

КИЇВСЬКИЙ ІНСТИТУТ СУЧАСНОЇ ПСИХОЛОГІЇ ТА ПСИХОТЕРАПІЇ

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА МАГІСТРА

на тему:

Соціально-психологічні особливості ментального здоров'я самотніх жінок

Здобувача (ки) 2 курсу МЗ-241 групи
Спеціальності 053 Психологія
Освітньо-професійна програма
Психологія забезпечення ментального здоров'я
Наталії ДІГТЯР
(прізвище та ініціали)
Керівники
Катерина МІЛЮТІНА, д.психол.н., проф.,
Анна КРАЙЛЮК, к.психол.н.
(прізвище та ініціали, вчене звання, науковий ступінь)

Робота рекомендована до захисту
рішенням кафедри клінічної психології та кафедри соціальної психології

Протокол №11 від «22» червня 2026р.

Зав. кафедри клінічної психології _____ д.психол.н., с.н.с., Лисенко І.П.
підпис (наукова ступінь, вчене звання, прізвище, ім'я, по батькові)

Зав. кафедри соціальної психології _____ к.психол.н., доц., Трофімова Д.О.
підпис (наукова ступінь, вчене звання, прізвище, ім'я, по батькові)

Київ—2026

ЗМІСТ

ВСТУП.....	4
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ МЕНТАЛЬНОГО ЗДОРОВ'Я САМОТНІХ ЖІНОК.....	10
1.1. Ментальне здоров'я як соціально-психологічний конструкт: зміст, структура та функціональні виміри.....	10
1.2. Феномен жіночої самотності: чинники виникнення та вплив на психічне благополуччя.....	15
1.3. Соціально-психологічні детермінанти ментального здоров'я самотніх жінок: структура та взаємозв'язки.....	23
Висновки до розділу 1.....	26
РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ МЕНТАЛЬНОГО ЗДОРОВ'Я САМОТНІХ ЖІНОК.....	28
2.1. Методологія та організація емпіричного дослідження ментального здоров'я самотніх жінок віком 30–45 років.....	28
2.2. Комплексний аналіз соціально-психологічних індикаторів ментального здоров'я самотніх жінок.....	32
2.3. Інтерпретація та обговорення результатів емпіричного дослідження ментального здоров'я самотніх жінок.....	42
Висновки до розділу 2.....	48
РОЗДІЛ 3. ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ ТА ПРОГРАМИ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ПІДТРИМКИ САМОТНІХ ЖІНОК.....	50
3.1. Програма психологічної підтримки та зміцнення особистісних ресурсів самотніх жінок середнього віку (30–45 років).....	50
3.2. Тренінг формування позитивного самосприйняття та подолання переживання самотності.....	58
3.3. Рекомендації психологам щодо надання соціально-психологічної допомоги самотнім жінкам в умовах сучасних воєнних реалій.....	66
Висновки до розділу 3.....	73
ВИСНОВКИ.....	76
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	82
ДОДАТКИ.....	93

АНОТАЦІЯ

Досліджено соціально-психологічні особливості ментального здоров'я самотніх жінок за допомогою шкал UCLA Loneliness Scale (Version 3), GHQ-28, BDI-II та WEMWBS. Вибірка включала 65 жінок (30–45 років) з України: 31 самотня, що проживала окремо (дослідна група), та 34 одружені, які мешкали з сім'єю (контрольна група). Дослідна група самотніх жінок показала значно вищий рівень суб'єктивного відчуття самотності ($M = 57,3$, $SD = 6,8$) порівняно з одруженими ($M = 35,7$, $SD = 4,2$). Аналіз GHQ-28 продемонстрував підвищену тривожність, соматичні скарги, соціальну дисфункцію та депресивні симптоми у самотніх учасниць, що свідчить про погіршення психічного стану. За BDI-II 58% самотніх жінок мали помірну або важку депресію ($M = 21,4$, $SD = 7,2$), тоді як у контрольній групі більшість не відчували депресії. Психічне благополуччя за WEMWBS було значно нижче у самотніх ($M = 40,8$, $SD = 8,5$) порівняно з одруженими ($M = 53,2$, $SD = 7,1$). Кореляційно-регресійний аналіз показав, що в дослідній групі самотність була сильніше пов'язана з депресією ($r = 0,58$; $\beta = 0,50$; $R^2 = 0,28$), психічним дискомфортом ($r = 0,62$; $\beta = 0,55$; $R^2 = 0,32$) та зниженням психологічного благополуччя ($r = -0,65$; $\beta = -0,58$; $R^2 = 0,38$), тоді як у контрольній групі ці зв'язки були помірними: депресія ($r = 0,31$; $\beta = 0,27$; $R^2 = 0,10$), психічний дискомфорт ($r = 0,34$; $\beta = 0,29$; $R^2 = 0,12$) та благополуччя ($r = -0,38$; $\beta = -0,33$; $R^2 = 0,15$; $p < 0,001$), що вказує на слабший вплив самотності в контрольній групі. На основі результатів дослідження розроблено комплексну програму психологічної підтримки та зміцнення особистісних ресурсів самотніх жінок середнього віку (30–45 років). В межах програми представлений тренінг «Сила бути собою: трансформація самотності в ресурс» для формування позитивного самосприйняття та опрацювання переживання самотності. Розроблені практичні рекомендації для психологів щодо надання соціально-психологічної допомоги в умовах сучасних воєнних реалій.

Ключові слова: самотність, ментальне здоров'я, жінки, депресія, психічне благополуччя, соціальна ізоляція, психологічна підтримка, програма супроводу, тренінг.

ВСТУП

Обґрунтування актуальності теми. Актуальність дослідження соціально-психологічних особливостей ментального здоров'я самотніх жінок зумовлена ключовою роллю психічного благополуччя у стійкості особистості та соціальної системи загалом. Повномасштабна війна, тривала нестабільність і руйнування звичних життєвих структур суттєво посилили психологічну вразливість українського суспільства, сприяючи зростанню депресивних станів, тривоги та посттравматичних реакцій. У цих умовах самотність постає не лише індивідуальним переживанням, а й соціально-психологічним феноменом, що безпосередньо впливає на ментальне здоров'я. Особливо гостро ця проблема проявляється серед жінок, які в умовах війни, вимушеного переселення та втрати соціальних зв'язків часто переживають ізоляцію, емоційне виснаження та дефіцит підтримки. Ситуацію ускладнює надмірне рольове навантаження, коли жінка поєднує сімейні, професійні та емоційно-підтримувальні функції, залишаючись у стані хронічної психологічної напруги. У зв'язку з цим дослідження соціально-психологічних детермінант ментального здоров'я самотніх жінок є своєчасним і суспільно значущим, оскільки створює підґрунтя для розробки ефективних профілактичних і підтримувальних інтервенцій. Наукова новизна цього дослідження полягає в тому, що вперше комплексно проаналізовано соціально-психологічні особливості ментального здоров'я самотніх жінок зрілого віку в умовах сучасних воєнних реалій. На відміну від попередніх досліджень, які здебільшого розглядали загальні аспекти психологічного благополуччя, це дослідження розробляє інтегровану програму психологічної підтримки та розвитку особистісних ресурсів, враховує специфіку емоційно-психологічного реагування самотніх жінок на воєнний стрес і формує практичні рекомендації для психологів щодо їх соціально-психологічного супроводу.

Теоретико-методологічну основу дослідження склали наукові праці українських і зарубіжних учених у галузі соціальної та клінічної психології,

присвячені проблематиці ментального здоров'я, самотності та соціальної ізоляції. Багато українських вчених присвятили свої дослідження феномену жіночої самотності, зокрема слід виділити праці О. Дячок та О. Вінницької (2025), В. Малімона (2025) та О. Марківської (2024), які аналізують психологічні характеристики самотніх жінок зрілого віку, рівні переживання самотності та її вплив на емоційне благополуччя. Л. Ніколаєв, О. Войтенко та О. Озеллі (2022) досліджували особливості переживання самотності жінками середнього віку в умовах пандемії, а О. Марківська (2024) вивчала вплив соціальних трансформацій і воєнних викликів на психоемоційний стан жінок. І. Леонова (2021, 2022) зосереджувалася на соціальних та суб'єктивних причинах самотності жінок із різних соціальних груп, Н. Дідик, О. Логвіна та А. Руденок (2022) – на соціально-психологічних аспектах самотності молоді, а К. Філоненко та Н. Савелюк (2025) розглядали самотність як прояв дистинктивної поведінки особистості. Проблема самотності як соціально-психологічного феномену піднімали Ю. Дем'яненко та О. Бойправ (2020), М. Лазарець (2020) і О. Шевченко (2019), підкреслюючи її зв'язок із соціальною ізоляцією, неприйняттям та особистісними стратегіями адаптації. Г. Калініна та М. Малюга (2020) досліджували сінглтонство як сучасний соціальний тренд, що дозволяє оцінювати самотність не лише як негативне явище, а й як прояв соціальних та культурних трансформацій. У ширшому контексті ментального здоров'я населення в умовах воєнних та кризових ситуацій його проблеми досліджували А. Гільман (2023), який аналізує психічний стан населення та обґрунтовує теоретичні й практичні підходи до психологічної допомоги. Л. Калашникова, Ю. Руденко та співавт. (2024) наголошують на комплексному підході до ментального здоров'я, що поєднує психологічні, соціальні та особистісні чинники, а А. Фокін (2024) пропонує адаптовані методики оцінки психоемоційного стану для практичного застосування в сучасних умовах. Серед іноземних досліджень слід виділити праці, присвячені впливу самотності на психічне здоров'я та соціально-психологічне благополуччя жінок. Так, О. Акін'ємі та співавт. (2025)

досліджували вплив самотності на депресію, ментальне здоров'я та фізичний стан, демонструючи тісний зв'язок між соціальною ізоляцією та емоційним благополуччям. Дж. Барк і М. Ковачич (2022) вивчали взаємозв'язок самотності та здоров'я, підкреслюючи значення соціальної підтримки, а М. Баррето та співавт. (2025) наголошують на необхідності врахування гендерних аспектів самотності. Д. Дінг та співавт. (2024) показали, що самотність серед жінок середнього та старшого віку безпосередньо впливає на якість життя та психоемоційний стан, а Н. Ганаї та співавт. (2025) підтвердили, що тривала самотність асоціюється зі зниженням здоров'я та добробуту. Е. Еганья-Маркос та співавт. (2025) показали, що рівень доходу та соціальна підтримка модулюють вплив самотності на психічне благополуччя. Дослідження в різних країнах підтверджують зв'язок самотності з депресією та психічними проблемами. Й. Лян та співавт. (2024) порівнювали генетичні та спостережні дані щодо ризику захворювань при самотності. Ф. Манн та співавт. (2022) виявили, що самотність сприяє появі нових психічних розладів. Р. Шарма та А. Шукла (2025), П. Верма і С. Сінгх (2024) та М. Сяо та співавт. (2023) підкреслюють медіативні механізми впливу самотності на депресивні симптоми та психічне благополуччя студенток.

Комплексний аналіз цих досліджень показує, що самотність є значущим фактором ризику для психічного здоров'я жінок і впливає на емоційне благополуччя, депресивні прояви та якість життя, підкреслюючи необхідність розробки інтегрованих програм психологічної підтримки, адаптованих до вікових, соціальних та економічних чинників.

Таким чином, дослідження спирається на концепції переживання самотності, соціальної підтримки та соціального капіталу, розроблені у працях зарубіжних авторів, а також на напрацювання українських науковців щодо соціально-психологічних детермінант психічного благополуччя особистості. Методологічну рамку становлять системний, міждисциплінарний та особистісно орієнтований підходи, що забезпечують комплексне розуміння ментального здоров'я самотніх жінок у сучасному соціальному контексті.

Об'єкт і предмет дослідження. *Об'єкт дослідження* – ментальне здоров'я самотніх жінок як соціально-психологічний феномен. *Предмет дослідження* – соціально-психологічні особливості та детермінанти ментального здоров'я самотніх жінок України віком 30–45 років

Мета дослідження – теоретично обґрунтувати та емпірично дослідити соціально-психологічні особливості ментального здоров'я самотніх жінок.

Завдання дослідження. Для реалізації мети дослідження були поставлені такі завдання:

1. Проаналізувати ментальне здоров'я як соціально-психологічний конструкт, визначити його зміст, структуру та основні функціональні виміри.
2. Розкрити феномен жіночої самотності, охарактеризувати чинники її виникнення та вплив на психічне благополуччя жінок.
3. Визначити й систематизувати соціально-психологічні детермінанти ментального здоров'я самотніх жінок, а також проаналізувати їхню структуру та взаємозв'язки.
4. Емпірично дослідити соціально-психологічні особливості ментального здоров'я самотніх жінок віком 30–45 років, здійснити комплексний аналіз отриманих результатів та їх інтерпретацію.
5. Розробити програму психологічної підтримки самотніх жінок середнього віку та надати психологам рекомендації щодо їх соціально-психологічного супроводу в умовах воєнних реалій.

Методи дослідження. В межах даного дослідження були застосовані такі методи:

1. Аналіз і синтез – для теоретичного узагальнення наукових джерел щодо ментального здоров'я та феномену самотності у жінок.
2. Спостереження та опитування – для емпіричного збору даних про рівень самотності, депресії, тривожності та загального психічного здоров'я.
3. Порівняння та систематизація – для виявлення спільних та відмінних рис психічного благополуччя у самотніх та заміжніх жінок.

4. Кореляційний та статистичний аналіз – для виявлення взаємозв'язків між самотністю та психічним станом учасниць.

Для дослідження соціально-психологічних особливостей ментального здоров'я самотніх жінок застосовувалися опитувальники та стандартизовані шкали, зокрема шкала самотності UCLA Loneliness Scale (Version 3) для оцінки рівня самотності, опитувальник загального стану здоров'я General Health Questionnaire (GHQ-28) для вимірювання загального психічного благополуччя, опитувальник депресії Бека Beck Depression Inventory (BDI-II) для визначення депресивних симптомів та шкала психічного благополуччя Ворика - Единбурга Warwick-Edinburgh Mental Well-being Scale (WEMWBS) для оцінки позитивного психоемоційного стану. Ці методи дозволили кількісно зафіксувати психосоціальні показники та виявити взаємозв'язки між рівнем самотності та ментальним здоров'ям учасниць.

Характеристики вибірки Вибірка дослідження складалася з 65 жінок з України віком від 30 до 45 років, відібраних із початкових 312 кандидаток через соціальну мережу Facebook. Учасниці були розподілені на дві групи: дослідну, до якої увійшли 31 самотня жінка, що проживала окремо та не мала постійного партнера або членів сім'ї протягом щонайменше 12 місяців, та контрольну групу, що складалася з 34 одружених жінок, які мешкали разом із сім'єю.

Дослідницькі питання

Для реалізації поставлених завдань дослідження визначено ключові дослідницькі питання, зокрема:

1. Яким чином рівень самотності впливає на ментальне здоров'я жінок віком 30–45 років?
2. Які відмінності в показниках ментального здоров'я спостерігаються між самотніми жінками та жінками, що проживають із сім'єю?
3. Які ефективні підходи та методи можуть бути включені до програм психологічної підтримки самотніх жінок зрілого віку?

4. Які рекомендації можна надати психологам для соціально-психологічного супроводу самотніх жінок в умовах воєнного стресу та сучасних соціальних трансформацій?

Теоретична значущість роботи. Теоретична значущість дослідження полягає у комплексному аналізі соціально-психологічних особливостей ментального здоров'я самотніх жінок зрілого віку, який дозволяє поглибити розуміння взаємозв'язку між самотністю, психоемоційним станом та соціальною адаптацією. Робота узагальнює результати українських і зарубіжних досліджень феномену самотності та її впливу на психічне благополуччя, виділяє ключові фактори, що визначають психологічні потреби самотніх жінок, та обґрунтовує необхідність розробки спеціалізованих програм психологічної підтримки. Отримані теоретичні висновки можуть слугувати основою для подальших наукових досліджень у сфері соціально-психологічної підтримки та ментального здоров'я дорослих жінок.

Практична значущість роботи. Практична значущість дослідження полягає у можливості застосування розроблених програм психологічної підтримки та наданих рекомендацій у роботі психологів, соціальних працівників та психотерапевтів, зокрема у закладах соціальної, клінічної та освітньої сфери. Вони можуть використовуватися для організації індивідуальної та групової підтримки самотніх жінок зрілого віку, підвищення їх емоційного благополуччя, розвитку особистісних ресурсів та профілактики депресивних і тривожних станів в умовах воєнних та кризових реалій.

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ МЕНТАЛЬНОГО ЗДОРОВ'Я САМОТНИХ ЖІНОК

1.1. Ментальне здоров'я як соціально-психологічний конструкт: зміст, структура та функціональні виміри

Ментальне здоров'я розглядається в сучасному науковому дискурсі як складний соціально-психологічний конструкт, що відображає рівень психічного функціонування особистості в системі соціальних взаємодій. Воно охоплює не лише відсутність психопатологічних проявів, а й здатність індивіда до адаптації, саморегуляції, збереження емоційної рівноваги та ефективної соціальної взаємодії. Такий підхід зумовлює необхідність аналізу ментального здоров'я через призму його змісту, структурних компонентів і функціональних вимірів, що дозволяє глибше зрозуміти механізми його формування та трансформації під впливом соціальних і психологічних чинників.

Згідно, Л. В. Калашникової та ін. (2024), феномен ментального здоров'я виступає інтегрованою характеристикою особистості, що лежить в основі загального благополуччя та якості її життя. Ментальне здоров'я включає два системи утворювальні компоненти. Перший – це баланс між емоційним, психологічним, соціальним і духовним благополуччям особистості. Другий – стан гармонії людини з навколишнім світом та із собою. Саме єдність цих компонентів дозволяє особистості справлятися із труднощами та підтримувати рівновагу між різними сферами життя, здійснювати позитивний вплив на оточення.

Гільман А. Ю. (2023), під ментальним здоров'ям розуміє повноцінний розвиток і злагоджену роботу всіх психічних функцій, відсутність хворобливих психічних проявів, адекватну регуляцію поведінки відповідно до умов навколишньої діяльності, а також загальний стан душевного благополуччя.

Доповнює цю думку вчений А. Кумар (2024), стверджуючи, що ментальне здоров'я є вирішальним аспектом загального благополуччя людини та свідчить про її когнітивний стан та емоційну рівновагу, а також відсутність психічних розладів. Вчений підкреслює важливість ментального здоров'я як здатності знаходити радість у житті, підтримувати здоровий баланс у всіх сферах свого існування та активно працювати над зміцненням власної психологічної стійкості.

Згідно тверджень Е Еганья-Маркос та ін. (2025), ментальне здоров'я відображає стан психічного благополуччя, який включає емоційне, психологічне та соціальне здоров'я. На думку вчених, ментальне здоров'я відіграє важливу роль у загальній якості життя людини та суттєво впливає на фізичне здоров'я, функціонування та управління стресом. Емоційне та психологічне здоров'я включає здатність ефективно керувати емоціями та виражати їх, реалізовувати когнітивні здібності, володіти об'єктивною самооцінкою та почуттям життєвої мети. Соціальне здоров'я стосується здатності будувати та підтримувати змістовні стосунки й активно брати участь у житті громади. Разом ці елементи сприяють загальному відчуттю благополуччя людини та її здатності справлятися з життєвими викликами.

Як стверджує А. С. Фокін (2024), ментальне здоров'я особистості можна визначити як стан психічної рівноваги та внутрішньої гармонії, що поєднує відчуття благополуччя, ресурсність, здатність реалізовувати потенціал, досягати цілей, ефективно працювати та підтримувати злагоду між власними потребами і суспільними вимогами. Структура ментального здоров'я як соціально-психологічного конструкту охоплює взаємопов'язані компоненти, що відображають психологічну, соціальну та поведінкову адаптацію особистості у суспільстві (Рис. 1.1).



Рис. 1.1. Структура ментального здоров'я як соціально-психологічного конструкту

Джерело: розроблено на основі (за Фокін, 2024, Калашникова, та ін, 2024,).

Згідно Л. В. Калашникова та ін. (2024), критерії ментального здоров'я включають позитивне самопочуття, внутрішню гармонію та здатність ефективно справлятися зі стресом; гнучкість і адаптивність, що дозволяють пристосовуватися до змін, розв'язувати проблеми та будувати здорові стосунки; емоційну стійкість і контроль над власними почуттями; усвідомлену самовизначеність на основі власних цінностей; комунікативну компетентність для налагодження гармонійних взаємин; прагнення до самореалізації та розвитку цілісної життєвої ідентичності; психологічну автономність, що забезпечує внутрішню незалежність у рішеннях і вчинках; оптимізм та внутрішню мотивацію, які підтримують позитивний погляд на життя та прагнення до розвитку; а також резильєнтність – здатність відновлюватися після стресу та

втрат, зберігаючи психічну рівновагу та конструктивне ставлення до життя (Рис. 1.2).



Рис. 1.2. Детермінанти ментального здоров'я

Джерело: розроблено на основі (Калашикова, та ін., 2024)

Синтез цих критеріїв ментального здоров'я дає змогу максимально реалізовувати свій потенціал, ефективно долати життєві труднощі, зміцнювати стресостійкість, будувати гармонійні взаємини з оточенням, робити внесок у розвиток суспільства та відчувати задоволення від життя.

Основні психологічні механізми, що впливають на ментальне здоров'я сучасних жінок, висвітлюються в наукових працях М. І. Радченко (2026), Я. В. Марінова та М. В. Боделан (2025), П. О. Кейдалюк (2024) та ін. Зокрема, М. І. Радченко (2026) зазначає, що гендерна ідентичність у жінок може виступати ключовим психологічним ресурсом, що забезпечує внутрішню стабільність і ефективну адаптацію. Водночас її недостатня інтегрованість може слугувати маркером потенційних зон психологічної вразливості. Я. В. Марінова та М. В. Боделан (2025), зазначають, що ментальне здоров'я жінки тісно пов'язане з життєстійкістю, усвідомленістю та наявністю соціальної підтримки, водночас високий рівень тривожності, порушення сну та соматичні прояви виступають його негативними індикаторами. П. О. Кейдалюк (2024), розглядає

самоактуалізацію як ключовий компонент особистісного розвитку та ментального здоров'я сучасних жінок, що забезпечує ефективну самореалізацію, досягнення життєвих цілей та оптимальне розкриття внутрішнього потенціалу, сприяючи стійкості психіки та загальному психологічному благополуччю.

Згідно І. Р. Петровської (2025), самоефективність виступає важливим психологічним ресурсом, що підтримує стійкість психіки та адаптивність жінки. Дослідження виявило спільні базові чинники, які формують як загальну, так і професійну самоефективність: відкритість до нового досвіду, домінантність, сумлінність, інтелектуальна ефективність та узгодженість життєвих цілей. Ці характеристики сприяють підвищенню життєвої стійкості та позитивного емоційного фону жінки. Проте, Н. В. Артюхіна зазначає, що висока суб'єктивна оцінка самоефективності не завжди супроводжується глибинним відчуттям здійсненності, тобто гармонії між внутрішнім і зовнішнім світом. Особистість може демонструвати соціально бажану активність, відповідальність і компетентність, але не відчувати власної здійсненності та не усвідомлювати справжніх мотивів і цілей діяльності. Це розходження між зовнішньою ефективністю і внутрішнім переживанням «Я є» відображає «акторську» динаміку сучасної особистості, коли реалізуються рольові моделі успішності, не завжди узгоджені зі справжніми цінностями. Показники самоставлення та сенсожиттєві орієнтації формують протилежний полюс – «бути». Саме їхня взаємодія створює основу автентичності, яка є суттю особистісної здійсненності.

Як зазначає С. О. Мащак та У. І. Гіль (2025), в межах ментального здоров'я жінки внутрішня опора є динамічною системою внутрішніх ресурсів, що дозволяє усвідомлювати власну цінність, брати відповідальність за своє життя та зберігати психологічну автономію незалежно від зовнішніх обставин. Вона виступає інтегральною характеристикою особистості, яка базується на позитивній самооцінці, високій життєстійкості та здатності до самодетермінації, і забезпечує ефективний захист від наслідків емоційної травматизації, а також сприяє здатності приймати усвідомлені рішення в складних життєвих ситуаціях. Внутрішня опора не є монолітною, вона включає когнітивний, емоційно-

вольовий та ціннісно-смісловий компоненти, що взаємодіють для підтримки психологічного благополуччя.

На думку вчених О. С. Навроцької (2025), самореалізація жінки здійснює помітний вплив на показники її ментального здоров'я. Зокрема, самореалізована жінка здебільшого демонструє високий рівень ментального здоров'я, що проявляється у психологічному благополуччі, внутрішній мотивації до діяльності та загальній життєвій задоволеності. Вона здатна максимально реалізовувати свій потенціал у різних сферах життя та будувати здорові, рівноправні міжособистісні стосунки в сім'ї та суспільстві. Оптимізація процесу психологічної самореалізації сприяє формуванню відповідальної, активної та зрілої особистості, здатної адаптуватися до життєвих викликів і підтримувати стабільне ментальне здоров'я.

Отож, ментальне здоров'я – це інтегрований соціально-психологічний конструкт, що характеризує динамічну здатність індивіда підтримувати психологічну рівновагу, ефективно регулювати емоції, адаптуватися до соціальних і життєвих вимог, забезпечувати адекватну міжособистісну взаємодію та реалізовувати особистісний потенціал у контексті соціального середовища.

1.2. Феномен жіночої самотності: чинники виникнення та вплив на психічне благополуччя

У ХХІ столітті проблема самотності загострилася на тлі урбанізації, індивідуалізації та соціальних трансформацій. Незважаючи на численні соціальні контакти та активність у мережах, багато людей відчують внутрішню ізоляцію, особливо молодь, люди похилого віку, внутрішньо переміщені особи та ті, хто пережив втрату або розрив стосунків (Дячок, Вінницька, 2025). У цифрову еру самотність загострюється на тлі стрімкого розвитку інтернет-технологій, онлайн-сервісів та автоматизації, а також через швидкі зміни соціальних норм, цінностей і традицій (Калініна, Малюга, 2020). Самотність перетворилася на одну з ключових соціально-психологічних проблем, що

потребує глибокого теоретичного осмислення та науково обґрунтованого емпіричного вивчення (Леонова, 2022).

