

Київський національний університет імені Тараса Шевченка

Факультет психології

Кафедра психодіагностики та клінічної психології

**Психологічні чинники вікарної травматизації
в умовах споживання воєнного медіаконтенту**

Кваліфікаційна робота

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

Лотоцької Ірини Ігорівни

Науковий керівник:

Кандидат психологічних наук,
асистент кафедри психодіагностики
та клінічної психології

Проскурня Аліна Сергіївна

Роботу рекомендовано до захисту на ЕК №__

Протокол №__ від_____ року

Завідувачка кафедри психодіагностики та клінічної психології

_____ **Людмила КРУПЕЛЬНИЦЬКА**

Київ – 2025

ЗМІСТ

ВСТУП	4
РОЗДІЛ 1 ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ЧИННИКІВ ВІКАРНОЇ ТРАВМАТИЗАЦІЇ В УМОВАХ СПОЖИВАННЯ ВОЄННОГО МЕДІАКОНТЕНТУ	11
1.1. Теоретичні засади вікарної травматизації як форми вторинної травматизації.....	11
1.2. Феномен вікарного посттравматичного зростання.....	14
1.3. Медіаспоживання воєнного контенту та індивідуальні психологічні чинники як модератори його впливу.....	21
Висновки до розділу 1	31
РОЗДІЛ 2 МЕТОДОЛОГІЧНЕ ОБҐРУНТУВАННЯ ТА ПРОЦЕДУРА ПРОВЕДЕННЯ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ	34
2.1. Методологія та емпірична модель дослідження	34
2.2. Підбір психодіагностичного інструментарію.....	38
2.3. Специфіка вибірки респондентів дослідження	57
2.4. Методи математико-статистичної обробки даних.	60
Висновки до розділу 2	63
РОЗДІЛ 3 АНАЛІЗ ТА ІНТЕРПРЕТАЦІЯ РЕЗУЛЬТАТІВ ДОСЛІДЖЕННЯ	66
3.1. Описова статистика основних змінних дослідження.....	66
3.2. Валідизація медіа-ефекту вікарної травматизації	71
3.3. Психологічні чинники вікарної травматизації та їх механізми впливу	75
3.4. Психологічні чинники формування посттравматичного зростання	87

3.5. Кластерний аналіз траєкторій медіаспоживання, вікарної травматизації та посттравматичного зростання	90
Висновки до розділу 3	92
ВИСНОВКИ.....	95
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	99
ДОДАТКИ	110

ВСТУП

Актуальність теми дослідження.

В умовах повномасштабної війни в Україні медіапростір став потужним джерелом не лише інформування, але й опосередкованого травматичного впливу на психіку населення. За даними досліджень, 73-84% українців використовують соціальні мережі як основне джерело новин, а Telegram став провідним каналом оперативного інформування про воєнні події. Систематичне споживання воєнного контенту створює унікальну ситуацію тривалого вторинного травматичного стресу: 79,4% українців повідомляють про негативні переживання, пов'язані з медіа, що є найвищим показником серед воєнних стресорів. Водночас цифрові платформи можуть сприяти як деструктивним паттернам (думскролінг, компульсивне споживання новин), так і конструктивним копінг-стратегіям (мобілізація, волонтерство, громадянська залученість).

У сучасних дослідженнях активно вивчається вплив медіаекспозиції на психічне здоров'я в кризових умовах. Зокрема, Silver (2013) та Holman, Garfin & Silver (2014) продемонстрували зв'язок між інтенсивним споживанням травматичного медіаконтенту та симптомами посттравматичного стресу. Концепція вікарної травматизації McCann & Pearlman (1990), та втоми від співчуття (Figley, 2025) пояснюють механізми негативного впливу опосередкованої експозиції до страждань інших. Паралельно теорія посттравматичного зростання Tedeschi & Calhoun (2004) описує можливість позитивних психологічних трансформацій внаслідок переживання травматичного досвіду. Українські дослідження, зокрема роботи Франкової (2025) з адаптації шкали тривалого травматичного стресу, акцентують на необхідності врахування специфіки воєнного контексту.

Однак, незважаючи на значну кількість теоретичних та емпіричних досліджень, малодослідженими залишаються психологічні чинники, що

пояснюють, чому за подібних умов медіаспоживання одні люди демонструють ознаки вікарної травматизації, тоді як інші – посттравматичного зростання. Зокрема, потребує дослідження диференційний вплив різних типів воєнного медіаконтенту (новинний стресогенний, емоційно-графічний, аналітично-інформаційний, соціально-підтримувальний), роль особистісних ресурсів (резильєнтності, нейротизму) як модераторів цього впливу, а також можливість одночасного співіснування негативних та позитивних психологічних наслідків.

Практична значущість дослідження полягає у можливості використання його результатів для окреслення напрямів безпечнішого та більш усвідомленого споживання воєнного медіаконтенту, а також для визначення груп підвищеного ризику вікарної травматизації, які можуть потребувати психологічної підтримки. Отримані дані можуть бути корисними для фахівців, що працюють із населенням в умовах тривалого воєнного стресу, та для подальших наукових досліджень у сфері медіапсихології та психології травми.

Мета дослідження:

Визначити психологічні чинники вікарної травматизації у споживачів воєнного медіаконтенту.

Завдання дослідження.

1. Проаналізувати сучасні теоретичні підходи до розуміння вікарної травматизації як наслідку споживання медіаконтенту.
2. Оцінити рівні вікарної травматизації та посттравматичного зростання у користувачів, які систематично взаємодіють із воєнним медіаконтентом.
3. Виявити психологічні чинники, що впливають на інтенсивність вікарної травматизації та посттравматичного зростання, і проаналізувати їхні взаємозв'язки.

Об'єкт дослідження:

вікарна травматизація в умовах споживання воєнного медіаконтенту.

Предмет дослідження:

психологічні чинники вікарної травматизації в умовах споживання воєнного медіаконтенту.

Методи дослідження.

Для вирішення окреслених завдань було використано комплекс теоретичних та емпіричних методів наукового дослідження:

- теоретичні: аналіз, синтез, узагальнення, систематизація.
- емпіричні: соціально-демографічний опитувальник, анкета споживання медіа-контенту про війну, анкета залученості у підтримку України, П'ятифакторний опитувальник особистості «Велика П'ятірка» – Big Five Inventory (BFI-10, в адаптації Сердюка, 2021), Коротка шкала резильєнтності – Brief Resilience Scale (BRS, в адаптації Шевченко, 2020), Шкала реакції на тривалий травматичний стрес – (CTSR, в адаптації Франкової, 2025), Опитувальник посттравматичного зростання (коротка форма) – a short form of the Posttraumatic Growth Inventory (PTGI-SF, в адаптації Зубовського, 2018), Шкала вигорання, втоми від співчуття та вторинної травми – Burnout, Compassion Fatigue and Vicarious Trauma Assessment (BCFVT, в адаптації Проскурні та Лотоцької, 2025).

Обробку емпіричних показників здійснено з використанням статистичної програми Jamovi та комплексу методів математичної статистики, що включав описову статистику (середні значення, стандартні відхилення, частотні розподіли), оцінку надійності психометричних шкал (коефіцієнти α Кронбаха та ω Макдональда), кореляційний аналіз Спірмена для визначення сили та напрямку зв'язків між змінними, критерій Манна–Вітні для порівняння незалежних вибірок, множинний лінійний регресійний аналіз для виявлення предикторів, а також модераційні та медіаційні моделі, реалізовані у модулі jAMM. Додатково проведено кластерний аналіз (k-means), що дав змогу виокремити типові траєкторії поєднання вікарної травматизації та посттравматичного зростання.

Дослідницька вибірка.

У дослідженні взяли участь 88 респондентів, віком від 18 до 60 років, серед яких 54 українці, які проживають в Україні, та 34 українці, які наразі проживають за кордоном.

Дослідження проводилось з 29 жовтня по 17 листопада 2025 року у форматі онлайн-опитування з використанням сервісу Tally. Збір даних включав соціально-демографічну інформацію, таку як вік, стать, освіта, поточне місце проживання, міграційний статус, а також тип зайнятості.

Наукова новизна дослідження

- Поглиблено теоретичне та емпіричне розуміння взаємозв'язку між споживанням воєнного медіаконтенту та проявами вікарної травматизації в умовах тривалого воєнного стресу. Отримані дані підтверджують, що інтенсивність взаємодії з воєнним контентом та особливості його подання пов'язані з психологічною відповіддю споживачів.
- Розширено уявлення про вплив параметрів медіаспоживання (тривалість контакту, частота перегляду графічного матеріалу, здатність обмежувати контент) у формуванні рівня вікарної травматизації. Додатково розглянуто посттравматичне зростання як можливу позитивну траєкторію психологічного реагування на медіаекспозицію.
- Через порівняння груп респондентів в Україні та за кордоном емпірично розмежовано вплив опосередкованої медіаекспозиції та контексту реальної фізичної загрози, що доповнює сучасні уявлення про механізми вікарної травматизації та формує основу для рекомендацій щодо інформаційної гігієни.
- Проведено українську адаптацію шкали вигорання, втоми від співчуття та вторинної травми (BCFVT) із розширенням її застосування для широких вибірок споживачів воєнного медіаконтенту. Отримані

психометричні показники підтверджують надійність та придатність інструменту для подальших українських досліджень.

Практичне значення дослідження

Результати дослідження можуть бути використані для формування рекомендацій щодо більш усвідомленого та безпечного споживання воєнного медіаконтенту, зокрема щодо параметрів, які підсилюють психологічне навантаження або, навпаки, сприяють збереженню стійкості. Отримані дані дозволяють окреслити потенційні групи підвищеного ризику вікарної травматизації та враховувати їх при плануванні профілактичних і психоосвітніх заходів. Запропонована українська адаптація шкали Burnout, Compassion Fatigue and Vicarious Trauma Assessment може бути використана у майбутніх дослідженнях та практичній роботі для скринінгу осіб, які можуть потребувати психологічної підтримки.

Достовірність і обґрунтованість наукових результатів підтверджується комплексним підходом до вивчення обраної проблематики, що включає використання адаптованих і валідизованих психометричних інструментів (BFI-10, BRS, CTSR, PTGI-SF) та української адаптації шкали вікарної травматизації VCFVT із підтвердженням її високої надійності на досліджуваній вибірці ($\alpha=0.95$). Дослідження поєднує теоретичний аналіз сучасної наукової літератури з емпіричними даними онлайн-опитування та застосуванням сучасних методів математико-статистичної обробки: описової статистики, кореляційного аналізу, непараметричних порівняльних методів і множинного регресійного аналізу з урахуванням показників розміру ефекту. До вибірки увійшли респонденти різного соціально-демографічного профілю, а також українці, що проживають в Україні та за кордоном, що підвищує узагальнюваність висновків у межах поставлених дослідницьких завдань.

Структура та обсяг роботи.

Кваліфікаційна робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків до кожного розділу, загальних висновків, список використаних джерел, що

налічує 86 найменування, з них – 58 іноземною мовою, та 1 додаток (Додаток А). Дослідження містить 12 таблиць і 7 рисунків. Основний зміст викладено на 98 сторінках комп'ютерного набору. У першому розділі розглядаються теоретико-методологічні засади дослідження психологічні чинників вікарної травматизації та посттравматичного зростання в умовах споживання воєнного медіаконтенту. Другий розділ описує методологію дослідження, вибірку та психометричний інструментарій. Третій розділ присвячено аналізу емпіричних результатів, їх візуалізації та інтерпретації. Повний обсяг роботи становить 124 сторінки.

Апробація результатів теоретичного дослідження впливу споживання воєнного медіаконтенту на вторинну травматизацію у 3 тезах доповідей на міжнародних та студентських конференціях.

Публікації:

1. Лотоцька, І. І. (2025). Інтеграція клінічної психології та медіапсихології у дослідженні вторинної травматизації українців: міждисциплінарний підхід. У матеріалах ІХ Міжнародної студентської наукової конференції «Глобалізація наукових знань: міжнародна співпраця та інтеграція галузей наук» (с. 432–433). Liga Science. Retrieved from <https://archive.liga.science/index.php/conference-proceedings/issue/view/inter-07.11.2025/155>

2. Lototska, I. I. (2025). Media content about war as a factor of vicarious traumatization: Theoretical analysis. In *The Scientific Potential of Pedagogy and Psychology Amidst Digitalization: Proceedings of the International Scientific Conference* (pp. 81–84). Baltija Publishing. <https://doi.org/10.30525/978-9934-26-623-2-21>

3. Лотоцька, І. І. (2025). Трансформація медіаспоживання та психологічна адаптація населення в умовах повномасштабної війни. У В. А. Оверчук (Ред.), *Актуальні проблеми реалізації адаптаційного потенціалу особистості в сучасних умовах життєдіяльності: Матеріали V Міжнародної*

науково-практичної конференції (13–14 листопада 2025 р.) (с. 00–00). ДонНУ імені Василя Стуса. [Електронне видання].

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ЧИННИКІВ ВІКАРНОЇ ТРАВМАТИЗАЦІЇ В УМОВАХ СПОЖИВАННЯ ВОЄННОГО МЕДІАКОНТЕНТУ

1.1. Теоретичні засади вікарної травматизації як форми вторинної травматизації

В умовах війни частина українського населення зазнає первинної травматизації, безпосередньо стикаючись з обстрілами, руйнуваннями, загрозою життю та ризиком втрати близьких. За даними спільного проєкту USAID та World Health Organization «Потреби населення у послугах сфери психічного здоров'я» (USAID, 2025), принаймні 50% населення України – близько 24 млн людей – мають досвід потенційно травматичних подій, що становить різке зростання порівняно з довоєнним періодом, коли такий досвід мали лише 7% громадян.

Водночас значна частина населення в меншій мірі стикається з безпосередніми ризиками проживання у воєнний час, але залишається у постійному контакті з інформацією про насильство, втрати та руйнування. Постійне перебування в такому інформаційному просторі формує окремий, опосередкований досвід проживання травматичних подій, де психологічні реакції особи на інфоприводи можуть стати цілком схожими на реакції, які виникають у цієї людини у відповідь на реальну загрозу. За оцінками цього ж проєкту (USAID, 2025) внаслідок війни очікується зростання рівнів легких і середніх психічних розладів на більше 50% відносно довоєнного періоду. Ці прогнози означають, що під психологічним ризиком перебуває значно ширший прошарок населення – мільйони людей, які ніколи не були у локаціях активних бойових дій, але щоденно піддаються опосередкованому впливу наслідків життя в країні, яка перебуває у війні. За таких умов і формується

вторинна травма.

Вторинна травматизація властива людям, які не були безпосередніми учасниками події, але стали її свідками – особисто або опосередковано, наприклад, через розповіді чи медіаконтент. Як підкреслює Figley (1995), вторинний травматичний стрес – це емоційні та поведінкові реакції, що виникають унаслідок знання про травматичну подію, пережиту іншою людиною, та стресу, пов'язаного з допомогою або бажанням допомогти постраждалому. Таким чином, джерелом травматичної відповіді стає не сама фізична загроза, а емоційне залучення до чужого травматичного досвіду, яке може бути настільки глибоким, що, за словами дослідника, викликає ряд симптомів, майже ідентичний ПТСР, але сформований через опосередковану експозицію.

Для систематизації різних форм такого досвіду Плетка (2020) у своїй роботі пропонує класифікувати вторинну травму за ступенем інтенсивності:

- травма свідка, коли людина безпосередньо спостерігає подію (найбільш інтенсивна);
- травма слухача, коли людина чує розповідь про подію;
- травма глядача, коли людина бачить медійне зображення події.

У контексті цього дослідження впливу споживання воєнного медіаконтенту найбільш цікавою є саме травма глядача. Плетка зазначає, що при травмі глядача людина має доступ лише до вибіркового фрагменту події, часто з готовими інтерпретаціями та цілеспрямованим впливом на споживача інформації. Водночас через здатність нашої психіки до «домалювання» деталей, подія може виступати в очах глядача ще більш жахливою та травматичною, ніж вона була насправді. Таке явище дослідники називають медіатравмою – однією з багатьох форм вторинної травматизації, в умовах інформаційного перенасичення.

Варто зауважити, що у науковій літературі спостерігається значне перетинання понять вторинної травматизації – в тому від співчуття, вторинний

травматичний стрес, вікарна травма – які часто використовуються як взаємозамінні, адже, жодне з них не входить до формального переліку діагнозів DSM-5 чи ICD-11 (Azam, 2023). Для певної класифікації понять, деякі науковці пропонують диференціювати їх за основою:

- вторинний травматичний стрес як емоційну реакцію на опосередковане сприйняття чужого травматичного досвіду через допомагаючі або піклувальні стосунки;

- вікарну травму як кумуляцію вторинної експозиції до травматичного досвіду інших людей, яка змінює базові когнітивні схеми, уявлення про себе, інших та навколишній світ (Makadia, 2011).

Така кумулятивна експозиція може проявлятися через специфічну симптоматику: інтрузивні спогади про побачене, як уникання нагадувань про травматичні події; компульсивне слідкування за оновленнями подій; негативні зміни в мисленні та настрої; підвищену збудливість та реактивність. Лікарчук (2024) у своєму теоретико-методологічному аналізі підкреслює, що наслідки вікарної травми можуть бути тривалими, торкаючись фундаментальних уявлень про світ, безпеку та міжособистісну довіру.

Варто зазначити, що термін вікарної травми першочергово описував змін у представників допомагаючих професій (психологів, лікарів, рятувальників), тому вікарна травматизація як психологічний феномен має глибоке теоретичне обґрунтування у дослідженнях професійного вигорання. Водночас сучасні дослідження вказують на те, що у зв'язку з регулярною експозицією до травматичної інформації – зокрема внаслідок перегляду новин або систематичної волонтерської діяльності, подібні процеси можуть виникати і серед ширших груп населення (Azam, 2023).

У реаліях останніх років російсько-української війни, зокрема з початку повномасштабного вторгнення, значна частина українського населення почала займатися волонтерською діяльністю чи виконувати певні волонтерські функції на регулярній основі. Така діяльність додатково підвищує експозицію

до травматичного контенту та відповідно ризик до непрямой травматизації, адже навіть ті, хто не є представником «допомагаючих» професій, цілком може зазнати вікарної травматизації через кумулятивний опосередкований вплив почутих історій про травматичний досвід.

Зважаючи на це, можна говорити про те, що за умов довготривалої війни досвід цивільного населення через кумулятивний характер експозиції відповідає саме поняттю «вікарної травми» як форми вторинної травматизації для опису ширшого кумулятивного досвіду опосередкованого контакту з чужим травматичним досвідом.

Проте вторинна травматизація не єдиний можливий наслідок подібного досвіду. Сучасні дослідження демонструють, що опосередкована експозиція може призвести і до позитивних змін або посттравматичного зростання.

1.2. Феномен вікарного посттравматичного зростання

Якщо вікарна травматизація описує негативні наслідки непрямого досвіду травми, то ідея посттравматичного зростання розкриває можливості позитивної трансформації через такий досвід. Концептуально це радикально протилежний підхід до розуміння наслідків травми – замість фокусу виключно на патології, розглядаємо потенціал впливу травматичних подій на позитивні психологічні зміни для особистості.

Концепція посттравматичного зростання сформувалась з створенням функціонально-дескриптивної моделі посттравматичного зростання Р. Тедескі і Л. Калхуном (Харитонова, 2024). Основою цієї моделі стало припущення, що травматична подія порушує фундаментальні уявлення людини про себе, свої цілі та переконання, а подальша когнітивна переробка цього досвіду може привести до позитивної внутрішньої трансформації. В подальших розробках, через цю модель науковці не лише пояснили теоретичні механізми посттравматичного зростання, але й описали конкретні прояви цього процесу: відкритість до отримання соціальної підтримки, нових копінг-механізмів,

пошук нових сенсів, переоцінка цінностей, підвищене відчуття та зміцнення духовності. Такі механізми успішної трансформації стресу націлені на створення переходу від неефективних румінацій навколо травматичного дистресу до продуктивної рефлексивної діяльності, де людина трансформує свої первинні наративи про біль та страждання в наратив посттравматичного зростання, а глибина подальших позитивних змін визначається інтенсивністю когнітивної переробки травматичного досвіду. (Linley, 2006; Лазос, 2016; Назар, 2024).

Сам термін «посттравматичне зростання» виник за рахунок представлення Тедескі та Калхуном інструменту – опитувальнику для вимірювання позитивних змін після травматичних подій, де в його назві і використали нововведений термін. Посттравматичне зростання визначили як позитивні психологічні зміни, що виникають внаслідок зіткнення із кризовими життєвими ситуаціями (Климчук, 2020) – людина виживає й значуще змінюється порівняно зі своїм попереднім станом, що означає не просто повернення до певної базової лінії, а вдосконалення в певних, дуже важливих, для людини сферах (Tedeschi, Calhoun, 2004; Назар, 2024).

У такій моделі науковці визначили п'ять ключових доменів посттравматичного зростання, які в опитувальнику були представлені як відповідні субшкали:

1. Цінність життя (підвищена вдячність за повсякденні аспекти життя).
2. Стосунки з іншими (поглиблення яких веде до підвищення цінності соціальної взаємодії та підтримки).
3. Особистісна сила (усвідомлення цінності власного Я).
4. Нові можливості (створення нових життєвих перспектив через переосмислення цінності пережитого досвіду).
5. Духовні/екзистенційні зміни (розвиток та трансформація духовних цінностей, екзистенційних аспектів буття).

Хоча модель Тедескі та Калхуна стала фундаментальною для розуміння посттравматичного зростання, подальший розвиток наукової думки призвів до появи альтернативних концептуалізацій цього феномену.

Психолого-філософська модель Р. Пападопулоса включає елементи когнітивної психології, соціальної психології, філософії особистості та етики. Як результат, його модель перегукується з моделлю Тедескі та Калхуна, але виділяє вже три види наслідків проживання травми (Papadopoulos, 2002; Чемодурова, 2024):

- негативні (як приклад ПТСР);
- нейтральні (прояв резильєнтності, актуалізація психічної стійкості);
- позитивні (власне посттравматичне зростання).

Інший підхід, особистісно-центрований, пропонує С. Джозеф з орієнтований на індивідуальний спосіб конструювання досвіду та клієнтоцентрований підхід К. Роджерса. В цій моделі посттравматичне зростання розглядають як процес сфокусований на інтеграцію особистістю травматичного досвіду за рахунок внутрішніх сил та ресурсів, резильєнтності, віри в себе тощо (Фількіна, 2025).

На відміну від фокусу на внутрішніх ресурсах, біопсихосоціальна модель М. Хрістофера об'єднує кілька рівнів реагування на травму – біологічний, психологічний і соціальний, де одним з висновків, до яких приходять автор є те що нормальним результатом травматичного стресу є саме зростання, а не патологія (Christopher, 2004). На думку науковця вирішальним чинником у формування траєкторії посттравматичного розвитку виступає якість взаємодії індивіда з його середовищем.

Назар (2024) інтегрує попередні підходи у своїй статті «Аксіопсихологічна модель посттравматичного зростання особистості», де через аксіологічний підхід до аналізу існуючих моделей, зберігає раніше запропоновані базові компоненти посттравматичного зростання, але пропонує

модель, яка враховує важливість змін ціннісно-сислової сфери особистості разом з впливом психологічних факторів, що супроводжують та впливають на процес. Ціннісне переосмислення розглядається як початкова ланка глибших змін, тоді як резильєнтність і копінг виконують роль фільтрів деструктивного впливу травми, сприяючи формуванню самоефективності та підвищенню особистісного благополуччя.

Узагальнюючи, можна стверджувати, що існують численні моделі дослідження посттравматичного зростання, кожна з яких спрямована доповнити наукове розуміння феномену та висвітлити його мультиаспектність, але попри різноманітність теоретичних підходів до вивчення посттравматичного зростання, можна виокремити ряд ключових механізмів, універсальних процесів людської психіки, які необхідні для того, щоб подібний процес позитивної трансформації відбувся:

1. Когнітивна переоцінка та навмисна румінація, де травматичний досвід руйнує усталені конструкти, що спонукає до інтенсивної когнітивної роботи.

2. Трансформація ціннісної системи, де людина починає вибудовувати новий смисловий простір, у якому попередні наративи поступаються місцем новим, більш узгодженим із пережитим досвідом.

3. Наявність середовища підтримки – родини, спільноти, терапевтичного середовища – які виконують функцію нормалізації та валідації досвіду, що допомагає інтегрувати травматичні події у власну біографію та переорієнтовує їх у напрямі розвитку.

Важливо також зазначити, що посттравматичне зростання не є протилежністю ПТСР чи вікарної травми. Більше того, дослідження показують, що у частини осіб посттравматичне зростання та симптоми ПТСР проявляються одночасно, формуючи складну траєкторію пост-травматичної адаптації (Tedeschi, Calhoun, 2004). І тим не менш, саме переживання травматичної події зачасту є рушійною силою, яка в тому числі може бути

направлена на зростання, якщо особистість працює на когнітивною переоцінкою досвіду та формулює для себе нову систему сенсів.

Наявні дослідження підкреслюють цю важливу умову посттравматичного зростання – воно не відбувається автоматично, а сам факт травми не автоматично веде до зростання. Ключовою залишається здатність людини включити подію до власної смислової системи через когнітивну та емоційну боротьбу з травмою через процеси переосмислення та інтеграцію травматичного досвіду.

Ці загальні закономірності набувають особливого значення в умовах масової травматизації населення, як це відбувається під час повномасштабної війни. У цьому контексті для українського населення посттравматичне зростання стає можливістю не лише внутрішньої трансформації, а й глибшої переоцінки життєвих пріоритетів, відчуття цінності безпеки, зміцнення зв'язку з іншими та усвідомлення власної ролі в тих умовах, що склалися. І хоча на час написання цієї роботи мова ще не йде про завершення травматичного досвіду – війна триває, і загроза залишається постійною – в саме таких умовах формується потенціал для зростання, де люди щодня не лише акумулюють нові переживання, але переосмислюють, трансформують та поступово інтегрують їх у свою смислову систему у процесі переживання травми.

