

Київський національний університет імені Тараса Шевченка

Факультет психології

Кафедра психодіагностики та клінічної психології

**Вплив соціальних чинників на тривожні та
депресивні симптоми жінок**

Кваліфікаційна робота

Студентки 2 року ОР Магістр
(спеціальність 053 «Психологія»,
освітня програма «Психологія», заочна
форма навчання)

Жело Наталії Євгеніївни

Наукова керівниця:

Асистентка кафедри психодіагностики
та клінічної психології, докторка філософії у
галузі психології

Молотокас Антоніна Андріївна

Роботу рекомендовано до захисту на ЕК №__

Протокол №__ від _____ року

Завідувачка кафедри психодіагностики та клінічної психології

_____ Людмила КРУПЕЛЬНИЦЬКА

Київ – 2025

ЗМІСТ

ВСТУП.....	4
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ВПЛИВУ СОЦІАЛЬНИХ ЧИННИКІВ НА ТРИВОЖНІ І ДЕПРЕСИВНІ СИМПТОМИ ЖІНОК.....	9
1.1. Психологічна характеристика тривожних і депресивних симптомів у сучасному науковому дискурсі.....	9
1.2. Огляд соціально-економічних та соціокультурних чинників психічного здоров'я жінок.....	16
1.3. Вплив екстремальних соціальних стресорів та роль соціальної підтримки як буферного фактору.....	23
Висновки до розділу 1.....	31
РОЗДІЛ 2. МЕТОДОЛОГІЯ ТА ОРГАНІЗАЦІЯ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ВПЛИВУ СОЦІАЛЬНИХ ЧИННИКІВ НА ТРИВОЖНІ ТА ДЕПРЕСИВНІ СИМПТОМИ ЖІНОК.....	33
2.1. Концептуальна модель, дизайн та етапи дослідження.....	33
2.2. Обґрунтування комплексу психодіагностичних методик та методів статистичного аналізу даних.....	36
2.3. Характеристика вибірки та процедура проведення дослідження.....	40
Висновки до розділу 2.....	44
РОЗДІЛ 3. АНАЛІЗ РЕЗУЛЬТАТІВ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ВЗАЄМОЗВ'ЯЗКУ СОЦІАЛЬНИХ ЧИННИКІВ З РІВНЕМ ТРИВОЖНИХ І ДЕПРЕСИВНИХ СИМПТОМІВ ЖІНОК.....	46
3.1. Аналіз рівнів тривоги, депресії, стресу та соціальної підтримки у досліджуваній вибірці.....	46
3.2. Дослідження особливостей сприйняття соціальних чинників.....	55
3.3. Зв'язок між соціальними чинниками та показниками тривожних і депресивних симптомів.....	63

3.4. Соціальні чинники як предиктори розвитку тривожних і депресивних симптомів жінок.....	69
3.5. Психологічні рекомендації щодо профілактики та корекції тривожних і депресивних симптомів з урахуванням виявлених соціальних чинників...	82
Висновки до розділу 3.....	83
ВИСНОВКИ.....	86
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	88
ДОДАТКИ.....	99

ВСТУП

Актуальність теми дослідження.

У сучасних соціально-економічних умовах проблема психічного здоров'я жінок набуває особливої актуальності. Значні соціальні трансформації, економічна нестабільність, посилення рівня стресу та зміна життєвих обставин суттєво впливають на психологічний стан жіночої частини населення. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, депресивні та тривожні розлади мають вищу поширеність серед жінок порівняно з чоловіками, що пояснюється складною взаємодією біологічних, психологічних і соціальних чинників (World Health Organization, 2025). Соціальна вразливість жінок обумовлена радше мультифакторними навантаженнями: серед соціальних чинників, що впливають на розвиток тривожності та депресії у жінок, виділяють економічну нестабільність, дефіцит соціальної підтримки з боку сім'ї та кола близьких, досвід дискримінації, насильства. Додатковими факторами є тиск соціальних норм і гендерних стереотипів, поєднання професійного навантаження з очікуванням виконання традиційних сімейних ролей, а також поширені у суспільстві мізогінія та об'єктивація, які відтворюються як у міжособистісних стосунках, так і в медійному просторі, зокрема через соціальні мережі. Вони формують підвищений соціальний тиск, сприяють інтеріоризації негативних уявлень про жіночу ідентичність, що, у свою чергу, підсилює вразливість до тривожних і депресивних розладів.

З огляду на реалії України, надзвичайного значення набуває ще один фактор – воєнні дії, які призводять до масової травматизації, вимушеної міграції та посилення соціальної нестабільності.

Виявлені соціальні детермінанти проявляють свій вплив на різних рівнях психічного здоров'я, провокуючи хронічний стрес і виснаження адаптаційних ресурсів організму. Біохімічні зміни, насамперед дисбаланс серотонінової і норадреналінової систем, збільшують емоційну вразливість, сприяють формуванню негативних когнітивних схем, зниженню соціальної

активності та самооцінки. Біологічні та генетичні фактори, зокрема гормональна регуляція, у взаємодії із соціальним оточенням модулюють індивідуальну схильність жінок до виникнення депресивних та тривожних розладів.

Проблематика психічного здоров'я жінок має не лише індивідуальне, а й значне соціальне значення, оскільки за участю жінок формується важлива частина економічного, культурного та соціального життя суспільства. Високий рівень тривожності та депресивності погіршує якість життя та можливості реалізації жінок у різних сферах і потребує своєчасного втручання. Виявлення та комплексний аналіз соціальних чинників, що негативно впливають на психологічний стан жінок, є важливим завданням як для наукових досліджень, так і для практичної психології та соціальної роботи.

Питання впливу соціальних чинників на психічний стан жінок досліджували низка вітчизняних та зарубіжних авторів. Зокрема, розкрито психологічну сутність та відмінності тривожних і депресивних симптомів у сучасному дискурсі (Царькова & Радченко, 2015; Юр'єва & Лященко, 2020); Проаналізовано вплив соціально-економічних чинників, зокрема фінансової нерівності, нестабільності зайнятості та обмежень кар'єрного зростання, на психічне благополуччя жінок (Kirkbride et al., 2024; Kumar, 2025; Platt et al., 2016). Окремо досліджено роль соціокультурних детермінант, зокрема гендерних стереотипів та тиску стандартів краси як чинників тривожності у жінок (Лозова & Шишко, 2021). Також охарактеризовано вплив медіасередовища та об'єктивації жіночого тіла на психологічне благополуччя (Santoniccolo et al., 2023; Tian, 2023). Значну увагу приділено вивченню наслідків екстремальних стресорів: докладно розглянуто вплив війни та травматизації на психічне здоров'я цивільного населення (Tessitore et al., 2025; Хаустова, 2022); досліджено специфіку психоемоційного стану жінок в умовах вимушеної міграції та втрати дому (Snoubar, 2023; Гуляєва, 2023) Обґрунтовано значущість соціальної підтримки як буферного фактора у

подоланні стресу в умовах кризи (Acoba, 2024; Bekiros et al., 2022; Moret-Tatay et al., 2024).

Незважаючи на значну кількість наукових публікацій, сфокусованих на вивченні депресії та тривожності, вивчення впливу соціальних факторів саме у жіночій вибірці все ще є недостатньо повним. Інтегративний підхід до вивчення соціальних детермінант у загальній жіночій популяції дозволить уточнити механізми формування і перебігу тривожних та депресивних симптомів, зміцнюючи теоретичні й практичні основи подальших досліджень і розробок.

Мета дослідження: виявити вплив соціальних чинників на тривожні та депресивні симптоми жінок.

Завдання дослідження:

1. Здійснити теоретико-методологічний аналіз соціальних чинників як детермінант розвитку тривожних і депресивних симптомів у жінок.
2. Встановити рівень вираженості тривожних та депресивних симптомів у респонденток та порівняти з рівнем сприйнятого стресу.
3. Виявити взаємозв'язки між окремими соціальними чинниками та вираженістю симптомів тривожності й депресії.
4. Проаналізувати найбільш значущі соціальні чинники як предиктори розвитку тривожних і депресивних симптомів у жінок для обґрунтування напрямів психопрофілактичної роботи.

Об'єкт дослідження: емоційна сфера особистості.

Предмет дослідження: вплив соціальних чинників на тривожні та депресивні симптоми жінок.

Методи дослідження.

Для реалізації поставлених завдань було застосовано комплекс теоретичних, емпіричних та математико-статистичних методів наукового дослідження, що дозволяють забезпечити системний аналіз досліджуваних явищ.

Теоретичні: аналіз, синтез, узагальнення, систематизація наукових джерел із проблематики психічного здоров'я жінок.

Емпіричні:

- Depression Anxiety Stress Scale (DASS-21) для комплексної оцінки рівня депресії, тривожності та стресу (Галецька І., Кліманська М., Перун М.);
- «Шкала генералізованого тривожного розладу» (GAD-7) (Алексіна Н., Герасименко О., Лавриненко Д., Савченко О.);
- Patient Health Questionnaire (PHQ-9) (Широка А., Миколайчук М.);
- Тест на визначення рівня стресостійкості (Perceived Stress Scale, PSS-10) (Вельдбрехт О., Тавровецька Н.);
- Multidimensional Scale of Perceived Social Support – MSPSS (Мельник Ю., Стаднік А.);
- авторська анкета для встановлення демографічних даних, освітній та професійний статус, соціальна підтримка, соціальні стресори та події, гендерні та культурні чинники.

Математико-статистичні: перевірка надійності шкал за коефіцієнтом α Кронбаха, перевірка нормальності розподілу даних (критерій Шапіро-Вілка), описові статистики, непараметричні критерії порівняння груп (U-критерій Манна-Уїтні, критерій Краскела-Уолліса), кореляційний аналіз Спірмена, множинний лінійний регресійний аналіз, перевірка мультиколінеарності (VIF) та медіаційний аналіз.

Вибірка дослідження.

У дослідженні взяла участь 101 жінка віком від 18 до 76 років. Вибірку було сформовано серед українських жінок, які проживають як на території України, так і за кордоном. Усі респондентки брали участь добровільно, з дотриманням принципів анонімності та конфіденційності.

Наукова новизна роботи полягає в уточненні впливу соціальних чинників на тривожні та депресивні симптоми українських жінок в умовах воєнного часу та в поглибленні розуміння психологічних механізмів цього впливу. Зокрема, уточнено роль економічної нестабільності, соціальної підтримки, гендерних стереотипів і дискримінаційних практик у формуванні психоемоційного стану, а також виявлено прямі й опосередковані зв'язки цих чинників через механізм сприйнятого стресу. Отримані результати конкретизують наявні теоретичні положення та застосовуються до специфічного соціального контексту, характерного для сучасних умов в Україні.

Практичне значення.

Результати дослідження можуть бути застосовані у практиці психологічного консультування, а також інтегровані у програми психопрофілактики та психоосвіти, спрямовані на підтримку жінок у кризових життєвих ситуаціях. Отримані дані сприятимуть удосконаленню клініко-психологічних методик діагностики тривожних та депресивних розладів, та стануть науковою основою для розробки рекомендацій щодо мінімізації впливу негативних соціальних факторів на психоемоційний стан жінок.

Достовірність і обґрунтованість результатів забезпечується використанням валідних і надійних психометричних методик, застосуванням сучасних методів математико-статистичної обробки даних, а також достатнім обсягом вибірки.

Структура та обсяг роботи.

Кваліфікаційна робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел (89 найменувань, у тому числі 70 іноземною мовою) та 5 додатків. Обсяг основного тексту становить 84 сторінки, повний обсяг роботи – 112 сторінок.

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ВПЛИВУ СОЦІАЛЬНИХ ЧИННИКІВ НА ТРИВОЖНІ І ДЕПРЕСИВНІ СИМПТОМИ ЖІНОК

1.1. Психологічна характеристика тривожних і депресивних симптомів у сучасному науковому дискурсі

Тривожні та депресивні стани належать до найпоширеніших психічних розладів у сучасному світі, що визначає пріоритетність їхнього дослідження. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, лише депресією страждає близько 5.7% дорослого населення світу (World Health Organization, 2025). Дослідження підтверджують, що ці стани є не лише надзвичайно поширеними, але й часто коморбідними, причому встановлено, що вони вражають жінок значно частіше, ніж чоловіків (O'Brien & Bosak, 2025; World Health Organization, 2025).

Вивчення цих феноменів ускладнюється певною термінологічною плутаниною, оскільки поняття "тривога" та "депресія" часто використовуються для опису дуже широкого спектру явищ. Цей спектр простягається від тимчасових, адаптивних емоційних станів до стійких, клінічно діагностованих розладів, що значно погіршують функціонування (Царькова & Радченко, 2015). Для коректного аналізу нашої проблеми, першочергово необхідно чітко розмежувати ці фундаментальні поняття та визначити їх сучасну класифікацію, спираючись на актуальні наукові джерела.

Ключовим для початку є розрізнення понять «страх» та «тривога». Хоча в побутовому мовленні вони часто використовуються як синоніми, сучасні діагностичні системи наполягають на їх чіткому розмежуванні. Сучасна Міжнародна класифікація хвороб (МКХ-11) проводить чітку межу: страх визначається як емоційна реакція на сприйняту безпосередню загрозу в теперішньому часі. Натомість, тривога є більш орієнтованою на майбутнє,

посилаючись на сприйняту очікувану загрозу (World Health Organization, n.d.-a).

Інші дослідники доповнюють це визначення. Наприклад, страх часто описують як реакцію на конкретну, існуючу загрозу, тоді як тривожність (або тривога) – це стан неприємного передчуття без видимої причини. Існує також важливий погляд, що розмежовує ці поняття за природою загрози: страх пов'язаний з вітальною (життєвою) загрозою для організму, тоді як тривожність частіше виникає як реакція на соціальну чи особистісну загрозу, наприклад, загрозу цінностям, самооцінці чи статусу (Царькова & Радченко, 2015).

Не менш важливим є і наступне розмежування, яке є фундаментальним для психодіагностики: поділ тривожності на ситуативну (як стан) та особистісну (як риса). Ситуативна тривожність визначається як тимчасовий емоційний стан, що характеризується суб'єктивно пережитими емоціями напруги, занепокоєння та нервозності, що виникає як емоційна реакція на конкретну стресову ситуацію. Цей стан може бути адаптивним, оскільки, як зазначають дослідники, певний "оптимальний" або "корисний" рівень тривожності необхідний для мобілізації ресурсів особистості та ефективного пристосування до дійсності (Стрілецька, 2015).

Натомість, особистісна тривожність є стійкою індивідуальною характеристикою, тобто схильністю людини сприймати дуже широке коло ситуацій як загрозливі, особливо для її самооцінки та життєдіяльності (Ясточкіна, 2020). Саме надмірно високий рівень особистісної тривожності розглядається як дезадаптивна реакція і є фактором ризику для розвитку клінічних тривожних розладів.

Сучасні класифікаційні системи, зокрема актуальна для української клінічної практики МКХ-11 (ICD-11), розглядають депресивні та тривожні розлади як окремі діагностичні групи з чіткими критеріями.

Депресивні розлади в сучасних класифікаціях об'єднані наявністю «пригніченого настрою (наприклад, сумного, дратівливого, порожнього) або

втратою задоволення (ангедонією)» (World Health Organization, n.d.-b). Цей стан супроводжується іншими когнітивними та соматичними (або нейровегетативними) симптомами, такими як порушення сну та апетиту, втома, низька самооцінка, почуття провини, безнадія та труднощі з концентрацією уваги (Spytska, 2024; World Health Organization, 2025).

Для постановки діагнозу ці симптоми мають тривати щонайменше два тижні і призводити до значного дистресу або погіршення функціонування людини (World Health Organization, 2025). Окрім Великого депресивного розладу (MDD), до цієї категорії також належить, наприклад, Дистимічний розлад (або Персистуючий депресивний розлад), який визначається як більш хронічний, але менш інтенсивний стан апатії та пригніченого настрою, що триває щонайменше два роки (Spytska, 2024).

Хоча базові критерії депресії є універсальними, сучасні дослідження все частіше акцентують увагу на гендерних відмінностях у проявах симптомів. У жінок депресивні стани частіше супроводжуються не "класичною" втратою апетиту чи безсонням, а, навпаки, підвищеним апетитом, переїданням та надмірною сонливістю (гіперсомнією) (Simmons et al., 2016). Окрім цього, на емоційному рівні у жінок можуть бути більш виражені почуття провини, нікчемності та безнадії. Ключовою відмінністю також є унікальний зв'язок депресивних станів у жінок з гормональними коливаннями протягом життя. Дослідження виокремлюють специфічні вразливі періоди, такі як Передменструальний дисфоричний розлад (ПМДР), перименопауза (перехідний період до менопаузи), під час якого жінки можуть бути особливо чутливими до змін рівня естрогену та прогестерону (Schweizer-Schubert et al., 2021), а також перинатальний період (вагітність та перший рік після пологів) (Niel & Payne, 2020).

Нарешті, ці біологічні схильності тісно переплітаються з соціокультурними чинниками. Дослідження вказують, що жінки частіше беруть на себе роль доглядальників (за дітьми, літніми батьками,

партнерами), і цей стрес від догляду виступає значущим предиктором розвитку депресивних станів (Rajović & Milić, 2025).

Тривожні розлади, у свою чергу, є найпоширенішою групою психічних розладів (Roy-Byrne, 2015). Згідно з МКХ-11, до них належать, зокрема, Генералізований тривожний розлад (GAD), Панічний розлад, Агорафобія, Соціальний тривожний розлад та Специфічна фобія. Спільною рисою для всіх них є «надмірний страх та тривога» та пов'язані з ними поведінкові порушення, найчастіше – уникнення (World Health Organization, n.d.-a).

Ключовим моментом є те, що стимул (внутрішній чи зовнішній) викликає непропорційну тривожну реакцію, яка і є джерелом сильного дистресу та порушення функціонування (Maina et al., 2016). Наприклад, Генералізований тривожний розлад (GAD) характеризується надмірною, неконтрольованою тривогою щодо багатьох подій, яка триває щонайменше шість місяців і супроводжується вторинними симптомами, такими як м'язова напруга, швидка втома, проблеми зі сном та низька концентрація уваги (Spytska, 2024).

Подібно до депресії, прояви тривожних розладів також мають виражену гендерну специфіку. Дослідники пропонують розглядати цю проблему в контексті унікальних біологічних етапів життя жінки, пов'язуючи підвищену вразливість до тривоги з періодами значних гормональних коливань. До таких "вікон вразливості" належать пубертатний період, передменструальний цикл (що може проявлятися як ПМДД), а також вагітність, післяпологовий період та час перименопаузи. Вважається, що флуктуації статевих гормонів, таких як естроген та прогестерон, безпосередньо впливають на нейробіологічні системи, що регулюють настрій та реакцію на стрес (наприклад, систему ГАМК), роблячи жінок більш схильними до розвитку тривожних станів у ці конкретні періоди (Hantsoo & Erpperson, 2017). Варто зазначити, що ця біологічна схильність не існує у вакуумі. Оглядова праця (Hantsoo & Erpperson, 2017) підкреслює, що гормональні чинники потужно взаємодіють з іншими факторами ризику. Наприклад, генетична схильність до

тривожності та наявності стресових подій у ранньому житті можуть значно підсилити негативний вплив гормональних коливань. Це створює кумулятивний ефект, де біологічна вразливість (наприклад, під час перименопаузи) поєднується з психологічною (наприклад, минулими травмами), що значно підвищує ризик розвитку клінічного розладу.

На нейробиологічному рівні ці гендерні відмінності також пояснюються відмінностями у функціонуванні систем реагування на стрес. Зокрема, дослідження вказують на те, що вісь "гіпоталамус-гіпофіз-наднирники", яка є центральною системою стресової реакції організму, по-різному регулюється у чоловіків і жінок (Altemus et al., 2014). Вважається, що статеві гормони (особливо естроген) модулюють активність цієї осі, що може призводити до більш вираженої або тривалої реакції на стрес у жінок. Крім того, оглядові праці (Altemus et al., 2014) вказують на потенційно різну роль окситоцину: у жінок цей гормон, хоч і має загальний "заспокійливий" ефект, у контексті соціального стресу може парадоксально посилювати тривожність, пов'язану з міжособистісними стосунками, що є менш характерним для чоловіків.

Ця гендерна вразливість до афективних розладів, описана вище, посилюється центральною проблемою сучасного наукового дискурсу: надзвичайно високим рівнем коморбідності (одночасної наявності) тривожних та депресивних станів (Choi et al., 2020).

Дослідження показують, що таке поєднання є дуже поширеним синдромом. Більше того, коморбідність призводить до значно серйозніших порушень, важчого перебігу хвороби та вищого ризику суїцидальних думок, ніж при наявності лише одного з розладів (С. Chen, 2022). Деякі дослідники навіть вказують, що наявність тривожного розладу значно збільшує ймовірність подальшого розвитку депресії (Price et al., 2019). Цей тісний зв'язок також часто спостерігається з іншими станами, наприклад, з розладами сну, причому цей зв'язок є двонаправленим: дисомнії посилюють тривогу та депресію, а вони, в свою чергу, погіршують сон (Юр'єва & Лященко, 2020).

Це змушує дослідників ставити логічне питання: чи є ці розлади дійсно окремими, чи це прояви якогось спільного конструкту? Сучасні психологічні моделі допомагають знайти відповідь. Зокрема, когнітивно-поведінковий підхід, який довів свою високу ефективність у терапії (Clemente-Suárez, 2020), пояснює їх через «гіпотезу специфічності змісту» (content-specificity hypothesis), яку вперше запропонував А. Бек. Згідно з цією моделлю, депресія пов'язана з когнітивними спотвореннями (думками) на тему втрати та поразки, тоді як тривога – з думками про загрозу та небезпеку (Eysenck & Fajkowska, 2018).

Разом із цим, сучасні дослідження акцентують увагу на тому, що саме порушення емоційної регуляції та схильність до румінації виступають ключовими когнітивно-емоційними механізмами, які підтримують розвиток і взаємопідсилення тривожних та депресивних симптомів. Як показано у роботі Huang та співавторів (2019), нетерпимість до невизначеності провокує повторне обдумування негативних подій, що підсилює відчуття безпорадності й сприяє формуванню депресивного мислення. Подібні механізми властиві і тривозі, де гіперувага до потенційних загроз поєднується з труднощами когнітивного переключення, створюючи замкнене коло негативних очікувань і переживань. Таким чином, румінація та знижена емоційна гнучкість можуть розглядатися як спільна ланка, що пояснює високу коморбідність тривожних і депресивних станів (Huang et al., 2019).

Мабуть, найбільш повно коморбідність пояснює трипартитна модель, розроблена Кларком і Вотсоном. Згідно з нею, тривога та депресія мають спільний компонент – високий «негативний афект» (це загальний дистрес, дратівливість, нервозність, поганий сон). Саме через цей потужний спільний компонент стани так часто діагностуються разом (Eysenck & Fajkowska, 2018).

Однак вони мають і унікальні, специфічні риси. Депресія характеризується низьким «позитивним афектом». Це і є ангедонія – нездатність відчувати радість, задоволення, втрата інтересу та мотивації.

Тривога, навпаки, характеризується високим «фізіологічним збудженням». Це тілесні прояви, такі як прискорене серцебиття, тремтіння, задишка, запаморочення, сухість у роті, м'язова напруга (Eysenck & Fajkowska, 2018; World Health Organization, 2025).

Сукупність наведених підходів засвідчує, що жоден окремий рівень пояснення не може повністю охопити складність етіології тривожних і депресивних розладів. Це зумовлює потребу у більш інтегративному баченні, яке поєднує біологічні, психологічні та соціальні чинники. Саме таким підходом є біопсихосоціальна модель, що дедалі частіше використовується в сучасних дослідженнях афективних станів.

Сучасний підхід до розуміння афективних розладів ґрунтується на біопсихосоціальній моделі, що розглядає психічне здоров'я як результат взаємодії біологічних, психологічних і соціальних чинників. Така інтегративна перспектива дозволяє розглядати тривожність і депресію не як ізольовані феномени, а як багаторівневі процеси, де нейробиологічні зміни, когнітивні викривлення та соціальні стресори взаємно підсилюють один одного (L. H. Chen et al., 2023). На біологічному рівні це виявляється у дисбалансі нейромедіаторів (серотоніну, дофаміну, норадреналіну) та порушенні регуляції осі «гіпоталамус – гіпофіз – наднирники», що підвищує чутливість організму до стресу (Moncrieff et al., 2023). Психологічний рівень включає когнітивні спотворення, румінацію та емоційну дисрегуляцію, які підтримують тривожні й депресивні симптоми. Важливу роль відіграють також особистісні схильності, зокрема перфекціонізм, низька толерантність до невизначеності та підвищена самокритичність, що підсилюють схильність до негативного мислення й знижують ефективність адаптивних стратегій подолання. Водночас соціальний вимір охоплює широкий спектр контекстуальних впливів, від міжособистісних відносин і рівня соціальної підтримки до особливостей соціально-економічного середовища, які визначають умови формування психологічної стійкості та вразливості. Отже, біопсихосоціальна модель дозволяє розглядати афективні розлади як

результат дії взаємопов'язаних системних процесів, що відображають як індивідуальні, так і соціальні детермінанти психічного здоров'я (L. H. Chen et al., 2023).

1.2. Огляд соціально-економічних та соціокультурних чинників психічного здоров'я жінок

Психічне здоров'я жінок формується під впливом численних соціальних детермінант, що відображають нерівність можливостей, соціальні очікування, економічний тиск і культурні сценарії гендерних ролей. В останні десятиліття саме соціально-економічні та соціокультурні фактори визначають не лише рівень поширеності тривожних і депресивних симптомів серед жінок, а й специфіку їхнього перебігу, механізми подолання та доступ до допомоги (Kirkbride et al., 2024; Silva et al., 2016). Систематичні дослідження підтверджують, що жінки мають вищий ризик виникнення депресії та тривожності через поєднання соціальної вразливості, економічної нерівності, подвійного навантаження в роботі та сім'ї, а також через вплив культурних норм і медійних стереотипів, які задають стандарти поведінки та зовнішності (Kumar, 2025; Лозова & Шишко, 2021).

В українських дослідженнях також наголошується, що прагнення жінок відповідати соціальним очікуванням «успішності» у професійній, сімейній та особистісній сферах супроводжується хронічним внутрішнім напруженням і тривожністю, особливо в дорослому віці (Пелех & Волошок, 2024).

Серед основних соціально-економічних детермінант психічного здоров'я виділяють рівень доходу, освіти, професійного статусу, стабільність зайнятості та економічну безпеку. Низький соціально-економічний статус системно пов'язується з вищими показниками депресивних і тривожних симптомів, що зумовлено як об'єктивними обмеженнями ресурсів, так і суб'єктивним почуттям нестабільності та браком контролю над власним життям (Silva et al., 2016). Згідно з метааналізом Kirkbride (2024), соціальна нерівність залишається стійким предиктором розладів настрою, оскільки

економічна нестача спричиняє хронічний стрес, знижує когнітивні ресурси та формує відчуття безсилля, особливо серед жінок, які часто виконують роль основних доглядальниць у сім'ї (Kirkbride et al., 2024).