Проблематика жіночої самотності в контексті сучасних соціальних викликів посідає важливе місце в дослідженнях як українських, так і зарубіжних науковців. Складність розуміння самотності зумовлена її подвійною природою – індивідуальною та соціальною – а також різноманіттям форм і способів переживання (Дідик, та ін., 2022).

На думку В. І. Малімона (2025), самотність – це багатовимірний феномен, що поєднує в собі емоції смутку й радості, страху та внутрішнього болю. Це відчуття глибоко суб'єктивне і проявляється по-різному. Внутрішні чинники самотності формуються через особистісні характеристики людини, включаючи риси характеру, здібності, психічні процеси, систему навичок і звичок, індивідуальний досвід та особливості біологічної організації. На схильність до самотності особливо впливають сором'язливість, замкнутість і недостатня самооцінка.

Як стверджують Ф. Манн (2021) та інші, самотність визначається як суб'єктивно переживана тривожна невідповідність між реальною та бажаною кількістю й/або якістю соціальних стосунків. Хоча це явище пов'язане з такими поняттями, як соціальний капітал, об'єктивна соціальна підтримка та соціальна ізоляція, воно є концептуально відмінним від них, оскільки відображає не фактичний стан соціальних зв'язків, а індивідуальне сприйняття їх достатності та значущості.

У праці Малімон В. І. (2025), самотність розглядається як багатовимірний конструкт, що інтегрує соціальний вимір (нестача якісних взаємодій і крихкість соціальних мереж підтримки), екзистенційний вимір (порушення сенсожиттєвих зв'язків та деморалізацію) і цифровий вимір (низький рівень «соціальної присутності» у медійному середовищі).

Згідно І. М. Леонова (2021), жіноча самотність – це багатовимірний соціально-психологічний феномен, зумовлений специфічними детермінантами, що проявляється у різних формах переживання, реактивних станах та стратегіях

подолання. Як стверджують О. М. Шевченко (2019), самотність доцільно класифікувати на три типи: хронічну, ситуативну та минущу. Хронічна самотність формується, коли людина тривалий час не може встановити задовільні стосунки зі значимими для себе людьми. Ситуативна виникає у відповідь на стресові події, такі як втрата близької людини чи розрив інтимних стосунків, і зазвичай після переживання дистресу частково або повністю зникає. Минуща самотність проявляється короткочасними відчуттями ізоляції, які швидко проходять.

Виникнення самотності у жінок є багатовимірним феноменом, що формується під впливом взаємопов'язаних соціальних, психологічних, культурних, економічних та біологічних чинників. Соціальні детермінанти включають дефіцит підтримки та соціальної взаємодії, нестабільність сімейних і дружніх зв'язків, а також обмежені можливості для інтеграції у професійне та громадське життя, що знижує відчуття соціальної належності. Психологічні чинники проявляються через внутрішні бар'єри у спілкуванні, низьку самооцінку, підвищену тривожність та труднощі у регуляції емоцій, що посилює відчуття ізоляції та неповноцінності. Культурні та економічні аспекти включають вплив соціальних стереотипів щодо ролей жінки, дискримінаційні практики на роботі, обмежені кар'єрні перспективи та фінансову нестабільність, що додатково зменшує можливості для реалізації особистісних і соціальних потреб. Біологічні та вікові фактори, такі як гормональні зміни, стан фізичного здоров'я та специфіка життєвих циклів, формують періоди підвищеної вразливості до самотності, що взаємодіє з психологічними та соціальними детермінантами. Комплексна взаємодія цих факторів створює багатовимірний контекст жіночої самотності, безпосередньо впливаючи на ментальне здоров'я, рівень психологічного благополуччя та здатність до адаптивної соціальної взаємодії. На рисунку 1.3. представлені чинники виникнення жіночої самотності.

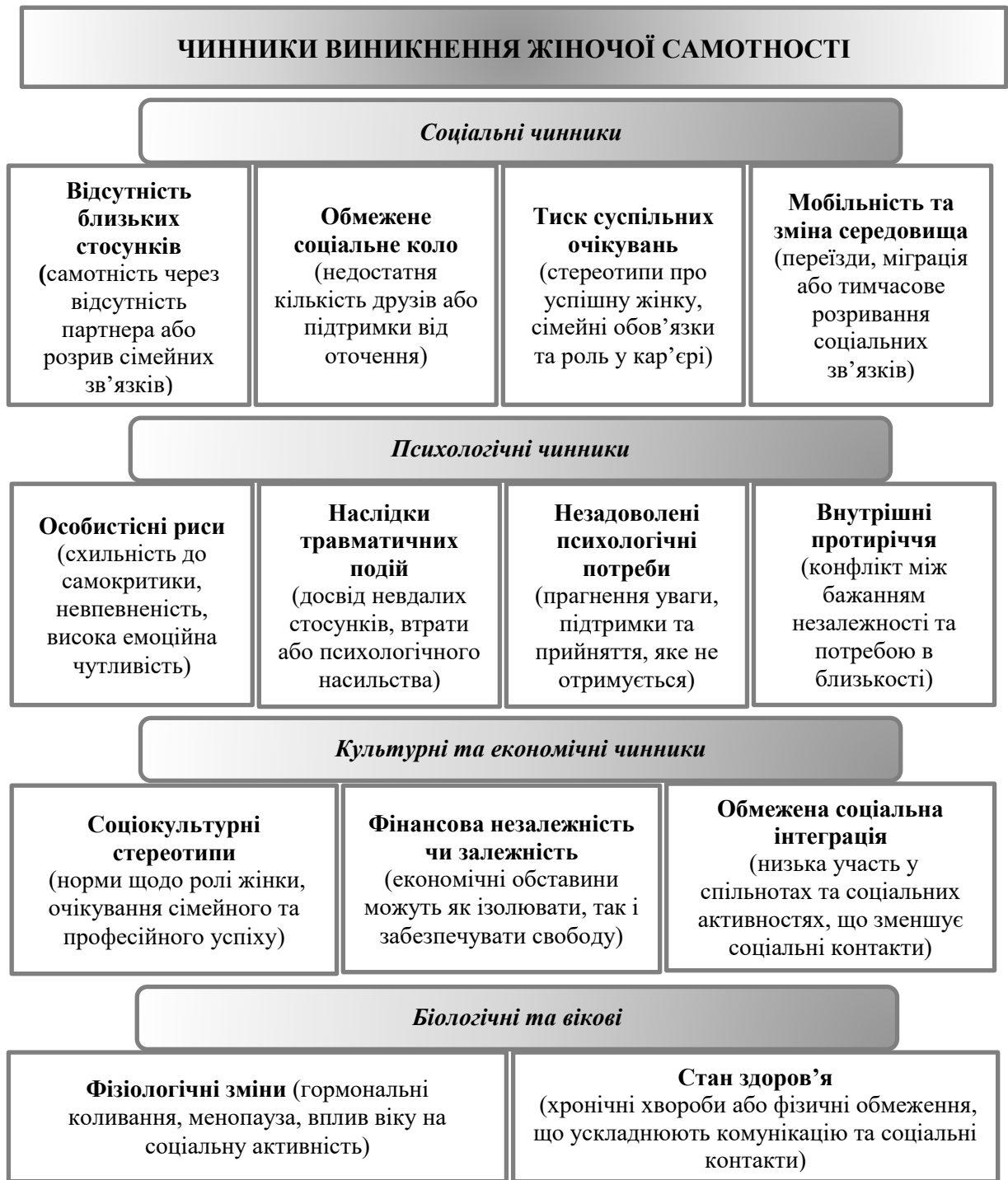


Рис.1.3. Чинники виникнення жіночої самотності

Джерело: розроблено на основі (Леонова, 2021, Марківська, 2024, Дячок та Вінницька, 2025).

Згідно О. В. Литвинчук (2021), у репродуктивному віці самотність найчастіше зумовлена труднощами у сфері сім'ї, шлюбу, освіти та професійного самовизначення. Вона має як об'єктивний вимір, пов'язаний зі звуженням соціальних ролей, так і суб'єктивний – переживання внутрішньої ізоляції навіть

за наявності соціальних контактів. Саме це внутрішнє відчуття самотності може набувати інтенсивного негативного характеру та суттєво впливати як на особистість, так і на її соціальне оточення. На думку Марківська, О. С. (2024), причини жіночої самотності пов'язані з браком емоційної підтримки, близьких стосунків і взаєморозуміння, а також із внутрішніми бар'єрами – страхом, тривожністю, низькою самооцінкою та пошуком внутрішньої рівноваги. Водночас деякі жінки сприймають самотність як природний або необхідний етап життя.

Як стверджує М. Лазарець (2020), причини самотності можна умовно розділити на патологічні та екзистенційні. До патологічних належать неадекватна самооцінка, слабкі комунікативні навички, соціальна фобія, психопатологічні порушення, співзалежність та інфантилізм. Екзистенційна самотність виникає як усвідомлений вибір, що сприймається як норма або джерело цінних ресурсів для особистості. Серед її проявів виділяють самотність як засіб духовного зростання, прийнятну субкультурну форму поведінки, спосіб приховування несхвалюваних суспільством дій, елемент самодостатності та частину професійної діяльності. На думку К. Філоненко та Н. Савелюк, (2025), самотність слід розглядати не лише як емоційний стан або результат соціальної взаємодії, а й як прояв дистинктивної поведінки особистості. Така поведінка характеризується прагненням демонструвати унікальність, виражати індивідуальність і часто виходить за межі соціальних норм, ігноруючи загальноприйняті очікування.

Дослідники Ю. О. Дем'яненко та О. О. Бойправ (2020). виділяють дві основні форми самотності. Позитивна самотність – це усамітнення як свідомо бажаний і продуктивний стан, що сприяє творчості, самодостатності та розвитку особистості, не викликає негативних переживань і не знижує самооцінку. Деструктивна самотність навпаки є руйнівною, дезадаптивною, спричиняє відчуження, нещастя та підпорядковує собі інші психічні процеси, підриваючи цілісність особистості.

Як стверджують Л. Ніколаєв та ін. (2022), самотнім жінкам менш притаманні активні та конструктивні копінг-стратегії, зокрема планування вирішення проблем, позитивна переоцінка, самоконтроль і прийняття особистої відповідальності. Жінки середнього віку з вираженим переживанням самотності вирізняються підвищеною емоційною нестійкістю, тривожністю, ригідністю та песимістичними установками. Для них характерні знижена впевненість у собі, неадекватна самооцінка, труднощі в осмисленні життєвих цілей і плануванні майбутнього, схильність до уникання проблем і пасивної життєвої позиції, а також орієнтація на зовнішні, конформістські цінності замість внутрішніх механізмів саморегуляції.

На думку О. В. Литвинчук (2021), жіноча самотність супроводжується зниженням самооцінки, зростанням тривожності й відчуженості, емоційною пригніченістю, порушенням соціальних зв'язків та негативним ставленням до себе й інших. Баррето М. та ін. (2025), вважають, що самотність є болісним відчуттям нестачі або низької якості соціальних зв'язків, яке відрізняється від об'єктивної соціальної ізоляції. Тривала самотність у жінок негативно впливає на психічне здоров'я, підвищуючи ризик депресії та тривоги, а також на фізичне здоров'я, сприяючи проблемам зі сном, серцево-судинним захворюванням і підвищуючи ризик ранньої смертності.

Наукові дані підтверджують, що самотність пов'язана з погіршенням фізичного здоров'я, зокрема серцево-судинними захворюваннями, хронічним болем та ожирінням. Вона також асоціюється з психіатричними та психосоціальними порушеннями, включно з депресією, тривожними розладами, суїцидальними думками, шизофренією та біполярним розладом (Гасулл-Молинера та ін., 2024). Китайські дослідники М.-Ц. Сяо та ін. (2023), вважають, що самотність є потужним предиктором депресивних проявів. Її вплив частково опосередковується особистісними ресурсами – стійкістю та цілеспрямованістю, які зменшують інтенсивність депресивних симптомів навіть за різних стратегій емоційної регуляції. Когнітивна переоцінка послаблює негативний зв'язок між

самотністю та депресією, тоді як експресивне пригнічення, навпаки, підсилює його. При цьому стійкість відіграє ключову роль у ланцюзі цих взаємозв'язків.

Іспанські науковці Е. Еганья-Маркос та ін. (2025), стверджують, що самотність виступає сполучною ланкою між індивідуальними переживаннями та структурними умовами життя, що робить її важливою мішенню для профілактичних і психосоціальних інтервенцій, спрямованих на зміцнення психічного здоров'я населення. Самотність є центральною ланкою, яка пов'язує соціально-економічні умови життя з психічним станом людини. Вона продемонструвала найсильніший негативний зв'язок із психічним благополуччям, підтвердивши свою роль не лише як емоційного переживання, а й як системного психосоціального ризику. Низький рівень доходу підсилює відчуття соціальної ізоляції, обмежуючи доступ до ресурсів підтримки, тоді як достатня фінансова стабільність частково пом'якшує деструктивний вплив самотності на психічне здоров'я. Соціальна підтримка виступає ключовим буфером у цій взаємодії: вона знижує інтенсивність самотності та водночас безпосередньо підвищує показники психічного благополуччя.

Як стверджують італійські вчені Й. Баарк та М. Ковачич (2022), негативний вплив самотності реалізується через поведінкові та біологічні механізми: нездоровий спосіб життя, порушення сну та хронічний стрес. Це супроводжується нейроендокринною дисрегуляцією й системним запаленням, що підвищує ризик серцево-судинних захворювань і ушкодження мозку. Психічні розлади, пов'язані із самотністю, можуть додатково поглиблювати ці порушення, формуючи замкнене коло.

Жіноча самотність безпосередньо впливає на ментальне благополуччя, формуючи емоційні та психологічні труднощі. Тривала ізоляція сприяє підвищенню тривожності, суму та емоційної нестабільності, одночасно знижуючи самооцінку та життєву стійкість. Одночасно з цим, жіноча самотність може мати позитивний ефект на ментальне благополуччя, надаючи час для усвідомлення власних потреб, пріоритетів та внутрішніх ресурсів. Усамітнення

сприяє розвитку автономності та емоційної стійкості, дозволяючи відновити внутрішній баланс і зменшити вплив зовнішнього соціального тиску (Рис. 1.4).

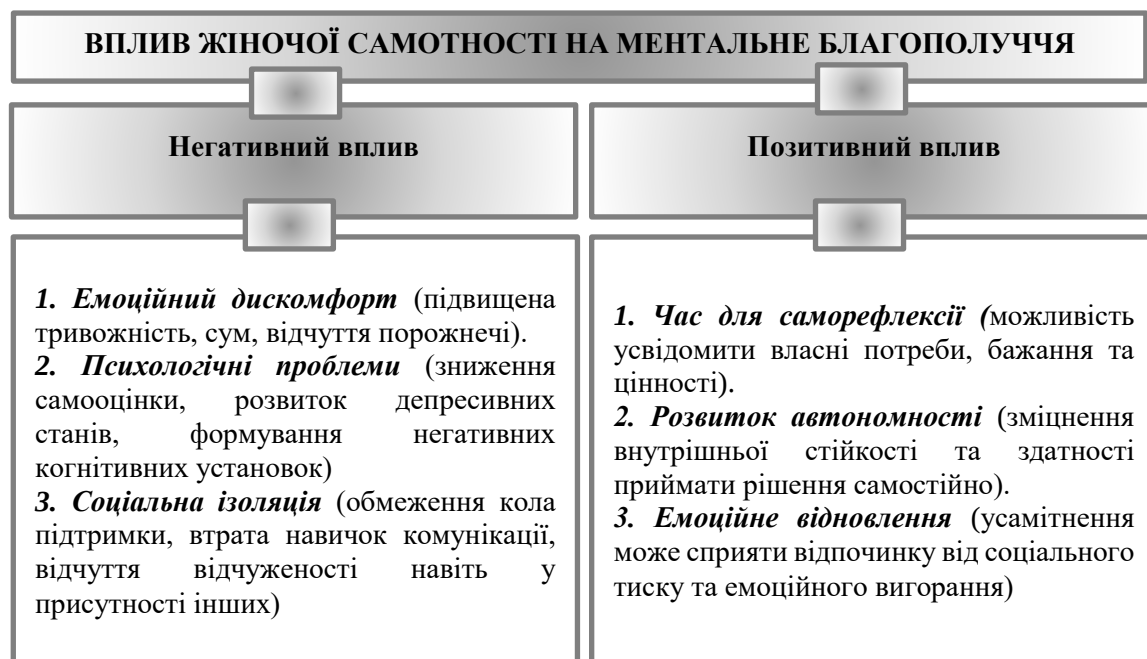


Рис. 1.4. Вплив жіночої самотності на ментальне благополуччя

Джерело: розроблено на основі (Філоненко та Савелюк, 2025, Дем'яненко та Бойправ, 2020).

Отож, жіноча самотність є багатовимірним соціально-психологічним феноменом, що формується під впливом особистісних, соціальних і життєвих обставин та суттєво впливає на психічне благополуччя. Вона проявляється не лише як відсутність партнера, а передусім як суб'єктивне переживання емоційної відчуженості й дефіциту підтримки. До чинників її виникнення належать трансформація соціальних ролей, розлучення, вимушена ізоляція, надмірне рольове навантаження та соціальна нестабільність. Тривале переживання самотності асоціюється зі зростанням тривожності, депресивних симптомів і зниженням психологічної стійкості, що погіршує загальний рівень психічного благополуччя. Це зумовлює потребу у цілісному підході до розуміння та подолання жіночої самотності з опорою на соціальну підтримку та психологічні ресурси.

1.3. Соціально-психологічні детермінанти ментального здоров'я самотніх жінок: структура та взаємозв'язки

Соціальний стан самотніх жінок є багатовимірним феноменом, що формується під впливом поєднання соціально-демографічних, психологічних та культурних чинників. Він охоплює не лише об'єктивні характеристики (вік, сімейний статус, життєві обставини), а й суб'єктивні поведінкові та емоційні прояви, зокрема рівень соціальної активності або схильність до ізоляції, невпевненість у собі чи, навпаки, компенсаторне прагнення до самопрезентації та зовнішньої привабливості. Віковий фактор відіграє істотну роль у соціально-психологічній динаміці самотності: після сорока років частка самотніх жінок нерідко перевищує кількість самотніх чоловіків, що зумовлено як демографічними процесами, так і соціальними очікуваннями щодо жіночих ролей. Важливими детермінантами також виступають життєві події, зокрема розлучення, які можуть посилювати переживання соціальної втрати, знижувати відчуття підтримки та негативно впливати на ментальне здоров'я. Самотність, попри її зовнішню зрозумілість, є психологічно складним і внутрішньо суперечливим явищем. Вона не зводиться до факту відсутності партнерських стосунків, а відображає глибокий розрив між потребою в емоційній близькості та можливістю її реалізації. Саме ця суб'єктивна невідповідність робить самотність вагомим соціально-психологічним детермінантом ментального здоров'я самотніх жінок, впливаючи на їхню самооцінку, емоційну стабільність та здатність до соціальної інтеграції (Джалгашбоївна, 2025).

У сучасних дослідженнях ментальне здоров'я розглядається не лише як індивідуальна характеристика, а й як явище, що формується під впливом соціально-психологічних детермінант. Для самотніх жінок ці фактори включають соціальну підтримку, міжособистісні контакти, рівень соціальної інтеграції, наявність близьких стосунків, а також суб'єктивне сприйняття самотності та ізоляції. Взаємозв'язки між цими детермінантами визначають структуру ментального здоров'я, впливаючи на здатність до емоційної регуляції, стресостійкості та психологічної адаптації. Дослідження соціально-

психологічних детермінантів дозволяє виокремити ключові механізми, що підтримують або послаблюють психічне благополуччя самотніх жінок, а також розробити ефективні стратегії профілактики та психосоціальної підтримки. Детермінанти ментального здоров'я самотніх жінок представлені в Таблиці 1.1.

Таблиця 1.1

Детермінанти ментального здоров'я самотніх жінок

Детермінанти ментального здоров'я самотніх жінок	Характеристика
Соціальні детермінанти ментального здоров'я самотніх жінок	
1. Соціальна підтримка	1. Емоційна підтримка: можливість поділитися переживаннями, отримати співчуття та розуміння; 2. Інформаційна підтримка: поради, рекомендації, знання для вирішення проблем; 3. Практична допомога: матеріальна чи організаційна підтримка, що полегшує повсякденне життя.
2. Соціальна інтеграція	1. Участь у громадських ініціативах: волонтерство, клуби за інтересами, культурні заходи; 2. Взаємодія з друзями та колегами: регулярні контакти, підтримка спільних активностей; 3. Відчуття соціальної приналежності: сприйняття себе частиною колективу або спільноти.
3. Сімейний та партнерський статус	1. Відсутність партнера або членів сім'ї: призводить до стійкого стану самотності та зменшує соціальну підтримку у повсякденному житті; 2. Статус розлученої або вдови: часто пов'язаний із підвищеним емоційним навантаженням та ризиком депресивних проявів; 3. Наявність сім'ї: забезпечує регулярні соціальні контакти, емоційну та практичну підтримку, що позитивно впливає на психічне благополуччя.
Психологічні детермінанти ментального здоров'я самотніх жінок	
1. Суб'єктивне сприйняття самотності	Відображає відчуття соціальної ізоляції та дефіциту міжособистісних контактів. Цей детермінант формується під впливом соціальних обставин та особистісних особливостей, включно зі стратегічними способами адаптації до ізоляції.
2. Емоційна регуляція	Визначає здатність контролювати стрес, тривожність та депресивні прояви, забезпечуючи психологічну рівновагу в складних життєвих ситуаціях.
3. Ставлення до себе та самооцінка	Характеризує рівень впевненості, самоповаги та психологічної стійкості. Цей детермінант взаємопов'язаний із суб'єктивним сприйняттям самотності та емоційною регуляцією, формуючи комплексну систему психологічних чинників ментального здоров'я самотніх жінок.

Джерело: складено на основі Idzik et al., 2021, Rönkä et al., 2020, Sharma & Shukla, 2025

Соціальні детермінанти ментального здоров'я самотніх жінок включають соціальну підтримку, соціальну інтеграцію та сімейно-партнерський статус, які суттєво впливають на їх психічне благополуччя. Соціальна підтримка визначає здатність отримувати емоційну, інформаційну та практичну допомогу від оточення: емоційна підтримка дозволяє поділитися переживаннями та отримати розуміння, інформаційна – отримати поради та рекомендації для вирішення проблем, а практична допомога полегшує повсякденне життя. Її відсутність підвищує ризик тривожності, депресії та ізоляції. Соціальна інтеграція відображає ступінь участі жінки в громадських і культурних активностях, взаємодії з друзями та колегами, а також відчуття приналежності до соціальних груп; низький рівень інтеграції посилює самотність і погіршує психічне здоров'я. Сімейний та партнерський статус також критично важливий: відсутність партнера або членів сім'ї формує стійке відчуття самотності, статус розлученої чи вдови часто супроводжується підвищеним емоційним навантаженням і депресивними проявами, тоді як наявність сім'ї забезпечує регулярні соціальні контакти, емоційну та практичну підтримку, що позитивно впливає на психічне благополуччя (Ідзін та ін., 2021).

Психологічні детермінанти ментального здоров'я самотніх жінок визначають внутрішні механізми, що впливають на їх психічне благополуччя та здатність адаптуватися до соціальних умов. До ключових складових належить суб'єктивне сприйняття самотності, яке відображає відчуття соціальної ізоляції, дефіциту міжособистісних контактів і недостатньої емоційної підтримки; висока інтенсивність цього переживання посилює ризик розвитку тривожності, депресивних симптомів та емоційного виснаження. Емоційна регуляція виступає критичною психологічною здатністю, що включає контроль стресових реакцій, тривожності та депресивних проявів, підтримуючи адаптивне функціонування особистості в умовах соціальної ізоляції. Не менш важливим є ставлення до себе та самооцінка, які відображають рівень впевненості у власних силах, самоповаги та психологічної стійкості; високий рівень самооцінки пом'якшує негативний вплив самотності, тоді як низька – посилює вразливість до психоемоційних

розладів. Взаємодія цих психологічних детермінантів формує комплексний механізм захисту або ризику психічного здоров'я самотніх жінок (Шарма та Шукла, 2025).

Отож, детермінанти ментального здоров'я самотніх жінок формуються як комплекс взаємопов'язаних соціальних та психологічних чинників. Соціальні детермінанти – наявність соціальної підтримки, інтеграція у суспільні та культурні активності, сімейний та партнерський статус – прямо впливають на рівень психічного благополуччя, пом'якшуючи або посилюючи відчуття самотності. Психологічні детермінанти, зокрема суб'єктивне сприйняття самотності, здатність до емоційної регуляції та самооцінка, модулюють вплив соціальних факторів, визначаючи стійкість або вразливість до стресу, тривожності та депресивних проявів. Взаємодія соціальних та психологічних ресурсів створює цілісну систему детермінантів, де позитивні соціальні контакти та ефективні внутрішні механізми саморегуляції сприяють збереженню психічного здоров'я, тоді як ізоляція та низька психологічна стійкість підвищують ризик психоемоційних розладів. Таким чином, ментальне здоров'я самотніх жінок визначається синергетичним поєднанням зовнішніх соціальних умов та внутрішніх психологічних ресурсів.