Ці теоретичні положення знаходять підтвердження в українських емпіричних дослідженнях, які вже розглядають такі можливості зростання: Мельник (2019) у своєму дослідженні учасників бойових дій на Сході України встановила, що найкраще адаптуються особи віком 31-45 років, які усвідомлюють цінність набутого досвіду і використовують його у повсякденному житті через процес резильєнтної реінтеграції. Дослідження аспірантів в умовах війни проведене Щотка та Андрєєвою (2022) також виявило позитивний зв'язок між задоволеністю життям та посттравматичним зростанням, використовуючи продуктивні варіанти копіngu, прийняття

реальності та позитивну реінтерпретацію травматичного досвіду як ресурси для відновлення та зростання.

Попри те, що класичні моделі посттравматичного зростання сфокусовані на наслідках безпосереднього травматичного досвіду, сучасні дослідження розвивають концепцію у напрямку посттравматичного зростання внаслідок вторинної травматизації, як відповіді на опосередковану травму. Joseph і Linley (2005) встановили, що прямо і вікарно травматизовані особи проходять процес, який вимагає рефлексії над травматичним досвідом та створення нових сенсів через відбудову зруйнованого світогляду. Емпіричні дослідження також підтверджують, що когнітивна переробка травми через позитивну когнітивну реструктуризацію, як і ситуації первинної травматизації, виступає ключовим медіатором вікарного посттравматичного зростання (Ogińska-Bulik, 2022).

Вікарне посттравматичне зростання є відносно новим напрямком досліджень, який в основному систематизує знання про позитивні зміни у професіоналів, що працюють з травмованими клієнтами. Manning-Jones, de Terte і Stephens (2015) у своєму систематичному огляді 28 досліджень виявили високу схожість між прямим та вікарним посттравматичним зростанням, встановивши, що професіонали можуть переживати не лише вікарну травматизацію, але й вікарне посттравматичне зростання. Arnold та Tedeschi (2005) і Calhoun та Cann (2010) конкретизували ці зміни, показавши, що люди, які працюють з жертвами травм, можуть розвивати глибше розуміння життя, сильніші особисті стосунки, більшу духовність та підвищене цінування життя.

Ці дослідження стали основою для систематизації знань про вікарне посттравматичне зростання та його механізми в різних професійних контекстах. Водночас серед українських науковців ця тема також привертає увагу. Климчук (2020) у своїй монографії підкреслює можливість вікарного посттравматичного зростання та відзначає, що незважаючи на новизну феномену, низка досліджень вже зафіксувала позитивні зміни після пережитої

вікарної травми.

У контексті повномасштабної війни це питання набуває особливої ваги, бо медіаекспозиція до травматичного контенту є процесом, який може вести як до зростання, так і до травматизації, а межа між вікарним зростанням та вікарною травматизацією залишається тонкою. Дослідники виокремлюють кілька факторів ризику для медіа-вікарної травматизації:

- частота та тривалість медіаспоживання;
- несподіваність та немаркованість графічного контенту;
- емоційно заряджений формат подачі;
- інтерактивність соцмереж, що підсилює залученість.

З іншого боку, модераторами зростання є:

- усвідомлене медіаспоживання;
- цифрова гігієна;
- розуміння алгоритмів медіаплатформ;
- маркування чутливого контенту;
- критичне мислення та медіаграмотність.

У українському контексті ці модератори набувають особливого значення, оскільки образи руйнувань, свідчення очевидців, відео обстрілів є повсякденними, і створюють інтенсивний емоційний досвід, який може бути прожитий як «чужа, але власна» подія. Зважаючи на контекст повномасштабної війни, саме опосередкована експозиція через медіа, свідчення інших, волонтерську діяльність чи професійний контакт із постраждалими є однією з наймасовіших форм переживання травматичних подій. За умов належної когнітивної обробки та підтримки такі переживання можуть сприяти зростанню – формуванню співчуття, відчуття соціальної єдності, оптимізму, духовного розвитку.

У цьому дослідженні фокус спрямований на вторинний досвід травматизації та зростання, адже для значної частини українського населення

саме він, а не безпосередня участь у травматичній події, може стати головним джерелом психологічних змін. В свою чергу варіативність наслідків медіаекспозиції визначається як когнітивними процесами, так і індивідуальними психологічними чинниками, що здатні модерувати її вплив.

1.3. Медіаспоживання воєнного контенту та індивідуальні психологічні чинники як модератори його впливу

Сьогодні будь-який збройний конфлікт розгортається в умовах інтенсивної медіатизації, за якої масмедіа через соціальні платформи фактично визначають хід подій через відбір, подачу та інтерпретацію інформації про них (Blassnig, 2025). Медіалогіка формує не лише сам характер висвітлення війни, а й те, як мільйони людей, часто далеко за межами території бойових дій, сприймають, переживають і емоційно опрацьовують травматичний досвід. Як наслідок: локальні події війни стають глобальними і миттєво доступними, а експозиція до травматичного контенту стає масовим психологічним явищем, що впливає як на емоційний стан, так і на поведінкові реакції користувачів. У контексті такої інтенсивної медіатизації постає питання: як саме медіаконтент може впливати на свого споживача?

Результати досліджень Wormwood, Lynn, Barrett і Quigley (2016) у демонструють, що візуальні зображення насильства активують структури мозку, відповідальні за обробку реальної загрози. Водночас нейробіологічні дослідження (Keysers, 2006) підтверджують, що завдяки роботі системи дзеркальних нейронів, спостереження за діями, відчуттями та емоційними переживаннями інших людей активує ті самі механізми у нашому мозку, що й наші власні емоційні переживання. Таким чином, наша лімбічна система сприймає побачене на екрані не як чужий досвід, а фактично як власний.

Такі нейробіологічні механізми пояснюють, чому інтенсивність експозиції до травматичних медіаматеріалів також відіграє роль, і може виступати стресором, здатним викликати рівень стресу вищий, ніж за

безпосереднього перебування на події. Зокрема, дослідження Holman, Garfin і Silver (2014) виявило, що шість і більше годин щоденного споживання медіаконтенту про вибухи на Бостонському марафоні протягом тижня після атаки пов'язані з вищими рівнями гострого стресу, ніж ті, які були зафіксовані у людей, що перебували на події. Згідно з результатами дослідження, сумарний показник симптомів гострого стресу був утричі вищим у групи з інтенсивним медіаспоживанням порівняно з тими, хто безпосередньо пережив подію.

Механізми такого впливу є комплексними, і окрім нейробіологічних, охоплюють також когнітивні й емоційні процеси. Одним із ключових є сенситизація, коли повторна експозиція до травматичних матеріалів підвищує загальну чутливість до стресу та посилює реактивність нервової системи (Butler, 2009). Додатково, хронічна доступність та швидкість оновлення новин створює умови постійної активації за відсутності відновлення, що веде до інформаційного виснаження та емоційного перенавантаження (Garfin, 2020).

Важливим механізмом дії воєнного медіаконтенту є також кумуляція стресового впливу, коли негативні новини поступово накопичуються у психіці, посилюючи емоційне напруження. Boukes і Vliegenthart (2017) виявили, що тривале споживання негативного цифрового контенту створює ефект накопичення, особливо за відсутності періодів психологічного відпочинку від новин. Дослідження Pfefferbaum, Nitiéma, Tucker та Newman, (2001) також свідчать, перегляд телевізійних новин після катастрофи може певною мірою посилювати подальші посттравматичні симптоми, як і те, що підвищена кількість подібного спожитого контенту може бути індикатором уже наявного дистресу, який потребує уваги.

Такі механізми впливу стають особливо релевантними до українського контексту, де травматичні новини диктуються висвітленням реалій повномасштабної війни. Подібна динаміка повною мірою проявляється на четвертий рік повномасштабного вторгнення, коли майже половина українців

(47%) мають високий або підвищений рівень стресу (UNICEF, 2025), а інформація про перебіг війни та її наслідки надходить у небачених кількостях і роками, щоденно транслюється фактично в режимі реального часу. Дослідження Інституту масової інформації фіксує, що близько 23% контенту національних онлайн-медіа складають новини про війну, причому цей показник залишається стабільним, що свідчить про вже налагоджену політику редакцій щодо висвітлення подій війни (Гудошник, Бучарська, 2024).

Водночас важливо зазначити зміни у звичках споживання новин українцями: якщо раніше населення переважно покладалося на традиційні ЗМІ та офіційні джерела щодо перебігу подій, то з часу початку повномасштабного вторгнення спостерігається масове зростання цифрових платформ, зокрема соціальних мереж, як джерел новин. За даними громадської мережі ОПОРА (2024), 73,4% українців використовують соцмережі як джерело новин, а USAID спільно з Internews у своєму дослідженні «Як українці користувалися медіа та соцмережами у 2024 році» (2024) демонструють ще вищі показники – 84% респондентів, з яких 40% отримують новини виключно через ці платформи.

Telegram, зокрема, став провідним каналом оперативного інформування про воєнні події, витіснивши традиційні медіа завдяки швидкості поширення інформації та можливості отримувати неопосередковані свідчення очевидців. Як наслідок, графічний воєнний контент, що виходить за межі журналістських етичних стандартів – документування військових злочинів, відео обстрілів, зйомки з бойових дронів, записи безпосередніх бойових дій – став вже невід’ємною частиною українського інформаційного простору. Величковський (2024) вказує, що Telegram-канали демонструють виражену емоційність порівняно з традиційними ЗМІ, що може значно підсилити вплив травмуючого контенту на аудиторію. Додатково, у дослідженні Василик (2025) висвітлення подій війни у Telegram-каналах характеризується схильністю до сенсаційності та нерідко публікуються графічні матеріали без

попереджень про чутливий контент.

Як підкреслює Найдьонова (2024), графічні медіаматеріали створюють додаткове стресове навантаження та може спричиняти травматизацію споживачів, особливо більш вразливих глядачів. Показово, що вибірку у цьому дослідженні становили канали західних регіонів України, де безпекова ситуація загалом стабільніша, тим не менш медійне висвітлення подій війни залишається інтенсивним. Це підкреслює, що сьогодні експозиція глядача до травматичного контенту більше диктується орієнтацією медіа на оперативність та емоційний вплив, а не реальною близькістю до зони бойових дій, що підвищує ризик психологічної травматизації глядачів незалежно від регіону їх проживання. І хоча в досвіді міжнародної спільноти вже є приклади регулювання візуалізації збройних конфліктів та їх наслідків, Глушко (2020) зауважує, що українські медіа тяжіють до шоковості, і застосовують вражаючі зображення з метою привернення уваги читача без врахування потенційних ризиків психологічного травмування для аудиторії.

Як результат, можна говорити про своєрідну безвихідь для українського споживача: з одного боку, потреба залишатись проінформованим є життєвою необхідністю в умовах безпекової ситуації та авіаобстрілів – як задля власної безпеки, так і через турботу про близьких; з іншого – інтенсивне споживання травматичного контенту в процесі створює ряд нових ризиків, вже для психічного здоров'я.

Масштаб негативного впливу медіаконтенту на психологічний стан українців підтверджується емпіричними даними дослідження Інституту соціології НАН України, проведеного Дембіцьким (2024). Переживання через почуте й побачене в медіа як стресор обрали 79,4% респондентів – найвищий показник серед усіх стресових факторів воєнного часу другий рік підряд. За своїм значенням перевищує показники таких стресорів як вимушена розлука з близькими (65,4%) чи значні фінансові або матеріальні втрати (61,3%). Ці дані підтверджують критичність ситуації: психологічний вплив споживання

медіаконтенту українцями вже перевищує не лише дію більшості соціально-економічних стресорів війни, а й за інтенсивністю впливу наближається до прямих травматичних подій, що робить його одним із ключових чинників психічного навантаження в умовах затяжної війни.

Водночас варто згадати про медіаконтент, вплив якого необов'язково є виключно деструктивним, і навіть більше – несе зцілювальний ефект, де здорова взаємодія з медіа стає чинником долання травми й підтримання посттравматичного зростання людини та суспільства загалом. У багатьох випадках емоційна насиченість контенту може сприяти консолідації громад, мобілізації ресурсів та формуванню активної громадянської позиції. Як зазначають науковці (Voichak, 2022), соцмережі та медіатизованість війни створили нові форми «партисипаторної війни», коли громадяни стають активними учасниками створення та поширення воєнного нарративу. Споживання новин може трансформуватися у конструктивні копінг-стратегії: волонтерство, поширення важливої інформації, мобілізацію допомоги, що сприяє відчуття власної ефективності та контролю в умовах невизначеності.

При цьому сама по собі медіаекспозиція не визначає однозначно психологічний результат, а наслідки тривалої взаємодії з травматичним контентом можуть проявлятися як у формі вторинного травматичного стресу, так і у формі посттравматичного зростання. Це означає, що у кожної людини є певні індивідуальні характеристики, які модерують вплив експозиції до травмуючого стимулу та визначають його розвиток та реакції особистості. У контексті споживання воєнного медіаконтенту під час повномасштабної війни в Україні особливої актуальності набуває питання які саме психологічні характеристики особистості визначають цей вплив і варіативність наслідків для населення (Масік, 2025).

Концептуально важливо розрізнити два типи впливу на психологічні процеси – медіацію та модерацію. Медіатори пояснюють як відбувається вплив, тобто через який механізм експозиція до контенту призводить до

психологічних наслідків; тоді як модератори пояснюють для кого цей вплив буде сильнішим або слабшим (Baron, 1986; Hayes, 2009).

У контексті споживання воєнного медіаконтенту загальний рівень стресу та напруги, яке проживає суспільство, перебуваючи в умовах війни, виступає медіатором у процесі – проміжним аспектом, через який певний вплив медіаекспозиції, здатен перейти у психологічні наслідки. Хронічний стрес, що виникає внаслідок тривалої експозиції до травматичного медіаконтенту активує фізіологічні та когнітивні стресові реакції. Тітаренко (2019) у своїй монографії «Психологічне здоров'я особистості: засоби самопомоги в умовах тривалої травматизації» підкреслює специфіку впливу пролонгованої воєнної травматизації на особистість, і визначає її як процес, що призводить до погіршення самопочуття та зниження рівня психологічного благополуччя. Рівень стресу та напруги, зумовлений споживанням воєнного медіаконтенту, може проявлятися через різні симптоми: інтрузивні спогади про побачений контент, уникнення нагадувань про війну, гіперпильність, порушення сну, емоційну реактивність. Саме інтенсивність цих стресових реакцій та спосіб їх когнітивної обробки, а не факт експозиції, визначає чи зможе людина здійснити конструктивне осмислення досвіду, чи стрес стане чинником травматизації.

Водночас сам рівень стресу не є визначеним виключно обсягом медіаспоживання – він модерується індивідуальними психологічними характеристиками особистості. Саме на цьому етапі вступають в дію особистісні риси, що здатні визначити траєкторію впливу події на нас – травматизація чи зростання. Модель «Великої п'ятірки» виокремлює ключові риси, що впливають на реакцію, в тому числі і на медіастрес.

Нейротизм – схильність до переживання негативних емоцій, тривожності, емоційної нестабільності – є найбільш послідовним предиктором негативних наслідків травми та демонструє найсильніший зв'язок з психопатологією (Kotov, 2010). Метааналітичне дослідження зв'язку рис

особистості з тривожністю, депресією та розладами на основі 175 досліджень та більше 75000 респондентів, підтверджує цю думку, демонструючи, що «всі діагностичні групи мали високий рівень нейротизму та низький рівень свідомості. Лонгітюдне дослідження Berg (2024) в рамках проєкту AURORA показало: «Невротизм і негативна терміновість мали найбільший зв'язок ($r_s > 0,30$) з майже всіма індивідуальними симптомами ПТСР. Невротизм був додатковим предиктором кожного симптому ПТСР кожного разу». З огляду на таку стабільну асоціацію з посттравматичними реакціями, у контексті медіаспоживання, високий нейротизм може означати підвищену емоційну реактивність на травмуючий медіаконтент, схильність до тривожної румінації, труднощі в регуляції емоцій.

Свідомість (conscientiousness) – сумлінність, самодисципліна, цілеспрямованість – може бути протективним фактором для особистості через здатність до планування, структурування досвіду, використання проблемно-орієнтованих копінг-стратегій. Bartone (2006) показав, що сумлінність пов'язана з кращою адаптацією до стресу у військових, а Luo (2023) у своєму метааналізі виявив негативний зв'язок сумлінності зі стресом: «нейротизм виявився позитивно пов'язаним зі стресом, тоді як екстраверсія, доброзичливість, сумлінність та відкритість були негативно пов'язані зі стресом». У контексті споживання медіаконтенту можна припустити, що більш усвідомлені особи можуть краще регулювати своє медіаспоживання, встановлювати межі за умов негативного впливу, уникати компульсивного слідування за новинами.

Згідливість – згода, доброзичливість – є однією з ключових рисою для розуміння вікарної травматизації. Емпатія є фактично необхідною для вікарної травматизації – без здатності емпатійно відгукуватися на страждання інших неможлива сама вікарна травма. Figley (2002) називає емпатію «ціною турботи». Дослідники описують це як процес базований на емпатії та стресі від неї, у якому переживання чужої травми викликає власні негативні реакції,

особливо серед професій, пов'язаних із постійним контактом з людьми (Rauvola, 2019). Мета-аналіз Lipsa (2024) вказує, що поширеність втоми співчуття сягає від 7,3% до майже 76% серед працівників різних допоміжних професій. У цьому контексті особи, яких можна охарактеризувати доброзичливими та емпатійними виявляються більш схильними до вікарної травматизації, оскільки їхнє емоційне залучення до страждань інших робить їхню реакцію на травматичний контент особливо інтенсивною. Водночас саме емпатія може бути каталізатором вікарного посттравматичного зростання, оскільки дозволяє глибше розуміти людську стійкість та цінність життя.

Екстраверсія – орієнтація на зовнішній світ, соціальність, позитивні емоції – може бути протективним фактором. Екстраверти мають тенденцію шукати соціальну підтримку, що є важливим ресурсом опанування травми. Водночас екстраверти можуть більше споживати медіаконтент як спосіб соціальної взаємодії (обговорення новин з іншими), що може збільшувати експозицію до травмуючого контенту (Tedeschi, 2025).

Відкритість – схильність до нових ідей, творчості, інтелектуальної цікавості – також може мати двояку роль. З одного боку, відкритість пов'язана зі здатністю до переосмислення, а з іншого боку, відкритість може проявитись як нестійкість психологічних кордонів, що може підвищувати вразливість до вікарної травматизації.

Окрім стабільних особистісних рис, важливим динамічним чинником є резильєнтність, яку згідно досліджень демонструють більшість людей після травматичних подій, коли лише меншість розвиває хронічні патологічні симптоми (Bonanno, 2004). Резильєнтні особи не уникають стресу, а ефективніше справляються, швидше відновлюються і здатні знаходити сенс у складних обставинах (Seery, Quinton, 2016). До прикладу, Smith та співавтори (2008) визначають резильєнтність як здатність відновлюватися після стресу, повертатись до попереднього рівня функціонування. Їх Brief Resilience Scale (BRS) специфічно створена для оцінки саме здатності до відновлення, на

відміну від інших інструментів, які часто охоплюють створення нових психологічних ресурсів, наприклад для розвитку психологічної стійкості.

Тут важливо розмежовувати резильєнтність та психологічну стійкість, які нерідко вживаються як синоніми, але мають різні акценти. В українських дослідженнях резильєнтність часто описують як здатність зберігати психологічну цілісність у тривалих екстремальних умовах. Тітаренко (2019) визначає психологічну стійкість як здатність проходити крізь життєві випробування, зберігаючи при цьому психічне здоров'я та особистісну цілісність, і що саме розвиток такої стійкості може модерувати негативний вплив медіастресорів в умовах тривалої травматизації. Романчук (2025) з Українського інституту КПП зазначає, що існує підтверджена зв'язок між симптомами депресії та психологічною стійкістю: високі показники депресивності зазвичай поєднуються зі зниженням можливостей до самовідновлення.

Загалом, можна стверджувати, що високорезильєнтні особи можуть швидше відновлюватися після експозиції до травмуючого медіаконтенту, ефективніше використовувати копінг-стратегії, зберігати здатність до конструктивної когнітивної переробки досвіду, де достатній рівень резильєнтності може послаблювати дистрес.

Резильєнтність тісно пов'язана з копінг-стратегіями, які в контексті споживання медіаконтенту можуть включати як обмеження часу перегляду новин, вибіркоче споживання контенту, так і пошук психологічної та соціальної підтримки, релаксаційні техніки. Дослідження українських аспірантів в умовах війни, проведене Щотка та Андрєєвою (2022), виявило позитивний зв'язок між задоволеністю життям та посттравматичним зростанням через використання продуктивних варіантів копіngu, як прийняття реальності чи позитивну реінтерпретацію травматичного досвіду, де подібні копінг-стратегії виступають ресурсами для відновлення та зростання.

Поряд із індивідуальними копінг-стратегіями, важливу роль відіграє

соціальна підтримка, яка є одним з найбільш протективних факторів у дослідженнях травми. За результатами масштабного метааналізу Zalta та співавторів (2020), що об'єднав 139 досліджень, існує стійкий зворотний зв'язок між соціальною підтримкою та симптомами ПТСР, а лонгітюдний метааналіз Wang (2021), який охопив 75 досліджень, підтвердив двосторонній ефект цього зв'язку: соціальна підтримка знижує ризик розвитку ПТСР, а ПТСР, у свою чергу, прогнозує зниження рівня підтримки. Соціальна підтримка допомагає нам легше пережити травму, проговорити досвід і знижує напругу, пов'язану зі стресом. Для українців соціальна підтримка включає як підтримку від близьких – 36% обирають саме спілкування з друзями та сім'єю як копінг з стресом («Ти як?», 2025), так і почуття колективної єдності, національної солідарності. В умовах війни волонтерська діяльність та участь у підтримці України можуть виступати як форми соціальної взаємодії, що одночасно є джерелом змісту, мети та колективної підтримки.

Специфічним чинником саме у контексті медіаспоживання є медіаграмотність глядача. Ахметова і Литвинчук (2025) показали, що особи з вищими показниками критичного мислення та медіаграмотності мають нижчі рівні тривожності та вищу стресостійкість в умовах інформаційних атак під час війни. Медіаграмотність включає здатність критично оцінювати медіаконтент, розпізнавати маніпуляції, регулювати своє медіаспоживання, розуміти алгоритми медіаплатформ. Особи з високою медіаграмотністю можуть практикувати усвідомлене медіаспоживання, цифрову гігієну, встановлювати межі щодо часу та типу контенту, який вони споживають. Вони можуть розпізнавати, коли медіаконтент є надмірно емоційно зарядженим або маніпулятивним, і приймати свідомі рішення щодо своєї експозиції. Це дозволяє зменшити ризик компульсивного медіаспоживання, що є фактором ризику для вікарної травматизації. Водночас медіаграмотність може сприяти більш конструктивному використанню інформації про війну – не для

пасивного споживання травматичного контенту, а для інформованих дій, підтримки постраждалих, участі у волонтерській діяльності.

Вік та стать також можуть відігравати роль у психологічних наслідках споживання воєнного медіаконтенту. Дослідження показують, що оптимальний віковий період для посттравматичного зростання становить 31-45 років (Мельник, 2019). Щодо гендерних відмінностей, за результатами досліджень Zalta (2020) жінки загалом демонструють вищі рівні ПТСР. Проте в контексті вікарної травматизації через медіа, ці демографічні фактори потребують додаткового вивчення.

Висновки до розділу 1

1. У процесі теоретичного аналізу встановлено, що поняття вікарної травми в українському контексті виходять за межі професійного контексту. На основі досліджень Figley (1995, 2002), Makadia (2011) та Плетки (2020) показано, що кумулятивна опосередкована експозиція (через розповіді, волонтерську діяльність, медіа) може змінювати базові когнітивні схеми та уявлення про себе та світ, формуючи вікарну травму як одну з форм вторинної травматизації. В українських умовах тривалої війни, широкої волонтерської залученості та постійного контакту з графічним воєнним контентом вторинна травматизація стає ризиком не лише для представників «допомагаючих» професій, а й для мільйонів цивільних.

2. Опрацювання теоретичних джерел показує, що опосередкована травматична експозиція може мати не лише деструктивні, але й позитивні наслідки у формі (вікарного) посттравматичного зростання. На основі моделей посттравматичного зростання (Tedeschi & Calhoun, 2004; Joseph & Linley, 2005; Назар, 2024) показано, що за умови когнітивної переробки досвіду, переоцінки цінностей і наявності підтримки можливі позитивні зміни в доменах стосунків, особистісної сили, нових можливостей, цінності життя та духовних орієнтирів. Дослідження вікарного посттравматичного зростання

(Manning-Jones, 2015; Arnold, 2005; Климчук, 2020) та українські дані про адаптацію ветеранів і молоді (Мельник, 2019; Щотка, 2022) підтверджують, що навіть вторинний досвід травми може стати джерелом зростання, яке часто співіснує з симптомами стресу, формуючи складну траєкторію адаптації до подій. Підтверджена можливість вікарного посттравматичного зростання у осіб, які тривалий час контактують з чужим травматичним досвідом, робить доцільним використання цієї концепції у широкому досвіді українців, які живуть у медіатизованій реальності війни.

3. Споживання воєнного медіаконтенту має амбівалентний психологічний ефект. Інтенсивна медіатизація війни та нейробиологічні механізми емпатійного залучення призводять до того, що опосередковані події сприймаються як «власний» травматичний досвід, що підтверджується найвищим рівнем стресу від медіаконтенту серед усіх воєнних стресорів (79,4% респондентів за даними Інституту соціології НАН України). Водночас «партисипаторна війна» сприяє консолідації громад і формуванню конструктивних копінг-стратегій. Хронічний стрес виступає медіатором між медіаекспозицією та психологічними наслідками, тоді як особистісні риси, резильєнтність, копінг-стратегії, соціальна підтримка та медіаграмотність виступають модераторами, що визначають індивідуальну траєкторію – травматизації чи зростання (Baron, 1986; Hayes, 2009). Нейротизм підвищує ризик негативних наслідків (Kotov, 2010; Berg, 2024), тоді як сумлінність, резильєнтність, продуктивні копінг-стратегії, соціальна підтримка (Zalta, 2020; Wang, 2021) та медіаграмотність (Ахметова, 2025) виконують протективну функцію.

