

Київський національний університет імені Тараса Шевченка

Факультет психології

Кафедра психології розвитку

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА МАГІСТРА

**ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ КЛІЄНТІВ З НИЗЬКИМ РІВНЕМ
СУБ'ЄКТИВНОГО СЕКСУАЛЬНОГО БЛАГОПОЛУЧЧЯ**

Спеціальність 053 «Психологія»

Освітньо-професійна програма «Психологія»

Здобувача вищої освіти

ОС «Магістр»

Юлії ДОМБРОВСЬКОЇ

Науковий керівник:

д.психол.н., доцент,

завідувач кафедри

психології розвитку

Наталія ДЕМБИЦЬКА

Допустити до захисту в ЕК
кафедра психології розвитку
протокол № __ від _____

Завідувач кафедри:

Наталія ДЕМБИЦЬКА

_____ (підпис)

КИЇВ - 2025

ЗМІСТ

ВСТУП	3
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ КЛІЄНТІВ ІЗ НИЗЬКИМ РІВНЕМ СУБ'ЄКТИВНОГО СЕКСУАЛЬНОГО БЛАГОПОЛУЧЧЯ	9
1.1. Концепція сексуального благополуччя особистості - витоки та розвиток.	8
1.2. Наукові підходи до феномену суб'єктивного сексуального благополуччя особистості та його чинників	19
Висновки до розділу 1	32
РОЗДІЛ 2. ПРОГРАМА ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ КЛІЄНТІВ ІЗ НИЗЬКИМ РІВНЕМ СУБ'ЄКТИВНОГО СЕКСУАЛЬНОГО БЛАГОПОЛУЧЧЯ	9
2.1. Програма емпіричного дослідження.....	34
2.2. Методичний інструментарій емпіричного дослідження	36
Висновки до розділу 2	43
РОЗДІЛ 3. РЕЗУЛЬТАТИ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ КЛІЄНТІВ ІЗ НИЗЬКИМ РІВНЕМ СУБ'ЄКТИВНОГО СЕКСУАЛЬНОГО БЛАГОПОЛУЧЧЯ	9
3.1. Результати діагностики рівня суб'єктивного сексуального благополуччя респондентів та порівняльний аналіз особливостей клієнтів із низьким та високим рівнем суб'єктивного сексуального благополуччя	44
3.2. Рекомендації для психологів щодо підвищення рівня суб'єктивного сексуального благополуччя клієнтів	58
Висновки до розділу 3	66
ВИСНОВКИ	70
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	74
ДОДАТКИ	81

ВСТУП

Актуальність дослідження. Сексуальність є важливою складовою людського життя, яка впливає на емоційний стан, стосунки, професійну діяльність і навіть бізнес. У складних умовах, таких як війна чи тривала невизначеність, гармонія у сексуальному житті може стати ресурсом, джерелом підтримки та стабільності. Задоволення власними стосунками допомагає зберігати внутрішній баланс і знаходити сили для подолання труднощів.

Розуміння власних потреб і потреб партнера стає особливо важливим у кризові часи, коли стрес і тривога можуть впливати на всі аспекти життя. Гармонійні стосунки здатні зміцнити емоційний зв'язок, допомогти впоратися з викликами та зберегти мотивацію навіть у найскладніших обставинах.

Зміни в сексуальному житті, які приносять більше задоволення, можуть стати каталізатором для покращення настрою, продуктивності та навіть творчості. Умови війни чи невизначеності вимагають від людини великих зусиль, і гармонія в особистих стосунках може стати тим острівцем стабільності, який допомагає зберігати віру в майбутнє.

Треба констатувати, що наразі у психологічній практиці зросла кількість клієнтів з низьким рівнем сексуального благополуччя, важливим є дослідити, чи екстремальні умови нашого життя впливають на його зниження, чи навпаки, високий рівень сексуального благополуччя допомагає долати умови невизначеності та екстремальність у повсякденному житті. Тому нам було важливо виявити психологічні особливості, що відрізняють клієнтів з високим та з низьким рівнем сексуального благополуччя та дослідити цю тему.

Дослідження феномену сексуальності людини представлені достатньо широко в зарубіжній і вітчизняній науковій літературі, перш за все, в наступних аспектах: філософському, соціокультурному (S. Ainsworth, R. Baumeister, S. Kierkegaard, S. Kern, Л. Фейєрбах, М. Foucault, А. Schopenhauer та інші); біологічному (С. Darwin, В. J. Pfaus, R. Sapolsky, L. Scepkowski);

медичному (Г. Васильченко, R. Green, В. Доморацький, К. Imieliński, І. Левін, В. Менделевич, S. Liebig); сексологічному (G. Kelly, Г. Кочарян, В. Кришталь, W. Masters, V. Johnson, M. Roach); психологічному (A. Adler, J. Bauermeister, D. Buss, D. Diamond, L. Diamond, О. Кочарян, M. Roach, D. Tolman, Z. Freud, К. Horney, E. Erikson); в проблематиці сексуальності і любові (E. Berne, О. Kernberg, В. Martel, E. Fromm, С. Hazan, P. Shaver); статевих і гендерних відносин (D. Buss, S. Bem, К. Horney, Є. Ільїн, О. Кочарян, S. Lew-Starowicz, R. Stoller).

Однак, більшість із вказаних дослідників зосереджені на патологічних аспектах сексуальності, які розкривають механізми виникнення сексуальних розладів, аналізують особливості статевої поведінки та пропонують підходи до профілактики, діагностики, корекції й лікування сексуальних дисгармоній. Завданням психологічної науки, на наш погляд, має бути визначення індивідуальних особливостей осіб з високим рівнем сексуального благополуччя, на чинниках, що знижують його показники та на психологічних аспектах корекції низького рівня сексуального благополуччя. При цьому ці аспекти вказаної проблеми залишаються дуже мало досліджуваними.

Сексуальне благополуччя досліджувала низка вчених, зокрема розглядалися такі наукові аспекти цієї проблеми: сексуальне задоволення та сексуальне саморозкриття у відносинах знайомств (E. Byers & S. Demmons); сексуальне благополуччя, щастя, задоволеність жінок (R. Rosen & G. Bachmann); роль окремих та міжособистісних факторів у сексуальному задоволенні; внутрішні зміни у сексуальному задоволенні в організмі людини з часом (E. Byers & U. Rehman); задоволення статевого життя: зв'язок між сексуальним благополуччям та задоволенням життя; сексуальне благополуччя як чинник суб'єктивного благополуччя; психологічні особливості сексуальності чоловіків і жінок з різним рівнем суб'єктивного благополуччя (В.

Гупаловська); сексуальне благополуччя чоловіків і жінок в стійких подружніх парах (О. Чалова).

Підсумовуючи, відзначимо, що актуальність роботи обумовлюється тим, що в існуючих на сьогоднішній день психологічних дослідженнях, практично не беруться до уваги роздуми про: про комплексну проблему сексуального благополуччя, про особистісні передумови сексуального благополуччя особистості; про ті внутрішні психологічні особливості, що можуть впливати на стосунки та сексуальну сферу особистості та знижувати рівень суб'єктивного сексуального благополуччя; про методи психологічної роботи з клієнтами, що відчувають низький його рівень. Таким чином, недостатня наукова вивченість, актуальність та соціальна значущість проблеми обумовили вибір теми представленої дослідження.

Мета дослідження: вивчення психологічних особливостей клієнтів з низьким рівнем суб'єктивного сексуального благополуччя

Завдання дослідження:

1. Здійснити теоретичний аналіз проблеми сексуального здоров'я, сексуальності та сексуального благополуччя та описати теоретичну модель суб'єктивного сексуального благополуччя особистості.

2. Розробити програму емпіричного дослідження психологічних особливостей клієнтів з низьким рівнем суб'єктивного сексуального благополуччя.

3. Здійснити емпіричне дослідження та зробити висновки про психологічні особливості клієнтів з низьким рівнем суб'єктивного сексуального благополуччя.

4. Розробити рекомендації для психологів, щодо підвищення рівня суб'єктивного сексуального благополуччя клієнтів.

Об'єкт дослідження: суб'єктивне сексуальне благополуччя особистості

Предмет дослідження: психологічні особливості осіб з низьким рівнем суб'єктивного сексуального благополуччя

Методи дослідження. Для досягнення мети дослідження і реалізації поставлених завдань використовувалися наступні методи дослідження:

а) *теоретичні* - аналіз, синтез, порівняння, узагальнення і систематизація теоретичних концепцій і положень з проблем сексуальності людини та сексуального благополуччя;

б) *емпіричні* – стандартизовані опитувальники. Для визначення рівня сексуального благополуччя особистості: опитувальник суб'єктивного сексуального благополуччя (В. Гупаловська, 2021); для визначення психологічних особливостей особистості: методика «Біологічно-обумовлений профіль особистості» (FPI, І. Фаренберга, Х. Зарга, Р.Г. Гампель, українською мовою); опитувальник психологічної ресурсності особистості (О. Штепа); «Модифікована шкала суб'єктивного благополуччя БіБіСі» (Р. Pontin, М. Schwannauer, S. Tai, М. Kinderman, адаптована українською мовою Л. Карамушкою, К. Терещенко та О. Креденцер, 2022); «Шкала позитивного ментального здоров'я» J. Lukat, J. Margraf, R. Lutz, та інші (адаптована українською мовою Л. Карамушкою, К. Терещенко та О. Креденцер, 2022).

в) *статистичні методи обробки даних* – методи первинної статистики; методи порівняльної статистики (Т-критерій Ст'юдента); метод пошуку статистичних зав'язків (кореляційний аналіз).

База дослідження: діагностичні виміри проводилися за допомогою онлайн-форм серед клієнтів практикуючих психологів. Загалом у емпіричному дослідженні взяв участь 101 респондент.

Наукова новизна та практична значущість дослідження. Наукова новизна дослідження полягає у тому, що:

- Розширено та доповнено знання про суб'єктивне сексуальне благополуччя особистості;

- Вперше виявлено значення психологічної ресурсності та низки психологічних особливостей для розвитку низького суб'єктивного сексуального благополуччя клієнтів;
- Визначені психологічні особливості клієнтів із низьким суб'єктивним сексуальним благополуччям.

Практична значущість дослідження полягає у тому, що його результати можуть стати в нагоді науковцям при написанні дослідницьких праць, а розроблені методичні рекомендації можна застосовувати як модель психологічного втручання для роботи з клієнтами із низьким суб'єктивним сексуальним благополуччям.

Структура кваліфікаційної роботи обумовлена метою та завданнями дослідження. Дипломна робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків та списку літератури, який налічує 59 джерел; ілюстрована 7 рисунками та 7 таблицями; вміщує 4 додатки. Загальний обсяг роботи складає 84 сторінки друкованого тексту, основний зміст викладено на 72 сторінках.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ КЛІЄНТІВ ІЗ НИЗЬКИМ РІВНЕМ СУБ'ЄКТИВНОГО СЕКСУАЛЬНОГО БЛАГОПОЛУЧЧЯ

1.1. Концепція сексуального благополуччя особистості - витоки та розвиток

Концепція сексуального благополуччя бере свій початок з документів концепції сексуального здоров'я ВООЗ, розвитком якої у різних країнах та напрямках займалися мультидисциплінарні команди вчених, лікарів, соціологів та політичних діячів починаючи із середини минулого сторіччя. В свою чергу концепція сексуального здоров'я бере свій початок із загальної концепції здоров'я. Тож у цьому параграфі ми проаналізуємо основні положення та цих двох концепцій та їх розвиток.

Загальна концепція здоров'я була започаткована Всесвітньою організацією охорони здоров'я (ВООЗ) у 1975 році та визначала добробут в різних сферах життя (наприклад, фізичному, психічному та емоційному), на противагу загальній відсутності хвороб чи інших несприятливих наслідків [2]. Зараз її положення активно використовується для створення національні програми охорони здоров'я в різних країнах, зокрема у США, Англії, Україні та деяких інших.

Її створення спричинило революцію у культурі та науці того часу. Адже за її основним положенням, здоров'я не можна звести до соматичного виміру, воно включає в себе психологічний і соціальний аспекти життя людини, а також визначає і суспільство, і навколишнє середовище як умови здоров'я. У цій концепції ВООЗ також окреслюється відповідальність уряду в організації доступу до медичної допомоги та послуг, що забезпечує здоров'я населення, а також індивідуальна відповідальність людини. Вказується, що кожна людина відіграє активну та усвідомлену роль у підтримці та розвитку свого здоров'я.

Нарешті, здоров'я визначається у цій концепції як фундаментальне право осіб і громад (ВООЗ, 2002).

Тобто новий підхід до феномену «здоров'я» змінив вектор досліджень із патологій до їх профілактики, а також вводить поняття «благополуччя» у якості індикатору у здоров'я людини. І у той же час відзначає подвійну відповідальність за нього, як індивідуальну її частину, так і соціально-політичну систему країни.

Представлене визначення здоров'я було розширено під час Оттавської конференції ВООЗ у 1986 році – у нього додалися положення про зміцнення здоров'я (Ottawa Charter for Health Promotion, 1986). У документі вказувалось, що зміцнення здоров'я – це процес, який на контролі та покращенні здоров'я. З метою досягнення стану повного фізичного, психічного та соціального благополуччя, індивід або громада має бути в змозі ідентифікувати, уточнювати та реалізовувати прагнення, задовольняти потреби, змінюватись. Здоров'я розглядається як ресурс для повсякденного життя, а не мета життя. Здоров'я є позитивним поняттям, яке наголошує на соціальні, особисті ресурси, а також фізичні можливості.

Ідея зміцнення здоров'я стала важливою зміною в порівнянні з початковою концепцією ВООЗ, вона, паралельно з державними службами профілактики та піклування, посилювала роль людини за контроль і зміцнення власного здоров'я і таким чином акцентувала увагу людей на тому, що це велика цінність і самовідповідальність. Отже, здоров'я більше не вважалося статичним феноменом, а почало сприйматися як динамічний процес, заснований як на індивідуальній, так і на політичній відповідальності.

Разом із загальною концепцією здоров'я, у 1975 була розроблена та впроваджена концепція сексуального здоров'я, яка також наголошувала на подвійній відповідальності за підтримку та зміцнення сексуального здоров'я громадян - відповідальність уряду (політичну) та індивідуальну

відповідальність (World Health Organization, 1975). Якщо взяти політичний вимір, то ця концепція передбачала створення та розвиток відповідних ефективних послуг та забезпечення рівного доступу населення до них; індивідуальна відповідальність стосувалася сприяння урядами здоров'язбережувальній поведінці населення. Повне визначення сексуального здоров'я звучало наступним чином: «Сексуальне здоров'я – це інтеграція соматичного, емоційного, інтелектуального і соціального аспектів сексуального буття способами, які позитивно збагачують і покращують особистість, спілкування та кохання (World Health Organization, 2002). Поняття сексуального здоров'я включає у себе позитивний підхід до сексуальності людини. Метою догляду за сексуальним здоров'ям має бути покращення життя та сімейних стосунків, а не просто консультування та догляд щодо репродуктивної функції та хвороб, що передаються статевим шляхом».

Також ця описана концепція сексуального здоров'я містила перелік проблем, що негативно впливають на нього:

- зазначені проблеми, пов'язані з інфекцією: не тільки захворювання, що передаються статевим шляхом, але такі проблеми, як вагініт і цистит, що можуть викликати різні сексуальні труднощі;
- зазначені проблеми, пов'язані з життєвим циклом: виникають у зв'язку з вагітністю, пологами та у пост-пологовий період, проблеми, що пов'язані з менструальним циклом, тощо;
- зазначені проблеми, пов'язані з контрацепцією: використання презервативів, гормональних контрацептивів, внутрішньо маткових спіралей, що можуть викликати кровотечі, порушення лібідо, тощо;
- зазначені проблеми, пов'язані з соціокультурними факторами, включаючи правові та економічні фактори (World Health Organization, 1975).

Як можна побачити, у цьому переліку відсутні психологічні, психопатологічні фактори розладів сексуальної поведінки, а також фактор міжособистісних стосунків партнерів.

В документі, що засвідчує розвиток і впровадження концепції сексуального здоров'я також зазначені положення щодо рівнів втручання. Зокрема вказується, що освіта, консультування та терапія можуть розглядатися як невіддільні частини загальних зусиль у сфері охорони сексуального здоров'я. По-перше, забезпечення сексуальної просвіти для громади, лікаря та більшості медичних працівників має найвищий пріоритет. Статеве виховання може бути ефективним у наданні допомоги окремим особам і парам у подоланні статевих проблем. По-друге, існує потреба в консультуванні окремих осіб та пар із складнішими сексуальними проблемами, на це має право медсестра/акушерка, лікар загальної практики, гінеколог та ін. По-третє, існує потреба в поглибленій сексуальній терапії спеціально підготовленими професіоналами-сексологами, які вирішують найскладніші проблеми сексуального здоров'я особистості (Ottawa Charter for Health Promotion, 1986).

У концепції сексуального здоров'я 1975 року також прописана концепція розвитку сексуального здоров'я, що являє собою радикальний відхід від релігійних поглядів на сексуальність, які розглядаються у її контексті як перешкоди для реалізації її програм. У концепції також міститься зауваження про сексуальну рівність статей і право жінок і чоловіків експериментувати. Вказується, що сексуальне здоров'я - це нова культурна концепція сексуальності, заснована на визнанні позитивного характеру нерепродуктивної статевої діяльності та її незалежність від репродуктивної функції сексуальних стосунків.

З часом концепція здоров'я загалом та сексуального зокрема, зазнала невеликих термінологічних змін. Визначення сексуального здоров'я, яке зараз найбільш поширене, це визначення, розроблене ВООЗ у 2002 році: «Сексуальне

здоров'я – це стан фізичного, емоційного, психічного та соціального благополуччя по відношенню до сексуальності; це не просто відсутність хвороби, дисфункції чи вади. Сексуальне здоров'я вимагає позитивного та шанобливого підходу до сексуальності та сексуальних стосунків, а також можливості отримання приємного та безпечного сексуального досвіду без примусу, дискримінації та насильства» (Романчук & Мельник, 2014).

Таке визначення феномену сексуального здоров'я конкретизувалось після прийняття декларації сексуальних прав, виданої WAS (всесвітнього конгресу сексологів) у 2000 році. Він містить:

1. Право на сексуальну свободу.
2. Право на статеву автономію, статеву цілісність, і безпеку тіла.
3. Право на сексуальну недоторканність приватного життя.
4. Право на сексуальну рівність.
5. Право на сексуальне задоволення.
6. Право на емоційне сексуальне вираження.
7. Право на вільні сексуальні стосунки.
8. Право робити вільний і відповідальний репродуктивний вибір.
9. Право на інформацію щодо сексу, засновану на наукових дослідженнях.
10. Право на компетентне сексуальне виховання.
11. Право на сексуальне здоров'я (Promotion of sexual health, 2000).

У документі, що був опублікований РАНО та WHO після цього з'їзду сексологів, зазначалось також створення Асоціації сексуального здоров'я та сексуальних прав як частини стратегії створення міжнародного консенсусу на користь новітньої сексуальної моралі на основі принципів та кінцевої мети концепції здоров'я. Зокрема, визначається поняття про відповідальну сексуальну поведінку та встановлені її моральні критерії: «Відповідальна сексуальна поведінка характеризується автономністю, взаємністю, чесністю,

повагою, згодою, захистом, прагненням до задоволення та здоров'я. Особа, яка демонструє відповідальну сексуальну поведінку, не має наміру заподіяти шкоду та утримується від експлуатації, переслідувань, маніпулювання та криміналу. Спільнота пропагує відповідальну сексуальну поведінку, надання знань, ресурсів і прав, які потребують її члени» (Promotion of sexual health, 2000).

