

ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПРОЯВІВ ПСИХОТРАВМИ ЖІНОК ДОРОСЛОГО ВІКУ В УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ

Шмигановська Вікторія

Емпіричне вивчення психотравми жінок дорослого віку в умовах воєнного стану є необхідним для переходу від загального опису травматичного досвіду до конкретного розуміння його проявів. Теоретичні положення про вплив війни на психіку потребують перевірки через діагностику рівня тривожності, депресивних симптомів, психофізіологічної напруги та копінг-стратегій. Саме емпіричні дані дозволяють визначити, які прояви є найбільш поширеними, які чинники взаємопов'язані між собою та які напрями психологічної підтримки мають бути пріоритетними. Актуальність емпіричного блоку зумовлена тим, що жінки дорослого віку під час воєнного стану часто перебувають у ситуації хронічного стресу. На них одночасно впливають реальні загрози безпеці, інформаційне перенавантаження, відповідальність за близьких, економічна невизначеність і порушення звичних соціальних зв'язків. У таких умовах психотравматичні прояви можуть маскуватися під повсякденну втому, дратівливість, порушення сну або зниження активності, тому їх важливо виявляти за допомогою стандартизованих методик.

Мета публікації полягає в узагальненні результатів емпіричного дослідження проявів психотравми жінок дорослого віку в умовах воєнного стану. Для досягнення мети було проаналізовано рівень тривожності, депресивних проявів, психофізіологічних симптомів, особливостей копінг-поведінки та взаємозв'язків між основними показниками емоційного стану.

Емпіричне дослідження було проведене на вибірці 60 жінок віком 25–55 років, які проживали в Україні протягом періоду воєнного стану та мали досвід зіткнення зі стресовими або потенційно травматичними подіями. Вибірка формувалася за цілеспрямованими критеріями із залученням онлайн-анкети та офлайн-запрошень у центрах психологічної підтримки. Такий підхід дав змогу охопити учасниць із різними соціальними, професійними та життєвими обставинами.

Методичний інструментарій дослідження включав батарею стандартизованих психодіагностичних методик. Для оцінювання генералізованої тривожності використовувалася шкала GAD-7 [3]. Для виявлення тривожних і депресивних проявів застосовувалася госпітальна шкала тривоги і депресії HADS [4]. Симптоми депресивного спектра уточнювалися за допомогою PHQ-9 [5]. Рівень ситуативної та особистісної тривожності визначався за шкалою Спілбергера STAI [6]. Додатково враховувалися прояви тривоги за шкалою Бека [7] та результати опитування щодо копінг-стратегій (табл. 1).

Таблиця 1

Показники тривожних, депресивних проявів та копінг-стратегій жінок в умовах воєнного стану

Методика / показник	Результати
1	2
GAD-7: нервозність і напруга	41,7 % – декілька днів; 31,7 % – більшу половину часу; 16,6 % – майже щодня
GAD-7: надмірне хвилювання	40,0 % – декілька днів; 33,4 % – більшу половину часу; 18,3 % – майже щодня
GAD-7: труднощі з розслабленням	11,7 % – відсутні; 36,7 % – декілька днів; 30,0 % – більшу половину часу; 21,6 % – майже щодня
HADS: напруження / «заведений стан»	36,7 % – 2 бали; 23,3 % – 3 бали
HADS: загальмованість і виснаження	38,3 % – 2 бали; 25,0 % – 3 бали
PHQ-9: порушення сну	31,7 % – більшу половину часу; 21,6 % – майже щодня
PHQ-9: втома та низька енергія	36,7 % – більшу половину часу; 21,6 % – майже щодня
STAI: ситуативна тривожність	M = 47,3; SD = 8,6; високий рівень – 51,7 %
STAI: особистісна тривожність	M = 52,1; SD = 7,9; високий рівень – 53,3 %
Копінг-стратегія: уникнення	70 %
Пошук соціальної підтримки	50 %
Психологічне розвантаження	40 %
Емоційна регуляція	45 %
Активне вирішення проблем	35 %
Внутрішнє напруження	65 %
Тривога щодо майбутнього	75 %
Труднощі контролю емоцій	60 %
Не використовують релаксаційні техніки	70 %

Кореляційний аналіз засвідчив взаємопов'язаність основних психоемоційних показників. Виявлено сильний позитивний зв'язок між тривожністю та депресією ($r = 0,65$), що означає: підвищення тривожності супроводжується посиленням депресивних проявів. Також встановлено позитивний зв'язок між тривожністю і копінгом уникнення

($r = 0,50$). Наведене свідчить, що жінки з вищою тривожністю частіше вдаються до уникання. Зв'язок між депресією та пошуком підтримки був слабшим ($r = 0,35$), однак він також вказує на значення соціальних ресурсів у переживанні психотравми.

