

КИЇВСЬКИЙ ІНСТИТУТ СУЧАСНОЇ ПСИХОЛОГІЇ ТА ПСИХОТЕРАПІЇ

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА МАГІСТРА

на тему:

Сексуальне задоволення, як чинник психічного здоров'я жінки

Здобувача (ки) 2 курсу ПМ-235 групи
Спеціальності 053 Психологія
Освітньо-професійна програма
Клінічна психологія
Чурсіної А.І.
(прізвище та ініціали)
Керівники
к.психол.н.
Іванова Є.О.
к.психол.н.
Крайлюк А.І.
(вчене звання, науковий ступінь, прізвище та ініціали)

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

Протокол № 10 від « 23» червня 2025р.

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., Трофімова Д.О.
підпис (наукова ступінь, вчене звання, прізвище, ім'я, по батькові)

Київ–2025

АНОТАЦІЯ

КР: 152 с., 78 джерел.

Ключові слова: жінка, сексуальне задоволення, сексуальне благополуччя, психічне здоров'я, позитивне ментальне здоров'я, стабільність психічного стану, депресія, тривога, сексуальна комунікація, ситуативні фактори, соціально-економічна стабільність.

Дипломна робота присвячена комплексному вивченню взаємозв'язку між рівнем сексуального задоволення та психічним здоров'ям жінок у сучасних умовах соціально-економічної нестабільності. Теоретично обґрунтовано багатовимірний характер сексуального задоволення як інтеграції фізіологічних, емоційних і когнітивно-соціальних компонентів.

Емпіричне дослідження проведено на вибірці з 81 респондента, серед яких 61 жінка. Застосовано валідовані методики: опитувальник сексуального благополуччя (В. Гупаловська), шкали позитивного ментального здоров'я (РМН), стабільності психічного здоров'я (SMH) та МНАІ для оцінки депресії та тривожності. Результати показали, що більшість жінок демонструють високий рівень сексуальної комунікації (67%), проте значна частина (47%) оцінює задоволення інтимним життям як низьке, що свідчить про розрив між бажаним і дійсним у сексуально-емоційній сфері.

Кореляційний аналіз виявив помірний позитивний зв'язок сексуального задоволення з позитивним ментальним здоров'ям ($r = 0.432$) і негативний з депресією ($r = -0.301$), проте регресійна модель підтвердила провідну роль ситуативних факторів - сприйняття антистресової ролі сексу, стабільності задоволення під час війни та фінансової стабільності. Це підкреслює багатфакторність феномену сексуального задоволення жінки та потребу у

комплексному підході до психотерапевтичної підтримки в умовах соціальних криз.

ABSTRACT

KW: 152 p., 78 sources.

Key words: woman, sexual satisfaction, sexual well-being, mental health, positive mental health, mental stability, depression, anxiety, sexual communication, situational factors, socio-economic stability

The thesis focuses on a comprehensive examination of the relationship between women's sexual satisfaction and their mental health within the context of current socio-economic instability. Theoretical analysis substantiates the multidimensional nature of sexual satisfaction, integrating physiological, emotional, and socio-cognitive components.

The empirical study was conducted on a sample of 81 respondents, including 61 women. Validated diagnostic tools were applied: the Sexual Well-Being Questionnaire (V. Gupalovska), the Positive Mental Health Scale (PMH), the Mental Health Continuum–Short Form (SMH), and the MHAI for assessing depression and anxiety. The findings reveal that while most women demonstrate a high level of sexual communication (67%), a considerable proportion (47%) rate their overall sexual satisfaction as low, indicating a gap between desired and actual experiences in the sexual and emotional sphere.

Correlation analysis confirmed a moderate positive relationship between sexual satisfaction and positive mental health ($r = 0.432$) and a negative relationship with depression ($r = -0.301$). However, multiple regression analysis demonstrated that situational factors have the strongest predictive power: perceiving sex as a stress-relief mechanism, the stability of sexual satisfaction during wartime, and financial security emerged as key determinants. These results highlight the multifactorial nature of women's sexual satisfaction and underscore the need for an integrated approach in psychotherapeutic and counseling practices, especially under crisis conditions.

ЗМІСТ

АНОТАЦІЯ	2
ВСТУП	4
I РОЗДІЛ. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ПОНЯТЬ ПСИХІЧНОГО/ПСИХОЛОГІЧНОГО ЗДОРОВ'Я ТА СЕКСУАЛЬНОГО ЗАДОВОЛЕННЯ	11
1.1. Поняття психічного/психологічного здоров'я та їхні чинники.....	11
1.2. Поняття сексуального задоволення та його складових.....	16
Висновок до I РОЗДІЛУ	55
II РОЗДІЛ. ОРГАНІЗАЦІЯ ТА МЕТОДИ ЕМПІРИЧНОГО ВИВЧЕННЯ .	57
2.1 Методологія дослідження та обґрунтування вибору діагностичних методик	57
2.2. Опис діагностичних методик.....	60
Висновок до II РОЗДІЛУ	63
III РОЗДІЛ. АНАЛІЗ ТА ІНТЕРПРЕТАЦІЯ РЕЗУЛЬТАТІВ	65
3.1 Аналіз та інтерпретація емпіричного дослідження особливостей сексуального задоволення у жінок.....	65
3.2. Аналіз та інтерпретація емпіричного дослідження психічного стану жінок.....	75
3.3. Аналіз та інтерпретація емпіричного дослідження взаємозв'язку між сексуальним задоволенням та показниками психічного здоров'я жінок, зокрема рівнем загального психічного благополуччя (позитивність, стабільність), тривожності, депресії	81

IV РОЗДІЛ. РЕКОМЕНДАЦІЇ ДЛЯ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНОЇ ПРАКТИКИ.....	92
Висновок до IV РОЗДІЛ	93
ВИСНОВКИ	95
СПИСОК ДЖЕРЕЛ ІНФОРМАЦІЇ.....	98
ДОДАТКИ.....	106
ДОДАТОК А.....	106
ДОДАТОК Б.....	109
ДОДАТОК В	111
ДОДАТОК Г	113
ДОДАТОК Д.....	115
ДОДАТОК Е	117
ДОДАТОК Є	132

ВСТУП

«Сексуальне здоров'я жінки посідає важливе місце у структурі її загального благополуччя», - таке твердження є логічним і природним, оскільки репродуктивна система традиційно розглядається як одна з основ продовження роду. Втім, постає слушне питання: чи справді сексуальне задоволення відіграє настільки важливу й однозначно позитивну роль у житті жінки? Яке саме місце займає задоволення сексуальною сферою серед інших компонентів якості життя? Наскільки воно впливає на психічне здоров'я і які механізми лежать в основі цього впливу? Пошук відповідей на ці питання є актуальним з огляду на те, що сексуальне задоволення [57] розглядається сучасною психологічною наукою не лише як фізіологічна потреба, а й як важливий психоемоційний ресурс, що сприяє гармонізації міжособистісних відносин та зміцненню психологічного добробуту жінки.

На сьогодні в Україні проведено небагато досліджень, присвячених вивченню особливостей сексуального задоволення жінок, і за масштабом вони значно поступаються закордонним роботам. Причини цього явища є багатофакторними. По-перше, ймовірно, що наразі у сфері психології та медицини існують більш нагальні питання, які потребують негайного вирішення в умовах соціально-економічної нестабільності та воєнних викликів. По-друге, дослідники стикаються з дефіцитом валідних та адаптованих методик, які б дозволяли коректно вимірювати конструкт сексуального задоволення у жінок з урахуванням культурних особливостей українського суспільства. По-третє, досі зберігається певна табуованість цієї тематики, що історично сформувалася ще в минулому столітті: відкритий прояв жіночої сексуальності тривалий час вважався соціально неприйнятним і навіть аморальним, а серед старшого покоління такі установки частково зберігаються й досі. Це обумовлює низький рівень поінформованості, брак відкритого обговорення теми сексуальності та формує у багатьох жінок відчуття сорому чи провини, що, своєю чергою,

негативно позначається на психічному здоров'ї та рівні сексуального задоволення.

Додатково сучасна українська жінка стикається з численними стресогенними чинниками: економічною нестабільністю, війною, ризиком травматичних подій і високою ймовірністю розвитку посттравматичного стресового розладу. Окрім того, вплив медіа та культурних стереотипів формує нерідко нереалістичні очікування щодо сексуальної привабливості та поведінки жінки, що може призводити до зниження самооцінки й виникнення психологічного дискомфорту.

У цьому контексті варто підкреслити, що зв'язок між сексуальним задоволенням та психічним здоров'ям жінки безсумнівно існує й потребує всебічного вивчення. Жінки мають бути поінформованими та обізнаними у питаннях сексуального благополуччя, а наше завдання як майбутніх психологів - сприяти деконструкції стереотипів, підвищенню обізнаності та формуванню здорового ставлення до власної сексуальності, що є важливою умовою гармонійного й повноцінного життя.

З метою глибшого розуміння взаємозв'язку між задоволеністю стосунками та сексуальним задоволенням доцільно звернутися до лонгітюдного дослідження, проведеного Byers (2005). У цьому дослідженні було проаналізовано дані 87 осіб, які перебували у тривалих романтичних стосунках. Авторка здійснила моніторинг рівня сексуального задоволення та загальної задоволеності стосунками двічі з інтервалом у 18 місяців. Результати показали, що обидва показники схильні до паралельних змін у часі, а між ними встановлено стабільний прямий позитивний зв'язок: підвищення задоволеності інтимною сферою сприяє зростанню задоволеності стосунками загалом, і навпаки. Byers також зазначає, що сексуальне задоволення виступає важливим компонентом загального подружнього благополуччя і може бути як предиктором, так і наслідком якісних романтичних взаємин [22].

Масштабне емпіричне дослідження, проведене Holmberg, Blair та Phillips (2010) у Канаді, спрямоване на вивчення ролі сексуального задоволення як предиктора загального благополуччя жінок, підтвердило існування стійких позитивних зв'язків між сексуальністю (здатністю жінки отримувати сексуальне задоволення), задоволеністю стосунками та психічним здоров'ям. Крім того, дослідниками було виявлено помірний позитивний зв'язок між сексуальністю та фізичним здоров'ям жінок. Важливо відзначити, що сила цих асоціацій залишалася стабільною незалежно від типу партнерства: як у гетеросексуальних, так і в одностатевих стосунках показники задоволення мали однакову вагу для загального добробуту [36]. Отримані результати підкреслюють значущість сексуального задоволення як ключового елементу психічного здоров'я і гармонійних взаємин у різних типах партнерства.

На поставлене питання прагнули відповісти українські дослідниці Гавриловська К. П. та Павлюк І. М. у своїй праці «Психологічний добробут жінок із різним індексом сексуальності» (2021). Згідно з їх висновками, психологічний добробут жінок значною мірою пов'язаний із рівнем задоволеності шлюбом, наявністю або відсутністю дітей, а також із рівнем сексуальності: що вищий індекс сексуальності жінки, то вищий рівень її психологічного благополуччя [3]. Авторки підкреслюють, що на рівень жіночої сексуальності найбільше впливають такі компоненти психологічного добробуту, як позитивні стосунки з іншими людьми, наявність чітких життєвих цілей та позитивне самостварення. Особливо примітним є те, що найвищий рівень психологічного благополуччя спостерігається у жінок, чиї діти вже дорослі й які перебувають у щасливому шлюбі. З певної точки зору, висновки частково підтримують культуру шлюбу минулого століття, а саме, що основа жіночого щастя – вдало вийти заміж та виховати здорових, самостійних діти. Є в цьому вагоме зерно істини, при цьому сьогодення диктує і нові виклики інституту шлюбу, котрий поступово поступається місцем вільним стосункам, також присутні тенденції «Childfree» - термін, яким заведено називати рух, ідеологію

або субкультуру, пов'язану з добровільним і усвідомленим небажанням заводити дітей. Тому дане дослідження потребує додаткового вивчення питання.

Наступне дослідження, безпосередньо пов'язане з тематикою нашого аналізу, було проведене Свиридовою Л. М. та Крайніковим Е. В. й присвячене вивченню «Сприйняття власної сексуальності жінками різних вікових груп» (2023). Метою роботи було з'ясувати особливості сприйняття власної сексуальності жінками різного віку та визначити фактори, що впливають на сексуальну функцію. Згідно з результатами дослідження, індивідуальні характеристики сексуальності жінки не мають суттєвої залежності від вікових змін, натомість сексуальна функція демонструє зв'язок із високим рівнем сексуальної збудливості та низькою сором'язливістю [8].

Більш глибокий теоретичний та емпіричний аналіз проблематики сексуального здоров'я представила Гупаловська В.А. у своїй роботі «Суб'єктивне сексуальне благополуччя: концептуалізація поняття та психологічна модель» (2021). Авторка розробила психологічну модель суб'єктивного сексуального благополуччя, яка інтегрує когнітивний, емоційний та конативний компоненти й підкреслює значущість цього феномену для загального психологічного здоров'я особистості [4]. Сексуальне благополуччя визначається як гармонійна реалізація індивідом власної сексуальності на трьох рівнях: тілесно-фізичному, душевно-емоційному та духовно-ментальному. При цьому воно не обмежується лише аспектом задоволеності сексуальними стосунками, а розглядається як багатофакторний конструкт, що відображає складну взаємодію культурних (зокрема континууму норми, прийнятої у суспільстві), соціальних (дозволеність певних думок та поведінкових проявів), психологічних (когнітивні уявлення, емоційні реакції, самооцінка, відчуття атрактивності), фізичних (рівень привабливості, статева конституція) та духовних чинників (трансцендентність, аксіологічна інтерпретація). У своїй роботі дослідниця детально аналізує сучасні підходи до розуміння суб'єктивного психологічного благополуччя та обґрунтовує необхідність виокремлення і

наукового вивчення поняття суб'єктивного сексуального благополуччя як самостійного конструкта.

Сексуальне задоволення є невід'ємною складовою загального благополуччя людини, впливаючи на фізичне, емоційне та психологічне здоров'я [61]. Для жінок цей аспект має особливе значення, оскільки сприяє підвищенню самооцінки, покращенню емоційного стану та зміцненню близьких інтимних стосунків. Водночас нехтування питаннями сексуального задоволення або недостатня увага до нього можуть зумовлювати розвиток психосоматичних розладів, депресивних станів та загальне зниження якості життя.

Отже, з огляду на наведений вище огляд наукових робіт та сучасні соціокультурні трансформації, можна стверджувати, що проблема сексуального задоволення жінок залишається надзвичайно актуальною для українського суспільства. Вона потребує подальших комплексних досліджень із використанням валідних та культурно адаптованих методик, а також має стати підґрунтям для розробки ефективних психотерапевтичних інтервенцій, спрямованих на покращення психічного здоров'я та загального благополуччя жінок.

Відповідь на запитання «навіщо потрібно досліджувати дану проблему?» полягає у тому, щоб емпірично визначити ступінь впливу сексуального задоволення на психічне здоров'я жінок, а також на основі отриманих даних розробити едукативну програму, спрямовану на підвищення рівня обізнаності та задоволеності у сексуальній сфері. Така програма здатна сприяти поліпшенню якості життя жінок, їх психологічного благополуччя та зміцненню міжособистісних стосунків у суспільстві.

Мета дослідження: вивчити взаємозв'язок між рівнем сексуального задоволення та показниками психічного здоров'я жінок, з метою виявлення того, яким чином сексуальне задоволення впливає на психічне благополуччя.

Об'єкт дослідження: сексуальне задоволення та психічне здоров'я жінок

Предмет дослідження: психологічні особливості жінок із різним рівнем сексуального задоволення у контексті їх загального ментального благополуччя, рівня тривожності, депресії.

Для досягнення цієї мети передбачається вирішити такі завдання:

1. Проаналізувати сучасні наукові підходи до розуміння феномена сексуального задоволення та його впливу на психічне здоров'я жінок.
2. Оцінити рівень сексуального задоволення у жінок за допомогою валідованої психодіагностичної методики.
3. Визначити психічні чинники, що пов'язані з рівнем сексуального задоволення жінок, зокрема загальне ментальне благополуччя (позитивність та стабільність), тривожність, депресія.
4. Дослідити взаємозв'язок між сексуальним задоволенням та показниками психічного здоров'я жінок, зокрема рівнем загального психічного благополуччя, тривожності, депресії.
5. Розробити рекомендації для психотерапевтичної практики, спрямовані на підвищення рівня сексуального задоволення як чинника зміцнення психічного здоров'я жінок.

Для втілення в життя поставлених задач ми використовуємо наступні методи дослідження: теоретичні (аналіз, синтез, порівняння, узагальнення, систематизація наукової літератури з даного питання); емпіричні опитування:

1. Спеціальна створена анкета-опитувальник
2. Опитувальник сексуального благополуччя (В. Гупаловська, 2021)
3. Методика «Шкала позитивного ментального здоров'я»
4. Опитувальник «Стабільність психічного здоров'я – коротка форма»
5. МНАІ – Опитувальник оцінки психічного.

Теоретична значущість даного дослідження полягає в систематичному аналізі як зарубіжних, так і українських наукових джерел з метою глибшого розуміння феномена сексуального задоволення як багатфакторного явища, що формується під впливом низки психологічних, фізіологічних, соціокультурних та індивідуально-особистісних чинників.

Практична значущість дослідження полягає у встановленні емпіричного зв'язку між рівнем сексуального задоволення та показниками психологічного здоров'я жінок, що створює підґрунтя для подальшої розробки профілактичних і психотерапевтичних програм, спрямованих на підвищення якості життя та психічного благополуччя сучасної жінки.

Вибірку досліджуваних склали 81 особа: 20 чоловіків та 61 жінка, віком від 18 до 60 років. Вибірка була розділена на 2 групи за генетичною статтю чоловіки та жінки. Група чоловіків виступає як контрольна група. Опитування проводилось цілком анонімно зі згоди опонентів.

І РОЗДІЛ. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ПОНЯТЬ ПСИХІЧНОГО/ПСИХОЛОГІЧНОГО ЗДОРОВ'Я ТА СЕКСУАЛЬНОГО ЗАДОВОЛЕННЯ

1.1. Поняття психічного/психологічного здоров'я та їхні чинники

Перш ніж перейти до детального аналізу впливу сексуального задоволення на стан жінки, доцільно уточнити значення понять «психічне» та «психологічне» здоров'я, а також виявити різницю між ними.

У науковій літературі ці терміни нерідко використовуються як синоніми, проте між ними існують певні відмінності. Поняття «психічне здоров'я» традиційно походить із психіатрії та безпосередньо впливає з протилежного поняття - «психічне захворювання». Згідно з цим підходом, нормою психічного здоров'я вважається відсутність патологій або симптомів, які перешкоджають ефективній адаптації людини до умов середовища та повноцінній життєдіяльності.

Так, психіатр О. Шувалов [14] визначає психічне здоров'я як життєздатність індивіда, що забезпечується повноцінним розвитком і функціонуванням психічного апарату. На його думку, психічно здорова людина характеризується ясністю мислення, здатністю до самоконтролю, планування та організації своєї діяльності, активністю волі й наявністю душевних сил, необхідних для нормальної життєдіяльності. При цьому варто зазначити, що поняття «психічне здоров'я» не обмежується виключно медичним виміром, а включає ширший спектр психофізіологічних процесів, що забезпечують стабільність психіки.

Натомість термін «психологічне здоров'я» частіше використовується у контексті загальної психології та практичної психології й акцентує увагу не стільки на відсутності психічних патологій, скільки на рівні розвитку

особистості, її здатності до самореалізації, гнучкої адаптації, задоволення життям та ефективного вирішення життєвих завдань. Таким чином, психологічне здоров'я розглядається як динамічний стан гармонії особистості з собою та соціальним середовищем.

Визначення структури та критеріїв психічного здоров'я у науковій літературі представлені з різних підходів. Так, Р. Беккер-Шмідт виділяє три ключові компоненти психічного здоров'я особистості:

- душевне й фізичне благополуччя, що передбачає повноту почуттів та відсутність скарг на самопочуття;
- самоактуалізацію, що означає розвиток особистості та її автономію;
- повагу до себе та інших, що охоплює відчуття власної цінності та здатність до любові [18].

Окрім того, експерти Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) визначають психічне здоров'я особистості через такі основні критерії, як:

- усвідомлення та відчуття безперервності, постійності й ідентичності власного «Я»;
- відчуття стабільності переживань у подібних ситуаціях;
- самокритичність;
- здатність до самоорганізації відповідно до соціальних норм і ситуацій;
- здатність планувати своє життя та реалізовувати поставлені цілі;
- здатність гнучко змінювати поведінку відповідно до зовнішніх і внутрішніх вимог [78].

Отже, психічне здоров'я у сучасній науковій парадигмі трактується як стан повноцінного функціонування психіки, що передбачає збалансованість психічних процесів і здатність особистості ефективно адаптуватися до змін у навколишньому середовищі. Це поняття значною мірою пов'язане з медичним

аспектом і стосується передусім роботи окремих психічних процесів і механізмів. До основних аспектів психічного здоров'я належать:

- Стан психічних процесів - передбачає здатність концентрувати увагу, утримувати інформацію в пам'яті, логічно обробляти отримані дані, адекватно орієнтуватися у просторі та часі;
- Відсутність психічних розладів - характеризується гармонійним психічним розвитком без наявності виражених нервово-психічних порушень;
- Рівновага з навколишнім середовищем - відображає здатність індивіда підтримувати стійку рівновагу між внутрішнім станом організму та впливом зовнішніх факторів, забезпечуючи ефективну адаптацію до нових умов.

Таким чином, психічне здоров'я можна розглядати як базис, що визначає загальну життєздатність людини та є необхідною умовою нормальної соціальної й особистісної функціональності.

Психічне здоров'я розглядається як необхідна передумова психологічного здоров'я. Термін «психологічне здоров'я» - «відноситься до особистості в цілому, знаходиться в тісному зв'язку з вищими проявами людського духу та дозволяє виокремити власне психологічний аспект прояву психічного здоров'я, на відміну від медичного, соціологічного, філософського та інших аспектів», було введено в науковий обіг доктором психологічних наук, академіком Іриною Дубровіною. На думку дослідниці, психологічне здоров'я є прижиттєвим утворенням, фундамент якого становить повноцінний психічний розвиток особистості протягом усього онтогенезу [5].

Широко визнаним є й адаптаційний підхід до визначення психологічного здоров'я, розроблений дослідницею О. Хухлаєвою. У межах цього підходу психологічно здорова людина - це особистість, яка успішно адаптується до умов середовища та підтримує гармонійні стосунки з оточенням. Центральною

характеристикою такої людини є високий рівень саморегуляції, що проявляється у здатності пристосовуватися як до сприятливих, так і до несприятливих зовнішніх впливів [11].

Таким чином, психологічне здоров'я можна розуміти як стан динамічної рівноваги між індивідом і середовищем, що є критерієм гармонійних взаємин людини із соціумом. З огляду на те, що розвиток особистості є процесом безперервної зміни форм взаємодії з довкіллям, важливою умовою психологічного здоров'я є наявність балансу між умінням адаптуватися до об'єктивної реальності та здатністю трансформувати її відповідно до власних потреб і цілей.

Виокремлюють такі рівні психологічного здоров'я, як:

1) Креативний - людина легко й доволі стійко адаптується до будь-якого середовища, володіє необхідним резервом для подолання стресових ситуацій та активно ставиться до навколишньої дійсності;

2) Адаптивний - людина в цілому адаптована до соціуму, але може проявляти ознаки дезадаптації в окремих сферах, підвищену тривожність;

3) Асимілятивно-акомодаційний, або дезадаптивний - людина не здатна гармонійно взаємодіяти з оточенням або проявляє залежність від чинників зовнішнього впливу; у неї порушені регулятивні процеси, баланс «індивід - суспільство». [10]

Психологічне здоров'я є фундаментальною умовою для гармонійного функціонування людини у всіх сферах життя. Воно впливає на:

- Якість життя: відчуття задоволення, щастя та внутрішньої гармонії;

- Фізичне здоров'я: здоровий психологічний стан сприяє зміцненню імунітету та зниженню ризику розвитку деяких фізичних захворювань;

- Професійну діяльність: ефективна робота, креативність, здатність приймати зважені рішення;
- Міжособистісні стосунки: якість спілкування, здатність будувати та підтримувати здорові стосунки з оточуючими.

Психологічне здоров'я - це багатовимірний стан, що охоплює емоційне, когнітивне та соціальне благополуччя людини. Воно визначається не лише відсутністю психічних розладів, а й здатністю людини ефективно управляти своїми емоціями, мисленням та міжособистісними відносинами, що сприяє повноцінній життєдіяльності.

Отже, психічне здоров'я зосереджується на функціонуванні психічних процесів та відсутності патологій, тоді як психологічне здоров'я охоплює ширший спектр, включаючи особистісний розвиток, емоційну стійкість та соціальну адаптацію. Обидва ці аспекти є взаємопов'язаними та взаємодоповнюючими, забезпечуючи загальне благополуччя людини.

У цьому контексті постає логічне питання: чи можна такі явища, як тривога та депресія, розглядати як складові психологічного здоров'я? Для відповіді на нього доцільно звернутися до загальних визначень цих феноменів.

Тривога визначається як стійке відчуття занепокоєння, нервозності та внутрішнього напруження. У помірних проявах вона є нормальною адаптивною реакцією організму на стресові ситуації, що допомагає мобілізувати ресурси для подолання труднощів. Однак у разі надмірної інтенсивності, тривалості та втрати контролю тривога перетворюється на патологічний стан - тривожний розлад, що суттєво ускладнює повсякденне життя та функціонування особистості [15].

Депресія проявляється стійким відчуттям пригніченості, втратою інтересу до звичних занять, зниженням рівня енергії та самооцінки. Типовими симптомами депресії є постійний смуток, підвищена тривожність, порушення сну, зміни апетиту, а в тяжких випадках - виникнення суїцидальних думок. За відсутності своєчасної психотерапевтичної або медикаментозної допомоги

депресивні стани можуть тривати довгий час і значно знижувати якість життя людини [77].

Таким чином, тривога та депресія можуть розглядатися як симптоми певних психічних або психологічних порушень, а також як окремі розлади, що безпосередньо впливають на емоційний стан, здатність ефективно долати стресові ситуації, підтримувати позитивні міжособистісні стосунки та реалізовувати власний потенціал. Отже, їх наявність або відсутність виступає важливим індикатором стану психологічного здоров'я та загального благополуччя особистості.

1.2. Поняття сексуального задоволення та його складових

У сучасних соціокультурних умовах дедалі виразніше проявляються тенденції до більшої відкритості у висвітленні теми сексуальності, особливо жіночої. У багатьох країнах цивілізованого світу жіноча сексуальність дедалі рідше обмежується виключно репродуктивною функцією - вагітністю та народженням дітей. Ця трансформація стає особливо помітною на тлі зростання рівня освіти й соціальної активності жінок, зменшення середньої кількості дітей у сім'ях, широкого доступу до засобів контрацепції та підвищення обізнаності про репродуктивне здоров'я.

Сексуальна активність жінки у сучасному розумінні тісно пов'язана з рівнем отриманого задоволення, що розглядається як результат усвідомленого вибору, продуманого прояву сексуального бажання та здатності жінки самостійно контролювати й регулювати власне сексуальне життя. Відповідно, поняття сексуального задоволення стає все більш актуальним як у наукових дослідженнях, так і в суспільному дискурсі, поступово визнаючись одним із ключових чинників повноцінного життя жінки, її психологічного добробуту та гармонійних стосунків у парі.

Розкриття поняття сексуальності є відправною точкою для теоретичного аналізу даного дослідження. Сексуальність розглядається як невід'ємна характеристика людини, що проявляється через сукупність біологічних, фізіологічних, психоемоційних і поведінкових реакцій та дій, пов'язаних із виникненням і задоволенням сексуального потягу.

У науковій літературі виділяють три основні функції сексуальності:

- Репродуктивну, що забезпечує продовження роду;
- Гедонічну, що пов'язана із задоволенням та насолодою;
- Комунікативну, що реалізується через емоційну близькість та взаємодію партнерів.

Водночас поняття «сексуальність сучасної людини» поступово втрачає виключно біологічну детермінованість і дедалі більше залежить від психологічних та соціокультурних чинників. Для сучасної людини потреба у відтворенні потомства дедалі частіше відокремлюється від потреби у сексуальному задоволенні й комунікації.

Історично тривалий час сексуальність розглядалася крізь призму жорсткого гендерного поділу обов'язків і прав на користь чоловіків. Побутувала думка, що біологія чітко визначає відмінності у сексуальності: чоловіки вважалися гіперсексуальними, активними та завжди готовими до сексуальної взаємодії, тоді як жінки сприймалися як пасивні, менш пристрасні й такі, що лише відповідають на чоловічу ініціативу. Такі уявлення лягли в основу гендерних стереотипів - культурно, історично й соціально зумовлених норм і приписів щодо «правильної» поведінки чоловіків і жінок.

Сучасна культура, з одного боку, досі спирається на бінарну гендерну систему (маскулінність/фемінність) у межах так званої «гетеросексуальної матриці» [21], відповідно до якої люди з жіночим тілом апріорі мають сексуально тяжіти до чоловіків і навпаки. З іншого боку, посилюються тенденції до перегляду таких стереотипів: визнається гендерне розмаїття, розуміння того, що стать і гендер не завжди збігаються, і що існує широкий

спектр проявів сексуальності. Це сприяє відмові від жорстких нормативів і відкриває простір для більш гнучкого й індивідуалізованого вираження сексуальності.

Сексуальність регулюється сукупністю індивідуальних особливостей, особистісних та соціальних морально-етичних норм, а також юридичних обмежень. Вона виявляється у трьох основних сферах життєдіяльності людини: біологічній, психологічній та соціальній.

Біологічна сфера охоплює чинники, що відповідають за статевий розвиток, формування сексуальності від моменту зачаття до народження й забезпечують здатність до дітонародження після досягнення статевої зрілості. Вона також визначає час виникнення й розвиток сексуального потягу, рівень сексуальної активності та ступінь задоволення.

Психологічна сфера включає почуття, емоції, думки, фантазії, які відображають індивідуальне ставлення людини до власної сексуальності та сексуальності партнерів, а також до форм і способів власної сексуальної активності.

Соціальна сфера охоплює чинники виховання й освіти, норми поведінки, моральні й релігійні заборони, юридичні норми та громадську думку, що безпосередньо впливають на прояви та сприйняття сексуальності у суспільстві.

Тривалий час, аж до середини ХХ століття, у науковій та суспільній свідомості домінувало уявлення про те, що сексуальність людини повністю визначається її біологічною статевою належністю й має єдиною метою репродукцію. Проте навіть у ті часи інтуїтивно визнавалося, що сексуальність має багатофункціональний характер: люди завжди усвідомлювали, що сексуальна взаємодія приносить задоволення і не завжди призводить до вагітності.

Сучасні дослідники відзначають, що репродуктивна (дітородна) функція сексуальності поступово доповнилася низкою інших важливих функцій, які можна об'єднати у кілька груп:

Гедоністична функція - переважна більшість людей прагнуть отримати сексуальне задоволення у взаємодії з іншим партнером або шляхом самозадоволення.

Рекреаційна функція - сексуальна активність чи мастурбація сприяють зняттю накопиченої фізіологічної напруги та психологічного стресу.

Комунікативна функція - сексуальні стосунки [45] слугують важливим засобом встановлення та підтримки емоційної близькості й інтимності між партнерами; вони мотивовані як прагненням до власного задоволення, так і бажанням подарувати його іншій людині.

Компенсаторна функція - деякі люди використовують сексуальну активність як засіб нормалізації самооцінки або подолання внутрішніх психологічних комплексів (наприклад, прояви донжуанства, мачизму чи, навпаки, боротьби з нерішучістю та сором'язливістю).

Функція досягнення певної мети - у деяких випадках сексуальна взаємодія використовується як засіб отримання матеріальних чи нематеріальних благ (проституція, кар'єризм, утриманство).

