

Київський національний університет імені Тараса Шевченка

Факультет психології

Кафедра психодіагностики та клінічної психології

**ПСИХОЛОГІЧНІ ЧИННИКИ СУБ'ЄКТИВНОГО БЛАГОПОЛУЧЧЯ  
ТРАВМАТЕРАПЕВТІВ В УМОВАХ ВІЙНИ**

*Кваліфікаційна робота*

Студентки 2 року ОР Магістр  
(спеціальність 053 «Психологія»,  
освітня наукова програма  
«Клінічна психологія з основами психотерапії»)  
**Чакової Катерини Ігорівни**

Науковий керівник:  
доктор психологічних наук, доцент  
**Кравчук Світлана Леонтіївна**

**Роботу рекомендовано до захисту на ЕК No\_**  
**Протокол No \_\_\_ від \_\_\_\_\_ року**  
**Завідувач кафедри психодіагностики та клінічної психології**

\_\_\_\_\_ **Людмила КРУПЕЛЬНИЦЬКА**

**Київ – 2025**

## ЗМІСТ

<b>ВСТУП.....</b>	<b>4</b>
<b>РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ЧИННИКІВ СУБ'ЄКТИВНОГО БЛАГОПОЛУЧЧЯ У ТРАВМАТЕРАПЕВТІВ .....</b>	<b>8</b>
1.1. Визначення концепту благополуччя особистості у вітчизняній і зарубіжній психології .....	8
1.2. Теоретичне вивчення специфіки зв'язку інтолерантності до невизначеності, вторинного травматичного стресу, вигорання, задоволеності від співчуття, копінг-стратегій з суб'єктивним благополуччям.....	18
1.3. Теоретичне обґрунтування дослідження психологічних чинників суб'єктивного благополуччя травматерапевтів .....	26
Висновки до розділу 1 .....	31
<b>РОЗДІЛ 2. МЕТОДОЛОГІЧНЕ ОБґРУНТУВАННЯ ТА ПРОЦЕДУРА ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ.....</b>	<b>33</b>
2.1. Методи емпіричного дослідження психологічних чинників суб'єктивного благополуччя у травматерапевтів .....	33
2.2. Етапи проведення емпіричного дослідження .....	39
2.3. Характеристика вибірки респондентів .....	40
2.4. Методи статистичного аналізу .....	44
Висновки до розділу 2 .....	45
<b>РОЗДІЛ 3. РЕЗУЛЬТАТИ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ЧИННИКІВ СУБ'ЄКТИВНОГО БЛАГОПОЛУЧЧЯ ТРАВМАТЕРАПЕВТІВ В УМОВАХ ВІЙНИ.....</b>	<b>48</b>
3.1. Первинна статистична характеристика показників суб'єктивного благополуччя травматерапевтів.....	48

3.2. Особливості суб'єктивного благополуччя та його психологічні чинники у травматерапевтів залежно від специфіки їх професійної діяльності .....	57
3.3. Аналіз кореляційних зв'язків інтолерантності до невизначеності, вторинного травматичного стресу, вигорання, задоволеності від співчуття, копінг-стратегій з суб'єктивним благополуччям травматерапевтів .....	62
3.4. Регресійні моделі психологічних чинників суб'єктивного благополуччя травматерапевтів.....	66
3.5. Аналіз прямих та опосередкованих взаємозв'язків суб'єктивного благополуччя з інтолерантністю до невизначеності, вигоранням, задоволеністю від співчуття та унікаючим копінгом.....	76
3.6. Практичні рекомендації стосовно підвищення суб'єктивного благополуччя травматерапевтів в умовах невизначеності .....	82
Висновки до розділу 3 .....	85
<b>ВИСНОВКИ .....</b>	<b>87</b>
<b>СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ .....</b>	<b>90</b>
<b>ДОДАТКИ.....</b>	<b>101</b>

## ВСТУП

**Актуальність дослідження:** травматичний досвід мільйонів українців, які пережили бойові дії, окупацію, втрати близьких та домівок, потребує фахового опрацювання і допомоги, що підвищує рівень вимог від спеціалістів ментального здоров'я. В умовах тривалої війни самі фахівці зазнають того ж травмуючого впливу, що й їх клієнти і вимушені поєднувати професійні виклики часу з особистим травматичним досвідом. Травматерапевти працюють не лише з травмою інших людей, але й самі переживають наслідки війни, що створює унікальний психологічний контекст їх діяльності. Здатність психотерапевта створювати певне терапевтичне поле, в якому клієнт вчиться формувати здорові стосунки і виявляти свої глибинні потреби, опрацьовувати травматичний досвід, долати кризи і наслідки стресу є обов'язковою умовою терапевтичного процесу і потребує від психолога автентичної присутності і значних ресурсів. Це актуалізує питання підтримки самих травматерапевтів, передумов їх професійної ефективності під впливом невизначеності, профілактики вигорання, вторинної травматизації, та збереження відчуття суб'єктивного благополуччя життя, яке включає психологічні, фізичні і соціальні компоненти.

Вивченням концепту суб'єктивного (психологічного) благополуччя займалися такі вчені як Е.Л. Носенко, І.Ф. Аршава, Ю.І. Кашлюк, О.М. Знанецька, В.М. Духневич, Л.М.Карамушка, Л.М.Коробка, А.Б.Коваленко, Т.В.Данильченко, N.Bradburn, E.Diener, M.Jahoda, R.A. Emmons, C.Ryff, R.M.Ryan, E.L.Deci, Martin Seligman та інші. Багато науковців присвятили свої роботи вивченню благополуччя в умовах війни, а саме серед військовослужбовців (Данильченко, 2017), під час адаптації особистості до умов та наслідків військового конфлікту (Коробка, 2016), суб'єктивне благополуччя внутрішньо переміщених осіб (Зінченко, 2016), порівнюючи рівень психологічного благополуччя і його чинників в Ізраїлі та Україні (Коваленко, 2020). Наскільки стало відомо в ході цього дослідження, психологічні чинники

суб'єктивного благополуччя саме серед психологів-травматерапевтів в умовах війни ще не вивчалися. Незважаючи на значну кількість досліджень, присвячених вторинному травматичному стресу та вигоранню психологів, специфіка роботи українських травматерапевтів все ще залишається недостатньо вивченою. Особливо це стосується визначення ключових факторів, що впливають на їх благополуччя та здатність до професійної самореалізації в екстремальних умовах. Ці фактори можуть суттєво відрізнятися від тих, що спостерігаються у фахівців, які працюють в мирних умовах або в постконфліктний період. Розуміння механізмів підтримки суб'єктивного благополуччя фахівців допоможе розробити ефективні стратегії подолання та профілактики вторинної травматизації, тривожності в умовах невизначеності, а також сприятиме збереженню висококваліфікованих кадрів в системі психологічної допомоги.

Таким чином, дослідження психологічних чинників суб'єктивного благополуччя травматерапевтів в умовах війни є актуальним науковим завданням, вирішення якого матиме значний вплив на розвиток системи психологічної допомоги в Україні та збереження ментального здоров'я фахівців, які працюють з постраждалими від воєнних дій.

**Мета дослідження:** виявити та проаналізувати особливості психологічних чинників суб'єктивного благополуччя травматерапевтів в умовах війни.

**Об'єкт дослідження:** суб'єктивне благополуччя особистості.

**Предмет дослідження:** психологічні чинники суб'єктивного благополуччя травматерапевтів в умовах війни.

**Завдання дослідження:**

1. Проаналізувати теоретичні підходи до визначення концепту «суб'єктивного благополуччя» особистості у вітчизняній і зарубіжній психології.
2. Виявити взаємозв'язки професійного вигорання, вторинного травматичного стресу, задоволеності від співчуття, інтолерантності до

невизначеності, гнітючої і прогностичної тривоги, копінг-стратегій і суб'єктивного благополуччя травматерапевтів в умовах війни.

3. Визначити психологічні чинники суб'єктивного благополуччя травматерапевтів.

4. На основі результатів емпіричного дослідження розробити практичні рекомендації, спрямовані на підвищення суб'єктивного благополуччя травматерапевтів.

**Методи дослідження:** відповідно до мети і завдань дослідження обрано і використано комплекс методів:

1) теоретичні: аналіз, синтез, порівняння, систематизація та узагальнення наукової літератури з проблеми дослідження.

2) емпіричні: анкетування, опитування за допомогою методик «Модифікована шкала суб'єктивного благополуччя БІБІСІ» (BBC-SWB. Р. Pontin, M. Schwannauer, S. Tai, & M. Kinderman, адаптація Л.М. Карамушки, К.В. Терещенко, О.В. Креденцер); «Шкала інтолерантності до невизначеності» (IUS - 12) Н. Карлетона (в адаптації Г. Громової); Professional Quality of Life Scale - 5 (ProQOL) В.Н. Stamm; Опитувальник Brief-COPE С. Carver, 1997 (адаптація Т. Яблонська, О. Вернік, Г. Гайворонський, 2023).

3) методи кількісного аналізу даних: частотний аналіз, Альфа Кронбаха, загальні описові статистики (середнє, медіана, стандартне відхилення, мінімум, максимум), нормальність розподілу (Колмогоров-Смірнов),  $\chi^2$  Пірсона, Коефіцієнти Phi, V критерію Крамера, критерій Левена, t-критерій Стюдента, критерій Манна-Вітні, однофакторний дисперсійний аналіз (One-way ANOVA), кореляційний аналіз, лінійний регресійний аналіз, тест Дарбіна-Вотсона, VIF, дистанція Кука, медіаційний аналіз.

**Гіпотези дослідження:**

1. Ми припускаємо, що негативними предикторами суб'єктивного благополуччя постають інтолерантність до невизначеності, гнітюча тривога,

прогностична тривога, вторинний травматичний стрес, професійне вигорання і уникаючий копінг.

2. Ми припускаємо, що позитивними предикторами суб'єктивного благополуччя виступають задоволеність від співчуття і копінг, сфокусований на вирішенні проблем.

**Наукова новизна** проведеного дослідження полягає в тому, що вперше було визначено:

- психологічні чинники суб'єктивного благополуччя травматерапевтів України в умовах війни;
- особливості взаємозв'язків психологічних чинників суб'єктивного благополуччя травматерапевтів.

**Практичне значення отриманих результатів.** Було розроблено ряд практичних рекомендацій для підвищення рівня суб'єктивного благополуччя травматерапевтів. Дані цього дослідження можуть бути використані у розробці навчальних курсів із травматерапії, професійних тренінгів для психологів та супервізорів, в програмах підвищення кваліфікації, спрямованих на збереження психологічної стійкості та підвищення рівня суб'єктивного благополуччя фахівців, які працюють з травмою.

**Структура дипломної роботи.** Магістерський диплом складається з таких частин: вступ; три основні розділи; загальні висновки; список джерел (82 найменування); додатки. Дипломна робота містить 5 таблиць і 13 рисунків. Основний обсяг магістерської дипломної роботи – 87 сторінок. Повний обсяг дипломної роботи – 109 сторінок.

## РОЗДІЛ 1

### ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ЧИННИКІВ СУБ'ЄКТИВНОГО БЛАГОПОЛУЧЧЯ У ТРАВМАТЕРАПЕВТІВ

#### 1.1. Визначення концепту благополуччя особистості у вітчизняній і зарубіжній психології

Благополуччя особистості є однією з основних проблем сучасної психології, оскільки стосується фундаментальних аспектів життя людини та її оптимального функціонування. Науковий інтерес до феномену благополуччя зародився в межах позитивної психології, яка, за визначенням М. Зелігмана, вивчає процеси та умови процвітання або оптимального функціонування людей, де акцент з патологічних станів зміщений на дослідження позитивних аспектів життя (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000; Buzguța, 2024).

В ході комплексного аналізу інтерпретацій концепту психологічного благополуччя Чуйко & Чаплак (2018) було виявлено суттєву наукову прогалину: незважаючи на значний обсяг теоретичних та емпіричних досліджень цього феномену як у зарубіжній, так і у вітчизняній психологічній науці та суміжних дисциплінах, досі відсутнє цілісне й узагальнене тлумачення даного явища. При цьому сучасна наука, у своєму розумінні психологічного благополуччя, продовжує спиратися переважно на два фундаментальні підходи: гедоністичний, представлений працями Е. Дінера, та евдемонічний, розроблений К. Ріфф. Характерно, що навіть при формулюванні «оригінальних» концепцій психологічного благополуччя дослідники здебільшого відтворюють, у різних формах та пропорціях, базові теоретичні положення щодо сутності та структури психологічного благополуччя, запропоновані саме цими двома вченими (Чуйко & Чаплак, 2018).

Гедоністичний підхід визначає благополуччя як суб'єктивне переживання щастя та задоволеності життям (Diener, 1984). У межах цього підходу було розроблено концепцію суб'єктивного благополуччя (subjective well-being), тобто індивідуальної оцінки людиною якості свого життя, яка включає когнітивний компонент (задоволеність життям в цілому і окремими його компонентами, такими як міжособистісні відносини, професійна діяльність, матеріальне становище, дозвілля) та емоційний компонент, який визначається співвідношенням позитивних переживань (відчуття щастя, сприйняття соціальної підтримки, усвідомлення власної компетентності) і негативних станів (депресивні прояви, тривожність, стресові реакції). За словами Е.Дінера, найважливіше, що необхідно для досягнення високого рівня благополуччя людини – переживання нею більшою мірою приємних емоцій, при мінімальній кількості неприємних переживань, а також занурення в захопливі справи, які приносять численні задоволення при мінімумі болю та загальній задоволеності своїм життям (Diener, 2000).

Оскільки конструкт суб'єктивного благополуччя досліджується міждисциплінарно, об'єднуючі такі наукові галузі як психологія, філософія, соціологія, медицина, геронтологія, економіка, які іноді пропонують ширші несуб'єктивні моделі благополуччя спрямовані на визначення певних показників гарного життя людини, це іноді створює плутанину в розмежуванні понять благополуччя і саме *суб'єктивного благополуччя*. Отже, останнє спрямоване на дослідження того, як сама людина визначає і оцінює якість свого життя і яку оцінку надає об'єктивним обставинам, що залежить від її цінностей, культуральних особливостей, поглядів тощо. При цьому Е.Дінер підкреслює, що суб'єктивне благополуччя є саме особистісною оцінкою людини власного життя, яка ґрунтується не лише на об'єктивних обставинах, але й на суб'єктивному сприйнятті цих обставин і відчутті, що її життя є в цілому хорошим і бажаним. За Е. Дінером (2000) здатність людини відчувати позитивні емоції є більш точним чинником щастя, ніж зовнішні фактори. Важливою особливістю його

підходу є також розуміння того, що різні люди мають різні критерії оцінки власного щастя та благополуччя. Суб'єктивне благополуччя, яке включає когнітивну оцінку задоволеності життям та емоційний досвід, тісно пов'язане з трьома компонентами біопсихосоціальної моделі (Diener et al., 2018) (рис. 1.1).

За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), здоров'я визначається не фактичною відсутністю хворою, але станом фізичного, психічного і соціального благополуччя людини. Біо-психо-соціальна модель визнана і прийнята ВООЗ в рамках «Міжнародної класифікації функціонування, обмеження життєдіяльності та здоров'я» (ВООЗ, 2002) почастиково наголошує на важливості взаємодії біологічних, психічних, а також соціальних факторів впливу на стан людини (Engel, 1977; Kleinman et al., 1978; Wade & Halligan, 2017).



*Рис. 1.1.* Біо-психо-соціальна модель

Стовпи біо-психо-соціально орієнтованої клінічної практики, окрім орієнтації на клієнта і відносини, включають в себе: (1) самосвідомість клініциста; (2) активне культивування довіри; (3) емоційний стиль, що

характеризується емпатичною цікавістю до пацієнта (клієнта); (4) самоаудит (відповідність судження людини про її ефективність фактичній ефективності) як спосіб зменшити упередженість; (5) самовиховання емоцій для допомоги в діагностиці та формуванні терапевтичних відносин; (6) використання інформованої інтуїції; і (7) передача клінічних доказів пацієнту для сприяння діалогу, а не лише механічне застосування протоколу (F.Borrell-Carrió et al., 2004).

Д.Енгель наголошував на важливості одночасного врахування клініцистами біологічних, психологічних і соціальних факторів хвороби людини, де для постановки діагнозу лікарем враховується історія пацієнта, обставини його життя які потенційно можуть впливати на його стан і вже безпосередні фізіологічні симптоми. Біо-психо-соціальна модель надає ефективну основу для розуміння суб'єктивного благополуччя (Suls & Rothman, 2004), коли на всі три фактори можна дивитись як зі сторони медицини, так і зі сторони психології. Через роки повномасштабної війни, коли вплив хронічного стресу на нервову систему людини вже призводить до таких наслідків для здоров'я як порушення сну, зниження фізичної активності, зниження когнітивних функцій, посилення психосоматичних проявів, всі спеціалісти з ментального здоров'я мають враховувати певну симптоматику і обставини, які впливають на стан людини. Це демонструє необхідність міждисциплінарної взаємодії спеціалістів різних напрямків допомоги і піклування про здоров'я людини, таких як терапевти, неврологи, психіатри, клінічні психологи, психотерапевти, травматерапевти тощо. Така фахова взаємодія, де важливою умовою якості послуг є вчасне виявлення потреб пацієнта (клієнта) і делегування людини до потрібного спеціаліста, підвищує шанси людини отримати справді правильну допомогу і покращити стан свого суб'єктивного благополуччя. Крім того, в підтвердження взаємозв'язку фізіологічних, психологічних, та соціальних факторів суб'єктивного благополуччя людини важливо додати, що генетичні фактори та фізичне здоров'я впливають на індивідуальну оцінку психологічного

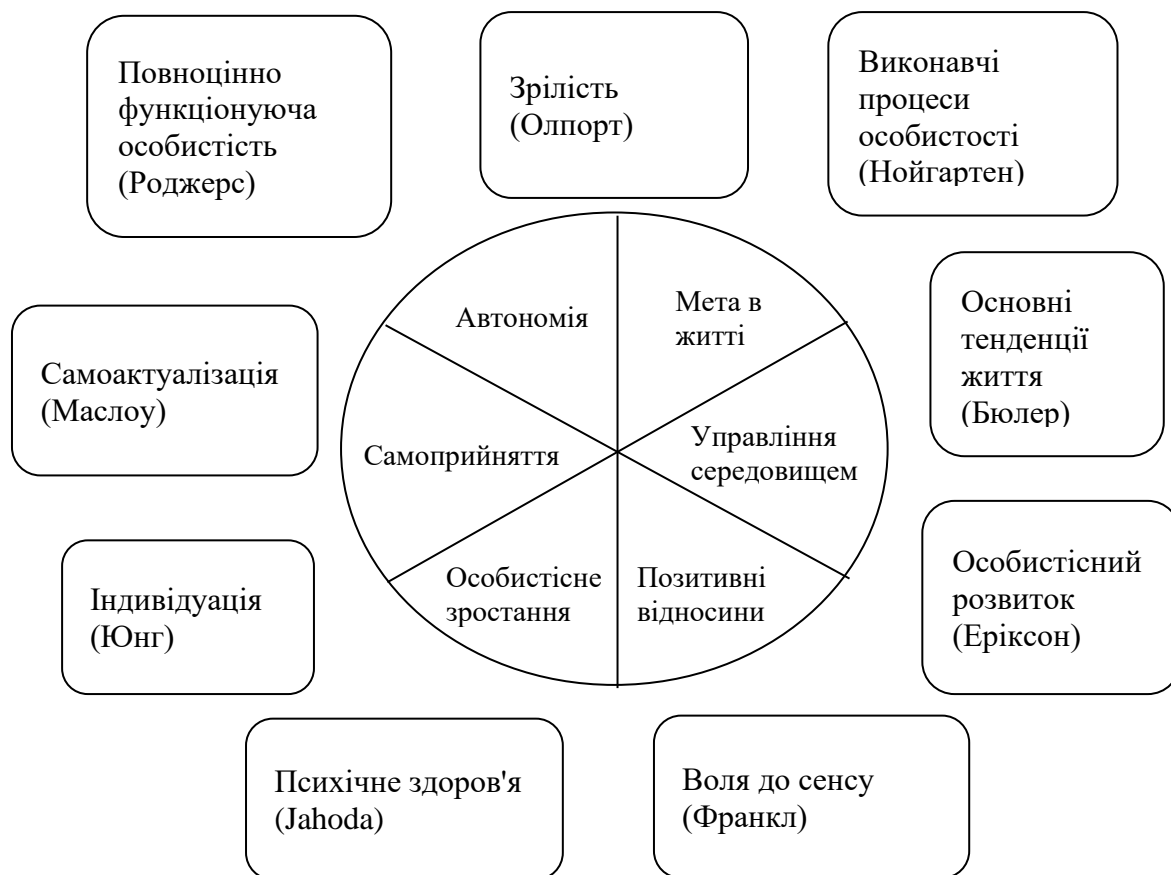
благополуччя, де суб'єктивна життєздатність виступає його предиктором, тоді як фізичні захворювання та погане самопочуття можуть спричиняти страх, викликати тривогу та обмежувати функціональність особистості, тим самим знижуючи задоволеність життям (Кашлюк, 2016; Ryan & Deci, 2024). Отже, дослідження суб'єктивної оцінки особистості свого самопочуття є невід'ємною частиною дослідження конструкту суб'єктивного благополуччя в умовах війни.

Гедоністичний підхід Е.Дінера відрізняється від евдемонічного підходу, який фокусується не на суб'єктивному відчутті щастя і якості життя, а на реалізації потенціалу особистості, усвідомленості та автентичності. Дослідження показують, що хоча ці підходи концептуально відрізняються, вони пов'язані емпірично та доповнюють один одного (Keyes et al., 2002; Ryff & Singer, 2008; Seligman, 2011).

Евдемонічний підхід розглядає благополуччя як реалізацію людського потенціалу, самоактуалізацію та особистісне зростання (Ryff, 1989). На противагу гедоністичному підходу Е.Дінера, К.Ріфф відзначає, що не тільки задоволеність життям, але й проживання травматичного досвіду, вихід з певних життєвих криз і труднощів через переосмислення своїх цінностей і цілей, відносин з іншими людьми, розвиток здатності до емпатії та співпереживання підвищує рівень психологічного благополуччя особистості (Ryff & Keyes, 1995). Тож К.Ріфф запропонувала модель психологічного благополуччя, яка включає шість вимірів: самоприйняття, позитивні стосунки з іншими, автономію, керування середовищем, мету в житті та особистісне зростання (Ryff & Singer, 2008). Ці виміри спираються на такі концептуальні засади: теорії розвитку протягом життя (Buhler, 1935; Buhler & Massarik, 1968; Erikson, 1959; Neugarten, 1968, 1973); на ідеї екзистенціальної та гуманістичної психології (Allport, 1961; Rogers, 1962; Maslow, 1968; Frankl & Lasch, 1959/1992); формулювання з клінічної психології (Jahoda, 1958; Jung, 1933).

На рисунку 1.2 представлені шість вимірів психологічного благополуччя за К.Ріфф, а також їх концептуальні засади.

*Самоприйняття* (позитивне ставлення до себе) – центральна риса психічного здоров'я за Яхода, а також самоактуалізації за Маслоу, зрілості за Олпортом, оптимального функціонування за Роджерсом, індивідуації Юнга та прийняття свого минулого за Еріксоном та Нойгартен.



*Рис. 1.2. Основні виміри психологічного благополуччя та їх теоретичні основи (Ріфф, Сінгер. 2008)*

*Позитивні відносини* є ключовою характеристикою якості життя. Здатність любити, проявляти емпатію, прихильність до інших людей та будувати теплі стосунки вважається одним з центральних компонентів психічного здоров'я за Яхода, здатності до самоактуалізації за Маслоу, критерієм зрілості за Олпортом, та має вплив на стадії розвитку за Еріксоном.

*Особистісне зростання* передбачає безперервний процес розвитку людини та відкритість до нового досвіду, що призводить до реалізації

особистісного потенціалу за Маслоу та Нортонем, повноцінного функціонування людини за Роджерсом, психічного здоров'я за Яхода, та протистоянню новим викликам згідно теорій тривалості життя (Buhler, Erikson, Neugarten, Jung).

*Мета в житті* – цей вимір благополуччя спирається на пошук сенсу в несприятливих обставинах та випробуваннях в житті людини, чому вчить логотерапія В.Франкла. Створення сенсу і напрямку в житті – основа автентичного буття за Сартром і психічного здоров'я за Яхода. Мета в житті при визначенні зрілості Г.Олпорт включає в себе відчуття спрямованості та навмисності.

*Управління середовищем* визначається як: здатність людини обирати або створювати його, що є складовою психічного здоров'я (Jahoda); «розширення себе» за межі свого «я» за рахунок участі в значущих сферах діяльності є критерієм зрілості (Allport); маніпулювання та контроль середовища як складова розвитку протягом життя згідно теорії розвитку (Erikson, Neugarten, Jung).

*Автономія* в рамках концептуальних засад моделі благополуччя (С. Ryff) визначається як наявність якостей самовизначення, незалежності і регуляції поведінки з середини: автономне функціонування при самоактуалізації (Maslow); наявність внутрішнього локусу оцінки, без потреби в схваленні від інших (Rogers); незалежність від колективних умовностей (Jung); самовизначення та автентичність на противагу догмам чи впливу зі сторони (Sartre, 1956); плекання відчуття свободи від обмежуючих норм є важливою складовою теорії розвитку протягом життя (Erikson, Neugarten, Jung). Згідно з цим підходом, «психологічне благополуччя – це не просто досягнення задоволення, а прагнення до досконалості, яке представляє реалізацію справжнього потенціалу особистості» (Ryff & Singer, 2008).

М.Селігман в своїй моделі PERMA запропонував інтеграцію гедоністичного та евдомоністичного підходів, яка включила в себе п'ять основних компонентів благополуччя: позитивні емоції (Positive emotions),

залученість (Engagement), стосунки (Relationships), сенс (Meaning), а також досягнення (Accomplishment) (Seligman, 2011). За словами М.Селігмана, благополуччя поєднує в собі добре самовідчуття і реальний добробут (Seligman, 2011).