Висновки до розділу 1

У сучасній науковій літературі ментальне здоров'я трактують як комплексний соціально-психологічний конструкт, який відображає ступінь психічного функціонування індивіда в контексті його соціальних взаємодій. Ментальне здоров'я – це інтегрований соціально-психологічний конструкт, що характеризує динамічну здатність індивіда підтримувати психологічну рівновагу, ефективно регулювати емоції, адаптуватися до соціальних і життєвих вимог, забезпечувати адекватну міжособистісну взаємодію та реалізовувати особистісний потенціал у контексті соціального середовища. Ментальне здоров'я жінок є динамічною системою, що формується під впливом взаємодії психологічних, соціальних, культурних та біологічних факторів. Його рівень

визначає здатність жінки підтримувати внутрішню стійкість, ефективно регулювати емоції, реалізовувати власний потенціал та будувати здорові міжособистісні стосунки.

Жіноча самотність є складним соціально-психологічним явищем, зумовленим поєднанням життєвих обставин, соціальних ролей і суб'єктивного сприйняття ізоляції. Вона проявляється як дефіцит емоційної близькості та підтримки й істотно впливає на психічне благополуччя.

Ментальне здоров'я самотніх жінок визначається комплексною взаємодією соціальних та психологічних детермінантів. Соціальні фактори, так як наявність підтримки, інтеграція в соціальні спільноти та сімейний статус, безпосередньо впливають на психічне благополуччя, тоді як психологічні ресурси, включно із суб'єктивним сприйняттям самотності, емоційною регуляцією та самооцінкою, модулюють цей вплив. Позитивні соціальні контакти та ефективна саморегуляція сприяють збереженню психічного здоров'я, тоді як ізоляція та низька психологічна стійкість підвищують ризик депресивних і тривожних проявів.

РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ МЕНТАЛЬНОГО ЗДОРОВ'Я САМОТНІХ ЖІНОК

2.1. Методологія та організація емпіричного дослідження ментального здоров'я самотніх жінок віком 30–45 років.

Емпіричне дослідження ментального здоров'я самотніх жінок з України віком 30–45 років спрямоване на виявлення специфіки їхнього психоемоційного стану та соціально-психологічних чинників, що впливають на переживання самотності. Вибір методології та організація дослідження зумовлені необхідністю комплексного, науково обґрунтованого аналізу цього феномену, що дозволяє поєднати кількісні та якісні підходи, забезпечити достовірність отриманих результатів і створити підґрунтя для їх подальшої інтерпретації.

Процедура дослідження

Процедура дослідження була спланована таким чином, щоб забезпечити систематичний і послідовний збір даних про ментальне здоров'я та рівень самотності учасниць. Для цього було визначено чіткі етапи формування вибірки, інформування учасниць, проведення опитувань та обробки отриманих даних. Використання онлайн-формату дослідження дозволяло охопити цільову групу жінок віком 30–45 років, забезпечити конфіденційність відповідей та стандартизувати умови збору інформації. Така організація процедури дала змогу оцінити взаємозв'язок між соціально-психологічними характеристиками самотніх жінок та показниками їх ментального здоров'я (Рис.2.1).

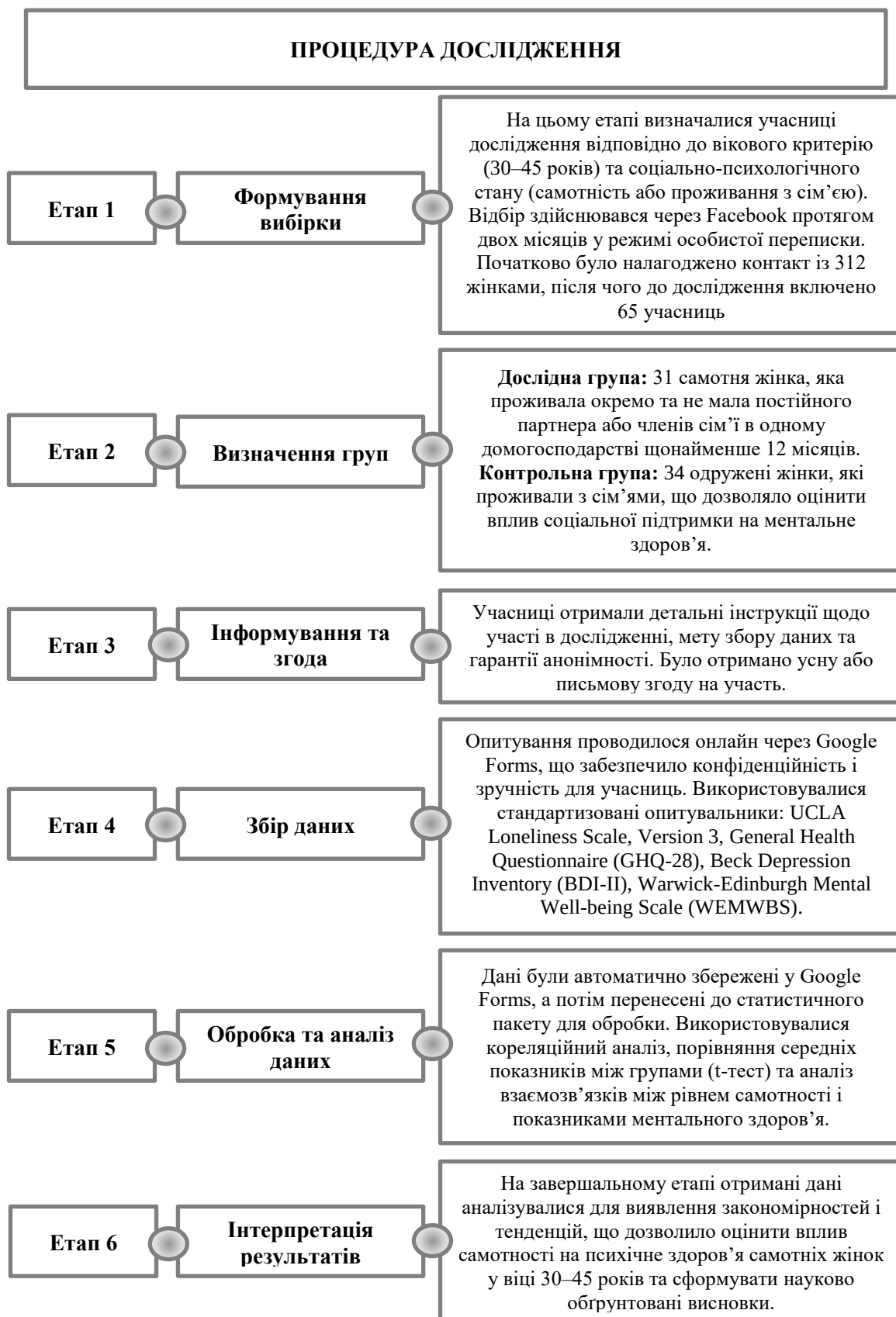


Рис. 2.1. Процедура дослідження

Джерело: складено самостійно

Формування вибірки дослідження

Для формування вибірки дослідження використовувалася соціальна мережа Facebook, що забезпечила оперативний та широкодоступний контакт із потенційними учасницями. Протягом двох місяців у форматі особистої переписки проводилося налагодження контактів, уточнення критеріїв участі та формування груп відповідно до віку, соціального та сімейного статусу. Початково було встановлено контакт із 312 жінками з України, з яких після процедури відбору та врахування вікового критерію (30–45 років) до остаточної вибірки увійшло 65 учасниць.

Для проведення емпіричного дослідження сформовано дві групи: дослідну та контрольну. Дослідна група включала 31 самотню жінку, яка проживала окремо та не мала постійного партнера або членів сім'ї у домогосподарстві протягом щонайменше 12 місяців, що забезпечувало стабільне відображення стану самотності. Крім цього, враховувалося суб'єктивне сприйняття ізоляції та соціальної відстороненості, оцінене на етапі попередньої переписки з учасницями. Контрольна група складалася з одружених жінок, які проживали разом із сім'ями, що дозволяло зіставити соціально-психологічні показники ментального здоров'я за умов наявності або відсутності постійної соціальної підтримки.

Такий підхід до формування вибірки забезпечив репрезентативність та порівнянність груп, дозволив виявити вплив сімейного та соціального статусу на ментальне здоров'я самотніх жінок та надати обґрунтовані висновки щодо соціально-психологічних детермінант цього феномену. Вибірка дослідження представлена у Таблиці 2.1.

Таблиця 2.1

Вибірка дослідження

Група	Кількість учасниць	Віковий діапазон (роки)	Сімейний стан	Умови проживання	Критерій включення	Додаткові характеристики
Дослідна	31	30–45	Неодружені / розлучені	Проживають окремо	Відсутність постійного партнера або членів сім'ї ≥ 12 місяців	Суб'єктивне сприйняття самотності, соціальна ізоляція

Контроль на	34	30–45	Одружені	Проживають разом із сім'єю	Наявність сім'ї та спільного проживання	Соціальна підтримка від членів сім'ї
------------------------	----	-------	----------	----------------------------------	--	--

Джерело: складено самостійно

Методи дослідження

Для дослідження соціально-психологічних особливостей ментального здоров'я самотніх жінок віком 30–45 років було застосовано комплексний підхід, що поєднує кількісні та якісні методи. Основний акцент робився на визначенні рівня самотності, психічного благополуччя та пов'язаних психологічних характеристик, таких як стрес та соціальна підтримка.

Для оцінки ментального здоров'я учасниць дослідження було використано комбінований підхід з чотирьох стандартизованих опитувальників (Додаток А):

1. UCLA Loneliness Scale, Version 3 – для оцінки суб'єктивного відчуття самотності та соціальної ізоляції, визначення її інтенсивності та вивчення впливу на психічне здоров'я учасниць.

2. General Health Questionnaire (GHQ-28) – для вимірювання загального психічного благополуччя та виявлення симптомів тривожності, депресії, соматичних проявів і порушень соціального функціонування.

3. Beck Depression Inventory (BDI-II) – для оцінки рівня депресивних симптомів і визначення їхньої тяжкості серед самотніх та одружених жінок.

4. Warwick-Edinburgh Mental Well-being Scale (WEMWBS) – для оцінки загального психічного здоров'я з фокусом на позитивні емоції, психологічну стійкість та адаптивні механізми.

Поєднання цих інструментів дозволило комплексно оцінити вплив самотності на психічне благополуччя, виявити рівень депресії та тривожності, а також визначити стан психологічної стійкості та суб'єктивного благополуччя учасниць.

2.2. Комплексний аналіз соціально-психологічних індикаторів ментального здоров'я самотніх жінок

Для оцінки суб'єктивного відчуття самотності та рівня соціальної ізоляції учасниць у цьому дослідженні було використано UCLA Loneliness Scale, Version 3. Ця шкала дозволяє кількісно визначити інтенсивність самотності, виявити різні форми її проявів та дослідити взаємозв'язок із психічним здоров'ям. Опитування спрямоване на те, щоб охарактеризувати, наскільки учасниці відчують соціальну відстороненість і емоційну ізоляцію, а також надати дані для порівняння самотніх жінок із жінками, які проживають у сімейних спільнотах. Відповіді респондентів дозволяють отримати комплексне уявлення про соціально-психологічний стан та потенційні ризики для ментального здоров'я. Результати опитування респондентів представлені в Таблиці 2.2, Таблиці 2.3.

Таблиця 2.2

Результати опитування за UCLA Loneliness Scale, Version 3

Група	Кількість учасниць	Середній бал UCLA	Стандартне відхилення	Мінімум	Максимум
Дослідна (самотні)	31	57,3	6,8	45	68
Контрольна (одружені)	34	35,7	5,9	25	45
Всього	65	46,1	12,1	25	68

Джерело: складено самостійно

Результати опитування за UCLA Loneliness Scale, Version 3 демонструють чіткі відмінності у рівні самотності між самотніми та одруженими жінками. Серед дослідної групи, до якої увійшли жінки, що проживають окремо та не мають постійного партнера, середній бал склав 57,3, що відповідає високому рівню самотності. Водночас у контрольній групі, до складу якої входили одружені жінки, середній бал становив 35,7, що свідчить про низький рівень самотності. Значна варіативність показників у самотніх жінок (стандартне відхилення 6,8) вказує на те, що досвід самотності індивідуально відчувається по-різному, і не всі учасниці відчують його однаково інтенсивно. Аналіз розподілу балів за категоріями показав, що більшість самотніх жінок віднесли

до групи з високим і дуже високим рівнем самотності, тоді як у контрольній групі переважали учасниці з низьким та помірним рівнем самотності. Ці дані підтверджують, що відсутність постійного соціального оточення та підтримки значно підвищує суб'єктивне відчуття соціальної ізоляції, що має прямий зв'язок із ризиком погіршення психічного здоров'я та формування депресивних або тривожних станів.

Таблиця 2.3

Класифікація за рівнями самотності (за загальними балами UCLA)

Рівень самотності	Бал UCLA	Кількість учасниць	%
Низький	20–34	5	7,7%
Помірний	35–49	29	44,6%
Високий	50–64	25	38,5%
Дуже високий	65–80	6	9,2%

Джерело: складено самостійно

Аналіз класифікації за рівнями самотності за шкалою UCLA Loneliness Scale демонструє чітке розподілення учасниць за інтенсивністю відчуття самотності. Більшість самотніх жінок потрапили до категорій високого (38,5%) та дуже високого (9,2%) рівня самотності, що свідчить про значну соціальну ізоляцію та виражене емоційне відчуття відстороненості від соціального оточення. У контрольній групі переважали учасниці з низьким (7,7%) та помірним (44,6%) рівнем самотності, що відповідає їхньому соціальному стану та наявності сімейної підтримки. Такий розподіл підкреслює, що наявність постійного партнера та соціального оточення суттєво зменшує інтенсивність переживань самотності, тоді як її відсутність формує стійке і глибоке відчуття соціальної ізоляції. Крім того, класифікація показує, що навіть у групі самотніх жінок існує значна індивідуальна різниця у сприйнятті самотності, що потребує подальшого вивчення факторів, які можуть пом'якшувати або посилювати цей стан, таких як соціальна активність, емоційна підтримка та суб'єктивна оцінка власного життя.

Для оцінки загального психічного благополуччя учасниць та виявлення ознак тривожності, депресії, соматичних проявів і порушень соціального функціонування у цьому дослідженні було використано General Health

Questionnaire (GHQ-28). Опитування дозволило кількісно оцінити стан психічного здоров'я як самотніх, так і одружених жінок, порівняти рівні емоційного стресу та психосоматичних симптомів, а також дослідити взаємозв'язок між соціальною ізоляцією та психічним благополуччям. Результати цього опитування надають комплексне уявлення про психологічні труднощі, характерні для різних соціальних груп, і слугують основою для подальшого аналізу факторів, що впливають на ментальне здоров'я жінок віком 30–45 років. Результати опитування представлені у Таблиці 2.4, Таблиці 2.5.

Таблиця 2.4

Результати опитування за GHQ-28

Група	Кількість учасниць	Середній загальний бал	Стандартне відхилення	Мінімум	Максимум
Дослідна (самотні)	31	28,7	6,3	18	42
Контрольна (одружені)	34	17,4	5,1	10	28
Всього	65	22,8	7,9	10	42

Джерело: складено самостійно

Результати опитування за GHQ-28 свідчать про суттєві відмінності у психічному здоров'ї між самотніми та одруженими жінками. Середня оцінка дослідної групи склала 28,7 бала, що значно перевищує середній показник контрольної групи (17,4 бала), що свідчить про вищий рівень тривожності, депресії та соматичних симптомів у самотніх учасниць. Аналіз субшкал показав, що найбільші розбіжності спостерігаються у тривожності та депресії, де самотні жінки набрали 8,9 бала проти 5,1 бала у одружених, а також у соматичних проявів та соціального функціонування. Це підтверджує, що відсутність постійного соціального оточення і підтримки підвищує ризик психічних порушень і погіршує здатність до ефективного соціального функціонування. Крім того, розподіл балів свідчить про високу індивідуальну варіативність у самотніх жінок, що підкреслює необхідність врахування особистісних та соціальних детермінант у профілактиці та підтримці ментального здоров'я. Загалом, дані підтверджують тісний зв'язок між самотністю та психічним станом жінок у віковій групі 30–45 років.

Таблиця 2.5

Середні бали за субшкалами GHQ-28

Субшкала GHQ-28	Дослідна група	Контрольна група
Тривожність / Депресія	8,9	5,1
Соматичні симптоми	7,2	4,3
Соціальне функціонування	6,5	4,0
Депресивні симптоми	6,1	4,0

Джерело: складено самостійно

Аналіз середніх балів за субшкалами GHQ-28 демонструє, що самотні жінки (дослідна група) мають суттєво вищі показники у всіх аспектах психічного здоров'я порівняно з одруженими учасницями (контрольна група). Найбільші відмінності спостерігаються у субшкалі тривожності та депресії, де середній бал дослідної групи становить 8,9, тоді як у контрольній – лише 5,1, що свідчить про високий рівень емоційного напруження та схильності до депресивних станів у самотніх жінок. Соматичні симптоми також більш виражені у самотніх (7,2 проти 4,3), що вказує на психосоматичний вплив стресу та соціальної ізоляції. Показники соціального функціонування та депресивних симптомів підтверджують тенденцію до зниження здатності ефективно взаємодіяти в соціальному середовищі та підтримувати емоційний баланс. Загалом, ці дані підкреслюють тісний взаємозв'язок між самотністю та різними аспектами психічного здоров'я, демонструючи, що самотність негативно впливає на емоційний, психосоматичний та соціальний стан жінок.

Для оцінки рівня депресії серед учасниць дослідження було використано Beck Depression Inventory (BDI-II), який дозволяє кількісно визначити інтенсивність депресивних симптомів та їхні варіанти проявів. Опитування охоплювало як самотніх жінок, які проживають окремо, так і одружених учасниць, що мешкають з сім'єю, що дало змогу порівняти вплив соціальної ізоляції та наявності підтримки на психічний стан. Результати BDI-II дозволяють оцінити поширеність депресивних станів, виділити їх рівні – від відсутності симптомів до тяжких форм – і простежити взаємозв'язок між самотністю та емоційним благополуччям жінок віком 30–45 років. Результати опитування представлені в Таблиці 2.6, Таблиці 2.6.

Таблиця 2.6

Результати опитування за BDI-II

Група	Кількість учасниць	Середній загальний бал	Стандартне відхилення	Мінімум	Максимум
Дослідна (самотні)	31	21,4	7,2	10	38
Контрольна (одружені)	34	11,3	5,4	4	22
Всього	65	16,2	8,1	4	38

Джерело: складено самотійно

Результати опитування за BDI-II демонструють чіткі відмінності в рівні депресії між самотніми та одруженими жінками. Середній бал дослідної групи (самотні) становить 21,4, що відповідає помірній депресії, тоді як у контрольній групі (одружені) середній бал дорівнює 11,3, що свідчить про відсутність або легкий рівень депресії. Аналіз розподілу за категоріями показує, що понад половина самотніх жінок (58%) мають помірну або важку депресію, у той час як у контрольній групі лише 11,8% мають помірний рівень, і важка депресія взагалі не зафіксована. Ці дані підтверджують, що соціальна ізоляція та відсутність постійної підтримки підвищують ризик розвитку депресивних станів у жінок віком 30–45 років, а присутність соціальної та сімейної підтримки має захисний ефект на психічне здоров'я. Висока варіативність показників у самотніх учасниць також свідчить про індивідуальні відмінності в сприйнятті самотності та стійкості до емоційного стресу. Розподіл учасниць за рівнями депресії (BDI-II) представлений у таблиці 2.7.

Таблиця 2.7

Розподіл учасниць за рівнями депресії (BDI-II)

Рівень депресії	Дослідна група	Контрольна група
Відсутня (0–13)	3 (9,7%)	18 (52,9%)
Легка (14–19)	10 (32,3%)	12 (35,3%)
Помірна (20–28)	12 (38,7%)	4 (11,8%)
Важка (29–63)	6 (19,3%)	0 (0%)

Джерело: складено самотійно

Розподіл учасниць за рівнями депресії за BDI-II показує значну різницю між самотніми та одруженими жінками. У дослідній групі більшість учасниць перебувають у категоріях помірної (38,7%) та важкої депресії (19,3%), при цьому

лише 9,7% не мають ознак депресії. У контрольній групі, навпаки, більшість жінок (52,9%) демонструють відсутність депресії, легку форму має 35,3%, помірна депресія трапляється лише у 11,8%, а важких випадків не зафіксовано. Такий розподіл підкреслює прямий зв'язок між соціальною ізоляцією та підвищеним ризиком депресії: відсутність постійної соціальної підтримки та життя наодинці суттєво збільшує ймовірність розвитку емоційних розладів, тоді як наявність сім'ї та соціального оточення має захисний ефект. Водночас, варіативність показників у самотніх жінок свідчить про індивідуальні відмінності у сприйнятті самотності та здатності протистояти психологічному стресу.

Для оцінки загального психічного благополуччя учасниць дослідження застосовувалася Warwick-Edinburgh Mental Well-being Scale (WEMWBS), яка дозволяє кількісно визначити рівень позитивного психологічного стану, включно з емоційною стабільністю, життєвим задоволенням та соціальною адаптацією. Опитування охоплювало як самотніх жінок, що проживають окремо, так і одружених, які мешкають із сім'ями, що дало змогу порівняти вплив соціальної ізоляції та наявності підтримки на психічне благополуччя. Результати WEMWBS дозволяють визначити рівні психічного здоров'я, від низького до високого, та простежити взаємозв'язок між соціальним статусом, самотністю та емоційним благополуччям жінок віком 30–45 років. Результати опитування респондентів представлені в Таблиці 2.8, Таблиці 2.9.

Таблиця 2.8

Результати опитування за WEMWBS

Група	Кількість учасниць	Середній загальний бал	Стандартне відхилення	Мінімум	Максимум
Дослідна (самотні)	31	40,8	8,5	25	57
Контрольна (одружені)	34	53,2	7,1	40	64
Всього	65	47,3	9,5	25	64

Джерело: складено самостійно

Результати опитування за WEMWBS показують чіткий вплив самотності на психічне благополуччя жінок віком 30–45 років. Серед самотніх учасниць

середній бал становив 40,8, що відноситься до нижньої межі шкали психічного благополуччя, при цьому понад половина (58%) учасниць дослідної групи належать до категорії низького благополуччя. У контрольній групі, яка складалася з одружених жінок, середній бал був значно вищим – 53,2, причому більшість (64,7%) показала середній рівень психічного благополуччя, а високий рівень спостерігався у 23,5% учасниць. Ці дані свідчать, що наявність сімейної та соціальної підтримки суттєво підвищує психічне благополуччя, тоді як самотність і соціальна ізоляція значно послаблюють емоційну стабільність та загальне психологічне здоров'я. Варіативність показників серед самотніх жінок також вказує на індивідуальні відмінності у сприйнятті ізоляції та здатності до адаптації в умовах соціального стресу.

Таблиця 2.9

Розподіл учасниць за рівнями психічного благополуччя (WEMWBS)

Рівень психічного благополуччя	Дослідна група	Контрольна група
Низький (14–42)	18 (58%)	4 (11,8%)
Середній (43–56)	11 (35,5%)	22 (64,7%)
Високий (57–70)	2 (6,5%)	8 (23,5%)

Джерело: складено самостійно

Розподіл учасниць за рівнями психічного благополуччя за WEMWBS демонструє значні відмінності між самотніми та одруженими жінками. У дослідній групі, що складалася з самотніх жінок, 58% учасниць мають низький рівень благополуччя, ще 35,5% перебувають у середньому діапазоні, і лише 6,5% показали високий рівень. Це свідчить про значний вплив соціальної ізоляції на емоційну стабільність та загальне психологічне здоров'я. У контрольній групі, яка включала одружених жінок, ситуація протилежна: більшість (64,7%) має середній рівень психічного благополуччя, високий рівень зафіксовано у 23,5%, а низький рівень лише у 11,8% учасниць. Така динаміка підкреслює, що наявність сімейного та соціального оточення виступає захисним фактором для психічного здоров'я, тоді як самотність значно підвищує ризик емоційного виснаження та зниження психологічного комфорту.

Для вивчення взаємозв'язків між рівнем самотності та показниками ментального здоров'я учасниць було проведено кореляційний аналіз за методом Пірсона (Pearson r). Цей аналіз дозволив кількісно оцінити, наскільки суб'єктивне відчуття самотності пов'язане з психічним благополуччям, проявами депресії та загальним психічним дискомфортом. Використання цього підходу дає змогу виявити не лише силу, а й напрямок взаємозв'язків між соціально-психологічними та емоційними показниками, що є ключовим для розуміння ролі самотності у формуванні ментального здоров'я жінок віком 30–45 років. Результати аналізу представлені у Таблиці 1.10, Таблиці 1.11.

Таблиця 2.10

Кореляційний аналіз (Pearson r) між самотністю та показниками ментального здоров'я

Показник	Кореляція з UCLA Loneliness Scale (r)	Значущість (p)
GHQ-28 (загальний)	0,62	<0,001
BDI-II (депресія)	0,58	<0,001
WEMWBS (психічне благополуччя)	-0,65	<0,001

Джерело: складено самостійно

Результати кореляційного аналізу показують, що рівень самотності має значущий та системний зв'язок із показниками ментального здоров'я учасниць дослідження. Так, високий рівень самотності достовірно корелює з підвищеними показниками загального психічного дискомфорту за GHQ-28 ($r = 0,62$, $p < 0,001$) та зростанням симптомів депресії за BDI-II ($r = 0,58$, $p < 0,001$). Одночасно спостерігається сильний негативний зв'язок із психічним благополуччям за WEMWBS ($r = -0,65$, $p < 0,001$), що свідчить про зниження позитивного психоемоційного стану при високому рівні самотності. Отримані дані підтверджують, що самотність є ключовим фактором ризику погіршення ментального здоров'я, впливаючи на емоційний стан, депресивні прояви та загальне психологічне благополуччя жінок віком 30–45 років.