Проблема економічної вразливості жінок посилюється через структурні гендерні диспропорції на ринку праці. За даними Gurrinder Kumar (2025), жінки частіше працюють у низькооплачуваних секторах, стикаються з обмеженим доступом до кар'єрного зростання та фінансових ресурсів. Це створює додаткові джерела психологічного напруження: постійне відчуття недооцінки, професійної невпевненості, перевтоми, що з часом призводить до виснаження та афективних порушень (Kumar, 2025).

Пандемія COVID-19 стала каталізатором уже наявних гендерних диспропорцій у розподілі праці та відповідальності. Дослідження показують, що жінки, які поєднували дистанційну роботу з доглядом за дітьми та домашнім господарством, зазнавали значно більшого стресу, емоційного виснаження та почуття провини через неможливість відповідати очікуванням у всіх ролях одночасно. Таке подвійне навантаження не лише підвищувало ризик тривожних і депресивних проявів, а й виявило глибинну нерівність у соціальних очікуваннях щодо ролей жінки в сім'ї та професійній сфері (Arihla et al., 2024; Avery et al., 2021).

Особливої уваги заслуговує питання соціально-економічного статусу студенток і молодих жінок, які лише розпочинають професійну діяльність. Систематичний огляд *Association Between Socioeconomic Position and Depression, Anxiety and Eating Disorders in University Students* (Mac-Ginty et al., 2024) довів, що низький рівень матеріального забезпечення прямо корелює з високими рівнями тривожності та депресії. Додатковим чинником виступає соціальне порівняння: студентки з менш заможних родин частіше переживають сором, відчуття ізоляції та зниження самооцінки, що підсилює психоемоційний стрес (Mac-Ginty et al., 2024).

Важливим економічним предиктором є також поєднання оплачуваної та неоплачуваної праці. Традиційна модель, за якої жінка відповідає за побут і

виховання дітей навіть за умов повної зайнятості, призводить до хронічного перевантаження та дефіциту часу на відпочинок, соціальну взаємодію і самореалізацію. Домогосподарки, які не мають оплачуваної роботи, своєю чергою, стикаються з дефіцитом соціального визнання та обмеженими можливостями для самоствердження, що також негативно позначається на їхньому психічному благополуччю (Боднар, 2019).

Сучасні емпіричні дослідження підтверджують, що жінки, які поєднують професійні обов'язки з доглядом за сім'єю, частіше відчують емоційне виснаження та тривожність. Зокрема, результати дослідження про взаємозв'язок між балансом роботи та особистого життя і психічним благополуччям жінок (Vhutali, 2025) свідчать, що порушення цього балансу є значущим фактором ризику для психічного здоров'я, сприяє зниженню концентрації, мотивації та задоволення від праці. Автор наголошує, що стрес, пов'язаний із робочими перевантаженнями та відсутністю підтримки вдома чи в колективі, накопичується поступово й призводить до симптомів емоційного вигорання та депресії.

Проблема нерівності оплати праці та гендерного розриву в доходах тісно пов'язана з феноменом економічного стресу. Дослідження показують, що фінансова нерівність не лише обмежує економічні можливості жінок, але й має виражений психологічний ефект. Так, Platt та співавтори виявили, що жінки, які заробляють менше за чоловіків із подібним рівнем освіти та кваліфікації, частіше повідомляють про депресивні симптоми та тривожність. Автори пояснюють це не лише матеріальними труднощами, а й соціальними механізмами дискримінації, які підривають почуття справедливості, самоповагу та контроль над життям, створюючи хронічний психологічний тиск (Platt et al., 2016).

Важливою складовою соціально-економічної вразливості є дискримінація на робочому місці, яка має як прямий, так і опосередкований вплив на психічне здоров'я. Згідно з даними змішаних досліджень жінки, які зазнають гендерної нерівності у професійному середовищі, демонструють

значно вищі рівні тривоги, депресії та соматичних скарг. Цей зв'язок посилюється, коли дискримінація поєднується з низьким рівнем соціальної підтримки в колективі або з дефіцитом можливостей для кар'єрного розвитку (Hennein et al., 2023; Kim et al., 2022). Подібні висновки отримані й у масштабному когортному дослідженні (Hackett et al., 2019), яке довело, що регулярне переживання гендерної упередженості в роботі має кумулятивний ефект і збільшує ризик афективних розладів навіть у довгостроковій перспективі.

Соціальні детермінанти нерівності охоплюють також рольові очікування та суспільний тиск, які змушують жінок балансувати між суперечливими вимогами професійної самореалізації та виконанням традиційних сімейних функцій. Невідповідність між особистими цілями та соціально схваленими ролями часто призводить до внутрішнього конфлікту, який проявляється у хронічному почутті провини, самокритиці та незадоволеності життям (Лозова & Шишко, 2021). Дослідження Gurpinder Kumar (2025) вказує, що цей конфлікт особливо гостро переживають жінки середнього віку, які водночас піклуються про дітей і батьків, несучи так званий подвійний тягар догляду (Kumar, 2025).

Загалом соціально-економічні чинники формують підґрунтя для розвитку психічних розладів у жінок через поєднання хронічного стресу, дефіциту соціальної підтримки, фінансової нестабільності та соціального тиску. Водночас ці процеси невіддільні від ширшого соціокультурного контексту, який визначає уявлення про жіночу роль, стандарти успіху, тілесності та поведінки.

Соціокультурні чинники відіграють не менш значущу роль у формуванні психічного благополуччя жінок, оскільки саме вони визначають, які соціальні ролі, норми й очікування вважаються прийнятними або «належними». Дослідження підтверджують, що гендерні стереотипи, культурні установки та медійні образи жінок мають прямий зв'язок із

підвищеною тривожністю, депресією та низькою самооцінкою (Kumar, 2025; Лозова & Шишко, 2021).

Ключовими соціокультурними предикторами є гендерна дискримінація, об'єктивація тіла, тиск стандартів краси, а також соціальні очікування щодо виконання множинних ролей – професійної, материнської, партнерської. Як зазначає Silva та співавтори, культурні моделі, які нав'язують жінкам необхідність відповідати ідеалам «успішності» у всіх сферах, провокують хронічний стрес і внутрішній конфлікт між власними бажаннями та суспільними вимогами (Silva et al., 2016).

Стереотипи щодо «жіночої емоційності» або «слабкості» не лише знецінюють емоційний досвід, а й перешкоджають зверненню по психологічну допомогу. У роботі Лозової та Шишко підкреслено, що культурний сценарій «жертвності» змушує багатьох жінок придушувати негативні емоції, що підвищує ризик розвитку соматизованих форм тривоги й депресії (Лозова & Шишко, 2021).

Важливим фактором є вплив медіа. Систематичний огляд *Gender and Media Representations: A Review of the Literature on Gender Stereotypes, Objectification and Sexualization* (Santonico et al., 2023) показує, що сексуалізоване зображення жінок у рекламі, кіно та соціальних мережах формує нереалістичні стандарти привабливості, підвищує незадоволеність тілом і сприяє розвитку депресивних симптомів, особливо серед молодих дівчат. Автори наголошують, що об'єктивація жінок у медіа призводить до так званої «самооб'єктивації» – постійного самоконтролю зовнішності, що створює психологічну напругу й погіршує емоційне благополуччя.

У дослідженні Tian (2023) підкреслено, що соціальні мережі підсилюють цей ефект через постійне порівняння себе з ідеалізованими зображеннями. Жінки, які активно користуються платформами на кшталт Instagram, частіше демонструють симптоми тривожності, депресії та розладів харчової поведінки (Tian, 2023). Подібні результати отримано у систематичному огляді Lopes та співавторів (2022), де виявлено, що частота

користування соціальними мережами корелює з підвищенням показників тривожності, особливо у жінок із низькою самооцінкою та високим рівнем соціального порівняння (Lopes et al., 2022). Дослідження You та Kwon (2024) пояснює, чому виникає ця кореляція, доводячи, що зв'язок між використанням соцмереж і проблемами психічного здоров'я не є прямим, а натомість опосередкований механізмами самооб'єктивації. Автори показують, що саме звичка до «спостереження за тілом» (body surveillance), тобто звичкою постійно моніторити власну зовнішність та почуття «тілесного сорому» (body shame), які посилюються соцмережами, стають ключовими посередниками, що безпосередньо призводять до депресії, низької самооцінки та розладів харчування (You & Kwon, 2025).

Ці закономірності підтверджуються і в роботі Liu та співавторів (2024), яка демонструє, що надмірне занурення в онлайн-комунікацію посилює почуття ізольованості, страх втрати соціального схвалення та загальну залежність від зовнішньої оцінки. Автори підкреслюють, що таке постійне середовище соціального порівняння створює значне навантаження на емоційну сферу. Воно сприяє формуванню перфекціонізму та хронічного незадоволення собою і власним життям, яке неминуче програє в порівнянні з тими ідеалізованими образами та «картинками успіху», що транслюються онлайн (Liu et al., 2024).

Соціокультурні норми також визначають ставлення до материнства і професійної ролі жінки. У традиційних суспільствах очікується, що жінка реалізує себе передусім у сім'ї, тоді як професійні амбіції часто сприймаються як другорядні. Цей тиск породжує внутрішню амбівалентність: бажання поєднати кар'єру і сім'ю вступає у суперечність із соціальними уявленнями про «правильну» жіночність (Лозова & Шишко, 2021). З іншого боку, дослідження Delgado-Herrera та співавторів (2024) демонструють парадоксальний, на перший погляд, результат: хоча жінки з традиційними поглядами на гендерні ролі мали нижчі показники тривожності, саме жінки з нетрадиційними поглядами демонстрували вищий рівень депресії. Це

підтверджує, що проблемою є не самі погляди, а конфлікт між ідентичністю жінки та тиском традиційного суспільства, в якому вона змушена жити (Delgado-Herrera et al., 2024).

Жінки часто виявляють підвищену чутливість до соціального осуду та оцінки, що може спричиняти зростання рівня тривожності. Невідповідність очікуванням суспільства стає додатковим джерелом емоційного напруження, особливо у випадках, коли йдеться про стереотипи, пов'язані з віком, зовнішністю чи сімейним статусом (Лозова & Шишко, 2021).

Не менш важливим чинником є досвід соціальної дискримінації та мізогінії. Систематичне переживання упередженого ставлення не лише у професійній сфері, а й у щоденній взаємодії посилює ризик розвитку депресивних симптомів. Психологічним наслідком цього зовнішнього тиску часто стає інтерналізована мізогінія – механізм, при якому жінки засвоюють сексистські переконання та починають застосовувати їх до себе та інших жінок. Саме ця інтерналізація перетворює системне гноблення на клінічно значущий феномен, що безпосередньо проявляється у хронічному соромі, перфекціонізмі, емоційному придушенні та самозвинуваченні (Ulman, 2025). У цьому контексті критично важливо враховувати і перетин (інтерсекційність) кількох форм дискримінації: наприклад, тиск патріархату посилюється через норми кастової системи, колоризм (дискримінацію за кольором шкіри) чи вимоги «респектабельності». Таке поєднання створює кумулятивний ефект емоційного виснаження (Hackett et al., 2019).

Додатковим джерелом психоемоційного навантаження виступає культурний тиск зовнішніх стандартів, які зумовлюють очікування «ідеальної» зовнішності та постійного самовдосконалення. Інтеріоризація цих норм призводить до хронічного відчуття незадоволеності собою, що є типовим для депресивного мислення. Постійна оцінка власного тіла як «об'єкта погляду іншого» викликає стійке почуття тривоги та сорому, що має безпосередній зв'язок із формуванням низької самооцінки (Silva et al., 2016).

Цей «погляд іншого» є прямим проявом «чоловічого погляду» (male gaze) – культурного механізму, який підсилюється через постійну об'єктивацію та сексуалізацію жінок у соціальних мережах, щоденних розмовах і, що особливо небезпечно, у робочому середовищі. Саме там жінку часто оцінюють передусім за зовнішністю, а не за професійними якостями, що підвищує ризики домагань. Внаслідок цього жінки звикають до патологічної самооб'єктивації – звички постійно оцінювати себе очима гіпотетичної чоловічої аудиторії. Психологічним наслідком цього стає не лише тривога чи тілесний сором, а й глибоке «розчинення суб'єктності»: жінка втрачає здатність формувати цінності незалежно від зовнішньої оцінки, що негативно позначається на її цілісному особистісному розвитку (Chen, 2025).

Сукупно соціокультурні фактори створюють складну мережу психологічного тиску, що впливає на самосприйняття, поведінкові стратегії та рівень психічного благополуччя жінок. Об'єктивація, стереотипізація, рольові конфлікти та вплив соціальних мереж діють синергійно, підтримуючи цикли емоційної вразливості та самообмеження. Саме тому глибоке розуміння цього контексту є ключовою передумовою для повноцінного наукового аналізу причин жіночої тривожності й депресивності, що враховує реальні соціальні умови її життя.

1.3. Вплив екстремальних соціальних стресорів та роль соціальної підтримки як буферного фактору

Війна є екстремальною колективною травматичною подією, що виходить за межі звичного людського досвіду й виступає «ідеальним інкубатором» для зростання тягаря психічних розладів у суспільстві. Її вплив має комплексний характер і поширюється не лише на безпосередню зону бойових дій, а й на тих, хто був змушений покинути домівку або переїхати до безпечніших регіонів (Хаустова, 2022).

Систематичний огляд гендерно-чутливих досліджень, проведених під час поточної російсько-української війни, підтверджує, що жінки є однією з найбільш уразливих груп. Вони стикаються з підвищеним ризиком розвитку психологічних розладів порівняно з чоловіками (Tessitore et al., 2025). Патріархальні структури, що історично маргіналізували жінок у прийнятті рішень щодо війни та миру, водночас роблять їх найбільшими жертвами конфлікту. Жінки непропорційно страждають від таких наслідків, як сексуальне насильство, торгівля людьми, вимушене переміщення, біженство, посилення економічного тягаря, продовольча небезпека та безробіття (Al Oraimi & Antwi-Boateng, 2023). Жінки також зазнають унікальних психосоціальних викликів, включаючи підвищений ризик насильства, експлуатації, бідності, а також труднощі з доступом до медичних послуг та правового захисту (Snoubar, 2023).

Вплив війни не є монолітним; він складається з кумулятивного ефекту множинних соціальних стресорів, які діють одночасно та взаємопідсилюються (Schwarzer, 2024). Для глибокого розуміння цього кумулятивного ефекту, розглянемо кожен з цих категорій стресорів детальніше, спираючись на емпіричні дані.

Насамперед, це пряма травматизація через психотравмуючі воєнні події. Дослідження жінок, які проживають на деокупованих територіях, демонструє тотальний характер цієї травматизації: 100% респонденток чули вибухи, 80% перебували в окупації до моменту звільнення, 78% спостерігали військову техніку на вулицях, 74% стикалися з грубістю з боку військових, а 36% були свідками катувань чи фізичних знущань над іншими людьми (Kateryna & Daruha, 2025).

Другим потужним стресором є вимушене переміщення, що несе гострі соціально-економічні наслідки. Жінки та діти складають абсолютну більшість (близько 90%) серед біженців та значну частину внутрішньо переміщених осіб (ВПО) (Al Oraimi & Antwi-Boateng, 2023). Цей процес пов'язаний з раптовою втратою дому, роботи, фінансової стабільності та

звичного соціального оточення. Дослідження українських жінок-ВПО (після 2022 року) засвідчило різке погіршення їхнього матеріального становища: 45.8% жінок втратили робоче місце, а рівень безробіття серед них зріс у шість разів (Гуляєва, 2023). Ще дослідження 2017 року, яке порівнювало жінок-ВПО (внаслідок АТО) та дружин військовослужбовців, показало, що вимушено переміщені жінки мали значно вищі показники тривожно-депресивної симптоматики через формування «комплексу взаємопов'язаних симптомів вимушеного переселення» (Шпильовий, 2017).

Досвід біженства також супроводжується множинними стресорами. Емпіричне дослідження українських жінок-біженок визначило п'ять основних ситуацій, що викликали найсильніші переживання: 1) війна як така (94.7%), 2) небезпека для рідних та близьких (89.3%), 3) фінансові та майнові втрати (68.5%), 4) конфлікти з оточенням (57.9%) та 5) звільнення з роботи (24.1%) (Khadzhyradieva, 2023).

На додаток до загальних стресорів, жінки стикаються зі специфічними гендерними загрозами. Сексуальне насильство, пов'язане з конфліктом (СНПК), ідентифікується як цілеспрямована військова стратегія (Al Ograimi & Antwi-Boateng, 2023). Травма від СНПК посилюється вторинною віктимізацією через соціальну стигматизацію: постраждалі часто бояться осуду, звинувачення жертви (блеймінг) та сорому для родини (шеймінг), що перешкоджає зверненню по правову та психологічну допомогу (Hupalovska, 2024). Дослідження гендерних відмінностей у травмі підтверджують, що жінки загалом частіше зазнають саме міжособистісної травми (сексуальне та фізичне насилля), яка має особливо сильний зв'язок із розвитком депресії, тривоги та стресу (Schneider et al., 2025).

Вразливість певних груп жінок посилюється через поєднання екстремальних соціальних стресорів із фізіологічно чутливими станами. Зокрема, систематичний огляд гендерних досліджень війни ідентифікує досвід вагітності та післяпологовий період під час війни як час «подвійної вразливості». Автори уточнюють, що ця вразливість стосується насамперед

психічного здоров'я: вагітні жінки та молоді матері стикаються зі значно вищим ризиком розвитку депресії, тривоги та ПТСР, який суттєво посилюється стресом війни (Tessitore et al., 2025).

Це інтенсивне психоемоційне напруження, в свою чергу, має прямі соматичні наслідки. Дослідження психологічного стану вагітних жінок в умовах війни в Україні виявило, що підвищений рівень стресу та тривожності призводить до фізіологічних ускладнень, зокрема до підвищення рівня кортизолу. Це збільшує ризик передчасних пологів та народження дітей з низькою вагою (Матохнюк & Оверчук, 2024).

Цей зв'язок поширюється і на жінок репродуктивного віку загалом. Клінічне дослідження жінок в Харкові впродовж 2023-2024 років виявило значущий зв'язок між хронічним психоемоційним напруженням та порушеннями менструального циклу, такими як аменорея, гіпоменорея та альгодисменорея (Козуб et al., 2025). Автори пояснюють це стрес-індукованим гормональним дисбалансом, зокрема підвищенням рівнів пролактину та кортизолу, що свідчить про глибоке пригнічення репродуктивної функції на тлі стресу. Вплив мають навіть специфічні бойові травми, які раніше не асоціювалися з гінекологією. Окреме дослідження продемонструвало зв'язок між бойовими контузіями (легкими черепно-мозковими травмами) та погіршенням репродуктивного здоров'я. Як у жінок-військовослужбовців, так і у цивільних жінок з деокупованих територій, наявність постконтузійного синдрому була пов'язана з вищою ймовірністю патологій структури ендометрію та довшою тривалістю безпліддя (Serbeniuk et al., 2023).

Ще одним потужним щоденним стресором для українців є негативний інформаційний потік. Дослідження українських студентів під час воєнного стану показало, що більшість (70%) відчуває тривогу під час перегляду новин, 60% – гнів, 55% – апатію. Це супроводжується фізичними симптомами та призводить до зниження мотивації до навчання та іншої діяльності (Хоменко-Семенова & Прохоренко, 2022).

Наслідки цих кумулятивних стресорів для психічного здоров'я є тяжкими та поширеними. Дослідження цивільного населення України кількісно оцінило тягар психічних розладів (вимірний у роках життя з поправкою на непрацездатність, DALYs) і виявило, що депресія, а за нею ПТСР та тривожність, створюють найбільше навантаження. Це дослідження чітко встановило, що тягар психічних розладів є «стабільно вищим серед жінок» (Baumer et al., 2025). Це підтверджується і в польових дослідженнях: серед жінок з деокупованого Гостомеля 64% мали симптоми тривожності, 44% – симптоми ПТСР, а 76% – проблеми із вживанням алкоголю (Kateryna & Daruha, 2025). Жінки, які є біженками або ВПО, демонструють особливо високі показники стресу (43% вибірки), фрустрації (22%), тривожності (20%) та високий рівень самотності (Khadzhyradieva, 2023; Хараджи & Федоренко, 2024).

Крос-національне дослідження Reznik (2025) та співавторів, що порівнювало українських та ізраїльських жінок під час війни, виявило специфічні патерни дистресу. Хоча в ізраїльській вибірці рівні депресії були вищими, саме українські жінки повідомляли про значно більшу самотність, вищий рівень вживання психоактивних речовин та більш виражене загальне психоемоційне погіршення (Reznik et al., 2025).

Якщо ж розглядати безпосередньо гендерні відмінності у проявах наслідків травми, то дослідження в інших військових контекстах також показують специфічні патерни. Наприклад, дослідження ветеранів, що брали участь у війні в Афганістані Rønning (2024) та співавторів, вказує, що жінки частіше повідомляють про інтерналізовані симптоми (дистрес, тривога, безсоння), тоді як чоловіки – про екстерналізовані (зокрема, проблеми з алкоголем). Цікаво, що у жінок-ветеранів у цьому дослідженні наявність клінічних проблем із психічним здоров'ям була пов'язана з меншим рівнем безпосередньої бойової травми, ніж у чоловіків. Це може свідчити про те, що на психічне здоров'я жінок-військових сильніше впливають інші стресори, окрім прямого бою (Rønning et al., 2024).

Подібна підвищена вразливість до стресорів, не пов'язаних безпосередньо з бойовими діями, характерна і для цивільних жінок, які зазнали вимушеного переміщення. Для них ключовими стресорами та водночас наслідками травми стають самотність та соціальна ізоляція. Систематичний огляд досліджень біженців показав, що самотність та ізоляція тісно пов'язані з депресією, ПТСР та загальним психологічним дистресом. Це ж дослідження визначило жіночу стать та материнство (особливо для жінок, що виховують дітей без підтримки розширеної родини) як значущі фактори ризику самотності та ізоляції (Nguyen et al., 2024).

В умовах, коли стресори носять хронічний характер, а внутрішні ресурси особистості, такі як самоефективність, виснажуються, ключову роль захисного механізму відіграють зовнішні ресурси (Schwarzer, 2024). Найважливішим серед цих ресурсів є соціальна підтримка.

Теоретично, соціальна підтримка діє як «буферний фактор», що пом'якшує (буферизує) негативний вплив стресорів на психічне здоров'я. Ця «гіпотеза буферизації стресу» (stress-buffering hypothesis) стверджує, що чим більше соціальної підтримки (від родини, друзів та близьких осіб) отримує індивід, тим кращим є його загальне психічне та фізичне здоров'я (Bekiros et al., 2022).

Численні емпіричні дослідження підтверджують цей зв'язок. Дослідження Lahoty & Meena (2025) виявило сильний негативний зв'язок між соціальною підтримкою та депресією ($r = -.65$) і тривогою ($r = -.58$). Соціальна підтримка виявилась значущим предиктором, пояснюючи 42% варіативності у симптомах депресії та 33.5% у симптомах тривоги (Lahoty & Meena, 2025). Дослідження українських студентів-ВПО також виявило сильні негативні кореляції між тривожністю та всіма складовими психологічного благополуччя, включно з позитивними стосунками з оточуючими (Чуйко & Колтунович, 2024).

Механізм цього захисного впливу, згідно з теорією стресу та подолання (Lazarus and Folkman), полягає в тому, що соціальна підтримка впливає на

когнітивну оцінку ситуації. Дослідження Асоба (2024) показало, що соціальна підтримка (особливо від сім'ї та близької особи) опосередковує зв'язок зі здоров'ям: вона знижує рівень сприйнятого стресу, і саме це зниження, у свою чергу, призводить до зменшення тривоги та депресії (Асоба, 2024).

Ця залежність підтверджується в умовах війни. Дослідження українців (ВПО та біженців) через рік після повномасштабного вторгнення показало, що соціальна підтримка має прямий позитивний ефект на стійкість (resilience) та емоційний стан, причому підтримка сім'ї виявилася найбільш впливовим предиктором (Moret-Tatay et al., 2024). Дослідження сирійських біженців, які пережили тортури, також виявило, що соціальна підтримка діє як медіатор, який значуще послаблює зв'язок між травмою та розвитком ПТСР (Gottvall et al., 2019). Інше дослідження сирійських жінок-біженок підтвердило, що соціальна підтримка (особливо від друзів) мала значний негативний зв'язок із симптомами емоційного дистресу (Kheirallah et al., 2022).

Роль соціальної підтримки як буферного фактору має виражену гендерну специфіку. Жінки інакше, ніж чоловіки, сприймають та використовують соціальні зв'язки для подолання стресу. Класична теорія «Tend and Befriend» припускає, що жіноча біоповедінкова реакція на стрес, на відміну від класичної чоловічої реакції «бий або біжи», еволюційно спрямована на пошук та плекання соціальної близькості (Kneavel, 2021).

Емпіричні дані це підтверджують: хоча жінки часто повідомляють про вищий рівень стресу, вони також стабільно демонструють наявність більших та якісніших мереж соціальної підтримки (Kneavel, 2021). Лонгітюдне дослідження Zhang & Chen (2025) також підтвердило, що жінки сприймали значно вищий рівень соціальної підтримки, ніж чоловіки (Y. Zhang & Chen, 2025). Дослідження, що аналізує гендерно-специфічні психосоціальні шляхи, також підкреслює важливість вивчення соціальної підтримки як ключового фактора у розвитку депресії та тривоги у жінок (H. Zhang et al., 2025).

Проте, в умовах пролонгованої колективної травми, якою є війна, захисна функція соціальної підтримки може давати збій або навіть мати парадоксальний негативний ефект. По-перше, згідно з «моделлю ерозії» (erosion model), хронічний стрес та його наслідки (депресія, ПТСР) здатні поступово «роз'їдати» та виснажувати доступні соціальні ресурси (Schwarzer, 2024). Лонгітюдне дослідження українців показало, що хоча позитивні та негативні індикатори психічного здоров'я стабільні, самі показники стійкості та самоефективності з часом дещо знизилися, що вказує на виснаження ресурсів (Kokun, 2025).

По-друге, дослідження українських студентів під час війни (Palace et al., 2024) виявило так званий «ефект погіршення від спільного стресу війни» (war stress sharing deterioration effect). Коли підтримка надходить від найближчого оточення (сім'ї та друзів), які самі перебувають у тій же травматичній реальності, «взаємний обмін досвідом війни» може, навпаки, посилювати пери-травматичні переживання. У цьому дослідженні сприйнята соціальна підтримка негативно корелювала з симптомами ПТСР (тобто, захищала), але водночас позитивно корелювала з пери-травматичними переживаннями (тобто, посилювала їх).

По-третє, якщо підтримка є невідповідною типу стресора («mismatched support») або сприймається як неефективна, вона не виконує буферної функції. Лонгітюдне дослідження Zhang & Chen (2025), що проводилося у три етапи (або «хвилі» – W1, W2, W3), показало, що на початковому етапі (W1) соціальна підтримка дійсно знижувала рівень негативних емоцій (W2). Однак, коли рівень стресу зріс, а підтримка виявилася неефективною, це призвело до подальшого зростання негативних емоцій (W3) та, як наслідок, до зниження як стійкості, так і майбутнього сприйняття соціальної підтримки (Y. Zhang & Chen, 2025).