Також в цьому документі надається класифікація станів здоров'я, що є перешкодами для досягнення сексуального здоров'я. Класифікація включає вісім синдромів:

- 1) клінічні синдроми, що порушують сексуальну функцію (статева дисфункція);
- 2) клінічні синдроми, пов'язані з порушенням емоційної прив'язаності/любові (наприклад, парафілія);
- 3) клінічні синдроми, пов'язані з компульсивною сексуальною поведінкою;
- 4) клінічні синдроми порушення статевої ідентичності;
- 5) клінічні синдроми, пов'язані з насильством;
- 6) клінічні синдроми, пов'язані з репродукцією;
- 7) клінічні синдроми, пов'язані з інфекціями, що передаються статевим шляхом;
- 8) клінічні синдроми, пов'язані з іншими захворюваннями (Promotion of sexual health, 2000).

Отже, декларація сексуальних прав базується на ідеї, що сексуальність і вільна практика сексуальної активності є важливою частиною загального здоров'я, добробуту та індивідуальним правом людини, яке треба підтримувати та захищати.

Рік згодом був виданий ще один важливий документ. «Заклик до дії для сприяння сексуальному здоров'ю та відповідальній сексуальній поведінці» був

офіційно опублікований 9 липня 2001 року (The Surgeon General's call to action to promote sexual health, 2001). Згідно цього документу «Сексуальне здоров'я нерозривно пов'язане як із фізичним, так і з психічним здоров'ям. Подібно до того, як проблеми з фізичним і психічним здоров'ям можуть сприяти сексуальній дисфункції та хворобі, сексуальній дисфункції та хворобі можуть сприяти проблеми з фізичним і психічним здоров'ям. Тому сексуальне здоров'я не обмежується відсутністю захворювання або дисфункції, і його важливість не обмежується репродуктивними роками. Воно включає в себе здатність розуміти і зважувати ризики, відповідальність, результати та наслідки сексуальних дій і практику утримання, коли вона є доречною. Воно включає свободу від статевого життя, насильства та дискримінації, а також здатність людей інтегрувати свою сексуальність у своє життя, отримувати від цього задоволення та відтворювати, якщо вони це обрали» (The Surgeon General's call to action to promote sexual health, 2001). Тобто «Заклик» затверджує наявність здатності людини розуміти та вимірювати внутрішні ризики та відповідальність, пов'язані з сексуальною поведінкою.

Статеву відповідальність слід розуміти в найширшому сенсі. Поки особиста відповідальність має вирішальне значення для здоров'я будь-якої людини, організації також мають важливі обов'язки. Індивідуальна відповідальність включає: розуміння та усвідомлення своєї сексуальності та статевого розвитку; повагу до себе та партнера; уникнення фізичної або емоційної шкоди собі або своєму партнеру; захист від вагітності; визнання та толерантність до різноманітності сексуальних цінностей у будь-якій спільноті. Громадська відповідальність - включає гарантії того, що його члени мають: доступ до розвитку сексуальної просвіти, охорони репродуктивного здоров'я та консультування; розповсюдженість, щоб мати статевий і репродуктивний вибір; повагу до різноманітності; і свободу від стигматизації та насильства за гендерною ознакою, расою, етнічною приналежністю, релігією або

сексуальною орієнтацією (The Surgeon General's call to action to promote sexual health, 2001).

У цьому документі також зазначається необхідність створення профілактичних програм, що будуть враховувати соціокультурний контекст (релігію, вік, тощо), спрямованих на подолання ризикованої та невідповідальної сексуальної поведінки.

Паралельно із «Закликом», у 2001 році у Англії приймається документ, що засвідчує, що «Сексуальне здоров'я є важливою частиною фізичного та психічного здоров'я. Воно є ключовою частиною нашої ідентичності як людини загалом, так і фундаментального права людини на конфіденційність, сімейне життя та життя без дискримінації. Необхідним елементом гарного сексуального здоров'я є рівноправні стосунки та сексуальна повноцінність, доступ до інформації та послуг, щоб уникнути ризику ненавмисної вагітності чи хвороби» (Department of Health, 2001). Цей документ дуже докладно описує систему профілактики (в основному ВІЛ-інфекції та небажаної вагітності), розглядаючи як трирівневу систему. Перший рівень складається з оцінки та моніторингу здоров'я населення, включаючи діагностику, консультування та спрямування людей до відповідних послуг. Другий рівень складається зі звичайних медичних втручань, призначення контрацепції, лікування статевих інфекцій, необхідні аналізи крові для діагностики ВІЛ-інфекції та проведення вазектомії. Третій рівень втручання надає спеціалізовані послуги з контрацепції та лікування СНІДу.

Ну і нарешті у 2012 році Центри контролю та профілактики захворювань (CDC), Консультативний комітет управління ресурсами та послугами охорони здоров'я з питань профілактики та лікування ВІЛ, вірусного гепатиту та СНАС розробили наступне переглянуте визначення сексуального здоров'я, рекомендоване для використання: «Сексуальне здоров'я – це стан благополуччя по відношенню до сексуальності протягом усього життя, що

включає фізичний, емоційний, розумовий, соціальний і духовний виміри. Сексуальне здоров'я є невід'ємним елементом здоров'я людини і базується на позитивному, справедливому та шанобливому підході до сексуальності, стосунків і репродукції, який вільний від примусу, страху, дискримінації, стигми, сорому та насильства. Це включає: здатність розуміти переваги, ризики та відповідальність сексуальної поведінки; профілактика та лікування захворювань та інших несприятливих наслідків; і можливість здійснення сексуальних стосунків. На сексуальне здоров'я впливають соціально-економічні та культурні умови, зокрема політика, практики та послуги, які сприяють здоров'ю окремих людей, сімей та їхніх громад» (Department of Health and Human Services, 2012).

Подібно до визначення ВООЗ, це нове визначення орієнтоване на здоров'я, наголошуючи на благополуччі, пов'язаному з сексуальністю, яке виходить за межі відсутності конкретних проблем зі здоров'ям у багатьох вимірах життя, а також на позитивних і шанобливих підходах до сексуальності та стосунків. Виходячи за межі визначення ВООЗ, визначення СНАС також спеціально підкреслює атрибути сексуального здоров'я як на *індивідуальному* рівні (наприклад, індивідуальне розуміння переваг, ризиків і відповідальності, а також профілактика та догляд за наслідками для здоров'я), так і на *соціальному* рівні (наприклад, вплив соціально-економічних і культурних контекстів і здоров'я для сімей і громад, а також для окремих осіб).

Отже, як бачимо, концепція сексуального здоров'я це не одна, а сума різних концепцій, що розвивалися паралельно одна одній і зрештою дійшли до важливого визначення цього феномену, але при цьому не дійшли до остаточної згоди.

В Україні найбільш поширеним є визначення сексуального здоров'я, що надає ВООЗ: «Сексуальне здоров'я - це стан психічного, емоційного, ментального та соціального благополуччя стосовно сексуальності людини. Це

не просто відсутність вади, хвороб чи дисфункції. Сексуальне здоров'я залежить від можливості мати приємні та безпечні сексуальні стосунки, без примусу, дискримінації та насильства. Сексуальне здоров'я є фундаментом для здоров'я людини в цілому, для побудови здорових стосунків в сім'ї, соціального та економічного розвитку суспільства» (МОН, 2010). Можливість жінок та чоловіків мати зберігати сексуальне здоров'я залежить від кількох факторів, серед яких:

- доступ до вичерпної та якісної інформації про секс та сексуальність;
- наявність знань про ризики, пов'язані з незахищеною сексуальною активністю;
- можливість отримати медичну допомогу;
- життя в суспільстві, що сприяє сексуальному здоров'ю» (МОН, 2010).

Сексуальне здоров'я включає в себе поняття сексуальної орієнтації та гендерну ідентичність, статеві стосунки та задоволення. А також ризики, серед яких:

- інфікування вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ), інфекції, що передаються статевим шляхом (ІПСШ), інфекції репродуктивного тракту (ІПСШ) та їх несприятливі наслідки (такі як рак та безпліддя);
- незапланована вагітність і аборт;
- сексуальна дисфункція;
- сексуальне насильство;
- шкідливі практики (наприклад, каліцтво жіночих статевих органів) (МОН, 2010).

Скажемо два слово про те, за якими напрямками здійснюється розвиток сексуального здоров'я на державному рівні. Більша частина програм, що існують, спрямовані на підлітковий та молодий вік, адже і чисельні наукові та соціологічні дослідження констатують, що саме цей віковий проміжок найпоширеніший у виникненні проблем сексуального здоров'я. Мова йде про

ВІЛ та інфекції, що передаються статевим шляхом, ранні вагітності, аборти, тощо. Тому ця проблема стає відповідальності держави. І держава здійснює розвиток сексуальної грамотності, популяризацію інформації про проблеми сексуального здоров'я, контрацептивні засоби через медичні установи, соціальні центри і освітні заклади і також через спроби статевого виховання за програмами ВООЗ. Але, можна окреслити такі основні проблеми розвитку сексуального здоров'я та статевого виховання через суспільне сприйняття сексуальності загалом:

- 1) табу на тему сексуально-репродуктивного здоров'я молоді;
- 2) відсутність політичної волі та відсутність системного підходу до вирішення проблем сексуальної сфери здоров'я молоді;
- 3) недостатня міжвідомча взаємодія з питань статевого виховання, а також перекладання відповідальності на міжнародні та вітчизняні неурядові організації;
- 4) спрямованість системи на надання академічних знань, але не соціальні навички;
- 5) однобічне та формальне здійснення ініціатив репродуктивного та сексуального здоров'я у освітніх закладах, та інші.

Сексуальне благополуччя особистості у багатьох документах та наукових роботах зарубіжних авторів виступає синонімом сексуального здоров'я. Інша справа суб'єктивне сексуальне благополуччя - предмет нашого наукового дослідження, це поняття, що формувалося під впливом документів «Загального сексуального здоров'я». І це суто психологічне поняття, що у багато чому перетинається із тим, що у мультидисциплінарному підході має назву «сексуальне благополуччя» або «сексуальне здоров'я», але стосується суто самосприйняття особистістю його компонентів. Суб'єктивне сексуальне благополуччя відноситься до внутрішньої когнітивної та емоційної оцінки людини власної сексуальності та сексуального здоров'я.

У наступному параграфі ми проаналізуємо цей феномен більш докладно.

1.2. Наукові підходи до феномену суб'єктивного сексуального благополуччя особистості та його чинників

Зазначимо одразу, що теоретичний аналіз змісту поняття «суб'єктивне сексуальне благополуччя» одразу виявив важливу плутанину понять. Адже в документах, що розглядалися у попередньому параграфі, термін «сексуальне здоров'я» використовувався як синонім «сексуальне благополуччя», і навіть у назвах цих документів ці два терміну постійно замінюють один одне. При цьому якщо взяти психологічні дослідження, то термін «сексуальне благополуччя» використовується як синонім поняття «суб'єктивне сексуальне благополуччя», адже стосуються емоційної та когнітивної оцінки людиною власного сексуального життя (Byers & Moglia, 2022).

Розуміння сексуального благополуччя у міжнародних дослідженнях значно варіюється, часто обмежуючись лише відсутністю сексуальних дисфункцій. Це поняття включає різноманітні аспекти, такі як зацікавленість у сексуальній активності, інтимність, здорові стосунки, фізіологічні функції (наприклад, ерекція чи оргазм), задоволення від сексу та самооцінка, пов'язана із сексуальністю (Tripodi & Silvaggi, 2017).

У більшості досліджень поняття суб'єктивного сексуального благополуччя також об'єднує різні позитивні елементи сексуальності, такі як сексуальне задоволення, бажання, функція інтимності, експресія, задоволення та інтерес, тощо (Hensel & Fortenberry, 2014). Тобто на додачу до емоційної та когнітивної оцінки власного сексуального благополуччя, беруться також до уваги інші складові сексуальності людини.

Визначення сексуального благополуччя R. Rosen та G. Bachmann є одним із найбільш часто використовуваних і охоплює комбінацію чотирьох факторів:

сексуальна функція, сексуальна активність, сексуальне задоволення та сексуальний інтерес (Rosen & Bachmann, 2008).

C. Byers зазначає, що, сексуальне благополуччя можна розглядати через баланс позитивних і негативних емоцій. Люди, які відчують переважно позитивні емоції, такі як задоволеність своїми (сексуальними) стосунками, мають високий рівень сексуального благополуччя (Byers & Rehman, 2010).

Інший підхід, евдемонічний, визначає психологічне благополуччя через загальну життєву задоволеність, де задоволення виступає когнітивним компонентом, що базується на порівнянні поточної ситуації з ідеалом. З цієї точки зору, сексуальне благополуччя визначається як оцінка людиною свого статевого життя у порівнянні з тим, яким би вона хотіла його бачити в ідеалі (Ryff & Keyes, 1995). Важливо враховувати як когнітивні, так і емоційні аспекти при визначенні сексуального благополуччя.

Інші дослідники, зазначають, що сексуальне благополуччя є складною, багатокomпонентною системою, яка відображає рівень реалізації сексуально-еротичної функції в сімейній системі. Воно включає психологічний компонент (соціально-психологічну та соціально-поведінкову адаптацію), соціокультурний компонент (культурно обумовлене ставлення до різних аспектів сексуальної близькості) та фізіологічний компонент (переживання сексуального задоволення).

S. Peudzh виділила шість критеріїв сексуального благополуччя подружніх пар, сформульованих на основі структурованих інтерв'ю:

- 1) сприйняття сексуального контакту як частини кохання;
- 2) прийняття сексуальних переживань такими, якими вони є;
- 3) врахування відмінностей у вподобаннях партнерів;
- 4) відкритість у обговоренні сексуального життя;
- 5) підтримання балансу між тим, що дають і отримують;

б) активний пошук способів урізноманітнити сексуальне життя (Peydzh, 2017).

Е. Gravel, Е. Reissing, L. Pelletier у своєму дослідженні підкреслюють важливість стосунків і комунікації між партнерами для оцінки якості сексуальних стосунків і благополуччя (Gravel & Reissing & Pelletier, 2020).

Італійські дослідники F. Tripodi, С. Silvaggi з Інституту клінічної сексології в Римі (Institute of Clinical Sexology, Rome) та С. Simonelli з університету "Sapienza" в Римі встановили, що рівень задоволеності сексуальним життям залежить від кількох ключових факторів (Tripodi & Silvaggi, 2017). Серед них: задоволеність сексуальним життям у попередні роки, здатність досягати оргазму, якісне та відкрите спілкування з партнером, а також загальне задоволення життям. Останнє включає аспекти, що виходять за межі домашнього середовища, такі як наявність партнера та дітей, високий рівень освіти та добрий стан здоров'я.

Сексуальне благополуччя також пов'язане із загальним поняттям «сексуальність». Як у зарубіжній, так і у вітчизняній науці тривають дискусії щодо змісту цього терміну.

Дослідники пропонують розглядати через призму різних аспектів сексуальності сексуальну норму. Маються на увазі такі аспекти сексуальності, як анатомо-фізіологічні, соціальні, психологічні та соціально-психологічні. З цієї точки зору сексуальне здоров'я визначається як комплексна взаємодія цих компонентів, що сприяє формуванню сексуальної поведінки та взаємовідносин. Результатом є гармонійна адаптація партнерів, яка відповідає нормам моралі як на особистому, так і на соціальному рівні (Lefkowitz & Vasilenko, 2014).

Французька гештальт-терапевтка В. Martel підкреслює, що ключовим аспектом людської сексуальності є здатність до близькості та інтимності. Вона пояснює це як уміння «відкритися для близькості», що означає прийняття іншої людини у власному просторі без відчуття загрози чи втрати себе, а також

здатність зануритися в іншу людину, зберігаючи свою ідентичність. На її думку, така відкритість базується на внутрішній впевненості та автономії. Водночас, авторка зауважує, що невдалий перший сексуальний досвід може негативно вплинути на подальше сексуальне життя, підриваючи впевненість у собі та формуючи негативне сприйняття сексуальності (Martel, 2006).

О. Kernberg, досліджуючи аспекти сексуальності та любові, описує зрілу сексуальну любов як багатогранну емоційну реакцію. Вона включає сексуальне збудження та потяг до партнера, ніжність, яка демонструє перевагу любові над агресією, а також толерантність до природної амбівалентності, що є характерною для людських стосунків. Крім того, зріла любов передбачає ідентифікацію з партнером на тілесному та емпатійному рівнях, зрілу ідеалізацію, відповідальність у міжособистісних стосунках, а також пристрась як у сексуальному, так і в об'єктному аспектах взаємин (Kernberg, 2000).

Згідно з гештальт-терапевтичним підходом В. Martel, сексуальність є ключовою екзистенційною проблемою, поряд із питаннями кінцівки життя, самотності, відповідальності та пошуку сенсу. Авторка наголошує, що сексуальність займає центральне місце серед цих проблем, оскільки любов може згаснути, її недостатньо для повного подолання самотності, а ідеальні стосунки не існують. Усвідомлення цього, на її думку, здатне пробудити в людях потужну енергію, яка народжується через бажання, любов і сексуальність (Martel, 2006).

D. Hensel та J. Fortenberry як ключову парадигму у вивченні сексуальності розглядають сексуальне здоров'я протягом усього життя людини. Вони трактують сексуальне здоров'я у широкому сенсі, пов'язуючи його з функціями сексу та сексуальності на різних етапах життя. Автори наголошують на тому, що сексуальність є фундаментальною частиною ідентичності та важливим елементом здоров'я і благополуччя. Відокремлюючи поняття сексуального здоров'я від сексуальності, вони акцентують увагу на тому, як

культурні, соціальні, психологічні та біологічні аспекти сексуальності інтегруються в індивідуальну тілесність і проявляються протягом усього життя. Особливу увагу дослідники приділяють розвитку двох основних компонентів сексуального здоров'я: партнерства та сексуальної поведінки (Hensel & Fortenberry, 2014).

W. Masters, V. Johnson та R. Kolodny визначають п'ять основних етапів сексуального циклу: збудження, плато, оргазм, дозвіл і рефрактерний період. Б. Мартель доповнює цю структуру, додаючи три важливі етапи:

- Сексуальний інтерес: перед тим, як виникає бажання, людина може цікавитися сексуальністю у світі навколо, читати чи слухати про неї. Однак є люди, які не мають сексуального інтересу.

- Сексуальне бажання: це усвідомлення прагнення до іншої людини, знайомої чи уявної. Тут поєднуються потяг, що виникає через гормони або зовнішні стимули, і збудження, яке викликають думки та фантазії. Людина вирішує, чи залишатися на цій фазі, загальмувати її або перервати.

- Психічна переробка: цей етап часто ігнорують сексологи. Він включає асиміляцію досвіду, витяг уроків або прийняття рішень на майбутнє. Хоча цей етап зазвичай розташовується в кінці циклу, він може виникати протягом усього сексуального процесу (Masters & Johnson, 1988).

В. Martel, з позицій гештальт-терапевтичного підходу, визначає сексуальне здоров'я через такі критерії, як психологічна гнучкість і здатність робити вибір (Martel, 2006). Психологічна гнучкість, за її словами, полягає не в застої чи застарілості, а у здатності переходити до нового, роблячи свідомий вибір, але без хаотичних змін, які можуть свідчити про надмірну гнучкість, характерну для бордерлайну.

Основними складовими сексуальних відносин вона вважає ніжність, близькість і агресивність, які плавно переходять одна в одну. Базовою якістю є здатність давати й отримувати ніжність через слова, жести та увагу. Близькість,

на її думку, охоплює афективний, тілесний, інтелектуальний і духовний аспекти. А здатність прийняти іншого у своєму просторі передбачає внутрішню впевненість і автономію.