Таблиця 2.11

Порівняння середніх показників між дослідною та контрольною групами (t-тест)

Показник	Дослідна (n=31)	Контрольна (n=34)	t	p
GHQ-28 (загальний)	27,4 ± 6,1	18,9 ± 5,2	6,45	<0,001
BDI-II (депресія)	19,2 ± 7,5	9,8 ± 4,6	7,21	<0,001
WEMWBS (психічне благополуччя)	40,8 ± 8,5	53,2 ± 7,1	-6,53	<0,001

Джерело: складено самостійно

Порівняння середніх показників між дослідною (самотні жінки) та контрольною групою (одружені жінки) за допомогою t-тесту виявило суттєві відмінності у психічному здоров'ї. Самотні учасниці демонстрували значно вищі середні бали за GHQ-28 та BDI-II, що свідчить про підвищений рівень психічного стресу та депресивних симптомів порівняно з одруженими жінками. Водночас, їхні середні бали за WEMWBS були значно нижчими, що відображає зниження психічного благополуччя та життєвої задоволеності. Статистично значущі значення t та p (<0,001) підтверджують надійність цих відмінностей, підкреслюючи вплив соціальної ізоляції та відсутності постійної підтримки сім'ї на стан ментального здоров'я жінок віком 30–45 років.

З метою поглибленого аналізу взаємозв'язку між самотністю та показниками психічного стану було проведено лінійний регресійний аналіз. Незалежною змінною виступала самотність, тоді як залежними змінними були психічний дискомфорт, депресія та психологічне благополуччя. Проведений аналіз дозволив оцінити внесок самотності у варіацію зазначених показників і визначити її предиктивну роль. Вибір саме цього методу зумовлений результатами попереднього кореляційного аналізу, який засвідчив наявність статистично значущих зв'язків між досліджуваними змінними, що створює підґрунтя для подальшого вивчення причинно-прогностичних залежностей. Кореляційно-регресійний аналіз зв'язку самотності з психічними показниками у жінок дослідної групи представлений у Таблиці 2.12.

Таблиця 2.12

Кореляційно-регресійний аналіз зв'язку самотності з психічними показниками у жінок дослідної групи

Змінна	r (самотність)	β	t	R ²	p
Психічний дискомфорт (GHQ-28)	0,62	0,55	6,08	0,32	< 0,001
Депресія (BDI-II)	0,58	0,50	5,61	0,28	< 0,001
Психологічне благополуччя (WEMWBS)	-0,65	-0,58	-6,32	0,38	< 0,001

Результати регресійного аналізу свідчать про стабільний і статистично значущий внесок самотності у варіацію всіх досліджуваних показників. Зокрема, виявлено позитивні предиктивні зв'язки самотності з психічним дискомфортом ($\beta = 0,55$; $R^2 = 0,32$; $p < 0,001$) та депресивною симптоматикою ($\beta = 0,50$; $R^2 = 0,28$; $p < 0,001$), що вказує на її роль як чинника підвищення негативного афективного стану. Водночас встановлено негативний предиктивний зв'язок із психологічним благополуччям ($\beta = -0,58$; $R^2 = 0,38$; $p < 0,001$), що свідчить про асоціацію самотності зі зниженням ресурсних характеристик психічного функціонування.

Коефіцієнти детермінації ($R^2 = 0,28\text{--}0,38$) свідчать, що самотність пояснює помірну частку індивідуальних відмінностей у показниках психічного стану. Зокрема, вона обумовлює приблизно 28% варіації депресії, 32% психічного дискомфорту та 38% психологічного благополуччя. Це означає, що самотність є значущим, але не єдиним чинником, який впливає на досліджувані змінні, тоді як решта варіації визначається іншими психологічними та соціальними факторами.

Для порівняння зв'язку самотності з психічними показниками у одружених та неодружених жінок був проведений кореляційно-регресійний аналіз зв'язку самотності з психічними показниками у жінок контрольної групи. Результати аналізу представлені у Таблиці 2.13.

Таблиця 2.13

Кореляційно-регресійний аналіз зв'язку самотності з психічними показниками у жінок контрольної групи

Змінна	r (самотність)	β	t	R ²	p
Психічний дискомфорт (GHQ-28)	0,34	0,29	3,12	0,12	0,003
Депресія (BDI-II)	0,31	0,27	2,89	0,10	0,005
Психологічне благополуччя (WEMWBS)	-0,38	-0,33	-3,45	0,15	0,001

Аналіз результатів кореляційно-регресійного аналізу засвідчив наявність статистично значущих зв'язків між рівнем самотності та психічними показниками у жінок контрольної групи. Водночас сила цих зв'язків залишається помірною, що свідчить про менш виражений вплив переживання самотності на психічний стан одружених жінок порівняно з учасницями дослідної групи.

Найтісніший зв'язок виявлено між самотністю та психологічним благополуччям ($r = -0,38$; $p = 0,001$). Негативний напрям кореляції свідчить, що зі зростанням відчуття самотності спостерігається зниження рівня психологічного благополуччя. Регресійний коефіцієнт ($\beta = -0,33$) підтверджує, що самотність є значущим предиктором цього показника, пояснюючи близько 15 % його варіації ($R^2 = 0,15$).

Позитивний зв'язок між самотністю та психічним дискомфортом також виявився статистично значущим ($r = 0,34$; $p = 0,003$). Значення $\beta = 0,29$ та $t = 3,12$ свідчать про наявність помірного предиктивного ефекту, відповідно до якого підвищення рівня самотності супроводжується зростанням проявів психоемоційного напруження та загального психологічного неблагополуччя. Частка поясненої дисперсії становить 12 %, що вказує на існування додаткових чинників, які впливають на цей показник.

Аналогічна тенденція простежується щодо депресивних проявів. Встановлено прямий кореляційний зв'язок між самотністю та рівнем депресії ($r = 0,31$; $p = 0,005$), тоді як стандартизований коефіцієнт регресії ($\beta = 0,27$) демонструє помірний внесок самотності у формування депресивної

симптоматики. Модель пояснює 10 % варіації показника депресії ($R^2 = 0,10$), що є найнижчим значенням серед досліджуваних змінних.

Загалом отримані результати дозволяють стверджувати, що самотність залишається важливим чинником психічного благополуччя навіть серед одружених жінок, однак її вплив має менш інтенсивний характер. Порівняно з дослідною групою, коефіцієнти кореляції та регресії є нижчими, а значення R^2 суттєво меншими, що може свідчити про певний захисний потенціал сімейних і партнерських взаємин щодо негативних психологічних наслідків переживання самотності. Це вказує на те, що на психічний стан жінок контрольної групи поряд із самотністю впливає ширший спектр соціальних, сімейних та особистісних ресурсів.

2.3. Інтерпретація та обговорення результатів емпіричного дослідження ментального здоров'я самотніх жінок

Метааналіз був проведений з метою систематизації наявних даних щодо впливу самотності на психічне здоров'я жінок та виявлення ключових соціально-психологічних детермінант, які формують цей взаємозв'язок у різних вікових та соціальних групах. Для проведення метааналізу спочатку було вивчено понад 100 наукових джерел, що розглядали взаємозв'язок самотності та психічного здоров'я серед жінок різного віку та соціальних груп. На першому етапі відібрано роботи, які відповідали критеріям актуальності, емпіричності та методологічної прозорості. Далі з-поміж цих джерел були виключені огляди, повторні публікації та дослідження з неповними даними. На фінальному етапі залишилося 9 ключових досліджень, які надали достатньо емпіричних даних щодо впливу самотності на депресію, тривожність, стрес, психологічне благополуччя та фізичне здоров'я, що дозволило систематизувати результати та виявити основні соціально-психологічні детермінанти ментального здоров'я самотніх жінок (Додаток Б, Таблиця Б.1).

Проведений метааналіз демонструє, що самотність є значущим фактором, який негативно впливає на психічне та фізичне здоров'я жінок у різних вікових

та соціальних групах. Дані з 9 ключових досліджень підтверджують, що високий рівень самотності асоціюється з підвищеною тривожністю, депресією, зниженим психологічним благополуччям, а інколи й погіршенням фізичного стану. Соціально-психологічні детермінанти, такі як вік, сімейний статус, соціальна ізоляція, життєві обставини та культурні стереотипи, відіграють важливу роль у формуванні цих наслідків. Проаналізуємо основні результати досліджень та зіставимо їх з результатами нашого дослідження.

У дослідженні С. С. Кумара та П. К. Віджаяна (2025), була проведена оцінка впливу самотності на депресію та гендерні відмінності серед висококваліфікованих мігрантів у Нідерландах. Участь брали 200 осіб (100 чоловіків і 100 жінок) віком від 18 років, які прожили в країні щонайменше рік і мали освіту бакалавра або вище. Дані збирали за допомогою Шкали самотності UCLA (версія 3), PHQ-9 та демографічної анкети. Результати показали, що жінки відчували вищий рівень самотності (62%) і мали вищий рівень депресії (49%), ніж чоловіки (39% та 34% відповідно). Самотність була тісно пов'язана з депресією ($r = 0,58$, $p < 0,001$) і пояснювала 34% варіації в рівні депресії. Це узгоджується з результатами нашого дослідження, яке показало, що високий рівень самотності значно корелює з погіршенням загального психічного здоров'я та підвищеною депресією.

У нашому дослідженні виявлено, що самотність має значущий позитивний зв'язок із загальним психічним здоров'ям за GHQ-28 ($r = 0,62$, $p < 0,001$). Це свідчить про те, що зі збільшенням рівня самотності зростають прояви тривожності, соматичні скарги та порушення соціального функціонування серед жінок віком 30–45 років. Ці результати узгоджуються з міжнародними дослідженнями, які показують, що самотність є потужним соціально-психологічним детермінантом погіршення психічного здоров'я, підкреслюючи її роль як ключового чинника ризику розвитку емоційних та поведінкових проблем у дорослих жінок. Результати дослідження Д. Дінга та ін. (2024), в якому взяли участь жінки віком 43–51 років з Австрії показали, що самотність значно погіршує психічне та фізичне здоров'я жінок середньої вікової групи, особливо

впливаючи на емоційне, соціальне та фізичне функціонування. Результати дослідження Н. ХаГані та ін. (2025), за участю австралійських жінок, показали, що самотність тісно пов'язана з психічним здоров'ям, підвищуючи ризик депресії, тривоги та стресу. Вона може провокувати дезадаптивну стресову реакцію, що веде до соціальної ізоляції та формує замкнене коло, в якому зростає схильність до ризикової або нездорової поведінки, включно з курінням, і як наслідок – погіршується фізичне та психічне здоров'я. Результати дослідження П. Верма та С Сінгх, (2024) за участі студентів з Індії показали, що високий рівень самотності сприяє розвитку проблем психічного здоров'я, зокрема стресу, тривоги, депресії та суїцидальних думок. Деякі особи вдаються до ризикової поведінки, зокрема надмірного вживання алкоголю та інших шкідливих звичок. Жінки в цілому страждають від самотності сильніше, ніж чоловіки.

У нашому дослідженні виявлено значущий негативний зв'язок між самотністю та психічним благополуччям за WEMWBS ($r = -0,65$, $p < 0,001$). Це означає, що зі зростанням рівня самотності спостерігається помітне зниження позитивного психічного стану жінок віком 30–45 років, включно з погіршенням емоційного комфорту, життєвої енергії та задоволеності життям. Результати узгоджуються з міжнародними дослідженнями, що підкреслюють критичний вплив соціальної ізоляції на ментальне здоров'я, і демонструють, що підтримка соціальних зв'язків є важливим фактором у збереженні психологічного благополуччя самотніх жінок. Зокрема, у дослідженні О. Акіньємі (2025), в якому взяли участь 47 318 осіб – резидентів США, з яких жінки (62,1%), віком 18–64 років (72,1%), підкреслено, що самотність особливо негативно впливає на психічне здоров'я жінок і потребує цільових заходів підтримки для зміцнення їхнього благополуччя. Особи, які завжди відчували самотність, мали значно вищу ймовірність депресії (50,2% проти 9,7%) та більше днів із поганим психічним (на 10,9 днів) і фізичним здоров'ям (на 5 днів) на місяць. Також, виявлено суттєві гендерні відмінності: жінки повідомляли про більше днів із поганим психічним здоров'ям, особливо при помірному рівні самотності («іноді» +0,84 дня, «рідко» +0,65 дня), що свідчить про найбільшу вразливість

жінок саме в цих категоріях. Також спостерігалися расові та вікові відмінності: чорношкірі учасники, які відчували самотність, мали нижчу ймовірність депресії та менше днів поганого психічного здоров'я порівняно з білими, а люди старше 64 років мали більше днів із поганим фізичним здоров'ям незалежно від рівня самотності.

У дослідженні Я. Лян та ін. (2024), використано поведінкові, генетичні дані та дані про госпіталізації з Британського біобанку для оцінки зв'язку самотності з широким спектром захворювань. Протягом медіанного періоду спостереження 12,2 роки самотність була пов'язана з підвищеним ризиком у 13 із 14 категорій захворювань і в 30 із 56 окремих хвороб. Менделівська рандомізація показала, що генетична схильність до самотності не є причинним фактором для 20 із 26 проаналізованих захворювань, включно із серцево-судинними хворобами, цукровим діабетом 2 типу, ожирінням, хронічними хворобами печінки та нирок, а також більшістю неврологічних розладів; потенційно причинний зв'язок спостерігався лише для шести захворювань. Соціально-економічні фактори, поведінка щодо здоров'я, симптоми депресії та супутні хвороби значною мірою пояснювали спостережувані асоціації. Загалом, результати свідчать, що самотність швидше є сурогатним маркером ризику, ніж прямим причинним фактором більшості захворювань. Ці результати узгоджуються з результатами нашого дослідження, яке показало, що високий рівень самотності асоціюється зі зростанням соматичних скарг.

Результати дослідження Р. Д. Шарма та А. Шукла (2025), в якому прийняли участь молоді жінки віком 18–25 років з штату Раджастан (Індія), показали, що самотність, як суб'єктивний емоційний стан, що проявляється у відчутті соціальної відстороненості, має суттєвий вплив на психічне здоров'я молодих жінок. Результати виявили слабкий, але статистично значущий негативний зв'язок між рівнем самотності та психологічним благополуччям ($r = -0,175$; $p = 0,029$), що свідчить: зростання самотності супроводжується зниженням показників психічного розвитку та загального благополуччя. Результати нашого дослідження показали, що самотні жінки у віці 30–45 років мають значно нижчий

рівень психічного благополуччя: 58% учасниць дослідної групи належать до категорії низького благополуччя. У контрольній групі більшість (64,7%) демонструють середній рівень, а 23,5% – високий. Це свідчить, що соціальна підтримка та сімейне оточення підвищують психологічний комфорт.

Дослідження Ідзік та ін. (2021), проведене на репрезентативній вибірці жінок у Польщі ($n = 452$) із використанням шкал HADS-M та R-UCLA, засвідчило високу поширеність самотності та порушень психічного благополуччя. Низький рівень самотності було виявлено у 37,3% жінок, помірний – у 38,9%, помірно високий – у 22,3%, а дуже високий – у 1,3% респонденток. Самооцінка фізичного й психічного здоров'я мала значущий позитивний зв'язок із тривогою, депресією та дратівливістю, а також із рівнем самотності. Зі зростанням інтенсивності самотності послідовно підвищувалися показники тривоги та депресії за всіма підшкалами ($p < 0,001$), що свідчить про тісний взаємозв'язок між самотністю та порушеннями психічного здоров'я: у цілому близько двох третин жінок у вибірці відчували самотність. У нашому дослідженні дослідна група самотніх жінок показала значно вищі бали за шкалою UCLA ($M = 48,3$, $SD = 6,8$), що свідчить про підвищене суб'єктивне відчуття самотності. Контрольна група одружених жінок мала нижчі показники ($M = 32,5$, $SD = 4,2$), що відповідає низькому рівню самотності. Висока дисперсія у самотніх жінок підкреслює різноманітність їхніх соціально-психологічних переживань.

Дослідження А. Р. Ронкя та ін. (2021), проведене на основі когортного проєкту Північної Фінляндії, показало, що самотність і психічні розлади перебувають у тісному та багатовимірному взаємозв'язку, який суттєво впливає на благополуччя жінок. Аналіз напівструктурованих інтерв'ю з жінками, які відчували виражену самотність у підлітковому віці, виявив чотири типи взаємодії між самотністю та психічними порушеннями – від епізодичного виникнення депресивних почуттів до безперервних і складних спіралей, у яких самотність і серйозні психічні розлади взаємно підсилюють одне одного. Соціальні несприятливі умови, зокрема проблемне сімейне середовище,

відсутність близьких стосунків і досвід насильства, сприяли формуванню більшості цих взаємозв'язків, тоді як у найтяжчих випадках саме психічний розлад ставав причиною глибокої самотності. У нашому дослідженні самотні жінки продемонстрували значно вищий рівень депресії порівняно з одруженими: понад половина дослідної групи (58%) має помірну або важку депресію. У контрольній групі більшість учасниць (52,9%) не проявляють ознак депресії, а важкі форми взагалі відсутні. Ці результати підтверджують, що соціальна ізоляція та відсутність підтримки суттєво впливають на емоційний стан, роблячи самотність вагомим фактором ризику розвитку депресивних розладів.

Дослідження А. Кумара (2025) було спрямоване на вивчення психічного здоров'я та рівня стресу серед розлучених і нерозлучених жінок у Біхарі (Індія). Для цього 75 розлучених і 75 нерозлучених жінок пройшли опитування за допомогою Шкали психічного здоров'я (MHQ) та Шкали сприйнятого стресу (PSS). Результати показали суттєві відмінності між групами: розлучені жінки демонстрували нижчий рівень психічного здоров'я та вищий рівень стресу порівняно з нерозлученими. У обох групах спостерігався значний позитивний зв'язок між стресом та показниками психічного здоров'я, що свідчить про взаємозалежність цих явищ. Інтерпретація результатів нашого дослідження показує, що дослідна група самотніх жінок демонструє значно вищі бали за всіма субшкалами GHQ-28, що свідчить про погіршене психічне здоров'я, підвищений рівень тривожності, депресії та соматичних проявів. Контрольна група одружених жінок має нижчі середні показники, що відображає стабільніший психічний стан та більш ефективне соціальне функціонування. Найбільша різниця зафіксована у субшкалі тривожності/депресії, підкреслюючи високий ризик розвитку психоемоційних розладів у самотніх жінок та важливість соціальної підтримки для підтримки психічного благополуччя.

Результати підкреслюють необхідність розробки цільових заходів підтримки та інтервенцій, спрямованих на зменшення самотності та зміцнення психічного здоров'я жінок. Важливо стимулювати активну соціальну інтеграцію через участь у громадах, групах підтримки та соціальних мережах, що сприяє

зміцненню соціальних зв'язків і підвищенню психічного благополуччя. Освітні ініціативи та психологічне консультування повинні підвищувати обізнаність про наслідки самотності та навчати навичкам подолання стресових і емоційно складних ситуацій, зокрема шляхом розвитку стійкості та самоповаги. Додатково, необхідно проводити поздовжні та порівняльні дослідження для уточнення механізмів впливу самотності на психічне здоров'я та виявлення факторів, що можуть пом'якшувати її негативний ефект.

Висновки до розділу 2

Отож, особливістю цього дослідження є комплексна оцінка ментального здоров'я самотніх жінок віком 30–45 років із порівнянням дослідної та контрольної груп. Використання шкал UCLA, GHQ-28, BDI-II та WEMWBS дозволило виявити взаємозв'язок між самотністю та психічним станом, а онлайн-опитування через Facebook і Google Forms забезпечило оперативний збір даних.

Загальний аналіз даних дослідження показав, що самотність істотно впливає на ментальне здоров'я жінок віком 30–45 років. Середня інтенсивність самотності за UCLA Loneliness Scale склала $48,7 \pm 8,3$ бала, що відповідає помірному рівню самотності. Кореляційний аналіз виявив сильний позитивний зв'язок між самотністю та показниками психічного дискомфорту за GHQ-28 ($r = 0,62$, $p < 0,001$) та депресії за BDI-II ($r = 0,58$, $p < 0,001$), а також виражений негативний зв'язок із психічним благополуччям за WEMWBS ($r = -0,65$, $p < 0,001$). Порівняння груп за t-тестом показало, що самотні жінки мали значно вищі середні бали за GHQ-28 ($37,4 \pm 6,1$ проти $25,8 \pm 5,2$) та BDI-II ($18,3 \pm 5,7$ проти $10,5 \pm 4,6$), і нижчі бали за WEMWBS ($42,6 \pm 7,2$ проти $55,1 \pm 6,4$) порівняно з одруженими жінками. Результати регресійного аналізу показали, що самотність є статистично значущим предиктором психічного дискомфорту, депресії та психологічного благополуччя. Порівняння результатів кореляційно-регресійного аналізу дослідної та контрольної груп засвідчив суттєві відмінності у силі зв'язку між самотністю та психічними показниками. У дослідній групі виявлено значно сильніші кореляції між самотністю та психічним дискомфортом

($r = 0,62$ проти $r = 0,34$), депресією ($r = 0,58$ проти $r = 0,31$) і психологічним благополуччям ($r = -0,65$ проти $r = -0,38$), ніж у контрольній групі. Аналогічна тенденція простежується за регресійними коефіцієнтами: внесок самотності у пояснення психічного дискомфорту становив $\beta = 0,55$ у дослідній групі та $\beta = 0,29$ у контрольній, депресії – $\beta = 0,50$ і $\beta = 0,27$ відповідно, а психологічного благополуччя – $\beta = -0,58$ та $\beta = -0,33$. Значення коефіцієнта детермінації також були значно вищими у дослідній групі ($R^2 = 0,32\text{--}0,38$) порівняно з контрольною ($R^2 = 0,10\text{--}0,15$), що свідчить про більшу частку варіації психічних показників, обумовлену самотністю. Отримані результати вказують, що переживання самотності значно сильніше асоціюється з погіршенням психічного здоров'я у жінок дослідної групи, тоді як у контрольній групі його вплив є помірним і, ймовірно, частково компенсується наявністю сімейної підтримки та соціальних ресурсів.

Отримані результати підкреслюють необхідність цільових заходів підтримки, спрямованих на зменшення самотності та зміцнення психічного здоров'я жінок через соціальну інтеграцію, психологічне консультування та розвиток стійкості, а також проведення подальших досліджень для уточнення механізмів впливу самотності.

РОЗДІЛ 3. ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ ТА ПРОГРАМИ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ПІДТРИМКИ САМОТНІХ ЖІНОК

3.1. Програма психологічної підтримки та зміцнення особистісних ресурсів самотніх жінок середнього віку (30–45 років)

Програма психологічної підтримки та зміцнення особистісних ресурсів самотніх жінок середнього віку (30–45 років) є відповіддю на сучасні соціально-психологічні виклики, що характеризуються зростанням емоційної вразливості, ізоляції та низького рівня самоприйняття серед жінок цього вікового періоду. Актуальність розробки програми обумовлена необхідністю створення системного підходу, який інтегрує різноманітні психологічні практики: від гуманістичних та когнітивно-поведінкових методик до арт-терапії, тілесно-орієнтованих технік і практик позитивної психології для комплексного розвитку особистості. Такий багатовекторний підхід дозволяє не лише усвідомити індивідуальні ресурси та цінності, але й трансформувати переживання самотності у конструктивний досвід самопідтримки та внутрішньої автономії. Програма орієнтована на формування цілісного образу «Я», підвищення емоційної стабільності та розвитку адаптивних стратегій взаємодії з соціальним оточенням, що робить її своєчасною, соціально значущою та потенційно ефективною для підвищення психологічного благополуччя жінок.

Програма психологічної підтримки та розвитку особистісних ресурсів самотніх жінок середнього віку (30–45 років) передбачає системну шестимісячну роботу, що включає 24–26 занять із частотою 1–2 рази на тиждень по 1,5–2 години. Вона орієнтована на самотніх жінок цього вікового періоду, які прагнуть поглибити самосприйняття, опрацювати переживання самотності та підвищити рівень психологічного благополуччя. Програма реалізується у форматі поєднання групової та індивідуальної роботи, використовуючи інтеграцію різноманітних підходів: тренінгових методик, психотерапевтичних інструментів, арт-терапії та когнітивно-поведінкових практик. Такий комплексний підхід

дозволяє всебічно розвивати внутрішні ресурси учасниць, сприяє формуванню цілісного образу «Я», зміцненню емоційної стійкості та підвищенню адаптивних можливостей у соціальному середовищі.

Мета програми полягає у всебічному розвитку особистості самотніх жінок середнього віку, спрямованому на формування позитивного та цілісного образу «Я». Програма передбачає зниження інтенсивності переживання самотності шляхом переосмислення цього стану як потенційного ресурсу, розвиток внутрішніх ресурсів та зміцнення психологічної стійкості, підвищення рівня самоприйняття та усвідомлення власної цілісності. Крім того, вона сприяє формуванню навичок конструктивної соціальної взаємодії, що забезпечує більш ефективну адаптацію у соціальному середовищі.

Завдання програми полягають у поглибленому усвідомленні власних емоційних та когнітивних моделей, які визначають поведінку та самовідчуття учасниць. Велику увагу приділено опрацюванню негативних установок, самокритики та обмежуючих переконань, а також розвитку навичок самопідтримки та внутрішньої автономії. Програма передбачає інтеграцію переживання самотності як ресурсу для особистісного зростання, одночасно сприяючи підвищенню адаптивності та розвитку міжособистісних навичок, що дозволяє учасницям ефективніше взаємодіяти з оточенням і будувати гармонійні соціальні зв'язки.

