала попередніх симптомів серцевих хвороб [8].

З часом дослідники почали приділяти увагу психосоціальним факторам, таким як стрес, і їхньому впливу на серцево-судинні захворювання. Виявлено, що постійний вплив стресу, зокрема через соціальні та економічні фактори, суттєво збільшує ризик розвитку серцевих хвороб [8].

Дослідження Американської кардіологічної асоціації (АНА) показують, що хронічний стрес суттєво впливає на підвищення рівня запальних маркерів у крові, таких як С-реактивний білок (СРБ). СРБ є важливим індикатором запалення в організмі і тісно пов'язаний з підвищеним ризиком розвитку атеросклерозу та інших серцево-судинних захворювань [9].

Під впливом хронічного стресу організм починає виробляти більше запальних молекул, включаючи С-реактивний білок. Це відбувається через активацію гіпоталамо-гіпофізарно-надниркової осі (ГГН), що призводить до викиду кортизолу та інших гормонів стресу.

Атеросклероз – це процес накопичення жирних відкладень (бляшок) всередині артерій, що може призводити до їх звуження і зниження кровотоку. Запалення відіграє ключову роль у розвитку та прогресуванні цього процесу.

Хронічне запалення, посилене підвищеним рівнем СРБ, може призводити до нестабільності бляшок, їх розриву та утворення тромбів. Це може спричинити серцевий напад або інсульт [9].

2. Поведінкові зміни. Стрес може викликати значні поведінкові зміни, які в свою чергу підвищують ризик розвитку серцево-судинних захворювань. Люди, які перебувають під постійним впливом стресу, часто схильні до

нездорової поведінки, що сприяє погіршенню їх фізичного та психічного здоров'я.

Люди під впливом стресу можуть збільшувати кількість викурених сигарет або починати курити, щоб зняти напругу. Куріння, в свою чергу, є відомим фактором ризику для серцево-судинних захворювань, таких як атеросклероз і гіпертонія [10].

Стрес може призвести до збільшення вживання алкоголю як способу зняття напруги та уникнення негативних емоцій. Надмірне споживання алкоголю збільшує ризик розвитку серцево-судинних захворювань, включаючи високий кров'яний тиск, кардіоміопатію та інсульт [11].

Стрес іноді сприяє переїданню або вибору нездорової їжі, що може призвести до ожиріння – відомого фактора ризику для серцево-судинних захворювань. Ожиріння збільшує навантаження на серце і судини, що може призвести до розвитку гіпертонії та атеросклерозу [10].

Люди, які відчувають хронічний стрес, можуть знижувати рівень фізичної активності через втому або відсутність мотивації. Недостатня фізична активність підвищує ризик розвитку серцевих захворювань, оскільки сприяє накопиченню жирових відкладень і підвищенню кров'яного тиску [8].

3. Тривожні розлади. Стрес є одним з основних факторів, що сприяють розвитку тривожних розладів, таких як генералізований тривожний розлад (GAD), панічний розлад і соціальна фобія. Люди, які зазнають хронічного стресу, часто відчувають постійне занепокоєння, страх та напруження. Це може проявлятися як фізичними симптомами (тремтіння, прискорене серцебиття), так і психологічними (надмірна тривога, нав'язливі думки) [9].

Хронічний стрес може призводити до розвитку депресії, яка характеризується постійним почуттям смутку, втрати інтересу до діяльності, втомою та іншими симптомами. Стрес може впливати на рівень нейротрансмітерів у мозку, таких як серотонін і дофамін, що сприяє розвитку депресивного стану [9].

Часто виникає внаслідок тривалого стресу на роботі або в особистому житті. Це стан емоційного, фізичного та ментального виснаження, який супроводжується відчуттям безпорадності, цинізму та зниженням продуктивності. Люди, які зазнають вигорання, часто відчують, що вони не можуть впоратися з вимогами навколишнього середовища [8]. Вигорання включено в 11-ю редакцію Міжнародної класифікації хвороб (МКБ-11) як професійне явище [12].

4. Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) розвивається після пережиття травматичних подій, таких як аварія, насильство або природні катастрофи. Люди з ПТСР часто відчують флешбеки, нічні кошмари, емоційне оніміння та постійний стан тривоги. Цей розлад суттєво впливає на якість життя та може потребувати тривалого лікування. У більшості людей, що пережили травматичну подію, інтенсивність симптомів поступово зменшується і зникає протягом місяця. Проте у деяких осіб реакції, викликані травматичною подією, зберігаються та можуть призвести до розвитку різних розладів адаптації [13].

5. Проблеми зі сном, включаючи безсоння, часті пробудження та неспокійний сон є негативним наслідком стресу. Хронічне порушення сну, в свою чергу, може погіршувати загальне психічне здоров'я, підвищуючи ризик розвитку тривожних розладів та депресії.

Недостатній сон ослаблює імунну систему, роблячи організм більш вразливим до інфекцій і захворювань. Хронічні порушення сну можуть підвищувати ризик розвитку серцево-судинних захворювань, таких як гіпертонія та ішемічна хвороба серця [14].

6. Психосоматичні розлади, де психологічні фактори викликають або загострюють фізичні симптоми. Приклади таких розладів включають синдром подразненого кишечника (СРК), хронічний біль і мігрені. Ці розлади виникають через складну взаємодію між психікою і тілом, де стрес та емоційні переживання призводять до фізіологічних змін і проявів.

Зокрема, дослідження показали, що ці методи можуть бути корисними для пацієнтів із синдромом подразненого кишечника (СРК), хронічним болем у спині та мігрєнями, де стрес і тривога часто загострюють симптоми [15].

1.2. Психологічні та фізіологічні концепції стресу

Розглянемо основні концепції стресу, які активно використовують психологи для пояснення реакцій на сильні подразники.

Концепція генерального адаптаційного синдрому (ГАС) розроблена канадським ендокринологом Г. Сельє, є концепцією, яка описує загальні реакції організму на тривалий стрес. Вона включає три основні стадії: стадію тривоги, стадію опору і стадію виснаження. Кожна з цих стадій відображає різні фази фізіологічної та психологічної адаптації до стресу [16].

Стадії Генерального адаптаційного синдрому:

1. Стадія тривоги (Alarm Stage). Ця стадія є початковою реакцією організму на стресовий фактор. Вона включає дві фази: шок і анти-шок.

Шокова фаза — організм відчуває первинний стресовий вплив, що може призвести до зниження здатності до опору, збільшення вразливості до хвороб та інших негативних впливів.

Анти-шокова фаза — організм мобілізує свої ресурси для протидії стресу. Виділяються адреналін та інші гормони, що викликають підвищення частоти серцевих скорочень, кров'яного тиску та інших фізіологічних реакцій, необхідних для виживання.

2. Стадія опору (Resistance Stage). Якщо стресовий фактор продовжує діяти, організм переходить до стадії опору. На цьому етапі організм намагається адаптуватися до стресора та підтримувати нормальні функції, використовуючи наявні ресурси. Гормональний рівень стабілізується, але залишається підвищеним, щоб допомогти організму справлятися зі стресом. Якщо стрес продовжується, резерви організму починають виснажуватися.

3. Стадія виснаження (Exhaustion Stage).

Коли стрес продовжується протягом тривалого часу і організм вичерпує свої ресурси, він переходить у стадію виснаження. На цьому етапі організм втрачає здатність підтримувати нормальні функції, що може призвести до фізіологічних та психологічних розладів, таких як депресія, підвищений ризик серцево-судинних захворювань та інші серйозні проблеми зі здоров'ям.

ГАС є важливою концепцією в розумінні фізіологічних механізмів стресу та адаптації до нього. Вона допомагає пояснити, як тривалий стрес може призводити до серйозних захворювань та фізичних розладів. Розуміння ГАС дозволяє фахівцям розробляти ефективні стратегії управління стресом і підтримки здоров'я.

Теорія когнітивної оцінки розроблена психологом Р. Лазарусом, є однією з найбільш впливових концепцій у розумінні стресу та його впливу на людину. Ця теорія акцентує увагу на ролі когнітивних процесів у визначенні того, як індивід сприймає і реагує на стресові події. В основі теорії лежить ідея, що стрес є результатом взаємодії між індивідом і його оточенням, причому ключовим фактором є когнітивна оцінка ситуації [17].

Первинна оцінка (Primary Appraisal), перший етап, на якому людина оцінює, чи є подія загрозливою, шкідливою або викликом. Ця оцінка включає три можливі результати:

1. Нейтральна подія, подія не має значущості для добробуту індивіда.
2. Позитивна подія, подія розглядається як можливість або виклик, що може принести користь.
3. Негативна подія, подія розглядається як загроза або шкідливий вплив на добробут індивіда.

Вторинна оцінка (Secondary Appraisal), на цьому етапі людина оцінює свої ресурси і можливості для подолання загрози або виклику. Вторинна оцінка включає аналіз доступних стратегій і ресурсів для впливу на ситуацію.

Реаппрайзинг (Reappraisal) — це процес повторної оцінки ситуації після отримання нової інформації або змін в умовах, що дозволяє індивіду скоригувати свої первинні і вторинні оцінки.

Когнітивна оцінка визначає, чи буде подія викликати стрес і як саме людина буде реагувати на цей стрес. Наприклад, якщо людина вважає подію загрозливою і не має достатніх ресурсів для її подолання, це може викликати відчуття стресу. Навпаки, якщо подія сприймається як виклик і людина має достатньо ресурсів для її подолання, вона може не викликати стресу або навіть стимулювати позитивні емоції.

Теорія Лазаруса має велике значення для розробки стратегій управління стресом. Вона показує, що зміна способу, яким людина оцінює ситуацію, може допомогти зменшити рівень стресу. Наприклад, когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) використовує цю концепцію для допомоги людям у зміні їхніх думок і оцінок ситуацій, що сприяє зниженню стресу і підвищенню добробуту.

Транзакційна модель стресу і копіngu Р. Лазаруса та С. Фолкман розглядає стрес як транзакцію між людиною і середовищем, де важливу роль відіграють когнітивні процеси та механізми подолання (копінг). Модель підкреслює важливість індивідуальних відмінностей у сприйнятті та реагуванні на стресові фактори.

Транзакційна модель стресу і копіngu, розроблена Р.Лазарусом та С. Фолкман, є однією з найбільш впливових теорій у психології стресу. Ця модель підкреслює, що стрес є процесом взаємодії між індивідом і його оточенням, де когнітивна оцінка і механізми копіngu грають ключову роль у визначенні того, як людина сприймає і реагує на стресові ситуації [18].

Основні компоненти моделі:

1. Когнітивна оцінка (Cognitive Appraisal) що складається з первинної оцінки (Primary Appraisal). На цьому етапі індивід визначає, чи є подія загрозливою, шкідливою або викликом. Людина оцінює, чи впливає подія на її благополуччя і в який спосіб. Другим компонентом є вторинна оцінка

(Secondary Appraisal). Оцінка ресурсів і можливостей для подолання ситуації. Людина аналізує, які стратегії та ресурси можуть бути використані для зниження впливу стресора [19].

2. Копінг (Coping) що складається з проблемно-орієнтованого копінгу (Problem-Focused Coping). Стратегії, спрямовані на вирішення проблеми або зміну стресової ситуації. Це може включати розробку плану дій, пошук інформації або зміну ситуації. Та емоційно-орієнтований копінг (Emotion-Focused Coping). Стратегії, спрямовані на управління емоціями, що виникають у відповідь на стресову ситуацію. Це може включати релаксацію, медитацію, підтримку з боку друзів або зміни в ставленні до ситуації.

Стресовий стимул (Stressful Stimulus) - ситуація або подія, що викликає стрес. Когнітивна оцінка (Cognitive Appraisal) — індивід оцінює значущість події (первинна оцінка) і свої можливості для подолання (вторинна оцінка). Копінгові стратегії (Coping Strategies) — індивід вибирає і застосовує стратегії копінгу для управління стресом. Результати копінгу (Coping Outcomes) — оцінка ефективності застосованих стратегій і можливе коригування підходу [20].

Транзакційна модель стресу і копінгу Р. Лазаруса та С. Фолкман допомагає зрозуміти, як когнітивні процеси та стратегії копінгу впливають на те, як людина справляється зі стресом. Вона підкреслює важливість індивідуальних відмінностей у сприйнятті і реагуванні на стресові ситуації та надає інструменти для розробки ефективних інтервенцій для управління стресом [21].

Розглянемо теорію соціального стресу. Ця теорія зосереджується на впливі соціальних факторів на рівень стресу, включаючи соціально-економічний статус, дискримінацію, соціальну підтримку та культурні контексти. Вона підкреслює, що соціальні стресори можуть мати суттєвий вплив на психічне та фізичне здоров'я.

Теорія соціального стресу досліджує, як соціальні чинники впливають на індивідуальний досвід стресу та його наслідки для здоров'я. Ця теорія підкреслює, що стрес виникає не лише через особисті труднощі, але й через соціальну структуру та динаміку, які впливають на життя індивідів.

Соціальні детермінанти включають такі фактори, як соціально-економічний статус, соціальна підтримка, робочі умови, сімейні відносини та житлові умови. Ці фактори можуть створювати стресові ситуації або пом'якшувати їх вплив.

Дослідження Р.Вілкінсона та К.Пікетта підкреслюють, що нерівність у суспільстві є потужним джерелом стресу. Вони виявили, що в країнах з високим рівнем соціальної нерівності люди частіше страждають від стресових станів, що негативно впливають на їх здоров'я, включаючи підвищений ризик серцево-судинних захворювань [7].

Соціальний стрес виникає через різні механізми, такі як соціальна ізоляція, відчуття несправедливості, нестабільність доходів та дискримінація. Ці механізми викликають психологічні та фізіологічні реакції, які можуть призводити до довготривалих негативних наслідків для здоров'я.

Індивіди реагують на стрес по-різному, залежно від своїх ресурсів та підтримки. Транзакційна модель стресу Р.Лазаруса та С.Фолкман підкреслює важливість когнітивної оцінки стресових ситуацій та вибору копінгових стратегій [21]. Важливу роль відіграють також соціальні ресурси, такі як підтримка з боку родини та друзів, які можуть допомогти знизити негативний вплив стресу.

Наслідки соціального стресу можуть бути різноманітними і включати як психологічні (тривога, депресія), так і фізичні розлади (гіпертонія, серцеві захворювання). Наприклад, дослідження показують, що люди з нижчим соціально-економічним статусом мають вищий ризик розвитку хронічних хвороб через постійний соціальний стрес [22].

У своїй книзі "The Spirit Level: Why Greater Equality Makes Societies Stronger" Р.Вілкінсон та К.Пікетт показали, що соціальна нерівність є важливим чинником, який підвищує рівень стресу у суспільстві. Вони дослідили, як економічна нерівність впливає на здоров'я, соціальні відносини та психічне благополуччя людей [7].

Теорія соціального стресу надає важливий контекст для розуміння, як соціальні фактори впливають на досвід стресу та його наслідки. Дослідження у цій галузі підкреслюють, що для ефективного управління стресом необхідно враховувати не лише індивідуальні, але й соціальні детермінанти. Це вимагає комплексного підходу до зміцнення психічного та фізичного здоров'я, що включає покращення соціальних умов та збільшення доступу до соціальної підтримки [23].

Розглянемо біопсихосоціальна модель, вона розглядає стрес як результат взаємодії біологічних, психологічних та соціальних факторів. Вона підкреслює, що стрес не є виключно фізіологічним або психологічним явищем, а виникає внаслідок складних взаємодій різних аспектів життя людини.

Біопсихосоціальна модель є інтегративним підходом до розуміння здоров'я та хвороби, яка враховує взаємодію біологічних, психологічних та соціальних факторів. Ця модель була запропонована Д. Енгелем у 1977 році і стала основою сучасної медицини, психотерапії та психології.

Біологічні фактори включають генетичну схильність, нейрофізіологічні процеси, інфекції, травми та інші фізіологічні аспекти, що впливають на здоров'я. Вони розглядають, як фізичний стан тіла може впливати на психічне здоров'я та соціальну взаємодію [24].