Свою сексуальність людина реалізує через міжособистісні стосунки, форма й зміст яких залежать від індивідуальних психологічних особливостей. При цьому об'єктом сексуального потягу можуть бути як конкретна людина (кохана чи ні), так і певні фантазійні образи, частини тіла чи предмети (наприклад, у разі фетишизму) - важливим є суб'єктивне ставлення до цього об'єкта.

Варто підкреслити, що сексуальність, стать і гендер виступають відносно незалежними змінними. Сексуальність людини нерідко виходить за межі біологічної статі та міжстатевих аспектів. У цьому контексті доцільно розрізняти статеві стосунки, які включають сексуальну та/або репродуктивну поведінку між людьми протилежної статі, і сексуальні стосунки, що будуються на сексуальній активності, незалежно від статі, гендерної ідентичності, способів реалізації, кількості учасників і кінцевої мети взаємодії.

Сексуальні стосунки є значно ширшими та різноманітнішими за статеві. Класичний статевий акт між чоловіком і жінкою, окрім потенційної можливості зачаття, виконує й важливу психоемоційну функцію: долає фізичну відокремленість індивідів, створюючи ілюзію тимчасового злиття у єдине ціле, взаємного єднання у задоволенні, яке виходить за межі статевих відмінностей [30].

Таким чином, сексуальність людини піддається науковому дослідженню й оцінюванню; вона може бути об'єктом психотерапевтичного впливу, розвиватися та коригуватися відповідно до індивідуальних потреб та цінностей особистості.

Сексуальне задоволення у сучасному науковому розумінні трактується як комплекс позитивних фізичних відчуттів та емоцій, які виникають у процесі сексуальної взаємодії або сексуального досвіду [62]. Це багатовимірне явище, що формується під впливом кількох взаємопов'язаних компонентів:

- Фізичний компонент охоплює приємні тілесні відчуття, які виникають унаслідок дотиків, стимуляції еrogenних зон та досягнення оргазму;
- Емоційний компонент пов'язаний із переживанням почуття близькості, любові, пристрасті й емоційного зв'язку з партнером;
- Психологічний компонент включає відчуття впевненості у собі, позитивне сприйняття власної сексуальності та самоприйняття;
- Соціальний компонент відображає вплив культурних норм, рівня сексуальної освіти та соціального контексту на сприйняття й вираження власної сексуальності.

Усі ці складові взаємодіють між собою, формуючи унікальний і багатовимірний індивідуальний досвід сексуального задоволення, що має значення для загального психологічного благополуччя та якості життя людини.

Дослідження феномена жіночого сексуального задоволення має багату історію, яка відображає поступову еволюцію наукового підходу до розуміння цього аспекту людської сексуальності. Кожен етап розвитку психологічної науки супроводжувався внеском окремих учених, чії погляди формували сучасне трактування даного поняття.

Одним із перших, хто звернув увагу на ключову роль сексуальності у психічному житті людини, був Зигмунд Фройд. Він стверджував, що сексуальність є однією з центральних рушійних сил особистісного розвитку й поведінки. У своїй психоаналітичній теорії Фройд розглядав сексуальне задоволення як важливий компонент психосексуального розвитку, що пов'язане з дією лібідо - особливої психічної енергії, яка лежить в основі мотиваційної сфери людини [31]. Згідно з Фройдом, незадоволені сексуальні потяги можуть призводити до внутрішніх конфліктів та психоневротичних симптомів, тоді як адекватне задоволення цієї сфери сприяє гармонійному функціонуванню психіки.

Хоча погляди Фройда часто піддавалися критиці й переосмисленню, його фундаментальна ідея про зв'язок сексуальності з психологічним благополуччям зберігає актуальність і в сучасних підходах до дослідження сексуального задоволення жінок.

Значний внесок у розвиток наукового розуміння сексуальної поведінки й задоволення зробив Альфред Кінсі, який у середині ХХ століття здійснив масштабні емпіричні дослідження сексуальної поведінки людини. Результати цих досліджень були оприлюднені у двох фундаментальних звітах: «Sexual Behavior in the Human Male» (1948) та «Sexual Behavior in the Human Female» (1953). У своїх роботах Кінсі продемонстрував, що сексуальне задоволення є багатовимірним конструктом, який суттєво варіюється серед різних індивідів і не підлягає суворим нормативним шаблонам, закріпленим у суспільній свідомості.

Дані, отримані Кінсі та його колегами, кинули виклик традиційним уявленням про сексуальність, які до того часу здебільшого базувалися на моральних нормах, релігійних догмах і невеликій кількості клінічних спостережень. Дослідження Кінсі заклали підґрунтя для подальших емпіричних підходів у сексології та стали поштовхом до розвитку більш відкритого і науково обґрунтованого дискурсу про сексуальне задоволення як невід'ємну складову якісного життя людини [40, 41].

Значний внесок у розуміння фізіології сексуального задоволення зробили Вільям Мастерс та Вірджинія Джонсон, які у 1960-х роках провели серію детальних лабораторних досліджень, спрямованих на опис фізіологічних механізмів сексуальної реакції у чоловіків і жінок. У своїх роботах вони вперше систематизували послідовність сексуальної реакції, виділивши чотири фази сексуального циклу: збудження, плато, оргазм та розрешення.

Їхні дослідження не лише поглибили наукове розуміння фізіологічних аспектів сексуального задоволення, а й сприяли спростуванню поширених міфів про жіночу сексуальність. Зокрема, Мастерс і Джонсон довели, що фізіологічна відповідь жіночого організму на сексуальну стимуляцію є однаковою незалежно від того, чи йдеться про кліторальну чи вагінальну стимуляцію. Цей висновок підкреслив провідну роль клітора у досягненні жіночого оргазму, що стало важливим кроком у подоланні стереотипів і табу навколо жіночої сексуальності [54].

Значним етапом у переосмисленні традиційних психоаналітичних поглядів на жіночу сексуальність стали праці Карен Хорні, яка виступила з критикою фрейдистських концепцій, особливо ідеї про так звану «заздрість до пеніса» та вторинну роль жіночої сексуальності. Хорні підкреслювала визначальний вплив культурних і соціальних чинників на формування сексуального задоволення жінок і на їхнє сексуальне благополуччя загалом.

На її думку, саме суспільні очікування, гендерні ролі та соціально сконструйовані норми значною мірою обумовлюють те, як жінки сприймають

свою сексуальність, оцінюють власну сексуальну привабливість і здатність отримувати задоволення від інтимної взаємодії. Такий підхід став важливою передумовою для розвитку культурологічних та соціально-психологічних теорій сексуального задоволення і стимулював подальші дослідження у феміністській психології [37].

Кінець XX - початок XXI століття ознаменувався зміщенням фокусу досліджень у напрямі глибшого аналізу психологічних і соціокультурних аспектів жіночого сексуального задоволення. Наукова увага дедалі більше зосереджується на вивченні впливу гендерних ролей, рівня сексуальної освіти, медіа-контенту та культурних норм, що формують уявлення жінок про власну сексуальність і здатність отримувати задоволення від інтимних стосунків.

На сучасному етапі поняття сексуальності та сексуального задоволення дедалі частіше розглядаються у складі ширшого конструкта - сексуального здоров'я, що інтегрує фізіологічні, психологічні та соціальні компоненти. Відповідно до визначення, наданого Всесвітньою організацією охорони здоров'я (ВООЗ), сексуальне здоров'я - це не лише відсутність хвороб або дисфункцій, а передусім здатність до насолоди і контролю сексуальної та репродуктивної поведінки відповідно до норм соціальної й особистої етики; свобода від страху, почуття сорому і провини, хибних уявлень та інших психологічних чинників, що пригнічують сексуальну реакцію чи порушують сексуальні взаємини; відсутність органічних порушень, захворювань або дисфункцій, що перешкоджають реалізації сексуальної та репродуктивної функцій [76].

Іншими словами, сексуальне здоров'я охоплює соматичні, емоційні, інтелектуальні та соціальні аспекти сексуального життя людини, що позитивно впливають на розвиток особистості, її здатність кохати й встановлювати гармонійні міжособистісні взаємини.

Щоб глибше зрозуміти природу сексуального задоволення, доцільно звернутися до сексологічного та біологічного аналізу відповідних процесів.

Одним із фундаментальних понять у цьому контексті є копулятивний цикл - цілісний процес статевого акту, що охоплює всі етапи: від моменту зародження думки про інтимну близькість із конкретним партнером до повного завершення статевої взаємодії.

Для кращого розуміння закономірностей змін, що відбуваються в організмі жінки під час реалізації сексуальної функції, копулятивний цикл умовно поділяють на складові, стадії та фази.

Копулятивний цикл починається з впливу соціальних (доречність близькості, адекватність зовнішньої обстановки) та психологічних індивідуальних чинників (стимуляція партнером, актуалізація попереднього сексуального досвіду), які разом зумовлюють появу статевого потягу (лібідо). Це потяг стимулює бажання до статевої близькості та її практичну реалізацію, що завершується оргазмом і наступним посткоїтальним станом.

Складові копулятивного циклу жінки:

- Нейрогуморальна складова - біологічний фундамент сексуальності та загального здоров'я, що визначає збудливість усіх функціональних систем;
- Психічна складова - відповідає за психологічний стан жінки, міжособистісні контакти, критичну оцінку стосунків, налаштування на статевий акт, стан лібідо та особистісні реакції;
- Генітосегментарна складова - забезпечує стан статевих органів та їх фізіологічні реакції, необхідні для досягнення оргазму як кульмінаційної стадії циклу. Важливо підкреслити, що ці складові мають значення не лише для сексуальної, але й для репродуктивної функції жінки.

Стадії копулятивного циклу жінки:

- психічна;
- сенсорна;
- секреторна;

- оргастична (оргазм);
- резидуальна (зворотного розвитку).

Стадії копулятивного циклу відображають алгоритм послідовної зміни фізіологічних реакцій і психоемоційних станів, що приводять до повноцінної статевої близькості. Порушення на будь-якій стадії може негативно вплинути на перебіг наступних стадій.

Фази копулятивного циклу:

- фаза збудження;
- плато-фаза;
- оргастична фаза;
- фаза зворотного розвитку.

Кожна фаза відображає стан жіночого організму у відповідь на адекватну сексуальну стимуляцію і включає одну або декілька стадій. Нормальний перебіг фаз забезпечується узгодженою роботою всіх складових копулятивного циклу [1].

Складові копулятивного циклу жінки

Якість реалізації сексуальних реакцій у жінки, так само як і у чоловіка, визначається станом трьох ключових морфофункціональних комплексів, або складових копулятивного циклу.

Нейрогуморальна складова є спільною як для чоловіків, так і для жінок і пов'язана з діяльністю ендокринної системи та регуляторних центрів у структурах головного мозку. Вона забезпечує енергетичний аспект сексуальності, підтримує загальний рівень сексуальної збудливості та гармонійне функціонування інших складових [33].

Психічна складова також є ідентичною у представників обох статей і пов'язана з діяльністю кори головного мозку. Вона забезпечує адекватну спрямованість статевого потягу, вибірковість у задоволенні індивідуальних сексуальних потреб та відповідність сексуальної поведінки прийнятим соціальним і морально-етичним нормам.

Генітосегментарна складова - характерна переважно для жінок і має суттєві анатомо-фізіологічні відмінності порівняно з ерекційною та еякуляторною складовими чоловіків. Вона пов'язана з роботою рецепторного, секреторного й нервово-м'язового апарату жіночих геніталій, функціонуванням спинномозкових нервових центрів та їх провідних шляхів. Саме ця складова забезпечує повний спектр сексуальних реакцій у жінок, включаючи фізіологічну підготовку до статевому акту та досягнення оргазму.

Водночас окремі дослідники вважають, що генітосегментарна складова не повністю відображає всі процеси, що відбуваються в організмі під час сексуального циклу, а виконує переважно роль організації фізіологічної участі геніталій у статевому акті та досягнення кульмінації. Після цього у жінок виділяють оргастичну складову, яка відображає результативність функціонування всіх трьох попередніх складових і підсумовує комплекс фізіологічних і психологічних реакцій, що досягають піку під час оргазму. Ефективність роботи оргастичної складової прямо залежить від узгодженого стану нейрогуморальної, психічної та генітосегментарної складових.

Важливо підкреслити, що будь-які захворювання або порушення функціонування органів і систем, які формують певну складову копулятивного циклу, призводять до порушень у її роботі й, відповідно, до різного роду сексуальних дисфункцій [1, ст.45-46].

Стадії копулятивного циклу жінки

Як уже зазначалося, копулятивний цикл жінки характеризується стадійністю перебігу та включає п'ять послідовних стадій. Ця модель є типовою для психологічно і сексуально адаптованих партнерів, що мають достатній досвід і гармонійно вибудовані інтимні стосунки.

1. Психічна стадія

Це початковий етап циклу, що охоплює період від виникнення бажання інтимної близькості до початку її безпосередньої реалізації. Формування бажання є результатом поєднання сприятливої ситуації, відповідної

обстановки та різних видів еротичної стимуляції з боку партнера - вербальної (компліменти з інтимними відтінками), тактильної (лагідні дотики, обійми) та візуальної (вираження інтересу і прагнення до близькості).

Якщо цей сенсорно-поведінковий потік стимулів відповідає емоційному стану жінки та зовнішнім умовам, у структурах головного мозку формується статева домінанта, що «перекриває» інші типи збудження та активує фізіологічну програму копулятивного циклу.

Тривалість психічної стадії індивідуальна й залежить від рівня сексуальної зрілості, попереднього досвіду, взаєморозуміння у парі тощо. На початку статевого життя ця стадія зазвичай триваліша через потребу подолати сором'язливість, страх болю чи моральні бар'єри. У стабільних гармонійних парах тривалість психічної стадії помітно скорочується.

2. Сенсорна стадія

Ця стадія настає, коли жінка приймає остаточне рішення щодо інтимної близькості. Для неї характерне зростання чутливості ерогенних зон і посилена концентрація відчуттів. Інтенсивність попередніх ігор, пестоців і еротичних дотиків зростає, що сприяє підвищенню сексуальної активності жінки.

У сексології ця стадія відповідає поняттю форшпіль. На цьому етапі активується так званий «акцептор дії», який координує подальший перебіг програми копулятивного циклу. Зовні це проявляється у більш інтенсивних пестоцах та послідовній стимуляції ерогенних зон. Збудження жінки зростає, що сприяє появі місцевих генітальних реакцій - ознак готовності до статевого акту.

У сталих парах, які добре знають вподобання одне одного, сенсорна стадія може значно скорочуватися й протікати майже автоматично.

3. Секреторна стадія

На цій стадії активується генітосегментарна складова, яка до цього перебувала в латентному стані. Основною фізіологічною ознакою є лубрикація

(виділення вагінального секрету). Також спостерігаються набухання і гіперемія слизової оболонки, розширення задньої третини піхви.

Ці зміни свідчать про готовність статевих органів до penetрації та фрикцій. У кінці цієї стадії формується так звана оргастична манжетка, що забезпечує щільний контакт із статевим членом. Тривалість секреторної стадії індивідуальна і залежить як від фізіологічних особливостей жінки, так і від сексуальної техніки партнера.

4. Оргастична стадія

Ця стадія є кульмінаційним моментом копулятивного циклу і полягає в досягненні максимального ступеня сексуального збудження, що завершується оргазмом. Вона супроводжується яскраво вираженими генітальними реакціями (фізіологічна розрядка) та інтенсивними психологічними переживаннями (відчуття задоволення, екстаз).

Перебіг оргастичної стадії має виражену індивідуальність і може варіювати залежно від віку жінки, ситуаційних факторів і особливостей партнера. У деяких випадках жінки можуть відчувати множинні оргазми - кілька піків розрядки під час одного акту.

З огляду на ключову роль оргазму у сексуальному задоволенні жінки, деякі дослідники виділяють оргастичну стадію як окрему функціональну складову, що є показником сексуального здоров'я і фактором психологічного комфорту.

5. Резидуальна стадія (залишкова)

Це заключна стадія циклу, яка характеризується поступовим згасанням збудження і відновленням вихідного фізіологічного стану. Генітальні реакції регресують.

У жінок резидуальна стадія триває довше, ніж у чоловіків. Завершальні пестощі партнера (нахшпіль) підтримують залишкове збудження і можуть призвести до повторного оргазму, якщо стимуляцію ерогенних зон буде поновлено. Це пояснюється зворотною аферентацією нервових центрів.

Описана модель копулятивного циклу демонструє послідовність стадій за ідеальних умов - у пар, які досягли психологічної та сексуальної гармонії. Порушення будь-якої ланки (складової або стадії) може призвести до дисгармонії сексуального життя та зниження його якості. Так, нехтування повноцінною ерогенною стимуляцією (сенсорна стадія) може спричинити дефіцит місцевих реакцій (секреторна стадія), що негативно позначиться на комфортності акту. Конфлікти у парі або психологічні проблеми можуть блокувати психічну стадію, роблячи всі подальші фізіологічні реакції малоймовірними або неповноцінними. Тому в роботі з жінками важливо ретельно оцінювати не лише фізіологічний стан, а й психологічну готовність до інтимності, взаємини з партнером і загальне ставлення до сексу [1, ст.46-47].

Фази копулятивного циклу жінки

Фази копулятивного циклу відображають послідовні функціональні стани організму жінки у відповідь на сексуальну стимуляцію й описують динаміку змін від початкового збудження до завершення статевого акту. Виділяють чотири фази: збудження, плато, оргастична та зворотного розвитку, що відповідають класичній моделі сексуальної відповіді, доповненій специфічними фізіологічними характеристиками жінки.

1. Фаза збудження

Фаза збудження розпочинається ще до безпосереднього початку статевого акту. Її виникнення залежить від нормального функціонування всіх складових і стадій циклу, особливо нейрогуморальної, психічної та генітосегментарної, а також від наявності лібідо і психологічної готовності до інтимної близькості.

Збудження активізується у відповідь на психоеротичну підготовку, пестощі та стимуляцію ерогенних зон. На фізіологічному рівні це зумовлює активацію кіркових, підкіркових і спинномозкових статевих центрів.

Зовні фаза проявляється посиленням припливом крові до грудних залоз, зовнішніх і внутрішніх статевих органів: грудні залози збільшуються, соски стають напруженими, пігментовані зони навколо них набухають; великі й малі статеві губи та клітор набухають, клітор досягає ерекції. Піхва звужується та видовжується, починається виділення слизу, що разом із секретом чоловічих статевих залоз полегшує введення статевого члена та проведення фрикцій.

2. Плато-фаза (фаза високого збудження)

Плато-фаза збігається з початком фрикцій і характеризується максимальним посиленням сексуального збудження. Унаслідок стимуляції ерогенних зон потік імпульсів до спинномозкових центрів зростає, передаючись далі до підкіркових і кіркових структур мозку, що створює специфічні приємні відчуття.

Водночас відбувається інтенсивна стимуляція судин і м'язів статевих органів і тазового дна. Внутрішні статеві губи збільшуються, піхва видовжується, головка та тіло клітора частково зміщуються й сплющуються. Бартолінові залози активно виділяють рідкий секрет. Піхва щільно охоплює статевий член, що забезпечує оптимальні умови для фрикцій.

3. Оргастична фаза

Оргастична фаза є кульмінаційною точкою статевого акту й відповідає оргастичній стадії копулятивного циклу. Протягом кількох секунд відбувається інтенсивна розрядка нервової, м'язової та судинної систем, що супроводжується відчуттям максимальної насолоди.

Оргазм у жінки настає внаслідок акумуляції імпульсів у нервових центрах, які надходять від ерогенних зон і підготовлених статевих органів. Фізіологічно він проявляється ритмічними скороченнями м'язів піхви, тазового дна та, у деяких випадках, матки.

Варто зазначити, що жінки можуть відчувати множинні оргазми протягом одного статевого акту, з послідовним наростанням інтенсивності, що

пов'язане зі станом м'язів тазового дна: чим краще вони розвинені, тим легше досягається оргазм.

4. Фаза зворотного розвитку

Фаза зворотного розвитку відповідає резидуальній стадії циклу. Вона характеризується поступовим зниженням статевого збудження, гальмуванням активності нервових центрів і відновленням вихідного фізіологічного стану.

У жінок ця фаза триває довше, ніж у чоловіків, що зумовлює їхню здатність зберігати залишкове збудження і повторно досягати оргазму за відповідної стимуляції. Після оргазму актуальними стають ніжні пестоці та спокійні обійми (нахшпіль), які сприяють поступовому зниженню збудження.

Успішна статева близькість завершується відчуттям приємної втоми, розслаблення та задоволеності, яке залежить не лише від фізіологічних реакцій, а й від духовного контакту партнерів і почуття бажаності.

Фази копулятивного циклу жінки демонструють логічну послідовність фізіологічних і психологічних змін під час інтимної взаємодії. Їхнє гармонійне протікання є запорукою повноцінного сексуального задоволення і важливим показником сексуального здоров'я [1, ст.48-49].

Ерогенна реактивність - це здатність людини сприймати сексуальну стимуляцію та відповідати на неї комплексом фізіологічних і психоемоційних реакцій. Це унікальний рецепторний процес, який інтегрує вплив як зовнішніх чинників (ситуація, характер стимулу), так і внутрішніх (домінантна мотивація, пам'ять попереднього сексуального досвіду).

Зовнішні еротичні подразники можуть сприйматися дистанційно - через слух, зір або нюх, а також безпосередньо - через дотик або смак. Водночас внутрішні відчуття актуалізуються переважно у процесі фізичного контакту. Для жіночої сексуальності провідна роль належить саме зовнішнім впливам, оскільки мотиваційне (ендогенне) збудження у жінок зазвичай має відносно нижчий рівень у порівнянні з чоловіками.

Під час залицяння, флірту чи пестошів звичайні сенсорні відчуття набувають специфічного еротичного забарвлення завдяки діяльності центральної нервової системи, яка інтегрує окремі сенсорні сигнали і формує домінуючу мотивацію до інтимної близькості. Наприклад, оголене тіло на картині художника зазвичай викликає естетичну реакцію, тоді як у контексті безпосереднього інтимного контакту такі образи викликають еротичні переживання.

Деякі дослідники вказують на роль специфічних рецепторів статевої чутливості - так званих генітальних тілець, які відповідають за сприйняття тактильних стимулів. Водночас у ситуаціях, що не мають еротичного підтексту (наприклад, під час лікувального масажу), стимуляція цих рецепторів у більшості людей не викликає сексуального збудження.

Ця вибіркковість реагування на тактильну стимуляцію є еволюційним механізмом, що запобігає міжвидовим контактам і в соціокультурному контексті знижує ймовірність інцесту. Вона також визначає вибіркковість у статевій поведінці людини, підкріплюючи соціально прийнятні межі сексуальної взаємодії. [1, 53]

Ерогенні зони та точки

У жінок, так само як і у чоловіків, існують ділянки шкіри, стимуляція яких провокує сексуальне збудження. Ці ділянки отримали назву ерогенних зон.

Особливістю жіночої ерогенної чутливості є її висока варіабельність та динамічність. На відміну від чоловіків, у яких домінуючими ерогенними зонами є зовнішні геніталії, стимуляція яких майже завжди призводить до статевого збудження, у жінок протягом життя може змінюватися набір ерогенних зон та їхня чутливість.

Зокрема, на початку статевого життя у багатьох жінок провідну роль відіграють позагенітальні (екстрагенітальні) зони. Це пояснюється потребою у створенні психологічного комфорту, емоційного настрою та поступової

підготовки до інтимної близькості. У жінок ерогенною може бути практично будь-яка ділянка тіла - іноді цілком несподівана, що рідко спостерігається у чоловіків.

Крім того, кожна жінка має індивідуальний набір ерогенних зон, який може значно відрізнятись від інших жінок як за локалізацією, так і за ступенем чутливості. Вікові зміни також впливають на ерогенну карту: з віком деякі ділянки можуть набувати ерогенного статусу, а ті, що раніше були високочутливими, навпаки, можуть втрачати еротичну значущість або навіть ставати неприємними при стимуляції.

Водночас, поряд із великою індивідуальною варіативністю, у більшості жінок виділяють так звані універсальні ерогенні зони, стимуляція яких майже завжди викликає позитивну сексуальну реакцію. До них належать: соски і ареоли молочних залоз, губи, мочки вух, шия, внутрішня поверхня стегон, низ живота, зона між лопатками, ділянка навколо пупка.

Розуміння ерогенної чутливості та її індивідуальних особливостей є важливою умовою для гармонійної сексуальної взаємодії та досягнення високого рівня сексуального задоволення у партнерських стосунках.

Дослідження в галузі сексології та нейрофізіології доводять, що у більшості жінок існують зони тіла зі збільшеною чутливістю, стимуляція яких значно посилює сексуальне збудження. У сучасній практиці опис так званих карт ерогенних зон дозволяє не лише глибше зрозуміти індивідуальні особливості чутливості, а й використовувати це знання для підвищення якості сексуальної взаємодії та задоволення [26].

Важливо зазначити, що ерогенні зони жінки ефективно реагують на пестощі лише за умов емоційної та психологічної готовності до інтимної близькості. Лише механічна стимуляція, без відповідного психосексуального контексту та партнерської підтримки, рідко викликає достатній рівень збудження чи оргазм [16; 55].

Різні ділянки шкіри та слизових оболонок проявляють різну чутливість упродовж різних фаз збудження. Зазвичай партнери у процесі інтимного досвіду експериментально визначають ті ерогенні зони, стимуляція яких майже завжди призводить до наростання сексуального збудження й переходу до більш високих фаз сексуальної відповіді [41].

Ерогенні зони та їх індивідуальність у жінок

На відміну від чоловіків, у яких провідна роль у процесі сексуального збудження належить стимуляції генітальних ерогенних зон, жінки часто, а іноді й переважно, досягають збудження через стимуляцію екстрагенітальних ерогенних зон [41; 16].

Екстрагенітальні ерогенні зони у жінок мають високий ступінь індивідуальності й можуть змінюватися протягом життя під впливом вікових, гормональних чи психологічних факторів. На відміну від них, генітальні ерогенні зони, як правило, є більш стабільними й типовими для більшості жінок. До найбільш чутливих генітальних зон відносять клітор, малі статеві губи, вхід у піхву, нижню третину передньої стінки піхви (так звана точка G, або G-spot у міжнародній термінології), шийку матки [59].

Відомо, що ерогенні зони можуть змінювати локалізацію та чутливість протягом життя жінки - явище, відоме як міграція або зміщення ерогенних точок. Деякі зони можуть втрачати чутливість, тоді як раніше нейтральні ділянки тіла набувають підвищеної реактивності [42].

Дослідники, що аналізували інтенсивність ерогенної чутливості (так званий *erogenous index*), зазначають, що найчастіше високий показник спостерігається у таких зон: клітор, соски, рот і губи, молочні залози, шийка матки, заднє склепіння піхви, анальний отвір і шия [43].

Крім того, у кожної жінки спостерігається функціональна ієрархія ерогенних зон:

- Зони «першого порядку» - це ділянки, стимуляція яких формує психологічну установку на продовження інтимної взаємодії, створює відчуття безпеки й емоційної близькості;
- Зони «другого порядку» - це ділянки, стимуляція яких безпосередньо сприяє досягненню оргазму [52, 42].

Активність і чутливість ерогенних зон змінюється залежно від фізичного й емоційного стану жінки, фази менструального циклу та поведінки партнера. Також важливо дотримуватись індивідуально оптимальної послідовності стимуляції: зазвичай рекомендовано розпочинати з поверхневих, менш інтимних зон і поступово переходити до глибших і чутливіших.

Особливої уваги заслуговує точка G (або G-spot, за ім'ям Ернста Графенберга), про яку наукові дискусії тривають понад 70 років. Вважається, що ця зона розташована на передній стінці піхви, приблизно на відстані 4–5 см від входу, і може мати вигляд невеликої опуклості або ущільнення [73]. Деякі дослідники підтверджують морфологічну основу G-spot, проте інші вказують, що оргазм, пов'язаний із цією зоною, може бути зумовлений комплексною стимуляцією клітора та уретри [59].

Таким чином, знання про ієрархію та індивідуальні особливості ерогенних зон допомагає формувати більш гармонійний сексуальний досвід і підвищує ймовірність досягнення задоволення [32].

Ерогенні зони генітальної ділянки також мають різну функціональну значущість і неоднакові за типом збудливості. А.М. Свядош виокремлював чотири типи генітальної збудливості в жінок: 1) генералізований (ерогенною зоною є зовнішні геніталії та піхва); 2) кліторальний (збудження виникає у відповідь на стимуляцію клітора за нечутливості піхви); 3) вагінальний (ерогенною зоною є піхва, клітор при цьому реактивний); 4) ареактивний (жодні форми стимуляції генітальних ерогенних зон не викликають сексуального збудження).

З огляду на це, А.М. Свядош запропонував розрізняти такі типи оргазму: генералізований, вагінальний, кліторичний і ареактивний. Згодом, у міру збільшення тривалості сексуального життя, типи збудження можуть змінюватися, переходячи з одного в інший. Але навіть у жінок, які представляють один і той самий тип генітальної збудливості, чутливість і прийнятний характер стимуляції одних і тих самих ерогенних зон мають індивідуальний характер. Наприклад, у разі кліторальної збудливості одних жінок надихає повільна, без зусиль, плавна стимуляція тіла клітора, інших - навпаки, доволі сильне, ритмічне натискання на голівку клітора, причому центри збудження можуть бути локалізовані в певних точках клітора, а інколи ці точки є такими, що нібито «плавають» (ділянка, яку стимулювали раніше, стає індіферентною, тоді як сусідня починає проявляти високий ступінь збудливості). Якщо в жінок має місце вагінальний тип збудливості, то найчастіше найзбудливішим є вхід до піхви (переважно зовнішня третина і передня стінка). Дані А.М. Свядоша свідчать, що сильному, ритмічному тиску на задню стінку піхви віддають перевагу 12% жінок. Деякі жінки відзначають у себе збудливою виключно зовнішню чверть передньої стінки піхви, яку А.М. Свядош назвав зоною S, при цьому чіткого розмежування між зоною S і точкою G він не пропонує.

Дана інформація, надана партнерській парі, може використовуватись для гармонізації сексуальних відносин та покращання взаємодії партнерів [1, ст.50-52].

Сексуальними називаються реакції з боку психічної та соматичної сфер, що виникають у відповідь на стимуляцію сексуального характеру. Іноді сексуальні реакції можуть виникати і без еротичної стимуляції - під впливом емоцій, спогадів або ситуативних чинників (хвилювання, страх).

До сексуальних реакцій жінки належать:

- статевий потяг - лібідо: платонічне, еротичне та сексуальне;
- сексуальне збудження;

- генітальні реакції;
- оргазм;
- посткоїтальні стани.

Зазвичай сексуальні реакції починають проявлятися за умов адекватної стимуляції.

Крім того, виокремлюють ще й екстерокоїтальні прояви сексуальності: еротичні сновидіння, петинг, мастурбація, ситуаційний мимовільний оргазм (адекватний і неадекватний).

Статевий потяг, або лібідо (від лат. *libido* - хіть, бажання, пристрасть, прагнення) - це несвідомий потяг до отримання сексуального задоволення і свідоме бажання сексуальної близькості, що ґрунтуються на реалізації статевого інстинкту.

Статевий потяг (лібідо) поділяється на платонічний, еротичний і сексуальний, що виникають відповідно до процесу психосексуального розвитку.

Платонічний потяг виникає на тлі появи фантазій про перший об'єкт закоханості. Цим об'єктом може бути реальна людина (однокласник, популярний виконавець, вчитель, інший кумир тощо) або уявний, вигаданий герой.

Еротичний потяг - це прагнення до ласки, ніжності, поцілунків. Спочатку виникає платонічний інтерес до особи протилежної статі. У міру статевого дозрівання і появи секреції статевих гормонів відбувається становлення еротичного потягу.