Ці механізми ерозії особливо небезпечні для жінок, які стали ВПО або біженками. Розлука з сім'єю, що є найпоширенішим наслідком переміщення, визначається як ключовий фактор ризику соціальної ізоляції та самотності

(Nguyen et al., 2024). Це руйнує саме той ресурс, який є найбільш впливовим предиктором емоційного стану для жінок, – підтримку родини (Moret-Tatauy et al., 2024). Більшість жінок-біженок (68.7%) не зверталися за професійною психологічною допомогою, а покладалися на власні сили або на підтримку друзів та інтернету (Khadzhyradieva, 2023). Таким чином, в умовах війни жінки стикаються з подвійним ударом: зростанням екстремальних соціальних стресорів та одночасним виснаженням або руйнуванням їхнього головного захисного механізму – соціальної підтримки.

Висновки до розділу 1

Аналіз наукової літератури свідчить, що серед усього спектра порушень психічного здоров'я саме тривожні та депресивні стани є найбільш поширеними. При цьому простежується чітка закономірність: жінки стикаються з цими розладами значно частіше, ніж чоловіки. Ця вразливість має складну природу і формується не лише під впливом біологічних особливостей, а й, значною мірою, через специфічний соціальний контекст та умови життя, що визначають психологічне благополуччя жінки.

Ключову роль у формуванні такого стану відіграють соціально-економічні та культурні обставини. Зокрема, фінансова нестабільність, нерівні можливості на ринку праці та низький економічний статус діють як потужні стресори. Ситуацію ускладнює феномен «подвійної зайнятості», коли необхідність поєднувати професійну реалізацію з неоплачуваною домашньою працею виснажує ресурси та провокує хронічний стрес. Додатковий тиск створюють соціокультурні фактори: трансляція нереалістичних стандартів краси, об'єктивація та рольові конфлікти, що виникають через неможливість відповідати суперечливим очікуванням суспільства.

Реалії війни трансформують цей фон, додаючи до нього екстремальні загрози. Пряма небезпека для життя, втрата домівки, вимушене переміщення та руйнування звичних соціальних зв'язків створюють кумулятивний ефект,

що стає каталізатором для стрімкого зростання випадків ПТСР, депресії та тривожних розладів. Крім того, хронічний стрес воєнного часу має деструктивний вплив і на соматичне здоров'я, зокрема репродуктивну функцію. Особливого занепокоєння потребує стан вагітних жінок та молодих матерів, які в умовах війни опиняються у ситуації «подвійної вразливості».

У таких критичних обставинах соціальна підтримка могла б відігравати роль надійного буфера, знижуючи рівень сприйнятого стресу та пом'якшуючи його негативний вплив. Проте тривала колективна травма часто призводить до ерозії цього ресурсу: фізична розлука з родиною, неможливість отримати допомогу або її невідповідність актуальним потребам можуть нівелювати захисний ефект підтримки, а іноді й поглиблювати дистрес.

Отже, огляд наукових джерел демонструє, що вплив соціальних факторів на психічне здоров'я жінки не є лінійним процесом. Він опосередковується тим, як саме особистість оцінює ситуацію, та модерується наявними ресурсами адаптації.

РОЗДІЛ 2. МЕТОДОЛОГІЯ ТА ОРГАНІЗАЦІЯ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ВПЛИВУ СОЦІАЛЬНИХ ЧИННИКІВ НА ТРИВОЖНІ ТА ДЕПРЕСИВНІ СИМПТОМИ ЖІНОК

2.1. Концептуальна модель, дизайн та етапи дослідження

Вплив соціальних чинників на розвиток тривожних і депресивних симптомів жінок у даній роботі розглядається крізь призму сучасних емпіричних підходів до вивчення стресу та адаптації. Аналіз наукових джерел дозволив сформувавши інтегровану модель, у якій психоемоційні порушення інтерпретуються не як прямий наслідок подій, а як результат складної взаємодії між зовнішніми стресорами, їх суб'єктивним сприйняттям та наявними ресурсами підтримки.

Концептуальна модель дослідження ґрунтується на припущенні, що соціальні чинники (економічна нестабільність, рольовий конфлікт, гендерні стереотипи, мізогінія, об'єктивація, інформаційний тиск, травматичні події війни, вимушена міграція, переживання небезпеки, самотність та ін.) виступають первинними стресорами (незалежними змінними). Згідно з даними систематичних оглядів (Snoubar, 2023; Tessitore et al., 2025), ці чинники створюють кумулятивне навантаження, що впливає на емоційний стан жінок.

Ключовим елементом моделі є механізм опосередкування. Спираючись на результати дослідження Асоба (2024), у моделі визначено, що вплив зовнішніх обставин на психічне здоров'я реалізується через когнітивну оцінку ситуації, яка відображається у показнику сприйнятого стресу (за методикою PSS-10). Саме сприйнятий стрес виступає медіатором (посередником): соціальні стресори підвищують рівень суб'єктивного стресу, а він, у свою чергу, безпосередньо призводить до зростання симптомів тривоги та депресії (залежні змінні).

Водночас соціальна підтримка в моделі розглядається як ключовий ресурсний фактор. Відповідно до «гіпотези буферизації стресу», описаної у

роботах Bekiros (2022) та співавторів і Schwarzer (2024), соціальна підтримка діє як модератор (буфер). Припускається, що високий рівень підтримки здатен послаблювати негативний вплив стресорів та знижувати рівень сприйнятого стресу, тим самим захищаючи ментальне здоров'я навіть у складних умовах.

Таким чином, у концептуальній структурі дослідження виокремлено такі ключові компоненти:

- Соціальні чинники та стресори (як незалежні змінні).
- Сприйнятий стрес (як медіатор).
- Рівень соціальної підтримки (як ресурсний буферний чинник).
- Прояви тривожності, депресивності та дистресу (як залежні змінні).

Виходячи з теоретичних положень та розробленої моделі, було сформульовано низку дослідницьких гіпотез:

- H1: Існує значущий позитивний зв'язок між рівнем сприйнятих соціальних стресорів та рівнями тривоги і депресії у жінок.
- H2: Існує значущий негативний зв'язок між рівнем сприйнятої соціальної підтримки та рівнями тривоги і депресії (вищим показникам підтримки відповідають нижчі показники розладів).
- H3 (Основна гіпотеза): Соціальні чинники (зокрема, сприйнята соціальна підтримка та соціальні стресори) виступають значущими предикторами, що пояснюють варіативність тривожних та депресивних симптомів.
- H4 (Медіаційна гіпотеза): Вплив соціальних стресорів та соціальної підтримки на рівні тривоги та депресії є частково опосередкованим рівнем сприйнятого стресу.

Дослідження сплановано як кількісне, неекспериментальне, кореляційно-регресійне, проведене методом поперечного зрізу (cross-sectional). Кількісний підхід зумовлений необхідністю статистичного

вимірювання та аналізу зв'язків між психологічними конструктами. Неекспериментальний дизайн обрано задля фіксації існуючого стану респонденток без маніпуляції змінними. Кореляційний дизайн дозволяє встановити наявність, силу та напрямок зв'язків між досліджуваними змінними. Метод поперечного зрізу передбачає одномоментне вимірювання всіх показників у досліджуваній вибірці.

Для перевірки гіпотез про вплив та прогнозу здатність чинників передбачено використання множинного регресійного аналізу, а також кореляційного аналізу для визначення сили зв'язків.

Організація та проведення емпіричного дослідження відбувалися відповідно до розробленого плану, що передбачав реалізацію чотирьох послідовних етапів. Зміст та завдання кожного етапу представлено у Таблиці 2.1.

Таблиця 2.1

Етапи дослідження

№	Етап дослідження	Зміст та основні завдання етапу
1	Теоретико-методологічний	Здійснено аналіз наукової літератури за темою дослідження, визначено ключові поняття (депресія, тривога, соціальні чинники, стрес) та обґрунтовано актуальність теми. За результатами аналізу сформульовано теоретичні засади дослідження, які узагальнено у 1 розділі.
2	Підготовчий (організаційний)	Розроблено концептуальну модель та дизайн дослідження, сформульовано дослідницькі гіпотези. Створено авторську анкету для оцінки соціальних чинників, здійснено відбір та адаптацію психодіагностичного інструментарію

		(DASS-21, GAD-7, PHQ-9, PSS-10, MSPSS) та сформовано онлайн-опитувальник на платформі Google Forms.
3	Емпіричний (польовий)	Проведено онлайн-опитування серед цільової вибірки жінок. Здійснювався моніторинг процесу збору даних та контроль якості заповнення анкет, за результатами чого було сформовано масив первинних емпіричних даних для подальшого аналізу.
4	Аналітико-інтерпретаційний	Проведено експорт та первинну очистку даних, розраховано описові статистики. Здійснено кореляційний та множинний регресійний аналіз для перевірки гіпотез. Проведено інтерпретацію отриманих результатів, сформульовано висновки та розроблено практичні рекомендації, що висвітлено у 3 розділі.

2.2. Обґрунтування комплексу психодіагностичних методик та методів статистичного аналізу даних

Для емпіричної перевірки гіпотез та кількісної оцінки змінних, визначених у концептуальній моделі, було сформовано комплекс психодіагностичного інструментарію. До його складу увійшли одна авторська анкета для оцінки соціальних чинників (Додаток А) та п'ять стандартизованих клінічних методик (Додаток Б).

Оцінка незалежних змінних розпочинається з Авторської анкети «Соціальні чинники та стресори». Ця анкета була спеціально розроблена для операціоналізації ключових соціальних чинників, виявлених у Розділі 1, які не охоплюються стандартними опитувальниками. Анкета містить 18

тверджень, які оцінюються за шкалою Лайкерта, і використовується для вимірювання суб'єктивного сприйняття респондентками гендерного тиску (зокрема, об'єктивації та нереалістичних стандартів), дискримінації, фінансової нестабільності та безпосередніх стресорів війни (загроза безпеці, втрата контролю). Ці показники є необхідними для перевірки прямих та опосередкованих зв'язків, висунутих у гіпотезах Н1 та Н3.

Для оцінювання психоемоційних наслідків та психологічних механізмів, що їх опосередковують, використовуються стандартизовані методики. Однією з основних є DASS-21 (Lovibond & Lovibond, 1995), що вимірює вираженість депресії, тривоги та стресу. Методика містить 21 твердження, об'єднаних у три субшкали. Українська адаптація, представлена у матеріалах Галецької, Кліманської та Перун, була проведена з урахуванням процедур прямого та зворотного перекладу і підтвердила високу внутрішню узгодженість. Зокрема, для депресії отримано $\alpha = 0,849$, для тривожності $\alpha = 0,839$, для стресу $\alpha = 0,875$, а загальний показник становить $\alpha = 0,926$. Такі параметри дають підстави розглядати DASS-21 як надійний інструмент вимірювання залежних змінних (Галецька et al., n.d.).

Для додаткової оцінки тривожних симптомів у дослідженні застосовано GAD-7 (Spitzer et al., 2006), який містить сім тверджень і є одним із найпоширеніших інструментів скринінгу генералізованої тривоги у міжнародній науковій практиці. Він дає змогу оперативно оцінити частоту ключових тривожних проявів за останні два тижні та забезпечує надійне кількісне вимірювання симптоматики. Українська адаптація опитувальника, представлена у статті Алексіної та співавторів (2024), підтвердила високі психометричні властивості методики. Зокрема, внутрішня узгодженість україномовної версії є високою, про що свідчать значення коефіцієнта α Кронбаха 0,90 та 0,88 для двох послідовних вимірювань, наведених у статті. Ці показники повністю відповідають даним міжнародних вибірок та підтверджують надійність опитувальника у вимірюванні рівня тривожності (Aleksina et al., 2024). Отримані результати дозволяють використовувати

GAD-7 як валідний та психологічно надійний інструмент для оцінки тривожних проявів у жінок в умовах підвищеного соціального та воєнного стресу.

Для оцінювання депресивної симптоматики у дослідженні застосовано опитувальник PHQ-9 (Kroenke et al., 2001), який ґрунтується на діагностичних критеріях депресивного розладу та є одним із найбільш валідованих інструментів у клінічній і дослідницькій практиці. Методика охоплює дев'ять тверджень, що дозволяють кількісно оцінити частоту ключових депресивних симптомів за останні два тижні. Українська адаптація PHQ-9 демонструє високі психометричні показники. У дослідженні авторів повідомлено про коефіцієнт α Кронбаха 0,85, що свідчить про високу внутрішню узгодженість шкали та відповідність показникам міжнародних вибірок (Широка & Миколайчук, 2020). Застосування PHQ-9 у цьому дослідженні забезпечує точне вимірювання депресивних проявів та доповнює результати, отримані за субшкалою депресії DASS-21, підвищуючи надійність оцінки психоемоційного стану респонденток.

Для дослідження суб'єктивної оцінки стресу у дослідженні використано шкалу PSS-10 (Cohen et al., 1983). Опитувальник містить десять тверджень і дає можливість визначити, наскільки респондентка переживає повсякденні події як напружені, неконтрольовані чи такі, що перевищують її ресурси. Концепція шкали узгоджується з підходом до стресу як когнітивної оцінки ситуації, що робить її релевантним інструментом для аналізу медіаційних процесів. Українська адаптація та апробація PSS-10 (Вельдбрехт & Тавровецька, 2022) пройшли психометричну перевірку. Автори адаптації наводять коефіцієнт α Кронбаха 0,84, що вказує на високу внутрішню узгодженість шкали і підтверджує її надійність у вимірюванні суб'єктивного стресу. Отримані результати відповідають міжнародним психометричним стандартам.

Використання PSS-10 у даній роботі дає змогу емпірично оцінити, чи виконує сприйнятий стрес роль посередника у взаємозв'язку між соціальними стресорами та рівнем тривоги і депресії.

Для оцінювання рівня соціальної підтримки у дослідженні використано Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS), розроблену Zimet та співавторами (Zimet et al., 1988). Опитувальник містить дванадцять тверджень, згрупованих у три субшкали, що відображають підтримку з боку сім'ї, друзів та близьких. Така структура дозволяє комплексно оцінити, наскільки респондентка відчуває емоційну доступність та надійність свого соціального оточення, що є важливим для аналізу буферного впливу підтримки в умовах стресу. Український переклад і опис опитувальника наведено у матеріалах (Мельник & Стаднік, 2023), де представлено зміст тверджень, принципи шкалювання і підходи до інтерпретації результатів. Психометричні показники шкали підтверджені у оригінальному дослідженні, де повідомлено про високий рівень внутрішньої узгодженості. Значення α Кронбаха перебувають у межах 0.88–0.91, що відповідає міжнародним стандартам і засвідчує надійність MSPSS як інструмента вимірювання соціальної підтримки.

Використання MSPSS у цьому дослідженні дає можливість оцінити ресурсний потенціал соціальних зв'язків та їхній внесок у зменшення негативного впливу соціальних стресорів на емоційний стан жінок.

Статистична обробка емпіричних даних здійснювалася з використанням програмного забезпечення Jamovi. На початковому етапі було проведено розрахунок описових статистик та оцінку внутрішньої узгодженості шкал за допомогою коефіцієнта α Кронбаха, а також перевірку нормальності розподілу даних за критерієм Шапіро-Вілка. Зважаючи на виявлене відхилення розподілів від нормального, для подальшого аналізу було застосовано непараметричні методи: виявлення взаємозв'язків між показниками здійснювалося за допомогою коефіцієнта рангової кореляції Спірмена, а для виявлення відмінностей між групами використовувалися

U-критерій Манна-Уїтні та критерій Краскела-Уолліса. Перевірка гіпотез щодо впливу соціальних чинників та визначення предикторів тривожних і депресивних станів здійснювалася шляхом проведення множинного регресійного аналізу з перевіркою на мультиколінеарність (VIF), а оцінка опосередкованих ефектів, передбачених концептуальною моделлю, реалізовувалася за допомогою процедури медіаційного аналізу.

2.3. Характеристика вибірки та процедура проведення дослідження

Емпіричне дослідження здійснювалося в онлайн-форматі за допомогою платформи Google Forms у період з 28 жовтня до 9 листопада 2025 року. Такий формат було обрано для забезпечення доступності для жінок різного віку та місця проживання, у тому числі тих, хто перебуває за межами України.

Посилання на анкету поширювалося у соціальних мережах. Перед заповненням респондентки ознайомлювалися з інформацією про мету дослідження, умови участі та порядок обробки даних і підтверджували добровільну інформовану згоду. Участь була повністю анонімною, без збору персональних ідентифікаторів, а кожна респондентка мала право припинити участь на будь-якому етапі. Орієнтовний час заповнення анкети становив 10-15 хвилин.

До аналізу включено 101 повністю заповнену анкету, які відповідали критеріям включення: жіноча стать, вік від 18 років, підтвердження інформованої згоди та завершене проходження всіх блоків.

Анкета була структурована послідовно. У першому блоці респондентки зазначали соціально-демографічні дані: вік, освіту, сімейний стан, зайнятість, наявність дітей, місце проживання та суб'єктивну оцінку фінансового становища. Наступний блок було присвячено авторським запитанням, спеціально сформованим для операціоналізації ключових незалежних змінних дослідження – соціальних стресорів та чинників гендерної нерівності. Цей блок дозволив оцінити суб'єктивне сприйняття респондентками тиску соціокультурних стереотипів, досвіду вимушеного

переміщення, фінансової нестабільності та рівня особистої безпеки. Після цього слідував блок стандартизованих психодіагностичних методик, що вимірюють ключові змінні дослідження: рівень тривоги (GAD-7), депресивної симптоматики (PHQ-9), сприйнятого стресу (PSS-10), показників депресії, тривоги та стресу (DASS-21) і рівня сприйнятої соціальної підтримки (MSPSS). Порядок подачі методик був однаковим для всіх респонденток.

Для узагальненого опису вибірки проаналізовано основні соціально-демографічні характеристики. Отримані дані подано в Таблиці 2.2.

Таблиця 2.2

Соціально-демографічні характеристики вибірки (N = 101)

Показник	Категорії	К-ть	%
Вік	18–76 років (M = 35.7; SD = 14.6)	-	-
Освіта	Магістр / спеціаліст / PhD	52	51.5
	Бакалавр	30	29.7
	Незакінчена вища	11	10.9
	Середня / середня спеціальна	8	7.9
	Сімейний стан	Заміжня	39
	Не перебуває у стосунках	25	24.8
	Проживає у цивільному шлюбі	20	19.8
	У стосунках, проживають окремо	8	7.9
	Розлучена	7	6.9
	Вдова	2	2.0
Місце проживання	Обласний центр / місто 500 тис.+	63	62.4
	Місто < 500 тис.	18	17.8
	За межами України	7	6.9
	СМТ	7	6.9
	Село	4	4.0

Дані таблиці свідчать, що вибірка є соціально різноманітною та репрезентує жінок з різними освітніми, сімейними і життєвими характеристиками. Понад половина респонденток мають повну вищу освіту (51.5 %), майже третина – ступінь бакалавра (29.7 %). Також у вибірку увійшли жінки з незакінченою вищою (10.9 %) та середньою освітою (7.9 %), що забезпечує варіативність освітнього рівня.

Більшість учасниць проживає у великих містах (62.4 %), проте вибірка включає також мешканок середніх і малих міст (17.8 %), селищ та сіл (разом 10.9 %), а також жінок, які перебувають за кордоном (6.9 %). Це дозволяє врахувати можливий вплив урбаністичного чи міграційного контексту на психологічний стан.

За сімейним станом у вибірці представлені різні групи: майже 39 % жінок перебувають у шлюбі, ще 19.8 % проживають у цивільному шлюбі, 24.8 % не мають партнерських стосунків, а решта мають досвід розлучення, втрати або перебувають у партнерстві з окремим проживанням. Така структура демонструє різні сімейні ролі та побутові навантаження респонденток.

Широкий віковий діапазон (від 18 до 76 років) забезпечує можливість аналізувати соціальні чинники у різних вікових групах, що підсилює різноплановість та аналітичний потенціал отриманих даних.

Окрім базових соціально-демографічних показників, важливими для контексту даного дослідження є характеристики, що відображають соціально-економічне становище респонденток та умови їхнього повсякденного життя. Ці змінні безпосередньо пов'язані з рівнем навантаження, ресурсністю, стабільністю та стресовими факторами, які можуть посилювати або пом'якшувати вплив ширших соціальних чинників. Узагальнені показники подано у Таблиці 2.3.

Соціально-економічні характеристики вибірки

Показник	Категорії	К-ть	%
Наявність дітей	Так	43	42.6
	Ні	58	57.4
Статус ВПО	Так	13	12.9
	Ні	88	87.1
Фінансове становище	Вистачає на базові потреби	57	56.4
	Вистачає, можу дозволити деякі додаткові витрати	30	29.7
	Не вистачає на базові потреби	9	8.9
	Живу комфортно	5	5.0
Зайнятість	Працюю повний робочий день	45	44.6
	Працюю частково / фріланс	8	7.9
	Навчаюсь	8	7.9
	Тимчасово не працюю / інше	40	39.6

Отримані дані демонструють неоднорідність вибірки за ключовими соціально-економічними характеристиками. Майже половина жінок мають дітей, що вказує на значну частку учасниць із сімейними обов'язками та підвищеним рівнем повсякденного навантаження.

Приблизно 13 % респонденток мають статус внутрішньо переміщених осіб. Це означає, що частина вибірки пережила зміну місця проживання, адаптацію до нових умов та можливі втрати ресурсів, що є важливим контекстом під час вивчення соціальних стресорів.

Аналіз фінансової ситуації показує, що більшість жінок живуть у межах обмеженого бюджету. Понад половина зазначили, що їм вистачає лише на базові потреби, майже 30 % можуть дозволити окремі додаткові витрати, тоді як близько 9 % не вистачає коштів навіть на необхідне. Лише невелика частка

респонденток описує своє фінансове становище як комфортне. Це свідчить про загальну економічну вразливість вибірки.

Дані щодо зайнятості також є різноманітними. Хоча майже половина респонденток працюють повний робочий день, інша частина зайнята частково, навчається або тимчасово не працює. Така структура демонструє різні рівні навантаження, стабільності та ресурсності у повсякденному житті жінок.

У цілому додаткові соціально-економічні характеристики вибірки відображають широкий спектр життєвих обставин. Це створює підґрунтя для подальшого аналізу того, як різні умови повсякденного життя можуть бути пов'язані з рівнем стресу, тривоги та депресивних проявів.

Висновки до розділу 2

У другому розділі було обґрунтовано методологічні засади емпіричного дослідження та визначено інструментарій, що забезпечує комплексне вивчення впливу соціальних чинників на психологічний стан жінок. На основі теоретичних положень сформовано концептуальну модель, яка описує взаємозв'язки між соціальними стресорами, рівнем сприйнятого стресу та показниками тривожних і депресивних проявів.

Було представлено систему стандартизованих психодіагностичних методик, що дають змогу надійно вимірювати ключові досліджувані змінні. Обрані інструменти (DASS-21, GAD-7, PHQ-9, PSS-10 та MSPSS) мають підтвержені психометричні характеристики та широко застосовуються у сучасних дослідженнях, що забезпечує валідність та надійність отриманих даних. Також визначено методи статистичної обробки, необхідні для аналізу структури взаємозв'язків між змінними.

Характеристика вибірки продемонструвала соціальну різноманітність респонденток. До вибірки увійшли жінки різного віку, рівня освіти, сімейного та професійного становища, а також з різними соціально-економічними умовами. Така структура вибірки дозволяє охопити широке коло життєвих

обставин і враховувати можливі відмінності у переживанні стресу, тривоги та депресивної симптоматики.

Організація дослідження відповідала етичним вимогам, забезпечувала добровільність участі, анонімність і однакові умови для всіх респонденток. Формат збору даних дав змогу охопити учасниць з різних регіонів та забезпечити доступність опитування.

Узагальнюючи зміст розділу, можна зазначити, що він формує цілісне методологічне підґрунтя для подальшого аналізу отриманих даних та інтерпретації результатів. Представлені підходи дозволяють досліджувати вплив соціальних чинників на емоційний стан жінок у надійний та науково обґрунтований спосіб.

РОЗДІЛ 3. АНАЛІЗ РЕЗУЛЬТАТІВ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ВЗАЄМОЗВ'ЯЗКУ СОЦІАЛЬНИХ ЧИННИКІВ З РІВНЕМ ТРИВОЖНИХ І ДЕПРЕСИВНИХ СИМПТОМІВ ЖІНОК

3.1. Аналіз рівнів тривоги, депресії, стресу та соціальної підтримки у досліджуваній вибірці

Перед початком основного аналізу було проведено оцінку внутрішньої узгодженості використаних опитувальників на вибірці досліджуваних жінок. Це дозволило переконатися, що шкали коректно вимірюють відповідні психологічні конструкції в межах нашої вибірки та придатні для подальшої статистичної обробки.

Для цього було використано коефіцієнт α Кронбаха, який відображає ступінь внутрішньої узгодженості пунктів кожної шкали. Результати аналізу наведено в таблиці 3.1.

Таблиця 3.1

Показники внутрішньої узгодженості (α Кронбаха) методик у дослідженні

Методика	α Кронбаха	Інтерпретація
GAD-7	0.889	Висока
PHQ-9	0.858	Висока
MSPSS (загальна шкала)	0.864	Висока
PSS-10	0.845	Висока
DASS-21: Депресія	0.835	Висока
DASS-21: Тривога	0.764	Прийнятна
DASS-21: Стрес	0.869	Висока

Отримані результати показують, що всі методики мають достатню або високу надійність на вибірці жінок. Переважна більшість шкал продемонструвала високу внутрішню узгодженість, що підтверджує їхню стабільність і адекватність для оцінювання психоемоційних станів та соціальної підтримки.

Шкала DASS-21 «Тривога» ($\alpha = 0.764$) продемонструвала прийнятну внутрішню узгодженість, що є типовим для коротких субшкал і не перешкоджає подальшому аналізу.

Узагальнено можна стверджувати, що всі інструменти є надійними для використання у подальших розділах дослідження.

Подальший опис вибірки було здійснено на основі середніх значень, стандартних відхилень і графічного аналізу розподілу показників. Для ілюстрації найбільш характерних закономірностей до розділу було включено чотири найбільш репрезентативні гістограми зі згладженою кривою густини (Рисунок 3.1). Вони відображають загальну форму розподілу ключових шкал – тривожності (GAD-7), депресивності (PHQ-9), сприйнятого стресу (PSS-10) та загальної соціальної підтримки (MSPSS Total). Середній рівень генералізованої тривожності за GAD-7 становив $M = 8.74$ ($SD = 5.05$), що відповідає легким проявам тривожності. Гістограма на рисунку демонструє нерівномірний, дещо асиметричний розподіл із помітним скупченням респонденток у зоні нижчих значень та наявністю невеликого «хвоста» справа. Така форма розподілу вказує на неоднорідність вибірки: поряд із жінками, які практично не відчувають тривоги, є учасниці з помірними та підвищеними проявами, що пояснює високе стандартне відхилення. Візуальна структура даних підтверджує попередні статистичні висновки щодо варіативності рівня тривоги.