4. У результаті опрацювання теоретичних матеріалів можна визначити ключові аспекти подальшого емпіричного дослідження вивчення модераторів зв'язку між медіаекспозицією, вікарною травматизацією та вікарним посттравматичним зростанням в українському контексті:

- аналіз модеруючих ефектів особистісних рис (Big Five),

резильєнтності, копінг-стратегій, соціальної підтримки та медіаграмотності на зв'язок між інтенсивністю споживання воєнного медіаконтенту та психологічними наслідками у вигляді вікарної травматизації та (вікарного) посттравматичного зростання;

- побудова моделі дослідження, яка враховуватиме роль стресу як медіатора та індивідуальних психологічних характеристик як модераторів впливу воєнного медіаконтенту на психічний стан населення в умовах тривалої війни в Україні.

РОЗДІЛ 2

МЕТОДОЛОГІЧНЕ ОБҐРУНТУВАННЯ ТА ПРОЦЕДУРА ПРОВЕДЕННЯ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ

2.1. Методологія та емпірична модель дослідження

На основі теоретичного аналізу вікарної травматизації та посттравматичного зростання була сформульована мета емпіричного дослідження: виявити психологічні чинники, що впливають на вікарну травматизацію користувачів, які регулярно споживають воєнний медіаконтент та оцінити рівень цього впливу в умовах тривалого травматичного стресу та проживання у військовий час. Додатково – оцінити потенціал посттравматичне зростання як можливий альтернативний наслідок медіаекспозиції.

Для реалізації цієї мети була створена емпірична модель дослідження (рис. 2.1), яка відображає механізм впливу медіаспоживання воєнного контенту на формування вікарної травматизації та посттравматичного зростання.

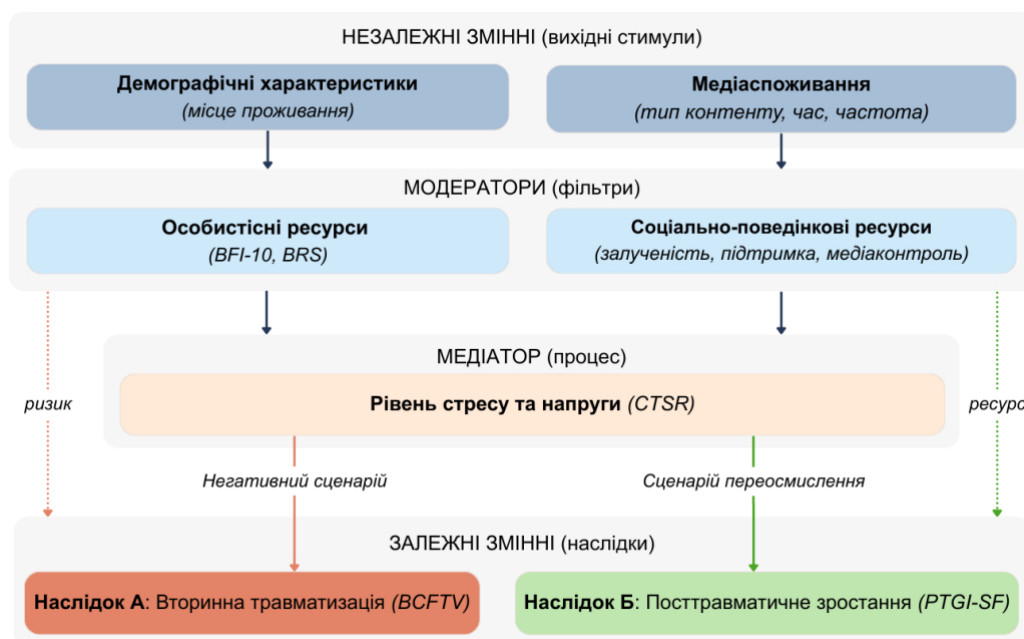


Рис. 2.1. Емпірична модель дослідження

Незалежні змінні моделі характеризують рівень та особливості експозиції до воєнного контенту через медіа, серед яких:

1. Демографічні характеристики:

- місце перебування: в Україні (безпосередня експозиція до загрози), за межами України (опосередкована експозиція лише через медіа);

2. Медіаспоживання

- тривалість медіаспоживання (скільки часу на день особа витрачає на медіа, зокрема перегляд воєнного контенту);
- тип контенту.

У підсумку, ці змінні визначають первинний вплив зовнішніх стимулів на психологічний стан особистості, зокрема через характер і звички медіаспоживання.

Модератори коригують силу та напрям впливу медіаспоживання, виконуючи функцію фільтрів індивідуальної вразливості чи стійкості:

1. Особистісні ресурси:

- нейротизм (підвищує вразливість до медіа-індукованого стресу);
- резильєнтність (здатність до швидкого відновлення після експозиції);
- відкритість до досвіду (релевантна складова для ПТЗ).

2. Соціально-підтримувальні фактори:

- залученість (волонтерство, залученість в допоміжній професії);
- рівень соціальної підтримки, наявність психологічної підтримки;
- здатність обмежувати медіаспоживання (здатність самостійно обмежувати інтенсивність та тривалість контакту з контентом).

Важливо зауважити, що модератори в рамках цієї роботи розглядаються як саме індивідуальні характеристики, що існували до медіаекспозиції і визначають індивідуальну вразливість до її наслідків, а не як змінні, що формуються під впливом медіаспоживання. Водночас медіатором виступає

реакція на тривалий травматичний стрес – проміжний процес, який визначає подальшу траєкторію розвитку конкретних психологічних наслідків.

Такий процес може розгортатися за двома сценаріями:

- негативний (при високому рівні стресової реакції та недостатніх ресурсах;
- сценарій переосмислення (при достатніх ресурсах та адаптивних копінг-стратегіях).

Відповідно ці сценарії можуть призводити до двох типів наслідків:

- Наслідок А: вікарна травматизація (BCFVT) – негативні психологічні наслідки опосередкованого травматичного досвіду, що включають емоційне виснаження, зниження емпатії, симптоми вторинної травматизації;
- Наслідок Б: посттравматичне зростання (PTGI-SF) як альтернативний наслідок, що може виникати паралельно: зростання особистісної сили, переоцінка життєвих пріоритетів, поглиблення стосунків, духовний розвиток.

Варто відзначити, що такі сценарії не є взаємовиключними, адже особа може одночасно переживати втому від співчуття (через систематичну експозицію до страждань) та посттравматичне зростання (через осмислення досвіду, волонтерство, високий рівень соціальної підтримки).

Модель передбачає, що різні шляхи від медіаспоживання через тривалий стрес можуть вести до різних наслідків: інтенсивна експозиція до графічного контенту через відчуття безпорадності може вести до вікарної травматизації; помірна експозиція з активним залученням може вести до посттравматичного зростання. Модель також підкреслює роль модераторів (особистісних та соціально-поведінкових ресурсів), що визначають, чи особливості медіаспоживання воєнного контенту в умовах тривалого стресу призведуть до негативних наслідків, зростання, або обох одночасно.

На основі теоретичних припущень про взаємодію цих змінних було

сформульовано емпіричні гіпотези:

- респонденти, які проживають в Україні та за кордоном, відрізняються за рівнем вікарної травматизації та тривалого хронічного стресу;
- інтенсивність споживання емоційно-графічного, аналітичного та соціально-підтримувального контенту позитивно пов'язана з рівнем вікарної травматизації;
- індивідуальні характеристики (нейротизм, резилієнтність, відкритість), рівень соціальної підтримки та здатність обмежувати травматичний контент пов'язані з варіативністю проявів вікарної травматизації;
- поведінкова залученість у волонтерську чи допоміжну діяльність диференціює рівні вікарної травматизації;
- особистісні ресурси (нейротизм, резилієнтність, відкритість) модифікують зв'язок між частотою споживання емоційно-графічного контенту та вікарною травматизацією;
- соціально-психологічні ресурси (соціальна підтримка, здатність обмежувати контент) змінюють силу зв'язку між травматичним контентом та проявами вікарної травматизації;
- хронічний стрес (CTSR) опосередковує зв'язок між інтенсивністю споживання емоційно-графічного та аналітично-інформаційного контенту та рівнем вікарної травматизації;
- рівень посттравматичного зростання пов'язаний із резилієнтністю, психологічною підтримкою та взаємодією з позитивним соціально-підтримувальним контентом;
- у вибірці формуються кластери респондентів, які відрізняються за психологічними реакціями на медіаконтент (наприклад, профілі з високим хронічним стресом, домінантною вікарною травматизацією або змішаними

формами реагування).

2.2. Підбір психодіагностичного інструментарію.

Для реалізації завдань дослідження та валідації гіпотез було підбрано п'ять валідизованих психодіагностичних методик:

1. П'ятифакторний опитувальник особистості «Велика П'ятірка» (коротка форма) – Big Five Inventory, BFI-10.
2. Коротка шкала резильєнтності – Brief Resilience Scale, BRS.
3. Шкала реакції на тривалий травматичний стрес – Continuous Traumatic Stress Response Scale, CTSR.
4. Опитувальник посттравматичного зростання (коротка форма) – Posttraumatic Growth Inventory, PTGI-SF.
5. Шкала вигорання, втоми від співчуття та вторинної травми – Burnout, Compassion Fatigue and Vicarious Trauma Assessment, BCFVT.

П'ятифакторний опитувальник особистості «Велика П'ятірка» BFI-10 – скорочений варіант П'ятифакторного опитувальника особистості «Велика П'ятірка», повна версія якого містить 44 запитання. Коротка версія була адаптована Rammstedt та John (2007), а до українських реалій її адаптували та провалідували Сердюк та Базима (2021) у рамках дослідження «Молодь та наркотики».

Модель спирається на роботи Г. Олпорта, Г. Айзенка і Р. Кеттела, які розглядали особистість як систему індивідуальних відмінностей, що визначають спосіб адаптації людини до соціального середовища з урахуванням її біологічних особливостей (Zhu, 2025). П'ятифакторна модель передбачає, що особистість людини включає в себе п'ять загальних і відносно незалежних рис (диспозицій), які в опитувальнику згруповані у 5 шкал: екстраверсія Україна, згідливість (A), свідомість (C), нейротизм (N), відкритість (O).

Опитувальник складається з 10 тверджень. Респондента просять оцінити

наскільки твердження описують їх звичні поведінку та поведінку за запропонованою 5-бальною шкалою:

- 1 бал=Повністю не згоден
- 2 бали=Швидше не згоден
- 3 бали=Важко відповісти
- 4 бали=Швидше згоден
- 5 бали=Повністю згоден

Оцінювання відбувається за кожною шкалою окремо шляхом побудови особистісного профілю (EACNO), де вираженість кожного з особистісних факторів варіюється від 2 до 10 балів. (Максименко, 2022)

Як результат можна визначити домінуючі фактори особистості.:

- Екстраверсія (Extraversion, E) описує соціальну активність, енергійність, впевненість у собі та бажання бути в центрі уваги. Висока екстраверсія може слугувати захисним чинником, оскільки екстраверти частіше регулюють емоційний стан через соціальну взаємодію та отримання підтримки від інших.

- Згідливість (Agreeableness, A) вказує на здатність особистості проявляти доброзичливість, співчуття та бажання допомагати іншим. Висока згідливість підвищує емпатичну чутливість, що робить людину більш відкритою до переживань інших. Це може збільшувати ризик вторинної травматизації, оскільки доброзичливі та співчутливі люди схильні глибше емоційно включатися у чужі страждання.

- Свідомість (Conscientiousness, C) вказує на організованість, самодисципліну. Свідомість може діяти як регуляторний та захисний чинник, адже організовані та дисципліновані люди частіше контролюють обсяг медіаспоживання, встановлюють межі та свідомо обирають джерела інформації.

- Нейротизм (Neuroticism, N) описує схильність людини до

емоційних стресів, тривоги, депресії, дратівливості та невдоволення. Люди з високим нейротизмом швидше активують тривогу, страх, безпорадність та інші негативні емоції у відповідь на травматичні оповіді чи новини. Вони повільніше відновлюються після стресу та більш схильні до формування симптомів вторинної травматизації.

- Відкритість до досвіду (Openness to Experience, O) визначає схильність людини до нових ідей, інтелектуальних запитів і нетрадиційних способів мислення. Відкритість до досвіду має подвійний ефект: здатність до глибшого осмислення може знижувати емоційне перенавантаження, але водночас інтерес до пошуку додаткового контенту підвищує тривалість експозиції та ризик вторинної травматизації.

Таким чином, використання BFI-10 у дослідженні полягає в необхідності виміру нейротизму як ключового чинника вразливості до вікарної травматизації, який може модерувати вплив медіаспоживання. Коротка форма (10 питань) оптимальна для зменшення навантаження на респондентів. Узгодженість шкали в рамках дослідження склала за показником α -Кронбаха 0.66, що є очікуваними з огляду на двопунктову структуру субшкал і відповідає нормам для коротких особистісних інструментів.

Коротка шкала резильєнтності Brief Resilience Scale (BRS) – шкала призначена для вивчення рівня розвитку резилієнтності особистості для віку від 14 років. Феномен резилієнтності в широкому сенсі пов'язаний зі здатністю людської психіки відновлюватися після переживання несприятливих ситуацій. Резилієнс – здатність динамічної системи успішно адаптуватись до хвилювань, які загрожують функціонуванню, життєздатності або розвитку цієї системи (Грішин, 2021).

Коротка шкала резильєнтності була розроблена Брюсом В. Смітом, Джеанною Дален, Кетрін Віггінз, Ерін Тулі, Патрісією Крістофер та Бернардом Дж. (Smith, 2008) для вимірювання здатності до «відскоку» після

стресу. Оригінальна версія демонструє високу внутрішню узгодженість (α -Кронбаха=0.80-0.91) та конвергентну валідність з іншими шкалами резильєнтності (Smith, 2008).

Українська адаптація шкали виконана О. Т. Шевченко (2020) у рамках дослідження психологічних наслідків пандемії COVID-19, демонструючи задовільні властивості для використання з українською вибіркою. Внутрішня узгодженість шкали є достатньою (α -Кронбаха=0.83) (Крецендер, 2024). Як і версія Сміт, шкала пропонує 6 тверджень. Респондента просять оцінити наскільки добре твердження описують їх поведінку та дії за запропонованою 5-бальною шкалою:

- 1 бал=Зовсім ні
- 2 бали=Найчастіше ні
- 3 бали=Складно сказати
- 4 бали=Зазвичай так
- 5 бали=Майже завжди

Твердження 2, 4, 6 є оберненими, тому при обрахунку результатів бали нараховуються у зворотному порядку. Для отримання результатів бали сумуються, де рівень показника резильєнтності варіюється в діапазоні від 6 до 30 балів, і дає змогу визначити індивідуальні відмінності у здатності людини відновлювати психологічну рівновагу після стресових або травмувальних подій. Отримані бали інтерпретуються за такими рівнями:

- До 14 балів – низький рівень резилієнтності, який свідчить про недостатню здатність швидко повертатися до психологічної норми після пережитого стресу. Відновлення відбувається повільно, а вплив стресорів може бути тривалим і глибоким, що підвищує вразливість до подальших негативних подій.

- 15-22 бали – середній рівень резилієнтності, який вказує на загальну здатність справлятися з більшістю життєвих труднощів без значних

дезадаптивних наслідків. Водночас окремі стресові ситуації можуть тимчасово порушувати емоційну стабільність та внутрішню рівноваженість, утворюючи потенційний ризик для психологічного благополуччя.

- 23 бали і більше – високий рівень резилієнтності, що свідчить про добре сформовану стійкість до стресу та здатність швидко відновлювати внутрішню рівновагу. Особи з таким рівнем резилієнтності демонструють ефективні копінг-стратегії та здатність зберігати психологічну стабільність навіть у складних та екстремальних умовах.

У підсумку, використання BRS полягає в використанні резильєнтності як чинника-фільтра, що вимірюється як здатність до відновлення, і відповідно послаблює зв'язок між медіастресом та травматизацією.

Шкала реакції на тривалий травматичний стрес (Continuous Traumatic Stress Response Scale, CTSR) – психометричний інструмент, розроблений для вимірювання реакцій на хронічний травматичний стрес в умовах триваючої загрози. На відміну від традиційних шкал ПТСР, що орієнтовані на наслідки завершених травматичних подій, CTSR оцінює стресові реакції в умовах постійної експозиції до загрози, що характерно для затяжних конфліктів.

Україномовна адаптація шкали була виконана Франковою, Сенником, Аврамчук, Лещук, Рудисом, Кураповим та Горалом (Frankova, 2025) у контексті російсько-української війни. Дослідники провели ревізію та психометричну валідацію українського перекладу CTSR на вибірці українського населення, що перебуває під впливом тривалого воєнного стресу. Адаптована версія демонструє високу внутрішню узгодженість (α -Кронбаха=0.84) та підтверджену конструктну валідність, що робить її надійним інструментом для вимірювання реакцій на тривалий травматичний стрес у специфічних умовах війни в Україні (Frankova, 2025).

Шкала складається з 9 тверджень описують симптоми, які можуть з'являтися після важких чи стресових переживань. Респондентам пропонується ознайомитись з кожним твердженням та за запропонованою 4-

бальною шкалою зазначити відповіді, які найкраще описують їх переживання за останній місяць:

- 1 бал=Зовсім ні;
- 2 бали=Трохи;
- 3 бали=Доволі сильно;
- 4 бали=Сильно.

Оцінювання здійснюється шляхом підсумовування відповідей за 3-ма окремими субшкалами, що відображають ключові компоненти реакції на хронічний травматичний стрес:

- виснаження (емоційне та фізичне виснаження ресурсів);
- відчуженість (відчуття відірваності від інших та зниження емоційної залученості);
- безпорадність (відчуття втрати контролю над ситуацією та власним життям).

Додатково підраховується загальний показник як індекс реакції на тривалий травматичний стрес – сума всіх показників опитувальника. Його оцінка може варіюватись у діапазоні від 0 до 27 балів.

Вищі значення за окремими субшкалами та загальним індексом відображають інтенсивнішу реакцію на тривалий травматичний стрес, а також вищий рівень емоційного та психологічного виснаження, відчуженості та безпорадності.

У цьому дослідженні використання шкали CTSR дозволяє використовувати показник хронічного травматичного стресу як медіатора між медіаспоживанням та наслідками в умовах триваючої загрози, що відповідає специфіці війни в Україні.

Опитувальник посттравматичного зростання PTGI-SF – це коротка форма опитувальника посттравматичного зростання (Posttraumatic Growth Inventory, PTGI) представлена Тедескі та Калхун у 1996, завдяки якій і закріпився термін

«посттравматичне зростання» Климчук (2020) зазначає, що у відповідь на потребу в більш компактному інструменті, Cann та співавтори (2010) створили та апробували скорочену версію опитувальника – Posttraumatic Growth Inventory – Short form (PTGI-SF). Дослідження продемонстрували, що ця форма є валідною для вимірювання посттравматичного зростання, оскільки зберігає п'ятифакторну модель і водночас відображає єдиний загальний конструкт зростання після травми. Подальший аналіз, проведений у 2017 році на великій вибірці (135 843 учасники), також підтвердив, що всі 10 тверджень короткого варіанту узгоджено вимірюють феномен посттравматичного зростання (Kaur, 2017). Для роботи відповідні пункти адаптованої шкали було зіставлено у відповідності з оригінальними формулюваннями шкали PTGI-SF.

Як адаптовану шкалу було обрано існуючу валідизовану українську версію повного опитувальника PTGI в адаптації Зубовського (2018), Узгодженість шкали в дослідженні стала високою, з показником α -Кронбаха=0.91.

Опитувальник складається з 10 тверджень. Аналогічно повній версії опитувальника, кожне з тверджень належить до однієї з 5 шкал – факторів зростання:

- Фактор 1. Стосунки з оточуючими (твердження 5 та 10).
- Фактор 2. Нові можливості (твердження 3 та 6).
- Фактор 3. Особистісне зміцнення (твердження 7 та 9).
- Фактор 4. Духовні та екзистенційні зміни (твердження 4 та 8).
- Фактор 5. Поцінування життя(твердження 1 та 2) (Cann, 2010).

За запропонованою 6-бальною шкалою респондента просять для кожного наведеного твердження вказати бал, що найточніше відображає, наскільки та чи інша зміна відбулася у їх житті внаслідок пережитих подій (наприклад, втрати близьких чи майна, участі в бойових діях тощо):

- 0=я не відчув(ла) цієї зміни;

- 1=я відчув(ла) цю зміну в дуже незначній мірі;
- 2=я відчув(ла) цю зміну незначною мірою;
- 3=я відчув(ла) цю зміну в помірній мірі;
- 4=я пережив(ла) цю зміну значною мірою;
- 5=я пережив(ла) цю зміну в дуже великій мірі.

Для отримання результатів бали сумуються згідно з «ключем» для кожної шкали. Зважаючи на те, що кожна з шкал представлена двома твердженнями, то показники за однією шкалою варіюють від 0 до 12. Додатково підраховується загальний показник посттравматичного зростання – сума всіх показників опитувальника. Його оцінка може варіюватись у діапазоні від 0 до 60 балів.

У підсумку, використання PTGI-SF полягає в використанні посттравматичного зростання як залежної змінної, а коротка форма дозволяє зберегти підтвержену валідність при зниженому навантаженні на респондентів.

У контексті повномасштабної війни українці щоденно не лише знаходяться в ризику травматизації, але й часто надають волонтерську підтримку та допомогу іншим постраждалим. Ці зусилля також мають вплив на рівень емоційного виснаження, стресу від співчуття та вторинної травматизації людини, а тому для коректного вимірювання цих явищ в рамках цього дослідження була виконана адаптація шкали Burnout, Compassion Fatigue and Vicarious Trauma Assessment (надалі: BCFVT) до українських реалій.

Оригінальна шкала BCFVT складається з 21 твердження, об'єднаних у 3 субшкали:

1. Субшкала вигорання (Burnout), яка відображає емоційне виснаження, відчуття перевантаження та втому, що виникають через тривалий контакт із травматичною інформацією та підтримкою інших.
2. Субшкала втоми від співчуття (Compassion Fatigue), яка оцінює

емоційне виснаження, що виникає внаслідок співчуття людям, чії історії респондент бачить або читає.

3. Субшкала вторинної травматизації (Secondary Traumatic Stress), яка вимірює наявність симптомів, подібних до переживання травми, що виникають через контакт з історіями, досвідом або зображеннями, пов'язаними з війною.

Респонденти оцінюють твердження за 6-бальною шкалою оцінки частоти – від 0 балів («Дуже рідко») до 5 балів («Дуже часто»), що дозволяє фіксувати інтенсивність переживань. Авторами методики зазначається, що хоча універсального порогового балу, який можна використовувати в усіх випадках, не існує, у більшості випадків вищий сумарний бал вказує на вищий рівень стресу:

- 0-14=низький ризик;
- 15-21=помірний ризик;
- 22-28=високий ризик;
- 29-35=надзвичайно високий ризик (Azam, H, 2023).

Процес адаптації шкали розпочався з перекладу оригінальної англійської версії VCFVT українською мовою, після чого текст перекладу було опрацьовано фахівцями:

- професійним перекладачем, з досвідом перекладу в галузі медицини та психічного здоров'я, який виконав пряму і зворотню перевірку перекладу для виявлення стилістичних і семантичних неточностей;
- клінічним психологом, кандидатом психологічних наук, який оцінював відповідність формулювань сфері психічного здоров'я та їхню релевантність українському контексту воєнного часу.

Під час використання в самому дослідженні було враховано особливість шкали: не всі респонденти, які проходять шкалу, будуть фахівцями помічних професій (медики, психологи, гуманітарні чи соціальні працівники),

а отже не для усіх буде актуальні питання щодо співпраці із клієнтами, як це передбачено в оригінальній версії. Проте було ухвалено рішення не змінювати термін «клієнт» у твердженнях, щоб зберегти структуру, натомість додати пояснювальну інструкцію, яка контекстуалізувала твердження під досвід усіх респондентів: «Наведене нижче 21 твердження стосуються вашого досвіду споживання медіа-контенту про війну в Україні (новини, відео, пости в соцмережах, телеграм-канали) та вашої залученості у підтримку України (волонтерство, донати, інформаційна активність). Оцініть, наскільки часто ви відчуваєте/переживаєте наступне протягом останнього місяця. (0=Дуже рідко, 1=Рідко, 2=Час від часу, 3=Іноді, 4=Часто, 5=Дуже часто)»

Таким чином, було збережено факторну структуру VCFVT з 21 твердженням та трьома субшкалами методики.

Оскільки адаптована версія шкали застосовувалась одразу у фінальному дослідженні, показники надійності оцінювались на повній вибірці (n=88) без окремого пілотування. За допомогою програмного забезпечення Jamovi було виконано комплексний аналіз надійності адаптованої шкали. Для оцінки внутрішньої узгодженості пунктів шкали були розраховані два ключові коефіцієнти: класичний коефіцієнт альфа Кронбаха (α) та сучасніший, статистично надійніший коефіцієнт омега Макдональда (ω), який базується на факторному аналізі. Результати представлено у таблиці 2.1.

Таблиця 2.1

Показники внутрішньої узгодженості методики
«Шкала вигорання, втоми від співчуття та вторинної травми»

Методика	Середнє значення	Стандартне відхилення	Коефіцієнт α -Кронбаха	Коефіцієнт ω -Макдональда
«Шкала вигорання, втоми від співчуття та вторинної травми»	1.45	1.02	0.95	0.95

Важливо, що показник на рівні 0.70 або вище вважається прийнятним значенням для обох цих показників, а отже досягнення результату 0.95 свідчить про високий рівень надійності шкали, підтверджуючи, що всі її елементи є внутрішньо узгодженими. Ці показники, а також середні значення та стандартне відхилення представлено для кожної окремої субшкали у таблиці 2.2.

