

Київський національний університет імені Тараса Шевченка

Факультет психології

Кафедра психодіагностики та клінічної психології

**Вплив пов'язаного з війною стресу на сексуальне благополуччя  
українців**

*Кваліфікаційна робота*

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

**Дятлової Марини Василівни**

Науковий керівник:

докторка філософії з психології,  
асистентка кафедри психодіагностики  
та клінічної психології

**Шевчук Ольга Сергіївна**

Роботу рекомендовано до захисту на ЕК № \_\_\_\_

Протокол № \_\_\_\_ від \_\_\_\_\_ року

Завідувачка кафедри психодіагностики та клінічної психології

\_\_\_\_\_ **Людмила КРУПЕЛЬНИЦЬКА**

**Київ – 2025**

## ЗМІСТ

|  |    |
|--|----|
| ВСТУП .....  | 3  |
| РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ОСНОВИ ВИВЧЕННЯ ПРОБЛЕМИ СТРЕСУ, СПРИЧИНЕНОГО ВІЙНОЮ, НА СЕКСУАЛЬНЕ БЛАГОПОЛУЧЧЯ УКРАЇНЦІВ.....  | 7  |
| 1.1. Психологічні та фізіологічні аспекти стресу у період збройних конфліктів .....  | 7  |
| 1.2. Вплив хронічного стресу на сексуальне здоров'я та інтимні стосунки ...  | 12 |
| 1.3. Гендерні особливості переживання стресу та їхній вплив на сексуальну сферу.....   | 22 |
| 1.4 Чинники стресу в умовах війни .....  | 32 |
| Висновки до розділу 1 .....  | 34 |
| РОЗДІЛ 2. МЕТОДОЛОГІЧНІ ОСНОВИ ДОСЛІДЖЕННЯ ВПЛИВУ СТРЕСУ, СПРИЧИНЕНОГО ВІЙНОЮ, НА СЕКСУАЛЬНЕ БЛАГОПОЛУЧЧЯ УКРАЇНЦІВ.....           | 36 |
| 2.1. Концептуальна модель та гіпотези.....   | 36 |
| 2.2. Інструменти оцінки рівня стресу та сексуального благополуччя.....   | 38 |
| 2.3. Вибірка, процедура збору даних та етичні аспекти дослідження.....   | 46 |
| Висновки до розділу 2 .....  | 52 |
| РОЗДІЛ 3. АНАЛІЗ РЕЗУЛЬТАТІВ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ВПЛИВУ СТРЕСУ, СПРИЧИНЕНОГО ВІЙНОЮ, НА СЕКСУАЛЬНЕ БЛАГОПОЛУЧЧЯ УКРАЇНЦІВ..... | 53 |
| 3.1. Загальний огляд результатів емпіричного дослідження .....   | 53 |
| 3.2. Аналіз прямого впливу війни та через медіа як предикторів сексуального благополуччя .....                                     | 65 |
| 3.3. Гендерні, вікові та соціальні відмінності у впливі стресу на сексуальне благополуччя .....                                    | 73 |
| Висновки до розділу 3 .....  | 78 |
| ВИСНОВКИ.....  | 82 |
| СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....  | 86 |

## ВСТУП

**Актуальність теми дослідження.** Війна є однією з найбільших трагедій, яку може пережити нація, і її наслідки проникають у всі сфери життя суспільства. Окрім фізичних руйнувань та економічних криз, війна має глибокий психологічний вплив на людей, що відображається на їхньому емоційному та психічному стані. Стрес, викликаний війною, зачіпає не лише індивідуальні реакції, але й соціальні зв'язки, міжособистісні стосунки, сексуальне життя та благополуччя, що є складовою частиною загального психічного та фізичного здоров'я людини.

У період війни українці переживають численні стресові ситуації, такі як травматичні події, втрата близьких, вимушена евакуація, економічна нестабільність, постійна загроза життю. Це призводить до підвищення рівня тривожності, депресії, посттравматичного стресового розладу та інших психічних проблем, які можуть значно впливати на інтимне життя людей.

Дослідження показують, що стрес може призвести до зниження сексуального бажання, порушень ерекції, зниження лібідо, а також змін у взаємних стосунках між партнерами, що може погіршити якість життя.

Багато людей, які пережили війну, стикаються з труднощами в інтимних стосунках, що не лише погіршує їхнє сексуальне благополуччя, а й може мати негативний вплив на сімейні стосунки та виховання дітей. Вплив стресу на сексуальне здоров'я не обмежується лише тим, хто безпосередньо пережив бойові дії, а також стосується цивільного населення, яке переживає психологічні потрясіння через інформаційний вплив війни, страх за рідних, переживання за майбутнє.

**Мета дослідження** полягає в дослідженні впливу спричиненого війною стресу на сексуальне благополуччя українців, зокрема оцінити зміни у психоемоційному стані та сексуальному функціонуванні особистості.

Для досягнення визначеної мети в роботі вирішувалися такі **завдання**:

1. Проаналізувати операціоналізацію факторів, які описують вплив хронічного стресу на сексуальне здоров'я та інтимні стосунки особистості.

2. Визначити основні чинники стресу, що виникають в умовах війни, та окреслити їх вплив на сексуальне благополуччя українців.

3. Дослідити модераційні ефекти тривожних та депресивних станів щодо впливу стресу на сексуальне благополуччя.

4. Порівняти отримані результати щодо гендерних, вікових та соціальних відмінностей у реагуванні на спричинений війною стрес, який формується під дією різних факторів, зокрема прямого впливу війни та медіа, які це відображають; розкрити специфіку їх впливу на сексуальне благополуччя.

**Об'єкт дослідження** — сексуальне благополуччя особистості.

**Предмет дослідження** — вплив пов'язаного з війною стресу на психологічні та фізіологічні аспекти сексуального благополуччя громадян України.

*Гіпотеза дослідження: спричинений війною стрес має значний негативний вплив на сексуальне благополуччя українців; існують відмінності у тому, як переживають цей стрес особи чоловічої та жіночої статі.*

Для досягнення мети дослідження та вирішення конкретних завдань було використано такі **методи**:

1. Методи теоретичного пізнання (аналіз, синтез, узагальнення, систематизація);

2. Емпіричні методи дослідження за допомогою психометричних інструментів (анкетування щодо соціодемографічних даних; опитувальники: авторський опитувальник досвіду війни, «Шкала сприйнятого стресу» (Perceived Stress Scale (PSS-10), Cohen, S.), «Міжнародний опитувальник травматичних подій» (International Trauma Questionnaire (ITQ-CC), Cloitre, M., Shevlin, M., Brewin, C. R.), «Опитувальник суб'єктивного сексуального благополуччя», (Гупаловська В.), «Госпітальна шкала тривоги та депресії» (Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), Zigmond A.S., Snaith R.P.)).

3. Математико-статистичні методи обробки даних (описова статистика, метод лінійної регресії, модераційний та медіаційний аналіз, t-критерій Стьюдента та u-критерій Манна-Уїтні).

**Дослідницька вибірка.** У дослідженні взяли участь 91 особа, з них 58 жінок та 33 чоловіків. Більшість респондентів перебувала у віковому діапазоні від 18 до 28 років (59 осіб), 21 респондент були від 29 до 39 років та 11 перебували у діапазоні від 40 до 50 років. 71 респондент зазначили, що не переїздили після повномасштабного вторгнення, 14 були внутрішньо-переміщеними особами і 6 виїхали закордон.

**Наукова новизна одержаних результатів** полягає у розширенні уявлення про фактори, які впливають на сексуальне благополуччя українців в умовах війни, уточнено розуміння специфіки їх впливу щодо гендерних відмінностей.

**Практичне значення роботи** полягає у розширенні матеріалів психоедукаційних заходів психологів-практиків щодо тематики впливу воєнних умов на сексуальне благополуччя особистості; отримані результати можуть бути використані для розробки програм психологічної допомоги та підтримки сексуального здоров'я в умовах стресу, а також для створення рекомендацій щодо відновлення сексуального благополуччя в постконфліктний період.

**Достовірність і обґрунтованість наукових результатів** даної роботи може бути підтверджено глибоким аналізом теоретичної літератури щодо досліджуваних феноменів; використанням репрезентативної вибірки та сучасного, валідного і надійного емпіричного інструментарію, а також апробованих та прийнятих у сучасній науці методів математико-статистичного аналізу даних, коректним добором використаних показників і критеріїв; поєднанням теоретичного аналізу з проведенням емпіричного дослідження.

**Структура та обсяг роботи.** Дипломна робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків до кожного розділу, загальних висновків, списку

використаних джерел, що налічує 91 найменування, з них – 43 іноземною мовою. Дослідження містить 18 таблиць та 14 рисунків. Основний матеріал викладено на 84 сторінках, повний обсяг роботи — 100 сторінок.

# РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ОСНОВИ ВИВЧЕННЯ ПРОБЛЕМИ СТРЕСУ, СПРИЧИНЕНОГО ВІЙНОЮ, НА СЕКСУАЛЬНЕ БЛАГОПОЛУЧЧЯ УКРАЇНЦІВ

## 1.1. Психологічні та фізіологічні аспекти стресу у період збройних конфліктів

Стрес — це природна відповідь організму на ситуації, що перевищують його здатність до адаптації. Якщо стрес короткотривалий, ми можемо подолати труднощі і повернутися до звичайного ритму життя. Проте в умовах війни люди постійно зустрічаються з численними стресовими факторами, які можуть мати серйозні наслідки (Куліш, 2014). Хронічний стрес виснажує психіку, ускладнюючи здатність адекватно реагувати на життєві виклики. Це може призвести до різноманітних психічних розладів, від депресії до важких психічних захворювань (Сухорукова, 2023).

Збройний конфлікт в Україні триває вже більше року, і його вплив на життя людей є глибоким та всебічним. Щодня співвітчизники стикаються з новими викликами, які пов'язані не лише з безпосередньою загрозою їхньому життю, а й з психоемоційним напруженням, яке цей конфлікт викликає (Gradus, 2022). Війна не лише змінює зовнішній ландшафт країни, а й впливає на її громадян на психологічному, соціальному та економічному рівнях. Ментальний стан населення є відображенням цих змін, і питання підтримки психічного здоров'я стає важливим аспектом адаптації до нових умов (Томаржевська, 2024).

До цього загального психологічного навантаження, яке несе війна, залучено різні категорії людей: військових, які перебувають на передовій, мирних жителів, що проживають у зонах бойових дій, цивільних осіб, які перебувають на відносно безпечних територіях, а також вимушених переселенців та біженців, що змушені залишати свої домівки через безпосередню загрозу (Кердивар, Христенко, 2021). У кожній з цих груп існують різні рівні стресу та занепокоєння, але усі вони стикаються з одним спільним викликом — психологічними наслідками війни. Серед них можна

відзначити високий рівень тривожності, депресивні стани, посттравматичний стресовий розлад, а також проблеми, пов'язані з адаптацією до нових реалій після періоду бойових дій (Ainamani, 2020).

Збройні конфлікти — це одна з найбільш руйнівних форм насилля, що супроводжує історію людства від найдавніших часів. Їх наслідки не обмежуються лише матеріальними чи територіальними втратами, а охоплюють і глибокі соціальні, психологічні та культурні зміни (Александров, 2022; Shkrebtiienko, Rozova, 2024). Дослідження впливу війни на психіку людини показують, що постійне перебування в умовах стресу, тривоги та насильства може викликати серйозні порушення психічного здоров'я, що потребують комплексної терапії та соціальної підтримки (Davidson, 1992). Ці стани можуть проявлятися не тільки в емоційних реакціях, таких як страх і тривога, але й у фізичних симптомах — порушеннях сну, апетиту, головних болях та інших соматичних проявах (Epstein, 1989). Відсутність належної допомоги і підтримки може призвести до погіршення стану, що має довготривалі наслідки для здоров'я людини (Куліш, 2014).

В умовах війни соціальна ізоляція та роз'єднаність, а також руйнування соціальних зв'язків погіршують і так складні умови життя. Для цивільних осіб, які залишаються на окупованих територіях, додатковою проблемою стає інформаційна ізоляція, страх перед репресіями, фізичними знущаннями, а також відсутність можливості звернутися за допомогою (Gradus, 2022). Люди в таких умовах часто переживають глибокі психологічні травми, які можуть проявлятися як у вигляді посттравматичного стресового розладу, так і у вигляді соціальних і психічних порушень, що виникають через багаторічну невизначеність та постійну загрозу життю (Ainamani, 2020). У той самий час, навіть у відносно безпечних районах країни, війна відображається на психологічному стані людей (Мащак, Кучвара, 2023). Страх за своїх рідних та близьких, економічна нестабільність, неясність майбутнього та постійний контакт з новинами про події на фронті стають потужними джерелами стресу (Davidson, 1990). Люди, які не пережили безпосередніх бойових дій, але

відчувають постійний емоційний тиск, не менш схильні до розвитку тривожних розладів, депресій та інших психічних проблем (Лі Neiderland, 1964).

Вимушені переселенці та біженці, що змушені залишати свої домівки через бойові дії, також переживають серйозні стресові ситуації (Бахмутова & Неска, 2022;). Втрата домівки, економічні труднощі, адаптація до нового середовища та соціальна ізоляція стають факторами, які посилюють психоемоційний стрес (Берегуляк., 2022). Вони також стикаються з проблемою довготривалої адаптації до нових умов, що часто включає втрату соціальних зв'язків та необхідність перебудови життєвих пріоритетів і цінностей (Azatyan et al., 2024; Маршалек, 2022).

Дослідження, проведені спеціалістами Єрусалимської медичної школи, свідчать про те, що реакція людської психіки на воєнні події може значно варіюватися — від тимчасового напруження до глибоких психологічних потрясінь (ISRAEL21c, 2024; Grygorenko et al., 2023). Наслідки психотравм можуть мати руйнівний характер, спричиняючи тяжкі розлади, зокрема депресивні стани, посттравматичний стресовий розлад та розвиток залежностей (Fava, 1999; Примак, Дерев'янка, 2023). Пережитий воєнний досвід ставить людину перед серйозними випробуваннями, виснажуючи як морально, так і фізично, впливаючи не лише на роботу нервової системи та емоційний стан, а й на якість стосунків із близькими, соціальну взаємодію та професійну діяльність (Живоглядов, Носаль, 2022; Grygorenko et al., 2023).

Згідно з результатами дослідження, проведеного українськими науковцями у 2022 році в межах проекту «Всеукраїнське опитування: життєва стійкість у воєнний час», близько 80% респондентів мали досвід, пов'язаний із війною — участь у бойових діях або вимушене переселення (Кокун, н.д.). Понад половина (55,7%) зіштовхнулися з реальною загрозою життю, а 86,7% відзначили зниження емоційної стабільності, що свідчить про глибокі зміни в психоемоційному стані населення (Александров, 2022; Мащак, Кучвара, 2023).

Дослідження Gradus, проведене у вересні 2022 року, підкреслює масштабність проблеми: з початку війни 650 тисяч осіб звернулися до психологів, що демонструє різке зростання попиту на фахову підтримку (Gradus, 2022). Це свідчить про нагальну потребу у впровадженні масштабних стратегій підтримки ментального здоров'я.

За результатами опитувань, 71% українців зазнали стресу або нервового напруження, головною причиною якого була війна (Сердечна, 2023; Стрес під час війни, 2023). Найбільше респондентів турбувала безпека родичів — про це повідомили 63% учасників дослідження (Shkrebtiienko, Rozova, 2024). Це підкреслює важливість сім'ї як базового психологічного ресурсу (Грицюк, 2022).

Фінансові труднощі стали другим за значенням фактором стресу, на що вказали 44% респондентів (Мозгова & Лисенкова, 2024; Куліш, 2014). Економічна нестабільність, інфляція, скорочення робочих місць — усе це призводить до тривожності та відчуття невизначеності (Beregulyak et al., 2022; Tomarzhewska et al., 2024).

Ці висновки підтверджують необхідність створення комплексних програм підтримки — як короткострокових, так і довготривалих, які мають на меті стабілізацію емоційного стану українців у критичних обставинах (Примак, Дерев'янку, 2023).

Однією з найменш досліджених, але водночас найбільш руйнівних форм травматизації в умовах воєнних дій є сексуальне насильство. На тлі масових переміщень, втрати контролю над середовищем, колапсу соціальних інститутів та правової системи ризик сексуального насильства значно зростає. Йдеться не лише про зґвалтування як форму фізичного домінування, але й про сексуальну експлуатацію, вимушену проституцію, насильницьке оголення, примусове спостереження за сексуальними актами або ж сексуальні погрози, які здійснюються в контексті збройного конфлікту. Дослідження показують, що насильство сексуального характеру в умовах війни має наслідки, які є вкрай специфічними та довготривалими. Воно не лише викликає гострі

психотравматичні реакції, але й глибоко руйнує здатність особи до безпечного переживання сексуальності в майбутньому. Це відображається у відчуженні від тіла, униканні інтимної близькості, глибокому почутті сорому, відсутності контролю над сексуальними межами, а також у стійкій дисрегуляції емоційної відповіді на еротичні стимули. За даними звітів міжнародних організацій, таких як ВООЗ, сексуальне насильство в контексті конфлікту не є випадковим явищем — у багатьох випадках воно розглядається як інструмент війни. Сексуальне насильство в гуманітарних кризах може здійснюватися як тактика терору або деморалізації, спрямована на руйнування соціальних структур супротивника. У таких випадках воно спрямоване не лише на жертву, а й на її спільноту або родину, підсилюючи відчуття ганьби, ізоляції та деструкції соціальної підтримки. Наслідки сексуального насильства в умовах війни суттєво поглиблюють спектр травматичних реакцій. У багатьох випадках симптоми ПТСР після сексуалізованої агресії мають вищу інтенсивність та більшу стійкість до лікування. Додатково, такі особи частіше мають симптоми депресії, соматизації, сексуальної ангедонії або ж навпаки — гіперсексуальності як дезадаптивного способу відновлення контролю. Значна частина жертв також відмовляється від партнерських стосунків або вступає у деструктивні сексуальні взаємодії, пов'язані з травмою прив'язаності. Існує також культурна складова: у багатьох суспільствах, зокрема й в українському контексті, тема сексуального насильства є табуованою, що унеможливорює своєчасне звернення за допомогою. Саме тому психологічні та соціальні наслідки часто замовчуються, лишаячи жертву в ізоляції. У країнах, що постраждали від тривалих конфліктів, дослідження вказують на те, що сексуальне насильство призводить не лише до індивідуальних психологічних розладів, але й до колективної травми, що передається між поколіннями та впливає на загальний рівень сексуального благополуччя в суспільстві.

Особливістю стресу в умовах воєнних конфліктів є його хронічний характер, оскільки стресори можуть діяти протягом тривалого часу, змушуючи організм постійно реагувати на нові загрози (Гамзатова, Аліханова,

Кузнецова, 2024;). У таких умовах люди часто стають більш вразливими до розвитку різноманітних психічних розладів, таких як депресія, панічні атаки та порушення сну (Davidson, 1992).

Відсутність стабільної підтримки з боку родини, друзів або суспільства погіршує ситуацію, сприяючи розвитку тривалого стресу, який складно подолати без фахової допомоги (Сердечна, 2023). Стрес в умовах воєнних конфліктів може мати міжособистісний вимір, впливаючи на взаємодію між людьми, формуючи явище колективного стресу (Кердивар, Христенко, 2021).

Соціальні мережі підтримки, як-от родина або бойові побратими, можуть знижувати рівень стресу, слугуючи ресурсом для подолання негативних наслідків (Бахмутова, Неска, 2022). Із стресом можна навчитися справлятися, навіть коли джерело не зникає. Зокрема, українцям доводиться адаптуватися до нових умов, приймаючи стрес як частину реальності, однак працюючи над його подоланням самостійно або за допомогою професіоналів (Психологічний стрес, 2016; Магдисюк, Мельник, 2021).

Таким чином, стрес у контексті війни впливає на психоемоційний та фізіологічний стан людини, з потенційно серйозними наслідками (Neiderland, 1964). Без належної підтримки така тривала напруга може мати довготривалий деструктивний ефект, що потребує уваги з боку фахівців із психічного здоров'я (Gradus, 2022).

## **1.2. Вплив хронічного стресу на сексуальне здоров'я та інтимні стосунки**

Ідеї про людську сексуальність обговорювались ще давніми філософами, однак трансформації сексуальності у кризових періодах, зокрема під час воєн, тривалий час залишались поза увагою (Фрейд, 2020; Кононенко, 2021). Сексуальність — це складне явище, яке включає біологічні, психофізіологічні та емоційні аспекти (Примак, Дерев'янку, 2023), і в умовах стресу вона може видозмінюватися, залишаючись водночас ключовим

компонентом психічного здоров'я людини (Grygorenko et al., 2023; Nikonova, Pilguk, 2024).

Кризова ситуація, зокрема війна, змушує людину обирати між минулим і майбутнім, що часто спричиняє екзистенційні суперечності, почуття провини та внутрішню дезорієнтацію (Живоглядов, Носаль, 2022). Це, своєю чергою, впливає не лише на внутрішній світ особистості, а й на міжособистісні стосунки.

Сучасні дослідження вказують на сім'ю як ключову сферу психологічного розвитку, проте під впливом соціальних і збройних криз інститут сім'ї зазнає серйозних змін (Гурко, 2020; Грицюк, 2022). Війна виступає каталізатором фрустрації, яка проявляється як на особистісному рівні, так і в динаміці стосунків між партнерами (Сингаївська, Осауленко, 2023; Сердечна, 2023).

В умовах, коли вся нація охоплена стресом, його негативними формами, наслідки емоційного напруження відображаються на мікрорівні — в родинях (Томаржевська, Куш, Косенко, 2024). Психологічні травми, які мають інтенсивний, тривалий та повторюваний характер, істотно змінюють особистість, її уявлення про себе, світ і найближче соціальне середовище (Александров, 2022; Epstein, 1989).

Стрес, який не загрожує безпеці людини, є природною реакцією організму на інтенсивні зовнішні впливи та загрози, функціонуючи як універсальний механізм адаптації до змін у навколишньому середовищі (Берегуляк, Якимчук, Берегуляк, 2022). У випадку хронічного стресу знижується рівень гормонів, що відповідають за сексуальний потяг, водночас зростає кількість адреналіну, кортизолу, пролактину та норадреналіну (Гамзатова, Аліханова, Кузнецова, 2024). Постійне підвищення цих гормонів виснажує психіку, викликаючи відчуття постійної напруги та тривоги (Калька, Ковальчук, 2020). В умовах екстремальних ситуацій пріоритетом стає не відтворення, а здатність вижити (Власенко, 2017).

Головною біологічною функцією стресу є забезпечення адаптації організму, при цьому різні люди чи соціальні групи мають різний рівень адаптаційних можливостей (Жорнова, 2014). Коли впливи стають занадто сильними або тривалими, організм не завжди в змозі впоратися з ними, що може вплинути на емоційне та фізіологічне самопочуття, зокрема на інтимні стосунки між подружжям (Гупаловська, Володимирець, 2012).

Щоб належно оцінити, як війна впливає на сексуальне благополуччя пари, необхідно спершу розглянути сутність людської сексуальності (Калька, Кузьо, 2021).

Зигмунд Фрейд, основоположник психоаналізу, розглядав сексуальність як важливу складову людської природи, яка проявляється через психічну енергію, що керує поведінкою людини. Однак його теорія сексуальності виходить за межі фізіологічних аспектів, оскільки вона охоплює глибші психічні процеси. Фрейд стверджував, що сексуальність є центральною складовою розвитку особистості, а лібідо, як його психічний прояв, є основною рушійною силою, що визначає формування особистості з раннього дитинства та впливає на поведінку, емоції та міжособистісні відносини. Він вважав, що будь-які збої в реалізації сексуальних потягів можуть негативно позначатися на емоційному стані людини та її здатності встановлювати здорові стосунки з іншими людьми (Фрейд, 2020).

Гупаловська (2021) визначає сексуальне благополуччя як гармонійну реалізацію індивідом своєї сексуальності на трьох взаємопов'язаних рівнях: тілесно-фізичному, душевно-емоційному та духовно-ментальному. Це не просто відсутність сексуальних дисфункцій, а цілісне переживання себе як сексуального суб'єкта, що охоплює прийняття власної статевої ідентичності, задоволення від інтимних стосунків та здатність до відкритої сексуальної комунікації. Сексуальне благополуччя, за Гупаловською, є багатофакторним конструктом, який формується під впливом культурних, соціальних, психологічних, фізичних та духовних чинників. Зокрема, культурні норми визначають прийнятні форми сексуальної поведінки; соціальні чинники

впливають на дозволеність певних думок та дій; психологічні аспекти включають когнітивні, емоційні та поведінкові компоненти, такі як самооцінка, задоволення та бажаність; фізичні фактори охоплюють тілесну привабливість та статеву конституцію; духовні аспекти пов'язані з трансцендентністю та аксіологічною інтерпретацією сексуальності.

Разом з тим, дослідження, здійснене О.А. Кононенком, дозволяє глибше розглянути сексуальність як багатофункціональний феномен, що має широкий міждисциплінарний характер. Сексуальність в цьому контексті є не лише фізіологічною потребою, а також важливим інструментом задоволення соціальних, психологічних та емоційних потреб особистості. Вона проявляється не тільки через статеві стосунки, а й у більш широкому спектрі взаємодії з навколишнім світом, включаючи творчість, соціальні відносини та самовираження. Сексуальність впливає на різні сфери людської діяльності і є одним з основних механізмів для досягнення гармонії між фізичними, емоційними та соціальними потребами людини (Кононенко, 2021).