Кореляційна матриця між методиками підтвердила узгодженість отриманих результатів. Найвищі зв'язки зафіксовано між HADS-D і PHQ-9 ($r = 0,79$), HADS-A і Beck Anxiety ($r = 0,73$), GAD-7 і HADS-A ($r = 0,72$), STAI-State і STAI-Trait ($r = 0,74$). Наведене свідчить про те, що різні психодіагностичні інструменти фіксують взаємопов'язані аспекти одного психотравматичного комплексу: тривогу, депресивність, тілесне напруження та зниження адаптаційної стабільності.

Емпіричне дослідження засвідчило, що середній показник самоповаги здобувачів освіти за шкалою Розенберга становить $M = 20,4$, що відповідає середньому рівню. Водночас виявлено гендерні та вікові відмінності: чоловіки мають вищий показник самоповаги ($M = 21,3$), ніж жінки ($M = 19,6$), а студенти 3–4 курсів демонструють вищий рівень самооцінки ($M = 21,7$) порівняно зі студентами 1–2 курсів ($M = 19,1$). Рівневий аналіз показав, що адекватну самооцінку мають 48% респондентів, занижену – 37%, завищену – 15%. Найбільш уразливими виявилися жінки та студенти молодших курсів: занижена самооцінка спостерігається у 44% жінок і 48% студентів 1–2 курсів. За методикою Дембо–Рубінштейн визначено профіль «невпевненого оптиміста»: найнижчі показники зафіксовано за шкалами впевненості в собі ($M = 54,6$) та зовнішності ($M = 55,2$), а найвищий – за шкалою майбутньої успішності ($M = 67,3$), що свідчить про поєднання актуальної неувпевненості з вірою у власну майбутню реалізацію.

Отже, результати підтверджують, що самооцінка здобувачів ЗВО має виражені гендерні та вікові особливості й значною мірою залежить від академічного досвіду. Найбільшої психологічної підтримки потребують студенти молодших курсів і здобувачі із заниженою самооцінкою.

Емпіричні результати окреслюють не лише рівень симптомів, а й практичні напрями психологічної допомоги. Висока частота тривожних і депресивних проявів

свідчить про потребу в доступних програмах підтримки, навчанні адаптивних копінг-стратегій, психоедукації та використанні релаксаційних технік. Отримані дані підтверджують доцільність диференційованого підходу: жінки з високою тривожністю потребують стабілізаційних технік, респондентки з депресивними проявами – поступової активізації та мотиваційної підтримки, а жінки з унікальною поведінкою – м'якого повернення контролю через реалістичні дії.

Саме тому, психотравматичні прояви варто розглядати як динамічні, тому практична робота має передбачати повторну діагностику, оцінку змін у тривожності, копінг-стратегіях і здатності до саморегуляції.

Таким чином, емпіричне дослідження показало, що психотравма жінок дорослого віку в умовах воєнного стану проявляється через поєднання високої ситуативної та особистісної тривожності, депресивних симптомів, емоційного виснаження, порушень сну, труднощів релаксації та домінування уникання як копінг-стратегії. Отримані результати підтверджують гіпотезу про те, що зниження стресостійкості та дефіцит підтримки пов'язані з посиленням тривожних і депресивних проявів.

Перспективи подальших досліджень полягають у порівнянні різних груп жінок за рівнем травматичного досвіду, умовами проживання, наявністю соціальної підтримки та досвідом отримання психологічної допомоги. Практичні перспективи передбачають розроблення програм підтримки, які мають включати психоедукацію, стабілізаційні техніки, роботу з тривожними думками, розвиток адаптивних копінг-стратегій і відновлення соціальних ресурсів.

Список використаних джерел

1. Бескровна А. Особливості травматичного досвіду в контексті російсько-української війни. *Grundlagen der modernen wissenschaftlichen forschung*. 2023. URL: <https://surl.li/nxqzow>.
2. Малімон Л., Балабус В. Взаємозв'язок характеристик копінг-поведінки особистості з проявами симптоматики її травматичного досвіду. *Науковий часопис НПУ імені М. П. Драгоманова. Серія 12. Психологічні науки*. 2024. С. 13–22. URL: <https://surl.li/iehpkt>
3. GAD-7: Generalized Anxiety Disorder Questionnaire. URL: <https://cbt-therapist.net/GAD-7>.
4. Госпітальна шкала тривоги і депресії (HADS). URL: <https://surl.li/attnzw>
5. Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9), українська версія. URL: <https://surl.li/mhddue>
6. Шкала тривоги Спілбергера (STAI). URL: <https://surl.li/mreezl>
7. Beck Depression Inventory (BDI). URL: <https://cbt-therapist.net/BDI>.