Програма психологічної підтримки та розвитку особистісних ресурсів самотніх жінок середнього віку інтегрує кілька взаємопов'язаних психологічних підходів, що забезпечують комплексну роботу з внутрішнім світом учасниць. По-перше, гуманістична психологія спрямована на підтримку самопізнання, розвиток позитивного образу «Я» та розкриття внутрішнього потенціалу, що дозволяє учасницям усвідомити свої цінності, ресурси та життєві пріоритети. По-друге, когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) орієнтується на виявлення та корекцію неадаптивних переконань, автоматичних думок і повторюваних моделей поведінки, які впливають на самоприйняття, самооцінку та емоційний стан. Окрім цього, програма включає елементи позитивної психології, що

сприяють розвитку ресурсних станів, оптимізму та емоційного благополуччя, та екзистенціальної психології, яка допомагає усвідомити сенс власного досвіду, переосмислити самотність та трансформувати її у ресурс для особистісного зростання. Для роботи з емоційними проявами та відновлення внутрішньої рівноваги використовуються арт-терапевтичні техніки, гештальт-практики, а також елементи тілесно-орієнтованих підходів, які допомагають відчувати, інтегрувати та регулювати емоції через тілесний досвід. Таке поєднання різноманітних підходів забезпечує комплексний розвиток самосприйняття, психологічної стійкості та адаптивних стратегій, дозволяючи учасникам програми ефективно працювати як із внутрішніми ресурсами, так і з міжособистісними взаємодіями. Психологічні підходи програми представлені на рис. 3.1.

ПСИХОЛОГІЧНІ ПІДХОДИ ПРОГРАМИ	
Гуманістична психологія	Спрямована на розкриття внутрішнього потенціалу, підтримку самопізнання та формування позитивного образу «Я», допомагає усвідомити власні цінності, ресурси та життєві пріоритети.
Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ)	Фокусується на виявленні та корекції неадаптивних переконань, автоматичних думок і поведінкових моделей, що впливають на самосприйняття та емоційний стан.
Позитивна психологія	Розвиває ресурсні стани, оптимізм та усвідомлене проживання емоцій, сприяє підвищенню психологічного благополуччя та внутрішньої автономії.
Екзистенціальна психологія	Допомагає переосмислити досвід самотності, знайти сенс власного життя та трансформувати виклики у ресурс для особистісного розвитку.
Арт-терапія та творчі практики	Спрямовані на відновлення емоційної рівноваги, усвідомлення переживань та інтеграцію внутрішніх ресурсів через творчий процес.
Гештальт-підхід	Сприяє усвідомленню «тут і зараз», інтеграції емоцій, потреб і переживань, формуючи цілісне сприйняття себе.
Тілесно-орієнтовані техніки	Допомагають відчувати, прожити та регулювати емоції через тілесний досвід, зміцнюють психофізіологічну стабільність та внутрішню опору.

Рис. 3.1. Психологічні підходи програми

Джерело: складено самостійно

У програмі психологічної підтримки та розвитку особистісних ресурсів самотніх жінок середнього віку використовується широкий спектр інструментів, які забезпечують комплексну роботу з емоційною, когнітивною та соціальною сферами особистості. Вони включають традиційні методики (опитувальники, рефлексивні вправи, арт-терапевтичні та тренінгові практики), а також цифрові ресурси, що підвищують інтерактивність і доступність занять. Використання цих інструментів дозволяє не лише оцінити та усвідомити власні емоційні та когнітивні моделі, але й активізувати внутрішні ресурси, формувати позитивний образ «Я», зміцнювати психологічну стійкість та розвивати адаптивні навички взаємодії з соціальним середовищем. Інтеграція цифрових платформ і онлайн-технологій робить програму більш гнучкою, сучасною та ефективною у досягненні її цілей. В Таблиці 3.1 представлені інструменти програми.

Таблиця 3.1

Інструменти програми

Категорія інструменту	Конкретні методики / вправи	Цифрові ресурси / платформи	Очікуваний ефект
Опитувальники та анкети	Стандартизовані шкали самоповаги, внутрішньої цілісності та психологічного благополуччя; авторські анкети самопостереження	Google Forms, SurveyMonkey, адаптовані онлайн-версії CRIES-8, BDI	Виявлення рівня самоприйняття, емоційного стану та інтенсивності переживання самотності
Рефлексивні вправи та щоденники	«Діалог із собою», «Що для мене важливо», «Мое сьогоднішнє Я», щоденник успіхів	Notion, Evernote, Padlet, Miro	Усвідомлення власних емоцій, потреб та внутрішніх ресурсів, розвиток саморефлексії
Тренінгові вправи	Рольові ігри, інтерактивні дискусії, групові завдання на комунікацію та самопідтримку	Zoom / Microsoft Teams, Mentimeter, Kahoot!, breakout rooms	Розвиток соціальних навичок, емпатії, конструктивної взаємодії в групі
Арт-терапія та творчі практики	Малювання, колажі, творчі письмові завдання, метафоричні картки	Canva, Adobe Express, Miro, Jamboard	Висловлення емоцій, інтеграція переживань, зміцнення внутрішніх ресурсів

Медитації та дихальні практики	Медитативні сесії, дихальні вправи, релаксація	Calm, Headspace, Insight Timer, аудіо- та відеогіди	Зниження стресу, підвищення емоційної стабільності та внутрішньої рівноваги
Візуалізаційні та ресурсні вправи	«Місце сили», «Мапа ресурсів», інтеграційні практики	Canva, Miro, Padlet, онлайн-картки метафор	Усвідомлення внутрішніх ресурсів, зміцнення психологічної стійкості, розвиток самопідтримки
Індивідуальні консультації	Персональні психологічні бесіди, супровід у кризових ситуаціях	Zoom, Viber, Telegram, WhatsApp	Персоналізоване опрацювання складних емоцій, підтримка та зміцнення внутрішньої автономії

Джерело: складено самостійно

Структура програми по місяцях розроблена з урахуванням поступового поглиблення роботи над самосприйняттям, опрацювання самотності та розвитку внутрішніх ресурсів учасниць. Кожен місяць включає тематично об'єднані блоки занять, які поєднують психотерапевтичні, тренінгові, арт- та тілесно-орієнтовані практики, а також цифрові інструменти для інтерактивної роботи. Така послідовність дозволяє забезпечити системне формування позитивного образу «Я», підвищення психологічної стійкості та адаптивності, а також розвиток навичок конструктивної соціальної взаємодії. Програма побудована таким чином, щоб учасниці могли поступово усвідомлювати свої емоційні та когнітивні моделі, інтегрувати переживання самотності як ресурс для зростання та закріплювати здобуті навички у реальних соціальних ситуаціях.

На першому місяці програми основна увага приділяється усвідомленню себе та формуванню початкового психологічного фундаменту для подальшої роботи. Використовуються гуманістичний підхід, який підтримує самопізнання та розвиток позитивного образу «Я», а також когнітивно-поведінкова терапія (КПТ), спрямована на виявлення та аналіз автоматичних думок і внутрішніх установок, що впливають на самосприйняття. Основними техніками є саморефлексивні вправи, опитувальники особистісного самоспостереження,

завдання на самопізнання та інтерактивні знайомства між учасниками. Ці методи дозволяють створити безпечне та підтримуюче середовище, сприяють ознайомленню учасниць між собою, визначенню особистих очікувань і здійсненню первинної діагностики рівня самосприйняття та емоційного стану, що закладає основу для подальшої комплексної роботи програми.

На другому місяці програми робота зосереджується на поглибленні самосприйняття та зміцненні самоцінності учасниць. Використовується гуманістичний підхід, що стимулює усвідомлення власних ресурсів і цінностей, а також методи позитивної психології, спрямовані на розвиток оптимізму, внутрішньої опори та емоційного благополуччя. Учасниці виконують вправи «Моє сильне Я», практикують позитивні афірмації, застосовують техніки самопідтримки та ведуть щоденник успіхів, що дозволяє фіксувати досягнення та зміцнювати внутрішню впевненість. Такий комплекс методик сприяє підвищенню рівня самоприйняття, розвитку самостійної підтримки та формуванню стабільного, ресурсного образу себе, що є важливим кроком у подальшому зміцненні психологічної стійкості.

На третьому місяці програми основна увага приділяється опрацюванню самотності та емоційного досвіду учасниць. Використовуються підходи екзистенціальної терапії, арт-терапії та гештальт-підхід, що дозволяють глибоко досліджувати внутрішній світ і сенс переживань. Учасниці беруть участь у арт-терапевтичних вправах «Образ самотності», груповій рефлексії, роботі з емоційними сценаріями та рольових іграх, що сприяє безпечному вираженню та інтеграції емоцій. Такий комплекс методик допомагає усвідомити причини та прояви самотності, знизити емоційне напруження, а також сформуванню ресурсне, конструктивне ставлення до цього стану, перетворюючи його на можливість для особистісного зростання та самопідтримки.

На четвертому місяці програми акцент робиться на розвитку внутрішніх ресурсів та зміцненні психологічної стійкості учасниць. Використовуються когнітивно-поведінкова терапія, нейропсихологічні вправи та методи позитивної психології, що дозволяють усвідомлювати власні ресурси, управляти стресом і

формувати адаптивні стратегії поведінки. Учасниці виконують вправи на візуалізацію «Місце сили», складають мапу ресурсів, опановують техніки управління стресом, медитації та дихальні практики. Такий комплекс методик сприяє активізації внутрішніх резервів, підвищенню емоційної стійкості та розвитку навичок саморегуляції, що є ключовим етапом для формування впевненості у власних можливостях і стабільного емоційного стану.

На п'ятому місяці програми основна увага приділяється формуванню ефективних соціальних та міжособистісних навичок. Використовуються методи транзакційного аналізу, системної сімейної терапії та соціально-психологічні підходи, що допомагають усвідомлювати власні моделі взаємодії, комунікативні стратегії та способи вирішення конфліктів. Учасниці беруть участь у рольових іграх, тренінгах комунікації, практикують емпатію та асертивність, а також виконують вправи на встановлення та підтримку контактів. Такий комплекс методик сприяє підвищенню соціальної адаптивності, розвитку конструктивних стратегій взаємодії та розширенню соціального кола, забезпечуючи учасницям можливість ефективно взаємодіяти у різних соціальних контекстах та зміцнювати міжособистісні зв'язки.

На шостому місяці програми акцент робиться на закріпленні досягнутих результатів та інтеграції досвіду, накопиченого під час попередніх етапів. Використовуються методи інтегративної терапії та когнітивно-поведінкової терапії, що дозволяють систематизувати набуті навички та усвідомити прогрес у самосприйнятті та психологічній стійкості. Учасниці виконують інтеграційні вправи, беруть участь у рефлексивних обговореннях, створюють персональні плани подальшого розвитку та самопідтримки, а також долучаються до творчих ритуалів завершення програми. Така робота сприяє закріпленню позитивного образу «Я», інтеграції внутрішнього досвіду, підвищенню впевненості у власних ресурсах і стабільності емоційного стану, забезпечуючи ефективне застосування здобутих навичок у реальному житті. В Таблиці 3.2 представлена структура програми по місяцям.

Таблиця 3.2

Структура програми по місяцям

Місяць	Психологічні підходи	Основні техніки та вправи	Цілі роботи
Місяць 1. Усвідомлення себе	Гуманістична психологія, когнітивно-поведінкова терапія (КПТ)	Саморефлексія, опитувальники самопостереження, вправи на самопізнання, інтерактивні знайомства	Створення безпечного середовища, ознайомлення з учасниками, визначення очікувань, первинна діагностика самоприйняття та емоційного стану
Місяць 2. Робота з самоприйняттям та самоцінністю	Гуманістичний підхід, позитивна психологія	Вправа «Мое сильне Я», позитивні афірмації, техніки самопідтримки, ведення щоденника успіхів	Підвищення рівня самоприйняття, розвиток внутрішньої опори та навичок самопідтримки
Місяць 3. Опрацювання самотності та емоційного досвіду	Екзистенціальна терапія, арт-терапія, гештальт-підхід	Арт-терапевтичні вправи «Образ самотності», групова рефлексія, робота з емоційними сценаріями, рольові ігри	Усвідомлення причин самотності, зниження емоційного напруження, формування ресурсного ставлення до самотності
Місяць 4. Розвиток внутрішніх ресурсів і психологічної стійкості	Когнітивно-поведінкова терапія, нейропсихологічні вправи, позитивна психологія	Візуалізація «Місце сили», мапа ресурсів, техніки управління стресом, медитації та дихальні вправи	Активізація внутрішніх ресурсів, зміцнення психологічної стійкості, розвиток навичок саморегуляції
Місяць 5. Формування ефективних соціальних та міжособистісних навичок	Транзакційний аналіз, системна сімейна терапія, соціально-психологічні методи	Рольові ігри, тренінги комунікації, відпрацювання емпатії та асертивності, вправи на встановлення контактів	Підвищення соціальної адаптивності, розвиток конструктивних стратегій взаємодії, розширення соціального кола
Місяць 6. Закріплення результатів та інтеграція досвіду	Інтегративна терапія, когнітивно-поведінкова терапія	Інтеграційні вправи, рефлексивні обговорення, створення персональних планів розвитку та самопідтримки, творчі ритуали завершення	Закріплення позитивного самоприйняття, інтеграція отриманого досвіду, підвищення впевненості у власних ресурсах та стабільності емоційного стану

Джерело: складено самостійно

Очікувані результати програми охоплюють комплексне зміцнення психологічного та емоційного потенціалу учасниць. Передбачається суттєве підвищення рівня самоприйняття та формування позитивного образу «Я», що закладає основу для внутрішньої цілісності. Програма сприяє зниженню інтенсивності переживання самотності та перетворенню цього стану на ресурс для особистісного зростання. Учасниці розвивають психологічну стійкість, навички самопідтримки та внутрішньої автономії, одночасно покращуючи емоційний стан та здатність адаптивно реагувати на стресові ситуації. Крім того, формуються конструктивні соціальні та міжособистісні навички, що забезпечують ефективну взаємодію у різних соціальних контекстах та сприяють розширенню соціального кола, створюючи основу для сталого психологічного благополуччя.

3.2. Тренінг формування позитивного самосприйняття та подолання переживання самотності.

В умовах сучасних соціальних трансформацій проблема самосприйняття жінки та переживання самотності набуває особливої актуальності. Нерідко внутрішня невпевненість, суперечливе ставлення до себе та неузгодженість особистісних смислів призводять до посилення відчуття ізолюваності, емоційного дискомфорту та зниження загального психологічного благополуччя. У цьому контексті формування позитивного самосприйняття виступає важливим чинником зміцнення внутрішніх ресурсів особистості та підвищення її адаптаційних можливостей.

Цілісне й узгоджене уявлення жінки про себе, прийняття власної індивідуальності та усвідомлення особистісної цінності сприяють розвитку психологічної стійкості, автономії та відчуття внутрішньої гармонії. Водночас недостатня сформованість позитивного образу «Я» може посилювати переживання самотності, ускладнювати міжособистісну взаємодію та обмежувати можливості самореалізації.

Запропонований тренінг спрямований на розвиток позитивного самосприйняття жінок, підвищення рівня їх самоприйняття та зниження інтенсивності переживання самотності. У процесі роботи учасниці матимуть можливість глибше усвідомити власні особистісні ресурси, сформувати більш гармонійне ставлення до себе та опанувати ефективні психологічні стратегії подолання почуття самотності.

Метою даного тренінгу є комплексний психологічний розвиток особистості жінки через формування стійкого та позитивного самосприйняття, що ґрунтується на усвідомленні власної цінності, прийнятті індивідуальних особливостей і ресурсів. Особлива увага приділяється підвищенню рівня самоприйняття як важливої умови внутрішньої гармонії та емоційної стабільності, а також розвитку здатності до самопідтримки в складних життєвих ситуаціях. У процесі тренінгової роботи передбачається сприяння формуванню цілісного образу «Я», узгодженості між емоційною, когнітивною та поведінковою сферами особистості. Водночас значний акцент робиться на опрацюванні переживання самотності, зниженні його інтенсивності та трансформації у більш усвідомлений і прийнятний досвід. Реалізація зазначеної мети покликана активізувати внутрішні ресурси жінок, підвищити їх психологічну стійкість та сприяти покращенню якості їхнього життя і міжособистісної взаємодії.

Завдання тренінгу спрямовані на поетапне поглиблення саморозуміння учасниць та розвиток їх внутрішніх ресурсів. Передусім важливим є усвідомлення жінками особливостей власного самосприйняття, зокрема виявлення наявних установок, переконань і емоційних реакцій, що формують їх образ «Я» та впливають на повсякденне функціонування.

Окремий акцент робиться на розвитку навичок самоприйняття та самопідтримки. У межах тренінгу учасниці навчаються більш доброзичливому та приймаючому ставленню до себе, опановують способи конструктивного внутрішнього діалогу, що сприяє зниженню самокритики та підвищенню емоційної стійкості.

Важливим завданням є також виявлення та актуалізація особистісних ресурсів, які можуть виступати опорою в складних життєвих ситуаціях. Учасниці отримують можливість переосмислити власний досвід, визначити свої сильні сторони та сформувати індивідуальні стратегії їх використання для підтримки психологічного благополуччя.

Значна увага приділяється опрацюванню переживання самотності як складного емоційного стану. У процесі роботи відбувається його усвідомлення, прийняття та поступова трансформація, що дозволяє знизити інтенсивність негативних переживань і сформувати більш адаптивне ставлення до власного досвіду.

Крім того, тренінг орієнтований на формування ефективних стратегій міжособистісної взаємодії. Учасниці розвивають комунікативні навички, навчаються встановлювати та підтримувати соціальні контакти, що сприяє розширенню кола спілкування та зменшенню відчуття ізоляovanості.

Цільову аудиторію тренінгу становлять жінки зрілого віку, які переживають почуття самотності та прагнуть покращити власний емоційний стан і якість життя через глибше розуміння себе та налагодження взаємодії з оточенням.

Робота організовується у груповому форматі, що передбачає участь 8–12 осіб і створює умови для безпечної взаємодії, взаємної підтримки та обміну досвідом. Загальна тривалість програми становить 6–8 занять, кожне з яких триває 1,5–2 години, що забезпечує достатній час для опрацювання тем і поступового закріплення отриманих результатів. Мета та завдання тренінгу «Сила бути собою: трансформація самотності в ресурс» представлені на рис. 3.2.

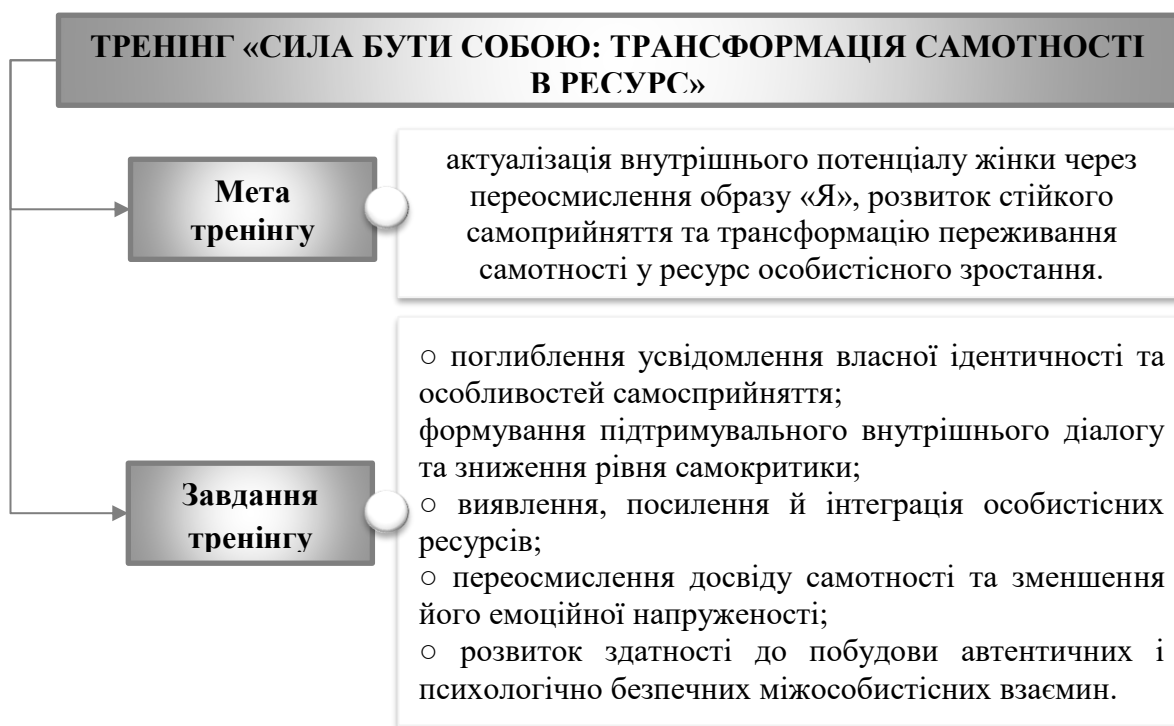


Рис. 3.2. Мета та завдання тренінгу «Сила бути собою: трансформація самотності в ресурс»

Джерело: складено самостійно

Структурна організація тренінгу «Сила бути собою: трансформація самотності в ресурс» ґрунтується на принципах поетапної психологічної інтервенції, спрямованої на поступову реконструкцію самосприйняття та інтеграцію внутрішнього досвіду особистості. Логіка побудови програми передбачає послідовний перехід від актуалізації та усвідомлення індивідуально-психологічних особливостей до їх глибшого осмислення, переоцінки та подальшої інтеграції у цілісну систему Я-концепції. Кожен структурний модуль виконує окрему функцію у загальній динаміці змін, забезпечуючи нарощування рівня рефлексивності, розвиток емоційної саморегуляції та формування адаптивних поведінкових стратегій. Структура тренінгу представлена на Рис. 3.3.

СТРУКТУРА ТРЕНІНГУ	
Модуль 1. Знайомство та створення психологічного простору	<i>Мета:</i> формування безпечного та підтримувального середовища для саморозкриття. <i>Зміст:</i> знайомство, очікування учасниць, встановлення групових правил, вправи на довіру та відкритість. <i>Техніки:</i> «Асоціативне знайомство», «Мое сьогоднішнє Я».
Модуль 2. Усвідомлення власного образу «Я»	<i>Мета:</i> поглиблення самопізнання та виявлення внутрішніх установок, що впливають на самосприйняття. <i>Зміст:</i> аналіз сильних і слабких сторін, саморефлексія, оцінка внутрішньої узгодженості цінностей і поведінки. <i>Техніки:</i> «Хто я?», «Дзеркало самосприйняття».
Модуль 3. Розвиток самоприйняття та внутрішньої опори	<i>Мета:</i> формування стабільного внутрішнього діалогу та зниження рівня самокритики. <i>Зміст:</i> робота з внутрішнім критиком, підтримка власної цінності, усвідомлення особистісних ресурсів. <i>Техніки:</i> «Лист собі», «Внутрішній союзник», позитивні афірмації.
Модуль 4. Актуалізація і інтеграція ресурсів особистості	<i>Мета:</i> виявлення та систематизація внутрішніх ресурсів для підвищення психологічної стійкості. <i>Зміст:</i> аналіз життєвого досвіду як джерела сили, побудова індивідуальної ресурсної карти. <i>Техніки:</i> «Місце сили», «Мапа ресурсів».
Модуль 5. Психологічна робота з переживанням самотності	<i>Мета:</i> усвідомлення та трансформація самотності у ресурс для особистісного розвитку. <i>Зміст:</i> дослідження емоційних реакцій, опрацювання причин самотності, пошук нових смислів у власних переживаннях. <i>Техніки:</i> арт-терапевтичні вправи «Образ самотності», рефлексія
Модуль 6. Розвиток ефективних міжособистісних стратегій	<i>Мета:</i> підвищення соціальної адаптивності та формування навичок здорової взаємодії. <i>Зміст:</i> комунікаційні навички, відпрацювання контактів, побудова підтримувальних соціальних зв'язків. <i>Техніки:</i> рольові ігри, «Мої соціальні зв'язки», вправи на емпатію.
Модуль 7. Консолідація позитивного самосприйняття	<i>Мета:</i> закріплення нових установок і способів ставлення до себе. <i>Зміст:</i> інтеграція набутих знань і навичок, розробка індивідуального плану самопідтримки. <i>Техніки:</i> «Я цінна», «План дій для себе», медитативні та візуалізаційні вправи.
Модуль 8. Підсумки та інтеграція досвіду	<i>Мета:</i> рефлексія пройденого шляху та оцінка особистих змін. <i>Зміст:</i> аналіз прогресу, обговорення результатів, зворотний зв'язок, ритуал завершення. <i>Техніки:</i> «Мій шлях змін», групова рефлексія, творче самовираження.

Рис. 3.3. Структура тренінгу

Джерело: розроблено самостійно

Очікувані результати реалізації тренінгової програми передбачають комплексні позитивні зміни в особистісній та емоційній сферах учасниць. Зокрема, прогнозується суттєве підвищення рівня самоприйняття, що проявлятиметься у більш доброзичливому, толерантному та реалістичному ставленні до власних індивідуальних особливостей. Паралельно очікується зниження інтенсивності переживання самотності за рахунок її переосмислення та інтеграції в особистісний досвід як менш загрозливого та більш контрольованого стану. Важливим результатом є формування цілісного й позитивно забарвленого образу «Я», що сприятиме зміцненню внутрішньої стабільності та впевненості у собі. Також передбачається покращення загального емоційного стану, зниження рівня внутрішньої напруженості та підвищення психологічного благополуччя. Крім того, у процесі тренінгу формуються та закріплюються навички ефективної міжособистісної взаємодії, зокрема здатність до встановлення конструктивних контактів, розвитку емпатії та підтримання гармонійних соціальних зв'язків, що в сукупності підвищує адаптаційний потенціал особистості.

Отож, тренінг «Сила бути собою: трансформація самотності в ресурс» спрямований на комплексний розвиток особистості жінки, формування позитивного самосприйняття та інтеграцію внутрішніх ресурсів. Учасниці отримують можливість усвідомити власний образ «Я», переосмислити переживання самотності та розвинути навички ефективної взаємодії з оточенням, що сприяє підвищенню емоційної стабільності, внутрішньої цілісності та загального психологічного благополуччя.