Порівняння моделі PERMA Селігмана з моделлю суб'єктивного благополуччя Дінера виявило єдиний фактор благополуччя в основі обох моделей (Goodman et al., 2017); моделі PERMA і шкала психологічного благополуччя Ріфф також продемонстрували хороший зв'язок, що підтверджує поєднання гедоністичного і евдемонічного підходів в моделі PERMA (Giangrasso, 2021). Дослідження взаємозв'язку між моделлю PERMA (вимір п'яти основних елементів теорії благополуччя) з позитивними рисами людини (стійкість, надія, оптимізм, прихильність, подолання), показало, що людські риси можуть бути будівельними блоками для PERMA, яка поєднує в собі основні елементи щастя та благополуччя (Umucu et al., 2021). Суб'єктивна оцінка людиною своїх життєвих обставин також залежить від стійких рис особистості, таких як екстраверсія, нейротизм, відкритість досвіду, сумлінність і приємність (Costa & McCrae, 1980; Headey & Wearing, 1989). Екстраверсія сприяє більш позитивному вектору сприймання, нейротизм надає негативний окрас особистісного сприйняття, а при відкритості досвіду людина схильна до більш чутливого сприймання як негативного так і позитивного досвіду (Magnus et al., 1993). Метааналіз продемонстрував, що особистісні риси є предикторами позитивних афектів, задоволеності життям, щастя і мають слабкий зв'язок з негативними афектами, при цьому найбільший вплив на суб'єктивне благополуччя має нейротизм (DeNeve & Cooper, 1998). Під час вивчення зв'язків суб'єктивного благополуччя і рис особистості серед підлітків у Швеції було виявлено, що низький рівень нейротизму та високий рівень екстраверсії, сумлінності та приємності були пов'язані з високим рівнем суб'єктивного благополуччя (Winzer et al., 2021).

Можна припустити, що актуальний емоційний стан, в якому людина знаходиться на момент проходження опитування, може вплинути на її сприйняття і суб'єктивну оцінку якості життя і певних його аспектів. Дослідники приділили цьому питанню достатньо уваги і не виявили значущого зв'язку між порядком пунктів в опитувальнику, які можуть потенційно впливати на настрій людини і її подальшою оцінкою задоволеності життям (Schimmack & Oishi, 2005); Yip et al. (2017) виявили слабкі ознаки того, що маніпулювання настроєм під час опитування впливають на загальні судження про якість життя (Yip & Wortman et al., 2017; але чим більш негативним є ставлення людини до окремих аспектів її життя, тим більшим є вираженість зв'язку між задоволеністю певною сферою і життям в цілому (Engel, 2017); при цьому наявність подорожей та активного досугу має значний вплив на те, на скільки позитивно людина оцінює якість свого життя і рівень щастя (Dong et al., 2019), а критичні життєві події і негативізм впливають на зниження суб'єктивної оцінки якості життя, але стабільні судження не завжди впливають на судження про загальну задоволеність (Engel & Bless, 2017).

Важливим напрямком досліджень благополуччя у вітчизняній психології є вивчення його зв'язку з духовністю та ціннісно-смісловою сферою особистості. Е. Л. Носенко та І. Ф. Аршава розглядають благополуччя як усвідомлене переживання людиною власних досягнень, підкріплене почуттям щастя на основі поєднання духовних, матеріальних, соціальних і фізичних ресурсів (Носенко & Аршава, 2010).

Як визначає Ю.Кашлюк (2016), психологічне благополуччя є показником реалізації особистістю власної спрямованості, що проявляється у відчутті щастя та задоволеності життям, охоплюючи всі сфери життєдіяльності людини. Дослідження підтверджують, що соціально-економічні та соціокультурні фактори впливають на благополуччя опосередковано, натомість суб'єктивний психологічний фактор має прямий значущий вплив. До психологічного фактору входять структурні компоненти (емоційний, когнітивний, поведінковий) а також

функціональні (автономія, управління середовищем, особистісне зростання, позитивні відносини, життєві цілі, самоприйняття) (Кашлюк, 2016).

Порівняння даних довоєнного періоду 2006-2007 років з результатами дослідження 2024 року показало, що відбулось загальне зниження психологічного благополуччя серед студентської молоді за показниками позитивних відносин, самоприйняття, цілей у житті і управління оточенням (Знанецька та ін., 2024). Натомість здатність усвідомлено керувати своїм життям в умовах війни, прагнення до мети, здатність впливати на життя, виходячи з актуальної ситуації і власних потреб позитивно корелює із суб'єктивним благополуччям українців (Мащак & Кучвара, 2022).

Досліджуючи питання психологічного благополуччя під час переходу від воєнного стану до мирного життя в українському суспільстві, виділяють структуру з п'яти ключових компонентів: позитивні стосунки, як здатність знаходити і брати соціальну підтримку, будувати контакт; відповідальність за свій внесок в благо інших; здатність віднаходити ресурси до дій, творчо адаптуватись до нових умов; плекання відчуття стабільності і безпеки через формування персональних цілей і спрямованості руху; самопідтримка (Дворник, 2020). Як зазначають дослідники, під час такого перехідного періоду можуть загострюватись особистісні кризи і підвищуватись тривожність знижуючи рівень психологічного благополуччя (Дворник, 2020), що ще раз підкреслює важливість вивчення чинників суб'єктивного благополуччя населення в його різних соціальних групах, для подальшої розробки і впровадження психокорекційних дій.

Таким чином, благополуччя особистості у вітчизняному і зарубіжному науковому полі розглядається як конструкт, що об'єднує суб'єктивну оцінку людиною якості її життя, емоційного стану, реалізації особистісного потенціалу та осмисленість життя в цілому. Основними теоретичними підходами до визначення благополуччя є гедоністичний (Diener, 2000) і евдемоністичний (Ryff, 1989; Ryff & Singer, 2008), які, попри концептуальні відмінності,

емпірично доповнюють один одного. В інтегративній моделі PERMA (Seligman, 2011) благополуччя включає позитивні емоції, залученість, змістовні стосунки, усвідомленість, наявність сенсу життя та досягнення цілей. Дослідження підкреслюють вплив особистісних рис (Costa & McCrae, 1980; Magnus et al., 1993), біопсихосоціальних чинників (Engel, 1977; WHO, 2002) та актуального емоційного стану на рівень суб'єктивного благополуччя. Вітчизняна психологія наголошує на взаємозв'язку благополуччя з духовністю, ціннісно-сисловою орієнтацією та соціальною активністю особистості (Кашлюк, 2016; Носенко & Аршава, 2010). Актуальні дослідження демонструють, що в умовах війни та соціальної нестабільності здатність особистості до адаптації, відповідальності, пошуку ресурсів і формування особистісних цілей є визначальними факторами суб'єктивного благополуччя українців. Це особливо важливо для спеціалістів допомагаючих професій, чия психологічна стійкість і благополуччя грають провідну роль в забезпеченні ефективної допомоги населенню в кризових умовах.

## **1.2. Теоретичне вивчення специфіки зв'язку інтолерантності до невизначеності, вторинного травматичного стресу, вигорання, задоволеності від співчуття, копінг-стратегій з суб'єктивним благополуччям**

Травматичний досвід в житті людини впливає на розвиток інтолерантності до невизначеності, що призводить до посилення посттравматичних стресових станів, таких як негативне ставлення до минулого і недовіра до майбутнього (Громова, 2022). Тоді як толерантність до невизначеності має трансформуючий вплив на наслідки травматичного досвіду, пом'якшуючи реакції на несподіване, непередбачуване в житті людини (Громова, 2022).

В умовах війни існує багато як соціальних так і особистісних факторів невизначеності і непередбачуваності. Психологи зустрічаються як з викликами невизначеності в особистісному досвіді, так і з ймовірною невизначеністю в

клієнт-терапевтичних стосунках. Наприклад, психолог не може спиратись на звичні кордони сетінгу і передбачуваність в роботі з військовими, які знаходяться в умовах бойових дій, також не завжди може знати про подальшу долю людей, яким надає екстрену, кризову допомогу. Найскладніші обставини для психіки, це ті, на які людина не може вплинути, з яких не може вийти лише за своїм бажанням, які не може передбачити і зупинити. Це може відчуватись як втрата влади і контролю в умовах війни і перетворюватись на стан хронічного стресу, що знижує рівень задоволеності життям. В таких умовах важливо розвивати витривалість, толерантність до невизначеності, до відсутності ясності і передбачуваності. За результатами дослідження Г. Павленко (2019) високий рівень толерантності до невизначеності сприяє високому рівню психологічного благополуччя серед студентів, але зв'язок між інтолерантністю до невизначеності і психологічним благополуччям в цьому дослідженні не був виявлений (Павленко, 2019).

Незважаючи на невизначеність, тривогу за майбутнє в умовах війни, студентська молодь, загалом, зберігає відчуття контролю над своїм життям і активністю, зберігаючи відкритість до нового досвіду, позитивного ставлення до себе, своїх переконань і зусиль (Korobka, 2024).

Люди з високим рівнем інтолерантності до невизначеності схильні інтерпретувати будь-яку неясну інформацію, як загрозову, що підвищує рівень стресу і ймовірність виникнення соматичних реакцій організму. Від рівня толерантності людини до невідомості, неясності залежить то, як часто вона хвилюється, тривожиться, що може пояснювати високу кореляцію інтолерантності до невизначеності з генералізованим тривожним розладом, obsesивно-компульсивним розладом, а також панічним розладом (Holaway et al., 2006; Tolin et al., 2003; Wheaton, et al., 2021).

Фактор емоційної реакції на невизначеність сприяє підвищенню як систолічного, так і діастолічного артеріального тиску протягом періоду очікування можливої загрози невідомої інтенсивності (Gresco, 2003), також було

виявлено зниження функціонального зв'язку між ділянками префронтальної кори та між префронтальною корою і мигдалеподібним тілом в осіб з генералізованим тривожним розладом за умов високої невизначеності (Assaf & Rabanu, 2018). Невизначеність щодо подій, пов'язаних з роботою спеціалістів допомагаючих професій, може зменшувати загальне відчуття безпеки, що може бути пов'язане з симптомами депресії та посттравматичного стресового розладу (Angehrn et al., 2020). Це підтверджує, що індивідуальні відмінності у сприйнятті невизначеності можуть призводити до наслідків як для фізичного, так і для психічного здоров'я людини.

Дослідження нового методу лікування генералізованого тривожного розладу (ГТР) продемонструвало, що в результаті терапевтичного впливу націленого на зниження інтолерантності до невизначеності через роботу з помилковими переконаннями, здатністю до вирішення проблем, та когнітивним уникненням значно покращило стан пацієнтів. При повторному дослідженні через 6 і 12 місяців 77% учасників більше не відповідали критеріям діагнозу ГТР, що доводить важливість підвищення толерантності до невизначеності і як результат – покращення психічного стану (Ladouceur et al., 2000). Систематичний огляд досліджень продемонстрував, що найбільш підтверджено негативний ефект інтолерантності до невизначеності для тривожних розладів, меншою мірою для негативного афекту і obsесивного-компульсивного розладу (Rosser, 2019).

Отже, толерантність до невизначеності сприяє збереженню психологічного благополуччя особистості в умовах високої непередбачуваності, зокрема під час війни. Високий рівень інтолерантності до невизначеності асоціюється з підвищеним рівнем тривожності, стресу та соматичних симптомів. Толерантність до невизначеності не лише пом'якшує негативний вплив травматичних подій, але й підвищує стійкість особистості, що підтверджується ефективністю відповідних психотерапевтичних інтервенцій у лікуванні тривожних розладів. В умовах війни, спеціалісти допомагаючих професій

зазнають впливу тих самих травмуючих чинників, що й їх клієнти. При цьому у терапевтів в цих умовах роботи може розвиватись спільна травма, яка містить аспекти і первинної і вторинної травми (Tosone et al., 2012), втома від співчуття чи вторинний травматичний стрес, який за симптоматикою відрізняється від вигорання на роботі (Boscarino et al., 2004).

Розглянемо такий конструкт, як «Втома від співчуття». Цей термін було введено С. Joinson у 1992 році при дослідженні негативного впливу щоденного багаторазового контакту медсестер невідкладної допомоги з надзвичайними станами їх пацієнтів. Пізніше Figley визначив, що втома від співчуття – більш зручний термін для позначення вторинного травматичного розладу, який має схожу симптоматику з Посттравматичним стресовим розладом (ПТСР) (Figley, 2003). Згідно з описом діагнозу ПТСР в діагностичному та статистичному посібнику DSM5, посттравматичний стресовий розлад може розвинути як через безпосередню загрозу для життя і цілісності самої людини, так і в результаті травматичного досвіду свідка. Зазнати вторинної травми можуть як близьке оточення людини, що переживає травматичний досвід, так і медичні працівники та інші спеціалісти допомагаючих професій. Синдром вторинного травматичного розладу має схожі симптоми з посттравматичним стресовим розладом, такі як: інтрузивні гнітючі спогади про травмуючу подію; рекурентні гнітючі сновидіння; дисоціативні реакції; психологічний дистрес у процесі експозиції до внутрішніх чи зовнішніх нагадувань про травматичну подію; фізіологічні реакції у відповідь на травматичну подію; поведінка уникнення внутрішніх та зовнішніх чинників, що нагадують про травмуючу подію (DSM5). Але при наявності цих симптомів вторинний травматичний стрес також включає вторинний вплив і повторне переживання травматичного матеріалу, наданого пацієнтами або клієнтами (Jimenez et al., 2021). Однак Robert W. Motta стверджує, що ці два поняття – посттравматичний стресовий розлад і вторинний травматичний розлад – не схожі з точки зору етіології, симптоматики і лікування. На відміну від посттравматичного стресового розладу та інших форм первинної

травми, які негативно впливають на самосприйняття людини і викликають недовіру до свого оточення, вторинна травма пригнічує та емоційно виснажує людину, але як правило не викликає недовіри до оточення і негативного ставлення до себе (Motta, 2023).

Якщо вторинний травматичний розлад розвивається поступово і має накопичувальний ефект, то вторинний травматичний стрес стається раптово (Branson, 2019) та проявляється як гостра реакція, що виникає у спеціалістів допомагаючих професій від психологічного перевантаження бажанням підтримувати інших (Orrù et al., 2020). За Figley (1993), вторинний травматичний стрес – це поведінкова та емоційна реакція, яка виникає у відповідь на знання про травмуючий досвід іншої людини, разом з бажанням надати цій людині допомогу.

Вивчення відмінностей між назвами і конструктами «Втома від співчуття», «Вторинний травматичний стрес» і «Вікарна травма» показали відсутність достатнього розмежування між цими термінами, що використовуються в літературі як три різні назви одного конструкту: Figley «Втома від співчуття», Stamm «Вторинний травматичний стрес», Pearlman «Вікарна травма» (Stamm, 2010). При цьому вторинний травматичний стрес за Stamm є складовою втоми від співчуття, як і професійне вигорання, наявність особистісного травматичного досвіду, а також такі психосоціальні чинники, як достатній зворотній зв'язок від пацієнтів (клієнтів) тощо.

Втома від співчуття проявляється як стан напруги через перепроживання травматичного досвіду клієнта, уникнення нагадування про події, пов'язані з досвідом клієнта, емоційне збудження, знервованість пов'язана з пацієнтом (Figley, 2002; Carvalho, 2023).

Нижче наведено одинадцять змінних за Figley, які разом утворюють причинно-наслідкову модель, що прогнозує втому від співчуття:

1. *Емпатія в терапевтичному процесі* – це здатність психотерапевта реагувати на переживання і страждання клієнтів. Без емпатійного реагування

знижується ймовірність виникнення стресу від співчуття, а також втоми від співчуття, але знижується ефективність терапевтичного процесу.

2. *Емпатійна небайдужість* – це вмотивованість реагувати на потреби людей, які потребують допомоги. Недостатньо бути емпатійним, якщо при цьому немає бажання і мотивації допомагати.

3. *Психотерапевтична взаємодія* – це безпосереднє сприйняття емоційної енергії клієнта через пряму взаємодію з ним і його переживаннями.

4. *Емпатійна реакція* – це обсяг зусиль терапевта, які він докладає для зменшення страждання клієнта через емпатійне розуміння. Ставлячи себе на місце клієнта шляхом проєкції свого я, терапевт може зрозуміти його почуття, думки і поведінку, при цьому може також відчувати його емоції – біль, страх чи гнів. Така чутлива терапевтична реакція має як переваги так і недоліки, про які недостатньо говорять, але які необхідно усвідомлювати для пом'якшення впливу травматичного досвіду клієнта на терапевта.

5. *Стрес через співчуття* виникає у відповідь на емоційну енергію, що генерується через співпереживання клієнту та постійне прагнення полегшити його страждання. Якщо він інтенсивний, то може негативно впливати на самопочуття і якість життя спеціаліста. Без належного контролю це може призводити до втоми від співчуття.

6. *Професійна задоволеність* сприяє зменшенню вірогідності виникнення стресу від співчуття у психотерапевта. Воно відображає задоволеність психотерапевта своїми зусиллями, спрямованими на зниження страждань клієнта, і розмежування зони відповідальності терапевта і клієнта.

7. *Відсторонення* теж допомагає зменшити або запобігти виникненню стресу від співчуття, шляхом дистанціювання психотерапевта від дистресу клієнта в перервах між психотерапевтичними сесіями. Цей процес вимагає свідомого «відпускання» думок та емоцій, пов'язаних з сесіями, і надання пріоритету турботі про себе задля підтримання особистого благополуччя. Якщо попри зусилля щодо відсторонення та задоволення від роботи стрес від співчуття

зростає, психотерапевт наражається на ризик виникнення втоми від співчуття. Цьому також сприяють три наступні додаткові фактори.

8. *Регулярна експозиція* – це часте переживання відповідальності за піклування про тих, хто потребує допомоги. Регулярні перерви між робочими днями необхідні саме як відпочинок від співчуття та емпатії до клієнтів.

9. *Спогади* про травматичні події з життя клієнтів, які реактивують спогади про травматичні події, пережиті терапевтом, потенційно можуть викликати симптоми ПТСР, депресію і тривогу.

10. *Порушення життєдіяльності* – це несподівані зміни в розкладі, рутині або управлінні життєвими обов'язками, які потребують уваги (наприклад, хвороба, зміна способу життя або зміна соціальної чи професійної ролі). У поєднанні з нижче наведеними факторами, вони можуть значно підвищити ризик виникнення втоми від співчуття у терапевта (Figley, 2002).

Узагальнюючі, варто зазначити, що в умовах війни спеціалісти допомагаючих професій, окрім ризиків первинної травматизації, зазнають впливу вторинного травматичного стресу, втоми від співчуття та професійного вигорання. Незважаючи на певну термінологічну невизначеність в літературі, всі ці феномени вказують на накопичення емоційного виснаження, яке виникає через емпатійне залучення в процес допомоги іншим. Важливими профілактичними і захисними факторами від втрати професійного ресурсу спеціалістів є розвиток навичок професійного дистанціювання, поглиблення і розвиток задоволеності від співчуття, управління експозицією до травматичного матеріалу та вчасна і належна турбота про власне благополуччя (Figley, 2002).

Перейдемо до розгляду такого поняття, як копінг-стратегії. Термін «копінг» уперше був запроваджений L. Murphy в 1974 році під час дослідження того, яким чином діти долають кризові ситуації розвитку. Надалі ключовий внесок у вивчення копінг-стратегій зробили R. S. Lazarus і S. Folkman. Зокрема, після виходу праці R. S. Lazarus «Psychological Stress and Coping» (1984) «копінг» почали розглядати як важливий механізм підтримки психосоціальної

стабільності під час стресових впливів. В умовах війни, коли кількість таких впливів знаходиться на найвищому рівні, невизначеність хитає відчуття безпеки і здатність особистості спиратись на звичне і стабільне в її житті, вивчення способів, якими людина долає стрес, набуває особливої актуальності. Оскільки психологи-травматерапевти зустрічаються як з викликами особистісного травмування, так і з ризиком вторинного травмування чи подвійної травми поряд зі своїми клієнтами, це спонукає спеціалістів до пошуку індивідуальних емоційних, когнітивних та поведінкових способів редукції стресового впливу, та пошуку способів самопомоги і відновлення внутрішніх ресурсів в критичних ситуаціях.

Дослідження серед керівників закладів загальної середньої освіти демонструє статистично значущий зв'язок між задоволеністю роботою в організації з копінг-стратегіями, які обирають спеціалісти. Підвищення рівня задоволеності від роботи серед керівників асоціюється з використанням копінг-стратегій, орієнтованих на вирішення проблем, а також пошуку соціальної підтримки і зменшення використання копінгів, орієнтованих на емоції (Карамушка, 2020).

В ряді наукових досліджень копінг-стратегії особистості порівнювались з захисними механізмами психіки (Compas, 1998; Cramer, 1998; Miceli & Castelfranchi, 2001), що надає такі показники відмінності між цими процесами, як свідомий підхід до вибору копінг-стратегій подолання і несвідоме використання психікою певних захисних механізмів, а також навмисний і ненавмисний характер цих процесів (Cramer, 1998). Однак М. Miceli (2001) визначає і точки перетину двох систем подолання – захисні механізми, на їхню думку, ґрунтуються на неусвідомленому спотворенні реальності з метою зменшення негативних емоцій, тоді як копінг передбачає свідоме переосмислення ситуації, спрямоване на адекватне сприйняття дійсності. Тобто, емоційно орієнтовані стратегії вважаються неоднорідними: частина з них тяжіє до захисних механізмів заперечення чи раціоналізації, тоді як інша частина – до адаптивних копінг-

стратегій, пов'язаних із прийняттям проблеми та пов'язаних з нею емоцій і перегляд стану (Miceli & Castelfranchi, 2001). Лонгitudне дослідження впливу стратегій подолання воєнної травми на психічне здоров'я серед молодих людей зі Сьєра-Ліоне показало, що уникаючий копінг може мати захисну функцію і пов'язаний з нижчими показниками симптоматики ПТСР, а копінг наближення сприяє розвитку просоціальної поведінки (Sharma et al., 2017), що демонструє наявність зв'язку свідомих копінг-стратегій подолання і несвідомих захисних механізмів психіки.

Порівняльний аналіз психічного здоров'я, добробуту і стратегій подолання стресу серед українських і польських студентів у контексті повномасштабної війни в Україні показало, що копінг-стратегія фокусована на вирішенні проблеми знижувала рівень депресії, тривоги та стресу, тоді як уникаючий копінг підвищував рівень дистресу (Chudzicka-Czupara, 2025).

Таким чином, копінг-стратегії є важливим механізмом свідомого подолання стресу, особливо в умовах війни, коли фахівці допомагаючих професій зустрічаються як з власними травматичними переживаннями, так і з вторинною травматизацією в контакт з клієнтами. На відміну від несвідомих захисних механізмів, копінг передбачає активну когнітивну та поведінкову роботу особистості над адаптивним переосмисленням реальності. Ефективні копінг-стратегії, орієнтовані на вирішення проблем та пошук підтримки, асоціюються з задоволеністю життям, благополуччям і зниженим рівнем депресії, тривоги та стресу.

### **1.3. Теоретичне обґрунтування дослідження психологічних чинників суб'єктивного благополуччя травматерапевтів**

Основні опори в роботі травматерапевта: формування терапевтичного альянсу, поля довіри між терапевтом і клієнтом; орієнтованість на терапевтичні стосунки і клієнта; здатність психолога до рефлексії, контейнування та емпатії.

Міждисциплінарна взаємодія психолога зі спеціалістами з фізичного та психічного здоров'я допомагає збирати повний обсяг факторів, які впливають на психологічний стан клієнта, що допомагає в роботі з травматичним досвідом. Весь цей процес вимагає від спеціаліста великої кількості його особистих та професійних ресурсів, що є викликом в умовах війни, хронічного стресу і напруження, в якому потенційно знаходяться травматерапевти. Їх фізичне здоров'я, психологічне благополуччя, а також якість стосунків залежать від резилієнтності, зацікавленості в своїй роботі і сенсах, якими спеціаліст наділяє свою діяльність, а також від вміння усвідомлено розділяти поле роботи і особистого життя, при цьому підтримуючі баланс навантаження і відпочинку в умовах невизначеності воєнного часу. Здатність людини змінюватись, адаптуватись, приймати складні і відповідальні рішення, бути гнучким в умовах швидкоплинності часу і непереборних обставин – важливі чинники її благополуччя. Як демонструє дослідження Г. Павленко (2019) високий рівень толерантності до невизначеності у студентської молоді значно підвищує рівень психологічного благополуччя і впливає на якість життя, але інтолерантність до невизначеності немає впливу на досліджуваний конструкт благополуччя у цій вибірці (Павленко, 2019). Інше дослідження студентської молоді щодо інтолерантності/толерантності до невизначеності та суб'єктивного благополуччя продемонструвало переважно середній рівень більшості психологічних показників (Коробка, 2024). При цьому в межах цього дослідження було виявлено баланс між інтолерантним і толерантним ставленням студентів до невизначеності, що може бути результатом певного адаптивного процесу в умовах війни і впливати на рівень їх суб'єктивного благополуччя в цілому (Коробка, 2024).

Спеціалісти з ментального здоров'я, які надають психологічну допомогу тим особам, які пережили насильство, травму війни, катастрофи, можуть зазнати впливу вторинної травматизації через емпатійне співпереживання клієнту (Sprang et al., 2019) несвідомо перейняти частину їх емоційного стану, що сприяє

змінам когнітивної, емоційної та поведінкової сфери у спеціаліста (Bercier & Maynard, 2015) і потенційно може формувати основу для виникнення прогностичної тривоги перед наступними зустрічами з клієнтами. Контакт з емоційно травмуючою інформацією клієнтів може викликати фізіологічні симптоми, такі як головний біль, серцебиття, що впливає на загальний стан терапевта (Figley, 2001), що також може бути ґрунтом для виникнення прогностичної тривоги через очікування повторного контакту. Натомість самоспівчуття і співчуття до інших підвищує рівень суб'єктивного щастя фахівців сфери ментального здоров'я та покращує їх психологічне благополуччя, якість професійного життя за показниками задоволеності від співчуття, вигорання і вторинного травматичного стресу (Mantelou & Karakasidou, 2019).