Сексуальність є сферою, яка часто змушує людей задуматися про свою нормальність. За цими питаннями часто прихована тривога, пов'язана з відчуттям недосконалості. Хоча відповідність статистичним нормам може тимчасово зменшити цю тривогу, вона не вирішує глибокої проблеми суб'єктивного сприйняття власної недосконалості. Сексуальність і недосконалість значною мірою є соціальною проблемою, адже соціальний конструктивізм розглядає прагнення людей визначати «високе» і «низьке» сексуальне бажання як результат впливу ЗМІ, культури та фармацевтичної індустрії.

В. Бочелюк досліджує сексуальне здоров'я як важливий аспект особистісного розвитку, наголошуючи, що воно сприяє збагаченню людини на різних рівнях. На його думку, сексуально здорова особистість вибудовує глибокі й змістовні комунікативні зв'язки, які визначаються балансом егоїстичних і альтруїстичних мотивів. Взаємодіючи альтруїстично й прагнучи принести задоволення іншій людині, особистість водночас задовольняє власні потреби, зміцнює самооцінку та отримує емоційну насолоду, що робить цей процес гармонійним і взаємовигідним (Бочелюк & Черепехіна, 2020).

Отже, психологічний аналіз поняття сексуальності демонструє, що концептуальні підходи до її вивчення суттєво різняться залежно від теоретичних поглядів авторів на особливості цієї сфери особистості. У загальнопсихологічному контексті сексуальність постає як складне, багатогранне, міждисциплінарне явище, унікальне для кожної людини. Вона проявляється не лише як міжстатева взаємодія чи засіб продовження роду, але також як спосіб задоволення фізіологічних, соціальних, психологічних і соціально-психологічних потреб.

У дослідженнях зазначаються також переваги психічного та фізичного здоров'я, пов'язані з сексуальністю та сексуальним благополуччям особистості. Зокрема вказується на серцево-судинне здоров'я, кращі когнітивні здібності, нижчий рівень стресу, вищий рівень самооцінки та нижча смертність (Santos-Iglesias & Byers, 2022).

Крім того, за чисельними емпіричними дослідженнями, сексуальне благополуччя особистості також корелює з меншою кількістю сексуальних проблем, більшим сексуальним бажанням і вищим рівнем задоволеності стосунками. Також дослідники стверджують, що сексуальне благополуччя може позитивно впливати на якість стосунків, покращувати образ тіла та самооцінку, покращувати психічне здоров'я та пов'язувати його з релаксацією, меншою чутливістю до болю, вищою життєвою силою та меншою кількістю гінекологічних та шкірних захворювань (Giami, 2022).

Існують також дослідження, пов'язані із впливом сексуального благополуччя та психологічне та фізичне здоров'я людей похилого віку. Вказується, коли люди похилого віку мають сексуальну активність, їхнє психологічне та фізичне здоров'я може покращитися, що може допомогти зменшити різноманітні проблеми фізичного та психічного здоров'я (von Humboldt та ін. 2013a). Загальний висновок таких досліджень полягає в тому, що люди похилого віку, які мають сексуальну активність, отримують значну кількість задоволення та позитивного підкріплення, що може покращити психологічне та фізичне благополуччя та, можливо, заспокоїти низку проблем фізичного та психічного здоров'я. Також вказується на взаємозв'язок сексуального задоволення, адаптації до старіння і задоволеності життям (Humboldt, 2021). Дослідження показують, що сексуальне задоволення залишається життєво важливим аспектом життя та благополуччя з віком. Сексуальне задоволення безпосередньо впливає на сексуальне благополуччя в цілому, оскільки воно впливає на інтимні стосунки та сприяє загальному

самопочуттю та задоволенню життям. Крім того, сексуальне задоволення є важливим для людей похилого віку, що підкреслює його важливість для загального здоров'я та гарного старіння.

На основі даних широкомасштабних досліджень, проведених R. Rosen і G. Bachmann у 2008, встановлено зв'язок між сексуальною активністю та задоволенням, а також емоційним благополуччям, задоволеністю партнером і загальною якістю життя. Жінки, які мають більш активні та задовольняючі сексуальні стосунки, повідомляють про вищий рівень емоційного задоволення та задоволеності відносинами (Rosen & Bachmann, 2008). Це, у свою чергу, сприяє покращенню суб'єктивного здоров'я та досягненню інших позитивних результатів.

Дослідження задоволення статевим життям серед сексуально активних жінок показало, що високе задоволення від стосунків і низька тривожність прихильності виступають захисними факторами. Вони зменшують вплив незадовільного сексуального досвіду на рівень загальної задоволеності життям. Ці результати підтверджують сильний зв'язок між статевим благополуччям і загальним задоволенням життям протягом усього життя, причому цей зв'язок залежить від низки внутрішніх і міжособистісних факторів.

Серед важливих праць у цій сфері можна виділити дослідження В. Гупаловської та Н. Лень, які виявили, що сексуальне благополуччя жінок тісно корелює із задоволеністю сімейним життям і шлюбом.

Тож вітчизняні дослідники В. Гупаловська, О. Володимирець і Н. Лень вивчають психологічні аспекти сексуальності чоловіків і жінок з різним рівнем суб'єктивного благополуччя. Вони встановили, що суб'єктивне благополуччя жінок тісно пов'язане із сімейними стосунками, зокрема задоволеністю сімейним життям, виконанням сімейних ролевих очікувань і можливістю бути лідером у сім'ї. Крім того, важливими аспектами їх сексуальності є сексуальна

задоволеність, реалізованість і навіть сором'язливість (Гупаловська & Лень, 2015).

Також досліджуються психологічні умови сексуального благополуччя чоловіків і жінок у стабільних подружніх парах, виявляючи ключові фактори, такі як конгруентність між очікуваннями та реальним сексуальним життям, а також ставлення до сексу (Діденко, 2003). Емпіричні дослідження відкрили низку цікавих фактів, які іноді суперечать традиційним уявленням про чоловічу та жіночу сексуальність. Наприклад, жінки частіше демонструють установки на агресивний секс, ніж чоловіки, тоді як чоловіки виявляють схильність до цнотливості у стосунках (Бочелюк & Черепехіна, 2020). Також було встановлено зв'язок між вираженістю «мачистських» тенденцій і рівнем фінансово-побутового добробуту.

Ключовим висновком її роботи є те, що компоненти сексуального благополуччя — психологічний, соціокультурний і фізіологічний — мають стійкі взаємозв'язки, що підкреслює комплексний характер цього явища та його потенційну універсальність для обох статей.

Сексуальне благополуччя як психологічна проблема охоплює низку важливих феноменів, таких як суб'єктивна якість життя, щастя, оптимізм, психологічне та суб'єктивне благополуччя, сексуальне здоров'я, задоволення власним сексуальним життям і задоволеність сексуальними стосунками. Людина, яка сприймає свою сексуальність як невід'ємну та значущу частину життя, здатна виражати свої потреби й бажання, а також будувати сексуальні стосунки, які приносять задоволення. Така спрямованість на збереження і зміцнення сексуального здоров'я стає важливим компонентом психічного здоров'я та загального благополуччя.

Поняття «сексуальне благополуччя» можна визначити як психологічний стан, що характеризується переживанням особистісного задоволення власним сексуальним життям, задоволеністю стосунками з партнером і реалізацією

сексуальної функції. Це позитивно впливає на якість життя, успішність діяльності, суб'єктивне відчуття щастя та надихає як саму людину, так і її оточення.

Ми у нашому дослідженні за основу будемо брати визначення В. Гупаловської про те, що є суб'єктивним сексуальним благополуччям особистості та його модель, що розроблена нею і представлена нижче, адже на сьогоднішній день, вона є у вітчизняній психологічній науці найбільш розробленою, на наш погляд.

В. Гупаловська вказує, що у широкому сенсі суб'єктивне сексуальне благополуччя можна розглядати як багатогранний конструкт, що відображає складні взаємозв'язки між культурними (наприклад, норми, прийняті в суспільстві), соціальними (допустимість певних думок і дій), психологічними (когнітивними, емоційними та поведінковими, такими як привабливість, бажаність, задоволеність, самооцінка), фізичними (зовнішня привабливість, статева конституція) та духовними факторами (трансцендентність, аксіологічна інтерпретація) (Гупаловська, 2021).

У створеній моделі, вона розміщає суб'єктивне сексуальне благополуччя на «перетині суб'єктивного благополуччя та сексуального здоров'я, що розгортаються у процесі реалізації сексуальності» (рис. 1.1.) (Гупаловська, 2021).

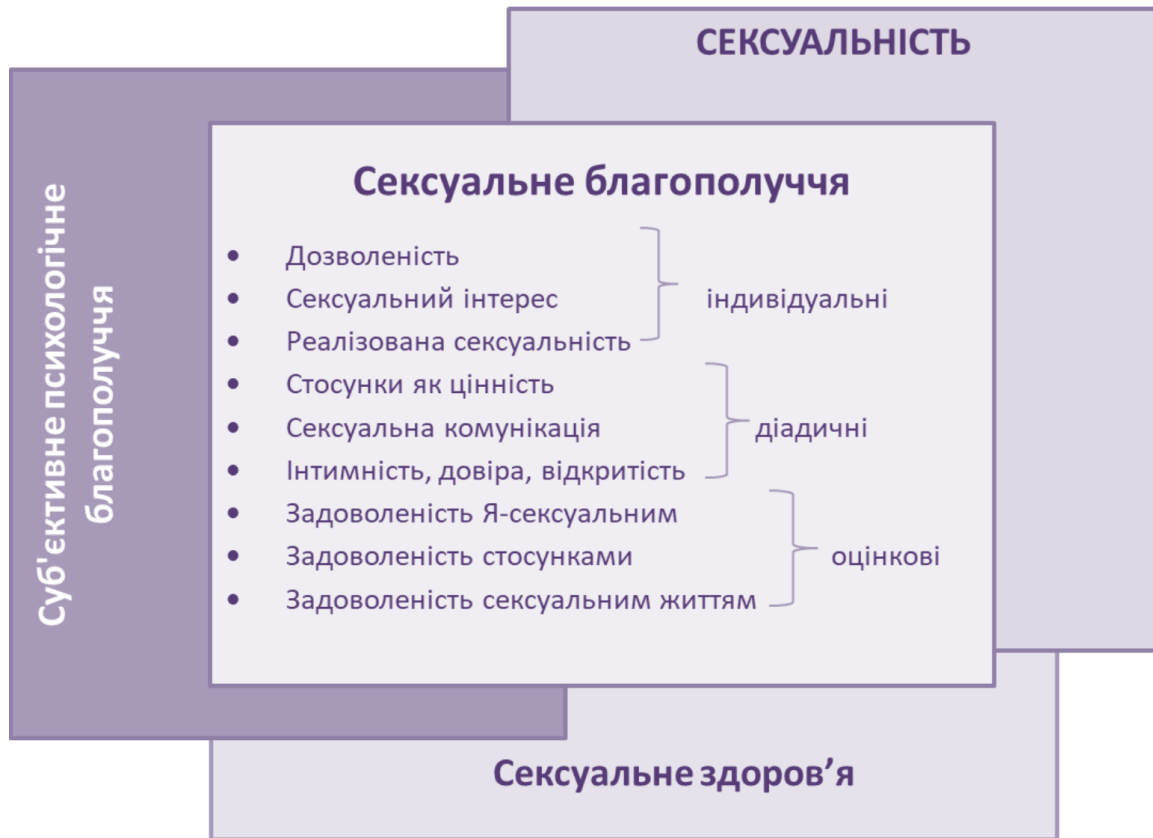


Рис. 1.1. Модель суб'єктивного сексуального благополуччя В. Гумпаловської

На її думку, показники сексуального благополуччя включають наявність позитивного життєвого фону, який сприяє виникненню сексуального інтересу та його реалізації. Це може бути задовільний стан здоров'я, наявність партнера або потенційного партнера, а також відсутність життєвих труднощів чи нагальних проблем.

Концепт «дозволеність» охоплює прийняття власної сексуальності, дозвіл собі думати про сексуальність та реалізовувати її. Він передбачає прийняття себе як сексуального суб'єкта та об'єкта, а також власних сексуальних сценаріїв, які формуються з урахуванням міжособистісних і культурних аспектів.

Сексуальна потреба, яка відображає фізичний рівень сексуальності, може бути більш вираженою у людей із сильною статевою конституцією. Цей фактор належить до тілесно-фізичного рівня сексуальності. Більшість компонентів сексуального благополуччя оцінюються суб'єктивно, оскільки саме людина є творцем свого сексуального життя та благополуччя. Індивідуальні чинники відіграють важливу роль.

Наявність близьких душевних і фізичних стосунків із бажаною людиною відповідає потребі у прийнятті, належності та любові, як це описано в ієрархії потреб Маслоу. Цей фактор охоплює тілесно-фізичний, душевно-емоційний та духовний рівні сексуальності. Сексуальна комунікація, яка включає здатність відкрито висловлювати свої вподобання та бажання, є як показником, так і ресурсом сексуального благополуччя. Вона передбачає високий рівень довіри, відкритість та увагу до партнера, що сприяє інтимності та зниженню тривожності.

Сексуальна розкутість також може підвищувати рівень задоволеності сексуальним життям, хоча показник сексуального благополуччя може залишатися іншим. Ці чинники характеризують парний контекст сексуального благополуччя, що робить їх важливими для оцінки стосунків.

Задоволеність власною сексуальністю, якістю стосунків, сексуальним життям та реалізацією сексуальності є показником суб'єктивної оцінки, яка сигналізує людині про її емоційне сприйняття певного явища — позитивне чи негативне. Ці аспекти можна назвати оцінковими факторами.

Суб'єктивне сексуальне благополуччя також можна розглядати як гармонійну реалізацію сексуальності з точки зору самої людини. Сексуальність є багатогранним явищем, біопсихосоціальним феноменом, що формується на основі статевої. Вона переживається на внутрішньому рівні як сукупність анатомо-фізіологічних і психологічних характеристик, самовизначення та проявляється у поведінці через статево самопрезентацію та прагнення до

побудови міжособистісних стосунків. Як частина цілісної Я-концепції та ідентичності особистості, сексуальність охоплює ментально-духовний рівень.

Сексуальність охоплює тілесно-фізичний, душевно-емоційний та ментально-духовний рівні, розглядаючись у біологічному, психологічному та культурному аспектах. Вона є способом, через який людина переживає свою статеву належність і проявляє її. Суб'єктивне сексуальне благополуччя можна визначити як гармонійне переживання своєї статевої належності та адаптивний спосіб її реалізації.

За моделлю В. Гупаловської (рис.1.1) (Гупаловська, 2021), чинники сексуального благополуччя включають:

- Індивідуальні: дозволеність, сексуальний інтерес, реалізована сексуальність.
- Діадичні: стосунки як цінність, сексуальна комунікація, інтимність, довіра, відкритість.
- Оцінкові: задоволення власним Я-сексуальним, сексуальними стосунками, партнерством, сексуальним життям загалом.

Авторка також виділяє наступні детермінанти сексуального благополуччя, що розподіляються на рівні:

1. Особистісний рівень (мікросистема): соціально-демографічні характеристики, сексуальні дисфункції, риси особистості, сексуальне саморозкриття, ставлення до сексуальності та суб'єктивного благополуччя.

2. Міжособистісний рівень (мезосистема): характеристики стосунків, сексуальна комунікація, інтимність, рівноправність, відкритість, довіра, романтичне кохання, партнерство.

3. Екзосистема: традиції, сімейні цінності, соціальна підтримка, вагітність, батьківство, віктимізація, сімейні взаємодії в дитинстві.

4. Макросистема: релігійність, політична ідеологія, суспільна мораль, цінності, свобода самовираження (Гупаловська, 2021).

Таким чином, можна підвести підсумок. Суб'єктивне сексуальне благополуччя особистості визначається як психологічний стан, що характеризується переживанням особистісного задоволення власним сексуальним життям, задоволеністю стосунками з партнером і реалізацією сексуальної функції. Відкритим залишається питання психологічних особливостей особистості, що можуть впливати на цей психологічний стан. Відповіді на це питання будуть присвячені наступні розділи.

Висновки до розділу 1

У розділі проаналізовані підходи до визначення сексуального здоров'я, сексуальності, сексуального благополуччя особистості. Визначено, що сексуальне здоров'я - це стан психічного, емоційного, ментального та соціального благополуччя стосовно сексуальності людини. Це не просто відсутність вади, хвороб чи дисфункції. Сексуальне здоров'я залежить від можливості мати приємні та безпечні сексуальні стосунки, без примусу, дискримінації та насильства. Сексуальне здоров'я є фундаментом для здоров'я людини в цілому, для побудови здорових стосунків в сім'ї, соціального та економічного розвитку суспільства. При цьому сексуальне благополуччя, визначається як складна, багатокomпонентна система, що відображає рівень реалізації сексуально-еротичної функції в сімейній системі. Воно включає психологічний компонент (соціально-психологічну та соціально-поведінкову адаптацію), соціокультурний компонент (культурно обумовлене ставлення до різних аспектів сексуальної близькості) та фізіологічний компонент (переживання сексуального задоволення).

Суб'єктивне сексуальне благополуччя також можна розглядати як гармонійну реалізацію сексуальності з точки зору самої людини. Це психологічний стан, що характеризується переживанням особистісного

задоволення власним сексуальним життям, задоволеністю стосунками з партнером і реалізацією сексуальної функції. Чинники сексуального благополуччя поділяються на так основні групи: індивідуальні: дозволеність, сексуальний інтерес, реалізована сексуальність; діадичні: стосунки як цінність, сексуальна комунікація, інтимність, довіра, відкритість; та оцінні: задоволення власним Я-сексуальним, сексуальними стосунками, партнерством, сексуальним життям загалом.

Детермінантами сексуального благополуччя особистості можуть бути розташовані на будь-якому рівні. На особистісному, наприклад, на суб'єктивне сексуальне благополуччя можуть впливати соціально-демографічні характеристики, сексуальні дисфункції, індивідуальні риси особистості, рівень сексуального саморозкриття, ставлення до сексуальності та суб'єктивного благополуччя. У сфері взаємовідносин на сприйняття власного сексуального благополуччя можуть впливати особливості стосунків, сексуальної комунікації, рівень інтимності, рівноправності, відкритості, довіри, тощо. На рівні екзосистеми детермінантами можуть бути традиції, сімейні цінності, соціальна підтримка, вагітність, батьківство, віктимізація, сімейні взаємодії в дитинстві. І також впливає на рівень суб'єктивного сексуального здоров'я макросистема, такі її складові як релігійність, політична ідеологія, суспільна мораль, цінності, свобода самовираження.

РОЗДІЛ 2

ПРОГРАМА ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ КЛІЄНТІВ ІЗ НИЗЬКИМ РІВНЕМ СУБ'ЄКТИВНОГО СЕКСУАЛЬНОГО БЛАГОПОЛУЧЧЯ

2.1. Програма емпіричного дослідження

Метою нашого емпіричного дослідження було вивчення психологічних особливостей клієнтів з низьким рівнем суб'єктивного сексуального благополуччя. Тому завданням емпіричної частини дослідження були наступні:

1. Розробити програму емпіричного дослідження психологічних особливостей клієнтів з низьким рівнем суб'єктивного сексуального благополуччя.
2. Здійснити емпіричне дослідження.
3. Проаналізувати результати та зробити висновки про психологічні особливості клієнтів з низьким рівнем суб'єктивного сексуального благополуччя.