Через взаємодію з оточенням сексуальність може бути адаптована до соціальних норм і культурних уявлень, але в той же час може бути джерелом конфліктів і психічних труднощів, якщо індивід не знаходить гармонії між своїми бажаннями та зовнішнім тиском. Переживання сексуальності, інтимності та пов'язаних з ними аспектів психологічного благополуччя в умовах кризових ситуацій, таких як війна, є не лише індивідуально-особистісним, а й культурно-медіатизованим процесом. Культурні норми, релігійні уявлення, соціальні очікування та історичні колективні наративи суттєво впливають на те, як саме особа інтерпретує, переживає та реагує на зміни в сексуальній сфері. У цьому контексті особливо актуальним є аналіз особливостей сексуальної культури українського суспільства в умовах тривалого стресу та колективної травми.

Українська культура, попри численні трансформації останніх десятиліть, все ще зберігає чимало ознак традиціоналізму в сексуально-гендерних уявленнях. Деякі дослідження свідчать про значну табуацію тем

сексуальності, зокрема жіночої сексуальності, у масовій свідомості. Сексуальні потреби часто розглядаються через призму моральності або родинної функціональності. Навіть у сучасному українському дискурсі, що дедалі більше схильний до плюралізму, сексуальне благополуччя рідко набуває значення самостійної цінності, залишаючись другорядним щодо стабільності стосунків, шлюбного статусу чи відповідності соціальним очікуванням. У цьому контексті війна стає потужним дестабілізуючим фактором. З одного боку, загроза життю, втрата безпеки, переміщення, порушення звичного соціального середовища — все це посилює тривожність, фрустрацію та зниження довіри до партнера або до самого себе як сексуального суб'єкта. З іншого боку, у кризових умовах у багатьох людей активізуються компенсаторні або афіліативні стратегії — прагнення до фізичної близькості як засобу емоційного самозаспокоєння або ствердження своєї тілесності в умовах загрози. Ці суперечливі тенденції можуть проявлятися навіть у межах однієї пари або індивіда: одночасно — зниження лібідо через стрес і підвищена потреба в тілесному контакті для зменшення самотності. Додатково, український контекст містить специфічну гендерну динаміку, що впливає на сексуальне благополуччя. У суспільстві все ще превалюють уявлення про те, що саме чоловік несе відповідальність за сексуальну активність і ініціативу, тоді як жінка — за збереження емоційної цілісності стосунків. У воєнних умовах ці уявлення трансформуються: чоловіки, що залишаються у тилу або повертаються з фронту, можуть втрачати суб'єктивне відчуття компетентності в сексуальній сфері, тоді як жінки, часто перебуваючи в ролі емоційного ядра родини, мають подвійну вразливість — і психологічну, і культурно-нормативну.

В умовах війни та постійних травмуючих подій сексуальне і репродуктивне здоров'я населення може зазнавати серйозних змін через високий рівень стресу, психологічні травми та соціальну ізоляцію. Особливо важливою є ситуація для жінок і дітей, які можуть стати жертвами сексуального насильства, а також для осіб, які пережили фізичні травми або

втрапили близьких. Крім того, соціально-психологічні наслідки, такі як відсутність стабільності, страх за майбутнє і розірвані соціальні зв'язки, можуть спричинити зміни у сприйнятті себе та своєї сексуальної ідентичності.

Згідно з думкою А.О. Барановської, сексуальна сфера особистості може зазнати значних змін під впливом травматичних переживань, що є неминучим наслідком війни і конфліктів. Важливим є те, що такі переживання можуть спричинити порушення в інтимній самоідентифікації особи, оскільки людина, що пережила травму, може втратити зв'язок з власними почуттями і бажаннями. Порушення сексуальної ідентичності, втручання в інтимне життя через насильство або психологічний тиск, можуть призвести до складних емоційних та психологічних розладів, таких як депресія, тривога, посттравматичний стресовий розлад та труднощі в інтимних відносинах (Барановська, 2023).

Травми, пов'язані з війною, також можуть викликати зміни у фізичному здоров'ї, зокрема в репродуктивній функції. Множинні стресові фактори, включаючи насильство, страх, втрату соціальної підтримки, можуть призвести до порушень менструального циклу у жінок, зниження лібідо, а також проблем із зачаттям або виношуванням дитини. Відсутність доступу до медичних послуг і психологічної підтримки, характерна для біженців та переміщених осіб, може ускладнити надання необхідної допомоги в таких ситуаціях (Барановська, 2023).

Сексуальність є базовим елементом людського життя, присутнім на всіх етапах існування (Александров, 2022). Важливо зауважити, що вона виходить за межі лише фізичних актів, охоплюючи широкий спектр компонентів — від фізіологічних до психологічних, соціальних, культурних, духовних і релігійних аспектів (Гурко, 2020). Це в свою чергу формує загальну поведінку людини. Кожна особистість має своє індивідуальне сприйняття сексуальності, адже кожен створює власне уявлення про бажання і реагує на різні події та ситуації по-своєму (Калька & Ковальчук, 2020). Ці процеси залишаються на глибинному, несвідомому рівні. Унікальність інтимного досвіду є суттєвим

об'єктом дослідження в психології (Грицюк, 2022). Недостатність здорового сексуального потягу може викликати фізіологічні зміни, які впливають на загальний стан організму, зокрема прояви сексуальної абстиненції (Калька & Кузьо, 2021).

Сексуальна абстиненція є явищем, яке виникає у разі добровільного або вимушеного утримання від сексуальних контактів (Кушнір, Кушнір, 2020). Вона може бути тимчасовою або тривалою та може мати різні причини. У випадку фізіологічної абстиненції мова йде про необхідність відновлення після періоду інтенсивної сексуальної активності, що є природною фізіологічною реакцією організму (Барановська, 2023). Психофізіологічна абстиненція, з іншого боку, може виникнути через зовнішні обставини, які перешкоджають задоволенню сексуальних потреб людини (Живоглядов, Носаль, 2022). Це може бути результатом стресу, конфліктів, фізичних або емоційних травм, що обмежують здатність до сексуальної активності (Власенко, 2017).

Особливо вираженим цей феномен стає в умовах війни. Психологічний і емоційний стрес, що супроводжує військові дії, здатний значно впливати на інтимне життя людей (Лящ, Яцюк, 2021). Війна викликає сильні переживання і зміни в психологічному стані, що може проявлятися не лише у фрустрації сексуальних потреб, але й у зниженні сексуальної активності (Кріштал, Луценко, Марченко, 2014). Порушення звичних умов життя, постійний стрес, страх за життя близьких, фізична втома та відсутність стабільності — усе це може призвести до того, що сексуальні потреби починають відходити на другий план, а рівень інтимної близькості між партнерами знижується (Берегуляк, Якимчук, Берегуляк, 2022). Мірошник та ін. (2016) підкреслюють, що психологічний вплив війни на сексуальність є комплексним, що включає зміну міжособистісних відносин, зниження рівня інтимності та сексуальної задоволеності. Кудоярова (2022) відзначає, що у молодих пар під час активних воєнних дій часто спостерігається зниження сексуальної активності через високий рівень стресу та тривоги.

У дослідженні Lazar et al. (2024) вплив війни як через особистий досвід цивільних ізраїльтян, так і через пов'язаний медіа контент, корелював з сексуальним дистресом та дисфункціями. В іншому дослідженні автори відмітили, що близько 50% респондентів повідомили про стабільність у звичках до порнографії та мастурбації, тоді як 40% повідомили про зменшення всіх видів сексуальної поведінки. Прослідковувались помітні гендерні відмінності: жінки частіше повідомляли про відсутність змін в окремих видах сексуальної поведінки, а чоловіки демонстрували різноманітні відповіді. Емоційні причини та розлади визначалися авторами як ключові фактори, що впливають на зниження сексуальної поведінки, причому жінки надавали цим факторам більшого значення, ніж чоловіки. Тести ANOVA показали, що вік, релігійність, духовність і вплив стресу, пов'язаного з війною, по-різному впливають на зміну частоти сексуальної поведінки.

Дані дослідження A. Seyer та співавторів (2024), проведеного на вибірці з 2077 чоловіків, які проходили тестування на фертильність, засвідчили наявність значущого зв'язку між рівнем суб'єктивного стресу та сексуальним функціонуванням. У вибірці 50,2% респондентів повідомили про помірний рівень стресу, а 2,6% — про високий. Найвищі рівні стресу корелювали з суттєвим погіршенням лібідо: 31,4% чоловіків з високим рівнем стресу оцінили своє лібідо як «погане» або «жахливе». Крім того, було виявлено значуще зниження частоти статевих контактів при зростанні рівня стресу: 25,5% чоловіків з високим стресом мали секс рідше, ніж раз на тиждень, тоді як серед чоловіків із низьким стресом цей показник становив лише 6,0%. Жоден з учасників із високим рівнем стресу не мав статевих контактів понад 6 разів на тиждень, на відміну від 2,8% серед чоловіків з низьким рівнем стресу (Seyer et al., 2024). Цікаво, що у дослідженні Shadman та колег (2014), стрес виявився проміжним негативним фактором між сексуальною функцією та стосунками з партнером у вибірці жінок з цукровим діабетом 2 типу — зв'язок між стосунками з партнером та сексуальною функцією жінок виявився сильнішим, ніж стресовий стан (Shadman et al., 2014). Загалом, у

систематичному огляді літератури Galankis та ін. (2015), зазначається, що у більшості досліджень стрес або тривожність сильно негативно корелювали з сексуальним функціонуванням та задоволеністю стосунками (Galanakis et al., 2015).

Наслідки високого рівня фрустрації в сексуальному житті можуть бути досить серйозними. Особам, які переживають стрес через війни або інші важкі обставини, зазвичай важко зберігати емоційну рівновагу. Це позначається на їхньому сексуальному благополуччі, яке включає в себе не лише фізичну здатність до сексуальних актів, але й емоційну складову інтимних стосунків. Люди, що переживають високий рівень фрустрації, можуть відчувати дефіцит задоволення від своїх стосунків, що призводить до зниження рівня сексуального благополуччя. Якщо фрустрація на низькому рівні, це може бути сприятливим фактором для підтримки високого рівня сексуального благополуччя. Відсутність тривалих стресових факторів, здатність до стабільних емоційних зв'язків і фізичне здоров'я створюють умови для гармонійного сексуального життя. У цьому контексті, особи зі середнім або високим рівнем фрустрації часто відчують труднощі в реалізації своїх сексуальних потреб, що може призвести до проблем у відносинах, низької самооцінки та збільшення емоційного дискомфорту.

Стресові обставини під час війни можуть змінювати характер стосунків, ставлення до сексуальності та інтимної близькості. Напружена ситуація в країні, невизначеність, страх за безпеку і здоров'я можуть змусити партнерів втратити близькість один з одним не лише фізично, але й емоційно. Відсутність підтримки та спільного часу через зовнішні обставини також здатна впливати на якість відносин. У такому випадку порушення сексуальної активності стає частиною більш широкої проблеми психологічного та емоційного благополуччя пари, що потребує комплексного підходу до вирішення проблеми.

У дослідженні St-Jean та Harasymchuk (2023), проведеному на вибірці з 162 учасників у стабільних романтичних стосунках під час пандемії COVID-

19, було встановлено, що підвищений рівень стресу негативно корелює із сексуальним задоволенням. Основною метою було перевірити, чи сексуальна мотивація – зокрема мотивація уникнення або наближення – медіює зв'язок між стресом і сексуальним благополуччям. Виявилось, що учасники з високим рівнем стресу частіше повідомляли про сексуальні контакти, зумовлені мотивацією уникнення – зокрема, прагненням полегшити негативні емоційні стани. У той час, як сексуальна мотивація, орієнтована на інтимність, позитивно корелювала із сексуальним задоволенням, мотивація уникнення – навпаки – асоціювалася з нижчим задоволенням (St-Jean & Harasymchuk, 2023).

Військовий період, без сумніву, має глибокий і багатогранний вплив на психоемоційний стан людей, включаючи їх сексуальні стосунки та взаємодію в парах. Тривога, пов'язана з війною, значною мірою збільшує рівень соціальної фрустрації особистості (Александров, 2022). У таких умовах люди переживають емоційні труднощі, що впливають на здатність до ефективної емоційної підтримки партнерів (Барановська, 2023). Це веде до того, що при великих стресових навантаженнях на перший план виходять інстинкти виживання, і пара, яка була колись гармонійною, стикається з труднощами в підтримці взаєморозуміння (Гурко, 2020). Сексуальні потреби і емоційні бажання партнера можуть залишатися поза увагою, оскільки їх важливість значно знижується на фоні потреби в базовій безпеці та стабільності (Калька, 2021).

Невеликий стрес насправді може бути корисним, особливо коли він стимулює необхідні зміни в способі життя та допомагає розвивати стійкість (Гамзатова, 2024). Він може виступати як чинник, що стимулює розвиток нових адаптивних стратегій і змін у способі життя (Кушнір, 2020). Дослідження показали, що люди, які вважають стрес корисним для себе, справляються з ним значно краще, ніж ті, хто вважає його шкідливим (Берегуляк, 2022). Вони здатні адаптуватися до складних ситуацій, розвивати стійкість і знаходити ресурси для подолання труднощів (Мозгова, Лисенкова,

2024). Вони сприймають стрес як можливість для росту, а не як перешкоду, що дає їм змогу залишатися більш продуктивними та здоровими (Кононенко, 2021).

Відтак, у складних умовах війни, можна знайти шляхи для полегшення негативних емоційних наслідків, змінюючи ставлення до стресу. Важливо зрозуміти, що стрес — це не лише руйнівна сила, а й фактор, який може сприяти розвитку адаптивних механізмів, що дозволяють людині зберігати емоційну стійкість.

### **1.3. Гендерні особливості переживання стресу та їхній вплив на сексуальну сферу**

У сучасному світі стрес є невід'ємною частиною повсякденного життя (Гамзатова et al., 2024). Швидкий темп, постійний рух і зростаючі вимоги до особистої ефективності та результативності створюють ситуації, що спричиняють стресову напругу (Кушнір, Кушнір, 2020). Висока швидкість змін, нові технології та прискорений темп життя вимагають від людини миттєвих реакцій і ухвалення рішень, що може призвести до надмірного навантаження на психіку та організм (Власенко, 2017). Тому стресові ситуації стали звичним явищем, з яким люди стикаються майже кожного дня, чи то на роботі, чи вдома, чи в соціальному середовищі (Берегуляк et al., 2022).

Цей вплив на людину є комплексним і багатограним. Стрес викликає емоційне і фізіологічне напруження, яке позначається на всіх аспектах життя людини (Калька & Кузьо, 2021). В наслідок можуть виникати порушення в організмі, які торкаються як фізіологічного, так і психологічного стану (Гурко, 2020). Фізично це може проявлятися у вигляді головного болю, порушень сну, підвищення артеріального тиску, ослаблення імунітету тощо (Грицюк, 2022). Психологічно стрес може призвести до тривожності, депресії, проблем з концентрацією уваги, зниження мотивації (Калька & Ковальчук, 2020). Крім того, стрес може впливати на енергетичний рівень людини, спричиняючи

швидку втому, апатію та зниження загальної життєвої енергії (Мозгова & Лисенкова, 2024).

Психологічні механізми стресу включають як короткострокові реакції, так і довгострокові наслідки (Власова, Кузьменко, 2024). Однією з найбільш серйозних проблем є те, що хронічний стрес може стати звичним станом для людини, що накопичується і призводить до серйозних порушень як фізичного, так і психічного здоров'я (Бахмутова, Неска, 2022). Якщо стрес триває тривалий час, його наслідки можуть бути значними і навіть незворотними, включаючи розвиток серйозних психічних розладів, таких як тривожні розлади, депресії, панічні атаки (Кондратюк, Германський, 2016).

Необхідність постійної адаптації до стресових ситуацій створює велику потребу в розвитку адаптаційних стратегій (Кожем'якіна, 2019). Важливо розуміти, що стрес може бути як руйнівним, так і стимулюючим фактором, що дозволяє людині розвиватися, вчитися новому та зростати (Маршалек, 2022).

Існує багато різних реакцій на стрес і поведінкових типів у стресових ситуаціях. Реакції на стрес — це індивідуальні відповіді, спричинені стресовими подіями, які можуть бути навіть важливішими для людини, ніж самі стресори, оскільки вони впливають не лише на психічне, а й на фізичне здоров'я (Александров, 2022). Зазвичай реакції на стрес поділяються на психологічні, поведінкові, когнітивні та фізіологічні, які можуть проявлятися до, під час або після впливу стресора (Гамзатова, Аліханова, Кузнецова, 2024). Психологічні реакції включають емоції, спричинені стресором, і спроби їх регулювати (Гурко, 2020). Поведінкові реакції можуть включати стратегії подолання, як-от куріння чи пошук соціальної підтримки (Берегуляк, Якимчук, & Берегуляк, 2022). Когнітивні реакції стосуються оцінки впливу стресора, наприклад, зміна сприйняття загрози (Живоглядов, Носаль, 2022). Фізіологічні реакції охоплюють імунологічні, вегетативні, нейроендокринні та нервові зміни, що виникають через стрес (Грицюк, 2022).

Реакція на стрес є складним і багатофакторним процесом, що залежить не лише від обставин, а й від внутрішніх особливостей кожної людини

(Мозгова, Лисенкова, 2024). Кожен індивід має свою специфічну психологічну структуру, в межах якої відбуваються процеси оцінки стресових ситуацій і вибору стратегії подолання стресу (Барановська, 2023). Це можуть бути як адаптивні методи, що допомагають справлятися з труднощами, так і менш конструктивні, які можуть погіршити ситуацію (Калька, Кузьо, 2021). Вибір стратегії залежить від багатьох чинників, включаючи попередній досвід, емоційну стійкість, рівень стресу, наявність соціальної підтримки та інші фактори (Бахмутова, Неска, 2022).

Основною концепцією подолання стресу є теорія копінг-стратегій, що полягає в застосуванні психологічних технік для зменшення негативних наслідків стресу. Вибір стратегії залежить від особистісних характеристик, таких як рівень самооцінки, здатність до самоконтролю та сприйняття зовнішніх ситуацій. Також важливо враховувати, чи є у людини внутрішні ресурси для адаптації до стресових ситуацій, оскільки здатність до гнучкого реагування і пошуку рішень є важливим чинником у зменшенні негативних наслідків стресу. Загалом копінг-стратегії поділяють на дві великі групи: проблемно-орієнтовані (активні, конструктивні) та емоційно-орієнтовані (переважно пасивні або захисні). Перші спрямовані на вирішення проблеми або адаптацію до неї, другі — на зниження емоційної напруги без безпосереднього вирішення ситуації. У ситуаціях хронічного стресу — таких, як тривале перебування в умовах воєнної небезпеки — особи, які використовують активні копінги (пошук соціальної підтримки, планування, когнітивна реструктуризація), демонструють вищі показники суб'єктивного благополуччя, включно з сексуальним задоволенням. Натомість емоційно-орієнтовані копінги, особливо уникнення, ескапізм, заперечення, вживання психоактивних речовин або емоційна ізоляція, асоціюються зі зниженим лібідо, фрагментацією тілесного досвіду, утрудненням у побудові сексуальних сценаріїв і низькою задоволеністю інтимною взаємодією. Підтвердженням цього є численні емпіричні дані, зокрема дослідження щодо сексуального

функціонування ветеранів, внутрішньо переміщених осіб та осіб із хронічним ПТСР.

Особливої уваги заслуговує роль копінг-стратегій у регуляції статевої мотивації під час кризи. Згідно з теорією сексуального копіngu, сексуальна активність може виконувати роль емоційного регулятора: для одних — це спосіб зниження напруги, для інших — відновлення зв'язку, а для деякого — уникнення реальності. Такі моделі поведінки часто є короткотривало ефективними, але довготривало ведуть до поглиблення дистресу. Тобто, сексуальний копінг може бути як ресурсом, так і ризиком — залежно від того, наскільки він відповідає потребам індивіда і не маскує глибших емоційних проблем. У контексті війни в Україні, де багато осіб перебувають у стані хронічної тривоги, невизначеності, соціальної ізоляції або розлуки з партнерами, стратегія активного залучення в емоційно підтримуючі сексуальні стосунки може стати одним з рятувальних механізмів. Так, особи, які вдаються до емпатійного спілкування, збереження сексуальної відкритості та тілесної інтимності в межах безпечних стосунків, значно рідше демонструють ознаки сексуального дистресу. Підтвердженням цьому є дані постпандемічних досліджень, де встановлено, що пари, які спільно адаптувались до стресу через відкриту комунікацію, мали вищу сексуальну задоволеність (St-Jean & Narasymchuk, 2023).

Соціалізація, виховання, культурні норми та традиції також значно впливають на формування стратегії подолання стресу. З давніх часів існували уявлення про різницю в поведінці чоловіків і жінок, що стосуються їхніх способів реагування на стресові ситуації. Вважається, що соціальні ролі кожної статі накладають відбиток на спосіб їхнього реагування на труднощі. Наприклад, жінки традиційно орієнтовані на емоційне вираження, здатні звертатися за підтримкою до близьких і часто використовують стратегії, що пов'язані з емоційною регуляцією. Чоловіки, натомість, часто схильні до самостійного подолання стресу через активні дії або уникнення ситуацій, що можуть викликати тривогу.

Сексуальність, згідно з А. Шиделко, є складним і багатограним аспектом людського життя, що включає не лише фізіологічні, а й психологічні, соціальні та культурні елементи. Вона є важливою частиною індивідуальності, через яку людина виражає свою особистість, ставлення до себе, своєї статі, партнера і світу в цілому. Це проявляється в поведінці, емоціях, ціннісних орієнтаціях, сексуальних бажаннях, фантазіях та інших аспектах, що складають інтимний світ кожної особи. Особливості сексуальності визначаються не лише фізіологічними факторами, але й соціальними та культурними контекстами, в яких людина розвивається. Зміни в соціальних ролях, гендерних очікуваннях, сексуальній освіті і культурних нормах можуть суттєво вплинути на формування індивідуальних переконань і поглядів на сексуальність (Шиделко, 2020).

Шиделко зазначає, сексуальність має два основні аспекти: позитивний і негативний. Позитивний аспект сексуальності пов'язаний із сексуальним здоров'ям, яке не обмежується відсутністю хвороб, що можуть вплинути на сексуальні функції, а включає в себе загальний стан благополуччя людини. Це є сукупність біологічних, психологічних і соціальних чинників, які сприяють гармонійним стосункам, здатності до повноцінної сексуальної поведінки і задоволення від сексуального досвіду (Шиделко, 2020).

Негативний аспект сексуальності включає сексуальні розлади та порушення, які можуть бути пов'язані з фізіологічними чи психологічними проблемами. Такі порушення можуть проявлятися у вигляді зниження лібідо, дисфункцій, сексуальних розладів, а також у психологічних труднощах, таких як тривожність або депресія, що впливають на здатність до сексуальних контактів. Вони можуть мати як органічне, так і психогенне походження, що вимагає комплексного підходу до лікування і корекції.

У останні десятиліття зростає поширеність сексуальних порушень, спричинених соціально-психологічними факторами. Наприклад, психологічний вплив на чоловіків може призводити до зниження або відсутності статевого бажання, а також до його надмірного посилення.

Зниження потягу також може бути наслідком перевтоми через постійну фізичну активність чи проблем у стосунках з партнером.

Психологічний аспект відображається в емоціях, почуттях, переживаннях і фантазіях, тісно пов'язаних з самовираженням та сприйняттям партнера. Він має найбільший вплив на розвиток статевої ідентичності людини в процесі психосексуального становлення. Психосоціальні чинники головним чином визначають, до якої статі людина належить. Разом із психологічним аспектом важливе значення має і соціальний, адже сприйняття сексуальності, а також сексуальна поведінка залежить від соціальних норм, цінностей та обмежень, що існують у суспільстві. Отже, не тільки психологічний стан визначає сексуальну функцію, але й соціально-рольові очікування.

До основних психоемоційних станів, які можуть впливати на сексуальне здоров'я чоловіків, слід віднести стрес, тривогу та депресію.

У процесі вивчення зв'язку між депресією та сексуальними розладами спочатку науковці зосереджувалися на самих порушеннях сексуальної функції, вважаючи, що депресія є лише наслідком цих розладів. Проте з часом з'ясувалося, що ситуація є набагато складнішою. В кінці XIX століття, завдяки розвитку психосоматичних досліджень, сексуальні порушення почали розглядати не як причину депресії, а як один із симптомів психологічних розладів. Це було значним кроком вперед у розумінні взаємозв'язку між психічними і фізіологічними процесами. Депресія виявилася складним психоемоційним станом, який може викликати порушення не лише в настрої, а й у фізіологічних функціях організму, зокрема в сексуальній сфері. Сексуальні порушення стали трактувати як симптоми дисфункцій автономної нервової системи, що підтверджувалося дослідженнями маскованих депресій, коли депресивні стани проявляються через соматичні симптоми, такі як зниження сексуального бажання або порушення ерекції.

Сучасна наука все більше зосереджена на вивченні того, як психологічні аспекти можуть впливати на сексуальність, зокрема на чоловічу. Одним з

таких аспектів є те, як стрес, депресія та інші емоційні розлади можуть змінювати статеву поведінку і здатність до сексуальної активності.

Дослідження Н. Кальки та Л. Кузьо показали, що чоловіча сексуальна поведінка має специфічні риси, які відрізняються від жіночої, і ці відмінності є важливими для розуміння сексуальних порушень у чоловіків (Калька, Кузьо, 2021).