В дослідженні медсестер було встановлено, що вік понад 36 років негативно впливає на задоволеність від співчуття, натомість тривалість професійного досвіду і задоволеність роботою – позитивні предиктори задоволеності від співчуття. При цьому низька задоволеність роботою в цілому і порушений режим сну підвищують ризик виникнення вигорання (Rayani et al., 2024).

Було встановлено статистично значущий зв'язок між усвідомленістю (Mindfulness), емоційним виснаженням і посттравматичним стресом за посередництва інтолерантності до невизначеності серед італійських волонтерів, які брали участь в гуманітарних місіях під час повномасштабної війни в Україні (Bernuzzi et al. 2024). Це також вказує на важливу роль толерантності до невизначеності в тому, як спеціалісти допомагаючих професій борються з дистресом і наслідками впливу травматичного матеріалу своїх клієнтів. В умовах соціальних змін суб'єктивна оцінка людиною певних обставин як невизначених виступає чинником зниження суб'єктивного благополуччя (Павленко, 2020).

При середньому рівні суб'єктивного благополуччя серед освітнього і наукового персоналу в умовах війни, показники «фізичного здоров'я та благополуччя» продемонстрували суттєво нижчі показники порівняно з

показниками «психологічного благополуччя» та «благополуччя у стосунках». Було встановлено статистично значущі зв'язки між суб'єктивним благополуччям і більшістю копінг-стратегій подолання стресу серед освітньо-наукового персоналу (Карамушка, 2023), серед населення України було встановлено позитивні кореляції конструкту психологічного благополуччя з копінг-стратегіями орієнтованими на вирішення проблем, відволікання, безпорадністю, а також негативні зв'язки з емоційно- і соціально-орієнтованими копінгами (Kovalenko, 2022), що свідчить про суттєву роль копінг-стратегій в збереженні суб'єктивного благополуччя особистості і важливість дослідження цього зв'язку на інших вибірках.

Дослідження спрямоване на розробку та перевірку багатofакторної психосоціальної моделі прогнозування суб'єктивного благополуччя серед дорослих українців через 1.5 року після початку повномасштабного вторгнення Росії в Україну у 2022 році, за участі 1248 респондентів, продемонструвало, що дев'ять з досліджуваних факторів пояснюють 49.3% варіації рівня суб'єктивного благополуччя. Одними з найсильніших факторів виявились проживання з другом і систематичне отримання психологічної допомоги (Velykodna, 2024). Ці дані підтверджують важливість соціальної взаємодії і підтримки, а також вчасного отримання психологічної допомоги для населення в умовах війни, що підвищує рівень їх суб'єктивного благополуччя. Водночас, населення отримує психологічну підтримку від спеціалістів з ментального здоров'я, які знаходяться в схожих обставинах, що й їх клієнти і потенційно можуть зазнавати впливу тих же стресових чинників, а також вторинної травматизації під час роботи. Саме тому дослідження зв'язку супервізійної підтримки для психологів-травматерапевтів, а також отримання особистої терапії з рівнем їх суб'єктивного благополуччя в наш час має велику цінність. Своєчасне отримання професійної психологічної допомоги та здатність долати наслідки травматичного досвіду може сприяти більш високому рівню благополуччя та прояву меншої кількості психопатологічних симптомів (Joubert, 2022).

Як показало дослідження індивідуальних та контекстуальних чинників суб'єктивного благополуччя серед 593 українських студентів в умовах війни – оптимізм, надія, стійкість, посттравматичне зростання, емоційна підтримка та життя в окупації є значущими предикторами задоволеності життям (Pavlova et al., 2024).

Карамушка та ін. (2022) підкреслюють важливість відмежування поняття суб'єктивного благополуччя від об'єктивних або зовнішніх чинників, таких як матеріальні (житло) та фінансові (дохід) аспектів. Автори наголошують на необхідності інтегративного підходу до моделі суб'єктивного благополуччя, яка повинна включати фізичні, психологічні та соціальні компоненти (Karamushka et al., 2022).

У підсумку можна побачити, що толерантність до невизначеності, резилієнтність, оптимізм і здатність до усвідомленого задоволення від співчуття виступають ключовими особистісними ресурсами особистості, які пом'якшують негативний вплив вторинної травматизації, професійного вигорання та хронічного стресу воєнного часу (Bernuzzi et al., 2024; Mantelou & Karakasidou, 2019; Sprang et al., 2019). Емпатійне залучення без належного самоспівчуття та відмежування робочого і особистого поля підвищує ризик емоційного виснаження та соматичних проявів (Bercier & Maynard, 2015; Figley, 2001). Супервізійна підтримка, особиста терапія й система копінг-стратегій, орієнтованих на вирішення проблем, істотно підвищують суб'єктивне благополуччя фахівців (Joubert, 2022; Karamushka, 2023; Kovalenko, 2022). Соціальні ресурси (життя з другом, регулярна психологічна допомога) та професійний досвід додатково сприяють задоволеності життям і знижують ризик вигорання (Rayani et al., 2024; Velykodna, 2024). Отже, інтегративна модель суб'єктивного благополуччя має враховувати поєднання психологічних, фізичних і професійних чинників, що забезпечують здорове функціонування спеціалістів в умовах війни (Karamushka et al., 2022; Pavlenko, 2020).

## Висновки до розділу 1

Аналіз теоретичних основ концепту благополуччя особистості у вітчизняній і зарубіжній психології засвідчив, що він містить як суб'єктивне відчуття щастя і задоволеності життям, так і реалізацію особистісного потенціалу, автономію і розвиток позитивних міжособистісних стосунків. Сучасні дослідники, так чи інакше, спираються на два основних підходи до психологічного благополуччя – гедоністичний і евдемонічний. В рамках гедоністичного підходу було розроблено концепцію суб'єктивного благополуччя, яка включає в себе емоційний і когнітивний компоненти, а також особистісну оцінку людиною власного життя, яка ґрунтується не лише на об'єктивних обставинах, але й на суб'єктивному сприйнятті цих обставин і відчутті, що її життя в цілому є хорошим і бажаним. Суб'єктивне благополуччя пов'язане з трьома компонентами біопсихосоціальної моделі, де практика клініциста передбачає орієнтацію на клієнта, на клієнт-терапевтичні відносини, а також на біологічні, психологічні і соціальні фактори життя людини. Міждисциплінарна взаємодія в умовах війни доводить свою доречність і необхідність для надання комплексної допомоги населенню, що потенційно сприятиме підвищенню рівня суб'єктивного благополуччя.

Водночас евдемонічний підхід акцентує увагу на реалізації внутрішнього потенціалу особистості, розвитку позитивних міжособистісних стосунків, автономії та відчутті сенсу життя. Обидва підходи, попри теоретичні розбіжності, емпірично доповнюють один одного, що підтверджується високою кореляцією між суб'єктивним благополуччям, особистісним зростанням та позитивною саморефлексією.

Інтегративна модель благополуччя PERMA демонструє поєднання аспектів гедоністичного і евдемонічного підходів в конструкті психологічного благополуччя, що є важливою умовою при дослідженні цього феномену.

Для фахівців допомагаючих професій питання збереження власного суб'єктивного благополуччя є актуальним у зв'язку з інтенсивним впливом

психотравмуючих подій в умовах війни. Пошук і використання стійких особистісних ресурсів, розвиток ефективних копінг-стратегій, залучення до супервізійної та особистісної психотерапевтичної підтримки допоможе запобіганню емоційного виснаження і підвищенню рівня благополуччя у спеціалістів.

Таким чином, комплексний аналіз концепту суб'єктивного благополуччя вказує на доцільність врахування його емоційних, когнітивних компонентів задоволеності життям, прагнення особистості до розвитку і реалізації свого потенціалу, а також пошуку сенсів. Отже, на основі вивчення теоретичних джерел ми бачимо, що на даний момент все ще не достатньо досліджень по вивченню інтолерантності до невизначеності, вторинного травматичного стресу, професійного вигорання, задоволеності від співчуття і копінг-стратегій як чинників суб'єктивного благополуччя. Наскільки нам відомо, суб'єктивне балагополуччя і його чинники у травматерапевтів ще не вивчались, тому такий напрямок наукової роботи набуває особливої актуальності і зумовлює подальші емпіричні пошуки і розробку програм підтримки психічного здоров'я і благополуччя.

## РОЗДІЛ 2

### МЕТОДОЛОГІЧНЕ ОБҐРУНТУВАННЯ ТА ПРОЦЕДУРА ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ

#### 2.1. Методи емпіричного дослідження психологічних чинників суб'єктивного благополуччя у травматерапевтів

Для дослідження особливостей психологічних чинників суб'єктивного благополуччя у травматерапевтів ми застосували такі методики:

1. Методика «Модифікована шкала суб'єктивного благополуччя БІБІСІ» (BBC-SWB. P. Pontin, M. Schwannauer, S. Tai, & M. Kinderman), (адаптація Л.М. Карамушки, К.В. Терещенко, О.В. Креденцер).

2. «Шкала інтолерантності до невизначеності» (IUS - 12) Н. Карлетона (в адаптації Г. Громової).

3. Professional Quality of Life Scale - 5 (ProQOL).

4. Опитувальник Brief-COPE С. Carver, 1997 (адаптація Т. Яблонська, О. Вернік, Г. Гайворонський, 2023).

#### **Авторська анкета**

Питання авторської анкети поєднали в собі соціально-демографічні питання, такі як стать, вік, досвід роботи в роках, а також були націлені на збір інформації про певні професійні особливості і напрямки роботи психологів-травматерапевтів. Для виключення помилкового потрапляння у вибірку респондентів без досвіду роботи з травмою було поставлене питання «чи працюєте ви з тими, хто пережив травматичний досвід, не пов'язаний з війною, такий як травми розвитку, кризи, втрати?», а також було поставлене питання «чи надаєте ви допомогу тим, хто пережив травматичний досвід війни, такий як полон, тортури, сексуальне насилля, окупацію тощо?». Таким чином вибірка була поділена на групи респондентів: тих травматерапевтів, які працюють з травмою війни і тих хто працює лише з іншим травматичним досвідом; тих, хто

надає кризові інтервенції населенню і хто не надає; частина респондентів надає психологічну допомогу військовим, частина працює виключно з цивільним населенням. Це було зроблено для подальшого порівняльного аналізу за групами. Дослідження було спрямоване на кількісне моделювання взаємозв'язків між умовами роботи травматерапевтів, їх суб'єктивним благополуччям і його психологічними чинниками.

### **Методика «Модифікована шкала суб'єктивного благополуччя BBC»**

Шкала суб'єктивного благополуччя BBC (Subjective Well-Being Scale або BBC-SWB) була розроблена міждисциплінарною командою у співпраці з British Broadcasting Corporation (BBC) як частина проекту «Лабораторія благополуччя» (The Wellbeing Lab) (Kinderman et al., 2011).

Унікальною особливістю розробки BBC-SWB було використання масштабного онлайн-опитування для збору даних. Завдяки співпраці з BBC, дослідникам вдалося зібрати вибірку з понад 20 000 респондентів (Pontin et al., 2013). Це зробило BBC-SWB однією з найбільш ґрунтовно перевірених шкал благополуччя. Дослідження показали високу внутрішню надійність шкали (коефіцієнт альфа Кронбаха для загальної шкали  $\alpha = 0.96$ , та для підшкал від  $\alpha = 0.89$  до  $\alpha = 0.93$ ) (Pontin et al., 2013). Також була підтверджена конвергентна валідність через кореляції з іншими визнаними інструментами, такими як GHQ-12 та задоволеність життям (Kinderman et al., 2011).

На відміну від інших шкал, які часто зосереджувались лише на окремих аспектах, BBC-SWB була спроектована для інтеграції різних вимірів благополуччя в рамках біопсихосоціальної моделі здоров'я (Engel, 1977), охоплюючи психологічні, фізичні та соціальні аспекти благополуччя.

Як зазначають Киндерман та колеги (Kinderman et al., 2011), шкала базується на розумінні благополуччя як багатовимірного конструкту, що включає елементи як гедоністичного підходу (суб'єктивне щастя та задоволеність життям) (Diener, 1984), так і евдемонічного підходу (особистісне зростання та реалізація потенціалу) (Ryff, 1989).

На українській вибірці методика була адаптована та стандартизована такими вченими, як Л.М.Карамушка, К.В.Терещенко, О.В.Креденцер (2022). Вибірка дослідження становила 502 респонденти з центральних регіонів України, з них 69.7% жінок і 30.3% чоловіків, вік респондентів від 18 до 75 років.

Цей інструмент складається з трьох субшкал, таких як: 1) «психологічне благополуччя» (контроль свого життя, оптимізм щодо майбутнього, впевненість в своїх поглядах, відчуття зростання і розвитку особистості тощо); 2) «фізичне здоров'я і благополуччя» (самооцінка задоволеності своїм здоров'ям в цілому, сном, здатністю до повсякденної фізичної активності, балансом навантажень і відпочинку, проявів депресивної і тривожної симптоматики), 3) «стосунки» (спроможність будувати дружні та особистісні стосунки, комфорт в контакті і у відносинах з іншими людьми, здатність звертатись за підтримкою і допомогою до інших людей, задоволеність інтимною сферою) (Pontin et al., 2013). Методика містить в собі 24 пункти, та оцінюється за 5-бальною оціночною шкалою, де: 1. «зовсім ні», 2. «трохи», 3. «Середньо», 4. «дуже сильно», 5. «надзвичайно сильно». 4 пункт шкали має зворотній порядок нарахування балів, всі інші пункти – прямий.

Загальний показник суб'єктивного благополуччя – сумарний бал всіх пунктів методики. Згідно з нормативними даними мінімальний бал суб'єктивного благополуччя – 24, максимальний – 120 балів, середній рівень – між 77 і 91 балами. Показник за субшкалою «психологічного благополуччя» рахується сумою пунктів 4-15, нормативний показник за субшкалою: мінімальний 12-39 балів; середній – 40-47; високий – 48-60. Показник субшкали «фізичного здоров'я та благополуччя» – сума пунктів 1-3 і 21-25, нормативні показники: мінімальний – 7-20; середній – 21-25; високий – 26-35. Сума пунктів 16-20 – показник за субшкалою «стосунки», нормативні показники: мінімальний – 5-16; середній – 17-20; високий – 21-25.

### **«Шкала інтолерантності до невизначеності» (IUS - 12)**

Шкала інтолерантності IUS-12 Carleton (2007) була розроблена як скорочена версія оригінальної шкали з 27 пунктів. Через факторну нестабільність попередніх моделей (пропонувались як чотири-, і п'ятифакторні моделі) була розроблена скорочена шкала. IUS-12 має стабільну двофакторну структуру, яка демонструє як тривожні, так і уникаючі компоненти інтолерантності до невизначеності (Carleton et al., 2007).

Дослідження Wilson et al. (2020) продемонструвало клінічну користь, надійність та ефективність короткої шкали IUS-12 для людей з генералізованим тривожним розладом (Wilson et al., 2020).

Методика допомагає виявити, чи здатна людина справлятися з напруженням і тривогою пов'язаною з непередбачуваністю, невизначеністю, нестабільністю обставин в її житті. Складається з 12 питань, загальна сума яких вимірює показник інтолерантності до невизначеності; а також двох субшкал, кожна з яких вимірює окремі показники гнітючої і прогностичної тривоги. Прогностична тривога пов'язана з активним пошуком способів зниження напруження шляхом перестороги та когнітивними аспектами інтолерантності до невизначеності. Гнітюча тривога пов'язана з поведінковою загальмованістю та бездіяльністю в умовах невизначеності.

Респондент обирає відповідь від 1 до 5 за шкалою Лайкерта, де: 1. «зовсім нетипово для мене», 2. «майже нетипово для мене», 3. «певною мірою типово для мене», 4. «значною мірою типово для мене», 5. «дуже типово для мене».

### **Professional Quality of Life Scale - 5 (ProQOL)**

Втома від співчуття виникає як наслідок надання допомоги тим, хто пережив екстремальні або травматичні стресові ситуації при відсутності достатнього рівня особистісних ресурсів. Таким чином, методика 5 (ProQOL), розроблена В.Н. Stamm, має дві шкали для визначення втоми від співчуття: 1. вигорання; 2. вторинний травматичний стрес. Також цей інструмент включає в себе шкалу «задоволеність від співчуття», яка вимірює позитивні аспекти

надання допомоги іншим і негативного корелює з вигоранням і вторинним травматичним стресом.

Згідно з результатами статистичного аналізу (Stamm, 2005, 2010) було підтверджено, що три основні шкали інструменту – задоволеність від співчуття, вигорання і вторинний травматичний стрес – є концептуально різними конструктами, незважаючи на їх взаємозв'язок в контексті професійної якості життя спеціалістів допомагаючих професій. Результати факторного аналізу продемонстрували чітке розмежування між трьома вимірами, що дозволяє окремо вимірювати як позитивні (задоволеність від співчуття) так і негативно забарвлені аспекти професійної діяльності спеціалістів (Stamm, 2005).

В рамках нашого дослідження, методика «Шкала професійної якості життя – 5 ProQOL» була перекладена з англійської на українську мову двома перекладачами методом подвійного зворотного перекладу. Обраховано показники надійності методики за допомогою коефіцієнту Альфа Кронбаха. Ми отримали високі показники надійності за шкалою «задоволеність від співчуття» і середні показники надійності за шкалами «вигорання» і «вторинний травматичний стрес».

Методика має три субшкали по 10 пунктів у кожній:

1. Задоволеність співчуттям (Compassion Satisfaction) – спрямована на вимір рівню задоволення, яке фахівці допомагаючих професій отримують від виконання своєї роботи в контакті і взаємодії з іншими людьми. Високі показники за цією шкалою демонструють відчуття професійної компетентності та задоволення від можливості допомагати і бути корисним (Stamm, 2010).

2. Вигорання (Burnout) – показники за цією шкалою оцінюють переживання спеціаліста при незадоволеності роботою, відсутності визнання і підтримки, в результаті чого може виникати відчуття безнадії, безсилля, певні труднощі при виконанні професійних обов'язків або негативне ставлення до них. Основні симптоми: емоційне та фізичне виснаження, деперсоналізація та зниження професійних досягнень (Maslach et al., 2001; Stamm, 2010).

3. Вторинний травматичний стрес (Secondary Traumatic Stress) – визначає наявність впливу опосередкованої травми внаслідок контакту спеціалістів допомагаючих професій з особами, які пережили травматичні події. Може проявлятися у вигляді нав'язливих думок та інтрузивних спогадів, пов'язаних з травматичними подіями в житті іншої людини, поведінки уникнення та підвищеної тривожності. Симптоматика схожа з симптомами посттравматичного стресового розладу (Figley, 1995; Stamm, 2010) але має і певні відмінності (Robert W. Motta. 2023).

ProQOL-5 містить 30 тверджень, які оцінюються за 5-бальною шкалою, де: 1. «ніколи», 2. «рідко», 3. «іноді», 4. «часто», 5. «дуже часто». Пункти 1, 4, 15, 17, 29 мають зворотній порядок нарахування балів, інші пункти мають прямий порядок. Згідно мануалу (Stamm, 2010) після перегортання і підрахунку сирі бали було переведено у стандартні z-бали, далі у нормалізовані t-бали, де середнє значення дорівнює = 50 зі стандартним відхиленням = 10 (SD = 10). Результати інтерпретуються шляхом порівняння отриманих показників з нормативними даними.

Профіль, з високим рівнем задоволеності роботою має високі показники за шкалою задоволеності від співчуття та низькими показниками за шкалами вигорання і вторинного травматичного стресу.

Методика довела свою ефективність при вимірюванні вторинної травматизації, вигорання та задоволеності від співчуття серед фахівців допоміжних професій, таких як психологи, соціальні та медичні працівники, волонтери та ін. (Sorenson et al., 2016; Sprang et al., 2021; Serrão et al., 2022).

### **Опитувальник Brief-COPE**

Методика Brief-COPE Чарльза Карвера – скорочена версія опитувальника COPE, розроблена в 1997 році, заснована на теорії стресу Р. Лазаруса, спрямована на вивчення основних копінг-стратегій особистості, які вона використовує у відповідь на стресові події (Carver, 1997). Складається з 28 питань, які формують 14 субшкал-стратегій, що об'єднуються в три основні

шкали: 1) копінг, фокусований на проблемі; 2) копінг, фокусований на емоціях; 3) уникаючий копінг. Відповіді оцінюються за 4-бальною шкалою, де: 1. «я зазвичай цього не робив/не робила», 2. «я рідко це робив/робила», 3. «я робив/робила це час від часу», 4. «це саме те, що я зазвичай робив/робила». Результати виводяться за сумарним балом окремо по кожній з трьох шкал.

Українська адаптована версія продемонструвала задовільну конструктну валідність, високу внутрішню валідність і надійність, та рекомендована для використання при дослідженнях копінг-стратегій особистості на українській вибірці.

## **2.2. Етапи проведення емпіричного дослідження**

Дослідження психологічних чинників суб'єктивного благополуччя жінок травматерапевтів проводилось з лютого по березень 2025 року в такій послідовності: формулювання дослідницьких питань, визначення мети і завдання; огляд наявної літератури за темою суб'єктивного благополуччя, його вже досліджених чинників і їх взаємозв'язків; обґрунтування важливості емпіричного дослідження за обраною темою саме серед практикуючих психологів-травматерапевтів; формування гіпотез дослідження; визначення з методами дослідження; визначення з методом пошуку респондентів і безпосереднє формування вибірки; фактичний збір даних шляхом опитування респондентів за допомогою платформи Google Form; статистична обробка отриманих даних за допомогою програм Microsoft Office Excel і Jamovi (версія 2.6); порівняння отриманих результатів зі вже наявними дослідженнями за обраною темою; висновки щодо підтвердження або спростування початкових гіпотез; узагальнення основних отриманих результатів; надання практичних рекомендацій.

Збір даних проходив в одну хвилину. Опитування респондентів здійснювалось за допомогою онлайн платформи Google Form. Анкета була

розповсюджена в онлайн групах, а саме: професійних спільнотах психологів-травматерапевтів України; супервізійних тематичних групах; серед колишніх студентів з травматерапії в напрямках гештальт-терапії і КПТ; онлайн інтерв'язорських групах травматерапевтів тощо.

### **2.3. Характеристика вибірки респондентів**

Критеріями включення респондентів було зазначено наявність вищої освіти психолога, а також досвіду роботи психологом від 2 років, наявність спеціалізації чи фактичного досвіду роботи з травматичним досвідом клієнтів, стать – жіноча, що допомогло сформувати цільову вибірку дослідження.

Початкова кількість респондентів становила 69 психологів-жінок ( $n = 69$ ) які працюють на території України і спеціалізуються на наданні психологічної допомоги особам, що пережили травматичний досвід. На етапі первинної обробки даних було проведено аналіз зібраної інформації на відповідність встановленим критеріям дослідження, а також на наявність статистично критичних значень. В результаті початкового аналізу було прийнято рішення про вилучення даних трьох респондентів через наявність пропущених відповідей за ключовими показниками. Отже, фінальна вибірка становить 66 респондентів ( $n = 66$ ). Всі респонденти надали інформовану згоду на участь в дослідженні і відповідають критеріям вибірки, що забезпечує її репрезентативність.

В дослідженні взяли участь жінки-травматерапевти віком від 30 до 59 років ( $M = 41.6$ ,  $SD = 6.94$ ). Професійний досвід роботи респонденток варіюється від 2 до 38 років ( $M = 8$ ,  $SD = 6.55$ ). Середня кількість робочих годин на тиждень становить 14 ( $M = 14$ ), з мінімальним показником 4 години, максимальним – 40 годин ( $SD = 6.55$ ).

Значна частина респондентів 81.8% ( $n = 54$ ) відчують достатню підтримку від близького оточення, натомість 18.2% ( $n = 12$ ) респондентів такого відчуття не мають.

Щодо наявності професійної підтримки і допомоги, 22.7% ( $n = 15$ ) респондентів зазначили, що отримують супервізії один-два рази на тиждень,

63.6% ( $n = 42$ ) – один-два рази на місяць, а 13.6% ( $n = 9$ ) респондентів не отримують супервізійної підтримки взагалі.

Переважає більшість респондентів 72.7% ( $n = 48$ ) перебуває в регулярній особистій терапії, тоді як 27.3% ( $n = 18$ ) повідомили про перерву в терапевтичному процесі (рис. 2.2).

Основна частина вибірки 69.7% ( $n = 46$ ) вже мають спеціалізацію по роботі з травматичним досвідом, тоді як 30.3% ( $n = 20$ ) не мають (рис. 2.1).



Рис. 2.1. Частотний розподіл респондентів за наявністю спеціалізації по роботі з травматичним досвідом

Більша частина учасників дослідження (69.7%,  $n = 46$ ) влаштовує вартість години їх роботи.



Рис. 2.2. Відсотковий розподіл респондентів щодо наявності регулярної особистої терапії

Значна частина учасників дослідження (86.4%,  $n = 57$ ) пережили травматичний досвід, пов'язаний з війною, який наражав їх життя і здоров'я на небезпеку.

Варто зазначити, що 6.1% ( $n = 4$ ) респондентів брали участь в бойових діях, чи служили в зоні бойових дій, при цьому переважна кількість респондентів (94%,  $n =$  ) такого досвіду не мали.

Всі учасники дослідження (100%,  $n = 66$ ) надають психологічну допомогу тим, хто пережив травматичний досвід, не пов'язаний з воєнними діями (кризи, травми розвитку).