Таблиця 2.2

Показники внутрішньої узгодженості субшкал методики
«Шкала вигорання, втоми від співчуття та вторинної травми»

Субшкала	Середнє значення	Середнє відхилення	Якщо виключити субшкалу	
			Коефіцієнт α -Кронбаха	Коефіцієнт ω -Макдональда
Субшкала вигорання	12.31	8.14	0.89	0.89
Субшкала втоми від співчуття	9.93	7.89	0.69	0.69
Субшкала вторинної травматизації	8.20	7.90	0.87	0.87

Як результат субшкали вигорання та вторинної травматизації мають високу узгодженість, а субшкала втоми від співчуття демонструє середній рівень надійності, та дозволяє зберегти трикомпонентну структуру методики. Цікавим є високе стандартне відхилення для усіх трьох субшкал, що вказує на те, що у досліджуваній групі були як люди з низькими показниками, та і високими рівнем вигорання, втоми чи травматизації. Така неоднорідність вибірки респондентів є позитивним фактором для перевірки якості шкали, оскільки підтверджує чутливість методики та здатність охопити і тих, у кого все добре (низькі бали), і тих, у кого сильне вигорання (високі бали).

Додатково здійснювалась перевірка зміни показників загальних

коефіцієнтів α -Кронбаха та ω -Макдональда при видаленні певного твердження для оцінки якості перекладу конкретних тверджень. Таблиця 2.3 показує дуже несуттєві зміни цих коефіцієнтів за умови виключення кожного з тверджень шкали для всіх тверджень знаходяться в межах 0.94–0.95, що означає, що всі твердження адаптованої шкали демонструють відносно однакову значущість і виключення будь-якого з тверджень не підвищить надійність шкали:

Таблиця 2.3

Зміни показників загальних коефіцієнтів α -Кронбаха та ω -Макдональда за умови виключення одного з тверджень шкали

Номер твердження	Середнє значення	Середнє відхилення	Якщо виключити твердження	
			Коефіцієнт α -Кронбаха	Коефіцієнт ω -Макдональда
Пункт 1	2.19	1.55	0.94	0.95
Пункт 2	2.00	1.70	0.94	0.94
Пункт 3	1.73	1.46	0.94	0.95
Пункт 4	1.68	1.53	0.94	0.95
Пункт 5	1.31	1.37	0.94	0.94
Пункт 6	1.49	1.52	0.94	0.94
Пункт 7	0.91	1.29	0.94	0.94
Пункт 8	1.24	1.46	0.94	0.94
Пункт 9	0.98	1.35	0.94	0.94
Пункт 10	1.28	1.50	0.94	0.95
Пункт 11	1.39	1.54	0.94	0.94
Пункт 12	1.11	1.44	0.94	0.94
Пункт 13	2.05	1.70	0.94	0.94
Пункт 14	1.83	1.53	0.94	0.94
Пункт 15	0.77	1.16	0.94	0.94
Пункт 16	2.01	1.59	0.94	0.94
Пункт 17	1.25	1.42	0.94	0.94
Пункт 18	0.98	1.29	0.94	0.94

Продовження табл. 2.3

			Якщо виключити твердження	
Номер твердження	Середнє значення	Середнє відхилення	Коефіцієнт α -Кронбаха	Коефіцієнт ω -Макдональда
Пункт 19	2.18	1.87	0.94	0.95
Пункт 20	0.92	1.37	0.94	0.94
Пункт 21	1.15	1.47	0.94	0.94

Досягненнями адаптації можна вважати професійний двоетапний переклад з експертною валідацією клінічним психологом, збереження оригінальної трифакторної структури (21 твердження, 3 субшкали), контекстуалізацію інструменту для українських воєнних реалій, а також розширення застосування методики від вузькопрофесійного інструменту для фахівців помічних професій до інструменту для широких вибірок (волонтери, споживачі воєнного медіаконтенту).

Психометричний аналіз засвідчив високу внутрішню узгодженість шкали ($\alpha=0.95$, $\omega=0.95$) та достатню надійність окремих субшкал ($\alpha=0.71$ – 0.90). Високі значення стандартних відхилень підтверджують чутливість інструменту до індивідуальних відмінностей, а аналіз пунктів показав рівнозначний внесок усіх тверджень, оскільки виключення жодного з них не підвищує надійність.

Отримані результати демонструють, що адаптована українська версія VCFVT є валідним інструментом для нашого дослідження впливу емоційного залучення та навантаження на психологічний стан людей у період війни. Шкала коректно відображає рівень виснаження та вторинної травматизації навіть серед респондентів, які не працюють безпосередньо з травмою чи є фахівцями помічних професій, але тим не менш регулярно взаємодіють із травматичним контентом чи залучені у волонтерську діяльність, що трансформує цей інструмент від корисного тільки для професійних психологів чи фахівців помічних професій, на такий, що з коректними інструкціями може

використовуватися для дослідження більш широких вибірок. Серед обмежень – відсутність окремої пілотної фази та невеликий розмір вибірки ($n=88$), що не дозволяє провести повноцінну психометричну валідацію. Збережений термін «клієнт» також потребував уточнюючої інструкції.

Підсумовуючи, адаптація VCFVT була успішно реалізована та довела релевантність для нашого дослідження, а також може бути використана у подальших міждисциплінарних дослідженнях, що оцінюють зв'язок між емоційним виснаженням, співпереживанням та вторинною травматизацією та також у практичній роботі з виявлення груп ризику.

Адаптовану версію шкали представлено у додатках (Додаток А).

Для збору емпіричних даних було розроблено комплексну онлайн-анкету, у яку увійшли дев'ять блоків (Додаток А):

- Інформована згода та інструкція
- Блок 1. Базова інформація та прямий досвід (авторська анкета)
- Блок 2. Анкета споживання медіа-контенту про війну (авторська анкета)
- Блок 3. Ваша залученість у підтримку України (авторська анкета)
- Блок 4. Особистісні риси (П'ятифакторний опитувальник особистості «Велика П'ятірка», BFI-10)
- Блок 5. Психологічна стійкість (Коротка шкала резильєнтності – Brief Resilience Scale, BRS)
- Блок 6. Копінг та соціальна підтримка (авторська анкета)
- Блок 7. Реакція на тривалий травматичний стрес (Шкала реакції на тривалий травматичний стрес, CTSR)
- Блок 8. Оцінка вигорання, втоми від співчуття та вікарної травми. (адаптована Шкала вигорання, втоми від співчуття та вторинної травми, VCFVT)
- Блок 9. Посттравматичне зростання (Опитувальник

посттравматичного зростання (коротка форма), PTGI-SF).

Анкетування було реалізоване за допомогою онлайн-платформи Tally, що забезпечило зручність проходження для респондентів, автоматичне збереження відповідей та можливість експорту даних для подальшого статистичного аналізу. Сервіс було обрано зокрема через можливість застосувати адаптивну логіку для запитань, завдяки чому кожен учасник бачив лише релевантні для нього пункти. Наприклад, респонденти, які не залишали територію України, не отримували питання щодо країни переїзду; ті, хто не займається волонтерською діяльністю чи не здійснює фінансові донати, не відповідали відповідно на питання щодо частоти волонтерства або розмір внесків. Такий підхід мінімізував кількість зайвих запитань і зробив заповнення анкети максимально комфортним.

Крім того, система автоматично зберігала проміжні відповіді, що унеможливило їхню втрату у разі технічних перебоїв (наприклад, при зникненні інтернет-з'єднання), що попереджало необхідність у повторному проходженні та, відповідно, забезпечувало більш надійні результати.

Перший екран анкети містив детальну інформацію про мету дослідження, інформацію про анонімність та конфіденційність даних, орієнтовний час заповнення (до 15 хвилин), контактну інформацію дослідника для запитань, а також заяву про добровільність участі у дослідженні. Респонденти мали підтвердити ознайомлення з інформацією та надати згоду на участь, поставивши відповідну позначку. Доступ до анкети відкривався тільки після надання згоди.

Порядок блоків був визначений у послідовності від більш нейтральних до емоційно насичених для збереження логіки психологічного процесу в межах досліджуваної моделі та знизити ризик змішаних або індукованих попередніми відповідями реакцій.

Блок 1 включав запитання про основні демографічні дані респондента та особистий досвід війни. Перша частина блоку збирала стандартні

демографічні показники (вік, стать, освіта), а також важливу для дослідження інформацію про місце перебування респондента (Україна чи за її межами), що дозволило порівняти групи з різним контекстом реальної загрози. Друга частина блоку оцінювала особистий досвід війни: чи перебував респондент під обстрілами, чи евакуювався, чи перебувала людина в зоні бойових дій. Ці питання були необхідні для відокремлення впливу первинної травматизації від вторинної, щоб виокремити і оцінити внесок медіаконтенту у формування вікарної травматизації.

Блок 2 був розроблений як авторська дослідницька анкета, спрямована на детальну характеристику поведінки медіаспоживання.

По-перше, оцінювалася кількісна сторона споживання: частота споживання медіаконтенту загалом та про війну в Україні зокрема, що дозволяє виявити серед респондентів інтенсивних споживачів та тих, хто обмежує експозицію.

По-друге, у межах цього дослідження було здійснено класифікацію типів споживаного воєнного медіаконтенту на чотири функціональні категорії, що відображають різні психологічні механізми впливу та відповідають різним моделям медіастресогенності (Holman, 2020), де розподіл базувався на аналізі характеристик контенту, релевантному українському контексту повномасштабної війни:

- новинний стресогенний контент містить оперативні повідомлення про загрози, обстріли, втрати; викликає гострі стресові реакції та підвищує відчуття небезпеки;
- емоційно-графічний контент включає графічні, візуально інтенсивні або емоційно заряджені матеріали; підсилює фізіологічну активацію та дистрес, незалежно від інформаційної цінності;
- аналітично-інформаційний контент пропонує агконтекст, пояснення та структуровану інформацію; працює через когнітивну обробку;
- соціально-підтримувальний контент формує відчуття спільності,

взаємодії та колективного подолання, виконує буферну функцію та може зменшувати стрес.

По-третє, оцінювався контроль над споживанням: чи здатний респондент обмежувати споживання новин, коли усвідомлює негативний вплив; чи намагається уникати графічного контенту. Ці питання дозволили виділити компульсивне споживання як фактор ризику вікарної травматизації.

Блок 3 також є авторською розробкою та призначений для оцінки одного з ключових модераторів моделі дослідження – волонтерської залученості, та дозволив фіксувати не тільки сам факт волонтерської діяльності, але і деталі залученості: інтенсивність залучення, тип діяльності, наявність безпосереднього контакту з постраждалими. Ця схема дозволила класифікувати учасників за рівнем їхньої особистої дотичності до подій війни, спираючись на сумарний бал залученості:

- низька залученість – учасники без будь-якої особистої участі (0 балів);
- середня залученість – учасники, які мають один прояв дотичності до війни (1 бал);
- висока залученість – учасники з двома або більше проявами особистої участі (2+ балів).

Під «параметром залученості» розуміли відповіді, які свідчать про:

- власний досвід війни (військовослужбовець/ветеран, волонтер у зоні бойових дій, робота з постраждалими) – 1 бал;
- регулярні форми участі: фінансова підтримка кілька разів на місяць або системне волонтерство – 1 бал;
- епізодичну допомогу: донати чи волонтерство кілька разів на рік або рідше – 0,5 бала.

Таким чином, сформовані групи відображали градацію від суто медійного впливу до значної особистої залученості у воєнний контекст.

Блоки 4 та 5 створено з фокусом на особистісних ресурсах як модераторах вікарної травматизації та посттравматичного зростання, де П'ятифакторний опитувальник особистості «Велика П'ятірка» (BFI-10) оцінював п'ять базових особистісних рис (з фокусом на нейротизм та відкритість), а Коротка шкала резильєнтності (BRS) дозволила вимірювати резильєнтність як здатність до психологічної стійкості та відновлення після стресу. Кожна шкала супроводжувалася окремою інструкцією, адаптованою до специфіки дослідження.

Блок 6 є також авторською розробкою для оцінки доступності та форми психологічної підтримки респондентів, частоту надання емоційної допомоги іншим та суб'єктивний рівень отриманої соціальної підтримки. Ці питання дали змогу врахувати соціально-психологічні ресурси як потенційні модератори впливу стресу та медіаекспозиції та чи захищає наявність психологічної та соціальної підтримки від негативного впливу медіаспоживання.

Блоки 7, 8 та 9 склалися з валідизованих стандартизованих методик, поданих у дослідницькій моделі:

- медіатор (Шкала реакції на тривалий травматичний стрес, CTSR, для вимірювання реакцію на тривалу загрозу);
- негативні наслідки експозиції (Шкала вигорання, втомивід співчуття та вторинної травми, BCFVT, для вимірювання показників вигорання, вікарної травматизації та втомивід співчуття);
- позитивні наслідки (Опитувальник посттравматичного зростання (коротка форма), PTGI-SF, для вимірювання рівнів посттравматичного зростання).

Блок завершення анкети містив подяку респондентам, короткі рекомендації щодо самопомоги у разі емоційного напруження та контакти автора дослідження для можливих запитань.

Перед основним збором даних анкета була пілотно протестована на трьох учасниках із різних груп. Пілотування дозволило виявити дрібні неточності у технічних деталях анкети.

Дослідження проводилось з 29 жовтня по 17 листопада 2025 року у форматі онлайн-опитування.

До дослідження допускалися повнолітні україномовні громадяни України, які проживають як на території України, та і за її межами. Володіння українською мовою було необхідним через мовну версію анкети та використання україномовних версій психодіагностичних методик. Участь була добровільною й ґрунтувалася на інформованій згоді. Такі критерії забезпечували етичність та відповідність інструментарію мовній версії.

Онлайн-формат було обрано через його доступність, безпечність та зручність у воєнних умовах: він дозволив залучити учасників з різних регіонів і країн, забезпечив анонімність, можливість заповнення у будь-який час та автоматичне збереження даних, що спрощувало подальший аналіз.

Серед респондентів очікувалися представники різних вікових груп, однак із типовим для онлайн-досліджень зміщенням у бік жінок, осіб із вищою освітою та активних користувачів соцмереж.

З огляду на обмеження доступу до частини вибірки, яка проживає закордоном, опитування поширювалося через соціальні мережі (Facebook, Threads, Telegram) як через особистий профіль, так і через тематичні спільноти (наприклад «Українці в Польщі»). Учасників також просили передавати посилання релевантним потенційним респондентам, що дозволило охопити різні регіони, соціальні групи, досвід війни, а також було критично важливо для отримання значущої вибірки респондентів.

Протягом періоду збору даних проводився щоденний моніторинг кількості заповнених анкет, співвідношення демографічних груп та для виявлення технічних неполадок, якщо такі виникнуть в процесі.

2.3. Специфіка вибірки респондентів дослідження

У емпіричному дослідженні взяли участь 88 респондентів, громадян України.

Вікова структура вибірки характеризується вираженим переважанням молодих дорослих: група 25-34 років становить 64% вибірки (n=56), тоді як інші вікові групи представлені приблизно рівномірно (10-14% відповідно). За статевим розподілом вибірка переважно жіноча – 73% жінок (n=64), 26% чоловіків (n=23) та 1% осіб іншої гендерної ідентичності (n=1). Це загалом відповідає профілю користувачів соціальних мереж і месенджерів, через які поширювалось опитування.

Рівень освіти респондентів є високим: 76% мають повну вищу освіту (n=67), що може відображатись на мотивації осіб до участі в дослідженнях, вищою психологічною обізнаністю вибірки та готовністю до саморефлексії, що є релевантним для цього дослідження.

За місцем проживання вибірка розподілилась на 61% респондентів, які перебувають в Україні та 39% - за межами України. Серед тих, хто залишається в Україні, переважають місцеві жителі – 50% від усієї вибірки в Україні (n=44), ВПО складають 8%, а поверненці з-за кордону – 3%. Серед тих, хто залишається в Україні, географічно домінують м. Київ/Київська область (43%) та Львівська область (39%), що відображає концентрацію у великих містах та відносно безпечних регіонах. Рішення 3% поверненців повернутися в Україну після 24 лютого 2022 заслуговує окремого дослідження в контексті посттравматичної адаптації, але загалом така структура відображає стійкість значної частини населення, яка, попри воєнні ризики, зберігає прив'язаність до місця проживання. Серед респондентів за межами України домінують біженці, які виїхали за кордон після повномасштабного вторгнення – 30% від загальної вибірки (n=26), водночас є і особи, які проживали за кордоном ще до подій 24 лютого 2022 – 9%.

Переважає більшість учасників є зайнятими: 80% мають повну

зайнятість, 12% – високу зайнятість (поєднують роботу та навчання, роботу та активне волонтерство тощо) і 7% є незайнятими. Такий розподіл вказує на високий рівень соціальної інтеграції та функціональність вибірки. Важливо, що зайнятість може виступати як захисний фактор, де робота забезпечує такі ресурси як структура повсякденного життя, соціальні контакти, які сприяють психологічній стійкості в умовах тривалого стресу (Kim et al., 2019), але і може підвищувати ризик емоційного виснаження, зменшувати ресурси для когнітивного опрацювання та обмежувати час на медіаспоживання, особливо при подвійній зайнятості.

Основні характеристики вибірки представлено у таблиці 2.4.

Таблиця 2.4

Характеристика вибірки дослідження

Змінна	Розподіл (%)	Примітки
Гендер	Жінки – 73% Чоловіки – 26% Інші – 1%	переважання жінок відповідає типовим тенденціям онлайн-психологічних опитувань
Вік	18-24 роки – 11% 25-34 роки – 64% 35-44 роки – 14% 45-60 роки – 11%	вік респондентів від 18 до 60 років; середній вік респондента – 32 роки
Рівень освіти	Середня (повна загальна) – 8% Професійно-технічна – 3% Неповна вища – 10% Вища (бакалавр / спеціаліст / магістр) – 76% Науковий ступінь – 2%	висока частка учасників із вищою освітою є типовою для онлайн-формату та вибірок із підвищеною цифровою грамотністю
Тип зайнятості	Повна зайнятість – 86% Часткова зайнятість – 7% Незайняті – 7%	участь переважно брали респонденти з повною зайнятістю

Продовження табл. 2.4

Змінна	Розподіл (%)	Примітки
Поточне місце проживання	В Україні – 61% За межами України – 39%	співвідношення України та закордону дозволяє порівнювати досвід реальної загрози та медіа-експозиції.
Міграційний статус	Місцевий – 59% Біженець – 30% ВПО – 8% Поверненець – 3%	значна частка (41%) респондентів має міграційний досвід

Окрім соціально-демографічних даних, у межах дослідження були враховані змінні, безпосередньо пов'язані з тематикою вікарної травматизації та посттравматичного зростання. Зокрема оцінювалися показники споживання воєнного медіаконтенту, досвід залученості та професійна належність, що можуть передбачати регулярний контакт із травматичними подіями чи матеріалами. Включення цих змінних дозволило точніше зрозуміти контекст опосередкованої експозиції медіа та визначити потенційні психологічні чинники формування вікарної травматизації і посттравматичного зростання.

Розмір вибірки є достатнім для базових порівняльних і кореляційних аналізів, а також множинних регресій за умови поділу предикторів на блоки.

Сформована вибірка є репрезентативною та має ряд методологічних переваг, актуальних в рамках нашого дослідження. По-перше, це географічна диверсифікація, яка створює умови для порівняльного аналізу впливу безпосередньої загрози та опосередкованої через медіа-експозиції. По-друге, участь у вибірці волонтерів та представників допомагаючих професій дозволяє емпірично дослідити феномен співіснування втоми від співчуття та посттравматичного зростання.

При інтерпретації результатів враховувались обмеження онлайн-формату, зокрема ефект самовідбору, коли до дослідження частіше

долучаються активні в соцмережах та психологічно зацікавлені респонденти.

Крім того, онлайн-формат виключив осіб із низькою цифровою грамотністю (Pew Research Center, 2021) або обмеженим доступом до інтернету, що зумовлює певні зміщення вибірки. Онлайн-вибірка у дослідженні зміщена в бік молодших, освічених і цифрово-грамотних українців, тому результати не відображають досвіду похилих людей, малозабезпечених груп, населення окупованих територій, військових на передовій та ВПО у складних умовах. Додатково, варто враховувати те, що заповнення опитувальника було самозвітом для респондента, а отже відображають їхню суб'єктивну оцінку та можуть містити похибки, пов'язані з впливом соціальної бажаності. Формат проведення також не дає можливості респондентам уточнити незрозумілі питання, а отже точність відповідей потребує валідації.

2.4. Методи математико-статистичної обробки даних.

Дизайн опитувальника передбачав анонімність з автоматичним присвоєнням індивідуального ID для кожного запису та респондента. Обробка даних включала імпорт даних в програмне забезпечення Jamovi, налаштування змінних, перетворення даних, обрахунок шкал та субшкал, оцінку їх надійності.

Для опрацювання даних використовувався комплекс статистичних методів, що включав описову статистику, оцінку надійності психометричних шкал, кореляційний аналіз, порівняльні непараметричні методи, регресійний та модераційно-медіаційний аналізи.

Описова статистика застосовувалася для характеристики вибірки та основних показників і включала середні значення, медіану, стандартні відхилення, мінімальні та максимальні значення, а також частотні розподіли для категоріальних змінних. Для обґрунтування вибору методів було проведено перевірку нормальності розподілу за критерієм Шапіро–Вілکا.

Більшість змінних продемонстрували значущі відхилення від нормальності ($p < 0.05$), що зумовило переважне використання непараметричних критеріїв на подальших етапах.

Оцінка надійності шкал здійснювалася за допомогою коефіцієнтів Кронбаха α та Макдональда ω , що дозволило підтвердити достатню внутрішню узгодженість усіх основних інструментів дослідження.

Результати аналізу надійності використаних психодіагностичних методик представлено у таблиці 2.5 продемонстрував задовільні психометричні показники на даній вибірці:

Таблиця 2.5

Надійність використаних психодіагностичних методик

Шкала	Коефіцієнт α-Кронбаха	Коефіцієнт ω-Макдональда
BFI-10	0.66	0.68
BRS	0.84	0.85
CTSR	0.81	0.81
PTGI-SF	0.91	0.91
BCFVT	0.95	0.95

Деяко нижчий показник надійності BFI-10 є типовим для коротких версій особистісних опитувальників та узгоджується з даними оригінальної валідації.

Для аналізу зв'язків між кількісними та порядковими змінними застосовувався кореляційний аналіз Спірмена, оптимальний за умов порушення нормальності та змінних змішаного рівня вимірювання.

Порівняльний аналіз між групами (наприклад, респонденти в Україні та за кордоном; групи високої та низької вікарної травматизації; групи з різним рівнем залученості) здійснювався за допомогою критерію Манна-Вітні, який

дозволяє коректно порівнювати вибірки, що не відповідають нормальному розподілу. Для всіх порівнянь додатково обчислювалися ефекти-розміри (r), що забезпечувало інтерпретацію практичної значущості відмінностей.

Для виявлення предикторів вікарної травматизації та аналізу внеску різних груп факторів (медійних, особистісних, соціально-поведінкових) використовувався лінійний регресійний аналіз із покроковим введенням блоків змінних. У процесі моделювання перевірялися основні припущення регресійного аналізу: лінійність зв'язків, нормальність розподілу залишків, гомоскедастичність та відсутність мультиколінеарності, що забезпечувало коректність інтерпретації отриманих результатів.

Для оцінки того, чи модифікують особистісні або соціально-психологічні ресурси силу зв'язку між споживанням травматичного контенту та вікарною травматизацією, застосовувалися модераційні моделі, побудовані в модулі jAMM. Було протестовано чотири модератори: нейротизм, резилієнтність, соціальна підтримка та здатність обмежувати травматичний контент. Хоча результати мали пошуковий характер через обмежений розмір вибірки, вони дозволили оцінити напрям і потенційну силу взаємодій.

У межах перевірки теоретичної моделі впливу медіаспоживання на вікарну травматизацію здійснено також медіаційний аналіз, спрямований на визначення ролі тривалого хронічного стресу (CTSR) як проміжного механізму. Через малу вибірку аналіз ґрунтувався на послідовному тестуванні регресійних залежностей (ефекти шляхів а та b), а не на бутстреп-довірчих інтервалах; проте моделі дозволили встановити концептуально узгоджені непрямі ефекти.

Для представлення результатів використовувалися як табличні, так і графічні засоби візуалізації: таблиці описових статистик, діаграми розсіювання, кореляційні теплокарти, графіки модераційних взаємодій та схеми медіаційних моделей. Візуальна подача результатів забезпечила

інтуїтивне розуміння закономірностей та підтримувала формальну інтерпретацію статистичних висновків.

Перевагами обраної методології є поєднання кількох взаємодоповнюючих аналітичних підходів, детальна перевірка надійності інструментів та використання моделей, що дозволяють оцінювати не лише прямі зв'язки, але й складні механізми їх формування. Обмеженням виступив кроссекційний дизайн, самозвітні дані та відносно невелика вибірка ($n=88$), що знижує статистичну потужність і особливо впливає на чутливість модераційних та медіаційних моделей.

Оскільки розмір вибірки обмежує застосування складних моделей, таких як багатофакторні регресії чи комбіновані модераційно-медіаційні підходи, стратегія аналізу була адаптована: гіпотези тестувалися в межах окремих блоків змінних – медійних, особистісних та соціально-поведінкових ресурсів. Це дозволило зменшити навантаження на моделі та коректно аналізувати зв'язки в межах логічно впорядкованих груп факторів.

Висновки до розділу 2

У другому розділі представлено методологічне обґрунтування та процедуру проведення емпіричного дослідження.

1. На основі інтеграції теоретичних концепцій вікарної травматизації, втоми від співчуття, тривалого травматичного стресу та посттравматичного зростання було розроблено концептуальну модель емпіричного дослідження за схемою «Змінна – Модератор – Медіатор – Реакція». Модель відображає механізм впливу медіаспоживання воєнного контенту на формування негативних (вікарна травматизація, втома від співчуття) та позитивних (посттравматичне зростання) психологічних наслідків. Модель враховує модеруючу роль особистісних ресурсів (нейротизм, резильєнтність) і соціально-поведінкових чинників (соціальна підтримка, волонтерська залученість), а також медіаторну роль реакції на

тривалий травматичний стрес.