1) Інтенсивність потягу до інтимної близькості визначає рівень прагнення отримати сексуальне задоволення;

2) Широта вибору та вибірковість проявляються в прагненні до взаємодії з більшою кількістю інтимних партнерів;

3) Причини та соціальне схвалення інтимної поведінки характеризуються меншою зацікавленістю у продовженні роду та нижчим рівнем емоційної залученості в порівнянні з жінками;

4) Інтимні стосунки для чоловіків є не лише джерелом насолоди, а й своєрідним завданням, яке асоціюється з досягненням результату, утвердженням статусу та відчуттям успіху;

5) Гнучкість і широкий спектр можливостей проявляються в більшій різноманітності інтимних моделей поведінки у чоловіків;

6) Еволюція інтимного досвіду у чоловіків і жінок має свої особливості. Зазвичай чоловіки раніше вступають у сексуальні стосунки та зберігають активність довший час;

7) Сексуальна поведінка чоловіків частіше містить елементи домінування та схильність до силових проявів у порівнянні з жінками;

8) Чоловіки зазвичай демонструють вищий рівень інтимної активності та відчувають від сексу більше емоційного й фізичного задоволення, ніж жінки (Калька, Кузьо, 2021).

Ці фактори не лише визначають особливості чоловічої сексуальності, а й є індикаторами її ефективності. Будь-які зміни в цих аспектах можуть викликати зниження потягу та проблеми зі здоров'ям у цій сфері.

Стрес є однією з основних психологічних причин зниження чоловічої статевої функції.

Стрессова реакція мобілізації організму викликає підвищення рівня адреналіну, цукру в крові, активує симпатичну нервову систему та збільшує вироблення гормонів наднирників. Водночас рівень статевих гормонів знижується: чим вище рівень гормонів наднирників, тим нижчий рівень статевих гормонів, і навпаки. В результаті, стрес гальмує сексуальність як через гормональні, так і через психологічні фактори. Хронічний стрес може знизити вироблення тестостерону, що веде до зниження лібідо та виникнення еректильних проблем або імпотенції.

Згідно з дослідженнями Б. Ананьєва, статеві відмінності у реакціях на стрес мають глибоке коріння в еволюційній психології та біології. Жінки, на відміну від чоловіків, більш безпосередньо реагують на сам стрес, часто переживаючи емоційне навантаження без попередньої підготовки. Це пов'язано з особливостями соціалізації та психологічних моделей, де жінки вчать бути чутливими до емоцій і поточних ситуацій. Їхня реакція на стрес може включати не тільки фізіологічні зміни, але й емоційне напруження, зокрема тривогу, сумніви та сумні емоції, що спричиняють активізацію соціальних механізмів підтримки. У чоловіків ситуація виглядає інакше: вони схильні витратити енергію ще до того, як стрес виникає. Це відображає їх схильність до більш раціональних і стратегічних підходів до майбутніх кризових ситуацій. Замість того щоб лише реагувати на поточний стрес, чоловіки активно прогнозують можливі загрози і намагаються підготуватися до них заздалегідь (Ананьєв, 2020).

Подібна поведінка підтверджує ідею про те, що чоловіки схильні до попереднього ментального оброблення ситуацій, що вимагають адаптації до стресу, і активують уявлення про майбутні труднощі.

Найпоширенішою реакцією чоловіків на тривалий стрес є стратегія «боротьби або втечі». Механізм виник в еволюційній історії людини як відповідь на загрозу для виживання: або протистояти небезпеці, або втекти від

неї. Для чоловіків характерно проявлення цієї стратегії більш інтенсивно, оскільки вони частіше вдаються до активного пошуку рішень, боротьби з проблемою або фізичної втечі, якщо ситуація стає надто небезпечною.

Жінки, в свою чергу, більше схильні до стратегії підтримки та догляду в умовах стресу. Вони можуть відчувати потребу в емоційній підтримці, звертаючись до інших для розради або допомоги, що відповідає більш соціальній і орієнтованій на взаємозв'язки реакції. Замість того щоб безпосередньо стикатися з проблемами, жінки часто вдаються до пошуку співпереживання і збереження зв'язків з іншими людьми, що також є еволюційно сформованою реакцією для забезпечення спільноти та збереження роду.

Коли людина стикається зі стресом, її організм миттєво реагує на це вивільненням ряду гормонів, що викликають фізіологічні зміни. Ці зміни включають прискорене серцебиття, напруження м'язів, підвищене потовиділення та швидше дихання. Всі ці реакції є частиною природного механізму «боротьби чи втечі», який допомагає організму впоратися з загрозами або стресовими ситуаціями. Це є еволюційною адаптацією, що дає можливість діяти швидко в небезпечних обставинах.

Чоловіки, як правило, відповідають на стрес більш агресивно, вважаючи його викликом, на який потрібно реагувати з енергією та рішучістю (Берегуляк, Якимчук, Берегуляк, 2022). Тому деякі чоловіки можуть переживати стрес як стимул до боротьби або вступу в суперечки, що є частиною стратегії «боротьби». Це може бути як фізичне протистояння, так і більш ментальна агресія — прагнення довести свою правоту, підвищення рівня конфліктності в комунікаціях (Гамзатова, Аліханова, Кузнецова, 2024). Водночас, інші чоловіки можуть відчувати тривогу, безсилля і розчарування, що призводить до реакції «втечі» (Кушнір, Кушнір, 2020). Вони можуть відчувати бажання уникати конфліктів, вдаватися до ізоляції або шукати вихід із ситуації через відпочинок чи сон (Мозгова, Лисенкова, 2024). Це є способом

«втечі», де психіка намагається знайти вихід із стресової ситуації, відновити рівновагу через відпочинок і розслаблення (Калька, Ковальчук, 2020).

Що стосується жінок, то їхня реакція на стрес часто відрізняється. Окситоцин, гормон, що вивільняється в організмі в стресових ситуаціях, відіграє важливу роль у зниженні рівня стресу у жінок (Гурко, 2020). Окситоцин допомагає знижувати рівень кортизолу — гормону стресу, а також стабілізує артеріальний тиск (Барановська, 2023). Цей гормон сприяє почуттю спокою і гармонії, а також допомагає організму зберігати внутрішню рівновагу (Берегуляк, Якимчук, Берегуляк, 2022).

Життєві ситуації, такі як вагітність, грудне вигодовування, виховання дітей та інші, природно сприяють розвитку у жінок схильності до більш емоційної та соціальної реакції в стресових ситуаціях (Калька, Кузьо, 2021). Це обумовлено не лише біологічними процесами, а й соціальною роллю жінки, яка зазвичай пов'язана з вихованням дітей і підтримкою близьких людей у складних ситуаціях (Грицюк, 2022). Тому жінки в стресових ситуаціях часто обирають стратегію пошуку підтримки, що включає взаємодію з іншими людьми, прояв емоцій, а також відкриття своїх почуттів (Живоглядов, Носаль, 2022). Вони можуть шукати підтримки у друзів, партнерів або родини, що допомагає відновити внутрішній баланс і знизити рівень стресу (Магдисюк, Мельник, 2021).

У загальному підсумку можна зазначити, що взаємини з іншими людьми значно допомагають жінкам у подоланні емоційного стресу. За інформацією Американської асоціації психологів, саме здатність жінок краще взаємодіяти з іншими може бути причиною їх більшої ефективності у контролюванні стресових ситуацій.

Жінки зазвичай більш обережні й не поспішають в умовах стресу, потребуючи часу, щоб обміркувати ситуацію і підготувати свою реакцію. Чоловіки, в свою чергу, часто реагують миттєво, проявляючи активність, і часто переживають через надмірне обмірковування в стресових ситуаціях.

#### 1.4 Чинники стресу в умовах війни

Стрес у часи війни може проявлятися через різноманітні симптоми, як психоемоційні, так і фізіологічні. Серед психічних проявів можна виокремити підвищену дратівливість, агресивність, втрату здатності отримувати задоволення, проблеми з концентрацією та когнітивними функціями. Водночас стрес може спричиняти різноманітні фізичні розлади, зокрема проблеми з травною системою, шкірні висипи, порушення сну, тахікардію. Багато людей на фоні стресу стикаються з панічними атаками — раптовими приступами страху та сильної тривоги, що супроводжуються утрудненим диханням, пітливістю, тремтінням, нудотою і прискореним серцебиттям (Александров, 2022).

Стрес у часи війни виникає як відповідь організму на численні зовнішні та внутрішні чинники, які породжують відчуття небезпеки та невизначеності. Постійна тривога за життя та безпеку рідних, відчуття нестабільності й ризик фізичних ушкоджень викликають сильний психоемоційний тиск. Людина, яка переживає війну, постійно перебуває у стані підвищеного занепокоєння, що посилюється через інформаційне навантаження — потік новин, часто спотворених або фальшивих, які ускладнюють здатність заспокоїтися та відновити свої сили. Крім того, стрес, спричинений постійними зовнішніми загрозами, може значно послабити здатність особистості справлятися з емоційними та психологічними труднощами, що посилює ризик розвитку депресії та інших психічних розладів (Гамзатова, Аліханова, Кузнецова, 2024). Наприклад, у результаті таких умов, як війна, може змінюватися не тільки емоційний, а й фізіологічний стан, що призводить до змін в сексуальній поведінці (Власенко, 2017).

Невизначеність у фінансовому стані та неможливість забезпечити основні потреби стають значними джерелами стресу. Економічна нестабільність, викликана втратою роботи або зменшенням доходів, породжує почуття безсилля та тривогу щодо майбутнього, що серйозно впливає на психоемоційний стан. Цей фактор ще більше посилює відчуття невизначеності

та додає додаткове навантаження, особливо в умовах війни, коли негативні обставини накопичуються.

Соціальна ізоляція та розставання з близькими можуть мати значний вплив на психоемоційний стан людини. Втрата зв'язку з соціальним оточенням, зміна соціальних ролей або відсутність підтримки з боку близьких осіб часто супроводжуються відчуттям самотності та тривожності. У таких умовах адаптація до нових реалій, включаючи зміни в побуті та соціальній сфері, може становити значну складність. Люди, які переживають розлуку з родиною, зокрема, можуть відчувати відчуження від соціуму, що знижує здатність до ефективного функціонування в нових умовах.

Перебування в умовах бойових дій або в зонах активних сутичок призводить до розвитку як гострих, так і хронічних стресових реакцій. Така ситуація часто супроводжується посттравматичними переживаннями, що можуть спричинити різноманітні порушення фізичного та психічного здоров'я. Серед можливих наслідків — розвиток депресивних розладів, тривожних станів, посттравматичного стресового розладу, що може мати довготривалі наслідки для психічного стану особистості.

Ці психологічні процеси можуть мати тривалі наслідки, які виходять за межі звичайних кризових періодів, оскільки адаптація до нових умов вимагатиме значних зусиль для відновлення психологічної стійкості та сексуального здоров'я (Кондратюк, Германський, 2016).

Реакція на стресові фактори є індивідуальною і залежить від особистісних характеристик людини, таких як її стійкість до стресу, попередній досвід переживання кризових ситуацій та схильність до певних психологічних розладів. Наприклад, люди з високим рівнем стресостійкості можуть краще адаптуватися до складних ситуацій, тоді як інші, що мають історію психічних розладів або генетичну схильність до них, можуть мати більшу вразливість до розвитку стресових реакцій.

Психологічні механізми адаптації до стресу також залежать від соціальної підтримки та ресурсів, доступних людині. Сприятливе соціальне

оточення, наявність підтримки від близьких або спільноти можуть знижувати рівень стресу та допомагати людині краще справлятися з наслідками важких переживань (Александров, 2022; Барановська, 2023). Невідомість щодо майбутнього та відсутність контролю над подіями лише поглиблюють відчуття безпорадності. Постійне очікування загроз і відсутність контролю над ситуацією загострюють емоційний дискомфорт, перетворюючи тимчасовий стрес на постійну напругу (Берегуляк, Якимчук, Берегуляк, 2022). Для тих, хто вимушений змінювати своє місце проживання чи адаптуватися до нових обставин, ще одним чинником стресу стають труднощі в освоєнні чужої культури та соціального оточення (Бахмутова, Неска, 2022).

Данні обставини викликають підвищення рівня стресових гормонів, таких як адреналін і кортизол, що може призвести до порушень сну, зміни апетиту, ослаблення імунної системи та розвитку хронічних захворювань. Усвідомлення цих процесів є важливим кроком для збереження психічного благополуччя, а використання адаптаційних стратегій, таких як підтримка соціальних контактів, регулярна фізична активність, збалансоване харчування та звернення за професійною допомогою, допомагає зменшити негативні наслідки стресу в умовах війни.

### **Висновки до розділу 1**

У першому розділі досліджено теоретико-методологічні аспекти проблеми стресу, спричиненого війною, та його вплив на сексуальне благополуччя українців. Аналіз психологічних та фізіологічних аспектів стресу в період воєнних конфліктів засвідчив, що війна провокує потужні зміни у психоемоційному стані особистості, спричиняючи підвищений рівень тривожності, депресивні стани та психосоматичні порушення. Описи впливу хронічного стресу на сексуальне здоров'я свідчать про те, що довготривала дія стресорів спричиняє зниження лібідо, дисфункції сексуального характеру, а також емоційне дистанціювання партнерів.

Дослідження чинників стресу в умовах війни виявило, що найбільший негативний вплив на сексуальне благополуччя мають вимушене переміщення, втрата близьких, економічна нестабільність та постійне відчуття небезпеки. Окрім того, соціальна ізоляція та руйнування звичних моделей поведінки ускладнюють адаптацію та збереження здорових інтимних відносин.

Таким чином, теоретичний аналіз підтвердив значущість вивчення впливу війни на сексуальне здоров'я, що є важливим аспектом загального психологічного та фізіологічного благополуччя населення.

## **РОЗДІЛ 2. МЕТОДОЛОГІЧНІ ОСНОВИ ДОСЛІДЖЕННЯ ВПЛИВУ СТРЕСУ, СПРИЧИНЕНОГО ВІЙНОЮ, НА СЕКСУАЛЬНЕ БЛАГОПОЛУЧЧЯ УКРАЇНЦІВ**

### **2.1. Концептуальна модель та гіпотези**

На основі аналізу теоретичного матеріалу, представлено у Розділі 1, концептуальна модель досліджуваних феноменів включає чотири основні компоненти: рівень стресу, ступінь травматизації, рівень тривожності та депресії та сексуальне благополуччя. Сексуальне благополуччя визначається як залежна змінна, що складається з п'яти компонентів: сексуальної комунікації, сексуальної потреби, кількісного компоненту, стосунків як цінності та загальної задоволеності сексуальним життям і стосунками. Усі ці компоненти відображають загальну суб'єктивну задоволеність або незадоволеність власним сексуальним життям респондента. Ступінь травматизації виступає медіатором, тобто посередницькою змінною, через яку основна незалежна змінна— рівень стресу— впливає на рівень суб'єктивного сексуального благополуччя. Для чистоти дослідження також були включені контрольні змінні— коваріати— в якості яких виступають рівень тривожності та депресії. Це допоможе розмежувати реальний вплив війни на сексуальне благополуччя від впливу супутніх психічних станів. Додатково враховуються й інші незалежні змінні— особистий досвід війни респондента, медіавплив, гендер та вік.

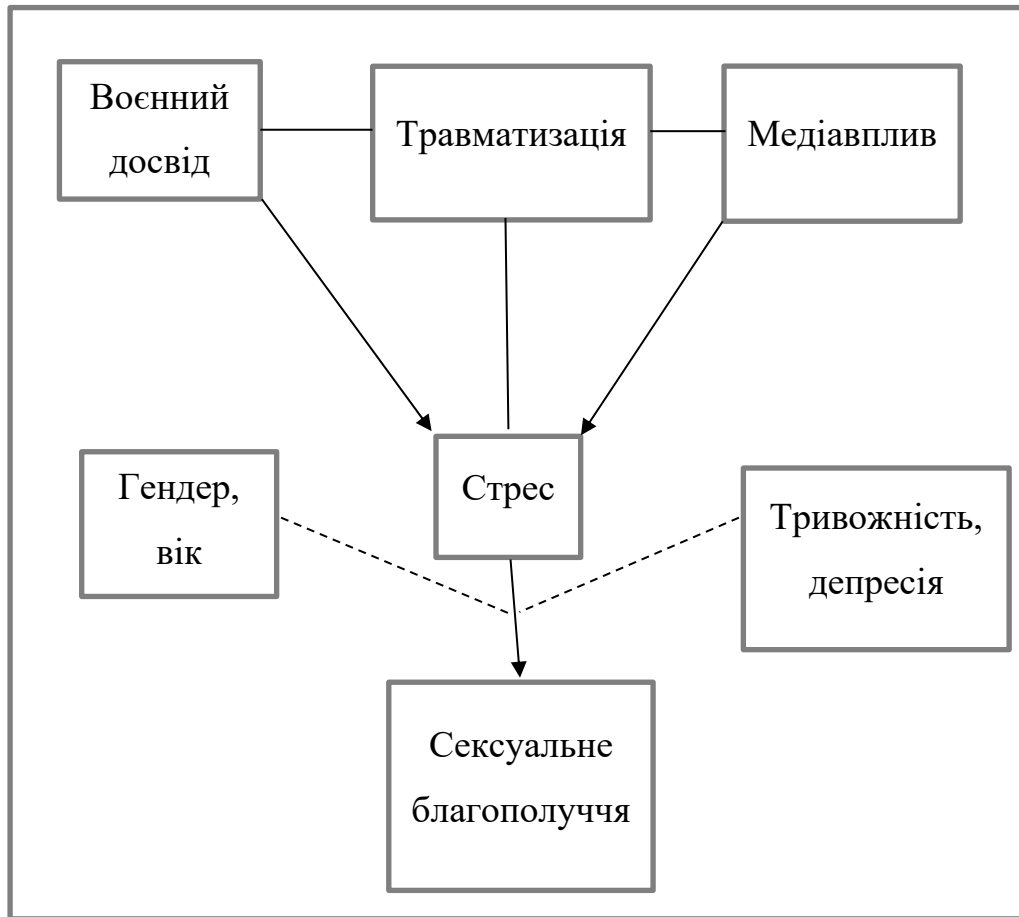
Попередні дослідження, які були розглянуті у першому розділі, показали, що підвищений рівень стресу корелює зі зниженням сексуального функціонування та задоволеністю сексуальними стосунками. Зокрема, хронічний стрес сприяє розвитку депресивної та тривожної симптоматики, які, своєю чергою, погіршують сексуальне благополуччя. Окрім того, прямий вплив травматизації через воєнний досвід додатково підвищує рівень стресу та створює додаткові бар'єри для сексуальної активності та інтимності. При цьому, симптоми ПТСР та пролонгованого стресу можуть бути окремими предикторами зниження сексуального благополуччя.

У концептуальній моделі припускається, що рівень суб'єктивного стресу має негативний вплив на сексуальне благополуччя. Водночас військовий досвід виступає модератором цього впливу: для осіб, безпосередньо травмованих війною, стрес матиме сильніший негативний ефект. Окрім того, рівень депресії та тривожності розглядаються як супутні чинники, які можуть посилювати або пояснювати вплив стресу на сексуальне благополуччя. Це дозволяє розмежувати вплив загального стресу від впливу специфічних психічних станів.

Важливою складовою аналізу є також врахування джерела стресу — прямий військовий досвід або непрямий вплив через медіа. Наприклад, безпосереднє перебування в зоні бойових дій, внутрішнє переміщення чи втрата майна асоціюються із вищим рівнем травматизації, що може сильніше знижувати сексуальне благополуччя порівняно із впливом медіа-експозиції. Відповідно до цього, були висунуті такі гіпотези:

1. Вищий рівень сприйняття стресу негативно пов'язаний із сексуальним благополуччям;
2. Наявність військового досвіду модерує цей зв'язок: у групі з ширшим досвідом травматизації через війну, вплив стресу на сексуальне благополуччя є сильнішим;
3. Рівень депресії та тривожності частково медіює або підсилює негативний вплив стресу на сексуальне благополуччя, однак навіть після контролю за цими симптомами зв'язок залишається значущим.

Нижче, на рис. 2.1. представлено схематичне зображення гіпотези:



*Рис. 2.1. Візуалізація гіпотетичного взаємозв'язку феноменів, що досліджувались*

## **2.2. Інструменти оцінки рівня стресу та сексуального благополуччя**

У відповідності з окресленими завданнями були обрані наступні групи методів:

- Метод діагностики рівня стресу: «Шкала сприйнятого стресу» (Perceived Stress Scale (PSS-10), Cohen, S.);
- Метод діагностики травматизації: «Міжнародний опитувальник травматичних подій» (International Trauma Questionnaire (ITQ-CC), Cloitre, M., Shevlin, M., Brewin, C. R.);
- Метод оцінки сексуального благополуччя: «Опитувальник суб'єктивного сексуального благополуччя» (Гупаловська В.);

- Метод діагностики рівня тривожності та депресії: «Госпітальна шкала тривоги та депресії» (Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), Zigmond A.S., Snaith R.P.);
- Метод оцінки воєнного досвіду: авторський опитувальник «Особистий досвід війни»;
- Методи математичної обробки результатів дослідження: методи описової статистики, метод лінійної регресії, модераційний та медіаційний аналіз, t-критерій Стьюдента та u-критерій Манна-Уїтні.

Розглянемо більш детальну характеристику обраних психодіагностичних та математико-статистичних методів:

**А. «Шкала сприйнятого стресу» (Perceived Stress Scale (PSS-10), Cohen, S.) (Cohen S. et al., 2018; Вельдбрехт О., Тавровецька Н., 2022).**

Методика «Шкала сприйнятого стресу», розроблена Шелдоном Коеном та колегами, була обрана через її широке використання та високу валідність у вимірюванні стресу в різних популяціях. PSS є одним з найбільш визнаних інструментів для оцінки суб'єктивного сприйняття стресу, оцінюючи, наскільки стресовим респондент вважає своє життя протягом останнього місяця. Застосована версія цієї методики була адаптована Вельдбрехт О. та Тавровецькою Н.

Шкала сприйнятого стресу (PSS) складається з 10 питань, що охоплюють різні аспекти сприйняття стресових ситуацій і не прив'язує оцінку до конкретних ситуацій. Методика є чутливою як до існуючих життєвих обставин, так і до стресів, викликаних ненастанням очікуваних подій, а також до проблем в житті друзів і родичів. Оскільки запитання носять загальний характер і не стосуються конкретних життєвих чи професійних умов, шкала може бути використаною для будь-яких груп населення (Вельдбрехт О., Тавровецька Н., 2022). PSS ґрунтується на когнітивно-опосередкованій теорії стресу Р. Лазаруса, згідно з якою реакція людини на важку подію, а також її патогенний вплив на психічне та фізичне здоров'я, визначаються не стільки

об'єктивними характеристиками стресору, тобто, його природою, інтенсивністю або тривалістю чи раптовістю, скільки суб'єктивною оцінкою події в контексті можливостей подолання. Так, стресова реакція виникає, коли ситуація сприймається як значима та загрозна або людина оцінює власні ресурси як недостатні для її подолання.

При проходженні респонденти оцінюють кожне питання методики за 5-бальною шкалою Лайкерта: ніколи (0 балів), майже ніколи (1 бал), іноді (2 бали), досить часто (3 бали) та часто (4 бали). Для пунктів сформульованих позитивно, тобто, зворотних, шкала оцінок перегортається, і після цього бали за всіма питаннями підсумовуються. Сумарний показник PSS відображає, наскільки напруженим людина сприймає поточний момент свого життя.

Оригінальна версія шкали містила 14 питань, однак пізніше її скоротили до 10, без втрат психометричної якості, зробивши її більш гнучкою та зручною у використанні. Внутрішня узгодженість методики висока і становить 0.840 альфи Кронбаха для всіх десяти питань, що підкреслює її прогностичну та конструктивну валідність (Вельдбрехт О., Тавровецька Н., 2022).

Отже методика дозволяє виявити вразливих до негативного впливу стресу респондентів, що робить її цінним інструментом для оцінки рівня стресу в умовах війни, котрий є ключовим фактором впливу на сексуальне життя співвітчизників.

**В. «Міжнародний опитувальник травматичних подій» (International Trauma Questionnaire (ITQ-CC), Cloitre, M., Shevlin, M., Brewin, C. R. et al.) (Зливков В.Л., Лукомська С.О. та інші., 2019).**

Міжнародний опитувальник травматичних подій є сучасною психометрично валідною методикою для вимірювання симптомів посттравматичного стресового розладу (ПТСР) та комплексного ПТСР згідно з класифікацією МКХ-11. Опитувальник дає змогу оцінити не лише наявність базових симптомів травми (нав'язливі спогади, уникнення, гіперактивація), а й тривалі порушення саморегуляції (афективна дисрегуляція, негативна самооцінка, проблеми у стосунках). Використаний у цьому дослідженні

«Міжнародний опитувальник травматичних подій» адаптований Зливковим В. та іншими у 2019 році.

Опитувальник ITQ складається з 18 питань: 9 з них стосуються симптоматики травми— нав'язливі спогади, уникнення, гіперактивація, інші 9 охоплюють симптоми порушення саморегуляції. Респонденти оцінюють, наскільки сильно їх протягом останнього місяця турбувала та чи інша проблема, описана у твердженнях методики, за шкалою Лайкерта, де відповідь «ніскільки» оцінюється в 0 балів, «трохи» в 1 бал, «помірно»— 2 бали, «досить сильно»— 3 бали, а «надзвичайно сильно» в 4 бали. Оцінка 2 бали (за шкалою Лайкерта— «помірно») або вище за симптомом або функціональним порушенням вказує на наявність (тобто підтвердження) цього симптому або порушення.