Психологічні фактори включають особистісні риси, когнітивні процеси, емоції, мотивацію та поведінкові реакції. Вони досліджують, як індивідуальні психологічні процеси можуть впливати на фізичне здоров'я та соціальні відносини [25].

Соціальні фактори включають культурні, економічні, сімейні та суспільні впливи. Вони розглядають, як соціальні умови, відносини та підтримка можуть впливати на фізичне та психічне здоров'я [26].

Біопсихосоціальна модель широко використовується в медицині для діагностики та лікування різних захворювань. Наприклад, у дослідженнях, присвячених хронічному болю, виявлено, що психологічні та соціальні фактори можуть значно впливати на сприйняття болю та ефективність лікування [27].

У психотерапії біопсихосоціальна модель допомагає зрозуміти, як взаємодія біологічних, психологічних та соціальних факторів впливає на розвиток психічних розладів та їх лікування. Вона сприяє інтеграції різних методів терапії для досягнення оптимальних результатів [28].

Біопсихосоціальна модель є важливим кроком у розумінні комплексності здоров'я та хвороби. Вона підкреслює необхідність врахування біологічних, психологічних та соціальних факторів для досягнення ефективного лікування та підтримки здоров'я. Цей підхід дозволяє створювати інтегративні програми лікування, які враховують всі аспекти життя пацієнта.

Розглянемо **теорію вимог і ресурсів** (Demand-Resource Theory), вона розглядає стрес як баланс між вимогами, що ставляться перед людиною, і ресурсами, які вона має для їх задоволення. Стрес виникає, коли вимоги перевищують доступні ресурси, що призводить до напруження і можливого виснаження.

Дана теорія є одним із ключових підходів до розуміння стресу на робочому місці. Вона була розроблена для пояснення, як різні фактори на робочому місці можуть сприяти виникненню стресу або навпаки, сприяти благополуччю працівників.

Вимоги (Demands) стосуються аспектів роботи, які потребують стійких фізичних або психічних зусиль і пов'язані з певними фізіологічними та

психологічними витратами. Це можуть бути робочі навантаження, емоційні вимоги, конфлікти ролей або робоча невизначеність [29].

Ресурси (Resource) - це аспекти роботи, які допомагають у досягненні робочих цілей, зменшують вимоги роботи та пов'язані з ними фізіологічні та психологічні витрати, а також стимулюють особистісний ріст і розвиток. Це можуть бути підтримка з боку колег і керівництва, автономія, можливості для навчання і розвитку [30].

Основне положення теорії полягає в тому, що стрес виникає, коли вимоги роботи перевищують ресурси, доступні для виконання цих вимог. Навпаки, якщо ресурси перевищують вимоги, працівник відчуває мотивацію та задоволення роботою.

Згідно з теорією, високий рівень вимог у поєднанні з низьким рівнем ресурсів може призводити до емоційного вигорання, зниження мотивації та погіршення загального стану здоров'я працівників. У той же час, адекватні ресурси можуть зменшити негативний вплив вимог і сприяти професійному розвитку і благополуччю [31].

Використання теорії вимог і ресурсів дозволяє організаціям оцінювати робоче середовище та виявляти фактори, які можуть спричиняти стрес або, навпаки, сприяти благополуччю. Це дозволяє розробляти стратегії для зменшення вимог і підвищення доступності ресурсів.

На основі теорії можна розробляти інтервенційні програми, спрямовані на покращення умов праці, зниження рівня стресу та підвищення мотивації. Наприклад, навчання управлінським навичкам, поліпшення комунікаційних процесів та підвищення рівня автономії працівників [32].

Теорія вимог і ресурсів є важливим інструментом для розуміння та управління стресом на робочому місці. Вона підкреслює необхідність збалансованого підходу до вимог та ресурсів, що дозволяє зменшити негативний вплив стресу та сприяти підвищенню рівня благополуччя працівників. Завдяки інтеграції біологічних, психологічних та соціальних

аспектів, ця теорія надає всебічний погляд на здоров'я та ефективність працівників.

Ці концепції дають змогу краще зрозуміти природу стресу та його вплив на людину, допомагаючи розробляти ефективні стратегії управління та подолання стресових ситуацій.

1.3. Особливості переживання стресу різними групами людей

Розглянемо основні чинники, які визначають особливості переживання стресу різними людьми.

1. Гендерні особливості.

Стрес є важливим аспектом психічного та фізичного здоров'я, який впливає на різні демографічні групи по-різному. Гендерні відмінності у переживанні стресу є добре задокументованими в науковій літературі. Жінки часто демонструють інший профіль реакцій на стрес у порівнянні з чоловіками, що можна пояснити біологічними, психологічними та соціокультурними факторами.

Жінки можуть відрізнятися від чоловіків у своїх біологічних реакціях на стрес через різницю в гормональних рівнях. Наприклад, естроген і прогестерон можуть впливати на рівні кортизолу, гормону стресу, змінюючи фізіологічні реакції на стресові події [33].

Жінки частіше демонструють емоційно-орієнтовані стратегії копіngu, які включають пошук соціальної підтримки, вираження емоцій та використання когнітивних стратегій для управління стресом. Вони частіше використовують соціальну підтримку як ключовий механізм подолання стресу, що може бути пов'язано з традиційними гендерними ролями та соціальними очікуваннями [34].

Соціальні ролі та очікування можуть впливати на те, як жінки переживають стрес. Жінки часто займають одночасно кілька ролей, таких як

робітниця, дружина та мати, що може збільшувати їхню вразливість до стресу. Крім того, соціокультурні фактори можуть визначати доступність і типи соціальної підтримки, якою користуються жінки [35].

Психосоматичні симптоми, такі як головні болі, розлади сну, та проблеми з травленням, частіше зустрічаються у жінок у відповідь на стрес. Це може бути пов'язано з біологічними реакціями на стрес, а також з використанням емоційно-орієнтованих стратегій копіngu [36].

Жінки переживають стрес по-різному у порівнянні з чоловіками через складну взаємодію біологічних, психологічних та соціокультурних факторів. Вони частіше використовують емоційно-орієнтовані стратегії копіngu та мають більшу вразливість до психосоматичних симптомів стресу. Розуміння цих відмінностей є важливим для розробки ефективних інтервенцій для підтримки психічного та фізичного здоров'я жінок.

Чоловіки можуть відрізнитися від жінок у своїх біологічних реакціях на стрес через різницю в гормональних рівнях та фізіологічних процесах. Рівень тестостерону, зокрема, впливає на реакції чоловіків на стресові ситуації, сприяючи підвищенню агресивності та збудливості [37].

Чоловіки часто демонструють схильність до використання проблемно-орієнтованих стратегій копіngu, які включають активні дії для вирішення проблеми або зміну стресової ситуації. Це може бути пов'язано з традиційними гендерними ролями, які підкреслюють важливість автономії та контролю [38].

Соціальні та культурні фактори впливають на те, як чоловіки переживають стрес. Чоловіки часто стикаються з очікуваннями щодо їхньої здатності справлятися зі стресом самостійно, що може перешкоджати зверненню за допомогою та соціальною підтримкою [39].

Чоловіки можуть проявляти стрес через фізичні симптоми, такі як підвищений артеріальний тиск, проблеми з серцем та м'язові болі. Часто чоловіки менш схильні виражати свої емоції, що може призводити до накопичення стресу та його фізичних проявів [40].

Чоловіки переживають стрес по-різному у порівнянні з жінками через складну взаємодію біологічних, психологічних та соціокультурних факторів. Вони частіше використовують проблемно-орієнтовані стратегії копіngu та менш схильні звертатися за соціальною підтримкою. Це може призводити до накопичення стресу та його фізичних проявів. Розуміння цих відмінностей є важливим для розробки ефективних інтервенцій для підтримки психічного та фізичного здоров'я чоловіків.

Особи, які не відносять себе ні до якої статі (non-binary), можуть переживати стрес по-різному через унікальні соціальні, психологічні та біологічні фактори, які впливають на їхнє життя. Вивчення цих особливостей важливо для розуміння та підтримки психічного здоров'я цієї групи.

Небінарні особи часто стикаються з дискримінацією, стигматизацією та відсутністю соціального визнання, що може значно підвищувати рівень стресу. Соціальні бар'єри можуть включати дискримінацію на роботі, у медичних установах та в освітніх закладах [41].

Психологічні виклики, з якими стикаються небінарні особи, можуть включати внутрішній конфлікт щодо гендерної ідентичності, а також боротьбу з внутрішньою та зовнішньою стигмою. Високий рівень тривоги, депресії та інших психічних розладів часто спостерігається серед non-binary осіб [42].

Небінарні особи можуть використовувати різні стратегії копіngu для управління стресом, включаючи пошук підтримки в спільнотах, які приймають їхню гендерну ідентичність, участь у активізмі, та звернення до фахівців з психічного здоров'я, які мають досвід роботи з LGBTQ+ населенням [43].

Фізичні прояви стресу у небінарних осіб можуть включати психосоматичні симптоми, такі як проблеми зі сном, головні болі, і проблеми з травленням. Хронічний стрес може також підвищувати ризик розвитку серцево-судинних захворювань та інших серйозних захворювань [44].

Небінарні особи переживають стрес по-різному через складну взаємодію соціальних, психологічних та біологічних факторів. Вони часто стикаються з унікальними викликами, такими як дискримінація та стигматизація, які можуть значно підвищувати рівень стресу. Важливо враховувати ці фактори для розробки ефективних інтервенцій та підтримки психічного та фізичного здоров'я небінарних осіб.

2. Вікові особливості.

Різні вікові групи також демонструють унікальні способи переживання та управління стресом.

Біологічні реакції на стрес у дітей та підлітків можуть бути інтенсивнішими, ніж у дорослих, через незрілість їхньої гіпоталамо-гіпофізарно-надниркової (НРА) осі. Це призводить до вищого рівня кортизолу та інших стресових гормонів, що може мати довготривалі наслідки для їхнього фізичного та психічного здоров'я [45].

Психологічні реакції на стрес у дітей та підлітків можуть включати емоційні симптоми (наприклад, тривога, депресія), поведінкові зміни (агресія, замкнутість) та когнітивні проблеми (погіршення уваги, проблеми з пам'яттю). Особливо вразливими є підлітки, які переживають період інтенсивного психосоціального розвитку [46].

Соціальні фактори, такі як сімейні конфлікти, академічний тиск та соціальні взаємини, можуть суттєво впливати на рівень стресу у дітей та підлітків. Відсутність підтримки з боку родини та однолітків може збільшувати вразливість до стресу [47].

Діти та підлітки використовують різні стратегії копіngu для управління стресом. Вони можуть включати емоційно-орієнтовані стратегії (вираження емоцій, пошук підтримки) та проблемно-орієнтовані стратегії (планування, вирішення проблем). Ефективність цих стратегій залежить від віку, рівня розвитку та доступності підтримки [48].

Хронічний стрес у дітей та підлітків може мати значні наслідки для їхнього фізичного та психічного здоров'я, включаючи підвищений ризик розвитку депресії, тривожних розладів, проблем зі сном та соматичних захворювань [49].

Діти та підлітки переживають стрес по-різному через складну взаємодію біологічних, психологічних та соціальних факторів. Вони часто стикаються з унікальними викликами, такими як академічний тиск, сімейні конфлікти та соціальні взаємини, що може підвищувати рівень стресу. Важливо враховувати ці фактори для розробки ефективних інтервенцій та підтримки психічного та фізичного здоров'я дітей та підлітків.

Стрес є невід'ємною частиною життя дорослих, впливаючи на їхнє психічне та фізичне здоров'я. Він може виникати через різноманітні фактори, включаючи роботу, сімейні обов'язки, фінансові проблеми та соціальні взаємодії. У цій статті розглядаються особливості переживання стресу дорослими, їхні стратегії копінгу та вплив стресу на здоров'я.

Біологічні реакції на стрес у дорослих включають активацію гіпоталамо-гіпофізарно-надниркової (НРА) осі та симпатичної нервової системи. Це призводить до вивільнення кортизолу та адреналіну, що сприяє фізіологічним змінам, таким як підвищений артеріальний тиск, збільшення серцевого ритму та зміни в обміні речовин [50].

Психологічні реакції на стрес у дорослих можуть включати емоційні симптоми (тривога, депресія), когнітивні труднощі (зниження уваги та концентрації), а також поведінкові зміни (ізоляція, агресія). Хронічний стрес може призводити до емоційного вигорання, особливо у професіоналів, які стикаються з високими вимогами на роботі [51].

Соціальні фактори, такі як робоче середовище, сімейні відносини та соціальна підтримка, відіграють важливу роль у переживанні стресу дорослими. Відсутність підтримки з боку родини та друзів може збільшувати

вразливість до стресу, тоді як наявність сильної соціальної мережі може зменшувати його вплив [52].

Дорослі використовують різні стратегії копіngu для управління стресом, включаючи проблемно-орієнтовані та емоційно-орієнтовані підходи. Проблемно-орієнтовані стратегії включають активні дії для вирішення проблеми, такі як планування та прийняття рішень. Емоційно-орієнтовані стратегії спрямовані на управління емоціями, викликаними стресом, і можуть включати релаксацію та пошук соціальної підтримки [2].

Дорослі переживають стрес через складну взаємодію біологічних, психологічних та соціальних факторів. Важливо враховувати ці аспекти для розробки ефективних стратегій управління стресом, що включають підтримку психічного та фізичного здоров'я, підвищення соціальної підтримки та розвиток ефективних копінгових стратегій.

Біологічні реакції на стрес змінюються з віком. Вікові зміни у функціонуванні гіпоталамо-гіпофізарно-надниркової (ГНА) осі можуть призводити до змін у виробленні кортизолу, що впливає на фізіологічні реакції на стрес. Зниження адаптивної здатності організму до стресу може призводити до триваліших та більш інтенсивних стресових реакцій [53].

Літні люди можуть проявляти стрес через емоційні симптоми, такі як тривога та депресія. Хронічний стрес може призводити до зниження когнітивних функцій, включаючи погіршення пам'яті та уваги. Емоційна реакція на стрес може бути посилена через втрати, пов'язані з віком, такі як втрата близьких, пенсійний вік або фізичні обмеження [54].

Соціальні фактори, такі як соціальна ізоляція, втрата соціальної ролі та підтримки, можуть значно впливати на рівень стресу у літніх людей. Підтримка з боку родини та друзів є ключовим фактором у зниженні стресу. Літні люди, які мають сильні соціальні зв'язки, менш схильні до негативного впливу стресу [56].

Літні люди використовують різні стратегії копінгу для управління стресом, які можуть включати емоційно-орієнтовані та проблемно-орієнтовані підходи. Емоційно-орієнтовані стратегії можуть включати прийняття ситуації, релігійність та пошук соціальної підтримки. Проблемно-орієнтовані стратегії можуть включати активне вирішення проблем, планування та управління часом [56].

Хронічний стрес у літніх людей може мати значні наслідки для фізичного та психічного здоров'я. Він пов'язаний з підвищеним ризиком розвитку серцево-судинних захворювань, діабету, депресії та тривожних розладів. Довготривалий стрес також може послаблювати імунну систему та прискорювати процеси старіння [57].

Літні люди переживають стрес по-різному через складну взаємодію біологічних, психологічних та соціальних факторів. Важливо враховувати ці аспекти для розробки ефективних стратегій управління стресом, що включають підтримку психічного та фізичного здоров'я, підвищення соціальної підтримки та розвиток ефективних копінгових стратегій.

3. Соціальні відмінності. Соціально-економічний статус (СЕС).

Соціально-економічний статус (СЕС) є важливим детермінантом здоров'я та благополуччя, включаючи переживання стресу. СЕС визначається рівнем доходу, освіти та зайнятості, і може суттєво впливати на те, як людина реагує на стресові ситуації. Низький СЕС асоціюється з підвищеним рівнем хронічного стресу, що може мати серйозні наслідки для психічного та фізичного здоров'я.

Люди з низьким рівнем доходу частіше стикаються з фінансовими труднощами, що може викликати хронічний стрес. Нестабільність доходів, борги та невизначеність щодо майбутнього можуть бути потужними стресовими факторами [58].