При цьому 56.1% ( $n = 37$ ) травматерапевтів працюють з клієнтами, які пережили травматичний досвід війни (полон, тортури, сексуальне насилля, окупація тощо), тоді як 43.9% ( $n = 29$ ) – не працюють з такими запитами (рис. 2.3).

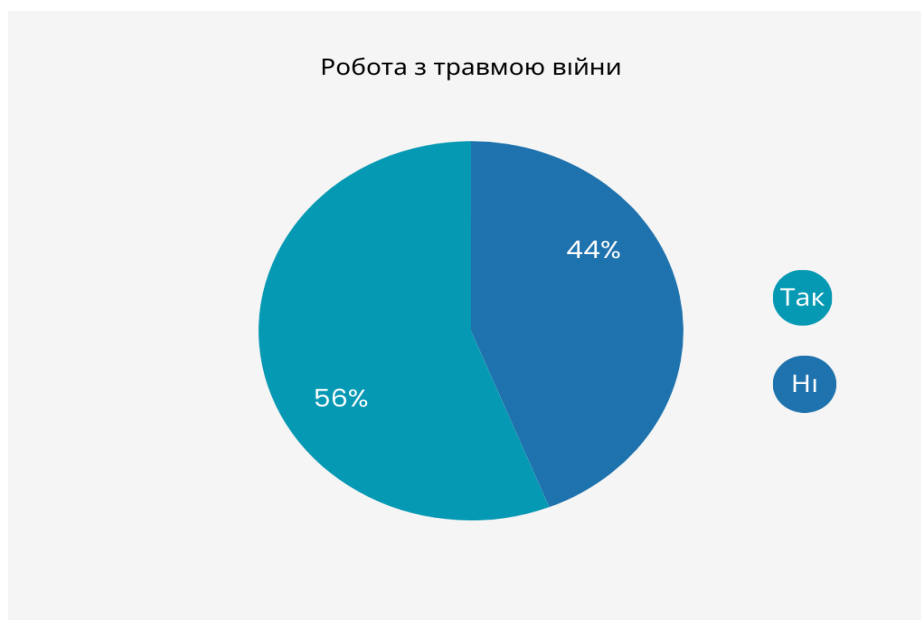


Рис. 2.3. Відсотковий розподіл респондентів щодо роботи з травматичним досвідом війни

Кризову допомогу населенню надають 53.0% ( $n = 35$ ) опитаних психологів, натомість 47.0% ( $n = 31$ ) такої допомоги не надають (рис. 2.4).



Рис. 2.4. Відсотковий розподіл респондентів щодо надання кризової допомоги

Близько третини вибірки (31.8%,  $n = 21$ ) надають психологічну допомогу військовослужбовцям, але більшість (68.2%,  $n = 45$ ) працюють тільки з цивільним населенням (рис.2.5)



Рис. 2.5. Частотний розподіл респондентів щодо надання психологічної допомоги військовим

Загалом, вибірка склалась із жінок-психологів, більшість з яких мають спеціалізацію по роботі з травмою, знаходяться в особистій терапії, мають стабільну практику, працюють з травмою війни, надають кризові інтервенції населенню, задоволені вартістю своєї роботи і відчувають достатньо підтримки від свого близького оточення.

#### 2.4. Методи статистичного аналізу

Обробка даних проводилась за допомогою програм Excel (початкова) і Jamovi (версія 2.6) (подальша обробка).

В процесі первинної обробки даних для опису структури вибірки було використано методи описової статистики.

Для оцінки надійності перекладеної з англійської на українську мову методики було розраховано коефіцієнт внутрішньої узгодженості Альфа Кронбаха.

Перед проведенням статистичного аналізу, з метою перевірки емпіричних даних на відповідність нормальності розподілу, було використано тест Колмагорова-Смірнова.

Для визначення статистично значущих зв'язків між категоріальними змінними був використаний критерій  $\chi^2$ -квадрат Пірсона, що дозволило проаналізувати зміни частот, при цьому кількісна оцінка сили виявлених зв'язків проводилась за допомогою коефіцієнта  $\Phi$  та  $V$  критерію Крамера.

Перевірка гіпотези на наявність статистично значущих відмінностей між незалежними групами було застосовано параметричний метод аналізу  $t$ -критерій Стьюдента. Перед проведенням основного аналізу було перевірено припущення про гомогенність дисперсій за допомогою критерію Левена.

Для визначення характеру взаємозв'язків між кількісними змінними проводився кореляційний аналіз Пірсона.

На завершальному етапі статистичної обробки даних було проведено регресійний аналіз, який допоміг оцінити вплив незалежних змінних на залежну і описати досліджувані взаємозв'язки, а також медіаційний аналіз допоміг поглибити отримані результати даними про безпосередні та опосередковані впливи незалежних змінних на залежну.

## **Висновки до розділу 2**

У другому розділі було представлено методологічне обґрунтування та детальний опис процедури емпіричного дослідження психологічних чинників суб'єктивного благополуччя у жінок-психологів, які спеціалізуються на травматерапії. Було обґрунтовано вибір дослідницьких методик, більшість з яких пройшла процедуру адаптації до українського контексту. Використані

інструменти – «Модифікована шкала суб'єктивного благополуччя ВВС», шкала інтолерантності до невизначеності IUS-12, шкала задоволеності якістю професійного життя (Professional Quality of Life Scale – ProQOL-5), та опитувальник Brief-COPE – цей комплекс методик надав змогу дослідити психологічні фактори, їх зв'язок і вплив на стан суб'єктивного благополуччя травматерапевтів.

До процедури дослідження увійшли етапи планування, збору, обробки та аналізу емпіричних даних. Дослідження проводилось з дотриманням етичних стандартів, зокрема, отримано інформовану згоду всіх учасників дослідження. Формування вибірки відбувалось на підставі чітко визначених критеріїв включення, а саме – наявність вищої освіти психолога, досвід роботи не менше 2 років та наявність спеціалізації чи досвіду роботи з травматичним досвідом клієнтів.

Опитування респондентів здійснювалось за допомогою онлайн платформи Google Form. Анкета розповсюджувалась в професійних спільнотах психологів-травматерапевтів України, супервізійних тематичних групах, серед колишніх студентів з травматерапії в напрямках гештальт-терапії і КПТ, а також онлайн інтерв'ювальних групах травматерапевтів. Загальна кількість учасниць після первинного відбору склала 66 осіб, віком від 30 до 59, з професійним досвідом від 2 до 38 років. Вибірка є релевантною, адже охоплює саме тих фахівців, які мають досвід роботи з клієнтами, що пережили травматичні події, у тому числі події, пов'язані з війною.

Також було описано соціально-демографічні та професійні характеристики вибірки, серед яких: вік, професійний досвід, кількість робочих годин на тиждень, наявність особистої терапії, супервізійної підтримки; досвід надання кризових інтервенцій; психологічна допомога військовим; допомога особам, які пережили травматичні події; досвід власного травмування внаслідок війни, тощо. Встановлено, що значна частина респондентів працює з травмою війни, надає кризову допомогу населенню, надає психологічну допомогу

військовим, має відповідну спеціалізацію, перебуває в особистій терапії та отримує супервізійну підтримку.

У розділі було детально описано етапи статистичного аналізу, який проходив із застосуванням програмного забезпечення Jamovi (версія 2.6) та Microsoft Excel. На етапі попередньої обробки було перевірено нормальність розподілу даних (тест Колмогорова-Смірнова), гомогенність дисперсій (тест Левена) та внутрішню узгодженість шкал (коефіцієнт Альфа Кронбаха). Основні статистичні методи включали описову статистику, t-критерій Стьюдента для порівняння незалежних груп, хі-квадрат Пірсона для оцінки зв'язків між категоріальними змінними, кореляційний аналіз Пірсона, регресійний аналіз для виявлення впливу незалежних змінних на змінні суб'єктивного благополуччя, а також медіаційний аналіз для вивчення прямих та опосередкованих впливів незалежних змінних на залежну.

Отже, методологічне забезпечення, характеристики вибірки та обрані методи статистичного аналізу відповідали меті та завданням дослідження і дозволили отримати надійні та достовірні результати щодо психологічних чинників суб'єктивного благополуччя жінок-травматерапевтів.

## РОЗДІЛ 3

### РЕЗУЛЬТАТИ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ЧИННИКІВ СУБ'ЄКТИВНОГО БЛАГОПОЛУЧЧЯ ТРАВМАТЕРАПЕВТІВ В УМОВАХ ВІЙНИ

#### 3.1. Первинна статистична характеристика показників суб'єктивного благополуччя травматерапевтів

«Шкала професійної якості життя – 5 ProQOL» була перекладена з англійської на українську мову двома перекладачами методом подвійного зворотного перекладу. Обрахунок показників надійності методики було здійснено за допомогою коефіцієнту кореляції Альфа Кронбаха ( $\alpha$ ), ( $n$  – кількість питань).

- За шкалою «Задоволеність від співчуття» було отримано високий показник надійності ( $\alpha = 0.841$ ,  $n = 10$ ).
- За шкалою «Вигорання» було отримано середній показник надійності ( $\alpha = 0.782$ ,  $n = 10$ ), що свідчить про прийнятну внутрішню узгодженість пунктів шкали.
- За шкалою «Вторинного травматичного стресу» показник Альфа Кронбаха ( $\alpha = 0.786$ ,  $n = 10$ ) демонструє середній показник надійності.

Для забезпечення методологічної коректності дослідження було проведено оцінку нормальності розподілу метричних змінних за допомогою тесту Колмогорова-Смірнова. Вибір цього методу обумовлений об'ємом вибірки, яка складає більше ніж 60 осіб ( $N = 66$ ). За результатами аналізу більшість досліджуваних параметрів має нормальний розподіл, за винятком субшкали «вторинного травматичного стресу» з методики «Шкала професійної якості життя – 5 ProQOL», розподіл якої відхилився від нормального ( $D = 0.1964$ ,  $p = 0.012$ ). Це відхилення було враховано при подальшому виборі статистичних методів для аналізу даних (табл. 3.1).

Таблиця 3.1.

## Результати тесту Колмогорова-Смірнова

Змінна	Статистика (D)	p-значення
Задоволеність від співчуття	0.0956	0.583
Вигорання	0.1323	0.198
Вторинний травматичний стрес	0.1964	0.012
Суб'єктивне благополуччя	0.0863	0.709
Психологічне благополуччя	0.1073	0.433
Фізичне здоров'я та благополуччя	0.1496	0.104
Стосунки	0.0941	0.603
Інтолерантність до невизначеності	0.1315	0.204
Прогностична тривога	0.0704	0.899
Гнітюча тривога	0.1092	0.41
Копінг, фокусований на проблемі	0.1211	0.288
Копінг, фокусований на емоціях	0.0756	0.845
Унікаючий копінг	0.0891	0.671

Шкала суб'єктивного благополуччя має середнє значення ( $M = 81.1$ ), з медіаною ( $Mdn = 82.0$ ), що свідчить про невелику лівосторонню асиметрію. Порівняно з іншими показниками, показник за цією шкалою має найбільше стандартне відхилення ( $SD = 11.89$ ), що вказує на значну варіативність значень у вибірці (мінімальне значення = 52, максимальне = 110). Згідно отриманих даних, 34.8% респондентів ( $n = 23$ ) мають низький рівень суб'єктивного благополуччя, що є доволі високим показником і підтверджує важливість досліджень цієї теми у вибірці травматерапевтів, які мають подвійний вплив травматичних обставин в своєму житті і вплив травматичного матеріалу своїх клієнтів. При цьому результати дослідження демонструють, що 47.0% практикуючих психологів ( $n = 31$ ) мають середній рівень суб'єктивного

благополуччя і лише 18.2% респондентів ( $n = 12$ ) – високий. В цілому рівень суб'єктивного благополуччя травматерапевтів є помірним (рис. 3.1).



Рис. 3.1. Частотний розподіл респондентів щодо рівня суб'єктивного благополуччя

Отримані дані суперечать результатам дослідження Карамушка та ін. (2020), де 31.1% респондентів мають високий рівень суб'єктивного благополуччя, на противагу 18.2%, отриманих на вибірці травматерапевтів. На результати може впливати різниця в об'ємах вибірки, специфіка характеристик вибірки, а також рік проведення досліджень. Поточне дослідження проводилось через три роки після початку повномасштабного вторгнення Росії в Україну, коли хронічний стрес, вторинна травматизація в умовах війни вже певний час впливає на стан травматерапевтів, тоді як наведене дослідження Карамушка та ін. (2022) проводилось в перші місяці після початку повномасштабної війни, серед загальної вибірки українців з

різним життєвим і травматичним досвідом. При цьому показники за низьким рівнем суб'єктивного благополуччя співпадають і підтверджуються дослідженням Карамушка та ін. (2022), які демонструють 34% респондентів в обох досліджуваних вибірках.

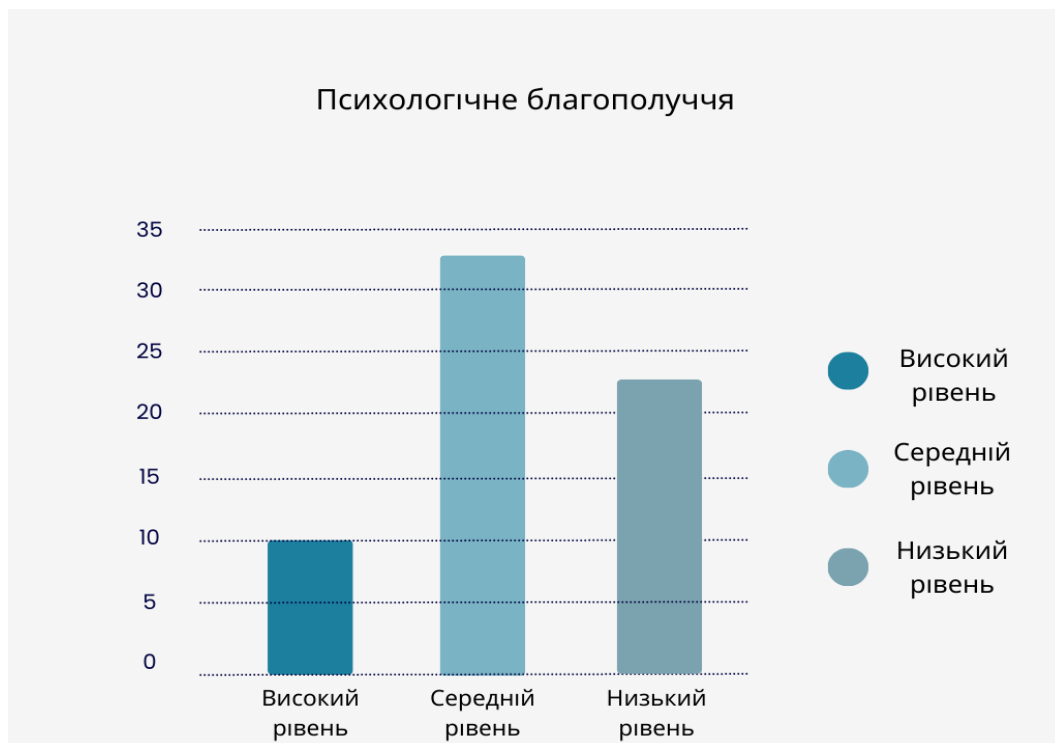


Рис. 3.2. Частотний розподіл респондентів щодо рівня психологічного благополуччя

Середнє значення за шкалою психологічного благополуччя становить  $M = 42.1$  ( $SD = 6.43$ ),  $Mdn = 42.5$ , мінімальне значення – 27, максимальне – 57. Показники психологічного благополуччя дещо схожі на показники суб'єктивного і свідчать, що низький рівень мають 34.8% ( $n = 23$ ), при цьому 50.0% ( $n = 33$ ) вибірки мають середні показники і тільки 15.2% ( $n = 10$ ) демонструють високі показники за цією шкалою (рис. 3.2).

За шкалою фізичного здоров'я і благополуччя середнє значення  $M = 21.3$  ( $SD = 4.51$ ) з  $Mdn 22.0$  і діапазоном значень від 9 до 29, що демонструє наявність незначної лівосторонньої асиметрії. 34.8% травматерапевтів ( $n = 23$ ) мають

низький рівень задоволеності своїм здоров'ям, 47.0% ( $n = 31$ ) оцінюють стан свого здоров'я на середньому рівні, 18.2% ( $n = 12$ ) надали високі оцінки свого фізичного здоров'я і благополуччя (рис. 3.3).

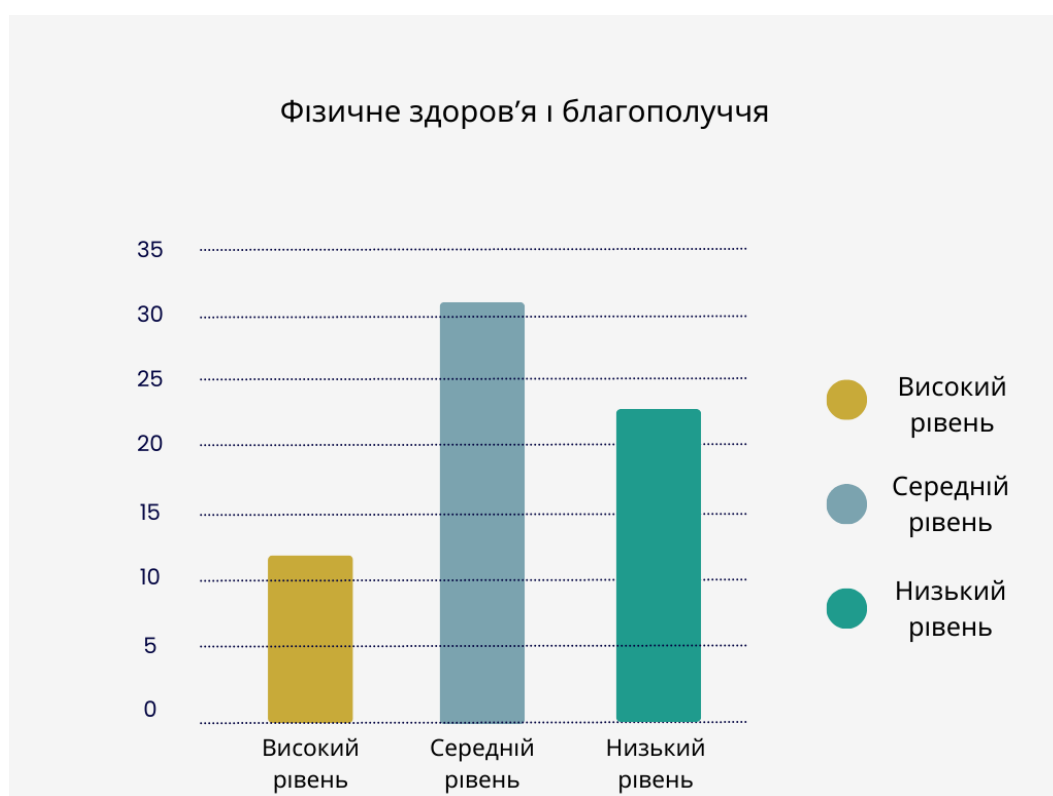


Рис. 3.3. Частотний розподіл респондентів щодо рівня фізичного здоров'я і благополуччя

Ці показники співпадають з результатами дослідження Карамушка та ін. (2022) серед українців, які продемонстрували, що лише 19.2% респондентів загальної вибірки мали високий рівень фізичного здоров'я та благополуччя (Карамушка та ін., 2022).

Субшкала стосунків демонструє  $M = 17.7$  ( $SD = 2.99$ ),  $Mdn = 17.5$ , з невеликим діапазоном значень, який варіюється від 11 до 24. За шкалою задоволеності стосунками були отримані такі дані: 33.3% ( $n = 22$ ) мають низький рівень незадоволеності стосунками в своєму житті; 50.0% ( $n = 33$ ) – демонструють середній рівень; 16.7% ( $n = 11$ ) – високий (рис. 3.4).

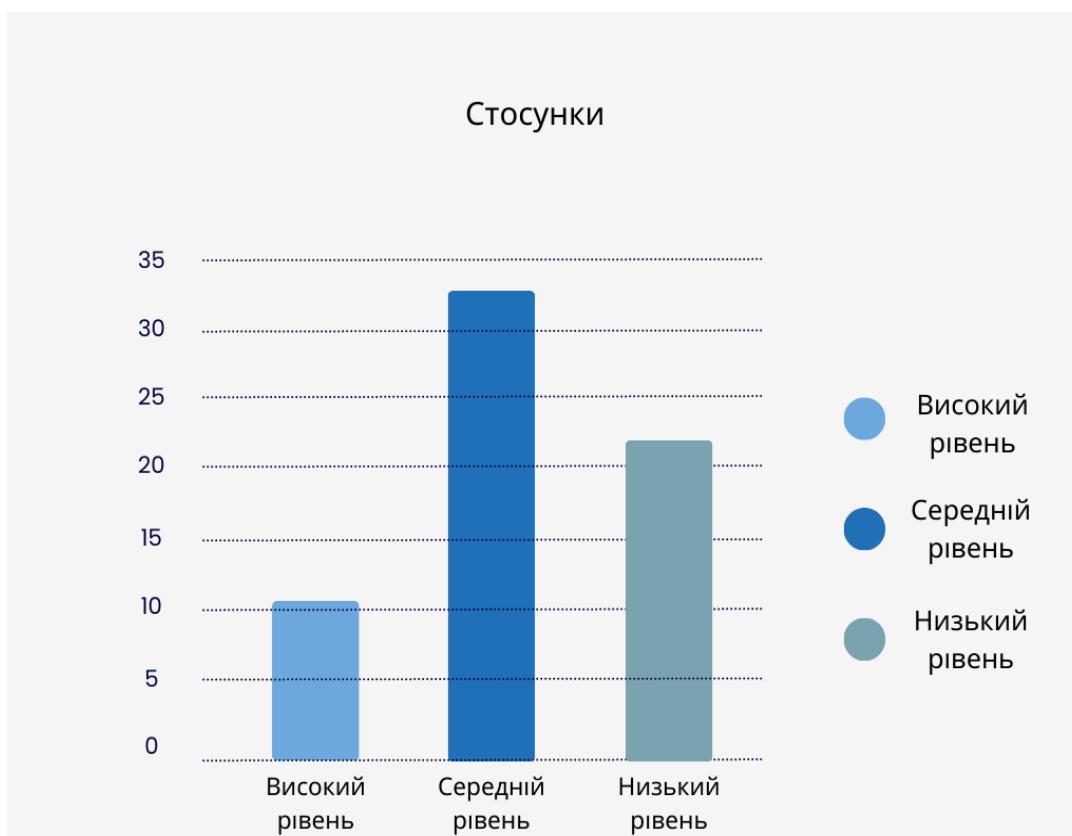


Рис. 3.4. Частотний розподіл респондентів щодо рівня благополуччя в стосунках

Отже, в результаті аналізу описових статистик було визначено, що суб'єктивне благополуччя травматерапевтів знаходиться на середньому рівні. Найнижчі показники були отримані за субшкалою психологічного благополуччя, середні – за субшкалами психологічного благополуччя і стосунків (однакові показники) і найвищі результати були отримані за субшкалою фізичного здоров'я і благополуччя.

Отримані результати демонструють дещо іншу картину суб'єктивного благополуччя, ніж отримали Карамушка та ін. (2022) на загальній вибірці респондентів з центральних регіонів України. Поточне дослідження вказує на певну тенденцію до зниження рівня суб'єктивного благополуччя в цілому, а також за субшкалами психологічного благополуччя, та стосунків через три роки

після початку воєнних дій на території України, тоді як показники рівня фізичного здоров'я і благополуччя демонструють схожі результати як і у 2022 році (Карамушка та ін., 2022). Але слід зазначити, що загальні показники суб'єктивного благополуччя, в цілому, демонструють середній рівень як серед вибірки з центральних регіонів України у 2022 році, так і серед травматерапевтів України в 2025.

За шкалою задоволеність від співчуття було отримано  $M = 39.1$  ( $SD = 4.61$ ),  $Mdn = 39.0$ , що свідчить про відносно симетричний розподіл даних. Мінімальне значення складає 26, максимальне – 49, що вказує на помірну варіативність. За результатами дослідження 19.7% респондентів ( $n = 13$ ) продемонстрували низький рівень задоволеності від співчуття, 22.7% ( $n = 15$ ) – високий, переважна більшість респондентів – 57% ( $n = 38$ ) – мають середні показники.

За шкалою вигорання  $M = 21.2$  ( $SD = 4.46$ ) з  $Mdn 20.0$ . На відміну від попередніх показників існує невелика різниця між середнім і медіаною, що може демонструвати правосторонню асиметрію розподілу. Мінімальне отримане значення – 13, максимальне – 35. 22.7% респондентів ( $n = 15$ ) мають низький рівень вигорання, 16.7% ( $n = 11$ ) – високий, 60.6% ( $n = 40$ ) – середній рівень вигорання.

Шкала вторинного травматичного стресу демонструє  $M = 22.8$  ( $SD = 5.00$ ) з  $Mdn 22.0$ , що також вказує на правосторонню асиметрію. Мінімальне значення – 14, максимальне – 43.

Кількість респондентів, які продемонстрували низький рівень наявності вторинного травматичного стресу, становила 22.7% ( $n = 15$ ), при цьому 16.7% респондентів ( $n = 11$ ) – мають високі показники за цією шкалою, 60.6% ( $n = 40$ ) – мають середні показники, що вказує на необхідність проведення психокорекційних заходів для зниження загрози виникнення чи посилення впливу вторинної травматизації спеціалістів, які працюють з травматичним досвідом.

Показник за шкалою інтолерантності до невизначеності має  $M = 32.8$  ( $SD = 7.08$ ),  $Mdn = 34.0$ , що виділяє значну лівосторонню асиметрію. Отримані значення варіюються від мінімального - 17, до максимального - 51.