Індикатором ПТСР є присутність принаймні одного симптому з кожної групи симптомів ПТСР, і принаймні одне функціональне порушення, пов'язане з цими симптомами ПТСР. Комплексний ПТСР (КПТСР) показаний, якщо наявний хоча б один симптом з кожного кластера симптомів ПТСР, є хоча б одне функціональне порушення, пов'язане з цими симптомами ПТСР, наявний хоча б один симптом з кожного кластера симптомів порушення самоорганізації та є хоча б одне функціональне порушення, пов'язане з цими симптомами порушення самоорганізації. Оцінка вираженості симптомів ПТСР є сумою балів за пунктами 1-6 і варіюється від 0 до 24, так само як і оцінка вираженості симптомів порушення самоорганізації, яка є сумою балів за пунктами 10-15. Оцінка рівню вираженості симптоматики класифікується наступним чином:

- Оцінка 0-3 бали за субшкалою — мінімальний рівень;
- Оцінка 4-6 бали за субшкалою — легкий рівень;
- Оцінка 7-10 балів за субшкалою — помірний рівень;
- Оцінка 11-16 балів за субшкалою — тяжкий рівень;
- Оцінка 17-24 бали за субшкалою — дуже тяжкий рівень.

ITQ продемонстрував відмінну внутрішню надійність. Дослідження повідомляють про високі оцінки комбінованої надійності (CR) - 0,96 для субшкали ПТСР і 0,97 для субшкали порушень самоорганізації, а також оцінки CR в діапазоні від 0,86 до 0,96 для шести кластерів симптомів (Cloitre et al., 2018; Hyland et al., 2017). В українській адаптації альфа Кронбаха становив 0.73-0.88, що підтверджує надійність та внутрішню узгодженість опитувальника (Ho, Vang, et al., 2023). Дослідження також показали, що психометричні властивості ITQ залишаються стабільними в різних культурних групах і на різних мовах, що підтверджує його валідність для використання в групах населення, які зазнали травми в усьому світі (Hyland et al., 2024). Отже методика «Міжнародний опитувальник травматичних подій» (International Trauma Questionnaire (ITQ-CC) виявляється надійним та ефективним інструментом оцінки травматизації респондентів в контексті дослідження впливу військового стресу на сексуальне благополуччя.

**С. «Опитувальник суб'єктивного сексуального благополуччя», (Гупаловська В.) (Гупаловська В., 2021).**

«Опитувальник суб'єктивного сексуального благополуччя» був обраний в якості діагностичного інструментарію через свою валідність та апробованість на українській вибірці. Ця методика дозволяє оцінити суб'єктивні та об'єктивні показники сексуального життя, що є необхідним для розуміння впливу стресових факторів на сексуальне благополуччя респондентів.

Шкала сексуальної комунікації описує здатність людини відкрито висловлювати партнерові свої вподобання, бажання чи небажання. Як вказує авторка методики, особам з високими показниками ( $\geq 22$  балів) за цією шкалою притаманні природність поведінки, наявність сексуальної розкнутості і відсутність комплексів, які мають відношення до сексуальної сфери. Такі люди мають вищий рівень довіри, прийняття себе і партнера та нижчий рівень тривоги. Низькі показники шкали (0-17 балів), навпроти, стосуються людей, яким важко відкрито розмовляти із своїм партнером на теми їхнього

сексуального життя. Таким людям властивий вищий рівень тривоги в стосунках, недовіри, більша кількість комплексів і сексуальна скутість, разом з сором'язливістю та страхом бути відкинутими або не почутими.

Шкала сексуальної потреби оцінює ступінь важливості сексуального життя респондента. Високий рівень за цією шкалою ( $\geq 15$  балів) вказує на високе значення статевого життя для респондента, наявність у нього інтенсивної сексуальної потреби, високу сексуальну збудливість та виражене сексуальне лібіді, що репрезентує тілесно-фізичний рівень сексуальності. Низькі показники (0-9 балів) свідчать про притаманний людині дещо нижчий рівень потреби в сексуальній «розрядці», що більшою мірою охоплює людей із середньою та слабшою статевою конституцією.

Показник кількісної потреби описує значимість власне кількості статевих стосунків, яку респондент вважає задовільною у контексті власного сексуального життя. Високий рівень ( $\geq 4$  балів) свідчить про бажання людини мати багато сексуальних контактів, наявність частих контактів або декількох сексуальних партнерів для того, щоб повною мірою відчувати задоволення від свого сексуального життя. Низький рівень (0-1 бал), навпроти, характеризує бажання людини задовольняти свої сексуальні потреби лише з однією людиною. Відзначається, що у такому випадку важливим моментом є наявність з нею гармонійних та глибоких стосунків.

Шкала «Стосунки як цінність» оцінює важливість гармонійних стосунків у контексті загального сексуального благополуччя. Високий рівень ( $\geq 24$  балів) притаманний тим людям, які визнають важливість душевної близькості, довіри, розуміння у стосунках та надають їм першочергової ролі. Низький рівень (0-16 балів) характеризує осіб, які надають сексуальному компоненту відносин найвищий пріоритет, в той час коли емоційний компонент відходить на задній план і ним можна «жертвувати» заради сексуального задоволення і сатисфакції.

Шкала «Задоволеність сексуальним життям та стосунками» висвічує суб'єктивну оцінку респондента власного сексуального життя та стосунків.

Високий рівень ( $\geq 24$  балів) вказує на високу суб'єктивну оцінку власного сексуального життя та відносин загалом і на задоволеність ними. Низький рівень (0-19 балів) виявляє внутрішню негативну оцінку респондентом своїх стосунків, включно зі сферою сексуального життя.

Інтегральний показник суб'єктивного сексуального благополуччя розраховується за допомогою суми шкал сексуальної комунікації, сексуальної потреби, стосунків як цінності та задоволення сексуальним життям і стосунками. Високі показники ( $\geq 85$  балів) 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).

Методика «Опитувальник суб'єктивного сексуального благополуччя» складається з 34 тверджень, які респонденти оцінюють за шкалою Лайкерта, від 0 («завжди ні») до 4 («завжди так»). В ході експлораторного факторного аналізу для визначення наповненості шкал та узгодженості питань, авторкою методики були отримані такі показники альфи Кронбаха: від 0.710 до 0.889 для усіх п'яти шкал. Методика також пройшла перевірку на конвергентну та дивергентну валідність, маючи кореляційні зв'язки з аналогічними шкалами інших психодіагностичних інструментів. Це дозволяє стверджувати, що дана методика відповідає критеріям ефективного інструментарію для оцінки різних аспектів сексуального благополуччя в дослідженні впливу стресу на нього в умовах війни.

**D. «Госпітальна шкала тривоги та депресії» (Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), Zigmond A.S., Snaith R.P. (Zigmond & Snaith, 1983)).**

Методика «Госпітальна шкала тривоги і депресії» була розроблена ще у 1983 році А.С. Зігмундом і Р.П. Снайтом (Zigmond & Snaith, 1983). Автори ставили на меті визначити та оцінити важкість депресивної та тривожної симптоматики у пацієнтів медичного стаціонару, проте, згодом дослідження

на більш широкій вибірці продемонстрували придатність використання HADS на неклінічній вибірці. Шкала складається із 14 тверджень, які діляться на дві субшкали: “тривога” (пункти 1, 3, 5, 7, 9, 11, 13) та “депресія” (пункти 2, 4, 6, 8, 10, 12, 14). До кожного із 14 тверджень подаються чотири варіанти відповіді, які вказують на різні рівні вираженості симптомів, і вони оцінюються за зростанням тяжкості симптомів від 0 (відсутність симптому) до 3 (максимальна вираженість). Результат підраховується як сума балів по кожній із субшкал, а сумарні значення поділяються на три групи, де:

- 0-7 балів— норма, відсутність вираженої симптоматики тривоги або депресії;
- 8-10 балів— межовий рівень, можлива субклінічно виражена тривога та/або депресія;
- 11-21 балів— вихід за межі норми, клінічно виражена тривога та/або депресія.

Шкала HADS є простою для розуміння респондентами і подальшої обробки, що дає змогу використовувати її в клінічних та наукових дослідженнях. В окремих роботах методика демонструє прийнятну внутрішню узгодженість за показником альфи Кронбаха: 0.8 для підшкали тривоги та 0.75 для підшкали депресії (Провозін, 2024); 0.78 для підшкали тривоги, 0.80 для підшкали депресії та 0.86 для загального показнику (Turk, Dennis C. et al., 2015). Варто зазначити, що за основу була взята версія методики «Госпітальна шкала тривоги та депресії» із платформи MozOk, звірена з англomовним оригіналом, оскільки офіційної української адаптації не було знайдено.

#### **Е. Авторський опитувальник «Особистий досвід війни» (Додаток Б)**

Для дослідження впливу війни на рівень стресу респондентів та їхнє сексуальне благополуччя був розроблений опитувальник, що складається з 20 тверджень, які описують різні ситуації, з якими респонденти могли стикнутися у період війни. Прикладом таких тверджень є: «Я чув (-ла) сирени повітряної

тривоги», «Я відчував (-ла) надзвичайну фінансову скруту», «Мені доводилося ховатися в підвалі, бомбосховищі або в метро», «Я чув(-ла) або бачив (-ла) бомбардування або артилерійський обстріл», «Хтось із моїх близьких (наприклад, батьки, брат, сестра, сусід, друг) отримав фізичні ушкодження внаслідок війни», та інші. Усі твердження респонденти оцінювали за допомогою «Так» (1 бал) та «Ні» (0 балів). Припускається, що чим більша кількість воєнних ситуацій мала місце у житті респондента, тим вищий рівень стресу буде прослідковуватися разом з виразнішою симптоматикою ПТСР та КПТСР, що впливатиме на показники сексуального благополуччя.

Для оцінки впливу споживання травматичного військового медіа контенту був розроблений опитувальник щодо частоти споживання такого контенту з різних джерел: телебачення або радіо, месенджерів (Telegram, WhatsApp, Viber) та соціальних мереж (Instagram, Facebook тощо). Респондентам пропонувалось оцінити частоту перегляду такого контенту за допомогою шкали Лайкерта, де: «майже ніколи» оцінювалось у 0 балів, «кілька разів на день»— 1 бал, «раз на годину»— 2 бали, «кілька годин на день»—3 бали і «майже постійно» у 4 бали. Припускається, що чим більше часу витрачено на перегляд травматичного контенту, тим вищий рівень стресу буде прослідковуватись, що, в свою чергу, негативно впливатиме на показники сексуального благополуччя.

### **2.3. Вибірка, процедура збору даних та етичні аспекти дослідження**

Дані були зібрані у 96 респондентів. Процес збору даних був реалізований за допомогою онлайн-опитування, що проводилося з використанням платформи Гугл-форм. Участь в опитуванні була добровільною та анонімною. Досліджувані мали змогу заповнити п'ять опитувальників, а також анкету для збору загальних соціально-демографічних відомостей перед початком відповідей на питання опитувальників. П'ять анкет були вилучені з подальшого аналізу, оскільки респонденти позначили себе як

військових або ветеранів, в той час як дане дослідження базується на цивільних особах. Отже остаточний розмір вибірки склав 91 особу.

Оскільки кожне з досліджуваних понять: сприйнятий стрес, суб'єктивне сексуальне благополуччя, рівень травматизації, тривоги та депресії, є змінними структурами, які зазнають впливу багатьох різноманітних факторів протягом усього життя, до анкети були сформовані та додані питання, які б глибше розкривали сутність і причинно-наслідкові зв'язки отриманих результатів. Прикладами цих питань є: «Вкажіть рівень Вашої освіти», «Вкажіть Ваш статус зайнятості» та «Вкажіть Ваш актуальний статус місцезнаходження після початку повномасштабного вторгнення». Дані, отримані від респондентів зведено у табл. 2.1.

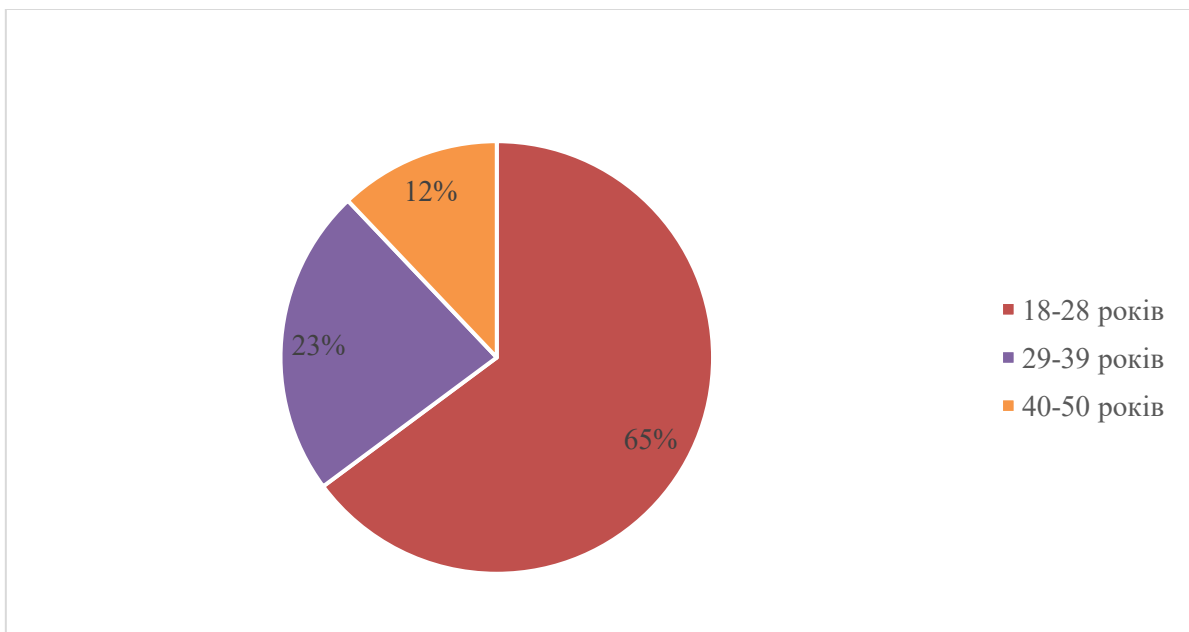
*Таблиця 2.1.*

### Соціально-демографічні дані досліджуваних

| Показник          | Категорії                               | Кількість |
|-------------------|---|-----------|
| Вік               | 18-28 років                             | 59 (65%)  |
|                   | 29-39 років                             | 21 (23%)  |
|                   | 40-50 років                             | 11 (12%)  |
| Стать             | Чоловіча                                | 33 (36%)  |
|                   | Жіноча                                  | 58 (64%)  |
| Освіта            | Загальна освіта                         | 9 (10%)   |
|                   | Професійно-технічна освіта              | 10 (11%)  |
|                   | Бакалаврат/здобуваю цей ступінь зараз   | 29 (32%)  |
|                   | Магістратура/здобуваю цей ступінь зараз | 34 (37%)  |
|                   | Освітньо-науковий ступінь               | 9 (10%)   |
| Статус зайнятості | Безробітний                             | 8 (9%)    |

|   |                 |          |
|---|-----------------|----------|
|   | Студент         | 8 (9%)   |
|   | Працюю          | 75 (82%) |
| Статус місцезнаходження після повномасштабного вторгнення | Не переїздив    | 71 (78%) |
|   | ВПО             | 14 (15%) |
|   | Виїхав закордон | 6 (7%)   |

Ми бачимо, що вибірка включає респондентів різного віку, статі, освітнього рівня, статусу зайнятості та місцезнаходження після повномасштабного вторгнення, що дозволяє глибше оцінити чинники, які впливають на сприйняття стресу у часи війни, який, в свою чергу, відображається на сексуальності та індивідуальному сексуальному благополуччі осіб. На рис. 2.1 представлено віковий розподіл респондентів.

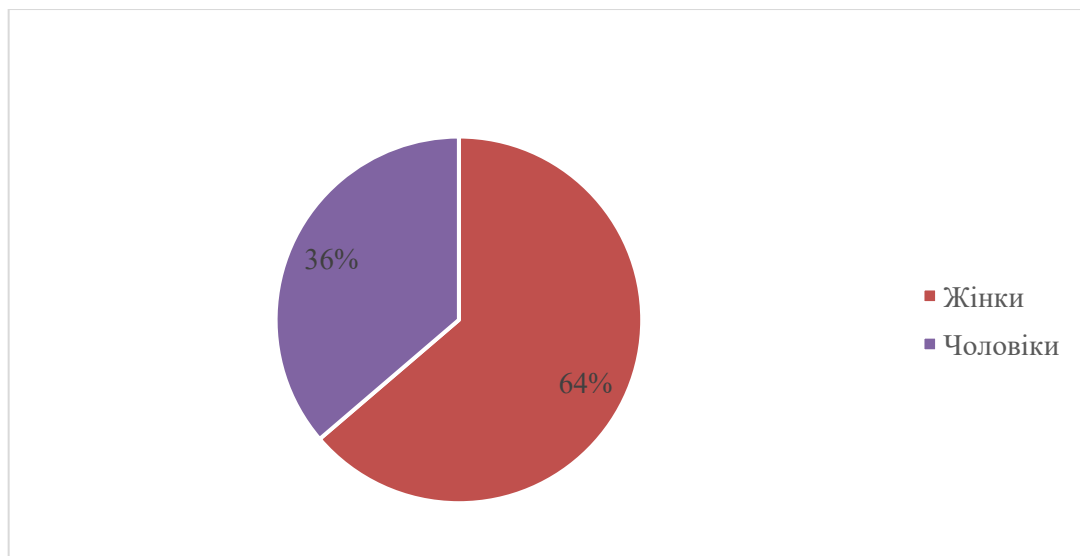


*Рис. 2.1. Вік учасників дослідження*

На рис. 2.1. видно, що вибірка складається з, переважно, молодих людей, у віковому діапазоні від 18 до 24 років (65%). Респонденти 29-39 років складають 23% вибірки, особи від 40 до 50 років— 12%. Припускається, що респонденти старших вікових груп (29–39 років і 40–50 років), володіючи ширшим життєвим досвідом, включно з досвідом стабільних партнерських

стосунків, мають кращі навички саморегуляції та схильність до застосування більш адаптивних копінг-стратегій у відповідь на стресові події, зокрема й у сфері інтимних стосунків. Наявність більш сформованих моделей емоційної підтримки, досвіду подолання криз, а також глибше розуміння власних потреб і меж у стосунках сприяє збереженню або навіть підтриманню сексуального благополуччя попри наявний рівень стресу. Натомість, молодші респонденти (18–28 років), які ще не мають достатнього обсягу життєвого та партнерського досвіду, імовірно є більш вразливими до впливу стресу. Для цієї вікової категорії характерною може бути менша емоційна зрілість, нижчий рівень стійкості до невизначеності, а також обмежений репертуар ефективних копінг-стратегій. За цих умов стрес може мати більш деструктивний вплив на сексуальну сферу — знижувати задоволення, підвищувати дистрес та послаблювати відчуття інтимної близькості — та сферу стосунків, спричиняючи відстороненість та непорозуміння між партнерами.

Нижче, на рис. 2.2. наведений розподіл за статтю.

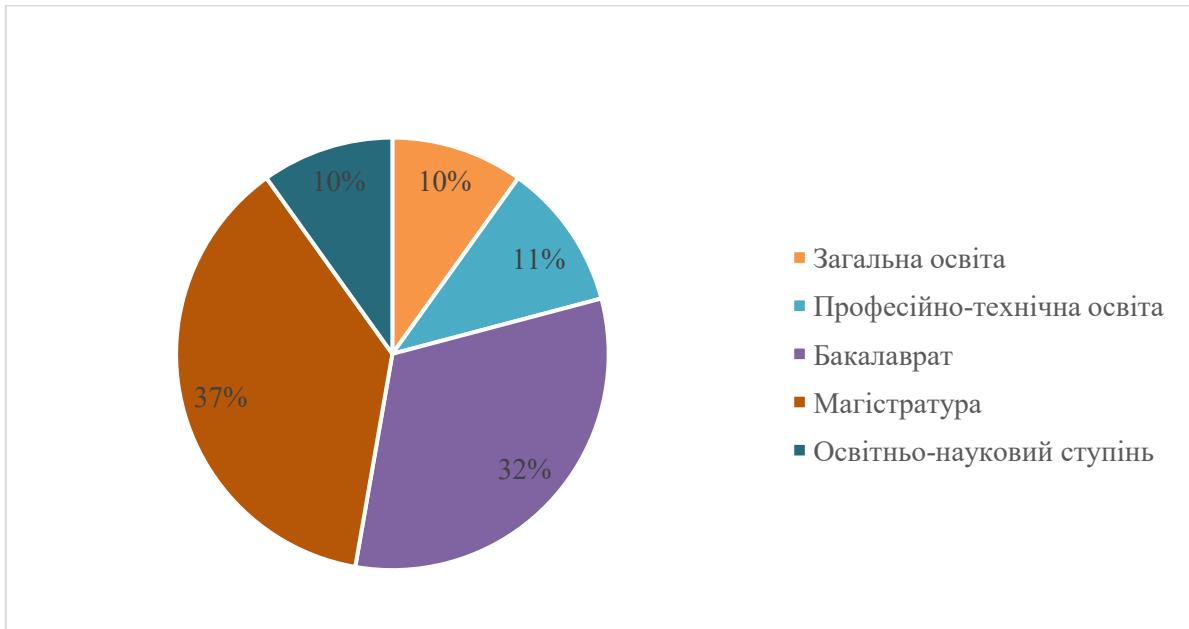


*Рис. 2.2. Розподіл учасників дослідження за статтю*

У гендерному розрізі більшість вибірки складають жінки (64%), в той час як чоловіки становлять 36%. У певних дослідженнях, описаних у першому розділі, зазначалось, що жінки, у відповідь на стресор, здебільшого обирали копінг-стратегії, пов'язані з емоційністю та соціальним зближенням, або пошуком підтримки. Чоловіки схилились до уникнення, раціоналізації або

активного пошуку рішень. Такі поведінкові патерни можуть становити певний вплив на сприйняття стресу, що, також, як припускається, спричинить відмінності у впливі стресу на сексуальне благополуччя між респондентами жіночої статі та чоловічої.

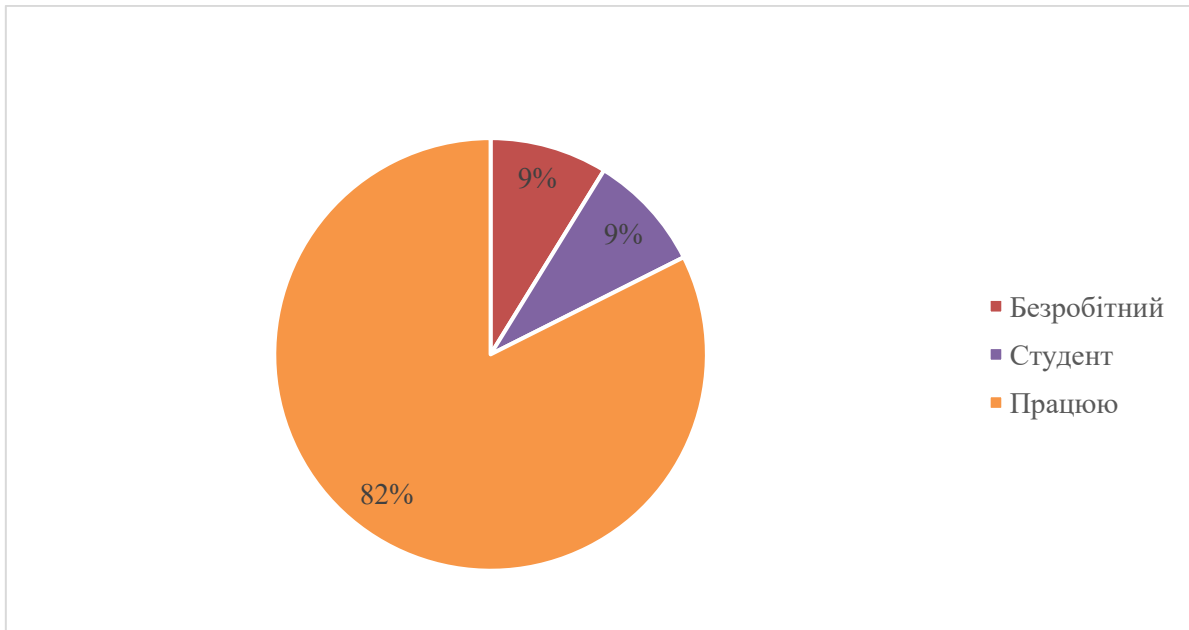
На рис. 2.3. представлено освітні рівні підготовки респондентів дослідження.