Освіта впливає на здатність людини розуміти та використовувати інформацію про здоров'я, що може зменшувати рівень стресу. Вища освіта

асоціюється з кращими стратегіями копіngu та меншою вразливістю до стресових ситуацій [59].

Робоче середовище є важливим джерелом стресу, особливо для людей з низьким СЕС. Нестабільні робочі місця, низька оплата праці, відсутність контролю та високі вимоги на роботі можуть призводити до підвищеного рівня стресу [60].

Расові та етнічні меншини часто стикаються з додатковими стресовими факторами, такими як дискримінація та соціальна ізоляція. Це може посилювати негативний вплив стресу на їхнє здоров'я [61].

Соціально-економічний статус суттєво впливає на переживання стресу, визначаючи доступ до ресурсів, стратегії копіngu та загальне психічне та фізичне здоров'я. Врахування соціальних детермінант стресу є важливим для розробки ефективних інтервенцій та політик, спрямованих на зменшення нерівностей у здоров'ї.

1.4. Копінг-стратегії як сформовані реакції на стресову ситуацію

Копінг є багатогранним концептом, який відіграє ключову роль у розумінні психологічних реакцій на стресові ситуації. Він охоплює всі когнітивні та поведінкові стратегії, які індивіди використовують для управління внутрішніми та зовнішніми вимогами, які перевищують їхні ресурси.

Копінг (від англ. coping) — це процеси, за допомогою яких індивіди управляють стресом та емоційними реакціями, спричиненими стресовими ситуаціями. Згідно з визначенням Р.Лазаруса і С. Фолкман, копінг визначається як постійно змінювані когнітивні та поведінкові зусилля, спрямовані на управління специфічними зовнішніми або внутрішніми вимогами, які оцінюються як такі, що перевищують ресурси людини [62].

Дослідження копінг-поведінки в межах різних наукових шкіл та напрямків демонструє значні розбіжності в підходах та інтерпретаціях цього феномену, зокрема в розумінні природи такої поведінки, її функціональності та механізмів. По-перше, копінг включає багатогранне поле людської активності, що може містити як неусвідомлені психологічні захисти, так і цілеспрямовані стратегії копіngu та методи подолання стресових ситуацій. По-друге, існує термінологічна неоднозначність у визначенні понять захисту, копіngu, подолання, стану напруги, редукції стресу, опанувальної поведінки тощо [63].

Теорії копінг-поведінки та психологічного захисту природно пов'язані з поняттям стресу. Від часу першої презентації теорії стресу Лазарусом вона зазнала кількох редакцій. В останній редакції цієї теорії стрес розглядається як відносне поняття, що представляє собою взаємодію, або транзакцію, між індивідом та навколишнім середовищем. Згідно з визначенням Лазаруса та Фолкман, психологічний стрес є взаємодією з навколишнім середовищем, яку людина оцінює за ступенем значущості для свого добробуту, і яка або перевантажує, або переважає наявні ресурси суб'єкта для подолання стресової ситуації [64].

Р. Лазарус зазначав, незалежно від термінів, що використовуються для характеристики процесів, пов'язаних зі стресом, слід завжди враховувати чотири аспекти: 1) внутрішній або зовнішній агент (в контексті взаємодії людини з навколишнім середовищем); 2) оцінка (яка може бути як когнітивною, так і фізіологічною); 3) процеси подолання (які можуть відбуватись на когнітивному або фізіологічному рівні); 4) складний патерн когнітивних і фізіологічних реакцій, що часто називається стресовою реакцією. У визначенні стресу центральними є два процеси, які стосуються транзакції-взаємодії між індивідом і навколишнім середовищем: когнітивна оцінка та копінг [64]. Поняття оцінки, яке було введене М. Арнольд і розвинене Р. Лазарусом, є ключовим для пояснення стресових транзакцій [64].

Як підкреслює Г.Крохне, поняття оцінки ґрунтується на розумінні того, що емоційні процеси, включаючи стрес, залежать від реальних очікувань і надій людини щодо значущості та результату певної події. Ця інтерпретація дозволяє пояснити індивідуальні відмінності в якості, інтенсивності та тривалості викликаної емоції у різних людей за однакових умов навколишнього середовища [65].

З розвитком досліджень стресу та копіngu, як відповіді на стрес, поняття "копінг" почало включати реакцію не тільки на "надмірні вимоги ситуації", але й на повсякденні стресові ситуації. Зокрема, Р. Лазарус та С. Фолькман виокремили три види стресу залежно від специфічних патернів первинної та вторинної оцінки: шкода, загроза та виклик. Під шкодою розуміють пошкодження або втрати, які вже відбулися; загроза — це антиципована шкода, яка може бути неминучою, тоді як виклик є результатом потреб, щодо можливості задоволення яких індивід не має сумнівів [65].

Р. Лазарус показав, що емоції та стрес тісно пов'язані, вказуючи на те, що види стресу вбудовані в специфічні типи емоційних відповідей та реакцій. Він виокремив 15 базових емоцій, серед яких 9 є негативними (гнів, страх, тривожність, провина, сором, смуток, заздрість, ревності та відраза), 4 — позитивними (щастя, гордість, полегшення та любов), а також 2 зі змішаною валентністю (надія та співчуття) [19].

Вперше в психологічній літературі поняття копіngu з'явилося в середині 20-го століття. Вперше термін "копінг" було використано у 1962 році Л. Мерфі у її дослідженні способів подолання дітьми конфліктів, спричинених кризами розвитку в рамках когнітивного підходу. Вона відносила до способів подолання активні зусилля особистості, спрямовані на вирішення складної ситуації з метою створення нової ситуації [66].

Копінг у дослідженнях стресу визначають як поведінковий репертуар, який людина використовує у своїх зусиллях з управління стресовими ситуаціями, незалежно від того, чи є такі спроби продуктивними або

корисними [19]. Відповідно до Е. Бюттнер та ін., подолання являє собою процес, що змінюється з плином часу [65].

Згрупувавши результати численних досліджень копінг-поведінки, І. Корнієнко класифікував підходи до вивчення копінгу на диспозиційний, ситуативний та інтегративний. Диспозиційний підхід зосереджений на визначенні особистісних якостей і стійких індивідуальних особливостей, що впливають на поведінку в подоланні стресу; ситуаційний (або динамічний) підхід розглядає процес подолання стресу та вплив ситуацій на вибір інших копінг-стратегій; інтегративний підхід враховує як особистісні, так і ситуативні фактори в дослідженні особливостей копінг-поведінки, розглядаючи копінг як аспект здібностей людини, що використовує наявні ресурси [67]. Таким чином, поняття «копінг» варіюється залежно від підходів різних психологічних шкіл.

Копінг-стратегії поділяються на дві основні категорії: проблемно-орієнтовані та емоційно-орієнтовані. Проблемно-орієнтовані стратегії включають дії, спрямовані на вирішення або мінімізацію стресової ситуації. Ці стратегії передбачають активне подолання проблеми, таке як пошук інформації, планування дій та прийняття рішень, що допомагають зменшити або усунути стресові фактори. Наприклад, якщо джерелом стресу є велика кількість робочих завдань, проблемно-орієнтована стратегія може включати складання списку пріоритетів та делегування частини завдань іншим.

Емоційно-орієнтовані стратегії спрямовані на зниження емоційного дискомфорту, який виникає внаслідок стресу. Ці стратегії включають техніки релаксації, пошук емоційної підтримки у друзів або сім'ї, позитивну інтерпретацію ситуації та особистісний розвиток. Наприклад, у випадку переживання важкої ситуації, такої як втрата близької людини, емоційно-орієнтована стратегія може включати розмови з друзями або психологом для отримання підтримки та зниження емоційного напруження.

Копінг-стратегії можуть бути адаптивними або неадаптивними. Адаптивні стратегії, такі як активне вирішення проблем і позитивна переоцінка, сприяють покращенню психологічного та фізичного стану людини. Неадаптивні стратегії, такі як уникнення або заперечення, можуть тимчасово зменшити стрес, але в довгостроковій перспективі вони не вирішують проблему і можуть призвести до погіршення ситуації.

Дослідження показують, що використання адаптивних копінг-стратегій пов'язане з кращими результатами для психічного здоров'я та загального благополуччя [2]. Це підкреслює важливість навчання та впровадження ефективних копінг-стратегій для зменшення негативних наслідків стресу.

Висновки до першого розділу:

У першому розділі роботи було досліджено різні аспекти стресових реакцій, включаючи фізіологічні, психологічні та соціальні чинники, що сприяють виникненню стресу та модулюють його наслідки. Під поняттям «стрес» ми розуміємо фізіологічну та психологічну реакцію організму на зовнішні або внутрішні подразники (стресори), які викликають порушення гомеостазу. Це адаптивна реакція, спрямована на підтримання рівноваги організму при змінних умовах середовища.

Встановлено, що стресові стани, зокрема хронічний стрес, мають значний вплив на здоров'я людини, спричиняючи розвиток численних захворювань, включно з серцево-судинними та психосоматичними розладами. Це підтверджується збільшенням психологічного та фізіологічного навантаження, яке може призвести до зниження життєвої активності та якості життя.

Стрес має позитивний та негативний вплив на здоров'я та життєдіяльність особистості. Позитивними наслідками стресу вважаються збільшення готовності до дії, підвищення продуктивності, покращення

когнітивних функцій, стимулювання мозкової діяльності, покращення пам'яті та здатності до навчання. Короткочасний стрес або еустрес може позитивно вплинути на організм і підвищити ефективність діяльності.

Негативними наслідками стресу є розвиток серцево-судинних захворювань, метаболічного синдрому, діабету, гіпертонії, запалення, проблем зі сном, тривожних розладів, депресії, емоційного вигорання, посттравматичного стресового розладу та психосоматичних розладів. Хронічний стрес може призвести до виснаження ресурсів організму та розвитку різних захворювань. Він також може спричинити поведінкові зміни, які в свою чергу можуть підвищити ризик розвитку серцево-судинних захворювань.

Копінг-стратегії поділяються на дві основні категорії: проблемно-орієнтовані та емоційно-орієнтовані. Проблемно-орієнтовані стратегії зосереджені на активних діях, спрямованих на вирішення або мінімізацію стресової ситуації. Цей підхід включає конкретні кроки, які допомагають зменшити вплив стресових факторів або усунути їх повністю. Емоційно-орієнтовані стратегії зосереджені на зменшенні емоційного дискомфорту, який виникає внаслідок стресу. Цей підхід включає різноманітні методи для зниження негативних емоцій та покращення психологічного стану.

Переживання стресу ми розглядаємо як інтегративне переживання, яке базується на оцінці стресової ситуації, актуалізації емоційних реакції на неї, що зумовлює вибір відповідних копінг-стратегій. Це переживання визначається багатьма факторами, включаючи індивідуальні особливості особистості, минулий досвід, наявність соціальної підтримки та специфіка стресових подій.

РОЗДІЛ 2

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕЖИВАННЯ ТРИВАЛОГО СТРЕСУ СЕРЕД РІЗНИХ ГРУП УКРАЇНЦІВ

2.1. Основні методи дослідження

Метою дослідження є визначення індивідуальних розбіжностей у переживанні стресу українцями під час війни.

Для досягнення мети було проведене емпіричне дослідження зі застосуванням наступних методик:

1) Шкали стресостійкості Connor-Davidson Resilience Scale-10 (CD-RISC-10), яка визначає рівень стресостійкості.

2) Опитувальник рівня суб'єктивного стресу Cohen's Perceived Stress Scale (PSS-10), в адаптації О. Вельдбрехт, Н. Тавровецької, за допомогою якого діагностується, наскільки стресовим людина вважає попередній місяць свого життя.

3) Опитувальник «COPE» авторів C.S.Carver, M.F. Scheier, J.K.Weintraub, адаптована Ю. Коваленко, є інструментом для оцінки різних стратегій копіngu, які використовуються людьми для подолання стресових ситуацій.

4) Авторська коротка анкета «Війна в Україні» (Додаток А).

Дослідження проводилось в дистанційній формі. Для проведення дослідження була створена google форма та розміщена в Telegram та Instagram мережах. З метою забезпечення належної підготовки респондентів до опитування та стимулювання їхньої мотивації надавати правдиві відповіді, було підготовлено вступне звернення. У ньому детально висвітлювалися тема та мета дослідження, а також надавалися інструкції щодо заповнення анкети.

Текст звернення: “Шановні учасники дослідження!

На сьогоднішній день, мабуть, не залишилося українця, якого б не зачепила війна та її наслідки. Всі ми розуміємо, що так чи інакше події останніх 2х років вплинули на кожного з нас. На комусь війна залишила дуже глибокий слід, хтось відчув її менше. Мета даного дослідження - виміряти, наскільки був сильним вплив тривалого стресу на певні аспекти вашого життя. Це допоможе психологам краще зрозуміти стан людей та дасть можливість цілеспрямовано діяти в умовах поточних реалій, більш вправно надавати допомогу потерпілим від військових дій. Прийняти участь в опитуванні може кожен громадянин України, якому виповнилось 18 років.

Дане дослідження абсолютно анонімне, отримані результати будуть використані виключно в узагальненому вигляді, а Ваші персональні дані не будуть вказуватися в жодному звіті. Ваш e-mail потрібен для того, щоб було видно, що опитувальник заповнювала реальна людина. Дослідження складається з невеликої анкети та 3 психологічних методик, заповнення займе у Вас близько 20 хвилин.

Участь у дослідженні є добровільною і Ви можете відмовитись від проходження на будь-якому його етапі. Я розумію, наскільки важливим є час для кожного з вас. Однак, я буду дуже вдячна, якщо ви приймете участь в опитуванні та за можливості запропонуєте своїм близьким та знайомим теж його пройти.

Якщо у Вас виникли питання, Ви можете звернутися за e-mail marrycherryuu@gmail.com

З повагою та безмежною вдячністю Ю. Свідерська, магістрантка спеціальності Психологія, КНЕУ ім. В. Гетьмана”.

Завдання анкети було — визначити якомога більше факторів які можуть впливати на стрес і загальний стан українців, а також дізнатися трохи більше про самих опитуваних.

Анкета “Війна в Україні” містила наступне звернення: ”Просимо вас надати відповіді на запитання анкети, які стосуються вашого досвіду переживання тривалої стресової ситуації. На більшість запитань вам потрібно

обрати лише одну відповідь. В анкеті є лише одне запитання, де ви можете обрати декілька варіантів. Просимо вас довго не замислюватись, надавати щирі відповіді. Анкета містить всього 15 запитань.”.

Всі запитання з анкети можна поділити на 3 блоки:

1. Особисті дані та демографічна інформація.
2. Фактори що можуть впливати на рівень стресу.
3. Оцінка рівня стресу та стрес-факторів.

Блок 1: Особисті дані та демографічна інформація.

Цей блок містить питання, які допомагають зібрати основні демографічні дані про респондентів. Ці дані дозволяють сегментувати респондентів за віком, статтю, матеріальним станом та рівнем освіти.

1. Ваш вік. Вкажіть кількість повних років. Показник — число.
2. Ваша стать.

Варіанти відповіді: чоловіча, жіноча, я б не хотів вказувати.

3. Рівень вашого матеріального стану.

Варіанти відповіді: низький, нижче середнього, середній, вище середнього, високий.

4. Рівень вашої освіти.

Варіанти відповіді: повна, середня, незавершена вища, освіта, бакалавр, спеціаліст, магістр, науковий ступінь (PhD, кандидат чи доктор наук), декілька вищих освіт.

Блок 2: Переживання та емоційний стан під час війни

Цей блок включає питання, що розкривають досвід респондентів під час війни, їхній емоційний стан та вплив війни на різні аспекти життя.

1. З початком війни (перший тиждень) Ви:.

Варіанти відповіді: залишилися вдома, змінили місце проживання в межах України, виїхали за кордон, вступили в ЗСУ, інший варіант

2. Чи є у Вас близькі в ЗСУ? Вкажіть хто саме. Можна обрати декілька варіантів.