2. На основі теоретичних припущень сформульовано емпіричні гіпотези за чотирма блоками: прямі ефекти медіаспоживання, модерація особистісними ресурсами, модерація соціально-поведінковими чинниками та медіація тривалого стресу. Такий поділ дав змогу логічно структурувати перевірку механізмів, покладених в основу концептуальної моделі.

3. Для реалізації дослідження підібрано п'ять валідизованих психодіагностичних методик: П'ятифакторний опитувальник особистості BFI-10 (для оцінки нейротизму та інших особистісних рис), Коротка шкала резильєнтності BRS (для оцінки здатності до психологічного відновлення), Шкала реакції на тривалий травматичний стрес CTSR (для оцінки хронічного травматичного стресу), адаптована Шкала вигорання, втоми від співчуття та вторинної травми BCFVT (для оцінки вікарної травматизації) та Опитувальник посттравматичного зростання PTGI-SF (для оцінки позитивних трансформацій). Підбір інструментів забезпечив можливість комплексного аналізу широкого спектра психологічних чинників.

4. Успішно здійснено адаптацію шкали BCFVT для українських реалій воєнного часу з експертною валідацією клінічним психологом, збереження оригінальної трифакторної структури, контекстуалізацію інструменту та розширення його застосування від вузькопрофесійного до інструменту для широких вибірок. Психометричний аналіз засвідчив високу внутрішню узгодженість шкали ($\alpha=0.95$, $\omega=0.95$) та достатню надійність субшкал ($\alpha=0.71-0.90$).

5. Розроблено комплексну онлайн-анкету з 9 структурованих блоків, що включають демографічні дані, характеристики медіаспоживання, показники залученості, особистісні риси, резильєнтність, соціальну підтримку, реакцію на стрес, вікарну травматизацію та посттравматичне зростання. Анкета реалізована на платформі Tally із застосуванням адаптивної логіки запитань.

6. Дослідження проводилося з 29 жовтня по 17 листопада 2025 року. У ньому взяли участь 88 респондентів – повнолітні україномовні громадяни України, які проживають як на території України (61%), так і за кордоном (39%). Розмір вибірки є достатнім для базових порівняльних і кореляційних аналізів, а також множинних регресій за умови поділу предикторів на блоки.

7. Для аналізу даних було застосовано комплекс статистичних методів, що відповідають структурі гіпотез та дозволяють досліджувати як прямі, так і опосередковані психологічні механізми. У дослідженні використано описову статистику, оцінку надійності психометричних шкал, кореляційний аналіз Спірмена, непараметричні порівняння за критерієм Манна–Вітні, множинний регресійний аналіз, модераційні та медіаційні моделі. Додатково було проведено кластерний аналіз (k-means), який дозволив виокремити природні групи респондентів за поєднанням рівнів вікарної травматизації та посттравматичного зростання, що відобразило різні траєкторії психологічної адаптації. Такий набір методів забезпечив всебічну перевірку концептуальної моделі та виявлення як стресових, так і ресурсних механізмів реагування.

Представлена методологія забезпечує можливість емпіричної перевірки висунутих гіпотез та відповідає меті дослідження – вивчити психологічні чинники вікарної травматизації та посттравматичного зростання в умовах тривалого опосередкованого впливу травматичного стресу через медіаконтент у період воєнного стану.

РОЗДІЛ 3

АНАЛІЗ ТА ІНТЕРПРЕТАЦІЯ РЕЗУЛЬТАТІВ ДОСЛІДЖЕННЯ

3.1. Описова статистика основних змінних дослідження

Емпіричне дослідження було проведено з метою виявлення психологічних чинників, що впливають на вікарну травматизацію користувачів, які регулярно споживають воєнний медіаконтент. У дослідженні взяли участь 88 респондентів – громадян України, які проживають як на території України (61%), так і за її межами (39%).

Перед перевіркою основних гіпотез дослідження було проведено частотний та описовий аналіз отриманих даних для формування загального профілю респондентів (n=88) та оцінки патернів медіаспоживання.

Перед аналізом гіпотез було проведено описову статистику основних змінних дослідження, результати якої представлено у таблиці 3.1.

Таблиця 3.1

Описова статистика основних змінних дослідження (n=88)

Змінна	Середнє значення (M)	Медіана (Mdn)	Стандартне відхилення (SD)	Min	Max
Нейротизм (BFI_Neuroticism)	3.11	3.	0.62	1.5	4.5
Відкритість (BFI_Openness)	2.74	2.5	0.62	1	4.5
Резильєнтність (BRS_Total)	18.2	18	4.8	8	27
Тривалий травматичний стрес (CTSR_Total)	8.99	9	5.57	0	20

Продовження табл. 3.1

Змінна	Середнє значення (M)	Медіана (Mdn)	Стандартне відхилення (SD)	Min	Max
Вікарна травматизація (BCFVT_Total)	30.44	28.5	21.43	0	99
Посттравматичне зростання (PTGI_Total)	28.3	29.5	11.45	0	50
Самооцінка отримання соціальної підтримки	2.61	3.0	1.09	1	5
Самооцінка отримання психологічної підтримки	2.65	3.0	1.20	1	4

Аналіз тенденцій та варіативності показників дозволив скласти психологічний профіль вибірки дослідження.

З п'яти факторів особистості за BFI-10 у таблицю включено два – нейротизм та відкритість досвіду, які є найбільш релевантними для дослідження вікарної травматизації та посттравматичного зростання.

Нейротизм ($M=3.11$, $Mdn=3.0$, $SD=0.62$) респондентів виражений помірно, де низька варіативність вказує на відносну гомогенність вибірки. При діапазоні шкали 1-5 отримане значення вказує на те, що більшість респондентів не демонструють надмірної емоційної нестабільності чи схильності до негативних переживань. В умовах тривалої воєнної кризи це може свідчити про певну адаптацію вибірки до хронічного стресу або про дію захисних механізмів.

Відкритість досвіду ($M=2.74$, $Mdn=2.5$, $SD=0.62$) респондентів зафіксована на дещо нижчому рівні порівняно з нейротизмом. Помірна відкритість може відображати як індивідуальні особливості вибірки, так і існуючий рівень когнітивної гнучкості в умовах стресу – феномен, описаний у

літературі як «тунельне мислення» при тривалому психологічному навантаженні (Giorgio & Wear, 2020).

Показник резилієнтності за шкалою BRS ($M=18.2$, $Mdn=18$, $SD=4.8$) вказує на помірний рівень резилієнтності вибірки. При теоретичному діапазоні 6-30 балів, отримане середнє значення є дещо вищим середнього значення за шкалою. Це свідчить про те, що більшість респондентів зберігають достатні внутрішні ресурси для відновлення після стресових подій, але не демонструють виняткової стійкості. Помірний рівень резилієнтності є очікуваним в умовах четвертого року повномасштабного вторгнення, а дослідження показують, що хронічний стрес поступово виснажує адаптаційні ресурси особистості, навіть за наявності початково високої стійкості (Schneiderman, 2005), тому отримані результати можуть відображати як стабільні індивідуальні характеристики, так і наслідки тривалого психологічного навантаження.

Загальний показник хронічного стресу за шкалою CTSR ($M=8.99$, $Mdn=9$, $SD=5.57$) свідчить про помірний рівень переживання тривалого стресу у вибірці. Значне стандартне відхилення та широкий фактичний діапазон (0–20) вказують на індивідуальну варіативність – частина респондентів майже не відчуває хронічного стресу, тоді як інші демонструють високі показники. Виявлена гетерогенність рівнів стресу може бути зумовлена відмінностями у безпосередній експозиції до воєнних подій, тому подальший порівняльний аналіз між групами респондентів дозволить уточнити цей зв'язок.

Загальний показник вікарної травматизації за BCFVT ($M=30.44$, $Mdn=28.5$, $SD=21.43$) є одним із найбільш варіативних у дослідженні. Надзвичайно широкий діапазон (0–99) та високе стандартне відхилення свідчать про те, що респонденти суттєво відрізняються за рівнем вторинної травматизації. Така варіативність є очікуваною, зважаючи, що вікарна травматизація залежить не лише від обсягу та інтенсивності експозиції до травматичного контенту, але й від індивідуальної вразливості, наявності

власного травматичного досвіду, професійної діяльності (допомагаючи професії є групою ризику) та ефективності захисних механізмів. Водночас медіанне значення (28.5) є нижчим за середнє (30.44), що вказує на асиметрію розподілу, де переважна частина вибірки має помірні рівні вікарної травматизації, але присутня менша група респондентів показує підвищені показники, що зміщує середнє вгору.

Показник посттравматичного зростання за PTGI ($M=28.3$, $Mdn=29.5$, $SD=11.45$) демонструє помірний рівень позитивних особистісних трансформацій у вибірці. При теоретичному максимумі 50 балів та фактичному діапазоні 0–50 отримані значення свідчать про те, що більшість респондентів, попри травматичний контекст війни, здатні знаходити позитивні зміни у власному житті. Це також може відображати поляризацію вибірки, де одні респонденти демонструють виражене посттравматичне зростання, тоді як інші не переживають позитивних трансформацій або перебувають на етапі гострого стресу, який не сприяє інтеграції досвіду.

Самооцінка отримання соціальної підтримки ($M=2.61$, $Mdn=3$, $SD=1.09$) оцінювалась за шкалою Лікерта від 1 до 5, при цьому виявлений дисбаланс: де респонденти стверджують, що надають більше підтримки ($M=3.78$), ніж отримують (надання соціальної підтримки $M=2.61$). Це може відображати як реальну активну позицію вибірки та відчуття виснаження соціальних ресурсів респондентів, так і соціально бажане реагування або компенсаторні механізми («допомагаючи іншим, допомагаю собі»).

Самооцінка отримання психологічної підтримки оцінювались за авторським блоком і була розподілена за чотирма категоріями. ($M=2.65$, $Mdn=3$, $SD=1.2$) загалом відображає помірний рівень доступу, де вищі значення означають більш структуровану або професійну підтримку. Діапазон відповідей свідчить про те, що у вибірці представлені всі типи підтримки: від її відсутності та відсутності потреби до повноцінного отримання професійної допомоги.

Це узгоджується з поточними оцінками потреб у психологічній допомозі в Україні, які вказують, що існуюча МНПSS-інфраструктура не здатна їх повністю задовольнити через брак ресурсів, нерівномірне покриття територій, стигму, недостатню обізнаність про наявні послуги (Frankova, 2024).

Характеристику медіаспоживання респондентів було розпочато з аналізу інтенсивності споживання медіаконтенту, що виявив помірний рівень щоденної взаємодії з медіа

Серед учасників дослідження спостерігається переважно помірний рівень щоденного споживання медіаконтенту, як демонструє рис. 3.1: 47% респондентів (n=41) відповіли, що загалом споживають медіаконтент орієнтовно 1-3 години на день, ще 31% – 3-6 годин, що говорить про те, що більшість респондентів інтегрують медіа у своє повсякденне життя на помірному рівні. Менш поширеним є споживання до 1 години (11%) та менше 30 хвилин (7%), а висока інтенсивність понад 6 годин характерна лише для 5% вибірки.

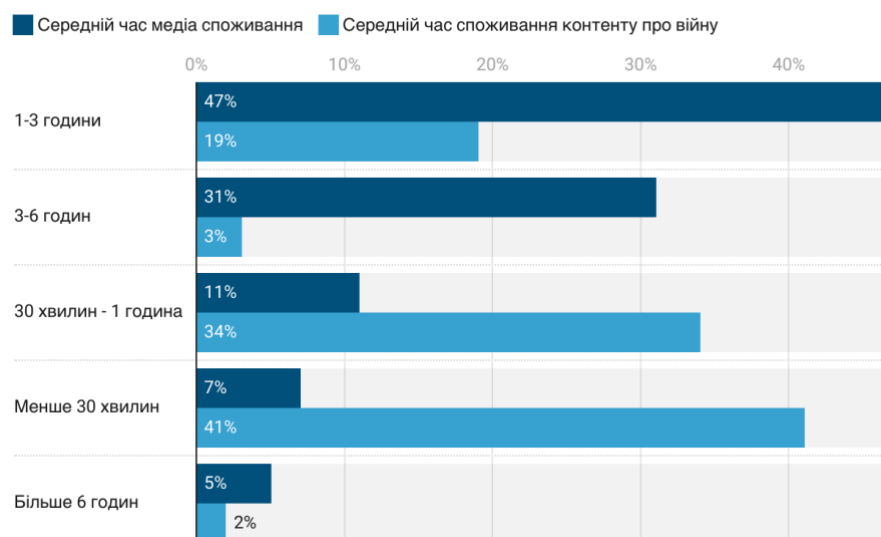


Рис. 3.1. Інтенсивність щоденного споживання медіаконтенту

Щодо саме воєнного контенту, то для більшості респондентів він становить лише частину їх загального медіаспоживання, відповідно поширені низька та помірна інтенсивність споживання: 41% респондентів переглядають

його менш ніж 30 хвилин, 34% – до 1 години щодня, 19% споживають такий контент у межах 1-3 годин, тоді як вищі показники (3-6 годин – 3%; понад 6 годин – 2%) трапляються поодинокі. Загалом, у 75% учасників інтенсивність взаємодії з воєнним медіаконтентом не перевищує однієї години на добу.

Категоризацію контенту за типом медіастресогенності було здійснено для перевірки гіпотез про різний вплив різних типів. Аналіз на вибірці показав відносно рівномірний розподіл споживання різних типів: найчастіше респонденти переглядають новинний стресогенний та соціально-підтримувальний контент ($M=2.67$), тоді як аналітично-інформаційний ($M=2.5$) та емоційно-графічний контент ($M=2.25$) – дещо рідше. Загалом це відображає реалії медіаспоживання українців в умовах війни: з одного боку, потребу бути в курсі подій та відстежувати загрози (новинний контент), з іншого – пошук емоційної підтримки та відчуття спільноти (соціально-підтримувальний контент).

Нижче споживання аналітично-інформаційного контенту може обумовлюватись потребою від глядача певних ресурсів для опрацювання аналітичних оглядів, яких в умовах хронічного стресу може бракувати. Низька інтенсивність споживання емоційно-графічного контенту може свідчити про свідоме чи несвідоме уникнення найбільш травматичного візуального матеріалу або про певну інформаційну гігієну на четвертий рік повномасштабного вторгнення.

3.2. Валідизація медіа-ефекту вікарної травматизації

Отримані результати дозволили здійснити аналіз, спрямований на виокремлення чистого ефекту медіаспоживання на психологічні показники, зокрема вікарну травматизацію та тривалий стрес.

Для перевірки можливих відмінностей у рівнях вікарної травматизації між респондентами, які проживають в Україні та за її межами, було застосовано два взаємодоповнюючі методи: коваріаційний аналіз (ANCOVA)

та непараметричний критерій Манна–Вітні. Використання ANCOVA було обумовлене потребою врахувати потенційний вплив інтенсивності медіаспоживання воєнного контенту як коваріати, що дозволяє контролювати його внесок у загальний рівень вторинної травматизації. Зважаючи, на те що Шапіро–Віллка засвідчив відхилення від нормальності ($p=0.002$), результати ANCOVA були додатково перевірені за допомогою непараметричного аналізу, як представлено у таблиці 3.2.

Таблиця 3.2

Результати порівняння рівнів вікарної травматизації

Метод	Показник	p
ANCOVA	F=0.09	0.768
Mann–Whitney U	907.50	0.932

Результати ANCOVA не виявили статистично значущих відмінностей у рівні вікарної травматизації між групами. Аналогічно, критерій Манна–Вітні підтвердив відсутність різниць. Обчислений розмір ефекту (rank biserial $r=0.01$) свідчить про практично нульову різницю між групами, що дає підстави припускати, що вторинна травматизація має універсальні механізми формування, які проявляються в незалежності від фізичної близькості до воєнних дій.

У цьому випадку доцільно перевірити інші чинники, які потенційно можуть пояснювати її варіативність, тому подальший аналіз було зосереджено на характеристиках медіаспоживання, насамперед на частоті взаємодії з емоційно-графічним та стресогенним контентом.

Оцінка взаємозв'язку між частотою споживання графічного контенту та рівнем вікарної травматизації здійснювалася за допомогою кореляційного аналізу Спірмена. Цей метод було обрано для виявлення зв'язків не висуваючи припущень щодо нормальності розподілу.

Для глибшого розуміння природи вікарної травматизації було проаналізовано характеристики медіаспоживання, зокрема частоту взаємодії з різними типами контенту. Оцінка взаємозв'язку між частотою споживання медіа та загальним рівнем вікарної травматизації (BCFVT Total) здійснювалася за допомогою кореляційного аналізу Спірмена, що дозволило виявити зв'язки без припущень про нормальність розподілу.

Загальний аналіз вибірки показав, що найбільш значущий зв'язок із показником BCFVT продемонстрував аналітично-інформаційний контент ($\rho=0.25, p=0.020$). Проте при розділенні вибірки за критерієм локації було виявлено суттєві відмінності у патернах реагування.

У групі респондентів, що перебувають в Україні, жоден із типів контенту не виявив статистично значущого зв'язку із загальним показником вікарної травматизації ($p>0.05$). Кореляції коливаються у межах від $\rho=-0.07$ до $\rho=0.10$, що свідчить про відсутність прямого лінійного впливу частоти перегляду медіа на рівень травматизації у цій групі.

Натомість у групі респондентів, які перебувають за кордоном, спостерігаються сильніші та статистично значущі зв'язки. Зокрема, новинний стресогенний контент ($\rho=0.44, p=0.008$) та аналітично-інформаційний контент ($\rho=0.44, p=0.009$) мають помірний позитивний зв'язок із рівнем вікарної травматизації. Емоційно-графічний контент у цій групі також продемонстрував тенденцію до зв'язку ($\rho=0.31, p=0.078$), хоча він не досяг рівня статистичної значущості у 0.05, як наведено у таблиці 3.3.

Таблиця 3.3

Кореляції між типами контенту та показником вікарної травматизації

Тип контенту	Загальна вибірка (ρ)	Група в Україні (ρ)	Група закордоном (ρ)
Новинний стресогенний	0.18 (ns)	-0.02 (ns)	0.44**
Емоційно-графічний	0.15 (ns)	0.02 (ns)	0.31 (ns)

Продовження табл. 3.3

Тип контенту	Загальна вибірка (ρ)	Група в Україні (ρ)	Група за кордоном (ρ)
Аналітично-інформаційний	0.25*	0.10 (ns)	0.44**
Соціально-підтримувальний	0.08 (ns)	-0.07 (ns)	0.25 (ns)

Примітка: ** $p < .01$, * $p < .05$, ns – незначущий зв'язок ($p > .05$).

Отримані результати вказують на те, що для респондентів за кордоном споживання новинного та аналітичного контенту є більш вагомим чинником вікарної травматизації, ніж для тих, хто перебуває безпосередньо в Україні. Це може свідчити про те, що для осіб, відірваних від подій фізично, медіаконтент стає основним і більш травмуючим каналом зв'язку з реальністю.

Порівняння рівнів тривалого травматичного стресу між респондентами в Україні та за кордоном було здійснено як підготовчий етап до подальшого медіаційного аналізу, у якому CTSR розглядатиметься як можливий механізм впливу інтенсивності медіаспоживання на рівень вікарної травматизації. Для коректної оцінки міжгрупових відмінностей було застосовано критерій Манна–Вітні, оскільки показники CTSR у групі респондентів за кордоном не відповідали нормальному розподілу ($W=0.93$, $p=0.035$).

Результати описової статистики показали, що респонденти в Україні мають дещо вищі середні показники CTSR ($M=9.20$, $SD=5.22$) порівняно з респондентами за кордоном ($M=8.65$, $SD=6.15$). Проте ці відмінності не досягли статистичної значущості за критерієм Манна–Вітні ($U=848.00$, $p=0.551$), а величина ефекту (rank biserial $r=-0.08$) свідчить про мінімальний практичний вплив місця проживання на рівень хронічного стресу.

Такі результати демонструють, що рівень хронічного стресу формується подібними механізмами в обох групах, що підсилює аргументацію про універсальність медіастресорів та спільність психологічного реагування

українців незалежно від місця проживання. Він може бути несподіваним з огляду на те, що респонденти в Україні експоновані до додаткових стресорів (обстріли, сирени, загроза життю), але пояснюється іншими специфічними стресорами для українців за кордоном: розлука з близькими, невизначеність щодо повернення, адаптаційні труднощі, мовний бар'єр тощо (Długosz, 2023).

Проведене дослідження продемонстрував відсутність статистично значущих відмінностей у рівнях вікарної травматизації та тривалого травматичного стресу між респондентами в Україні та за кордоном. Майже нульовий розмір ефекту підтверджує, що психологічне благополуччя українців зазнає подібного впливу незалежно від фізичної близькості до зони бойових дій.

Водночас було виявлено якісну відмінність у ролі медіаспоживання: якщо для респондентів в Україні кореляційний зв'язок між типом контенту та травматизацією є незначущим, то для осіб за кордоном новинний та аналітичний контент стає вагомим чинником вікарної травматизації ($\rho=0.44, p<0.01$). Це свідчить про те, що цифрова взаємодія з подіями в Україні виступає основним каналом зв'язку з реальністю для тих, хто перебуває за її межами, що посилює їхню вразливість до медіастресорів. Подібність загальних рівнів стресу при цьому може пояснюватися балансом між прямими воєнними загрозами в Україні та специфічними адаптаційними труднощами й соціальною ізоляцією за кордоном.

3.3. Психологічні чинники вікарної травматизації та їх механізми впливу

Після встановлення, що географічне положення не пояснює варіативності показників вікарної травматизації, актуальним стає аналіз індивідуальних відмінностей, які можуть відрізнити респондентів із високими та низькими рівнями вікарної травматизації, визначаючи їхню чутливість до впливу медіаконтенту у спільному інформаційному середовищі. Відповідно до емпіричної моделі дослідження до таких увійшли нейротизм, резильєнтність

та відкритість.

Перед проведенням порівняльного аналізу респондентів із різним рівнем вікарної травматизації вибірка дослідження ($n=88$) була поділена на дві групи за медіаною показника Шкали вікарної травматизації ($Mdn=28$). Це дозволило виокремити респондентів із відносно вищими та нижчими значеннями показника без втрати розподільчої здатності шкали. Значення, що дорівнюють або перевищують медіану, були віднесені до групи високої вікарної травматизації ($n=45$), тоді як нижчі – до групи низької вікарної травматизації ($n=43$). У результаті отримано дві співмірні групи (51% та 49%), що дозволило забезпечити коректність подальших порівнянь.

Оскільки частина змінних порушує припущення нормальності (резилієнтність: $W=0.96$, $p=0.017$; відкритість: $W=0.97$, $p=0.020$), для всіх трьох порівнянь було застосовано непараметричний критерій Манна–Вітні.

Результати аналізу, представлені у таблиці 3.4, виявили тенденцію до відмінностей між групами за показником нейротизму, а також статистично значущі відмінності за показником резилієнтності:

Таблиця 3.4

Результати порівняння психологічних чинників впливу між групами високої та низької вікарної травматизації

Змінна	Група	Середнє значення (M)	Медіана (Mdn)	Стандартне відхилення (SD)	Критерій Манна–Вітні (U)	p	r
Нейротизм	Висока	3.21	3.00	0.61	777.00	0.103	-0.20
	Низька	3.00	3.00	0.63			
Резилієнтність	Висока	16.71	17.00	4.37	585.50	0.001	0.39
	Низька	19.77	21.00	4.78			
Відкритість	Висока	2.67	2.50	0.61	846.00	0.291	0.13
	Низька	2.83	2.50	0.63			

Група з високою вікарною травматизацією демонструє вищий середній

ранг нейротизму ($M=3.21$, $SD=0.61$) порівняно з групою низької травматизації ($M=3.00$, $SD=0.63$). Проте p -значення не досягло прийнятого рівня статистичної значущості, хоча наближається до порогового рівня, а величина ефекту ($r=-0.20$) вказує на слабкий зв'язок між нейротизмом та вразливістю до вікарної травматизації. Цей результат демонструє лише тенденцію, яка узгоджується з теоретичними очікуваннями: особи з вищим рівнем нейротизму характеризуються підвищеною емоційною реактивністю, схильністю до тривожності та негативного афекту, що може посилювати їхню чутливість до травматичного медіаконтенту. Однак для підтвердження цього зв'язку необхідна подальша перевірка на більшій вибірці.

Резилієнтність виявила статистично значущі відмінності між групами ($U=585.50$, $p=0.001$). Група з низькою вікарною травматизацією демонструє суттєво вищі показники резилієнтності ($M=19.77$, $SD=4.78$) порівняно з групою високої травматизації ($M=16.71$, $SD=4.37$). Різниця становить приблизно 3 бали, що є клінічно значущим показником. Помірна величина ефекту ($r=0.39$) підтверджує важливість резилієнтності як ключового захисного психологічного чинника, що знижує вразливість до медіаопосередкованої травматизації.

Резилієнтність виявила статистично значущі відмінності між групами ($U=585.50$, $p=0.001$, $r=0.39$). Група з низькою вікарною травматизацією демонструє суттєво вищі показники резилієнтності ($M=19.77$, $SD=4.78$) порівняно з групою високої травматизації ($M=16.71$, $SD=4.37$). Помірна величина ефекту ($r=0.39$) підтверджує, що резилієнтність відіграє важливу роль як захисний психологічний чинник, що знижує вразливість до медіаопосередкованої травматизації.

Цей результат узгоджується з сучасними теоретичними моделями, які розглядають резилієнтність як здатність до психологічної адаптації та відновлення після стресу (Méndez-Fernández, 2022). У контексті медіаопосередкованої травми резилієнтність виконує буферну функцію: особи

з вищою резилієнтністю краще справляються з емоційним навантаженням від травматичного контенту, швидше відновлюються після експозиції та демонструють меншу схильність до накопичення стресових реакцій.