*Рис. 2.3. Рівень освіти респондентів*

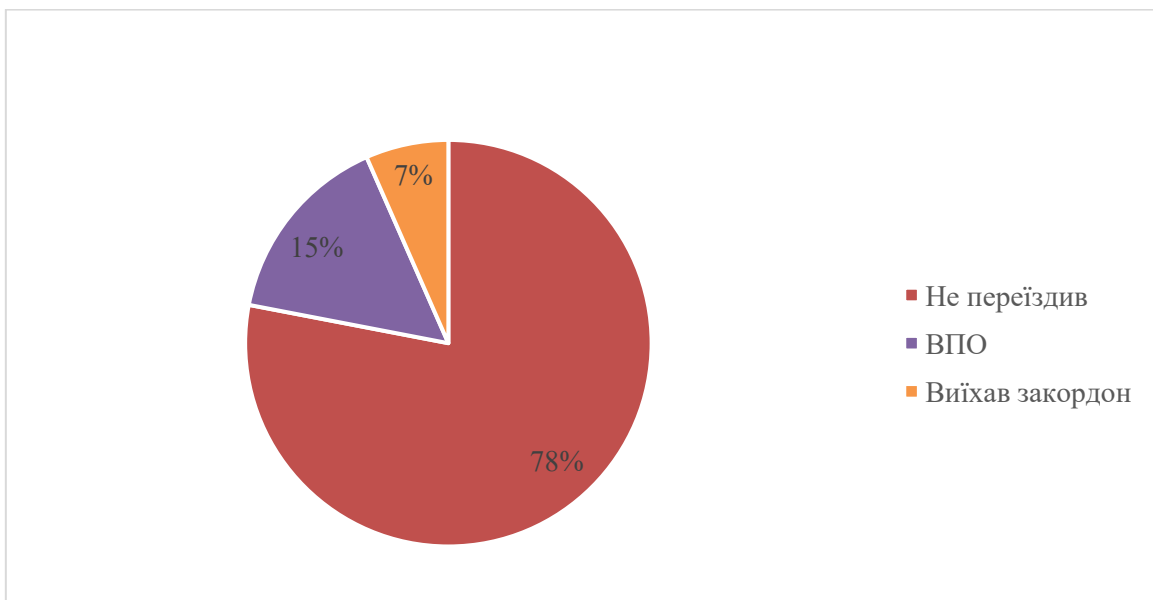
За рівнем освіти респонденти розподілилися наступним чином: більшість респондентів мали рівень освіти «Магістр» або здобували його на момент участі у дослідженні (37%), 32% вже мали або здобували бакалаврський рівень. Можна зробити припущення, що вищий рівень освіти дає змогу зачепити більшу кількість знань та ресурсів для подолання стресу, що позитивно впливатиме на різні сфери життя респондентів, включно з партнерськими та сексуальними стосунками.

Для оцінки впливу стресу на сексуальне благополуччя досліджуваних слід враховувати контексти, в яких знаходяться респонденти. По-перше, це статус зайнятості респондентів, який продемонстровано на рис. 2.4.



*Рис.2.4. Статус зайнятості респондентів*

На діаграмі видно, що більшість вибірки складають респонденти, які не є студентами і мають стабільну роботу. По-друге, це навколишнє середовище. На рис.2.5. продемонстровано місцезнаходження респондентів від початку повномасштабного вторгнення.



*Рис.2.5. Місцезнаходження респондентів від початку повномасштабного вторгнення*

Більшість респондентів не змінила свого місцезнаходження після 24 лютого 2022 року (78%), 15% респондентів були внутрішньо-переміщеними особами, 7% виїхали закордон. Проживання на території, що зазнала значних

змін під впливом воєнних дій, спричиняє неаби який стрес та ставить нові виклики перед людьми. Водночас зміна звичного місцеперебування, розлука з рідними та болісна адаптація на новому місці також є чинниками стресу, що впливає на всі сфери життя.

Отримана вибірка є досить різноманітною та варіативною, і дозволяє дослідити, як стрес, спричинений досвідом війни, впливає на сексуальне благополуччя різних за віком чоловіків та жінок.

## **Висновки до розділу 2**

У цьому розділі було розглянуто всі ключові аспекти проведеного дослідження: описано методологічну основу, вибірку, теоретичну модель та обґрунтовано використані методи. Це дослідження має на меті вивчення впливу стресу, спричиненого війною, на сексуальне благополуччя українців. Обрані та описані методики дозволяють дослідити зв'язки сприйнятого стресу та особистого досвіду війни, і прослідити їхній вплив на сексуальну та партнерську сфери стосунків, що зображено у вигляді схеми (рис. 2.1.), яка відтворює гіпотетичний зв'язок досліджуваних феноменів.

Детально наведена у розділі характеристика вибірки включала різноманіття респондентів за віком, статтю та освітою. Вибірка включала в основному молодих людей віком від 18 до 28 років і більш старших осіб у віковому діапазоні від 29 до 39 років. Це дає змогу порівняти вплив стресу на сексуальне благополуччя у різних вікових групах. Передбачається, що молоде покоління є більш вразливим до стресових чинників, що негативно впливатиме на сексуальну та партнерську сфери стосунків. Гендерні особливості, а також рівень освіти досліджуваних, дають змогу прослідкувати соціокультурні чинники які впливають на рівень сприйнятого стресу, який, в свою чергу, відіграє ключову роль у модеруванні рівня задоволеності респондентом власним сексуальним життям.

### РОЗДІЛ 3. АНАЛІЗ РЕЗУЛЬТАТІВ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ВПЛИВУ СТРЕСУ, СПРИЧИНЕНОГО ВІЙНОЮ, НА СЕКСУАЛЬНЕ БЛАГОПОЛУЧЧЯ УКРАЇНЦІВ

#### 3.1. Загальний огляд результатів емпіричного дослідження

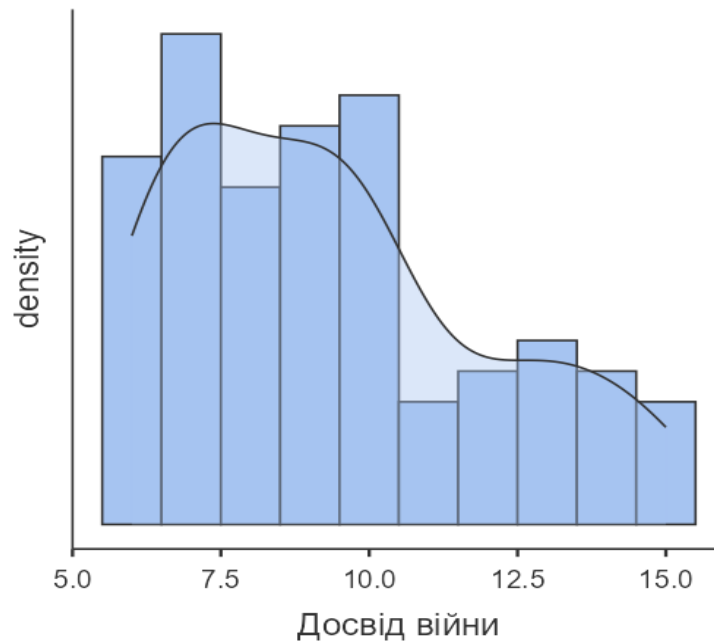
У цьому підрозділі представлено загальний огляд результатів емпіричного дослідження, спрямованого на вивчення впливу стресу, спричиненого війною, на сексуальне благополуччя. Анкетування дозволило оцінити особистий досвід війни респондентів, що зображено на табл. 3.1.

*Таблиця 3.1*

#### Результати анкетування щодо особистого досвіду війни (n=91)

| Змінна                 | Медіана | Середнє | Стандартне відхилення | Мін. | Макс. |
|------------------------|---------|---------|-----------------------|------|-------|
| Особистий досвід війни | 9       | 9.34    | 2.62                  | 6    | 15    |

Табл. 3.1. демонструє, що середнє значення пережитих воєнних подій становить 9.34, а медіанне— 9, при стандартному відхиленні у 2.62. Це свідчить про досить високу середню інтенсивність дотичності до воєнного досвіду у вибірці, де більшість респондентів пережила 9 або більше воєнних ситуацій. Мінімальне значення становить 6 балів, а максимальне — 15 балів (з можливих 20), тобто жоден із респондентів не повідомив про повну відсутність дотичності до воєнних впливів, і, водночас, ніхто не зазначив, що стикнувся з усіма переліченими подіями. Це свідчить про варіативність, але водночас повсюдність впливу війни на цивільне населення. Значне відхилення від нормального розподілу ( $p < .001$ ) вказує на наявність групи осіб з атипово високим воєнним навантаженням, що проілюстровано на діаграмі розподілу даних (рис.3.1.).



*Рис. 3.1. Діаграма розподілу даних за опитувальником «Особистий досвід війни»*

Нижче на табл. 3.2. зображені результати анкетування щодо перегляду контенту, пов'язаного з війною.

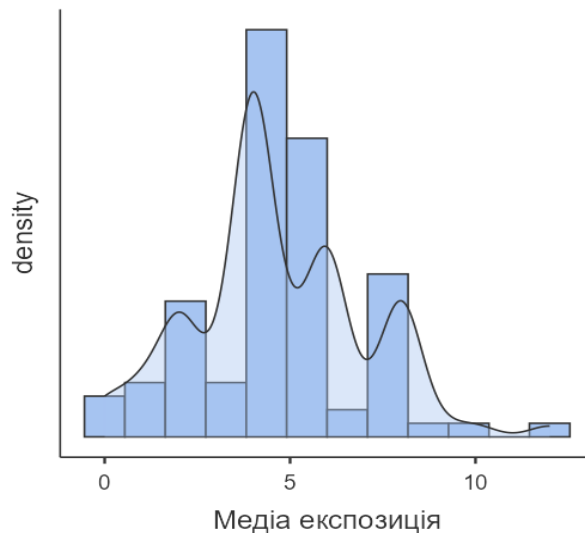
*Таблиця 3.2*

**Результати анкетування щодо споживання медіа контенту (n=91)**

| Змінна                                  | Медіана | Середнє | Стандартне відхилення | Мін. | Макс. |
|---|---------|---------|-----------------------|------|-------|
| Рівень частоти споживання медіа контент | 4       | 4.70    | 2.34                  | 0    | 12    |

Аналіз споживання респондентами медіа контенту показав, що більшість вибірки виділяє достатньо велику кількість часу на перегляд новин або іншого контенту, що пов'язаний з війною— медіана 4, середнє значення 4.70 при стандартному відхиленні у 2.34. До того ж, відповіді варіювались від

мінімального рівня затраченого часу (0) на перегляд контенту до максимального рівня частоти застосування телебачення, радіо, месенджерів або соціальних мереж (12). Як видно на рис.3.2., розподіл відповідей за даним опитувальником також не є нормальним, що важливо враховувати при подальшому аналізі.



*Рис. 3.2. Діаграма розподілу даних за опитувальником «Особистий досвід війни»*

Далі респондентам була запропонована методика «Міжнародний опитувальник травматичних подій» (ITQ-CC), результати якої представлені нижче у таблиці 3.3.

*Таблиця 3.3*

**Результати методики «Міжнародний опитувальник травматичних подій» (ITQ-CC) (n=91)**

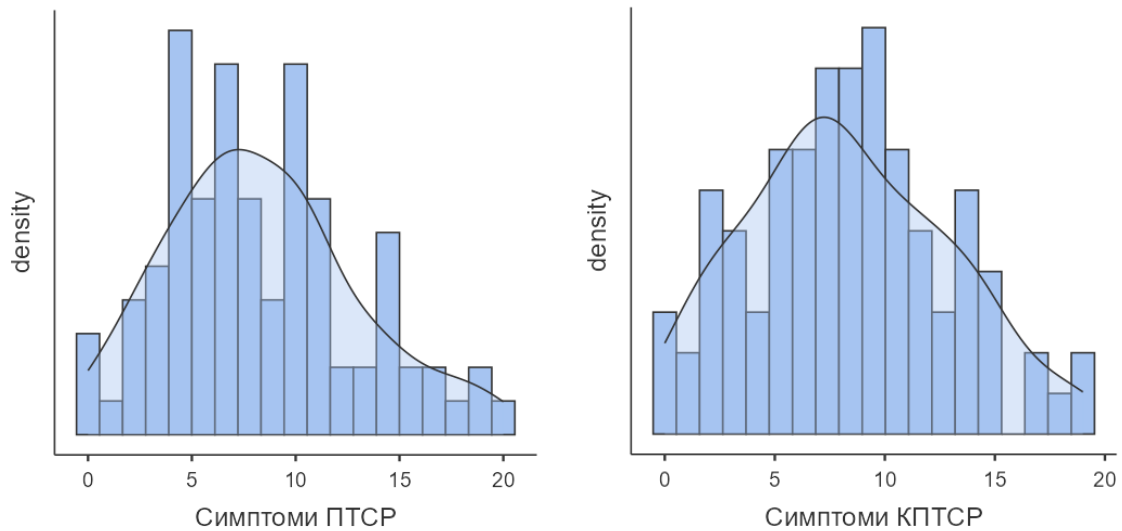
| Змінна         | Медіана | Середнє | Стандартне відхилення | Мін. | Макс. |
|----------------|---------|---------|-----------------------|------|-------|
| Симптоми ПТСР  | 8       | 8.36    | 4.59                  | 0    | 20    |
| Симптоми КПТСР | 8       | 8.33    | 4.65                  | 0    | 19    |

*Продовження  
таблиці 3.3*

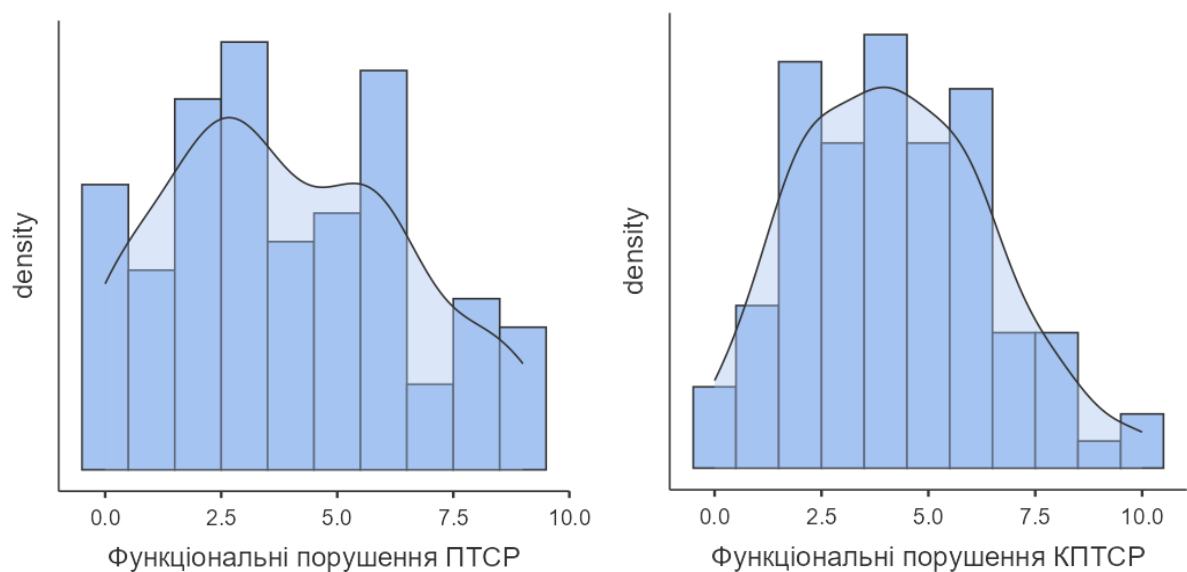
|                                   |      |      |      |   |    |
|-----------------------------------|------|------|------|---|----|
| Функціональні порушення при ПТСР  | 3.50 | 3.92 | 2.60 | 0 | 9  |
| Функціональні порушення при КПТСР | 4    | 4.22 | 2.27 | 0 | 10 |

На табл. 3.3. видно, що загальна сума балів за шкалою ПТСР варіювалася від 0 до 20 балів (максимально можливе значення — 24). Середнє значення в вибірці становило 8.36 бали, що відповідає помірному рівню вираженості симптомів згідно з класифікацією шкали, в той час як медіанне значення — 8 балів— свідчить про відносну симетричність розподілу, а стандартне відхилення (4.59) демонструє наявність досить широкого діапазону індивідуальних відмінностей: деякі респонденти не виявляли жодних симптомів (мінімальне значення — 0), водночас інші мали значення, близькі до верхньої межі (максимум — 20). Аналогічна тенденція спостерігалася у субшкалі КПТСР, яка відображає симптоми афективної дисрегуляції, негативної самооцінки та труднощів у міжособистісній близькості. Середнє значення становило 8.32 бали, медіана — 8 балів, стандартне відхилення — 4.63, що також відповідає помірному рівню симптоматики. Мінімальне значення — 0, максимальне — 19 (із 24 можливих). За шкалою порушень, пов'язаних із симптомами комплексної травматизації, середнє значення становило 4.22 бали, медіана — 4.00, стандартне відхилення — 2.26, з варіацією від 0 до 10, що також вказує на легкий вплив дисрегуляції на життя досліджуваних так само як і у субшкалі функціональних порушень при ПТСР, де: середнє значення — 3.92 бали, медіана — 3.50, стандартне відхилення — 2.60.

Результати за методикою ІТQ свідчать про помірний рівень травматизації серед цивільного населення. Це дозволяє припустити, що як симптоми ПТСР, так і порушення саморегуляції будуть істотно корелювати із загальним рівнем сприйнятого стресу, а також виступати значущими предикторами зниження сексуального благополуччя. Візуалізація розподілу даних за методикою ІТQ представлена на рис 3.3. та рис 3.4. відповідно.



*Рис. 3.3. Діаграма розподілу даних за шкалами симптоматики ПТСР та КПТСР методики ІТQ*



*Рис. 3.4. Діаграма розподілу даних за шкалами функціональних порушень при ПТСР та КПТСР методики ІТQ*

Далі розглянемо результати методики «Опитувальник суб'єктивного сексуального благополуччя», результати якої наведені у таблиці 3.4.

Таблиця 3.4

**Результати методики «Опитувальник суб'єктивного сексуального благополуччя» (n=91)**

| Змінна  | Медіана | Середнє | Стандартне відхилення | Мін. | Макс. |
|---|---------|---------|-----------------------|------|-------|
| Шкала сексуальної комунікації                     | 24.0    | 23.2    | 5.59                  | 6    | 32    |
| Шкала сексуальної потреби                         | 13.0    | 12.5    | 5.05                  | 0    | 20    |
| Шкала кількісного компоненту                      | 3.0     | 3.91    | 3.52                  | 0    | 12    |
| Шкала стосунків як цінності                       | 22.0    | 21.3    | 4.89                  | 8    | 31    |
| Шкала задоволення сексуальним життям і стосунками | 20.0    | 18.9    | 6.08                  | 2    | 28    |
| Інтегральний показник                             | 76.5    | 75.9    | 15.9                  | 35   | 104   |

Таблиця 3.4 демонструє, що за шкалою сексуальної комунікації середнє значення становить 23.2 бала, медіана — 24.0, що свідчить про високий

рівень розвитку комунікативних навичок у сексуальній сфері серед більшості респондентів. Стандартне відхилення ( $SD = 5.59$ ) вказує на певну варіативність у рівні відкритості, довіри та готовності до обговорення сексуальних потреб. Мінімальне значення — 6 балів, тоді як максимальне — 32, що охоплює весь можливий діапазон. Згідно з критеріями методики, більшість респондентів демонструють високий рівень сексуальної комунікації ( $\geq 22$  балів). Так більшості респондентів притаманні природність поведінки, наявність сексуальної розкнутості і відсутність комплексів, які мають відношення до сексуальної сфери. Такі люди мають вищий рівень довіри, прийняття себе і партнера та нижчий рівень тривоги.

Результати за шкалою сексуальної потреби, де середній бал становить 12.5, медіана — 13.0, що потрапляє в середній діапазон (9–14 балів), свідчать про помірну активність сексуальних бажань та інтересу до реалізації інтимної сфери. Стандартна похибка ( $SD = 5.05$ ) вказує на достатньо широкий розкид у потребах, адже деякі респонденти мали 0 балів, тобто фактично не виявляли актуальної сексуальної потреби, тоді як максимальне значення — 20 свідчить про її високу інтенсивність у частини вибірки. Високий рівень за цією шкалою вказує на високе значення статевого життя для респондента, наявність у нього інтенсивної сексуальної потреби, високу сексуальну збудливість та виражене сексуальне лібідо, що репрезентує тілесно-фізичний рівень сексуальності. Низькі показники свідчать про притаманній людині дещо нижчий рівень потреби в сексуальній «розрядці», що більшою мірою охоплює людей із середньою та слабшою статевою конституцією.

Шкала кількісного компоненту, як умови сексуального благополуччя, відображає суб'єктивну значущість кількісної реалізації сексуальності (частота, регулярність тощо). Середній бал становить 3.91, медіана — 3.0, що розміщується на межі середнього та високого рівнів (середній: 1–3, високий:  $\geq 4$ ). Проте високе стандартне відхилення ( $SD = 3.52$ ) та мінімум 0 балів свідчать про наявність значної частки респондентів, для яких кількісний аспект не є визначальним для благополуччя. Високий рівень свідчить про

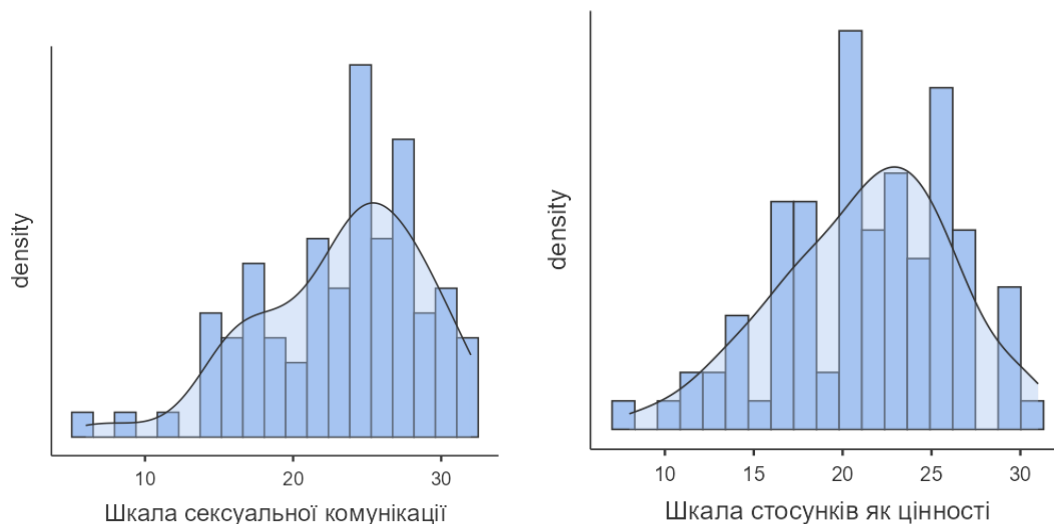
бажання людини мати багато сексуальних контактів, наявність частих контактів або декількох сексуальних партнерів для того, щоб повною мірою відчувати задоволення від свого сексуального життя. Низький рівень, навпроти, характеризує бажання людини задовольняти свої сексуальні потреби лише з однією людиною. Відзначається, що у такому випадку важливим моментом є наявність з нею гармонійних та глибоких стосунків.

Шкала стосунків як цінності демонструє середнє значення 21.3 бала, медіану — 22.0, що відображає середній рівень орієнтації на стосунки як базову складову інтимного благополуччя. Зважаючи на те, що верхній поріг середнього рівня — 23 бали, можна припустити, що більшість респондентів надають значення якості взаємин, але не всі — у рівній мірі. Мінімальне значення — 8, максимальне — 31 свідчать про міжособистісну варіативність у розумінні цінності стосунків. Високий рівень за цією шкалою притаманний тим людям, які визнають важливість душевної близькості, довіри, розуміння у стосунках та надають їм першочергової ролі. Низький рівень характеризує осіб, які надають сексуальному компоненту відносин найвищий пріоритет, в той час коли емоційний компонент відходить на задній план.

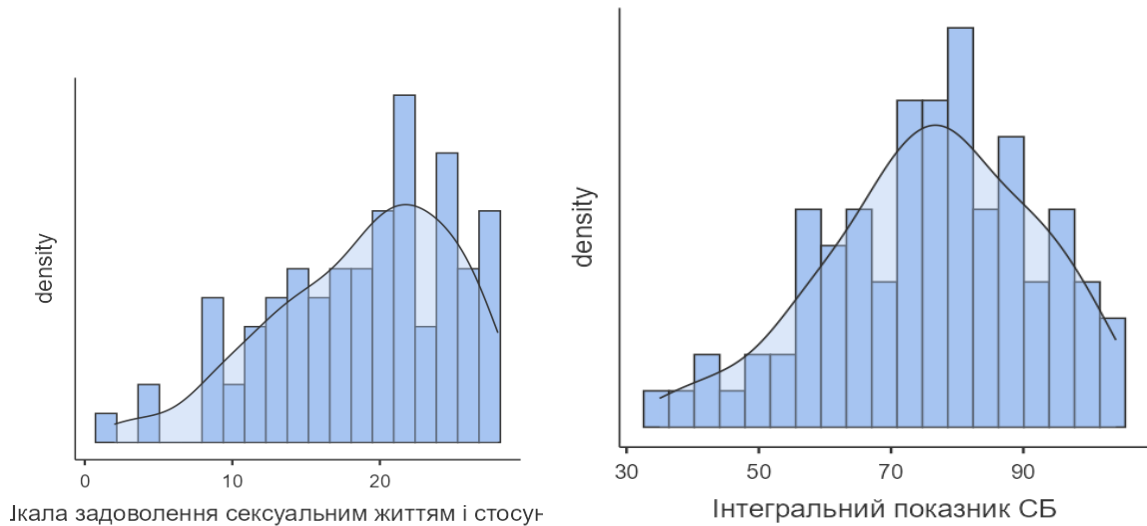
Шкала задоволення сексуальним життям і стосунками демонструє середній бал 18.9, медіану 20.0, що лежить на межі між низьким і середнім рівнем (нижче 20 — низький). Високе стандартне відхилення ( $SD = 6.08$ ) свідчить про значні розбіжності в оцінках задоволення. Мінімальне значення — 2 бали (вкрай низький рівень), максимум — 28 (із 28 можливих), що може вказувати на вразливість цієї сфери до впливу зовнішніх та психоемоційних факторів. Зазначається, що високий рівень шкали вказує на високу суб'єктивну оцінку власного сексуального життя та відносин загалом і на задоволеність ними. Низький рівень, натомість, виявляє внутрішню негативну оцінку респондентом своїх стосунків, включно зі сферою сексуального життя.