Варіанти відповіді: чоловік/дружина, тато, мама, брат, сестра, син, донька, дідусь, бабуся, онук, онучка, дядько, тітка, племінник, племінниця, двоюрідні чи троюрідні брати, сестри, інші родичі, кум, кума, хрещені діти, хрещені батьки, близький друг, подруга, сусіди, знайомі, немає, інший варіант.

3. З початку війни чи були у Вас зміни в здоров'ї, які потребували звернення до лікаря вузької спеціалізації?

Варіанти відповіді: так, ні

4. За час війни які зміни відбулися в вашій робочій сфері?

Варіанти відповіді: все стабільно, на моїй діяльності війна ніяк не відобразилася, зміни на роботі відбулися в гіршу для мене сторону, зміни на роботі відбулися в кращу для мене сторону, я не працюю

5. Чи були у Вас значні для Вас фінансові чи майнові втрати з початком війни?

Варіанти відповіді: так, ні.

6. На даний момент Ви знаходитесь.

Варіанти відповіді: вдома, змінили місце проживання в межах України, виїхали за кордон, в ЗСУ, інше.

7. Чи хтось з вашого близького оточення знаходиться зараз в зоні високої небезпеки?

Варіанти відповіді: так, на окупованій території, так, на лінії фронту чи близько до неї, так, в зоні ведення бойових дій, ні, ніхто не перебуває.

8. Чи були особисто Ви в окупації?

Варіанти відповіді: так, ні, мої рідні/близькі люди певний час перебували в окупації.

Блок 3: Рівень стресу за шкалою респондентів.

Цей блок оцінює рівень стресу респондентів до та під час війни, а також фактори, що впливають на їхній стрес.

1. Оцініть за шкалою, наскільки стресовим було ваше життя до війни (1 - мінімальний стрес, 7 - максимальний стрес).

Показник — ранговий.

2. Оцініть, наскільки багато у вашому житті факторів, які вагомо впливають на ваш рівень стресу та не стосуються військових дій (1 - мінімально, 5 - максимально).

Показник — ранговий.

3. Оцініть рівень стресу, який ви переживаєте на даний момент (1 - мінімальний стрес, 7 - максимальний стрес).

Показник — ранговий.

2.2. Характеристика вибірки досліджуваних

Згруповані дані вибірки досліджуваних представлені в таблиці 2.1.

У дослідженні взяли участь 63 українці віком від 18 до 57. З них 16 чоловіків, 46 жінок та 1 учасник відмовився вказувати.

Рівень освіти опитаних був наступним: повна середня та незавершена вища освіта склали по 7,9%, рівень бакалавр, спеціаліст — 30,2%, магістр — 34,9%, науковий ступінь (PhD, кандидат чи доктор наук) мали 4,8%, а відсоток тих хто має декілька вищих освіт — 14,3%.

Респонденти оцінили свій матеріальний стан наступним чином: низький — 6,3%, нижче середнього — 7,9%, середній — 71,4%, вище середнього — 12,7%. високий — 1,6%.

Також учасникам були задані питання на виявлення чинників які можуть вплинути на рівень стресу опитаних.

Більшість опитаних 61,9% відповіли що зазнали значних фінансових чи майнових втрат з початком війни і 38,1% відповіли що таких втрат не мали. 57,1% опитаних зазначили що мали зміни в здоров'ї, які потребували звернення до лікаря вузької спеціалізації і 42,9% відповіли що не мали.

Таблиця 2.1 - Основні характеристики вибірки

№	Характеристика	Категорія	Кількість	Відсоток
1	Стать	жіноча	46	73
		чоловіча	16	25,4
		відмовився вказувати	1	1,6
2	Вік	менше 20 років	4	6,3
		20-30	20	31,7
		31-40	24	38,2
		40-50	10	15,9
		понад 50	5	7,9
3	Рівень матеріального стану	низький	4	6,3
		нижче середнього	5	7,9
		середній	45	71,4
		вище середнього	8	12,7
		високий	1	1,6
4	Освіта	повна середня	5	7,9
		незавершена вища освіта	5	7,9
		бакалавр, спеціаліст	30,2	30,2
		магістр	34,9	34,9
		науковий ступінь (PhD, кандидат чи доктор наук)	4,8	4,8
		декілька вищих освіт	14,3	14,3
5	Місце знаходження респондентів на момент проходження опитування	Вдома	40	63,5
		Змінив(ла) місце проживання в межах України	1	1,6
		Виїхав(ла) за кордон	18	28,6
		В ЗСУ	3	4,8
		Залишився за кордоном	1	1,6

Відповіді на питання “За час війни які зміни відбулися в вашій робочій сфері?” розподілилися наступним чином, респонденти в діяльності яких нічого не змінилося склали 23,8%, ті у кого зміни відбулися в гіршу для них

сторону — 38,1%, ті для кого зміни відбулися в кращу для них сторону — 19% і ті хто не працює — 19%.

Також респонденти були опитані на предмет знаходження когось з вашого близького оточення в зоні високої небезпеки на момент проходження опитування. У більшості 44,5% на разі ніхто з близьких не перебуває в зоні високої небезпеки, у 26,6% перебувають на лінії фронту чи близько до неї, в зоні ведення бойових дій — 19% та на окупованій території 9,5%.

При опитуванні було виявлено що особисто окупації перебували 12,7% респондентів і 85,7% не мали такого досвіду, а у 1,6% у окупації знаходились рідні/близькі люди.

З початком війни 52,4% опитаних залишилися вдома, змінили місце проживання в межах України — 33,3%, виїхали за кордон — 4,8%, вступ(ла) в ЗСУ — 3,2%, перебував(ла) за кордоном до початку війни — 6,4%.

На даний момент вдома перебувають 60,5%, змінив(ла) місце проживання в межах України — 1,6%, виїхали за кордон — 28,6%, і продовжили перебувати за кордоном — 1,6%.

Коли близькі люди перебувають в зоні ризику чи небезпеки це теж є значним стрес фактором. У 6,3% опитаних в ЗСУ знаходяться чоловік чи дружина, у 12,7% близькі по першій лінії спорідненості, у 20,6% в ЗСУ перебувають дядьки, тітки чи племінники, 19% зазначили що мають в ЗСУ інших родичів, у 6,3% в ЗСУ хрещеники або куми, у 38,1% опитаних близькі друзі, та 55,6% відмітили що в ЗСУ служать їх сусіди або знайомі, і 14,3% відмітили що не знають нікого зі свого оточення хто б перебував в ЗСУ.

У респондентів запитали як вони оцінюють рівень стресу до війни та на даний момент і скільки чинників окрім війни впливають на їх життя. Результати представлені на рисунках 2.1 – 2.3.

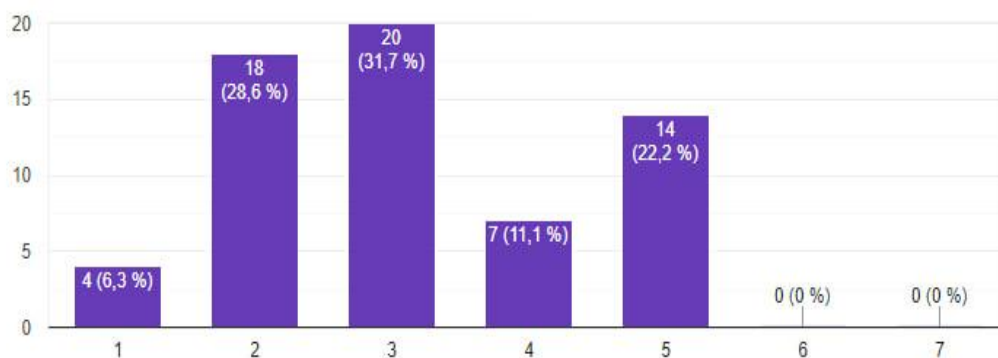


Рисунок 2.1 - Рівень стресу в житті до початку війни (1 – відсутній стрес; 7 – максимальне стресове навантаження)

Більшість опитаних відзначають рівень стресу у своєму житті нижче середнього 66,6%, середній рівень — 11,1%, та трохи більше середнього — 22,2%, максимально високий рівень не відмітив ніхто.

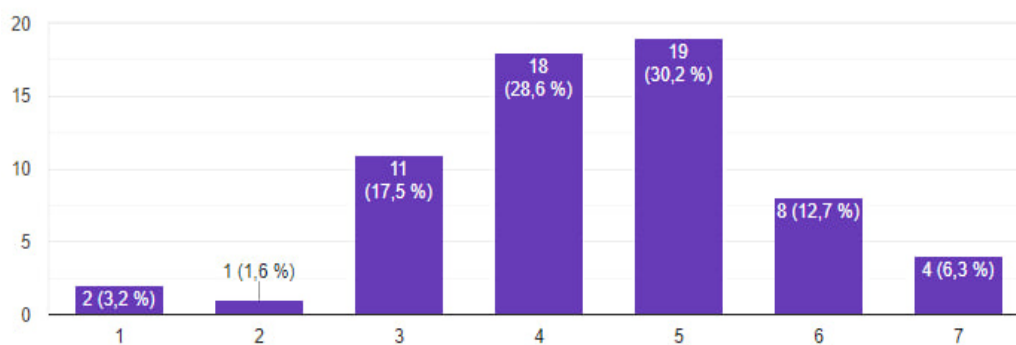


Рисунок 2.2 - Рівень стресу в житті на момент проходження опитування (1 – відсутній стрес; 7 – максимальне стресове навантаження)

Як видно на графіку, динаміка значно змінилася, мінімальний рівень стресу відмітили 4,8%, більшість відмітила середній рівень та трохи нижче і вище середнього — 76,3, і високий рівень вказали — 19%.

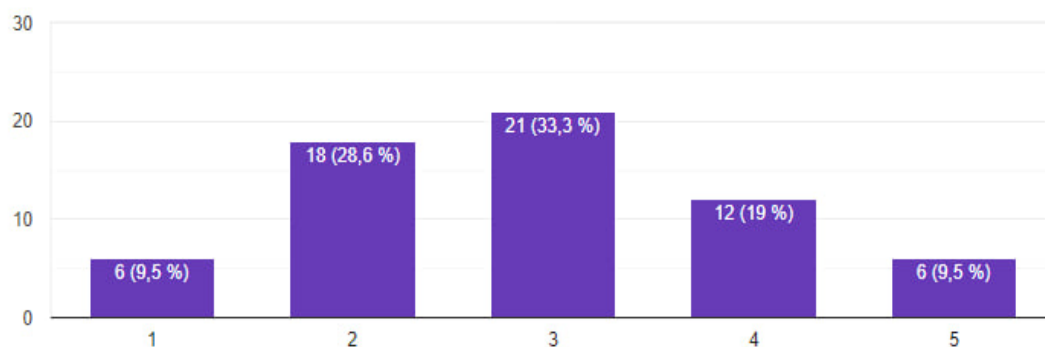


Рисунок 2.3 - Оцінка опитуваними факторів, які вагомо впливають на рівень стресу та не стосуються військових дій (1 — мінімальна кількість стрес факторів у житті, один і менше, 5 — п'ять і більше стрес факторів)

9,5% відсотків відмітили що в їх житті мало стрес факторів як впливають на їх стан і така ж кількість респондентів відмітили що додаткових стрес факторів у їх житті 5 і більше, найбільша кількість 33,3% вказала що в їх житті 3 стрес фактори що не стосуються війни та впливають на їх життя.

2.3. Дослідження особливостей переживання стресу українцями

Для діагностики рівня стресостійкості, рівня стресу за попередній місяць життя респондента та оцінки різних стратегій копінгу, які використовуються людьми для подолання стресових ситуацій було обрано такий психодіагностичний інструментарій:

1. Дослідження рівня суб'єктивного стресу за допомогою опитувальника Cohen's Perceived Stress Scale PSS-10 («Perceived Stress Scale-10»), в адаптації О. Вельдбрехт, Н. Тавровецької

Діагностична шкала Cohen's Perceived Stress Scale PSS-10 («Perceived Stress Scale-10»), в адаптації О. Вельдбрехт, Н. Тавровецької була використана для оцінювання рівня стресу, який людина відчуває протягом останнього місяця життя. Ця шкала самозвіту спрямована на оцінку міри, в якій життєві ситуації сприймаються як стресові. Вона вимірює ступінь, до якого

особистісне життя здається непередбачуваним, неконтрольованим та перевантаженим. Шкала "PSS-10" складається з 10 тверджень, розділених на дві субшкали: позитивну та негативну, які оцінюються за шкалою Лікерта. Сума балів за всіма пунктами дає загальний показник стресу, який може варіювати від 0 до 40. Вищі бали свідчать про вищий рівень сприйманого стресу. Типові інтерпретації балів PSS-10 наведені нижче.

Низький рівень стресу (0-13 балів). Низькі бали за PSS-10 вказують на те, що респондент рідко відчуває стресові ситуації як непередбачувані або неконтрольовані. Це свідчить про те, що людина має достатні ресурси для подолання повсякденних стресових ситуацій. Люди з низьким рівнем стресу, як правило, мають високий рівень стресостійкості та можуть ефективно управляти своїм життям без значного впливу стресу на їхнє фізичне та психологічне благополуччя [68].

Середній рівень стресу (14-26 балів). Середні бали вказують на те, що респондент періодично відчуває стрес, але не на постійній основі. Це свідчить про те, що індивід може стикатися з викликами, але в основному здатний їх подолати. Люди із середнім рівнем стресу можуть потребувати додаткової підтримки або розвитку копінг-стратегій для ефективного подолання стресу. Вони можуть бути вразливими до негативного впливу стресу на здоров'я, якщо стресові ситуації стануть більш інтенсивними або тривалими [68].

Високий рівень стресу (27-40 балів). Високі бали за PSS-10 свідчать про те, що респондент часто відчуває стресові ситуації як непередбачувані, неконтрольовані та переповнені стресом. Це вказує на значні труднощі у подоланні стресу. Люди з високим рівнем стресу мають підвищений ризик розвитку стресових розладів і можуть потребувати професійної допомоги для подолання стресових ситуацій. Вони також можуть бути вразливими до негативних наслідків стресу, таких як підвищений ризик серцево-судинних захворювань та психічних розладів [68].

Методика базується на транзакційній моделі стресу та копіngu, яка розглядає стрес як взаємодію між індивідом та його середовищем, де стрес виникає, коли особистість оцінює стресори як такі, що перевищують її ресурси. Ця модель акцентує на активній ролі особистості у процесі взаємодії зі стресорами.

Шкала "PSS-10" забезпечує високу чутливість та простоту використання у діагностиці стресу, має підтверджену надійність результатів і дозволяє компенсувати відсутність детального збору психологічного анамнезу. Ці особливості, разом із визначеною цільовою аудиторією, такою як студенти університетів та робітнича молодь, обумовили вибір цієї методики для використання в даному емпіричному дослідженні. Результати опитування за шкалою "PSS-10" представлені в таблиці 2.2.

Лише 4,8% респондентів відчувають низький рівень стресу, що вказує на їхню високу стресостійкість та ефективність у подоланні повсякденних стресових ситуацій. Ця група має достатні ресурси для підтримання психологічного благополуччя та здатна ефективно управляти своїм життям без значного впливу стресу.

Таблиця 2.2 – Відсотковий розподіл індивідуальних результатів за показниками «PSS-10» та шкали стресостійкості Connor-Davidson Resilience Scale-10 (CD-RISC-10)

Шкала	Низький рівень		Середній рівень		Високий рівень	
	N	%	N	%	N	%
Рівень стресу	3	4,8	53	84,1	7	11,1
Рівень стресостійкості	37	58,7	17	27,0	9	14,3

Більшість респондентів 84,1% мають середній рівень стресу. Це свідчить про те, що вони періодично стикаються з викликами, які спричиняють стрес, але здебільшого здатні їх подолати. Хоча ці респонденти можуть потребувати

додаткової підтримки або розвитку копінг-стратегій для ефективного подолання стресу, вони, в основному, підтримують своє психологічне благополуччя. Варто зауважити, що у випадку зростання інтенсивності або тривалості стресових ситуацій, вони можуть бути вразливими до негативних наслідків стресу.