Еротичний потяг має з'являтися в період статевого дозрівання і зберігатися протягом усього репродуктивного періоду, що є клінічним відображенням нормальної секреції статевих гормонів.

Сексуальний потяг - прагнення до статевого життя - з'являється після регулярного отримання оргазму, для досягнення якого для жінки є вкрай важливим досвід і бажання чоловіка допомогти їй досягти оргазму.

Початок вживанню цього терміна поклав Альберт Молль (Albert Moll), який розглядав його як основний мотив статевої поведінки, проте значного поширення він набув завдяки теорії сексуальності Зигмунда Фрейда (Sigmund Freud).

З. Фройд вклав у лібідо значно більший зміст, звівши його в ранг одного з двох головних потягів людини - до сексу (libido, Eros) і смерті (Tanatos). Він не обмежував вплив лібідо на поведінку людини лише сексуальною сферою. На його думку, лібідо від самого початку не є приматом винятково генітальної зони, воно володіє потенціалом, який вільно плаває і заряджає різні ділянки тіла в ті чи інші періоди розвитку, формуючи в підсумку індивідуальну сексуальність дорослої людини. Лібідо, за Фройдом, - це конституціональний, тобто вроджений феномен [31].

Таким чином, лібідо можна розглядати як енергію, джерело якої міститься у статевому інстинкті.

Статевий інстинкт - це визначена генетичним кодом програма дій, результатом якої мають стати запліднення, вагітність і пологи, тобто відтворення виду. В основі такої програми лежать вроджені алгоритми поведінки, як і в разі оборонного чи харчового інстинктів. Однак, на відміну від тварин, у людини алгоритм дій контролюється свідомістю і не може бути реалізований поза її волею [31].

Механізм виникнення лібідо. Фізіологічно лібідо можна розглядати як комплексну взаємодію двох внутрішніх систем - нейрогуморальної та психічної (кортикальної). Перша є вродженим анатомо-фізіологічним компонентом сексуального потягу (безумовним рефлексом), друга - психічним компонентом (умовним рефлексом). Обидві перебувають у тісній взаємодії та чинять взаємний вплив одна на одну. Ще А. Молль виокремлював два компоненти лібідо: прагнення до дотику, що спонукає до фізичного і духовного спілкування з іншою людиною (поцілунки, обійми, інтимні розмови), і прагнення до розслаблення, розрядки напруги в статевих органах,

пов'язаної з вазомоторними та м'язовими процесами, які відбуваються в момент оргазму або одразу після нього.

Взаємний вплив нейрогуморальної та кортикальної систем виявляється в особливому характері формування сексуального потягу й особливостях його реалізації в людини. Незважаючи на те, що статевий інстинкт є безумовним рефлексом, його успіх з погляду розмноження залежить від наявності мінімально необхідного досвіду одержання сексуального задоволення, здатного закріпити безумовно-умовно-рефлекторний зв'язок між потягом і задоволенням від його реалізації в статевому акті. Умовний зв'язок, що виникає між задоволенням і дією, яка до нього привела, може зумовити зміцнення потягу до повторення цієї дії. Цей механізм є спільним як для реалізації лібідо, так і для формування потягу до будь-яких психотропних речовин (наркотиків, алкоголю, нікотину) [31].

Формування лібідо - це процес, пов'язаний із соматичним і психічним розвитком людини, який проходить кілька стадій, що відображають вікові особливості соціалізації. У науковій літературі використовують різні періодизації формування лібідо.

У сексології найбільшого поширення набула періодизація, запропонована Г.С. Васильченком і його співавторами, яка включає такі стадії:

- Понятійна стадія. Стосується віку 1-7 років. Основним її результатом є формування статевої самосвідомості на базі отриманих знань про існування двох статей, внутрішньопсихічного співвіднесення себе з обома з них, ідентифікації дитини з однією зі статей та її подальшим втіленням у поведінці.

- Романтична (або платонічна) стадія. Характеризується появою вираженого емоційного компонента прив'язаності до особи, зазвичай протилежної статі, позбавленої ще якихось еротичних або генітальних імпульсів. На цій стадії переважає бажання подобатися, привертати увагу до себе однолітків, а також виявляти увагу комусь конкретно. Цю стадію можна назвати періодом розвитку чуттєвого компонента лібідо.

- Еротична стадія. Характеризується появою інтересу до краси тіла, до його чутливості. З'являється підвищений інтерес до еротики і сексуальності в кіно і літературі, а також в об'єктах навколишнього світу. На цій стадії з'являються і з часом посилюються фантазії про чуттєве інтимне спілкування з особою протилежної статі.

- Сексуальна (генітальна) стадія. Припадає переважно на вік статевого дозрівання і відображає появу вираженого прагнення до статевого спілкування, що включає і генітальний аспект. Відображає нейрогуморальні зміни, що відбуваються у зв'язку зі статевим дозріванням і початком функціонування статевих залоз. Саме ця стадія є найпомітнішою завдяки феномену юнацької гіперсексуальності, що характеризується початком мастурбації, появою еротичних сновидінь, першого досвіду сексуальної близькості та прагненням до отримання максимального сексуального задоволення. У дівчат до отримання сексуального досвіду гіперсексуальність і пов'язані з нею прояви зазвичай не спостерігаються.

- Стадія зрілої статевої свідомості. Виникає в разі досягнення гармонійного поєднання понятійного, романтичного та сексуального компонентів статевого потягу із соціальною системою моральних та етичних цінностей.

Прояви лібідо. У ранньому дитячому віці (до 5-6 років) проявом лібідо є інтерес до анатомічного устрою свого тіла та тіла осіб протилежної статі, або так звана «статева цікавість». Ігри в лікарів, різні сімейні сцени в іграх (зокрема з імітацією статевого акту), підглядання за дорослими, розглядання й обмацування своїх та чужих статевих органів є відображенням такого інтересу.

Наслідком цієї пізнавальної діяльності може бути дитяча мастурбація, яка має на меті отримання задоволення або ж є реакцією на тривогу, спричинену психологічною травмою. У соціально несприятливих обставинах дитяча мастурбація може набувати патологічного характеру, що потребує спеціальної медико-педагогічної корекції [2].

Специфічні прояви лібідо в період початку навчання в школі згасають до моменту наближення статевого дозрівання, коли вони набувають ознак дорослої, тобто генітальної, сексуальності. Водночас сліди концентрації лібідо на оральній фазі розвитку (за З. Фройдом), а також чутливість шкіри, що виникла внаслідок раннього догляду матері за дитиною, зберігають свій вплив на сексуальність, проявляючись у потягу до ласки, ніжності, поцілунків, обіймів.

Мотиваційний компонент лібідо. У зв'язку з тим, що прояви лібідо частково зумовлені діяльністю вищих відділів центральної нервової системи, які регулюють поведінку людини і визначають її особистісні та ціннісні установки, особливе значення має мотивація сексуальної поведінки. Різноманітність сексуальної поведінки визначається різними типами сексуальної мотивації.

1. Гомеостабілізуювальний тип сексуальної мотивації. Його назва походить від стану відносної фізіологічної стабільності (гомеостазу). Характеризується прагненням зменшити наростання сексуального збудження в проміжку між статевими актами, що порушує стан врівноваженості й зумовлює фізіологічний дискомфорт.

2. Ігровий тип. Характеризується гармонійним поєднанням романтичного та сексуального компонентів лібідо, внесенням у механічну простоту статевого акту елементів гри, фантазії, вигадки, що дає змогу переживати кожен статевий акт як неповторну подію.

3. Шаблонно-регламентований тип має місце тоді, коли людина в статевому акті ніби «відбуває повинність», виконує обов'язок. Такі люди позбавлені сексуальної ініціативності та винахідливості, що призводить до формування шаблону статевого життя.

4. Генітальний тип зазвичай притаманний особам зі зниженим інтелектом, які не здатні зрозуміти різницю між статевим потягом та статевим

актом. Здебільшого культурні норми такими людьми можуть ігноруватися, що нерідко призводить їх до конфлікту із законом. [1, ст.52-55]

Сексуальне збудження - це стан, що відображає реакцію організму людини у відповідь на дії (розмови) сексуально збудливого або еротичного характеру з боку іншої людини внаслідок перегляду відеозображень, читання літератури, прослуховування музики.

Під час сексуального збудження змінюється поведінка жінки, з'являються вегетативні ознаки: гіперемія, блиск очей, тахікардія.

Першою ознакою сексуального збудження у жінки слугує зволоження піхви. За сексуальним збудженням, якщо є адекватні подальші реакції, настає стадія генітальних реакцій (насамперед лубрикація), що виникає через 10 - 30 секунд після початку сексуальної стимуляції.

За аналогією з чоловіком, у жінки у відповідь на сексуальне збудження відбувається посилений приплив крові до статевих органів. При цьому набухає і збільшується клітор (ерекція клітора), набухають великі статеві губи, розкривається вхід до піхви. Унаслідок гіперемії та припливу крові відбувається зволоження стінок піхви (лубрикація). Що сильніше статеве збудження, то більше слизу виділяється в піхву. Слизові виділення полегшують введення статевого члена і проведення фрикцій (рухів) під час статевого акту, будучи своєрідною змазкою. Спочатку з'являються окремі крапельки секрету, які потім зливаються і зрештою змочують усю внутрішню поверхню піхви. На самому початку фази збудження кількість рідини може бути такою малою, що ні сама жінка, ні її партнер не помічають цього. У міру того, як зволоження піхви посилюється, рідина іноді витікає назовні, змочуючи статеві губи та отвір піхви. Однак це залежить від пози жінки та від особливостей сексуальної поведінки партнерів.

Утворення вагінальної змазки відбувається за рахунок трансудації (просочування) мукоїдного секрету крізь стінки піхви внаслідок переповнення кровоносних судин. Бартолінові залози (великі парні залози присінка піхви) не

настільки значущі для лубрикації жіночих статевих шляхів: згідно з деякими даними, у жінок, які народжували, кількість тягучої рідини, багатой на білок, що виділяється, становить 2-3 краплі, тоді як у жінок, котрі не народжували, - лише 1 краплю. Роль секрету бартолінових залоз якщо й важлива, то під час тривалого статевого акту, оскільки цей секрет виділяється у жінки безпосередньо перед оргазмом.

Лубрикація є ознакою готовності жіночих статевих шляхів до введення статевого члена. Якщо лубрикація недостатня, це може спричинити болісні відчуття як під час інтроїтусу, так і під час фрикцій, що в недосвідченої пари може сформувати комплекс, що вони анатомічно не підходять одне одному. Лубрикація жіночих статевих шляхів зберігається впродовж усього копулятивного циклу, збільшуючись (інколи значно) у фазі оргазму, а інколи наявна і в посторгастичній фазі, що свідчить про залишкове збудження в жінки та про її здатність до повторного виникнення оргазму (мультиоргастичності). У разі зниження статевого збудження лубрикація зменшується. Консистенція, кількість і запах вагінального слизу значно різняться у різних жінок, а також у конкретної жінки в різний час. Попри загальноприйнятту думку ступінь зволоження піхви не обов'язково свідчить про рівень сексуального збудження жінки або її «готовність» до статевого акту.

Знання фізіологічних механізмів виникнення і перебігу процесу лубрикації допомагає парі уникнути як хворобливих відчуттів під час статевого акту, так і непорозумінь, пов'язаних з підозрою партнера в невірності жінки (скажімо, якщо партнер під час сексуальної близькості з жінкою, яка тільки-но повернулася додому, виявляє її статеві шляхи зволеними, то це свідчить зовсім не про те, що в жінки нещодавно був статевий акт на стороні, а всього лише про її темперамент).

Крім того, у жінок виникають й інші генітальні реакції. Внутрішні дві третини піхви розширюються, шийка і матка піднімаються, а великі статеві губи сплющуються і розсуваються. Крім того, малі статеві губи збільшуються

в діаметрі; клітор також збільшується внаслідок наповнення його судин кров'ю. Соски ерегують унаслідок скорочення дрібних м'язових волокон. До кінця фази збудження (знову-таки внаслідок наповнення судин кров'ю) вени на грудних залозах виступають сильніше, а самі залози також можуть дещо збільшитися.

Здатність піхви розтягуватися і скорочуватися - це підтвердження того, що розміри статевого члена не відіграють жодної ролі в сексуальному задоволенні жінок, і часті тривоги з цього приводу безпідставні. [1, ст.55-56]

Оргазм (грец. *orgasmos*, від *orgao* - розбухаю, палаю пристрастю) - це кульмінаційне переживання пристрастних відчуттів, що виникають у момент завершення статевого акту або форм статевої активності, які його замінюють.

Оргазм супроводжується відчуттям повного задоволення, зникненням м'язового напруження і зменшенням припливу крові до статевих органів.

Оргазм є однією зі стадій копулятивного циклу або циклу сексуальних реакцій (за В. Мастерс і В. Джонсон [56]).

Механізм виникнення оргазму як у жінок, так і в чоловіків усе ще трактується по-різному, а фізіологічні процеси, що лежать у його основі, вивчені недостатньо.

Якщо щодо чоловічого оргазму є кілька груп гіпотез, то щодо механізму жіночого оргазму більшість досліджень укладаються в одну системну гіпотезу, яка пояснює його як результат складної взаємодії різних систем організму: психічної, нейрогуморальної, м'язової та рецепторної.

Фізіологічним субстратом жіночого оргазму є ритмічні скорочення (з інтервалом у 0,8 секунди) м'язів піхви, більш виражені в нижній її третині, хоча спостережувані також і в матці. Зазвичай таких скорочень відбувається від 3 до 10, водночас їх інтенсивність і кількість безпосередньо впливають на глибину і яскравість оргастичних відчуттів, які можуть проявлятися у жінки у вигляді від ледь помітних реакцій (короткочасна затримка дихання, легкі ковтальні рухи) до вельми бурхливих проявів (неконтрольовані звуки і рухи,

звуження свідомості). Інтенсивність оргастичних відчуттів може варіюватися у жінок залежно від віку, характеру пестошів, фази менструального циклу, використання контрацептивних засобів.

Ендокринні та церебральні процеси жіночого оргазму вивчені мало. Передбачається, що в ньому задіяні глибокі структури головного мозку, зокрема лімбічна система.

Біологічне значення оргазму. Самі по собі оргастичні відчуття не чинять прямого впливу на здатність до запліднення і зачаття, більше того, деякими дослідженнями встановлено, що сильна оргастична розрядка перешкоджає проникненню сперматозоїдів у матку [23]. Однак його роль, що підкріплює безумовний статевий рефлекс, впливає на формування цілісності акту злягання, який має психофізіологічний характер, і особистісних проявів поведінкового порядку.

З огляду на викладене вище, оргазм можна розглядати як деяку психофізіологічну компенсацію зусиль, спрямованих на виконання біологічної програми відтворення виду, приємний, пристрасний характер якої стимулює до повторення цих дій.

Антропологи доповнюють психофізіологічне пояснення оргазму тим, що він, можливо, виконує и еволюційну функцію, яка забезпечила виживання, а згодом і панування людини на планеті. Еволюційна функція оргазму проявляється в імпульсі, що підштовхує чоловіка і жінку, які пережили спільно оргазм, до створення пари, а пара, як відомо, забезпечує більшу виживаність потомству за рахунок подвоєння зусиль з його вирощування. Фізіологічно це пояснюється дією гормону окситоцину, який викидається в кров, зокрема, під час оргазму і сприяє зміцненню міжособистісних зв'язків [49].

Відмінності жіночого та чоловічого оргазму. Здатність відчувати оргазм у жінок і чоловіків різна. Що таке оргазм, чоловік знає вже з юності, з моменту, коли в нього з'являються перші полюції, мастурбації тощо. Жінка ж, якщо тільки вона не займалася мастурбацією, до початку статевого життя не має

уявлення, що таке оргазм. У кращому разі вона читала про це або чула від подруг.

Окрім того, більша частина жінок (приблизно 60-65%) починають відчувати оргазм через якийсь час після початку статевого життя. У деяких жінок оргазм виникає тільки після пологів. Близько 18-20% жінок починають відчувати оргазм мало не з першого статевого акту і надалі можуть відчути його кілька разів протягом одного статевого акту. Їх називають мультиоргастичними жінками. Разом з тим, близько 20% жінок ніколи не відчують оргазму. Це так звана конституціональна, або вроджена аноргазмія. Їм приємний статевий акт, у них виникають генітальні реакції, а задоволення вони отримують від усвідомлення того, що приносять задоволення коханому чоловікові. Налаштованість жінки на статеву близькість, її активна поведінка під час підготовчих пестощів і статевого акту сприяють зростанню статевого збудження і швидшому досягненню оргазму.

Якщо оргазм у чоловіків майже завжди однаковий і являє собою пікоподібну форму, то жіночий оргазм має різноманітніші особливості як за формою, так і за протяжністю. Це і той самий пікоподібний (щоправда, триваліший) оргазм, і повторний (а іноді багаторазовий) з часовим інтервалом від кількох секунд і до кількох хвилин (зі спадом інтенсивності). Крім того, деякі жінки здатні відчувати так званий затяжний (хвилеподібний) оргазм тривалістю від кількох хвилин до кількох годин. Щодо характеру і форм оргазму, то в одних жінок вони залишаються незмінними на все життя, в інших можуть змінюватися кілька разів упродовж життя або під час зміни партнерів, причому іноді через досить нетривалий час.

Ще одна суттєва відмінність жіночого оргазму від чоловічого - його локалізація. Жіночий оргазм може бути кліторальним, вагінальним і невизначеної локалізації. Деякі дослідники виділяють також проміжний тип. Ця класифікація має суб'єктивний характер, оскільки з погляду фізіології жодних відмінностей у перебігу оргазму не спостерігається. А деякі жінки

взагалі не можуть визначити локалізацію оргазму. Немає залежності також між типом стимуляції, інтенсивністю та тривалістю оргазму. Оргастичність жінки може залежати і від фази менструального циклу.

Джерела першого оргазму в чоловіків і жінок також різні. Якщо в чоловіків це зазвичай нічні полюції та мастурбація, то перший оргазм 40% жінок відчувають, згідно з дослідженнями А. Кінзі [40], під час мастурбації, 24% - під час петингу, 10% - під час дошлюбного коїтусу, 17% - під час коїтусу в шлюбі, 3% - при гомосексуальному контакті та 1% - під час психічного онанізму.

Соціально-психологічне значення оргазму. Якщо показником сексуального статусу чоловіка є ерекція, то свідченням розвиненої сексуальності сучасної жінки вважається здатність відчувати оргазм. Крім того, наявність у жінки оргазму дає її партнеру впевненість у власних сексуальних здібностях і в рівні сексуальної майстерності. З погляду еволюції жіночий оргазм не є доцільним і ніяк не впливає на процес зачаття. Для того щоб жінка завагітніла, зовсім не обов'язково, щоб вона відчула насолоду. У жінки оргазм ніяк не пов'язаний з її основною біологічною роллю - продовженням роду, на відміну від чоловіка, у якого оргазмічна насолода збігається з моментом запліднення. Жіночий оргазм - це якесь еволюційне надбання, психофізіологічна нагорода, що завершує статевий акт, кульмінаційний момент у поведінковій моделі продовження роду.

У розвиненому суспільстві істотно зростає соціальна, а отже, і сексуальна активність жінки. Оргазм у сучасних жінок тісно пов'язується з уявленнями про благополуччя сімейно-шлюбних стосунків. Крім того, оргазм виконує одну суттєву функцію - він зближує партнерів, створює між ними міцний емоційний зв'язок.

Ті пари, де партнери дарують один одному моменти найвищої насолоди, безсумнівно, є більш стабільними.

Класифікація оргазму в жінок. Різноманітність форм і способів отримання оргазму дає змогу виділити такі його типи (за А.М. Свядощем):

- за походженням: коїтальний (під час статевого акту) і екстракоїтальний (полюційний, астурбаційний, петинговий, випадковий);

- за локалізацією (у жінок): кліторичний, вагінальний, невизначеної локалізації;

- за перебігом: короткочасний (пікоподібний), затяжний (хвилеподібний), одноразовий, багаторазовий;

- за інтенсивністю: сильний, помірний, слабкий.

Представлена класифікація охоплює практично всі варіації оргазму. Популяційні дослідження [12] показали, що кліторичний оргазм спостерігається у 45-56% жінок, вагінальний - у 33-37% і змішаний - у 27-30%. Г.С. Васильченко зазначає, що термін «полюційний» є застарілим щодо жіночого оргазму - коректнішим у цьому випадку є поняття «еротичні сновидіння з оргазмом». Крім того, за аналогією із ситуацією, що спричиняє несподівану еякуляцію в чоловіка поза еротичними сновидіннями, мастурбацією та петингом, у жінки можна також виокремити адекватний ситуаційний (мимовільний) оргазм, який виникає хоча й несподівано для жінки, але в умовах еротичної стимуляції ззовні, і неадекватний ситуаційний (мимовільний) оргазм, що виникає під час дії стимулів, які не мають еротичного навантаження, а часом і зовсім несумісні з традиційними еротичними переживаннями (страх, гнів тощо).

Дослідження переважної частотності видів оргазму в жінок свідчать, що найчастіше має місце кліторичний оргазм (40-56% жінок), йому поступаються вагінальний (33-37%) і змішаний (27%) [12].

Є й інші класифікації оргазму. Так, І. Сінгер (I. Singer) [71] виокремлює три типи оргазму:

1. вульварний оргазм, що характеризується ритмічними скороченнями м'язів піхви і активується збудженням клітора або виникає під час статевого акту;

2. матковий оргазм, за відсутності піхвових скорочень, що супроводжується задишкою і затримками дихання, які виникають у момент контакту статевого члена з шийкою матки;

3. змішаний, що містить елементи вульварного і маткового оргазмів, ініційований статевим актом і супроводжується залишкою і затримкою дихання [71].

За твердженням В. Мастерс і В. Джонсон (W. Masters, V. Johnson), усі оргазми в сексуально здорових жінок однакові, незалежно від джерела збудження [54]. Однак вони не підтвердили цей факт апаратними методами реєстрації м'язових скорочень для визначення можливих відмінностей під час стимуляції клітора і точки G, розташованої на передній стінці піхви. Водночас наявні фізіологічні лабораторні дослідження, які підтверджують, що під час стимуляції клітора і точки G отримано різні варіанти міограми, записані з гладких м'язів матки і попереочнопосмугованих м'язів таза [50, 58].

Г. Болен (G. Bohlen), Дж. Гельд (Held J.), М. Сандерсон (M. Sanderson), Ф. Альгрєн (F. Ahlgren) [19] дали характеристику м'язових скорочень піхви за 11 параметрами й об'єднали їх у три різновиди за часом тривалості оргазму:

1. м'язові ритмічні скорочення постійного характеру, що є компонентою оргазму тривалістю 13 секунд;

2. чергування м'язових ритмічних скорочень із неритмічними в завершальній фазі тривалістю 50,6 секунди;

3. м'язові скорочення аритмічні, що супроводжують оргазм тривалістю 24,4 секунди.

Варіації прояву оргазму демонструють високу індивідуальну стійкість унаслідок зв'язку зі статевою конституцією, що визначає сексуальну реактивність. Для більшості жінок характерний згладжений, куполоподібний

тип оргазму тривалістю 20-30 секунд, а іноді й довше. Приблизно у 5-10% жінок трапляється мультиоргазм у вигляді серії хвилеподібних підйомів і спадів збудження. Повне сексуальне задоволення в цьому випадку настає у жінки після всієї орґаїстичної серії. Зовнішні прояви також різні - від незначного похвильованнґа дихання до бурхливих проявів зі схлипами, сльозами, вимовлянням нецензурних слів, гучним стоґоном.

Оцінюваннґа жіночого оргазму з різних поглядів (клінічного, етіолоґічного, фізіолоґічного, філософського, психолоґічного, соціолоґічного, типолоґічного) багатовимірне [48]. За твердженнґам Д. Сімонс (D. Symons), «жіночий оргазм, безумовно, існує. Саме цей факт ініціює постійні дебати, полеміку, формуючи ідеолоґію про можливість як його наявності, так і відсутності» [73]. Безсумнівно, у процесі природного добору виникли різні варіанти жіночого оргазму, який спостерігається не тільки в жінок репродуктивного віку.

В абсолютній більшості випадків у чоловіка оргазм пов'язаний з еякуляцією і має місце під час кожного статевого акту. Оргазм у чоловіків зазвичай триває всього кілька секунд. Жіночий же оргазм варіативніший і набагато більше залежить від психолоґічних аспектів статевого спілкуваннґа. На відміну від чоловіків, жіночий оргазм може бути більш затяжним, мати хвилеподібний характер. Тільки жінки здатні відчувати багаторазові оргазми, які чергуються з інтервалом в 1-2 хвилини, що дає змогу деяким із них пережити до 3-4 оргазмів за один статевий акт.

Водночас не всі жінки відчують оргазм, а здатні до цього жінки можуть його переживати не під час кожного статевого акту. Нормативним вважається 50%-й показник орґастичності, тобто переживаннґа жінкою оргазму в половині випадків інтимної близькості. Відсутність оргазму в більшості жінок на самому початку статевого життґа вважається нормальним явищем.

Шодо оргазмів різного походженнґа (коїтального та екстракоїтального), то їх фізіолоґічні зміни однакові незалежно від того, настав він у процесі

статевого акту, внаслідок мастурбації чи петингу. Це стосується як жінок, так і чоловіків.

Письмові описи оргазмів чоловіками і жінками в різних варіантах не можуть бути диференційовані, коли їх читають інші чоловіки і жінки [74]. Це передбачає необхідність розділити умовиводи чоловіків і жінок на підставі їхнього особистого досвіду. Згідно з класичними спостереженнями В. Мастерс і В. Джонсон можна виділити чотири відмінності в чоловічих і жіночих оргазмах:

1. На відміну від чоловіків, у жінок спостерігаються кілька хвиль оргазму, які розділені між собою короткими проміжками.

2. У жінок оргазм характеризується більшою тривалістю, аж до виникнення так званого *status orgasmus*.

3. У зареєстрованих міограмах м'язів таза в чоловіків встановлено роздільні ритмічні скорочення, які не спостерігаються в жінок.

4. З моменту початку в чоловіка оргазму його регуляція відбувається автоматично, навіть якщо сексуальне збудження призупинено. У жінки, якщо збудження призупиняється, як за кліторного, так і за піхвового оргазму, оргазм переривається [54, 19, 70]

Прийнято вважати, що маткове всмоктування еякуляту, яке забезпечують маткові скорочення під час оргазму, полегшує транспортування сперматозоїдів у матку і потім до фаллопієвих труб. Однак є й протилежна думка, що найшвидше транспортування сперматозоїдів у матку відбувається за відсутності оргазму під час статевого акту [48, 32].

Оскільки наявність або відсутність у жінки оргазмів не впливає на її фертильну функцію, то не цілком зрозуміла фізіологічна роль жіночого оргазму. У літературі є безліч пояснень того, чому жінка відчуває оргазми:

1. Як нагорода за ймовірну небезпеку від наслідків статевого акту (ПСС, вагітність, що супроводжується ускладненнями під час пологів та інше).

2. Як ознака завершення статевого акту.
3. Можливість нормалізувати тонус судин після вазоконгестії під час статевого акту.
4. Оргазменні маткові скорочення сприяють просуванню сперматозоїдів у маткові труби (не доведено).
5. Оргазм у жінки посилює збудження у чоловіка, оскільки скорочення піхви відчуються статевим членом чоловіка, що прискорює еякуляцію.
6. Оргазм як кульмінація інтимної близькості чоловіка і жінки сприяє психоемоційному об'єднанню пари.
7. Емоційна гама оргазму є сексуальною складовою пам'яті, яка стимулює статевий потяг і бажання статевої близькості (частіше до конкретної людини).
8. Психологічні переживання в момент оргазму спричиняють перерозподіл біопотенціалів мозку, що сприяє нормалізації його роботи.
9. Викид окситоцину, який стимулює скорочення матки і маткових труб, створює емоційне відчуття злиття в єдине ціле статевих партнерів.
10. Викид антидіуретичного гормону, що, можливо, необхідний для скорочення гладких м'язів матки, забезпечує утримання від сечовипускання, що запобігає втраті сперми з піхви [51].

Кульмінація оргазму забезпечується стимуляцією двох анатомічних утворень: клітора і піхви. Збудження клітора - головного сенсорного джерела для отримання оргазму - є провідним під час статевого акту або некоїтальних сексуальних дій при мастурбації (самозадоволення, взаємна мастурбація, петинг). Оргазм, досягнутий за кліторного збудження, має тенденцію бути обмеженішим та інтенсивнішим, більш гострим і таким, що фізично приносить задоволення [54, 65, 68, 75]. Однак, на думку К. Штіфтера, такий оргазм менш досконалий [13].

Деякі автори зазначають, що кліторний оргазм більш розкиданий по всьому тілу, триваліший та емоційніший з психологічного погляду [40, 54]. На

думку І. Сінгер (I. Singer), вульварний оргазм, що виникає під час фрикцій і глибокого проникнення статевого члена в піхву, дає змогу поєднувати в одне ціле обидва компоненти [71]. Оргазменні реакції не можуть бути повністю відокремлені від реакцій у фазі збудження. Їх сумація і продовження у фізіологічних і психологічних змінах забезпечують сексуальну діяльність. Крім того, деякі зміни, що відбуваються в процесі збудження, також необхідні для досягнення оргазму.

Фізіологічні зміни, які супроводжують оргазм у жінок, скориговані між балансом автономної функції та м'язовими скороченнями. При цьому підвищується рівень деяких гормонів, відбуваються ритмічні скорочення піхви, матки, м'язастискача відхідника (анального сфінктера), змінюється кровотік у піхві та кліторі. Під час оргазму збільшується кількість серцевих скорочень, підвищується кров'яний тиск і прискорюється дихання [29, 54]. Зростають рівні пролактину, вазопресину, окситоцину, адреналіну і вазоінтестинального поліпептиду [46].

Концентрація пролактину збільшується під час оргазму в кілька разів і зберігається на цьому рівні протягом 60 хвилин після оргастичної розрядки [27]. Визначення рівня пролактину після оргазму може слугувати показником якості оргазму і є перспективним дослідженням. Під час оргазму в жінок збільшується кількість прихованого пролактину, який із плазми крові проникає в піхвовий і матковий секрет, слиз цервікального каналу під час лубрикації забезпечує потрапляння іонів кальцію в сперму за типом фізіологічного іонофорезу, що сприяє активації сперматозоїдів у жіночих статевих органах. Таким чином, у жінок, які регулярно відчують оргазм, створюється додатковий фактор, що стимулює активацію сперматозоїдів.

Таким чином, незважаючи на численні спроби вивчення жіночого оргазму, він все ще містить багато «білих плям» [54, 75]. Тому ми згодні з твердженням, що «правильним» оргазмом слід вважати просто сексуальний оргазм [1].

Посткоїтальні стани: За нормальної соціальної обстановки, хороших взаємин із партнером, комфортного психологічного стану, нормального перебігу всіх стадій копулятивного циклу жінка після завершення статевого акту відчуває почуття задоволення, спокою, блаженства, розслабленості. Якщо цього не відбувається, то, навпаки, з'являються почуття незадоволеності, злості, образи, звані психічними фрустраціями. У разі тривалих повторюваних психічних фрустрацій на їх тлі виникають фрустрації фізичні: болі в малому тазу, тягучі стани, синестопатії, неприємні відчуття в тілі [1].

Отже, враховуючи невелике дослідження надбання знань про сексуальне задоволення можемо відмітити, що сексуальність не зводиться лише до біологічної репродуктивної функції, а має психологічну та соціокультурну складові.

Сексуальне задоволення - складний комплекс, що поєднує фізичні, емоційні, психологічні й соціальні аспекти.