Середній показник депресивної симптоматики за PHQ-9 дорівнює $M = 10.6$ ($SD = 5.87$), що відповідає помірному рівню депресивних проявів. На рисунку видно, що розподіл не є симетричним і має невелике зміщення у бік підвищених значень. Особливо помітною є різниця між основною групою респонденток, результати яких розміщені у діапазоні 6–14 балів, та менш чисельною групою з вищими показниками, які формують характерний «правий хвіст». Це вказує на наявність окремих учасниць із більш вираженими депресивними симптомами, що можуть мати клінічне значення.

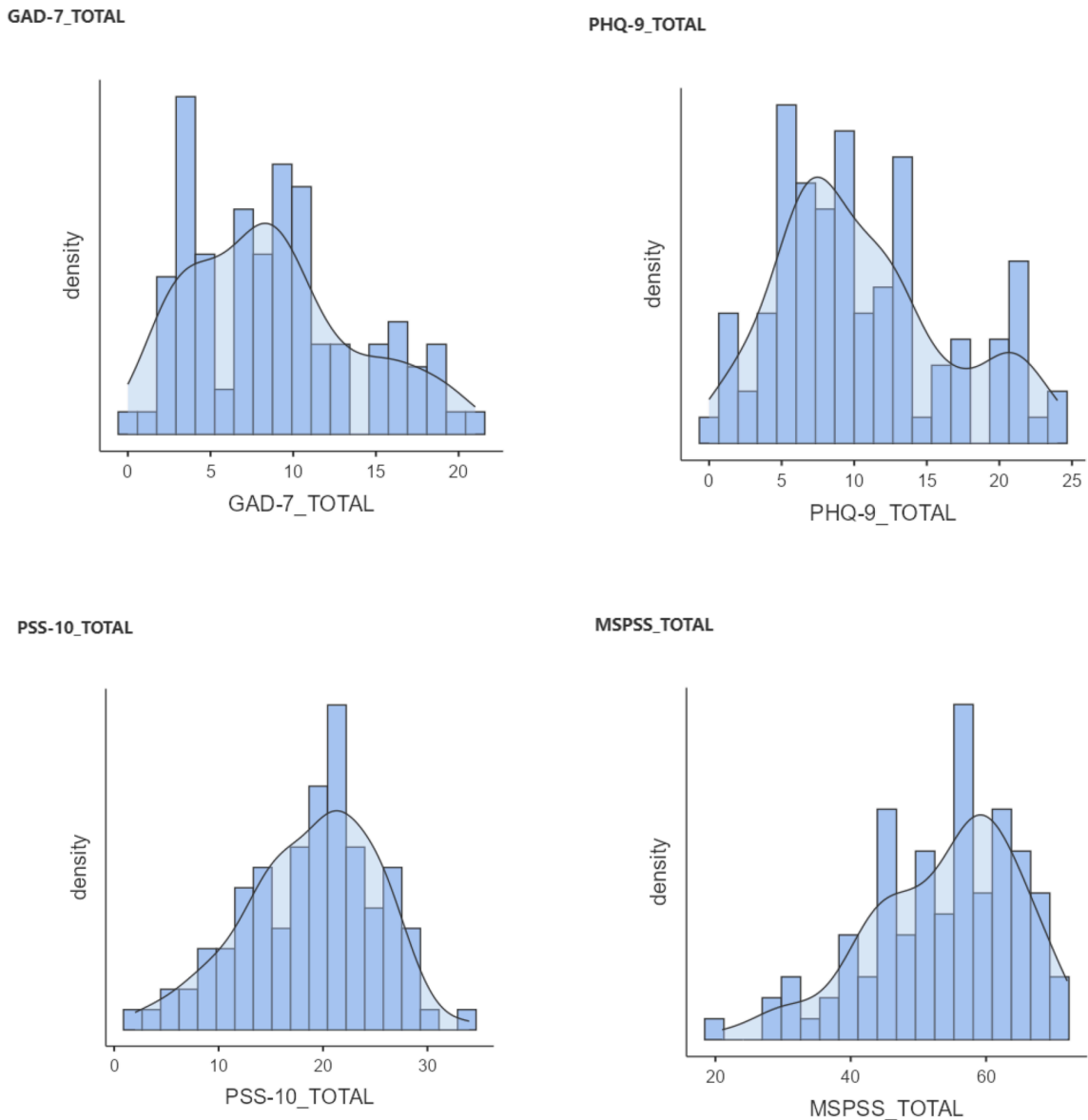


Рисунок 3.1. Графічне відображення розподілу основних психометричних показників

Середній показник сприйнятого стресу за PSS-10 становив $M = 18.8$ ($SD = 6.32$) і відповідає помірному рівню стресу. Гістограма на рисунку демонструє розподіл, близький до нормального, з вираженим «центральною пагорбом». Проте спостерігаються невеликі відхилення від симетрії, що свідчать про наявність респонденток із дещо підвищеним чи зниженим рівнем стресу. Таким чином, форма розподілу підкреслює як загальну однорідність групи, так і певні варіації у сприйнятті стресових ситуацій.

Показники за шкалами DASS-21 уточнюють загальну картину емоційного стану вибірки. Середній рівень тривоги за підшкалою DASS-21 становив $M = 10.6$ ($SD = 7.25$), що відповідає легкому рівню її вираженості. Середній показник депресії дорівнював $M = 11.1$ ($SD = 8.08$) і також перебував у зоні легких депресивних проявів. Натомість середній рівень стресу за цією методикою виявився вищим і становив $M = 17.0$ ($SD = 8.30$), що відповідає помірному рівню стресу. Розподіли за цими шкалами демонструють схожу асиметрію: більшість респонденток мають низькі та помірні рівні симптомів, тоді як високі значення трапляються рідше. Це вказує на підвищений, але не критичний рівень емоційного напруження, що узгоджується з сучасними даними про психологічне навантаження жінок у соціально нестабільних умовах.

Аналіз соціальної підтримки засвідчив стабільно високі середні значення за всіма підшкалами MSPSS. Найвищі показники стосувалися підтримки з боку близької особи $M = 19.3$ ($SD = 4.37$), дещо нижчі – підтримки з боку сім'ї $M = 17.3$ ($SD = 4.97$) та друзів $M = 17.1$ ($SD = 4.60$). Розподіл показників соціальної підтримки за MSPSS Total має чітке зміщення вправо, що відображає домінування високих значень у вибірці. Це узгоджується з середніми показниками, які для всіх підшкал перебувають у межах високого рівня. У формі розподілу відзначається переважання результатів у верхній частині шкали при відносно меншій кількості низьких значень.

Аналіз рівнів за психодіагностичними методиками дав можливість окреслити структурні особливості вибірки та визначити частки респонденток у різних категоріях вираженості симптомів. Вихідні числові дані, на основі яких здійснено опис, зведено у повну таблицю частот і відсотків, що подана у Додатку В. Для полегшення сприйняття результатів використано кругові діаграми, розміщені окремими рисунками у тексті розділу.

Показники за GAD-7 продемонстрували чітко виражений пік на легкому рівні тривожності, який охоплює найбільшу частку респонденток

(39.6%). Як видно на першій круговій діаграмі на Рисунку 3.2, цей рівень домінує у загальній структурі, тоді як нормальний рівень становить 23.8%. Частки помірної та високої тривоги (18.8 і 17.8 %) формують другий за обсягом кластер, що відображає певну різномірність інтенсивності тривожних переживань у групі.

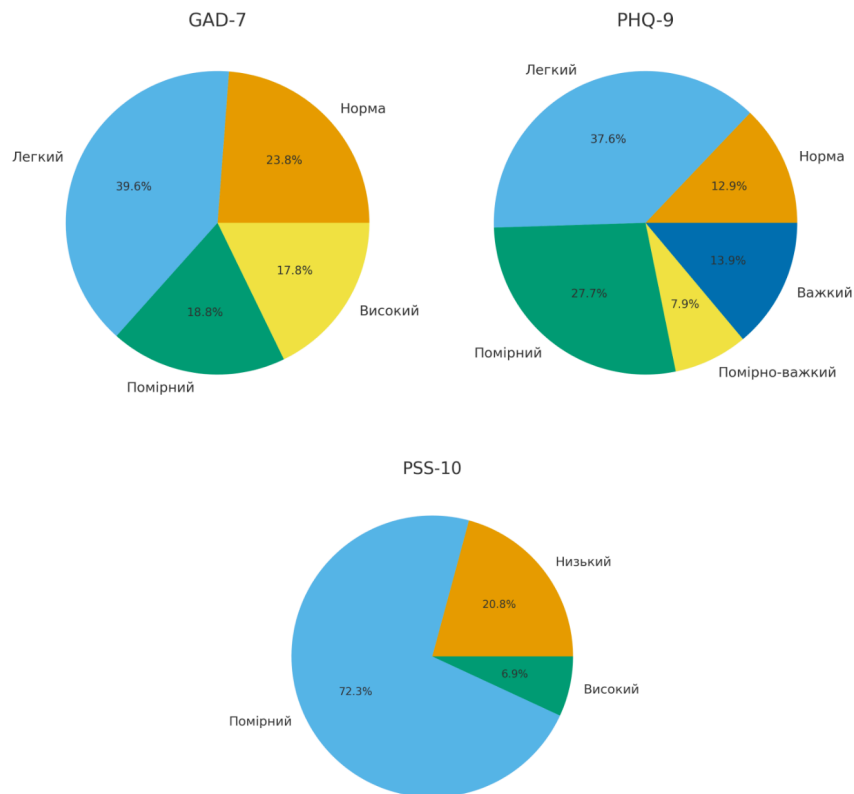


Рисунок 3.2. Розподіл респонденток за рівнями тривоги, депресії та сприйнятого стресу (GAD-7, PHQ-9, PSS-10).

За PHQ-9 розподіл виявився більш плавним і менш сконцентрованим навколо однієї категорії. Аналізуючи другу діаграму на Рисунку 3.2: легкий рівень депресивності становить 37.6%, а помірний рівень охоплює 27.7 % респонденток. Дві категорії підвищеної інтенсивності, помірно важка та важка (7.9 і 13.9 %), створюють відносно широкий "хвіст" розподілу. На відміну від GAD 7, де спостерігається один виражений пік, структура PHQ-9 характеризується поступовим посиленням симптоматики у частини учасниць.

Розподіл за PSS-10 має іншу конфігурацію. На третій діаграмі Рисунок 3.2 видно, що більшість респонденток оцінюють рівень повсякденного стресу як помірний (72.3 %). Низький рівень промаркований у 20.8%, а високий рівень становить 6.9%. Така структура вказує на переважання середніх значень з незначною кількістю респонденток, які відносять себе до крайніх категорій.

Структура показників за трьома підшкалами DASS-21 подана на Рисунок 3.3. Показники депресії мають виражений пік у зоні норми – 48.5%, після якого спостерігається рівномірне зменшення часток у напрямку більш високих рівнів. Легкий рівень становить 17.8 %, помірний 20.8%, а важкі прояви, включно з дуже важкими, разом не перевищують 13%. Це створює асиметричний розподіл, зміщений у бік нижчих значень.

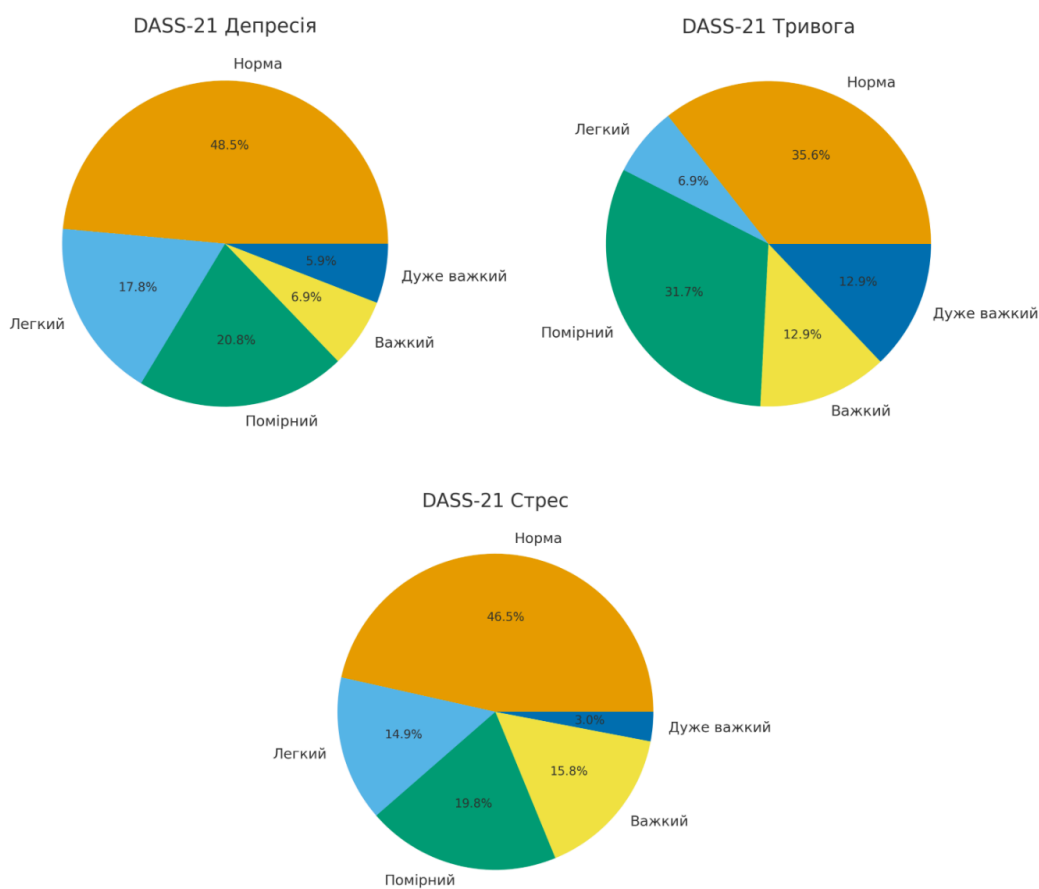


Рисунок 3.3. Розподіл респонденток за рівнями депресії, тривоги та стресу за підшкалами DASS-21.

Розподіл за підшкалою тривоги DASS-21 відрізняється більшою рівномірністю. До нормального рівня відносяться 35.6% респонденток, до помірного – 31.7%, а важкий і дуже важкий рівні мають однакову частку по 12.9%. Така структура формує кілька подібних за обсягом груп, що свідчить про ширший розкид інтенсивності тривожності у вибірці. Показники стресу за цією методикою мають змішану конфігурацію: домінує нормальний рівень (46.5%), але помірний та високий рівні разом формують майже такий самий обсяг, що вказує на наявність двох різних кластерів зі своїми характерними рівнями емоційного напруження.

Додатково варто звернути увагу на те, як співвідносяться результати GAD-7, PHQ-9 та PSS-10 з відповідними підшкалами DASS-21, що оцінюють близькі за змістом емоційні стани. У випадку тривоги обидві методики демонструють подібну тенденцію до вираженої варіативності. За GAD-7 домінує легкий рівень тривожності, тоді як за підшкалою DASS-21 тривога розподілена більш рівномірно між кількома категоріями. Це може вказувати на те, що DASS-21 фіксує ширший спектр інтенсивності тривожних переживань, тоді як GAD-7 виявляється більш чутливою саме до легких та помірних проявів.

Порівняння PHQ-9 та підшкали депресії DASS-21 показує схожу загальну структуру з переважанням нижчих рівнів та поступовим зменшенням часток у напрямку більш виражених проявів. Водночас PHQ-9 має більшу частку респонденток у легкій та помірній зонах, тоді як за DASS-21 депресія більша частина вибірки зосереджена в межах норми. Це може свідчити про певні відмінності у чутливості шкал до окремих аспектів депресивної симптоматики. У показниках стресу також спостерігаються подібні закономірності. PSS-10 відображає домінування помірного рівня, тоді як DASS-21 Стрес має більш збалансовану структуру між нормою та середніми рівнями інтенсивності. Це може бути пов'язано з тим, що PSS

фіксує саме суб'єктивне переживання стресу, тоді як DASS-21 більше зосереджується на фізіологічних та емоційних проявах напруження.

Результати за шкалами MSPSS (Рисунок 3.4) демонструють стійке домінування високих показників соціальної підтримки.

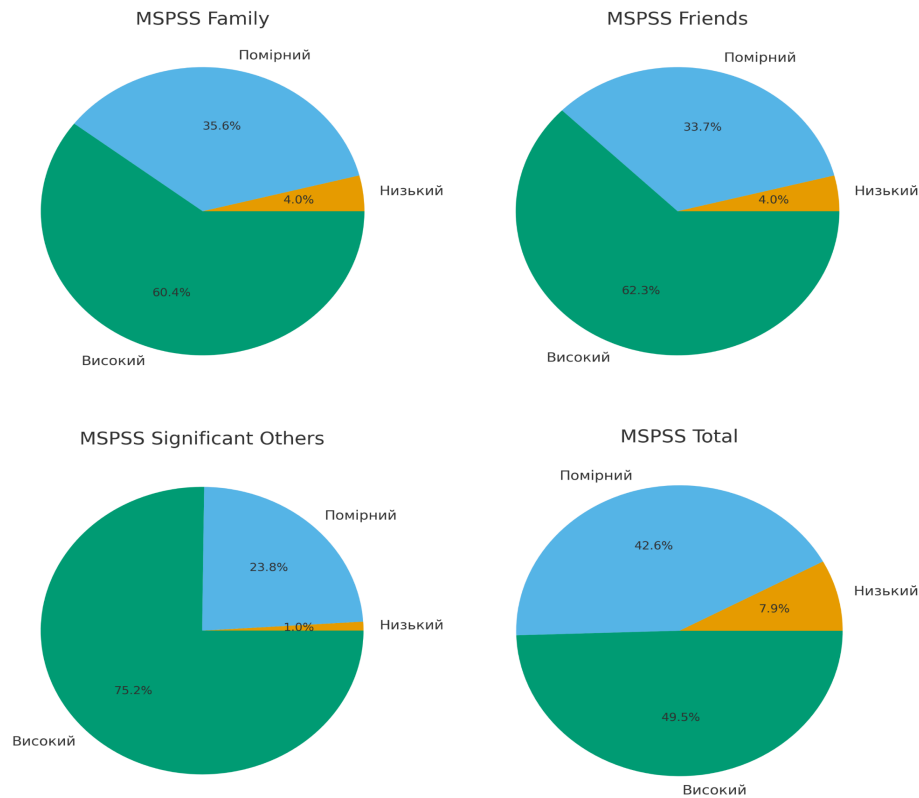


Рисунок 3.4. Розподіл рівнів соціальної підтримки за шкалами MSPSS

Найвищі значення отримано для підтримки з боку близької особи (75.2%), дещо нижчі але все ще високі для друзів 62.4 % і сім'ї 60.4%. Помірні рівні варіюють у межах 23-35%, а низькі значення є поодинокими. Загальний показник MSPSS Total повторює цю тенденцію і характеризується майже рівним співвідношенням між високою (49.5%) та помірною підтримкою (42.6%). Така структура дає підстави припустити, що більшість респонденток мають доступ до надійної мережі міжособистісних ресурсів, які можуть бути важливим стабілізуючим чинником у контексті емоційних переживань.

Узагальнюючи показники за рівнями, можна зазначити, що структура розподілів для всіх застосованих методик вирізняється помітною

варіативністю та охоплює повний спектр діагностичних категорій, що дає змогу всебічно охарактеризувати вибірку перед переходом до подальших статистичних процедур.

Перевірка нормальності розподілу даних здійснювалася за допомогою критерію Шапіро–Вілка. Результати наведено в Таблиці 3.2.

Таблиця 3.2

Результати перевірки нормальності за критерієм Шапіро–Вілка

Шкала	W	p
GAD-7	0.951	< 0.001
PHQ-9	0.950	< 0.001
PSS-10	0.979	0.102
MSPSS Total	0.961	0.004
MSPSS Близька особа	0.896	< 0.001
MSPSS Сім'я	0.940	< 0.001
MSPSS Друзі	0.935	< 0.001
DASS-21 Total	0.967	0.012
DASS-21 Тривога	0.960	0.004
DASS-21 Стрес	0.976	0.061
DASS-21 Депресія	0.920	< 0.001

Для більшості шкал значення p були нижчими за 0.05, що свідчить про статистично значуще відхилення розподілів від нормального. До цієї групи належать GAD-7, PHQ-9, усі підшкали MSPSS, а також показники депресії та тривоги за DASS-21. Такі результати узгоджуються з характеристиками вибірки, де було відзначено зміщені та різною мірою асиметричні розподіли.

Водночас окремі показники не демонстрували значущого відхилення від нормальності. Для PSS-10 значення p становило 0.102, а для підшкали стресу DASS-21 – 0.061, що дає підстави вважати розподіл цих двох змінних близьким до нормального. Це також відповідає графічним матеріалам, де

обидві шкали мали більш концентровані та симетричні розподіли без виражених «хвостів».

Загалом отримані результати свідчать про неоднорідність форм розподілу між різними методиками. Частина показників має суттєві відхилення від нормального розподілу, що буде враховано під час вибору подальших статистичних процедур.

3.2. Дослідження особливостей сприйняття соціальних чинників

Аналіз соціальних чинників базувався на даних авторської анкети, що охоплює різні аспекти соціального тиску, гендерних очікувань, досвіду дискримінації, впливу війни, почуття безпеки та повсякденних стресорів. Більшість тверджень оцінювалися за п'ятибальною шкалою Лайкерта, де 1 означало «зовсім не згодна», 2 «скоріше не згодна», 3 «важко сказати», 4 «скоріше згодна», а 5 «повністю згодна». Відсотки у таблицях відображають частку респонденток, які обрали відповідний рівень згоди.

Перший тематичний блок охоплює соціальні та гендерні очікування, досвід дискримінації і вплив медійних стандартів (Таблиця 3.3). Розподіли демонструють як виразні зони напруження, так і достатню варіативність у переживанні соціокультурних чинників. Майже половина респонденток (44.5%) відчуває помітний тиск відповідати образу «ідеальної жінки», що свідчить про поширеність гендерних норм, які формують очікування щодо зовнішності, поведінки та ролей. Близько 39% учасниць відзначили негативний вплив медійних стандартів краси, а 44% часто порівнюють себе з іншими у соцмережах, що може бути маркером підвищеної чутливості до соціального оцінювання.

Гендерні соціальні норми, очікування та дискримінація

Формулювання питання	1	2	3	4	5
Я відчуваю соціальний тиск відповідати образу «ідеальної жінки».	11.9%	18.8%	24.8%	26.7%	17.8%
Мої власні потреби знецінюються на користь очікувань інших.	24.8%	20.8%	25.7%	15.8%	12.9%
Я стикаюся з мізогінними чи сексистськими коментарями.	44.6%	22.8%	16.8%	10.9%	5.0%
Мої ідеї менше враховують у професійній діяльності порівняно з чоловіками.	55.4%	20.8%	12.9%	7.9%	3.0%
Мене оцінюють переважно за зовнішнім виглядом.	27.7%	30.7%	21.8%	13.9%	5.9%
Медіа й соцмережі впливають на мене негативно через стандарти краси.	12.9%	19.8%	28.7%	23.8%	14.9%
Переглядаючи соцмережі, я часто порівнюю своє життя з іншими.	15.8%	15.8%	24.8%	24.8%	18.8%
Жінці для досягнення успіху потрібно докладати більше зусиль, ніж чоловікові.	17.8%	10.9%	25.7%	25.7%	19.8%

Водночас досвід дискримінації та упередженого ставлення за гендерною ознакою загалом виявився менш поширеним. Майже половина учасниць (44.6%) практично не стикається з мізогінними або сексистськими коментарями, а 55.4% не мають досвіду недооцінки професійних ідей через стать. Попри це, близько 10–16% респонденток регулярно зіштовхуються з відповідними проявами, що підкреслює нерівномірність соціального та професійного досвіду у вибірці. На цьому тлі показовим є й сприйняття структурної гендерної нерівності: 45.5% респонденток погодилися з тим, що жінці для досягнення успіху потрібно докладати більше зусиль, ніж чоловікові. Такий результат свідчить, що навіть за відносно низької поширеності прямих дискримінаційних практик відчуття нерівних умов залишається значущим для багатьох жінок.

Наступний блок пов'язаний із питаннями війни та безпеки (Таблиця 3.4). Найбільш одностайним виявилось занепокоєння за близьких: 74.3% учасниць обрали максимальний бал, що відображає високу емоційну залученість у безпековий контекст. Відчуття особистої небезпеки має ширший розкид, проте 41.6% респонденток обрали середні рівні («3» та «4»), а 18.8% оцінили свою небезпеку як високу. Порівняно зі сферами гендерних очікувань чи соціальних норм, у цьому блоці спостерігається найбільша емоційна узгодженість вибірки.

Таблиця 3.4

Війна та безпека

Формулювання питання	1	2	3	4	5
Я відчуваю себе менш безпечно у громадських місцях через стать.	14.9%	20.8%	25.7%	20.8%	17.8%
Я хвилююся за близьких через війну.	0.0%	0.0%	7.9%	17.8%	74.3%
Я відчуваю загрозу для власної безпеки.	11.9%	13.9%	32.7%	22.8%	18.8%

Додаткову інформацію надали категоріальні запитання. Близько третини респонденток (32.7%) пережили одну або кілька травматичних подій, пов'язаних із війною, зокрема втрату житла, поранення чи загибель близьких. Ще 13.9% утрималися від відповіді на це запитання, що може вказувати на його емоційну чутливість. Питання вимушеної міграції також виявилось значущим: близько половини жінок зазначили, що переживали вимушений переїзд, і для більшості з них ця подія стала помітним джерелом стресу.

У блоці соціально-психологічної вразливості та побутових стресорів (Таблиця 3.5) найвищим виявився показник невизначеності майбутнього. Загалом 62.4% респонденток обрали варіанти «4» або «5», що свідчить про наявність відчуття нестабільності та труднощів із плануванням. Фінансова напруга також виявлена у значної частки вибірки: 54.5% оцінили свій рівень фінансового стресу як високий. Значення, пов'язані зі складністю поєднання професійних і домашніх обов'язків, розподілилися більш рівномірно, проте

близько 40 % респонденток відчують виражені труднощі у цій сфері. Питання щодо переживання самотності продемонструвало значну варіативність відповідей. Більша частина респонденток (53.5%) обрали низькі значення, що може свідчити про відсутність відчуття вираженої емоційної ізоляції. Водночас частина учасниць повідомила про середній або високий рівень таких переживань. Це підкреслює індивідуальні відмінності у внутрішньому емоційному стані жінок, які не завжди збігаються з наявністю соціального оточення чи формальної підтримки.

Таблиця 3.5

Соціально-психологічна вразливість і побутові стресори

Формулювання питання	1	2	3	4	5
Через невизначеність майбутнього я не можу планувати життя.	5.9%	13.9%	17.8%	23.8%	38.6%
Я відчуваю самотність або ізоляцію, навіть попри фізичну присутність близьких.	30.7%	22.8%	18.8%	17.8%	9.9%
Мені складно поєднувати професійні та домашні обов'язки.	14.9%	20.8%	24.8%	22.8%	16.8%
Я відчуваю стрес через фінансову нестабільність.	7.9%	10.9%	26.7%	31.7%	22.8%

Окремо було проаналізовано питання, пов'язане з досвідом психологічного, фізичного або економічного насильства. Позитивну відповідь надали 43.6% респонденток, що вказує на високу поширеність цього явища серед учасниць і може відображати як індивідуальні, так і соціокультурні фактори вразливості. Майже половина вибірки (47.5%) не мали такого досвіду, тоді як 8.9% обрали варіант «волю не відповідати». Така частка утриманих відповідей є типовою для чутливих тем і може свідчити як про небажання розкривати особисті переживання, так і про складність їхнього осмислення. Загалом ці результати підкреслюють, що досвід насильства є важливою частиною соціального контексту життя жінок та може взаємодіяти

з іншими стресогенними чинниками, відіграючи роль у формуванні психологічної вразливості.