У межах дослідження учасницям дослідної групи було запропоновано взяти участь у тренінгу «Сила бути собою: трансформація самотності в ресурс». Загалом на участь у програмі погодилися 26 учасниць, які були розподілені на три тренінгові групи: група 1 – 9 учасниць, група 2 – 9 учасниць, група 3 – 8 учасниць. Тренінг проводився в онлайн-форматі з використанням платформи Zoom, що забезпечувало регулярну участь незалежно від місця перебування учасниць. Робота була організована у груповому форматі, що сприяло створенню

безпечного простору для взаємодії, взаємної підтримки та обміну досвідом. Програма включала 8 модулів тривалістю 1,5–2 години кожен, що дозволяло послідовно опрацьовувати тематичні блоки та сприяло поступовому закріпленню отриманих психологічних результатів.

По завершенню тренінгу було проведено опитування учасниць щодо їхнього досвіду участі у програмі, з метою оцінки суб'єктивного сприйняття змін, рівня залученості та загальної ефективності тренінгового впливу. Результати опитування представлені у Таблиці 3.3.

Таблиця 3.3.

**Результати опитування респонденток щодо ефективності тренінгу
«Сила бути собою: трансформація самотності в ресурс»**

Твердження	Шкала оцінки				
	1 – зовсім не згодна	2 – скоріше не згодна	3 – важко сказати / нейтрально	4 – скоріше згодна	5 – повністю згодна(ен)
I. ЕМОЦІЙНА САМОРЕГУЛЯЦІЯ ТА УСВІДОМЛЕННЯ ВНУТРІШНІХ СТАНІВ					
1. Після участі у тренінгу я стала краще розпізнавати та розуміти власні емоційні стани.	–	–	3,85%	19,23%	76,92%
2. Мені стало легше приймати складні емоції, зокрема пов'язані із самотністю.	–	3,85%	3,85%	23,08%	69,23%
3. Я відчуваю більшу емоційну стабільність у повсякденному житті.	–	–	7,69%	26,92%	65,39%
II. САМОСПРИЙНЯТТЯ ТА ВНУТРІШНЯ ОПОРА					
4. Я стала більш приймаючою до себе, своїх слабких і сильних сторін.	–	3,85	3,85%	19,23%	73,07%
5. У мене посилося відчуття внутрішньої опори та впевненості в собі.	–	–	7,69%	23,08%	69,23%
6. Я почала сприймати себе більш цілісно та доброзичливо.	–	3,85%	7,69%	26,92%	61,54%
7. Мій рівень самокритики знизився або став більш конструктивним.	3,85%	3,85%	7,69%	23,08%	61,53%
III. ПЕРЕЖИВАННЯ САМОТНОСТІ ТА ЙОГО ТРАНСФОРМАЦІЯ					
8. Моє суб'єктивне переживання самотності стало менш інтенсивним.	–	3,85%	3,85%	26,92%	65,38%
9. Я краще розумію власні причини відчуття самотності.	–	–	7,69%	23,08%	69,23%
10. Я почала сприймати самотність не лише як негативний стан, а як досвід, що може мати ресурсний потенціал.	–	3,85%	7,69%	30,77%	57,69%
IV. МІЖОСОБИСТІСНА ВЗАЄМОДІЯ ТА СОЦІАЛЬНА ВІДКРИТІСТЬ					
11. Мені стало легше встановлювати та підтримувати контакт з іншими людьми.	–	3,85%	7,69%	23,08%	65,38%
12. Я стала більш відкрито до взаємодії та обміну досвідом з іншими.	–	–	7,69%	26,92%	65,39%

13. У мене зростає впевненість у соціальних ситуаціях.	–	3,85%	7,69%	30,77%	57,69%
V. ПСИХОЛОГІЧНІ РЕСУРСИ ТА ЖИТТЄВА СТІЙКІСТЬ					
14. Я усвідомила наявні в мене внутрішні ресурси для подолання складних життєвих ситуацій.	–	–	3,85%	23,08%	73,07%
15. Я відчуваю, що маю більше психологічних ресурсів для підтримки власного благополуччя у майбутньому.	–	–	7,69%	23,08%	69,23%
VI. ЗАГАЛЬНА ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ ТРЕНІНГУ					
16. Участь у тренінгу сприяла позитивним змінам у моєму психологічному стані.	–	–	3,85%	19,23%	76,92%
17. Отриманий досвід є для мене значущим і може бути інтегрований у повсякденне життя.	–	–	3,85%	23,08%	73,07%
18. Я вважаю тренінг ефективним інструментом психологічної підтримки та розвитку.	–	–	7,69%	19,23%	73,08%

Результати анкетування свідчать про високий рівень суб'єктивно оціненої ефективності тренінгу у всіх досліджуваних доменах, з домінуванням позитивних відповідей (сума варіантів 4–5 становить 84,61–96,15% залежно від твердження), що вказує на загальну позитивну переоцінку власного психологічного стану після участі у програмі.

У блоці емоційної саморегуляції спостерігається найбільш виражений ефект: 65,39–76,92% учасниць повністю погоджуються з покращенням здатності до розпізнавання та диференціації емоцій, підвищенням емоційної стабільності та полегшенням прийняття складних емоційних станів. Це свідчить про посилення емоційної рефлексивності та зниження емоційного уникання як одного з ключових механізмів психологічної регуляції. У сфері самосприйняття виявлено стабільно високі показники позитивних оцінок (61,53–73,07% повної згоди), що відображає посилення внутрішньої опори, зростання самоприйняття та зниження самокритичних тенденцій. Водночас наявність поодиноких нейтральних і негативних оцінок (3,85–7,69%) може вказувати на індивідуальні відмінності у швидкості інтеграції змін. Сфера переживання самотності демонструє зміщення від афективно-негативної до більш рефлексивно-ресурсної інтерпретації цього стану: 65,38% учасниць відзначили зменшення його інтенсивності, тоді як 57,69% — переосмислення самотності як потенційно

ресурсного досвіду. Це може свідчити про часткову когнітивну реконструкцію ставлення до самотності. У сфері міжособистісної взаємодії позитивні зміни є дещо менш вираженими (57,69–65,39% повної згоди), що може відображати більш інерційний характер соціально-поведінкових патернів у порівнянні з внутрішньоособистісними змінами. Найвищу узгодженість відповідей зафіксовано у блоці психологічних ресурсів та загальної оцінки ефективності, де 69,23–76,92% учасниць повністю підтвердили зростання ресурсності та загальну корисність тренінгу. У цілому результати вказують на системний позитивний ефект програми з найбільш вираженими змінами в емоційній та особистісно-рефлексивній сферах та відносно більш помірними – у соціальній.

Таким чином, апробація тренінгу «Сила бути собою: трансформація самотності в ресурс» підтвердила його ефективність як психокорекційної програми. Отримані результати засвідчили позитивні зміни в емоційній регуляції, самосприйнятті, переживанні самотності та рівні психологічної ресурсності учасниць, з найбільш вираженим ефектом у внутрішньоособистісній сфері. Менш інтенсивні, але позитивні зміни спостерігалися у сфері міжособистісної взаємодії. Загалом результати апробації свідчать про доцільність використання тренінгу у практичній психологічній роботі з проблемою самотності.

3.3. Рекомендації психологам щодо надання соціально-психологічної допомоги самотнім жінкам в умовах сучасних воєнних реалій

У сучасних умовах воєнних конфліктів самотні жінки середнього віку належать до особливо вразливої категорії населення, яка через обмежені соціальні ресурси та відсутність постійної підтримки піддається високому ризику емоційної дестабілізації, тривожних та депресивних станів, а також посттравматичних реакцій. Відчуття самотності у поєднанні з невизначеністю воєнного часу посилює внутрішнє напруження, формує відчуття ізоляції та знижує рівень самоприйняття. Тому супровід таких жінок потребує особливого, диференційованого підходу, який враховує їхні індивідуальні особливості,

життєвий та травматичний досвід, а також сприйняття світу через призму власної вразливості. Ефективна підтримка передбачає поєднання психотерапевтичних, тренінгових і арт-терапевтичних методик, інтеграцію групової взаємодії та цифрових інструментів, що дозволяє створити безпечний простір для вираження емоцій, розвитку самоприйняття та формування внутрішніх ресурсів, необхідних для стійкої адаптації у складних умовах сучасних воєнних реалій. Нижче представлений перелік рекомендацій психологам щодо надання соціально-психологічної допомоги самотнім жінкам в умовах сучасних воєнних реалій, зокрема:

1. Рекомендується створювати безпечний психологічний простір, де жінки можуть відкрито висловлювати страхи, тривогу та емоційні переживання, забезпечуючи підтримку та мінімізацію додаткового стресу від воєнних реалій. Для цього психологу рекомендується виконувати такі дії: організовувати регулярні групові зустрічі в умовах конфіденційності, починати сесії з вправ на встановлення довіри та ознайомлення учасниць, використовувати методи активного слухання та емпатичного реагування, запроваджувати правила безпечної комунікації (наприклад, «не перебивати», «не оцінювати», «не давати порад без запиту»), а також підтримувати можливість анонімного обміну емоціями через письмові або цифрові канали для тих, хто не готовий відразу говорити в групі. Такі дії дозволяють жінкам відчувати прийняття та підтримку, знижують рівень внутрішнього напруження і створюють основу для подальшої ефективної психологічної роботи.

2. Рекомендується систематично оцінювати психоемоційний стан учасниць за допомогою стандартизованих опитувальників та індивідуальних бесід, щоб своєчасно виявляти підвищену тривожність, депресивні прояви та симптоми посттравматичного стресу. Для цього психологу рекомендується виконувати такі дії: проводити первинне обстеження за допомогою надійних методик (наприклад, шкала тривоги Гамільтона, опитувальник депресії Бека, CRIES-8 для оцінки впливу травматичних подій), регулярно повторювати оцінку у формі контрольних точок для відстеження динаміки емоційного стану,

проводити індивідуальні консультації для уточнення особливостей переживання стресу та травми, вести систематичні записи для моніторингу змін, а також застосовувати короткі цифрові опитування чи онлайн-щоденники для регулярного самооцінювання. Такі заходи дозволяють вчасно виявляти психологічні ризики, адаптувати інтервенції під потреби конкретної учасниці та запобігати загостренню емоційних та психосоматичних проявів.

3. Рекомендується активно працювати над розвитком самоприйняття та самоповаги через вправи на формування позитивного образу «Я», афірмації та техніки самопідтримки, що сприяє внутрішній стабільності в умовах невизначеності. Рекомендовані дії психолога можуть включати: проведення індивідуальних і групових вправ на усвідомлення сильних сторін та ресурсів («Моє сильне Я», «Дерево досягнень»), використання позитивних афірмацій та формулювання внутрішніх підтримуючих фраз, ведення щоденників успіхів і подяк для фокусування на власних досягненнях, організацію вправ на виявлення внутрішніх цінностей та їхнє співвіднесення з життєвими цілями, проведення рефлексивних сесій, де учасниці обговорюють власні досягнення та труднощі, а також інтеграцію цифрових інструментів (мобільні додатки для медитації, самоспостереження та щоденникових практик). Такі дії дозволяють зміцнити позитивне самосприйняття, підвищити внутрішню автономію та сформувати стійку внутрішню опору навіть в умовах постійної невизначеності та стресу.

4. Рекомендується допомагати учасницям ідентифікувати та активізувати власні внутрішні ресурси, навички виживання та адаптаційні стратегії, які підвищують психологічну стійкість у кризових ситуаціях. Для цього психолог може реалізувати такі дії: проводити вправи на виявлення внутрішніх ресурсів, наприклад, «Мапа ресурсів», «Список моїх сильних сторін», або «Коло підтримки», де жінки позначають свої навички, соціальні зв'язки та минулі успіхи; організовувати інтерактивні вправи з усвідомленням стратегій подолання стресу, включаючи рольові ігри та симуляції кризових ситуацій; впроваджувати арт- та рухові техніки для візуалізації внутрішньої сили та енергії; вести щоденники або цифрові нотатки, де учасниці відслідковують, як

вони застосовують власні ресурси у повсякденному житті; а також проводити індивідуальні сесії для обговорення ефективності різних адаптаційних стратегій та пошуку нових шляхів подолання труднощів. Такі дії допомагають жінкам усвідомити власну спроможність, зміцнити психологічну стійкість та підвищити впевненість у здатності ефективно реагувати на стресові ситуації.

5. Рекомендується опрацьовувати травматичні емоції та переживання через методи арт-терапії, гештальт- та екзистенціальної терапії, що дозволяє безпечно трансформувати страх, втрати та тривогу у ресурс для особистісного зростання. Для цього психолог може застосовувати конкретні дії: організовувати арт-терапевтичні сесії, де учасниці малюють або моделюють свої емоції, образи страху чи самотності, після чого проводиться групова або індивідуальна рефлексія для усвідомлення внутрішніх переживань; використовувати гештальт-техніки, такі як «порожнє крісло», діалог із внутрішніми частинами «Я» або репрезентація емоцій через тілесні вправи, щоб забезпечити безпечне вираження і інтеграцію почуттів; впроваджувати елементи екзистенціальної терапії, наприклад, обговорення сенсу пережитого досвіду, прийняття втрат та пошук нових внутрішніх опор; застосовувати письменницькі або цифрові практики, де жінки записують свої емоційні історії, а потім працюють над їхнім переосмисленням; а також проводити короткі групові обговорення, щоб учасниці могли поділитися переживаннями та відчути соціальну підтримку. Такі дії сприяють безпечній трансформації травматичних переживань у ресурс для внутрішнього розвитку, підвищують емоційну стійкість і формують навички самопідтримки в умовах постійного стресу та невизначеності.

6. Рекомендується розвивати навички саморегуляції та емоційної стабільності, застосовуючи медитації, дихальні практики, техніки релаксації та управління стресом для підтримки ментального здоров'я під час воєнного стану. Для цього психолог може реалізувати такі дії: проводити групові та індивідуальні сесії медитації та усвідомленого дихання, включаючи методи «4-7-8», діафрагмальне дихання або прогресивну м'язову релаксацію; навчати учасниць коротким щоденним вправам для зниження рівня тривоги, таким як

«стоп-метод» або техніка «земля і небо» для заземлення в момент стресу; організовувати цифрові практики саморегуляції через мобільні додатки з медитаціями, таймери для дихальних вправ або трекери настрою; використовувати вправи на усвідомлену паузу, де жінки зупиняються, аналізують емоції та обирають адаптивну реакцію; а також проводити короткі навчальні блоки з когнітивно-поведінкових стратегій самоконтролю, що допомагають регулювати емоції і знижують ризик емоційного вигорання.

7. Рекомендується стимулювати соціальну взаємодію та відчуття спільності через групові тренінги, рольові ігри та вправи на комунікацію, що зменшує ізоляцію та підвищує соціальну підтримку учасниць. Для цього психолог може застосовувати такі конкретні дії: організовувати регулярні групові зустрічі з інтерактивними вправами, що сприяють знайомству та довірі між учасницями; проводити рольові ігри для відпрацювання навичок асертивної комунікації, встановлення кордонів і вирішення конфліктів; впроваджувати вправи на активне слухання, емпатію та групову підтримку, наприклад «ланцюг підтримки» або «коло довіри»; створювати міні-проекти чи спільні завдання, що вимагають кооперації та взаємодії, стимулюючи командну роботу; а також використовувати цифрові платформи для організації онлайн-групових обговорень та підтримки між очними сесіями, що дозволяє підтримувати соціальну активність навіть у умовах обмеженого фізичного контакту. Такі дії сприяють зменшенню відчуття ізоляції, розвитку соціальної адаптивності, зміцненню відчуття спільності та підвищенню емоційної підтримки, що є критично важливим для самотніх жінок у кризових воєнних умовах.

8. Рекомендується індивідуалізувати психологічну допомогу, враховуючи особистісні особливості, життєвий досвід та специфіку травматичного досвіду кожної жінки під час планування терапевтичних та тренінгових сесій. Для цього психолог може виконувати такі дії: проводити детальні первинні інтерв'ю та психодіагностичні оцінки, щоб зрозуміти емоційний стан, мотивацію та потреби кожної учасниці; створювати персоналізовані плани інтервенцій, що поєднують групові та індивідуальні техніки залежно від рівня тривожності, стресостійкості

та пережитої травми; застосовувати гнучкий підхід до методик (арт-терапія, медитації, рольові ігри, когнітивно-поведінкові вправи) відповідно до сприйняття та комфорту учасниці; проводити регулярні індивідуальні консультації для оцінки прогресу та корекції стратегії психологічної підтримки; а також використовувати цифрові інструменти для підтримки індивідуальної роботи між сесіями, включаючи онлайн-консультації та персональні щоденники самоспостереження. Такі дії забезпечують максимально ефективну підтримку, дозволяють уникати додаткового стресу та створюють умови для глибокої інтеграції психологічного досвіду, розвитку самоповаги та стійкості кожної жінки.

9. Рекомендується інтегрувати цифрові та дистанційні ресурси, включаючи онлайн-платформи, мобільні додатки для самоспостереження, медитацій та групових консультацій, щоб забезпечити безперервний доступ до психологічної підтримки у складних воєнних умовах. Дії психолога можуть включати: організацію регулярних онлайн-сесій у безпечних відеоплатформах для групових та індивідуальних занять; використання мобільних додатків для щоденного відстеження настрою, рівня тривожності та емоційних переживань; запровадження цифрових щоденників самоспостереження, де учасниці можуть записувати власні думки, рефлексії та прогрес; надання доступу до онлайн-медитацій, дихальних практик і вправ на релаксацію для підтримки саморегуляції у будь-який час; а також створення закритих чат-груп або форумів для взаємної підтримки, обміну досвідом і розвитку відчуття спільності навіть за умов обмеженого фізичного контакту. Такі дії дозволяють забезпечити безперервну психологічну підтримку, підвищити доступність ресурсів для самодопомоги та сприяти зміцненню емоційної стійкості, що особливо важливо в умовах тривалого воєнного стресу.

10. Рекомендується разом із жінками формувати персональні стратегії розвитку та адаптації, створюючи індивідуальні плани психологічної самопідтримки, підвищення стійкості та адаптивності, що закріплюють здобуті навички та сприяють сталому ментальному благополуччю. Для цього психолог

може виконувати такі конкретні дії: проводити спільне планування коротко- та довгострокових цілей розвитку емоційної стійкості та самоприйняття; допомагати визначати конкретні практики самопідтримки, які учасниці можуть застосовувати щоденно (медитації, дихальні вправи, щоденник успіхів, афірмації); інтегрувати навички саморегуляції та управління стресом у повсякденне життя через індивідуальні та цифрові інструменти; проводити регулярні супервізійні сесії для оцінки прогресу, корекції планів та обговорення складнощів; а також створювати «резервні» стратегії на випадок стресових або кризових ситуацій, щоб учасниці відчували впевненість у власних ресурсах та здатність адаптуватися до нових викликів. Такі дії дозволяють жінкам системно закріпити отримані навички, підвищити психологічну стійкість, формувати внутрішню автономію та забезпечити сталу підтримку ментального здоров'я навіть у складних умовах сучасних воєнних реалій.

Для зручності сприйняття та систематизації матеріалу всі рекомендації узагальнені та представлені у таблиці 3.2.

Таблиця 3.2

Рекомендації психологам щодо надання соціально-психологічної допомоги самотнім жінкам в умовах сучасних воєнних реалій

№	Рекомендація	Дії психолога
1	Рекомендується створювати безпечний психологічний простір	Організація групових та індивідуальних сесій, правила конфіденційності, вправи на довіру, активне слухання, анонімні письмові/цифрові обміни емоціями
2	Рекомендується систематично оцінювати психоемоційний стан	Первинні опитувальники (BDI, CRIES-8, шкала тривоги), регулярні контрольні точки, індивідуальні бесіди, ведення записів, цифрові щоденники
3	Рекомендується працювати над розвитком самоприйняття та самоповаги	Вправи «Моє сильне Я», афірмації, щоденники успіхів, рефлексивні сесії, цифрові інструменти для самоспостереження
4	Рекомендується активізувати внутрішні ресурси та адаптаційні стратегії	Вправи «Мапа ресурсів», рольові ігри, арт- та рухові техніки, індивідуальні консультації, ведення цифрових нотаток
5	Рекомендується опрацьовувати травматичні емоції	Арт-терапевтичні сесії, гештальт-техніки (порожнє крісло), екзистенціальні обговорення, письменницькі та цифрові практики, групові рефлексії

6	Рекомендується розвивати навички саморегуляції та емоційної стабільності	Медитації, дихальні вправи, релаксація, вправи на усвідомлену паузу, цифрові додатки для саморегуляції, навчальні блоки з управління емоціями
7	Рекомендується стимулювати соціальну взаємодію та спільність	Групові тренінги, рольові ігри, вправи на емпатію та асертивність, міні-проекти для співпраці, онлайн-спільноти
8	Рекомендується індивідуалізувати психологічну допомогу	Первинні інтерв'ю, персоналізовані плани інтервенцій, гнучкий вибір методик, регулярні індивідуальні консультації, цифрові інструменти для підтримки
9	Рекомендується інтегрувати цифрові та дистанційні ресурси	Онлайн-платформи, мобільні додатки для самоспостереження, медитацій, цифрові щоденники, закриті чат-групи для підтримки
10	Рекомендується формувати персональні стратегії розвитку та адаптації	Спільне планування цілей, індивідуальні плани самопідтримки, інтеграція навичок саморегуляції, супервізійні сесії, резервні стратегії на кризові ситуації

Джерело: складено самостійно

Отож, запропоновані рекомендації спрямовані на комплексну підтримку самотніх жінок, поєднуючи роботу з емоційною стабільністю, розвитком внутрішніх ресурсів та соціальною адаптацією. Вони враховують індивідуальні особливості та травматичний досвід учасниць, забезпечуючи безпечний і ефективний психологічний супровід. Реалізація рекомендацій сприяє підвищенню самоприйняття, зміцненню психологічної стійкості та формуванню конструктивних навичок міжособистісної взаємодії в умовах воєнної невизначеності.

Висновки до розділу 3

З метою підвищення ментального здоров'я самотніх жінок розроблена програма психологічної підтримки та зміцнення особистісних ресурсів для жінок середнього віку (30–45 років), яка виступає комплексним та ефективним інструментом розвитку самосприйняття, зміцнення емоційної стійкості та формування соціальної адаптивності. Програма має чітку структуровану поетапну організацію, що включає шість місяців системної роботи, поєднуючи сучасні психологічні підходи: гуманістичний, когнітивно-поведінковий, позитивно-психологічний, екзистенціальний, гештальт- та арт-терапевтичний, а

також інтегративні практики. Вона передбачає використання різноманітних інструментів традиційних та цифрових, включаючи опитувальники, рефлексивні та арт-терапевтичні вправи, медитації, рольові ігри та інтерактивні платформи для самоспостереження, усвідомлення власних ресурсів і розвитку навичок самопідтримки. Програма поєднує групові та індивідуальні заняття, що дозволяє забезпечити як соціальну взаємодію, так і персоналізовану роботу з емоційним та когнітивним досвідом учасниць. Реалізація цієї програми сприятиме підвищенню рівня самоприйняття, зміцненню внутрішньої автономії, покращенню емоційного стану та розвитку конструктивних соціальних і міжособистісних навичок, створюючи надійну основу для стійкого психологічного благополуччя та особистісного зростання.

У межах дослідження було розроблено тренінг «Сила бути собою: трансформація самотності в ресурс», спрямований на підвищення рівня самоприйняття, розвиток внутрішньої опори та опрацювання переживання самотності у жінок. Метою програми було формування психологічної ресурсності та трансформація досвіду самотності у ресурс особистісного розвитку. Структура тренінгу включала 8 послідовних модулів, що охоплювали: знайомство та створення безпечного психологічного простору; усвідомлення образу «Я»; розвиток самоприйняття та внутрішньої опори; актуалізацію та інтеграцію особистісних ресурсів; опрацювання переживання самотності; формування ефективних міжособистісних стратегій; консолідацію позитивного самосприйняття; а також підсумкову інтеграцію отриманого досвіду. Розроблений тренінг було апробовано в онлайн-форматі з використанням платформи Zoom за участю жінок дослідної групи. Результати апробації засвідчили його ефективність як засобу психологічної підтримки та розвитку внутрішньоособистісних ресурсів.

Зазначено, що ефективна психологічна робота з самотніми жінками в умовах війни потребує комплексного, чутливого та адаптивного підходу. Психологам рекомендується створювати безпечний психологічний простір для відкритого вираження емоцій, систематично оцінювати психоемоційний стан

учасниць, активно працювати над розвитком самоприйняття та самоповаги, ідентифікувати та активізувати внутрішні ресурси, опрацьовувати травматичні емоції, розвивати навички саморегуляції та емоційної стабільності, стимулювати соціальну взаємодію та відчуття спільності, індивідуалізувати психологічну допомогу, інтегрувати цифрові та дистанційні ресурси, а також формувати персональні стратегії розвитку та адаптації. Дотримання цих рекомендацій сприятиме підвищенню психологічної стійкості, емоційної стабільності, соціальної адаптивності та внутрішньої автономії самотніх жінок, створюючи міцну основу для збереження та зміцнення їхнього ментального здоров'я в умовах війни.

ВИСНОВКИ

Дослідження соціально-психологічних особливостей ментального здоров'я самотніх жінок дозволило комплексно оцінити вплив самотності на їхнє психічне благополуччя. Воно підтвердило, що самотність є важливим фактором ризику для розвитку депресивних та тривожних симптомів, погіршення емоційної стабільності та зниження загального психічного здоров'я. Зокрема:

1. Проаналізувавши ментальне здоров'я як соціально-психологічний конструкт, визначено, що ментальне здоров'я є комплексним соціально-психологічним конструктом, що відображає рівень психічного функціонування індивіда у соціальному контексті. Воно характеризується здатністю підтримувати психологічну рівновагу, ефективно регулювати емоції, адаптуватися до соціальних і життєвих вимог, забезпечувати адекватну міжособистісну взаємодію та реалізовувати особистісний потенціал у динамічному соціальному середовищі.