Жіночий копулятивний цикл послідовно проходить п'ять стадій; їх адекватне проходження залежить і від стану здоров'я, і від психологічних стосунків з партнером.

Оргазм у жінок не є жорстко пов'язаним із заплідненням, проте відіграє важливу роль для психологічної і фізіологічної гармонії, а також слугує ключовим чинником зміцнення взаємин у парі.

Сучасне розуміння сексуальності, зокрема жіночої, виходить за межі суто репродуктивної функції й охоплює біологічний, психологічний, емоційний та соціокультурний виміри. Сексуальне задоволення - це багатокomпонентний феномен, що включає не лише фізичні відчуття, а й емоційне зближення, психологічний комфорт і вплив навколишнього середовища. Воно великою мірою залежить від узгодженої взаємодії трьох функціональних складових (нейрогуморальної, психічної та генітосегментарної) та послідовного проходження п'яти стадій копулятивного циклу (психічна, сенсорна, секреторна, оргастична і резидуальна). Особливості

жіночого оргазму вирізняються значною варіативністю, однак він виконує важливу роль: не лише приносить фізіологічну розрядку, а й зміцнює емоційний зв'язок із партнером. У результаті всебічна увага до фізичних, емоційних і соціальних чинників позитивно впливає на сексуальне здоров'я жінки й гармонізує міжособистісні стосунки.

Висновок до I РОЗДІЛУ

Проведене теоретичне дослідження дає підстави стверджувати, що сексуальне задоволення жінки є вагомим чинником, який впливає на її психічне здоров'я та загальне психологічне благополуччя. Вивчення літературних джерел і наукових підходів засвідчує, що жіноча сексуальність не обмежується лише репродуктивним аспектом, а має біологічну, психологічну та соціокультурну складові. Здатність жінки отримувати повноцінне сексуальне задоволення пов'язується з низкою чинників: гармонійною взаємодією нейрогуморальної, психічної та генітосегментарної складових копулятивного циклу, адекватним проходженням усіх його стадій, усвідомленою поведінкою та психологічним комфортом під час інтимних стосунків.

Відповідність вроджених (ендокринних та фізіологічних) особливостей жінки психоемоційним потребам та її особистісним цінностям відіграє центральну роль у формуванні якісного сексуального досвіду. Належний рівень самоприйняття, позитивна самооцінка та відсутність тривожних чи депресивних проявів створюють умови для вільної реалізації сексуальної активності та позитивного переживання оргазму. Водночас, коли жінка відчуває нестачу емоційної підтримки, має нерівноправні чи конфліктні взаємини із партнером або перебуває у тривалій психологічній напрузі, це може призводити до сексуальної дезадаптації, зниження самооцінки та появи психоемоційних розладів.

Таким чином, сексуальне задоволення постає не лише як джерело фізіологічної насолоди, а й як важливий чинник підтримання психічної рівноваги, зниження стресу, формування позитивної самооцінки та гармонізація сімейно-партнерських стосунків [66]. Результати цього теоретичного аналізу можуть слугувати основою для подальших емпіричних досліджень, спрямованих на розробку програм психологічного супроводу жінок у сфері сексуального та психічного здоров'я. Поглиблене вивчення механізмів зв'язку між рівнем сексуального задоволення та показниками психічного благополуччя може сприяти підвищенню ефективності профілактичних і корекційних заходів, націлених на зменшення психологічних труднощів та зміцнення здорового функціонування особистості.

II РОЗДІЛ. ОРГАНІЗАЦІЯ ТА МЕТОДИ ЕМПІРИЧНОГО ВИВЧЕННЯ

2.1 Методологія дослідження та обґрунтування вибору діагностичних методик

З метою дослідити можливий зв'язок показників психічного здоров'я та сексуального задоволення серед жінок було проведено емпіричне дослідження, учасниками якого стали жінки та чоловіки від 18 до 60 років. Вибірку склали 61 жінка та 20 чоловіків. Вибірка була розділена на 2 підгрупи за статтю. А також додатково за суб'єктивним критерієм задоволеності своїм сексуальним життям. Всі 81 особа, які взяли участь у дослідженні, є громадянами України, знаходяться на території її або за межами. За віком опитувані розподілились наступним чином: 18-25 років: 18 із 81 = 22.2%, 26-33 роки: 16 із 81 = 19.8%, 34-45 років: 44 із 81 = 54.3%, 46-60 років: 3 із 81 = 3.7%.

Вихідні дані вибірки наведено у Таблиці 2.1

Табл.2.1

	Категорія	Кількість	%	Категорія	Кількість	% відповідно до статі в групі
Стать	Жінки	61	75.3			
	Чоловіки	20	24.07			
Задоволеність сексуальним життям	ні	20	24.07	жінки	17	20.99
				чоловіки	3	03.07
	так	30	37	жінки	24	29.63
				чоловіки	6	7.41
	частково	31	38.3	жінки	20	24.69
				чоловіки	11	13.58
Вік	18-25	18	22.02			
	26-33	16	19.08			
	34-45	44	54.3			

	46-60	3	03.0 7	
--	-------	---	-----------	--

Фіксувалась також інформація щодо сексуальної орієнтації, стану відносин, наявності дітей, фінансового благополуччя, чи були закохані, оцінки своєї привабливості та інші. Не всі дані є використані в поточному дослідженні, при цьому можуть бути застосовані для інтересу та додаткового аналізу в наступних роботах.

Враховуючи табуїзованість теми в українському суспільстві опитування було проведено в онлайн форматі, цілком конфіденційно, що, на нашу думку, сприяло респондентам бути максимально відвертими та щирими, що мало вплинути на рівень ефективності емпіричних досліджень на теми, що стосуються сексуальної сфери.

Пошук респондентів відбувався за допомогою особистих контактів та соціальних мереж Facebook та Instagram. Всі учасники були проінформовані про мету дослідження і конфіденційність та, власне, заповненням анкети дали згоду на участь.

Всі учасники мали достатньо часу для проходження опитування, отримали чітку інструкцію до кожної методики та бланк для заповнення (Додаток А, Додаток Б, Додаток В, Додаток Г, Додаток Д)

Основними етапами дослідження стали:

1-й етап ми мали на меті вивчити і теоретично обробити проблему дослідження, підібрати психодіагностичні методики. Обрали методи, критерії, математичної обробки даних. Серед використаних методів дослідження: теоретичні – методи аналізу та синтезу, інтерпретації та узагальнення; емпіричні – методи тестування та математична статистика. Для проведення дослідження використано методики:

1. Опитувальник сексуального благополуччя (В. Гупаловська, 2021)

[4]

2. Методика «Шкала позитивного ментального здоров'я» (Positive mental health scale (PMH-Scale)) (J. Lukat, J. Margraf, R. Lutz, W.M. van der Veld, and E.S. Becker) (адаптація Л.М. Карамушки, О.В. Креденцер, К.В. Терещенко) [6]

3. Опитувальник «Стабільність психічного здоров'я – коротка форма» («The Mental Health Continuum – Short Form»)(К. Кіз) (адаптація Е.Л. Носенко, А.Г. Четверик-Бурчак) [6]

4. МНАІ – Опитувальник оцінки психічного здоров'я та методи статистично-математичної обробки даних. (Doty B., Haroz E.E., Singh N.S., Bass J. K., Murray L. K., Bolton P.A., Callaway K. L. & Bogdanov S.) (адаптація Богданов Сергій, керівник Центру психічного здоров'я та психосоціального супроводу НаУКМА, психолог, кандидат психологічних наук.)

2-й етап - організація та проведення дослідження. Створено загальний опитувальник з описанням мети, правил використання інформації та інструкцій за допомогою інтернет ресурсу Google Forms. Розіслано респондентам за допомогою месенджерів, розміщено в соціальних мережах Facebook та Instagram.

3-й етап - обробка результатів дослідження передбачала проведення первинної обробки вихідних даних щодо кожного методу, адаптація даних до вимог програми статистичного аналізу Jamovi, консолідація матеріалу, графічне представлення результатів. Були проведені розрахунки для пошуку кореляцій між шкалами, регресійного аналізу по чинникам, з використанням критеріїв математичної обробки даних за допомогою програми Jamovi.

4-й етап - інтерпретація отриманих результатів та їх оформлення. Дані були структуровані та інтерпретовані за кожної з методик. Всі статистично значущі показники були інтерпретовані відповідно до опису шкал, наведених у використовуваних методиках.

2.2. Опис діагностичних методик

1. Опитувальник сексуального благополуччя (В. Гупаловська, 2021) [4]

Дана методика була обрана для дослідження, тому що містить в собі важливі для аналізу субшкали, сфокусовані на питанні як сексуального благополуччя, так і сексуального задоволення. Методика розроблена та апробована українською науковицею.

Опитувальник спрямований на виявлення:

- задоволеності сексуальними відносинами,
- психологічного комфорту під час інтимної близькості,
- відповідності сексуальних очікувань та реальності,
- емоційного фону сексуальної активності,
- відчуття близькості, довіри, безпеки у стосунках.

Він охоплює як поведінкові, так і емоційно-ціннісні компоненти сексуальності, що робить його релевантним для вивчення сексуального задоволення, особливо з психологічної точки зору.

Чи підходить для оцінки сексуального задоволення жінки? - Так, з таких причин:

1. Охоплює не лише фізіологічні, а й емоційні аспекти сексуального благополуччя - що важливо для жінок, у яких задоволення часто пов'язане з емоційною безпекою, довірою, самооцінкою тощо.

2. Враховує суб'єктивне сприйняття інтимного досвіду, тобто - чи відчуває жінка задоволення, гармонію, позитивну оцінку себе в сексуальних відносинах.

3. Доступний і простий в обробці — дозволяє швидко отримати якісну диференціацію респонденток за рівнем сексуального благополуччя.

Для нас його доцільно використовувати, тому що:

- ми зосередились саме на психологічному аспекті сексуального задоволення, а не на медичних/фізіологічних порушеннях.

- ми проводимо дослідження у межах української культури без потреби у міжнародному зіставленні.

Опитувальник включає 33 питання-судження, застосовується 4-х бальна оціночна шкала. Методика включає 5 субшкал: 1) сексуальна комунікація – здатність висловити своєму партнеру свої вподобання, бажання, небажання; 2) сексуальна потреба - рівень значення сексуального життя для особистості; 3) кількісна потреба – бажання або потреба певної кількості статевих контактів, партнерів, частоти статевих відносин; 4) стосунки як цінність – пріоритет емоційного або сексуального компоненту у статевих відносинах; 5) задоволеність сексуальним життям та стосунками – суб’єктивна оцінка власного сексуального життя.

Бланк Опитувальника показано у Додатку А.

2. Методика «Шкала позитивного ментального здоров’я» (Positive mental health scale (PMH-Scale)) (J. Lukat, J. Margraf, R. Lutz, W.M. van der Veld, and E.S. Becker) (адаптація Л.М. Карамушки, О.В. Креденцер, К.В. Терещенко) [6]

включає 9 тверджень, використовується 4-бальна оціночна шкала.

Була обрана нами для дослідження так як містить в собі таку важливу субшкалу як позитивність ментального здоров’я, також є офіційна адаптація українською мовою.

Методика дає можливість визначити позитивну спрямованість ментального здоров’я, що є дуже суттєвим, оскільки позитивно «забарвлює» життєву активність людини, що дозволяє, на відміну від так званого «негативного психічного здоров’я», зберігати стресостійкість та встановлювати соціальні контакти з людьми.

Бланк Опитувальника показано у Додатку Б.

3. Опитувальник «Стабільність психічного здоров'я – коротка форма» («The Mental Health Continuum – Short Form»)(К. Кіз) (адаптація Е.Л. Носенко, А.Г. Четверик-Бурчак) [6]

Дана методика була обрана, тому що допомагає оцінити стан психічного здоров'я у термінах частотності переживання ознак гедонічного, психологічного та соціального благополуччя. Містить у собі субшкали «процвітання», «помірний рівень» та «пригнічення». Складається з 14 питань.

Методика адаптована українською мовою.

Бланк Опитувальника показано у Додатку В.

4. МНАІ – Опитувальник оцінки психічного здоров'я та методи статистично-математичної обробки даних. (Doty B., Haroz E.E., Singh N.S., Bass J. K., Murray L. K., Bolton P.A., Callaway K. L. & Bogdanov S.) (адаптація Богданов Сергій, керівник Центру психічного здоров'я та психосоціального супроводу НаУКМА, психолог, кандидат психологічних наук.)

Дана методика була обрана, так як містить в собі необхідні для дослідження субшкали депресії та тривоги, а враховуючи поточний стан в Україні, корисними є і показники по ПТСР (посттравматичний стресовий розлад) та рівень зловживання алкоголем. Опитувальник не передбачає постановки клінічного діагнозу, а лише дозволяє ідентифікувати людей, які можуть отримати користь від консультації з фахівцем у сфері психічного здоров'я. Опитувальник був розроблений для ветеранів АТО і переселенців в Україні, при цьому варто відмітити, що є корисним і для пересічних громадян України, так як кожен з нас наразі живе в умовах постійної небезпеки життю.

Опитувальник містить 19 питань.

Адаптований українською мовою та валідований.

Бланк Опитувальника показано у Додатку Г.

5. Власна анкета розроблена з ціллю уточнення інформації по більш широкому спектру питань та можливості співвідношення, перевірки та кореляції таких показників як задоволення, самооцінка, самореалізація, наявність дітей, стан стосунків (чи в парі) з вище наведеними методиками.

Опитувальник складається з 24 питань

Бланк Опитувальника показано у Додатку Д.

Висновок до II РОЗДІЛУ

Підсумовуючи викладене у розділі, можна стверджувати, що проведене емпіричне дослідження було ретельно сплановане з метою вивчити сексуальне задоволення як один із можливих чинників психологічного здоров'я. Добір вибірки та використання низки методик (адаптованих опитувальників) дозволив охопити різні аспекти обраної проблеми. Завдяки онлайн-формату анкетування була забезпечена конфіденційність і більш відверті відповіді учасників на питання інтимного характеру, що є важливим при вивченні сексуальної сфери в умовах певного табу в українському суспільстві.

Застосовані опитувальники комплексно відображають як компоненти сексуального благополуччя (від задоволеності інтимним життям до якості сексуальної комунікації), так і показники психічного здоров'я (рівень позитивної спрямованості, стабільність психічного функціонування, можливі прояви тривоги чи депресії). Такий поєднаний підхід дає змогу розглянути сексуальне задоволення не лише як елемент біологічної потреби, а насамперед як аспект психологічної гармонії та суб'єктивного благополуччя.

Отже, завдяки впровадженню низки валідних і надійних методик, системному збору та математично-статистичній обробці даних створено підґрунтя для формування уявлень про взаємозв'язок між сексуальним задоволенням і рівнем психологічного здоров'я. У наступному розділі будуть детально подані результати кількісного та якісного аналізу отриманих

показників, що уможливить висновки про сутність та напрямок впливу досліджуваних чинників, а також розробку рекомендацій щодо їх оптимізації в умовах сучасних суспільних реалій.

ІІІ РОЗДІЛ. АНАЛІЗ ТА ІНТЕРПРЕТАЦІЯ РЕЗУЛЬТАТІВ

3.1 Аналіз та інтерпретація емпіричного дослідження особливостей сексуального задоволення у жінок

Першим завданням нашого дослідження було виміряти рівень сексуального задоволення жінок та пов'язані з ним особливості. Для реалізації цього завдання підійшли методика Опитувальник сексуального благополуччя (В. Гупаловська, 2021), в якій можна визначити конструкт сексуального задоволення, як складову сексуального благополуччя. Для цього жінки пройшли опитувальник. Детальна таблиця наведена у Додатку Е.

Попередньо для перевірки внутрішньої узгодженості шкал було обчислено коефіцієнт α -Кронбаха окремо для кожного конструкта, щоб оцінити, наскільки узгоджено наші опитувані відповідали на питання. Тут присутні відповіді як жінок, так і чоловіків, так як це загальний показник надійності проходження тесту по методиці. Дані по конструктам наведені у Таблиці 3.1.1

Табл.3.1.1

Конструкт	α-Кронбаха	Інтерпретація
Сексуальна комунікація	0.876	Висока узгодженість
Сексуальна потреба	0.782	Добра узгодженість
Кількісна потреба	0.82	Добра узгодженість
Стосунки як цінність	0.582	Низька узгодженість
Задоволення сексуальним життям і стосунками	0.88	Висока узгодженість

Розгорнуті деталі з програми Jamovi наведені у Додатку Є.

Як можемо відслідкувати, отримані значення свідчать про те, що більшість шкал мають високу або достатню внутрішню узгодженість, що вказує на надійність використаних методик для даної вибірки.

Зокрема, високий рівень узгодженості спостерігається для шкал Сексуальна комунікація ($\alpha = 0.876$) та Задоволення сексуальним життям і стосунками ($\alpha = 0.88$). Також задовільний рівень надійності мають Сексуальна потреба ($\alpha = 0.782$) і Кількісна потреба ($\alpha = 0.82$).

Натомість шкала Стосунки як цінність демонструє дещо нижчий показник α (0.582), що може свідчити про меншу внутрішню узгодженість її пунктів або про різноманітність інтерпретації респондентами окремих тверджень. Це врахуємо під час інтерпретації результатів за цією шкалою.

Загалом отримані значення підтверджують прийнятну до високої надійність більшості шкал, що забезпечує обґрунтованість подальшого аналізу отриманих даних.

Тепер переходимо до результатів самого дослідження, - вони подані у таблицях 3.1.3, 3.1.3 та тепловій карті №1 для більш наочного розуміння.

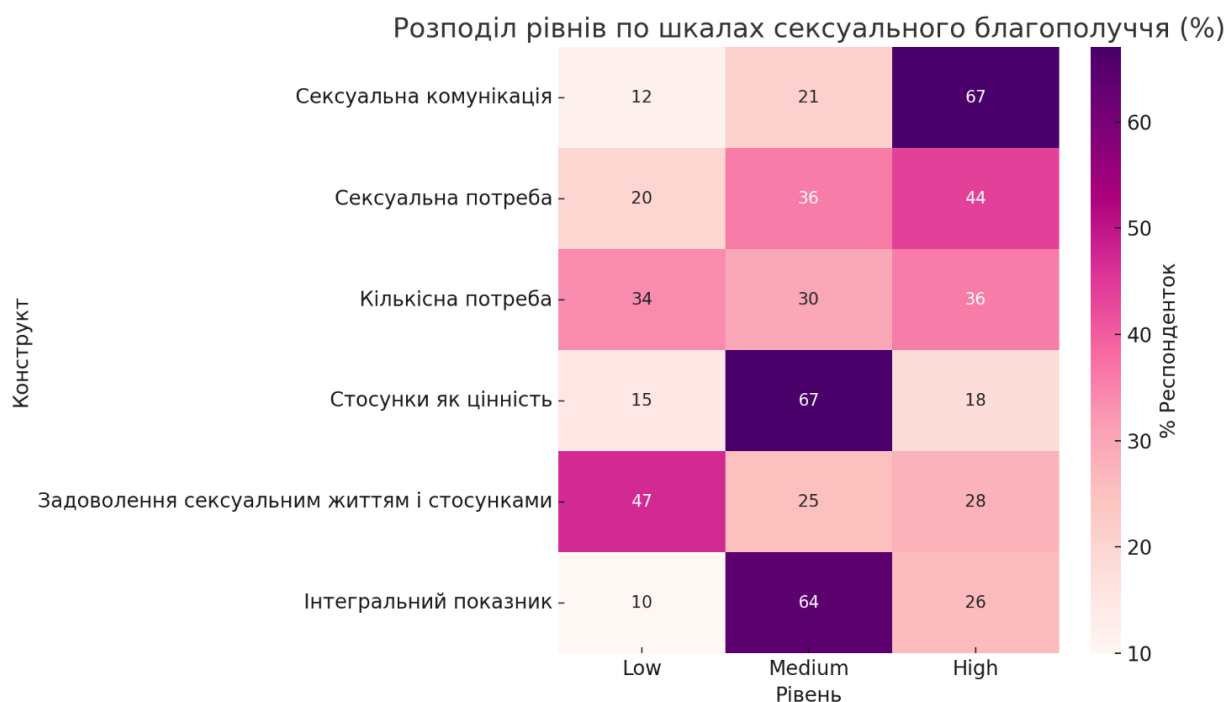
Табл. 3.1.2

Рівень вираженості показників сексуального благополуччя жінок
(кількість опитаних та % від загальної кількості групи)

Шкала сексуального благополуччя	Низький рівень		Середній рівень		Високий рівень	
	кількість	%	кількість	%	кількість	%
Сексуальна комунікація	7	12	13	21	41	67
Сексуальна потреба	12	20	22	36	27	44
Кількісна потреба	21	34	18	30	22	36
Стосунки як цінність	9	15	41	67	11	18
	29	47	15	25	17	28

Задоволення сексуальним життям і стосунками						
Інтегральний показник	6	10	39	64	16	26

Теплова карта №1



За шкалою Сексуальна комунікація найбільша кількість опитуваних жінок продемонстрували високий рівень 41 особа (67%). Цей рівень вказує, що людина здатна відкрито висловлювати партнеру свої вподобання, бажання чи небажання. Такими особам притаманна природність поведінки, наявність сексуальної розкутості, відсутність комплексів, які мають відношення до сексуальної сфери, вищий рівень довіри, прийняття себе і партнера та нижчий рівень тривоги.

Середній рівень показали 13 жінок (21%).

Найменша кількість 7 осіб (12%) продемонстрували низький рівень, це люди, яким важко відкрито розмовляти із своїм партнером на теми, що мають

відношення до їхнього сексуального життя. Таким людям властивий вищий рівень тривоги в стосунках, недовіри, більша кількість комплексів, сексуальна скутість, сором'язливість, страх бути відкинутими та не почутими.

За шкалою Сексуальної потреби найбільша кількість респондентів вказали на високий рівень – 27 осіб (44%), це свідчить про високе значення статевого життя, наявність у людини інтенсивної сексуальної потреби, сексуальну збудливість, виражене сексуальне лібідо що репрезентує тілесно-фізичний рівень сексуальності.

Середній рівень показали 22 жінки (36%)

Найменша кількість опитуваних показали найнижчий рівень 12 осіб (20%), цим людям притаманний дещо нижчий рівень потреби в сексуальній «розрядці», що більшою мірою охоплює людей із середньою та слабшою статевою конституцією. Більшого значення надається стосункам, ставленню, психологічному клімату сексуальних контактів.

За шкалою Кількісна потреба найбільша кількість респонденток – 22 жінки (36%) мають високий рівень, це свідчить про бажання таких людей мати багато сексуальних контактів, часті контакти, декілька сексуальних партнерів для того, щоб повною мірою відчувати задоволення від свого сексуального життя.

Середній рівень – 18 осіб (30%) найменша кількість.

Посередня кількість жінок - 21 особа (34%) показали низький рівень, що характеризує бажання людини задовольняти свої сексуальні потреби лише з однією людиною. Більше того, важливим моментом є наявність з нею гармонійних та глибоких стосунків.

Варто звернути увагу, що дві останні вибірки поділилася майже рівномірно між високим і низьким рівнями сексуальної та кількісної потреб, це може бути індикатором великої міжіндивідуальної варіативності серед жінок.

Наступною іде шкала Стосунки як цінність, тут найбільша кількість жінок 41 особа (67%) зайняли середній рівень, що може свідчити про збалансоване або

варіативне ставлення до значущості емоційної складової в сексуальних стосунках. Для цієї групи важлива як сексуальна сатисфакція, так і певна емоційна залученість, однак без абсолютної домінанти жодного з компонентів. Така позиція може бути проявом психосексуальної гнучкості, що забезпечує адаптацію до різних форматів партнерства.

Середня кількість жінок - 11 осіб (18%) мають високий рівень, який притаманний людям, що визнають важливість душевної близькості, довіри, розуміння у стосунках та надає їм першочергової ролі у стосунках між партнерами.

Найменша кількість опитуваних – 9 осіб (15%) мають низький рівень, який

характеризує людей, які надають сексуальному компоненту відносин першочергової ролі, у той час коли емоційний компонент відходить на задній план і ним можна «жертвувати» заради сексуального задоволення і сатисфакції.

По шкалі Задоволення сексуальним життям та стосунками найбільша кількість респонденток 29 жінок (47%), на жаль, мають низький рівень. Це виявляє внутрішню негативну оцінку своїх стосунків, включаючи сферу сексуального життя.

Високий рівень по даній шкалі продемонструвало середня кількість осіб - 17 (28%), це свідчить, що дані жінки повідомляють про свою високу суб'єктивну оцінку власного сексуального життя та відносин загалом і на задоволеність ними.

Найменша кількість опитуваних 15 осіб (25%) зайняли середній рівень, відповідно мають посереднє відчуття стосовно задоволеності своїм сексуальним життям та стосунками.

Інтегральний показник сексуального задоволення є сумою всіх шкал, окрім кількісного показника. Найбільше жінок показали своїми відповідями середній рівень – 39 особи (64%).

По високому рівню зафіксували 16 осіб (26%), що свідчить про високий рівень суб'єктивного сексуального благополуччя, високу оцінку людиною усіх аспектів власної сексуальності, задоволеність сексуальними стосунками і сексуальним функціонуванням (сексуальною збудливістю, сексуальною активністю, застосовуваними сексуальними сценаріями).

Найменша кількість респондентів жінок 6 осіб (10%) продемонстрували низький рівень інтегрального показника сексуального задоволення.

Результати дослідження показали, значну індивідуальну різноманітність у проявах сексуального благополуччя серед жінок. Для більшості респонденток характерна відкритість у сексуальній комунікації та середній рівень орієнтації на стосунки як емоційну цінність, однак загальний рівень задоволеності інтимним життям у багатьох залишається недостатньо високим. Це підкреслює важливість врахування поєднання тілесних, емоційних і комунікативних компонентів у підтримці психосексуального добробуту жінок та вказує на потребу у розвитку ефективних стратегій партнерської взаємодії.

Досліджуючи шкали, нашу увагу привернули результати конструктивів Сексуальна комунікація (SC) та Задоволення сексуальним життям та стосунками (SSLR) своєю полярністю, а саме, більшість респонденток мають високий рівень сексуальної комунікації і низький рівень задоволенням сексуальним життям та стосунками, тому ми вирішили зробити додатково кореляційний аналіз, щоб подивитися, які є взаємозв'язки між ними на індивідуальному рівні.

Результати кореляційного аналізу наведено у Таблиці 3.1.3. Описовий статистичний графік кореляційного аналізу представлено в Додатку Є.

Табл.3.1.3

		SC	SSLR
SC	Pearson's r	—	
	df	—	
	p-value	—	
SSLR	Pearson's r	0.679	—
	df	59	—
	p-value	< .001	—

Проведений кореляційний аналіз засвідчив наявність сильного позитивного зв'язку між Сексуальною комунікацією (SC) та Задоволенням сексуальним життям і стосунками (SSLR) ($r = 0.679$, $p < .001$).

Це означає, що чим вищий рівень відкритості й уміння обговорювати сексуальні питання з партнером, тим вище рівень суб'єктивного задоволення власним інтимним життям та якістю стосунків загалом. Такий результат підтверджує важливість ефективної сексуальної комунікації як психологічного ресурсу, який сприяє досягненню сексуального благополуччя і може розглядатись як цінний напрямок у психотерапевтичній роботі з парами [72].

Але водночас тут виникає питання, а чи не суперечать одні результати іншим? Бо, кореляція каже: всередині групи, на індивідуальному рівні, ті, хто більш відкрито спілкуються про секс - більш задоволені стосунками. Але якщо подивитись на загальний профіль вибірки, видно іншу картину: відкритість висока у більшості, а задоволення низьке у більшості. У реальному житті це може говорити про те, що відкрита сексуальна комунікація сама по собі ще не гарантує задоволення - вона лише умова, а не «ліки від усього», простіше кажучи це може свідчити про існування інших бар'єрів або проблем у стосунках, які комунікація одна не може вирішити. Це може бути недостатня емоційна близькість, конфлікти, низька якість сексуальної взаємодії, незадоволеність партнером або життєвими обставинами.

Тому результати дослідження саме цієї частини демонструють цікавий феномен: хоча сексуальна комунікація є високою у більшості респонденток і має позитивний зв'язок із задоволеністю стосунками, загальний рівень задоволення інтимним життям лишається низьким. Це підкреслює, що відкрита комунікація - важлива, але недостатня умова для повного сексуального благополуччя [23], оскільки його визначають і додаткові чинники: якість емоційного зв'язку, особистісні бар'єри, взаємодія партнерів та контекст стосунків.

Хочемо також поділитись, декількома тенденціями, які видно з розподілу за шкалами:

1) Тенденція до високої сексуальної комунікації

Більшість жінок демонструють високий рівень відкритості у спілкуванні про сексуальні потреби.

Це хороший знак: говорить про позитивну норму обговорення сексуальної сфери і про зменшення сором'язливості.

2) Відносно високі сексуальні потреби та помірна кількісна потреба

Значна частина жінок має виражену сексуальну потребу (лібідо).

Проте за «кількісною потребою» (частотністю, різноманітністю) вибірка розділилася досить рівномірно між низьким і високим рівнями — це свідчить про різні стилі реалізації лібідо: для когось важлива частота й варіативність, а для когось - стабільність і глибина.

3) «Стосунки як цінність» - переважно середній рівень

Показує гнучкий підхід до ролі емоційності у стосунках: емоційна близькість важлива, але не всі ставлять її понад усе.

Може відображати баланс між прагненням до стабільності та потребою у свободі.

4) Загалом невисокий рівень задоволеності сексуальним життям

Це ключова тенденція: хоча комунікація і потреби достатньо високі, задоволеність сексуальним життям у багатьох - низька або середня.

Тобто: не всі здатні реалізувати свої бажання і потреби у стосунках, що може бути джерелом напруги чи фрустрації.

5) Інтегральний показник - переважно середній

Тобто в цілому більшість респонденток оцінюють своє сексуальне благополуччя як «посереднє», а не високе.

Це узгоджується з пунктом вище: відкритість і потреби не завжди трансформуються у реальну задоволеність.

Загальний висновок про тенденції можна сформулювати наступний:

У вибірці спостерігається добра сексуальна комунікація й досить високі сексуальні потреби, але задоволеність сексуальним життям часто залишається на середньому або низькому рівні. Це вказує на розрив між бажаним і отримуваним у сфері сексуальних та емоційних стосунків, що може стати важливим акцентом для психопрофілактики й консультаційної роботи.

Ми також маємо контрольну групу з чоловіків – 20 осіб, це зовсім достатня вибірка для того, щоб отримати значущі результати дослідження, при цьому нам було цікаво використати t-критерій Стюдента і визначити, чи існує різниця при порівнянні групи чоловіків та жінок за рівнем їх сексуального благополуччя за вищезазначеною методикою В.Гупаловської. Результати t-тесту подані у таблиці 3.1.4. Результати t-тестів на графіках з описовою статистикою представлені в Додатку Є.

Табл.3.1.4

Таблиця t-тесту за шкалами «Опитувальник сексуального благополуччя В.Гупаловської» та критерієм статі

Т-тест незалежних вибірок			
	Статистика	df	p
		(ступенів свободи)	

Сексуальна комунікація	Стьюдент t	1.324 ^a	79.0	0.189
Сексуальна потреба		-2.670	79.0	0.009
Кількісна потреба		-1.517	79.0	0.133
Стосунки як цінність		0.785	79.0	0.435
Задоволення сексуальним життям стосунками		0.510	79.0	0.611
Інтегральний показник		0.241	79.0	0.811
Альтернативна гіпотеза. $\mu_{\text{Жіноча}} \neq \mu_{\text{Чоловіча}}$				
^a Тест Левена є статистично значущим ($p < 0.05$), що свідчить про порушення припущення про рівність дисперсій.				

Альтернативна гіпотеза у нас наступна - середнє значення у жінок (μ_1) не дорівнює середньому значенню у чоловіків (μ_2).