Інтегральний показник висвітлює загальний рівень суб'єктивного сексуального благополуччя. Високі показники 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). У цьому дослідженні цей показник має середнє значення 75.9, медіану — 76.5, стандартну похибку 15.9, мінімум — 35, максимум — 104 (із 112 можливих), що відображає загалом збережене сексуальне благополуччя в умовах війни, але з вираженою індивідуальною варіативністю, яка вимагає додаткового пояснення через вплив чинників, таких як стрес, психотравматичний досвід чи тривожність або депресія. Візуалізація розподілу даних основних шкал за опитувальником суб'єктивного сексуального благополуччя наведена на рис. 3.5. та рис. 3.6..



*Рис. 3.5. Діаграма розподілу даних за методикою «Опитувальник суб'єктивного сексуального благополуччя»*



*Рис. 3.6. Діаграма розподілу даних за методикою «Опитувальник суб'єктивного сексуального благополуччя»*

Нижче у таблиці 3.5. наведено результати методики «Шкала Сприйнятого Стресу» (PSS-10).

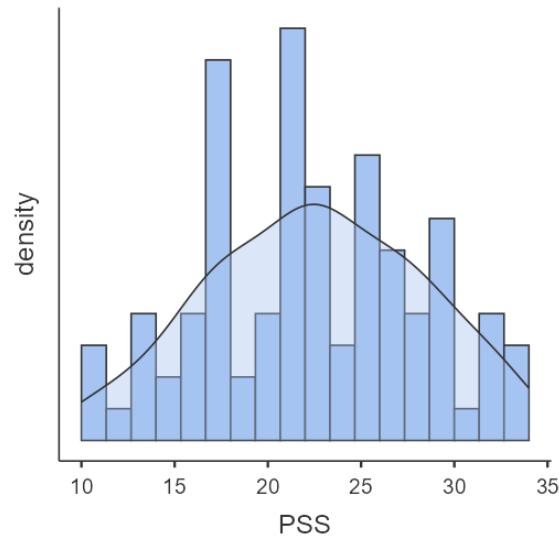
*Таблиця 3.5*

**Результати методики «Шкала Сприйнятого Стресу» (PSS-10) (n=91)**

| Змінна        | Медіана | Середнє | Стандартне відхилення | Мін. | Макс. |
|---------------|---------|---------|-----------------------|------|-------|
| Рівень стресу | 22.5    | 22.5    | 5.77                  | 10   | 34    |

У вибірці респондентів показники PSS-10 розподілилися в межах від 10 до 34 балів (із 40 можливих), середнє значення становило 22.5 бали, а медіанне — також 22.5, що свідчить про симетричний розподіл даних (рис. 3.7.). Стандартне відхилення – 5.77 балів, що вказує на помірну варіативність рівнів стресу серед респондентів. Отже середнє значення в 22.5 бали чітко вказує на високу щільність вибірки у межах помірного рівня стресу, з тенденцією до верхньої межі, що, ймовірно, відображає хронічний характер переживань, зумовлених воєнною реальністю. Очікується, що вищий рівень стресу

негативно корелюватиме з інтегральним показником сексуального благополуччя, особливо зі шкалами задоволення та потреби.



*Рис. 3.7. Діаграма розподілу даних за методикою «Шкала сприйнятого стресу»*

Результати за методикою «Госпітальна шкала тривоги і депресії» (HADS) наведені нижче у таблиці 3.6.

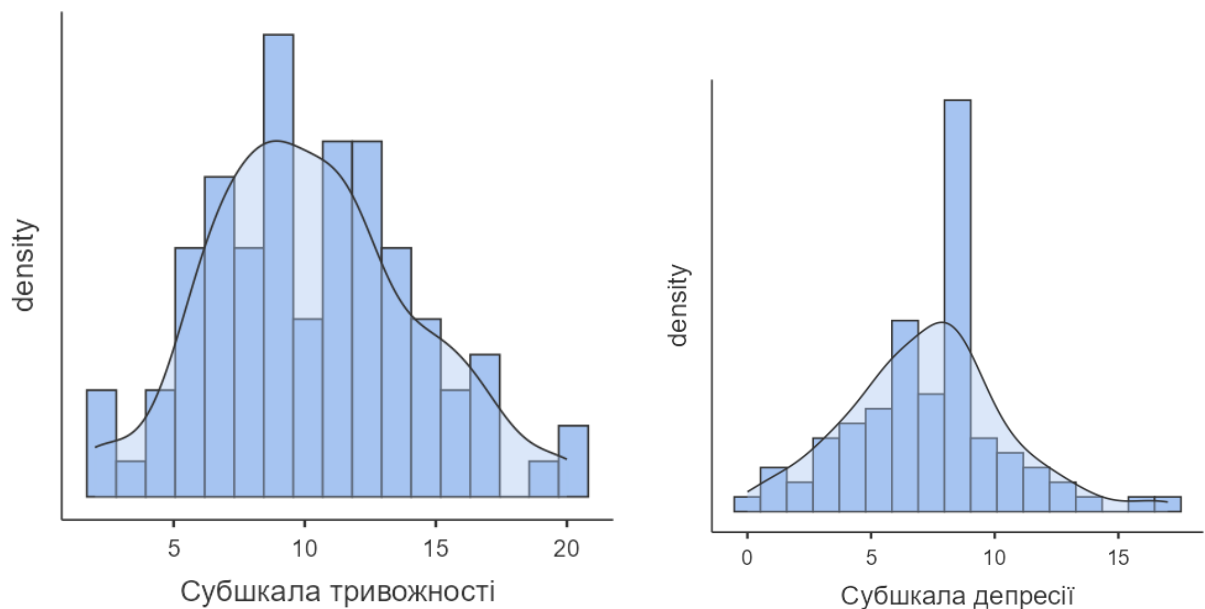
*Таблиця 3.6*

**Результати методики «Госпітальна шкала тривоги і депресії» (HADS)  
(n=91)**

| Змінна               | Медіана | Середнє | Стандартне відхилення | Мін. | Макс. |
|----------------------|---------|---------|-----------------------|------|-------|
| Субшкала тривожності | 10.0    | 10.3    | 3.96                  | 2    | 20    |
| Субшкала депресії    | 7.50    | 7.26    | 3.22                  | 0    | 17    |

Загальний бал за субшкалою тривожності варіювався від 2 до 20 (із 21 можливого). Середнє значення — 10.3 бали, медіана — 10.0, що свідчить про те, що переважна частина вибірки перебуває у зоні субклінічного рівня

тривожності (8–10 балів). Водночас значення, які перевищують 11 балів, зустрічаються досить часто (максимум — 20), що свідчить про наявність клінічно вираженої тривоги у частини респондентів. Стандартне відхилення — 3.96 бали вказує на суттєву міжіндивідуальну варіативність у тривожних реакціях. Таким чином, за HADS-тривожністю вибірка є гетерогенною — з переважанням помірному рівня, але присутністю високих значень у певних підгрупах. Рівень депресивної симптоматики коливався в межах від 0 до 17 балів, при середньому значенні 7.26 та медіані 7.50. Це вказує на те, що в середньому респонденти демонструють пограничний рівень між нормою і субклінічною депресивністю (межа — 7–8 балів). Стандартне відхилення — 3.22 вказує на відносну однорідність у вираженості депресивних симптомів у вибірці. Попри це, наявність значень у діапазоні 11–17 свідчить про існування окремої підгрупи респондентів з клінічно значущою депресивною симптоматикою, яка потребує особливої уваги. Діаграма розподілу даних за обома шкалами представлена нижче на рис. 3.8..



*Рис. 3.7. Діаграма розподілу даних за методикою «Госпітальна шкала тривоги і депресії»*

Отримані результати свідчать, що респонденти дослідження загалом демонструють помірний рівень тривожності та низько-середній рівень

депресивності, що має важливі наслідки для аналізу впливу психоемоційного стану на сексуальне благополуччя. Тривожність може виступати медіатором впливу стресу або травматичного досвіду на сексуальну комунікацію та задоволення, оскільки тривожний стан здатен порушувати здатність до емоційної близькості та безпечного контакту з партнером. Депресивність часто пов'язана зі зниженням лібідо, пригніченістю, втратою інтересу до сексуальної активності, тому її включення в модель дозволить розмежувати прямий вплив стресу і травматизації від афективних симптомів.

### 3.2. Аналіз прямого впливу війни та через медіа як предикторів сексуального благополуччя

Для дослідження впливу стресу, спричиненого війною, на сексуальне благополуччя був застосований метод лінійної регресії, результати якого продемонстровані у таблиці 3.7.

*Таблиця 3.7*

#### Результати регресійного аналізу

| Predictor            | Estimate | SE    | t      | p     |
|----------------------|----------|-------|--------|-------|
| Intercept            | 81.862   | 6.613 | 12.378 | <.001 |
| PSS                  | 0.269    | 0.367 | 0.734  | 0.465 |
| Субшкала тривожності | -0.413   | 0.530 | -0.778 | 0.439 |
| Субшкала депресії    | -1.057   | 0.587 | -1.800 | 0.075 |

Результати регресійного аналізу демонструють, що стрес має позитивний, але слабкий і статистично незначущий вплив на сексуальне благополуччя ( $p=0.465$ ). Феномен тривожності має негативний, але слабкий і статистично незначущий вплив на сексуальне благополуччя ( $p=0.439$ ), як і рівень стресу.

Депресія має негативний вплив середньої сили, і хоча результат не досягає стандартного рівня значущості ( $p=0.075$ ), він наближається до нього. Це можна трактувати як тенденцію до значущого впливу, тобто, чим вищий

рівень депресії, тим нижчим є сексуальне благополуччя, і цей зв'язок майже статистично підтверджений. Цей результат співвідноситься з рядом досліджень, які вказують на вплив депресивної симптоматики на інтимну сферу, включаючи зниження лібідо, труднощі емоційної близькості та уникання контакту. У межах даного дослідження це дає підстави припускати, що саме фонові афективні розлади, а не загальний стрес, відіграють провідну роль у зниженні сексуального благополуччя в умовах війни. В цілому жоден із трьох предикторів не є статистично значущим, але депресія показує найбільший ефект серед них. При цьому шкала рівня стресу втрачає свою пояснювальну силу, коли враховуються фонові психоемоційні стани. Застосована модель виявилась неефективною і незначущою при своїх показниках, продемонстрованих у таблиці 3.8.. Така слабка модель може бути зумовлена невеликою вибіркою (N=91) та ненормальним розподілом даних за більшістю шкал, як це було продемонстровано вище.

*Таблиця 3.8*

### **Вимірювання відповідності моделі**

| <b>Model</b> | <b>R</b> | <b>R<sup>2</sup></b> | <b>F</b> | <b>df1</b> | <b>df2</b> | <b>p</b> |
|--------------|----------|----------------------|----------|------------|------------|----------|
| 1            | 0.232    | 0.0538               | 1.63     | 3          | 86         | 0.188    |

Note. Models estimated using sample size of N=91

Для визначення чинників рівня стресу у період війни було проведено модераційний аналіз, де залежною змінною виступав інтегральний показник сексуального благополуччя, предиктором рівень стресу, а медіатором— особистий досвід війни респондентом. Його результати наведені нижче у таблиці 3.9.

Таблиця 3.9

## Модераційний аналіз досвіду війни

|                    | Estimate | SE    | Z      | p     |
|--------------------|----------|-------|--------|-------|
| PSS                | -0.152   | 0.277 | -0.548 | 0.583 |
| Досвід війни       | 0.514    | 0.605 | 0.851  | 0.395 |
| PSS * Досвід війни | 0.115    | 0.115 | 1.000  | 0.317 |

Модераційний аналіз не виявив статистично значущої взаємодії між суб'єктивним стресом і особистим воєнним досвідом щодо сексуального благополуччя ( $\beta = 0.115$ ,  $p = 0.317$ ). Основні ефекти також були незначущими (стрес:  $\beta = -0.152$ ,  $p = 0.583$ ; досвід війни:  $\beta = 0.514$ ,  $p = 0.395$ ), що вказує на відсутність прямого або умовного зв'язку між цими змінними в межах даної вибірки. З погляду статистичної моделі, це може свідчити про недостатню гетерогенність змінної «досвід війни», враховуючи, що більшість респондентів мали подібний рівень експозиції. Можливо, розширення моделі за допомогою додавання таких класифікацій, як тип травматичного досвіду (втрата близьких, фізичне ушкодження, внутрішнє переміщення), могло б покращити результати. До того ж, проведений модераційний аналіз (табл. 3.10.) не виявив статистично значущого впливу медіа-експозиції на зв'язок між суб'єктивним стресом і сексуальним благополуччям. Термін взаємодії PSS \* Медіа-експозиція був незначущим ( $\beta = -0.042$ ,  $p = 0.732$ ), що свідчить про відсутність модераційного ефекту. Основні ефекти також не виявили значущого впливу (стрес:  $p = 0.515$ ; медіа-експозиція:  $p = 0.639$ ). Це може свідчити про те, що медіа-контент не модифікує сприйняття стресу настільки, щоб суттєво впливати на інтимну сферу респондентів, проте, статистично незначущі показники аналізу, ставлять ці припущення під сумнів. До того ж, у дослідженні Holman et al. медіа-експозиція розглядається як фактор вторинної травматизації, особливо в умовах кумуляції новин про насильство, загибель чи гуманітарну катастрофу (Holman et al., 2015). У нашому випадку відсутність

модераційного ефекту може свідчити також про адаптацію до хронічної медійної загрози, десенситизацію або недооцінку ролі емоційної залученості до новинного контенту.

Таблиця 3.10

### Модераційний аналіз медіа-експозиції

|                               | Estimate | SE    | Z      | p     |
|-------------------------------|----------|-------|--------|-------|
| <b>PSS</b>                    | -0.1827  | 0.281 | -0.651 | 0.515 |
| <b>Медіа-експозиція</b>       | 0.2919   | 0.621 | 0.470  | 0.639 |
| <b>PSS * Медіа-експозиція</b> | -0.0421  | 0.123 | -0.343 | 0.732 |

Проведений медіаційний аналіз, результати якого представлені у таблиці 3.11., дозволив оцінити роль симптомів посттравматичного стресового розладу (ПТСР) у впливі суб'єктивного стресу на сексуальне благополуччя. Загальний ефект стресу на сексуальне благополуччя виявився статистично незначущим ( $\beta = -0.149$ ,  $p = 0.595$ ). Прямий ефект також не був значущим ( $\beta = -0.369$ ,  $p = 0.222$ ), що свідчить про відсутність прямої дії стресу на інтимну сферу. Однак опосередкований ефект через симптоми ПТСР ( $\beta = 0.220$ ,  $p = 0.103$ ) виявив тенденцію до значущості, що може вказувати на часткове пояснення впливу стресу саме через наявну психотравматизацію. Тобто, стрес, спричинений воєнною дійсністю, може не прямо впливати на сексуальну функцію, але знижувати її опосередковано через активацію симптомів посттравматичного розладу — уникання, гіперактивації чи інтрузивних спогадів. Подібні результати отримувалися в дослідженнях сексуальної функції у ветеранів бойових дій (Leticia-Crepulja et al., 2019; Bird et al., 2014), де симптоматика ПТСР передбачала сексуальні порушення незалежно від рівня тривоги.

Таблиця 3.11

**Медіаційний аналіз симптоматики ПТСР**

| <b>Effect</b> | <b>Estimate</b> | <b>SE</b> | <b>Z</b> | <b>p</b> |
|---------------|-----------------|-----------|----------|----------|
| Indirect      | 0.220           | 0.135     | 1.633    | 0.103    |
| Direct        | -0.369          | 0.302     | -1.221   | 0.222    |
| Total         | -0.149          | 0.280     | -0.532   | 0.595    |

Щодо ролі симптоматики КПТСР як медіатора у зв'язку між суб'єктивним стресом і сексуальним благополуччям, медіаційний аналіз не виявив статистично значущих ефектів (табл. 3.12.). Прямий ефект стресу на сексуальне благополуччя був незначущим ( $\beta = -0.149$ ,  $p = 0.593$ ), а опосередкований ефект через КПТСР — практично відсутнім ( $\beta = 0.0004$ ,  $p = 0.980$ ). Таким чином, симптоми КПТСР не виконують посередницької ролі у вказаному механізмі, і загальна модель виявилась статистично незначущою.

Таблиця 3.12

**Медіаційний аналіз симптоматики КПТСР**

| <b>Effect</b> | <b>Estimate</b> | <b>SE</b> | <b>Z</b> | <b>p</b> |
|---------------|-----------------|-----------|----------|----------|
| Indirect      | 4.33e-4         | 0.0172    | 0.0251   | 0.980    |
| Direct        | -0.149          | 0.2793    | -0.5344  | 0.593    |
| Total         | -0.149          | 0.2798    | -0.5318  | 0.595    |

Додатково було проведено медіаційний аналіз, який ставив на меті дослідити, чи функціональні порушення, пов'язані з ПТСР, опосередковують зв'язок між суб'єктивним стресом і сексуальним благополуччям. Результати цього аналізу представлені у таблиці 3.13..

Таблиця 3.13

**Медіаційний аналіз функціональних порушень при ПТСР**

| Mediation Estimates |          |       |        |       |
|---------------------|----------|-------|--------|-------|
| Effect              | Estimate | SE    | Z      | p     |
| Indirect            | 0.242    | 0.129 | 1.880  | 0.060 |
| Direct              | -0.391   | 0.295 | -1.324 | 0.186 |
| Total               | -0.149   | 0.280 | -0.532 | 0.595 |

Незважаючи на те, що р-значення опосередкованого ефекту не досягло формального порогу значущості, його значення наближене до рівня  $p = 0.05$ , що свідчить про тенденцію до статистично значущого медіаційного ефекту. Це дозволяє припускати, що функціональні порушення, пов'язані з ПТСР (зокрема труднощі у соціальній взаємодії, роботі, навчанні), можуть бути ланкою, через яку стрес впливає на зниження сексуального благополуччя. На практиці це означає, що зниження функціонального рівня через травматизацію позначається і на інтимній сфері життя.

Однак аналіз, що був спрямований на вивчення функціональних порушень, пов'язаних із симптомами КПТСР, як можливого медіатора, не показав статистично значущих результатів (таб. 3.14.).

Таблиця 3.14

**Медіаційний аналіз функціональних порушень при КПТСР**

| Mediation Estimates |          |        |        |       |
|---------------------|----------|--------|--------|-------|
| Effect              | Estimate | SE     | Z      | p     |
| Indirect            | 0.00219  | 0.0170 | 0.128  | 0.898 |
| Direct              | -0.15101 | 0.2793 | -0.541 | 0.589 |
| Total               | -0.14882 | 0.2798 | -0.532 | 0.595 |

Відсутність статистичної значущості на всіх рівнях і дуже низький коефіцієнт опосередкованого ефекту свідчать про те, що функціональні порушення, які супроводжують КПТСР, не виступають як механізм зв'язку між стресом і сексуальним благополуччям у даній вибірці цивільного населення.

З метою виявлення лінійних взаємозв'язків між основними показниками психоемоційного стану та сексуального благополуччя респондентів було проведено кореляційний аналіз із використанням коефіцієнта Спірмена ( $\rho$ ), що є доцільним у зв'язку з ненормальним розподілом частини змінних, обмеженою варіативністю в окремих підшкалах та використанням порядкових шкал Лайкерта. Обраний метод дозволяє виявити монотонні (не обов'язково лінійні) зв'язки між змінними, що особливо важливо у дослідженні психологічних конструктів, які часто є латентними та багатовимірними за своєю структурою. Результати кореляційного аналізу представлено у додатку В.

В першу чергу було підтверджено наявність помірно позитивного зв'язку між суб'єктивно сприйнятим стресом (за шкалою PSS-10) та симптомами посттравматичного стресового розладу ( $\rho = 0.391$ ,  $p < 0.001$ ), а також із функціональними порушеннями, асоційованими з ПТСР ( $\rho = 0.371$ ,  $p < 0.001$ ). Ці зв'язки вказують на те, що чим вищий рівень хронічного стресу, тим частіше респонденти повідомляють про нав'язливі спогади, уникнення, гіпернастороженість і водночас відчувають погіршення функціонування у професійній, освітній та соціальній сферах.

Ще тісніші зв'язки були виявлені між рівнем стресу і тривожністю ( $\rho = 0.627$ ,  $p < 0.001$ ), а також між стресом і депресією ( $\rho = 0.418$ ,  $p < 0.001$ ). Високий рівень кореляції з тривожністю свідчить, що сприйнятий стрес і тривожні симптоми формують взаємопов'язаний емоційний кластер, що супроводжує адаптацію до травматичних подій. Це узгоджується з численними емпіричними дослідженнями, які демонструють, що тривожність

і стрес не є незалежними конструкціями, а утворюють єдину регуляторну систему (Cohen et al., 1983).

Разом із цим інтегральний показник сексуального благополуччя не продемонстрував статистично значущого кореляційного зв'язку ні з рівнем стресу ( $\rho = -0.072$ ,  $p = 0.499$ ), ні з симптомами ПТСР або КПТСР, ні з функціональними порушеннями, ні зі шкалами тривожності та депресії. Відсутність таких зв'язків підтверджує попередні висновки регресійного та медіаційного аналізів і може свідчити про складну латентну природу сексуального благополуччя, яке не знижується автоматично під впливом дистресу, а формується на перетині множинних факторів — як афективних, так і когнітивно-поведінкових. У даному випадку, ймовірно, вирішальну роль відіграють суб'єктивне ставлення до стосунків, соціальна підтримка, тілесна самооцінка, які не були включені до кореляційної моделі.

Натомість було виявлено очікувано високий рівень кореляції між симптомами КПТСР та відповідними функціональними порушеннями ( $\rho = 0.857$ ,  $p < 0.001$ ), а також між симптомами ПТСР і функціональними порушеннями ПТСР ( $\rho = 0.591$ ,  $p < 0.001$ ). Це ще раз підтверджує конструктивну валідність шкал ITQ та їхню здатність не лише виявляти симптоми, але й демонструвати зв'язок цих симптомів із порушенням життєвого функціонування.

Особливу увагу привертає значущий позитивний зв'язок між медіа-експозицією та тривожністю ( $\rho = 0.255$ ,  $p = 0.015$ ), що свідчить про можливу дію вторинної травматизації. Регулярне споживання новин про війну, зокрема у вигляді відеоматеріалів, зображень та повідомлень про насильство, може бути незалежним стресогенним фактором, навіть для осіб, які не зазнали прямого травматичного досвіду. Хоча зв'язок медіа-експозиції з сексуальним благополуччям не виявлено, можна припустити, що опосередкований вплив через тривожність або емоційне виснаження може бути актуальним.

Вік, як і раніше, не виявив статистично значущих кореляцій з жодною з основних змінних (усі  $p > 0.3$ ), що дозволяє зробити висновок про те, що у

межах цієї вибірки вплив віку на сексуальне благополуччя, рівень стресу та симптоматику ПТСР/КПТСР є мінімальним або відсутнім. Це не заперечує можливої ролі віку у модераційних ефектах, однак у прямому кореляційному зв'язку вікова категорія не є чинником диференціації досвіду.

Узагальнюючи результати, можна стверджувати, що кореляційний аналіз підтвердив наявність тісного функціонального зв'язку між рівнем суб'єктивного стресу, тривожністю, симптомами ПТСР і функціональними порушеннями. Водночас сексуальне благополуччя виявилось незалежним від цих психоемоційних змінних, що може свідчити про його багатофакторну детермінацію, зокрема вплив особистісних, партнерських та культурних чинників. Отримані результати є вагомим доповненням до результатів регресійного, медіаційного та модераційного аналізів, і підкреслюють потребу подальших досліджень, спрямованих на глибше вивчення інтегративних моделей впливу стресу на інтимне функціонування людини в умовах війни.

### **3.3. Гендерні, вікові та соціальні відмінності у впливі стресу на сексуальне благополуччя**

З метою глибшого аналізу впливу соціально-демографічних чинників на сексуальне благополуччя було здійснено порівняння інтегрального показника сексуального благополуччя (СБ) за статтю та віковими групами за допомогою t-тесту для незалежних вибірок та U-тесту Манна–Вітні (табл. 3.15.).

На першому етапі було проаналізовано відмінності в інтегральному показнику сексуального благополуччя між жінками ( $N = 58$ ) та чоловіками ( $N = 33$ ). Середнє значення для жінок становило 77.6 бали (Медіана = 79.0,  $SD = 15.9$ ), тоді як для чоловіків — 72.7 бали (Медіана = 72.0,  $SD = 13.9$ ). Таким чином, спостерігається тенденція до вищого рівня сексуального благополуччя у жінок, проте для підтвердження цього спостереження необхідно врахувати результати перевірки статистичних припущень.

Тест Шапіро–Уїлка показав, що розподіл інтегрального показника СБ у жінок статистично відрізняється від нормального ( $W = 0.956$ ,  $p = 0.036$ ), тоді як у чоловіків розподіл є нормальним ( $W = 0.973$ ,  $p = 0.598$ ). У зв'язку з частковим порушенням припущення про нормальність, було використано не лише t-тест, а й його непараметричний аналог — U-тест Манна–Вітні.

Перевірка гомогенності дисперсій за допомогою тесту Левена не виявила суттєвих розбіжностей у дисперсіях між групами ( $F = 0.138$ ,  $p = 0.711$ ), що дозволило застосовувати класичний t-тест. Результати t-тесту для незалежних вибірок показали відсутність статистично значущої різниці між чоловіками та жінками:  $t(88) = 1.48$ ,  $p = 0.141$ ; результат альтернативного t-тесту Велча також виявився несуттєвим:  $t(71.7) = 1.54$ ,  $p = 0.127$ .