Згідно із сформульованими завданнями, емпіричне дослідження планувалось проводити у декілька основних етапів (рис. 2.1)

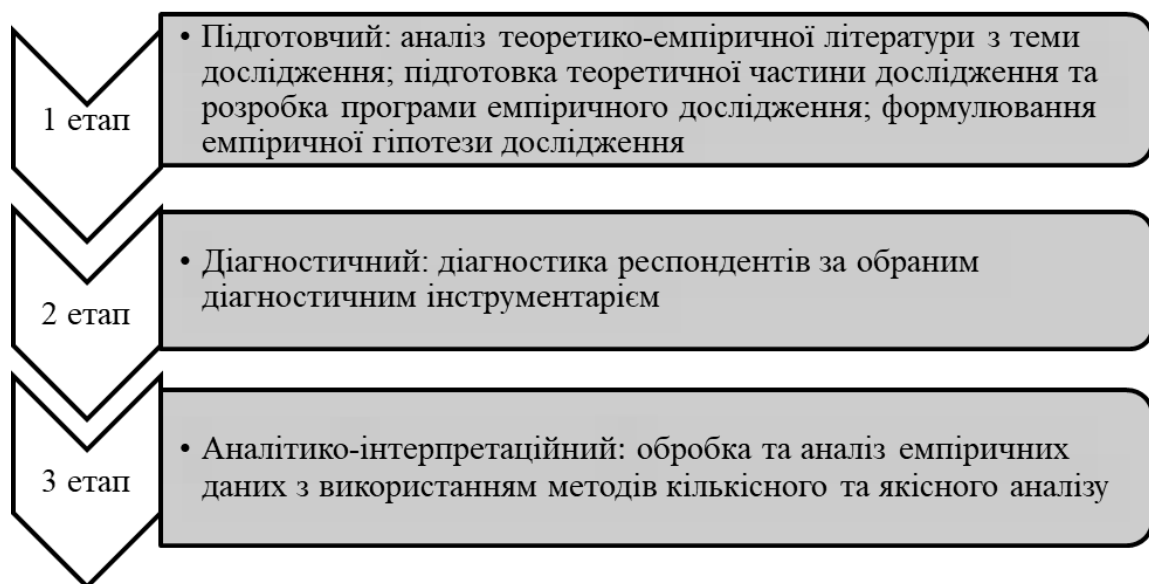


Рис. 2.1. Основні етапи емпіричного дослідження

Згідно схеми дослідження, що представлена на рис. 2.1, перший – підготовчий етап дослідження мав на меті теоретичну та методологічну підготовку до емпіричного дослідження: вивчення психологічної літератури з проблеми сексуального благополуччя особистості, а також розроблялась змістовна та методологічна сторона емпіричного дослідження. Організація емпіричного дослідження полягала у визначенні етапів емпіричного дослідження та його особливостей, часі проведення дослідження, вибірки обстежених, у відборі надійних і валідних психодіагностичних методик відповідно до предмету та завдань дослідження.

Для досягнення мети дослідження і реалізації поставлених завдань використовувалися наступні методи дослідження:

- 1) Для визначення рівня сексуального благополуччя особистості: опитувальник суб'єктивного сексуального благополуччя (Гупаловська, 2021).
- 2) Для визначення психологічних особливостей особистості: методика «Біологічно-обумовлений профіль особистості» (Freiburg Personality Inventory, українською мовою); опитувальник психологічної ресурсності особистості (Штепа, 2008); «Модифікована шкала суб'єктивного благополуччя ВВС» (Pontin & Schwannauer & Tai & Kinderman, адаптована українською мовою Карамушкою, Терещенко, 2022); «Шкала позитивного ментального здоров'я» Lukat & Margraf & Lutz, та інші (адаптована українською мовою Карамушкою, Терещенко, 2022).
- 3) А також методи *статистичні методи обробки даних* – методи первинної статистики; методи порівняльної статистики (Т-критерій Ст'юдента); метод пошуку статистичних зв'язків (кореляційний аналіз).

Другий етап дослідження полягав в безпосередньому проведенні емпіричних процедур.

На етапі обробки та інтерпретації отриманих даних застосовувалися методи математико-статистичної обробки даних за допомогою кількісного і

якісного аналізу. Для статистичного аналізу отриманих емпіричних даних використовувались програми: SPSS 23.0 for Windows та Microsoft Excel 2016.

У емпіричному дослідженні взяло участь дві групи респондентів. Перша – ГСБ+, у її складі було 48 осіб (34 жінки та 14 чоловіків), віком від 24 до 39 років. У цю групу увійшли респонденти, що виявили високі показники суб'єктивного сексуального благополуччя. ГСБ+ респондентів використовувалася нами для порівняння вираженості психологічних якостей на відміну від вираженості психологічних особливостей респондентів ГСБ-.

Респонденти ГСБ-, виявили низький рівень суб'єктивного сексуального благополуччя. Їх кількість налічувала 53 особи (38 жінок та 15 чоловіків, віком від 25 до 42 років).

Загалом у емпіричному дослідженні взяло участь 101 респондент.

Дослідження проводилось протягом листопада 2024 - березня 2025 року. Його результати представлені у наступних параграфах.

Коротко опишемо зміст основних методів емпіричного дослідження.

2.2. Методичний інструментарій емпіричного дослідження

Для визначення рівня сексуального благополуччя особистості: опитувальник суб'єктивного сексуального благополуччя (В. Гупаловська, 2021).

Опитувальник суб'єктивного сексуального благополуччя (В. Гупаловська, 2021). Методика призначена для психологічних досліджень особливостей сексуальності людини, задоволеності сексуальними стосунками, в якості одного із факторів задоволеності життям загалом. Текст опитувальника складається з 34 питань, відповідь на які респондент має оцінити за шкалою від 0 (завжди ні) до 4 (завжди так) балів. Опитувальник має також зворотні питання.

Інтерпретація результатів опитувальника надає можливість оцінити рівень суб'єктивного сексуального благополуччя особистості за п'ятьма основними шкалами (сексуальна комунікація, сексуальна потреба, кількісна потреба, стосунки як цінність та задоволеність сексуальним життям та стосунками) , а також за інтегральним показником ССБ. Розкриємо зміст цих показників.

1. Сексуальна комунікація. Високий рівень вказує на здатність людини відкрито висловлювати партнерові свої вподобання, бажання чи небажання. Такими особам притаманна природність поведінки, наявність сексуальної розкृतості, відсутність комплексів, які мають відношення до сексуальної сфери, вищий рівень довіри, прийняття себе і партнера та нижчий рівень тривоги. Низький рівень притаманний людині, якій важко відкрито розмовляти із своїм партнером на теми, що мають відношення до їхнього сексуального життя. Таким людям властивий вищий рівень тривоги в стосунках, недовіри, більша кількість комплексів, сексуальна скутість, сором'язливість, страх бути відкинутими та не почутими.

2. Сексуальна потреба. Високий рівень вказує на високе значення статевого життя, наявність у людини інтенсивної сексуальної потреби, сексуальну збудливість, виражене сексуальне лібідо що репрезентує тілесно-фізичний рівень сексуальності. Низький рівень характеризує людину, якій притаманний дещо нижчий рівень потреби в сексуальній «розрядці», що більшою мірою охоплює людей із середньою та слабшою статевою конституцією. Більшого значення надається стосункам, ставленню, психологічному клімату сексуальних контактів.

3. Кількісна потреба. Високий рівень свідчить про бажання людини мати багато сексуальних контактів, часті контакти, декілька сексуальних партнерів для того, щоб повною мірою відчувати задоволення від свого сексуального життя. Низький рівень характеризує бажання людини задовольняти свої

сексуальні потреби лише з однією людиною. Більше того, важливим моментом є наявність з нею гармонійних та глибоких стосунків.

4. Стосунки як цінність. Високий рівень притаманний людині, яка визнає важливість душевної близькості, довіри, розуміння у стосунках та надає їм першочергової ролі у стосунках між партнерами. Низький рівень характеризує особу, яка надає сексуальному компоненту відносин першочергової ролі, в той час коли емоційних компонент відходить на задній план і ним можна «жертвувати» заради сексуального задоволення і сатисфакції.

5. Задоволеність сексуальним життям і стосунками. Високий рівень вказує на високу суб'єктивну оцінку власного сексуального життя та відносин загалом і на задоволеність ними. Низький рівень притаманний людям, які виявляють внутрішню негативну оцінку своїх стосунків, включаючи сферу сексуального життя.

ССБ - інтегральний показник: високі значення свідчать про високий рівень суб'єктивного сексуального благополуччя, високу оцінку людиною усіх аспектів власної сексуальності, задоволеність сексуальними стосунками і сексуальним функціонуванням (сексуальною збудливістю, сексуальною активністю, застосовуваними сексуальними сценаріями).

Опитувальник стандартизований, має бланк, ключ для інтерпретації та таблицю розподілу рівнів показників.

Для визначення психологічних особливостей особистості: методика «Біологічно-обумовлений профіль особистості» (FPI, І. Фаренберга, Х. Зарга, Р.Г. Гампель, українською мовою); опитувальник психологічної ресурсності особистості (О. Штепа); «Модифікована шкала суб'єктивного благополуччя БіБіСі» (Р. Pontin, М. Schwannauer, S. Tai, М. Kinderman, адаптована українською мовою Л. Карамушкою, К. Терещенко та О. Креденцер, 2022); «Шкала позитивного ментального здоров'я» J. Lukat, J. Margraf, R. Lutz, та інші

(адаптована українською мовою Л. Карамушкою, К. Терещенко та О. Креденцер, 2022).

«Шкала позитивного ментального здоров'я» J. Lukat, J. Margraf, R. Lutz, та інші (адаптована українською мовою Л. Карамушкою, К. Терещенко та О. Креденцер, 2022) включає 9 тверджень, використовується 4-бальна оціночна шкала. Методика дає можливість визначити позитивну спрямованість ментального здоров'я, що позитивно «забарвлює» життєву активність людини, що дозволяє, на відміну від так званого «негативного психічного здоров'я», зберігати стресостійкість та встановлювати соціальні контакти з людьми.

Мінімальний показник позитивного ментального здоров'я дорівнює 9 балам, максимальний показник дорівнює 36 балам. Низький рівень показника позитивного ментального здоров'я відповідає інтервалу 9-24 балів, середній рівень – 25-29 балів, високий рівень – 30-36 балів.

Опитувальник має інструкцію, бланк відповідей, ключ для інтерпретації. Методика може застосовуватися як в індивідуальних, так і в групових дослідженнях.

Методика «Біологічно-обумовлений профіль особистості» (Freiburg Personality Inventory, FPI) розроблена для прикладних досліджень, спрямованих на діагностику станів і властивостей особистості, що відіграють ключову роль у процесі соціальної адаптації та регуляції поведінки.

Опитувальник містить 114 питань, на які респонденти відповідають «так» або «ні». Для аналізу результатів використовується спеціальний бланк відповідей, ключ для обробки даних, таблиці переведення сирих балів у стандартні значення та інструкція для респондентів.

Структура опитувальника FPI містить 12 шкал, які поділяються на основні (I—IX) та похідні (X—XII). Похідні шкали складаються з основних і позначаються також буквами E, N, M.

Шкала I (невротичність) – визначає рівень невротизації; високі оцінки свідчать про наявність виражених психосоматичних порушень.

II (спонтанна агресивність) – допомагає оцінити рівень імпульсивної поведінки, що може свідчити про психопатизацію інтротенсивного типу.

III (депресивність) – діагностує ознаки депресивного синдрому у поведінці та ставленні до себе й соціального середовища.

IV (дратівливість) – оцінює емоційну стабільність; високі оцінки вказують на схильність до афективного реагування.

V (товариськість) – відображає соціальну активність, рівень потреби у спілкуванні та готовність її задовольняти.

VI (рівноваженість) – свідчить про стійкість до стресу; високі оцінки пов'язані з упевненістю в собі та оптимізмом.

VII (реактивна агресивність) – допомагає визначити рівень психопатизації екстратенсивного типу, що виявляється у прагненні до домінування.

VIII (сором'язливість) – відображає рівень соціальної тривожності, схильність до скутості та труднощів у взаємодії.

IX (відкритість) – характеризує рівень самокритичності та прагнення до довірливої взаємодії з оточенням.

Опис похідних шкал

X (E) – екстраверсія-інтроверсія: високі оцінки відповідають екстравертованості, низькі – інтровертованості.

XI (N) – емоційна лабільність: визначає стійкість емоційного стану, частоту змін настрою та рівень саморегуляції.

XII (M) – маскуліність-фемініність: високі оцінки свідчать про переважання чоловічого типу психічної діяльності, низькі – жіночого.

Методика може застосовуватися як в індивідуальних, так і в групових дослідженнях. Має інструкцію, бланк та ключ для обробки отриманих даних.

Методика «Модифікована шкала суб'єктивного благополуччя БіБіСі» (The Modified BBC Subjective Well-being Scale (BBC-SWB) (P. Pontin, M. Schwannauer, S. Tai, & M. Kinderman) включає три субшкали:

1) «психологічне благополуччя» (здатність контролювати своє життя, відчувати оптимізм з приводу майбутнього, впевненість у своїх власних думках і переконаннях, рости і розвиватися як особистість тощо);

2) «фізичне здоров'я та благополуччя» (задоволеність фізичним здоров'ям, якістю сну, здатністю працювати та здійснювати свою повсякденну життєву активність, займатись спортом і відпочивати, відсутність депресії, тривоги тощо);

3) «стосунки» (комфортність у ставленні та спілкування з іншими людьми, наявність щасливих дружніх і особистих відносин, здатність звернутись за допомогою до інших, задоволеність своїм сексуальним життям тощо) (Pontin, Schwannauer & Kinderman, 2013).

Як і оригінальна методика «The BBC Subjective Well-being Scale (BBC-SWB)», модифікована методика складається з 24 пунктів, але на відміну від неї використовується не 4-бальна, а 5-бальна оціночна шкала.

Отримані показники порівнюються з нормативними.

Методика має інструкцію, бланк, ключ до обробки результатів та нормативні шкали. Методика може застосовуватися як в індивідуальних, так і в групових дослідженнях.

Опитувальник «Психологічна ресурсність особистості» (О. Штепа) спрямований на виявлення ключових психологічних ресурсів та рівня їх актуалізації. Автор розглядає самоздійснення як основний механізм актуалізації ресурсів, оскільки воно означає переведення потенційних можливостей у реальність. Самоздійснення визначається через свободу від зовнішніх примусів (культурні очікування, політичні та економічні обмеження), відповідальність та цілісність особистості (Штепа, 2018).

На основі цього дослідник припускає, що психологічна ресурсність входить у структуру суб'єктності особистості та пов'язана з процесами самодистанціювання, самотрансценденції, свободи та відповідальності, які змінюють рівень здатності особистості використовувати ресурси.

Опитувальник містить 67 запитань, на які респондент має дати відповідь «так» або «ні». За кожну відповідність відповіді до ключа додається 1 бал до загальної кількості балів. Обчислюється сума балів за кожною шкалою з 15 основних шкал, кожна з яких відображає різні аспекти ресурсності:

1. Упевненість у собі – здатність приймати рішення, наполягати на своєму, аналізувати причини невдач та коригувати поведінку.
2. Доброта до людей – віра у людську доброту, неконфліктність у взаєминах.
3. Допомога іншим – активний альтруїзм, підтримка та натхнення.
4. Успіх – здатність до самореалізації та організації умов для повного розкриття потенціалу.
5. Любов – підтримка близьких, відкритість у взаєминах, щирість.
6. Творчість – здатність до оригінальних рішень, відмова від шаблонних сценаріїв.
7. Віра у добро – переконаність у справедливості, милосердя, духовність.
8. Прагнення до мудрості – здатність навчатися, передавати знання іншим.
9. Робота над собою – саморефлексія, вдосконалення своїх особистісних якостей.
10. Самореалізація у професії – задоволеність роботою, внесок у суспільство.
11. Відповідальність – прогнозування наслідків своїх дій, відповідність власним переконанням.

12. Знання власних ресурсів – реалістичне оцінювання можливостей та напрямів саморозвитку.

13. Оновлення психологічних ресурсів – уміння знижувати стрес, знаходити внутрішню рівновагу.

14. Вміщення ресурсів – здатність долати труднощі, створювати гармонійні стосунки.

15. Загальний рівень ресурсності – автономність, компетентність, прагнення до саморозвитку.

Опитувальник містить бланк відповідей, ключ для обробки результатів, інструкцію та систему оцінювання. Використовується для індивідуальної та групової діагностики.

Результати емпіричного дослідження представлені у наступному розділі.

Висновки до розділу 2

Розроблено програму емпіричного дослідження психологічних особливостей клієнтів з низьким рівнем суб'єктивного сексуального благополуччя, що включає в себе три етапи: підготовчий, діагностичний та аналітичний.

Згідно з метою та завданнями емпіричного дослідження, здійснено підбір валідних психодіагностичних методик, сформована вибірка, підібрані методи обробки та аналізу емпіричних даних, їх психологічної інтерпретації: методи первинної статистики; методи порівняльної статистики (Т-критерій Ст'юдента); метод пошуку статистичних зв'язків (кореляційний аналіз).

РОЗДІЛ 3

РЕЗУЛЬТАТИ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ КЛІЄНТІВ ІЗ НИЗЬКИМ РІВНЕМ СУБ'ЄКТИВНОГО СЕКСУАЛЬНОГО БЛАГОПОЛУЧЧЯ

3.1. Результати діагностики рівня суб'єктивного сексуального благополуччя респондентів та порівняльний аналіз особливостей клієнтів із низьким та високим рівнем суб'єктивного сексуального благополуччя

На першому етапі емпіричного дослідження нами було здійснено діагностику суб'єктивного сексуального благополуччя за опитувальником В. Гупаловської. Було поставлено дві основні задачі. По-перше, виявлення загального рівня показників ССБ у вибірці і по-друге – виділення двох груп клієнтів для порівняння показників особистісних характеристик. У аналізі результатів емпіричного дослідження нами були використані такі статистичні методи як: первинні статистики, метод пошуку значимої статистичної різниці показників у двох групах - Т-критерій Ст'юдента та метод пошуку статистичних зав'язків (кореляційний аналіз). На рис. 3.1. представлені результати аналізу результатів діагностики суб'єктивного сексуального благополуччя та його складових.

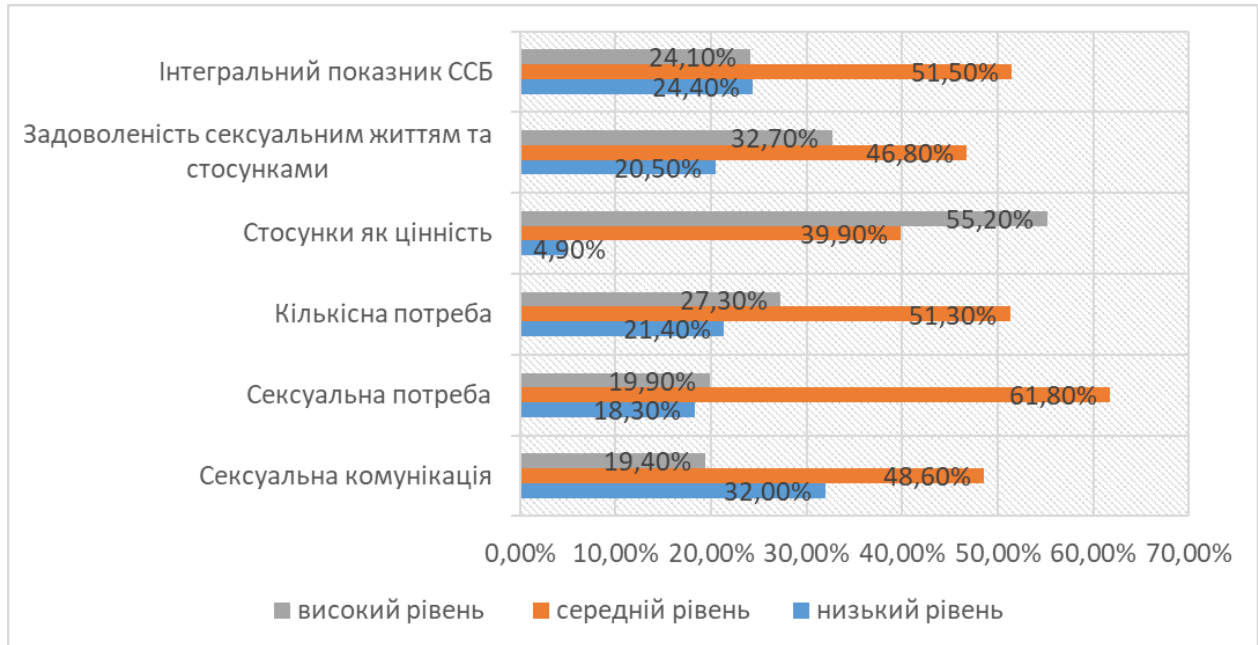


Рис. 3.1. Статистичний розподіл рівнів суб'єктивного сексуального благополуччя у загальній вибірці дослідження

Як можна побачити з рис. 3.1, високий рівень інтегрального показнику суб'єктивного сексуального благополуччя (ССБ) виявлено у 24,1% респондентів, середній – у 51,%, а низький – у 24,4%.