Згідно з отриманими результатами, статистично значуща різниця виявлена лише за шкалою Сексуальна потреба ($t = -2.670$; $p = 0.009$), що свідчить про те, що рівень сексуальної потреби достовірно відрізняється між статями, негативний знак (-) означає, що середнє значення у групи Жінки нижче, ніж у другої групи Чоловіки. Це свідчить про те, що середньостатистично чоловіки оцінюють власну потребу в сексуальній активності як більш інтенсивну або важливішу, ніж жінки. Така тенденція узгоджується з результатами багатьох попередніх досліджень, які свідчать про те, що у чоловіків середній рівень сексуального лібідо, сексуальної ініціативи та потреби у сексуальних контактах зазвичай вищий, ніж у жінок [17, 54].

Це пояснюється як біологічними факторами (вищий рівень тестостерону, швидший фізіологічний відгук на сексуальні стимули), так і соціокультурними очікуваннями, які підкріплюють активну роль чоловіка у сексуальній взаємодії.

Для жінок сексуальна потреба частіше виявляється залежною від якісного емоційного контексту, рівня довіри й задоволеності стосунками [17, 64]. Для

решти показників Сексуальна комунікація, Кількісна потреба, Стосунки як цінність, Задоволення сексуальним життям і стосунками та Інтегральний показник сексуального благополуччя різниця між жінками та чоловіками є статистично незначущою ($p > 0.05$).

Це вказує на те, що у вибірці загалом чоловіки й жінки демонструють схожий рівень відкритості в комунікації, орієнтації на стосунки, задоволеності інтимним життям та загального сексуального благополуччя, проте відмінності спостерігаються саме у вираженості сексуальної потреби.

Отже, чоловіча вибірка у цьому дослідженні може виконувати функцію умовної контрольної групи для описового порівняння з жіночою вибіркою, проте виявлені значущі відмінності за рівнем Сексуальної потреби вказують на певні обмеження такої інтерпретації.

3.2. Аналіз та інтерпретація емпіричного дослідження психічного стану жінок

Далі ми переходимо до опитувальника, який допоможе нам зрозуміти наскільки жінки позитивно ментально налаштовані, зробимо це за допомогою методики «**Шкала позитивного ментального здоров'я**».

Знову для перевірки внутрішньої узгодженості шкали було обчислено коефіцієнт α -Кронбаха (присутні відповіді як жінок, так і чоловіків). Дані по конструкту наведені у Таблиці 3.2.1

Табл.3.2.1

Конструкт	α -Кронбаха	Інтерпретація
Шкала позитивного ментального здоров'я	0,902	Висока узгодженість

Високе значення α -Кронбаха (0,902) для шкали позитивного ментального здоров'я свідчить про відмінну внутрішню узгодженість тверджень, що підтверджує надійність та достовірність отриманих даних у цьому дослідженні.

Розгорнуті деталі з програми Jamovi наведені у Додатку Є.

Результати опитувальника знаходяться в табл.3.2.2. Повні дані респондентів - в Додатку Е. Додатковий описово статистичний графік шкали - в Додатку Є.

Табл.3.2.2

Шкала позитивного ментального здоров'я	Низький рівень			Середній рівень			Високий рівень		
	кількість	%	p	кількість	%	p	кількість	%	p
PMH	27	44	0.443	21	34	0.02	13	21	<.001

Аналіз результатів за шкалою позитивного ментального здоров'я (PMH) надав наступні покази, серед опитаних жінок найбільше - 27 осіб (44%) - мають низький рівень цього показника. Ще 21 особа (34%) продемонстрували середній рівень, і лише 13 осіб (21%) - високий рівень позитивного ментального благополуччя.

Методика позитивного ментального здоров'я дозволяє оцінити позитивну спрямованість психічного стану, яка «забарвлює» життєву активність людини, сприяє збереженню стресостійкості та формуванню здорових соціальних контактів.

Проведений аналіз показав, що серед опитаних жінок домінує низький або помірно низький рівень позитивного ментального здоров'я, тоді як середній і особливо високий рівні трапляються статистично рідше, ніж можна було б очікувати випадково ($p < 0.05$).

Це свідчить про те, що у значної частини респонденток позитивна спрямованість ментального здоров'я виражена недостатньо, що може

знижувати їхню стресостійкість та ускладнювати налагодження соціальних контактів.

Отримані дані підкреслюють актуальність розвитку програм психоемоційної підтримки і психологічних інтервенцій, спрямованих на підвищення рівня позитивного ментального здоров'я жінок.

Наступний опитувальник, який ми будемо аналізувати має назву «**Стабільність психічного здоров'я-коротка форма**», він дає нам зрозуміти частотність переживання ознак гедонічного, психологічного та соціального благополуччя.

Для перевірки внутрішньої узгодженості шкали обчислюємо коефіцієнт α -Кронбаха (присутні відповіді як жінок, так і чоловіків). Дані по конструкту наведені у Таблиці 3.2.3

Табл.3.2.3

Конструкт	α -Кронбаха	Інтерпретація
Шкала стабільності психічного здоров'я	0,900	Висока узгодженість

Високе значення α -Кронбаха (0,900) для шкали стабільності психічного здоров'я свідчить про високу внутрішню узгодженість питань, що забезпечує надійність результатів і достовірність висновків у межах цього дослідження.

Розгорнуті деталі з програми Jamovi наведені у Додатку Є.

Результати опитувальника знаходяться в табл.3.2.4. Повні дані респондентів - в Додатку Е. Додатковий описово статистичний графік шкали - в Додатку Є.

Табл.3.2.4

Шкала стабільності ментального здоров'я	Процвітання			Пригнічення			Помірний		
	кількість	%	p	кількість	%	p	кількість	%	p
SMH	19	31	0,004	2	3	<.001	40	66	0.020

Аналіз даних за опитувальником Стабільність психічного здоров'я (SMH) показав, що у вибірці жінок більшість респонденток – 40 осіб (65.6%) мають лише помірний рівень психічного здоров'я, що статистично значимо перевищує очікуваний середній рівень ($p = 0.020$).

Стан «Процвітання» діагностовано у 19 опитуваних (31.1%), що значимо менше за 50% ($p = 0.004$), а стан «Пригнічення» зустрічається рідко – 2 особи (3.3%, $p < 0.001$).

Це свідчить про те, що у більшості жінок відсутня висока стабільність ментального здоров'я, проте пригнічений стан спостерігається лише в поодиноких випадках.

Що ж до загальних балів по даній методиці, то у середньому респондентки мають помірний рівень стабільності психічного здоров'я - 40 балів із 70. Повні дані наведено у Додатку Е.

Показники варіюють від дуже низьких (14 балів) до майже максимально можливих значень (61 бал), що свідчить про значну різницю у рівнях ментального благополуччя серед жінок вибірки.

Медіана (42 бали) трохи перевищує середнє значення (40 балів), що вказує: для більшості характерні бали ближчі до «помірно високого» рівня всередині середнього діапазону.

Отримані результати знову підкреслюють актуальність підтримки програм психоемоційного розвитку і профілактики зниження благополуччя, що сприятиме переходу більшої частини жінок з помірного рівня у стан процвітання.

Для того, щоб дослідити психічні чинники Депресію та Тривогу звертаємося до методики **МНАІ – Опитувальник оцінки психічного здоров'я**. Опитувальник має і інші конструкти, такі як Посттравматичний стресовий розлад та Алкоголізм. Ми детально зупиняємося на Депресії та Тривозі.

Для перевірки внутрішньої узгодженості шкали обчислюємо коефіцієнт α -Кронбаха (присутні відповіді як жінок, так і чоловіків). Дані по конструкту наведені у Таблиці 3.2.5

Табл.3.2.5

Конструкт	α -Кронбаха	Інтерпретація
Депресія	0.729	Висока узгодженість
Тривога	0.732	Висока узгодженість

Значення α -Кронбаха для шкал депресії (0.729) та тривоги (0.732) свідчать про достатню внутрішню узгодженість обох шкал, що підтверджує їхню надійність і валідність для оцінки відповідних психічних станів у цьому дослідженні.

Розгорнуті деталі з програми Jamovi наведені у Додатку Є.

Результати наведені у табл.3.2.6. Загальні дані респондентів - в Додатку Е. Додатковий описово статистичний графік шкали - в Додатку Є.

Табл.3.2.6

Шкала МНАІ - оцінка психічного здоров'я	Низький рівень			Високий рівень		
	кількість	%	p	кількість	%	p
Депресія	22	36	0.040	39	64	0.040
Тривога	48	79	<.001	13	21	<.001

Аналіз результатів за шкалою МНАІ показав, що серед опитаних жінок спостерігається цікава тенденція у вираженості окремих психічних станів. Зокрема, більшість респонденток 39 осіб продемонстрували високий рівень депресії (64%; $p = 0.040$), що вказує на підвищену схильність до пригніченого емоційного стану та зниження настрою. Водночас за показником тривоги переважна частина вибірки 48 жінок має низький рівень тривожності (79%; $p < 0.001$), що свідчить про відносну емоційну стабільність у цьому аспекті. Дані результати підкреслюють наявність домінування симптомів депресії при

мінімальному рівні тривожності, що може позначатись на загальному психічному благополуччі та задоволеності особистим і соціальним життям жінок.

Важливо наголосити, що опитування ми проводимо у важкі часи для населення нашої Батьківщини. Отримавши такі показники на 3-му році повномасштабного вторгнення російської федерації в Україну, можна припустити наступне, що люди «звикли» до хронічної загрози - адаптаційні механізми виснажились. Тривога перестала бути постійною, так як психіка не могла вже підтримувати тривалий гіперстан без виснаження, тобто вона відійшла на другий план, стала таким собі «фоном», а її місце зайняла хронічна втома, безнадійність, пригніченість, на перший план вийшли апатія, емоційне вигорання, відповідно депресивна симптоматика стала більш вираженою [24, 67]. При хронічному стресі тривога десенсибілізується у сприйнятті, а депресивні риси стають основним джерелом страждання, тому домінують у суб'єктивному оцінюванні себе. Респонденти можуть недооцінювати свою тривожність через звикання до стану хронічного стресу, натомість депресивні прояви особисто сприймаються гостріше, що й відображає структура відповідей в опитуванні.

Підсумовуючи дуже загально, відмічаємо, що дослідження показало наступне - більшість жінок мають середній або низький рівень психічного благополуччя і стабільності, зі схильністю до підвищеної депресії при загалом низькому рівні тривожності. Це відображає різнорівневий стан психічного здоров'я у вибірці.

3.3. Аналіз та інтерпретація емпіричного дослідження взаємозв'язку між сексуальним задоволенням та показниками психічного здоров'я жінок, зокрема рівнем загального психічного благополуччя (позитивність, стабільність), тривожності, депресії

Для якісного вивчення взаємозв'язків та факторів, що впливають на рівень сексуального задоволення жінок, насамперед проведемо кореляційний аналіз між ключовими конструкціями, зокрема: задоволенням сексуальним життям та стосунками (SSLR) за методикою В. Гупаловської (2021); позитивним психічним здоров'ям (PMH) за шкалою позитивного ментального здоров'я; стабільністю психічного здоров'я (SMH) за короткою формою шкали стабільності; а також рівнями депресії (Depr) і тривоги (Anx) за опитувальником оцінки психічного здоров'я (MHAИ). Нам треба побачити, чи більш задоволені жінки мають кращий рівень ментального здоров'я і чи менше у них тривоги і депресії (наші гіпотези).

Кореляція проводилась на базі відповідей 61 жінки, які взяли участь у дослідженні. Результати наведені у Таблицях 3.3.1 та 3.3.2.

Табл.3.3.1

Таблиця кореляційних зв'язків

Correlation Matrix		SSLR	PMH	SMH total score	Depr	Anx
SSLR	Pearson's r	—				
	df	—				
	p-value	—				
PMH	Pearson's r	0.432 ***	—			
	df	59	—			
	p-value	< .001	—			
SMH total score	Pearson's r	0.168	0.675 ***	—		
	df	59	59	—		
	p-value	0.197	< .001	—		
Depr	Pearson's r	-0.301 *	-0.599 ***	-0.397 **	—	
	df	59	59	59	—	
	p-value	0.018	< .001	0.002	—	
Anx	Pearson's r	-0.238	-0.413 ***	-0.269 *	0.392 **	—
	df	59	59	59	59	—
	p-value	0.065	< .001	0.036	0.002	—

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

Табл.3.3.2

Адаптована таблиця кореляційних зв'язків

Показники	R (коэф. Пірсона)	p-значення	Значущість
SSLR ↔ PMH	0.432	< 0.001	дуже значуща
SSLR ↔ SMH	0.168	0.197	незначуща
SSLR ↔ Depr	-0.301	0.018	незначуща
SSLR ↔ Anx	-0.238	0.065	майже значуща
PMH ↔ SMH	0.675	< 0.001	дуже значуща
PMH ↔ Depr	-0.599	< 0.001	дуже значуща
PMH ↔ Anx	-0.413	< 0.001	дуже значуща
SMH ↔ Depr	-0.397	0.002	майже значуща
SMH ↔ Anx	-0.269	0.036	незначуща
Depr ↔ Anx	0.392	0.002	майже значуща

Переходимо до аналізу отриманих даних, як показує дослідження Сексуальне задоволення (SSLR) найсильніше і стабільно пов'язане з Позитивним ментальним здоров'ям (PMH): чим більше позитиву - тим більше задоволення. Має помірний негативний зв'язок з депресією: чим більше депресії - тим менше задоволення. Зв'язок з тривогою слабший і статистично незначущий ($p \approx 0.065$), тобто певна тенденція є, але не підтверджена статистично. Зі стабільністю (SMH) - дуже слабкий зв'язок, фактично відсутній ($p = 0.197$).

Позитивне ментальне здоров'я (PMH) та стабільність психічного здоров'я (SMH) сильно корелюють між собою: люди з позитивною спрямованістю мають більш стабільне психічне здоров'я.

Депресія і Тривога мають середній прямий зв'язок між собою: чим більше депресії, тим більше тривоги. Обидва чинять негативний вплив на позитивне ментальне здоров'я (PMH) та стабільність психічного здоров'я (SMH).

Трохи неочікувано, що стабільність психічного здоров'я (SMH) майже не пов'язаний із сексуальним задоволенням (SSLR) - можна було б припустити більший вплив стабільності психічного здоров'я. Зв'язок сексуального

задоволення (SSLR) з тривогою не досяг статистичної значущості - це також цікаво: депресія впливає більше, ніж тривога.

Отже, кореляційний аналіз показав, що рівень сексуального задоволення жінок помірно позитивно пов'язаний з позитивним ментальним здоров'ям та негативно - з депресією, тоді як вплив стабільності психічного стану та тривоги менш виражений або статистично незначущий. Загалом позитивна спрямованість ментального здоров'я тісно взаємопов'язана зі стабільністю психічного стану і низьким рівнем депресії та тривоги, що свідчить про комплексну взаємозалежність цих показників.

Якщо порівняти зі схожими дослідженнями, то в них загалом відмічається позитивна кореляція - більшість вказують, що сексуальне задоволення стійко асоціюється з більш високим рівнем загального психічного благополуччя, нижчою тривожністю і нижчим рівнем депресії. До прикладу, Štulhofer et al. (2010) [25] показали, що у жінок сексуальне задоволення сильно корелює з суб'єктивним психологічним благополуччям і низьким рівнем депресивних симптомів. А Laumann et al. (1999) [44] у класичному глобальному опитуванні виявили, що сексуальне задоволення прямо пов'язане із рівнем психічного здоров'я у різних культурах. Стабільність психічного стану (SMH) зазвичай не виділяється окремо як предиктор, але інші аспекти стабільності - наприклад, життєва задоволеність або емоційна стабільність - теж корелюють із сексуальною сатисфакцією.

Тому можна прийти до невеличкого висновку, що наші отримані результати узгоджуються з попередніми закордонними дослідженнями щодо позитивного зв'язку сексуального задоволення з позитивним ментальним здоров'ям і негативного - з депресією. Водночас слабкіші зв'язки з тривогою та стабільністю можуть пояснюватися специфікою хронічного стресу через воєнний контекст і адаптивними особливостями респонденток, що потребує подальшого уточнення у майбутніх дослідженнях.

Далі нам цікаво дослідити, який показник психічного здоров'я найбільше впливає на сексуальне задоволення. Для цього використаємо регресійний аналіз.

Для дослідження впливу та вивчення взаємозв'язку між психічними характеристиками та ситуативними факторами з рівнем сексуального задоволення жінок було побудовано узагальнену **модель множинної лінійної регресії**, яка включає сім числових предикторів: депресію (Depr), тривогу (Anx), позитивне ментальне здоров'я (PMH), стабільність психічного здоров'я (SMH total score), зміни задоволення під час війни (ChSat), сприйняття антистресової ролі сексуальної активності (Rel) та фінансовий стан (FinS). Застосовуємо до нашої вибірки – 61 жінка. Результати наведені у Таблиці 3.3.3

Табл.3.3.3

Показники якості підгонки моделі

Model Fit Measures				Overall Model Test			
Model	R	R ²	Adjusted R ²	F	df1	df2	p
1	0.654	0.428	0.353	5.67	7	53	< .001

Note. Models estimated using sample size of N=61

R – Коефіцієнт кореляції (R); R² - Коефіцієнт детермінації (R²); Adjusted R² - Скоригований коефіцієнт детермінації (Adjusted R²); F - Критерій Фішера (F); df1, df2 - Ступені свободи (df1, df2); p - Рівень статистичної значущості (p-рівень)

Згідно з результатами розрахунків (табл. 3.3.3), отримані показники якості підгонки свідчать про високу ефективність обраної моделі: коефіцієнт детермінації R² становить 0.428, тобто 42,8% варіації рівня сексуального задоволення жінок пояснюється сукупністю зазначених предикторів; скоригований R² дорівнює 0.353, що свідчить про достатню стабільність моделі навіть після урахування кількості змінних (F = 5.67; p < 0.001).

Коефіцієнти та їх інтерпретації наведені в Таблиці 3.3.4

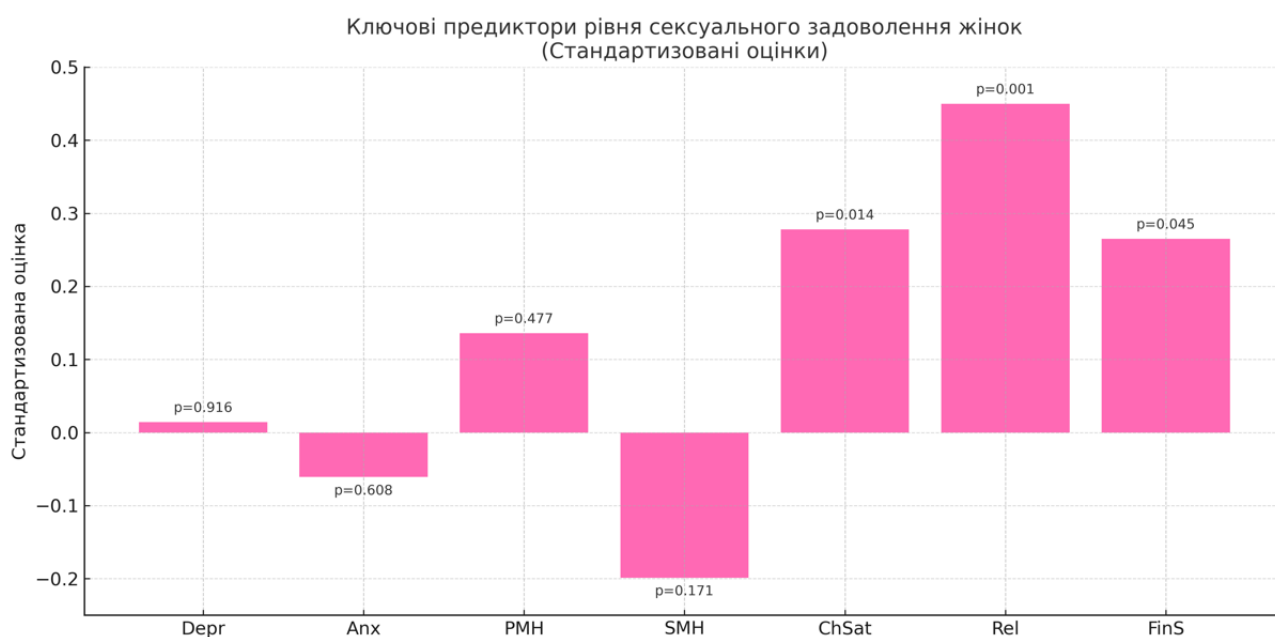
Табл.3.3.4

Предиктор	Estimate	p-value	Stand. Estimate	Інтерпретація
Депресія (Depr)	0.019	0.916	0.014	Відсутній ефект; депресія не впливає у цій моделі
Тривога (Anx)	-0.145	0.608	-0.061	Вплив слабкий і статистично незначущий
Позитивне ментальне здоров'я (PMH)	0.155	0.477	0.136	Помірно позитивний тренд, але статистично незначущий
Стабільність психічного здоров'я (SMH Total score)	-0.092	0.171	0.199	Помірний негативний тренд, однак незначущий
Зміни задоволення під час війни (ChSat)	1.807	0.014	0.278	Значущий позитивний ефект: стабільність задоволення в умовах війни підвищує загальний рівень сексуальної сатисфакції
Чи допомагає секс знімати стрес (Rel)	3.059	< 0.001	0.450	Найсильніший предиктор: чим більше респондентки сприймають секс як антистресовий механізм, тим вищий рівень сексуального задоволення
FinS (Фінансовий стан)	2.145	0.045	0.265	Значущий позитивний вплив: краща фінансова стабільність підвищує рівень задоволення інтимним життям

Estimate - оцінка коефіцієнта, p-value - рівень статистичної значущості (p-рівень), Stand. Estimate - стандартизована оцінка коефіцієнта.

Наочно основні чинники зображені на Графіку 3.3.1

Графік 3.3.1



Як видно з таблиці коефіцієнтів (Табл. 3.3.4), ключову роль у формуванні рівня сексуального задоволення відіграють три предиктори: сприйняття антистресової ролі сексуальної активності (Rel) - найсильніший вплив (Estimate = 3.059; $p < 0.001$; Stand. Estimate = 0.450). Це вказує, що у респонденток, які розглядають сексуальність як спосіб психологічної розрядки в умовах стресу, рівень загального задоволення інтимним життям суттєво підвищується. Зміни задоволення під час війни (ChSat) мають другий за значущістю внесок (Estimate = 1.807; $p = 0.014$; Stand. Estimate = 0.278). Це свідчить про важливість стабільності сексуальної сфери навіть у кризових умовах. Фінансовий стан (FinS) також показав статистично значущий вплив (Estimate = 2.145; $p = 0.045$; Stand. Estimate = 0.265), що підкреслює значення економічної стабільності як фону для загального інтимного благополуччя. Натомість такі показники, як депресія, тривога, позитивне ментальне здоров'я та стабільність психічного здоров'я, у межах даної моделі не виявили статистично значущого ефекту ($p > 0.1$). Хоча деякі з них демонструють певні напрямки впливу (наприклад, слабкий

негативний вплив SMH), проте їх внесок не є вирішальним, що видно як за коефіцієнтами, так і за результатами Omnibus ANOVA (Табл. 3.3.5).

Табл.3.3.5

Предиктор	F	p-рівень	Інтерпретація
Депресія (Depr)	0.011	0.916	Абсолютно не впливає; відсутній внесок у пояснення дисперсії
Тривога (Anx)	0.266	0.608	Мінімальний і незначущий внесок
Позитивне ментальне здоров'я (PMH)	0.513	0.477	Внесок дуже слабкий, незначущий
Стабільність психічного здоров'я (SMH total score)	1.930	0.171	Є тренд, але статистично незначущий - внесок помірний
Зміни задоволення під час війни (ChSat)	6.470	0.014	Значущий внесок: стабільність рівня задоволення під час війни суттєво пояснює частину дисперсії
Антистресова роль сексу (Rel)	12.942	< 0.001	Найбільший внесок у модель - ключовий ситуативний чинник
Фінансовий стан (FinS)	4.196	0.045	Значущий внесок: фінансова стабільність пояснює додаткову частку варіації
Неврахована дисперсія (Residuals)	-	-	1136.6 - залишається неврахована частка варіації, що залежить від інших чинників або випадковості

Результати Omnibus ANOVA Test (Табл. 3.3.5) додатково підкреслюють домінуючий вплив ситуативних та економічних факторів: антистресова роль сексу (Rel) ($F = 12.94$; $p < 0.001$) і зміни задоволення під час війни (ChSat) ($F = 6.47$; $p = 0.014$) мають найбільший внесок у дисперсію рівня сексуального задоволення. Фінансовий стан (FinS) також показує значущий вплив ($F = 4.20$; $p = 0.045$). Психічні змінні не перевищують $F = 1.93$ і не є значущими.

Описові статистичні графіки регресійного аналізу взаємозв'язків чинників, котрі впливають на рівень сексуального задоволення наведені в Додатку Є.

Отримані дані демонструють цікаву тенденцію: ситуаційні чинники, які безпосередньо пов'язані з конкретним стресогенним контекстом (війна) та індивідуальною економічною стабільністю, мають вирішальний вплив на сексуальну сатисфакцію, тоді як загальні психічні ресурси залишаються на другорядних позиціях. Це суперечить деяким традиційним теоріям, які підкреслюють важливість особистісної психологічної стійкості у формуванні інтимного благополуччя. Водночас подібна динаміка логічно узгоджується з контекстом тривалого соціального та економічного стресу.

На практиці це означає: для жінок важливо не лише, наскільки вони психологічно стійкі чи позитивно налаштовані, а й чи відчують вони стабільність у фінансах та як сприймають сексуальність у стресових умовах.

Таким чином, фінальна модель підтверджує гіпотезу про багатофакторний характер сексуального задоволення: ключову роль відіграють контекстуальні змінні (антистресова роль сексу, стабільність задоволення під час війни) та матеріальний добробут, тоді як загальні психічні ресурси виконують допоміжну роль. Це акцентує увагу на необхідності комплексного підходу до підтримки інтимного благополуччя жінок в умовах соціальної нестабільності.

Попри високі кореляції між психічним благополуччям та сексуальним задоволенням у парних порівняннях (рівень сексуального задоволення (SSLR) та позитивне ментальне здоров'я (PMH) $r \approx 0.43$, $p < .001$; кореляції з депресією та тривогою були слабші, але теж мали деякі значущі зв'язки), їхній внесок виявився статистично незначущим у моделі регресії. Це можна пояснити: мультиколінеарністю (перекриття інформації між схожими шкалами, тобто це коли два або більше предикторів (незалежних змінних) в моделі сильно пов'язані між собою і якщо PMH сильно пов'язаний із ситуативними факторами (Rel або ChSat), то його «унікальний» внесок у пояснення SSLR зменшується. Це типовий

ефект «приглушення» предиктора через мультиколінеарність, домінуванням ситуативних контекстуальних факторів, впливом обмеженого розміру вибірки.

Подібна суперечність між кореляційним і регресійним аналізом підтверджується даними інших досліджень, до прикладу:

- У 2022 році було проведено дослідження: Сексуальне бажання під час COVID-19: як стресори, пов'язані з COVID, пов'язані з сексуальним бажанням у романтичних стосунках (How COVID Related Stressors Are Associated with Sexual Desire in Romantic Partnerships) - велике лонгітюдне дослідження ($N \approx 5\,000$), його результати показали, що у парних кореляціях фінансові проблеми, тривожність та стрес були пов'язані зі зниженням сексуального бажання, проте в багатофакторній моделі (регресія з депресією як проміжною змінною), статистично значущим залишився лише депресивний стан, тоді як прямий вплив стресу, фінансової напруги або тривоги виявився незначущим. Тобто механізм наступний - стресори опосередковано впливають через розвиток депресії, яка вже є головним чинником зниження сексуального бажання [47].

- У дослідженні Puente-Martin та співавт. (2019) використано як кореляційний, так і ієрархічний регресійний аналіз для оцінки зв'язку сексуального задоволення з рівнем депресії та тривожності серед молоді. Автори виявили значущу асоціацію у парних зв'язках, проте при використанні регресії з модераторами (гендер, наявність партнера) ефект психічних показників значущо зменшився, тоді як соціальний контекст став ключовим пояснювальним чинником [63].

- Khakkar & Kazemi (2023) виявили, що депресія інверсно пов'язана з міжособистісною субшкалою сексуального задоволення ($\beta = -0.27$; $p = 0.006$), але у структурному моделюванні цей ефект обмежується лише цією підкомпонентою, а не загальним рівнем задоволення. На відміну від загальної кореляції, багатофакторний аналіз чітко виділяє: реальний вплив

мають конкретні контекстуальні та економічні фактори, тоді як індивідуальні психічні показники у цій моделі не пояснюють статистично значущих варіацій у сексуальному задоволенні опитуваних [38].

Отримані результати демонструють, що у досліджуваній вибірці жінок ситуативні та контекстуальні чинники - зокрема відчуття антистресової ролі сексу та відсутність негативних змін у задоволенні інтимним життям під час війни - є ключовими детермінантами високого рівня сексуального задоволення. Загальні психічні характеристики мають опосередкований або мінімальний вплив у структурі даних. Це підкреслює актуальність фокусування на підтримці здорової сексуальної комунікації та емоційного благополуччя навіть у стресових соціальних умовах.

Висновок до III розділу

Проведений емпіричний аналіз дозволив комплексно дослідити рівень сексуального задоволення жінок, його структурні компоненти, психічне благополуччя та взаємозв'язок між цими показниками. Загалом результати демонструють значну міжіндивідуальну варіативність у вираженості сексуального благополуччя: для більшості респонденток характерна висока сексуальна комунікація та виражені сексуальні потреби, однак загальний рівень задоволеності інтимним життям часто залишається середнім або низьким, що вказує на розрив між бажаним та отримуваним у сфері сексуальних та емоційних стосунків.

Аналіз психічного стану показав переважання середнього або низького рівня позитивного ментального здоров'я, помірної стабільності психічного стану та підвищеної вираженості депресивних симптомів за низького рівня тривожності. Така картина частково пояснюється контекстом тривалого соціально-економічного стресу та хронічного впливу війни на психоемоційний стан населення.

Кореляційний аналіз підтвердив гіпотезу про помірний позитивний зв'язок сексуального задоволення з позитивним ментальним здоров'ям та помірний негативний зв'язок із депресією. Водночас стабільність психічного стану та рівень тривожності у межах цієї вибірки показали слабкий або статистично незначущий зв'язок із сексуальним задоволенням.

Множинний регресійний аналіз уточнив ці залежності та показав, що вирішальний вплив на рівень сексуального задоволення жінок мають ситуативні та контекстуальні чинники: сприйняття антистресової ролі сексуальної активності, стабільність задоволення під час війни та фінансова стабільність. Загальні психічні показники (депресія, тривога, позитивне ментальне здоров'я, стабільність психічного стану) не продемонстрували значущого самостійного внеску у пояснення рівня сексуального задоволення в умовах одночасного урахування ситуативних предикторів. Це підкреслює багатofакторність інтимного благополуччя та потребу у комплексному підході до його підтримки, що враховує як особистісні ресурси, так і соціально-економічні умови.

Загалом отримані результати узгоджуються із сучасними емпіричними даними у галузі психосексуального здоров'я, які вказують на провідну роль контекстуальних і ситуативних факторів у формуванні задоволеності сексуальним життям у кризових обставинах.

IV РОЗДІЛ. РЕКОМЕНДАЦІЇ ДЛЯ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНОЇ ПРАКТИКИ

щодо підвищення рівня сексуального задоволення як чинника зміцнення психічного здоров'я жінок

На підставі результатів дослідження та розробленої програми тренінгу пропонуються практичні рекомендації для психологів і психотерапевтів, спрямовані на підвищення рівня сексуального задоволення жінок як важливого ресурсу психічного здоров'я.