Показники за субшкалами інтолерантності до невизначеності продемонстрували такі результати: середнє значення за прогностичною тривогою  $M = 19.9$  ( $SD = 4.67$ ) з  $Mdn 20.0$ , що є показником симетричного розподілу, з діапазоном значень від 10 до 31; гнітюча тривога демонструє  $M = 13.0$  ( $SD = 2.96$ ) з ідентичним показником медіани - 13.0, що засвідчує симетричний розподіл, з діапазоном значень від 7 до 21.

Отже, отримані описові статистики дозволяють визначити досліджувану вибірку як групу з середнім рівнем психологічного та суб'єктивного благополуччя, з помірними показниками професійного вигорання та вторинного травматичного стресу, помірним рівнем інтолерантності до невизначеності та переважним використанням таких стратегій подолання стресу, як копінг, фокусований на проблемі і копінг, фокусований на емоціях.

Для встановлення взаємозв'язків між номінальними змінними авторської анкети, розподілу їх частот та сили, було проведено статистичний аналіз хі-квадрату Пірсона, коефіцієнту Phi та V критерію Крамера. Результати аналізу свідчать про статистично значущий зв'язок між змінними «наявність спеціалізації по роботі з травматичним досвідом» та «наданням психологічної допомоги особам, які пережили травматичний досвід війни». Отримані результати:  $\chi^2 (1, N = 66) = 15.1, p < .001$ . Значення коефіцієнту Phi становить 0.479, що свідчить про середню силу взаємозв'язку між змінними (Cohen, 1988). Отже, психологи які мають спеціалізацію для роботи з травматичним досвідом частіше надають психологічну допомогу особам, які пережили травму війни ( $n = 33$  з 46 респондентів) на противагу тим, хто не мав такої спеціалізації ( $n = 13$  з 20).

За результатами аналізу  $\chi^2$  Пірсона також було виявлено статистично значущий зв'язок між наявністю регулярної особистої терапії у травматерапевтів

і фактом надання ними психологічної допомоги особам, які пережили травматичний досвід війни. Отримані результати:  $\chi^2(1, N = 66) = 5.19, p = .023$ . Коефіцієнти Phi становив 0.280 – сила зв'язку від слабкої до помірної (Cohen, 1988).

Отже, респонденти які мають регулярну особисту терапію набагато частіше працюють з травмами війни ( $n = 31$  із 48), в порівнянні з респондентами, які не отримують особисту терапію ( $n = 6$  із 18).

Результати за двома вищенаведеними показниками підтверджують важливість регулярних супервізій і особистої терапії для спеціалістів, які працюють зі складними запитами своїх клієнтів. Відсутність професійної підтримки від спільноти, а також простору особистої терапії, потенційно може призводити до зниження внутрішніх ресурсів травматерапевта, до вигорання, вторинної травматизації і як наслідок – зниження суб'єктивного благополуччя і професійної ефективності спеціаліста.

В рамках дослідження травматерапевтів було виявлено статистично значущий зв'язок між наданням психологічної допомоги військовослужбовцям та досвідом роботи з особами, які пережили травматичний досвід війни. Отримані результати:  $\chi^2(1, N = 66) = 14.80, p < .001$ . Коефіцієнти Phi = .474 свідчить про помірний, але наближений до сильного, взаємозв'язок між вказаними змінними.

Серед психологів, які працюють з військовослужбовцями, абсолютна більшість (90.5%,  $n = 19$  з 21) також працюють з іншими клієнтами, які пережили травматичний досвід війни. Але також важливо зазначити, що 18 респондентів з тих, які працюють з травмою війни ( $n = 18$  з 37) зазначили, що не надають психологічну допомогу військовим, що може свідчити і про різницю в роботі травматерапевтів з цивільним населенням і певну специфіку і важливість наявності компетенцій, окремої спеціальної підготовки для роботи саме з військовими. Спеціаліст, який має досвід роботи з одним видом травматичного досвіду клієнтів, може мати дефіцит знань та досвіду для роботи з іншими

видами травматичного досвіду. Також слід враховувати, що під час війни травматерапевт, навіть за наявності достатнього рівня освіти і досвіду роботи, може бути під впливом особистісних переживань за своїх близьких, які воюють і не мати ресурсу для роботи саме з військовими.

В результаті подальшого аналізу між іншими досліджуваними змінними авторської анкети з використанням критерію  $\chi^2$ -квадрат Пірсона статистично значущі зв'язки не були виявлені. Це свідчить про те, що додаткові параметри авторської анкети функціонують як незалежні конструкти в межах даної вибірки.

### **3.2. Особливості суб'єктивного благополуччя та його психологічні чинники у травматерапевтів залежно від специфіки їх професійної діяльності**

В процесі дослідження було проведено перевірку наявності відмінностей між групами фахівців насамперед за критерієм «надання психологічної допомоги особам, які пережили травматичний досвід, пов'язаний з війною, такий як полон, тортури, сексуальне насилля, вимушене переміщення тощо». Порівняльний аналіз для незалежних вибірок був здійснений із застосуванням  $t$ -критерію Стьюдента. Рішення про застосування цього критерію було прийнято на основі дотримання нормальності розподілу ( $W = 0.989$ ,  $p = .819$ ) та гомогенності дисперсій за критерієм Левена ( $p = .534$ ). Аналіз включав такі компоненти, як: професійна якість життя (задоволеність від співчуття, вигорання, вторинний травматичний стрес); показники суб'єктивного благополуччя (психологічне благополуччя, здоров'я, задоволеність стосунками); інтолерантність до невизначеності (прогностична і гнітюча тривога); стратегії подолання стресу (копінг вирішення проблем; копінг фокусований на емоціях; унікаючий копінг).

Результати  $t$ -критерію Стьюдента для перевірки припущення про наявність статистично значущих відмінностей між групами респондентів, які задоволені і

незадоволені вартістю години своєї роботи продемонстрували статистично значущу різницю між групами за показником суб'єктивного благополуччя,  $t(64) = -2.25$ ,  $p = .028$ . Респонденти, які були задоволені вартістю години своєї роботи ( $N = 46$ ,  $M = 83.2$ ,  $SD = 11.89$ ), мали вищі показники суб'єктивного благополуччя порівняно з тими, хто був незадоволений ( $N = 20$ ,  $M = 76.3$ ,  $SD = 10.65$ ).

Також було виявлено значущу різницю за показником копінгу фокусованого на проблемі,  $t(64) = -2.55$ ,  $p = .013$ . Респонденти, які були задоволені оплатою своєї роботи ( $M = 25.3$ ,  $SD = 2.60$ ) частіше застосовували активні стратегії подолання труднощів, ніж незадоволені ( $M = 23.5$ ,  $SD = 2.86$ ). В умовах війни і соціально-економічної нестабільності фахівці, які піклуються про своє фінансове благополуччя і дивляться на це питання певною мірою з прагматичної сторони, встановлюючи комфортну для них вартість роботи, відчують себе безпечніше, що впливає на рівень їх суб'єктивного благополуччя.

Результати аналізу за критерієм «надання психологічної допомоги особам, які пережили травматичний досвід, пов'язаний з війною, такий як полон, тортури, сексуальне насилля, вимушене переміщення тощо» продемонстрували статистично значущу відмінність між досліджуваними групами лише за показником «прогностична тривога» ( $t(64) = 2.009$ ,  $p = .049$ ). Середні показники прогностичної тривоги виявилися вищими у тих респондентів, які не працюють з травмою війни ( $M = 21.1$ ), на відміну від тих, хто працює з такими запитами ( $M = 18.9$ ). Такі результати можуть демонструвати те, що робота психолога з такими запитами, як травми війни, вимагає від спеціаліста крім наявності спеціальної освіти, достатнього досвіду роботи з клієнтами в цілому, ще й сформованих навичок саморегуляції, самопідтримки і здатності вчасно звертатися за фаховою підтримкою колег, що може знижувати ймовірність виникнення вторинного травматичного стресу, вигорання і як наслідок прогностичної тривоги перед зустрічами з травматичним досвідом клієнтів.

Як зазначено в (табл. 3.2), в результаті аналізу решти досліджуваних параметрів, статистично значущі відмінності між вищезазначеними групами не були виявлені.

Таблиця 3.2

Відсутність статистично значущих відмінностей між групами за критерієм «Робота з травмою війни».

Показник	t (64)	p
Задоволеність співчуттям	-1.551	.126
Вигорання	-0.132	.895
Вторинний травматичний стрес	1.281	.205
Суб'єктивне благополуччя	-0.768	.445
Психологічне благополуччя	-0.601	.550
Фізичне здоров'я та благополуччя	-0.309	.758
Стосунки	-1.305	.197
Інтолерантність до невизначеності	1.641	.106
Гнітюча тривога	0.779	.439
Проблемно-фокусований копінг	0.672	.504
Емоційно-фокусований копінг	0.555	.581
Уникаючий копінг	0.253	.801

Враховуючи ненормальність розподілу для змінної фізичного здоров'я та благополуччя ( $W = 0.919$ ,  $p < .001$ ) був застосований критерій Манна–Вітні, який також показав статистично значущу відмінність між групами ( $U = 268$ ,  $p = .007$ ).

Респонденти, які були задоволені вартістю години роботи ( $Mdn = 23.0$ ,  $M = 22.2$ ,  $SD = 4.36$ ), мали вищі показники фізичного благополуччя, ніж ті, хто був незадоволений ( $Mdn = 20.0$ ,  $M = 19.4$ ,  $SD = 4.32$ ). Виходячи з біо-психосоціальної моделі і спираючись на визначення ВООЗ про показники здоров'я людини, які свідчать, «що здоров'я – це не відсутність хвороб, але стан фізичного, психічного і соціального благополуччя» (ВООЗ, 2002) можна припустити, що отримуючи достатню фінансову винагороду спеціаліст може відчувати себе більш захищено і впевнено, що сприятливо впливає на рівень суб'єктивного благополуччя і фізичного здоров'я в тому числі.

Для перевірки відмінностей рівня вторинного травматичного стресу між групами респондентів, які на питання «Чи маєте Ви регулярну індивідуальну терапію?» відповіли «Зараз перерва» і «Так» було застосовано непараметричний підхід, оскільки отримані дані не відповідали вимогам параметричних тестів. Тест Шапіро-Уїлка продемонстрував значне відхилення від нормальності розподілу у вимірах вторинного травматичного стресу,  $W(66) = 0.933$ ,  $p = .001$ . Отже, результати аналізу за допомогою тесту Манна-Вітні продемонстрували статистично значущу різницю між досліджуваними групами, ( $U = 254$   $p = .010$ ). Учасники, які відповіли «Зараз перерва», виявили вищий рівень вторинного травматичного стресу ( $M = 25.9$ ,  $SD = 6.46$ ) порівняно з групою учасників, які відповіли «Так» ( $M = 21.6$ ,  $SD = 3.78$ ). Ці дані свідчать про зв'язок між відсутністю особистої терапії у травматерапевта і рівнем вираженості в них вторинного травматичного стресу, що вказує на важливість для травматерапевтів мати своє безпечне місце для відреагування складних почуттів. Звільнення від напруження, яке може виникати під час роботи з травматичним досвідом клієнтів і знижувати рівень внутрішніх ресурсів, необхідних для обробки травматичного матеріалу, свідком якого стає травматерапевт, необхідно для запобігання вторинної травматизації.

За іншими дослідженими змінними статистично значущих відмінностей між групами виявлено не було ( $p > .05$ ).

Однофакторний дисперсійний аналіз One-Way ANOVA не показав статично значущої різниці за змінною «чи отримуєте ви супервізії?» між групами «один чи два рази на тиждень», «один чи два рази на місяць», «не отримую» для змінних суб'єктивне благополуччя, інтолерантність до невизначеності, задоволеність від співчуття, вигорання, вторинний травматичний стрес і копінг-стратегії (табл. 3.3).

Таблиця 3.3

Однофакторний дисперсійний аналіз One-Way ANOVA для змінної наявності супервізійної підтримки

<b>Змінна</b>	<b>F</b>	<b>df1</b>	<b>df2</b>	<b>p-значення</b>
Суб'єктивне благополуччя	3.0355	2	18.5	0.072
Психологічне благополуччя	1.5472	2	20.4	0.237
Фізичне здоров'я та благополуччя	2.9991	2	18.6	0.074
Інтолерантність до невизначеності	1.1706	2	19.8	0.331
Прогностична тривога	1.3211	2	19.6	0.29
Гнітюча тривога	0.6023	2	19.4	0.557
Задоволеність від співчуття	1.5523	2	19.3	0.237
Вигорання	0.6254	2	16.6	0.547
Вторинний травматичний стрес	1.0454	2	19.5	0.37
Копінг, фокусований на проблемі	0.1096	2	19.9	0.897
Копінг, фокусований на емоціях	0.0818	2	22.8	0.922
Унікаючий копінг	0.5378	2	20.4	0.592

Отже, результати порівняльного аналізу продемонстрували, що респонденти, які задоволені вартістю своєї роботи, мають вищий рівень суб'єктивного благополуччя і частіше застосовують копінг, сфокусований на вирішенні проблем. Також було виявлено статистично значущі відмінності за показником фізичного благополуччя на користь задоволених своєю заробітною платою респондентів. Крім того, травматерапевти, які не мали регулярної особистої терапії, повідомили про вищий рівень вторинного травматичного стресу. Ці результати підкреслюють важливість адекватної фінансової оцінки роботи та психологічної підтримки психологів-травматерапевтів, у контексті їх суб'єктивного та фізичного благополуччя. Водночас, аналіз не виявив статистично значущих відмінностей у показниках благополуччя, інтолерантності до невизначеності, вторинного травматичного стресу, вигорання, задоволеності від співчуття і копінг-стратегій залежно від частоти отримання супервізійної підтримки.

### **3.3. Аналіз кореляційних зв'язків інтолерантності до невизначеності, вторинного травматичного стресу, вигорання, задоволеності від співчуття, копінг-стратегій з суб'єктивним благополуччям травматерапевтів**

Оскільки за всіма шкалами, окрім однієї, було отримано нормальний розподіл, для кореляційного аналізу було застосовано параметричний критерій кореляції Пірсона; для шкали вторинного травматичного стресу, яка продемонструвала ненормальний розподіл, було проведено непараметричний аналіз за методом Ч. Спірмана.

Було встановлено статистично значущі позитивні кореляції показників суб'єктивного благополуччя з показниками задоволеності від співчуття,  $r = .633$ ,  $p < .001$  – висока позитивна кореляція; негативні кореляції з рівнем вигорання,  $r = -.568$ ,  $p < .001$  – висока негативна кореляція; інтолерантності до невизначеності,  $r = -.498$ ,  $p < .001$  – помірну/високу негативну кореляцію (на

межі); з прогностичною тривогою,  $r = -.442$ ,  $p < .001$  – помірна негативна кореляція; гнітючою тривогою,  $r = -.496$ ,  $p < .001$  – помірна негативна кореляція; а також з уникаючим копінгом,  $r = -.353$ ,  $p = .004$  – помірна негативна кореляція (рис. 3.5). Інші копінг-стратегії (проблемо- та емоційно-фокусовані копінги) не продемонстрували значущого зв'язку з суб'єктивним благополуччям ( $p > .05$ ).



Рис. 3.5. Кореляції психологічних чинників суб'єктивного благополуччя травматерапевтів

Отримана висока позитивна кореляція між суб'єктивним благополуччям та задоволеністю від співчуття, при цьому негативна кореляція із вигоранням підтверджують дані попередніх досліджень (Stamm, 2010; Ray et al., 2013). Згідно Stamm (2010) задоволення від своєї діяльності, підвищує рівень психологічного благополуччя і знижує ризик вигорання у спеціалістів допоміжних професій. Це

може означати, що робота травматерапевта в умовах війни має глибинний сенс і надає спеціалістам відчуття залученості і професійної задоволеності, чим підвищує рівень суб'єктивного благополуччя.

Для змінних «копінг фокусований на емоціях» ( $r = 0.104$ ,  $p = 0.406$ ) та «копінг фокусований на проблемі» ( $r = 0.133$ ,  $p = 0.288$ ) статистично значущої кореляції зі змінною «суб'єктивне благополуччя» не було отримано.

Відсутність статистично значущого зв'язку між суб'єктивним благополуччям і показниками копінг-стратегій особистості (копінг, фокусований на емоціях) і «копінг, фокусований на проблемі») серед психологів-травматерапевтів суперечить результатам дослідження цих зв'язків серед освітнього і наукового персоналу в умовах війни, яке продемонструвало статистично значущі зв'язки суб'єктивного благополуччя з більшістю копінг-стратегій (Карамушка, 2023).

Натомість «уникаючий копінг» ( $r = -0.353$ ,  $p = 0.004$ ) негативно корелює зі змінною «суб'єктивне благополуччя», що підтверджує дані вищенаведеного дослідження серед освітньо-наукового персоналу, де також було встановлено негативний зв'язок між суб'єктивним благополуччям і копінг-стратегією уникнення (Карамушка, 2023).

В результаті аналізу також було встановлено сильну позитивну кореляцію між психологічним благополуччям і задоволеністю від співчуття  $r = .718$ ,  $p < .001$ . При цьому психологічне благополуччя помірно негативно корелює з вигоранням  $r = -.564$ ,  $p < .001$ , інтолерантністю до невизначеності  $r = -.489$ ,  $p < .001$ , прогностичною тривогою  $r = -.440$ ,  $p < .001$ , а також з гнітючою тривогою  $r = -.476$ ,  $p < .001$ .

Результати кореляційного аналізу продемонстрували помірно сильну позитивну кореляцію між фізичним здоров'ям та благополуччям і задоволеністю від співчуття ( $r = .414$ ,  $p < .001$ ) і негативний кореляційний зв'язок з вигоранням ( $r = -.527$ ,  $p < .001$ ), інтолерантністю до невизначеності ( $r = -.431$ ,  $p < .001$ ), прогностичною ( $r = -.391$ ,  $p = .001$ ) та гнітючою тривогою ( $r = -.414$ ,  $p < .001$ ).

Шкала якості міжособистісних стосунків демонструє помірну позитивну кореляцію з задоволеністю від співчуття ( $r = .351, p = .004$ ), водночас слабкий негативний зв'язок з вигоранням ( $r = -.251, p = .042$ ), з інтолерантністю до невизначеності ( $r = -.280, p = .023$ ), прогностичною тривогою ( $r = -.219, p = .077$ ) і гнітючою тривогою ( $r = -.325, p = .008$ ).

Аналіз продемонстрував, що задоволеність від співчуття має статистично значущі позитивні кореляції зі всіма показниками благополуччя, при цьому виявлено негативні кореляційні зв'язки з вигоранням ( $r = -.562, p < .001$ ), інтолерантністю до невизначеності ( $r = -.313, p = .011$ ), а також з такими формами тривоги, як прогностична ( $r = -.292, p = .017$ ) та гнітюча ( $r = -.288, p = .019$ ).

Вигорання крім позитивних кореляцій зі всіма вимірами благополуччя, має позитивні кореляції з інтолерантністю до невизначеності ( $r = .383, p = .002$ ), прогностичною ( $r = .410, p < .001$ ), та гнітючою тривогою ( $r = .270, p = .028$ ). З копінг-стратегіями статистично значущі кореляції не були виявлені.

Вторинний травматичний стрес негативно корелює з суб'єктивним ( $\rho(64) = -0.446, p < .001$ ) психологічним благополуччям, фізичним здоров'ям і задоволеністю стосунками. Водночас були виявлені позитивні кореляції вторинного травматичного стресу з інтолерантністю до невизначеності ( $\rho = .462, p < .001$ ), прогностичною тривогою ( $\rho = .491, p < .001$ ) та гнітючою тривогою ( $\rho = .326, p = .008$ ).

Інтолерантність до невизначеності демонструє помірні позитивні кореляційні зв'язки з вторинним травматичним стресом ( $\rho = .462, p < .001$ ), при цьому має негативні кореляційні зв'язки з усіма аспектами благополуччя.

Що стосується копінг-стратегій, кореляційний аналіз не продемонстрував статистично значущих зв'язків копінгу, фокусованого на емоціях і копінгу, сфокусованого на проблемах з основними показниками благополуччя. При цьому унікаючий копінг негативно корелює зі всіма вимірами благополуччя, а

також позитивно пов'язаний з інтолерантністю до невизначеності ( $r = .305$ ,  $p = .013$ ).

### **3.4. Регресійні моделі психологічних чинників суб'єктивного благополуччя травматерапевтів**

Основним завданням дослідження було виявити, які психологічні чинники впливають на суб'єктивне благополуччя травматерапевтів.

Для перевірки припущення щодо впливу такого чинника, як інтолерантність до невизначеності на рівень суб'єктивного благополуччя було проведено лінійний регресійний аналіз. Побудована модель продемонструвала статистичну значущість ( $F(1, 64) = 21.10$ ,  $p < .001$ ), з коефіцієнтом детермінації  $R^2 = .248$ , що свідчить про те, що близько 24.8% варіації показників суб'єктивного благополуччя може пояснюватись рівнем інтолерантності до невизначеності. Коефіцієнт регресії для інтолерантності до невизначеності статистично значущий ( $\beta = - 0.836$ ,  $SE = 0.182$ ,  $t(64) = - 4.59$ ,  $p < .001$ ), що демонструє зворотній зв'язок між досліджуваними змінними, тобто зі зростанням рівня інтолерантності до невизначеності на одиницю, рівень суб'єктивного благополуччя знижується в середньому на 0.836 бала. Критерій Дарбіна-Вотсона ( $DW = 2.00$ ,  $p = .948$ ) вказує на відсутність автокореляції залишків, що підтверджує незалежність спостережень. Тест на нормальність залишків за критерієм Шапіро-Вілка не виявив статистично значущих відхилень від нормального розподілу ( $W = 0.982$ ,  $p = .446$ ). Аналіз мультиколінеарності не виявив проблем у цьому аспекті ( $VIF = 1.00$ , толерантність = 1.00). Додатковий аналіз дистанції Кука не виявив впливових викидів, що могли б спотворювати результати дослідження (максимальне значення = 0.394, нижче критичного порогу 1.00).

Результати регресійного аналізу продемонстрували, що модель впливу «задоволеності від співчуття» на «суб'єктивне благополуччя» є статистично

значущою ( $R = .633$ ,  $R^2 = .401$ ), де змінна «задоволеність від співчуття» пояснює приблизно 40.1% дисперсії рівня суб'єктивного благополуччя. Аналіз коефіцієнтів показав, що задоволення від співчуття є позитивним і статистично значущим предиктором суб'єктивного благополуччя ( $\beta = 1.63$ ,  $SE = 0.25$ ,  $t(64) = 6.54$ ,  $p < .001$ ). При зростанні рівня задоволеності від співчуття на один бал, рівень суб'єктивного благополуччя підвищується в середньому на 1.63 бали. Ці результати можуть підтверджувати, що здатність відчувати задоволення від надання допомоги іншим, від прояву співчуття та емпатії може бути важливим ресурсом для підтримки суб'єктивного благополуччя психологів. Але при цьому інтерсепт моделі виявився статистично незначущим ( $B = 17.23$ ,  $SE = 9.83$ ,  $t(64) = 1.75$ ,  $p = .084$ ).

Регресійний аналіз щодо впливу вигорання на суб'єктивне благополуччя продемонстрував статистично значущу модель:  $F(1, 64) = 30.50$ ,  $p < .001$ . Коефіцієнт множинної кореляції становив  $R = .568$ , а коефіцієнт детермінації –  $R^2 = .323$ . Такі показники вказують на те, що дана модель пояснює 32.3% відсотки дисперсії суб'єктивного благополуччя. Згідно аналізу регресійних коефіцієнтів ( $B = -1.52$ ,  $SE = 0.275$ ,  $t(64) = -5.52$ ,  $p < .001$ ) вигорання є значущим негативним предиктором суб'єктивного благополуччя. Надійність математичної моделі підтверджено дотриманням усіх необхідних статистичних припущень: за результатами статистики Дарбіна-Уотсона ( $DW = 2.39$ ,  $p = .116$ ) автокореляція залишків відсутня; тест Шапіро-Вілка підтвердив нормальність розподілу залишків ( $W = 0.983$ ,  $p = .481$ ); показники мультиколінеарності перебувають у допустимих межах ( $VIF = 1.00$ , толерантність = 1.00); аналіз Кука показав відсутність надмірно впливових викидів (максимальне значення = 0.107). Отримані результати підтверджують важливість розробки і впровадження профілактичних програм, спрямованих на зниження рівня професійного вигорання серед психологів, які працюють з травматичним досвідом своїх клієнтів і знаходяться в зоні ризику, що в результаті може призводити до підвищення рівня суб'єктивного благополуччя і ефективності спеціалістів.

Регресійна модель впливу рівня вторинного травматичного стресу на рівень суб'єктивного благополуччя продемонструвала свою статистичну значущість ( $F(1, 64) = 15.90, p < .001$ ). Коефіцієнт кореляції ( $R = 0.446$ ) та коефіцієнт детермінації ( $R^2 = 0.199$ ) свідчать про те, що вторинний травматичний стрес пояснює приблизно 19.9% дисперсії суб'єктивного благополуччя респондентів. Вторинний травматичний стрес є значущим негативним предиктором суб'єктивного благополуччя психологів-травматерапевтів ( $\beta = -1.06, SE = 0.27, t(64) = -3.99, p < .001$ ). При збільшенні рівня вторинного травматичного стресу на одиницю, рівень значень суб'єктивного благополуччя знижується в середньому на 1.06. Константа даної регресійної моделі становила 105.34 ( $SE = 6.21, t(64) = 16.98, p < .001$ ). Критерій Дарбіна-Вотсона ( $DW = 2.35, p = .136$ ) свідчить про відсутність автокореляції залишків. Тест Шапіро-Вілка підтвердив нормальність розподілу залишків ( $W = 0.975, p = .201$ ). Перевірка на мультиколінеарність не виявила її ознак ( $VIF = 1.00, \text{толерантність} = 1.00$ ). Аналіз впливових значень за допомогою дистанції Кука не показав суттєвих впливів окремих спостережень (мінімум = 0.00486, максимум = 0.106).