Шкала «сексуальна комунікація» відображує здатність відкрито висловлювати партнерові свої вподобання, бажання чи небажання. Люди з високим рівнем показнику цієї шкали характеризуються природністю поведінки, наявністю сексуальної розкнутості, відсутністю комплексів у сексуальній сфері життя, високою довірою та прийняттям себе та партнера. Діагностика ССБ виявила високий рівень показнику за цією шкалою у 19,4% респондентів, середній – у 48,6%.

У 32% респондентів виявлено низький рівень за шкалою сексуальної комунікації. Такі респонденти характеризуються низькою відкритістю у розмовах, що стосуються сексуальних відносин із партнером, високим рівнем тривоги в стосунках, недовіри, наявністю внутрішніх комплексів, сексуальною скутістю, сором'язливістю, страхом відторгнення.

За шкалою «сексуальна потреба» високий рівень виявлено у 19,9% респондентів, середній – у 61,8%. Особи із високим рівнем сексуальної потреби характеризуються інтенсивною цією потребою, сексуальною збудливістю, високим рівнем лібідо. Тобто мова йде про фізіологічну потребу, що виражається також на тілесному рівні.

Низький рівень сексуальної потреби виявлено у 18,3% респондентів. Такі особи загалом характеризуються низьким рівнем фізіологічної потреби у сексуальних стосунках, вони більше значення надають стосункам, ставленню, психологічному клімату сексуальних контактів.

Ще одним показником ССБ є кількісна потреба. Цей показник характеризує кількість сексуальних партнерів, до яких прагне людина. Високий рівень цього показнику виявлено у 27,3% респондентів. Такі особи характеризуються бажанням мати багато сексуальних контактів, часті контакти, декілька сексуальних партнерів для того, щоб повною мірою відчувати задоволення від свого сексуального життя.

Низький рівень за шкалою кількісної потреби виявлено у 21,4% опитаних респондентів. Такі особи, як правило, характеризуються бажанням задовольняти свої сексуальні потреби лише з одним партнером, а умовою наявності гармонійних та глибоких стосунків із ним.

Шкала «стосунки як цінність» виявляє прагнення та важливість близькості, довіри, розуміння у стосунках. Високий рівень показників за цією шкалою виявлено у 55,2% респондентів, середній – у 39,9%.

Шкала «задоволеність сексуальним життям та стосунками» визначає суб'єктивну оцінку задоволеності стосунками та їх сексуальною сферою. Високий рівень показнику цієї шкали виявлено у 32,7% респондентів, низький – у 20,5%.

Загалом можна зробити висновок про те, що більшості опитаних нами респондентів притаманний середній рівень суб'єктивного сексуального

благополуччя. Але діагностика його загального показнику дала нам змогу поділити вибірку на дві групи. ГСБ- – це респонденти із низьким рівнем показнику ССБ. ГСБ+ – це респонденти із високим та середнім рівнем. Такий поділ надає нам можливість прослідити статистично значимі відмінності та зв'язки між показниками досліджуваних психологічних особливостей з метою виділення основних з них для респондентів з низьким рівнем ССБ.

Отже на наступному етапі нашого дослідження, нами було здійснено дослідження та аналіз особистісних профілів за опитувальником FPI (І. Фаренберга, Х. Зарга, Р.Г. Гампель). Результати представлені на рис. 3.2.

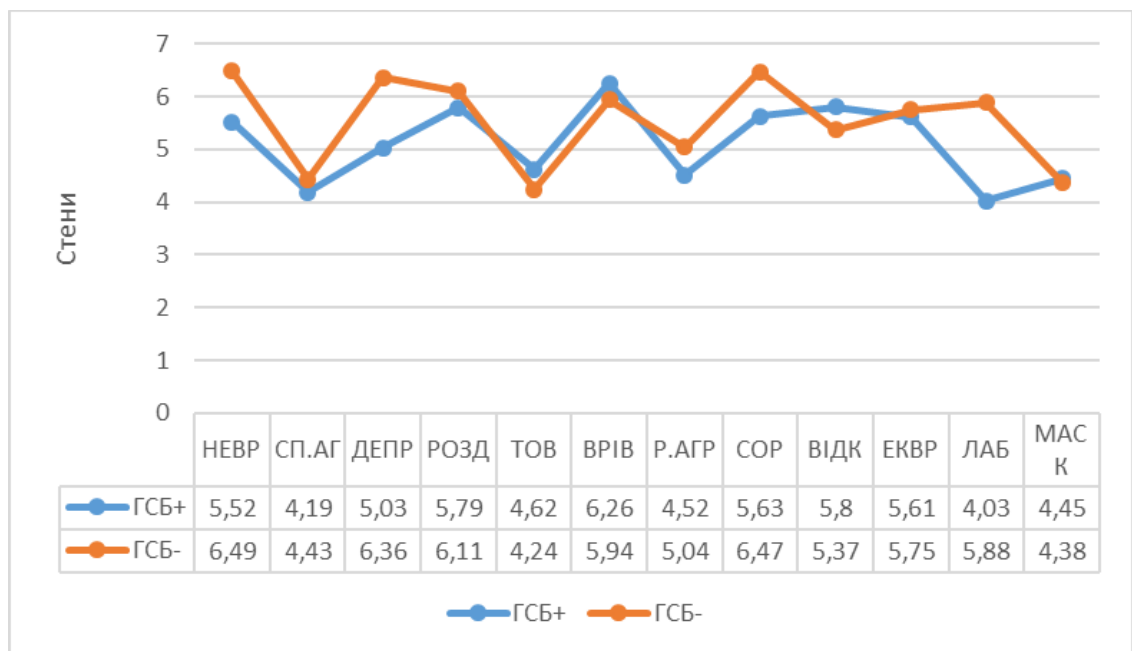


Рис. 3.2. Розподіл показників шкал особистісного профілю у контрольній та експериментальній групі

На профілях, що представлені на рис. 3.2 видно, що найбільші розриви у показниках двох груп з високим та низьким суб'єктивним сексуальним благополуччям спостерігаються за шкалами невротичності, депресивності, сором'язливості та емоційної лабільності. Для пошуку статистично значимих відмінностей у показниках двох груп, що представлені на рис. 3.2, нами було

застосовано метод вияву статистичної рівності значень у двох вибірках - t-критерій Ст'юдента.

Зазначимо, що далі у тексті, додатний знак перед значенням t-критерію Ст'юдента свідчить про те, що показник за значенням вище в контрольній групі респондентів; від'ємний знак, навпаки, вказує на більше значення показника в експериментальній групі респондентів. Значення t-критерію Ст'юдента (в діапазоні - $p \leq 0,05$, $p \leq 0,01$, $p \leq 0,001$) підтверджують наявність розбіжностей між однойменними показниками профілів ГСБ+ та ГСБ- груп.

Таблиця 3.1

Значимість відмінностей у показниках особистісного профілю у контрольній та у експериментальній групах (t-критерій Ст'юдента)

Змінна	ГСБ+	ГСБ-	t	p
НЕВР	5,52	6,49	-2,079	,030*
СП.АГ	4,19	4,43	-,860	,022
ДЕПР	5,03	6,36	-2,455	,008**
РОЗД	5,79	6,11	-,119	,822
ТОВ	4,62	4,24	,392	,615
ВРІВ	6,26	5,94	,240	,765
Р.АГР	4,52	5,04	-,460	,689
СОР	5,63	6,47	-,1976	,049*
ВІДК	5,80	5,37	,739	,630
ЕКВР	5,61	5,75	-,162	,819
ЛАБ	4,03	5,88	-2,009	,026*
МАСК	4,45	4,38	,201	,774

Як можна побачити з таблиці 3.1, дійсно знайдені статистично значимі відмінності у показниках ГСБ+ та ГСБ- вибірки за шкалами невротичності (на рівні $p \leq 0,05$), депресивності (на рівні $p \leq 0,01$), сором'язливості ($p \leq 0,05$) та емоційної лабільності ($p \leq 0,05$). Цей факт дозволяє припустити, що саме ці психологічні характеристики не лише відображають поточний емоційний стан респондентів, але й мають взаємозв'язок із рівнем суб'єктивного сексуального

благополуччя. Для перевірки цієї гіпотези нами було здійснено кореляційний аналіз Пірсона. Результати представлені у таблиці 3.2.

Таблиця 3.2

Значимі кореляційні зв'язки інтегрального показника ССБ та показників шкал FPI

Шкали FPI (N=101)	Інтегральний показник ССБ
Невротичність	-,624**
Спонтанна агресивність	-
Депресивність	-,591**
Роздратованість	-
Товариськість	-
Врівноваженість	-
Реактивна агресивність	-
Сором'язливість	-,602**
Відкритість	,426*
Екстраверсія	-
Емоційна лабільність	-,558**
Маскулінність	-

*Примітки. 1) Вказані тільки значимі кореляції, нулі опущені; 2) **. Кореляція значима на рівні 0,01. * Кореляція значима на рівні 0,05.*

З таблиці 3.2 видно, що в процесі аналізу виявлені значимі від'ємні кореляційні зв'язки між показником ССБ та невротичністю ($r=-0,624$, рівень значимості $p \leq 0,01$), депресивністю ($r=-0,591$, рівень значимості $p \leq 0,01$), сором'язливістю ($r=-0,602$, рівень значимості $p \leq 0,01$) та емоційною лабільністю ($r=-0,558$, рівень значимості $p \leq 0,01$). Це означає що при підвищеному рівні цих показників, знижується рівень суб'єктивного сексуального благополуччя особистості та навпаки. Також виявлено значиму позитивну кореляцію ССБ із показником відкритості ($r=0,426$, рівень значимості $p \leq 0,05$). Спробуємо проаналізувати такі результати.

Бачимо, що поведінкові та емоційні особливості людини безпосередньо впливають на її сексуальність та сексуальне життя, а також на самооцінку того і іншого. Так, невротичність та емоційна лабільність свідчать про підвищену чутливість до стресу та часті емоційні коливання. Людина з такими характеристиками може частіше переживати негативні емоції або надмірно реагувати на дрібниці. У контексті задоволеності сексуальним життям це може призводити до швидкого погіршення настрою під час сексуальних контактів, що безпосередньо впливає на сексуального благополуччя.

В свою чергу депресивність, як стійка риса особистості, супроводжується негативним сприйняттям себе, заниженою самооцінкою та втратою інтересу до життя. Якщо людина відчуває себе невартисною або непривабливою, це може істотно вплинути на її впевненість у собі, відчуття сексуальності, а також створювати бар'єри для повноцінного емоційного занурення у сексуальне життя та стосунки.

Сором'язливість може заважати відкритому обговоренню власних бажань, потреб і очікувань з партнером. Без адекватного спілкування важко досягнути гармонії в стосунках, адже інтимність вимагає високого рівня довіри та взаєморозуміння. Недостатня комунікація може призводити до невдоволення обома сторонами, що негативно впливає на суб'єктивне сексуальне благополуччя.

Емоційна нестабільність та негативні емоційні стани здатні впливати не лише на психологічний аспект, а й на фізіологічні реакції організму. Постійний вплив стресу та негативних емоцій може активувати системи гормональної регуляції, що, у свою чергу, може впливати на сексуальне збудження, потенцію та загальний рівень задоволення.

Таким чином, вказані психологічні характеристики, що притаманні групі респондентів із низьким суб'єктивним сексуальним благополуччям не лише відображають внутрішній емоційний стан особистості, але й безпосередньо

впливають на їх сексуальне життя та сексуальність. Людина з високим рівнем невротичності, депресивності, сором'язливості та емоційної лабільності може бути більш схильною до інтерпретації сексуальних контактів як джерела стресу або невдачі, що веде до зниження суб'єктивного сексуального благополуччя.

Цей зв'язок може бути також обумовлений біологічною компонентою: підвищена активація стресових систем організму (наприклад, надмірна секреція кортизолу) може впливати як на емоційне, так й на фізичне функціонування в інтимній сфері. Також загальне емоційне благополуччя є важливим чинником формування задоволення в стосунках та сексуального задоволення.

У періоди сильного психічного напруження, в умовах невизначеності або просто у складних життєвих ситуаціях важливою є психологічна ресурсність особистості. Психологічна ресурсність – це здатність людини ефективно мобілізувати внутрішні та зовнішні ресурси задля подолання стресових ситуацій, вирішення проблем та збереження емоційного балансу. Іншими словами, вона включає як внутрішні сили (наприклад, емоційну стійкість, самостійність, впевненість у своїх можливостях), так і зовнішні чинники (соціальна підтримка, культурні та освітні ресурси), що спільно створюють основу для адаптації та особистісного розвитку навіть у складних ситуаціях.

Нам здається, що суб'єктивне сексуальне благополуччя може бути залежним від загальної психологічної стійкості особистості. Адже втома, загальна невротизація, вигорання як наслідки низької ресурсності, або низького рівня збереження та відновлення власних психологічних ресурсів, можуть впливати на сексуальність та сексуальне життя особистості, а значить і на рівень показнику ССБ. Ми перевіримо цю гіпотезу. На рис. 3.3. представлені профілі показників психологічної ресурсності у двох групах респондентів – експериментальній та контрольній.

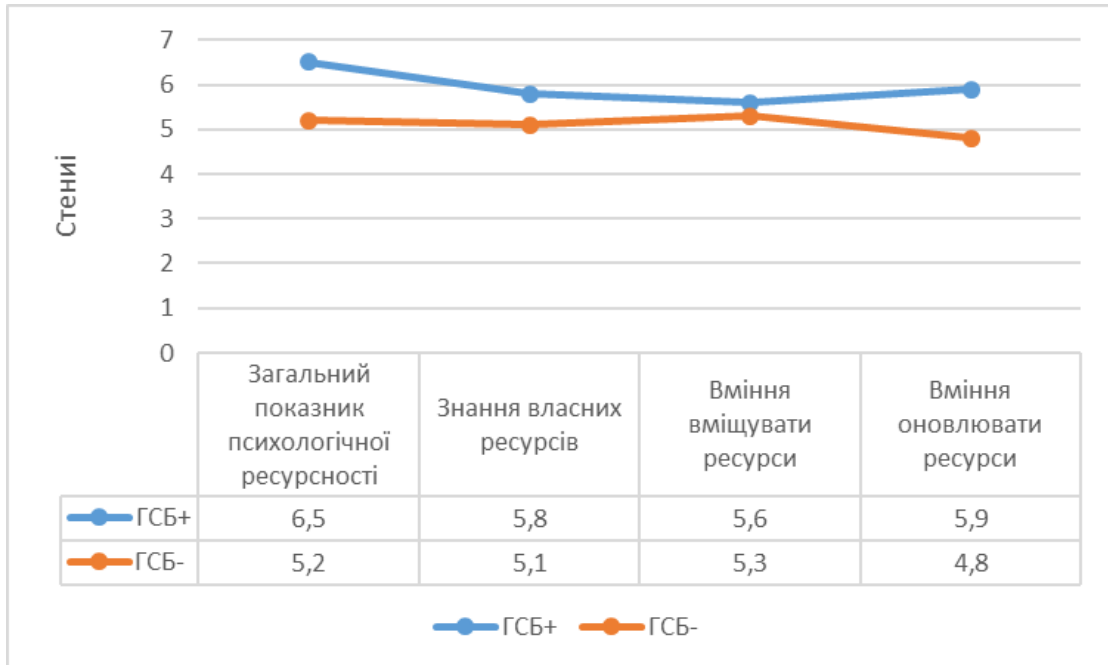


Рис. 3.3. Розподіл показників шкал психологічної ресурсності у контрольній та експериментальній групі

З профілів на рис. 3.3 видно, що наявним є великий розрив у показниках шкали «вміння оновлювати власні психологічні ресурси» у двох досліджуваних групах респондентів та у загальному показнику психологічної ресурсності. Перевіримо чи значимою є ця різниця за допомогою методу Ст'юдента.

Таблиця 3.3

Значимість відмінностей у показниках психологічної ресурсності у контрольній та у експериментальній групах (t-критерій Ст'юдента)

Змінні	ГС	ГС	t	p
	Б+	Б-		
Загальний показник ПР	6,5	5,2	1,875	,009**
Знання власних ресурсів	5,8	5,1	,359	,626
Вміння вміщувати ресурси	5,6	5,3	,311	,

				775
Вміння оновлювати ресурси	5,9	4,8	,1740	, 038*

За результатами Т-критерію, що представлені у таблиці ми бачимо, що виявлена значима статистична різниця у показниках шкали «вміння оновлювати психологічні ресурси» ($p \leq 0,05$). Шкала оновлення власних психологічних ресурсів визначає здатність людини відновлювати свій внутрішній баланс та мобілізувати необхідні емоційні, когнітивні та мотиваційні ресурси після стресових чи виснажливих ситуацій. Іншими словами, це вміння спрямовано на швидке відновлення рівноваги після негативних впливів, що дозволяє ефективно адаптуватися до нових життєвих викликів. Цей процес включає як використання власних внутрішніх стратегій саморегуляції (наприклад, релаксаційних технік, усвідомленості чи самоспостереження), так і залучення зовнішньої підтримки (суспільних, соціальних або професійних ресурсів). Високий чи низький рівень цього вміння однозначно впливає на усі сфери життя людини, у тому числі на сексуальну сферу.

Що стосується загального показнику психологічної ресурсності, то з таблиці 3.3. видно, що є значима статистична різниця і у цих показниках у двох досліджуваних групах респондентів ($p \leq 0,01$). Загальна психологічна ресурсність це показник того, як людина реагує на життєві виклики і які стратегії може застосовувати для підтримання свого психічного благополуччя. І також, ми думаємо, вона має взаємозв'язок із рівнем суб'єктивного сексуального благополуччя. Цю гіпотезу ми перевірили за допомогою кореляційного аналізу, результати якого представлені у таблиці 3.4.

Таблиця 2.4

Кореляційний зв'язок між інтегральними показниками ССБ та психологічної ресурсності

N=101	Показник психологічної ресурсності
Інтегральний показник ССБ	,681**

Примітка. Знак ** - вказує на рівень значущості $p \leq 0,01$

Результати кореляційного аналізу виявили значиму додатну кореляцію між показниками ССБ та психологічної ресурсності ($r=0,681$, рівень значимості $p \leq 0,01$). Можна зробити висновок про те, що цей показник мають взаємозв'язок із рівнем суб'єктивного сексуального благополуччя особистості.

Таким чином бачимо, що особливістю клієнтів із низьким рівнем ССБ є низький рівень психологічної ресурсності та особливо вміння оновлювати власні психологічні ресурси.

Ще однією особливістю респондентів із низьким рівнем суб'єктивного сексуального благополуччя може бути низький рівень загального суб'єктивного благополуччя та його компонентів. Результати порівняльного аналізу цих показників представлені нижче.