Психоосвітній супровід

Важливо поєднувати психотерапевтичну роботу з інформуванням жінок про науково обґрунтований вплив сексуального задоволення на психоемоційний стан. Доцільно розвінчувати поширені міфи щодо жіночої сексуальності та формувати здорове ставлення до власних потреб і бажань. Це можна реалізувати через надання доступної інформації, використання зрозумілих прикладів і метафор.

Формування тілесної усвідомленості

Рекомендовано впроваджувати тілесно-орієнтовані практики, зокрема вправи на сканування тіла, дихальні техніки перед інтимною близькістю, ведення щоденників тілесних відчуттів. Такі методи сприяють підвищенню чутливості до власного тіла та кращому розумінню особистих ерогенних зон [68].

Опрацювання психологічних бар'єрів

В рамках індивідуальної або групової терапії доцільно допомагати жінкам виявляти та долати почуття сорому, провини чи страху, що заважають отриманню сексуального задоволення. Для цього можна застосовувати когнітивно-поведінкові, гуманістичні та тілесно-орієнтовані підходи.

Розвиток навичок ефективної сексуальної комунікації

З метою підвищення якості інтимного життя варто навчати клієнток відкрито і без осуду висловлювати свої сексуальні потреби та уподобання. Ефективними є тренінги з використанням техніки «Я-послань», рольових ігор та практики зворотного зв'язку.

Зниження впливу стресу та тривоги

З огляду на значну роль стресових чинників у розвитку сексуальних дисфункцій доцільно впроваджувати стратегії зниження психоемоційної напруги: майндфулнес, релаксаційні вправи, тілесні практики, організацію часу для відпочинку та задоволення.

Підтримка індивідуальних і партнерських ресурсів

Рекомендується стимулювати клієнток до дослідження власної сексуальності у безпечному середовищі, використовуючи такі практики, як мастурбація, тілесне дослідження, планування часу для інтимності. При можливості доцільно залучати партнера до спільної терапевтичної роботи з метою розвитку взаємної довіри та чутливості до потреб одне одного [69].

Використання групових форм роботи

Ефективною формою є тренінги та групи підтримки, у межах яких жінки мають можливість обговорювати актуальні питання сексуального благополуччя, отримувати фахову інформацію та емоційну підтримку. Використання метафоричних карт і проєктивних технік може сприяти глибшому розумінню власних установок та переживань.

Висновок до IV РОЗДІЛ

Отже, реалізація запропонованих рекомендацій у психотерапевтичній практиці сприятиме формуванню здорової тілесної усвідомленості, розвитку

відкритої комунікації та зміцненню психічного здоров'я жінок шляхом підвищення рівня їхнього сексуального задоволення.

ВИСНОВКИ

Дипломна робота комплексно розкриває взаємозв'язок між рівнем сексуального задоволення та психічним здоров'ям жінок у сучасних умовах соціально-економічної нестабільності. Відповідно до поставлених завдань, проведено теоретичний аналіз, емпіричне дослідження та статистичну інтерпретацію отриманих даних.

У першому розділі шляхом ґрунтовного теоретичного аналізу було уточнено дефініції психічного і психологічного здоров'я, описано їх структуру, функції та детермінанти. Особливу увагу приділено феномену сексуального задоволення як важливому компоненту психосексуального добробуту жінки. На основі сучасних наукових даних обґрунтовано багатовимірний характер цього конструкту, що поєднує тілесно-фізіологічні, емоційні, когнітивні та соціокультурні аспекти.

У другому розділі обґрунтовано методологію дослідження: відібрано валідні психодіагностичні інструменти (опитувальник сексуального благополуччя В. Гупаловської, шкали Позитивного ментального здоров'я (РМН), Стабільності психічного здоров'я (SMH) та МНАІ - опитувальника оцінки психічного здоров'я), сформовано вибірку із 81 респондента (61 жінка та 20 чоловіків), визначено дизайн, процедуру збору даних та методи обробки. Забезпечено внутрішню узгодженість шкал (α -Кронбаха від 0,729 до 0,902), що засвідчує надійність емпіричних результатів.

У третьому розділі детально проаналізовано отримані емпіричні дані.

Рівень сексуального благополуччя жінок виявився варіативним:

67% респонденток мають високий рівень сексуальної комунікації, що свідчить про відкритість і здатність обговорювати інтимні потреби;

Водночас 47% жінок оцінили задоволеність власним сексуальним життям як низьку, що вказує на існування бар'єру між рівнем комунікації та реальною сатисфакцією;

Інтегральний показник сексуального задоволення виявився середнім у 64% жінок, високим - лише у 26%.

Психічне здоров'я жінок демонструє змішані показники:

44% мають низький рівень позитивного ментального здоров'я (PMH), 34% - середній і лише 21% - високий;

66% респонденток перебувають у стані «помірної стабільності» психічного здоров'я (SMH); «процвітання» виявлено у 31%, «пригнічення» - лише у 3%;

За шкалою MNAI: 64% жінок мають високий рівень депресивних проявів при низькій тривожності у 79% випадків.

Кореляційний аналіз засвідчив:

Помірний позитивний зв'язок між задоволенням сексуальним життям і позитивним ментальним здоров'ям ($r = 0.432$; $p < .001$);

Негативну кореляцію із депресією ($r = -0.301$; $p = 0.018$);

Зв'язки з тривогою та стабільністю психічного здоров'я були статистично слабкими або незначущими.

Множинний регресійний аналіз підтвердив ключову роль ситуативних і соціально-економічних чинників у формуванні сексуального задоволення жінок. Найвагомішими предикторами стали:

сприйняття сексу як антистресового механізму ($\beta = 0.450$; $p < .001$);

стабільність задоволення під час війни ($\beta = 0.278$; $p = .014$);

фінансова стабільність ($\beta = 0.265$; $p = .045$).

Загальні психічні ресурси (депресія, тривога, PMH, SMH) не продемонстрували значущого прямого впливу у моделі.

Виявлені протиріччя підкреслюють комплексність проблеми: попри високий рівень сексуальної комунікації, значна частина жінок має низьке задоволення інтимним життям. Це свідчить, що відкрита комунікація - необхідна, але недостатня умова, а контекстуальні стресори й економічна нестабільність суттєво знижують ефект від особистісних ресурсів.

Підсумовуючи, можна зробити такі ключові висновки:

Сексуальне задоволення жінки є багатофакторним утворенням, що залежить від поєднання індивідуально-психологічних ресурсів, ситуативних факторів та соціально-економічної стабільності.

Позитивне ментальне здоров'я і низька депресія помірно підвищують сексуальне задоволення, проте цей вплив значною мірою опосередковується контекстуальними обставинами.

Найбільший позитивний ефект мають стабільність сексуальної сфери у кризових умовах, сприйняття сексу як антистресового ресурсу та фінансова безпека.

Отримані результати узгоджуються з міжнародними даними і можуть бути використані для розробки психотерапевтичних та консультативних програм, спрямованих на підвищення рівня сексуального задоволення як ресурсу підтримки психічного благополуччя жінок у період соціальної турбулентності.

Практична значущість: ці результати стануть підґрунтям для розробки індивідуальних та парних психотерапевтичних інтервенцій, а також освітніх програм, що допоможуть жінкам зберігати високий рівень інтимної сатисфакції навіть у складних соціальних обставинах.

СПИСОК ДЖЕРЕЛ ІНФОРМАЦІЇ

1. Воронік, Б. М. (Ред.). (2023). Сексуальне здоров'я жінки. Функція і дисфункція. Київ: ВСВ «Медицина».
2. Воронік, Б. М., & Кришталь, Є. В. (2023). Сексологія і сексопатологія: підручник (2-ге вид., переробл. і доповн.). Київ: ВСВ «Медицина».
3. Гавриловська, К. П., & Павлюк, І. М. (2021). Психологічний добробут жінок із різним індексом сексуальності. Науковий вісник Ужгородського національного університету. Серія: Психологія. <https://doi.org/10.32782/psy-visnyk/2021.3.9>
4. Гупаловська, В. А. (2021). Суб'єктивне сексуальне благополуччя: концептуалізація поняття та психологічна модель. <https://doi.org/10.31108/1.2021.7.9>
5. Дубровіна, І. В. (2007). Психічне та психологічне здоров'я в контексті психологічної культури особистості. Вісник практичної психології освіти, (3), 17–19.
6. Карамушка, Л. М., Креденцер, О. В., Терещенко, К. В., Лагодзінська, В. І., Івкін, В. М., & Ковальчук, О. С. (2023). Методики дослідження психічного здоров'я та благополуччя персоналу організацій. Київ.
7. Нагорняк, Ю. (2024). Стресогенні чинники сексуальних дисфункцій та терапевтична стратегія їх подолання. Вчені записки Університету «КРОК». <https://doi.org/10.31732/2663-2209-2024-74-337-344>
8. Свиродова, Л. М., & Крайніков, Е. В. (2023). Сприйняття власної сексуальності жінками різних вікових груп. <https://doi.org/10.32999/ksu2312-3206/2023-3-3>
9. Сесіль, Дж., Ентоні, Дж., Брюнель, К., & Бест, Л. А. (n.d.). Інтимність і сексуальне функціонування після раку: перетин з психологічною гнучкістю. PLOS Mental Health. <https://doi.org/10.1371/journal.pmen.0000001>

10. Терещенко, Л. А., & Петровська, Т. В. (2019). Психологічний підхід до визначення поняття «психічне здоров'я» суб'єктів взаємодії в освітньому просторі. Актуальні проблеми психології: збірник наукових праць Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України, VI(15), 340–348.
11. Хухлаєва, О. В. (2001). Формування психічного (психологічного) здоров'я учнів: адаптаційний підхід. Методологічні аспекти психологічного здоров'я
12. Шнабль, З. (1982). Чоловік та жінка. Інтимні відносини (пер. з нім.). Кишинів: Штіінца.
13. Штіфтер, К. Ф. (2006). Сексологія вагінального оргазму, або Що потрібно знати жінці, щоб розширити діапазон своїх відчуттів. Київ: Стандарт.
14. Шувалов, О. В. (2009). Психологічне здоров'я людини. Вісник. Серія: Педагогіка. Психологія, (4(15)), 87–101. (Цитовано в: Структура й критерії психологічного здоров'я..., 2022)
15. American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
16. Bancroft, J. (2009). Human Sexuality and Its Problems (3rd ed.). Churchill Livingstone Elsevier.
17. Baumeister, R. F., Catanese, K. R., & Vohs, K. D. (2001). Is there a gender difference in strength of sex drive? *Psychological Bulletin*, 127(3), 347–386.
18. Becker, R. (1991). Der Fragebogen zum allgemeinen habituellen Wohlbefinden (FAHW)
19. Bohlen, G., Held, J., Sanderson, M., & Ahlgren, A. (1982). The female orgasm: Pelvic contractions. **Archives of Sexual Behavior**, 11, 367–386.
20. Burri, A., & Spector, T. (2011). Recent and lifelong sexual dysfunction in a female UK population sample: Prevalence and risk factors. **Journal of Sexual Medicine**, 8(9), 2420–2430.
21. Butler, J. (1990). *Gender Trouble: Feminism and the Subversion of Identity*. New York, NY: Routledge.

22. Byers, E. S. (2005). Relationship satisfaction and sexual satisfaction: A longitudinal study of individuals in long-term relationships. *The Journal of Sex Research*, 42(2), 113–118.
23. Byers, E. S., & Rehman, U. S. (2014). Sexual well-being. In D. L. Tolman, L. M. Diamond, J. A. Bauermeister, W. H. George, J. G. Pfaus, & L. M. Ward (Eds.), *APA handbook of sexuality and psychology*, Vol. 1. Person-based approaches (pp. 317–337). American Psychological Association.
24. Clark, L. A., & Watson, D. (1991). Tripartite model of anxiety and depression: Psychometric evidence and taxonomic implications. *Journal of Abnormal Psychology*, 100(3), 316–336. DOI:
25. Štulhofer, A., Buško, V., & Brouillard, P. (2010). Development and bicultural validation of the New Sexual Satisfaction Scale. *Journal of Sex Research*, 47(4), 257–268. <https://doi.org/10.1080/00224490903100561>
26. Dolan, E. W., et al. (2025). Detailed erogenous and aversive sensation maps reveal how women experience sexual touch. *The Journal of Sexual Medicine*.
27. Exton, M. S., Kruger, T. H., Koch, M., Paulson, E., Knapp, W., et al. (2001). Coitus-induced orgasm stimulates prolactin secretion in healthy subjects. **Psychoneuroendocrinology**, 26, 287–297.
28. Fisher, S. (1973). *The female orgasm*. New York: Basic Books.
29. Fleischman, D. S. (2016). An evolutionary behaviorist perspective on orgasm. *Socioaffective neuroscience & psychology*, 6(1), 32130. <https://doi.org/10.3402/snp.v6.32130>
30. Ford, J., Beach, F. A. (1951). Coitus as bonding and sexual behavior unrelated to reproduction. *Y Sexual Behavior in Modern Societies* (Springer).
31. Freud, S. (1905). *Three Essays on the Theory of Sexuality*. New York: Basic Books.
32. Grafenberg, E. (1950). The role of the urethra in female orgasm. *International Journal of Sexology*, 3, 145–148.

33. Harvey, S. M. (1987). Female sexual behavior: fluctuations during the menstrual cycle. *Journal of Psychosomatic Research*, 31(1), 101–110.
34. Hawkins, Y., Ussher, J., Gilbert, E., Perz, J., Sandoval, M., & Sundquist, K. (2009). Changes in sexuality and intimacy after the diagnosis and treatment of cancer: The experience of partners in a sexual relationship with a person with cancer. *Cancer Nursing*, 32(4), 271–280.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19444088>
35. Holmberg, D., Blair, K. L., & Phillips, M. (2010). Women's sexual satisfaction as a predictor of well-being in same-sex versus mixed-sex relationships. *Journal of Sex Research*, 47(1), 1–11.
36. Holmberg, D., Blair, K. L., & Phillips, M. (2010). Women's sexual satisfaction as a predictor of well-being in same-sex versus mixed-sex relationships. *Journal of Sex Research*, 47(1), 1–11.
37. Horney, K. (1937). *The Neurotic Personality of Our Time*. New York: W. W. Norton & Company.
38. Khakkar, M., & Kazemi, A. (2023). The relationship between depression and sexual satisfaction: An equation model analysis. *Journal of Education and Health Promotion*, 12, 419.
39. Kismödi, E., Ford, J. V., Corona Vargas, E., Finotelli Jr., I., Fortenberry, J. D., Philpott, A., Rubio-Aurioles, E., & Coleman, E. (2019). Why Pleasure Matters: Its Global Relevance for Sexual Health, Sexual Rights and Wellbeing. *International Journal of Sexual Health*.
<https://doi.org/10.1080/19317611.2019.1654587>
40. Kinsey, A. C., Pomeroy, W. B., & Martin, C. E. (1948). *Sexual Behavior in the Human Male*. Philadelphia: W. B. Saunders.
41. Kinsey, A. C., Pomeroy, W. B., Martin, C. E., & Gebhard, P. H. (1953). *Sexual Behavior in the Human Female*. Philadelphia: W. B. Saunders.
42. Komisaruk, B. R., Beyer-Flores, C., & Whipple, B. (2006). *The Science of Orgasm*. Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press.

43. Komisaruk, B. R., Wise, N., Frangos, E., Liu, W. C., Allen, K., & Brody, S. (2011). Women's clitoris, vagina, and cervix mapped on the sensory cortex: fMRI evidence. *Journal of Sexual Medicine*, 8(10), 2822–2830.
44. Laumann, E. O., Paik, A., & Rosen, R. C. (1999). Sexual dysfunction in the United States: Prevalence and predictors. *JAMA*, 281(6), 537–544.
45. LAWRENCE, K. A., & Byers, E. S. (1995). Sexual satisfaction in long-term heterosexual relationships: The interpersonal exchange model of sexual satisfaction. *Personal relationships*, 2(4), 267-285.
46. Lee, H.-J., Macbeth, A. H., Pagani, J., & Young, W. S. (2009). Oxytocin: The great facilitator of life. *Progress in Neurobiology*, 88(2), 127–151. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2689929>
47. Lehmler, J. J., Garcia, J. R., Gesselman, A. N., & Mark, K. P. (2022). How COVID-Related Stressors Are Associated with Sexual Desire in Romantic Partnerships. *Archives of Sexual Behavior*. Advance online publication.
48. Levin, R. J. (1992). The mechanisms of human female sexual arousal. **Annual Review of Sex Research**, 3, 1–48.
49. Levin, R. J. (1998). Sex and the human female tract: What really happens during and after coitus. **International Journal of Impotence Research**, 10, 14–21.
50. Levin, R. J. (2001). Sexual desire and the deconstruction and reconstruction of the human female sexual response model of Masters & Johnson. In W. Everaerd, E. Laan, & S. Bots (Eds.), *Sexual appetite, desire and motivation: Energetics of the sexual system* (pp. 63–93). Amsterdam: Royal Netherlands Academy of Arts and Sciences.
51. Levin, R. J. (2003). Do women gain anything from coitus apart from pregnancy? Changes in the human female genital tract activated by coitus. **Journal of Sex & Marital Therapy**, 29, 59–69.
52. Levin, R. J. (2003). The physiology of male and female sexual arousal. In J. Paynes-James, A. Busuttill, & B. Smock (Eds.), *Forensic medicine* (pp. 277–389). England: Greenwich Medical Media.

53. Lopez, F., Carcedo, R., Fernandez-Rouco, N., Isabel Blazquez, M., & Kilani, A. (2011). Sex differences in adolescent sexuality: feelings and behaviours. *ANALES DE PSICOLOGIA*, 27(3), 791-799.
54. Masters, W. H., & Johnson, V. E. (1966). *Human sexual response*. Boston: Little, Brown & Co.
55. Muise, A., Schimmack, U., & Impett, E. A. (2016). Sexual frequency predicts greater well-being, but more is not always better. *Social Psychological and Personality Science*, 7(4), 295–302. <https://doi.org/10.1177/1948550615616>
56. Masters, W. H., Johnson, V. E., & Kolodny, R. C. (1988). *Masters and Johnson on sex and human loving* (Rev. ed.). Little, Brown and Company
57. McClelland, S. I. (2011). Who is the “self” in self reports of sexual satisfaction? Research and policy implications. *Sexuality Research and Social Policy*, 8, 304-320. <https://doi.org/10.1007/s13178-011-0067-9>
58. Ostrzenski, A. (2012). G-spot anatomy: A new discovery. *Journal of Sexual Medicine*, 9(5), 1355–1359.
59. O’Connell, H. E., Sanjeevan, K. V., & Hutson, J. M. (2005). Anatomy of the clitoris. *Journal of Urology*, 174(4), 1189–1195
60. Onukwugha, F. I., Hayter, M., & Magadi, M. A. (2019). Views of service providers and adolescents on use of sexual and reproductive health services by adolescents: A systematic review. *African Journal of Reproductive Health*, 23(2), 134–147
61. Pascoal, P. M., Narciso, I. D. S. B., & Pereira, N. M. (2014). What is sexual satisfaction? Thematic analysis of lay people's definitions. *Journal of sex research*, 51(1), 22-30.
62. Philpott, H. L., Knerr, W., & Mahoney, C. (2006). *Sexual pleasure: definition and indicators*. *Public Health & Sexuality*.
63. PuenteMartin, G., Alcalá, M., & Lucas, G. (2020). Association between Sexual Satisfaction and Depression and Anxiety in Young Adults. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(3), 841.

- 64.Regan, P. C., & Berscheid, E. (1999). *Lust: What we know about human sexual desire*. Sage Publications.
- 65.Reyes, A., Para, A., Chavarria, M. E., & Goicoechea, B. (1979). Effect of prolactin on the calcium binding and/or transport of ejaculated and epididymal human spermatozoa. **Fertility and Sterility**, 31, 669–672.
- 66.Rogers, A. A., Willoughby, B. J., & Nelson, L. J. (2016). Young adults' perceived purposes of emerging adulthood: Implications for cohabitation. *The Journal of Psychology*, 150(4), 485-501.
- 67.Ross, R. A., Foster, S. L., & Ionescu, D. (2017). The Role of Chronic Stress in Anxious Depression. *Frontiers in Psychiatry*.
- 68.Santos-Longhurst, A. (2024, July 22). Everything you need to know about erogenous zones. Healthline. Retrieved from
- 69.Schaefer, M. T., & Olson, D. H. (1981). Assessing intimacy: The PAIR inventory. *Journal of Marital and Family Therapy*, 7, 47–60.
- 70.Sherfey, M. (1972). *The nature and evolution of female sexuality*. New York: Random House.
- 71.Singer, I. (1973). *The goals of human sexuality*. New York: W. W. Norton.
- 72.Sobhani, F. F., Shiroudi, G., & Khodabakhshi-Koolae, A. (2021). Effect of two couple therapies, acceptance and commitment therapy and schema therapy, on forgiveness and fear of intimacy in conflicting couples. *PCP*, 9(4), 271–282.
- 73.Symons, D. (1979). *The evolution of human sexuality*. New York: Oxford University Press.
- 74.Vance, E., & Wagner, N. (1976). Written descriptions of orgasm: A study of sex differences. **Archives of Sexual Behavior**, 5, 87–98.
- 75.Wallen, K., & Lloyd, E. A. (2011). Female sexual arousal: Genital anatomy and orgasm in intercourse. **Hormones and Behavior**, 59(5), 780–792.
- 76.World Health Organization. (2006). *Defining sexual health: Report of a technical consultation on sexual health, 28–31 January 2002, Geneva*. Geneva: World Health Organization.

https://www3.paho.org/hq/dmdocuments/2009/defining_sexual_health.pdf?utm_source=chatgpt.com

77. World Health Organization. (2023, 31 березня). Depressive disorder (depression). WHO. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>
78. World Health Organization. (2022, 17 червня). Mental health: strengthening our response [Fact sheet]. World Health Organization. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>

ДОДАТКИ

ДОДАТОК А

Опитувальник сексуального благополуччя (В. Гупаловська, 2021)

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

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

1. Моє здоров'я протягом останнього часу було не гіршим, ніж у інших.
2. Я і мій партнер/партнерка сприймаємо сексуальні стосунки як складову частину нашого кохання/любові/стосунків.
3. Моє здоров'я та інші життєві обставини сильно мене турбують, тому мені не до сексу.
4. Я розумію, що секс не може бути щоразу грандіозний, що іноді може дещо не вдаватись, не зовсім подобатись, але це не впливає на мою оцінку загальної якості мого сексуального життя.
5. Мої сексуальні потреби повністю реалізовані.
6. Під час “занять любов'ю” ми враховуємо відмінності між тим, що радує в сексі чоловіка, і тим, що радує жінку.
7. Я перебуваю в стосунках і це мені подобається.
8. Ми з моїм партнером/партнеркою можемо обговорювати наше сексуальне життя, сексуальні відчуття, потреби, що подобається чи не сподобалося.

9. У мене є кілька сексуальних партнерів.
10. Сексуальні стосунки з моїм партнером/партнеркою наповнюють мене позитивними емоціями.
11. Я не уявляю собі стосунків у парі без сексу.
12. Я не боюся запитувати, що подобається моєму партнеру/партнерці.
13. Під час сексуальних стосунків ми стараємося тримати баланс між тим, скільки віддаємо, і скільки отримуємо.
14. Сексуальні стосунки з моїм партнером/партнеркою напружують, засмучують мене.
15. У мене зараз немає сексуальних стосунків і мені так добре.
16. Щоб відчувати задоволення від свого сексуального життя, мені необхідно мати кілька сексуальних партнерів.
17. Ми з моїм партнером/партнеркою свідомо шукаємо способи стимулювати наше спільне сексуальне життя.
18. Без сексуальних стосунків життя людини неповноцінне.
19. У мене від природи висока потреба у сексі, навіть якщо немає пари.
20. Я повністю задоволений/на своїм сексуальним життям.
21. Для того, щоб бути задоволеним своїм сексуальним життям, мені необхідно мати гармонійні глибокі стосунки з однією людиною.
22. Для того, щоб бути щасливим, мені потрібен секс.
23. Я маю добре самопочуття при регулярних статевих стосунках.
24. Наша близькість з партнером/партнеркою збереглася би і без сексуальних стосунків.
25. Я маю почуття до свого партнера і ми добре розуміємо одне одного, тому й інтимні стосунки у нас гармонійні.
26. Сексуальні стосунки сприяють поглибленню близькості між мною і партнером.
27. Душевна близькість з моїм сексуальним партнером є умовою мого сексуального благополуччя.

28. При наявності партнера та гармонійних з ним стосунків не є визначальною частота статевих контактів.

29. Я хочу змін у статевому житті, але я не можу почати розмову про це з моїм партнером.

30. Я мрію про зміну сексуального партнера.

31. Мій партнер уникає розмови про різноманіття нашого статевого життя.

32. Я потребую урізноманітнити свої статеві стосунки.

33. Наше з партнером статеве життя не переривається, навіть якщо ми посварилися.

34. Я готовий/а іти на поступки у сексуальних стосунках заради благополуччя пари.

Ключ

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

Дані стандартизації шкал опитувальника

Низький рівень, бали		Середній рівень, бали	Високий рівень, бали
1. Сексуальна комунікація	0-17	18-21	≥ 22
2. Сексуальна потреба	0-9	9-14	≥ 15
3. Кількісний компонент	0-1	1-3	≥ 4
4. Стосунки як цінність	0-16	17-23	≥ 24
5. Задоволення СЖ і стосунками	0-19	20-23	≥ 24
Інтегральний показник	0-61	62-84	≥ 85

ДОДАТОК Б

Методика «Шкала позитивного ментального здоров'я» (Positive mental health scale (PMH-Scale)) (J. Lukat, J. Margraf, R. Lutz, W.M. van der Veld, and E.S. Becker) (адаптація Л.М. Карамушки, О.В. Креденцер, К.В. Терещенко)

Інструкція для учасників опитування:

Оцініть свій стан за 4-ох бальною шкалою (поставте «+» у відповідній комірці).

Текст опитувальника:

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

Обробка та інтерпретація результатів:

Підрахуйте загальну кількість балів. Мінімальний показник

позитивного ментального здоров'я дорівнює 9 балам, максимальний

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

ДОДАТОК В

Опитувальник «Стабільність психічного здоров'я – коротка форма»
(«The Mental Health Continuum – Short Form»)(К. Кіз) (адаптація Е.Л. Носенко,
А.Г. Четверик-Бурчак)

Інструкція для учасників опитування:

Будь ласка, дайте відповіді на запитання щодо Вашого самопочуття протягом двох тижнів. Визначте частоту переживання наведених нижче станів за наступною шкалою (обведіть відповідну цифру).

Ніколи	1-2 рази	Приблизно 1 раз на тиждень	Приблизно 2-3 рази на тиждень	Майже кожен день	Кожен день
0	1	2	3	4	5

Текст опитувальника:

Як часто протягом двох тижнів Ви відчували...						
1. щастя	0	1	2	3	4	5
2. цікавість до життя	0	1	2	3	4	5
3. задоволення	0	1	2	3	4	5
4. що можете зробити важливий внесок для суспільства	0	1	2	3	4	5
5. належність до певної соціальної групи (за місцем навчання, роботи, проживання)	0	1	2	3	4	5
6. що наше суспільство стає кращим для таких людей, як ви	0	1	2	3	4	5
Як часто протягом двох тижнів Ви відчували...						
7. що люди зазвичай хороші	0	1	2	3	4	5
8. що події, які відбуваються в суспільстві мають значення для вас	0	1	2	3	4	5
9. задоволення собою як особистістю	0	1	2	3	4	5
10. що успішно впораєтесь із повсякденними зобов'язаннями	0	1	2	3	4	5
11. теплі та довірливі стосунки з оточуючими	0	1	2	3	4	5

12. що у вас є досвід, який спонукає до самовдосконалення	0	1	2	3	4	5
13. впевненість у висловлюванні власних поглядів	0	1	2	3	4	5
14. що маєте мету та сенс життя	0	1	2	3	4	5

ДОДАТОК Г

МНАІ – Опитувальник оцінки психічного здоров'я та методи статистично-математичної обробки даних. (Doty B., Haroz E.E., Singh N.S., Bass J. K., Murray L. K., Bolton P.A., Callaway K. L. & Bogdanov S.) (адаптація Богданов Сергій, керівник Центру психічного здоров'я та психосоціального супроводу НаУКМА, психолог, кандидат психологічних наук.)

Інструкція для учасників опитування:

Наступні питання стосуються Вашого самопочуття протягом останніх двох тижнів. Деякі з наведених нижче проблем стосуються того, як люди можуть почуватися після переживання хворобливих та лякаючих подій у їхньому житті. При відповіді на кожне запитання, будь ласка, згадуйте лише останні два тижні.

Як часто виникає кожна з наступних проблем:

	ніколи	інколи	часто	майже завжди
1.Відчуття суму	0	1	2	3
2.Втрата інтересу до щоденних справ	0	1	2	3
3.Плаксивість	0	1	2	3
4.Відчуття самотності; відчуття ізоляції	0	1	2	3
5.Відчуття втоми, нестача енергії або її зниження	0	1	2	3
6.Відчуття ніби ти у пастці або тебе спіймали	0	1	2	3
7.Рухи і мова настільки повільні чи швидкі, що це помічають інші люди	0	1	2	3

8.Повторювані або нав'язливі спогади про травматичні події, у тому числі думки, образи	0	1	2	3
9.Погіршення настрою, коли будь-що нагадує про стресові події	0	1	2	3
10.Відчуття, ніби тебе ніхто не розуміє	0	1	2	3
11.Уникнення в цілому навіть безпечних дій чи ситуацій, які нагадують про минулу стресову подію	0	1	2	3
13.Тремтіння	0	1	2	3
14.Знервованість чи пітливість	0	1	2	3
15.Відчуття напруженості	0	1	2	3
16.Напад страху або паніки	0	1	2	3
17.Думки про бажання вбити себе; схильність до самогубства	0	1	2	3

У наступному розділі питається про вживання алкоголю. Питання стосуються Вашого досвіду вживання алкогольних напоїв за останні три місяці.

18.За останні три місяці, як часто ви вживали алкогольні напої	Ніколи 0	1 раз або 2	раз в місяць 3	раз в тижд ень 4	кожен день або майже кожен день 5
19.За останні три місяці, як часто ви відчували надмірний сильний потяг вжити алкогольні напої	Ніколи 0	1 раз або 2	раз в місяць 4	раз в тижд ень 5	кожен день або майже кожен день 6

ДОДАТОК Д

Власна анкета-опитувальник

1. Біологічна (генетична) стать: чоловік/жінка

2. Гендерна ідентичність: чоловік/жінка/інша стать у соціальному контексті

3. Сексуальна орієнтація:

- гетеросексуальність — потяг тільки й виключно до осіб протилежної статі (гетеросексуальні люди);
- гомосексуальність — потяг тільки й виключно до осіб своєї статі (геї і лесбійки);
- бісексуальність — потяг до осіб як своєї, так і протилежної статі, не обов'язково однаково і не обов'язково одночасно (бісексуали та бісексуалки; див. також пансексуальність);
- амбісексуальність — байдужість до сексуальної приналежності партнера чи партнерки.