Аналіз показника відкритості також не виявив статистично значущих відмінностей між групами ($U=846.00$, $p=0.291$). Середні значення відкритості в групі високої травматизації становили $M=2.67$ ($SD=0.61$), тоді як у групі низької – $M=2.83$ ($SD=0.63$). Величина ефекту виявилася мінімальною ($r=0.13$), що підтверджує відсутність суттєвого зв'язку між цією рисою та вразливістю до вікарної травматизації. Цей результат суперечить припущенню про те, що відкритість досвіду, яка передбачає схильність до нових вражень та емоційну чутливість, може підвищувати сприйнятливність до травматичного медіаконтенту. Зважаючи на те, що відкритість сприяє більшій емпатії та емоційній залученості, її доцільно буде розглядати як чинник впливу посттравматичного зростання.

Загалом, проведений аналіз показав, що серед досліджуваних індивідуально-психологічних характеристик ключову роль у поясненні вразливості до вікарної травматизації відіграє резилієнтність. Особи з вищою резилієнтністю демонструють статистично значущо нижчі показники вікарної травматизації, що підтверджує її захисну функцію у контексті медіаопосередкованого травматичного впливу. Нейротизм продемонстрував лише тенденцію до зв'язку з підвищеною травматизацією, не досягнувши рівня статистичної значущості, хоча напрямок ефекту узгоджується з теоретичними очікуваннями про роль емоційної стабільності.

Поряд з резилієнтністю, яка продемонструвала значущий захисний ефект, доцільно розглянути також соціально-поведінкові чинники впливу на взаємодію з воєнним медіаконтентом, оскільки психологічні ресурси можуть діяти у комплексі із зовнішніми факторами підтримки.

Одним із таких аспектів є здатність обмежувати споживання травматичного контенту, яка теоретично розглядається як захисний від

формування вторинної травматизації. Оскільки показник інтенсивності споживання воєнного медіаконтенту суттєво порушує припущення нормальності ($W=0.66$, $p < .001$), для аналізу було використано непараметричний критерій Манна–Вітні.

Порівняння груп за рівнем вікарної травматизації показало, що респонденти з високою вікарною травматизацією демонструють нижчу здатність контролювати споживання травматичного контенту ($M=0.69$), ніж респонденти з низькими показниками ($M=0.84$). Варто зважати, що відмінність між групами не досягла статистично значущого рівня ($U=824.00$, $p=0.053$), але наближення p -значення до порогового рівня та слабкий позитивний ефект ($r=0.15$) вказують на слабку, але теоретично релевантну тенденцію: нездатність обмежувати перегляд травматичного контенту може бути поведінковим чинником ризику, що сприятиме формуванню вищих рівнів вікарної травматизації, що дає підстави включити інтенсивність споживання воєнного медіаконтенту як поведінкову змінну для подальшого аналізу.

Для уточнення ролі поведінкових чинників у формуванні вікарної травматизації було здійснено поділ респондентів на дві групи за показником залученості. Поділ базувався на сумарному балі, отриманому з урахуванням двох параметрів: 1 бал за кожен особистий досвід залученості (служба, волонтерство у зоні бойових дій, робота з постраждалими) або регулярні її прояви (волонтерство чи фінансові донати щонайменше декілька раз на місяць), 0.5 бала – якщо залученість проявлялася рідко (донати чи волонтерство кілька разів на рік).

Медіанний поділ дозволив виокремити дві групи: активно залучені ($n=66$) та рідко залучені ($n=22$). Показник вікарної травматизації порушує нормальність розподілу, для порівняння було застосовано критерій Манна–Вітні. Результати показали відсутність статистично значущих відмінностей між групами ($U=656.00$, $p=0.752$), при дуже слабкій величині ефекту ($r=0.10$),

що вказує на те, що рівень залученості не пояснює варіативність вікарної травматизації

Відсутність підтвердження відмінностей у вікарній травматизації між різними за залученістю групами може пояснюватися кількома факторами. По-перше, високий відсоток респондентів у категорії «активно залучені» (75%) може вказувати на ефект стелі, що обмежує варіативність показника в умовах повномасштабної війни, де на четвертий рік повномасштабного вторгнення більшість так чи інакше вже залучені до допомоги. По-друге, специфіка медіаопосередкованої травматизації полягає в тому, що навіть пасивне споживання травматичного контенту через соціальні медіа створює достатній рівень впливу незалежно від активної залученості індивіда до подій через алгоритми рекомендацій та постійний інформаційний, які забезпечують високу експозицію. По-третє, хоча застосований підхід є змістовно обґрунтованим і дозволяє врахувати як поведінкові, так і досвідові аспекти залученості респондентів, він має методологічні обмеження: вагові коефіцієнти є певною мірою умовними та не базуються на валідаційних даних, а об'єднання різних форм активностей у спільний індекс може згладжувати специфічні механізми впливу, адже кожна з них потенційно по-різному пов'язана з переживанням травми.

Для оцінки зв'язку між рівнем отриманої соціальної підтримки та показниками вікарної травматизації був проведений кореляційний аналіз Спірмена, як оптимальним для порядкових шкал без необхідності нормальності розподілу.

Аналіз показав статистично значущий негативний зв'язок між соціальною підтримкою та загальним рівнем вікарної травматизації ($\rho = -0.31$, $p = 0.004$). Як демонструє матриця на рис. 3.2, нижчий рівень отриманої соціальної підтримки асоціюється з вищою вразливістю до вторинної травматизації., тобто респонденти, які відчувають недостатність підтримки з боку близьких, друзів, колег чи громади, можуть виявитися більш чутливими

до стресогенних ефектів медіаконтенту.

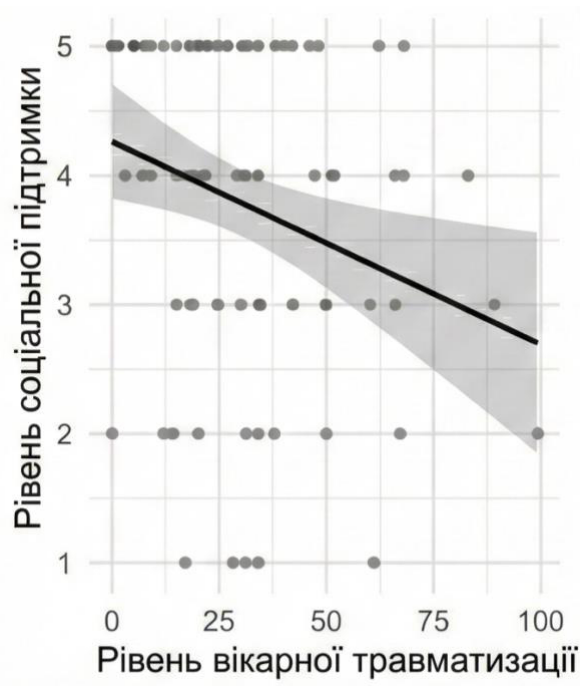


Рис. 3.2. Зв'язок рівнів соціальної підтримки та вікарної травматизації

Соціальна підтримка пов'язана з кращою психологічною адаптацією після стресових чи травматичних подій і виконує як буферну, так і пряму захисну функцію (Taylor, 2011). Вона сприяє емоційній стабілізації, нормалізації переживань, зменшенню відчуття ізолюваності та підвищенню суб'єктивного відчуття безпеки, і навпаки, нестача соціального ресурсу посилює емоційне виснаження, підвищує тривожність і створює передумови для інтенсивнішої реакції на травматичний контент. У підсумку, соціальна підтримка є важливим захисним чинником, який може зменшувати вплив травматичного медіаконтенту та знижувати ризик розвитку вікарної травматизації.

З огляду на результати кореляційного аналізу та модель дослідження, подальший аналіз був спрямований на з'ясування внеску окремих психологічних та соціально-поведінкових чинників у рівень вікарної травматизації за одночасного контролю медіаспоживання. Для цього було застосовано множинний лінійний регресійний аналіз, який дозволяє оцінити

незалежний (адитивний) вплив кількох предикторів на залежну змінну в межах однієї моделі.

Перша регресійна модель, що включала нейротизм, продемонструвала помірний пояснювальний потенціал ($R^2=0.08$; Adj. $R^2=0.05$) і в цілому була статистично значущою ($F=3.49$, $p=0.035$). Водночас жоден із предикторів не досяг класичного порогу значущості на індивідуальному рівні.

Нейротизм виявив тенденційний позитивний зв'язок із вікарною травматизацією ($\beta=0.17$, $p=0.106$), що узгоджується з уявленням про його роль як чинника загальної емоційної вразливості. Частота споживання аналітичного контенту також перебувала на межі статистичної значущості ($\beta=0.21$, $p=0.051$), вказуючи на потенційний, але нестійкий внесок цього типу медіа у формування вторинної травматизації. Таким чином, дана модель свідчить про обмежений самостійний внесок нейротизму у пояснення варіативності вікарної травматизації в умовах контролю медіаспоживання.

На відміну від попередньої, модель із включенням резилієнтності продемонструвала вищу пояснювальну здатність ($R^2=0.14$; Adj. $R^2=0.12$) і була статистично значущою ($F=7.09$, $p=0.001$).

Резилієнтність виступила найсильнішим предиктором у моделі, демонструючи виражений негативний зв'язок із рівнем вікарної травматизації ($\beta=-0.31$, $p=0.003$). Це означає, що вищі показники психологічної стійкості асоціюються зі зниженням загального рівня вторинної травматизації незалежно від медіаспоживання. Водночас частота споживання аналітичного контенту зберігала самостійний позитивний ефект ($\beta=0.21$, $p=0.036$), що свідчить про адитивний характер впливу інформаційного навантаження та ресурсних характеристик особистості. Для наочності нижче наведено узагальнену таблицю 3.5 ключових коефіцієнтів двох моделей:

Таблиця 3.5

Основні результати модераційних моделей (нейротизм і резилієнтність)

Показник	Модель нейротизму	Модель резилієнтності
R ²	0.08	0.14
Adj. R ²	0.05	0.12
Загальна значущість моделі	F=3.49, p=0.035	F=7.09, p=0.001
Ефект медіапредиктора	$\beta=0.21$, p=0.051	$\beta=0.21$, p=0.036
Ефект ресурсу	$\beta=0.17$, p=0.106	$\beta=-0.31$, p=0.003

У продовження аналізу особистісних модераторів було досліджено, чи можуть соціально-психологічні ресурси (соціальна підтримка та здатність обмежувати споживання травматичного контенту) змінювати характер зв'язку між частотою перегляду аналітично-інформаційного контенту та рівнем вікарної травматизації. Перша модель оцінювала, чи модерує показник поведінкової саморегуляції медіаспоживання (*wcontent_limit_T*) зв'язок між емоційно-графічним контентом (*QEmot_type_freq*) та вікарною травматизацією.

Модель, що включала показник соціальної підтримки, продемонструвала статистично значущий загальний ефект (R²=0.12; Adj. R²=0.10; F=5.64, p=0.005). Соціальна підтримка виявилася значущим негативним предиктором ($\beta=-0.27$, p=0.011), що вказує на її компенсаторну роль у зниженні вторинної травматизації. Частота споживання аналітичного контенту також зберігала позитивний вплив ($\beta=0.21$, p=0.045), підтверджуючи стабільність інформаційного чинника ризику.

Аналогічну структуру результатів показала модель із включенням показника обмеження медіаспоживання. Загальна значущість моделі була підтверджена (R²=0.10; Adj. R²=0.08; F=4.67, p=0.012). Здатність до саморегуляції продемонструвала значущий негативний зв'язок із рівнем

вікарної травматизації ($\beta=-0.23$, $p=0.029$), тоді як вплив аналітичного контенту залишався позитивним і статистично значущим ($\beta=0.21$, $p=0.048$). Для наочності нижче наведено узагальнену таблицю 3.6 ключових коефіцієнтів двох моделей, де бачимо подібну структуру результатів:

Таблиця 3.6

Узагальнена таблиця ключових коефіцієнтів соціально-психологічних моделей

Показник	Модель соціальної підтримки	Модель саморегуляції
R ²	0.12	0.10
Adj. R ²	0.10	0.08
Загальна значущість	F=5.64, p=0.005	F=4.67, p=0.012
Ефект медіапредиктора (QAnalyt_type_freq)	$\beta=0.21$, $p=0.045$	$\beta=0.21$, $p=0.048$
Ефект ресурсу	$\beta=-0.27$, $p=0.011$	$\beta=-0.23$, $p=0.029$

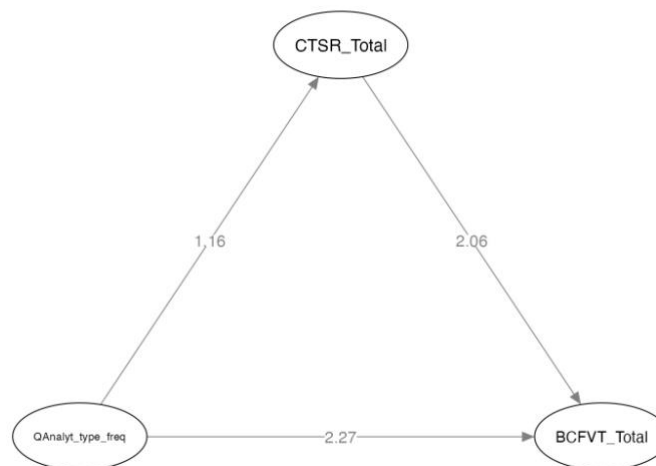
Таким чином, результати множинного регресійного аналізу свідчать, що як особистісні, так і соціально-поведінкові ресурси мають статистично значущий прямий вплив на рівень вікарної травматизації, знижуючи її загальну інтенсивність. Водночас вплив аналітичного воєнного контенту зберігається у всіх моделях, що вказує на адитивний, а не умовний характер дії ресурсних чинників.

Ці результати підтверджують доцільність подальшого фокусування аналізу на медіаційних механізмах, зокрема ролі хронічного стресу, як ключової ланки між медіаекспозицією та психологічними наслідками.

Для аналізу ролі хронічного стресу (CTSR) у зв'язку між медіаконтентом та вікарною травматизацією було обрано ті типи контенту, що продемонстрували найвищу кореляцію з вікарною травматизацією у попередніх етапах: аналітично-інформативний для усієї вибірки та новинно-

стресогенний для групи закордоном. Вихідною гіпотезою є, що саме тривалий травматичний стрес може бути ключовою ланкою між регулярним контактом із травматичним матеріалом та формуванням вторинної травматизації.

Модель медіації аналітично-інформаційного контенту (для обох груп, рис 3.3.) продемонструвала послідовний, теоретично очікуваний напрям зв'язків. Інтенсивність споживання аналітичного контенту була пов'язана зі зростанням CTSR (шлях а: $b = 1.16$; $p = 0.046$), а підвищений рівень CTSR, своєю чергою, значуще передбачав вищий рівень вікарної травматизації (шлях б: $b = 2.06$; $p < .001$). Непрямий ефект виявився близьким до статистичної значущості ($b = 2.39$; $p = 0.059$), однак 95% довірчий інтервал перетинав нуль свідчить про тенденцію до медіаційного механізму, а не про його формальне підтвердження на традиційному порозі.



*Рис. 3.3. Модель медіації аналітичного-інформаційного контенту
(уся вибірка)*

Водночас модель медіації новинного стресогенного контенту (група «за межами України») показала узгоджену структуру зв'язків і виразний загальний ефект. Частота споживання новинного контенту значуще передбачала зростання CTSR (шлях а: $b = 2.38$; $\beta = 0.33$; $p = 0.044$), а вищий CTSR, своєю чергою, статистично значуще пов'язувався з підвищенням рівня

вікарної травматизації (шлях b: $b = 2.19$; $\beta = 0.55$; $p < .001$). Непрямий ефект ($a \times b$) був близьким до значущості ($b = 5.23$; $\beta = 0.18$; $p = 0.071$), однак 95% довірчий інтервал охоплював нуль (95% CI $[-0.45; 10.90]$), що вказує радше на тенденцію до медіації, ніж на її формальне підтвердження.

Паралельно прямий ефект новинного контенту на BCFVT у присутності медіатора також залишався на межі значущості (шлях c': $b = 7.26$; $\beta = 0.25$; $p = 0.065$), тоді як загальний ефект був статистично значущим (шлях c: $b = 12.49$; $\beta = 0.43$; $p = 0.007$). Така конфігурація результатів, як показує рис. 3.4, свідчить, що у групі респондентів за кордоном новинний стресогенний контент пов'язаний з вищими показниками вікарної травматизації загалом, а роль тривалого стресу як проміжного механізму проявляється частково і на рівні тенденції, не досягаючи традиційного порогу значущості для непрямого ефекту.

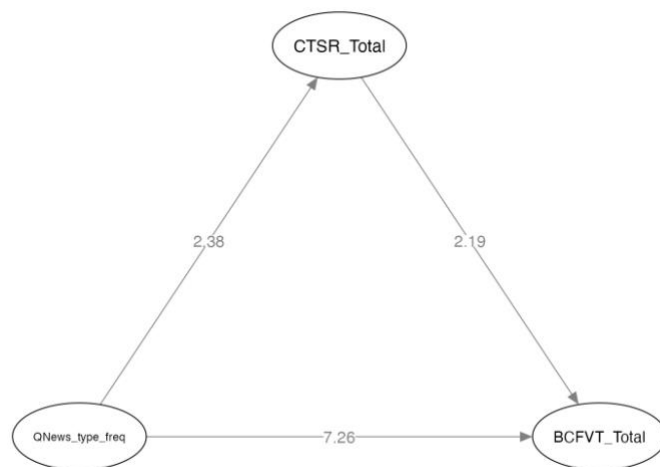


Рис. 3.4. Модель медіації новинного стресогенного контенту (за кордон)

Узагальнюючи, результати для групи за кордоном підтримують припущення, що інтенсивніше споживання новинного контенту асоціюється з підвищеним хронічним стресом, а через нього і з вищою вікарною травматизацією; водночас частина зв'язку може реалізовуватись і поза

стресом (через постійне підтримання відчуття загрози, когнітивну румінацію або повторну символічну експозицію до подій війни).

Узагальнюючи результати двох медіаційних моделей, хронічний травматичний стрес послідовно проявляється як центральна ланка, через яку інтенсивніше споживання воєнного медіаконтенту пов'язане з вищими рівнями вікарної травматизації (BCFVT): у обох моделях шлях CTSR → BCFVT є виразно значущим, а зв'язок контент → CTSR також підтверджується (значущий) або наближається до значущості. Водночас непрямі ефекти в обох випадках мають тенденційний характер і не досягають традиційного порогу значущості, що означає: дані радше підтримують ідею CTSR як ймовірного механізму накопичення вразливості, ніж дають підстави стверджувати повністю підтвержену медіацію. Загальна картина узгоджується з тим, що медіаекспозиція (зокрема аналітична та новинна) може підсилювати тривале стресове навантаження, яке вже безпосередньо пов'язане з формуванням симптомів вікарної травматизації, однак частина впливу контенту може реалізовуватися і поза стресом через інші когнітивно-емоційні процеси.

3.4. Психологічні чинники формування посттравматичного зростання

Виходячи з ширшої концепції дослідження, передбачається, що наслідки тривалого медіаспоживання воєнного контенту можуть бути амбівалентними, а крім ризику вікарної травматизації, він здатний сприяти й формуванню посттравматичного зростання. Відповідно до теорії посттравматичного зростання (Tedeschi, 2025), криза чи тривалий стрес здатні не лише підвищувати вразливість, але й активувати процеси осмислення, пошуку значення, переоцінки цінностей. Однак посттравматичне зростання не є автоматичним наслідком стресу; для його формування потрібні певні внутрішні та зовнішні умови. У контексті війни це може бути вплив просоціального, підтримувального чи надихального контенту, а також через

взаємодію індивідуальних ресурсів.

Цей блок аналізу сформований на перевірку того, чи пов'язані позитивні аспекти медіаспоживання та ресурси підтримки з рівнем посттравматичного зростання (PTGI), і чи можуть вони компенсувати вплив тривалого стресу та медіаекспозиції. Для перевірки гіпотези було проведено кореляційний аналіз Спірмена, представлений у таблиці 3.7, між показниками посттравматичного зростання (PTGI_Total) та трьома групами змінних: споживання соціально-підтримувального контенту (Qsoc_type_freq), резилієнтність (BRS_Total) та психологічна підтримка (psych_sup).

Таблиця 3.7

Кореляції між ПТЗ та ключовими ресурсами (Спірмен)

Змінні	ρ	p
PTGI_Total ↔ Qsoc_type_freq	0.10	0.367
PTGI_Total ↔ BRS_Total	0.20	0.056 (тенденція)
PTGI_Total ↔ psych_sup	0.14	0.190

Зважаючи на результати можна прослідкувати наступні зв'язки:

- Соціально-підтримувальний контент → PTGI: слабкий, незначущий зв'язок.
- Резилієнтність → PTGI: тенденція до позитивного зв'язку, найбільш послідовний ефект серед усіх змінних.
- Психологічна підтримка → PTGI: незначущий зв'язок, але напрямок відповідає теоретичному припущенню.
- Жоден із ресурсів не продемонстрував взаємозв'язку між собою, що свідчить про їх незалежне функціонування.

Попри очікування позитивного ефекту просоціального контенту (історії взаємодопомоги, підтримки, стійкості) на ПТЗ, на результатах вибірки зв'язок виявився статистично незначущим.

Вплив резильєнтності на ПТЗ частково підтверджена. Хоча кореляція не досягла рівня $p < 0.05$, вона демонструє виражену тенденцію та помірний напрямок ефекту. Це узгоджується з класичними моделями посттравматичного зростання (Tedeschi, 2025), де висока резилієнтність потенційно сприяє ПТЗ, але сила зв'язку виявилася недостатньою для статистичної значущості в невеликій вибірці.

Вплив психологічної підтримки на ПТЗ не підтвердилась, хоча напрямок кореляції відповідає очікуванням. Це може свідчити, що сам факт отримання підтримки не гарантує розвитку ПТЗ, а важливішими можуть бути якість підтримки, її зміст, а також індивідуальна готовність інтегрувати пережитий досвід.

Загалом, як наочно демонструє модель кореляції (рис. 3.5), аналіз показав, що жоден із ресурсів сам по собі не демонструє сильного зв'язку з посттравматичним зростанням, але резилієнтність найпоспідовніше вказує на позитивну тенденцію, що потребує подальшої перевірки на більших вибірках.

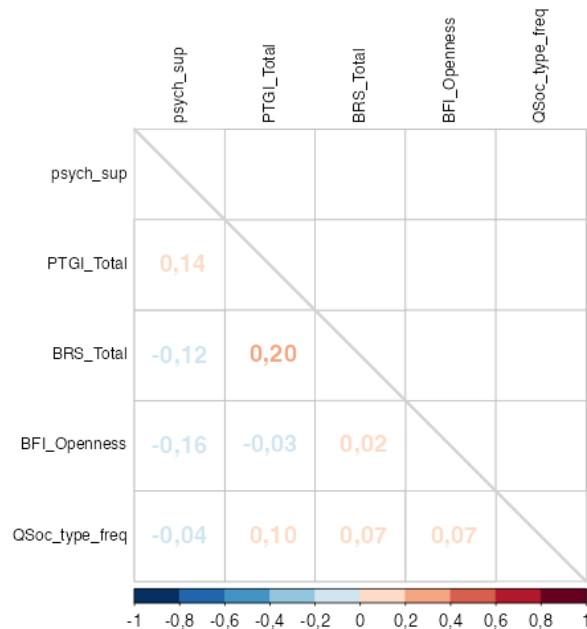


Рис. 3.5. Модель кореляції ПТЗ та ключових ресурсів

З огляду на це можна зробити висновок, що ПТЗ на вибірці респондентів цього дослідження, ймовірно, формується не стільки під впливом зовнішніх

ресурсів (контент, підтримка), скільки за рахунок глибинних індивідуальних процесів інтеграції травматичного досвіду. Це відкриває перспективи для аналізу моделей ПТЗ у наступних дослідженнях.

3.5. Кластерний аналіз траєкторій медіаспоживання, вікарної травматизації та посттравматичного зростання

Попередні аналізи показали, що вікарна травматизація пов'язана не лише з типом медіаконтенту, а й із накопиченням хронічного стресу, водночас рівень посттравматичного зростання може формуватися паралельно та не завжди «рухається» в одному напрямку з травматизацією. З огляду на це, доцільним стало виокремити типові поєднання психологічних наслідків і механізму, тобто профілі, у яких BCFVT, PTGI та CTSR утворюють стійкі конфігурації.

Кластерний аналіз k-means було проведено для того, щоб побачити, чи формуються у вибірці типові профілі поєднання трьох показників: вікарної травматизації (BCFVT_Total), посттравматичного зростання (PTGI_Total) та хронічного стресу (CTSR_Total). Усі змінні були стандартизовані (z-оцінки). У результаті вибірка розподілилася на два майже рівні кластери: кластер 1 (n=43) і кластер 2 (n=45).

Кластер 1 демонструє більш «вразливий» профіль: у ньому вищий хронічний стрес (CTSR = 0.83) поєднується з вищою вікарною травматизацією (BCFVT = 0.64) і нижчим посттравматичним зростанням (PTGI = -0.38). Тобто для цієї групи характерна ситуація, коли накопичення стресу супроводжується посиленням симптомів вторинної травматизації, а ресурс зростання проявляється слабше.

Кластер 2, навпаки, має більш «адаптивний» профіль: нижчий хронічний стрес (CTSR = -0.79) поєднується з нижчою вікарною травматизацією (BCFVT = -0.61) та вищим посттравматичним зростанням (PTGI = 0.37). Тобто в цій групі загальний стресовий фон менший, симптоми

Такий розподіл підтверджує головний висновок кластерного аналізу: саме хронічний стрес виступає ключовим маркером, який розділяє профілі на вразливий та адаптивний, і вказує на те, що різниця між респондентами полягає не лише у рівні травматизації, а й у загальному механізмі накопичення та переробки стресу. Це підкреслює доцільність подальшого аналізу того, які саме типи медіаконтенту та стратегії взаємодії з ним найчастіше пов'язані з переходом у вразливий профіль та які умови підтримують збереження адаптивного профілю в умовах воєнної інформаційної реальності.

Висновки до розділу 3

У третьому розділі представлено результати аналізу емпіричного дослідження.