11,1% респондентів мають високий рівень стресу, що вказує на значні труднощі у подоланні стресових ситуацій. Ця група респондентів часто сприймає ситуації як непередбачувані та неконтрольовані, що призводить до високого рівня емоційного та фізичного напруження. Такі люди мають підвищений ризик розвитку стресових розладів і можуть потребувати професійної допомоги для подолання стресових ситуацій. Вони також можуть бути вразливими до негативних наслідків стресу, таких як підвищений ризик серцево-судинних захворювань та психічних розладів.

2. Дослідження рівня стресостійкості за допомогою шкали стресостійкості Connor-Davidson Resilience Scale-10 (CD-RISC-10)

Дослідження проводилося за допомогою шкали стресостійкості Connor-Davidson Resilience Scale-10 (CD-RISC-10). Результати опитування за шкалою стресостійкості Connor-Davidson Resilience Scale-10 (CD-RISC-10) представлені в таблиці 2.2.

Термін "стрес", який згодом отримав назву "загальний адаптаційний синдром", був введений у науковий обіг у 1936 році, завдяки публікації досліджень професора Г.Сельє. У рамках цих робіт було розглянуто вплив травматичних пошкоджень та патогенних чинників на розвиток різних патологій та на формування компенсаторно-адаптивних реакцій організму. Згідно з цією концепцією, процес адаптації організму проходить через кілька етапів, зокрема, стадію тривоги, стадію стійкості чи резистентності, та завершується стадією виснаження [69].

Оскільки стресостійкість виступає захисним фактором організму, що пов'язана з його здатністю адаптуватися до стресорів або зовнішніх факторів, таких як зміни життєвих обставин, чи протидіяти психологічним проблемам та стресовим ситуаціям, це стає особливо важливим для пацієнтів з хронічним болем. Хронічний біль може бути індикатором травми або захворювання, але коли гострий біль переходить у хронічний, він втрачає свою сигнальну функцію і починає негативно впливати на особу, часто супроводжуючись рядом емоційних, когнітивних та фізичних наслідків. Згідно зі статистикою, 10–20% населення страждають від хронічного або періодичного хронічного болю, причому значна частина цих осіб — це люди з ревматичними захворюваннями, такими як анкілозивний спондиліт, ревматоїдний артрит, фіброміалгія та інші [70].

Шкала стресостійкості Connor-Davidson Resilience Scale-10 (CD-RISC) є одним із найбільш поширених і валідних інструментів для оцінки рівня стресостійкості. CD-RISC-10 є коротшою версією оригінальної шкали, яка складається з 10 пунктів, що дозволяє швидше та зручніше оцінювати стресостійкість. CD-RISC була розроблена у 2003 році Коннором і Девідсоном з метою вимірювання стресостійкості — здатності індивіда ефективно адаптуватися до стресу і відновлюватися після труднощів. Першочергова версія складалася з 25 пунктів [71], однак згодом були виявлені певні обмеження цієї версії, що призвело до розробки спрощеної версії шкали — CD-RISC-10[72]. Ця шкала була перекладена на 69 мов світу.

CD-RISC-10 складається з 10 тверджень, які оцінюються респондентом за 5-бальною шкалою, де: 0 — зовсім не вірно, 4 — майже завжди або завжди вірно.

Загальна оцінка за шкалою може варіюватися від 0 до 40 балів.

Низький рівень стресостійкості (0-20 балів). Особи з низьким рівнем стресостійкості мають обмежену здатність ефективно протистояти стресовим факторам і відновлюватися після стресових ситуацій. Вони можуть бути

схильні до емоційної нестабільності, зниження продуктивності та погіршення загального самопочуття. Такі особи можуть потребувати додаткової підтримки і втручання для покращення їхньої стресостійкості.

Середній рівень стресостійкості (21-30 балів). Особи з помірним рівнем стресостійкості мають деякі ефективні стратегії подолання стресу і можуть відновлюватися після стресових ситуацій з певними труднощами. Вони, як правило, здатні зберігати функціональність і продуктивність в умовах помірного стресу, але можуть відчувати значне напруження під час тривалих або надзвичайно інтенсивних стресових подій. Втручання, спрямовані на розвиток додаткових навичок подолання стресу та підвищення адаптивних можливостей, можуть бути корисними для цієї групи.

Високий рівень стресостійкості (31-40 балів). Особи з високим рівнем стресостійкості демонструють велику здатність ефективно протистояти стресовим факторам і швидко відновлюватися після стресових ситуацій. Вони зазвичай володіють розвиненими навичками адаптації, високим рівнем емоційної стабільності та здатністю зберігати продуктивність навіть у надзвичайно стресових умовах. Такі особи рідше потребують зовнішньої підтримки для подолання стресу і можуть виступати як приклади для інших у контексті стресостійкості.

Аналізуючи дані отримані від респондентів та представлені у таблиці 2.2, можна зробити наступні висновки. Понад половина респондентів демонструють низький рівень стресостійкості 58,7%. Це вказує на те, що значна частина вибірки має обмежені можливості для ефективного подолання стресу і відновлення після стресових ситуацій. Особи з низьким рівнем стресостійкості можуть бути більш схильними до негативних емоційних реакцій, таких як тривога, депресія та зниження продуктивності.

Чверть респондентів має середній рівень стресостійкості 27,0%. Це свідчить про наявність деяких ефективних стратегій подолання стресу у цих осіб, але вказує на можливість виникнення труднощів під час тривалих або

інтенсивних стресових ситуацій. Такі респонденти можуть зберігати функціональність і продуктивність у помірно стресових умовах, але все ж можуть потребувати додаткової підтримки для покращення їхньої стресостійкості.

Лише 14,3% респондентів мають високий рівень стресостійкості. Ці особи демонструють значну здатність ефективно адаптуватися до стресових ситуацій і швидко відновлюватися після труднощів. Вони володіють розвиненими адаптивними навичками, високим рівнем емоційної стабільності та можуть зберігати продуктивність навіть у надзвичайно стресових умовах. Такі респонденти можуть виступати як приклади для інших та надавати підтримку менш стресостійким індивідам.

3. Дослідження копінг-поведінки українців за допомогою опитувальника «COPE» авторів C.S.Carver, M.F. Scheier, J.K.Weintraub

У даній роботі застосовано методику «COPE», розроблену C.S. Carver, M.F. Scheier та J.K. Weintraub у 1989 році, результати представлені в таблиці 2.4. Опитувальник «COPE» широко використовується як інструмент ретроспективного самозвіту, що включає 15 субшкал для визначення стратегій копіngu. Основа цього опитувальника ґрунтується на транзакційній моделі поведінки опанування, запропонованій С. Фолкман та Р. Лазарусом у 1980 році. Ці автори концептуалізували поведінку подолання як когнітивну транзакцію між індивідом та його навколишнім середовищем в певному контексті, визначаючи її як орієнтовану на процес. Важливим аспектом транзакційної моделі є процес оцінки, під час якого особа аналізує значення стресової події для свого добробуту та наявність ресурсів для її подолання [19].

П'ять із цих субшкал оцінюють проблемно-орієнтований копінг, включаючи такі елементи, як активне подолання, планування, придушення конкурентних дій, обмеження, а також пошук інструментальної соціальної

підтримки. Наступні п'ять субшкал зосереджені на емоційно-орієнтованому копінг: пошук емоційної соціальної підтримки, позитивна інтерпретація та особистісний розвиток, прийняття, заперечення та релігійний копінг. Останні три субшкали включають фокусування на емоціях та емоційну розрядку, поведінкове відволікання та ментальне відволікання від проблеми. На основі результатів експлораторного факторного аналізу, у структуру опитувальника «COPE» було додано змінну, пов'язану з вживанням алкоголю та наркотиків, яка згодом трансформувалася в окрему субшкалу "Вживання алкоголю та наркотиків". Крім того, було введено субшкалу "Почуття гумору". В результаті цих доповнень кінцева версія опитувальника «COPE» включає 60 тверджень, розподілених на 15 субшкал, кожна з яких складається з чотирьох тверджень. Концептуальні пояснення кожної з субшкал були адаптовані і представлені в таблиці 2.3 [65].

Методика «COPE» відрізняється своєю зручністю у використанні. Опитувальник містить 60 пунктів, які об'єднані у 15 субшкал, кожна з яких включає чотири твердження. Оцінка тверджень відбувається за чотирибальною шкалою Лікерта, від «1» (зовсім цього не роблю) до «4» (це саме те, що я роблю) у ситуативній версії та від «1» (зазвичай цього не роблю) до «4» (це зазвичай роблю) у диспозиційній версії. Розробники методики, відповідно до концепції цього дослідження, уникали розділення копінг-стратегій на проблемно-орієнтовані та емоційно-орієнтовані, тому в методиці не використовуються копінг-індекси. Аналіз відповідей проводиться окремо за кожною субшкалою або через виділення факторів другого порядку на конкретній вибірці.

Інтерпретація результатів «COPE» допомагає зрозуміти, які копінг-стратегії переважають у людини, і як вони можуть впливати на її здатність ефективно справлятися зі стресовими ситуаціями.

Таблиця 2.3 - Зміст субшкал методики «COPE»

№	Субшкала	Визначення
1	Позитивна інтерпретація та особистісний розвиток (Positive reinterpretation and growth).	Зусилля з оптимального використання обставин, сприйняття ситуації під більш вигідним кутом.
2	Ментальне відволікання від проблеми (Mental disengagement).	Психологічне відволікання від цілей, досягнення яких ускладнюється присутністю стресора, шляхом занурення в мрії, сон або інші відволікаючі діяльності.
3	Фокусування на емоціях та емоційна розрядка (Focus on and venting of emotions).	Глибоке усвідомлення емоційного дискомфорту та схильність до емоційної розрядки.
4	Пошук інструментальної соціальної підтримки (Use of instrumental social support).	Звернення за допомогою, порадою чи інформацією.
5	Активне подолання (Active coping).	Здійснення активних дій та прикладання зусиль для подолання або уникнення стресора.
6	Заперечення (Denial).	Спроби заперечення наявності стресора чи кризової ситуації.
7	Релігійний копінг (Religious coping).	Посилене залучення в релігійні практики.
8	Почуття гумору (Humor).	Використання іронії та гумору для ставлення до стресора чи кризової ситуації.
9	Поведінкове відволікання від проблеми (Behavioral disengagement).	Відмова від досягнення цілей, яким перешкоджає стресор або криза.
10	Обмеження (Restraint).	Пасивне подолання, чекання відповідного моменту для відновлення спроб досягнення мети.
11	Пошук емоційної соціальної підтримки (Use of emotional social support).	Прагнення отримати співчуття або емоційну підтримку від інших.
12	Вживання алкоголю та наркотиків (Substance use).	Вживання алкоголю чи наркотиків для відволікання від стресу чи кризової ситуації.
13	Прийняття (Acceptance).	Усвідомлення та прийняття факту настання кризової ситуації як реальності.
14	Придушення конкурентних дій (Suppression of competing activities).	Придушення уваги до інших справ з метою зосередження на вирішенні стресової ситуації.
15	Планування (Planning).	Роздуми та планування активних заходів для протидії стресору.

Результати «COPE» можуть бути поділені на три основні рівні: високі, середні та низькі показники на кожній з шкал. Ці рівні інтерпретуються наступним чином: високі показники на певній шкалі свідчать про те, що людина активно використовує даний тип копінг-стратегії. Середні показники вказують на помірне використання копінг-стратегії. Людина може застосовувати дану стратегію в певних ситуаціях, але не робить це постійно. Це свідчить про гнучкість у підході до стресових ситуацій, коли людина може адаптуватися до різних умов. Низькі показники на певній шкалі можуть свідчити про те, що людина рідко або зовсім не використовує даний тип копінг-стратегії. Наприклад, низький бал на шкалі "Поведінкове відволікання від проблеми" можуть вказувати на те, що людина не схильна уникати проблем і не прагне уникати стресових ситуацій.

У таблиці представлено розподіл респондентів за низьким, середнім та високим рівнями за 15 шкалами копінг-стратегій.

Більшість респондентів демонструють високі рівні використання стратегій активного подолання 74,6%, позитивної інтерпретації та особистісного розвитку 63,5%, прийняття 68,2% та планування 84,1%, також пошук емоційної соціальної підтримки 46%. Це свідчить про їхню здатність ефективно справлятися зі стресовими ситуаціями та орієнтацію на конструктивні підходи до вирішення проблем.

Стратегії, пов'язані з пошуком інструментальної соціальної підтримки 50,8%, придушенням конкурентних дій 47,6% а також почуттям гумору 42,9%, переважно на середньому рівні. Це може вказувати на те, що респонденти не завжди активно звертаються за допомогою до інших, але все ж визнають важливість соціальної підтримки у подоланні стресу.

Стратегії, які можуть бути визнані менш адаптивними або деструктивними, такі як заперечення 49,2%, вживання алкоголю та наркотиків 50,8%, переважно мають низькі рівні використання серед респондентів. Це

свідчить про те, що більшість респондентів уникають деструктивних підходів до подолання стресу.

Таблиця 2.4 - Відсотковий розподіл індивідуальних результатів за показниками «COPE»

№	Шкала	Низький рівень		Середній рівень		Високий рівень	
		N	%	N	%	N	%
1	Позитивна інтерпретація та особистісний розвиток	1	1,6	22	34,9	40	63,5
2	«Ментальне відволікання» – уникнення проблеми	5	8	44	69,8	14	22,2
3	Фокусування на емоціях та емоційна розрядка	6	9,5	30	47,6	27	43,9
4	Пошук інструментальної соціальної підтримки	6	9,5	32	50,8	25	39,7
5	Активне подолання	1	1,6	15	23,8	47	74,6
6	Заперечення	31	49,2	29	46	3	4,8
7	Релігійний копінг	30	47,6	9	14,3	24	38,1
8	Почуття гумору	13	20,6	27	42,9	23	36,5
9	Поведінкове відволікання	22	34,9	35	55,6	6	9,5
10	Обмеження	1	1,6	45	71,4	17	27
11	Пошук емоційної соціальної підтримки	8	12,7	26	41,3	29	46
12	Вживання алкоголю та наркотиків	32	50,8	17	28	14	22,2
13	Прийняття	2	3,2	18	28,6	43	68,2
14	Придушення конкурентних дій	5	8	30	47,6	28	44,4
15	Планування	1	1,6	9	14,3	53	84,1

Стратегії які передбачають пасивне очікування або навіть і відмову від своїх цілей такі як ментальне відволікання 69,8%, поведінкове відволікання 55,6% та обмеження 71,4% в більшості випадків переважає середній рівень. Це може свідчити про загальну тенденцію до уникнення активних дій у досягненні цілей. Такі показники ментального та поведінкового відволікання, а також обмеження свідчать про те, що люди схильні обирати стратегії, які не

передбачають активного вирішення проблем, але так як цей показник середній це говорить про те що люди не надають цим стратегіям перевагу. Також це може бути наслідком стресу, невпевненості або відсутності чітких планів дій. Таке ставлення може обмежувати можливості особи для особистісного розвитку та досягнення успіху, адже замість того, щоб діяти, вони віддають перевагу відволіканню.

Цікаво що низький релігійного копінгу спостерігається у 47,6% і в той самий час у 38,1% він високий, з чого можна зробити висновок що доволі велика частина людей має помірний рівень релігійного копінгу, що свідчить про різноманітність підходів до вирішення стресових ситуацій через релігію. Це може означати, що багато людей звертаються до своїх релігійних переконань у певних ситуаціях, але не покладаються виключно на них.

Стратегія, що включає фокусування на емоціях та емоційну розрядку, представлена на середньому рівні у 47,6% досліджуваних та на високому рівні у 43,9% опитаних. Це може вказувати на те, що респонденти більш-менш активно використовують засоби психологічної саморегуляції в складних стресових ситуаціях.

Таким чином, можна сказати, що велика кількість респондентів мають ефективні та адаптивні методи подолання стресу, а саме активного подолання 74,6%, позитивної інтерпретації та особистісного розвитку 63,5%, прийняття 68,2% та планування 84,1%, також пошук емоційної соціальної підтримки 46%, що може сприяти їхньому загальному психічному та фізичному здоров'ю.