4. Вік

До 18

18-25

26-33

34-45

46-60

Після 61

5. Чи одружені? Так/Ні

6. Чи маєте дітей? Так/Ні

7. Який вік Ваших дітей? немовлята/дошкільнята/школярі та(або) підлітки/дорослі/змішані

8. Як Ви оцінюєте Ваш фінансовий стан?
Незадовільно/задовільно/добре/чудово
9. Чи відчуваєте Ви, що реалізувались в цьому житті? Так/частково/ні
10. Чи були закохані? Так/не знаю/ні/інше
11. Чи було взаємне кохання? Так/не знаю/ні
12. Як часто у Вас секс? Декілька разів на день/кожен день/декілька разів на тиждень/декілька разів на місяць/декілька разів на рік/не займатися зовсім/ще не було
13. Як часто Ви відчуваєте оргазми? Кожного разу/більшість разів/меншість разів/відсутні
14. Чи задоволені Ви своїм сексуальним життям? Так/Частково/Ні
15. Яке у Вас відношення до сексу? Позитивне/Нейтральне/Негативне
16. Що значить для Вас секс? Задоволення/Скинути стрес/Досягнення/Обов'язок/Для здоров'я/Бо всі так роблять/Інше
17. Як часто у Вас виникає бажання займатися сексом? Декілька разів на день/кожен день/декілька разів на тиждень/декілька разів на місяць/декілька разів на рік/не займатися зовсім
18. Чи вважає Ви себе привабливим(ою) для чоловіків/жінок?
Так/Частково/Ні
19. Яким чином Ви виражаєте свою сексуальність? Поведінка/Зовнішній вигляд/Розум/Спілкування/Інше (поведінка, одяг, мейк-ап, зачіска, парфуми, свій стиль оригінальний, догляд за собою, розум і т.п)?
20. Чи помітили Ви зміни в задоволенні від сексу в поточних умовах (війна в країні?) Так/Частково/Ні
21. Чи допомагає приємний секс поліпшити емоційний стан в поточних стресових умовах? Так/Частково/Ні
22. Якщо так, скільки триває ефект емоційного задоволення після сексу?
Певний час опісля/Один день опісля/Тиждень опісля/ Відсутній
23. Чи відчувається біль під час статевого акту? Так/Ні

ДОДАТОК Е

Таблиці отриманих даних по методикам

1.

Таблиця отриманих даних за методикою «Опитувальник сексуального благополуччя (В. Гупаловська, 2021)»													
№ р- т- а	Стать	SC		SN		QN		RaV		SSLR		IISWB	
		б а л	рівен ь	б а л	рівен ь	б а л	рівен ь	б а л	рівен ь	б а л	рівен ь	б а л	рівен ь
1	Жіно ча	2 3	Висо кий	1 8	Висо кий	2	Сере дній	2 1	Сере дній	2 2	Сере дній	8 4	Сере дній
2	Чоло віча	2 2	Висо кий	7	Низь кий	3	Сере дній	2 4	Висо кий	2 1	Сере дній	7 4	Сере дній
3	Чоло віча	2 3	Висо кий	1 6	Висо кий	1 1	Висо кий	1 6	Низь кий	1 7	Низь кий	7 2	Сере дній
4	Жіно ча	2 9	Висо кий	1 2	Сере дній	7	Висо кий	1 6	Низь кий	2 0	Сере дній	7 7	Сере дній
5	Чоло віча	2 8	Висо кий	1 8	Висо кий	0	Низь кий	2 0	Сере дній	2 5	Висо кий	9 1	Висо кий
6	Жіно ча	3 1	Висо кий	2 0	Висо кий	0	Низь кий	1 7	Сере дній	2 8	Висо кий	9 6	Висо кий
7	Жіно ча	2 5	Висо кий	1 9	Висо кий	3	Сере дній	2 0	Сере дній	2 4	Висо кий	8 8	Висо кий
8	Жіно ча	2 6	Висо кий	1 7	Висо кий	0	Низь кий	2 5	Висо кий	2 3	Сере дній	9 1	Висо кий
9	Жіно ча	2 5	Висо кий	1 5	Висо кий	2	Сере дній	2 0	Сере дній	1 8	Низь кий	7 8	Сере дній
0	Жіно ча	2 4	Висо кий	8	Низь кий	3	Сере дній	1 9	Сере дній	2 1	Сере дній	7 2	Сере дній
1	Жіно ча	1 9	Сере дній	1 3	Сере дній	1	Низь кий	1 9	Сере дній	1 1	Низь кий	6 2	Сере дній
1	Жіно ча	2 9	Висо кий	2 0	Висо кий	0	Низь кий	1 8	Сере дній	2 4	Висо кий	9 1	Висо кий
1	Жіно ча	2 7	Висо кий	1 2	Сере дній	0	Низь кий	2 3	Сере дній	2 4	Висо кий	8 6	Висо кий
1	Жіно ча	2 9	Висо кий	1 6	Висо кий	1	Низь кий	2 4	Висо кий	2 5	Висо кий	9 4	Висо кий

1 5	Жіно ча	2 7	Висо кий	1 7	Висо кий	2	Сере дній	1 9	Сере дній	2 4	Висо кий	8 7	Висо кий
1 6	Жіно ча	2 1	Сере дній	1 7	Висо кий	3	Сере дній	1 4	Низь кий	1 5	Низь кий	6 7	Сере дній
1 7	Жіно ча	1 3	Низь кий	1 5	Висо кий	7	Висо кий	2 0	Сере дній	8	Низь кий	5 6	Низь кий
1 8	Жіно ча	1 9	Сере дній	8	Низь кий	1	Низь кий	2 2	Сере дній	2 2	Сере дній	7 1	Сере дній
1 9	Чоло віча	2 5	Висо кий	1 5	Висо кий	2	Сере дній	2 1	Сере дній	1 9	Низь кий	8 0	Сере дній
2 0	Жіно ча	2 5	Висо кий	1 4	Сере дній	4	Висо кий	1 8	Сере дній	2 1	Сере дній	7 8	Сере дній
2 1	Жіно ча	1 7	Низь кий	1 0	Сере дній	2	Сере дній	2 1	Сере дній	2 5	Висо кий	7 3	Сере дній
2 2	Жіно ча	2 1	Сере дній	1 3	Сере дній	5	Висо кий	1 9	Сере дній	2 1	Сере дній	7 4	Сере дній
2 3	Чоло віча	2 4	Висо кий	1 5	Висо кий	6	Висо кий	1 7	Сере дній	1 5	Низь кий	7 1	Сере дній
2 4	Жіно ча	2 6	Висо кий	1 5	Висо кий	1	Низь кий	2 1	Сере дній	2 6	Висо кий	8 8	Висо кий
2 5	Чоло віча	3 0	Висо кий	1 8	Висо кий	0	Низь кий	2 6	Висо кий	2 5	Висо кий	9 9	Висо кий
2 6	Жіно ча	1 9	Сере дній	1 3	Сере дній	3	Сере дній	2 1	Сере дній	1 8	Низь кий	7 1	Сере дній
2 7	Жіно ча	2 4	Висо кий	1 5	Висо кий	8	Висо кий	1 1	Низь кий	1 2	Низь кий	6 2	Сере дній
2 8	Жіно ча	2 2	Висо кий	1 2	Сере дній	2	Сере дній	2 1	Сере дній	2 3	Сере дній	7 8	Сере дній
2 9	Жіно ча	2 1	Сере дній	7	Низь кий	1	Низь кий	2 4	Висо кий	1 6	Низь кий	6 8	Сере дній
3 0	Жіно ча	2 4	Висо кий	1 0	Сере дній	2	Сере дній	2 3	Сере дній	2 3	Сере дній	8 0	Сере дній
3 1	Чоло віча	1 6	Низь кий	1 5	Висо кий	3	Сере дній	2 0	Сере дній	2 1	Сере дній	7 2	Сере дній
3 2	Жіно ча	2 8	Висо кий	1 5	Висо кий	1	Низь кий	2 1	Сере дній	2 6	Висо кий	9 0	Висо кий
3 3	Жіно ча	1 9	Сере дній	7	Низь кий	1	Низь кий	2 3	Сере дній	1 6	Низь кий	6 5	Сере дній
3 4	Жіно ча	2 9	Висо кий	1 5	Висо кий	0	Низь кий	3 0	Висо кий	2 5	Висо кий	9 9	Висо кий
3 5	Жіно ча	2 3	Висо кий	2 0	Висо кий	1 0	Висо кий	1 9	Сере дній	9	Низь кий	7 1	Сере дній

3 6	Жіно ча	2 5	Висо кий	6	Низь кий	1	Низь кий	2 4	Висо кий	2 5	Висо кий	8 0	Сере дній
3 7	Жіно ча	2 5	Висо кий	1 1	Сере дній	5	Висо кий	1 2	Низь кий	9	Низь кий	5 7	Низь кий
3 8	Жіно ча	2 5	Висо кий	1 2	Сере дній	1	Низь кий	2 4	Висо кий	2 4	Висо кий	8 5	Висо кий
3 9	Чоло віча	2 3	Висо кий	1 5	Висо кий	1	Низь кий	2 2	Сере дній	2 2	Сере дній	8 2	Сере дній
4 0	Жіно ча	1 7	Низь кий	1 2	Сере дній	7	Висо кий	2 0	Сере дній	1 6	Низь кий	6 5	Сере дній
4 1	Жіно ча	5	Низь кий	4	Низь кий	9	Висо кий	1 0	Низь кий	1 1	Низь кий	3 0	Низь кий
4 2	Жіно ча	2 4	Висо кий	1 7	Висо кий	2	Сере дній	1 8	Сере дній	2 1	Сере дній	8 0	Сере дній
4 3	Жіно ча	2 3	Висо кий	1 5	Висо кий	4	Висо кий	2 0	Сере дній	2 1	Сере дній	7 9	Сере дній
4 4	Жіно ча	2 7	Висо кий	9	Низь кий	0	Низь кий	2 2	Сере дній	2 8	Висо кий	8 6	Висо кий
4 5	Жіно ча	2 5	Висо кий	1 0	Сере дній	0	Низь кий	2 6	Висо кий	2 2	Сере дній	8 3	Сере дній
4 6	Чоло віча	1 7	Низь кий	1 5	Висо кий	5	Висо кий	1 7	Сере дній	1 6	Низь кий	6 5	Сере дній
4 7	Жіно ча	2 3	Висо кий	1 0	Сере дній	2	Сере дній	2 0	Сере дній	2 4	Висо кий	7 7	Сере дній
4 8	Жіно ча	2 1	Сере дній	1 4	Сере дній	7	Висо кий	1 8	Сере дній	1 5	Низь кий	6 8	Сере дній
4 9	Жіно ча	1 9	Сере дній	4	Низь кий	1	Низь кий	2 2	Сере дній	1 7	Низь кий	6 2	Сере дній
5 0	Жіно ча	2 8	Висо кий	1 0	Сере дній	1	Низь кий	2 5	Висо кий	2 7	Висо кий	9 0	Висо кий
5 1	Жіно ча	1 4	Низь кий	9	Низь кий	5	Висо кий	1 7	Сере дній	1 1	Низь кий	5 1	Низь кий
5 2	Чоло віча	1 5	Низь кий	1 9	Висо кий	1	Низь кий	2 2	Сере дній	2 2	Сере дній	7 8	Сере дній
5 3	Жіно ча	2 1	Сере дній	1 4	Сере дній	7	Висо кий	1 7	Сере дній	1 3	Низь кий	6 5	Сере дній
5 4	Жіно ча	2 6	Висо кий	9	Низь кий	3	Сере дній	1 7	Сере дній	1 7	Низь кий	6 9	Сере дній
5 5	Жіно ча	2 2	Висо кий	1 5	Висо кий	3	Сере дній	2 2	Сере дній	1 9	Низь кий	7 8	Сере дній
5 6	Жіно ча	2 5	Висо кий	1 5	Висо кий	3	Сере дній	1 8	Сере дній	2 2	Сере дній	8 0	Сере дній

5 7	Жіно ча	2 1	Сере дній	1 8	Висо кий	3	Сере дній	1 8	Сере дній	1 1	Низь кий	6 8	Сере дній
5 8	Чоло віча	1 3	Низь кий	1 4	Сере дній	6	Висо кий	1 9	Сере дній	1 6	Низь кий	6 2	Сере дній
5 9	Жіно ча	2 6	Висо кий	1 6	Висо кий	3	Сере дній	1 9	Сере дній	1 9	Низь кий	8 0	Сере дній
6 0	Чоло віча	2 5	Висо кий	1 9	Висо кий	8	Висо кий	1 7	Сере дній	2 3	Сере дній	8 4	Сере дній
6 1	Жіно ча	3 0	Висо кий	1 4	Сере дній	0	Низь кий	2 8	Висо кий	2 1	Сере дній	9 3	Висо кий
6 2	Чоло віча	2 8	Висо кий	1 5	Висо кий	0	Низь кий	2 7	Висо кий	2 6	Висо кий	9 6	Висо кий
6 3	Жіно ча	2 2	Висо кий	1 2	Сере дній	4	Висо кий	1 9	Сере дній	1 5	Низь кий	6 8	Сере дній
6 4	Жіно ча	1 9	Сере дній	1 5	Висо кий	6	Висо кий	2 2	Сере дній	1 3	Низь кий	6 9	Сере дній
6 5	Жіно ча	2 2	Висо кий	1 3	Сере дній	5	Висо кий	2 1	Сере дній	1 1	Низь кий	6 7	Сере дній
6 6	Чоло віча	2 8	Висо кий	1 6	Висо кий	1	Низь кий	2 5	Висо кий	2 0	Сере дній	8 9	Висо кий
6 7	Жіно ча	2 3	Висо кий	1 6	Висо кий	6	Висо кий	2 5	Висо кий	1 8	Низь кий	8 2	Сере дній
6 8	Жіно ча	3 0	Висо кий	1 5	Висо кий	0	Низь кий	2 9	Висо кий	2 6	Висо кий	0 0	Висо кий
6 9	Жіно ча	1 2	Низь кий	7	Низь кий	1 2	Висо кий	1 3	Низь кий	9	Низь кий	4 1	Низь кий
7 0	Жіно ча	1 1	Низь кий	4	Низь кий	8	Висо кий	1 8	Сере дній	6	Низь кий	3 9	Низь кий
7 1	Жіно ча	2 3	Висо кий	1 1	Сере дній	1 5	Висо кий	1 1	Низь кий	1 7	Низь кий	6 2	Сере дній
7 2	Жіно ча	2 7	Висо кий	1 8	Висо кий	2	Сере дній	1 8	Сере дній	2 7	Висо кий	9 0	Висо кий
7 3	Жіно ча	2 1	Сере дній	1 8	Висо кий	1	Низь кий	1 4	Низь кий	2 0	Сере дній	7 3	Сере дній
7 4	Жіно ча	2 7	Висо кий	1 8	Висо кий	1 5	Висо кий	1 3	Низь кий	1 8	Низь кий	7 6	Сере дній
7 5	Чоло віча	1 1	Низь кий	2 0	Висо кий	1 5	Висо кий	8	Низь кий	9	Низь кий	4 8	Низь кий
7 6	Чоло віча	2 2	Висо кий	1 1	Сере дній	6	Висо кий	1 4	Низь кий	1 4	Низь кий	6 1	Низь кий

7	Чоло	2	Висо	1	Сере		Низь	2	Висо	2	Висо	9	Висо
7	віча	9	кий	3	дній	1	кий	8	кий	4	кий	4	кий
7	Жіно	2	Висо	1	Сере		Висо	1	Сере	1	Низь	7	Сере
8	ча	4	кий	4	дній	5	кий	9	дній	4	кий	1	дній
7	Чоло		Низь	1	Висо	1	Висо	1	Низь		Низь	4	Низь
9	віча	7	кий	7	кий	1	кий	0	кий	6	кий	0	кий
8	Чоло	2	Висо	1	Висо		Висо	1	Сере	1	Низь	7	Сере
0	віча	4	кий	7	кий	6	кий	8	дній	8	кий	7	дній
8	Чоло	1	Низь	2	Висо	1	Висо		Низь		Низь	4	Низь
1	віча	1	кий	0	кий	6	кий	6	кий	5	кий	2	кий

SK - сексуальна комунікація

SN - сексуальна потреба

QN - кількісна потреба

RaV - стосунки як цінність

SSLR - задоволення сексуальним життям та стосунками

ISSWB - інтегральний показник

2.

Таблиця отриманих даних за методикою «Шкала позитивного ментального здоров'я»			
№ р-та	Стать	РМН	
		бал	рівень
1	Жіноча	27	Середній
2	Чоловіча	27	Середній
3	Чоловіча	23	Низький
4	Жіноча	27	Середній
5	Чоловіча	33	Високий
6	Жіноча	32	Високий
7	Жіноча	32	Високий
8	Жіноча	26	Середній
9	Жіноча	24	Низький
10	Жіноча	18	Низький

11	Жіноча	27	Середній
12	Жіноча	36	Високий
13	Жіноча	28	Середній
14	Жіноча	27	Середній
15	Жіноча	30	Високий
16	Жіноча	29	Середній
17	Жіноча	23	Низький
18	Жіноча	25	Середній
19	Чоловіча	28	Середній
20	Жіноча	27	Середній
21	Жіноча	27	Середній
22	Жіноча	32	Високий
23	Чоловіча	19	Низький
24	Жіноча	30	Високий
25	Чоловіча	36	Високий
26	Жіноча	24	Низький
27	Жіноча	30	Високий
28	Жіноча	28	Середній
29	Жіноча	20	Низький
30	Жіноча	24	Низький
31	Чоловіча	33	Високий
32	Жіноча	31	Високий
33	Жіноча	19	Низький
34	Жіноча	25	Середній
35	Жіноча	27	Середній
36	Жіноча	26	Середній
37	Жіноча	22	Низький
38	Жіноча	24	Низький
39	Чоловіча	27	Середній
40	Жіноча	22	Низький
41	Жіноча	21	Низький
42	Жіноча	30	Високий
43	Жіноча	29	Середній
44	Жіноча	15	Низький
45	Жіноча	20	Низький
46	Чоловіча	23	Низький
47	Жіноча	34	Високий

48	Жіноча	20	Низький
49	Жіноча	23	Низький
50	Жіноча	21	Низький
51	Жіноча	20	Низький
52	Чоловіча	26	Середній
53	Жіноча	14	Низький
54	Жіноча	16	Низький
55	Жіноча	25	Середній
56	Жіноча	19	Низький
57	Жіноча	25	Середній
58	Чоловіча	26	Середній
59	Жіноча	26	Середній
60	Чоловіча	23	Низький
61	Жіноча	22	Низький
62	Чоловіча	19	Низький
63	Жіноча	24	Низький
64	Жіноча	28	Середній
65	Жіноча	22	Низький
66	Чоловіча	21	Низький
67	Жіноча	22	Низький
68	Жіноча	33	Високий
69	Жіноча	18	Низький
70	Жіноча	15	Низький
71	Жіноча	25	Середній
72	Жіноча	31	Високий
73	Жіноча	27	Середній
74	Жіноча	32	Високий
75	Чоловіча	21	Низький
76	Чоловіча	25	Середній
77	Чоловіча	36	Високий
78	Жіноча	19	Низький
79	Чоловіча	20	Низький
80	Чоловіча	29	Середній
81	Чоловіча	21	Низький

PMH - Positive mental health scale (PMH-Scale) - Шкала позитивного ментального здоров'я

3.

Таблиця отриманих даних за методикою «Стабільність психічного здоров'я - коротка форма» («The Mental Health Continuum - Short Form»))»			
№ р-та	Стать	SMH total score	
1	Жіноча	47	Помірний
2	Чоловіча	49	Процвітання
3	Чоловіча	29	Помірний
4	Жіноча	31	Помірний
5	Чоловіча	55	Процвітання
6	Жіноча	55	Процвітання
7	Жіноча	51	Процвітання
8	Жіноча	59	Процвітання
9	Жіноча	42	Помірний
10	Жіноча	42	Помірний
11	Жіноча	46	Помірний
12	Жіноча	48	Помірний
13	Жіноча	42	Помірний
14	Жіноча	42	Помірний
15	Жіноча	48	Процвітання
16	Жіноча	45	Помірний
17	Жіноча	33	Помірний
18	Жіноча	43	Помірний
19	Чоловіча	35	Помірний
20	Жіноча	43	Процвітання
21	Жіноча	33	Помірний
22	Жіноча	39	Помірний
23	Чоловіча	23	Помірний
24	Жіноча	51	Процвітання
25	Чоловіча	70	Процвітання
26	Жіноча	42	Процвітання
27	Жіноча	56	Процвітання
28	Жіноча	21	Помірний
29	Жіноча	47	Помірний
30	Жіноча	48	Помірний

31	Чоловіча	39	Помірний
32	Жіноча	59	Процвітання
33	Жіноча	14	Пригнічення
34	Жіноча	37	Помірний
35	Жіноча	53	Процвітання
36	Жіноча	33	Помірний
37	Жіноча	55	Процвітання
38	Жіноча	18	Помірний
39	Чоловіча	60	Процвітання
40	Жіноча	25	Помірний
41	Жіноча	35	Помірний
42	Жіноча	53	Процвітання
43	Жіноча	55	Процвітання
44	Жіноча	17	Помірний
45	Жіноча	20	Помірний
46	Чоловіча	31	Помірний
47	Жіноча	61	Процвітання
48	Жіноча	29	Помірний
49	Жіноча	49	Помірний
50	Жіноча	37	Помірний
51	Жіноча	33	Помірний
52	Чоловіча	17	Помірний
53	Жіноча	16	Помірний
54	Жіноча	21	Помірний
55	Жіноча	56	Процвітання
56	Жіноча	22	Помірний
57	Жіноча	44	Помірний
58	Чоловіча	44	Помірний
59	Жіноча	47	Помірний
60	Чоловіча	38	Помірний
61	Жіноча	31	Помірний
62	Чоловіча	29	Помірний
63	Жіноча	40	Процвітання
64	Жіноча	48	Процвітання
65	Жіноча	44	Помірний
66	Чоловіча	13	Пригнічення
67	Жіноча	44	Помірний

68	Жіноча	57	Процвітання
69	Жіноча	14	Пригнічення
70	Жіноча	28	Помірний
71	Жіноча	36	Помірний
72	Жіноча	48	Процвітання
73	Жіноча	45	Помірний
74	Жіноча	36	Помірний
75	Чоловіча	33	Помірний
76	Чоловіча	34	Помірний
77	Чоловіча	65	Процвітання
78	Жіноча	29	Помірний
79	Чоловіча	21	Помірний
80	Чоловіча	44	Процвітання
81	Чоловіча	20	Помірний

SMH total score - The stability of mental health - Стабільність психічного здоров'я загальний бал

4.

Таблиця отриманих даних за методикою «МНАІ - Опитувальник оцінки психічного здоров'я»					
№ р-та	Стать	Depр		Anx	
		бал	рівень	бал	рівень
1	Жіноча	5	Низький	3	Низький
2	Чоловіча	6	Низький	5	Низький
3	Чоловіча	15	Високий	8	Високий
4	Жіноча	2	Низький	0	Низький
5	Чоловіча	1	Низький	2	Низький
6	Жіноча	7	Високий	3	Низький
7	Жіноча	3	Низький	0	Низький
8	Жіноча	2	Низький	1	Низький
9	Жіноча	10	Високий	6	Високий
10	Жіноча	19	Високий	4	Низький
11	Жіноча	1	Низький	2	Низький

12	Жіноча	7	Високий	4	Низький
13	Жіноча	6	Низький	5	Низький
14	Жіноча	7	Високий	1	Низький
15	Жіноча	8	Високий	3	Низький
16	Жіноча	13	Високий	5	Низький
17	Жіноча	11	Високий	6	Високий
18	Жіноча	12	Високий	2	Низький
19	Чоловіча	5	Низький	1	Низький
20	Жіноча	4	Низький	4	Низький
21	Жіноча	3	Низький	2	Низький
22	Жіноча	18	Високий	6	Високий
23	Чоловіча	7	Високий	1	Низький
24	Жіноча	5	Низький	2	Низький
25	Чоловіча	5	Низький	2	Низький
26	Жіноча	12	Високий	0	Низький
27	Жіноча	9	Високий	4	Низький
28	Жіноча	5	Низький	2	Низький
29	Жіноча	13	Високий	5	Низький
30	Жіноча	11	Високий	7	Високий
31	Чоловіча	3	Низький	2	Низький
32	Жіноча	5	Низький	2	Низький
33	Жіноча	12	Високий	3	Низький
34	Жіноча	7	Високий	4	Низький
35	Жіноча	3	Низький	0	Низький
36	Жіноча	6	Низький	4	Низький
37	Жіноча	8	Високий	5	Низький
38	Жіноча	7	Високий	4	Низький
39	Чоловіча	10	Високий	6	Високий
40	Жіноча	10	Високий	6	Високий
41	Жіноча	10	Високий	4	Низький
42	Жіноча	7	Високий	2	Низький
43	Жіноча	3	Низький	1	Низький
44	Жіноча	12	Високий	4	Низький
45	Жіноча	8	Високий	4	Низький
46	Чоловіча	1	Низький	2	Низький
47	Жіноча	4	Низький	3	Низький
48	Жіноча	17	Високий	2	Низький

49	Жіноча	9	Високий	5	Низький
50	Жіноча	10	Високий	6	Високий
51	Жіноча	8	Високий	3	Низький
52	Чоловіча	12	Високий	4	Низький
53	Жіноча	14	Високий	10	Високий
54	Жіноча	12	Високий	8	Високий
55	Жіноча	6	Низький	3	Низький
56	Жіноча	14	Високий	2	Низький
57	Жіноча	12	Високий	3	Низький
58	Чоловіча	5	Низький	1	Низький
59	Жіноча	9	Високий	2	Низький
60	Чоловіча	10	Високий	1	Низький
61	Жіноча	7	Високий	1	Низький
62	Чоловіча	12	Високий	10	Високий
63	Жіноча	9	Високий	2	Низький
64	Жіноча	5	Низький	3	Низький
65	Жіноча	12	Високий	6	Високий
66	Чоловіча	13	Високий	4	Низький
67	Жіноча	13	Високий	8	Високий
68	Жіноча	3	Низький	2	Низький
69	Жіноча	14	Високий	2	Низький
70	Жіноча	14	Високий	7	Високий
71	Жіноча	0	Низький	11	Високий
72	Жіноча	5	Низький	4	Низький
73	Жіноча	2	Низький	1	Низький
74	Жіноча	2	Низький	2	Низький
75	Чоловіча	6	Низький	4	Низький
76	Чоловіча	8	Високий	4	Низький
77	Чоловіча	2	Низький	0	Низький
78	Жіноча	14	Високий	9	Високий
79	Чоловіча	11	Високий	6	Високий
80	Чоловіча	3	Низький	4	Низький
81	Чоловіча	7	Високий	2	Низький

Дерг - Депресія

Апх – Тривога

5.

Таблиця отриманих даних за спеціально створеною анкетною-опитувальником по окремим чинникам							
№ р-та	Стать	FinS		ChSat		Rel	
		бал	рівень	бал	відповідь	бал	відповідь
1	Жіноча	2	Задовільно	3	Ні	4	Так
2	Чоловіча	2	Задовільно	3	Ні	3	Частково
3	Чоловіча	2	Задовільно	1	Так	4	Так
4	Жіноча	2	Задовільно	1	Так	4	Так
5	Чоловіча	3	Добре	1	Так	4	Так
6	Жіноча	3	Добре	3	Ні	4	Так
7	Жіноча	3	Добре	2	Частково	4	Так
8	Жіноча	2	Задовільно	2	Частково	4	Так
9	Жіноча	2	Задовільно	1	Так	3	Частково
10	Жіноча	2	Задовільно	2	Частково	3	Частково
11	Жіноча	2	Задовільно	1	Так	4	Так
12	Жіноча	3	Добре	3	Ні	4	Так
13	Жіноча	2	Задовільно	3	Ні	4	Так
14	Жіноча	2	Задовільно	3	Ні	4	Так
15	Жіноча	3	Добре	3	Ні	4	Так
16	Жіноча	2	Задовільно	3	Ні	4	Так
17	Жіноча	2	Задовільно	2	Частково	3	Частково
18	Жіноча	3	Добре	1	Так	3	Частково
19	Чоловіча	2	Задовільно	2	Частково	4	Так
20	Жіноча	2	Задовільно	2	Частково	4	Так
21	Жіноча	3	Добре	3	Ні	3	Частково
22	Жіноча	2	Задовільно	3	Ні	3	Частково
23	Чоловіча	2	Задовільно	1	Так	3	Частково
24	Жіноча	2	Задовільно	3	Ні	4	Так
25	Чоловіча	3	Добре	1	Так	4	Так
26	Жіноча	3	Добре	1	Так	4	Так
27	Жіноча	2	Задовільно	3	Ні	4	Так
28	Жіноча	3	Добре	3	Ні	4	Так
29	Жіноча	2	Задовільно	3	Ні	3	Частково
30	Жіноча	3	Добре	3	Ні	4	Так

31	Чоловіча	1	Незадовільно	2	Частково	4	Так
32	Жіноча	2	Задовільно	1	Так	4	Так
33	Жіноча	2	Задовільно	1	Так	3	Частково
34	Жіноча	3	Добре	1	Так	4	Так
35	Жіноча	2	Задовільно	1	Так	4	Так
36	Жіноча	4	Чудово	3	Ні	3	Частково
37	Жіноча	2	Задовільно	1	Так	1	Ні
38	Жіноча	2	Задовільно	2	Частково	3	Частково
39	Чоловіча	3	Добре	1	Так	4	Так
40	Жіноча	3	Добре	1	Так	2	Не зовсім
41	Жіноча	3	Добре	3	Ні	1	Ні
42	Жіноча	2	Задовільно	2	Частково	4	Так
43	Жіноча	3	Добре	3	Ні	4	Так
44	Жіноча	1	Незадовільно	3	Ні	4	Так
45	Жіноча	2	Задовільно	1	Так	3	Частково
46	Чоловіча	1	Незадовільно	2	Частково	3	Частково
47	Жіноча	3	Добре	3	Ні	3	Частково
48	Жіноча	1	Незадовільно	1	Так	4	Так
49	Жіноча	3	Добре	3	Ні	4	Так
50	Жіноча	2	Задовільно	3	Ні	4	Так
51	Жіноча	3	Добре	2	Частково	2	Не зовсім
52	Чоловіча	2	Задовільно	3	Ні	4	Так
53	Жіноча	1	Незадовільно	2	Частково	3	Частково
54	Жіноча	1	Незадовільно	3	Ні	3	Частково
55	Жіноча	3	Добре	1	Так	4	Так
56	Жіноча	1	Незадовільно	3	Ні	2	Не зовсім
57	Жіноча	2	Задовільно	1	Так	4	Так
58	Чоловіча	1	Незадовільно	3	Ні	3	Частково
59	Жіноча	1	Незадовільно	2	Частково	4	Так
60	Чоловіча	1	Незадовільно	2	Частково	4	Так
61	Жіноча	2	Задовільно	3	Ні	4	Так
62	Чоловіча	2	Задовільно	3	Ні	4	Так
63	Жіноча	2	Задовільно	1	Так	4	Так
64	Жіноча	2	Задовільно	1	Так	4	Так
65	Жіноча	2	Задовільно	2	Частково	2	Не зовсім
66	Чоловіча	1	Незадовільно	1	Так	3	Частково
67	Жіноча	2	Задовільно	1	Так	4	Так

68	Жіноча	3	Добре	2	Частково	4	Так
69	Жіноча	1	Незадовільно	3	Ні	2	Не зовсім
70	Жіноча	1	Незадовільно	3	Ні	1	Ні
71	Жіноча	2	Задовільно	3	Ні	3	Частково
72	Жіноча	3	Добре	3	Ні	4	Так
73	Жіноча	2	Задовільно	3	Ні	4	Так
74	Жіноча	3	Добре	3	Ні	4	Так
75	Чоловіча	1	Незадовільно	3	Ні	4	Так
76	Чоловіча	2	Задовільно	3	Ні	3	Частково
77	Чоловіча	1	Незадовільно	3	Ні	4	Так
78	Жіноча	1	Незадовільно	1	Так	4	Так
79	Чоловіча	1	Незадовільно	2	Частково	3	Частково
80	Чоловіча	3	Добре	1	Так	3	Частково
81	Чоловіча	1	Незадовільно	3	Ні	4	Так

FinS (Financial stability) - 9. Як Ви оцінюєте Ваш фінансовий стан?