Додатковим індикатором соціальних чинників стало питання щодо отримання психологічної підтримки протягом останнього року. Більшість респонденток (75.2%) не зверталися по психологічні чи психотерапевтичні консультації, тоді як 24.8% мали досвід такої підтримки. Цей показник доповнює загальну картину соціального та емоційного навантаження і може вказувати як на бар'єри у доступі до психологічної допомоги, так і на самостійні стратегії подолання стресу.

Окрім загального аналізу поширеності соціальних стресорів, було проведено дослідження того, як сприйняття цих чинників варіюється залежно від соціально-демографічних характеристик респонденток. Кореляційний аналіз з використанням непараметричного критерію Спірмена виявив чітку вікову тенденцію: молодші жінки є значно вразливішими до тиску соціокультурних норм та гендерних стереотипів. Було зафіксовано низку статистично значущих від'ємних кореляцій між віком та показниками соціального тиску, перелік яких наведено у Таблиці 3.6.

Таблиця 3.6

Статистично значущі кореляційні зв'язки між віком респонденток та сприйняттям соціальних чинників

Соціальний чинник (твердження анкети)	Коефіцієнт кореляції Спірмена (r_s)	Рівень значущості (p)
Зіткнення з мізогінними коментарями або ставленням	-0.417	<0.001
Негативний вплив поширеного в медіа образу жінки	-0.335	0.001
Відчуття самотності або ізоляції	-0.248	0.012
Соціальний тиск відповідати образу «ідеальної жінки»	-0.246	0.013
Стрес через складність поєднання роботи та сім'ї	-0.237	0.017

Відчуття, що на роботі ідеї жінок ігнорують	-0.236	0.018
Порівняння свого життя з іншими у соціальних мережах	-0.236	0.018
Відчуття меншої безпеки в громадських місцях через стать	-0.22	0.027
Оцінювання оточуючими переважно за зовнішнім виглядом	-0.21	0.035

Дані таблиці свідчать про те, що молодість не виступає захисним фактором; навпаки, у контексті соціального тиску саме молоді жінки зазнають найбільшого навантаження. Найтісніший зв'язок зафіксовано щодо досвіду мізогінії ($r_s = -0,417$) та негативного впливу медіа-стандартів ($r_s = -0,335$): зі збільшенням віку чутливість до цих факторів та частота їх фіксації достовірно знижуються. Також молоді респондентки частіше повідомляють про почуття самотності та складнощі у балансуванні соціальних ролей. Крім того, встановлено, що з віком знижується рівень тривоги щодо власної безпеки в громадських місцях та зменшується вразливість до соціального тиску відповідати образу «ідеальної жінки». Водночас, стосовно інших показників (зокрема, відчуття загрози особистій безпеці через війну, фінансової тривоги та загальної невизначеності майбутнього) достовірних вікових відмінностей не зафіксовано ($p > 0,05$). Це дозволяє припустити, що екзистенційні та безпекові стресори, пов'язані з війною, переживаються жінками однаково гостро незалежно від їхнього віку.

Наступним етапом аналізу стало дослідження впливу географічного фактору. Оскільки в умовах повномасштабної війни місце перебування жінки є одним із ключових контекстуальних чинників, що визначає структуру її стресорів, було проведено порівняльний аналіз двох груп респонденток: тих, хто на момент опитування проживав в Україні, та тих, хто перебував за кордоном. Результати порівняння за допомогою критерію Манна-Уїтні наведено у Таблиці 3.7.

Відмінності у показниках сприйняття безпеки та адаптаційного стресу
залежно від місця проживання

Показник (Твердження анкети)	Група	Середнє (М)	Статистика (U)	Рівень значущості (p)
Я відчуваю загрозу для своєї особистої безпеки на поточному місці проживання	Україна	3,14	172	0,031
	За кордоном	2		
Вимушена міграція (переїзд) стала для мене значним джерелом стресу	Україна	1,61	126	0,004
	За кордоном	3,86		
Я постійно хвилююся за безпеку та майбутнє своїх близьких через війну	Україна	4,5	238	0,114
	За кордоном	5		

Аналіз показав статистично значущу різницю у сприйнятті особистої небезпеки залежно від місця проживання. Респондентки, які залишаються в Україні, оцінюють загрозу своїй безпеці суттєво вище ($M = 3,14$), ніж жінки, які наразі перебувають за кордоном ($M = 2,00$). Різниця є значущою ($U = 172$, $p = 0,031$), що узгоджується з актуальним соціальним контекстом: проживання на території України супроводжується більшою ймовірністю контакту з воєнними ризиками, які залишаються ключовим стресором для жінок у країні.

У межах аналізу також виявлено істотні відмінності у сприйнятті стресу, пов'язаного з вимушеною міграцією. Жінки, які наразі проживають за кордоном, оцінюють цей чинник як значно більш стресогенний ($M = 3,86$),

ніж респондентки, які залишаються в Україні ($M = 1,61$). Різниця є статистично значущою ($U = 126$, $p = 0,004$), що може відображати підвищене адаптаційне навантаження, необхідність перебудови соціальних зв'язків та складність інтеграції у нове середовище, попри відносно вищий рівень фізичної безпеки.

Рівень тривоги за безпеку близьких залишається дуже високим в обох групах і не демонструє статистично значущих відмінностей ($M = 4,50$ серед жінок в Україні та $M = 5,00$ серед жінок за кордоном; $p = 0,114$). Це свідчить про те, що географічна дистанція не зменшує емоційного навантаження, пов'язаного з війною: навіть перебуваючи поза межами країни, респондентки продовжують інтенсивно переживати можливі ризики для своїх близьких.

Наступним кроком було проаналізовано, як різні форми зайнятості пов'язані зі сприйняттям соціальних стресорів, пов'язаних із гендерною дискримінацією та рольовим навантаженням. Для цього було проведено порівняння груп з використанням критерію Краскела-Уолліса.

У таблицю 3.8 винесено лише ті показники, за якими виявлено статистично значущі міжгрупові відмінності ($p < 0.05$).

Таблиця 3.8

Статистично значущі відмінності у сприйнятті мізогінії та рольового стресу залежно від типу зайнятості

Показник	χ^2	df	p	ϵ^2	Працюю повний день (M)	Навчаюся (M)	Не працюю (M)
Я часто стикаюся з мізогінними чи сексистськими коментарями або ставленням, які змушують мене	24.52	14	0.040	0.2452	2.29	2.25	1.29

почуватися пригнічено чи тривожно.							
Я відчуваю стрес через складність поєднання професійних та сімейних/домашніх обов'язків.	24.65	14	0.038	0.2465	03.09	2.38	2.00

Жінки, які працюють повний робочий день, частіше повідомляють про досвід мізогінних або сексистських коментарів ($M = 2.29$), ніж жінки без формальної зайнятості ($M = 1.29$; $p = 0.040$). Подібний рівень виявлено серед студенток ($M = 2.25$), що може пояснюватися високою соціальною активністю та взаємодією в навчальному середовищі.

Також встановлено значущі відмінності у рівні рольового стресу, пов'язаного з поєднанням професійних та сімейних обов'язків ($p = 0.038$). Найвищі значення характерні для жінок із повною зайнятістю ($M = 3.09$). Студентки демонструють середній рівень цього стресу ($M = 2.38$), тоді як найнижчі показники спостерігаються у респонденток, які не працюють ($M = 2.00$). Це підтверджує наявність ефекту «подвійного навантаження», коли професійні вимоги поєднуються з домашніми обов'язками.

3.3. Зв'язок між соціальними чинниками та показниками тривожних і депресивних симптомів

Для перевірки гіпотез дослідження щодо впливу соціального середовища на психічне здоров'я жінок було проведено кореляційний аналіз. Оскільки, як було встановлено у пункті 3.1, розподіл більшості змінних у

вибірці відрізняється від нормального, для розрахунків було використано непараметричний критерій – коефіцієнт рангової кореляції Спірмена (r_s).

Метою цього етапу аналізу було з'ясувати, чи існує статистично значущий зв'язок між інтенсивністю дії соціальних стресорів (незалежні змінні) та вираженістю симптомів тривоги, депресії і стресу (залежні змінні), а також оцінити буферну роль соціальної підтримки. Загальна картина виявлених зв'язків візуалізована на тепловій мапі (Рисунок 3.5).

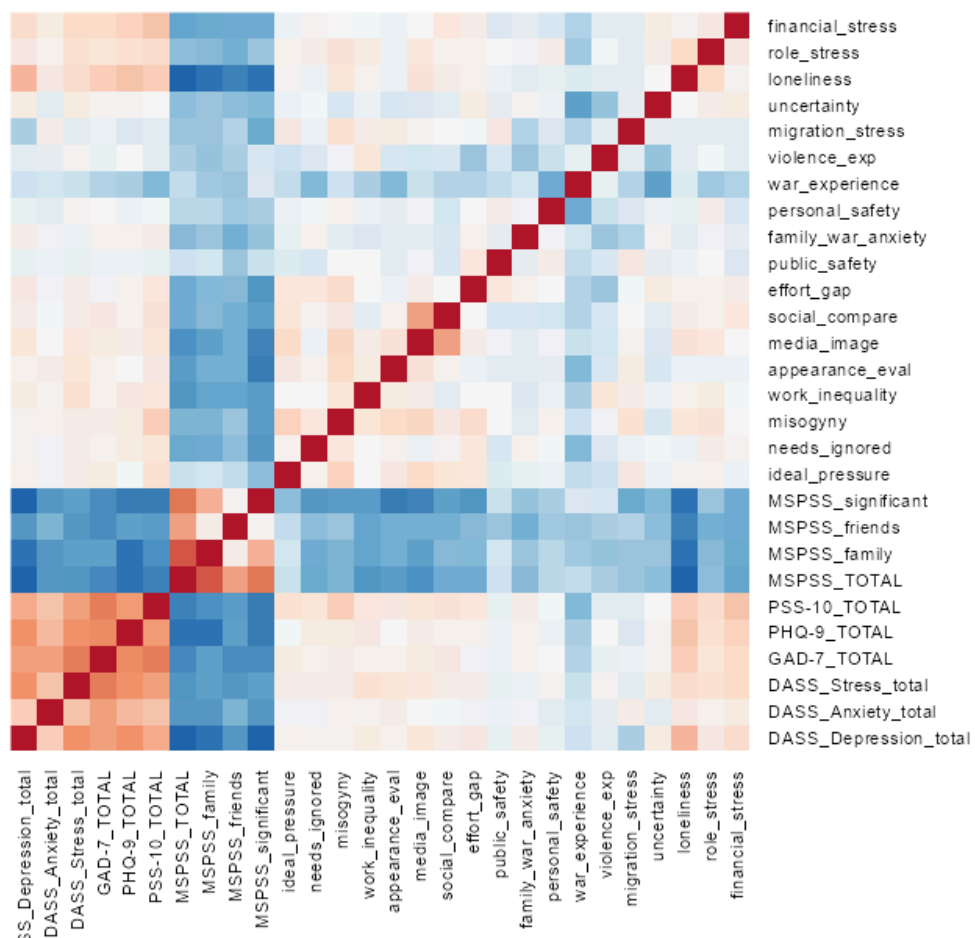


Рисунок 3.5. Теплова мапа кореляційних зв'язків між соціальними чинниками та показниками психічного здоров'я (коефіцієнт r_s)

Результати аналізу дозволили виявити низку статистично значущих закономірностей, які підтверджують припущення про деструктивний вплив комплексу соціальних та безпекових стресорів на емоційний стан жінок. Найбільш значущі кореляції між стресорами та показниками психічного здоров'я наведено у Таблиці 3.9.

Статистично значущі кореляційні зв'язки між соціальними стресорами та показниками психічного здоров'я

Соціальний чинник (Стресор)	Шкала (Показник)	r_s	p
Самотність та ізоляція	Депресія (DASS-21)	0,623	< 0,001
	Депресія (PHQ-9)	0,572	< 0,001
	Тривога (GAD-7)	0,553	< 0,001
Фінансова нестабільність	Стрес (PSS-10)	0,574	< 0,001
	Депресія (PHQ-9)	0,529	< 0,001
	Стрес (DASS-21)	0,506	< 0,001
Мізогінія та сексизм	Стрес (PSS-10)	0,543	< 0,001
	Тривога (GAD-7)	0,365	< 0,001
Знецінення на роботі	Стрес (DASS-21)	0,448	< 0,001
Соціальне порівняння	Стрес (PSS-10)	0,435	< 0,001
	Тривога (GAD-7)	0,395	< 0,001
Оцінка за зовнішнім виглядом	Стрес (DASS-21)	0,425	< 0,001
Соціальний тиск ("Ідеальна жінка")	Стрес (PSS-10)	0,441	< 0,001
	Тривога (GAD-7)	0,370	< 0,001
Негативний вплив медіа	Депресія (DASS-21)	0,419	< 0,001
	Стрес (PSS-10)	0,416	< 0,001
Стрес від поєднання ролей	Депресія (DASS-21)	0,395	< 0,001
Невизначеність майбутнього	Депресія (DASS-21)	0,383	< 0,001
Хвилювання за майбутнє близьких	Депресія (DASS-21)	0,356	< 0,001

Найпотужнішим фактором дистресу у досліджуваній вибірці виявилось глибоке переживання соціальної відчуженості. Показник «Самотність та ізоляція» продемонстрував найсильніший позитивний зв'язок із депресивною симптоматикою за шкалами DASS-21 ($r_s = 0,623$) та PHQ-9 ($r_s = 0,572$). Зважаючи на зміст цього стресора, можна стверджувати, що ключовим патогенетичним механізмом є не стільки фізична самотність, скільки суб'єктивне відчуття ізоляції навіть за наявності близьких поруч. Цей емоційний розрив також значно корелює з рівнем тривоги ($r_s = 0,553$), що вказує на втрату відчуття базової безпеки у соціальних контактах.

Другим за значущістю виступає блок екзистенційно-матеріальних загроз. Стресор «Фінансова нестабільність», який респондентки визначали як постійне занепокоєння через нездатність забезпечити себе або родину, виявив сильний зв'язок із рівнем стресу за PSS-10 ($r_s = 0,574$) та депресією ($r_s = 0,529$). Високі коефіцієнти кореляції свідчать про те, що фінансова непевність у сучасних реаліях діє як виснажливий хронічний подразник, який безпосередньо підриває психологічну стійкість.

Особливу увагу привертає група гендерно-специфічних стресорів, вплив яких виявився несподівано високим. Зокрема, зіткнення з «Мізогінією та сексизмом» (коментарями чи ставленням, що пригнічують) має сильний прямий зв'язок із рівнем сприйманого стресу ($r_s = 0,543$). Це доповнюється специфічним професійним стресором – «Знеціненням на роботі» ($r_s = 0,448$ за шкалою DASS-Стрес), де жінки відчувають меншу увагу до своїх ідей порівняно з колегами-чоловіками. Такі дані емпірично підтверджують, що гендерна упередженість є вагомим фактором ризику для ментального здоров'я.

Також виявлено, що нормативні соціальні вимоги створюють суттєве навантаження на психіку. «Соціальний тиск ("Ідеальна жінка")» – необхідність відповідати стандартам успішності, доглянутості та турботливості – значущо корелює зі стресом ($r_s = 0,441$) та тривогою ($r_s = 0,370$). Цей тиск посилюється механізмом «Соціального порівняння» у

мережах ($r_s = 0,435$ для стресу), коли зіставлення власного життя з віртуальними образами інших провокує зростання напруги. Додатковим джерелом стресу виступає «Оцінка за зовнішнім виглядом» ($r_s = 0,425$), що вказує на травмуючий вплив об'єктивації, коли особисті якості ігноруються на користь зовнішності.

Вплив інформаційного простору, зокрема «Негативний вплив медіа» (трансляція нереалістичних стандартів), також асоціюється з погіршенням стану, як депресивного ($r_s = 0,419$), так і стресового ($r_s = 0,416$). Водночас, «Стрес від поєднання ролей» (балансування між кар'єрою та побутом) демонструє помірний зв'язок із депресією ($r_s = 0,395$), підкреслюючи тягар «подвійної зайнятості» жінок.

Цікавим є той факт, що фактори невизначеності мають дещо меншу силу зв'язку порівняно з факторами соціальної ізоляції та дискримінації. «Невизначеність майбутнього» (неможливість планувати життя) та «Хвилювання за майбутнє близьких», пов'язане з війною в Україні, корелюють із депресією на рівні $r_s = 0,383$ та $r_s = 0,356$ відповідно. Це може свідчити про те, що в умовах тривалої кризи зовнішні загрози (війна, невизначеність) стають "фоновими", тоді як гостріше переживаються саме безпосередні міжособистісні та соціальні дефіцити (самотність, несправедливість, фінансовий тиск).

Для детальної перевірки гіпотези H2 про буферну функцію соціального оточення було проведено поглиблений кореляційний аналіз, що включав як загальний показник підтримки, так і його окремі джерела (Сім'я, Друзі, Близька особа). Щоб перевірити стійкість зв'язків, ми зіставили дані з кількома психодіагностичними інструментами, що вимірюють різні аспекти дистресу (PHQ-9, GAD-7, PSS-10 та DASS-21).

Результати аналізу підтверджують, що соціальна підтримка виступає стабільним ресурсом, проте її вплив є нерівномірним для різних психоемоційних станів (Таблиця 3.10).

Таблиця 3.10

Найтісніші кореляційні зв'язки між соціальною підтримкою та показниками психоемоційного стану

Джерело підтримки	Сфера впливу (Шкала)	r_s	p
Близька особа	Депресія (DASS-21)	-0,433	< 0,001
	Стрес (PSS-10)	-0,345	< 0,001
Сім'я	Депресія (DASS-21)	-0,373	< 0,001
Загальна підтримка	Депресія (DASS-21)	-0,422	< 0,001
Загальна підтримка	Тривога (GAD-7)	-0,302	0,002
	Стрес (DASS-21)	-0,248	0,013
Друзі	Стрес (DASS-21)	-0,244	0,014

Найбільш чутливою до підтримки виявилася депресивна симптоматика. При цьому цікаво відзначити психометричний нюанс: кореляція підтримки з шкалою DASS-Депресія ($r_s = -0,422$; $p < 0,001$) виявилася дещо сильнішою, ніж з PHQ-9 ($r_s = -0,365$; $p < 0,001$). Це може свідчити про те, що наявність близьких людей ефективніше захищає від когнітивно-емоційного компонента депресії (зневіра, апатія, втрата сенсу, які краще вловлює DASS-21), аніж від соматичних проявів (порушення сну, апетиту), на яких фокусується PHQ-9. Тобто, соціальний ресурс діє передусім через механізм емоційної регуляції та зниження почуття ізольованості.

Деталізація за джерелами підтримки дозволила виявити чітку ієрархію ресурсів, яка відображає специфіку переживання кризи:

1. «Близька особа»: Цей ресурс виявився найпотужнішим. Підтримка від партнера демонструє найвищі коефіцієнти кореляції зі зниженням депресії ($r_s = -0,433$ за DASS-21) та сприйнятого стресу ($r_s = -0,345$ за PSS-10). Важливо підкреслити, що це єдиний ресурс, який демонструє відносно стійкий зв'язок із показниками тривожності ($r_s = -0,282$ за GAD-7; r_s

= -0,234 за DASS-21). Це вказує на те, що в умовах екзистенційної загрози та невизначеності саме інтимно-особистісна взаємодія забезпечує найсильніше відчуття безпеки. Партнер виступає «тихою гаванню», що дозволяє знизити загальний фон напруги.

2. «Сім'я»: Родинна підтримка посідає друге місце за силою впливу, виступаючи надійним буфером проти депресії ($r_s = -0,373$ за DASS-21) та стресу ($r_s = -0,272$ за PSS-10). Щодо тривоги, вплив родини також залишається статистично значущим ($r_s = -0,238$ за DASS-21), хоча і дещо поступається підтримці партнера. Тим не менш, сім'я залишається фундаментальною опорою, яка запобігає глибоким депресивним станам.

3. «Друзі»: Вплив цього джерела виявився найбільш специфічним. Підтримка друзів достовірно знижує рівень повсякденного стресу ($r_s = -0,244$ за DASS-21) та депресії ($r_s = -0,234$), виконуючи функцію емоційної розрядки та соціалізації. Однак, критично важливо, що підтримка друзів не має статистично значущого зв'язку з рівнем тривоги (DASS-Тривога: $r_s = -0,132$; $p > 0,05$).

Цей розрив у даних дозволяє зробити важливий психологічний висновок: друзі можуть допомогти «відволіктися» (знизити стрес) або розрадити у смутку, але вони не здатні дати те базове почуття онтологічної безпеки, яке необхідне для гасіння гострої тривоги. Тривога в умовах війни часто пов'язана з фізичною загрозою та виживанням, і тут психіка спирається лише на найближче коло (сім'я та партнер), тоді як дружнє коло сприймається як ресурс «мирного часу», менш ефективний у кризових станах.

3.4. Соціальні чинники як предиктори розвитку тривожних і депресивних симптомів жінок

Для перевірки гіпотези НЗ про те, що соціальні чинники виступають значущими предикторами психоемоційного стану жінок, було проведено серію множинних лінійних регресійних аналізів. Метою цього етапу було визначити, які саме із досліджуваних факторів мають найбільшу

прогностичну вагу у формуванні депресивних та тривожних розладів, коли вони діють у комплексі.

Як залежні змінні було обрано показник депресії (за шкалою DASS-21-Депресія, оскільки він продемонстрував вищу чутливість до соціальних впливів на етапі кореляційного аналізу) та показник генералізованої тривоги (за шкалою GAD-7).

До регресійної моделі як предиктори (незалежні змінні) було включено ті соціальні чинники, які на попередньому етапі аналізу виявили найтісніші кореляційні зв'язки із симптоматикою розладів. Зокрема, для прогнозування депресії було відібрано фактори суб'єктивної самотності, фінансової нестабільності, соціального тиску, невизначеності майбутнього та впливу медіа, а також загальний показник соціальної підтримки як потенційний буферний ресурс.

Спершу було проаналізовано чинники, що впливають на рівень депресії. Побудована модель виявилася статистично значущою. Коефіцієнт $R^2 = 0.543$ вказує на те, що обраний комплекс факторів пояснює 54,3% варіативності депресивних симптомів у досліджуваній вибірці, що є високим показником прогностичної здатності моделі. Перевірка мультиколінеарності між предикторами не виявила її критичного рівня ($VIF = 1,24 - 2,05$), що підтверджує статистичну коректність моделі та дозволяє інтерпретувати внесок кожної змінної як незалежний.

Детальний аналіз сили впливу кожного окремого чинника наведено в Таблиці 3.11.

Таблиця 3.11

Коефіцієнти множинної регресії для залежної змінної «Депресія» (DASS-21)

Предиктор (Фактор)	Стандартна оцінка (β)	SE	t-критерій	Рівень значущості (p)
Константа	3.989	4.349	0.917	0.361
Суб'єктивна самотність та	0.415	0.514	4.524	< 0.001

ізоляція				
Фінансова нестабільність	0.247	0.495	2.940	0.004
Соціальна підтримка (MSPSS)	-0.186	0.059	-2.315	0.023
Негативний вплив медіа	0.173	0.557	1.728	0.087
Невизначеність майбутнього	0.062	0.468	0.800	0.426
Соціальне порівняння	-0.042	0.564	-0.420	0.675
Рольовий стрес	-0.013	0.506	-0.147	0.884

Результати засвідчили, що найсильнішим предиктором депресії є суб'єктивне відчуття самотності та ізоляції ($\beta = 0,415$; $p < 0,001$). Це підтверджує припущення, що саме дефіцит якісних емоційних зв'язків є критичним фактором ризику для психічного здоров'я жінок. Характер цього впливу візуалізовано на діаграмі розсіювання (Рисунок 3.6), де чітко прослідковується лінійна залежність: посилення фактора суб'єктивної ізолюваності супроводжується пропорційним зростанням рівня депресивної симптоматики.

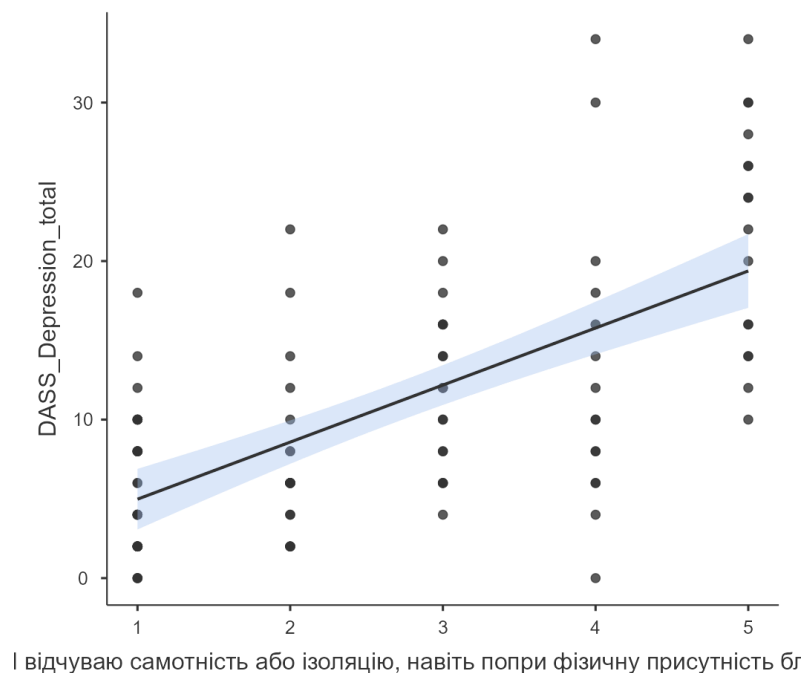


Рисунок 3.6. Вплив фактора суб'єктивної ізолюваності на рівень депресії

Другим за значущістю стресором виступила фінансова нестабільність ($\beta = 0,247$; $p = 0,004$), що вказує на суттєвий вплив матеріальної незахищеності на формування депресивного афекту.

Водночас було підтверджено захисну роль соціальної підтримки (MSPSS Total). Навіть за умови контролю рівня самотності та фінансових труднощів, загальний рівень соціальної підтримки залишається значущим негативним предиктором ($\beta = -0,186$; $p = 0,023$). Це свідчить про те, що наявність підтримуючого оточення діє як незалежний протекторний фактор, що знижує ризик депресії (Рисунок 3.7).