На основі аналізу даних можна зробити висновок, що респонденти демонструють переважно середні та високі рівні використання копінг-стратегій. Найбільш розповсюджені стратегії включають активне подолання, позитивну інтерпретацію та особистісний розвиток, прийняття, та планування. Натомість, такі стратегії як заперечення, релігійний копінг, та вживання алкоголю та наркотиків характеризуються низьким рівнем використання.

Підсумовуючи результати дослідження можна визначити наступний розподіл респондентів за рівнями стресу: низький рівень стресу — 4,8%, середній рівень стресу — 84,1%, високий рівень стресу — 11,1%.

Рівень стресостійкості серед респондентів розподіляється таким чином: низький рівень стресостійкості — 58,7%, середній рівень стресостійкості — 27,0%, високий рівень стресостійкості — 14,3%.

Рівні копінг-стратегій розподілилися наступним чином. Копінг-стратегії в яких у більшості опитаних був виявлений високий рівень: активне подолання 74,6%, позитивна інтерпретація та особистісний розвиток 63,5%, прийняття 68,2%, планування 84,1%, пошук емоційної соціальної підтримки 46%.

Копінг-стратегії в яких у більшості опитаних був виявлений низький рівень: заперечення 49,2%, вживання алкоголю та наркотиків 50,8%.

Цікавим були результати щодо релігійний копінгу, так як у 47,6% він виявився низьким, а у 38,1% у той самий час високим.

Копінг-стратегії які виявилися у більшості опитаних на середньому рівні: ментальне відволікання 69,8%, поведінкове відволікання 55,6% обмеження 71,4%.

2.4. Визначення груп українців з різним рівнем переживання стресу та стресостійкості

Кластерний аналіз — це статистичний метод, який використовується для групування об'єктів (спостережень, випадків, змінних) на основі їхніх характеристик таким чином, що об'єкти в межах одного кластеру є більш схожими між собою, ніж з об'єктами з інших кластерів. Цей метод широко застосовується в різних галузях науки та практики, включаючи біологію, маркетинг, психологію, соціологію та машинне навчання. Він особливий тим

що є не звичайним статистичним методом так як до нього зазвичай не застосовні процеси перевірки статистичної значимості [73].

Був проведений кластерний аналіз методом Ворда за даними, відображеними в таблиці 2.2 та додатку Б, за індивідуальними показниками шкали Cohen's Perceived Stress Scale PSS-10 («Perceived Stress Scale-10»), та шкали стресостійкості Connor-Davidson Resilience Scale-10 (CD-RISC-10). За допомогою даного аналізу було виокремлено 2 групи — «стресостійкі» 22 опитаних (34,9%) та «нестійкі» — 41 опитаних (65,1%). Основні розбіжності за цими групами представлені у табл. 2.5 та 2.6.

Таблиця 2.5 – Результати дисперсійного однофакторного аналізу за основними показниками

Параметр	χ^2	p	ϵ^2
PSS10	7.8646	0.005	0.12685
Стресостійкість	42.3932	< .001	0.68376

Дані таблиці 2.5 демонструють наявність значущих розбіжностей між двома групами за показниками переживання стресу ($p=0,005$) та стресостійкості ($p<0,001$).

Таблиця 2.6 - Описові статистики основних показників

Параметр	Група	Середній	Медіана	Стандартне відхилення
PSS10	1	18.0	17.0	5.13
	2	22.0	22	4.90
Стресостійкість	1	32.9	32.0	3.23
	2	21.0	21	4.52

Кожну з груп можна охарактеризувати наступним чином, в групі «стресостійкі» виявлений вище рівень за показником стресостійкості ($M=32,0$) та значно нижче показник пережитого стресу за останній місяць ($M=18,0$), ніж

у групі «нестійкі». Співвідношення середніх значень можна побачити на корбчатих діаграмах на рис. 2.4-2.5.

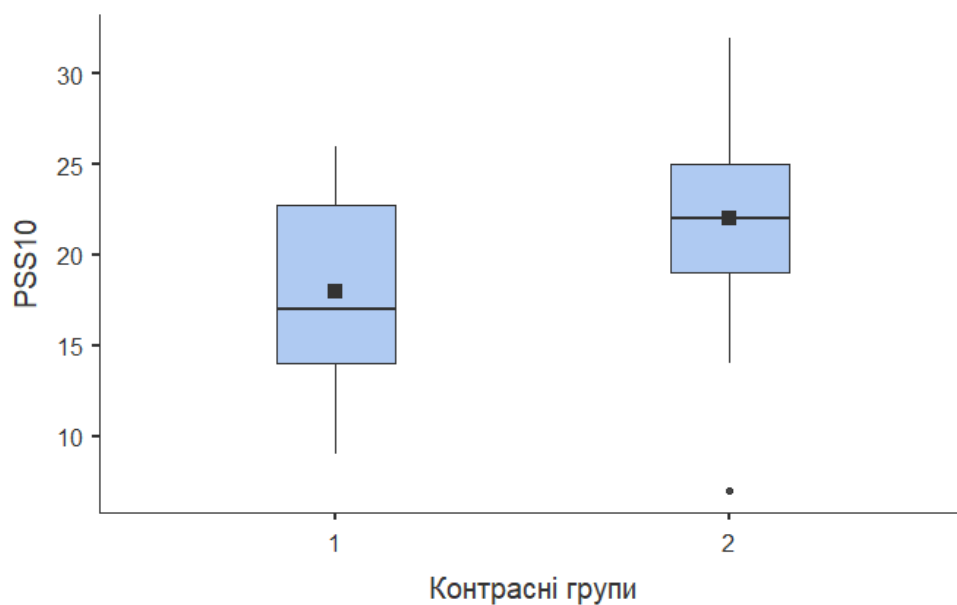


Рисунок 2.4 - Рівень пережитого стресу за останній місяць в контрастних групах

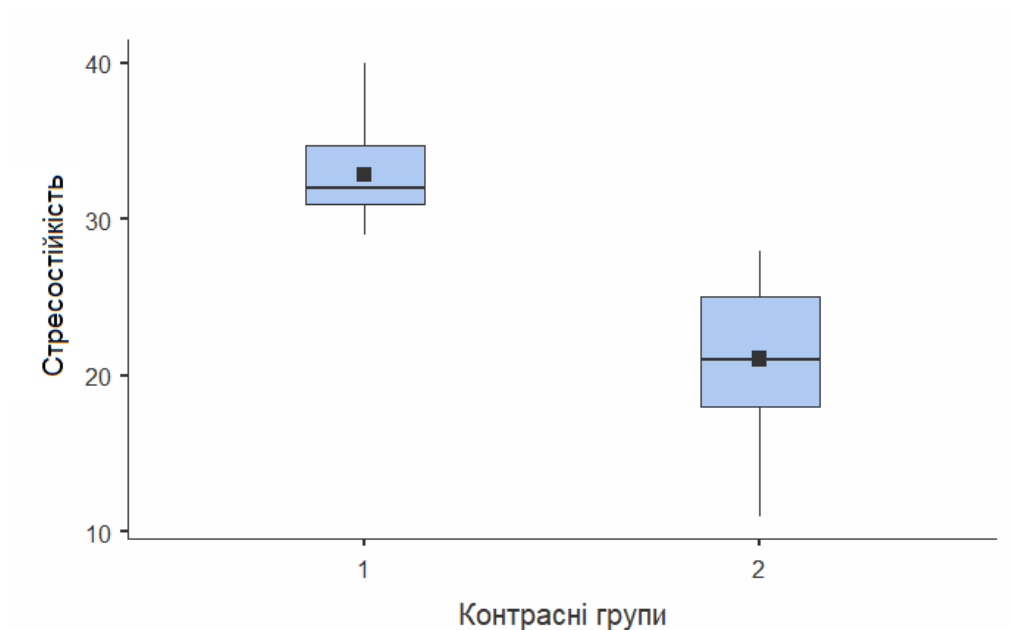


Рисунок. 2.5 – Рівень стресостійкості в контрастних групах

Проаналізуємо склад двох груп. Згруповані дані представлені в табл. 2.7.

У дослідженні взяли участь дві групи: група 1 (стресостійкі), яка складалася з 22 осіб (41% від загальної вибірки), та група 2 (нестійкі), яка складалася з 41 особи (59% від загальної вибірки). Середній вік у групі 1 становив 33,6 років, тоді як у групі 2 середній вік був 35,1 років.

Таблиця 2.7 – Дані учасників двох визначених груп

Параметр	Група 1		Група 2	
	N	%	N	%
Кількість людей в групі	22	34,9	41	65,1
Середній вік	33,6		35,1	
Жінки	17	77,3	29	70,7
Чоловіки	5	22,7	11	26,8
Не вказали стать	0	0	1	2,5
Відмітили що у них були значні зміни у здоров'ї	5	22,7	22	53,65
Відмітили що змін у здоров'ї не було	17	77,3	19	46,3
Відмітили що мали фінансові втрати	7	31,8	17	41,5
Відмітили що не мали фінансових втрат	15	68,2	24	58,5
Перебували в окупації	3	13,6	5	12,2
Не перебували в окупації	18	81,8	36	87,8

У групі 1 більшість становили жінки 77,3%, тоді як чоловіків було лише 22,7%. У Групі 2 жінки також переважали 70,7%, але кількість чоловіків була дещо більшою 26,8%. Варто відзначити, що в групі 2 одна особа 2,5% не вказала стать.

Щодо змін у стані здоров'я, у групі 1 лише 22,7% зазначили наявність значних змін, тоді як у групі 2 таких було вже 53,7%. За критерієм кутового перетворення Фішера ми встановили значущі розбіжності в двох групах, отже можемо стверджувати, що стресостійкі особи значно рідше скаржаться на проблеми зі здоров'ям під час війни, ніж нестійкі особи ($\phi^*=2,47$; $p \geq 0,01$). Відсутність змін у здоров'ї відмітили 77,3% у групі 1 та 46,3% у групі 2. Так 2 група з високими показниками пережитого стресу та показниками

стресостійкості нижче можна припустити що стрес вплинув на здоров'я опитуваних.

Фінансові втрати зазнали 31,8% з групи 1 та 41,5% з групи 2. Водночас, відсутність фінансових втрат відмітили 68,2% у групі 1 та 58,5% у групі 2. Показники в групах не сильно відрізняються, та варто зазначити що значні майнові втрати можуть сильно вплинути на рівень стресу.

В таблиці 2.8 відображені результати опитування по питанням місцехнаходження та перебування близьких в зоні небезпеки.

Таблиця 2.8 — Результати анкетування щодо місцезнаходження респондентів

Параметр	Група 1		Група 2	
	N	%	N	%
Зміна місця перебування з початком війни:				
Залишилися вдома	17	77,3	16	39
Вступили в ЗСУ	0	0	2	4,9
Змінили місце проживання в межах України	3	13,6	18	43,9
Виїхали за кордон	1	4,5	2	4,9
Перебували за кордоном до початку війни	1	4,5	3	7,3
Місцеперебування на даний момент:				
Вдома	17	77,3	23	56,1
В ЗСУ	0	0	3	7,3
За кордоном	5	22,7	14	34,1
Змінили місце проживання в межах України	0	0	1	2,4
Наявність близьких в зоні небезпеки:				
На окупованій території	3	13,6	3	7,3
На лінії фронту чи близько до неї	5	22,7	12	29,3
В зоні ведення бойових дій	5	22,7	7	17,1
Ніхто з близьких не перебуває	9	40,9	19	46,3

Щодо зміни місцезнаходження, пов'язаного із початком війни, у групі 1 більшість залишилась вдома 77,3%, тоді як у групі 2 кількість тих, хто залишився вдома, значно менша 39%. Аналізуючи ці дані за критерієм кутового перетворення Фішера можна сказати це дуже вагома різниця ($\phi^*=3,02$; $p \geq 0,001$). Переміщення в межах України відзначили 13,6% у групі 1 та 43,9% у групі 2, що за критерієм кутового перетворення Фішера має вагому різницю ($\phi^*=2,62$; $p \geq 0,01$). Виїзд за кордон підтвердили 4,5% з групи 1 та 4,9% з групи 2. Таким чином, можна припустити, що група 2 відчувала більший рівень стресу, що спонукало більшу кількість осіб до переміщення всередині країни, в той час як група 1 виявилася більш стабільною та стресостійкою.

На момент дослідження більшість осіб з групи 1 77,3% продовжують перебувати вдома, тоді як у групі 2 цей показник збільшився до 56,1%. За кордоном на момент дослідження перебували 22,7% осіб з групи 1 та 34,1% осіб з групи 2.

22,7% осіб з групи 1 мають близьких на окупованих територіях, а 27,3% – на лінії фронту або близько до неї. У групі 2 ці показники складають 7,3% та 29,3% відповідно. Це може вказувати на те, що група 1 має більш високу ймовірність переживання стресових ситуацій, що впливає на їхню мобільність та прийняття рішень щодо зміни місця проживання.

Далі був проведений однофакторний дисперсійний аналіз One-way ANOVA за непараметричним тестом Краскела-Волліса, результати якого представлений в таблиці 2.9. Метою даного тесту було — визначити які копінг-стратегії відрізняються в групах. За результатами обробки можна зазначити, що 6 копінг-стратегій мають показник рівня значущості менший за 0,05, що говорить про наявність значущих розбіжностей. В таблиці вони відмічені *.

За результатами аналізу можна сказати що по таким копінг-стратегіям розбіжності не суттєві: ментальне відволікання, фокусування на емоціях та емоційна розрядка, пошук інструментальної соціальної підтримки,

заперечення, релігійний копінг, обмеження, пошук емоційної соціальної підтримки, вживання алкоголю та наркотиків, прийняття. Це може свідчити про те, що учасники обох груп демонструють подібні підходи до використання зазначених стратегій у відповідь на стресові ситуації. Такий результат може вказувати на універсальність цих стратегій серед респондентів, незалежно від їх можливих відмінностей.

Різницю між копінг-стратегіями в групах «стресостійкі» (Група 1) та «нестійкі» (Група 2) відображено в таблиці 2.10.

Таблиця 2.9 – Результат дисперсійного аналізу копінг-стратегій

Параметр	χ^2	p	ϵ^2
Позитивна інтерпретація та особистісний розвиток	5.1920	0.023*	0.08374
Ментальне відволікання	1.8913	0.169	0.03051
Фокусування на емоціях та емоційна розрядка	0.4652	0.495	0.00750
Пошук інструментальної соціальної підтримки	0.7316	0.392	0.01180
Активне подолання	8.6865	0.003*	0.14011
Заперечення	2.2588	0.133	0.03643
Релігійний копінг	0.9549	0.328	0.01540
Почуття гумору	4.7133	0.030*	0.07602
Поведінкове відволікання від проблеми	6.2104	0.013*	0.10017
Обмеження	0.6458	0.422	0.01042
Пошук емоційної соціальної підтримки	0.0758	0.783	0.00122
Вживання алкоголю та наркотиків	0.1176	0.732	0.00190
Прийняття	1.5268	0.217	0.02463
Придушення	4.8632	0.027*	0.07844
Планування	6.7319	0.009*	0.10858

Примітка: * - значущі розбіжності

За стратегією “позитивна інтерпретація та особистісний розвиток” група 1 має вищий показник ($M=13,4$), порівняно з групою 2 ($M=11,7$), що свідчить про більш частіше використання цієї стратегії у групі 1. Високий середній показник може вказувати на те, що учасники групи 1 більш схильні

до рефлексії свого досвіду, активно шукають позитивні аспекти у різних ситуаціях, і використовують особистісний розвиток як засіб для адаптації до складних умов. Медіана також вища у групі 1 ($Md=14,0$ проти $Md=12,0$), що підтверджує цю тенденцію. Вищий показник медіани може свідчити про більш узгоджене застосування цієї стратегії серед більшості учасників групи 1, що може бути показником їхньої більшої емоційної стійкості або кращого розуміння значущості особистісного розвитку.