Однак результати U-тесту Манна–Вітні вказали на тенденцію до статистичної значущості між групами ( $U = 717$ ,  $p = 0.075$ ), що дає підстави розглядати отримані відмінності як потенційно релевантні в межах вибірки, особливо з урахуванням підтверджених у літературі гендерних розбіжностей у сексуальному функціонуванні під впливом стресу. У дослідженнях Bitzer et al. (2022) та Rosen et al. (2000) зазначається, що жінки частіше повідомляють про зниження сексуального задоволення під впливом психоемоційного дистресу, а також демонструють підвищену чутливість до міжособистісних змін у парі. Ці ефекти можуть бути не лінійними, і тому їх виявлення через t-тест потребує або більшої вибірки, або включення латентних змінних.

Таблиця 3.15

## Результати t-тесту

| Independent Samples T-Test |                |           |      |       |
|----------------------------|----------------|-----------|------|-------|
|                            |                | Statistic | df   | p     |
|                            | Student's t    | 1.48      | 88.0 | 0.141 |
| Інтегральний показник СБ   | Welch's t      | 1.54      | 71.7 | 0.127 |
|                            | Mann-Whitney U | 717       |      | 0.075 |

## Продовження таблиці 3.15

| Homogeneity of Variances Test (Levene's) |       |    |     |       |
|--|-------|----|-----|-------|
|  | F     | df | df2 | p     |
| <b>Інтегральний показник СБ</b>          | 0.138 | 1  | 88  | 0.711 |

Note. A low p-value suggests a violation of the assumption of equal variances

З метою виявлення можливих відмінностей у впливі суб'єктивного стресу на сексуальне благополуччя залежно від гендерних, вікових та соціальних характеристик було побудовано лінійну регресійну модель, вимірювання відповідності якої представлено у таблиці 3.16.. У якості залежної змінної виступав інтегральний показник сексуального благополуччя, головним предиктором — рівень сприйнятого стресу (PSS-10), а модераторами — стать, вікова категорія, рівень освіти, зайнятість та досвід переміщення через війну.

Таблиця 3.16

## Вимірювання відповідності моделі

| Model | R     | R <sup>2</sup> | RMSE | F     | df1 | df2 | p     |
|-------|-------|----------------|------|-------|-----|-----|-------|
| 1     | 0.364 | 0.132          | 14.2 | 0.979 | 12  | 77  | 0.476 |

Note. Models estimated using sample size of N=91

За результатами аналізу, отримана модель не виявилась статистично значущою ( $F(13, 76) = 0.979$ ,  $p = 0.476$ ), а коефіцієнт детермінації  $R^2 = 0.132$  вказує на те, що включені предиктори пояснюють лише 13.2% варіації інтегрального показника сексуального благополуччя. Таким чином, загальна пояснювальна здатність моделі є низькою.

Аналіз окремих предикторів (табл. 3.17.) показав, що рівень суб'єктивного стресу ( $\beta = -0.224$ ,  $p = 0.454$ ) не є значущим предиктором сексуального благополуччя, попри очікувану негативну спрямованість зв'язку. Подібним чином, стать респондента ( $\beta = -4.989$ ,  $p = 0.160$ ) демонструє тенденцію до зниженого сексуального благополуччя у жінок порівняно з чоловіками, однак різниця не є статистично достовірною. Вікові групи (29–39 років та 40–50 років) також не виявили значущих ефектів, хоча спостерігається невелике зниження інтегрального показника СБ з віком ( $\beta = -2.845$  та  $\beta = -3.828$  відповідно). Рівень освіти не продемонстрував модераційної ролі у досліджуваному зв'язку, ймовірно через недостатню варіативність або диспропорційне представлення освітніх категорій у вибірці.

Таблиця 3.17

### Результати регресійного аналізу

| Predictor  | Estimate | SE    | t       | p     |
|--|----------|-------|---------|-------|
| Intercept <sup>a</sup>   | 85.714   | 7.471 | 11.4732 | <.001 |
| PSS  | -0.224   | 0.297 | -0.7532 | 0.454 |
| Стать:   |          |       |         |       |
| 1 – 2*   | -4.989   | 3.517 | -1.4186 | 0.160 |
| Рівень освіти:   |          |       |         |       |
| Бакалаврат/ здобуваю цей ступінь зараз –<br>Магістратура/ здобуваю цей ступінь зараз | 0.567    | 4.112 | 0.1379  | 0.891 |
| Загальна середня – Магістратура/<br>здобуваю цей ступінь зараз                       | -2.477   | 6.164 | -0.4018 | 0.689 |
| Освітньо-наукова – Магістратура/<br>здобуваю цей ступінь зараз                       | -6.527   | 5.952 | -1.0967 | 0.276 |
| Професійно-технічна – Магістратура/<br>здобуваю цей ступінь зараз                    | 0.565    | 5.770 | 0.0979  | 0.922 |
| Статус зайнятості:   |          |       |         |       |
| Безробітний (-а) – Працюю  | 5.953    | 6.401 | 0.9300  | 0.355 |
| Студент – Працюю   | 3.015    | 6.087 | 0.4954  | 0.622 |
| Місцезнаходження:  |          |       |         |       |
| Виїхав (-ла) закордон – Не переїздив (-ла)   | -12.198  | 6.867 | -1.7762 | 0.080 |
| Внутрішньо-переміщена особа – Не<br>переїздив (-ла)                                  | -8.122   | 4.777 | -1.7002 | 0.093 |
| AgeGroup:  |          |       |         |       |

| Predictor     | Estimate | SE    | t       | p     |
|---------------|----------|-------|---------|-------|
| 29–39 – 18–28 | -2.845   | 4.323 | -0.6581 | 0.512 |
| 40–50 – 18–28 | -3.828   | 5.857 | -0.6536 | 0.515 |

<sup>a</sup> Represents reference level

\* 1-чоловіки; 2-жінки

Найбільш цікаві тенденції спостерігаються в аналізі змінної переміщення. Особи, які внаслідок війни були змушені стати внутрішньо переміщеними особами ( $\beta = -8.122$ ,  $p = 0.093$ ) або виїхати за межі країни ( $\beta = -12.198$ ,  $p = 0.080$ ), мали нижчі показники сексуального благополуччя у порівнянні з тими, хто залишився у своєму місці проживання. Хоча ці результати не досягають порогового рівня значущості ( $p < 0.05$ ), вони демонструють тенденцію до статистичної важливості і можуть свідчити про потенційний вплив втрати безпеки, соціального оточення або стабільності на інтимну сферу життя.

Незважаючи на відсутність статистично значущих результатів, на основі виявлених тенденцій можна формулювати гіпотези для подальших досліджень, особливо щодо впливу переміщення та гендеру. Слід зазначити, що статистична незначущість не обов'язково свідчить про відсутність ефекту — вона може бути зумовлена низькою потужністю дослідження (наприклад, обмеженим обсягом вибірки або великою дисперсією в даних).

Слабка ефективність моделі може бути спричинена низькою факторів. По-перше, невеликий обсяг вибірки ( $N = 91$ ), що обмежує чутливість статистичних тестів. По-друге, висока міжгрупова неоднорідність та невірноваженість груп за окремими предикторами (наприклад, освіта, зайнятість). По-третє, інтегральний показник сексуального благополуччя може маскувати важливі зміни в окремих його компонентах — задоволенні, потребі, комунікації тощо. Також важливо врахувати, що вплив стресу на сексуальність може опосередковуватись або модифікуватись емоційними

станами, травматичними симптомами або міжособистісною динамікою, які не були повністю включені у цю модель.

### **Висновки до розділу 3**

Емпіричне дослідження було спрямоване на вивчення впливу стресу, спричиненого війною, на сексуальне благополуччя цивільного населення України. Його результати свідчать про складну й багатofакторну природу цього впливу, що охоплює як безпосередній суб'єктивний досвід війни, так і психоемоційні та міжособистісні чинники.

На першому етапі було проаналізовано рівень дотичності респондентів до воєнного досвіду. Середнє значення — 9.34 з 20 можливих — засвідчує, що учасники вибірки загалом мали середній або високий рівень експозиції до травматичних подій. Варіативність відповідей свідчила про те, що війна є всеохоплюючим фоном життя, навіть для тих, хто не перебуває в зоні бойових дій.

Показники споживання медіа-контенту, пов'язаного з війною, також виявилися помірно високими, із середнім значенням 4.70 бали, що свідчить про регулярне медіа-спостереження та можливу кумулятивну дію тривожного контенту.

За методикою ITQ були зафіксовані помірні рівні симптомів ПТСР і КПТСР, що вказує на глибоке психологічне навантаження в умовах війни. При цьому функціональні порушення за обома шкалами також мали помітну вираженість. Це свідчить про наявність психотравматичного впливу війни навіть за відсутності безпосередньої участі в бойових діях.

Оцінка сексуального благополуччя за розробленим Гупаловською В. опитувальником, продемонструвала в цілому достатньо збережений рівень функціонування, однак із високою індивідуальною варіативністю. Найвищі результати були зафіксовані за шкалою сексуальної комунікації, тоді як найнижчі — за шкалами кількісної потреби й задоволення. Це свідчить про

емоційну адаптацію у стосунках, але пригнічення тілесного компонента сексуальності, ймовірно, через стрес або психоемоційну напругу.

Рівень суб'єктивного стресу за шкалою PSS-10 виявився помірним, однак зі значною варіативністю (середнє = 22.5), що підтверджує гіпотезу про пролонгований характер стресу в умовах затяжного конфлікту. Дані за HADS засвідчили субклінічний рівень тривожності і низько-середній рівень депресії, що є типовим для стану хронічного дистресу.

У рамках лінійної регресії стрес не виявив значущого впливу на сексуальне благополуччя. Після включення тривожності та депресії як коваріатів, лише остання виявила тенденцію до значущості ( $p = 0.075$ ), що вказує на посередницьку або альтернативну роль депресивної симптоматики. Це дозволяє припустити, що не стрес як такий, а його афективні наслідки визначають якість сексуального життя.

Модераційні аналізи щодо ролі воєнного досвіду та медіа-експозиції не виявили значущих ефектів. Особистий контакт з подіями війни не підсилює вплив стресу на сексуальність, так само як і частота споживання тривожного контенту. Це свідчить про те, що рівень стресу, який формує сексуальні труднощі, є більш універсальним і не залежить лише від зовнішніх тригерів, а, ймовірно, формується в результаті психоемоційної вразливості або акумулятивного впливу стресових факторів.

Медіаційний аналіз з ПТСР як медіатором продемонстрував тенденцію до опосередкованого впливу ( $p = 0.103$ ), що дає підстави припускати, що психотравматичний досвід може частково пояснювати зниження сексуального благополуччя у стресових умовах. Натомість КПТСР не виконав медіаційної функції — його ефект виявився повністю незначущим.

Окрему аналітичну цінність становить медіаційний аналіз, у якому було протестовано гіпотезу щодо функціональних порушень як опосередковуючого механізму впливу стресу на сексуальне благополуччя. Згідно з результатами, функціональні порушення, пов'язані з ПТСР, виявили помірно виражений медіаційний ефект, що, однак, не досяг статистично значущого рівня (Indirect

effect:  $\beta = 0.159$ ,  $p = 0.122$ ). Водночас прямий вплив стресу залишався несуттєвим ( $\beta = -0.369$ ,  $p = 0.222$ ), що дозволяє припустити можливу наявність прихованих або латентних змінних, через які цей зв'язок реалізується. Ці дані підтверджують попередні спостереження про те, що саме накопичення функціональних обмежень у життєдіяльності — у міжособистісних стосунках, роботі, навчанні — є ключовою ланкою, що поєднує психоемоційний дистрес із якістю сексуального життя. Навіть якщо симптоми ПТСР не є критичними, саме функціональні порушення — зниження здатності підтримувати контакт, зменшення емоційної доступності, труднощі у побудові довіри — можуть безпосередньо впливати на сексуальну залученість та задоволення.

Аналогічна модель з функціональними порушеннями, пов'язаними з КПТСР, не виявила статистично значущого ефекту (Indirect effect:  $\beta = -0.031$ ,  $p = 0.723$ ). Отримані результати підтверджують загальний висновок, що симптоматика ПТСР і пов'язані з нею труднощі у соціальному функціонуванні є більш тісно пов'язаними з сексуальним благополуччям, аніж розширений спектр симптомів КПТСР, таких як емоційне заціпеніння, труднощі з почуттям себе та міжособистісною довірою. Одним із можливих пояснень є те, що сексуальне функціонування, як правило, є чутливим до зовнішніх проявів реактивності, унікаючої поведінки, порушень сну чи гіпернастороженості, які характерні саме для ПТСР, тоді як симптоми самоорганізаційних порушень, властиві КПТСР, є більш глибокими, стабільними та менш динамічними у впливі на поведінкову складову інтимної взаємодії. Таким чином, можна зробити висновок, що функціональні наслідки ПТСР є потенційним ключовим механізмом впливу воєнного стресу на сексуальне благополуччя, навіть якщо самі по собі симптоми ПТСР мають лише частковий опосередкований ефект. Це відповідає сучасному погляду на травму як на процес, що не обмежується симптоматикою, а реалізується через вплив на міжособистісну регуляцію, соціальне функціонування, доступ до емоційної та фізичної близькості

Додатковим джерелом підтвердження гендерних і вікових тенденцій у сексуальному благополуччі стали результати t-тестів, де порівнювались

інтегральні показники СБ між жінками та чоловіками. Хоча t-тест і не показав статистично значущих відмінностей ( $p > 0.05$ ), непараметричний U-тест Манна–Вітні виявив тенденцію до значущої різниці ( $p = 0.075$ ), що дозволяє припускати більшу вразливість чоловіків до зниження сексуального благополуччя за умов війни. Це суперечить поширеному уявленню про вищу емоційну нестійкість жінок, але узгоджується з дослідженнями, які вказують на труднощі чоловіків із емоційною саморегуляцією, комунікацією та адаптацією в умовах стресу. Сексуальність у чоловіків часто пов'язана із соціальною роллю та почуттям контролю, які можуть значно порушуватись у контексті війни.

У регресійному аналізі соціально-демографічних модераторів (стать, вік, освіта, зайнятість, переміщення) загальна модель також виявилась незначущою, однак тенденцію до зниження сексуального благополуччя продемонстрували переміщені особи, особливо ті, хто виїхав за кордон. Це дає підстави говорити про роль втрати безпеки, стабільності та соціального оточення як можливих модераторів у подальших дослідженнях.

Таким чином, результати свідчать, що зв'язок між стресом та сексуальним благополуччям не є лінійним або однозначним. Він, швидше за все, опосередковується депресивною симптоматикою, психотравматичними проявами та, ймовірно, особистісними характеристиками, що не були охоплені в цьому дослідженні. Для кращого розуміння цих зв'язків доцільним є подальший аналіз окремих шкал сексуального благополуччя, а також розгляд емоційної регуляції, копінг-стратегій і резильєнтності як посередницьких змінних.

## ВИСНОВКИ

У першому розділі системно проаналізовано наукові уявлення про стрес у період воєнних конфліктів, включаючи його фізіологічні, психологічні та соціокультурні аспекти. Було показано, що війна виступає як хронічний стресогенний фактор, здатний радикально змінювати психоемоційний стан особистості, викликаючи такі симптоми, як тривожність, депресія, дратівливість, втрата сну, сексуальна дисфункція тощо. Підвищення базового рівня тривоги та відчуття непевності суттєво знижують здатність особи підтримувати задовільний рівень інтимності й сексуального контакту. Теоретичний аналіз також дозволив уточнити модель сексуального благополуччя, яка розглядається як комплексний, багатовимірний конструкт, що включає емоційні, поведінкові, тілесні та духовні компоненти сексуального самовираження.

Особливу увагу було приділено чинникам стресу, притаманним саме умовам війни: втраті домівки, майна, соціальних зв'язків, а також медіа-експозиції до травматичних повідомлень. Було підкреслено, що такі фактори не лише знижують загальне самопочуття, а й безпосередньо впливають на сексуальну сферу життя особистості.

Другий розділ був присвячений розробці наукової моделі дослідження, яка базується на припущенні про існування взаємозв'язку між рівнем суб'єктивного стресу та інтегральним показником сексуального благополуччя. Особливістю цієї моделі є включення таких модераторів і медіаторів, як досвід воєнних подій, медіа-експозиція, рівень тривожності, депресії та симптоматика ПТСР і КПТСР. Це дозволило розширити розуміння причинно-наслідкових зв'язків між зовнішніми подіями і внутрішнім психосексуальним станом особистості.

Було обґрунтовано доцільність використання таких інструментів: шкала PSS-10 для оцінки сприйнятого стресу, міжнародний опитувальник травми (ITQ) для діагностики ПТСР/КПТСР, госпітальна шкала тривожності та депресії (HADS), а також опитувальник суб'єктивного сексуального

благополуччя. Застосування цих шкал забезпечило комплексну діагностику психологічного стану учасників, дозволяючи розмежувати загальний рівень стресу від специфічних симптомів психотравматизації.

Вибірка дослідження була різноманітною за віком, статтю, рівнем освіти та досвідом переміщення. Такий підхід дозволив врахувати соціально-демографічні фактори як можливі змінні, що впливають на рівень стресу й сексуального благополуччя.

Третій розділ містив результати кількісного аналізу, зокрема лінійної регресії, модераційних і медіаційних моделей. Було виявлено, що сам по собі рівень стресу (за шкалою PSS-10) не має прямого статистично значущого зв'язку з інтегральним показником сексуального благополуччя. Проте при включенні до аналізу супутніх змінних (тривожність, депресія, симптоматика ПТСР) спостерігались тенденції до значущості, що свідчить про опосередкований вплив. Медіаційний аналіз вказав на потенційну роль симптомів ПТСР як посередника у зв'язку між стресом і сексуальним функціонуванням, хоча значущість залишалась на рівні тенденції.

Додатково було досліджено роль функціональних порушень як опосередковуючої змінної. Зокрема, функціональні порушення при ПТСР виявили помірно виражений медіаційний ефект, хоча він не досяг рівня статистичної достовірності. Проте цей зв'язок є логічно обґрунтованим і теоретично підтвердженим: саме функціональні обмеження у соціальній, професійній або міжособистісній сфері — як наслідок пережитої травми — можуть бути основним чинником зниження сексуального благополуччя. У той час як безпосередні симптоми травматизації можуть бути приглушені або компенсовані, їхні наслідки у вигляді уникнення стосунків, втрати інтимності, порушення комунікації виявляються критичними у сфері сексуального життя.

Модель з функціональними порушеннями при КПТСР не виявила жодного значущого ефекту, що може бути пов'язано з менш вираженим впливом емоційної дисрегуляції, внутрішнього заціпеніння або труднощів із самоідентифікацією на поведінкові аспекти сексуальної взаємодії. Таким

чином, можна припустити, що саме «поверхневі» прояви травматичного досвіду — такі як гіперзбудження, унікаюча поведінка, реактивність — сильніше впливають на сексуальну активність, ніж глибші когнітивні чи афективні зміни, які властиві комплексній посттравматичній симптоматиці.

Також не було виявлено статистично значущого модераційного ефекту особистого досвіду війни або медіа-експозиції. Це може свідчити про складніший механізм впливу — наприклад, через роль копінг-стратегій, соціальної підтримки або рівня резильєнтності. Проте аналіз варіацій за віком, статтю та рівнем освіти показав деякі тенденції: молодші респонденти частіше повідомляли про низький рівень сексуального благополуччя у відповідь на стрес, що може бути пов'язано з меншою адаптивною спроможністю, а переміщені особи виявляли нижчі показники задоволення сексуальними стосунками.

Варто також звернути увагу на результати t-тесту для незалежних вибірок. Попри те, що середні значення інтегрального показника сексуального благополуччя були вищими серед жінок, ніж серед чоловіків ( $M = 77.6$  проти  $72.7$  відповідно), t-тест не виявив статистично значущих відмінностей. Проте U-тест Манна–Вітні, що був проведений через порушення нормальності розподілу у жіночій вибірці, показав тенденцію до значущості. Це свідчить про потенційне існування гендерних відмінностей, які не були чітко зафіксовані через обмежену потужність вибірки. Така тенденція, зафіксована також у регресійному аналізі, де стать респондента демонструвала напрям впливу, хоч і не досягла достовірного рівня, узгоджується з літературними джерелами, що вказують на більшу залежність жінок від емоційного контексту у сексуальній сфері.

Таким чином, результати дослідження через свою статистичну незначущість ані підтверджують, ані спрощують гіпотезу про взаємозв'язок між хронічним стресом, викликаним війною, і сексуальним благополуччям, проте вказують на багатофакторність цього зв'язку. Психоемоційні стани,

симптоматика травматизації та індивідуальні ресурси особистості значно впливають на ступінь цього зв'язку.

**СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ**

- Александров, Ю. В. (2022). *Особистість в умовах війни*. Харків: ХНУПС.
- Барановська, А. О. (2023). *Психологічні фактори впливу на розвиток сексуальних дисфункцій*. Миколаїв: ЧНУ ім. Петра Могили.
- Бахмутова, Л. М., & Неска, А. Ю. (2022). Особливості психологічних порушень серед українських біженців. *Актуальні проблеми психології*, 16 с. Київ.
- Берегуляк, С. О., Якимчук, Ю. Б., & Берегуляк, О. О. (2022). Вплив стресу на вагітність і пологи в умовах сьогодення. *Актуальні питання педіатрії, акушерства та гінекології*, (2), 97–101. <https://doi.org/10.11603/24116-4944.2022.2.13458>
- Вельдбрехт, О. О., & Тавровецька, Н. І. ШКАЛА СПРИЙНЯТОГО СТРЕСУ (PSS-10): АДАПТАЦІЯ ТА АПРОБАЦІЯ В УМОВАХ ВІЙНИ. *Problems of Modern Psychology*, (2), 16–27. <https://doi.org/10.26661/2310-4368/2022-2-2>
- Власенко, С. Б. (2017). Психологічна допомога особам, які знаходяться в стані травматичної кризи. *Юридична психологія*, (2)21, 59–72.
- Власова, Д. А., & Кузьменко, А. О. (2024). Вплив бібліотерапії на зниження рівня стресу в студентства. *Крим та чорноморський регіон: реконструктивний розвиток у воєнний та повоєнний період*, 32–35. <https://doi.org/10.36059/978-966-397-444-6-7>
- Гамзатова, А., Аліханова, М., & Кузнецова, М. (2024). Вплив гострого та хронічного стресу на перебіг алергічної реакції. *Перспективи та інновації науки*, (5)39. [https://doi.org/10.52058/2786-4952-2024-5\(39\)-1155-1169](https://doi.org/10.52058/2786-4952-2024-5(39)-1155-1169)
- Грицюк, І. (2022). *Психологія сім'ї: методичні рекомендації*. Луцьк: ПП «Волинська друкарня».
- Гупаловська, В. А., & Володимирець, О. І. (2012). Психологічні особливості сексуальності чоловіків. *Проблеми сучасної психології*, (18), 247–259.

- Гупаловська В. А. (2021). Суб'єктивне сексуальне благополуччя: концептуалізація поняття та психологічна модель. *psychological journal*. <https://doi.org/10.31108/1.2021.7.9>
- Гурко, Т. (2020). *Теоретичні підходи до вивчення трансформації інституту сім'ї*. Луцьк: Освіта.
- Живоглядов, Ю. О., & Носаль, Л. Г. (2022). *Екзистенційна психологія кризових станів особистості: тривога та вина в переживанні вибору майбутнього*. Київ: Університет «КРОК».
- Жорнова, О. І. (2014). Соціально-психологічні ефекти вищої освіти в загальній поліфонії благополуччя українців. *Практична психологія та соціальна робота*, (2)179, 49–53.
- Замелюк, М., Козігора, М., & Оксенчук, Т. (2020). Вплив сімейних відносин на особистість дитини. *Наукові записки. Серія: Педагогічні науки*, (178, ч. II), 256–258.
- Зливков, В. Л., Лукомська, С. О., Котух, О. В., & Мельник, О. В. (2019). Міжнародний опитувальник травми (itq): адаптація україномовної версії та можливості використання для діагностики комплексного і відтермінованого птср. *Актуальні проблеми психології*, 2(14), 145-161. URL:[https://lib.iitta.gov.ua/id/eprint/718186/1/Зливков%20\\_Лукомская\\_Котух\\_Мельник.pdf](https://lib.iitta.gov.ua/id/eprint/718186/1/Зливков%20_Лукомская_Котух_Мельник.pdf)
- Калька, Н. М., & Кузьо, Л. І. (2021). Психологічні детермінанти чоловічої сексуальності в сучасному світі (результати факторного аналізу емпіричного дослідження). *Габітус*, (32), 84–90.
- Калька, Н., & Ковальчук, З. (2020). *Практикум з арт-терапії: навчально-методичний посібник. Ч. 1*. Львів: ЛьвДУВС.
- Каргіна, Н. В. (2015). Основні підходи до вивчення психологічного благополуччя особистості: теоретичний аспект. *Наука і освіта*, (3), 48–55.
- Кердивар, В. В., & Христенко, В. Є. (2021). *Синдром жертви у внутрішньо переміщених осіб із зони локального воєнного конфлікту*. Харків.