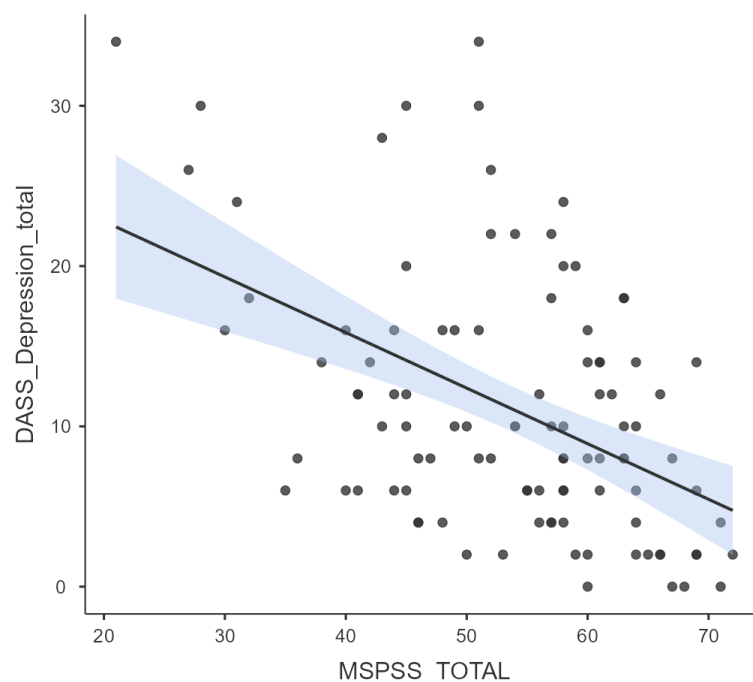


Рисунок 3.7. Вплив соціальної підтримки на рівень депресії

Інші досліджувані чинники, такі як вплив медіа чи невизначеність майбутнього, у цій моделі не показали статистично значущого впливу.

На наступному етапі було побудовано регресійну модель для прогнозування рівня генералізованої тривоги (шкала GAD-7). Відбір предикторів здійснювався так само на основі результатів кореляційного аналізу, який виявив найтісніші зв'язки тривоги з факторами суб'єктивної соціальної ізоляції, фінансової нестабільності та соціальної підтримки. Додатково до моделі були включені специфічні тригери тривожного

реагування (хвилювання через війну, загроза особистій безпеці), щоб перевірити їхню прогностичну вагу в комплексі. Отримана модель виявилася статистично значущою та пояснює 49,3% змін у рівні тривоги ($R^2 = 0.493$). Перевірка мультиколінеарності між предикторами, включеними до моделі прогнозування генералізованої тривоги, не виявила її критичного рівня ($VIF = 1,18 - 2,02$), що свідчить про статистичну коректність побудованої регресійної моделі та дозволяє інтерпретувати незалежний внесок кожної змінної. Детальний аналіз сили впливу окремих предикторів наведено в Таблиці 3.12.

Таблиця 3.12

Коефіцієнти множинної регресії для залежної змінної «Тривога» (GAD-7)

Предиктор (Фактор впливу)	Стандартна оцінка (β)	SE	t-критерій	Рівень значущості (p)
Константа	-1.170	3.245	-0.361	0.719
Хвилювання за близьких (війна)	0.712	0.434	1.641	0.104
Загроза особистій безпеці	0.357	0.314	1.136	0.259
Зіткнення з мізогінією та сексизмом	-0.059	0.471	-0.126	0.900
Невизначеність майбутнього	0.043	0.325	0.131	0.896
Соціальний тиск («Ідеальна жінка»)	0.421	0.370	1.137	0.258
Фінансова нестабільність	0.936	0.317	2.953	0.004
Оцінка оточенням за зовнішністю	0.333	0.356	0.935	0.352
Соціальна підтримка (MSPSS Total)	-0.061	0.041	-1.511	0.134
Суб'єктивна самотність та ізоляція	1.232	0.332	3.711	< 0.001

Найпотужнішим чинником виявилось суб'єктивне відчуття самотності та ізоляції ($p < 0,001$). Позитивне значення коефіцієнта ($\beta = 1.232$) вказує на

те, що посилення відчуття ізольованості призводить до стрімкого зростання рівня тривоги. Це підтверджує трансдіагностичну роль суб'єктивної ізоляції, яка виступає каталізатором не лише депресії, а й тривожних розладів.

Другим значущим предиктором виступила фінансова нестабільність ($p = 0.004$). Це свідчить про те, що в умовах затяжної кризи саме загроза втрати матеріальних ресурсів для існування є стабільним джерелом хронічного неспокою, яке діє незалежно від інших стресорів. Характер цього впливу візуалізовано на рисунку 3.8.

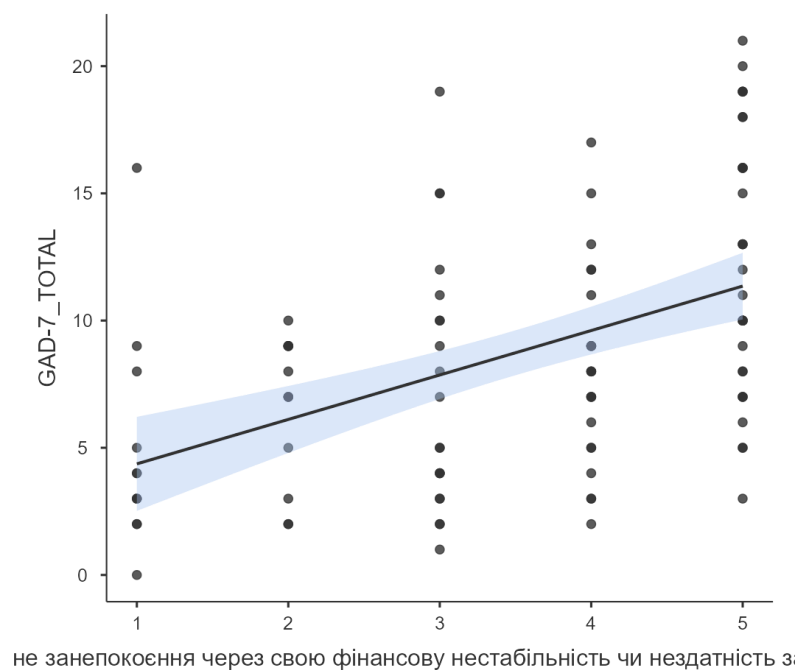


Рисунок 3.8. Вплив фактора фінансової нестабільності на рівень тривоги

Важливим результатом стало те, що при введенні в модель фактора самотності, статистична значущість соціальної підтримки (MSPSS) нівелювалася ($p = 0.134$). Це дозволяє зробити важливий висновок: сама по собі наявність соціального оточення не здатна ефективно знизити тривогу, якщо жінка продовжує суб'єктивно почуватися самотньою.

Також встановлено, що чинники безпосередньої воєнної загрози («хвилювання за безпеку близьких», «загроза особистій безпеці») у межах цієї комплексної моделі поступаються за прогностичною силою факторам

соціальної ізоляції та фінансової нестабільності. Це може свідчити про те, що на даному етапі базове відчуття безпеки у жінок більшою мірою формується через соціальну включеність та матеріальну стабільність, ніж через прямі воєнні ризики.

Після підтвердження значущого впливу соціальних стресорів та ресурсу підтримки на психоемоційний стан жінок, виникає потреба у глибшому розумінні механізмів цього впливу. Важливо з'ясувати не лише сам факт наявності зв'язків, а й маршрут, яким зовнішні обставини трансформуються у симптоми розладів. Для цього було проведено серію медіаційних аналізів, спрямованих на визначення того, чи діють соціальні чинники на психіку безпосередньо, чи їхній деструктивний ефект реалізується опосередковано – через підвищення загального рівня напруги та суб'єктивно сприйнятого стресу.

В якості ключового медіатора в усіх моделях розглядався загальний показник сприйнятого стресу (PSS-10). Аналіз проводився окремо для двох основних залежних змінних: депресії та тривоги. Розпочнемо з розгляду моделі для депресивних станів. Результати розрахунку прямих та непрямих (опосередкованих) ефектів для депресії узагальнено у Таблиці 3.13 (детальний протокол медіаційного аналізу з усіма статистичними показниками та довірчими інтервалами наведено у Додатку Г).

Таблиця 3.13

Результати медіаційного аналізу впливу соціальних чинників на рівень депресії

Предиктор (Соціальний чинник)	Тип ефекту	β (Beta)	p (Значущість)	Тип медіації
Суб'єктивна самотність	Непрямий (через стрес)	0.077	0.043	Часткова
	Прямий (на депресію)	0.341	<0.001	
Фінансова нестабільність	Непрямий (через стрес)	0.097	0.012	Повна

	Прямий (на депресію)	0.152	0.055	
Мізогінія та сексизм	Непрямий (через стрес)	0.105	0.011	Значущий непрямий ефект
	Прямий (на депресію)	-0.124	0.139	
Негативний вплив медіа	Непрямий (через стрес)	-0.040	0.305	Відсутня (тільки прямий вплив)
	Прямий (на депресію)	0.220	0.021	
Соціальна підтримка (MSPSS)	Непрямий (через стрес)	-0.033	0.270	Відсутня (тільки прямий вплив)
	Прямий (на депресію)	-0.152	0.035	

Найбільш вагомий та комплексний вплив на формування депресивної симптоматики продемонстрував фактор суб'єктивної самотності та ізоляції. Результати аналізу засвідчили наявність часткової медіації. Самотність має потужний прямий вплив на депресію ($\beta = 0.341$; $p < 0.001$), але водночас діє і непрямим шляхом, достовірно підвищуючи рівень загального стресу (непрямий ефект: $\beta = 0.077$; $p = 0.043$). Це вказує на те, що переживання соціальної ізоляції є подвійним фактором ризику: воно саме по собі формує депресивний афект, а також виснажує адаптаційні ресурси, провокуючи хронічну стресову реакцію, яка додатково поглиблює депресивний стан.

Суттєву роль у моделі відіграє фактор фінансової нестабільності. Аналіз виявив статистично значущий непрямий ефект цього чинника через рівень стресу ($\beta = 0.097$; $p = 0.012$). При цьому прямий вплив фінансових труднощів на депресію виявився статистично незначущим ($p = 0.055$). Такий

результат свідчить про ефект повної медіації: матеріальна непевність призводить до депресії переважно через механізм хронічного напруження. Постійне занепокоєння через фінансове забезпечення підвищує рівень сприйнятого стресу, який згодом трансформується у виснаження та депресивну симптоматику.

Особливий науковий інтерес становлять дані щодо впливу мізогінії та сексизму. Для цього фактора виявлено ефект значущого непрямого впливу (indirect-only effect). Аналіз продемонстрував, що цей чинник впливає на розвиток депресії не безпосередньо (прямий зв'язок статистично не значущий, $p = 0.139$), а шляхом ініціації стресової реакції. Зіткнення з проявами сексизму суттєво підвищує рівень загального напруження, яке згодом посилює депресивну симптоматику (непрямий ефект: $\beta = 0.105$; $p = 0.011$). Це дозволяє стверджувати, що гендерна дискримінація діє як потужний зовнішній стресор, який порушує психологічну рівновагу жінки, і саме ця реакція напруження стає підґрунтям для подальшого розвитку афективних порушень.

Відмінний механізм впливу продемонстрував фактор негативного впливу медіа та соцмереж. У цьому випадку медіаційний ефект через стрес не підтвердився ($p = 0.305$), натомість було зафіксовано значущий прямий вплив на рівень депресії ($\beta = 0.220$; $p = 0.021$). Це означає, що трансляція нереалістичних стандартів та споживання специфічного контенту може безпосередньо погіршувати настрій та самооцінку, викликаючи пригнічення, навіть без формування гострої стресової реакції напруження.

Важливі результати отримано щодо ролі соціальної підтримки (MSPSS). У комплексній багатофакторній моделі, де враховано вплив чинника самотності, соціальна підтримка зберегла свою значущість як прямий протекторний фактор ($\beta = -0.152$; $p = 0.035$). Непрямий ефект через зниження стресу в цій конфігурації змінних виявився статистично незначущим ($p = 0.270$). Це свідчить про те, що наявність підтримуючого оточення здатна знижувати ризик депресії безпосередньо, надаючи

необхідний емоційний ресурс, навіть якщо загальний рівень сприйнятого стресу залишається високим через дію інших чинників.

Інші досліджені фактори, такі як рольовий стрес, соціальне порівняння та невизначеність майбутнього, у цій моделі не виявили статистично значущих прямих або непрямих ефектів. Це пояснюється тим, що їхній вплив перекривається більш потужними предикторами самотності та фінансового стану, які беруть на себе основне навантаження у поясненні дисперсії депресії. Графічне відображення побудованої моделі шляхів представлено на Рисунок 3.9.

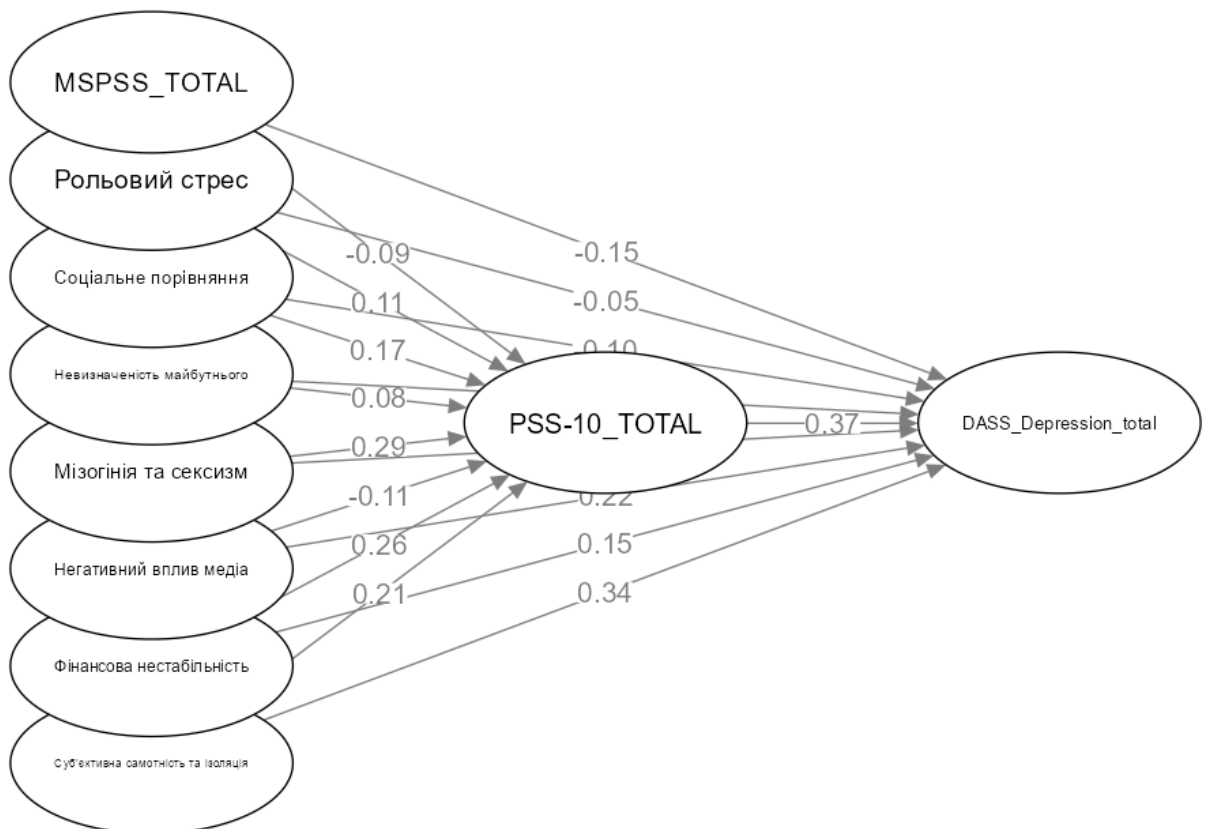


Рисунок 3.9. Емпірична модель медіації впливу соціальних чинників на рівень депресії

Наступним етапом дослідження став аналіз медіаційної моделі для генералізованої тривоги. Ця частина роботи мала на меті з'ясувати, чи відрізняються шляхи впливу соціальних чинників на тривожність порівняно з депресією, та яку роль у цьому процесі відіграє загальний рівень стресу.

Результати розрахунку ефектів для тривоги узагальнено у Таблиці 3.14 (детальний протокол аналізу наведено у Додатку Д).

Таблиця 3.14

Результати медіаційного аналізу впливу соціальних чинників на рівень тривоги

Предиктор (Соціальний чинник)	Тип ефекту	β (Beta)	p (Значущість)	Тип медіації
Суб'єктивна самотність	Непрямий (через стрес)	0.174	0.003	Часткова
	Прямий (на тривогу)	0.220	0.006	
Хвилювання за близьких (війна)	Непрямий (через стрес)	0.108	0.027	Повна
	Прямий (на тривогу)	0.060	0.374	
Мізогінія та сексизм	Непрямий (через стрес)	0.171	0.005	Значущий непрямий ефект
	Прямий (на тривогу)	-0.089	0.285	
Соціальна підтримка (MSPSS)	Непрямий (через стрес)	-0.051	0.308	Вплив відсутній
	Прямий (на тривогу)	-0.080	0.256	

Подібно до результатів щодо депресії, найпотужнішим фактором впливу на рівень тривоги виявилось суб'єктивне відчуття самотності та ізоляції. Аналіз зафіксував ефект часткової медіації: самотність не лише суттєво підвищує рівень сприйнятого стресу (непрямий ефект: $\beta = 0.174$; $p = 0.003$), а й має виражений прямий вплив на формування тривожної симптоматики (прямий ефект: $\beta = 0.220$; $p = 0.006$). Це підтверджує, що

почуття соціальної відірваності є фундаментальним джерелом тривоги, яке діє як через загальне напруження, так і як самостійний емоційний подразник.

Важливою відмінністю моделі тривоги стала поява нового значущого предиктора – хвилювання за безпеку близьких через війну. Для цього фактора було встановлено ефект повної медіації. Прямий вплив цього переживання на клінічну тривогу виявився статистично незначущим ($p = 0.374$), проте було виявлено достовірний непрямий вплив через підвищення рівня стресу ($\beta = 0.108$; $p = 0.027$). Це свідчить про те, що страх за рідних в умовах війни діє як потужний фоновий стресор, який виснажує психічні ресурси та підвищує загальну напругу, що згодом трансформується у симптоми генералізованої тривоги.

Вплив мізогінії та сексизму на рівень тривоги відтворив патерн, виявлений для депресії: було зафіксовано значущий непрямий ефект ($\beta = 0.171$; $p = 0.005$) за відсутності прямого впливу ($p = 0.285$). Це ще раз підтверджує гіпотезу про те, що зіткнення з гендерною дискримінацією діє як прихований стресогенний фактор, який дестабілізує емоційний стан жінки опосередковано, через накопичення напруження.

Найбільш показовим результатом даного етапу аналізу стала відсутність статистично значущого впливу соціальної підтримки (MSPSS) на рівень тривоги. На відміну від моделі депресії, де підтримка діяла як прямий протектор, у випадку з тривогою не було виявлено ані прямого ($p = 0.256$), ані непрямого ($p = 0.308$) ефекту. Це дозволяє зробити висновок про специфіку переживання тривоги в умовах війни: наявність соціального оточення сама по собі не здатна компенсувати втрату почуття безпеки та знизити рівень настороженості, якщо паралельно діють такі потужні фактори, як самотність та загроза життю близьких.

Інші потенційні стресори, такі як загроза особистій безпеці, невизначеність майбутнього та оцінка оточенням за зовнішністю, у цій комплексній моделі не продемонстрували статистично значущого впливу на рівень тривоги. Їхній ефект, ймовірно, поглинається більш глобальними

екзистенційними переживаннями, пов'язаними з війною та соціальною ізоляцією. Графічне відображення структурної моделі для тривоги представлено на Рисунку 3.10.

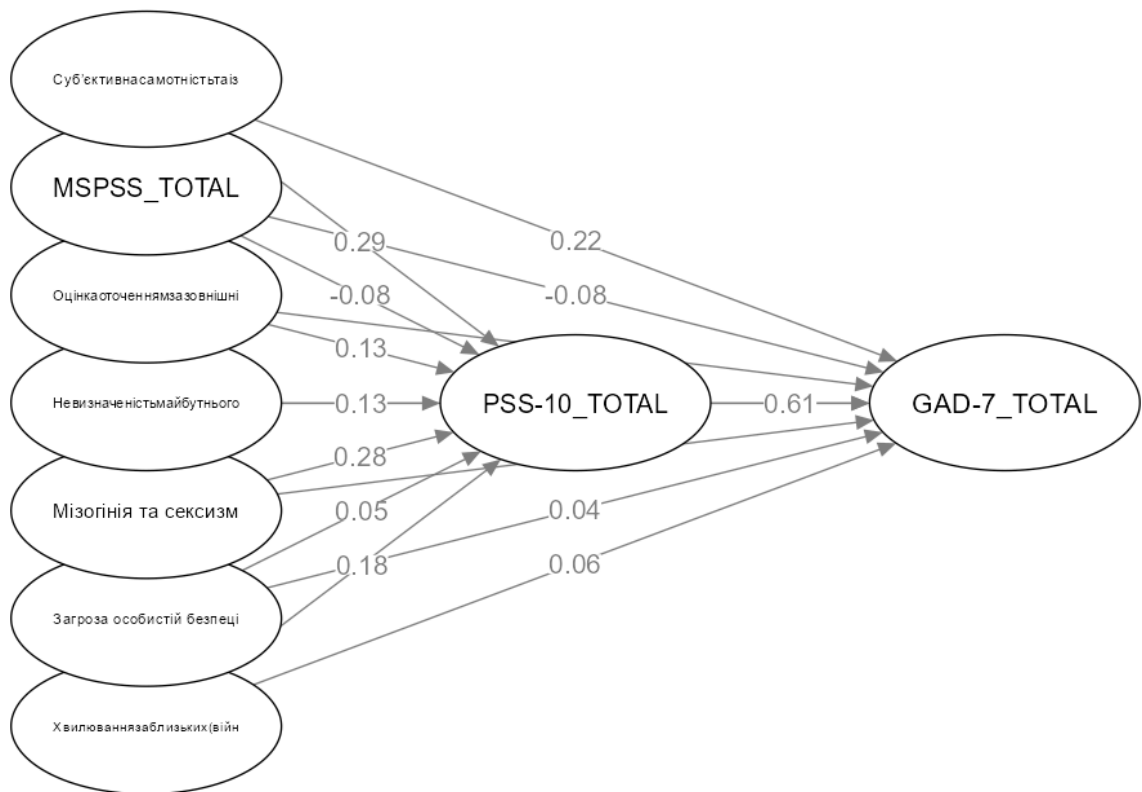


Рисунок 3.10. Емпірична модель медіації впливу соціальних чинників на рівень тривоги

Отже, проведене моделювання дозволило виокремити два відмінні шляхи формування психоемоційних порушень. Якщо депресія розвивається як через прямий вплив соціальних дефіцитів, так і через стресовий механізм, то тривога в умовах війни формується переважно через накопичення напруження, спровокованого зовнішніми загрозами та мізогінією. Отримані дані свідчать про часткове підтвердження гіпотези Н4: роль сприйнятого стресу як медіатора є доведеною для дії соціальних стресорів, однак цей механізм не є універсальним для впливу соціальної підтримки, яка реалізує свій захисний потенціал через інші психологічні шляхи.

3.5. Психологічні рекомендації щодо профілактики та корекції тривожних і депресивних симптомів з урахуванням виявлених соціальних чинників

Розробка системи психологічних рекомендацій ґрунтується на комплексному аналізі емпіричних даних, який дозволив виявити групи ризику та ключові мішені для інтервенцій. Враховуючи, що близько третини досліджуваних жінок демонструють клінічно значущі рівні тривоги та депресії при помірному рівні загального стресу, психопрофілактична робота має бути диференційованою та враховувати індивідуальний соціальний контекст. Оскільки найпотужнішим предиктором розладів виявилось суб'єктивне відчуття самотності та ізоляції, першочерговим завданням є робота з відновленням якісних соціальних зв'язків. Рекомендовано перехід від стратегії розширення кола спілкування до поглиблення інтимно-особистісного контакту з партнером або найближчою родиною, оскільки саме цей ресурс продемонстрував найвищий кореляційний зв'язок зі стабілізацією емоційного стану, на відміну від підтримки друзів, яка виявилася менш ефективною у зниженні тривоги. Крім того, для подолання глибинного почуття відчуженості ефективним є формат фасилітованих груп взаємопідтримки, де акцент робиться на валідизації досвіду та обміні стратегіями подолання, що дозволяє знизити рівень ізоляції в безпечному середовищі.

Важливим напрямком роботи є врахування вікових особливостей сприйняття соціального тиску. Оскільки дослідження виявило підвищену вразливість молодих жінок до мізогінії та стандартів краси у соцмережах, для цієї вікової групи критично важливим є розвиток навичок медіаграмотності та критичного мислення. Психоедукаційні заходи мають бути спрямовані на деконструкцію нав'язаних ідеалів та формування стійкої самооцінки, незалежної від зовнішнього схвалення. Для жінок, які перебувають за кордоном, акцент у корекційній роботі має зміщуватися на адаптацію та подолання стресу вимушеної міграції, тоді як для тих, хто залишається в

Україні, пріоритетом є опанування технік саморегуляції в умовах постійної загрози фізичній безпеці.

З огляду на виявлений ефект повної медіації для фактора фінансової нестабільності, психологічна допомога повинна включати методи підвищення толерантності до невизначеності. Оскільки об'єктивні економічні обставини часто не підлягають контролю, робота має фокусуватися на зміні когнітивної оцінки ситуації та зниженні рівня катастрофізації. Ефективним є застосування технік розмежування зон відповідальності, що дозволяє знизити загальний рівень сприйнятого стресу, який виступає основним провідником депресивної симптоматики при фінансових труднощах. Також доцільним є включення тренінгів асертивності для протидії гендерній дискримінації на робочому місці, яка, як показав аналіз, діє як прихований стресор.

Специфіка виявлених механізмів формування тривоги в умовах війни вимагає особливого підходу. Оскільки встановлено, що соціальна підтримка не завжди здатна компенсувати екзистенційну тривогу за безпеку близьких, стратегія роботи має базуватися на техніках стабілізації та заземлення. Для зниження тривоги, спровокованої воєнними загрозами, доцільним є використання елементів терапії прийняття та відповідальності, що допомагають зберігати функціональність та продовжувати ціннісно-орієнтовану діяльність попри неконтрольовані зовнішні обставини.

Висновки до розділу 3

У третьому розділі представлено результати емпіричного дослідження, метою якого було виявлення впливу соціальних чинників на тривожні і депресивні симптоми жінок, а також визначення психологічних механізмів цього впливу. Первинний аналіз отриманих даних засвідчив високу надійність обраного психодіагностичного інструментарію та дозволив оцінити загальний психоемоційний стан вибірки. Встановлено, що близько третини досліджуваних жінок демонструють клінічно значущі рівні тривожної та депресивної симптоматики, що може свідчити про підвищене

психоемоційне навантаження вибірки, при тому що більшість респонденток характеризуються помірним рівнем сприйнятого стресу. Аналіз соціально-демографічних особливостей засвідчив специфіку сприйняття соціального тиску залежно від віку: молодші жінки виявилися статистично значуще вразливішими до проявів мізогінії, впливу стандартів краси у соцмережах та відчуття соціальної ізоляції. Також було зафіксовано вплив географічного фактору, який асоціюється не зі зростанням загальної інтенсивності, а зі зміною структури стресових переживань. Жінки, які перебувають в Україні, гостріше переживають загрозу фізичній безпеці, тоді як жінки за кордоном відчують вищий рівень стресу, пов'язаного з адаптацією та втратою звичного середовища, при цьому тривога за близьких залишається універсальним високим стресором для обох груп.