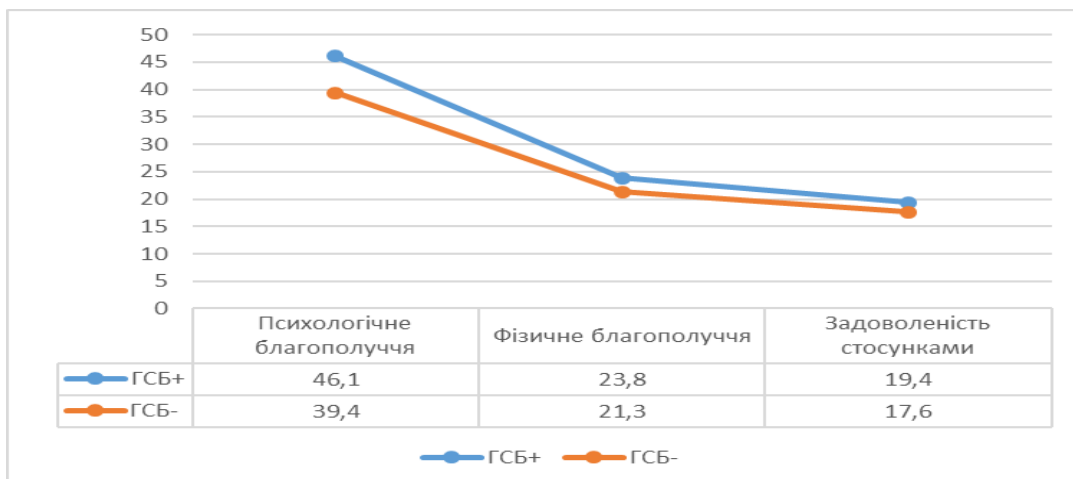


Рис. 3.4. Розподіл показників шкал суб'єктивного благополуччя у контрольній та експериментальній групі

З профілів, що розташовані на рис. 3.4 можна побачити, що спостерігаються невеликі розриви у показниках суб'єктивного благополуччя у двох досліджуваних групах респондентів. Найбільший розрив у показниках психологічного благополуччя. Це психологічна категорія, що характеризує внутрішній стан гармонії, коли людина відчуває задоволення життям, позитивне сприйняття себе та здатність ефективно справлятися зі стресовими ситуаціями. Невеликі розриви є і у показниках шкал фізичного благополуччя та задоволеності стосунками.

Нашим завданням є вияв значимості відмінностей інтегральному показнику суб'єктивного благополуччя між середньо груповим коефіцієнтом у досліджуваних групах респондентів. Тому нами також здійснено Т-аналіз. Його результати у таблиці нижче.

Таблиця 3.4

Значимість відмінностей у показниках суб'єктивного благополуччя у контрольній та у експериментальній групах (t-критерій Ст'юдента)

Змінні	ГС		t	p
	Б+	Б-		
Загальний показник суб'єктивного благополуччя	79, 2	90, 4	2,337	,004**

Аналіз відмінностей показав, що дійсно є статистично значима різниця у показниках загального рівню суб'єктивного благополуччя ($p \leq 0,01$). Суб'єктивне благополуччя – це особиста оцінка якості свого життя, яка включає як когнітивний компонент (задоволення життям), так і емоційний (відчуття переважання позитивних емоцій над негативними). Воно відображає, наскільки людина відчуває гармонію в різних сферах життя та впевненість у власному щасті, незважаючи на об'єктивні умови. Це поняття базується на

індивідуальному сприйнятті і може відрізнятися від зовнішніх показників, оскільки базується на внутрішніх переконаннях та емоційному досвіді. Тобто респонденти із низьким рівнем ССБ також мають статистично значимі низькі показники і суб'єктивного благополуччя, що доведено нами вже. І саме тому суб'єктивне благополуччя може мати взаємозв'язок із рівнем суб'єктивного сексуального благополуччя. Для перевірки цього припущення нами було здійснено кореляційний аналіз.

Таблиця 3.5

Кореляційний зв'язок між інтегральними показниками СБ та ССБ

N=101	Інтегральний показник суб'єктивного благополуччя
Інтегральний показник ССБ	0,701**

Примітка. Знак ** - вказує на рівень значущості $p \leq 0,01$

З таблиці бачимо, що дійсно виявлено значимий додатний зв'язок суб'єктивного благополуччя та суб'єктивного сексуального благополуччя, тобто перший може бути передумовою другого і навпаки. І як бачимо, у респондентів з низьким рівнем показнику ССБ показник суб'єктивного благополуччя та його компонентів також занижені. Це є ще однією їх психологічною особливістю.

Нами також було діагностовано рівнем позитивного ментального здоров'я респондентів двох досліджуваних груп за допомогою опитувальника «Шкала позитивного ментального здоров'я» J. Lukat, J. Margraf, R. Lutz, та інші (адаптована українською мовою Л. Карамушкою, К. Терещенко та О. Креденцер, 2022). Оскільки цей показник інтегральний та не розбитий на шкали, немає сенсу будувати профілі, але нами, як і у попередньому аналізі, здійснено значимість відмінностей у середньо групових показниках ГСБ- та ГСБ+ (таблиця 3.6).

Таблиця 3.6

Значимість відмінностей у показниках позитивного ментального здоров'я у контрольній та у експериментальній групах (t-критерій Ст'юдента)

Змінні	ГС	ГС	t	p
	Б+	Б-		
Показник позитивного ментального здоров'я	28,1	24,8	2,004	,0324*

З результатів аналізу бачимо, що дійсно є значима різниця у показнику позитивного ментального здоров'я у групі респондентів із високим рівнем ССБ та у групі з низьким рівнем ССБ (на рівні $p \leq 0,05$). Позитивне ментальне здоров'я – це стан психологічного благополуччя, який характеризується не лише відсутністю психічних розладів, а й наявністю позитивних ресурсів, що сприяють особистісному розвитку та ефективній адаптації до життєвих викликів. Це включає здатність регулювати свої емоції, підтримувати оптимістичний настрій, розвивати внутрішню стійкість та будувати здорові соціальні відносини. Тож важливим може бути його зв'язок із рівнем суб'єктивного сексуального благополуччя. Для перевірки цього припущення, здійснено кореляційний аналіз.

Таблиця 3.7

Кореляційний зв'язок між інтегральними показниками ССБ та позитивного ментального здоров'я

N=101	Показник позитивного ментального здоров'я
Інтегральний показник ССБ	0,611**

Примітка. Знак ** - вказує на рівень значущості $p \leq 0,01$

Як бачимо з таблиці 3.7, виявлено значимий додатний кореляційний зв'язок між показниками суб'єктивного сексуального благополуччя та позитивного ментального здоров'я. Позитивне ментальне здоров'я, на нашу думку, створює основу для гармонійної інтеграції внутрішніх емоційних процесів та соціальних взаємодій, що безпосередньо впливає на суб'єктивне сексуальне благополуччя. Людина з високим рівнем позитивного ментального здоров'я має здатність ефективно регулювати свої емоції, управляти стресом і зберігати внутрішню рівновагу. Це дозволяє їй відкрито комунікувати з партнером, будувати довірливі стосунки та відчувати задоволення від інтимного досвіду. Така емоційна стабільність сприяє тому, що інтимні моменти сприймаються не лише як фізичний процес, а й як важливий аспект загального емоційного благополуччя, що допомагає підтримувати високий рівень суб'єктивного сексуального благополуччя.

З проведеного аналізу також можна зробити висновок про те, що важливою психологічною особливістю респондентів із низьким суб'єктивним сексуальним благополуччям є низький, або близький до нього, рівень позитивного ментального здоров'я.

Отже, нами здійснено аналіз результатів емпіричного дослідження психологічних особливостей клієнтів з низьким рівнем суб'єктивного сексуального благополуччя. Підведемо його підсумки у висновках до розділу.

3.2. Рекомендації для психологів щодо підвищення рівня суб'єктивного сексуального благополуччя клієнтів

За результатами емпіричного дослідження можна зробити висновок про те, що суб'єктивне сексуальне благополуччя особистості це частина загального благополуччя особистості. Таким чином, модель психологічного втручання у розвиток ССБ, на наш погляд, повинна будуватися на концепції впливу на

психологічне та суб'єктивне благополуччя клієнтів та включати розвиток сексуальності. Поетапно психологічна робота з клієнтами із низьким суб'єктивним сексуальним благополуччям може виглядати наступним чином:



Рис. 3.5. Модель психологічної роботи з клієнтами із низьким рівнем суб'єктивного сексуального благополуччя

Зазначимо, що модель, що представлена на рис. 3.5 є гнучкою та може адаптуватися до індивідуальних потреб та особливостей кожного клієнта. Вона інтегрує діагностичні, терапевтичні та контекстуальні аспекти роботи психолога з клієнтами з низьким рівнем ССБ. Розглянемо ці етапи детальніше.

Перший етап має на меті встановлення контакту та первинну оцінку благополуччя клієнта. На наш погляд він має містити та вирішувати наступні завдання: встановлення терапевтичного альянсу, створення безпечного, емпатичного та конфіденційного простору, де клієнт відчуває себе прийнятим та зрозумілим, а також первинне інтерв'ю, що спрямоване на збір загальної інформації про клієнта, його історію, поточні проблеми, очікування від терапії та попередній досвід психологічної допомоги та оцінку благополуччя, включаючи психологічне, суб'єктивне та благополуччя у стосунках. Також на цьому етапі доречною буде визначення рівня задоволеності клієнта

сексуальною сферою, його ставлення до власної сексуальності та наявних труднощів у стосунках.

Другий етап – діагностичний. Його включення у психологічну роботу буде доречним за умови, якщо клієнту важко було розкритися на попередньому етапі і якщо залишилися проблеми, не визначені клієнтом та психологом. Психолог сам приймає рішення щодо застосування діагностичних методик. Приблизно діагностичний етап має виглядати наступним чином:

1) Збір анамнезу: отримання розширеної інформації про сексуальний досвід, історію стосунків, сексуальні травми, медичні фактори, вживання медикаментів, психологічні аспекти (тривожність, депресія, самооцінка).

2) Стандартизовані діагностичні методи: наприклад, клінічне інтерв'ю з метою виявлення наявних чи можливих проблем у сексуальній сфері. Доречним буде також використання валідизованих інструментів для оцінки різних аспектів сексуального життя та задоволеності життям та стосунками. Це можуть бути проєктивні методики або опитувальники: опитувальник суб'єктивного сексуального благополуччя (В. Гупаловська, 2021), «Модифікована шкала суб'єктивного благополуччя БіБіСі» (Р. Pontin, М. Schwannauer, S. Tai, М. Kinderman, адаптована українською мовою Л. Карамушкою, К. Терещенко та О. Креденцер, 2022), «Шкала позитивного ментального здоров'я» J. Lukat, J. Margraf, R. Lutz, та інші (адапована українською мовою Л. Карамушкою, К. Терещенко та О. Креденцер, 2022), Індекс жіночої сексуальної функції (FSFI), «Шкала психологічного благополуччя» К. Ріфф, та інші.

Метою діагностичного етапу психологічної роботи має бути визначення основних проблем та факторів, що впливають на низький рівень ССБ.

Третій етап має на меті визначення терапевтичних цілей та планування психологічних засобів підвищення рівня благополуччя клієнта, у тому числі суб'єктивного сексуального благополуччя. Планування включає у себе такі

завдання як: визначення цілей разом із клієнтом щодо підвищення ССБ, вибір терапевтичного підходу та планування терапевтичного процесу.

Залежно від індивідуальних особливостей клієнта, характеру проблем та теоретичної орієнтації психолога, можуть бути застосовані різні підходи з відповідними психотехніками:

1) Це може бути, наприклад, когнітивно-поведінкова терапія (КПТ), вона, як правило, спрямована на ідентифікацію та модифікацію дисфункційних думок і переконань щодо сексу, розвиток адаптивних поведінкових стратегій, покращення сексуальної комунікації.

2) Також доречною може бути сексуальна терапія, яка спрямована на пізнання власного тіла та розвиток сексуальності.

3) Системна сімейна терапія як етап або як напрямок роботи психолога із клієнтами з низьким рівнем ССБ може бути спрямована на роботу з парою або сім'єю для розв'язання проблем комунікації, емоційної близькості, розподілу ролей, які можуть впливати на сексуальну сферу.

4) І ще одним з дієвих напрямків в роботі з такими клієнтами може бути терапія, сфокусована на емоціях (Emotionally Focused Therapy - EFT), основним завданням якої може бути дослідження та реструктуризація емоційних патернів у стосунках, що впливають на інтимність та сексуальність.

5) У роботі з клієнтами з низьким рівнем ССБ також мають використовуватися техніки, спрямовані на підвищення рівня суб'єктивного благополуччя: розвиток вдячності, визначення та досягнення особистісно значущих цілей, розвиток соціальної підтримки, залучення до приємних та значущих активностей тощо.

6) Важливими є також техніки, спрямовані на розвиток позитивного ментального здоров'я: навчання навичкам подолання стресу, розвиток емоційної регуляції, підвищення самоповаги та самоприйняття, тренінг усвідомленості (mindfulness), тощо.

Четвертий етап психологічної роботи із клієнтами з низьким рівнем ССБ присвячений повністю психологічним цілям по розвитку ССБ, психологічного та суб'єктивного благополуччя клієнта. Залежно від обраного підходу, застосовуються різноманітні психотехніки, спрямовані на:

- 1) Сексуальне просвітництво: надання клієнту достовірної інформації про сексуальність.
- 2) Комунікаційний тренінг: навчання ефективної комунікації щодо сексуальних питань.
- 3) Сенсорна фокусування: розвиток усвідомленості тілесних відчуттів.
- 4) Когнітивна реструктуризація: зміна дисфункційних думок і переконань.
- 5) Поведінкові експерименти: перевірка негативних переконань.
- 6) Техніки релаксації та усвідомленості: зниження тривожності.
- 7) Робота з сексуальними фантазіями та еротичними стимулами: дослідження власних уподобань.
- 8) Навчання технік мастурбації: підвищення самоусвідомлення та задоволення.
- 9) Робота з травматичним досвідом (за потреби): застосування спеціалізованих технік.
- 10) Вправи на покращення інтимності та емоційної близькості (у парній терапії).

В залежності від спрямованості психотерапевтичного втручання на цьому етапі психологом, що працює із клієнтом із низьким рівнем ССБ, можуть застосовуватися різні психологічні прийоми та техніки.

Взагалі нам здається, що дієвим буде інтегрований підхід до вибору технік психотерапевтичного втручання. Наприклад, когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) надає змогу за допомогою техніки когнітивної реструктуризації

виявити автоматичні негативні настанови щодо сексуального життя (наприклад, "Я недостатньо сексуальний/а", "Секс завжди має закінчуватися оргазмом"), або, тих, що стосуються суб'єктивного відчуття благополуччя клієнта, оскаржити їх та замінити на більш реалістичні та позитивні твердження.

В терапії КПТ також є можливість вбудови поведінкових експериментів у процес терапії, що спрямовані на перевірку своїх негативних переконань у реальних ситуаціях (наприклад, ініціювати розмову про сексуальні бажання з партнером). Використання технік систематична десенсибілізації надають можливість поступового зменшення тривожності, пов'язаної як з сексом, так і повсякденним життям клієнта, через уявне або реальне зіткнення зі стимулами, що викликають страх, у поєднанні з техніками релаксації.

КПТ- терапія через використання специфічних технік когнітивних та поведінкових реструктуризацій надає можливість розвитку позитивного ментального здоров'я клієнта, підвищення психологічного, суб'єктивного та сексуального благополуччя.

Сексуальна терапія надає можливість працювати із сексуальністю клієнта, корегувати певні особливості сексуальної поведінки, що також можуть впливати на загальний рівень ССБ. Основними техніками сексуальної терапії при роботі з такими клієнтами можуть бути: сенсорна фокусування (дослідження тіла партнера та власного тіла без вимоги сексуального збудження чи оргазму, зосередження на тактильних відчуттях), техніки зупинки-стискання (squeeze technique) та старт-стоп (start-stop technique), навчання мастурбації, спрямоване на підвищення усвідомленості та досягнення оргазму, психологічна робота із сексуальними сценаріями та фантазіями, а також позиційні експерименти (дослідження різних сексуальних позицій для підвищення комфорту та задоволення) та інші.

Гуманістична терапія як основа психологічної роботи по підвищенню психологічного, суб'єктивного та суб'єктивного сексуального благополуччя клієнта має бути спрямована на створення підтримуючого середовища для самодослідження та прийняття власної сексуальності, сприяння автентичності у сексуальних стосунках. Можуть використовуватися наступні психотехніки, які, на нашу думку, є скоріше принципами ефективною роботи: активне слухання (емпатичне слухання та відображення почуттів клієнта для сприяння глибшому розумінню його переживань), безумовне позитивне ставлення, фокусування на переживаннях (заохочення клієнта досліджувати свої емоції та тілесні відчуття, пов'язані з сексуальністю), техніки самоусвідомлення (вправи, спрямовані на підвищення усвідомленості клієнтом своїх потреб, бажань та цінностей у сексуальній сфері), тощо.

Важливим напрямком психологічної роботи із клієнтами з низьким рівнем ССБ є також робота з емоціями. Тут можуть стати у нагоді техніки Emotionally Focused Therapy – EFT – терапії, що сфокусована на емоціях: виявлення первинних та вторинних емоцій, допомога парі розрізнати поверхневі емоції (гнів, роздратування) та глибинні (страх, самотність), реструктуризація взаємодій (зміна негативних патернів взаємодії на більш безпечні та емоційне відкриті), підвищення емоційної близькості, переробка емоційних травм, що впливають на відчуття благополуччя ментального, суб'єктивного, психологічного та сексуального, та інші.

П'ятий етап психологічної роботи із клієнтами з низьким рівнем ССБ є проміжним, він спрямований на моніторинг прогресу та корекцію технік психологічного втручання, якщо після попереднього етапу результати психологічної роботи нижчі, ніж очікувалось. Основними завданнями на цьому етапі є: оцінка прогресу за допомогою самозвітів клієнта, опитувальників чи клінічного спостереження, отримання зворотного зв'язку від клієнта (активне заохочення клієнта до обговорення своїх відчуттів, переживань та оцінки

ефективності терапевтичних технік) та за необхідності корекція терапевтичного плану (внесення змін у цілі, стратегії та техніки втручання на основі отриманого зворотного зв'язку та оцінки прогресу).

Останній, шостий етап, це - завершення та підтримка досягнутих змін. Завданнями на цьому етапі є обговорення завершення психологічної роботи з метою психологічної підготовки клієнта до цього, обговорення досягнутих результатів та планів на майбутнє, узагальнення отриманого досвіду, профілактика рецидивів та обговорення можливості подальшої психологічної підтримки.

Таким чином, на кожному етапі терапії використовуються конкретні психологічні техніки, спрямовані на досягнення цілей, пов'язаних як із підвищенням ССБ, так і з покращенням загального благополуччя та ментального здоров'я клієнта. Важливою є гнучкість у застосуванні технік та їх адаптація до індивідуальних потреб клієнта.

Така інтегрована поетапна модель психологічної роботи враховує, що суб'єктивне сексуальне благополуччя клієнта це частина загального психологічного та суб'єктивного благополуччя та позитивного ментального здоров'я, тому і психологічне втручання має бути інтегрованим та системним.

Поетапність забезпечує структурований та послідовний процес надання допомоги. Кожен етап моделі виконує свою унікальну функцію, починаючи від встановлення контакту та глибокої діагностики, через цілеспрямоване застосування технік, до моніторингу прогресу та завершення терапії. Така структура дозволяє психологу крок за кроком розуміти проблему клієнта, будувати міцний терапевтичний альянс та застосовувати найбільш релевантні втручання на кожному етапі. Поетапність також сприяє кращому усвідомленню процесу змін як для клієнта, так і для терапевта, роблячи терапію більш передбачуваною та керованою.