ChSat (Change satisfaction) - 21. Чи помітили Ви зміни в задоволенні від сексу в поточних умовах (війна в країні?)

Rel (Relief) - 22. Чи допомагає приємний секс поліпшити емоційний стан в поточних стресових умовах?

ДОДАТОК Є

Аналіз надійності, α -Кронбаха для конструкту Сексуальна комунікація (SC) по методиці В.Гупаловської, 2021, гендери чоловіки та жінки

Scale Reliability Statistics

Cronbach's α	
scale	0.876

[3]

Item Reliability Statistics

	Mean	Item-rest correlation	If item dropped
			Cronbach's α
B6	2.80	0.624	0.862
B8	2.90	0.835	0.838
B10	3.14	0.623	0.863
B12	3.25	0.628	0.861
B13	2.70	0.565	0.868
B17	2.30	0.525	0.875
B29o	2.80	0.661	0.858
B31o	2.96	0.665	0.857

Аналіз надійності, α -Кронбаха для конструкту Сексуальна потреба (SN) по методиці В.Гупаловської, 2021, гендери чоловіки та жінки

Scale Reliability Statistics

Cronbach's α	
scale	0.782

[3]

Item Reliability Statistics

	Mean	Item-rest correlation	If item dropped
			Cronbach's α
B11	3.20	0.482	0.767
B18	2.86	0.611	0.724
B19	2.10	0.492	0.773
B22	2.54	0.612	0.723
B23	3.04	0.654	0.725

Аналіз надійності, α -Кронбаха для конструкту Кількісна потреба (QN) по методиці В.Гупаловської, 2021, гендери чоловіки та жінки

Scale Reliability Statistics

Cronbach's α	
scale	0.820

[3]

Item Reliability Statistics

	Mean	Item-rest correlation	If item dropped
			Cronbach's α
B9	0.469	0.687	0.764
B16	0.580	0.719	0.752
B21o	1.012	0.609	0.785
B27o	1.012	0.486	0.819
B30	0.877	0.569	0.797

Аналіз надійності, α -Кронбаха для конструкту Стосунки як цінність (RaV) по методиці В.Гупаловської, 2021, гендери чоловіки та жінки

Scale Reliability Statistics

Cronbach's α	
scale	0.582

Note. item 'B34' correlates negatively with the total scale and probably should be reversed

[3]

Item Reliability Statistics

	Mean	Item-rest correlation	If item dropped
			Cronbach's α
B4	2.89	0.1427	0.586
B21	2.99	0.5392	0.468
B24	1.80	0.4129	0.502
B25	2.72	0.5517	0.469
B27	2.99	0.5504	0.470
B28	2.21	0.3223	0.540
B33	1.72	0.0776	0.624
B34*	1.74	-0.0975	0.672

* reverse scaled item

Аналіз надійності, α -Кронбаха для конструкту Задоволення сексуальним життям та стосунками (SSLR) по методиці В.Гупаловської, 2021, гендери чоловіки та жінки

Scale Reliability Statistics

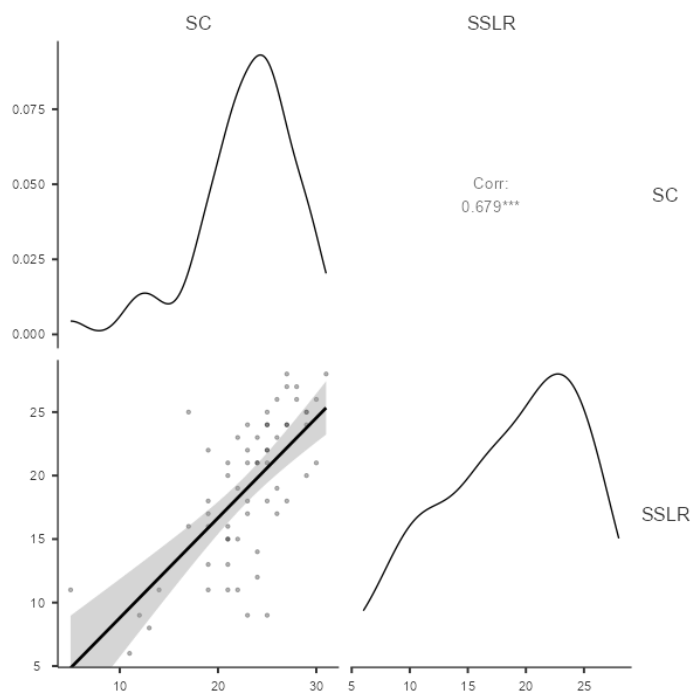
Cronbach's α	
scale	0.880

[3]

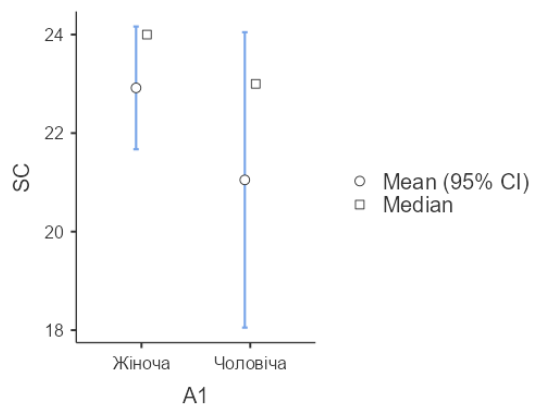
Item Reliability Statistics

	Mean	Item-rest correlation	If item dropped
			Cronbach's α
B5	2.33	0.682	0.861
B7	2.99	0.472	0.887
B14o	2.95	0.725	0.856
B20	2.47	0.799	0.845
B25	2.72	0.759	0.852
B30o	3.12	0.761	0.851
B32o	2.20	0.505	0.886

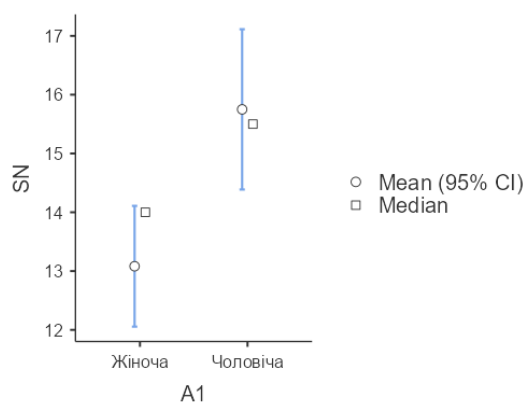
Описовий статистичний графік кореляційного аналізу конструктів Сексуальна комунікація (SC) та Задоволення сексуальним життям (SSLR)



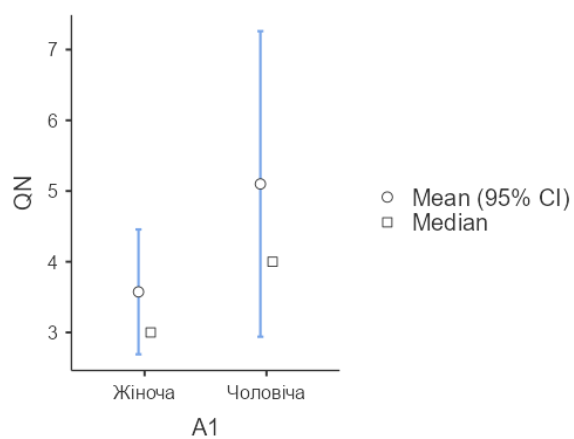
Описовий графік t-тесту за шкалою Сексуальна комунікація (SC) і критерієм статі



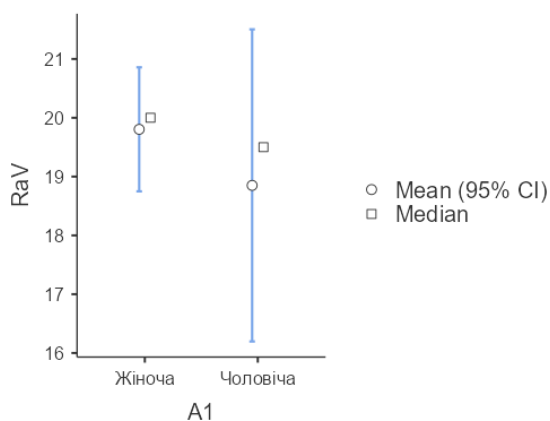
Описовий графік t-тесту за шкалою Сексуальна потреба (SN) і критерієм статі



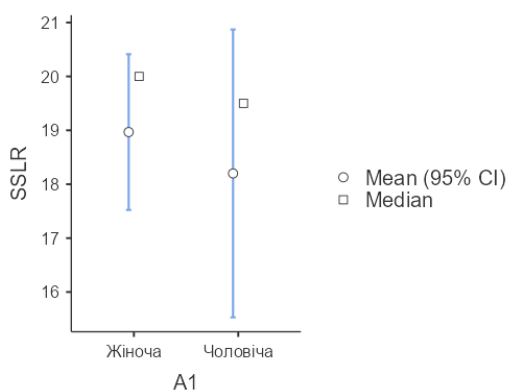
Описовий графік t-тесту за шкалою Кількісна потреба (QN) і критерієм статі



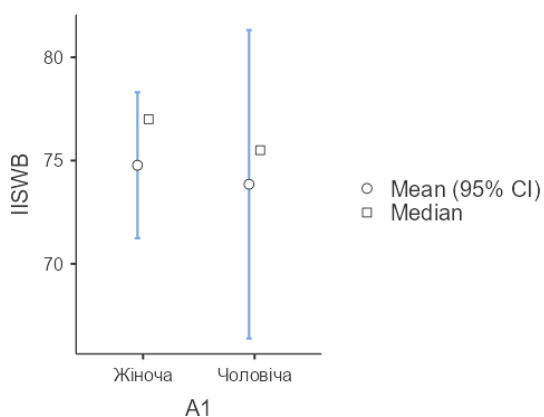
Описовий графік t-тесту за шкалою Стосунки як цінність (RaV) і критерієм статі



Описовий графік t-тесту за шкалою Задоволення сексуальним життям і стосунками (SSLR) та критерієм статі



Описовий графік t-тесту за шкалою Інтегральний показник і критерієм статі



Аналіз надійності, α -Кронбаха для Шкали позитивного ментального здоров'я – РМН, гендери чоловіки та жінки

Scale Reliability Statistics

Cronbach's α	
scale	0.902

[3]

Item Reliability Statistics

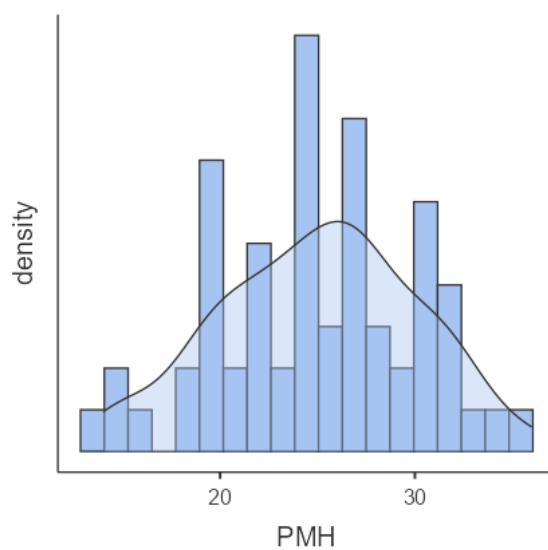
	Mean	SD	Item-rest correlation	If item dropped
				Cronbach's α
C1	2.52	0.726	0.607	0.895
C2	2.77	0.694	0.698	0.889
C3	2.90	0.735	0.727	0.886
C4	2.67	0.866	0.718	0.887
C5	2.91	0.656	0.701	0.889
C6	2.64	0.811	0.725	0.886
C7	3.01	0.698	0.658	0.892
C8	3.00	0.725	0.644	0.893
C9	2.78	0.880	0.597	0.898

Описовий статистичний графік опитувальника по методиці «Шкала позитивного ментального здоров'я» - РМН

Descriptives

РМН	
Missing	0
Mean	25.0
Median	25
Standard deviation	5.04
Minimum	14
Maximum	36

PMH



Аналіз надійності, α -Кронбаха для Шкали стабільності ментального здоров'я – SMH, гендери чоловіки та жінки

Scale Reliability Statistics

Cronbach's α	
scale	0.900

[3]

Item Reliability Statistics

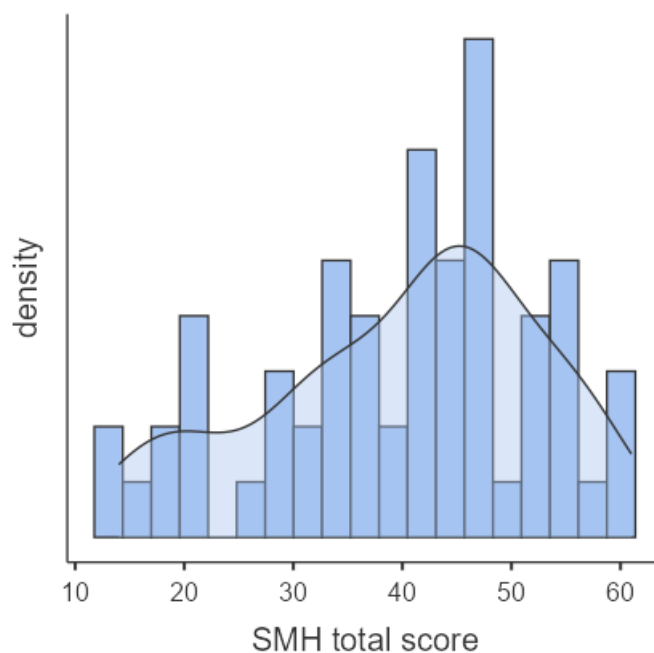
	Mean	SD	Item-rest correlation	If item dropped
				Cronbach's α
D1	3.00	1.24	0.602	0.894
D2	3.22	1.27	0.790	0.887
D3	3.06	1.14	0.564	0.895
D4	1.72	1.54	0.629	0.892
D5	2.44	1.75	0.456	0.901
D6	1.19	1.57	0.493	0.898
D7	2.68	1.53	0.528	0.896
D8	3.16	1.60	0.450	0.900
D9	2.99	1.52	0.774	0.886
D10	3.35	1.35	0.721	0.889
D11	3.10	1.32	0.541	0.896
D12	2.95	1.50	0.644	0.891
D13	3.36	1.31	0.541	0.896
D14	3.20	1.50	0.686	0.890

Описовий статистичний графік опитувальника по методиці «Шкала стабільності ментального здоров'я» - SMH

Descriptives

SMH total score	
N	61
Missing	0
Mean	40.0
Median	42
Standard deviation	12.5
Minimum	14
Maximum	61

SMH total score



Аналіз надійності, α -Кронбаха для шкали Депресія МНАІ –
Опитувальник оцінки психічного здоров'я, гендери чоловіки та жінки

Scale Reliability Statistics

	SD	Cronbach's α
scale	0.626	0.729

[3]

Item Reliability Statistics

	Mean	SD	Item-rest correlation	If item dropped
				Cronbach's α
E1	1.481	0.937	0.587	0.665
E2	1.370	1.018	0.526	0.677
E3	0.877	1.017	0.435	0.699
E4	1.123	1.133	0.477	0.689
E5	1.667	1.012	0.447	0.696
E6	0.951	1.106	0.470	0.691
E7	0.531	0.853	0.147	0.754

Аналіз надійності, α -Кронбаха для шкали Тривога МНАІ –
Опитувальник оцінки психічного здоров'я, гендери чоловіки та жінки

Scale Reliability Statistics

	Mean	SD	Cronbach's α
scale	0.907	0.615	0.732

[3]

Item Reliability Statistics

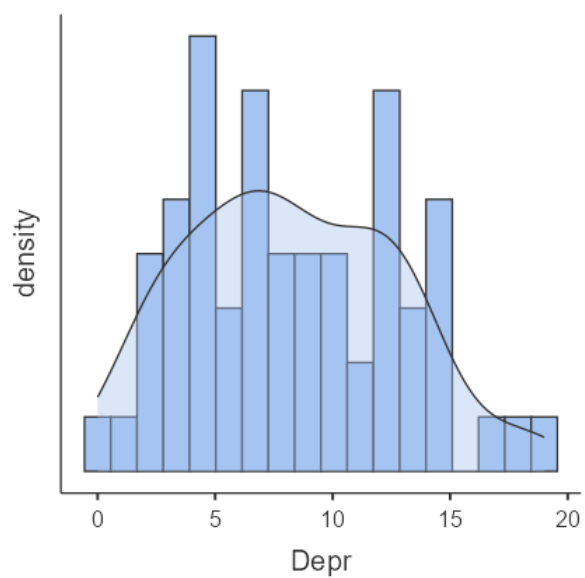
	Mean	SD	Item-rest correlation	If item dropped
				Cronbach's α
E13	0.469	0.654	0.435	0.720
E14	1.049	0.907	0.570	0.643
E15	1.469	0.896	0.475	0.703
E16	0.642	0.826	0.634	0.605

Описовий статистичний графік опитувальника по методиці «МНАІ –
Опитувальник оцінки психічного здоров'я» - Депресія (Depr)

Descriptives

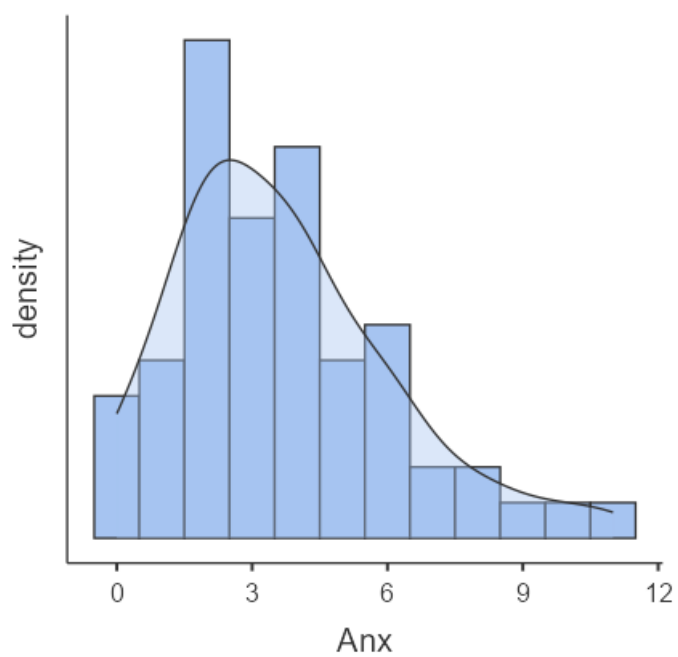
	Depr	Anx
N	61	61
Mean	8.30	3.69
Median	8	3
Standard deviation	4.45	2.44
Minimum	0	0
Maximum	19	11

Depr

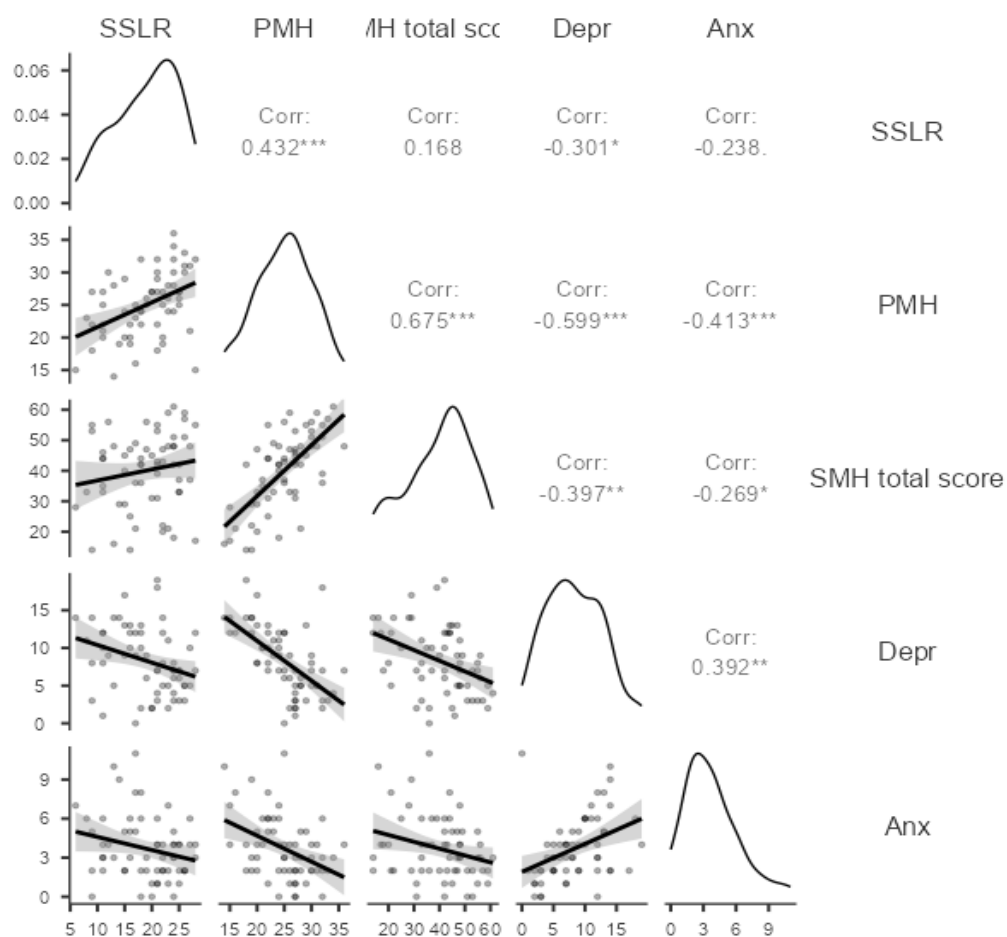


Описовий статистичний графік опитувальника по методиці «МНАІ – Опитувальник оцінки психічного здоров'я» - Тривога (Anx)

Anx



Описові статистичні графіки кореляційного аналізу Задоволення сексуальним життям (SSLR), Позитивного ментального здоров'я (PMH), стабільності психічного здоров'я (SMH total score), Депресії (Depr) та Тривоги (Anx)



Результати регресійного аналізу впливу психологічних та соціальних чинників на рівень сексуального задоволення (SSLR)

Примітка: подано результати Omnibus ANOVA та оцінки регресійної моделі з відповідними коефіцієнтами.

Omnibus ANOVA Test

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	p
Depr	0.243	1	0.243	0.0113	0.916
Anx	5.710	1	5.710	0.2663	0.608
PMH	11.002	1	11.002	0.5130	0.477
SMH total score	41.384	1	41.384	1.9297	0.171
ChSat	138.746	1	138.746	6.4698	0.014
Rel	277.536	1	277.536	12.9417	< .001
FinS	89.982	1	89.982	4.1959	0.045
Residuals	1136.592	53	21.445		

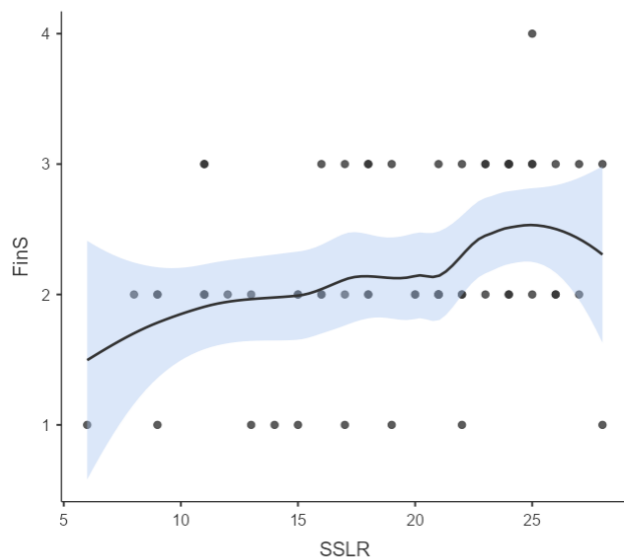
Note. Type 3 sum of squares

[4]

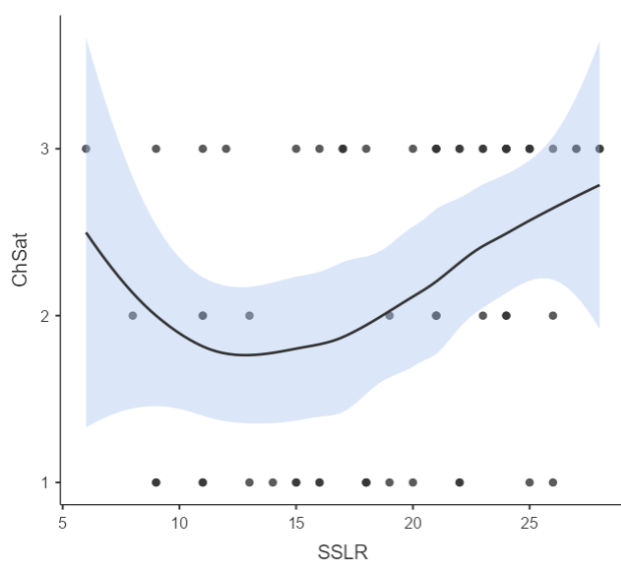
Model Coefficients - SSLR

Predictor	Estimate	SE	t	p	Stand. Estimate
Intercept	-0.0877	5.4420	-0.0161	0.987	
Depr	0.0185	0.1736	0.1064	0.916	0.0143
Anx	-0.1449	0.2808	-0.5160	0.608	-0.0614
PMH	0.1554	0.2169	0.7163	0.477	0.1361
SMH total score	-0.0915	0.0659	-1.3892	0.171	-0.1987
ChSat	1.8071	0.7105	2.5436	0.014	0.2779
Rel	3.0588	0.8503	3.5975	< .001	0.4501
FinS	2.1451	1.0472	2.0484	0.045	0.2645

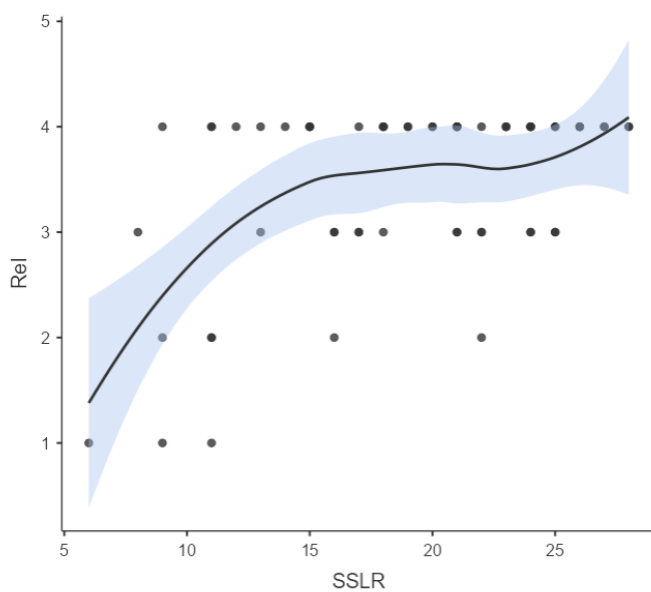
Регресійний графік взаємозв'язку між чинником фінансової стабільності (FinS) та сексуальним задоволенням жінок (SSLR)



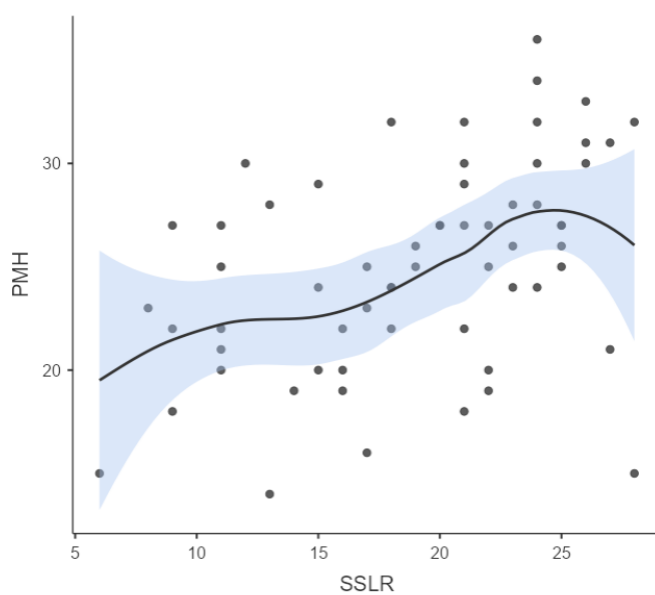
Регресійний графік взаємозв'язку між чинником зміни задоволення під час війни (ChS) та сексуальним задоволенням жінок (SSLR)



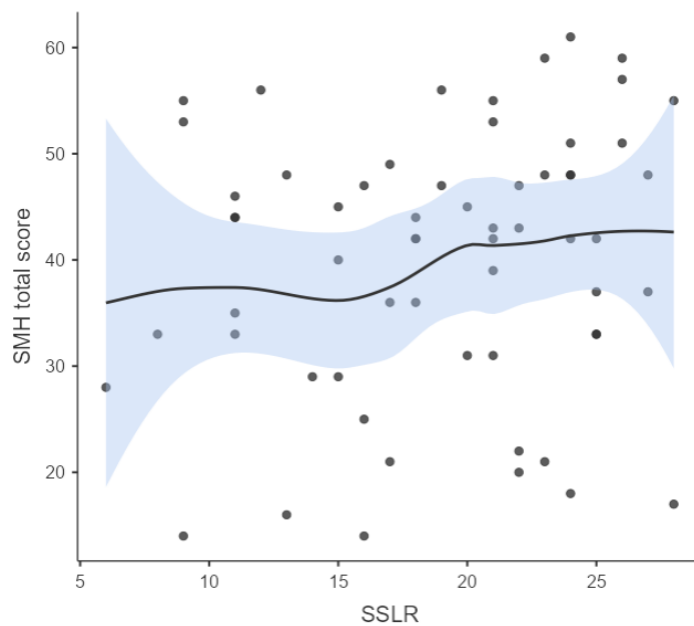
Регресійний графік взаємозв'язку між чинником сприйняття антистресової ролі сексуальної активності (Rel) та сексуальним задоволенням жінок (SSLR)



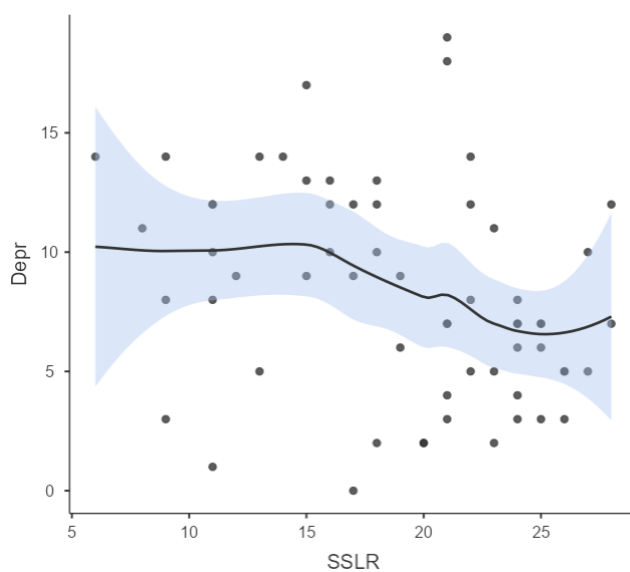
Регресійний графік взаємозв'язку між чинником позитивного ментального здоров'я (РМН) та сексуальним задоволенням жінок (SSLR)



Регресійний графік взаємозв'язку між чинником стабільності психічного здоров'я (SMH) та сексуальним задоволенням жінок (SSLR)



Регресійний графік взаємозв'язку між чинником депресії (Depr) та сексуальним задоволенням жінок (SSLR)



Регресійний графік взаємозв'язку між чинником тривоги (Anx) та сексуальним задоволенням жінок (SSLR)