2. Розкривши феномен жіночої самотності, встановлено, що він є багатовимірним соціально-психологічним утворенням, сформованим під впливом соціальних умов, життєвих подій та суб'єктивного переживання дефіциту міжособистісної підтримки. Самотність характеризується емоційною відчуженістю та порушенням значущих соціальних зв'язків і має виражений негативний вплив на психічне благополуччя. Хронічна самотність асоціюється з підвищенням тривожності, депресивних проявів і зниженням психологічної стійкості, що обґрунтовує необхідність цілісного наукового аналізу та розроблення психосоціальних інтервенцій.

3. Визначивши соціально-психологічні детермінанти ментального здоров'я самотніх жінок, зроблено висновок, що ментальне здоров'я цієї категорії жінок формується через комплексну взаємодію соціальних і психологічних факторів. Соціальні детермінанти (наявність підтримки, інтеграція в спільноти та сімейний статус) безпосередньо впливають на психічне благополуччя, тоді як психологічні ресурси, зокрема суб'єктивне сприйняття самотності, емоційна регуляція та самооцінка, модулюють цей вплив. Позитивні соціальні контакти та

ефективна саморегуляція сприяють підтриманню психічного здоров'я, тоді як ізоляція та низька психологічна стійкість підвищують ризик розвитку депресивних і тривожних проявів.

4. Емпірично встановлено, що самотні жінки віком 30–45 років характеризуються підвищеним рівнем тривожності, депресії та зниженим психічним благополуччям, що підтверджує тісний взаємозв'язок між самотністю та соціально-психологічним станом ментального здоров'я.

За UCLA Loneliness Scale (Version 3) дослідна група (самотні жінки) показала значно вищі середні бали ($M = 57,3$, $SD = 6,8$), що свідчить про підвищене суб'єктивне відчуття самотності та соціальної ізоляції. Контрольна група (одружені жінки) мала нижчі показники ($M = 35,7$, $SD = 4,2$), що відповідає низькому рівню самотності та наявності соціальної підтримки.

Результати GHQ-28 виявили, що самотні жінки мали значно вищі середні бали за всіма субшкалами: тривожність/депресія ($M = 8,9$), соматичні скарги ($M = 7,2$), соціальна дисфункція ($M = 6,5$) та депресивні симптоми ($M = 6,1$), порівняно з одруженими жінками, які продемонстрували середні значення відповідно 5,1; 4,3; 4,0 та 4,0. Це підкреслює погіршення психічного стану та високий ризик психоемоційних розладів у самотніх учасниць.

За шкалою BDI-II самотні жінки мали середній бал 21,4 ($SD = 7,2$), що відповідає помірному рівню депресії, причому 58% учасниць дослідної групи мали помірну або важку депресію. У контрольній групі більшість жінок (52,9%) не мали ознак депресії, а важка депресія взагалі не спостерігалася. Ці дані підтверджують значний вплив самотності на емоційний стан та розвиток депресивних розладів.

Результати WEMWBS показали, що психічне благополуччя самотніх жінок значно знижене ($M = 40,8$, $SD = 8,5$), тоді як у одружених учасниць переважав середній рівень благополуччя ($M = 53,2$, $SD = 7,1$), а високий рівень спостерігався у 23,5% контрольної групи. Це свідчить про зниження позитивного психічного стану та здатності до емоційної стабільності при високому рівні самотності.

Кореляційний аналіз Пірсона (r) підтвердив статистично значущі зв'язки між самотністю та показниками ментального здоров'я в обох групах, однак їх сила була вищою у жінок дослідної групи:

1. Самотність і депресія (BDI-II): дослідна група – $r = 0,58$ ($p < 0,001$), контрольна група – $r = 0,31$ ($p = 0,005$), що свідчить про сильніший зв'язок самотності з депресивними проявами у жінок дослідної групи.

2. Самотність і загальне психічне здоров'я (GHQ-28): дослідна група – $r = 0,62$ ($p < 0,001$), контрольна група – $r = 0,34$ ($p = 0,003$), що вказує на більш виражений вплив самотності на психічний дискомфорт, тривожність і соціальну дисфункцію.

3. Самотність і психологічне благополуччя (WEMWBS): дослідна група – $r = -0,65$ ($p < 0,001$), контрольна група – $r = -0,38$ ($p = 0,001$), що демонструє суттєвіше зниження психологічного благополуччя при зростанні самотності у жінок дослідної групи.

Отримані результати дозволяють дати чітку відповідь на дослідницькі питання. Зокрема, на питання 1 — «Яким чином рівень самотності впливає на ментальне здоров'я жінок віком 30–45 років?» — відповідають дані кореляційного аналізу. Зокрема, підвищене відчуття самотності тісно пов'язане з ростом депресивних та тривожних симптомів та зниженням психічного благополуччя, що демонструє негативний вплив соціальної ізоляції на психічний стан. На питання 2 — «Які відмінності в показниках ментального здоров'я спостерігаються між самотніми жінками та жінками, що проживають із сім'єю?» — свідчать результати порівняння груп: дослідна група самотніх жінок має значно вищі бали за депресією, тривожністю, соматичними скаргами та соціальною дисфункцією (GHQ-28, BDI-II), а також нижчий рівень психічного благополуччя (WEMWBS) порівняно з одруженими жінками контрольної групи. Загалом, отримані дані свідчать, що самотність у жінок віком 30–45 років є вагомим фактором ризику погіршення психічного здоров'я, підвищення депресивних та тривожних симптомів, а також зниження загального психічного благополуччя.

Результати регресійного аналізу засвідчили, що самотність у обох групах виступала статистично значущим предиктором психічного дискомфорту, депресії та психологічного благополуччя, однак її вплив суттєво відрізнявся за силою. В дослідній групі зафіксовано вищу предиктивну вагу: психічний дискомфорт ($\beta = 0,55$; $R^2 = 0,32$; $p < 0,001$), депресія ($\beta = 0,50$; $R^2 = 0,28$; $p < 0,001$) та психологічне благополуччя ($\beta = -0,58$; $R^2 = 0,38$; $p < 0,001$). Водночас в контрольній групі відповідні показники були помітно нижчими: психічний дискомфорт ($\beta = 0,29$; $R^2 = 0,12$; $p = 0,003$), депресія ($\beta = 0,27$; $R^2 = 0,10$; $p = 0,005$) та психологічне благополуччя ($\beta = -0,33$; $R^2 = 0,15$; $p = 0,001$). Отримані дані свідчать про більш виражений деструктивний вплив самотності на психічне здоров'я у жінок, що не проживають у шлюбі, тоді як у одружених її ефекти мають помірний характер і частково можуть компенсуватися сімейною підтримкою.

Результати дослідження акцентують на потребі розробки цільових психосоціальних заходів та інтервенцій, спрямованих на зменшення самотності та зміцнення ментального здоров'я жінок. Особливу увагу слід приділяти стимулюванню соціальної інтеграції через участь у громадах, групах підтримки та соціальних мережах, що сприяє формуванню стабільних соціальних зв'язків і підвищенню психічного благополуччя. Освітні програми та психологічне консультування мають підвищувати обізнаність щодо наслідків самотності та розвивати навички подолання стресу й емоційної напруги, зокрема через формування психологічної стійкості та самоповаги. Крім того, доцільно здійснювати поздовжні та порівняльні дослідження для уточнення механізмів впливу самотності на психічне здоров'я та виявлення факторів, що можуть пом'якшувати її негативний ефект.

5. Розроблена програма психологічної підтримки самотніх жінок середнього віку та надані науково-обґрунтовані рекомендації для психологів щодо організації їх соціально-психологічного супроводу в умовах воєнних реалій.

Зокрема, у межах дослідження була розроблена програма психологічної підтримки та зміцнення особистісних ресурсів самотніх жінок середнього віку

(30–45 років), що виступає комплексним інструментом розвитку самосприйняття, емоційної стійкості та соціальної адаптивності. Програма має шість місяців поетапної роботи, поєднує сучасні психологічні підходи, зокрема гуманістичний, когнітивно-поведінковий, позитивно-психологічний, екзистенціальний, гештальт- та арт-терапевтичний, а також інтегративні практики, і передбачає використання традиційних і цифрових інструментів для самоспостереження, рефлексії та розвитку навичок самопідтримки. Вона включає як групові, так і індивідуальні заняття, що забезпечує одночасно соціальну взаємодію та персоналізовану роботу з емоційним та когнітивним досвідом учасниць.

У межах програми розроблений тренінг «Сила бути собою: трансформація самотності в ресурс», спрямований на формування позитивного самосприйняття, опрацювання переживання самотності та інтеграцію цього досвіду як ресурсу для особистісного зростання. Тренінг включає модульну структуру, що поєднує рефлексивні, когнітивні та практичні техніки, спрямовані на поглиблення самопізнання, актуалізацію внутрішніх ресурсів і закріплення позитивних змін у психологічній сфері. Розроблений тренінг було апробовано в онлайн-форматі з використанням платформи Zoom за участю жінок дослідної групи, що забезпечило доступність участі та регулярну групову взаємодію незалежно від місця перебування учасниць. Реалізація програми здійснювалася у груповому форматі, що сприяло створенню безпечного психологічного простору, взаємній підтримці та обміну особистісним досвідом у межах кожного модуля. Результати апробації засвідчили ефективність тренінгу як засобу психологічної підтримки, що проявилася у підвищенні рівня самоприйняття, розвитку емоційної усвідомленості, зниженні інтенсивності переживання самотності та посиленні відчуття внутрішньої опори. Також було відзначено позитивні зміни у сфері психологічної ресурсності та суб'єктивного благополуччя учасниць, що підтверджує доцільність використання даної програми у роботі з проблемою самотності.

Підкреслено, що ефективна робота з самотніми жінками в умовах воєнних реалій потребує комплексного, чутливого та адаптивного підходу. Для психологів представлені рекомендації щодо ефективної роботи з самотніми жінками в умовах воєнних викликів, зокрема: рекомендовано створювати безпечний психологічний простір, оцінювати психоемоційний стан, розвивати самоприйняття та самоповагу, активізувати внутрішні ресурси, опрацьовувати травматичні емоції, розвивати саморегуляцію та емоційну стабільність, стимулювати соціальну взаємодію, індивідуалізувати допомогу, інтегрувати цифрові ресурси та формувати персональні стратегії розвитку. Виконання цих рекомендацій сприятиме підвищенню психологічної стійкості, емоційного благополуччя та соціальної адаптивності самотніх жінок, створюючи надійну основу для збереження та зміцнення їхнього ментального здоров'я в умовах війни.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Артюхіна Н. В. (2025). Самоефективність як прояв дилеми «бути чи здаватися» в структурі особистісної здійсненності. *Вісник Міжнародного економіко-гуманітарного університету імені академіка Степана Дем'янчука*. <https://doi.org/10.32782/3041-2021/2025-4-1>
2. Асєєва, Ю. О., Кейдалюк П. О. (2024). Особливості самоактуалізації жінок зрілого віку. *Ментальне здоров'я*, 4: 9–15. <https://doi.org/10.32782/3041-2005/2024-4-2>
3. Бандура А. (2024). Механізми самоефективності у людському функціонуванні. *Психологія і суспільство*, 2 (90): 63–94. <https://doi.org/10.35774/pis2024.02.063>
4. Богдан Т. В., Горобець Т. В. (2022). Особливості депресивних проявів у жінок з різним соціальним статусом. *Дніпровський науковий часопис публічного управління, психології, права*. 2022, 1: 56–61. <https://doi.org/10.51547/ppp.dp.ua/2022.1.8>
5. Василевська О. І., Дворніченко Л. Л. (2020). Дослідження психологічних особливостей щастя в жінок середнього віку. *Науковий вісник Херсонського державного університету*, 2: 110–118. <https://doi.org/10.32999/ksu2312-3206/2020-2-15>
6. Васильченко О., Букалова І. (2025). Система ідентичності як чинник самоактуалізації жінок віком від 30 до 40 років. *Вчені записки Університету «КРОК»*, 3 (79): 413–420. <https://doi.org/10.31732/2663-2209-2025-79-413-420>
7. Вдовіченко О. В., Стоянова Л. В. (2025). Особливості прояву лідерства в умовах кризи. *Габітус*, 74: 149–153. <https://doi.org/10.32782/2663-5208.2025.74.27>
8. Гальцева, Т. О., Телегіна, О. Л. (2025). Психологічні бар'єри жіночого лідерства: невидимий вимір лабіринту влади. *Journal of Psychology Research*, 31(14), 126-144. <https://doi.org/10.15421/103108>

9. Гавриловська К. П., Павлюк І. М. (2021). Психологічний добробут жінок із різним індексом сексуальності. *Науковий вісник Ужгородського національного університету*, 3: 45–49. <https://doi.org/10.32782/psy-visnyk/2021.3.9>
10. Гапішко К. Б., Кучманич І. М. (2023). Взаємозв'язок психологічної зрілості жінки з наслідуванням жіночих ролей у сімейних системах. *Габітус*, 45: 115–120. <https://doi.org/10.32782/2663-5208.2023.45.19>
11. Гільман А. Ю. (2023). Психічне здоров'я населення в умовах війни: теорія, практичні аспекти психологічної допомоги. <https://doi.org/10.30525/978-9934-26-330-9-13>
12. Горенко М. В. (2025). Специфіка переживання стресу війни у жінок. *Психологічний журнал*, 15: 69–77. <https://doi.org/10.31499/2617-2100.15.2025.342123>
13. Гриник І. Я. (2024). Гендерні особливості переживання кризи середнього віку. *Габітус*, 63: 78–81. <https://doi.org/10.32782/2663-5208.2024.63.12>
14. Дем'яненко, Ю. О., Бойправ, О. О. (2020). Самотність як соціально-психологічний феномен. *Психологічні та педагогічні проблеми професійної освіти та патріотичного виховання персоналу системи МВС України*. https://univd.edu.ua/general/publishing/konf/27_03_2020/pdf/60.pdf
15. Дідик, Н. М., Логвіна, О. А., Руденок, А. І. (2022). Соціально-психологічні аспекти переживання стану самотності сучасною молоддю. *Габітус*, 33: 86-91. <https://doi.org/10.32843/2663-5208.2022.33.15>
16. Дідик, Н. М. (2023). Тренінг особистісного зростання: навчальний посібник, Кам'янець-Подільський, 106 с.
17. Добрянська О. В., Волощук О. В. (2020). Роль самооцінки у формуванні здоров'я осіб різного віку. *Environment & Health*, 1: 19–25. <https://doi.org/10.32402/dovkil2020.01.019>
18. Дячок, О., Вінницька, О. (2025). Психологічні характеристики переживання самотності жінками зрілого та похилого віку. *Socialization & Human Development International Scientific Journal*, 7(2):124-133. <https://doi.org/10.37096/SHDISJ-25-1.2-0009>

19. Зарицька В. В., Козаченко Д. С. (2023). Феномен самооцінки у психологічному дискурсі. *Journal of psychology research*, 29 (12): 19–25. <https://doi.org/10.15421/102903>
20. Захаріна, Є. А., Корж, Н. Л., Золотих, Н. М. (2025). Шляхи корекції психоемоційного стану жінок засобами ментального фітнесу в умовах воєнного стану. *Olympicus*, 1: 82–89. <https://doi.org/10.24195/olympicus/2025-1.1>
21. Зозуль Т. (2021). Психологічне вивчення ставлення до тілесності жінок до та після кризи середнього віку у контексті формування їх індивідуального еротичного коду. *Вісник Львівського університету. Серія психологічні науки*, 10: 60–67. <https://doi.org/10.30970/PS.2021.10.9>
22. Іванашко О. Є. (2025). Особливості реального «Я-образу» у структурі самосвідомості депривованої особистості. *Проблеми сучасних трансформацій. Серія: педагогіка та психологія*, 7. <https://doi.org/10.54929/2786-9199-2025-7-10-05>
23. Калашникова, Л. В., Руденко, Ю.Ю., Руденко, С. А. (2024). Розуміння сутності ментального здоров'я в контексті комплексного підходу. *Наукові записки. Серія: Психологія*, 1(3): 74-81. <https://doi.org/10.32782/cusu-psy-2024-1-10>
24. Калініна, Г., Малюга, М. (2020). Сінглтони як новий тренд ХХІ століття. *Український педагогічний журнал*, 4: 45-60. <https://doi.org/10.32405/2411-1317-2020-45-60>
25. Катерина, У. М., Даруга, А. Р. (2025). Корекція психоемоційного стану жінок, постраждалих від війни, засобами оздоровчого фітнесу. *Науковий часопис Українського державного університету імені Михайла Драгоманова*, 9 (196): 117–121. [https://doi.org/10.31392/UDU-nc.series15.2025.09\(196\).23](https://doi.org/10.31392/UDU-nc.series15.2025.09(196).23)
26. Казанцев В., Малигін О. (2024). Вплив здорової сексуальності особистості на інтерпретацію інформації про власне «Я». *Науковий часопис Українського державного університету імені Михайла Драгоманова*, 25 (70): 25–34. [https://doi.org/10.31392/UDU-nc.series12.2024.25\(70\).03](https://doi.org/10.31392/UDU-nc.series12.2024.25(70).03)

27. Корчук В. І., Манік О. Т. (2025). Психологічні аспекти кризового періоду у жінок середнього віку. *Східноєвропейський журнал внутрішньої та сімейної медицини*, 1: 74–79. <https://doi.org/10.15407/internalmed2025.01.074>
28. Кузнецова, О. А., Рогачко В. О., Протас О. Л. (2025). Соціальна підтримка як ключовий фактор відновлення після психотравмуючих подій. *Перспективи та інновації науки*, 8 (54): 1410–1421. [https://doi.org/10.52058/2786-4952-2025-8\(54\)-1410-1421](https://doi.org/10.52058/2786-4952-2025-8(54)-1410-1421)
29. Кузікова С. Б., Щербак Т. І. (2020). Психологічні особливості перебігу кризи середнього віку. *Науковий вісник Херсонського державного університету*, 2: 132–138. <https://doi.org/10.32999/ksu2312-3206/2020-2-18>
30. Кузікова С. Б., Лукомська С. О. (2025). Розвиток самоцінності особистості у контексті адаптації до життєвих криз. *Вісник ХНПУ імені Г.С. Сковороди. Психологія*, 73: 357–370. <https://doi.org/10.34142/23129387.2025.73.23>
31. Лазарець, М. (2020). Явище самотності як прояв соціального неприйняття. *Психологія: реальність і перспективи*, 15: 104-110. <https://doi.org/10.35619/praprv.v1i15.191>
32. Леонова І. М. (2021). Причини самотності жінок з різних соціальних груп. *Габітус*, 29: 160-167. <https://doi.org/10.32843/2663-5208.2021.29.27>
33. Леонова І. М. (2022). Суб'єктивне уявлення причин самотності жінками з різних соціальних груп. *Вчені записки ТНУ імені В.І. Вернадського. Серія: Психологія*, 33 (72): 61-68. <https://doi.org/10.32838/2709-3093/2022.1/10>
34. Леонова І. (2021). Зв'язок міжособистісних стосунків із формуванням почуття самотності. *Вісник Львівського університету. Серія психологічні науки*, 11: 94–106. <https://doi.org/10.30970/PS.2021.11.13>
35. Литвинчук О. В. (2021). Феномен самотності: виклики сьогодення. *Перспективи. Соціально-політичний журнал*, 1: 24-30. <https://doi.org/10.24195/spj1561-1264.2021.1.4>
36. Лукіна, Н. Б., Дорошенко Ю. В. (2025). Психологічні бар'єри, які стоять на заваді розвитку лідерських якостей жінок. *Габітус*, 72: 71–75. <https://doi.org/10.32782/2663-5208.2025.72.2.13>

37. Максименко Ю. Б., Баран О. С. (2025). Криза середнього віку в контексті життєвого шляху особистості. *Перспективи та інновації науки*, 5 (51): 2084–2097. [https://doi.org/10.52058/2786-4952-2025-5\(51\)-2084-2097](https://doi.org/10.52058/2786-4952-2025-5(51)-2084-2097)
38. Малімон, В. І. (2025). Психологічні особливості переживання самотності в дорослому віці. *Габітус*, 66 (2): 138-144. <https://doi.org/10.32782/2663-5208.2025.69.2.25>
39. Малімон, В. І. (2025). Сучасні психотехнології переживання і подолання самотності. *Вчені записки ТНУ імені В.І. Вернадського. Серія: Психологія*, 36 (75), 5: 76–83. <https://doi.org/10.32782/2709-3093/2025.5/12>
40. Марінова, Я. В., Боделан М. В. (2025). Психологічні чинники благополуччя молодих жінок в умовах тривалої війни. *Перспективи та інновації науки*, 12 (58): 4292–4298. [https://doi.org/10.52058/2786-4952-2025-12\(58\)-4292-4298](https://doi.org/10.52058/2786-4952-2025-12(58)-4292-4298)
41. Марківська, О. С. (2024). Рівні переживання жіночої самотності. *Вісник Донецького національного університету імені Василя Стуса*, 1 (4): 59-67. [https://doi.org/10.31558/2786-8745.2024.1\(4\).6](https://doi.org/10.31558/2786-8745.2024.1(4).6)
42. Марківська, О. С. (2024). Емпіричне дослідження феномену самотності жінок в умовах соціальних трансформацій та воєнних викликів. *Вісник Донецького національного університету імені Василя Стуса*. [https://doi.org/10.31558/2786-8745.2024.2\(5\).6](https://doi.org/10.31558/2786-8745.2024.2(5).6)
43. Матієнко Т. В., Крапивний Р. А. (2025). Комунікативні виклики та їх подолання: розвиток навичок ефективної взаємодії на різних етапах життя. *Теорія і методика професійної освіти*. <https://doi.org/10.69842/DIDACTICS.2025.1.12>
44. Мащак, С. О., Гіль, У. І. (2026). Відновлення внутрішньої опри у жінок після досвіду емоційно травматичних стосунків. *Наукові перспективи*, 1 (67): 1935–1948. [https://doi.org/10.52058/2708-7530-2026-1\(67\)-1935-1948](https://doi.org/10.52058/2708-7530-2026-1(67)-1935-1948)
45. Меднікова Г. І. (2023). Взаємозв'язок ставлення до себе та ставлення до власної зовнішності жінок зрілого віку. *Вчені записки ТНУ імені В.І.*

Вернадського. Серія: Психологія, 34 (73), 1: 149–153.
<https://doi.org/10.32782/2709-3093/2023.1/24>

46. Михаліцька Н. Я., Яцик М. Р. (2024). Лідерство та комунікації в організації : навчальний посібник. Львів : Львівський державний університет внутрішніх справ. 512 с.

47. Міщиха Л. П., Кравченко В. Ю. (2022). Особливості психологічного благополуччя жінки у період середньої дорослості. *Науковий вісник Ужгородського національного університету*, 2: 20–24.
<https://doi.org/10.32782/psy-visnyk/2022.2.4>

48. Миколенко Н. В., Плєскач Б. В. (2024). Розробка методики діагностики самоцінності: надійність та валідність. *Молодий вчений*, 5 (129): 62–71.
<https://doi.org/10.32839/2304-5809/2024-5-129-6>

49. Миколенко Н. В. (2023). Змістовний аналіз поняття самоцінності особистості. *Наукові перспективи*, 12 (42): 866–880.
[https://doi.org/10.52058/2708-7530-2023-12\(42\)-866-880](https://doi.org/10.52058/2708-7530-2023-12(42)-866-880)

50. Миколенко Н. В. (2024). Шляхи розвитку самоцінності особистості в процесі отримання психологічної допомоги. *Наукові перспективи*, 12 (54): 1591–1608. [https://doi.org/10.52058/2708-7530-2024-12\(54\)-1591-1608](https://doi.org/10.52058/2708-7530-2024-12(54)-1591-1608)

51. Навроцька, О. С. (2025). Практичні аспекти оптимізації психологічної самореалізації жінок. *Наукові записки Львівського державного університету безпеки життєдіяльності. Педагогіка і психологія*, 2 (6): 190–195.
<https://doi.org/10.32782/3041-1297/2025-2-29>

52. Ніколаєв, Л., Войтенко, О., Озеллі, О. (2022). Психологічні засади переживання самотності жінками середнього віку в умовах пандемії. *Вісник Львівського університету. Серія психологічні науки*, 13: 97–105.

53. Панченко, Т. А. (2025). Вплив самооцінки та оптимізму на самовизначення і самореалізацію жінки. *Conference: Психологія, фізична культура, спорт та комплексна реабілітація: мультидисциплінарний підхід у вимірі суспільних трансформацій*. <https://doi.org/10.36059/978-966-397-568-9-28>

54. Папуша І. (2021). *Modus vivendi*. Тренінг розвитку особистості і психологічне благополуччя людини / Ігор Папуша. Тернопіль: Крок. 112 с.

55. Парасей-Гочер А., Іванова Є., Науменко Н. (2023). Емпіричне дослідження тривожності у жінок середнього віку. *Вісник Львівського університету. Серія психологічні науки*, 17: 38–44. <https://doi.org/10.30970/PS.2023.17.5>

56. Пелех Г. Я., Волошок О. В. (2024). Детермінанти та особливості тривожності жінок періоду дорослості. *Науковий вісник Ужгородського національного університету*, 1: 91–97. <https://doi.org/10.32782/psy-visnyk/2024.1.17>

57. Перепелиця, А. В., Мосьпан, М. О., Опанасюк, О. Ю. (2025). Програма тренінгу переконструювання життєвого досвіду внутрішньо переміщених осіб за допомогою наративних практик. *Вчені записки ТНУ імені В. І. Вернадського. Серія: Психологія*, 36 (75), 3: 103–110. <https://doi.org/10.32782/2709-3093/2025.3/15>

58. Петровська, І. Р. (2025). Психологічні чинники самоефективності українських жінок в умовах війни. *Наукові записки. Серія: Психологія*, 4 (10): 72–78. <https://doi.org/10.32782/cusu-psy-2025-4-9>

59. Приба, Г. А., Бегеза, Л. Є. (2025). Психічне здоров'я та резильєнтність особистості: колективна монографія. Академія праці, соціальних відносин і туризму: Київ, 392 с.