Лінійний регресійний аналіз впливу гнітючої тривоги на суб'єктивне благополуччя травматерапевтів показав, що модель є статистично значущою:  $F(1, 64) = 20.90, p < .001$ . Коефіцієнт детермінації ( $R^2 = .246$ ) свідчить про те, що 24.6% варіації рівня суб'єктивного благополуччя психологів пояснюється саме гнітючою тривоگو. Коефіцієнт кореляції ( $R = .496$ ) вказує на помірний негативний зв'язок між змінними. Статистично значущий коефіцієнт регресії для змінної «гнітюча тривога» ( $\beta = -1.99, SE = 0.44, t(64) = -4.57, p < .001$ ) дозволяє зробити висновок, що при збільшенні рівня гнітючої тривоги на одиницю, рівень суб'єктивного благополуччя знижується в середньому на 1.99 одиниць. Константа моделі дорівнює 106.95 ( $SE = 5.80, t(64) = 18.45, p < .001$ ). Статистика Дарбіна-Ватсона становила 1.98 ( $p = .922$ ), що стверджує про відсутність автокореляції залишків. Тест Шапіро-Вілка не виявив статистично значущих відхилень від нормального розподілу залишків ( $W = 0.985, p = .617$ ), що

підтверджує нормальність розподілу. Ознак мультиколінеарності не було виявлено ( $VIF = 1.00$ ; толерантність = 1.00). Статистика дистанції Кука не вказує на наявність впливових спостережень (мінімум = 0.00378; максимум = 0.121).

Лінійна регресійна модель оцінки впливу прогностичної тривоги на суб'єктивне благополуччя продемонструвала статистично значущий регресійний взаємозв'язок,  $F(1, 64) = 15.5$ ,  $p < .001$ , з коефіцієнтом детермінації  $R^2 = .195$ . Отриманий результат свідчить про те, що приблизно 19.5% дисперсії у рівні суб'єктивного благополуччя може бути пояснено рівнем прогностичної тривоги. Результати аналізу коефіцієнтів показали, що прогностична тривога є значущим негативним предиктором суб'єктивного благополуччя ( $B = -1.13$ ,  $SE = 0.29$ ,  $t(64) = -3.94$ ,  $p < .001$ ), тобто зі збільшенням тривоги рівень суб'єктивного благополуччя знижується. Перевірка припущень лінійної регресії виявила відсутність автокореляції залишків (статистика Дарбіна-Ватсона = 2.06,  $p = .808$ ), а також нормальність розподілу залишків (тест Шапіро-Уїлка:  $W = 0.982$ ,  $p = .434$ ). Ознак мультиколінеарності не виявлено ( $VIF = 1.00$ ; толерантність = 1.00). Значення відстані Кука не перевищували критичних меж (максимум = 0.544).

Для перевірки впливу унікаючого копінгу на суб'єктивне благополуччя також було проведено лінійний регресійний аналіз, результати якого показали статистичну значущість ( $F(1, 64) = 9.09$ ,  $p = .004$ ). Коефіцієнт детермінації становить  $R^2 = .124$ , з чого можна побачити, що унікаючий копінг пояснює приблизно 12.4% варіації в рівні суб'єктивного благополуччя. Згідно аналізу коефіцієнтів моделі, унікаючий копінг є негативним предиктором суб'єктивного благополуччя ( $\beta = -1.25$ ,  $SE = 0.415$ ,  $t(64) = -3.01$ ,  $p = .004$ ). З підвищенням рівня унікаючого копінгу на одиницю, рівень суб'єктивного благополуччя знижується на 1.25 бали. Перевірка припущень регресійного аналізу показала відсутність автокореляцій залишків ( $DW = 2.00$ ,  $p = .966$ ), мультиколінеарність не спостерігалась ( $VIF = 1.00$ , толерантність = 1.00). Залишки мали нормальний розподіл, згідно з тестом Шапіро-Уїлка ( $W = 0.965$ ,  $p = .061$ ). Значення дистанції

Кука варіювалися в межах від 0.0163 до 0.157, що свідчить про відсутність суттєвих впливових спостережень.

Отже, результати лінійного регресійного аналізу виявили низку змінних, які мають суттєвий вплив на рівень суб'єктивного благополуччя психологів-травматерапевтів (табл. 3.4).

*Таблиця 3.4*

Показники регресійних моделей впливу психологічних чинників на суб'єктивне благополуччя травматерапевтів

<b>Змінна</b>	<b>R<sup>2</sup></b>	<b>β</b>	<b>p-значення</b>
Задоволеність від співчуття	0.401	1.63	< .001
Професійне вигорання	0.323	-1.52	< .001
Інтолерантність до невизначеності	0.248	-0.836	< .001
Гнітюча тривога	0.246	-1.99	< .001
Вторинний травматичний стрес	0.199	-1.06	< .001
Прогностична тривога	0.195	-1.13	< .001
Унікаючий копінг	0.124	-1.25	0.004

Задоволеність від співчуття, тобто здатність спеціаліста отримувати позитивний досвід від надання психологічної допомоги іншим, виявилась найбільш потужним позитивним предиктором суб'єктивного благополуччя, пояснюючи понад 40% його варіації. Це свідчить про те, що емоційна винагорода, яку фахівець отримує внаслідок прояву емпатії та турботи, може слугувати важливим внутрішнім ресурсом, що сприяє збереженню психологічної рівноваги та професійної стійкості в умовах роботи з травматичним досвідом. В свою чергу професійне вигорання ( $R^2 = .323$ ) посіло провідне місце серед негативних предикторів суб'єктивного благополуччя травматерапевтів, що є очікуваним результатом серед спеціалістів, які працюють

з травматичним, емоційно насиченим досвідом клієнтів в умовах війни. Інші значущі предиктори, які мають зворотній зв'язок з суб'єктивним благополуччям: гнітюча тривога ( $R^2 = .246$ ), інтолерантність до невизначеності ( $R^2 = .248$ ), вторинний травматичний стрес ( $R^2 = .199$ ), прогностична тривога ( $R^2 = .195$ ) та унікаючий копінг ( $R^2 = .124$ ).

Оскільки попередній аналіз продемонстрував високу кореляцію між змінними психологічного благополуччя та задоволеності від співчуття ( $r = .718$ ,  $p < .001$ ) в межах даного дослідження була окремо побудована регресійна модель для виявлення впливу даної незалежної змінної на залежну.

Отже, модель виявилася високоефективною та статистично значущою:  $F(1, 64) = 67.90$ ,  $p < .001$ , при цьому коефіцієнт детермінації склав  $R^2 = .515$ , це означає, що понад 51 % варіації психологічного благополуччя пояснюється рівнем задоволеності від співчуття.

Безпосередній вплив предиктора був сильним і позитивним: кожне підвищення задоволеності від співчуття на одну стандартизовану одиницю асоціюється зі зростанням психологічного благополуччя ( $\beta = 1.00$ ,  $SE = 0.12$ ,  $t(64) = 8.24$ ,  $p < .001$ ). Константа моделі статистично не значуща ( $B = 2.96$ ,  $SE = 4.78$ ,  $t(64) = 0.62$ ,  $p = .538$ ), що свідчить про відсутність систематичного зсуву прогнозованих значень психологічного благополуччя при нульовому рівні предиктора.

Передумови регресійного аналізу були виконані. Отже, жодне спостереження не мало надмірного впливу: значення дистанції Кука коливались від  $3.5 \times 10^{-7}$  до 0.0826 ( $M = 0.0128$ ;  $SD = 0.0195$ ), що суттєво нижче критичного порога 1.0. Тест Шапіро–Уїлка для залишків показав  $W = 0.966$ ,  $p = .066$ , підтвержуючи нормальність розподілу помилок. Статистика Дурбіна–Уотсона склала 2.50 ( $p = .032$ ), що не свідчить про проблеми з автокореляцією залишків у межах допустимого діапазону. Оскільки в моделі був лише один предиктор, показник множинної колінеарності  $VIF = 1.00$  (толерантність = 1.00) вказав на відсутність мультиколінеарності. Отже, задоволеність від співчуття є сильним

позитивним предиктором психологічного благополуччя і пояснює значну частину його варіацій.

В свою чергу, лінійний регресійний аналіз впливу вигорання на психологічне благополуччя переконливо свідчить про наявність статистично значущого зв'язку між цими змінними ( $F(1,64) = 29.90$ ,  $p < .001$ ). Коефіцієнт детермінації становить  $R^2 = .318$ , тобто рівень вигорання пояснює 31.8% дисперсії показників психологічного благополуччя у досліджуваній вибірці. Аналіз регресійних коефіцієнтів підтвердив, що вигорання є значущим негативним предиктором психологічного благополуччя ( $\beta = -0.814$ ,  $SE = 0.149$ ,  $t(64) = -5.47$ ,  $p < .001$ ), це чітко вказує на обернений зв'язок, де зі зростанням рівня професійного вигорання на одиницю спостерігається зниження психологічного благополуччя травматерапевтів на 0.814 балів. Також була підтверджена надійність отриманої моделі в результаті аналізу передумов, де засвідчена відсутність автокореляції залишків ( $DW = 2.36$ ,  $p = .118$ ), підтверджена нормальність розподілу ( $W = 0.983$ ,  $p = .487$ ), відсутність мультиколінеарності засвідчена показниками  $VIF = 1.00$  та толерантності  $= 1.00$ , а також аналіз дистанції Кука (максимальне значення  $= 0.0917$ ) підтвердив відсутність викидів та впливових спостережень.

Результати регресійної моделі впливу вторинного травматичного стресу на психологічне благополуччя продемонстрували статистичну значущість:  $F(1, 64) = 10.10$ ,  $p = .002$ . Показник коефіцієнта детермінації  $R^2 = .136$  свідчить, що побудована модель пояснює 13.6% варіації психологічного благополуччя.

Аналіз коефіцієнтів показав, що вторинний травматичний стрес є значущим негативним предиктором психологічного благополуччя ( $\beta = -0.474$ ,  $SE = 0.149$ ,  $t(64) = -3.18$ ,  $p = .002$ ), тобто зі зростанням рівня вторинного травматичного стресу на одиницю, рівень психологічного благополуччя знижується на 0.474 бали.

Додаткові діагностичні тести підтверджують коректність моделі: автокореляція залишків відсутня ( $DW = 2.24$ ,  $p = .328$ ), розподіл залишків не

відрізняється від нормального ( $W = 0.964$ ,  $p = .054$ ), мультиколінеарність відсутня ( $VIF = 1.00$ ; толерантність = 1.00). Значення відстані Кука не вказують на наявність впливових спостережень (макс = 0.137), що свідчить про стабільність моделі.

Проведений регресійний аналіз виявив статистично значущий зв'язок між інтолерантністю до невизначеності, та психологічним благополуччям травматерапевтів,  $F(1, 64) = 20.10$ ,  $p < .001$ . Коефіцієнт детермінації моделі ( $R^2 = .239$ ) свідчить про те, що інтолерантність до невизначеності пояснює 23.9% загальної варіативності психологічного благополуччя, що відповідає помірно сильному ефекту за прийнятими в психологічних дослідженнях критеріями. Аналіз регресійних коефіцієнтів підтвердив, що інтолерантність до невизначеності є значущим негативним предиктором психологічного благополуччя ( $\beta = -0.443$ ,  $SE = 0.099$ ,  $t(64) = -4.48$ ,  $p < .001$ ). Це вказує на обернений зв'язок між досліджуваними змінними: зі зростанням показників інтолерантності до невизначеності спостерігається зниження рівня психологічного благополуччя. Діагностика регресійної моделі підтвердила її відповідність ключовим статистичним вимогам: відсутність автокореляції залишків (статистика Дарбіна-Ватсона  $DW = 1.93$ ,  $p = .760$ ), нормальність розподілу залишків ( $W = 0.967$ ,  $p = .077$ ), відсутність мультиколінеарності ( $VIF = 1.00$ ; толерантність = 1.00) та відсутність впливових спостережень (максимальна відстань Кука = 0.520).

Лінійна регресійна модель впливу прогностичної тривоги на психологічне благополуччя продемонструвала статистичну значущість:  $F(1, 64) = 15.40$ ,  $p < .001$ . Коефіцієнт детермінації  $R^2 = .194$  демонструє помірний ефект, де прогностична тривога пояснює 19.4% загальної варіативності показників психологічного благополуччя травматерапевтів.

Прогностична тривога є значущим негативним предиктором психологічного благополуччя ( $\beta = -0.606$ ,  $SE = 0.155$ ,  $t(64) = -3.92$ ,  $p < .001$ ). Отже,

підвищення рівня прогностичної тривоги на одиницю асоціюється зі зниженням рівня психологічного благополуччя на 0.606 балів.

Додаткові діагностичні тести підтверджують коректність моделі: автокореляція залишків не виявлена ( $DW = 1.98$ ,  $p = .982$ ), залишки мають нормальний розподіл ( $W = 0.973$ ,  $p = .155$ ), мультиколінеарність відсутня ( $VIF = 1.00$ ; толерантність = 1.00). Впливових спостережень не зафіксовано, про що свідчить аналіз дистанції Кука (макс = 0.730).

Результати регресійного аналізу впливу гнітючої тривоги на психологічне благополуччя продемонстрували статистичну значущість побудованої моделі:  $F(1, 64) = 18.70$ ,  $p < .001$ . Коефіцієнт детермінації  $R^2 = .226$  засвідчує, що модель пояснює 22.6% варіації психологічного благополуччя, демонструючи помірно сильний ефект. Гнітюча тривога є значущим негативним предиктором психологічного благополуччя ( $\beta = -1.03$ ,  $SE = 0.239$ ,  $t(64) = -4.33$ ,  $p < .001$ ): підвищення рівня гнітючої тривоги пов'язане зі зниженням рівня психологічного благополуччя на 1.03 бали.

Модель продемонструвала задовільні діагностичні характеристики: залишки не мають автокореляції ( $DW = 1.92$ ,  $p = .704$ ), їхній розподіл є нормальним ( $W = 0.989$ ,  $p = .840$ ), мультиколінеарність відсутня ( $VIF = 1.00$ ; толерантність = 1.00). Також не виявлено впливових спостережень (максимальне значення дистанції Кука = 0.147), що підтверджує стабільність моделі.

Регресійний аналіз впливу унікаючого копінгу на психологічне благополуччя дозволив виявити статистично значущу модель,  $F(1, 64) = 8.58$ ,  $p = .005$ . Коефіцієнт детермінації ( $R^2 = .118$ ) показав, що унікаючий копінг пояснює 11.8% загальної варіативності психологічного благополуччя, що свідчить про наявність слабого, але статистично значущого ефекту у досліджуваному взаємозв'язку.

Аналіз регресійних коефіцієнтів підтвердив, що унікаючий копінг є значущим негативним предиктором психологічного благополуччя ( $\beta = -0.660$ ,  $SE = 0.225$ ,  $t(64) = -2.93$ ,  $p = .005$ ), тобто підвищення рівня унікаючого копінгу

пов'язане зі зниженням рівня психологічного благополуччя у досліджуваній вибірці. Діагностика регресійної моделі показала задовільні характеристики: відсутність автокореляції залишків (статистика Дарбіна-Ватсона ( $DW = 1.96$ ,  $p = .834$ ) та відсутність мультиколінеарності ( $VIF = 1.00$ ; толерантність = 1.00). Проте результати тесту Шапіро-Вілка виявили незначне відхилення від нормального розподілу залишків ( $W = 0.962$ ,  $p = .039$ ), що буде враховано при інтерпретації отриманих результатів. Аналіз відстані Кука не виявив впливових спостережень (максимальне значення = 0.140), це свідчить про загальну стабільність побудованої регресійної моделі.

Таблиця 3.5

Показники регресійних моделей впливу інтолерантності до невизначеності, вторинного травматичного стресу, унікаючого копінгу на психологічне благополуччя травматерапевтів

Змінна	R <sup>2</sup>	β	p-значення
Інтолерантність до невизначеності	0.239	-0.443	<.001
Гнітюча тривога	0.226	-1.03	<.001
Прогностична тривога	0.194	-0.606	<.001
Вторинний травматичний стрес	0.136	-0.474	0.002
Унікаючий копінг	0.118	-0.66	0.005

Отже, всі п'ять досліджуваних психологічних змінних мають статистично значущий негативний вплив на рівень психологічного благополуччя (табл. 3.5).

Найбільш інформативним предиктором за показником поясненої дисперсії виявилася інтолерантність до невизначеності ( $R^2 = .239$ ), що свідчить про її суттєву роль у формуванні психологічного благополуччя особистості. Водночас,

найбільш виражений негативний вплив на психологічне благополуччя травматерапевтів спостерігався з боку гнітючої тривоги ( $\beta = -1.03$ ).

Інші змінні — прогностична тривога ( $R^2 = .194$ ,  $\beta = -0.606$ ), вторинний травматичний стрес ( $R^2 = .136$ ,  $\beta = -0.474$ ) та уникаючий копінг ( $R^2 = .118$ ,  $\beta = -0.660$ ) – також виявилися значущими негативними предикторами, хоча їхній вплив дещо слабший. Це вказує на те, що

Загалом, отримані результати підкреслюють важливість цілеспрямованої психологічної підтримки травматерапевтів та втручань, спрямованих на зниження тривожності, допомога в напрацюванні ефективних копінг-стратегій і розвиток толерантності до невизначеності. Особливої уваги заслуговують саме гнітюча тривога та інтолерантність до невизначеності, як ключові фактори, що найбільше пов'язані зі зниженням психологічного благополуччя.

### **3.5. Аналіз прямих та опосередкованих взаємозв'язків суб'єктивного благополуччя з інтолерантністю до невизначеності, вигоранням, задоволеністю від співчуття та уникаючим копінгом**

Оскільки складні психологічні явища рідко можна пояснити лише прямими впливами, в рамках цієї магістерської роботи було проведено медіаційний аналіз, з метою встановлення не лише прямих взаємозв'язків між ключовими змінними, але й розкриття механізму їх взаємодії. Наприклад, в результаті попередніх аналізів було встановлено, що інтолерантність до невизначеності сама по собі може знижувати рівень суб'єктивного благополуччя, проте, через те, що вона пригнічує здатність травматерапевта отримувати емоційне наповнення від допомоги іншим (задоволеність від співчуття), цей негативний ефект може посилюватись. Тож, перевіримо цю та інші припущення.

За допомогою медіаційного аналізу було з'ясовано, чи опосередковує показник задоволеності від співчуття зв'язок між інтолерантністю до невизначеності та суб'єктивним благополуччям.

Отже, згідно отриманих результатів видно, що шлях (a) демонструє значущий вплив інтолерантності до невизначеності на зниження задоволеності від співчуття ( $\beta = -0.20$ ,  $SE = 0.08$ ,  $z = -2.67$ ,  $p = .007$ ). Шлях (b) показує, що задоволеність від співчуття сприяє суб'єктивному благополуччю ( $\beta = 1.37$ ,  $SE = 0.24$ ,  $z = 5.78$ ,  $p < .001$ ). При цьому прямий ефект інтолерантності до невизначеності на суб'єктивне благополуччя (c) залишається значущим і негативним ( $\beta = -0.56$ ,  $SE = 0.15$ ,  $z = -3.63$ ,  $p < .001$ ), це засвідчує те, що частина впливу незалежної на залежну змінну не опосередковується медіатором.

Непрямий (медіаційний) ефект, обчислений як добуток  $a+b$ , становив  $\beta = -0.28$ ,  $SE = 0.11$ ,  $z = -2.43$ ,  $p = .015$ . Такий результат означає, що задоволеність від співчуття статистично значущо опосередковує негативний зв'язок між інтолерантністю до невизначеності та суб'єктивним благополуччям. Частка медіації становить 33.2 % від загального ефекту ( $\beta = -0.84$ ,  $SE = 0.18$ ,  $z = -4.66$ ,  $p < .001$ ), тоді як пряма складова відповідає 66.8 %.

Таким чином, приблизно третина ( $-0.28 / -0.84 \approx 0.33$ ) загальної негативної асоціації між інтолерантністю до невизначеності та суб'єктивним благополуччям травматерапевтів передається через зниження задоволеності від співчуття, що вказує на часткову медіацію. Отже, травматерапевти, які гірше витримують і справляються з невизначеністю в їх житті, відчувають менше емоційної залученості і задоволеності від своєї роботи з клієнтами, а це, в свою чергу, призводить до зниження їх загального рівня суб'єктивного благополуччя. З практичної сторони, ці результати формують висновки, що програми, спрямовані на розвиток задоволеності від співчуття, а також на підвищення толерантності до невизначеності у травматерапевтів, можуть сприяти покращенню їх суб'єктивного відчуття свого благополуччя в цілому.

Наступним кроком дослідження була перевірка, чи опосередковується зв'язок між суб'єктивним благополуччям та інтолерантністю до невизначеності таким інтегральним показником, як вторинний травматичний стрес.

Отже, шлях (а) (інтолерантність до невизначеності → вторинний травматичний стрес) показав, що вищий рівень інтолерантності до невизначеності достовірно призводить до зростання вторинного травматичного стресу ( $\beta = 0.28$ ,  $SE = 0.08$ ,  $z = 3.52$ ,  $p < .001$ ). Шлях (b) (вторинний травматичний стрес → суб'єктивне благополуччя) виявився негативним і також статистично значущим: підвищення рівня вторинного травматичного стресу асоціювалось зі зниженням суб'єктивного благополуччя ( $\beta = -0.70$ ,  $SE = 0.26$ ,  $z = -2.67$ ,  $p = .008$ ).

Тож, прямий ефект (інтолерантність до невизначеності → суб'єктивне благополуччя), контролюючи вторинний травматичний стрес, залишився значущим і негативним ( $\beta = -0.64$ ,  $SE = 0.19$ ,  $z = -3.44$ ,  $p < .001$ ), тобто частина впливу незалежної на залежну змінну не проходить через медіатор.

Непрямий ефект, розрахований як добуток a+b склав  $\beta = -0.20$ ,  $SE = 0.09$ ,  $z = -2.13$ ,  $p = .033$ , що підтверджує статистично значущий опосередкований вплив вторинного травматичного стресу. Сума прямих і непрямих ефектів (загальний ефект) становила  $\beta = -0.84$ ,  $SE = 0.18$ ,  $z = -4.66$ ,  $p < .001$ .

Відносна частка опосередкованого впливу становила 23.6 %, тоді як пряма складова – 76.4 % загального ефекту. Це засвідчує часткову медіацію, за якої вторинний травматичний стрес пояснює близько чверті негативного зв'язку між інтолерантністю до невизначеності та суб'єктивним благополуччям. Тобто спеціалісти, які відчують труднощі з подоланням тривоги від невизначеності в їх житті і професійній взаємодії, частіше переживають стан емоційного виснаження, спричиненого роботою з травматичним досвідом їх клієнтів, а це, у свою чергу, погіршує їхнє загальне суб'єктивне благополуччя.

Таким чином, проведений аналіз чітко продемонстрував, що інтолерантність до невизначеності крім безпосереднього негативного впливу на суб'єктивне благополуччя травматерапевтів, чинить його й опосередковано –

через вторинний травматичний стрес. Такі результати прямо вказують на необхідність впровадження програм професійної підготовки травматерапевтів, які будуть враховувати необхідність розвитку у спеціалістів таких навичок, як зниження вторинного травматичного стресу через навчання технікам релаксації і переключення уваги, а також розвиток толерантності до невизначеності через управління тривою за допомогою адаптивних копінг-стратегій.

Оскільки кореляційний аналіз встановив сильний зв'язок професійного вигорання з суб'єктивним благополуччям та інтолерантністю до невизначеності, було прийнято рішення провести медіаційний аналіз для перевірки, чи опосередковує інтолерантність до невизначеності зв'язок між професійним вигоранням та суб'єктивним благополуччям.

Шлях а (вигорання  $\rightarrow$  інтолерантність до невизначеності) виявився значущим та позитивним ( $\beta = .61$ ,  $SE = .18$ ,  $z = 3.37$ ,  $p < .001$ ), тобто підвищення рівня вигорання асоціюється з підвищенням інтолерантності до невизначеності. Далі, шлях b (інтолерантність до невизначеності  $\rightarrow$  суб'єктивне благополуччя) показав, що підвищення інтолерантності до невизначеності значно знижує рівень суб'єктивного благополуччя ( $\beta = -.55$ ,  $SE = .17$ ,  $z = -3.22$ ,  $p < .001$ ).

Прямий ефект c (вигорання  $\rightarrow$  суб'єктивне благополуччя) після контролю за медіатором залишився статистично значущим і негативним ( $\beta = -1.18$ ,  $SE = .27$ ,  $z = -4.34$ ,  $p < .001$ ), тож, прямий негативний вплив вигорання на суб'єктивне благополуччя залишається, незалежно від рівня інтолерантності до невизначеності. Непрямий ефект, розрахований як добуток а і b, становив  $\beta = -.34$  ( $SE = .14$ ),  $z = -2.33$ ,  $p = .020$ . Ці результати свідчать про статистично значущий опосередкований негативний вплив вигорання на суб'єктивне благополуччя який проходить через інтолерантність до невизначеності.

Загальний ефект в сумі дорівнював  $\beta = -1.52$  ( $SE = .27$ ),  $z = -5.61$ ,  $p < .001$ , відносна частка медіації становила 22.2 %. Іншими словами, у травматерапевтів, які відчувають ознаки сильного емоційного виснаження, одночасно знижується здатність приймати і витримувати невизначені, непередбачувані обставини своєї

професійної практики, а таке зниження толерантності до невизначеності, як наслідок, погіршує їх суб'єктивну оцінку свого благополуччя в цілому. Це актуалізує необхідність введення психокорекційних програм для травматерапевтів, які мають включати стратегії по зниженню стресу й професійного вигорання, а також навчальні модулі по розвитку когнітивних та поведінкових навичок, які потенційно можуть підвищувати рівень толерантності до невизначеності і посилювати суб'єктивну оцінку психологічного благополуччя. Водночас значна частина прямого негативного впливу вигорання (77,8 %) на суб'єктивне благополуччя проявляється через інші механізми, не охоплені цією моделлю.