Таблиця 2.10 – Описові статистики за показниками копінг-стратегій в двох визначених групах

Параметр	Група	Середній	Медіана	Стандартне відхилення
Позитивна інтерпретація та особистісний розвиток	1	13.4	14.0	2.46
	2	11.7	12	2.83
Активне подолання	1	14.2	15.0	2.13
	2	12.2	12	2.56
Почуття гумору	1	11.2	11.5	3.33
	2	9.15	9	3.37
Поведінкове відволікання від проблеми	1	7.00	6	2.51
	2	8.51	9	2.39
Придушення	1	12.0	12.5	2.98
	2	10.5	10	2.74
Планування	1	14.7	15.0	1.42
	2	13.0	13	2.54

Стратегія “активне подолання” в групі 1 ($M=14,2$) перевищує аналогічний показник для групи 2 ($M=12,2$). Вищий середній показник може свідчити про те, що учасники групи 1 більш рішуче та систематично підходять до вирішення проблем, використовуючи активні та цілеспрямовані дії для подолання стресових ситуацій. Медіана у групі 1 дорівнює ($Md=15,0$), що також перевищує медіану групи 2 ($Md=12,0$). Це свідчить про більш активне застосування цієї стратегії у групі 1. Така висока медіана може свідчити про більш узгоджене застосування активних дій у групі 1, що, можливо, є

показником їхньої більшої впевненості у своїх силах та здатності впливати на ситуацію.

Група 1 має вищий середній показник ($M=11,2$), порівняно з групою 2 ($M=9,15$) за стратегією “почуття гумору”, це свідчить про частіше використання цієї стратегії учасниками групи 1, що може вказувати на їхню здатність використовувати гумор як захисний механізм у складних ситуаціях, сприяючи зниженню стресу та покращенню емоційного стану. Медіана також трохи вища у групі 1 ($Md=11,5$ проти $Md=9,0$). Цей факт може свідчити про більшу здатність учасників групи 1 використовувати гумор як адаптивну стратегію, що може бути ознакою їхньої психологічної стійкості та гнучкості.

Група 1 має вищий середній показник копінг-стратегії “придушення” ($M=12,0$) порівняно з групою 2 ($M=10,5$), це вказує на частіше використання цієї стратегії учасниками групи 1, що може бути ознакою їхньої схильності до контролю та гальмування емоцій у відповідь на стресові ситуації. Таке придушення емоцій може допомагати в короткостроковій перспективі, проте може мати негативні наслідки для психологічного здоров'я у довгостроковій перспективі. Медіана також вища у групі 1 ($Md=12,5$ проти $Md=10,0$).

За стратегію “планування” група 1 має вищий середній показник ($M=14,7$), порівняно з групою 2 ($M=13,0$), що вказує на частіше використання цієї стратегії у групі 1. Вищий середній показник може свідчити про те, що учасники групи 1 більш активно використовують структурований підхід до вирішення проблем, створюючи чіткі плани дій для подолання труднощів. Медіана у групи 1 також вища ($Md=15,0$ проти $Md=13,0$). Висока медіана вказує на те, що більшій частці людей з групи 1 характерна висока організованість та спрямованість на досягнення результатів у складних ситуаціях.

У випадку стратегії “поведінкове відволікання від проблеми” група 2 має вищий середній показник ($M=8,5$), порівняно з групою 1 ($M=7,0$). Вищий середній показник у групі 2 може вказувати на схильність її учасників до

уникання стресових ситуацій через залучення до інших діяльностей, що відволікають їх від безпосереднього вирішення проблеми. Медіана у групи 2 також вища ($Md=9$ проти $Md=6$). Це свідчить про те, що більша частка людей другої групи використовують цей копінг, ніж в першій групі. Це може свідчити про їхню більшу схильність до застосування адаптивних або, можливо, уникаючих стратегій, що допомагають тимчасово зменшити відчуття стресу, хоча такі стратегії можуть не завжди сприяти довготривалому вирішенню проблем.

Отримані результати вказують на суттєві відмінності у використанні копінг-стратегій між двома групами. Група 1 частіше використовує позитивну інтерпретацію та особистісний розвиток, активне подолання, почуття гумору, придушення та планування, в той час як група 2 частіше вдається до поведінкового відволікання від проблеми.

Висновки до другого розділу:

В ході дослідження за допомогою кластерного аналізу методом Ворда були виокремлені дві групи досліджуваних, які відрізнялися за рівнем стресостійкості та рівнем сприйнятого стресу. Група 1, яка була названа нами як «стресостійкі», поєднала 22 учасника з високим рівнем стресостійкості і відносно низьким рівнем сприйнятого стресу, тоді як група 2, названа нами як «нестійкі», складалася з 41 учасника з низьким рівнем стресостійкості та більш високим рівнем пережитого стресу.

Досліджуючи відмінності між групами за критерієм кутового перетворення Фішера, було виявлено, що в групі «стресостійких» опитувані значно рідше мали скарги на проблеми зі здоров'ям під час війни, ніж у групі «нестійких». Також значно відрізняється поведінка учасників цих двох груп на початку війни. В групі «стресостійких» більшість респондентів залишались вдома, тоді як у групі «нестійких» відсоток тих, хто залишився вдома, був

значно меншим. Група «нестійких» осіб частіше змінювала місце проживання в межах України, у порівнянні з групою «стресостійких».

За результатами дисперсійного аналізу One-way ANOVA за непараметричним тестом Краскела-Волліса, було встановлено такі розбіжності у групах: група «стресостійких» надає перевагу таким копінг-стратегіям як: позитивна інтерпретація та особистісний розвиток, активне подолання, почуття гумору, придушення і планування. Група «нестійких», у свою чергу, частіше використовує поведінкове відволікання від проблеми як копінг-стратегію.

За такими копінг-стратегіям як: ментальне відволікання, фокусування на емоціях та емоційна розрядка, релігійний копінг, обмеження, пошук емоційної соціальної підтримки, заперечення, вживання алкоголю та наркотиків, пошук інструментальної соціальної підтримки, прийняття, не було встановлено значущих відмінностей. Це може свідчити про те, що учасники обох груп демонструють подібні підходи до використання зазначених стратегій у відповідь на стресові ситуації. Такий результат може вказувати на універсальність цих стратегій серед українських респондентів.

ВИСНОВКИ

1. Стрес являє собою фізіологічну та психологічну реакцію організму на зовнішні або внутрішні стресори, що спричиняють порушення гомеостазу. Комплексна реакція особистості на стресову ситуацію включає в себе фізіологічні, психологічні та поведінкові аспекти, що взаємодіють між собою в умовах підвищеного тиску. На фізіологічному рівні організм відповідає на стрес активізацією симпатичної нервової системи та викидом гормонів, таких як адреналін і кортизол, що готують тіло до реакцій "бийся або біжи". З психологічної точки зору, стрес може спровокувати широкий спектр емоційних реакцій, включаючи тривогу, страх, злість або навіть апатію.

Наслідки стресу можуть бути як позитивними, так і негативними. Позитивні наслідки включають підвищення адаптивності, розвиток нових навичок, зміцнення особистісної стійкості та зростання вмотивованості для подолання викликів. Стрес може сприяти підвищенню когнітивної функції, активізуючи здатність до творчого вирішення проблем та прийняття рішень в екстремальних умовах.

Негативними наслідками стресу є підвищений ризик розвитку серцево-судинних захворювань, метаболічного синдрому, діабету, артеріальної гіпертензії, запальних процесів, порушень сну, тривожних розладів, депресії, емоційного вигорання, посттравматичного стресового розладу та психосоматичних порушень. Хронічний стрес може призводити до виснаження фізіологічних ресурсів організму та сприяти виникненню різноманітних захворювань. Крім того, він може провокувати зміни в поведінці, що, своєю чергою, підвищує ризик розвитку серцево-судинних патологій.

2. Копінг-стратегії являють собою специфічні засоби та поведінкові моделі, які особистість застосовує для подолання стресових ситуацій. Вони включають широкий спектр підходів, які можуть бути спрямовані як на

усунення стресора (проблемно-орієнтовані копінг-стратегії), так і на зниження емоційного впливу стресу (емоційно-орієнтовані копінг-стратегії). Аналіз копінг-стратегій дозволяє оцінити ефективність різних підходів до подолання стресу, враховуючи індивідуальні особливості, а також специфіку самої стресової ситуації. Ефективність цих стратегій впливає на здатність особистості адаптуватися до змінних умов та знижує ризик розвитку негативних наслідків стресу.

3. За допомогою діагностичної шкали Cohen's Perceived Stress Scale (PSS-10) та шкали стресостійкості Connor-Davidson Resilience Scale-10 (CD-RISC-10) були виміряні показники пережитого стресу за останній місяць та рівень стресостійкості. Результати вимірювання стресостійкості наступні: більше ніж у половині респондентів виявлено низький рівень стресостійкості (58,7%), у чверті опитаних середній рівень стресостійкості (27,0%), і у 14,3% респондентів високий рівень стресостійкості. Рівень пережитого стресу за останній місяць був таким: у 4,8% респондентів мають низький рівень пережитого стресу, більшість респондентів (84,1%) мають середній рівень стресу, та 11,1% респондентів мають високий рівень стресу.

4. За отриманими даними був проведений кластерний аналіз методом Ворда. За допомогою даного аналізу було виокремлено 2 групи — «стресостійкі» та «нестійкі». У групі «стресостійких» показники стресостійкості були вищими, ніж у групи «нестійких», також у осіб групи «стресостійких» був нижче рівень пережитого стресу, порівняно з групою «нестійких». До складу першої групи увійшло 22 учасники, які демонстрували високий рівень стресостійкості та характеризувалися відносно низьким рівнем сприйнятого стресу. До складу другої групи увійшов 41 учасник, ці учасники демонстрували мали низький рівень стресостійкості та характеризувалися більш високим рівнем пережитого стресу.

5. Після розділення на групи було досліджено різницю в копінг-стратегіях, які використовують опитані, за допомогою дисперсійного аналізу

One-way ANOVA за непараметричним тестом Краскела-Волліса. Було виявлено що група «стресостійких» надає перевагу таким копінг-стратегіям як: активне подолання, позитивна інтерпретація та особистісний розвиток, придушення, почуття гумору і планування, а група «нестійких» частіше обирає поведінкове відволікання від проблеми.

Підсумовуючи можна зазначити, що група з вищим рівнем стресостійкості та меншим рівнем пережитого стресу за останній місяць надає перевагу більш конструктивним та ефективним копінг-стратегіям, які сприяють зниженню стресу. На відміну від них, група з низьким рівнем стресостійкості, яка переживає вищий рівень стресу, схильна рідше обирати ефективні стратегії подолання стресу. Це може вказувати на їхню меншу здатність до активного подолання стресових ситуацій, що, в свою чергу, може призводити до накопичення невирішених проблем.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Selye H. The Stress of Life. *New York: McGraw-Hill*, 1956. 516 p.
2. Folkman, S., & Moskowitz, J. T. Coping: Pitfalls and promise. *Annual Review of Psychology*. 2004. № 55. P. 745-77.
3. Barbayannis G., Bandari M., Zheng X., Baquerizo H., Pecor K. W., Ming X. Academic stress and mental well-being in college students: Correlations, affected groups, and COVID-19. *Frontiers in Psychology*. 2022. № 13. P. 886344. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.886344>
4. Babapour A.R., Gahassab-Mozaffari N., & Fathnezhad-Kazemi A. Nurses' job stress and its impact on quality of life and caring behaviors: A cross-sectional study. *BMC Nursing*. 2022. № 21. P. 21-75. <https://doi.org/10.1186/s12912-022-00852-y>
5. de la Fuente J., Santos F. H. , Garzón-Umerenkova A., Fadda S., Solinas G., Pignata S. Cross-sectional study of resilience, positivity and coping strategies as predictors of engagement-burnout in undergraduate students: Implications for prevention and treatment in mental well-being. *Frontiers in Psychiatry*. 2021. № 12. P. 596453. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2021.596453>
6. To Q. G., Vandelanotte C., Cope K., & et al. The association of resilience with depression, anxiety, stress and physical activity during the COVID-19 pandemic. *BMC Public Health*. 2022. № 22. P. 22-491. <https://doi.org/10.1186/s12889-022-12911-9>
7. Wilkinson R., Pickett K., The Spirit Level: Why Equality is Better for Everyone. London: Penguin. 2010. 347 p.
8. Haynes, S. G., Levine, S., Scotch, N., Feinleib, M., & Kannel, W. B. The relationship of psychosocial factors to coronary heart disease in the Framingham study: I. Methods and risk factors. *American Journal of Epidemiology*. 1978. №107(5). P. 362-383. <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.aje.a112556>

9. Chunyu L., Chihua L. Author Notes. C-reactive protein and cardiovascular diseases: a synthesis of studies based on different designs. *European Journal of Preventive Cardiology*. 2023. № 30. Issue 15. P. 1593–1596. <https://doi.org/10.1093/eurjpc/zwad116>
10. Haynes, S., Feinleib, M., & Kannel, W. B. The relationship of psychosocial factors to coronary heart disease in the Framingham study: III. Eight-year incidence of coronary heart disease. *American Journal of Epidemiology*. 1980. №111(1). P. 37-58. <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.aje.a112873>
11. Abohewa, M., Kopel, J., Shurmur, S., Ansari, M. M., Awasthi, Y., & Awasthi, S. The Framingham study on cardiovascular disease risk and stress-defenses: A historical review. *Journal of Vascular Diseases*. 2023. № 2(1), P. 122-164. <https://doi.org/10.3390/jvd2010010>
12. Burn-out an "occupational phenomenon": International Classification of Diseases. *The World Health Organization*. 2019. URL: <https://www.who.int/news/item/28-05-2019-burn-out-an-occupational-phenomenon-international-classification-of-diseases>
13. Гершанов О. Основи роботи з травмою. Робочі матеріали учасників тренінгів. Робота з травмою та втратою. Основи супервізії. 24 с. URL: <https://rm.coe.int/osnovu-raboty-z-travmoi-ukr/1680a035d8>
14. McEwen B. S., Karatsoreos, I. N. Sleep Deprivation and Circadian Disruption: Stress, Allostasis, and Allostatic Load. *Sleep Medicine Clinics*. 2015. №10(1). P. 1-10. <https://doi.org/10.1016/j.jsmc.2014.11.007>
15. Molitor N., Keck A., Nordal K. Coping with chronic pain. *American Psychological Association*. 2011. URL: <https://www.apa.org/topics/pain/chronic>
16. Радченко О.М., Теорія стресу та філософські погляди Ганса Сельє: значення для сучасної медицини. *Здоров'я України 21 сторіччя*, 2022. № 15-16. С. 532-533. URL: <https://health-ua.com/article/71356-teorya-stresu-ta-filosofsk-poglyadigansasel-znachennya-dlya-suchasno-meditcin>

17. Lazarus R.S. Transactional theory and research on emotion and coping. *Eur. J. Pers.* 1987. № 1. P.141-169.
18. Eysenck, M. W. *Simply Psychology* (5th ed.). London: Routledge, 2022. 558 p. <https://doi.org/10.4324/9781003100492>
19. Ellsworth P. C. Some Implications of Cognitive Appraisal Theories of Emotion. *International Review of Studies on Emotion*. New York: Wiley, 1991. № 1. P. 143-61.
20. Fruzzetti A.E., Shenk C., Hoffman P.D. Family interaction and the development of borderline personality disorder: A transactional model. *Development and Psychopathology*. 2005. №17, Issue 4. P. 1007 - 1030 <https://doi.org/10.1017/S0954579405050479>
21. Lazarus R.S., Folkman S., *Stress, Appraisal, and Coping*. Springer Publishing Company. 1984. 456 p.
22. Adler N. E., Stewart J. Health Disparities Across the Lifespan: Meaning, Methods, and Mechanisms. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 2010. № 1186(1). P. 5-23.
23. Карамушка Л. М., Куриця Д. І. Психологічні чинники професійного стресу у держслужбовців. *Теорія і практика управління соціальними системами*. 2013. № 1. С. 112-125.
24. Engel, G.L. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*. 1977. № 196(4286). P. 129-136.
25. Engel, G. L. The clinical application of the biopsychosocial model. *The Journal of Medicine and Philosophy: A Forum for Bioethics and Philosophy of Medicine*. 1980. № 6(2). P. 101-124.
26. Frankel R. M., Quill T. E., McDaniel S. H. *The biopsychosocial approach: Past, present, future*. University Rochester Press. 2003. 298 p.
27. Gatchel R. J., Peng Y. B., Peters M. L., Fuchs P. N., Turk D. C. The biopsychosocial approach to chronic pain: scientific advances and future directions. *Psychological Bulletin*. 2007. №133(4). P. 581-624.