Подальший кореляційний аналіз емпірично підтвердив гіпотезу H1, встановивши статистично значущий позитивний зв'язок між рівнем соціальних стресорів та афективними розладами. Найсильнішу кореляцію з депресією та тривогою продемонстрували суб'єктивне відчуття самотності та фінансова нестабільність, а також зіткнення з гендерною дискримінацією. Гіпотеза H2 про захисну роль соціальної підтримки знайшла підтвердження на рівні кореляцій, проте подальше моделювання дозволило суттєво уточнити механізм її дії. Було встановлено, що підтримка, особливо з боку партнера, є ефективним буфером проти депресії, водночас для тривоги її захисний ефект істотно зменшується при врахуванні фактора сильної суб'єктивної самотності. Отримані результати дають підстави припустити, що в умовах війни сама по собі наявність соціального оточення не здатна ефективно знизити тривогу, якщо жінка продовжує почуватися ізольованою.

Результати множинного регресійного аналізу підтвердили основну гіпотезу дослідження H3, засвідчивши, що соціальні чинники виступають значущими предикторами, які пояснюють високу частку варіативності психоемоційних станів (54,3% для депресії та 49,3% для тривоги). Найпотужнішим універсальним предиктором визначено суб'єктивне відчуття

самотності, яке впливає на психічний стан як безпосередньо, так і опосередковано. Медіаційний аналіз дозволив уточнити шляхи впливу окремих факторів. Для фінансової нестабільності та хвилювання за близьких встановлено ефект повної медіації, що означає їхній вплив на розвиток розладів переважно через механізм підвищення загального рівня напруги. Для мізогінії виявлено ефект значущого непрямого впливу, де дискримінація діє як прихований стресор. Негативний вплив медіа, натомість, діє на депресію безпосередньо, оминаючи стресовий механізм. Таким чином, гіпотеза H4 отримала часткове підтвердження: сприйнятий стрес дійсно виступає ключовим медіатором для соціальних стресорів, однак для соціальної підтримки цей механізм не є універсальним.

На основі виявлених закономірностей було розроблено систему психологічних рекомендацій, які фокусуються на роботі з глибинним почуттям самотності, підвищенні толерантності до невизначеності задля подолання фінансового стресу та розвитку навичок стабілізації. Запропоновано диференційований підхід, де для корекції депресії обґрунтовано як доцільне залучення соціального ресурсу, а для роботи з тривогою пріоритет надається технікам зниження напруги та відновлення почуття безпеки.

ВИСНОВКИ

У кваліфікаційній роботі здійснено теоретико-емпіричне дослідження впливу соціальних чинників на тривожні та депресивні симптоми жінок. Узагальнення отриманих результатів дозволяє сформулювати такі висновки:

1. У процесі теоретичного аналізу встановлено, що психічне здоров'я жінок формується під впливом складної взаємодії біологічних, психологічних та соціальних детермінант. До найбільш значущих соціальних факторів ризику належать соціально-економічна нерівність, гендерна дискримінація, феномен подвійного навантаження та тиск соціокультурних стандартів. В умовах війни дія цих чинників ускладнюється додатковими екстремальними стресорами, що підсилює загрозу розвитку афективних порушень.

2. За результатами емпіричного дослідження встановлено, що вибірка характеризується високим рівнем психоемоційного навантаження, а значна частина жінок демонструє клінічно значущі прояви тривожної та депресивної симптоматики. Виявлено вікові відмінності у сприйнятті соціального тиску: молодші жінки є більш уразливими до впливу мізогінії, стандартів краси та соціальної ізоляції, тоді як старші респондентки демонструють вищу психологічну стійкість до зазначених чинників.

3. Встановлено, що географічний фактор визначає специфіку структури сприйнятого стресу. Жінки, які перебувають в Україні, більшою мірою зосереджені на загрозах фізичній безпеці, тоді як жінки за кордоном гостріше переживають адаптаційні труднощі та втрату звичного соціального середовища. Водночас тривога за безпеку близьких виявляється універсальним стресогенним чинником для обох груп.

4. Виявлено статистично значущі зв'язки між інтенсивністю впливу соціальних стресорів та вираженістю тривожної й депресивної симптоматики. Найбільш потужними чинниками погіршення психоемоційного стану визначено суб'єктивне відчуття самотності, фінансову нестабільність та досвід зіткнення з проявами сексизму.

5. Доведено, що соціальна підтримка, особливо з боку партнера, виступає важливим захисним ресурсом щодо розвитку депресивних проявів. Водночас її буферний ефект стосовно тривоги в умовах війни має обмежений характер і суттєво знижується за наявності вираженого почуття ізоляції.

6. Результати регресійного та медіаційного аналізів засвідчили, що соціальні чинники виступають значущими предикторами розвитку афективних розладів. Універсальним предиктором погіршення психічного стану визначено суб'єктивне відчуття самотності. Встановлено, що депресія формується як під прямим впливом соціальних дефіцитів, так і опосередковано через підвищення рівня сприйнятого стресу, тоді як тривога переважно розвивається через механізм накопичення загального психоемоційного напруження.

7. На основі отриманих результатів розроблено систему психологічних рекомендацій, спрямовану на профілактику та корекцію афективних розладів у жінок. Запропонований підхід передбачає роботу з відновленням соціальних зв'язків і ресурсів підтримки у випадку депресивних проявів, а також використання технік стабілізації та розвитку толерантності до невизначеності для зниження рівня тривоги. Обґрунтовано доцільність урахування індивідуального життєвого контексту жінки при виборі методів психологічної допомоги.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Боднар, О. В. (2019). *Індивідуально-психологічні особливості сучасної жінки*. Академічні Тексти України.
<https://uacademic.info/ua/document/0419U002225>
2. Вельдбрехт, О. О., & Тавровецька, Н. І. (2022). ШКАЛА СПРИЙНЯТОГО СТРЕСУ (PSS-10): АДАПТАЦІЯ ТА АПРОБАЦІЯ В УМОВАХ ВІЙНИ. *Problems of Modern Psychology*, 2, 16.
<https://doi.org/10.26661/2310-4368/2022-2-2>
3. Галецька, І., Кліманська, М., & Перун, М. (n.d.). *DASS-21 Ua About | PDF*. Scribd. Retrieved November 19, 2025, from
<https://www2.psy.unsw.edu.au/dass/Ukranian/Ukrainian.htm>
4. Гуляєва, Л. (2023). ВПЛИВ ВІЙНИ НА ЗАЙНЯТІСТЬ ЖІНОК-ВНУТРІШНЬО ПЕРЕМІЩЕНИХ ОСІБ В УКРАЇНІ. *Економіка та суспільство*, 51. <https://doi.org/10.32782/2524-0072/2023-51-33>
5. Козуб, Т. О., Гнатюк, В. В., Качайло, І. А., & Головіна, О. В. (2025). Вплив війни на психоемоційний стан та репродуктивне здоров'я жінок: Клінічне дослідження порушень менструального циклу. *Репродуктивне здоров'я жінки*, 5, 78–86.
<https://doi.org/10.30841/2708-8731.5.2025.337955>
6. Лозова, О. М., & Шишко, Д. Л. (2021). *Стереотипи краси як чинник тривожності самотніх жінок* [Monograph]. Scientific trends: modern challenges vol.2: kollektive monograph. Sherman Oaks, GS Publishing Services.
<https://elibrary.kubg.edu.ua/id/eprint/39320/>
7. Матохнюк, Л. О., & Оверчук, В. А. (2024). Вплив війни на психологічний стан вагітних жінок. *Вісник Донецького національного університету імені Василя Стуса. Серія Психологічні науки*, 68–73.
[https://doi.org/10.31558/2786-8745.2024.1\(4\).7](https://doi.org/10.31558/2786-8745.2024.1(4).7)
8. Мельник, Ю., & Стаднік, А. (2023). *Багатомірна шкала сприйняття соціальної підтримки: Метод. посіб. (укр. версія)*.
<https://doi.org/10.26697/melnyk.stadnik.6.2023>

9. Пелех, Г. Я., & Волошок, О. В. (2024). ДЕТЕРМІНАНТИ ТА ОСОБЛИВОСТІ ТРИВОЖНОСТІ ЖІНОК ПЕРІОДУ ДОРОСЛОСТІ. *ResearchGate*. <https://doi.org/10.32782/psy-visnyk/2024.1.17>
10. Стрілецька, І. І. (2015). *Тривожність як індивідуальна властивість особистості (теоретичний аспект)*. <http://enpuir.npu.edu.ua/handle/123456789/13247>
11. Хараджи, М. В., & Федоренко, А. П. (2024). ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ЕМОЦІЙНО-ПСИХОЛОГІЧНОГО СТАНУ ВИМУШЕНО ПЕРЕМІЩЕНИХ ЖІНОК ПІД ЧАС ВІЙНИ. *Слобожанський науковий вісник. Серія: Психологія*, 2, 97–101. <https://doi.org/10.32782/psyspu/2024.2.18>
12. Хаустова, О. О. (2022). *Тривожно-депресивні розлади в умовах дистресу війни в Україні*. <http://ir.librarynmu.com/handle/123456789/15195>
13. Хоменко-Семенова, Л., & Прохоренко, Я. (2022). ВПЛИВ ІНФОРМАЦІЙНОГО КОНТЕНТУ НА ЕМОЦІЙНУ СТІЙКІСТЬ СТУДЕНТІВ ЗВО В УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ. *ResearchGate*. https://www.researchgate.net/publication/370135825_VPLIV_INFORMACIINOGO_O_KONTENTU_NA_EMOCIJNU_STIJKIST_STUDENTIV_ZVO_V_UMOVA_H_VOENNOGO_STANU
14. Царькова, О. В., & Радченко, С. В. (2015). Теоретичні аспекти прояву психологічного феномену тривожності. *Актуальні Проблеми Психології*, 7, Вип. 38, 479–491.
15. Чуйко, Г., & Колтунович, Т. (2024). ПСИХІЧНЕ ЗДОРОВ'Я СТУДЕНТІВ – МАЙБУТНІХ ПСИХОЛОГІВ В УМОВАХ ВІЙНИ. *Grail of Science*, 38, 348–350. <https://doi.org/10.36074/grail-of-science.12.04.2024.061>
16. Широка, А. О., & Миколайчук, М. І. (2020). АДАПТАЦІЯ УКРАЇНОМОВНОЇ ВЕРСІЇ ОПИТУВАЛЬНИКА РЕЗУЛЬТАТИВНОСТІ ПСИХОТЕРАПІЇ OQ-45.2: ВАЛІДНІСТЬ ТА НАДІЙНІСТЬ. *Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія «Психологічні науки»*, 3, 201–213. <https://doi.org/10.32999/ksu2312-3206/2020-3-25>
17. Шпильовий, Я. (2017). *Переглянути статтю*.

https://scholar.google.com/citations?view_op=view_citation&hl=uk&user=hFX_uWMAAAAJ&citation_for_view=hFX_uWMAAAAJ:qjMakFHDy7sC

18. Юр'єва, Л. М., & Лященко, Ю. В. (2020). Діагностика та лікування диссомнічних порушень у хворих на тривожно-депресивні розлади. *Український Вісник Психоневрології*, Т. 28(Вип. 3), 70–76.

19. Ясточкіна, І. (2020). ОСОБИСТІСНА ТРИВОЖНІСТЬ ЯК СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНА ПРОБЛЕМА. *Lviv University Herald. Series: Psychological Sciences*, 6, 165–170.

<https://doi.org/10.30970/2522-1876-2020-6-24>

20. Acoba, E. F. (2024). Social support and mental health: The mediating role of perceived stress. *Frontiers in Psychology*, 15, 1330720.

<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2024.1330720>

21. Al Orami, S., & Antwi-Boateng, O. (2023). Surviving Patriarchy: Ukrainian Women and the Russia-Ukraine War. *Journal of International Women's Studies*, 25(6). <https://vc.bridgew.edu/jiws/vol25/iss6/8>

22. Aleksina, N., Gerasimenko, O., Lavrynenko, D., & Savchenko, O. (2024). Українська адаптація шкали для оцінки генералізованого тривожного розладу GAD-7: Досвід діагностики в умовах воєнного стану. *Insight: the psychological dimensions of society*, 11, 77–103.

<https://doi.org/10.32999/2663-970X/2024-11-5>

23. Altemus, M., Sarvaiya, N., & Neill Epperson, C. (2014). Sex differences in anxiety and depression clinical perspectives. *Frontiers in Neuroendocrinology*, 35(3), 320–330. <https://doi.org/10.1016/j.yfrne.2014.05.004>

24. Arilha, M., Carvalho, A. P., Forster, T. A., Rodrigues, C. V. M., Briguglio, B., & Serruya, S. J. (2024). Women's mental health and COVID-19: Increased vulnerability and inequalities. *Frontiers in Global Women's Health*, 5. <https://doi.org/10.3389/fgwh.2024.1414355>

25. Avery, A. R., Tsang, S., Seto, E. Y. W., & Duncan, G. E. (2021). Differences in Stress and Anxiety Among Women With and Without Children in the Household During the Early Months of the COVID-19 Pandemic. *Frontiers in*

Public Health, 9. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.688462>

26. Baumer, A., Ballouz, T., Kaufmann, M., Yassenok, V., Kostenko, A., & Puhan, M. A. (2025). The Burden of Depression, Anxiety and PTSD in Ukraine. *European Journal of Public Health*, 35(Supplement_4), ckaf161.1943.

<https://doi.org/10.1093/eurpub/ckaf161.1943>

27. Bekiros, S., Jahanshahi, H., & Munoz-Pacheco, J. M. (2022). A new buffering theory of social support and psychological stress. *PLOS ONE*, 17(10), e0275364. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0275364>

28. Chen. (2025). The Impact of the Male Gaze on Womens Mental Health in Contemporary Society. *ResearchGate*.

https://www.researchgate.net/publication/396581921_The_Impact_of_the_Male_Gaze_on_Womens_Mental_Health_in_Contemporary_Society

29. Chen, C. (2022). Recent advances in the study of the comorbidity of depressive and anxiety disorders. *Advances in Clinical and Experimental Medicine: Official Organ Wroclaw Medical University*, 31(4), 355–358.

<https://doi.org/10.17219/acem/147441>

30. Chen, L. H., Law, W., Chang, D. H. F., & Sun, D. (2023). Editorial: The bio-psycho-social approach to understanding mental disorders. *Frontiers in Psychology*, 14. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1225433>

31. Choi, K. W., Kim, Y.-K., & Jeon, H. J. (2020). Comorbid Anxiety and Depression: Clinical and Conceptual Consideration and Transdiagnostic Treatment. *Advances in Experimental Medicine and Biology*, 1191, 219–235.

https://doi.org/10.1007/978-981-32-9705-0_14

32. Clemente-Suárez, V. J. (2020). Multidisciplinary intervention in the treatment of mixed anxiety and depression disorder. *Physiology & Behavior*, 219, 112858. <https://doi.org/10.1016/j.physbeh.2020.112858>

33. Cohen, S., Kamarck, T., & Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 24(4), 385–396.

<https://doi.org/10.2307/2136404>

34. Delgado-Herrera, M., Aceves-Gómez, A. C., & Reyes-Aguilar, A.

(2024). Relationship between gender roles, motherhood beliefs and mental health. *PLOS ONE*, *19*(3), e0298750. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0298750>

35. Eysenck, M. W., & Fajkowska, M. (2018). Anxiety and depression: Toward overlapping and distinctive features. *Cognition & Emotion*, *32*(7), 1391–1400. <https://doi.org/10.1080/02699931.2017.1330255>

36. Gottvall, M., Vaez, M., & Saboonchi, F. (2019). Social support attenuates the link between torture exposure and post-traumatic stress disorder among male and female Syrian refugees in Sweden. *BMC International Health and Human Rights*, *19*(1), 28. <https://doi.org/10.1186/s12914-019-0214-6>

37. Hackett, R. A., Steptoe, A., & Jackson, S. E. (2019). Sex discrimination and mental health in women: A prospective analysis. *Health Psychology*, *38*(11), 1014–1024. <https://doi.org/10.1037/hea0000796>

38. Hantsoo, L., & Epperson, C. N. (2017). Anxiety Disorders Among Women: A Female Lifespan Approach. *Focus: Journal of Life Long Learning in Psychiatry*, *15*(2), 162–172. <https://doi.org/10.1176/appi.focus.20160042>

39. Hennein, R., Poulin, R., Gorman, H., & Lowe, S. R. (2023). Gender Discrimination and Mental Health Among Health Care Workers: Findings from a Mixed Methods Study. *Journal of Women's Health (2002)*, *32*(7), 823–835. <https://doi.org/10.1089/jwh.2022.0485>

40. Huang, V., Yu, M., Carleton, R. N., & Beshai, S. (2019). Intolerance of uncertainty fuels depressive symptoms through rumination: Cross-sectional and longitudinal studies. *PLoS ONE*, *14*(11), e0224865. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0224865>

41. Hupalovska, V. (2024). СТАВЛЕННЯ ЧОЛОВІКІВ ТА ЖІНОК ДО СЕКСУАЛЬНОГО НАСИЛЬСТВА В УКРАЇНІ У МИРНИЙ ЧАС ТА ПІД ЧАС ВІЙНИ. *ResearchGate*. <https://doi.org/10.32782/psych.studies/2024.1.6>

42. Kateryna, U., & Daruha, A. (2025). Correction of the psycho-emotional state of women affected by war by means of health fitness. *ResearchGate*. [https://doi.org/10.31392/UDU-nc.series15.2025.09\(196\).23](https://doi.org/10.31392/UDU-nc.series15.2025.09(196).23)

43. Khadzhyradieva, S. (2023). Strategy for supporting the mental health

of refugee women from Ukraine. *Public Administration and Regional Development*, 22, 1063–1080. <https://doi.org/10.34132/pard2023.22.08>

44. Kheirallah, K. A., Al-Zureikat, S. H., Al-Mistarehi, A.-H., Alsulaiman, J. W., AlQudah, M., Khassawneh, A. H., Loretto, L., Bellizzi, S., Mzayek, F., Elbarazi, I., & Serlin, I. A. (2022). The Association of Conflict-Related Trauma with Markers of Mental Health Among Syrian Refugee Women: The Role of Social Support and Post-Traumatic Growth. *International Journal of Women's Health*, 14, 1251–1266.

<https://doi.org/10.2147/IJWH.S360465>

45. Kim, S., Won, E., Jeong, H.-G., Lee, M.-S., Ko, Y.-H., Paik, J.-W., Han, C., Ham, B.-J., Choi, E., & Han, K.-M. (2022). Gender discrimination in workplace and depressive symptoms in female employees in South Korea. *Journal of Affective Disorders*, 306, 269–275. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.03.050>

46. Kirkbride, J. B., Anglin, D. M., Colman, I., Dykxhoorn, J., Jones, P. B., Patalay, P., Pitman, A., Sonesson, E., Steare, T., Wright, T., & Griffiths, S. L. (2024). The social determinants of mental health and disorder: Evidence, prevention and recommendations. *World Psychiatry: Official Journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 23(1), 58–90. <https://doi.org/10.1002/wps.21160>

47. Kneavel, M. (2021). Relationship Between Gender, Stress, and Quality of Social Support. *Psychological Reports*, 124(4), 1481–1501. <https://doi.org/10.1177/0033294120939844>

48. Kokun, O. (2025). The Stability of Mental Health During War: Survey Data from Ukraine. *Journal of Loss and Trauma*, 30(2), 242–263. <https://doi.org/10.1080/15325024.2024.2328649>

49. Kroenke, K., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. (2001). The PHQ-9: Validity of a brief depression severity measure. *Journal of General Internal Medicine*, 16(9), 606–613. <https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x>

50. Kumar, G. (2025). MENTAL HEALTH ISSUES IN WOMEN: THE ROLE OF GENDER SOCIO-ECONOMIC STRESSORS. *LANGLIT (AN INTERNATIONAL PEER-REVIEWED OPEN ACCESS JOURNAL)*, IMPACT

FACTOR – 5.61, (ISSN: 2349-5189).

https://www.academia.edu/130451767/MENTAL_HEALTH_ISSUES_IN_WOMEN_THE_ROLE_OF_GENDER_SOCIO_ECONOMIC_STRESSORS

51. Lahoty, N., & Meena, S. (2025). Quantifying the Influence of Social Support on Depression and Anxiety: An Empirical Study. *International Journal of Indian Psychology, Empirical Research*. <https://doi.org/10.25215/1303.338>

52. Liu, T., Shi, H., Chen, C., & Fu, R. (2024). A Study on the Influence of Social Media Use on Psychological Anxiety among Young Women. *International Journal of Mental Health Promotion*, 26(3), 199–209. <https://doi.org/10.32604/ijmhp.2024.046303>

53. Lopes, L. S., Valentini, J. P., Monteiro, T. H., Costacurta, M. C. de F., Soares, L. O. N., Telfar-Barnard, L., & Nunes, P. V. (2022). Problematic Social Media Use and Its Relationship with Depression or Anxiety: A Systematic Review. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 25(11), 691–702. <https://doi.org/10.1089/cyber.2021.0300>

54. Lovibond, S. H., & Lovibond, P. F. (1995). *Depression Anxiety Stress Scales* [Dataset]. <https://doi.org/10.1037/t01004-000>

55. Mac-Ginty, S., Lira, D., Lillo, I., Moraga, E., Cáceres, C., Araya, R., & Prina, M. (2024). Association Between Socioeconomic Position and Depression, Anxiety and Eating Disorders in University Students: A Systematic Review. *Adolescent Research Review*, 9(3), 435–451. <https://doi.org/10.1007/s40894-023-00230-y>

56. Maina, G., Mauri, M., & Rossi, A. (2016). Anxiety and depression. *Journal of Psychopathology*, 22(4), 236–250.

57. Moncrieff, J., Cooper, R. E., Stockmann, T., Amendola, S., Hengartner, M. P., & Horowitz, M. A. (2023). The serotonin theory of depression: A systematic umbrella review of the evidence. *Molecular Psychiatry*, 28(8), 3243–3256. <https://doi.org/10.1038/s41380-022-01661-0>

58. Moret-Tatay, C., Zharova, I., Cloquell, A., Pérez-Bermejo, M., Murphy, M., & Arteaga, F. (2024). Social Support Increases Resilience and Affect

in Non-Displaced Ukrainians and Refugees After a Year of War. *Psicothema*, 37(1), 22–32. <https://doi.org/10.70478/psicothema.2025.37.03>

59. Nguyen, T. P., Al Asaad, M., Sena, M., & Slewa-Younan, S. (2024). Loneliness and social isolation amongst refugees resettled in high-income countries: A systematic review. *Social Science & Medicine*, 360, 117340. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2024.117340>

60. Niel, M. S. V., & Payne, J. L. (2020). Perinatal depression: A review. *Cleveland Clinic Journal of Medicine*, 87(5), 273–277. <https://doi.org/10.3949/ccjm.87a.19054>

61. O'Brien, K., & Bosak, C. (2025). Stress, Anxiety, and Depression. In K. O'Brien & C. Bosak, *Medicinal Cannabis in Women's Health* (pp. 89–149). Springer Nature Switzerland. https://doi.org/10.1007/978-3-032-01737-6_3

62. Palace, M., Zamazii, O., Terbeck, S., Bokszczanin, A., Berezovski, T., Gurbisz, D., & Szwejka, L. (2024). Mapping the factors behind ongoing war stress in Ukraine-based young civilian adults. *Applied Psychology: Health and Well-Being*, 16(3), 868–885. <https://doi.org/10.1111/aphw.12493>

63. Platt, J., Prins, S., Bates, L., & Keyes, K. (2016). Unequal depression for equal work? How the wage gap explains gendered disparities in mood disorders. *Social Science & Medicine* (1982), 149, 1–8. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2015.11.056>

64. Price, M., Legrand, A. C., Brier, Z. M. F., & Hébert-Dufresne, L. (2019). The symptoms at the center: Examining the comorbidity of posttraumatic stress disorder, generalized anxiety disorder, and depression with network analysis. *Journal of Psychiatric Research*, 109, 52–58. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2018.11.016>

65. Rajović, T., & Milić, N. (2025). Mental health of informal caregivers. *ResearchGate*. <https://doi.org/10.5937/mp73-37522>

66. Reznik, A., Pavlenko, V., Kurapov, A., Zavatska, L., Korchakova, N., Pavlova, I., Romem-Porat, S., & Isralowitz, R. (2025). War impact on mental health and well-being among Ukrainian and Israeli women: A cross-national

comparison. *Cambridge Prisms: Global Mental Health*, 12, e46.

<https://doi.org/10.1017/gmh.2025.30>

67. Rønning, L., Nordstrand, A. E., Hjemdal, O., & Bøe, H. J. (2024). Gender differences in mental health outcomes among Afghanistan veterans exposed to war zone trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 37(2), 307–317.

<https://doi.org/10.1002/jts.23015>

68. Roy-Byrne, P. (2015). Treatment-refractory anxiety; definition, risk factors, and treatment challenges. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 17(2), 191–206. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2015.17.2/proybyrne>

69. Santoniccolo, F., Trombetta, T., Paradiso, M. N., & Rollè, L. (2023). Gender and Media Representations: A Review of the Literature on Gender Stereotypes, Objectification and Sexualization. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(10), 5770.

<https://doi.org/10.3390/ijerph20105770>

70. Schneider, M., Traummüller, C., Rominger, C., Čeplak, K., & Schwerdtfeger, A. R. (2025). Gender specific associations between potentially traumatic life events and mental health. *European Journal of Psychotraumatology*, 16(1), 2564040. <https://doi.org/10.1080/20008066.2025.2564040>

71. Schwarzer, R. (2024). Stress, resilience, and coping resources in the context of war, terror, and migration. *Current Opinion in Behavioral Sciences*, 57, 101393. <https://doi.org/10.1016/j.cobeha.2024.101393>

72. Schweizer-Schubert, S., Gordon, J. L., Eisenlohr-Moul, T. A., Meltzer-Brody, S., Schmalenberger, K. M., Slopian, R., Zietlow, A.-L., Ehlert, U., & Ditzen, B. (2021). Steroid Hormone Sensitivity in Reproductive Mood Disorders: On the Role of the GABAA Receptor Complex and Stress During Hormonal Transitions. *Frontiers in Medicine*, 7.

<https://doi.org/10.3389/fmed.2020.479646>

73. Serbeniuk, A., Kaminskiy, V., Kumpanenko, Y., Vash-Margita, A., & Malysheva, I. (2023). The impact of the war in Ukraine on the reproductive health of female military personnel. *International Journal of Gynaecology and*

Obstetrics: The Official Organ of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics, 163(2), 409–415. <https://doi.org/10.1002/ijgo.14990>

74. Silva, M., Loureiro, A., & Cardoso, G. (2016). Social determinants of mental health: A review of the evidence. *The European Journal of Psychiatry*, 30(4), 259–292.