- Кожем'якіна, О. (2019). *Довіра як ціннісна основа соціальної взаємодії: монографія*. Черкаси: ФОП Гордієнко Є. І.
- Кокун, О. М. (н.д.). *Всеукраїнське опитування «Твоя життєстійкість в умовах війни»: препринт*. Київ: Інститут психології імені Г. С. Костюка НАПН України. <https://lib.iitta.gov.ua/731505>
- Кондратюк, С. М., & Германський, І. Ю. (2016). Теоретичні підходи до розуміння сутності життєстійкості особистості. *Збірник наукових праць Хмельницького інституту соціальних технологій Університету «Україна»*, (12), 129–132.
- Кононенко, А. О. (2021). Сучасні підходи до вивчення проблеми сексуальності. *Психологія та соціальна робота*, 90–101. Дніпро: ДНУ ім. О. Гончара.
- Кравець, В. (2017). Особливості ставлення до сексуальності та кохання у середньовічній Європі та Київській Русі: порівняльний аспект. *Україна–Європа–Світ. Міжнародний збірник наукових праць. Серія: Історія, міжнародні відносини*, (19), 359–367. Тернопіль: ТНПУ.
- Кришталь, Є. В., Луценко, О. Г., & Марченко, В. Г. (2014). Сексуальні розлади та особливості поведінки у хворих на депресію. *Медична психологія*, 9(1), 9–13.
- Крушинська, Н., & Когут, І. (2023). Вплив занять бігом на рівень стресу в учасників бойових дій. *Теорія і методика фізичного виховання і спорту*, (4), 37–41. <https://doi.org/10.32652/tmfvs.2022.4.37-41>
- Куліш, В. І. (2014). *Вплив стресу на психічне здоров'я студентської молоді: thesis*. <http://dspace.kntu.kr.ua/jspui/handle/123456789/6560>
- Кушнір, А. Т., & Кушнір, Ю. В. (2020). Тривожність як детермінанта низького рівня сексуальної задоволеності. *Вісник студентського наукового товариства ДонНУ імені Василя Стуса*, (12), 142–148.
- Лящ, О., & Яцюк, М. (2021). Деструктивний вплив бойового стресу на емоційну сферу особистості військового. *Psychological prospects journal*, (37), 128–140. <https://doi.org/10.29038/2227-1376-2021-37-128-140>

- Магдисюк, Л., & Мельник, А. (2021). *Психологія життєвих криз та кризове консультування: навч.-метод. посіб.* Луцьк: Вежа-Друк.
- Маршалек, К. О. (2022). Вплив міграції, у зв'язку з війною, на кримінальні правопорушення проти статевої свободи та статевої недоторканості. У *Розвиток громадянського суспільства як необхідна складова європейської інтеграції України*. <https://doi.org/10.36059/978-966-397-271-8-56>
- Мащак, С. О., & Кучвара, Х. Б. (2023). Особливості суб'єктивного благополуччя українців в умовах війни. *Науковий вісник Ужгородського національного університету. Серія: психологія*, (6), 5–9. <https://doi.org/10.32782/psy-visnyk/2022.6.1>
- Мозгова, Р. В., & Лисенкова, І. П. (2024). Вплив хронічного стресу на життєстійкість молоді в умовах воєнного часу. *Психологічні студії*, (4), 49–55. <https://doi.org/10.32782/psych.studies/2023.4.7>
- Молотокас, А. А., & Проскурня, А. С. (2023). Сексуальна дисфункція в осіб із депресивними розладами. *Габітус*, (5), 178–184.
- Особистість, суспільство, війна: тези доповнення учасників міжнародного психологічного форуму.* (2022). Харків: ХНУВС.
- Примаць, Ю. В., & Дерев'янка, С. П. (2023). *Психологічні аспекти сексології: словник-довідник*. Чернігів: НУЧК імені Т. Г. Шевченка.
- Провозін Е. (2024). Адаптація шкали діагностики РДУГ у дорослих (Adult ADHD Self-Report Scale) українською мовою на неклінічній вибірці. Львів. <https://hdl.handle.net/20.500.14570/5205>
- Психологічний стрес: розвиток і подолання.* (2016). Київ: КПІ ім. Ігоря Сікорського.
- Сердечна, Р. Є. (2023). *Соціально-психологічні особливості шлюбно-сімейних стосунків в умовах війни*. Запоріжжя: ЗНУ.
- Сингаївська, І. В., & Осауленко, Н. А. (2023). Особливості комунікативних проблем в шлюбних партнерських стосунках переселенців під час війни.

Вчені записки Університету «КРОК», 134. <https://doi.org/10.31732/2663-2209-2022-71-125-134>

Стрес під час війни - Ресурсна психологія та психотерапія. *Ресурсна психологія та психотерапія*. <https://arpp.com.ua/articles/stress-during-the-war/>

Сухорукова, А., Сафонова, Н., & Толстая, Т. (2023). Вплив стресу на розвиток психосоматичних захворювань. *Scientific practice: modern and classical research methods*. <https://doi.org/10.36074/logos-26.05.2023.103>

Томаржевська, І., Куш, Ю., & Косенко, Р. (2024). Вплив хронічного стресу під час війни на психічне здоров'я цивільного населення. *Перспективи та інновації науки*, (11), 1660–1674. [https://doi.org/10.52058/2786-4952-2024-11\(45\)-1660-1674](https://doi.org/10.52058/2786-4952-2024-11(45)-1660-1674)

Трофімець, В. В. (2023). Причини конфліктів у сім'ях вимушених мігрантів під час воєнного стану. Запоріжжя: ЗНУ.

Фрейд, З. (2020). *Психологія сексуальності*. Харків: Фоліо.

Чекой, М., Малявіна, В., & Смірнова, В. (2024). Вплив довгострокового стресу, спричиненого війною, на розвиток пептичної виразки. *Grail of science*, (40), 536–540. <https://doi.org/10.36074/grail-of-science.07.06.2024.092>

Шиделко, А. В. (2020). Особливості чоловічої сексуальності: психологічний аспект. *Теорія і практика сучасної психології*, (1), 97–100.

A link between war, altruism, and sex. *Psychology Today*. <https://www.psychologytoday.com/us/blog/the-new-brain/202401/a-link-between-war-altruism-and-sex>

Ainamani, H. E., Elbert, T., Olema, D. K., & Hecker, T. (2020). Gender differences in response to war-related trauma and posttraumatic stress disorder – A study among the Congolese refugees in Uganda. *BMC Psychiatry*, 20, Article number: 37. <https://doi.org/10.1186/s12888-019-2420-0>

A Seyer, D Nolte, S Kenfield, A Belarmino, D Civello, J Smith, S Helo, (099) Under pressure: stress is negatively associated with libido and intercourse frequency, *The Journal of Sexual Medicine*, Volume 21, Issue Supplement\_7, December 2024, qdae167.097, <https://doi.org/10.1093/jsxmed/qdae167.097>

- Althof, S. E., & Needle, R. B. (2011). Psychological factors associated with male sexual dysfunction: Screening and treatment for the urologist. *Urologic Clinics of North America*, 38(2), 141–146.
- Azatyán, R., Sahakyan, S., Hakobyan, A., & Grigoryan, A. (2024). Assessment of psychosocial adaptation and sexual health of war participants. *The Journal of Sexual Medicine*, 21(Supplement 4), Article qdae041.082. [https://academic.oup.com/jsm/article/21/Supplement\\_4/qdae041.082/7692120?login=false](https://academic.oup.com/jsm/article/21/Supplement_4/qdae041.082/7692120?login=false)
- Ciaccio, V., & Di Giacomo, D. (2022). Psychological factors related to impotence as a sexual dysfunction in young men: A literature scan for noteworthy research frameworks. *Clinical Practice*, 12(4), 501–512.
- Cloitre, M., Shevlin, M., Brewin, C. R., Bisson, J. I., Roberts, N. P., Maercker, A., Karatzias, T., & Hyland, P. (2018). The International Trauma Questionnaire: Development of a self-report measure of ICD-11 PTSD and Complex PTSD. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 138(6), 536–546. <https://doi.org/10.1111/acps.12956>
- Cohen, S., Kamarck, T., & Mermelstein, R. (1983). A Global Measure of Perceived Stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 24(4), 385–396. <https://doi.org/10.2307/2136404>
- Contributors to Wikimedia projects. *Wartime sexual violence - Wikipedia*. Wikipedia, the free encyclopedia. [https://en.wikipedia.org/wiki/Wartime\\_sexual\\_violence](https://en.wikipedia.org/wiki/Wartime_sexual_violence)
- Dasgupta, A., & Sharma, A. (2022). How does a ban on sex-selective abortions affect child health?. *SSRN electronic journal*. <https://doi.org/10.2139/ssrn.4129367>
- Davidson, J. (1992). Drug therapy of post traumatic stress disorder. *British Journal of Psychiatry*, 160, 309–314.
- Davidson, J. R. T. (1990). Treatment of posttraumatic stress disorder with amitriptyline and placebo. *Archives of General Psychiatry*, 259–266.

- Dennis C. Turk, Robert H. Dworkin, Jeremiah J. Trudeau, Carmela Benson, David M. Biondi, Nathaniel P. Katz, Myoung Kim, Validation of the Hospital Anxiety and Depression Scale in Patients With Acute Low Back Pain, *The Journal of Pain*, Volume 16, Issue 10, 2015, Pages 1012-1021, ISSN 1526-5900, <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2015.07.001>
- Elizabeth R. Bird, Marilyn Piccirillo, Natalia Garcia, Rebecca Blais, Sarah Campbell, Relationship Between Posttraumatic Stress Disorder and Sexual Difficulties: A Systematic Review of Veterans and Military Personnel, *The Journal of Sexual Medicine*, Volume 18, Issue 8, August 2021, Pages 1398–1426, <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2021.05.011>
- Epstein, R. S. (1989). Posttraumatic stress disorder: A review of diagnostic and treatment issues. *Psychiatric Annals*, 19(10), 556–563.
- Evensen, M. (2021). Sociocultural factors of female sexual desire and sexual satisfaction. *Intuition: The BYU Undergraduate Journal of Psychology*, 15.
- Favaro, A. (1999). Post-traumatic stress disorder and major depression among Italian Nazi concentration camp survivors: A controlled study 50 years later. *Psychological Medicine*, 29, 87–95.
- For veterans, trauma of war can persist in struggles with sexual intimacy. *NPR*. <https://www.npr.org/sections/health-shots/2017/01/01/507749611/for-veterans-trauma-of-war-can-persist-in-struggles-with-sexual-intimacy>
- Galanakis, M., Kallianta, M.-D. K., Katsira, C., Liakopoulou, D., Chrousos, P. G.; Darviri, C. (2015). The Association between Stress and Sexual Dysfunctionality in Men and Women: A Systematic Review, (14), 1888–1892. Doi: 10.4236/psych.2015.614186
- Gradus\_Report\_Mental\_Health\_25.03.pdf. *Google Docs*. <https://drive.google.com/file/d/1bROoqHpwTMnDVPR79V5wrm-r9u8tnCb5/view>
- Grygorenko, V., Romashchenko, O., Biloholovska, V., Melnykov, S., & Yakovenko, L. (2023). Sexual health of women in Ukraine in the time of war. *The Journal of Sexual Medicine*, 20(Supplement 4), Article qdad062.158.

[https://academic.oup.com/jsm/article/20/Supplement\\_4/qdad062.158/7220314?searchresult=1](https://academic.oup.com/jsm/article/20/Supplement_4/qdad062.158/7220314?searchresult=1)

- Ho, G. W. K., Vang, M. L., Martsenkovskiy, D., Karatzias, T., Ben-Ezra, M., McElroy, E., Redican, E., Cloitre, M., Lorberg, B., Hyland, P., & Shevlin, M. (2023). Investigating the latent structure of the International Trauma Questionnaire to assess *ICD-11* posttraumatic stress disorder (PTSD) and complex PTSD in an adult civilian sample during the Ukraine war. *Journal of Traumatic Stress*, 36, 820-829. <https://doi.org/10.1002/jts.22943>
- Holman EA, Garfin DR, Silver RC. Media's role in broadcasting acute stress following the Boston Marathon bombings. *Proc Natl Acad Sci U S A*. 2014 Jan 7;111(1):93-8. doi: 10.1073/pnas.1316265110.
- How does war affect sex life? *REAct (Rights – Evidence – Actions)*. <https://react-aph.org/en/how-does-war-affect-sex-life/>
- Hulich, M. P., et al. (2023). Eating disorders in children as a consequence of stress caused by war: General results of the study. *Environment & Health*, 4(109), 37–45. <https://doi.org/10.32402/dovkil2023.04.037>
- Hyland, P., Brewin, C. R., Cloitre, M., Karatzias, T., & Shevlin, M. (2024). Responding to concerns related to the measurement of ICD-11 Complex Posttraumatic Stress Disorder using the International Trauma Questionnaire. *Child Abuse & Neglect*, 147, 106563. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2023.106563>
- Hyland, P., Shevlin, M., Brewin, C. R., Cloitre, M., Downes, A. J., Jumbe, S., Karatzias, T., Bisson, J. I., & Roberts, N. P. (2017). Validation of Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD) and Complex PTSD using the International Trauma Questionnaire. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 136(3), 313–322. <https://doi.org/10.1111/acps.12771>
- Ishaq, B., Irfan, M., Bibi, A., Inam, M., Hussain, N. H. N., & Ismail, S. B. (2022). Prevalence and factors of sexual dysfunctions among military men: A systematic review. *The Journal of Sexual Medicine*, 19(Supplement 2), S200.

- [https://academic.oup.com/jsm/article-abstract/19/Supplement\\_2/S200/7013313?redirectedFrom=fulltext](https://academic.oup.com/jsm/article-abstract/19/Supplement_2/S200/7013313?redirectedFrom=fulltext)
- Kismödi, E., & Pitchforth, E. (2022). Sexual and reproductive health, rights and justice in the war against Ukraine. *Sexual and Reproductive Health Matters*, 23.
- Lazar A, Gewirtz-Meydan A, Rosenbaum TY. War-Time Stress and Sexual Well-Being in Israel. *Int J Sex Health*. 2024 Feb 19;36(1):1-14. doi: 10.1080/19317611.2024.2317169
- Letica-Crepulja M, Stevanović A, Protuđer M, Popović B, Salopek-Žiha D, Vondraček S. Predictors of Sexual Dysfunction in Veterans with Post-Traumatic Stress Disorder. *J Clin Med*. 2019 Mar 29;8(4):432. doi: 10.3390/jcm8040432
- More than a military tactic: sexual violence in wars and armed conflicts. *Heinrich Böll Stiftung*. <https://www.boell.de/en/2022/11/23/more-than-military-tactic-sexual-violence-wars-and-armed-conflicts>
- Murray, S. (2006). Does sex affect how patients respond to ASA?. *Canadian Medical Association Journal*, 174(6), 773. <https://doi.org/10.1503/cmaj.060122>
- Neiderland, W. G. (1964). *Massive psychic trauma*. New York.
- Nikonova, J., & Pilguk, N. (2024). Socio-psychological and social components of women's sexual health in conditions of chronic distress during the war. *Kyiv Journal of Modern Psychology and Psychotherapy*, 7, 15–37. <https://mpp-journal.com/index.php/journal/article/view/52>
- Petrushenko, V. V., et al. (2023). The effect of permanent stress caused by the war in Ukraine on the condition of patients after portal esophageal bleeding. *Paediatric Surgery. Ukraine*, 1(78), 50–58. <https://doi.org/10.15574/ps.2023.78.50>
- Researchers embark on unusual study of sexuality in wartime. *ISRAEL21c*. <https://www.israel21c.org/researchers-embark-on-unusual-study-of-sexuality-in-wartime/>

- Shadman, Z., Akhoundan, M., Poorsoltan, N., et al. (2014). Factors Associated with Sexual Function in Iranian Women with Type 2 Diabetes Mellitus: Partner Relationship as the Most Important Predictor. *Iranian Red Crescent Medical Journal*, 16, e14941.
- Shkrebtiienko, L., & Rozova, T. (2024). Вплив стресу і травматичних подій на дитячий мозок. *Herald of Kiev Institute of Business and Technology*, 51(2), 173–180. [https://doi.org/10.37203/kibit.2024.51\(2\).14](https://doi.org/10.37203/kibit.2024.51(2).14)
- St-Jean, C., & Harasymchuk, C. (2023). Sexual motivation as a mediator of the link between stress and sexual satisfaction during the COVID-19 pandemic. *Journal of Interpersonal Relations, Intergroup Relations and Identity*, 16, 11–21. <https://www.jiriri.ca/wp-content/uploads/2023/07/Article-2-Volume-16.pdf>
- Usborne C, Arnott L. The Impact of the World Wars on Modern Sexuality. In: Wiesner-Hanks ME, Kuefler M, eds. *The Cambridge World History of Sexualities*. The Cambridge World History of Sexualities. Cambridge University Press; 2024:204-226. <https://doi.org/10.1017/9781108896078.011>
- Why is sexual violence so common in war? *Peace Insight*. <https://www.peaceinsight.org/en/articles/why-is-sexual-violence-so-common-in-war/?location=&theme=women-peace-security>
- Zigmond, A. S., & Snaith, R. P. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67(6), 361–370. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x>

**ДОДАТКИ****Додаток А***Соціально-демографічна анкета*

1. Будь ласка, вкажіть Ваш вік (у цифрах)
2. Ваша стать
  - Чоловік
  - Жінка
3. Вкажіть Ваш рівень освіти
  - Загальна-середня
  - Професійно-технічна
  - Бакалаврат/ здобуваю цей ступінь зараз
  - Магістратура/ здобуваю цей ступінь зараз
  - Освітньо-наукова
4. Вкажіть статус Вашої зайнятості
  - Безробітний (-а)
  - Студент (-ка)
  - Працюю
  - Пенсіонер (-ка)
5. Вкажіть Ваш актуальний статус місцезнаходження після початку повномасштабного вторгнення
  - Не переїздив (-ла)
  - Внутрішньо-переміщена особа
  - Виїхав (-ла) закордон
6. Я є військовим (-ою)/ ветераном (-кою)
  - Так
  - Ні

**Додаток Б***Опитувальник «Особистий досвід війни»*

Нижче наведено описи подій, які Ви могли пережити після повномасштабного вторгнення Росії, 24 лютого 2022 року. Будь ласка, вкажіть, чи стикалися Ви з наступними ситуаціями.

1. Я чув (-ла) сирени повітряної тривоги.

Так

Ні

2. Я відчував (-ла) надзвичайну фінансову скруту.

Так

Ні

3. Мені доводилося ховатися в підвалі, бомбосховищі або в метро.

Так

Ні

4. Я чув (-ла) або бачив (-ла) бомбардування або артилерійський обстріл.

Так

Ні

5. Я був (-ла) свідком руйнування місцевої інфраструктури.

Так

Ні

6. Я не міг (-ла) спати протягом тривалого часу.

Так

Ні

7. Я втратив (-ла) роботу (тимчасово або на тривалий період).

Так

Ні

8. Я чув (-ла) або бачив (-ла) постріли.

Так

Ні

9. Хтось із моїх близьких (наприклад, батьки, брат, сестра, сусід, друг) отримав фізичні ушкодження внаслідок війни.

Так

Ні

10. Хтось із моїх близьких (наприклад, батьки, брат, сестра, сусід, друг) зазнав майнових пошкоджень.

Так

Ні

11. Мої близькі були переміщені.

Так

Ні

12. Хтось із моїх близьких (наприклад, батьки, брат, сестра, сусід, друг) загинув на війні.

Так

Ні

13. Мені довелося переїхати в іншу частину України.

Так

Ні

14. Я не мав (-ла) доступу до основних медичних послуг, таких як ліки або відвідування лікаря.

Так

Ні

15. Я не мав (-ла) доступу до найнеобхідніших речей, таких як їжа, вода, електрика чи опалення.

Так

Ні

16. Я бачив (-ла) мертві тіла або понівечені частини тіла.

Так

Ні

17. Мій будинок був пошкоджений або зруйнований.

Так

Ні

18. Я був (-ла) фізично травмований (-на) внаслідок війни.

Так

Ні

19. Мені довелося переїхати в іншу країну.

Так

Ні

20. Моє рідне місто було окуповане російськими військами.

Так

Ні

Будь ласка, зазначте, які ресурси Ви частіше використовуєте для перегляду новин та як часто Ви це робите.

1. Телебачення або радіо.

Майже ніколи

Кілька разів на день

Раз на годину

Кілька годин на день

Майже постійно

2. Месенджери (Telegram, WhatsApp, Viber).

Майже ніколи

Кілька разів на день

Раз на годину

Кілька годин на день

Майже постійно

3. Інші соціальні мережі (Instagram, Facebook тощо).

Майже ніколи

Кілька разів на день

Раз на годину

Кілька годин на день

Майже постійно

## Додаток В

## Результати кореляційного аналізу

Correlation Matrix

|                               |                | Досвід війни | Медіа-експозиція | Симптоми ПТСР | Симптоми КПТСР | Функціональні порушення ПТСР | Функціональні порушення КПТСР | Інтегральний показник СБ | PSS      | Субшкала тривожності | Субшкала депресії | Age |
|-------------------------------|----------------|--------------|------------------|---------------|----------------|------------------------------|-------------------------------|--------------------------|----------|----------------------|-------------------|-----|
| Досвід війни                  | Spearman's rho | —            |                  |               |                |                              |                               |                          |          |                      |                   |     |
|                               | df             | —            |                  |               |                |                              |                               |                          |          |                      |                   |     |
|                               | p-value        | —            |                  |               |                |                              |                               |                          |          |                      |                   |     |
| Медіа-експозиція              | Spearman's rho | -0.051       | —                |               |                |                              |                               |                          |          |                      |                   |     |
|                               | df             | 88           | —                |               |                |                              |                               |                          |          |                      |                   |     |
|                               | p-value        | 0.630        | —                |               |                |                              |                               |                          |          |                      |                   |     |
| Симптоми ПТСР                 | Spearman's rho | 0.138        | 0.142            | —             |                |                              |                               |                          |          |                      |                   |     |
|                               | df             | 88           | 88               | —             |                |                              |                               |                          |          |                      |                   |     |
|                               | p-value        | 0.193        | 0.183            | —             |                |                              |                               |                          |          |                      |                   |     |
| Симптоми КПТСР                | Spearman's rho | 0.020        | 0.008            | 0.197         | —              |                              |                               |                          |          |                      |                   |     |
|                               | df             | 88           | 88               | 88            | —              |                              |                               |                          |          |                      |                   |     |
|                               | p-value        | 0.850        | 0.944            | 0.063         | —              |                              |                               |                          |          |                      |                   |     |
| Функціональні порушення ПТСР  | Spearman's rho | 0.077        | 0.092            | 0.591***      | 0.027          | —                            |                               |                          |          |                      |                   |     |
|                               | df             | 88           | 88               | 88            | 88             | —                            |                               |                          |          |                      |                   |     |
|                               | p-value        | 0.473        | 0.388            | <.001         | 0.797          | —                            |                               |                          |          |                      |                   |     |
| Функціональні порушення КПТСР | Spearman's rho | -0.021       | -0.064           | 0.227*        | 0.857***       | 0.021                        | —                             |                          |          |                      |                   |     |
|                               | df             | 88           | 88               | 88            | 88             | 88                           | —                             |                          |          |                      |                   |     |
|                               | p-value        | 0.844        | 0.549            | 0.031         | <.001          | 0.846                        | —                             |                          |          |                      |                   |     |
| Інтегральний показник СБ      | Spearman's rho | 0.151        | -0.007           | 0.113         | -0.054         | 0.172                        | -0.075                        | —                        |          |                      |                   |     |
|                               | df             | 88           | 88               | 88            | 88             | 88                           | 88                            | —                        |          |                      |                   |     |
|                               | p-value        | 0.156        | 0.946            | 0.288         | 0.615          | 0.104                        | 0.482                         | —                        |          |                      |                   |     |
| PSS                           | Spearman's rho | -0.043       | 0.196            | 0.391***      | 0.021          | 0.371***                     | -0.006                        | -0.072                   | —        |                      |                   |     |
|                               | df             | 88           | 88               | 88            | 88             | 88                           | 88                            | 88                       | —        |                      |                   |     |
|                               | p-value        | 0.687        | 0.064            | <.001         | 0.842          | <.001                        | 0.954                         | 0.499                    | —        |                      |                   |     |
| Субшкала тривожності          | Spearman's rho | -0.033       | 0.255*           | 0.509***      | 0.153          | 0.283**                      | 0.101                         | -0.153                   | 0.627*** | —                    |                   |     |
|                               | df             | 88           | 88               | 88            | 88             | 88                           | 88                            | 88                       | 88       | —                    |                   |     |
|                               | p-value        | 0.755        | 0.015            | <.001         | 0.149          | 0.007                        | 0.344                         | 0.151                    | <.001    | —                    |                   |     |
| Субшкала депресії             | Spearman's rho | 0.051        | 0.119            | 0.123         | -0.046         | 0.132                        | 0.001                         | -0.184                   | 0.418*** | 0.428***             | —                 |     |
|                               | df             | 88           | 88               | 88            | 88             | 88                           | 88                            | 88                       | 88       | 88                   | —                 |     |
|                               | p-value        | 0.634        | 0.263            | 0.250         | 0.664          | 0.216                        | 0.992                         | 0.083                    | <.001    | <.001                | —                 |     |
| Age                           | Spearman's rho | -0.043       | 0.044            | -0.043        | -0.026         | -0.058                       | -0.058                        | -0.104                   | -0.005   | -0.058               | -0.105            | —   |
|                               | df             | 88           | 88               | 88            | 88             | 88                           | 88                            | 88                       | 88       | 88                   | 88                | —   |
|                               | p-value        | 0.691        | 0.679            | 0.688         | 0.805          | 0.586                        | 0.586                         | 0.331                    | 0.963    | 0.586                | 0.324             | —   |

Note. \* p < .05, \*\* p < .01, \*\*\* p < .001