28. Pilgrim D. The biopsychosocial model in health research: its strengths and limitations for critical realists. *Journal of Critical Realism*. 2015. №14(2). P.164-180.
29. Bakker A. B., Demerouti E. The Job Demands-Resources model: state of the art. *Journal of Managerial Psychology*. 2007. № 22(3). P. 309-328.
30. Demerouti E., Bakker A. B., Nachreiner F., & Schaufeli W. B. The job demands-resources model of burnout. *Journal of Applied Psychology*. 2001. №86(3). P. 499-512.
31. Schaufeli W. B., Bakker A. B. Job demands, job resources, and their relationship with burnout and engagement: A multi-sample study. *Journal of Organizational Behavior*. 2004. №25(3). P.293-315.
32. Bakker A. B., Demerouti E., & Verbeke, W. Using the job demands-resources model to predict burnout and performance. *Human Resource Management*. 2004. № 43(1). P. 83-104.
33. Kajantie E., Phillips D. I. The effects of sex and hormonal status on the physiological response to acute psychosocial stress. *Psychoneuroendocrinology*. 2006. №31(2). P. 151-178.
34. Matud M. P. Gender differences in stress and coping styles. *Personality and Individual Differences*. 2004. №37(7). P.1401-1415.
35. Belle D., Frankenhaeuser M. E., Lundberg U., Chesney M. Gender differences in the social moderators of stress. *Women, work, and health: Stress and opportunities*. Springer-Verlag, 1991. P. 101-109.
36. Verma R., Balhara Y. P., Gupta C. S. Gender differences in stress response: Role of developmental and biological determinants. *Industrial Psychiatry Journal*, 2011. №20(1). P. 4-10.
37. Goel N., Workman J. L., Lee T. T., Innala L., & Viau V. Sex differences in the HPA axis. *Comprehensive Physiology*, 2014. №4(3). P. 1121-1155.

38. Tamres L. K., Janicki D., Helgeson V. S. Sex differences in coping behavior: A meta-analytic review. *Personality and Social Psychology Review*. 2002. №6(1). P.2-30.
39. Mahalik J. R., Burns S. M., Syzdek M. Masculinity and perceived normative health behaviors as predictors of men's health behaviors. *Social Science & Medicine*. 2007. №64(11). P.2201-2209.
40. Kivimäki M., Virtanen M., Elovainio M., Kouvonen A., Vaananen A., Vahtera J. Work stress in the etiology of coronary heart disease—a meta-analysis. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*. 2006. №32(6). P.431-442.
41. James S. E., Herman J. L., Rankin S., Keisling M., Mottet L., & Anafi M. The Report of the 2015 U.S. Transgender Survey. *Washington, DC: National Center for Transgender Equality*. 2016. 302 p. URL: <https://transequality.org/sites/default/files/docs/usts/USTS-Full-Report-Dec17.pdf>
42. Bockting W. O., Miner M. H., Swinburne Romine R. E., Hamilton A., Coleman E. Stigma, mental health, and resilience in an online sample of the US transgender population. *American Journal of Public Health*. 2013. №103(5). P. 943-951.
43. Testa R. J., Habarth J., Peta J., Balsam K., Bockting W. Development of the Gender Minority Stress and Resilience Measure. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*. 2015. №2(1). P.65-77.
44. Reisner S. L., White Hughto J. M., Gamarel K. E., Keuroghlian A. S., Mizock L., Pachankis J. E. Discriminatory experiences associated with posttraumatic stress disorder symptoms among transgender adults. *Journal of Counseling Psychology*. 2016. №63(5). P.509-519.
45. Lupien S. J., McEwen B. S., Gunnar M. R., & Heim C. Effects of stress throughout the lifespan on the brain, behaviour and cognition. *Nature Reviews Neuroscience*. 2009. №10(6). P.434-445.

46. Smetana J. G., Campione-Barr N., Metzger A. Adolescent development in interpersonal and societal contexts. *Annual Review of Psychology*. 2006. №57. P.255-284.
47. Grant K. E., Compas B. E., Thurm A. E., McMahon S. D., Gipson P. Y. Stressors and child and adolescent psychopathology: Moving from markers to mechanisms of risk. *Psychological Bulletin*. 2004. №130(3). P.447-466.
48. Zimmer-Gembeck M. J., Skinner E. A. The development of coping across childhood and adolescence: An integrative review and critique of research. *International Journal of Behavioral Development*. 2011. №35(1). P.1-17.
49. Esposito E. A., Koss K. J., Donzella B., Gunnar, M. R. Early deprivation and autonomic nervous system functioning in post-institutionalized children. *Developmental Psychobiology*. 2016. №58(3). P.328-340.
50. Chrousos G. P. Stress and disorders of the stress system. *Nature Reviews Endocrinology*. 2009. №5(7). P.374-381.
51. Maslach C., Schaufeli W. B., Leiter M. P. Job burnout. *Annual Review of Psychology*. 2001. №52(1). P.397-422.
52. Cohen S., Wills T. A. Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*. 1985. №98(2). P.310-357.
53. Lupien S. J., Wilkinson C. W., Brière S., Ng Ying Kin N. M., Meaney M. J., Nair, N. P. The modulation of cortisol responses to acute stress by the serotonin transporter polymorphism. *Psychoneuroendocrinology*. 2002. №27(7). P.673-690.
54. Jeste D. V., Depp C. A. Psychological and biological mechanisms of aging and mental health. *Journal of Clinical Psychiatry*. 2010. №71(1). P.18-23.
55. Cornwell E. Y., Waite L. J. Social disconnectedness, perceived isolation, and health among older adults. *Journal of Health and Social Behavior*. 2009. №50(1). P.31-48.
56. Aldwin C. M., Yancura L. A. Coping and health: A comparison of the stress and trauma literatures. *Oxford Handbook of Stress, Health, and Coping*, 2010. P.247-266.

57. Epel E. S., Blackburn E. H., Lin J., Dhabhar F. S., Adler N. E., Morrow J. D., Cawthon R. M. Accelerated telomere shortening in response to life stress. *Proceedings of the National Academy of Sciences*. 2004. №101(49). P. 17312-17315.
58. Adler N. E., Rehkopf D. H. U.S. disparities in health: Descriptions, causes, and mechanisms. *Annual Review of Public Health*. 2008. №29. P. 235-252.
59. Cutler D. M., Lleras-Muney A. Education and health: Evaluating theories and evidence. *NBER Working Paper Series*. 2006. №11, 12 . P. 12352.
60. Siegrist J. Adverse health effects of high-effort/low-reward conditions. *Journal of Occupational Health Psychology*. 1996. №1(1). P.27-41.
61. Paradies Y., Ben J., Denson N., Elias A., Priest N., Pieterse A., Gee G. Racism as a determinant of health: A systematic review and meta-analysis. *PLoS One*. 2015. №10(9). P. 0138511.
62. Lazarus R. S., Folkman, S. Transactional theory and research on emotions and coping. *European Journal of personality*. 1987. №1(3). P.141-169.
63. Коваленко Ю.В. Концептуалізація та систематизація структурних компонентів поведінки подолання студентської молоді. *Вісник післядипломної освіти*. 2019. № 10(39). С. 10-35. <https://doi.org/10.32405/2522-9931/2522-9958-10-35>.
64. Krohne H. W., Schmukle S. C., Spaderna H., Spielberger, C. D. The State-Trait Depression Scales: An international comparison. *Anxiety, Stress, and Coping*. 2002. №15. P. 105-122.
65. Коваленко Ю.В. Етнорелігійна ідентичність молоді як чинник поведінки подолання стресової ситуації: дис. ... канд. психол. наук: 19.00.05. Ін-т психології ім. Г. С. Костюка НАПН України. Київ, 2020. 339 с.
66. Murphy L.R., Hurrell J.J. Stress Management in the Process of Occupational Stress Reduction, *Journal of Managerial Psychology*. 1987. №2/1. P. 18-23. <https://doi.org/10.1108/eb043387>

67. Корнієнко І. Генеза опанувальної поведінки у життєвому просторі особистості: дис.... докт. психол. наук: 19.00.07. Інститут психології ім. ГС Костюка НАПН України. Київ, 2018. 323 с.

68. Cohen S, Kamarck T, Mermelstein R . A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior*. December 1983. №24 (4). P.385–396. doi:10.2307/2136404. JSTOR 2136404. PMID 6668417. S2CID 21357701.

69. Selye H. (1936) A syndrome produced by diverse nocuous agents. *Nature*, 1936. №138(3479). P. 1-230.

70. Sturgeon J.A., Zautra A.J. Resilience: a new paradigm for adaptation to chronic pain. *Curr. Pain Head. Reports*, 2010. №14(2), P.105–112.

71. Connor K.M., Davidson J.R. Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson resilience scale (CD-RISC). *Depression Anxiety*. 2003. №18(2). P. 76–82.

72. Campbell-Sills L., Stein M. B. Psychometric analysis and refinement of the Connor–Davidson resilience scale (CD-RISC): Validation of a 10-item measure of resilience. *Journal of Traumatic Stress. Official Publication of The International Society for Traumatic Stress Studies*. 2007. №20(6). P. 1019–1028.

73. Климчук В.О. Кластерний аналіз: використання у психологічних дослідженнях. *Практична психологія та соціальна робота*. 2006. №4. С. 30–36.

ДОДАТКИ

Додаток А

Анкета “Війна в Україні”

Просимо вас надати відповіді на запитання анкети, які стосуються вашого досвіду переживання тривалої стресової ситуації. На більшість запитань вам потрібно обрати лише одну відповідь. В анкеті є лише одне запитання, де ви можете обрати декілька варіантів. Просимо вас довго не замислюватись, надавати щирі відповіді. Анкета містить всього 15 запитань.

1. З початком війни (перший тиждень) Ви:

Залишилися вдома

Змінили місце проживання в межах України

Виїхали за кордон

Встув(ла) в ЗСУ

Інший варіантів

2. Чи є у Вас близькі в ЗСУ? Вкажіть хто саме. Можна обрати декілька варіантів:

Чоловік/дружина

Тато, мама, брат, сестра, син, донька

Дідусь, бабуся, онук, онучка

Дядько, тітка, племінник, племінниця, двоюрідні чи троюрідні брати, сестри

Інші родичі

Кум, кума, хрещені діти, хрещені батьки

Близький друг, подруга

Сусіди, знайомі

Немає

Інший варіант

3. З початку війни чи були у Вас зміни в здоров'ї, які потребували звернення до лікаря вузької спеціалізації?

Так

Ні

4. За час війни які зміни відбулися в вашій робочій сфері?

Все стабільно, на моїй діяльності

війна ніяк не відобразилася

Зміни на роботі відбулися в гіршу для

мене сторону

Зміни на роботі відбулися в кращу для

мене сторону

Я не працюю

5. Чи були у Вас значні для Вас фінансові чи майнові втрати з початком війни?

Так

Ні

6. Оцініть за шкалою, наскільки стресовим було ваше життя до війни.

Варіанти: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7

7. На даний момент Ви знаходитесь:

Вдома

Змінив(ла) місце проживання в межах

України

Виїхав(ла) за кордон

В ЗСУ

Інше

8. Оцініть, наскільки багато у вашому житті факторів, які вагомо впливають на ваш рівень стресу та не стосуються військових дій?

Варіанти: 1, 2, 3, 4, 5

9. Чи хтось з вашого близького оточення знаходиться зараз в зоні високої небезпеки?

так, на окупованій території

так, на лінії фронту чи близько до неї
так, в зоні ведення бойових дій
ні, ніхто не перебуває

10. Чи були особисто Ви в окупації?

Так

Ні

Мої рідні/близькі люди певний час
перебували в окупації

11. Оцініть рівень стресу, який ви переживає на даний момент.

Варіанти: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7

12. Ваш вік. Вкажіть кількість повних років.

13. Ваша стать

чоловіча

жіноча

я б не хотів вказувати

14. Рівень вашого матеріального стану

низький

нижче середнього

середній

вище середнього

високий

15. Рівень вашої освіти

повна середня

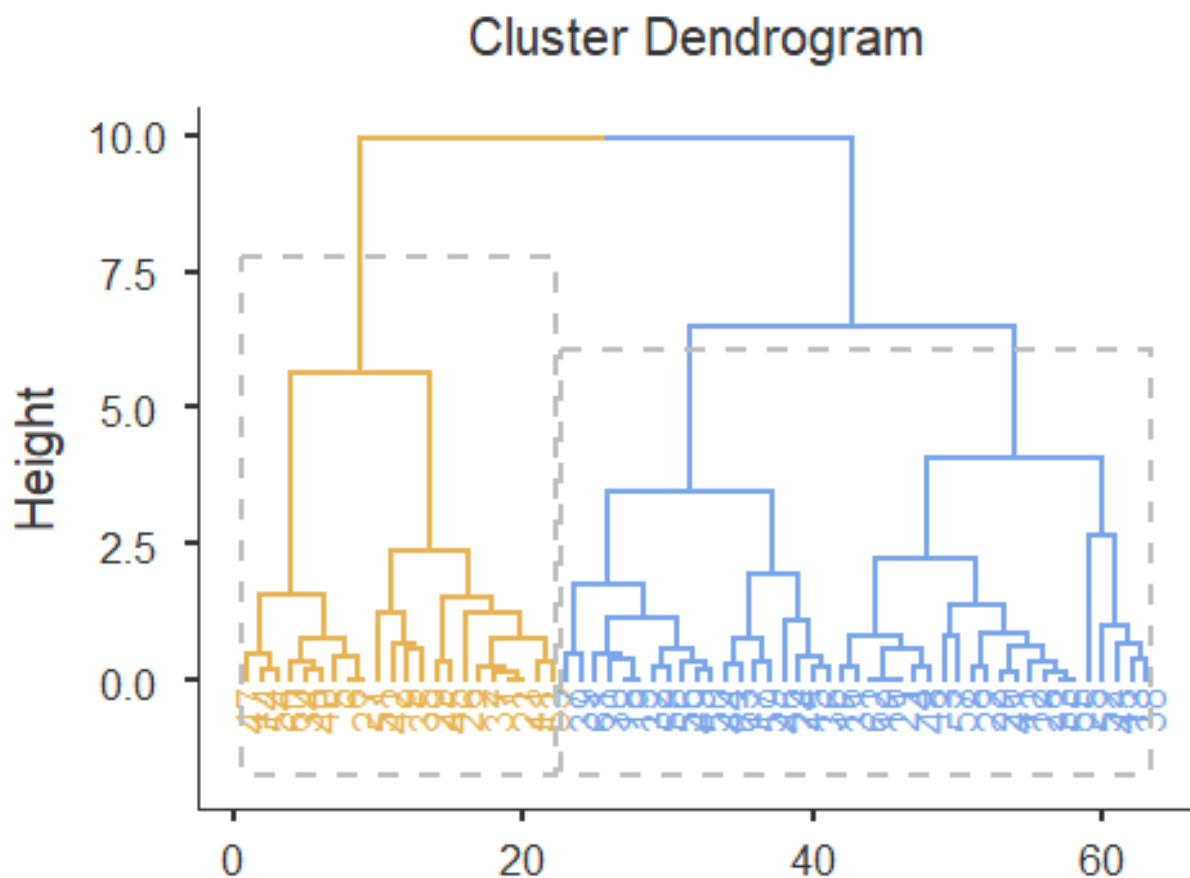
незавершена вища освіта

бакалавр, спеціаліст

магістр

науковий ступінь (PhD, кандидат чи
доктор наук)

декілька вищих освіт

Результати кластерного аналізу за методом Варда**Рисунок Б.1 – Розподіл досліджуваних за кластерами**