Водночас, інтегрованість підходу є ключовою для досягнення стійких та значущих змін. Низький рівень ССБ рідко існує ізольовано і часто переплітається з іншими аспектами психологічного та суб'єктивного благополуччя, а також із загальним ментальним здоров'ям клієнта. Інтеграція технік з різних психотерапевтичних напрямків (КПТ, сексуальної, гуманістичної, системної, АСТ тощо) дозволяє впливати на проблему на різних рівнях – когнітивному, емоційному, поведінковому та міжособистісному. Більше того, включення стратегій, спрямованих на розвиток загального суб'єктивного благополуччя (вдячність, цілепокладання, соціальна підтримка) та позитивного ментального здоров'я (регуляція емоцій, зниження стресу, підвищення самоповаги), створює міцний фундамент для покращення ССБ та запобігає рецидивам.

Таким чином, поєднання структурованої поетапності з гнучкою інтеграцією різноманітних технік забезпечує найбільш повний та ефективний підхід до роботи з клієнтами, які відчувають труднощі у сфері сексуального благополуччя. Це дозволяє не лише розв'язувати безпосередні сексуальні проблеми, але й сприяти загальному зростанню та благополуччю клієнта, ведучи до більш якісного та задоволеного життя.

Висновки до розділу 3

Здійснено аналіз результатів емпіричного дослідження.

Діагностика рівня та показників суб'єктивного сексуального благополуччя виявило, що високий рівень інтегрального показнику суб'єктивного сексуального благополуччя (ССБ) виявлено у 24,1% респондентів, середній – у 51,%, а низький – у 24,4%.

Здійснено діагностику психологічних особливостей груп респондентів із високим (ГСБ+) та низьким (експериментальна група) рівнем суб'єктивного сексуального благополуччя.

Діагностовано показники шкал особистісного профілю за методикою FPI та здійснено пошук значимої різниці у показниках ГСБ+ та ГСБ- груп. Зокрема виявлено знайдені статистично значимі відмінності у показниках за шкалами невротичності (на рівні $p \leq 0,05$), депресивності (на рівні $p \leq 0,01$), сором'язливості ($p \leq 0,05$) та емоційної лабільності ($p \leq 0,05$). Зроблено припущення, що саме ці психологічні характеристики не лише відображають поточний емоційний стан респондентів, але й можуть впливати на формування рівня їх суб'єктивного сексуального благополуччя. Для підтвердження цього припущення було здійснено кореляційний аналіз та виявлено значимі кореляції: від'ємні - між показником ССБ та невротичністю ($p \leq 0,01$), депресивністю ($p \leq 0,01$), сором'язливістю ($p \leq 0,01$) та емоційною лабільністю ($p \leq 0,01$), а також додатна - показнику ССБ із показником відкритості ($p \leq 0,05$).

Зроблено висновок про те, що у респондентів із низьким рівнем суб'єктивного сексуального благополуччя спостерігається одночасно високий, або близький до нього, рівень невротичності, депресивності, сором'язливості та емоційної лабільності.

Також нами було зроблено емпіричне припущення про подібний зв'язок між суб'єктивним сексуальним благополуччям та психологічною ресурсністю. Результати кореляційного аналізу виявили значиму додатну кореляцію між показниками ССБ та психологічної ресурсності ($p \leq 0,01$). Зроблено висновок про те, що цей показник може впливати на рівень суб'єктивного сексуального благополуччя особистості та навпаки. Виявлена значима статистична різниця у двох групах респондентів за цим показником ($p \leq 0,01$). Таким чином нами виявлено, психологічною особливістю респондентів із низьким рівнем ССБ

спостерігається також низький рівень психологічної ресурсності і особливо вміння оновлювати власні психологічні ресурси.

Ще однією особливістю респондентів із низьким рівнем суб'єктивного сексуального благополуччя згідно нашої емпіричної гіпотези є низький рівень загального суб'єктивного благополуччя та його компонентів (психологічного та фізичного благополуччя та задоволеності стосунками). Аналіз відмінностей показав, що дійсно є статистично значима різниця у показниках загального рівню суб'єктивного благополуччя ($p \leq 0,01$) у групах з низьким та високим суб'єктивним сексуальним благополуччям. Також за допомогою кореляційного аналізу виявлено значимий додатний зв'язок суб'єктивного благополуччя та суб'єктивного сексуального благополуччя. Зроблено висновок про те, що у респондентів з низьким рівнем показнику ССБ показник суб'єктивного благополуччя та його компонентів також занижені. Це є ще однією їх психологічною особливістю.

Нами також знайдена значима різниця у показнику позитивного ментального здоров'я у групі респондентів із високим рівнем ССБ та у групі з низьким рівнем ССБ (на рівні $p \leq 0,05$). Кореляційний аналіз виявив значимий додатний кореляційний зв'язок між показниками суб'єктивного сексуального благополуччя та позитивного ментального здоров'я. Зроблено висновок про те, що важливою психологічною особливістю респондентів із низьким суб'єктивним сексуальним благополуччям є низький, або близький до нього, рівень позитивного ментального здоров'я.

Таким чином, основними психологічними особливостями клієнтів із низьким рівнем суб'єктивного сексуального благополуччя є високий рівень невротичності, схильності до депресивних станів, сором'язливості та емоційної лабільності, а також низький рівень суб'єктивного благополуччя, психологічної ресурсності та позитивного ментального здоров'я.

Розроблено рекомендації для психологів, щодо підвищення рівня суб'єктивного сексуального благополуччя клієнтів. Представлена інтегрована модель психологічної роботи з клієнтами, які мають низький рівень суб'єктивного сексуального благополуччя, являє собою шестиетапний процес, що включає встановлення контакту та первинну оцінку, поглиблену діагностику та формулювання проблеми, визначення інтегрованих терапевтичних цілей та планування втручання, застосування різноманітних психотерапевтичних технік, спрямованих на підвищення ССБ, загального благополуччя та ментального здоров'я, моніторинг прогресу та корекцію втручання, а також завершення терапії та підтримку досягнутих змін.

ВИСНОВКИ

1. Здійснено теоретичний аналіз проблеми сексуального здоров'я, сексуальності та сексуального благополуччя. Описано теоретичну модель суб'єктивного сексуального благополуччя особистості.

Визначено, що сексуальне здоров'я - це стан психічного, емоційного, ментального та соціального благополуччя стосовно сексуальності людини.

Суб'єктивне сексуальне благополуччя - це психологічний стан, що характеризується переживанням особистісного задоволення власним сексуальним життям, задоволеністю стосунками з партнером і реалізацією сексуальної функції. Чинники сексуального благополуччя поділяються на такі основні групи: індивідуальні: дозволеність, сексуальний інтерес, реалізована сексуальність; діадичні: стосунки як цінність, сексуальна комунікація, інтимність, довіра, відкритість; та оцінні: задоволення власним Я-сексуальним, сексуальними стосунками, партнерством, сексуальним життям загалом.

2. Розроблено програму емпіричного дослідження психологічних особливостей клієнтів з низьким рівнем суб'єктивного сексуального благополуччя, що включає в себе три етапи: підготовчий, діагностичний та аналітичний. Згідно з метою та завданнями емпіричного дослідження, здійснено підбір валідних психодіагностичних методик, сформована вибірка, підібрані методи обробки та аналізу емпіричних даних, їх психологічної інтерпретації.

3. Здійснено аналіз результатів емпіричного дослідження. Виявлено високий рівень інтегрального показнику суб'єктивного сексуального благополуччя (ССБ) у 24,1% респондентів, середній – у 51,%, а низький – у 24,4%.

Здійснено діагностику психологічних особливостей груп респондентів із високим (ГСБ+) та низьким (ГСБ-) рівнем суб'єктивного сексуального благополуччя.

Діагностовано показники шкал особистісного профілю за методикою FPI та здійснено пошук значимої різниці у показниках ГСБ+ та ГСБ- груп. Зроблено висновок про те, що у респондентів із низьким рівнем суб'єктивного сексуального благополуччя спостерігається одночасно високий, або близький до нього, рівень невротичності, депресивності, сором'язливості та емоційної лабільності, а кореляційний аналіз довів, що суб'єктивне сексуальне благополуччя та ці психологічні якості мають статистично значимий зв'язок, що говорить про їхній взаємовплив.

Виявлено також негативний кореляційний зв'язок між суб'єктивним сексуальним благополуччям та психологічною ресурсністю ($p \leq 0,01$), тобто ці дві психологічні якості можуть впливати один на одного. Виявлено значимість відмінностей у показнику психологічної ресурсності у двох досліджуваних групах респондентів ($p \leq 0,01$). Зроблено висновок про те, що психологічною особливістю респондентів із низьким рівнем ССБ є низький рівень психологічної ресурсності і особливо вміння оновлювати власні психологічні ресурси.

Ще однією психологічною особливістю респондентів із низьким рівнем суб'єктивного сексуального благополуччя, згідно нашої емпіричної гіпотези, є низький рівень загального суб'єктивного благополуччя та його компонентів (психологічного та фізичного благополуччя та задоволеності стосунками). Аналіз відмінностей показав, що дійсно є статистично значима різниця у показниках загального рівню суб'єктивного благополуччя ($p \leq 0,01$) у групах з низьким та високим суб'єктивним сексуальним благополуччям. Визначено також значимий додатний зв'язок суб'єктивного благополуччя та суб'єктивного сексуального благополуччя. Зроблено висновок про те, що у респондентів з

низьким рівнем показнику ССБ показник суб'єктивного благополуччя та його компонентів також занижені. Це є ще однією їх психологічною особливістю.

Нами також знайдена значима різниця у показнику позитивного ментального здоров'я у групі респондентів із високим рівнем ССБ та у групі з низьким рівнем ССБ (на рівні $p \leq 0,05$). Кореляційний аналіз виявив значимий додатний кореляційний зв'язок між показниками суб'єктивного сексуального благополуччя та позитивного ментального здоров'я. Зроблено висновок про те, що важливою психологічною особливістю респондентів із низьким суб'єктивним сексуальним благополуччям є низький, або близький до нього, рівень позитивного ментального здоров'я.

Таким чином, основними психологічними особливостями клієнтів із низьким рівнем суб'єктивного сексуального благополуччя є високий рівень невротичності, схильності до депресивних станів, сором'язливості та емоційної лабільності, а також низький рівень суб'єктивного благополуччя, психологічної ресурсності та позитивного ментального здоров'я.

4. Розроблено рекомендації для психологів, щодо підвищення рівня суб'єктивного сексуального благополуччя клієнтів. Представлена інтегрована модель психологічної роботи з клієнтами, які мають низький рівень суб'єктивного сексуального благополуччя, що являє собою шестиетапний процес та включає встановлення контакту та первинну оцінку, поглиблену діагностику та формулювання проблеми, визначення інтегрованих терапевтичних цілей та планування втручання, застосування різноманітних психотерапевтичних технік, спрямованих на підвищення ССБ, загального благополуччя та ментального здоров'я, моніторинг прогресу та корекцію втручання, а також завершення терапії та підтримку досягнутих змін. Поєднання структурованої поетапності з гнучкою інтеграцією різноманітних технік забезпечує найбільш повний та ефективний підхід до роботи з такими

клієнтами та дозволяє запускати процес підвищення благополуччя на усіх рівнях.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Бочелюк В.Й., Черепехіна О.А. Психологія сексуальності. Київ: «Видавничий дім «Скіф», 2020. 312 с.
2. Всесвітня організація охорони здоров'я. Визначення сексуального здоров'я: Звіт технічної консультації з сексуального здоров'я, 28-31 січня 2002 р., Женева.
3. Вступ у когнітивно-поведінкову терапію / уклад. О. Романчук, О. Мельник. Львів: Свічадо, 2014. 410 с.
4. Джонсон, С. М. Теорія прив'язаності. Емоційно-фокусована терапія для створення гармонійних стосунків / пер. з англ. О. Савченко. Київ: Діалог, 2020. 368 с.
5. Гупаловська В.А. Опитувальник психологічної діагностики суб'єктивного сексуального благополуччя: розробка та валідація. *Psychological Journal*. 2021. Т. 7, № 8. С. 16–39. <https://doi.org/10.31108/1.2021.7.8.2>
6. Гупаловська В.А., Ленъ Н.І. Психологічні особливості сексуальності жінок з різним рівнем суб'єктивного благополуччя. *Вісник Чернігівського нац. пед. університету*. 2015. Вип. 126. С. 47-56.
7. Гупаловська В. А. Суб'єктивне сексуальне благополуччя: концептуалізація понять та психологічна модель. *Психологічний журнал*. 2021. Т. 7, № 9. С. 36–48. <https://doi.org/10.31108/1.2021.7.9.3>
8. Діденко С.В. Психологія сексуальності і сексуальних стосунків. Київ: «Арістей», 2003. 321 с.
9. Єрмакова А.С. Сексуальне благополуччя як фактор успішності особистості в бізнесі: дис. ... доктора філософії : 053 «Психологія» / Одеський національний університет імені І.І. Мечникова, 2021. Режим доступу:

https://onu.edu.ua/pub/bank/userfiles/files/science/razovi_spec_vcheni_rady/df41051015/diss_ermakova_as.pdf

10. Методики вивчення повсякденного стресу і способів розв'язання кризових життєвих ситуацій / за ред. Т. М. Титаренко. Київ: Міленіум, 2009. 120 с.
11. Методики исследования эмоциональной сферы человека: учебно-методическое пособие. Харьков: «ПромАрт», 2018. 260 с.
12. Методики дослідження психічного здоров'я та благополуччя персоналу організацій: психологічний практикум / за ред. Л. М. Карамушки. Київ: Інститут психології імені Г.С. Костюка НАПН України, 2023. 76 с.
13. Міністерство охорони здоров'я України.
<https://moz.gov.ua/uk/svitovij-den-seksualnogo-zdorov%E2%80%99ja-seksosvitalja-vsih>
14. Психологія сексуальності особистості: монографія / за ред. О. П. Саннікової. Одеса: Одеський національний університет імені І. І. Мечникова, 2018.
15. Особистість у розвитку: психологічна теорія і практика: монографія / за ред. С. Д. Максименка, В. Л. Зливкова, С. Б. Кузікової. Суми: Вид-во СумДПУ імені А.С. Макаренка, 2015. 430 с.
16. Охорона психічного здоров'я в умовах війни / пер. з англ. Тетяна Семигіна, Ірина Павленко, Євгенія Овсяннікова [та ін.]. Київ: Наш формат, 2017. 1068 с.
17. Фізіологія людини і тварин (фізіологія нервової, м'язової і сенсорних систем): підручник / М. Ю. Клевець, В. В. Манько, М. О. Гальків [та ін.]. Львів: ЛНУ імені Івана Франка, 2011. С. 312. (Серія «Біологічні Студії»).
18. Штепа О. С. Опитувальник психологічної ресурсності особистості: результати розробки й апробації авторської методики. *Проблеми сучасної психології* : Зб. наук. праць Кам'янець-Подільського нац. ун-ту імені Івана

Огієнка, Ін-ту психології імені Г.С. Костюка НАПН України. 2018. Вип. 39. С. 380-399.

19. Anderson R. M. Positive sexuality and its impact on overall well-being. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*. 2013. Vol. 56 № 2. P. 208–214. <https://doi.org/10.1007/s00103-012-1607-z>

20. Bancroft J. *Human sexuality and its problems*. 3rd ed. Churchill Livingstone 2010.

21. Bartlik B. D., Kolzet J. A., Ahmad N., Parveen T., Alvi S. Female Sexual Health. In: Legato M. J. editor. *Principles of Gender-Specific Medicine*. 2nd ed. Gulf Professional Publishing; Houston TX USA 2010. P. 400–407.

22. Basson R. Women's sexual dysfunction: revised definitions and diagnostic criteria. *The Journal of Sexual Medicine*. 2001. Vol. 1 № 1. P. 9-24.

23. Brotto L., Atallah S., Johnson-Agbakwu C., Rosenbaum T., Abdo C., Byers E. S., Graham C., Nobre P., Wylie K. Psychological and Interpersonal Dimensions of Sexual Function and Dysfunction. *The journal of sexual medicine*. 2016. Vol. 13 № 4. P. 538–571. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2016.01.019>

24. Byers S. E., Rehman U. S. Sexual well-being. In D. L. Tolman and D. L. Diamond (Eds.) *APA Handbook of Sexuality and Psychology*. Vol. 1. Person-Based Approaches. Chapter 11. P. 311-337. <https://www.google.com/search?q=http://dx/doi.org/10/1037/14193-011>

25. Carpenter L. M., Nathanson C. A., Kim Y. J. Physical women emotional men: gender and sexual satisfaction in midlife. *Archives of sexual behavior*. 2009. Vol. 38 № 1. P. 87–107. <https://doi.org/10.1007/s10508-007-9215-y>

26. Cain D. J., Seeman J. (Eds.). *Humanistic psychotherapies: Theory research and practice*. American Psychological Association. 2019.