1. Емпіричний аналіз показав, що в умовах тривалої війни респонденти демонструють широкий спектр психологічних реакцій на воєнний медіаконтент – від низьких до підвищених рівнів вікарної травматизації та посттравматичного зростання. Описова статистика засвідчила значну варіативність показників вікарної травматизації та ПТЗ, а кластерний підхід дозволив виокремити типові профілі реагування: вразливий (із домінуванням вторинної травматизації та слабшим зростанням) і адаптивний (із нижчою травматизацією та більш виразним зростанням). Це підкреслює, що адаптація до медіаопосередкованої травми є багатоваріантною і не зводиться до одного універсального сценарію.

2. Рівень вікарної травматизації у вибірці характеризується значною варіативністю, що підтверджує неоднорідність реакцій на воєнний медіаконтент. Показники посттравматичного зростання також виявилися дисперсними: частина респондентів демонструє переосмислення та позитивні зміни, тоді як в інших такі процеси виражені значно слабше. Порівняння респондентів в Україні та за кордоном не дало підстав говорити про принципово різні рівні вікарної травматизації чи хронічного стресу. Водночас

було виявлено якісну відмінність у ролі медіаспоживання: для групи за кордоном зв'язок між вікарною травматизацією та частотою споживання новинного стресогенного й аналітичного контенту проявляється виразніше, тоді як у групі в Україні прямі зв'язки між типами контенту та травматизацією не підтверджуються. Це вказує на те, що важливими є не лише загальні рівні стану, а й специфічні патерни взаємодії з інформаційним середовищем.

3. Психологічні чинники продемонстрували різну силу впливу на індивідуальні відмінності у вікарній травматизації. Резиліентність виявилася єдиним індивідуально-психологічним чинником, що продемонстрував статистично значущі відмінності між групами: особи з вищою резиліентністю мали суттєво нижчі показники вікарної травматизації. Помірна величина ефекту та наявність тенденції до позитивного зв'язку з посттравматичним зростанням підтверджують подвійну роль резиліентності – як захисного фактора від вікарної травматизації та потенційного ресурсу для позитивної адаптації. Нейротизм показав лише слабку тенденцію до вищих показників вторинної травматизації, не досягнувши рівня статистичної значущості, проте не виявив модераційного ефекту щодо взаємодії з емоційно-графічним контентом.

4. Соціальна підтримка та здатність обмежувати споживання травматичного контенту проявили себе як значущі буферні ресурси: обидва чинники не змінюють сили зв'язку між емоційно-графічним контентом та вікарною травматизацією, проте демонструють стабільний прямий захисний ефект. Вони знижують загальний рівень вразливості, формуючи базовий психологічний фон, у межах якого розгортаються як стресові, так і адаптивні реакції на воєнний медіаконтент.

5. Медіаційний аналіз показав, що хронічний травматичний стрес може виступати механізмом, через який інтенсивніше споживання окремих типів контенту пов'язане з вищими проявами вікарної травматизації.

Для аналітичного контенту (в усій вибірці) та новинного стресогенного контенту (у групі за кордоном) зафіксовано узгоджений напрям зв'язків: інтенсивніше споживання пов'язане з вищим хронічним стресом, а вищий хронічний стрес з вищою вікарною травматизацією. Водночас непрямий ефект у цих моделях проявився як тенденційний, що означає: роль хронічного стресу як проміжної ланки є теоретично обґрунтованою і підтримується даними, але потребує подальшого підтвердження. Частина впливу медіаконтенту може реалізовуватися і поза стресом, через інші когнітивно-емоційні процеси.

6. Соціально-підтримувальний контент не продемонстрував значущого зв'язку з посттравматичним зростанням, що свідчить про відсутність прямого позитивного ефекту зовнішніх медіаресурсів у межах цієї вибірки. Натомість тенденція до асоціації резилієнтності з вищими показниками ПТЗ вказує, що позитивні зміни можуть переважно формуватися за рахунок внутрішніх психологічних ресурсів, а не специфічних медіапрактик. Це узгоджується з сучасними моделями посттравматичного розвитку, у яких зростання розглядається як результат особистісної інтеграції досвіду, а не як реакція на окремі зовнішні стимули. Отже, ПТЗ може мати більш індивідуально-рефлексивну природу, ніж медіазалежну.

Узагальнюючи, результати емпіричного дослідження свідчать, що вплив медіаспоживання на психологічний стан не є лінійним і формується через поєднання типу контенту, хронічного стресового навантаження та індивідуальних і соціально-поведінкових ресурсів. Хронічний стрес постає як центральний кандидат на механізм, який пов'язує медіаекспозицію з вторинною травматизацією, тоді як резилієнтність, соціальна підтримка та саморегуляція знижують загальний рівень вразливості. Отримані дані підкреслюють необхідність врахування індивідуальних профілів вразливості й стійкості та створюють підґрунтя для подальшого диференційованого аналізу медіаповедінки у воєнних контекстах.

ВИСНОВКИ

У кваліфікаційній роботі здійснено теоретичне узагальнення та емпіричне дослідження психологічних чинників вікарної травматизації в умовах систематичного споживання воєнного медіаконтенту. Отримані результати дозволили комплексно описати механізми опосередкованого травматичного впливу та окреслити ресурси, які здатні пом'якшувати або змінювати його прояви.

1. Теоретичний аналіз дав змогу узагальнити сучасні підходи до вивчення вікарної травматизації, тривалого стресу та посттравматичного зростання й показав, що опосередкована експозиція до воєнного медіаконтенту здатна викликати як деструктивні, так і потенційно адаптивні психологічні зміни. Важливу роль у напрямі цих змін відіграють індивідуальні психологічні ресурси та характеристики взаємодії з інформаційним простором.

2. На основі теоретичних положень була сформована дослідницька модель із включенням параметрів медіаспоживання та демографічних змінних, ресурсних чинників (особистісних і соціально-поведінкових), потенційного медіатора (тривалий стрес) та психологічних наслідків. Емпіричний етап дослідження показав, що хронічний стрес послідовно пов'язаний із вікарною травматизацією і може розглядатися як ймовірний механізм, який частково пояснює зв'язок між інтенсивнішим споживанням окремих типів контенту та проявами вторинної травматизації. Ресурсні чинники в межах отриманих даних проявилися як стійкі психологічні предиктори загальної вразливості або стійкості. Це означає, що резилієнтність, соціальна підтримка та саморегуляція знижують ризик вікарної травматизації незалежно від варіацій медіаекспозиції, формуючи базовий рівень психологічного захисту. Паралельно вплив медіаспоживання визначався не стільки загальною тривалістю, скільки якістю контенту: найбільш виразні зв'язки з травматизацією проявлялися для аналітичного контенту в загальній

вибірці та новинного стресогенного контенту у групі за кордоном. У цій логіці хронічний стрес виступає ключовим механізмом, який пов'язує інформаційне навантаження з формуванням вторинної травматизації, тоді як ресурси визначають, наскільки людина загалом є вразливою або стійкою до цього навантаження

Аналіз параметрів медіаспоживання засвідчив, що психологічні наслідки визначаються не стільки загальною тривалістю взаємодії з медіа, скільки типом контенту та способом взаємодії з ним: найвиразніші зв'язки з вікарною травматизацією проявлялися для аналітичного контенту в загальній вибірці та для новинного стресогенного контенту у групі респондентів за кордоном.

3. Аналіз індивідуальних ресурсів засвідчив, що резиліентність відіграє ключову роль у варіативності психологічних реакцій на медіаопосередковану травму. Резиліентність виявилася єдиним індивідуально-психологічним чинником, що продемонстрував статистично значущі відмінності між групами: особи з вищою резиліентністю мали суттєво нижчі показники вікарної травматизації та демонстрували тенденцію до вищих показників посттравматичного зростання. Нейротизм показав лише статистично незначущу тенденцію до асоціації з підвищеним рівнем вторинних травматичних проявів.

Хронічний стрес виявився ключовою ланкою негативного сценарію реагування і був стійко пов'язаний із підвищенням вікарної травматизації. Посттравматичне зростання, натомість, проявилось як більш індивідуально варіативний феномен і не демонструвало стабільних прямих зв'язків із типами контенту, що узгоджується з уявленнями про його більшу залежність від внутрішніх процесів осмислення досвіду та наявних психологічних ресурсів.

Кластеризація респондентів дозволила виокремити два різні профілі реагування на медіаопосередкований травматичний досвід – більш вразливий і більш ресурсний. Вразливий профіль поєднував вищий хронічний стрес і

вікарну травматизацію з нижчим посттравматичним зростанням, тоді як ресурсний профіль характеризувався нижчим рівнем стресу та травматизації і більш виразним ПТЗ. Це підтверджує існування різних типів психологічної адаптації в умовах спільного інформаційного середовища та підкреслює важливість розгляду не лише окремих показників, а цілісних профілів реагування.

Узагальнюючи результати, можна зазначити, що психологічні наслідки медіаспоживання значною мірою залежать від характеристик самого контенту та індивідуального способу взаємодії з ним: найвиразніше з вікарною травматизацією були пов'язані аналітичний та новинний стресогенний контент (у різних підвибірках), тоді як інші типи контенту демонстрували менш однозначні закономірності. Отримані дані узгоджуються з тим, що хронічний стрес є центральним психологічним тлом, яке пов'язане з формуванням симптомів вторинної травматизації та може частково опосередковувати вплив окремих типів медіаконтенту, водночас не вичерпуючи всіх можливих механізмів впливу. Посттравматичне зростання, навпаки, виявило більшу залежність від внутрішніх ресурсів та індивідуальних процесів інтеграції досвіду, ніж від характеристик медіаповедінки, що відповідає його індивідуально-рефлексивній природі. Отримані результати уточнюють сучасні уявлення про медіаопосередковану травматизацію та підкреслюють важливість урахування не лише кількості спожитої інформації, а й її змісту, емоційної інтенсивності та потенціалу перевантажувати когнітивно-емоційні системи.

Перспективи подальших досліджень полягають у розширенні вибірки, включенні різних соціально-професійних груп та проведенні лонгітюдних спостережень, що дозволило б простежити динаміку змін у медіапрактиках, рівні стресу та механізмах адаптації. Важливим напрямом є подальша валідація адаптованих інструментів та розробка інтервенцій, спрямованих на розвиток медіаграмотності, саморегуляції та психологічної стійкості, що

створило б підґрунтя для формування більш захищених та інформовано взаємодіючих спільнот у контексті тривалої війни.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Василик, Л. (2025). Новинні телеграм-канали західної України як аматорські новинні медіа. В Ю. Бондар, А. Волобуєва, & Б. Носова (Упоряд.), *Актуальні проблеми медіапростору* (с. 23). Київ–Вітербо. https://journ.knu.ua/nauka1/wp-content/uploads/2025/06/Current_Issues_book_of_abstracts-1.pdf
2. Величковський, Р. (2024). Війна в Україні: порівняльний аналіз емоційної тональності Telegram-каналів і традиційних ЗМІ. *Науково-теоретичний альманах Грани*, 27(6), 79-89. <https://doi.org/10.15421/1724115>
3. Глушко, А. В. (2020). Вторинна травматизація: класифікація медіатравм. В Ю. С. Чаплінська (Уклад.), *Медіаторчість в сучасних реаліях: протистояння медіатравмі* (с. 14). Кропивницький: Імекс-ЛТД. <https://ispp.org.ua/wp-content/uploads/Static/mediatv.pdf>
4. Грішин, Едуард. (2021). РЕЗИЛІЄНТНІСТЬ ОСОБИСТОСТІ: СУТНІСТЬ ФЕНОМЕНУ, ПСИХОДІАГНОСТИКА ТА ЗАСОБИ РОЗВИТКУ. *Вісник ХНПУ імені Г С Сковороди Психологія*. 62-81. [10.34142/23129387.2021.64.04](https://doi.org/10.34142/23129387.2021.64.04).
5. Гудошник, О., & Бучарська, І. (2024). Медіатизація війни у фокусі наукових теорій та аналітичних практик. *Communications and Communicative Technologies*, 24, 76-88. <https://doi.org/10.15421/292409>
6. Дембіцький, С. (2024). Вплив медіа на психологічне самопочуття українців під час війни. Інститут соціології НАН України. <https://webportal.nrada.gov.ua/stres-vid-spozhyvannya-media-najsylnishyj-faktor-psyhologichnogo-naprzhennya-dlya-ukrayintsiv-pid-chas-vijny/>
7. Дослідження медіаспоживання українців: третій рік повномасштабної війни. (2024). ОПОРА. <https://www.oporaua.org/viyna/doslidzhennya-mediaspozhyvannya-ukrayinciv-tretyy-rik-povnomasshtabnoyi-viyni-25292>

8. Зубовський, Д. С. (2018). Адаптація та апробація україномовної версії методики «Опитувальник посттравматичного зростання». *Psychological Journal*, 7(17), 45–56. <https://doi.org/10.31108/1.2018.7.17>
9. Климчук, В. О. (2020). Психологія посттравматичного зростання (монографія). Національна академія педагогічних наук України, Інститут соціальної та політичної психології. Імекс-ЛТД.
10. Креденцер, О., & Сергієнко, Д. (2024). Резильєнтність як чинник суб'єктивного благополуччя психологів в умовах війни. *ОРГАНІЗАЦІЙНА ПСИХОЛОГІЯ. ЕКОНОМІЧНА ПСИХОЛОГІЯ*, 32(2), 85-95. <https://doi.org/10.31108/2.2024.2.32.7>
11. Лазос, Г. (2016). Посттравматичне зростання: теоретичні моделі, нові перспективи для практики. Актуальні проблеми психології: Збірник наукових праць Інституту психології ім. Г. С. Костюка НАПН України. Організаційна психологія. Економічна психологія. Соціальна психологія, 1(45), 120–127.
12. Максименко, С. Д., Кокун, О. М., Панок, В. Г., Даниленко, Г. М., Лінський, І. В., Сердюк, О. О., ... & Лунченко, Н. В. (2022). Українське лонгітюдне дослідження= Ukrainian Longitudinal Study (ULS): Методичні рекомендації з використання психодіагностичних інструментів третьої хвилі дослідження.
13. Масік, Н. П., Килимчук, В. В., Масік, О. І., Матвійчук, М. В., Мазур, О. І., Тереховська, О. І., & Барабаш, І. Л. (2025). Дослідження частоти виникнення та ознак посттравматичного стресового розладу на етапі первинної медичної допомоги у військовослужбовців і вимушено переміщених осіб під час повномасштабного вторгнення. *Міжнародний неврологічний журнал*, 21(1)
14. Мельник, О. В. (2019). Посттравматичне зростання та резилентна реінтеграція учасників бойових дій на сході України. *Психологічний часопис*, 5(6), 79-92.

15. Назар, Ю. . (2024). Аксіопсихологічна модель посттравматичного зростання особистості. Психологічний журнал, (13), 24–35. <https://doi.org/10.31499/2617-2100.13.2024.314999>
16. Найдьонова, Л. (Ред.). (2024). Концепція цифрової медіаосвіти воєнного і поствоєнного суспільства. Імекс-ЛТД.
17. Плетка, О. Т. (2020). Вторинна травматизація: класифікація медіатравм. У Ю. С. Чаплінська (Уклад.), Медіаторчість в сучасних реаліях: протистояння медіатравмі (с. 32). Імекс-ЛТД.
18. Потреби населення у послугах сфери психічного здоров'я та кращі практики надання послуг у розвинених країнах. – Київ: ГО “БЕЗБАР’ЄРНІСТЬ”; 2022.
19. Романчук, О. (2025). Психологічна стійкість в умовах війни: індивідуальний та національний вимір. Український інститут когнітивно-поведінкової терапії. https://i-cbt.org.ua/resilience_ukraine/
20. Сердюк, О., Базима, Б. (2021). Адаптація скринінгового опитувальника п'яти факторів особистості BFI-10 та перевірка його діагностичних властивостей на прикладі осіб, які вживають наркотики. Право і безпека, 83, 100–110. <https://doi.org/10.32631/pb.2021.4.10>
21. Ти як?. Всеукраїнська програма ментального здоров'я «Ти як?» та Координаційний центр з психічного здоров'я Кабінету Міністрів України. (2025). Психічне здоров'я та ставлення українців до психологічної допомоги під час війни. Хвиля 4. 4Service.
22. Титаренко Т. М. (2019). Психологічне здоров'я особистості: засоби самопомоги в умовах тривалої травматизації. Кропивницький: Імекс-ЛТД.
23. Українські медіа між війною, політикою та розважальним контентом. Тематичний аналіз новин. (2025). Інститут масової інформації. <https://imi.org.ua/monitorings/yak-ukrayinski-media-trymayut-fokus-na-fronti-ta-rishennyah-derzhavy>

24. Фількіна, Т. М. (2025). Інтегративна модель медіаактивного посттравматичного зростання. *Проблеми політичної психології*, 17, 207–218. <https://doi.org/10.33120/popp-Vol17-Year2025-207>
25. Харитоновна, Н., Якіма, С., Черниш, О., & Крижба, С. (2024). Багатовимірність моделей посттравматичного зростання в психологічній реабілітації ветеранів російсько-української війни. *Humanitarian Studies: Pedagogics, Psychology, Philosophy*, 15(2), 227–240. [https://doi.org/10.31548/hspedagog15\(2\).2024.227-240](https://doi.org/10.31548/hspedagog15(2).2024.227-240)
26. Чемодурова, Ю. М. (2024). Психологічні моделі феномену посттравматичного зростання особистості. *Вчені записки ТНУ імені В. І. Вернадського. Серія: Психологія*, 35(74)(4), 50–59. <https://doi.org/10.32782/2709-3093/2024.4/05>
27. Шевченко, О. Т. (2020). Психологічні особливості розвитку резильєнтності майбутніх медичних сестер у роботі з важкими соматичними хворими (Кандидатська дисертація, Інститут педагогічної освіти і освіти дорослих імені І. А. Зязюна, Національна академія педагогічних наук України).
28. Щотка, О., & Андрєєва, Я. (2022). Взаємозв'язок між задоволеністю життям та посттравматичним зростанням у аспірантів в умовах війни в Україні. *ОРГАНІЗАЦІЙНА ПСИХОЛОГІЯ. ЕКОНОМІЧНА ПСИХОЛОГІЯ*, (3(27)), 64-74. <https://doi.org/10.31108/2.2022.3.27.6>
29. Azam, H., Rehman, M., & Rehman, M. (2023). Burnout, Compassion Fatigue and Vicarious Traumatic Experiences Among Social Workers: Emotional Regulation as a Protective Factor. *Pakistan Journal of Humanities and Social Sciences*, 11(4), 4694–4710. <https://doi.org/10.52131/pjhss.2023.v11i4.1772>
30. Baron, Reuben & Kenny, David. (1986). The moderator-mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology*. 51. 1173-1182. 10.1037//0022-3514.51.6.1173.

31. Bartone, Paul. (2006). Resilience Under Military Operational Stress: Can Leaders Influence Hardiness?. *Military Psychology - MIL PSYCHOL.* 18. 131-148. [10.1207/s15327876mp1803s_10](https://doi.org/10.1207/s15327876mp1803s_10).
32. Bazilik. Як українці користувалися медіа та соцмережами у 2024 році. (2024). Bazilik Media. <https://bazilik.media/iak-ukrainsi-korystuvalysia-media-ta-sotsmerezhamy-u-2024-rotsi/>
33. Berg, J. M., Sleep, C. E., Lamkin, J., (2024). Longitudinal associations between five factor model and impulsive personality traits and PTSD symptoms: Findings from the AURORA study. *Journal of Research in Personality*, 111, 104486. <https://doi.org/10.1016/j.jrp.2024.104486>
34. Blassnig, Sina (2025). Mediatization. In: Nai, A., Grömping, M., & Wirz, D. (Eds). *Elgar Encyclopedia of Political Communication*. Edward Elgar Publishing. Accepted Version.
35. Boichak, O., & Hoskins, A. (2022). My war: Participation in warfare. *Digital War*, 3(1-3), 1-8. <https://doi.org/10.1057/s42984-022-00060-7>
36. Bonanno, George. (2004). Loss, Trauma, and Human Resilience. *American Psychologist*. 59. 20-28. [10.1037/0003-066X.59.1.20](https://doi.org/10.1037/0003-066X.59.1.20).
37. Boukes, Mark & Vliegthart, Rens. (2017). News Consumption and Its Unpleasant Side Effect. *Journal of Media Psychology*. 29. 137-147. [10.1027/1864-1105/a000224](https://doi.org/10.1027/1864-1105/a000224).
38. Butler, L. D., Koopman, C., Azarow, J., Blasey, C. M., Magdalene, J. C., DiMiceli, S., Seagraves, D. A., Hastings, T. A., Chen, X. H., Garlan, R. W., Kraemer, H. C., & Spiegel, D. (2009). Psychosocial predictors of resilience after the September 11, 2001 terrorist attacks. *The Journal of nervous and mental disease*, 197(4), 266–273. <https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e31819d9334>
39. Cann, A., Calhoun, L. G., Tedeschi, R. G., Taku, K., Vishnevsky, T., Triplett, K. N., & Danhauer, S. C. (2010). A short form of the Posttraumatic Growth Inventory. *Anxiety, stress, and coping*, 23(2), 127–137. <https://doi.org/10.1080/10615800903094273>

40. Christopher M. (2004). A broader view of trauma: a biopsychosocial-evolutionary view of the role of the traumatic stress response in the emergence of pathology and/or growth. *Clinical psychology review*, 24(1), 75–98. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2003.12.003>
41. Długosz, P., Liszka, D., & Mach, Z. (2023). War trauma and strategies for coping with stress among Ukrainian refugees staying in Poland. *Journal of Migration and Health*, 8, 100196. <https://doi.org/10.1016/j.jmh.2023.100196>
42. Figley, C. R. (2002). Compassion fatigue: Psychotherapists' chronic lack of self-care. *Journal of Clinical Psychology*, 58(11), 1433–1441. <https://doi.org/10.1002/jclp.10090>
43. Figley, Charles. (1995). Compassion fatigue as secondary traumatic stress disorder: An overview. *Compassion Fatigue*. 1.
44. Frankova, I., Bahmad, M.L., Goloktionova, G., Suvalo, O., Khyzhniak, K., & Power, T. (2024). Mental health and psychosocial support in Ukraine: Coping, help-seeking and health systems strengthening in times of war: Interdisciplinary desk review. ARQ National Psychotrauma Centre & VU Amsterdam.
45. Frankova, Iryna & Senyk, Oksana & Avramchuk, Oleksandr & Leshchuk, Iryna & Rudys, Andrii & Kurapov, Anton & Goral, Aviva. (2025). Шкала Реакції на Тривалий Травматичний Стрес - Оновлена Українська Версія_Continuous Traumatic Stress Response Scale (CTSR) - Ukrainian revised version.
46. Garfin, D. R., Silver, R. C., & Holman, E. A. (2020). The novel coronavirus (COVID-2019) outbreak: Amplification of public health consequences by media exposure. *Health psychology : official journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association*, 39(5), 355–357. <https://doi.org/10.1037/hea0000875>
47. Giorgio, G., & Wear, K. (2020). Openness as a predictor for cognitive functioning. *Journal of Science & Medicine, Wake Forest School of Medicine*, 1(5).