75. Simmons, W. K., Burrows, K., Avery, J. A., Kerr, K. L., Bodurka, J., Savage, C. R., & Drevets, W. C. (2016). Depression-Related Increases and Decreases in Appetite: Dissociable Patterns of Aberrant Activity in Reward and Interoceptive Neurocircuitry. *American Journal of Psychiatry*, 173(4), 418–428. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2015.15020162>

76. Snoubar, Y. (2023). Mental Health of Women Affected By Conflict and War: What Social Workers Can Do? In *ResearchGate*. https://www.researchgate.net/publication/371985743_Mental_Health_of_Women_Affected_By_Conflict_and_War_What_Social_Workers_Can_Do

77. Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. B. W., & Löwe, B. (2006). A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: The GAD-7. *Archives of Internal Medicine*, 166(10), 1092–1097. <https://doi.org/10.1001/archinte.166.10.1092>

78. Spytka, L. (2024). Anxiety and depressive personality disorders in the modern world. *Acta Psychologica*, 246, 104285. <https://doi.org/10.1016/j.actpsy.2024.104285>

79. Tessitore, F., Gallo, M., Del Vecchio, F., & Cozzolino, M. (2025). The feminine and the war: A systematic review on gender-sensitive research during Russia-Ukraine war. *Health Care for Women International*, 46(4), 435–452. <https://doi.org/10.1080/07399332.2025.2476500>

80. Tian, <p>Tian. (2023). Research on Body Image Anxiety among Women in the Social Media Environment. *Academic Journal of Humanities & Social Sciences*, 6(9). <https://doi.org/10.25236/AJHSS.2023.060908>

81. Ulman. (2025, June 27). *A Review of Internalised Misogyny and its Manifestation in Women's Psychopathology*. Society.

https://society-discovery.elifesciences.org/articles/by?article_doi=10.31235/osf.io/tyb48_v1

82. Vhutali, M. (2025). The Impact of Work-Life Balance and Mental Health Well-Being on Women's Performance in the Workplace. *International Journal of Applied Research in Business and Management*, 6(3).

<https://doi.org/10.51137/wrp.ijarbm.416>

83. World Health Organization. (n.d.-a). *Anxiety or fear-related disorders*. ICD-11: International Classification of Diseases 11th Revision.

<https://icd.who.int/dev11/l-m/en#/http://id.who.int/icd/entity/1336943699>

84. World Health Organization. (n.d.-b). *Depressive disorders*. ICD-11: International Classification of Diseases 11th Revision. Retrieved November 6, 2025, from

<https://icd.who.int/dev11/l-m/en#/http://id.who.int/icd/entity/1563440232>

85. World Health Organization. (2025, August 29). *Depressive disorder (depression)*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>

86. You, S., & Kwon, M. (2025). Self-objectification of bodies in social networking sites: Mental and behavioral health problems of young female adults. *Health Care for Women International*, 46(5), 527–544.

<https://doi.org/10.1080/07399332.2024.2392530>

87. Zhang, H., Xia, Y., Fu, P., Li, C., Shi, K., & Yang, Y. (2025). Gender Differences in Psychosocial Pathways to Depression and Anxiety: Cross-Sectional and Bayesian Causal Network Study. *Journal of Medical Internet Research*, 27, e76913. <https://doi.org/10.2196/76913>

88. Zhang, Y., & Chen, H. (2025). Social Support and Negative Emotions in the Process of Resilience: A Longitudinal Study of College Students. *Societies*, 15(9), 238. <https://doi.org/10.3390/soc15090238>

89. Zimet, G. D., Dahlem, N. W., Zimet, S. G., & Farley, G. K. (1988). The Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *Journal of Personality Assessment*, 52(1), 30–41. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa5201_2

ДОДАТКИ

Додаток А

АВТОРСЬКА АНКЕТА

Блок 1. Соціально-демографічні дані

1. Ваш вік.
2. Сімейний стан (незаміжня, не перебуваю у стосунках; перебуваю у стосунках, але не проживаю з партнером; проживаю з партнером (у цивільному шлюбі); заміжня; розлучена; вдова; невизначена втрата).
3. Ваш рівень освіти (середня / середня спеціальна; незакінчена вища (студентка); вища (бакалавр); вища (магістр, спеціаліст, доктор філософії)).
4. Ваша зайнятість (працюю повний робочий день; працюю неповний робочий день / фріланс; самозайнята особа / власний бізнес; навчаюся; у декретній відпустці; домогосподарка; тимчасово не працюю / у пошуку роботи).
5. Чи маєте Ви дітей? (так; ні).
6. Ваше місце проживання (місто – обласний центр або місто з населенням понад 500 тис.; місто з населенням менше 500 тис., не обласний центр; селище міського типу / селище; село; проживаю за межами України).
7. Як би Ви оцінили своє поточне фінансове становище? (грошей не вистачає навіть на базові потреби; вистачає на базові потреби, але великі покупки робити складно; в цілому вистачає, можу дозволити собі деякі дорогі речі; живу комфортно, можу дозволити собі практично все, що хочу).
8. Чи маєте Ви статус внутрішньо переміщеної особи (ВПО)? (так; ні).
9. Чи отримували Ви протягом останнього року психологічну підтримку (консультації психолога, психотерапію)? (так; ні).

Блок 2. Соціальні чинники та стресори

1. Я відчуваю соціальний тиск відповідати образу «ідеальної жінки» (бути успішною, доглянутою, турботливою).
2. Я відчуваю, що мої особисті потреби (відпочинок, розвиток, кар'єра) знецінюються на користь потреб сім'ї чи суспільства.
3. Я часто стикаюся з мізогінними чи сексистськими коментарями або ставленням, які змушують мене почуватися пригнічено чи тривожно.
4. Я відчуваю, що на роботі чи в професійній діяльності до моїх ідей та думок прислухаються менше, ніж до думок колег-чоловіків.
5. Я відчуваю, що оточуючі оцінюють мене переважно за зовнішнім виглядом, а не за особистими якостями.
6. Я вважаю, що поширений у медіа та соцмережах образ жінки (зокрема, об'єктивація та трансляція нереалістичних стандартів краси) впливає на мене переважно негативно.
7. Переглядаючи соціальні мережі, я часто порівнюю своє життя з тим, що бачу у інших.
8. Я вважаю, що для досягнення успіху жінці доводиться докладати значно більше зусиль, ніж чоловікові.
9. Я відчуваю себе менш безпечно або комфортно в громадських місцях (наприклад, йдучи по вулиці ввечері) саме через свою стать.
10. Я постійно хвилююся за безпеку та майбутнє своїх близьких через війну в Україні.
11. Я відчуваю загрозу для своєї особистої безпеки на поточному місці проживання.
12. Я стала свідком або пережила травматичну подію, пов'язану з військовими діями (втрата житла, поранення, втрата близьких).
13. Чи зазнавали Ви будь-яких форм насильства (психологічного, фізичного, економічного)?
14. Вимушена міграція (переїзд) стала для мене значним джерелом стресу.

15. Через невизначеність майбутнього я відчуваю, що не можу планувати своє життя.
16. Я відчуваю самотність або ізоляцію, навіть попри фізичну присутність близьких.
17. Я відчуваю стрес через складність поєднання професійних та сімейних/домашніх обов'язків.
18. Я відчуваю постійне занепокоєння через свою фінансову нестабільність чи нездатність забезпечити себе/родину.

БЛАНКИ СТАНДАРТИЗОВАНИХ ПСИХОДІАГНОСТИЧНИХ
МЕТОДИК

Шкала генералізованої тривожності (GAD-7)

Інструкція: Як часто протягом останніх 2 тижнів вас турбували такі проблеми? Варіанти відповідей: 0 – Ніколи; 1 – Кілька днів; 2 – Понад половину часу; 3 – Майже щодня.

1. Підвищена нервова збудливість, неспокій чи дратівливість.
2. Нездатність впоратись із хвилюванням.
3. Надмірне занепокоєння з різного приводу.
4. Нездатність розслабитися.
5. Крайній рівень неспокою: «Місця собі не знаходжу».
6. Легко піддаюся відчуттю неспокою чи дратівливості.
7. Страх через відчуття, ніби станеться щось жахливе.

Опитувальник здоров'я пацієнта (PHQ-9)

Інструкція: Як часто протягом останніх 2 тижнів вас турбували такі проблеми? Варіанти відповідей: 0 – Ніколи; 1 – Кілька днів; 2 – Понад половину часу; 3 – Майже щодня.

1. Зниження інтересу або зниження відчуття задоволення від виконання справ.
2. Поганий настрій, відчуття пригнічення або безнадії.
3. Труднощі з засинанням, поверхневий сон або, навпаки, надмірна сонливість.
4. Відчуття втоми або зниження енергії.
5. Поганий апетит або переїдання.
6. Негативне відчуття щодо себе: або Ви почувалися невдахою, або ж розчаровувались у собі, або думали, що підвели родину.
7. Труднощі з концентрацією уваги, наприклад, при читанні або перегляді телепередач.

8. Сповільненість рухів і мовлення, яку помічають оточуючі. Або, навпаки, надмірна і непритаманна Вам метушливість і активність.
9. Думки, що було б краще, якби Ви померли, або думки про те, щоб заподіяти собі шкоду.

Багатомірна шкала сприйняття соціальної підтримки (MSPSS)

Інструкція: Прочитайте твердження та оцініть, наскільки ви з ними згодні. Шкала оцінювання: від 0 (Дуже не згоден) до 6 (Дуже згоден).

1. Є хтось, хто поряд, коли я в біді.
2. Є хтось, з ким я можу розділити свої біди і радощі.
3. Моя сім'я насправді хоче мені допомогти.
4. Я отримую емоційну підтримку, в якій маю потребу, від моєї сім'ї.
5. У мене є хтось, з ким я відчуваю себе добре.
6. Мої друзі насправді намагаються мені допомогти.
7. Я можу розраховувати на моїх друзів, коли мені погано.
8. Я можу говорити про мої проблеми з моєю сім'єю.
9. У мене є друзі, з якими я можу розділити свої біди і радощі.
10. Є хтось особливий в моєму житті, кого турбують мої почуття.
11. Моя сім'я хоче допомогти мені в прийнятті рішень.
12. Я можу говорити про мої проблеми з моїми друзями.

Шкала сприйнятого стресу (PSS-10)

Інструкція: Наведені нижче питання стосуються ваших почуттів і думок протягом останнього місяця. Для кожного питання виберіть варіант, який найкраще описує, як часто ви почувалися саме так. Варіанти відповідей: 0 – Ніколи; 1 – Майже ніколи; 2 – Іноді; 3 – Досить часто; 4 – Дуже часто.

1. Як часто протягом останнього місяця Ви засмучувалися через щось, що сталося несподівано?
2. Як часто протягом останнього місяця Ви відчували, що не можете контролювати важливі речі у Вашому житті?

3. Як часто протягом останнього місяця Ви відчували нервову напругу чи стрес?
4. Як часто за останній місяць Ви відчували впевненість у тому, що впораєтеся з вирішенням Ваших особистих проблем?
5. Як часто за останній місяць Ви відчували, що все йде так, як Ви цього хотіли?
6. Як часто останнього місяця Ви думали, що не зможете впоратися з усім тим, що Вам було треба зробити?
7. Як часто останнього місяця Ви могли дати собі раду з Вашою дратівливістю?
8. Як часто останнього місяця Ви відчували, що володієте ситуацією?
9. Як часто останнього місяця Ви відчували роздратування через те, що події, які відбуваються, виходили з-під Вашого контролю?
10. Як часто останнього місяця Вам здавалося, що труднощів нагромаджується стільки, що Ви не в змозі їх контролювати?

Шкала депресії, тривоги та стресу (DASS-21)

Інструкція: Будь ласка, прочитайте кожне твердження та оберіть варіант, який вказує наскільки це твердження стосувалося вас протягом останнього тижня. Варіанти відповідей: 0 – Ніколи; 1 – Іноді; 2 – Часто; 3 – Майже завжди.

1. Мені було важко розслабитися.
2. Я відчував/ла сухість у роті.
3. Я взагалі не міг/-ла відчутти жодних позитивних почуттів.
4. У мене виникли труднощі з диханням (наприклад, надмірно прискорене дихання, задишка за відсутності фізичного навантаження).
5. Мені було важко проявити ініціативу, щоби щось зробити.
6. Я був/ла схильний/а надмірно реагувати на ситуації.
7. Я відчував/-ла тремтіння (наприклад, у руках).
8. Я відчував/-ла, що витрачаю багато нервової енергії.

9. Мене непокоїли ситуації, в яких я міг/могла б запанікувати і виставити себе дурнем/дурепою.
10. Я відчував/ла, що мені нема чого чекати.
11. Я почувався/-лася неспокійним/ою.
12. Я відчував/-ла складнощі в процесі розслаблення.
13. Я почувався/-лася пригніченим/ою і сумним/ою.
14. Я був/ла нетерпимий/а до всього, що заважало мені продовжувати те, що я роблю.
15. Я відчував/ла, що був/ла на межі паніки.
16. Я не міг/могла нічим захопитися.
17. Я відчував/ла, що я нічого не вартий/а як особистість.
18. Я відчував/ла себе досить образливим/ою.
19. Я усвідомлював/ла роботу свого серця при відсутності фізичного навантаження (наприклад, відчуття прискореного пульсу).
20. Я відчував/ла страх без будь-якої вагомої причини.
21. Я відчував/ла, що життя позбавлене сенсу.

ТАБЛИЦІ ЧАСТОТНОГО РОЗПОДІЛУ ПОКАЗНИКІВ ЗА РІВНЯМИ
ВИРАЖЕНОСТІ

Частоти MSPSS_significant

MSPSS_significant	Лічильники	% від спільного кількості	Накоплений %
1-низька	1	1.0%	1.0%
2-помірна	24	23.8%	24.8%
3-висока	76	75.2%	100.0%

Частоти MSPSS_family

MSPSS_family	Лічильники	% від спільного кількості	Накоплений %
1-низька	4	4.0%	4.0%
2-помірна	36	35.6%	39.6%
3-висока	61	60.4%	100.0%

Частоти MSPSS_friends

MSPSS_friends	Лічильники	% від спільного кількості	Накоплений %
1-низка	4	4.0%	4.0%
2-помірна	34	33.7%	37.6%
3-висока	63	62.4%	100.0%

Частоти MSPSS_TOTAL

MSPSS_TOTAL	Лічильники	% від спільного кількості	Накоплений %
1-низка	8	7.9%	7.9%
2-помірна	43	42.6%	50.5%
3-висока	50	49.5%	100.0%

Частоти GAD-7

GAD-7	Лічильники	% від спільного кількості	Накоплений %
1-мінімальний	24	23.8%	23.8%
2-легка	40	39.6%	63.4%
3-помірна	19	18.8%	82.2%
4-виражена	18	17.8%	100.0%

Частоти PHQ-9

PHQ-9	Лічильники	% від спільного кількості	Накоплений %
1-нема/мін	13	12.9%	12.9%
2-легка	38	37.6%	50.5%
3-помірна	28	27.7%	78.2%
4-помірно-важка	8	7.9%	86.1%
5-важка	14	13.9%	100.0%

Частоти PSS-10

PSS-10_TOTAL	Лічильники	% від спільного кількості	Накоплений %
1-низький	21	20.8%	20.8%
2-середній	73	72.3%	93.1%
3-високий	7	6.9%	100.0%

Частоти DASS_Depression

DASS_Depression	Лічильники	% від спільного кількості	Накоплений %
1-норма	49	48.5%	48.5%
2-легка	18	17.8%	66.3%
3-помірна	21	20.8%	87.1%
4-важка	7	6.9%	94.1%
5-дуже важка	6	5.9%	100.0%

Частоти DASS_Anxiety

DASS_Anxiety	Лічильники	% від спільного кількості	Накоплений %
1-норма	36	35.6%	35.6%
2-легка	7	6.9%	42.6%
3-помірна	32	31.7%	74.3%
4-важка	13	12.9%	87.1%
5-дуже важка	13	12.9%	100.0%

Частоти DASS_Stress

DASS_Stress	Лічильники	% від спільного кількості	Накоплений %
1-норма	47	46.5%	46.5%
2-легкий	15	14.9%	61.4%
3-помірний	20	19.8%	81.2%
4-важкий	16	15.8%	97.0%
5-дуже важкий	3	3.0%	100.0%

ПРОТОКОЛ МЕДІАЦІЙНОГО АНАЛІЗУ ДЛЯ МОДЕЛІ ДЕПРЕСІЇ

Indirect and Total Effects								
Type	Effect	Estimate	SE	95% C.I. (a)		β	z	p
				Lower	Upper			
Indirect	Суб'єктивна самотність та ізоляція \Rightarrow PSS-10_TOTAL \Rightarrow DASS_Depression_total	0.4317	0.2135	0.0132	0.85017	0.07691	2.022	0.043
	Фінансова нестабільність \Rightarrow PSS-10_TOTAL \Rightarrow DASS_Depression_total	0.5698	0.2272	0.1245	1.01511	0.09654	2.508	0.012
	Негативний вплив медіа \Rightarrow PSS-10_TOTAL \Rightarrow DASS_Depression_total	-0.2206	0.2151	-0.6422	0.20094	-0.03975	-1.026	0.305
	Мізогінія та сексизм \Rightarrow PSS-10_TOTAL \Rightarrow DASS_Depression_total	0.7496	0.2929	0.1754	1.32375	0.10532	2.559	0.011
	Невизначеність майбутнього \Rightarrow PSS-10_TOTAL \Rightarrow DASS_Depression_total	0.1823	0.1724	-0.1557	0.52020	0.03037	1.057	0.290
	Соціальне порівняння \Rightarrow PSS-10_TOTAL \Rightarrow DASS_Depression_total	0.3459	0.2172	-0.0799	0.77165	0.06085	1.592	0.111
	Рольовий стрес \Rightarrow PSS-10_TOTAL \Rightarrow DASS_Depression_total	0.2223	0.1908	-0.1517	0.59625	0.03874	1.165	0.244
	MSPSS_TOTAL \Rightarrow PSS-10_TOTAL \Rightarrow DASS_Depression_total	-0.0240	0.0218	-0.0668	0.01869	-0.03256	-1.103	0.270
Component	Суб'єктивна самотність та ізоляція \Rightarrow PSS-10_TOTAL	0.9195	0.3916	0.1521	1.68702	0.20929	2.348	0.019
	PSS-10_TOTAL \Rightarrow DASS_Depression_total	0.4695	0.1181	0.2380	0.70094	0.36749	3.975	<.001
	Фінансова нестабільність \Rightarrow PSS-10_TOTAL	1.2138	0.3755	0.4779	1.94965	0.26269	3.233	0.001
	Негативний вплив медіа \Rightarrow PSS-10_TOTAL	-0.4700	0.4426	-1.3375	0.39761	-0.10817	-1.062	0.288
	Мізогінія та сексизм \Rightarrow PSS-10_TOTAL	1.5967	0.4775	0.6608	2.53263	0.28660	3.344	<.001

	Невизначеність майбутнього ⇒ PSS-10_TOTAL	0.3882	0.3541	-0.3057	1.08216	0.08263	1.097	0.273
	Соціальне порівняння ⇒ PSS-10_TOTAL	0.7367	0.4240	-0.0943	1.56778	0.16559	1.737	0.082
	Рольовий стрес ⇒ PSS-10_TOTAL	0.4735	0.3886	-0.2881	1.23508	0.10542	1.219	0.223
	MSPSS_TOTAL ⇒ PSS-10_TOTAL	-0.0512	0.0446	-0.1386	0.03625	-0.08859	-1.148	0.251
Direct	Суб'єктивна самотність та ізоляція ⇒ DASS_Depression_total	1.9125	0.4773	0.9771	2.84798	0.34075	4.007	<.001
	Фінансова нестабільність ⇒ DASS_Depression_total	0.8999	0.4681	-0.0176	1.81737	0.15245	1.922	0.055
	Негативний вплив медіа ⇒ DASS_Depression_total	1.2232	0.5283	0.1878	2.25868	0.22040	2.315	0.021
	Мізогінія та сексизм ⇒ DASS_Depression_total	-0.8848	0.5973	-2.0555	0.28589	-0.12432	-1.481	0.139
	Невизначеність майбутнього ⇒ DASS_Depression_total	0.1805	0.4227	-0.6480	1.00902	0.03007	0.427	0.669
	Соціальне порівняння ⇒ DASS_Depression_total	-0.5859	0.5107	-1.5869	0.41513	-0.10308	-1.147	0.251
	Рольовий стрес ⇒ DASS_Depression_total	-0.2734	0.4646	-1.1839	0.63718	-0.04764	-0.588	0.556
	MSPSS_TOTAL ⇒ DASS_Depression_total	-0.1126	0.0533	-0.2170	-0.00810	-0.15246	-2.112	0.035
Total	Суб'єктивна самотність та ізоляція ⇒ DASS_Depression_total	2.3442	0.5023	1.3597	3.32869	0.41766	4.667	<.001
	Фінансова нестабільність ⇒ DASS_Depression_total	1.4697	0.4816	0.5257	2.41364	0.24899	3.052	0.002
	Негативний вплив медіа ⇒ DASS_Depression_total	1.2026	0.5678	-0.1103	2.11547	0.18064	1.766	0.077
	Мізогінія та сексизм ⇒ DASS_Depression_total	-0.1352	0.6125	-1.3358	1.06531	-0.01900	-0.221	0.825
	Невизначеність майбутнього ⇒ DASS_Depression_total	0.3628	0.4542	-0.5274	1.25289	0.06044	0.799	0.424
	Соціальне порівняння ⇒ DASS_Depression_total	-0.2400	0.5439	-1.3060	0.82601	-0.04223	-0.441	0.659
	Рольовий стрес ⇒ DASS_Depression_total	-0.0511	0.4984	-1.0280	0.92584	-0.00890	-0.102	0.918
	MSPSS_TOTAL ⇒ DASS_Depression_total	-0.1366	0.0572	-0.2488	-0.02443	-0.18502	-2.387	0.017

ПРОТОКОЛ МЕДІАЦІЙНОГО АНАЛІЗУ ДЛЯ МОДЕЛІ ТРИВОГИ

Indirect and Total Effects								
				95% C.I. (a)				
Type	Effect	Estimate	SE	Lower	Upper	β	z	p
Indirect	Хвилювання за близьких (війна) \Rightarrow PSS-10_TOTAL \Rightarrow GAD-7_TOTAL	0.5779	0.2611	0.0662	1.0896	0.1081	2.214	0.027
	Загроза особистій безпеці \Rightarrow PSS-10_TOTAL \Rightarrow GAD-7_TOTAL	0.1244	0.1815	-0.2313	0.4802	0.0334	0.685	0.493
	Мізогінія та сексизм \Rightarrow PSS-10_TOTAL \Rightarrow GAD-7_TOTAL	0.7615	0.2732	0.2260	1.2970	0.1712	2.787	0.005
	Невизначеність майбутнього \Rightarrow PSS-10_TOTAL \Rightarrow GAD-7_TOTAL	0.3000	0.1832	-0.0591	0.6591	0.0800	1.637	0.102
	Оцінка оточенням за зовнішністю \Rightarrow PSS-10_TOTAL \Rightarrow GAD-7_TOTAL	0.3147	0.2070	-0.0910	0.7204	0.0808	1.520	0.128
	MSPSS_TOTAL \Rightarrow PSS-10_TOTAL \Rightarrow GAD-7_TOTAL	-0.0235	0.0231	-0.0688	0.0217	-0.0510	-1.019	0.308
	Суб'єктивна самотність та ізоляція \Rightarrow PSS-10_TOTAL \Rightarrow GAD-7_TOTAL	0.6104	0.2069	0.2049	1.0159	0.1740	2.951	0.003
Component	Хвилювання за близьких (війна) \Rightarrow PSS-10_TOTAL	1.1893	0.5106	0.1885	2.1900	0.1776	2.329	0.020
	PSS-10_TOTAL \Rightarrow GAD-7_TOTAL	0.4859	0.0683	0.3521	0.6197	0.6085	7.119	<.001
	Загроза особистій безпеці \Rightarrow PSS-10_TOTAL	0.2560	0.3718	-0.4727	0.9847	0.0549	0.689	0.491
	Мізогінія та сексизм \Rightarrow PSS-10_TOTAL	1.5671	0.5173	0.5531	2.5810	0.2813	3.029	0.002
	Невизначеність майбутнього \Rightarrow PSS-10_TOTAL	0.6174	0.3670	-0.1018	1.3366	0.1314	1.682	0.092
	Оцінка оточенням за зовнішністю \Rightarrow	0.6476	0.4161	-0.1680	1.4632	0.1329	1.556	0.120

	PSS-10_TOTAL							
	MSPSS_TOTAL ⇒ PSS-10_TOTAL	-0.0484	0.0470	-0.1406	0.0437	-0.0838	-1.030	0.303
	Суб'єктивна самотність та ізоляція ⇒ PSS-10_TOTAL	1.2562	0.3874	0.4968	2.0156	0.2859	3.242	0.001
Direct	Хвилювання за близьких (війна) ⇒ GAD-7_TOTAL	0.3197	0.3596	-0.3851	1.0244	0.0598	0.889	0.374
	Загроза особистій безпеці ⇒ GAD-7_TOTAL	0.1404	0.2557	-0.3607	0.6414	0.0377	0.549	0.583
	Мізогінія та сексизм ⇒ GAD-7_TOTAL	-0.3966	0.3707	-1.1231	0.3299	-0.0891	-1.070	0.285
	Невизначеність майбутнього ⇒ GAD-7_TOTAL	0.0672	0.2552	-0.4331	0.5675	0.0179	0.263	0.792
	Оцінка оточенням за зовнішністю ⇒ GAD-7_TOTAL	0.1633	0.2889	-0.4029	0.7294	0.0419	0.565	0.572
	MSPSS_TOTAL ⇒ GAD-7_TOTAL	-0.0368	0.0324	-0.1004	0.0267	-0.0798	-1.135	0.256
	Суб'єктивна самотність та ізоляція ⇒ GAD-7_TOTAL	0.7730	0.2793	0.2257	1.3204	0.2203	2.768	0.006
Total	Хвилювання за близьких (війна) ⇒ GAD-7_TOTAL	0.8976	0.4314	0.0520	1.7431	0.1678	2.081	0.037
	Загроза особистій безпеці ⇒ GAD-7_TOTAL	0.2648	0.3141	-0.3509	0.8804	0.0711	0.843	0.399
	Мізогінія та сексизм ⇒ GAD-7_TOTAL	0.3649	0.4371	-0.4918	1.2216	0.0820	0.835	0.404
	Невизначеність майбутнього ⇒ GAD-7_TOTAL	0.3672	0.3100	-0.2404	0.9749	0.0979	1.184	0.236
	Оцінка оточенням за зовнішністю ⇒ GAD-7_TOTAL	0.4780	0.3516	-0.2111	1.1670	0.1228	1.360	0.174
	MSPSS_TOTAL ⇒ GAD-7_TOTAL	-0.0603	0.0397	-0.1382	0.0175	-0.1307	-1.519	0.129
	Суб'єктивна самотність та ізоляція ⇒ GAD-7_TOTAL	1.3835	0.3273	0.7419	2.0251	0.3943	4.226	<.001