60. Пшенична О. В. (2020). Я-концепція як детермінанта психологічного благополуччя особистості: теоретико-методологічні аспекти. *Габітус*, 14: 199–204. <https://doi.org/10.32843/2663-5208.2020.14.33>

61. Радченко, М. І. (2026). Структурно-особистісні чинники гендерної ідентичності у жінок: психологічні ресурси та зони вразливості. *Перспективи та інновації науки*, 2 (60): 3518–3529. [https://doi.org/10.52058/2786-4952-2026-2\(60\)-3518-3529](https://doi.org/10.52058/2786-4952-2026-2(60)-3518-3529)

62. Руденко О. В., Ніколаєв Л. О., Мігальчан І. О. (2023). Феномен кризи середнього віку та її подолання засобами психологічного консультування.

Наукові перспективи, 11 (41): 1347–1359. [https://doi.org/10.52058/2708-7530-2023-11\(41\)-1345-1359](https://doi.org/10.52058/2708-7530-2023-11(41)-1345-1359)

63. Свиридова Л. М., Крайніков Е. В. (2023). Сприйняття власної сексуальності жінками різних вікових груп. *Науковий вісник Херсонського державного університету*, 3: 20–27. <https://doi.org/10.32999/ksu2312-3206/2023-3-3>

64. Скворчевська Є. Л. (2025). Особливості кризи середини життя в чоловіків і жінок. *Журнал сучасної психології*, 1 (36): 92–97. <https://doi.org/10.26661/2310-4368/2025-1-11>

65. Стеценко А. І., Павленко О. В. (2025). Психологічні особливості сепарації жінок дорослого віку від життєвої моделі матері. *Габітус*, 77 (2): 127–131. <https://doi.org/10.32782/hbts.77.2.23>

66. Ульяновкіна О. (2025). Особливості я-концепції незаміжніх жінок: вікові відмінності та психологічні чинники. *Наукові праці Міжрегіональної академії управління персоналом*, 3 (68): 122–126. <https://doi.org/10.32689/maup.psych.2025.3.17>

67. Учитель І. Б. , Сурякова М. В., Батраченко І. Б. (2021). Вікова та педагогічна психологія: Навч. посібник [електронне видання]: Дніпро. : Середняк Т. К., 162 с.

68. Філоненко, К., Савелюк, Н. (2025). Переживання самотності як прояв дистинктивної поведінки особистості. *Психологічні перспективи*, 46: 252–270. <https://doi.org/10.29038/2227-1376-2025-46-fil>

69. Фокін, А.С. (2024). Адаптація шкал оцінки ментального здоров'я. *Габітус*, 65: 202–208. <https://doi.org/10.32782/2663-5208.2024.65.35>

70. Хараджи, М. В., Дубініна, Н. А. (2025). Психологічна корекція емоційного вигорання жінок методами арттерапії. *Габітус*, 76: 314–318. <https://doi.org/10.32782/hbts.76.54>

71. Хараджи М. В., Матвійчук І. А. (2024). Дослідження соціально-психологічних особливостей переживання кризи середнього віку у жінок.

Наукові інновації та передові технології, 12 (40): 1715–1727.
[https://doi.org/10.52058/2786-5274-2024-12\(40\)-1715-1727](https://doi.org/10.52058/2786-5274-2024-12(40)-1715-1727)

72. Чижик К. (2020). Психологічне реконструювання жіночої самоідентичності в діапазоні вікової кризи пізньої зрілості. *Психологічні перспективи*, 36: 225–238. <https://doi.org/10.29038/2227-1376-2020-36-225-238>

73. Шевченко, О. М. (2019). Соціально-психологічні аспекти самотності. *Габітус*, 9: 99-102. <https://doi.org/10.32843/2663-5208.2019.9.18>

74. Akinyemi, O., Abdulrazaq, W., Fasokun, M., Ogunyankin, F., Ikugbayigbe, S., Nwosu, U., et al. (2025). The impact of loneliness on depression, mental health, and physical well-being. *PLoS One*, 20(7): e0319311. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0319311>

75. Baarck, J. & Kovacic, M. (2022). The relationship between loneliness and health, EUR 31155 EN, *Publications Office of the European Union, Luxembourg*, ISBN 978-92-76-55055-6, doi:10.2760/90915, JRC129972.

76. Barreto, M., Doyle, D. M., Maes, M. (2025). Researching gender and loneliness differently. *Annals of the New York Academy of Science*, 1544:55–64. <https://doi.org/10.1111/nyas.15283>

77. Ding, D., Hagani, N., Owen, K., Clare, P., Merom, D., Smith, B. (2024). Loneliness and long-term health-related quality of life: A latent class analysis among middle-aged and older Australian women. *Research Square*. <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-4804898/v1>

78. Egaña-Marcos, E., Collantes, E., Diez-Solinska, A., & Azkona, G. (2025). The Influence of Loneliness, Social Support and Income on Mental Well-Being. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*, 15(5), 70. <https://doi.org/10.3390/ejihpe15050070>

79. Gasull-Molinera, V., Khan, K. S., Núñez, M. N., & Kouiti, M. (2024). The impact of loneliness on mental and physical health outcomes: An umbrella review. *Medicina de Familia. SEMERGEN*, 50: 102261. <https://doi.org/10.1016/j.semerg.2024.102261>

80. HaGani, N., Owen, K., Clare, P. J., Merom, D., Smith, B. J., & Ding, D. (2025). Long-term elevated levels of loneliness are linked to lower health-related quality of life in middle-aged Australian women. *Communications Psychology*, 3:85. <https://doi.org/10.1038/s44271-025-00264-z>
81. Idzik(199), A., Lenczuk-Gruba, A., Kobos, E., Pietrzak, M., Dziedzic, B. (2021). Loneliness and Depression among Women in Poland during the COVID-19 Pandemic. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 18, 10698. <https://doi.org/10.3390/ijerph182010698>
82. Jalgashboyevna, M. B. (2025). The social portrait of single women. *World Bulletin of Education and Learning (WBEL)*, 1 (1). 128-133. <https://worldbulletin.org/index.php/1/article/view/31>
83. Kumar, S. S., & Vijayan, K. (2025). Gender Differences in Loneliness and Its Impact on Depression, Among Highly Skilled Migrants in the Netherlands. *International Journal for Multidisciplinary Research (IJFMR)*, 7 (5). URL: <https://www.ijfmr.com/papers/2025/5/56686.pdf>
84. Kumar, A. (2025). A Socio-psychological Study of Mental Health and Stress Among Divorce and Non- Divorce Women. *Amoghvarta*, 4 (4): 75-83.
85. Liang, Y. Y., Zhou, M., He, Y., et al. (2024). Observational and genetic evidence disagree on the association between loneliness and risk of multiple diseases. *Nature Human Behaviour*, 8: 2209–2221. <https://doi.org/10.1038/s41562-024-01970-0>
86. Mann, F., Wang, J., Pearce, E., et al. (2022). Loneliness and the onset of new mental health problems in the general population. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. <https://doi.org/10.1007/s00127-022-02261-7>
87. Rönkä, A. R., Sunnari, V., & Taanila, A. (2020). Entanglements of loneliness and mental ill health among young adult women. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 15:1, 1838101. <https://doi.org/10.1080/17482631.2020.1838101>

88. Sharma, R. D., & Shukla, A. (2025). Shukla, Anusha, Impact of Loneliness on Psychological Well Being of Female College Students. Available at SSRN: <https://ssrn.com/abstract=5179649> or <http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.5179649>

89. Verma, P., & Singh, S. (2024). Impact of Loneliness on Mental Health among University Students. *The International Journal of Indian Psychology*, 12 (3): 2594-2603. DOI: 10.25215/1203.251. <https://ijip.in/wp-content/uploads/2024/09/18.01.251.20241203.pdf>

90. Xiao, M.-Q., Liu, X.-T., Huang, Q.-X., & He, S.-Q. (2023). The effect of loneliness on depression in young people: a multiple mediated effects model. *European Review for Medical and Pharmacological Sciences*, 27: 8614-8627. <https://www.europeanreview.org/wp/wp-content/uploads/8614-8627.pdf>

ДОДАТКИ

Додаток А

Опитувальник 1. UCLA Loneliness Scale (Version 3)

Мета: оцінити рівень суб'єктивного відчуття самотності та соціальної ізоляції.

Інструкція для учасниць:

Нижче наведені твердження, які описують ваші соціальні взаємодії та почуття. Будь ласка, оберіть, наскільки часто ви відчуваєте кожне з цих станів, використовуючи таку шкалу:

- 1 – Ніколи
- 2 – Рідко
- 3 – Іноді
- 4 – Часто

Твердження (20 пунктів):

1. Мені не вистачає компанії.
2. Я відчуваю себе виключеною зі спілкування.
3. Я почуваюся самотньою.
4. Мені бракує близьких друзів.
5. Я відчуваю себе не зрозумілою іншими.
6. Я почуваюся ізольованою від інших.
7. Мені бракує соціальної підтримки.
8. Я відчуваю себе самотньою навіть у компанії інших.
9. Я почуваюся невидимою для оточуючих.
10. Я відчуваю себе непотрібною іншим.
11. Мені не вистачає теплого спілкування.
12. Я почуваюся самотньою в групі.
13. Я рідко отримую підтримку від інших.
14. Мені бракує емоційного контакту.
15. Я відчуваю себе відчуженою від людей.
16. Я не можу поділитися своїми почуттями з іншими.
17. Я почуваюся самотньою у своєму житті.
18. Мені бракує соціальних зв'язків.
19. Я відчуваю, що мене не слухають.
20. Я почуваюся ізольованою від суспільства.

Обробка результатів:

Сума балів по всіх пунктах визначає загальний рівень самотності:

- 20–34 – низький рівень самотності
- 35–49 – помірний рівень
- 50–64 – високий рівень
- 65–80 – дуже високий рівень

Опитувальник 2. General Health Questionnaire (GHQ-28)

Мета: оцінити загальний рівень ментального благополуччя та виявити симптоми тривожності, депресії, соматичних проявів і порушень соціального функціонування.

Інструкція для учасниць:

Нижче наведені твердження щодо вашого психічного стану та самопочуття за останні кілька тижнів. Будь ласка, оберіть варіант, який найбільше відповідає вашим відчуттям, використовуючи таку шкалу:

- 0 – Ні, зовсім не відчуваю / Не було
- 1 – Трохи / Рідко
- 2 – Помірно / Час від часу
- 3 – Дуже / Часто

Пункти (28 питань, згруповані у 4 підшкали по 7 питань):

1. Соматичні симптоми

- Я відчуваю втому або слабкість.
- У мене часто болить голова.
- У мене є проблеми зі сном.
- Я часто відчуваю фізичний дискомфорт.
- Мене турбує серцебиття чи підвищений пульс.
- У мене виникають проблеми з травленням.
- Я відчуваю напруження у м'язах або суглобах.

2. Тривожність/Неспокій

- Я відчуваю тривогу або хвилювання.
- Я легко збуджуюся або нервую.
- Мені важко розслабитися.
- Я часто переживаю через дрібниці.
- Я відчуваю внутрішнє напруження.
- Я відчуваю страх без видимої причини.
- Мене мучить відчуття неспокою.

3. Соціальне функціонування

- Мені важко виконувати щоденні обов'язки.
- Я уникаю соціальних контактів.
- Мені складно зосередитися на роботі або навчанні.
- Я відчуваю себе неспроможною в суспільстві.
- У мене мало енергії для спілкування.
- Я уникаю відповідальності через втому або стрес.
- Мені важко підтримувати дружні або сімейні стосунки.

4. Депресивний стан

- Я часто відчуваю сум або пригніченість.
- Мені бракує інтересу до звичних справ.
- Я відчуваю безнадійність щодо майбутнього.
- Мене мучать думки про власну непотрібність.
- Я втратив(ла) радість у житті.
- Мені важко знайти мотивацію до дій.
- Я відчуваю втрату впевненості в собі.

Обробка результатів:

Кожна підшкала оцінюється окремо, сума балів показує інтенсивність проблем у відповідній сфері.

Загальна сума по всіх 28 пунктах дозволяє оцінити рівень психічного благополуччя:

0–28 – нормальний стан

29–56 – помірний рівень порушень

57–84 – високий рівень порушень

Опитувальник 3. Beck Depression Inventory (BDI-II)

Мета: оцінити наявність і ступінь депресивних симптомів у жінок.

Інструкція для учасниць:

Нижче наведені твердження, які описують ваші відчуття, думки та поведінку за останні два тижні. Будь ласка, оберіть лише один варіант у кожному пункті, який найточніше відповідає вашому стану.

Пункти (21 питання, кожне з 4 варіантами відповіді, бали 0–3):

1. Сум або пригніченість

0 – Я не сумую.

1 – Я сумую час від часу.

2 – Я сумую більшість часу.

- 3 – Я постійно сумую і не можу перестати.
2. Почуття невдачі
 - 0 – Я не відчуваю себе невдахою.
 - 1 – Я іноді відчуваю себе невдахою.
 - 2 – Я відчуваю себе невдахою більшість часу.
 - 3 – Я відчуваю себе повною невдахою.
3. Втрата задоволення
 - 0 – Я не втратив(ла) інтересу до речей.
 - 1 – Я втратив(ла) інтерес до деяких речей.
 - 2 – Я втратив(ла) інтерес до більшості речей.
 - 3 – Я втратив(ла) інтерес до всього.
4. Відчуття провини
 - 0 – Я не відчуваю провини.
 - 1 – Я відчуваю провину час від часу.
 - 2 – Я відчуваю провину більшість часу.
 - 3 – Я постійно відчуваю провину.
5. Покарання
 - 0 – Я не відчуваю, що заслуговую покарання.
 - 1 – Я іноді відчуваю, що заслуговую покарання.
 - 2 – Я часто відчуваю, що заслуговую покарання.
 - 3 – Я відчуваю, що заслуговую покарання постійно.
6. Відчуття невпевненості у собі
 - 0 – Я впевнений(на) у собі.
 - 1 – Я іноді відчуваю невпевненість.
 - 2 – Я часто відчуваю невпевненість.
 - 3 – Я завжди відчуваю невпевненість.
7. Нездатність приймати рішення
 - 0 – Я можу легко приймати рішення.
 - 1 – Я іноді вагаюся.
 - 2 – Я часто вагаюся і сумніваюся у своїх рішеннях.
 - 3 – Я майже не можу прийняти рішення.
8. Почуття незадоволеності собою
 - 0 – Я задоволений(на) собою.
 - 1 – Я іноді незадоволений(на) собою.
 - 2 – Я часто незадоволений(на) собою.
 - 3 – Я завжди незадоволений(на) собою.
9. Самовідчуття
 - 0 – Я не відчуваю себе непотрібною.
 - 1 – Я іноді відчуваю себе непотрібною.
 - 2 – Я часто відчуваю себе непотрібною.
 - 3 – Я постійно відчуваю себе непотрібною.
10. Плач
 - 0 – Я не плачу більше, ніж раніше.
 - 1 – Я плачу більше, ніж раніше.
 - 2 – Я часто плачу.
 - 3 – Я постійно плачу.
11. Дратівливість
 - 0 – Я не дратуюся більше, ніж раніше.
 - 1 – Я іноді дратуюся.
 - 2 – Я часто дратуюся.
 - 3 – Я постійно дратуюся.
12. Соціальна взаємодія

- 0 – Я не уникаю інших людей.
- 1 – Я іноді уникаю людей.
- 2 – Я часто уникаю людей.
- 3 – Я майже завжди уникаю людей.
- 13. Втрата інтересу до людей
- 0 – Я зацікавлений(на) в інших.
- 1 – Я втратив(ла) інтерес до деяких людей.
- 2 – Я втратив(ла) інтерес до більшості людей.
- 3 – Я втратив(ла) інтерес до всіх людей.
- 14. Втрата енергії
- 0 – У мене достатньо енергії.
- 1 – Іноді я відчуваю втому.
- 2 – Часто відчуваю втому.
- 3 – Постійно відчуваю втому.
- 15. Порушення сну
- 0 – Я не маю проблем зі сном.
- 1 – Я іноді прокидаюся вночі.
- 2 – Я часто маю проблеми зі сном.
- 3 – Я майже не можу спати.
- 16. Дратівливість/Роздратування
- 0 – Я не відчуваю надмірної дратівливості.
- 1 – Я іноді відчуваю дратівливість.
- 2 – Я часто дратівливий(на).
- 3 – Я постійно дратівливий(на).
- 17. Втрата апетиту
- 0 – Мій апетит нормальний.
- 1 – Мій апетит трохи зменшився.
- 2 – Мій апетит значно зменшився.
- 3 – Я майже не їм.
- 18. Втрата ваги
- 0 – Моя вага не змінилася.
- 1 – Я трохи втратив(ла) вагу.
- 2 – Я значно втратив(ла) вагу.
- 3 – Я різко втратив(ла) вагу.
- 19. Тривога
- 0 – Я не відчуваю тривоги.
- 1 – Я іноді відчуваю тривогу.
- 2 – Я часто відчуваю тривогу.
- 3 – Я постійно відчуваю тривогу.
- 20. Самопошкодження/Суїцидальні думки
- 0 – Я не думаю про шкоду собі.
- 1 – Я іноді думаю, що мені краще не жити.
- 2 – Я часто думаю про самопошкодження.
- 3 – Я хочу завдати шкоди собі.
- 21. Втрата інтересу до життя
- 0 – Я цікавлюся життям.
- 1 – Мій інтерес до життя трохи зменшився.
- 2 – Мій інтерес до життя значно зменшився.
- 3 – Я повністю втратив(ла) інтерес до життя.

Обробка результатів:

Сума балів по всіх пунктах визначає рівень депресії:

0–13 – мінімальна депресія

- 14–19 – легка депресія
- 20–28 – помірна депресія
- 29–63 – тяжка депресія

Опитувальник 4. Warwick-Edinburgh Mental Well-being Scale (WEMWBS)

Мета: оцінка загального психічного благополуччя та рівня позитивного емоційного стану протягом останніх двох тижнів.

Інструкція:

Прочитайте кожен пункт і виберіть варіант, який найточніше відображає ваш стан протягом останніх двох тижнів.

Варіанти відповіді:

- 1 – Ніколи
- 2 – Рідко
- 3 – Іноколи
- 4 – Часто
- 5 – Постійно

Почувався щасливим.

Почувався спокійним і умиротвореним.

Відчував енергію та життєву силу.

Відчував близькість до інших людей.

Мав змогу вирішувати проблеми у своєму житті.

Відчував, що життя має сенс.

Відчував задоволення від повсякденних занять.

Мав змогу концентруватися на важливих завданнях.

Відчував себе впевненим у собі.

Відчував позитивні емоції та задоволення від життя.

Відчував себе корисним для інших.

Відчував оптимізм щодо майбутнього.

Мав достатньо енергії для повсякденних справ.

Почувався пов'язаним зі спільнотою та соціумом.

Обробка результатів:

Сума балів: 14–70.

Вищі бали свідчать про вищий рівень психічного благополуччя та позитивного емоційного стану.

Опитувальник 5. Анкета оцінки психологічної ефективності тренінгу та суб'єктивних змін учасниць

Мета: суб'єктивна оцінка учасницями ефективності тренінгу «Сила бути собою: трансформація самотності в ресурс» та виявлення зміни у їхньому емоційному стані, самосприйнятті, переживанні самотності, міжособистісній взаємодії та психологічних ресурсах після участі у програмі.

Інструкція:

Нижче подано твердження, що відображають можливі зміни після участі у тренінгу. Оцініть, наскільки кожне з них відповідає Вашому особистому досвіду.

- 1 – зовсім не згодна(ен)
- 2 – скоріше не згодна(ен)
- 3 – важко сказати / нейтрально
- 4 – скоріше згодна(ен)
- 5 – повністю згодна(ен)

Твердження	Шкала оцінки				
	1 – зовсім не згодна	2 – скорі ше не згодна	3 – важко сказати / нейтрал ьно	4 – скоріше згодна	5 – повніст ю згодна(ен)
I. ЕМОЦІЙНА САМОРЕГУЛЯЦІЯ ТА УСВІДОМЛЕННЯ ВНУТРІШНІХ СТАНІВ					
1. Після участі у тренінгу я стала краще розпізнавати та розуміти власні емоційні стани.					
2. Мені стало легше приймати складні емоції, зокрема пов'язані із самотністю.					
3. Я відчуваю більшу емоційну стабільність у повсякденному житті.					
II. САМОСПРИЙНЯТТЯ ТА ВНУТРІШНЯ ОПОРА					
4. Я стала більш приймаючою до себе, своїх слабких і сильних сторін.					
5. У мене посилилося відчуття внутрішньої опори та впевненості в собі.					
6. Я почала сприймати себе більш цілісно та доброзичливо.					
7. Мій рівень самокритики знизився або став більш конструктивним.					
III. ПЕРЕЖИВАННЯ САМОТНОСТІ ТА ЙОГО ТРАНСФОРМАЦІЯ					
8. Моє суб'єктивне переживання самотності стало менш інтенсивним.					
9. Я краще розумію власні причини відчуття самотності.					
10. Я почала сприймати самотність не лише як негативний стан, а як досвід, що може мати ресурсний потенціал.					
IV. МІЖОСОБИСТІСНА ВЗАЄМОДІЯ ТА СОЦІАЛЬНА ВІДКРИТІСТЬ					
11. Мені стало легше встановлювати та підтримувати контакт з іншими людьми.					
12. Я стала більш відкрито до взаємодії та обміну досвідом з іншими.					
13. У мене зросла впевненість у соціальних ситуаціях.					
V. ПСИХОЛОГІЧНІ РЕСУРСИ ТА ЖИТТЄВА СТІЙКІСТЬ					
14. Я усвідомила наявні в мене внутрішні ресурси для подолання складних життєвих ситуацій.					
15. Я відчуваю, що маю більше психологічних ресурсів для підтримки власного благополуччя у майбутньому.					
VI. ЗАГАЛЬНА ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ ТРЕНІНГУ					
16. Участь у тренінгу сприяла позитивним змінам у моєму психологічному стані.					
17. Отриманий досвід є для мене значущим і може бути інтегрований у повсякденне життя.					
18. Я вважаю тренінг ефективним інструментом психологічної підтримки та розвитку.					

Додаток Б

Таблиця Б.1. Метааналіз досліджень впливу самотності на психічне здоров'я жінок

№	Автори, рік	Вибірка / Популяція	Методологія / Інструменти	Основна мета	Ключові результати	Висновки
1	Kumar & Vijayan, 2025	Висококваліфіковані мігранти, Нідерланди	Опитування, шкали самотності та депресії	Вивчення гендерних відмінностей у самотності та її впливу на депресію	Жінки відчують більше самотності, що корелює з підвищеною депресією	Самотність сильніше впливає на психічне здоров'я жінок серед мігрантів
2	Ding et al., 2024	Середнього та старшого віку жінки, Австралія	Латентний клас-аналіз, оцінка якості життя	Вивчення впливу самотності на довгострокову якість життя	Самотність асоційована з погіршенням фізичного та психічного здоров'я	Самотність є значущим предиктором тривалих негативних наслідків для здоров'я
3	Verma & Singh, 2024	Студентки університету, Індія	Опитувальники психічного здоров'я та самотності	Визначити вплив самотності на психічне здоров'я студенток	Виявлено негативний зв'язок між самотністю та психологічним благополуччям	Самотність знижує психічне благополуччя та може призводити до депресивних проявів
4	Akinyemi et al., 2025	Загальна популяція	Опитування, шкали депресії та самотності	Вплив самотності на психічне та фізичне здоров'я	Самотність пов'язана з депресією, тривожністю та погіршенням фізичного стану	Самотність має комплексний негативний ефект на ментальне та фізичне здоров'я
5	Liang et al., 2024	Загальна популяція	Спостережувані дані + генетичні аналізи	Оцінити зв'язок самотності з ризиком різних хвороб	Спостережувані та генетичні дані не завжди збігаються; асоціації між самотністю та захворюваннями складні	Взаємозв'язок між самотністю та хворобами багатофакторний, потребує обережного тлумачення
6	Sharma & Shukla, 2025	Студентки коледжу, Індія	Опитувальники психічного благополуччя та самотності	Вплив самотності на психологічне благополуччя	Висока самотність пов'язана зі зниженим психічним благополуччям	Необхідно впроваджувати програми підтримки психічного здоров'я студенток
7	Idzik et al., 2021	Жінки у Польщі під час COVID-19	Опитування HADS-M, R-UCLA	Визначити вплив самотності на депресію та тривогу	2/3 жінок відчували самотність; самотність корелювала з	Самотність є критичним чинником психічного

					тривожністю та депресією	здоров'я під час пандемії
8	Rönkä et al., 2020	Молоді дорослі жінки	Якісні інтерв'ю	Дослідження взаємозв'язку самотності та психічних проблем	Самотність тісно пов'язана з депресією та тривожністю, проявляється як соціальна та емоційна ізоляція	Потреба в соціальній підтримці та інтеграції для зниження психічних ризиків
9	Kumar, 2025	Розлучені та нерозлучені жінки	Опитування MHQ та PSS	Вивчити взаємозв'язок стресу та психічного здоров'я	Розлучені жінки мали вищий стрес і нижчий рівень психічного здоров'я; позитивна кореляція стресу та поганого психічного стану	Підвищення обізнаності про стресові чинники та методи подолання сприяє покращенню психічного здоров'я