48. Hayes, A. F. (2009). Beyond Baron and Kenny: Statistical mediation analysis in the new millennium. *Communication Monographs*, 76(4), 408-420. <https://doi.org/10.1080/03637750903310360>
49. Holman, E. A., Garfin, D. R., & Silver, R. C. (2014). Media's role in broadcasting acute stress following the Boston Marathon bombings. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 111(1), 93–98. <https://doi.org/10.1073/pnas.1316265110>
50. Holman, E. A., Rieger, P. T., & Rothschild, Z. K. (2020). The digital distribution of crisis: Media exposure and stress responses to collective trauma. *PNAS*, 117(30), 17363–17368.
51. Hurley, R. (2020). What is resilience? Your guide to facing life's challenges, adversities, and crises. *Everyday Health*. <https://www.everydayhealth.com/wellness/resilience/>
52. Joseph S., Linley P. A. (2005). Positive adjustment to threatening events: An organismic valuing theory of growth through adversity. *Review of General Psychology*, 9(3), 262–280. 10.1037/1089-2680.9.3.262
53. Kaur, N., Porter, B., LeardMann, C. A., Tobin, L. E., Lemus, H., Luxton, D. D., & Millennium Cohort Study Team (2017). Evaluation of a modified version of the Posttraumatic Growth Inventory-Short Form. *BMC medical research methodology*, 17(1), 69. <https://doi.org/10.1186/s12874-017-0344-2>
54. Keyser, C., & Gazzola, V. (2006). Towards a unifying neural theory of social cognition. *Progress in brain research*, 156, 379–401. [https://doi.org/10.1016/S0079-6123\(06\)56021-2](https://doi.org/10.1016/S0079-6123(06)56021-2)
55. Kim, C., Park, C. H. K., Yoo, S., & Chung, S. (2019). Resilience as a protective factor for depressive mood and anxiety among Korean employees. *Psychiatry Investigation*, 16(6), 465–470. <https://doi.org/10.30773/pi.2019.04.11>
56. Kotov, R., Gamez, W., Schmidt, F., & Watson, D. (2010). Linking "Big" personality traits to anxiety, depressive, and substance use disorders: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 136(5), 768-821. <https://doi.org/10.1037/a0020327>

57. Linley, A. (2006). Growth following adversity: Theoretical perspectives and implications for clinical practice. *Clinical Psychology Review*. <https://doi.org/10.1016/J.CPR.2005.12.006>
58. Lipsa, J. M., Rajkumar, E., & Gopi, A. (2024). Effectiveness of psychological interventions for compassion fatigue: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Occupational Health*, 66(1), uiae061. <https://doi.org/10.1093/joccuh/uiae061>
59. Luo, J., Zhang, B., Cao, M., & Roberts, B. W. (2023). The stressful personality: A meta-analytical review of the relation between personality and stress. *Personality and Social Psychology Review*, 27(2), 127-194. <https://doi.org/10.1177/10888683221104002>
60. Makadia, R. (2011). Indirect exposure to client trauma and the impact on trainee clinical psychologists: Secondary traumatic stress or vicarious traumatization? (Doctoral thesis, University of Sheffield, Clinical Psychology Unit, Department of Psychology).
61. Manning-Jones, Shekinah & de Terte, Ian & Stephens, Christine. (2015). Vicarious posttraumatic growth: A systematic literature review. *International Journal of Wellbeing*. 5. 125-139. 10.5502/ijw.v5i2.8.
62. McCann, I.L., Pearlman, L.A. Vicarious traumatization: A framework for understanding the psychological effects of working with victims. *J Trauma Stress* 3, 131–149 (1990). <https://doi.org/10.1007/BF00975140>
63. Méndez-Fernández, A. B., Aguiar-Fernández, F. J., Lombardero-Posada, X., Murcia-Álvarez, E., & González-Fernández, A. (2022). Vicariously resilient or traumatised social workers: Exploring some risk and protective factors. *The British Journal of Social Work*, 52(2), 1089-1109. <https://doi.org/10.1093/bjsw/bcab085>
64. Ogińska-Bulik, N., & Michalska, P. (2022). The role of empathy and cognitive trauma processing in the occurrence of professional posttraumatic growth among women working with victims of violence. *International journal of*

- occupational medicine and environmental health, 35(6), 679–692.
<https://doi.org/10.13075/ijomeh.1896.01945>
65. Papadopoulos, R.K. Refugees, home and trauma. In *Therapeutic Care for Refugees. No Place Like Home*. London: Karnac, 2002. 356 p.
66. Pew Research Center. (2021). Internet/Broadband Fact Sheet.
<https://www.pewresearch.org/internet/fact-sheet/internet-broadband/>
67. Pfefferbaum, B., Nixon, S. J., Tivis, R. D., Doughty, D. E., Pynoos, R. S., Gurwitch, R. H., & Foy, D. W. (2001). Television exposure in children after a terrorist incident. *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes*, 64(3), 202–211. <https://doi.org/10.1521/psyc.64.3.202.18462>
68. R Core Team (2025). R: A Language and environment for statistical computing. (Version 4.5) [Computer software]. Retrieved from <https://cran.r-project.org>. (R packages retrieved from CRAN snapshot 2025-05-25).
69. Rammstedt, B. & John, O.P. (2007). Measuring personality in one minute or less: A 10-item short version of the Big Five Inventory in English and German. *Journal of Research in Personality*, 41, 203–212.
70. Rauvola, R. S., Vega, D. M., & Lavigne, K. N. (2019). Compassion fatigue, secondary traumatic stress, and vicarious traumatization: A qualitative review and research agenda. *Occupational Health Science*, 3(3), 297-336.
<https://doi.org/10.1007/s41542-019-00045-1>
71. Revelle, W. (2025). psych: Procedures for Psychological, Psychometric, and Personality Research. [R package]. Retrieved from <https://cran.r-project.org/package=psych>.
72. Schneiderman, N., Ironson, G., & Siegel, S. D. (2005). Stress and health: psychological, behavioral, and biological determinants. *Annual review of clinical psychology*, 1, 607–628. <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.1.102803.144141>
73. Seery, M. D., & Quinton, W. J. (2016). Understanding resilience: From negative life events to everyday stressors. In J. M. Olson & M. P. Zanna (Eds.),

Advances in Experimental Social Psychology (Vol. 54, pp. 181-245). Academic Press. <https://doi.org/10.1016/bs.aesp.2016.02.002>

74. Smith, B. W., Dalen, J., Wiggins, K., Tooley, E., Christopher, P., & Bernard, J. (2008). The Brief Resilience Scale: Assessing the ability to bounce back. *International Journal of Behavioral Medicine*, 15(3), 194–200. <https://doi.org/10.1080/10705500802222972>

75. Taylor, S. E. (2011). Social Support: A Review. In H. S. Friedman (Ed.), *The Oxford Handbook of Health Psychology* (pp. 190-214). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780195342819.013.0009>

76. Tedeschi, R. G., Moore, B. A., & Greene, T. C. (2025). Posttraumatic Growth as a Pathway to Wellness for Individuals and Organizations. *Behavioral Sciences*, 15(12), 1653. <https://doi.org/10.3390/bs15121653>

77. Tedeschi, Richard & Calhoun, Lawrence. (2004). Tedeschi RG, Calhoun LG Posttraumatic growth: conceptual foundations and empirical evidence. *Psychol Inq* 15(1): 1-18. *Psychological Inquiry - PSYCHOL INQ*. 15. 1-18. [10.1207/s15327965pli1501_01](https://doi.org/10.1207/s15327965pli1501_01).

78. The jamovi project (2025). jamovi. (Version 2.7) [Computer Software]. Retrieved from <https://www.jamovi.org>.

79. Tsirimokou, A., Kloess, J. A., & Dhinse, S. K. (2023). Vicarious Post-traumatic Growth in Professionals Exposed to Traumatogenic Material: A Systematic Literature Review. *Trauma, violence & abuse*, 24(3), 1848–1866. <https://doi.org/10.1177/15248380221082079>

80. UNICEF. (2025). Стійкість українців під час війни [Звіт]. <https://www.unicef.org/ukraine/media/54291/file>

81. USAID, World Health Organization, Міністерство охорони здоров'я України, Безбар'єрність, та Центр Економічного Відновлення. (2025). Аудит потреб. Визначення цільових груп громадян та їх потреб в послугах з охорони психічного здоров'я та психосоціальної підтримки (Всеукраїнська програма ментального здоров'я за ініціативою Олени Зеленської)

82. Wang, Y., Chung, M. C., Wang, N., Yu, X., & Kenardy, J. (2021). Social support and posttraumatic stress disorder: A meta-analysis of longitudinal studies. *Clinical Psychology Review*, 85, 101998. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2021.101998>
83. Wormwood, J. B., Lynn, S. K., Barrett, L. F., & Quigley, K. S. (2016). Threat perception after the Boston Marathon bombings: The effects of personal relevance and conceptual framing. *Cognition and Emotion*, 30(3), 539-549.
84. Zalta, A. K., Tirone, V., Orlowska, D., Blais, R. K., Lofgreen, A., Klassen, B., ... & Dent, A. L. (2020). Examining moderators of the relationship between social support and self-reported PTSD symptoms: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 147(1), 33-54. <https://doi.org/10.1037/bul0000316>
85. Zeligman M., Grossman L., Tanzosh A. (2019). Posttraumatic growth in trauma survivors: Meaning making and locus of control. *Journal of Counselor Practice*, 10(2), 1–21. [10.22229/ptg1022019](https://doi.org/10.22229/ptg1022019)
86. Zhu, Haidong & Jia, Feihang & Zhang, Yingxi & Wang, Rui. (2025). The Relationship Between the Big Five Personality Model and Innovation Behavior: A Three-Level Meta-Analysis. *Behavioral Sciences*. 15. 1143. [10.3390/bs15091143](https://doi.org/10.3390/bs15091143).

ДОДАТКИ

Додаток А

ОПИТУВАЛЬНИК.

Запрошую вас взяти участь у науковому дослідженні, присвяченому вивченню психологічного впливу споживання медіаконтенту про війну в Україні.

Мета дослідження

Це дослідження має на меті краще зрозуміти, як тривале споживання новин про війну впливає на наш внутрішній стан – зокрема, на розвиток вікарної травматизації та можливості посттравматичного зростання.

Загальний час заповнення опитувальника складає до 15 хвилин.

Конфіденційність

Ваші відповіді повністю анонімні. Жодна особиста інформація, що дозволяє ідентифікувати вас, не буде зібрана. Дані будуть використані виключно в узагальненому вигляді для наукових цілей.

Контакти

Якщо у вас виникнуть запитання щодо дослідження, ви можете написати його автору, Ірині Лотоцькій:

- Telegram: @ilototska

- Email: i.lototska@proton.me

Інформована згода

Я прочитав(-ла) цей документ і мені відомо, що участь у цьому дослідженні є добровільною, і я свідомо обираю долучитися до дослідження.

Блок 1 з 9. Базова інформація та прямий досвід

Відповіді цього блоку необхідні для аналізу даних та розподілу вибірки на групи. Жодна інформація не буде використана для Вашої ідентифікації.

1. Вкажіть ваш вік

(числове значення)

2. Стать

- Чоловік
- Жінка
- Інша

3. Рівень освіти

- Середня (повна загальна)
- Професійно-технічна
- Неповна вища
- Вища (бакалавр/спеціаліст/магістр)
- Науковий ступінь

4. Ваша зайнятість

- Працюю (повна зайнятість)
- Працюю (часткова зайнятість)
- Навчаюсь)
- Волонтер (основна діяльність)
- Волонтер (часткова зайнятість)
- Безробітний/а
- На пенсії
- Інше

5. Де ви зараз проживаєте?

- в Україні (перехід до питання 5-А)
- за межами України (перехід до питання 5-Б)

5-А. Вкажіть область проживання

(перелік областей України)

5-Б. В якій країні ви проживаєте?

(текстове поле)

6. Чи змінювали ви місце проживання після 24.02.2022?

- Ні, проживаю там само

- Так, переїхав/ла в межах України (*перехід до питання 6-А*)
- Так, виїхав/ла за кордон (*перехід до питання 6-А*)
- Так, повернувся/лась в Україну з-за кордону

6-А. Звідки ви переїхали?

(*текстове поле*)

7. Чи маєте ви близьких (батьки, діти, брати/сестри, чоловік/дружина), які зараз перебувають в Україні?

8. Який ваш особистий досвід, пов'язаний з війною в Україні

- Військовослужбовець/ветеран
- Втратив/втратила близьких через війну
- Особисто постраждав/ла від обстрілів
- Евакуювався/евакуювалась під обстрілами
- Волонтер/волонтерка в зоні бойових дій
- Маю близьких військових (на передовій або в тилу)
- Маю близьких, які постраждали від війни (або перебувають на лінії зіткнення чи тимчасово окупованих територіях)
- Працюю з постраждалими від війни (медик, психолог, гуманітарний чи соціальний працівник тощо)
- Немає прямого особистого досвіду
- Інше

9. Оцініть ваше відчуття безпеки на поточному місці проживання

(*1=повністю небезпечно, постійна загроза; 5=повністю безпечно, немає загрози*)

Блок 2 з 9. Анкета споживання медіа-контенту про війну

У цьому блоці 8 питань про те, як часто і яким чином ви стикаєтесь із інформацією про війну в Україні. Будь ласка, відповідайте максимально чесно - тут немає правильних чи неправильних відповідей.

1. Скільки годин на день ви в середньому споживаєте будь-який медіа-контент (новини, соцмережі, відео, телебачення тощо)?

- Менше 30 хвилин
- 30 хвилин - 1 година
- 1-3 години
- 3-6 годин
- Більше 6 годин

2. Скільки годин на день ви в середньому споживаєте контент про війну в Україні (новини, відео, пости в соцмережах, телеграм-канали)?

- Менше 30 хвилин
- 30 хвилин - 1 година
- 1-3 години
- 3-6 годин
- Більше 6 годин

3. Як часто ви активно шукаєте новини про війну (самостійно відкриваєте новинні сайти, перевіряєте телеграм-канали)?

- Кілька разів на годину
- Щогодини
- Кілька разів на день
- Раз на день
- Кілька разів на тиждень
- Кілька разів на місяць чи рідше

4. Які джерела інформації про війну ви використовуєте?

- Телебачення (новини, ефіри)
- Новинні сайти (Українська правда, Суспільне, BBC Ukraine тощо)
- Офіційні Telegram/Viber-канали (влади, Генштабу, ОВА, вашого населеного пункту)
- Неофіційні/волонтерські Telegram/Viber-канали

- Telegram/Viber-канали очевидців / тих, хто перебуває в зоні бойових дій
- YouTube
- X (Twitter)
- Instagram
- TikTok
- Facebook
- Радіо
- Особисте спілкування (родичі, друзі, колеги)
- Інше

5. Оцініть, як ЧАСТО ви споживаєте різні типи контенту про війну:

- Офіційні новини та зведення (Генштаб, Міноборони, ОП)
- Відео бойових дій та роботи військових (зйомки з дронів, камери на тілі, репортажі)
- Емоційно важкий/графічний контент (фото/відео загиблих, поранених, наслідків обстрілів)
- Особисті історії та свідчення (постраждалих цивільних, родин, волонтерів)
- Розповіді та інтерв'ю з воєнними (про їхній досвід, побут, мотивацію)
- Аналітичні огляди та експертні оцінки (прогнози, геополітичні розклади, економічні наслідки)
- Контент з історіями героїзму, незламності (в т.ч. волонтерської допомоги, перемог)
- Контент про потреби та збори (звіти волонтерів, інформація про донати)
- Гумор та меми (сатира, висміювання ворога, психологічна розрядка)

- Історії культурного фронту (мистецтво, музика, книжки, що висвітлюють війну)

6. Як часто ви дивитесь графічний/важкий травматичний контент (відео або зображення загиблих, поранених, зруйнованих будинків, наслідків обстрілів)?

7. Як часто ви споживаєте позитивний/мотивуючий контент про війну (історії героїзму, незламності, волонтерства, перемог, взаємодопомоги)?

8. Оцініть, як різні типи контенту про війну впливають на ваш емоційний стан

- Офіційні новини та зведення (Генштаб, Міноборони, ОП)
- Відео бойових дій та роботи військових (зйомки з дронів, камери на тілі, репортажі)
- Емоційно важкий/графічний контент (фото/відео загиблих, поранених, наслідків обстрілів)
- Особисті історії та свідчення (постраждалих цивільних, родин, волонтерів)
- Розповіді та інтерв'ю з воєнними (про їхній досвід, побут, мотивацію)
- Аналітичні огляди та експертні оцінки (прогнози, геополітичні розклади, економічні наслідки)
- Контент з історіями героїзму, незламності (в т.ч. волонтерської допомоги, перемог)
- Контент про потреби та збори (звіти волонтерів, інформація про донати)
- Гумор та меми (сатира, висміювання ворога, психологічна розрядка)
- Історії культурного фронту (мистецтво, музика, книжки, що висвітлюють війну)

9. Яка ваша основна мотивація споживання контенту про війну?

- Бути в курсі подій для власної безпеки
- Турбота про безпеку близьких
- Відчуття солідарності
- Професійна необхідність
- Потреба розуміти ситуацію для прийняття рішень
- Щоб знати, як допомогти / куди донатити
- Не можу відірватись, хоча хотів/ла б
- Відчуття провини, якщо не стежу
- Інше

10. Чи намагаєтесь ви обмежувати перегляд новин про війну?

- Так, і це вдається (відмовляюся від контенту, встановлюю ліміти)
- Так, але не виходить (розумію, що треба, але не можу зупинитись)
- Ні, не намагаюся (вважаю важливим бути в курсі)
- Ні, не бачу потреби

Блок 3 з 9. Ваша залученість у підтримку України

У цьому блоці 6 питань про Ваш досвід залученості. Це може бути як формальне волонтерство, так і донати, інформаційна діяльність, а також емоційна підтримка вами близьких. Будь ласка, відповідайте максимально чесно – тут немає правильних чи неправильних відповідей.

1. Чи займаєтесь ви волонтерською діяльністю, пов'язаною з підтримкою України?

- Так, це моя основна діяльність (20+ годин на тиждень) *(перехід до питання 1-А)*
- Так, регулярно (5-20 годин на тиждень) *(перехід до питання 1-А)*
- Так, епізодично (кілька разів на місяць, кілька годин) *(перехід до питання 1-А)*

- Так, рідко (кілька разів на рік) *(перехід до питання 1-А)*
- Волонтерив/ла раніше, зараз ні *(перехід до питання 1-А)*
- Ні, але планую
- Ні, і не планую

1-А. Який тип волонтерства ви здійснюєте?

- Допомога армії (плетіння сіток, збір дронів, пошиття тактичного одягу, ремонт техніки)
- Збір коштів / фандрейзинг
- Гуманітарна допомога (допомога ВПО, постраждалим, розподіл гуманітарки)
- Евакуація цивільних
- Медична/парамедична допомога
- Інформаційна діяльність (боротьба з фейками, переклади, ведення каналів)
- Психологічна підтримка)
- Волонтерство в шпиталях / реабілітаційних центрах
- Допомога тваринам)
- Логістика / доставка гуманітарки
- Інша

2. Як часто ви робите фінансові донати на підтримку України (армія, волонтери, постраждалі)

- Регулярно (щотижня або частіше) *(перехід до питання 2-А)*
- Щомісяця (постійний платіж) *(перехід до питання 2-А)*
- Кілька разів на рік *(перехід до питання 2-А)*
- Донатив/ла раніше, зараз ні *(перехід до питання 2-А)*
- Планую, але ще не робив/ла
- Не маю фінансової можливості
- Ніколи

2-А. Оберіть, який приблизно відсоток від вашого місячного доходу складають ці донати

- Менше 1%
- До 5%
- До 10%
- До 20%
- Більше 20%
- Важко оцінити
- Не хочу вказувати

3. Як часто ви активно поширюєте інформацію про Україну в соцмережах (репости новин, історій, спростування фейків, дискусії)?

- Щодня або майже щодня
- Кілька разів на тиждень
- Кілька разів на місяць
- Рідко
- Ніколи (не публікую про війну)
- Не веду соцмережі

4. Оцініть ваш загальний рівень залученості в підтримку України будь-якими способами. Приклад: волонтерство, донати, інформаційна активність, емоційна підтримка тощо.

*(1=тільки споживаю інформацію, не роблю нічого активного;
5=підтримка України є пріоритетною та значною частиною мого життя/діяльності)*

5. Як ви відчуваєте свою залученість?

- Хотів/ла б робити більше, але не можу (бракує часу/ресурсів/можливостей)
- Це оптимальний рівень для мене, я в балансі
- Відчуваю перевантаження і намагаюся зменшити залученість

- Відчуваю перевантаження, але не можу зупинитися
- Відчуваю провину, що роблю недостатньо
- Не відчуваю потреби в більшій залученості

Блок 4 з 9. Особистісні риси. П'ятифакторний опитувальник особистості «Велика П'ятірка» (BFI-10)

Це стандартизований психологічний опитник з 10 тверджень. У цьому блоці, будь ласка, оберіть відповіді, які найкраще описують Ваші звичні дії та поведінку.

(1=Повністю не згоден, 2=Швидше не згоден, 3=Важко відповісти, 4=Швидше згоден, 5=Повністю згоден)

1. Про мене можна сказати, що я замкнутий/а.
2. Про мене можна сказати, що я зазвичай довіряю іншим.
3. Про мене можна сказати, що я дещо ледачий/а.
4. Про мене можна сказати, що я добре справляюся з напруженими ситуаціями.
5. Про мене можна сказати, що я схильний/а до занять творчістю.
6. Про мене можна сказати, що я без особливих зусиль знайомлюся і встановлюю контакти з людьми.
7. Про мене можна сказати, що я легко помічаю недоліки інших людей.
8. Про мене можна сказати, що я роблю свою роботу ретельно і до кінця.
9. Про мене можна сказати, що я швидко починаю нервувати.
10. Про мене можна сказати, що я можу придумати щось нове.

Блок 5 з 9. Психологічна стійкість. Коротка шкала резильєнтності - Brief Resilience Scale (BRS)

Це стандартизований психологічний опитник з 6 тверджень. Поміркуйте й оцініть за запропонованою шкалою, наскільки добре наступні

твердження описують Вашу поведінку та дії, коли Ви зіштовхуєтесь із важкими подіями.

*(Зовсім ні – 1 бал, Найчастіше ні – 2 бали, Складно сказати – 3 бали
Зазвичай так – 4 бали, Майже завжди – 5 балів)*

1. Я дуже швидко приходжу до тями після важких подій.
2. Мені буває дуже важко переживати стрес і негаразди.
3. Мені не становить проблем відновлювати сили після негараздів.
4. Я легко втрачаю самовладання, якщо несподівано трапляється щось неприємне.
5. Я досить швидко легко приходжу до тями після важких подій.
6. Мені потрібно багато часу, щоб повернутися в форму після серйозної невдачі.

Блок 6 з 9. Копінг та соціальна підтримка

У цьому блоці оцініть, будь ласка, наскільки ефективно Ви справляєтесь зі стресом та вкажіть яку підтримку ви надаєте чи отримуєте від соціального оточення.

1. Чи отримуєте ви психологічну підтримку?
 - Так, регулярно відвідую психолога/психотерапевта
 - Так, епізодично звертаюсь за професійною допомогою
 - Так, отримую підтримку від близьких (друзі, родина)
 - Так, отримую підтримку в онлайн-спільнотах/групах підтримки
 - Ні, але потребую і планую звернутися
 - Ні, але потребую, проте немає можливості/доступу
 - Ні, не вважаю за потрібне
2. Як часто ви надаєте емоційну підтримку іншим людям у зв'язку з війною (друзі, родина, онлайн-спільноти, колеги)?
 - Щодня (це значна частина моєї комунікації)

- Кілька разів на тиждень
- Кілька разів на місяць
- Рідко
- Ніколи або майже ніколи

3. Оцініть рівень соціальної підтримки, яку ви отримуєте від близьких людей

(1=дуже низький, відчуваю себе самотнім/ою; 5=дуже високий, маю на кого опертись)

Блок 7 з 9. Реакція на тривалий травматичний стрес. Шкала реакції на тривалий травматичний стрес (CTSR)

Наступні 9 тверджень описують симптоми, які можуть з'являтися після важких чи стресових переживань. Будь ласка, уважно прочитайте кожне твердження і позначте відповіді, які найкраще описують Ваші переживання за останній місяць.

(Зовсім ні=0, Трохи=1, Доволі сильно=2, Сильно=3)

1. Я почуваюсь невмотивованим/ою.
2. Мені складно довіряти людям, які мене оточують.
3. Я відчуваю, що не можу захистити тих, хто від мене залежить.
4. Я почуваюсь розумово виснаженим/ою.
5. Я відчуваю, що мене ніхто не розуміє.
6. Я почуваюся безпорадним/ою.
7. Я відчуваю, що моє життя не має сенсу.
8. Я почуваю себе зрадженим/ою.
9. Я відчуваю, що не маю контролю над майбутнім.

Блок 8 з 9. Оцінка вигорання, втоми від співчуття та вікарної травми. Шкала вигорання, втоми від співчуття та вторинної травми - Burnout, Compassion Fatigue and Vicarious Trauma Assessment (BCFVT)

Наведене нижче 21 твердження стосуються вашого досвіду споживання медіа-контенту про війну в Україні (новини, відео, пости в соцмережах, телеграм-канали) та вашої залученості у підтримку України (волонтерство, донати, інформаційна активність).

Оцініть, наскільки часто ви відчуваєте/переживаєте наступне протягом останнього місяця.

(0=Дуже рідко, 1=Рідко, 2=Час від часу, 3=Іноді, 4=Часто, 5=Дуже часто)

1. Я НЕ задоволений/а своїм робочим життям.
2. Я відчуваю виснаження від того, що так багато "віддаю"
3. Я не можу перестати думати про травматичні історії, які я чув/ла.
4. Я відчуваю байдужість до роботи
5. Я відчуваю пригніченість після роботи з тими, кому допомагаю.
6. Я занадто багато думаю про травматичний досвід людини, якій допомагаю.
7. Я відчуваю, що моя робота з надання допомоги тримає мене в пастці.
8. Через мою роботу з надання допомоги я перебуваю в напруженому стані.
9. Поза роботою я уникаю певних ситуацій, бо вони нагадують мені про досвід тих, з ким я працюю.
10. Мені більше не подобається моя робота.
11. Через мою роботу з надання допомоги я виснажений/а.
12. У мене виникають нав'язливі думки про історії, які я чув/ла від тих, кому допомагаю.
13. Я почуваюся перевантаженим/ою обсягом роботи, яку маю виконати.
14. Я сумніваюся, чи справді я щось змінюю своєю роботою.
15. У мене виникають флешбеки, пов'язані з моїм клієнтом.
16. Я працюю занадто багато.

17. Мене охоплює почуття перевантаження, коли я думаю про роботу з певними клієнтами.

18. Я переживаю тривожні думки про події з життя клієнта, коли не працюю.

19. Я відчуваю, що працюю більше заради грошей, ніж заради особистого задоволення.

20. Я відчував/ла, що моя робота з надання допомоги тримає мене в пастці.

21. Під час роботи з клієнтом у мене мимоволі спливають спогади про мій власний травматичний досвід.

Блок 9 з 9. Посттравматичне зростання. Коротка форма опитувальника посттравматичного зростання (a short form of the Posttraumatic Growth Inventory, PTGI-SF)

Це останні 10 тверджень! Вони описують позитивні зміни, які могли відбутися у Вашому житті за час досвіду підтримки України у час війни, тому будь ласка, оцініть, в якій мірі та чи інша зміна відбулася у Вашому житті.

(0=я не відчув(ла) цієї зміни; 1=я відчув(ла) цю зміну в дуже незначній мірі; 2=я відчув(ла) цю зміну незначною мірою; 3=я відчув(ла) цю зміну в помірній мірі; 4=я пережив(ла) цю зміну значною мірою; 5=я пережив(ла) цю зміну в дуже великій мірі)

1. Я змінив свої пріоритети щодо того, що дійсно є важливим у житті.

2. Я став/ла більше цінувати цінність власного життя.

3. Я зрозумів/ла, що можу зробити різні сторони свого життя кращими

4. Я став/ла краще розуміти нематеріальний бік життя

5. У мене зросло відчуття близькості з іншими

6. Я намітив/ла новий шлях для свого життя

7. У мене зросла впевненість у тому, що можу впоратися з труднощами

8. У мене зміцнилися мої життєві переконання
9. Я з'ясував/ла, що сильніший/а, ніж думала раніше
10. Я багато дізнався/лася про те, які насправді люди можуть бути чудовими

Щиро дякую за час, увагу та відкритість, які ви приділили цьому опитуванню. Ваші відповіді є цінним внеском у дослідження впливу інформаційного простору війни на психічне здоров'я.

Якщо деякі запитання викликали емоційну напругу - будь ласка, подбайте про себе: зробіть паузу, поговоріть із близькими або зверніться за професійною підтримкою, якщо відчуєте потребу.

Якщо у вас виникнуть запитання щодо дослідження, ви можете написати його автору, Ірині Лотоцькій:

- Telegram: @ilototska

- Email: i.lototska@proton.me

Бережіть себе!