27. Department of Health. *Better prevention better services better sexual health: The national strategy for sexual health and HIV*. London: Author 2001. Retrieved from <http://www.doh.gov.uk/nshs/strategy.htm>

28. Department of Health and Human Services (US) CDC/HRSA Advisory Committee on HIV Viral Hepatitis and STD Prevention and Treatment. Draft record of the proceedings. Atlanta 2012. Retrieved from http://www.cdc.gov/maso/facm/pdfs/CHACHSPT/20120508_CHAC.pdf
29. Diener E. Subjective well-being. The science of happiness and a proposal for a national index. *The American psychologist*. 2000. Vol. 55 № 1. P. 34–43. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11392863/>
30. Dunn K. M., Croft P. R., Hackett G. I. Association of sexual problems with social psychological and physical problems in men and women: a cross sectional population survey. *Journal of epidemiology and community health*. 1999. Vol. 53 № 3. P. 144–148. <https://doi.org/10.1136/jech.53.3.144>
31. Edwards W. M., Coleman E. Defining sexual health: A descriptive overview. *Archives of Sexual Behavior*. 2004. Vol. 33. P. 189–195. <https://doi.org/10.1023/B:ASEB.0000026619.95734.d5>
32. Epstein S., Mamo L. The proliferation of sexual health: Diverse social problems and the legitimization of sexuality. *Social science & medicine (1982)*. 2017. Vol. 188. P. 176–190. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2017.06.033>
33. Gagnon J. H., Simon W. *Sexual conduct: The social sources of human sexuality*. Chicago IL: Aldine 1973.
34. Giami A. Sexual health: The emergence development and diversity of a concept. *Annual Review of Sex Research*. 2022. Vol. 13. P. 1–35.
35. Gravel E. E., Reissing E. D., Pelletier L. G. The ebb and flow of sexual well-being: The contributions of basic psychological needs and autonomous and controlled sexual motivation to daily variations in sexual well-being. *Journal of Social and Personal Relationships*. 2020. Vol. 37 № 7. P. 2286-2306. <https://www.google.com/search?q=https://doi.org/10.1177/0265407520921558>
36. Herbenick D., Reece M., Schick V., Sanders S. A., Dodge B., Fortenberry J. D. Sexual behaviors relationships and perceived health status among

adult women in the United States: Results from a national probability sample. *Journal of Sexual Medicine*. 2010. Vol. 7 Suppl. 5. P. 277–290.
<https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2010.02010.x>

37. Hensel D. J., Nance J., Fortenberry J. D. The association between sexual health and physical mental and social health in adolescent women. *Journal of Adolescent Health*. 2016. Vol. 59 № 4. P. 416–421.
<https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2016.06.003>

38. Hensel D. J., Fortenberry J. D. Life-span sexuality through a sexual health perspective. In D. L. Tolman L. M. Diamond J. A. Bauermeister W. H. George J. G. Pfaus L. M. Ward (Eds.) *APA handbook of sexuality and psychology*. Vol. 1. Person-based approaches. P. 385–413. American Psychological Association 2014.
<https://doi.org/10.1037/14193-013>

39. Hooghe M. Is sexual well-being part of subjective well-being? An empirical analysis of Belgian (Flemish) survey data using an extended well-being scale. *Journal of Sex Research*. 2012. Vol. 49 № 2-3. P. 264–273.
<https://doi.org/10.1080/00224499.2010.551791>

40. Humboldt S. von. Sexual well-being in old age: are older adults well sexually? *Annals of Medicine*. 2021. Vol. 53 № 1. P. 11-11.
<https://www.google.com/search?q=https://doi.org/10.1080/07853890.2021.1896878>

41. Kernberg O. F. *Love relations: Normality and pathology*. Yale University Press 2000.

42. Leiblum S. R. (Ed.). *Principles and practice of sex therapy* (4th ed.). Guilford Press.2007.

43. Lefkowitz E. S., Vasilenko S. A. Healthy sex and sexual health: New directions for studying outcomes of sexual health. *New Directions for Child and Adolescent Development*. 2014. Vol. 2014 № 144. P. 87–98.
<https://doi.org/10.1002/cad.20062>

44. LoPiccolo J., LoPiccolo L. Handbook of sex therapy. Plenum Press 1978.
45. McCarthy B. W., McCarthy E. J. Rekindling desire: A step-by-step program to help low-sex couples renew intimacy. New York: Brunner-Routledge 2003.
46. Martel B. Sexualité amour et Gestalt. Paris: Éditions Retz 2006.
47. Masters W. H., Johnson V. E., Kolodny R. C. Human sexuality. Scott Foresman & Co. 1988.
48. Ottawa Charter for Health Promotion, 1986. Режим доступа: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/349652/WHO-EURO-1986-4044-43803-61677-eng.pdf>
49. Pan American Health Organization/World Health Organization. Promotion of sexual health: Recommendations for action. 2000. Retrieved from <http://www2.rz.hu-berlin.de/sexology/>
50. Ryff C. D., Keyes C., Lee M. The Structure of Psychological Well-Being Revisited. Journal of Personality and Social Psychology. 1995. Vol. 69 № 4. P. 719–727. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.69.4.719>
51. Robinson S. J., Stellato A., Stephens J., Kirby S., Forsythe A., Ivankovich M. B. On the road to well-being: The development of a communication framework for sexual health. Public Health Reports. 2013. P. 43–52. <https://doi.org/10.1177/00333549131282S105>
52. Rosen R. C., Bachmann G. A. Sexual Well-Being Happiness and Satisfaction in Women: The Case for a New Conceptual Paradigm. Journal of Sex & Marital Therapy. 2008. Vol. 34 № 4. P. 291-297. <https://doi.org/10.1080/00926230802096234>
53. Santos-Iglesias P., Byers E. S., Moglia R. Sexual well-being of older men and women. The Canadian Journal of Human Sexuality. 2022. Vol. 25 № 2. <https://doi.org/10.3138/cjhs.252-A4>

54. Schnarch D. M. Constructing the sexual crucible: An integration of sexual and marital therapy. New York: W. W. Norton & Company 1991.
55. Šuvak Martinović M. Odrednice seksualnog zadovoljstva: pregled istraživanja. *Suvremena psihologija*. 2020. Vol. 23 № 2. P. 133-160. <https://www.google.com/search?q=https://doi.org/10.21465/2020-SP-232-04>
56. Tripodi F., Silvaggi C., Simonelli C. *Psychology of Sexual Response*. Roma 2017. URL: https://www.academia.edu/18574579/Psychology_of_sexual_response
57. U.S. Surgeon General. The Surgeon General's call to action to promote sexual health and responsible sexual behavior. 2001. Retrieved from <http://www.surgeon-general.gov/library/sexualhealth/call.htm>
58. Weeks G. R., Gambescia N. *Treating infidelity: Therapeutic approaches with individuals and couples*. W. W. Norton & Company 2007.
59. World Health Organization. Режим доступу: https://iris.who.int/discover?query=1975&scope=/&filtertype_0=dateIssued&filter_relational_operator_0>equals&filter_0=%5B1960+TO+1999%5D&filtertype=author&filter_relational_operator>equals&filter=World+Health+Organization

ДОДАТОК А
ОПИТУВАЛЬНИК СЕКСУАЛЬНОГО БЛАГОПОЛУЧЧЯ
(В. Гупаловська, 2021)

Інструкція. Прочитайте кожне судження і оцініть за шкалою від 0 (завжди ні) до 4 (завжди так) його відповідність Вашим судженням:

Варіант відповіді	В прямих значеннях	В обернених значеннях
завжди ні	0 балів	4 бали
переважно ні	1 бал	3 бали
Ні так, ні ні, не знаю	2 бали	2 бали
переважно так	3 бали	1 бал
завжди так	4 бали	0 балів

Текст опитувальника

1. Моє здоров'я протягом останнього часу було не гіршим, ніж у інших.
2. Я і мій партнер/партнерка сприймаємо сексуальні стосунки як складову частину нашого кохання/любові/стосунків.
3. Моє здоров'я та інші життєві обставини сильно мене турбують, тому мені не до сексу.
4. Я розумію, що секс не може бути щоразу грандіозний, що іноді може дещо не вдаватись, не зовсім подоба-тись, але це не впливає на мою оцінку загальної якості мого сексуального життя.
5. Мої сексуальні потреби повністю реалізовані.
6. Під час “занять любов'ю” ми враховуємо відмінності між тим, що радує в сексі чоловіка, і тим, що радує жінку.
7. Я перебуваю в стосунках і це мені подобається.
8. Ми з моїм партнером/партнеркою можемо обговорювати наше сексуальне життя, сексуальні відчуття, пот-реби, що подобається чи не сподобалося.
9. У мене є кілька сексуальних партнерів.
10. Сексуальні стосунки з моїм партнером/партнеркою наповнюють мене позитивними емоціями.
11. Я не уявляю собі стосунків у парі без сексу.
12. Я не боюся запитувати, що подобається моєму партнеру/партнерці.
13. Під час сексуальних стосунків ми стараємося тримати баланс між тим, скільки віддаємо, і скільки отримує-мо.
14. Сексуальні стосунки з моїм партнером/партнеркою напружують, засмучують мене.
15. У мене зараз немає сексуальних стосунків і мені так добре.
16. Щоб відчувати задоволення від свого сексуального життя, мені необхідно мати кілька сексуальних партне-рів.
17. Ми з моїм партнером/партнеркою свідомо шукаємо способи стимулювати наше спільне сексуальне життя.
18. Без сексуальних стосунків життя людини неповноцінне.

19. У мене від природи висока потреба у сексі, навіть якщо немає пари.
20. Я повністю задоволений/на своїм сексуальним життям.
21. Для того, щоб бути задоволеним своїм сексуальним життям, мені необхідно мати гармонійні глибокі стосунки з однією людиною.
22. Для того, щоб бути щасливим, мені потрібен секс.
23. Я маю добре самопочуття при регулярних статевих стосунках.
24. Наша близькість з партнером/партнеркою збереглася би і без сексуальних стосунків.
25. Я маю почуття до свого партнера і ми добре розуміємо одне одного, тому й інтимні стосунки у нас гармонійні.
26. Сексуальні стосунки сприяють поглибленню близькості між мною і партнером.
27. Душевна близькість з моїм сексуальним партнером є умовою мого сексуального благополуччя.
28. При наявності партнера та гармонійних з ним стосунків не є визначальною частота статевих контактів.
29. Я хочу змін у статевому житті, але я не можу почати розмову про це з моїм партнером.
30. Я мрію про зміну сексуального партнера.
31. Мій партнер уникає розмови про різноманіття нашого статевого життя.
32. Я потребую урізноманітнити свої статеві стосунки.
33. Наше з партнером статеве життя не переривається, навіть якщо ми посварилися.

КЛЮЧ

Питання методики	Шкала
6, 8, 10, 12, 13, 17, 29об, 31 об	Сексуальна комунікація
11, 18, 19, 22, 23	Сексуальна потреба
9, 16, 21об, 27об, 30	Кількісна потреба
4, 21, 24, 25, 27, 28, 33, 34	Стосунки як цінність
5, 7, 14 об, 20, 25, 30 об, 32 об	Задоволення сексуальним життям і стосунками
Сума шкал 1, 2, 4, 5	Інтегральний показник СБ

Дані стандартизації шкал опитувальника

Низький рівень, бали	Середній рівень, бали	Високий рівень, бали
1. Сексуальна комунікація	0-17	18-21 ≥ 22
2. Сексуальна потреба	0-9	9-14 ≥ 15
3. Кількісний компонент	0-1	1-3 ≥ 4
4. Стосунки як цінність	0-16	17-23 ≥ 24
5. Задоволення СЖ і стосунками	0-19	20-23 ≥ 24

Интегральный
показник

0-61

62-84

≥ 85

ДОДАТОК Б
ОПИТУВАЛЬНИК ПСИХОЛОГІЧНОЇ РЕСУРСНОСТІ
ОСОБИСТОСТІ (О. Штепа, 2018)

Інструкція: серед наведених тверджень позначте знаком «+» ті, з якими ви згодні, а «-» – ті, з якими ви не погоджуєтесь.

Текст опитувальника

1. Життєві успіхи надають мені наснаги у досягненні особистих і професійних цілей
2. Наполегливість – це мій шлях до успіху
3. Загалом, я впевнена у собі людина
4. Для мене важливо мати добрі взаємини з близькими та колегами по роботі
5. Для мене важливо бути зрозумілим для інших
6. Я допомагаю, не чекаючи, доки мене про це попросять
7. Люди за своєю природою злі
8. Мені не подобається відповідати за інших
9. Коли необхідно приймати рішення, я не впевнений, що оберу вірний варіант
10. Людина, якій допомагають, ніколи нічому сама не навчиться
11. Я довіряю собі у розв'язанні особистих і професійних питань
12. Навіть коли виконую важливе завдання, я часто відволікаюсь
13. Я волію тримати при собі свої речі, думки та переживання
14. Для мене важливо, щоб мої зусилля не були марними
15. Я намагаюсь уникати людей, які можуть у мене щось попросити
16. Добро – це філософська категорія, що мало сумісна з реальним життям
17. Бути добрим – означає виховувати у навколишніх несамостійність
18. Люди невдячні, тому не слід поспішати їм допомагати
19. Вважаю, що оточуючі не повинні ображатись, якщо я не виконав обіцянки
20. Якщо я не можу виконати прохання або доручення, я попереджаю, щоб на мене не розраховували
21. Не вважаю себе цілеспрямованою людиною
22. Якщо завдання відповідальне, намагаюсь його уникнути
23. Якщо завдання слід виконати творчо, отже, я маю зробити те, чого ніхто не зможе оцінити
24. Мені складно придумати щось нове у взаєминах або професійних питаннях
25. Не можу сказати, що маю хороше почуття гумору
26. Нікому не слід довіряти
27. Доброта – це прихований егоїзм
28. Навіть у поганій людині є щось хороше
29. Для мене важливо, щоб близькі та колеги по роботі визнавали мої досягнення
30. Мені є кого любити
31. Мені цікаві люди, які мислять неординарно
32. У своїх намірах я рахуюсь із бажаннями близької людини
33. У житті немає нічого цікавого, лише розчарування
34. Кожній людині необхідно дати у житті шанс
35. Головними принципами людських взаємин мають бути співстраждання і милосердя
36. До мене нерідко звертаються за порадою і допомогою
37. Я вмію надихати інших на творчі рішення або добрі вчинки
38. Я вмію пропонувати свою допомогу, не принижуючи людину
39. Мені подобається розмірковувати, філософствувати
40. Я відчуваю життя повніше, коли прагну до мети

41. Милосердя є вищим за справедливість
42. Показником справжнього професіоналізму людини є успіх
43. Я не займаюсь саморозвитком
44. Професія не є сферою моєї самореалізації
45. Я цілком задоволений рівнем своїх професійних знань
46. Чим більше знаєш, тим примарнішою стає істина
47. Для професійного зростання потрібна не самоосвіта, а чіткі цілі
48. Я не бачу перспектив саморозвитку
49. Природа людини завжди візьме гору над вихованням
50. Я не потребує самоаналізу
51. Із двох завдань я, у першу чергу, виконую те, що пов'язане з проханням іншої людини, а вже потім – власне
52. Складові любові – це турбота, відповідальність і терпіння
53. У моєму житті є хтось або щось, чому я себе присвятив
54. Мені цікаво вчитись – із книжок, у людей, у життя
55. Успіх – це досягнення правильно сформульованої цілі
56. Я вмію створити собі гарний настрій
57. Я не знаю, якими є мої переваги
58. Я відчуваю життя повніше, коли здатний любити
59. Я не здатний надихати та заспокоювати інших
60. Час від часу мені необхідно побути наодинці, щоб поміркувати над життям
61. Я знаю, як себе організувати, щоб досягти мети
62. Я не можу відповісти на запитання «Хто я?»
63. Я не вмію створювати довірливі взаємини
64. Я не знаю меж власних творчих і професійних можливостей
65. Близьким і колегам по роботі важлива моя моральна підтримка
66. Я не здатний робити щось, щоб почуватись у безпеці
67. Я знаю, що мої професійні успіхи є наслідком мого саморозвитку

Обчислення результатів: визначити відповідність відповіді респондента до ключа опитувальника. За кожен відповідність відповіді до ключа додати 1 бал. Обчислити суму балів за кожною шкалою.

Ключ ОПРО

1. Упевненість у собі 2+ 3+ 9– 11+ 12– 21– 22– 55+
2. Доброта до людей 4+ 5+ 15– 16– 17– 26– 27– 28+
3. Допомога іншим 4+ 6+ 10– 17– 18– 36+ 37+ 38+
4. Успіх 1+ 12– 14+ 29+ 34+ 40+ 42– 55+
5. Любов 7– 8– 11+ 30+ 33– 51+ 52+ 53+
6. Творчість 23– 24– 25– 31+ 37+ 40+ 53+ 54+
7. Віра у добро 1+ 6+ 7– 13– 16– 28+ 34+ 35+
8. Прагнення до мудрості 33– 36+ 39+ 45– 46– 47– 54+ 55+
9. Робота над собою 11+ 41+ 43– 48– 49– 50– 52+ 54+
10. Самореалізація у професії 11+ 23– 24– 40+ 42– 44– 47– 53+
11. Відповідальність 8– 10– 19– 20+ 22– 32+ 51+ 52+
12. Знання власних ресурсів 57– 59– 60+ 61+ 62– 63– 66– 67+
13. Уміння оновлювати власні ресурси 56+ 58+ 60+ 61+ 62– 63– 64– 66–
14. Уміння використовувати власні ресурси 58+ 59– 61+ 63– 64– 65+ 66– 67+
15. Загальний рівень психологічної ресурсності

Рівні психологічної ресурсності:

0–56 балів – психологічна ресурсність не діагностується;

57–69 балів – низький рівень психологічної ресурсності;

70–92 бали – середній рівень психологічної ресурсності;

93–106 балів – високий рівень психологічної ресурсності;

107–112 балів – сумнівні дані для діагностування наявності психологічної ресурсності.

ДОДАТОК В

МЕТОДИКА «ШКАЛА ПОЗИТИВНОГО МЕНТАЛЬНОГО ЗДОРОВ'Я» (POSITIVE MENTAL HEALTH SCALE (PMH-SCALE)) (J. LUKAT, J. MARGRAF, R. LUTZ, W. M. VAN DER VELD, & E. S. BECKER) (адаптація Л. М. Карамушки, О. В. Креденцер, К. В. Терещенко)

Інструкція для учасників опитування: Оцініть свій стан за 4-ох бальною шкалою (поставте «+» у відповідній комірці).

Текст опитувальника:

Пункт	Не вірно	Скоріше не вірно	Скоріше вірно	Вірно
	1	2	3	4
1. Я часто почуваюся безтурботно і знаходжуся в гарному настрої				
2. Я насолоджуюся життям				
3. Загалом я відчуваю задоволення від життя				
4. Загалом я відчуваю впевненість				
5. Я справляюся із задоволенням своїх потреб				
6. Я – в гарній фізичній формі і в гарному емоційному стані				
7. Я відчуваю, що здатний/здатна справлятися з життям і його труднощами				
8. Багато з того, що я роблю, приносить мені радість				
9. Я – спокійна і врівноважена людина				

Обробка та інтерпретація результатів: Підрахуйте загальну кількість балів. Мінімальний показник позитивного ментального здоров'я дорівнює 9 балам, максимальний показник дорівнює 36 балам. Низький рівень показника позитивного ментального здоров'я відповідає інтервалу 9-24 балів, середній рівень – 25-29 балів, високий рівень – 30-36 балів.

ДОДАТОК Г

МЕТОДИКА «МОДИФІКОВАНА ШКАЛА СУБ'ЄКТИВНОГО БЛАГОПОЛУЧЧЯ БІБІСЬ» (THE MODIFIED BBC SUBJECTIVE WELL-BEING SCALE (BBC-SWB)) (P. PONTIN, M. SCHWANNAUER, S. TAI, & M. KINDERMAN) (адаптація Л. М. Карамушки, К. В. Терещенко, О. В. Креденцер)

Субшкала «психологічне благополуччя» – пункти №№ 4–15.

Субшкала «фізичне здоров'я та благополуччя» – пункти №№ 1–3, 21–24.

Субшкала «стосунки» – пункти №№ 16–20.

Додається також нормативна таблиця

Інструкція для учасників опитування: Дайте відповідь на наведені нижче запитання, використовуючи шкалу (поставте «+» у відповідній комірці).

Текст опитувальника:

Пункт	Зов- сім ні	Трохи	Сере- дньо	Дуже силь- но	Над- звичай- но сильно
	1	2	3	4	5
1. Чи задоволені Ви своїм фізичним здоров'ям?					
2. Чи задоволені Ви якістю свого сну?					
3. Чи задоволені Ви своєю здатністю виконувати свою повсякденну життєву активність?					
4. Чи відчуваєте Ви депресію або тривогу?					
5. Чи відчуваєте Ви здатність насолоджуватися життям?					
6. Чи вважаєте Ви, що у Вас є мета в житті?					
7. Чи відчуваєте Ви оптимізм з приводу майбутнього?					

8. Чи відчуваєте Ви, що контролюєте своє життя?					
9. Чи відчуваєте Ви задоволення собою як особистістю?					
10. Чи задоволені Ви своєю зовнішністю і зовнішнім виглядом?					
11. Чи відчуваєте Ви, що в змозі прожити своє життя так, як хочете?					
12. Чи впевнені Ви в своїх власних думках і переконаннях?					
13. Чи відчуваєте Ви себе в змозі робити те, що Ви хочете робити?					
14. Чи відчуваєте Ви себе в змозі рости і розвиватися як особистість?					
15. Чи задоволені Ви собою і своїми досягненнями?					
16. Чи задоволені Ви своїм особистим і сімейним життям?					
17. Чи щасливі Ви у Ваших дружніх і особистих відносинах?					
18. Чи комфортно Ви почуваетесь стосовно того, як Ви ставитеся до інших і спілкуєтеся з іншими?					
19. Чи задоволені Ви своїм сексуальним життям?					
20. Чи в змозі Ви звернутися за допомогою з проблемою?					
21. Чи щасливі Ви, що у Вас є достатньо грошей, щоб задовольнити Ваші потреби?					
22. Чи задоволені Ви вашими можливостями для занять спортом / відпочинку?					
23. Чи задоволені Ви своїм доступом до медичних послуг?					
24. Чи задоволені Ви своєю здатністю працювати?					