Отже, результати медіаційного аналізу підтверджують часткову медіацію, де вищий рівень вигорання негативно впливає на суб'єктивне благополуччя травматерапевтів як безпосередньо, так і через інтолерантність до невизначеності.

За допомогою медіаційного аналізу також було досліджено, чи опосередковує інтолерантність до невизначеності зв'язок між унікаючим копінгом та суб'єктивним благополуччям. Спочатку оцінено шлях а (унікаючий копінг → інтолерантність до невизначеності). Отже, підтверджено, що вищий рівень унікаючих копінг-стратегій суттєво підвищує інтолерантність до невизначеності ( $\beta = 0.646$ ,  $SE = 0.248$ ,  $z = 2.60$ ,  $p = .009$ ). Далі шлях b вкотре продемонстрував, що зростання інтолерантності до невизначеності призводить до істотного зниження суб'єктивного благополуччя ( $\beta = -0.722$ ,  $SE = 0.183$ ,  $z = -3.96$ ,  $p < .001$ ). Прямий ефект унікаючого копінгу на суб'єктивне благополуччя, контрольований за рівнем інтолерантності до невизначеності, також лишився значущим і негативним ( $\beta = -0.786$ ,  $SE = 0.386$ ,  $z = -2.03$ ,  $p = .042$ ), що свідчить про те, що частина впливу копінг-стратегій на благополуччя не проходить через опосередкований механізм.

Непрямий ефект склав  $\beta = -0.467$  ( $SE = 0.214$ ),  $z = -2.18$ ,  $p = .030$ , що вказує на статистично значущий опосередкований вплив інтолерантності до

невизначеності на зв'язок між унікаючих копінгом і суб'єктивним благополуччям. Загальний ефект (сума прямих та непрямих складових) становив  $\beta = -1.252$  ( $SE = 0.409$ ),  $z = -3.06$ ,  $p = .002$ . Відносна частка медіації склала 37.3 %, тоді як пряма компонента відповідає 62.7 % загального впливу. Це говорить про те, що понад третини негативного зв'язку між унікаючим копінгом і суб'єктивним благополуччям реалізується через те, що у травматерапевтів, які обирають уникнення складних чи обтяжливих обставин, одночасно знижується спроможність толерувати невизначеність, що в свою чергу, посилює їх стурбованість і знижує якість емоційного стану, впливаючи на суб'єктивне благополуччя.

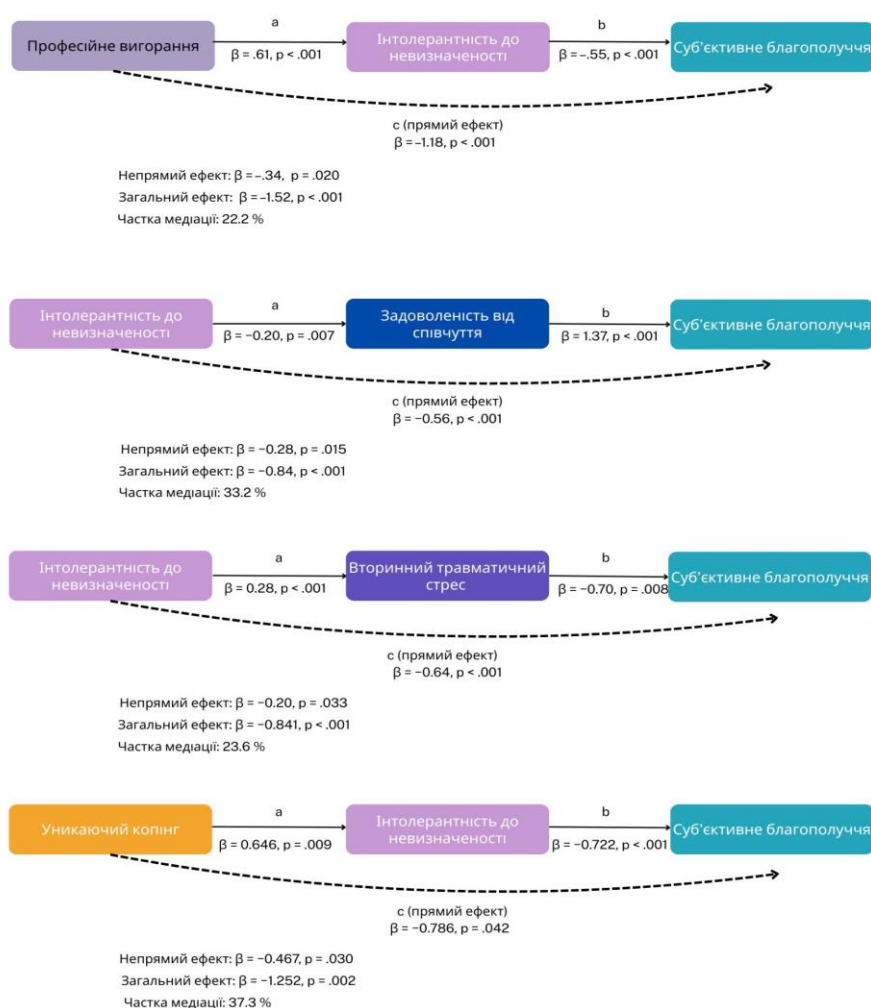


Рис. 3.6. Моделі простої медіації

Отже, в результаті аналізу можна стверджувати, що уникаючі копінг-стратегії негативно позначаються на суб'єктивному благополуччі травматерапевтів не лише напряду, але й через переживання інтолерантності до невизначеності.

Отримані результати засвідчують, що в усіх випадках медіація виявилась частковою (рис. 3.6), що підкреслює необхідність розробки підходу до підвищення суб'єктивного благополуччя травматерапевтів через одночасне опрацювання як безпосередніх, так і опосередкованих чинників стресу.

### **3.6. Практичні рекомендації стосовно підвищення суб'єктивного благополуччя травматерапевтів в умовах невизначеності**

Оскільки дослідження вказують на зв'язок толерантності до невизначеності, психологічного благополуччя і усвідомленості (Bernuzzi, Svanella & Setti, 2024); на ефективність практик усвідомленості при вторинному травматичному стресі у спеціалістів допомагаючих професій (Motta, 2023); а також ефективність диспозицій уважності для зниження рівня психологічного дистресу (Conversano, 2020), впровадження технік Mindfulness серед травматерапевтів буде доцільним і корисним. Опанування базових вправ на активацію органів чуття, сканування тіла та спостереження за його сигналами і диханням допомагає тренувати увагу і усвідомлену присутність людини в моменті тут і тепер. Усвідомленість може знизити частоту використання уникаючого копіngu і покращити контакт спеціаліста зі своїми актуальними почуттями і потребами.

Перша рекомендована техніка: кожного дня, протягом 15-20 хвилин виконувати медитативну вправу «сканування тіла», а також застосовувати неформальний Mindfulness протягом дня, усвідомлено звертаючи увагу на свої відчуття в поточному моменті, що може надавати необхідні ресурси для

підвищення рівня толерантності до невизначеності, а також зниження рівня тривоги і бути профілактикою професійного вигорання.

Пошук провідного ресурсного каналу спеціаліста шляхом проведення інтерв'ю, чи проходження опитувальника BasikPh. Активація ресурсних каналів – найважливіша складова роботи з травмою. Коли психіка має достатньо ресурсів, має до них доступ, вона здатна вчасно і самостійно обробити будь-який травматичний досвід. Також свідоме використання ресурсних каналів може знизити частоту застосування уникаючого копінгу при виникненні складнощів в особистому і професійному житті людини. Отже, виявлення і опора на провідний ресурсний канал спеціаліста буде сприяти вчасному опрацюванню психікою травматичного досвіду клієнтів, що може бути профілактикою виникнення вторинної травматизації спеціаліста. Незалежно від того, яким є провідний ресурсний канал людини, рекомендовано активувати тілесний і додати фізичні вправи, прогулянки, масажи, будь-яку фізичну активність, яка дійсно приносить людині задоволення і впливає на вегетативну нервову систему.

Дихання – основа життя, його невід'ємна складова і умова. Згідно з полівагальною теорією, подовжені видихи впливають на активацію блукаючого нерву (Полівагусу) який в свою чергу впливає на парасимпатичну гілку вегетативної нервової системи і заспокоює організм. Рекомендовано виконувати техніки з подовженими видихами, таким чином впливаючи на нервову систему і заспокоєння організму, що може сприяти зниженню рівня стресу, покращенню сну, загального самопочуття і оцінку людиною свого здоров'я, що є складовою суб'єктивного благополуччя і оцінки якості життя в цілому.

Проективні техніки прокладають шлях до нашої підсвідомості і екологічно відкривають доступ до того психічного матеріалу, який приховують захисні механізми. Першим кроком до такої роботи може стати техніка «Мандала війни», яка допомагає побачити механізм впливу травматичного матеріалу на психіку спеціаліста, підняти його на поверхню і заповнити наявні дефіцити ресурсами.

Техніка виконання:

- Обрати 4 кольори. Описати по 5 асоціацій з кожним кольором.
- Перегорнути листок.
- Малюємо Мандалу обраними кольорами.
- Закрити очі, знов перегортаємо листок.
- Поступово відповідаємо на такі питання:

1. «Як вам зараз? Які почуття після малювання мандали?»

Закрити очі, перегорнути листок і зустрінись з мандалою.

2. «Яку фігуру ви бачите на малюнку?»

3. «Про що це в вашому житті?»

4. «Який вплив ця фігура має на вас зараз, коли в полі життя є війна?»

5. «Що ви відчуваєте зараз, дивлячись на цю фігуру?»

6. «Яка наступна фігура з'являється для вас, вже як ваш ресурс, коли усвідомлюєте свої почуття в зв'язку з першою фігурою?»

7. «Що змінила, а що не зачепила в вашому житті війна?»

8. «Що вам хочеться домалювати в мандалу, щоб фігура війни перестала впливати?»

Поглибити терапевтичний ефект можуть техніки малювання образів своїх почуттів, подальше написання казки про цей образ, а також терапевтична робота з фотоальбомом. Відкладене горювання, невідреаговані почуття, фрустровані потреби, все це може піднятися у відповідь на перегляд фото початку війни чи періоду певних травматичних подій в житті людини. Ця техніка може актуалізувати нагальні потреби людини, сприяти їх усвідомленню і пошуку способів їх задовільнити.

Варто зазначити, що надані рекомендації є техніками самопомочі і не замінюють особисту терапію, а також супервізійну підтримку, які необхідні травматерапевту на регулярній основі.

### Висновки до розділу 3

Отримані дані засвідчили, що більшість учасників дослідження мають середній рівень суб'єктивного благополуччя, проте значна частина фахівців демонструє низькі показники за цією шкалою, подібна тенденція спостерігалася також щодо психологічного благополуччя та фізичного здоров'я, що підтверджує актуальність дослідження цієї проблематики серед психологів, які працюють з травмою.

Аналіз частотних розподілів вказав на те, що значна частина фахівців не отримують регулярної особистої терапії або супервізії, що пов'язано з підвищенням рівня вторинного травматичного стресу. Було встановлено статистично значущі зв'язки між наявністю спеціалізації по роботі з травмою і досвідом роботи з клієнтами, які пережили травму війни. Порівняльний аналіз за критерієм t-Стюдента виявив, що травматерапевти, задоволені вартістю години своєї роботи, мають вищі показники суб'єктивного благополуччя порівняно з незадоволеними. Також вони частіше застосовують копінг, фокусований на вирішенні проблем, ніж незадоволені оплатою. Отже, важливість наявності спеціалізації по роботі з травмою, регулярної особистої терапії, а також досвіду роботи з конкретними групами клієнтів, зокрема з тими, хто пережив травматичний досвід війни очевидна в контексті професійної діяльності травматерапевтів. Отримані результати показали, що спеціалісти, які мають в своєму професійному житті всі зазначені ресурси, підтримують стабільний психоемоційний стан і демонструють вищі показники за рівнем суб'єктивного благополуччя.

Кореляційний аналіз дозволив встановити, що суб'єктивне благополуччя фахівців демонструє сильну позитивну кореляцію із задоволенням від співчуття та значущі негативні зв'язки з професійним вигоранням, інтолерантністю до невизначеності, гнітючою та прогностичною тривогою, а також із унікаючим копінгом. Інші досліджувані копінг-стратегії не виявили статистично значущих зв'язків із рівнем суб'єктивного благополуччя. Це вказує на те, що надмірне

емоційне навантаження, невизначеність у роботі та неефективне подолання стресу можуть знижувати загальний рівень благополуччя у спеціаліста.

За допомогою лінійного регресійного аналізу вийшло визначити психологічні змінні, що мають суттєвий вплив на показники суб'єктивного та психологічного благополуччя. Варто зазначити, що всі моделі відповідали ключовим статистичним припущенням – зокрема, щодо нормальності залишків, відсутності мультиколінеарності та автокореляції, що підтверджує надійність отриманих результатів. Зокрема, найпотужнішим позитивним предиктором суб'єктивного благополуччя виступає задоволеність від співчуття, тоді як вигорання, гнітюча та прогностична тривога, інтолерантність до невизначеності, вторинний травматичний стрес та уникаючий копінг виявляють значущий негативний вплив. Аналогічні моделі були розроблені для психологічного благополуччя, де найвагомішими негативними предикторами виступають професійне вигорання, інтолерантність до невизначеності, гнітюча тривога, прогностична тривога, вторинний травматичний стрес та уникаючий копінг.

Результати цього дослідження розширюють і збагачують наукове розуміння психологічних механізмів підтримки суб'єктивного благополуччя спеціалістів, які працюють з травматичним досвідом в умовах війни. Це закладає емпіричну основу для розробки інтервенцій, спрямованих на розвиток толерантності до невизначеності, навчання ефективним копінг-стратегіям, підвищення задоволеності від співчуття та профілактику професійного вигорання і вторинної травматизації, приділяючи особливу увагу наявності регулярної супервізійної та інтервізійної підтримки, а також особистої терапії для психологічної стійкості та ефективності травмотерапевтів.

## ВИСНОВКИ

Стан психологів, які спеціалізуються на роботі з травматичним досвідом своїх клієнтів в умовах війни, є важливою і актуальною проблемою, яка потребує особливої уваги. Метою нашого дослідження було виявити та проаналізувати особливості психологічних чинників суб'єктивного благополуччя травматерапевтів в умовах війни.

1. В ході дослідницької роботи ми проаналізували теоретичні підходи до визначення концепту «суб'єктивного благополуччя» особистості у вітчизняній і зарубіжній психології. Згідно теоретичного аналізу літературних джерел, конструкт суб'єктивного благополуччя включає як емоційні аспекти задоволеності життям, так і когнітивно-рефлексивні елементи особистісної самореалізації, автономії, сенсу життя та якості міжособистісних стосунків. Сучасні підходи до розуміння благополуччя засновані на інтеграції гедоністичного та евдемонічного підходів.

В теоретичній частині увага також була приділена аналізу особливостей взаємозв'язків інтолерантності до невизначеності, вторинного травматичного стресу, професійного вигорання, тривожності та копінг-стратегій та суб'єктивного благополуччя.

2. Були виявлені значущі взаємозв'язки суб'єктивного благополуччя з задоволеністю від співчуття (позитивний зв'язок), професійним вигоранням, вторинним травматичним стресом, інтолерантністю до невизначеності, гнітючою і прогностичною тривою та уникаючим копінгом (негативні зв'язки) травматерапевтів в умовах війни.

Також результати засвідчили, що рівень суб'єктивного благополуччя травматерапевтів є переважно середнім, із тенденцією до зниження порівняно з попередніми дослідженнями загальної популяції населення в перші роки війни. При цьому, понад третини респондентів мають низький рівень суб'єктивного благополуччя, що свідчить про високий ризик емоційного виснаження серед

фахівців, які щоденно контактують із травматичним досвідом клієнтів та одночасно переживають наслідки війни особисто.

3. Визначені психологічні чинники суб'єктивного благополуччя травматерапевтів. Регресійний аналіз виявив, що найбільш сильними позитивними предикторами суб'єктивного благополуччя є задоволеність від співчуття. Саме ті терапевти, хто отримує емоційне підкріплення від власної спроможності ефективно допомагати іншим, демонструють найвищі показники психологічного та фізичного благополуччя. Цей висновок узгоджується з концепціями професійного зростання, згідно з якими відчуття сенсу й власної корисності сприяє стійкості у фахівців допоміжних професій. Водночас, сильними негативними чинниками є професійне вигорання, гнітюча тривога, інтолерантність до невизначеності, вторинний травматичний стрес, прогностична тривога та уникаючий копінг. Схожі взаємозв'язки були виявлені і для психологічного благополуччя.

За допомогою медіаційного аналізу було встановлено, що частина негативного впливу інтолерантності до невизначеності на суб'єктивне благополуччя реалізується через зниження задоволеності від співчуття і через посилення вторинного травматичного стресу. Цей результат підкреслює важливість інтервенцій, спрямованих не лише на безпосередню роботу з тривожними симптомами, але й на розвиток емоційних ресурсів травматерапевтів, зокрема, їхньої здатності переживати задоволеність від допомоги іншим та навчання ефективно регулювати вплив невизначеності.

4. На основі результатів емпіричного дослідження надані практичні рекомендації, спрямовані на підвищення суб'єктивного благополуччя травматерапевтів. Основними рекомендаціями були: впровадження Mindfulness практик в життя спеціалістів, залучення ресурсних каналів за допомогою BasikPh, використання методик дихання з опорою на полівагальну теорію для заспокоєння нервової системи, використання арт терапевтичних методик для екологічного опрацювання травмуючого матеріалу і почуттів, пов'язаних з ним.

Обмеженнями дослідження є невелика вибірка та фокус на жінках-травматерапевтах. Перспективою для подальших досліджень буде розширення вибірки, включення чоловіків-травматерапевтів, а також психологів без спеціалізації по травмі для формування контрольної групи. Проведення лонгітюдного дослідження дозволить відстежити динаміку психологічних станів фахівців у часі. Крім того, корисним буде поєднати кількісний підхід із глибинними інтерв'ю або фокус-групами зі спеціалістами для глибшого розуміння внутрішніх механізмів взаємодії особистісного травматичного досвіду, умов роботи та ресурсів стійкості травматерапевтів.

## СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Аршава, І. Ф., & Носенко, Д. В. (2012). Суб'єктивне благополуччя і його індивідуально-психологічні та особистісні кореляти. *Вісник Дніпропетровського університету*, 18(20), 3-9. doi:[10.15421/101201](https://doi.org/10.15421/101201)
2. Громова, Г. М. (2022). *Толерантність до невизначеності як чинник трансформації травматичного досвіду особистості*. (Докторська дисертація). Інститут соціальної та політичної психології НАПН України, Київ.
3. Данильченко, Т. В. (2020). Особливості особистісного благополуччя військовослужбовців, що перебували в зоні АТО. *Український психологічний журнал*, 2(14), 64-84. doi: [https://doi.org/10.17721/upj.2020.2\(14\).3](https://doi.org/10.17721/upj.2020.2(14).3)
4. Дворник, М. С. (2020). Психологічне благополуччя особистості під час переходу від війни до миру. *Наукові студії із соціальної та політичної психології*, 45(48), 79-87. doi:[10.33120/ssj.vi45\(48\).144](https://doi.org/10.33120/ssj.vi45(48).144)
5. Знанецька, О. М., Скворцов, С. Ю., & Салюк, М. А. (2024). Особливості переживання психологічного благополуччя студентською молоддю під час війни. *Journal of Psychology Research*, 30(13), 60-68. doi: <https://doi.org/10.15421/103005>
6. Карамушка, Л. М. (2023). Суб'єктивне благополуччя персоналу освітніх та наукових організацій в умовах війни: рівень вираженості та зв'язок з копінг-стратегіями. *Організаційна психологія. Економічна психологія*, 1(28), 17-25. doi: <https://doi.org/10.31108/2.2023.1.28.2>
7. Карамушка, Л. М., & Снігур, Ю. С. (2020). Копінг-стратегії керівників закладів загальної середньої освіти: зв'язок із задоволеністю роботою та організацією. *Організаційна психологія. Економічна психологія*, 1(19), 44-53. doi: <https://doi.org/10.31108/2.2020.1.19.5>
8. Карамушка, Л. М., Терещенко, К. В., & Креденцер, О. В. (2022). Адаптація на українській вибірці методик «The modified BBC subjective well-being scale (BBC-SWB)» та «Positive mental health scale (PMH-scale)».

*Організаційна психологія. Економічна психологія*, 3(27), 85-94. doi: <https://doi.org/10.31108/2.2022.3.27.8>

9. Кашлюк, Ю. І. (2016). Основні чинники, які впливають на психологічне благополуччя особистості. *Збірник наукових праць "Проблеми сучасної психології"*, 34(16), 170-186. [http://nbuv.gov.ua/UJRN/Pspl\\_2016\\_34\\_16](http://nbuv.gov.ua/UJRN/Pspl_2016_34_16)

10. Коробка, Л. М. (2016). Суб'єктивне благополуччя особи в контексті проблеми адаптації до умов і наслідків воєнного конфлікту. *Східноєвропейський національний університет імені Лесі Українки*. 207-213. <https://lib.iitta.gov.ua/id/eprint/705074>

11. Мащак, С. О., & Кучвара, Х. Б. (2023). Особливості суб'єктивного благополуччя українців в умовах війни. *Науковий вісник ужгородського національного університету. серія: психологія*, 6, 5-9. doi:[10.32782/psy-visnyk/2022.6.1](https://doi.org/10.32782/psy-visnyk/2022.6.1)

12. Павленко, Г. В. (2019). Толерантність до невизначеності як ресурс психологічного благополуччя студентів. *Актуальні проблеми психології*, 7(47), 208-219.

13. Павленко, Г. В. (2020). *Особистісні диспозиції як ресурс психологічного благополуччя в умовах невизначеності*. (Докторська дисертація) УДК 159.923.2:17.023.34] :316.662.5(043.5)

14. Allport, G. W. (1961). *Pattern and growth in personality*. New York: Holt, Rinehart & Winston. <https://psycnet.apa.org/record/1962-04728-000>

15. Angehrn, A., Krakauer, R. L., & Carleton, R. N. (2020). The impact of intolerance of uncertainty and anxiety sensitivity on mental health among public safety personnel: When the uncertain is unavoidable. *Cognitive Therapy and Research, Cogn Ther Res*, 44, 919-930. <https://doi.org/10.1007/s10608-020-10107-2>

16. Assaf, M., Rabany, L., Zertuche, L., Bragdon, L., Tolin, D., Goethe, J., & Diefenbach, G. (2018). Neural functional architecture and modulation during decision making under uncertainty in individuals with generalized anxiety disorder. *Brain and Behavior*, 8(8), e01015. doi: [10.1002/brb3.1015](https://doi.org/10.1002/brb3.1015)

17. Bercier, M. L., & Maynard, B. R. (2015). Interventions for secondary traumatic stress with mental health workers: A systematic review. *Research on Social Work Practice*, 25(1), 81-89. doi: <https://doi.org/10.1177/1049731513517142>
18. Bernuzzi, C., Svanella, R., & Setti, I. (2024). Navigating Uncertainty: the importance of mindfulness for the mental health of volunteer rescuers involved in the Ukrainian humanitarian emergency. *Psychology Hub*, 41,83-90. doi: <https://doi.org/10.13133/2724-2943/18408>
19. Borrell-Carrió, F., Suchman, A. L., & Epstein, R. M. (2004). The biopsychosocial model 25 years later: principles, practice, and scientific inquiry. *The Annals of Family Medicine*, 2(6), 576-582. doi: [10.1370/afm.245](https://doi.org/10.1370/afm.245)
20. Boscarino, J. A., Figley, C. R., & Adams, R. E. (2004). Compassion fatigue following the September 11 terrorist attacks: A study of secondary trauma among New York City social workers. *International journal of emergency mental health*, 6(2), 57. <https://psycnet.apa.org/record/2004-16838-002>
21. Branson, D. C. (2019). Vicarious trauma, themes in research, and terminology: A review of literature. *Traumatology*, 25(1), 2. <https://doi.org/10.1037/trm0000161>
22. Buhler, C., & Massarik, F. (1968). *The course of human life: A study of goals in the humanistic perspective*. Springer. <https://psycnet.apa.org/record/1971-04213-000>
23. Buzguța, C. B. (2024). *An Analysis of the Contribution of Positive Psychology to Character Building*. In *Proceedings of the 37th International RAIS Conference on Social Sciences and Humanities*. Scientia Moralitas Research Institute. USA, Princeton. doi:10.5281/zenodo.13550879
24. Carleton, R. N., Norton, M. P. J., & Asmundson, G. J. (2007). Fearing the unknown: A short version of the Intolerance of Uncertainty Scale. *Journal of anxiety disorders*, 21(1), 105-117. doi: [10.1016/j.janxdis.2006.03.014](https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2006.03.014)

25. Carvalho, M. I., Cunha, S. M., Teles, H., & Ribeirinho, C. (2023). Secondary traumatic stress in Portuguese social workers. *Social Sciences*, 12(4), 240. <https://doi.org/10.3390/socsci12040240>
26. Carver, C. S. (1997). You want to measure coping but your protocol's too long: Consider the brief cope. *International journal of behavioral medicine*, 4(1), 92-100. doi: [10.1207/s15327558ijbm0401\\_6](https://doi.org/10.1207/s15327558ijbm0401_6)
27. Chudzicka-Czupala, A., Hao, F., Hapon, N., Dubniak, Z., Rózycka, W., Ostafińska-Molik, B., & Ho, R. (2025). Well-being of Ukrainian and Polish college students during the Russo-Ukrainian war and coping strategies as predictors of mental health disorders. *Critical Public Health*, 35(1). <https://doi.org/10.1080/09581596.2025.2460996>
28. Conversano, C., Di Giuseppe, M., Miccoli, M., Ciacchini, R., Gemignani, A., & Orrù, G. (2020). Mindfulness, age and gender as protective factors against psychological distress during COVID-19 pandemic. *Frontiers in psychology*, 11(1900). <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.01900>
29. Costa, P. T., & McCrae, R. R. (1980). Influence of extraversion and neuroticism on subjective well-being: happy and unhappy people. *Journal of personality and social psychology*, 38(4), 668. doi: 10.1037//0022-3514.38.4.668
30. DeNeve, K. M., & Cooper, H. (1998). The happy personality: a meta-analysis of 137 personality traits and subjective well-being. *Psychological bulletin*, 124(2), 197. doi: [10.1037/0033-2909.124.2.197](https://doi.org/10.1037/0033-2909.124.2.197)
31. Diener, E. (1984). Subjective well-being. *Psychological bulletin*, 95(3), 542. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.95.3.542>
32. Diener, E. (2000). Subjective well-being: The science of happiness and a proposal for a national index. *American psychologist*, 55(1), 34-43. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.55.1.34>
33. Diener, E., Lucas, R. E., & Oishi, S. (2018). Advances and open questions in the science of subjective well-being. *Collabra: Psychology*, 4(1). <https://doi.org/10.1525/collabra.115>

34. Dong, H., Zhang, J., & Cirillo, C. (2019). Exploring, understanding, and modeling the reciprocal relation between leisure and subjective well-being. *Transportation Research Part A: Policy and Practice*, 130, 813-824. <https://doi.org/10.1016/j.tra.2019.10.009>
35. Engel, G. L. (2012). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Psychodynamic psychiatry*, 40(3), 377-396. doi: [10.1126/science.847460](https://doi.org/10.1126/science.847460)
36. Engel, J., & Bless, H. (2017). The more negative the more impact: Evidence from nationally representative data on the relation between domain satisfactions and general life satisfaction. *Social Psychology*, 48(3), 148. <https://doi.org/10.1027/1864-9335/a000305>
37. Giangrasso, B. (2021). Psychometric properties of the PERMA-Profiler as hedonic and eudaimonic well-being measure in an Italian context. *Current Psychology*, 40(3), 1175-1184. <https://doi.org/10.1007/s12144-018-0040-3>
38. Goodman, F. R., Disabato, D. J., Kashdan, T. B., & Kauffman, S. B. (2018). Measuring well-being: A comparison of subjective well-being and PERMA. *The Journal of Positive Psychology*, 13(4), 321-332. <https://doi.org/10.1080/17439760.2017.1388434>
39. Greco, V., & Roger, D. (2003). Uncertainty, stress, and health. *Personality and Individual Differences*, 34(6), 1057-1068. [https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(02\)00091-0](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(02)00091-0)
40. Headey, B., & Wearing, A. (1989). Personality, life events, and subjective well-being: Toward a dynamic equilibrium model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57(4), 731. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.57.4.731>
41. Holaway, R. M., Heimberg, R. G., & Coles, M. E. (2006). A comparison of intolerance of uncertainty in analogue obsessive-compulsive disorder and generalized anxiety disorder. *Journal of anxiety disorders*, 20(2), 158-174. doi: [10.1016/j.janxdis.2005.01.002](https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2005.01.002)

42. Jimenez, R. R., Andersen, S., Song, H., & Townsend, C. (2021). Vicarious trauma in mental health care providers. *Journal of Interprofessional Education & Practice*, 24(1). doi:[10.1016/j.xjep.2021.100451](https://doi.org/10.1016/j.xjep.2021.100451)
43. Joubert, J., Guse, T., & Maree, D. (2022). The prevalence of hope, subjective well-being, and psychopathology among trauma survivors at community-based clinics in Gauteng. *South African Journal of Psychology*, 52(2), 214-226. <https://doi.org/10.1177/00812463211040380>
44. Karamushka, L. M., Kredentser, O. V., Tereshchenko, K. V., Delton, Y., Arefniya, S. V., & Paskevskaya, I. A. (2022). Study on subjective well-being of different groups of population during the 2022 war in Ukraine. *Wiadomosci lekarskie (Warsaw, Poland)*, 75(8 pt 1), 1854–1860. doi: [10.36740/WLek202208107](https://doi.org/10.36740/WLek202208107)
45. Kinderman, P., Schwannauer, M., Pontin, E., & Tai, S. (2011). The development and validation of a general measure of well-being: the BBC well-being scale. *Quality of Life Research*, 20(7), 1035-1042. doi: [10.1007/s11136-010-9841-z](https://doi.org/10.1007/s11136-010-9841-z)
46. Korobka, I. (2024). Tolerance/intolerance to uncertainty and subjective well-being of student youth: empirical interpretations. *Наукові Інновації Та Передові Технології*, 8(36), 1504-1517. doi: [https://doi.org/10.52058/2786-5274-2024-8\(36\)-1504-1517](https://doi.org/10.52058/2786-5274-2024-8(36)-1504-1517)
47. Kovalenko A. B., & Yatsenko A. O. (2022). Psychological well-being of Ukrainians at the beginning of the full-scale Russian invasion. *Ukrainian psychological journal*, 2(28), 91–108. doi: [https://doi.org/10.17721/upj.2022.2\(18\).5](https://doi.org/10.17721/upj.2022.2(18).5)
48. Ladouceur, R., Dugas, M. J., Freeston, M. H., Léger, E., Gagnon, F., & Thibodeau, N. (2000). Efficacy of a cognitive–behavioral treatment for generalized anxiety disorder: Evaluation in a controlled clinical trial. *Journal of consulting and clinical psychology*, 68(6), 957-964. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.68.6.957>
49. Magnus, K., Diener, E., Fujita, F., & Pavot, W. (1993). Extraversion and neuroticism as predictors of objective life events: a longitudinal analysis. *Journal of personality and social psychology*, 65(5), 1046. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.65.5.1046>

50. Mantelou, A., & Karakasidou, E. (2019). The role of compassion for self and others, compassion fatigue and subjective happiness on levels of well-being of mental health professionals. *Psychology, 10*(03), 285. doi:[10.4236/psych.2019.103021](https://doi.org/10.4236/psych.2019.103021)
51. Miceli, M., & Castelfranchi, C. (2001). Further distinctions between coping and defense mechanisms? *Journal of Personality, 69*(2), 287-296. <https://doi.org/10.1111/1467-6494.00146>
52. Motta, R. W. (2023). Mindfulness Meditation and Secondary Trauma. In *Secondary Trauma: Silent Suffering and Its Treatment* (pp. 97-112). Cham: Springer Nature Switzerland.
53. Neugarten, B. L. (1973). Personality change in late life: A developmental perspective. In C. Eisdorfer & M. P. Lawton (Eds.), *The psychology of adult development and aging* (pp. 311–335). American Psychological Association.
54. Orrù, G., Marzetti, F., Conversano, C., Vaghegini, G., Miccoli, M., Ciacchini, R., ... & Gemignani, A. (2021). Secondary traumatic stress and burnout in healthcare workers during COVID-19 outbreak. *International journal of environmental research and public health, 18*(1), 337. doi: [10.3390/ijerph18010337](https://doi.org/10.3390/ijerph18010337)
55. Pavlova, I., Krauss, S., McGrath, B., Cehajic-Clancy, S., Bodnar, I., Petrytsa, P., ... & Zhara, H. (2024). Individual and contextual predictors of young Ukrainian adults' subjective well-being during the Russian–Ukrainian war. *Applied Psychology: Health and Well-Being, 16*(3), 886-905. doi: [10.1111/aphw.12484](https://doi.org/10.1111/aphw.12484)
56. Pontin, E., Schwannauer, M., Tai, S., & Kinderman, P. (2013). A UK validation of a general measure of subjective well-being: the modified BBC subjective well-being scale (BBC-SWB). *Health and Quality of Life Outcomes, 11*(150), 1-9. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-11-150>
57. Rayani, A., Hannan, J., Alreshidi, S., Aboshaiqah, A., Alodhailah, A., & Hakamy, E. (2024, April). Compassion Satisfaction, Burnout, and Secondary Traumatic Stress among Saudi Nurses at Medical City: A Cross-Sectional Study. In *Healthcare, 12*(8), 847. doi: [10.3390/healthcare12080847](https://doi.org/10.3390/healthcare12080847)

58. Rosser, B. A. (2019). Intolerance of uncertainty as a transdiagnostic mechanism of psychological difficulties: A systematic review of evidence pertaining to causality and temporal precedence. *Cognitive therapy and research*, 43(2), 438-463. <https://doi.org/10.1007/s10608-018-9964-z>
59. Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2000). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *American psychologist*, 55(1), 68. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.55.1.68>
60. Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2024). Self-determination theory. In Filomena Maggina (Eds.), *Encyclopedia of quality of life and well-being research* (pp. 6229-6235). Cham: Springer International Publishing.
61. Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of personality and social psychology*, 57(6), 1069. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.57.6.1069>
62. Ryff, C. D., & Keyes, C. L. M. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of personality and social psychology*, 69(4), 719. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.69.4.719>
63. Ryff, C. D., & Singer, B. H. (2008). Know thyself and become what you are: A eudaimonic approach to psychological well-being. *Journal of happiness studies*, 9(1), 13-39. doi:[10.1007/s10902-006-9019-0](https://doi.org/10.1007/s10902-006-9019-0)
64. Schimmack, U., & Oishi, S. (2005). The influence of chronically and temporarily accessible information on life satisfaction judgments. *Journal of personality and social psychology*, 89(3), 395. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.89.3.395>
65. Seligman, M. E., & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology: An introduction, *American Psychological Association*, 55(1), 5-14. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.55.1.5>
66. Serrão, C., Martins, V., Ribeiro, C., Maia, P., Pinho, R., Teixeira, A., Duarte, I. (2022). Professional quality of life among physicians and nurses working in

Portuguese hospitals during the third wave of the COVID-19 pandemic. *Frontiers in psychology*. doi: [10.3389/fpsyg.2022.814109](https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.814109)

67. Sharma, M., Fine, S. L., Brennan, R. T., & Betancourt, T. S. (2017). Coping and mental health outcomes among Sierra Leonean war-affected youth: Results from a longitudinal study. *Development and Psychopathology*, 29(1), 11-23. doi: [10.1017/S0954579416001073](https://doi.org/10.1017/S0954579416001073)

68. Sorenson, C., Bolick, B., Wright, K., & Hamilton, R. (2016). Understanding compassion fatigue in healthcare providers: A review of current literature. *Journal of Nursing Scholarship*, 48(5), 456-465. doi: [10.1111/jnu.12229](https://doi.org/10.1111/jnu.12229)

69. Sprang, G., Ford, J., Kerig, P., & Bride, B. (2019). Defining secondary traumatic stress and developing targeted assessments and interventions: Lessons learned from research and leading experts. *Traumatology*, 25(2), 72. <https://doi.org/10.1037/trm0000180>

70. Sprang, G., Lei, F., & Bush, H. (2021). Can organizational efforts lead to less secondary traumatic stress? A longitudinal investigation of change. *American Journal of Orthopsychiatry*, 91(4), 443. doi: [10.1037/ort0000546](https://doi.org/10.1037/ort0000546)

71. Stamm, B. (2010). *The concise manual for the professional quality of life scale* (2nd ed). Retrieved from <https://proqol.org/proqol-manual>

72. Suls, J., & Rothman, A. (2004). Evolution of the biopsychosocial model: prospects and challenges for health psychology. *Health psychology*, 23(2), 119. doi: [10.1037/0278-6133.23.2.119](https://doi.org/10.1037/0278-6133.23.2.119)

73. Tolin, D. F., Abramowitz, J. S., Brigidi, B. D., & Foa, E. B. (2003). Intolerance of uncertainty in obsessive-compulsive disorder. *Journal of anxiety disorders*, 17(2), 233-242. [https://doi.org/10.1016/S0887-6185\(02\)00182-2](https://doi.org/10.1016/S0887-6185(02)00182-2)

74. Tosone, C., Nuttman-Shwartz, O., & Stephens, T. (2012). Shared trauma: When the professional is personal. *Clinical Social Work Journal*, 40 (2), 231-239. <https://doi.org/10.1007/s10615-012-0395-0>

75. Umucu, E., Lee, B., Iwanaga, K., Kosyluk, K., Blake, J., Bezyak, J., & Chan, F. (2021). Relationships Between Positive Human Traits and PERMA (Positive

Emotion, Engagement, Relationships, Meaning, and Accomplishments) in Student Veterans With and Without Disabilities: A Canonical Correlation Analysis. *Rehabilitation Research, Policy & Education*, 35(3), 238–247.

<https://doi.org/10.1891/RE-21-09>

76. Vardiman, J. W., Harris, N. L., & Brunning, R. D. (2002). The World Health Organization (WHO) classification of the myeloid neoplasms. *Blood, The Journal of the American Society of Hematology*, 100(7), 2292-2302.

doi:[10.1182/blood-2002-04-1199](https://doi.org/10.1182/blood-2002-04-1199)

77. Velykodna, M., Tkachenko, O., Shylo, O., Mitchenko, K., Miroshnyk, Z., Kvitka, N., & Charyieva, O. (2024). Systematicity of receiving mental health care predicts better subjective well-being of Ukrainians during the second year of the Russian invasion. *Mental Health Review Journal*, 29(2), 211-223.

<https://doi.org/10.1108/MHRJ-01-2024-0006>

78. Wade, D. T., & Halligan, P. W. (2017). The biopsychosocial model of illness: a model whose time has come. *Clinical rehabilitation*, 31(8), 995-1004. doi:

[10.1177/0269215517709890](https://doi.org/10.1177/0269215517709890)

79. Wheaton, M. G., Messner, G. R., & Marks, J. B. (2021). Intolerance of uncertainty as a factor linking obsessive-compulsive symptoms, health anxiety and concerns about the spread of the novel coronavirus (COVID-19) in the United States. *Journal of obsessive-compulsive and related disorders*, 28, 1-6.

<https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2020.100605>

80. Wilson, E. J., Stapinski, L., Dueber, D. M., Rapee, R. M., Burton, A. L., & Abbott, M. J. (2020). Psychometric properties of the Intolerance of Uncertainty Scale-12 in generalized anxiety disorder: Assessment of factor structure, measurement properties and clinical utility. *Journal of anxiety disorders*, 76 (102309).

doi:[10.1016/j.janxdis.2020.102309](https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2020.102309)

81. Winzer, R., Vaez, M., Lindberg, L., & Sorjonen, K. (2021). Exploring associations between subjective well-being and personality over a time span of 15–18

months: a cohort study of adolescents in Sweden. *BMC psychology*, 9(1), 173.  
<https://doi.org/10.1186/s40359-021-00673-9>

82. Yap, S. C., Wortman, J., Anusic, I., Baker, S. G., Scherer, L. D., Donnellan, M. B., & Lucas, R. E. (2017). The effect of mood on judgments of subjective well-being: Nine tests of the judgment model. *Journal of personality and social psychology*, 113(6), 939. doi: [10.1037/pspp0000115](https://doi.org/10.1037/pspp0000115)

## ДОДАТКИ

### Додаток А

#### Авторська анкета

1. Ваш вік.
2. Ваша стать.
3. Ваш досвід роботи психологом (в роках).
4. Скільки годин на тиждень Ви присвячуєте роботі з клієнтами?
5. Чи маєте спеціалізацію по роботі з травматичним досвідом?
6. Чи отримуєте супервізії?
7. Маєте регулярну особисту терапію?
8. Чи маєте відчуття, що за потреби ви отримуєте достатньо підтримки від свого близького оточення?
9. Чи надаєте ви психологічну допомогу тим, хто пережив травматичний досвід пов'язаний з війною (в т.ч. тим, хто пережив полон, тортури, зґвалтування, окупацію тощо)?
10. Чи надаєте ви психологічну допомогу тим, хто пережив травматичний досвід не пов'язаний з воєнними діями на території України?
11. Чи надаєте ви психологічну допомогу військовим?
12. Чи надаєте ви кризову психологічну допомогу населенню в умовах війни?
13. Чи влаштовує Вас вартість години Вашої роботи?

## Додаток Б

## Professional Quality of Life Scale - 5 (ProQOL)

## Переклад 5 ProQOL українською

Нижче наведено кілька запитань про вас як позитивний, так і негативний досвід роботи психологом. Подумайте над кожним з наступних запитань про себе і вашу поточну робочу ситуацію. Виберіть відповідь, яка чесно відображає, як часто ви зустрічались з певними проявами чи ситуаціями за останні 30 днів. Відповідаючи, ви можете замінити слово «допомога» іншим словом, яке краще відображає вашу роботу.

1. Я щасливий/-а.
2. Я стурбований/-на більше ніж однією людиною, якій допомагаю (як психолог).
3. Я отримую задоволення від того, що можу допомагати людям (як психолог).
4. Я відчуваю зв'язок з оточуючими.
5. Я лякаюся або підстрибую від несподіваних звуків.
6. Я відчуваю себе бадьоро після роботи з тими, кому я допомагаю (як психолог).
7. Мені важко відокремити моє особисте життя від моєї роботи (психологом).
8. Я не такий/-а продуктивний/-а на роботі, тому що втратив/-ла сон через травматичний досвід мого клієнта.
9. Я думаю, що на мене міг вплинути травматичний стрес тих людей, яким я надавав/-ла допомогу.
10. Я відчуваю себе у пастці через свою роботу (психологом).

11. Через свою роботу (психологом), я відчуваю знервованість з приводу різних інших речей.
12. Мені подобається моя робота (психологом).
13. Я почуваю себе пригнічено через травматичний досвід людей, яким я допомагаю (як психолог).
14. Я відчуваю себе так, ніби переживаю травму людини, якій я допомагав/-ла.
15. У мене є переконання, які мене підтримують.
16. Я задоволений/-а тим, як дотримуюсь технік і протоколів в своїй роботі (психологом).
17. Я така людина, якою завжди хотів/-ла бути.
18. Моя робота приносить мені задоволення.
19. Я відчуваю виснаження через роботу (психологом).
20. У мене приємні почуття і думки про тих, кому я допомагаю і щодо того, як саме я можу їм допомагати.
21. Я відчуваю себе пригнічено, бо моє робоче навантаження здається нескінченним.
22. Я вірю, що своєю роботою можу щось змінити на краще.
23. Я уникаю певних видів діяльності або ситуацій, які нагадують мені про страшний досвід людей, яким я допомагаю.
24. Я пишаюся тим, що роблю для допомоги іншим.
25. В результаті допомоги, яку я надавав/-ла іншим людям (як психолог), у мене з'явилися нав'язливі, страшні думки.
26. Я відчуваю себе «загрузлим» у системі.
27. Я думаю, що я «успішний/-на» в своїй роботі (психологом).
28. Я не можу пригадати важливі моменти моєї роботи з людьми, які пережили травматичний досвід.
29. Я дуже турботлива людина.
30. Я щасливий/-а, що обрав/-ла цю роботу.

**5 (ProQOL)** Субшкала «задоволеність від співчуття» вимірюється сумою таких пунктів: 3, 6, 12, 16, 18, 20, 22, 24, 27, 30. Середній бал за цією шкалою - 50. Показник субшкали «вигорання» виводиться сумою таких пунктів: 1, 4, 8, 10, 15, 17, 19, 21, 26, 29. Пункти субшкали «вторинний травматичний стрес»: 2, 5, 7, 9, 11, 13, 14, 23, 25, 28.

**Додаток В**

МЕТОДИКА «МОДИФІКОВАНА ШКАЛА СУБ'ЄКТИВНОГО  
БЛАГОПОЛУЧЧЯ БІБІСІ» (THE MODIFIED BBC SUBJECTIVE WELL-  
BEING SCALE (BBC-SWB)) (P. PONTIN, M. SCHWANNAUER, S. TAI, &  
M. KINDERMAN)

(адаптація Л.М. Карамушки, К.В. Терещенко, О.В. Креденцер)

Інструкція для учасників опитування:

Дайте відповідь на наведені нижче запитання, використовуючи шкалу.

1. Чи задоволені Ви своїм фізичним здоров'ям?
2. Чи задоволені Ви якістю свого сну?
3. Чи задоволені Ви своєю здатністю виконувати свою повсякденну життєву активність?
4. Чи відчуваєте Ви депресію або тривогу?
5. Чи відчуваєте Ви здатність насолоджуватися життям?
6. Чи вважаєте Ви, що у Вас є мета в житті?
7. Чи відчуваєте Ви оптимізм з приводу майбутнього?
8. Чи відчуваєте Ви, що контролюєте своє життя?
9. Чи відчуваєте Ви задоволення собою як особистістю?
10. Чи задоволені Ви своєю зовнішністю і зовнішнім виглядом?
11. Чи відчуваєте Ви, що в змозі прожити своє життя так, як хочете?
12. Чи впевнені Ви в своїх власних думках і переконаннях?
13. Чи відчуваєте Ви себе в змозі робити те, що Ви хочете робити?
14. Чи відчуваєте Ви себе в змозі рости і розвиватися як особистість?
15. Чи задоволені Ви собою і своїми досягненнями?
16. Чи задоволені Ви своїм особистим і сімейним життям?

17. Чи щасливі Ви у Ваших дружніх і особистих відносинах?
18. Чи комфортно Ви відчуваєтеся стосовно того, як Ви ставитеся до інших і спілкуєтеся з іншими?
19. Чи задоволені Ви своїм сексуальним життям?
20. Чи в змозі Ви звернутися за допомогою з проблемою?
21. Чи щасливі Ви, що у Вас є достатньо грошей, щоб задовольнити Ваші потреби?
22. Чи задоволені Ви вашими можливостями для занять спортом / відпочинку?
23. Чи задоволені Ви своїм доступом до медичних послуг?
24. Чи задоволені Ви своєю здатністю працювати?

## Додаток Г

«Шкала інтолерантності до невизначеності»  
(IUS - 12) Н. Карлетона (в адаптації Г. Громової)

Будь ласка, обведіть число, яке найкраще відповідає тому, наскільки ви згодні з кожним пунктом

1. Непередбачувані події мене сильно засмучують.
2. Я засмучуюсь, коли у мене немає всієї необхідної мені інформації.
3. Невизначеність заважає мені жити повним життям.
4. Слід завжди думати наперед, аби уникати несподіванок.
5. Навіть при відмінному плануванні незначна непередбачувана подія може все зіпсувати.
6. Коли приходить час діяти, невідомість паралізує мене.
7. Коли я непевний, я не можу нормально функціонувати.
8. Я завжди хочу знати, що чекає на мене у майбутньому.
9. Я терпіти не можу, коли щось застає мене зненацька.
10. Найменший сумнів може перешкодити мені діяти.
11. Я повинен мати змогу організувати все заздалегідь.
12. Я маю уникати будь-яких невизначених ситуацій.

**(IUS - 12)** Субшкала «прогностична тривога» вимірюється сумою пунктів: 2, 4, 5, 8, 9, 11, 12. «гнітюча тривога» визначається сумою пунктів: 1, 3, 6, 7, 10.

## Додаток Д

Опитувальник Brief-COPE С. Carver, 1997

(адаптація Т. Яблонська, О. Вернік, Г. Гайворонський, 2023).

Інструкція: Наступні пункти стосуються того, як Ви справлялися зі стресом у своєму житті відтоді, як дізналися, що почалося повномасштабне вторгнення.

Оцініть наведені нижче твердження відносно того, наскільки вони стосувалися саме Вас.

1. Я звертав(ла)ся до роботи чи іншої діяльності, щоб відволіктися від думок.
2. Я зосереджував(ла) свої зусилля на тому, щоб щось зробити щодо ситуації, в якій я опинив(ла)ся.
3. Я говорив(ла) собі: «Це нереально».
4. Я вживав(ла) алкоголь або інші речовини, щоб почуватися краще.
5. Я отримував(ла) емоційну підтримку від інших.
6. Я відмовляв(ла)ся від спроб впоратися з цим.
7. Я вживав(ла) заходів, намагаючись покращити ситуацію.
8. Я відмовляв(ла)ся вірити, що це сталося.
9. Я говорив(ла) щось, щоб позбутися своїх неприємних почуттів.
10. Я отримував(ла) допомогу та поради від інших людей.
11. Я вживав(ла) алкоголь або інші речовини, щоб допомогти собі пройти через це.
12. Я намагав(ла)ся побачити це в іншому світлі, зробити це більш позитивним.
13. Я критикував(ла) себе.

14. Я намагав(ла)ся продумати стратегію своїх подальших дій.
15. Я отримував(ла) почуття розуміння та комфорту від когось.
16. Я відмовляв(ла)ся від спроб впоратися.
17. Я шукав(ла) щось хороше в тому, що відбувається.
18. Я жартував(ла) з цього приводу.
19. Я робив(ла) щось, щоб менше про це думати, наприклад дивив(ла)ся телевізор, читав(ла), мріяв(ла), спав(ла) чи робив(ла) покупки.
20. Я приймав(ла) реальність того, що це сталося.
21. Я виражав(ла) свої негативні почуття.
22. Я намагав(ла)ся знайти втіху у своїй релігії чи духовних переконаннях.
23. Я намагав(ла)ся отримати пораду або допомогу від інших людей щодо того, що робити.
24. Я вчив(ла)ся жити з цим.
25. Я довго розмірковував(ла) над тим, які кроки робити для подолання ситуації.
26. Я звинувачував(ла) себе в тому, що сталося.
27. Я молив(ла)ся або медитував(ла).
28. Я сміяв(ла)ся над ситуацією.

1) копінг, фокусований на проблемі, пункти: 2, 7, 10, 12, 14, 17, 23, 25; 2) копінг, фокусований на емоціях, пункти: 5, 9, 13, 15, 18, 20, 21, 22, 24, 26, 27, 28; 3) унікаючий копінг, пункти: 1, 3, 4, 6, 8, 11, 16, 19.